



AIBR
**Revista de Antropología
Iberoamericana**
www.aibr.org

**Volumen 13
Número 1**

Enero - Abril 2018
Pp. 69 - 91

Madrid: Antropólogos
Iberoamericanos en Red.
ISSN: 1695-9752
E-ISSN: 1578-9705

La antropología social y la transdisciplina en el Sur. Compartiendo experiencias en el campo de la salud.

Vivian Gavilán

Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Tarapacá.

Patricia Viguera

Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Arturo Prat.

Carlos Madariaga

Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Michel Parra

Investigador Independiente.

Recibido: 28.05.2017

Aceptado: 05.04.2018

DOI: 10.11156/aibr.130105

RESUMEN

La investigación en el campo de la salud con participación de la antropología social en Chile es escasa. Por otra parte, los estudios en ciencias sociales, ya sean financiados por el Estado y/o por las universidades, por lo general no se vinculan con problemas concretos. En este contexto, este trabajo expone una experiencia de conformación de un equipo interdisciplinario que ha intentado conocer los modelos médicos de origen indígena en el norte chileno y las estrategias de atención que despliegan familias *aymara* cuando enfrentan enfermedades que declaran son frecuentes en su colectividad. Su propósito es abordar las dificultades que se presentan tanto para los que las padecen como para los profesionales de la salud. Asimismo, interesa compartir reflexiones sobre las limitaciones que generan las formaciones disciplinarias —tanto en el campo de las ciencias sociales como en las ciencias de la salud— para buscar soluciones prácticas y para investigar de manera transdisciplinaria.

PALABRAS CLAVE

Pueblo *aymara*, salud, transdisciplina, antropología social, medicina.

SOCIAL ANTHROPOLOGY AND TRANSDISCIPLINE IN THE SOUTH. SHARING EXPERIENCES IN THE FIELD OF HEALTH.

ABSTRACT

Research in the field of health with the participation of social anthropology in Chile is scarce. On the other hand, studies in social sciences, whether funded by the state and / or universities, are usually not linked to concrete problems. In this context, this paper presents an experience of forming an interdisciplinary team that has tried to know the medical models of indigenous origin in the Chilean north and the strategies of attention to the diseases deployed by Aymara families. Its purpose is to address the problems faced by health and social sciences professionals, the constraints generated by specialized training to find solutions in specific situations, and the difficulties that arise for transdisciplinary research.

KEY WORDS

Aymara, health, transdiscipline, social anthropology, medicine.

Agradecimientos

Este artículo forma parte del proyecto titulado Relaciones de género y familia en la colectividad *aymara* del norte chileno, auspiciado por el Concurso Proyectos Mayores de Investigación Científica y Tecnológica Universidad de Tarapacá, 2016.

Introducción

Francisco Osorio (2004) señala que el fenómeno que llamamos multidisciplina, interdisciplina o transdisciplina ha sido escasamente estudiado por las ciencias sociales. Afirma que el tema de la multidisciplinariedad es un campo emergente en la filosofía de la ciencia. Plantea que multidisciplina se puede definir como todo esfuerzo de investigación científica realizado por diferentes disciplinas, bien sea trabajando solas o en colaboración, orientado por los compromisos adquiridos en un marco de investigación particular. Agrega que las diferentes concepciones del concepto de multidisciplina pueden ordenarse en base a tres criterios: 1. ¿Debemos ser multidisciplinarios siempre o en algunos casos? 2. ¿Lo que nos hace multidisciplinarios es el dominio o los supuestos? 3. ¿El rol de las disciplinas es la integración o la mantención de su identidad?

Pérez y Setién (2008: 3-5) proponen que la complejidad del mundo nos obliga a valorar los fenómenos interconectados. Sugieren que las actuales situaciones físicas, biológicas, sociales y psicológicas no actúan, sino interactúan, recíprocamente. En esta línea, afirman que solo la concepción transdisciplinaria puede alcanzar este propósito. Indican que lo transdisciplinario tiene como intención superar la fragmentación del conocimiento, más allá del enriquecimiento de las disciplinas con diferentes saberes (multidisciplina) y del intercambio epistemológico y de métodos científicos de los saberes (interdisciplina). Para estos autores, la transdisciplinariedad es un proceso según el cual los límites de las disciplinas individuales se trascienden para tratar problemas desde perspectivas múltiples con vistas a generar conocimiento emergente.

Estos planteamientos nos ayudan a revisar las prácticas profesionales y de investigación a partir de las cuales podemos hacer el ejercicio de responder estas preguntas en el contexto de la realidad latinoamericana. No se trata de reflexionar sobre la validez de la multidisciplina, la interdisciplina o la transdisciplina desde un punto de vista teórico; se busca reflexionar sobre el ejercicio disciplinar en un espacio y tiempo concretos. Se trata de compartir una experiencia que ha intentado articular saberes provenientes del campo de la salud con los de las ciencias sociales para

comprender los procesos de atención que otorgan los dispositivos de salud pública a las personas que se adscriben al pueblo *aymara* en el norte chileno, y para conocer los modelos médicos presentes en esta colectividad. Esta experiencia no es un programa de investigación con respaldo financiero permanente; da cuenta de la voluntad de profesionales que enfrentan las limitaciones de su formación disciplinar, tanto para dar solución a problemas concretos como para construir un objeto de estudio a partir de ellos. Los hechos que dan lugar a la conformación del equipo de trabajo, a la emergencia del problema de investigación y a los avances logrados proveen de datos de interés para la antropología social. Esto justifica la estructura de este manuscrito en cinco apartados. En primer lugar, describimos el acontecimiento que conduce a aunar voluntades frente a un problema en el que las ciencias sociales y las ciencias de la salud ocupan un rol central y, al mismo tiempo, muestra la complejidad de la realidad social latinoamericana. Sigue con la descripción del proceso de investigación, en orden a ensayar un objeto de estudio. En tercer lugar, identificamos aspectos de las implicancias que tiene la aplicación del conocimiento antropológico a la salud en América Latina. El cuarto, expone los principales avances de investigación obtenidos. Finalmente, concluye con reflexiones sobre la relevancia de la investigación basada en la transdisciplina que articula los distintos saberes.

1. El acontecimiento que conduce a la conformación del equipo de investigación

A fines del año 2004 ingresa S.G., de 18 años, al Servicio de Urgencia del Hospital Dr. E. Torres Galdames de Iquique (Chile). La ficha clínica registra que fue internado por presentar mareos, comportamiento inadecuado y poca comunicación con sus familiares. Agrega que previamente estuvo en clínica privada durante algunos días, ocasión en la que se le practicaron exámenes, siendo dado de alta sin diagnóstico preciso. Indica, también, que el examen físico de ingreso constata ausencia de signos patológicos tanto generales como neurológicos, y se dispone su ingreso al Servicio de Psiquiatría con diagnóstico de Esquizofrenia en estudio. El informe clínico de este servicio añade que al inicio de los malestares se muestra retraído; se encierra en su pieza con el computador, donde selecciona imágenes satánicas. El examen mental pesquiza: «*autista, se alimenta en forma asistida; mirada fija, subestuporoso*». El psiquiatra propone un objetivo clínico inmediato: definir etiología realizando un estudio de organicidad.

El segundo día de internación en el Servicio de Psiquiatría se postula la hipótesis diagnóstica de una psicosis confusional de causa probablemente epiléptica en un paciente que presentaba crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas a repetición, y un cuadro de compromiso de conciencia entre las crisis. Una interconsulta realizada por el neurólogo del servicio concluye en un cuadro confusional asociado a crisis epilépticas recurrentes. Se plantea, entonces, psicosis epiléptica. El estudio hematológico realizado en las primeras horas descarta la presencia de otras patologías. Se practica punción lumbar, la que descarta la presencia de procesos infecciosos del sistema nervioso central (líquido cefalorraquídeo sin alteraciones). El escáner cerebral no muestra alteraciones estructurales; el electroencefalograma estándar señala actividad de punta de presentación periódica en región central izquierda, propia de foco irritativo. El informe del médico psiquiatra agrega que:

Producto de la reciente muerte de familiares en un accidente carretero el hijo se muestra sin reacción emocional alguna, lo que llamó la atención de sus seres queridos. A la semana siguiente presentó un primer episodio de agitación psicomotora con convulsiones tónico-clónicas y espumajeo bucal mientras estaba en su computador y las crisis de ausencia se empezaron a repetir cada vez con más frecuencia. Desde hacía dos semanas ya estaba presentando estas crisis, las que se acompañaban de mareos, estitiguez y episodios de inconciencia que el padre describe asociados a espumajeo bucal y contracciones de las cuatro extremidades. Se agregaron quejas en el sentido que estaba escuchando voces, sílabas, palabras en la mente, en los oídos y solicitó que lo llevaran al doctor. Desde allí ya se instaló en forma permanente un cuadro confusional de conciencia asociado a fenómenos alucinatorios auditivos y visuales. Se queja de dolor de cabeza mientras sigue muy absorbido por la televisión y el computador; aparecen alucinaciones auditivas y visuales. El día 28 presenta crisis de agresividad y episodios de agitación psicomotora franca lo que motiva su traslado al hospital (Ficha Clínica Servicio de Psiquiatría, 2005).

En esa misma evolución, el psiquiatra añade:

La familia incorpora un enfoque interpretativo transcultural. Se trabajará en conjunto con ellos. Hoy viene su abuelo a hacer una primera ‘ceremonia de limpieza’, que se completará posteriormente con una segunda ceremonia en Colchane¹, en la misma vertiente donde el paciente habría tomado el mal que

1. La actual comuna de Colchane, ubicada en el altiplano chileno, está conformada por dos comunidades históricas: Isluga y Cariquima. Es durante la administración geopolítica del dictador Augusto Pinochet, en 1980, que constituye una unidad administrativa, con su respectiva municipalidad. Es una de las comunas de la región de Tarapacá con mayor adscripción al pueblo *aymara* (75% de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2002). Los datos informados por el INE del censo de 2017 indican que alcanzan las 1.728 personas,

lo aqueja. Pero el cuadro se complica. Las crisis epilépticas se tornan sub-intransitas, lo cual afecta los procesos vitales del joven obligando a control horario, instalación de procedimientos parenterales de hidratación, corrección metabólica y como vía para el tratamiento farmacológico; se requiere de oxígeno a permanencia y evaluaciones diarias de todos sus parámetros biológicos, con apoyo de laboratorio. [S] continúa en estado estuporoso e inconsciente (Ficha Clínica Servicio de Psiquiatría, 2005).

Luego de dejar indicaciones para el día, el médico psiquiatra señala: «*solicito a Neurología el traslado del paciente al Servicio de Medicina ya que se trata de una patología neurológica y no psiquiátrica, en situación de potencial riesgo vital, que requiere de manejo especializado*» (Ficha Clínica Servicio de Psiquiatría, 2005). Ese mismo día es trasladado a medicina Interna y queda a cargo de los neurólogos del establecimiento. En ese servicio se maneja como un estatus epiléptico refractario que tiene como base una epilepsia parcial compleja secundariamente generalizada. Unos días más tarde la ficha clínica no registra mejoría, a pesar de que los exámenes aplicados no muestran anormalidad. Los padres solicitan el alta de [S], señalando que han resuelto devolverse con él hacia su comunidad en Isluga² para completar su recuperación en los marcos de las prácticas de la medicina indígena. Se procede a su alta bajo responsabilidad de sus familiares, a pesar de que su estado de salud aún es precario, y con indicaciones médicas. Desde su alta médica la institución sanitaria pierde contacto con el paciente hasta el día de su fallecimiento, lo que ocurre diez días después.

Entre los días 4 y 11 de enero, el psiquiatra tratante se propone comprender mejor los argumentos de la familia del joven afectado y contacta a una antropóloga. Se buscó una intermediación para entender de mejor modo las interpretaciones otorgadas por la familia del enfermo. Las conversaciones establecidas entre los profesionales de la salud y esta se plantearon en dos campos: sistemas de creencias (interpretación indígena) y la ciencia (biomedicina).

de las cuales 995 son hombres y 733 son mujeres. La mayoría de las familias residen principalmente en las ciudades de la costa, sin perder los vínculos con sus localidades rurales, lo que se ha caracterizado como procesos de translocalización a los barrios urbanos, articulando ambos espacios para su reproducción. Estos van acompañados de una tendencia a la desagrarización y decampesinación (Gundermann y González, 2008).

2. A pesar de que ya van casi cuarenta años de la creación de la comuna de Colchane, las familias mantienen las identidades locales. Quienes descienden de antepasados del pueblo de Isluga, se adscriben a este territorio y participan de las celebraciones religiosas y festivas que reproducen a la comunidad. Lo mismo sucede con sus vecinos en Cariquima. Hasta finales de la década de los ochenta, existían altos índices de endogamia por comunidad (Gavilán, 1996).

El cuaderno de campo de la antropóloga indica:

Fue sorpresivo y emocionante reencontrarme con M. (madre de S.) y su familia después de varios años de no verlos. A M. la conocí en 1977, cuando ella tenía 7 años y vivía en una de las estancias de la mitad de abajo de Isluga, donde nació y creció. Soy madrina de corte de pelo de su hermana menor. También conocí en esos años a su esposo y sus suegros. M. se alegró al verme en el hospital y rápidamente me cuenta: mi hijo comenzó a comportarse de manera extraña. No hablaba y se encerró en su pieza. Pensamos que estaba triste por el accidente de su tía. Era el primer nieto paterno, muy cercano a la tía que falleció. Un día comenzó a escuchar voces y tuvo ataques. Cuando se enfermó, los primos dijeron que unas semanas antes del accidente de su tía, cuando subió a ver a su abuelita, estuvieron jugando en la vertiente de Jalsuri, en Pueblo Isluga. Como joven criado en Pozo Almonte, no sabía nada de esas vertientes, de esos lugares malos. Estuvo jugando, dice que metió el brazo ahí en esta vertiente, hembra. Ese dicen que es brava, es *sereno* hembra joven todavía. De ahí agarró ese *sereno*. Con *agarradura* sabe estar. Mi prima le vio y dijo: *agarradura* sabe ser. Mi papá también dijo así. Ya vino a curarle mi prima, con yerbas le bajó la fiebre aquí en el hospital. Mi papá también vino a curarle *pa* que se aliviara y dijo que había que ir al vertiente con un *yatiri* y matar un llamo. Si hubiéramos sabido que el chico esta jugueteándose con ese, al tiro hubiésemos hecho remedio, ¿no ve?, pero ignorantes estábamos (Registros de Salud, Iquique, enero de 2005).

Las anotaciones agregan lo siguiente:

En uno de los momentos de acompañamiento en la sala del hospital, el padre comentó: a la vista está. Ese *sereno* es jodido. Sabe tener hambre de sangre, de sexo, le gusta gente joven, se lleva ese demonio a gente joven, mucho está luchando mi hijo. Ese demonio sabe querer comer y él no quiere dejarse llevar. ¿Ve como está peleando *pa* que no se lo coma? Vinieron a curarle ya dos veces, una señora y mi suegro. Ahora estamos esperando curarle con *yatiri*. Dicen que hay un *yatiri chipaya* muy bueno, es muy nombrado. Ese mandamos a buscar, pero todavía no puede. Nos costó ubicarlo. Traerlo nos costaba como \$250.000 [pesos chilenos] (Registros de Salud, Iquique, enero de 2005).

La madre relata que su salud no mejoró en esos días, su conciencia se comprometió progresivamente, lo mismo que el descontrol del cuerpo; gemía cosas que la familia atribuyó al poder de *Seren T'alla*, quien lo tenía en sus brazos totalmente comido. De algún modo, M., quien estuvo permanentemente al lado de su hijo en el hospital, vio a la antropóloga también como mediadora. Esperaba obtener ayuda para lograr mejor atención en el recinto hospitalario. Las notas del diario indican: «M. me llamó hoy por teléfono para avisarme que decidieron sacar a S del hospi-

tal. Se lo llevarán a su casa de Pozo Almonte, pero se quedarán unos días en Alto Hospicio» (Registros de Salud, Iquique, febrero de 2005). Una semana más tarde registra: «M. me llamó para informarme que su hijo falleció y que lo enterrarán en el cementerio de Pozo Almonte, junto a su tía y primos recientemente fallecidos» (Registros de Salud, Iquique, febrero de 2005).

Unos días después, añade:

Hoy fui al entierro de S. Gran parte de las personas que acompañaron a la familia eran sus parientes, en su mayoría de la comunidad de Isluga. En su velatorio se reunieron solo personas *aymara*. Uno de los tíos comentó que no querían *q'aras* (no indígenas). Este y otros asistentes hablaban de la pena de perder un hijo y de la braveza de *Seren T'alla*. No era la primera vez que sucedía un acontecimiento como este. La muerte de S. confirma la gravedad de la enfermedad *Agarradura*, la importancia de los cuidados que se deben seguir, del respeto que merecen los *uywiris* y cumplir con el principio de reciprocidad (Registros de Salud, Iquique, febrero de 2005).

Cualquier profesional que haya tenido contacto con las tradiciones culturales presentes en los Andes del sur o especializado en antropología médica hubiese aportado al análisis del caso clínico elementos que pudiesen trascender la búsqueda simple de síntomas leídos desde el paradigma positivista. Desde la perspectiva de quienes conocemos la enfermedad denominada *Katjata* o *Agarradura*³, el relato de los padres coincidía plenamente con muchos casos similares presentes en familias *aymara*. La pregunta fue: ¿por qué y cuándo los padres de S. decidieron buscar atención en los centros de salud públicos? Durante las últimas décadas del siglo pasado era común escuchar en las comunidades que residían en el altiplano del norte chileno que el sistema público de salud no disponía de soluciones, por lo que se debía buscar *yatiris*, agentes sanadores especializados en este tipo de enfermedad. Por otra parte, la antropología social en la región había descrito la peligrosidad de los *uywiris*, especialmente la vertiente (*Seren T'alla*)⁴ de Isluga, y los efectos benignos y malignos para la salud de

3. *Katjata Ch'umithapiña*, en lengua *aymara* designa echar las garras, asir con las uñas.

4. Gabriel Martínez describe el *sereno* como un lugar con agua, donde se *ch'allan* los instrumentos musicales. Pero no cualquier lugar con agua: debe ser uno donde «el agüita salte»... Es decir, donde se produzca sonido. Y, por supuesto, debe ser un lugar consagrado, cargado de prestigios, y desde tiempos inmemoriales formando parte de los lugares sagrados propios de la estancia. Por otro lado, está asociado con «noche»: es en las altas horas de la media noche, o de la madrugada, antes de toda claridad, cuando el *sereno* entrega a los instrumentos todas las melodías del mundo. Se relata que el *sereno*, dueño del lugar homónimo, un *uywiri* de la estancia, puede tomar forma animal y se le asocia al *manqha pacha*, asimilado

las personas (Grebe, 1983; Martínez Soto-Aguilar, 1976 y 1983), pero su audiencia se compone principalmente de antropólogos y antropólogas. En el momento de la emergencia del caso clínico se sabía poco respecto de diagnósticos provenientes de la biomedicina similares al de S., puesto que estos se circunscriben al ámbito médico (centros de atención, congresos y revistas especializadas) y porque los protocolos hospitalarios no registraban la adscripción étnica de las personas que consultan y/o atienden.

El contexto institucional del sistema público de salud no ofrece espacio para la reflexividad de los equipos interdisciplinarios. A pesar de la apertura que han tenido las nuevas estrategias de atención hacia la transdisciplina (Ministerio de Salud de Chile, 2013), esta se plantea en términos de una colaboración de dominios disciplinarios con dificultades para poner en cuestión los supuestos en los que se basan sus conocimientos. Además, los profesionales trabajan incansablemente debido al régimen asistencialista; por lo tanto, no disponen de tiempo para profundizar en casos y/o sobre sus propias prácticas. A ello se suma la intensa circulación de profesionales y la inestabilidad de los cargos para la configuración de equipos. Queda, entonces, el camino de la voluntad. En el caso que aquí se presenta, la búsqueda por alcanzar un diálogo interdisciplinario se construye a partir de la inquietud personal del psiquiatra que trató a S., por comprender mejor la enfermedad, convencido de que el modelo explicativo del fenómeno mórbido (la explicación neopositivista asociada a un trastorno de tipo epiléptico) no le resultaba suficiente para racionalizar la totalidad de los procesos psicobiológicos y sociales desencadenados. La aparición de otra forma de interpretación del padecimiento, la sumatoria de nuevos actores concurrentes a este proceso (*yatiris*, familia y comunidad *aymara*) y la propuesta de un tratamiento alternativo, podían contribuir a mejorar al joven enfermo. Es decir, no es la institución hospitalaria la que acoge la posibilidad de un diálogo intercultural e interdisciplinario a partir de algún modelo preestablecido de atención, sino que el intercambio de conocimientos se moviliza a partir de la motivación del psiquiatra tratante, que se cuestiona a sí mismo y que se abre a otras disciplinas —las ciencias sociales— y a otros saberes —la medicina *aymara*— dejando en evidencia la necesidad de superar el modelo biomédico —presente en los servicios de psiquiatría— y de enriquecer la interpretación del proceso salud/enfermedad/atención con una epistemología fundada en el intercambio entre las ciencias médicas, las ciencias sociales y los saberes médicos de los pueblos indígenas.

desde la primera cristianización con el infierno, dominio del *supay*. Así se comprende su peligrosidad, y el riesgo que enfrenta el músico que hace el pacto para que su alma no sea devorada y se vuelva loco (Martínez Soto-Aguilar, 1976).

La invitación a dialogar con la antropología social fue un desafío mayor. ¿Cómo hacerlo si no hay experiencia previa? ¿Cómo sentar las bases para un diálogo? Hasta la década de los años noventa, la formación en antropología en Chile se orientó al trabajo académico y en general con escasa ocupación por el trabajo interdisciplinario. La idea implícita era que los conocimientos antropológicos pueden ser transferidos por otros profesionales o que las especialidades (antropología médica, antropología aplicada) podían contribuir a resolver problemas sociales. Y, a nivel estatal, se cuenta con una instancia de apoyo a la investigación que distingue la investigación básica de la aplicada. La antropología participa principalmente en la primera y escasamente en la segunda.

La voluntad de los profesionales siguió un camino incierto; el punto de partida y la continuidad de las investigaciones dependen de la suerte de los concursos anuales para la investigación. La inclusión de una enfermera con experiencia en salud mental en la región y sociólogos interesados en el tema enriqueció la reflexión. Críticos a las prácticas profesionales de los equipos de salud, a las políticas sanitarias y convencidos de la necesidad de investigar en esta materia se sumaron al desafío de configurar un equipo de trabajo.

El caso descrito planteó preguntas de diversa naturaleza, las mismas que cada profesional fue respondiendo desde sus experticias. Algunas interrogantes comunes fueron: ¿se pudo haber evitado la muerte del joven *aymara*?, ¿Cuántos casos similares se presentan en los dispositivos de salud en el norte chileno? ¿Cómo concibe este problema la política estatal en salud para los pueblos indígenas? ¿Es posible construir un objeto de estudio que incorpore los dominios de la medicina, especialmente el área de psiquiatría, de la enfermería y de las ciencias sociales?

Fue necesario consensuar un punto de partida. Animadas y animados por la convicción de que donde hay poco, lo poco es bastante, conformamos el Equipo de Trabajo e Investigación en Salud Colectiva (Etisc), formado por un sociólogo, una enfermera, un médico psiquiatra y una antropóloga social.

2. El problema de investigación

Los esfuerzos por construir un objeto de estudio que incluya los saberes de las disciplinas mencionadas se han ido desplegando a lo largo de 13 años. El objetivo común fue y es generar conocimientos sobre las prácticas médicas de la colectividad *aymara* del norte chileno y avanzar hacia el diseño y aplicación de modelos de atención con pertinencia étnica y cultural. Esto porque asumimos que la atención en salud para las colectividades de origen indígena en el Norte Grande de Chile no solo plantea el problema de in-

equidades sociales, sino también implica procesos de imposición de la tradición cultural europea y la exclusión de sus saberes y prácticas de atención a la enfermedad acumulados por varios miles de años.

La arquitectura del objeto de estudio demandó un diálogo para el cual ninguno estaba preparado. No fue ni es tan fácil salir del casillero de los dominios. Desde las experiencias profesionales y apoyados por la literatura disponible (especialmente de investigadores latinoamericanos y de los aportes de la antropología médica) se ha ido avanzando. Dos fueron las preguntas que intentamos resolver: ¿cuál es la naturaleza del fenómeno de la salud y la enfermedad? Y, ¿cuáles han sido los abordajes epistémicos? El debate culminó con el consenso de un enfoque teórico que concibe a la salud y a la enfermedad como un fenómeno complejo que no aísla al individuo/sujeto biológico de su condición social y, por lo tanto, de la historia. En consecuencia, se debieron hacer esfuerzos por relativizar las verdades aprendidas (o sea, desaprender) y compartir el conocimiento disciplinario. Cada una de estas disciplinas aportaron a un único objeto de estudio y en el proceso de investigación mantuvieron su identidad; sin embargo —de manera reflexiva— se abren a la crítica de las premisas que la sostienen. En este sentido, se tiene presente que *«la distancia que separa a las categorías (ideales) de los fenómenos (reales) no es una cuestión que se circunscriba a una de las disciplinas, sino que es una condición de toda forma de conocimiento»* (Martínez, 2000: 271).

El enfoque fenomenológico y el histórico-estructural nos permitieron explorar metodologías mixtas, pero siempre desde el campo de las metodologías cualitativas; no por la naturaleza del problema, sino por los dominios de los integrantes del equipo.

La pregunta *¿cuál es o cuáles son los modelos médicos que guían las prácticas de atención de la colectividad que se adscribe al pueblo aymara del norte de Chile?* implicó varios supuestos. Primero, que la atención de los padecimientos presentes de manera particular en el pueblo *aymara* se comprenden si accedemos a los saberes y creencias que integran un modelo racional. Segundo, que la colectividad *aymara* es heterogénea social, económica, cultural y políticamente, producto de la historia colonial española y neocolonial republicana (peruana y chilena). De aquí que las prácticas articulen tradiciones médicas locales, europeas y, en los últimos años, aquellas inspiradas en Oriente.

Producto del accionar del Estado moderno en torno a su insistencia por modificar culturalmente las prácticas locales, la medicina practicada por las comunidades indígenas ha sido y es subalternizada. En palabras de Menéndez: *«en las décadas de los 40, 50 y 60 una parte del salubrisimo reconocía que ciertas creencias culturales podían oponerse a la expansión*

biomédica» (Menéndez, 2003: 197). Los procesos de colonización occidental de las formas de conocer avanzan del mismo modo como sucede en los grupos sociales que conforman la sociedad regional que no se adscribe al pueblo *aymara*. De acuerdo con los datos acopiados, la atención de la enfermedad incluye los sistemas médicos comunitario, público y privado de salud de Chile, Perú y Bolivia, con base en la historia del pueblo originario y los provenientes de otras tradiciones médicas. No obstante, la literatura antropológica sobre la salud y la enfermedad en la zona de estudio indica que existiría cierta continuidad histórica de prácticas institucionalizadas, lo que conduce a afirmar que existiría fidelidad cultural con la tradición de los pueblos originarios (Gundermann y González, 2009: 134). María Ester Grebe (1983: 73-74), por ejemplo, registró en Isluga patrones propios de la tradición andina que habrían sobrevivido más allá del debilitamiento, hibridación o extinción de sus propias lenguas indígenas. Una posición radical la hallamos entre quienes sostienen que existiría un sistema de salud *aymara* y un sistema occidental cosmopolita o moderno en franca oposición, y que la vigencia del primero sería una prueba de la resistencia cultural de los andinos frente al sistema biomédico (Arnold y otros, 1999: 17). J. van Kessel argumentó que el sistema económico y cultural dominante socava permanentemente los saberes y tecnologías médicas de los *aymaras*; aún así, persistiría la unidad cuerpo-cosmos. Para este autor, el *ayllu* y la familia representan la concreción del cosmos andino, por lo cual su estudio es importante para entender la concepción de salud-enfermedad y el ritual terapéutico. Sostiene que la enfermedad era y sigue siendo importante no por sí misma, sino por su significación espiritual, trascendental; tendría tres dimensiones: la ética, la religiosa y la social. Las causas de la enfermedad y, por lo tanto, el método de curar, se encuentran en lo espiritual y lo sobrenatural. Aunque en su nosología habría que pensar en enfermedades somáticas, psicósomáticas, endémicas y epidémicas, en su terapia hay que incluir no solo los fármacos, dietas y demás elementos de una tecnología médica positiva y empírica, sino también su ambientación social, su montaje ritual, sus elementos psicológicos y su sistema comunicativo, que incluye a curandero, enfermo, parientes y divinidades (Kessel, 1983: 9). Guerrero sigue la misma perspectiva, a través del estudio del acto médico en su dimensión simbólica, y compara la medicina andina (expresada en el agente principal, el *yatiri*) con la medicina pentecostal (expresada en su líder, el pastor). La continuidad de la tradición se observaría en los elementos simbólicos de la curación de las enfermedades, pues concurren elementos míticos-religiosos derivados de una particular interpretación de la Biblia. En tanto que la ruptura se observaría en la diferencia de horizontes culturales e ideológicos en los que se

basan estos agentes, las que se plantean en el ámbito de la etiología, la formación de los agentes y la naturaleza de los tratamientos (el pastor utiliza la Biblia, el *yatiri* utiliza hierbas). Concluye en que el estudio comparativo entre ambos muestra que se trata de una transición de una nueva praxis médica, pero praxis que tiene sus raíces en la cultura andina (Guerrero, 1995: 164). Se ha propuesto, también, que los andinos combinan su propio sistema médico con la medicina moderna, conviviendo paralelamente o articulándose allí donde son compatibles. Chamorro y Tocornal, por ejemplo, estudian la medicina atacameña y ratifican la idea de Kessel y Guerrero al postular que la religiosidad cumple un rol fundamental en el itinerario terapéutico. La salud se restituye a partir de la fe, la misma que estaría presente en el uso de la medicina moderna. La fe sería el elemento que vincula a la biomedicina con el modelo propiamente atacameño. Ambos modelos coincidirían en la concepción de las enfermedades naturalistas basadas en la teoría hipocrática del cuerpo y el entorno. Concluyen en que la ontología del cuerpo y del ambiente se encuentra más cerca de la relación con el medio y las tradiciones propias del mundo andino que de la conceptualización de la vida y la muerte presente en la biomedicina. En tanto que las enfermedades personalistas y emocionales se tratan preferentemente por la medicina tradicional atacameña, debido al componente mágico-religioso que involucra el tratamiento (Chamorro y Tocornal, 2005). Del mismo modo, G. Fernández encuentra en las comunidades de Bolivia una cosmovisión andina de la salud que convive con la biomedicina. Es indicada por los *yatiris* cuando estos comprenden que no pueden tratarlas y deben ser derivadas al médico. Postula que para los *aymara* el objeto de atención no es el paciente o el órgano enfermo aislado del resto del cuerpo y de sus relaciones sociales y familiares; al contrario, le interesa la persona íntegra, física, social, cultural, en consonancia con la memoria histórica y con sus relaciones comunitarias. Las enfermedades se producen por el descontento de los seres tutelares hambrientos a los que no se les ha alimentado con el *ayni* culinario, mesas, rituales, libaciones bajo el principio de reciprocidad. Se producen enfermedades por estar en lugares fuertes o en malas horas (*saxra ura*) (G. Fernández, 1997).

De este modo, concluimos en que los investigadores exponen datos etnográficos similares, pero difieren en sus interpretaciones. De un lado, observamos cierta tendencia a enfatizar en la permanencia de principios precolombinos, olvidando los cambios y los efectos de los procesos de colonización cultural en el que las comunidades indígenas se inscriben. Un ejemplo de las discontinuidades es la existencia del *ayllu* como entidad corporativa que agrupa a varias unidades domésticas. En el caso de las comunidades históricas del norte chileno, si bien se halla presente en la

memoria, no tiene existencia real y no cumple funciones a nivel de la organización. Los cambios ocurridos han llevado a un incremento de la autonomía y el poder de las unidades domésticas y los grupos correspondientes a las líneas parentales más inmediatas respecto del conjunto de la comunidad (Gundermann, 2001: 29). En relación con las formas de autoatención en salud, el uso creciente de medicinas de la industria farmacéutica, y en el orden de los fundamentos epistémicos, la incidencia de los procesos de secularización generados por el aumento de las tasas de escolarización. Asimismo, la literatura muestra cierta tendencia a estudiar el fenómeno de la salud en su dimensión simbólica, como resultado de investigaciones sobre religiosidad, lo cual resta importancia al estudio de la misma en su dimensión material, que, junto a la inmaterial, opera en el concepto de salud en la tradición andina. Se agrega a esto cierta tendencia a aplicar la noción cuerpo-mente para comprender las formas de atención a la enfermedad.

Así, el estado de cosas de la investigación de la antropología social muestra las tensiones de los enfoques teóricos de la segunda mitad del siglo XX, que enfatizaron en un análisis dicotómico: cultura biomédica científica/cultura indígena-medicina tradicional, 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). Justamente, los datos primarios de investigación confirmaban la tesis de este autor de 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 ni 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. Desde esta perspectiva avanzamos hacia el estudio de padecimientos que son considerados frecuentes por los *aymara* del altiplano chileno: *Susto*, *Katjata* o *Agarradura* y *Rikayra*⁵.

5. *Rikayra* o *Recaída* es una enfermedad que suele ser confundida por los médicos y algunos antropólogos con la fiebre puerperal. Los datos recogidos en Isluga y Cariquima señalan que solo tiene en común con ella el modelo etiológico exógeno y aditivo. La *rikayra* se produce por la *entrada de aire* a un cuerpo particularmente expuesto, sea este el de la mujer en su período menstrual o en el puerperio, o bien en el hombre luego de un «resfrío fuerte» o de haber estado asoleándose por el trabajo agrícola intenso. Se caracteriza por la presencia de fiebre y subida de presión, que puede hacer delirar a la persona; este síntoma se pesquisa en la circulación sanguínea como un zapateo del pulso y actualmente, a veces con ayuda del esfigmomanómetro, se lee la presión arterial. La persona puede sufrir un estado de confusión mental, que deriva en un estado depresivo, de decaimiento, queda «*achunchada*». Identifican

Si bien la enfermedad llamada *Katjata* o *Agarradura* se ha asimilado a *Susto* (G. Fernández, 2004b; La Riva, 2005), los datos primarios para esta zona confirman una distinción entre una y otra, marcada por la gravedad de los síntomas y por la complejidad del tratamiento. A pesar de la existencia de descripciones etnográficas sobre esta enfermedad en la zona andina, no hay suficiente información comparada. En palabras de G. Fernández (2004b: 279): «*la etnografía andina no aporta grandes cosas en relación con la tipología de las ‘almas’ que integran la persona entre las poblaciones indias de los Andes*». Este autor señala que, a diferencia de los estudios sobre el *Susto* o respecto de las diferentes entidades anímicas de la persona entre los indígenas mesoamericanos, para las comunidades del sur andino aún es una tarea pendiente. Indica que:

La designación de estas «almas» resulta bastante vaga y poco explícita. Las denominaciones son coincidentes respecto al «*ajayu*», «ánimo», «coraje», y «espíritu», por lo que respecta al dominio *aymara*, pero las delimitaciones entre una y otra entidad no suelen aparecer demasiado claras; así como el «*ajayu*» parece el «alma» de mayor relevancia y protagonismo, el resto, tanto el «ánimo» como el «coraje» o el «espíritu», intercambian con relativa facilidad sus posiciones de referencia (G. Fernández, 2004b: 279).

En este contexto, nos pareció importante problematizar las denominaciones y profundizar en las características empíricas de los fenómenos a los que aluden, poniendo especial atención a las descripciones que realizan los *aymara* sobre el funcionamiento del cuerpo humano. Los datos informan que se pueden encontrar varias formas de concebirlo. La interpretación que sigue los supuestos de la biología —como teoría universal del cuerpo humano— impartida por los centros educativos se halla ampliamente presente. Estos saberes refuerzan la dicotomía mente-cuerpo. No obstante, los sanadores (*qolliris* y *yatiris*) residentes en zonas rurales y/o en las ciudades y las personas de avanzada edad y con baja escolaridad comprenden que el cuerpo está compuesto de materialidades e inmaterialidades; se estructura en *dentro-fuera*, siendo un aspecto central el *dentro* pues allí se ubica el *chima* o *chuyma*, unidad compuesta por el corazón, pulmones, hígado y cerebro. El *fuera* es el entorno territorial/simbólico, que se liga con el *dentro* a través de un componente —material e inmaterial— denominado *ánimu*. A partir de esta gnoseología, los *aymara* responden al problema de la enfermedad. Así, los malestares, los padecimientos y/o las enfermedades se comprenden como una alteración de los

en la *rikayra* muchos síntomas propios de los huesos, de las extremidades, sensaciones de enfriamiento interior, dolor profundo a los brazos y otras partes del cuerpo, asociados al enfriamiento que causa la *recaída*, decaimiento anímico y también físico.

equilibrios corporales, alteración que puede ser provocada por agentes principalmente externos que impactan fundamentalmente el *dentro* (específicamente el *chìma*): el exceso de sol, de frío, el aire o el viento y/o los gentiles (seres vivientes del pasado), el mal comportamiento (no cumplir las normas y valores propios de la comunidad), el consumo de alcohol y/o una mala alimentación. Puede haber también causas internas, que aluden a las particularidades de las personas y al desgaste propio del organismo⁶.

En síntesis, el camino hacia la construcción de un objeto de estudio implicó abrirse a las teorías sobre el funcionamiento del cuerpo desde una perspectiva que articule las materialidades con las inmaterialidades.

3. Conocimiento antropológico aplicado a la salud en América Latina

A partir de 2004, se publica la compilación de trabajos sobre salud e interculturalidad en América Latina cuyo propósito fue reunir información que facilitara posibles aplicaciones de la antropología social y cultural en el campo de la salud en la región (G. Fernández, 2004a, 2006 y 2009). Este importante material presentó trabajos que abordaron problemas teóricos y metodológicos, experiencias interculturales de atención a las enfermedades y su relación con las categorías de cuerpo y persona diferentes al modelo biomédico hegemónico. En su conjunto, establecen la relevancia de asumir una noción de enfermedad desde un punto de vista multidimensional. Ofrecen un panorama en el que el enfoque intercultural en el campo de los sistemas médicos es una necesidad.

De acuerdo con Comelles (2004), el debate sobre la diversidad en salud y sobre el papel de lo cultural surge en dos circunstancias históricas distintas. La primera es el despliegue del proyecto de la biomedicina y la salud pública en países no occidentales, que no tienen por qué compartir los rasgos judeo-cristianos o ilustrados característicos de la articulación entre el modelo médico y el pensamiento liberal occidental. La segunda circunstancia es distinta y se refiere al problema que plantea hoy en los países desarrollados una demanda cualitativamente sesgada basada en cuidados de salud, enfermedades crónicas y degenerativas y medicalización de malestares y formas de aflicción en toda la población, así como los problemas que plantea la diversidad cultural que acarrearán los procesos migratorios. Luisa Abad (2004) confirma esta tesis. Afirma que la historia de la medicina en América Latina es la historia de una negación.

6. Para mayores antecedentes sobre la teoría del organismo humano: Gavilán, Madariaga, Viguera, Morales, Parra, Andrade y Arratia, 2011.

La clasificación de la medicina indígena como etnomedicina, medicina popular, medicina ancestral, medicina tradicional, etc., se impone para evidenciar la subalternidad de sus agentes. Para ella, el problema de la aplicación de la salud intercultural radica en la grave crisis que sufre la medicina (académica) en relación con los niveles, grados, tonos y modos de comunicación entre el médico (entendido como persona que sabe curar) y el paciente (entendido como ser doliente), que se sabe o se considera enfermo y que precisa de la ayuda especializada. Esto se puede observar en el tratamiento de S. en el año 2004, cuando aún las políticas interculturales en salud pública en Chile estaban comenzando en el contexto de los procesos reivindicativos de los pueblos originarios. Desde este momento hasta hoy, los programas de salud intercultural recogen de manera fragmentaria el conocimiento de la antropología latinoamericana⁷. Y la antropología ha tendido a enfatizar en la necesidad de valorar los conocimientos y prácticas en salud no hegemónicas, pero, siendo la audiencia principalmente antropológica, los problemas se mantienen en la comodidad disciplinaria.

Ciertamente, como indica L. Abad (2004: 348): «*el problema de la aplicación de la llamada salud intercultural no radica solo en el desconocimiento —por parte de los médicos formados en la academia reglada— de los códigos simbólicos o pautas culturales de los diferentes y no tan distantes mundos indígenas*», sino que radica en la crisis que experimenta la medicina en relación con la comunicación entre el médico y el enfermo. No obstante, las dificultades son mayores, tanto desde el punto de los modelos como de los sistemas médicos; de las prácticas antropológicas como de las profesiones de la salud y de los contextos políticos en los que se inscriben. Por otra parte, la cuestión de cuáles son los saberes de la antropología que se pueden aplicar en salud no encuentra respuesta simple, ya que estos se elaboran sobre la base de epistemologías y ontologías diversas. Los resultados de esta aplicación serán diferentes si se tiene una concepción del ser humano formado por un cuerpo y por un alma y si se homologa *alma* a la noción bíblica que sí concibe el cuerpo como organismo que incluye inmaterialidades asociadas a los antepasados. El diálogo entre tradiciones culturales diferentes no puede establecerse sin el reconocimiento de las bases conceptuales de todas las que se despliegan en los procesos de sanación. En este sentido, un camino posible es ensayar la construcción de un objeto de estudio transdisciplinario que se proponga como meta principal el bienestar humano.

7. Para mayores referencias en relación con la aplicación del enfoque intercultural en las políticas sanitarias en Chile: Gavilán, Madariaga, Viguera y Parra, en prensa.

4. Avances de Investigación

En el contexto de las políticas de salud para los pueblos originarios en Chile se ha planteado buscar un diálogo entre biomedicina y el sistema médico indígena a través de un intento de homologación de las expresiones del sufrimiento individual (sus malestares, sus síntomas) como datos equivalentes, es decir, como manifestaciones específicas de la subjetividad que suscribirían invariablemente categorías sintomáticas o signos que están preestablecidos en entidades mórbidas, como si se tratara de aspectos sustantivos. A. Fernández afirma que:

[...] no hay nada de sustancial en ellos. No hay en la naturaleza síntomas o enfermedades esperando a ser descubiertas por psicopatólogos (como no las hay esperando la mirada de anátomo-patólogos, microbiólogos u otras). Los síntomas y las enfermedades son constructos que ponen en juego al menos tres elementos: una cultura que define un determinado sufrimiento como morboso; unos agentes (médicos, chamanes, o sacerdotes) a los que esta sociedad reconoce como capacitados para actuar sobre ellos; unos pacientes que acuden o son llevados a ellos porque ellos o sus allegados consideran que padecen este tipo de sufrimiento (2001: 59).

Los resultados del análisis de los datos primarios obtenidos hasta ahora problematizan la simple homologación de enfermedades. Para relacionar los padecimientos *aymara* con nomenclaturas y significados de la psiquiatría moderna se trabajó en un caso clínico. Se trató de un joven *aymara*, cuya familia se adscribe a los valles y que reside en la ciudad de Alto Hospicio. Fue diagnosticado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. E. Torres Galdámes de Iquique con Esquizofrenia, y con *Katjata* por los sanadores *aymara*. Para ello consideramos las representaciones del fenómeno mórbido de la *Agarradura*, según lo descrito por varias generaciones de sanadores y de consultantes de la región y la expresión personal del joven afectado, y de la Esquizofrenia en la psicopatología descriptiva. Optamos por utilizar las referencias sintomáticas provenientes de la psicopatología descriptiva por sobre las propias de las taxonomías neopositivistas del DSM-5 y del CIE-10.

Se constata que el cuadro sintomatológico pesquisado por el equipo de salud identifica diversos componentes de la producción psíquica del sujeto en estudio con síntomas propios de un trastorno esquizofrénico; muchos de estos síntomas biomédicos han sido internalizados por el sujeto y reconocidos como manifestaciones genuinas de su padecer. En tanto que desde la perspectiva de la familia, de los sanadores y de la comunidad *aymara*, se rotula este padecimiento como *Agarradura* o *Kajkata*,

en un contexto en el que el modelo indígena de salud es subvalorado por las nuevas generaciones. El análisis de los tratamientos y de los itinerarios terapéuticos dan cuenta de dos modelos médicos que subyacen en las decisiones del enfermo y su familia. Si bien existe un nodo central de sufrimiento humano, que es único y da cuenta de un solo proceso experiencial, en el escenario de los sistemas médicos en confrontación adquiere dos lecturas que no son complementarias, pues remiten a dos formas diferentes de concebir este padecimiento; por tanto, se configuran dos entidades mórbidas distintas, con fundamentos epistemológicos distintos, lo que va a dar origen a dos formas también diferentes de nombrar, catalogar y dar sentido a los síntomas y a dos diferentes estrategias de sanación. Así, los datos señalan que se trataría de dos formas de elaborar el padecimiento psíquico. Una se basa en la ciencia occidental, arraigada en una concepción neokraepeliniana, de corte neopositivista, y otra basada en la idea de un cuerpo material e inmaterial (complejo *chima-ánimu*) estrechamente ligado al territorio (que es concebido como unidad igualmente material e inmaterial: lugares/figuras tutelares).

Los síntomas propiamente psiquiátricos no son coincidentes con las formas del vivenciar psíquico del sujeto *aymara* que sufre de *Agarradura*, aun cuando existan cuestiones de forma que los aproximen, como es el caso del «delirio» y las «alucinaciones». En este padecimiento, la presencia de percepciones, pensamientos, ideas o interpretaciones «extraordinarias» no dan cuenta de una alteración del juicio de realidad (es decir, de un estado psicótico), sino que en la visión indígena adquieren sentido y coherencia desde la historia, religiosidad y modelo médico legados de los antepasados; no se separa el orden psicobiológico del cuerpo humano del cosmos que lo contiene. Se produce, así, una diferencia cualitativa entre los dos modelos de enfermedad que se describen. En el marco de la psiquiatría, el padecimiento se elabora como construcción mórbida desde la perturbación grave del juicio de realidad; en tanto que para el pensamiento *aymara* se trata de un padecimiento desatado por comportamientos inadecuados frente a las expectativas de buena conducta en el presente comunitario indígena. Esta característica diferencial entre el enfermar de Esquizofrenia o de *Agarradura* hace discutible el intento de asimilar síntomas de un lado hacia el otro, ya que siempre tendrán una connotación explicativa/compreensiva diferente. El síntoma psiquiátrico nos remite a alteraciones hipotéticas provenientes en general de una patología del funcionamiento neurofisiológico del sistema nervioso central, perturbación que es la misma siempre para todo esquizofrénico, sea cual sea su origen, pertenencia étnica, de clase, género, etc.; es decir, es una manifestación de tipo universal, puesto que su base es fundamentalmente biológica y se afirma en la relación del síntoma con su forma

más que con su contenido. El sujeto «agarrado», en cambio, ha perdido el *ánimu* a consecuencia de un conflicto con los dioses o entidades tutelares; si bien este hecho afecta al cuerpo y sus procesos biológicos, el mecanismo mórbido está desatado por influencias externas ultraterrenas; el padecimiento tiene una connotación singularísima y unívoca, llena de significados, de contenido, pues da cuenta de una muy particular relación conflictiva del sujeto con las fuerzas telúricas.

Sobre la base de lo expuesto, planteamos la hipótesis de que entre el modelo médico indígena y el modelo biomédico existiría una *relación heterológica*, es decir, de sistemas no compatibles; se trata de campos bien diferenciados, cada uno con sus propias categorías descriptivas, explicativas, comprensivas y terapéuticas. Ambos sistemas no se superponen, no se yuxtaponen, sino que coexisten en permanente conflicto, el cual delimita sus propias fronteras. Esta diferenciación entre ambos modelos explicativos del proceso salud/enfermedad/atención no excluye el tránsito que realizan los sujetos al ir y venir del uno al otro (el camino del enfermo). Tampoco califica negativamente la atención que presta el servicio de salud pública a los pueblos originarios; lo que propone es que se preste atención y se valoren los saberes indígenas sobre la salud y la enfermedad, se reconozcan a sus agentes sanadores y las formas propias de tratar los padecimientos psicoemocionales que los afectan. Esto implicaría respetar sus derechos humanos y estaríamos transitando desde una concepción de salud mental como ausencia de enfermedad mental hacia otra con foco en condiciones y calidad de vida, en el reconocimiento y aceptación de la pérdida o disminución de capacidades, en la inserción social y laboral desde la diversidad étnico/cultural.

5. Avanzar hacia la transdisciplina y a la incorporación de los *aymara* en los equipos de investigación

El camino recorrido conduce a plantear que, si el interés se pone en contribuir a mejorar la calidad de vida de los grupos subalternos y en generar insumos para las políticas públicas, el trabajo transdisciplinario es indispensable. El proceso de investigación requiere de los aportes de los diferentes dominios, pero el trabajo propiamente transdisciplinario exige consensuar los supuestos epistemológicos que la guiarán. El rol de cada una de las disciplinas en juego es mantener su identidad, pero necesariamente deberán descentrarse y tomar conciencia de las limitaciones que imponen las fronteras; y, a la vez, de las ventajas que implican trascenderlas hacia formas de conocer la realidad articulando la diversidad de saberes.

Las particularidades de la investigación en Chile no facilitan las prácticas transdisciplinarias. Los fondos estatales, operados mediante concursos anuales, se distribuyen por disciplinas. Estas se posicionan según jerarquías en las que las ciencias sociales ocupan un lugar subordinado en términos de recursos, y las ciencias de la salud se orientan fundamentalmente por el enfoque biomédico. La generación de nuevos conocimientos requiere de un tipo de planificación que favorezca el trabajo transdisciplinario, de la formación de profesionales preparados para ello, de un régimen que no separe la investigación básica de la aplicada y que actúe para mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente de los grupos desfavorecidos; todo lo cual requiere del aumento de recursos para estos propósitos.

La experiencia relatada ha dejado fuera un aspecto central en la generación de conocimiento en salud para los pueblos indígenas. Se trata de su participación en los procesos de investigación y en la toma de decisiones. Como bien ha señalado L. Abad (2004: 348): «*Para que la salud intercultural sea un hecho cada vez más tangible y cuantificable en la América Latina indígena, es necesaria la participación real y no tutelada de los verdaderos actores sociales de las comunidades*». Aunque en el caso que nos ocupa el problema de la representatividad del pueblo *aymara* regional complica la participación debido a los altos niveles de conflictividad en su interior, ellos son los principales agentes de cambio. Pero no se puede dejar de lado la escasez de conocimientos sobre las estructuras de poder al interior de la colectividad *aymara*, de los sistemas de autoridad y liderazgo, y de los mecanismos de mediación social, de la cultura política y de los pactos de dominación vigentes (Gundermann y González 2009: 132).

Los mecanismos de colonización de los pueblos originarios en Chile persisten. En las prácticas de atención de S., los profesionales de los dispositivos de salud clasificaron los saberes médicos de los parientes del joven como un sistema cultural aislado. La familia de S. aceptó tácitamente esta apreciación y asume la posición de subalternidad, dados los procesos de dominación cultural que han situado a sus prácticas médicas en un lugar de subordinación, proceso en que el sistema escolar y del propio sistema de salud han participado. Si bien las demandas del movimiento indígena interpelan al Estado y a la sociedad nacional para reivindicar derechos ciudadanos a la diferencia cultural en salud, no ha sido fácil para los *aymara* organizados consensuar posturas críticas a los procesos de colonización. Las políticas estatales dirigidas a los pueblos originarios tienden a administrar la diversidad cultural, lo cual implica neocolonizar sus modelos y sistemas médicos. El no reconocimiento de los procesos históricos se inscribe en una estrategia de dominación y, por lo tanto, de neocolonización. Como señalan Piñones, Mansilla y Arancibia (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.

Referencias bibliográficas

- Abad, L. (2004). Salud Intercultural y Pueblos Indígenas: la Experiencia de un Programa de Salud de Atención Primaria con Comunidades Aguarunas de la Selva Amazónica en Perú. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. G. Fernández, Comp. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Arnold, D.; Yapita, J. y Tito, M. (1999). *Vocabulario Aymara del Parto y de la Vida reproductiva de la mujer*. La Paz: Instituto de Lengua y Cultura Aymara y Family Health International.
- Chamorro, A. y Tocornal, C. (2005). Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños*, 30: 117-134.
- Comelles, J. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. G. Fernández, Comp. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, A. (2001). De las Psicopatologías Críticas a la Crítica de la Psicopatología. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 80: 57-69.
- Fernández, G. (1997). Entre lo Abierto y lo Cerrado. Fracturas, Tensiones y Complicidades. En *En torno a la salud en el espacio cultural aymara*. L. Razeto, Ed. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, G. (2004a). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, G. (2004b). «Ajayu, animu, kuraji». La Enfermedad del «Susto» en el Altiplano de Bolivia. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. G. Fernández, Comp. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, G. (2006). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, G. (2009). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios*. Quito: Abya-Yala.
- Gavilán, V. (1996). Mujeres y Hombres en Isluga y Cariquima: una Aproximación a las Relaciones de Género entre los Aymara del Norte de Chile. Tesis maestría no publicada, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. En <http://hdl.handle.net/10469/853> Accedido el 22 de marzo de 2018.
- Gavilán, V.; Madariaga, C.; Viguera, P.; Morales, N.; Parra, M.; Andrade, R. y Arratia, A. (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. *Revista de Indias*, 252: 571-600.

- Gavilán, V.; Madariaga, C.; Viguera, P.; Morales, N. y Parra, M. (en prensa). Interculturalidad en Salud. Análisis Crítico de las Políticas Sanitarias Dirigidas al Pueblo Aymara del Norte Chileno. *Interciencia*.
- Guerrero, B. (1995). Medicina Andina y Medicina Pentecostal en los Aymaras del Norte Grande de Chile: del Yatiri al Pastor. *Chungara*, XXVII(2): 153-165.
- Grebe, M.E. (1983). En Torno a los Ritos Terapéuticos Astrales de Isluga. *Chungará*, 10: 155-164.
- Gundermann, H. (2001). Comunidad, sociedad andina y procesos socio-históricos en el norte de Chile. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales con Especialidad en Sociología. El Colegio de México.
- Gundermann, H. y González, H. (2008). Pautas de integración regional, migraciones, movilidad y redes sociales en los pueblos indígenas de Chile. *Universum*, 23: 82-115.
- Gundermann, H. y Gonzalez, H. (2009). Sociedades Indígenas y Conocimiento Antropológico: Aymaras y Atacameños de los siglos XIX y XX. *Chungará*, 41(1): 113-164.
- Kessel, J. (1983). Ayllu y Ritual Terapéutico en la Medicina Andina. *Chungará*, 10: 165-176.
- La Riva, P. (2005). Las Representaciones del *Animu* en los Andes del Sur Peruano. *Revista Andina*, 41: 63-86.
- Martínez, A. (2000). Anatomía de una Ilusión. El DSM IV y la Biologización de la Cultura. En *Estudios entre Medicina y Cultura*. Perdiguero y Comelles. Barcelona: Ediciones Belaterra.
- Martínez Soto-Aguilar, G. (1976). El Sistema de los Uywiris en Isluga. Documento Centro de Investigaciones Andinas, Iquique.
- Martínez Soto-Aguilar, G. (1983). Los Dioses de los Cerros en los Andes. *Journal de la Société des Américanistes*, 69: 85-115.
- Menéndez, E.L. (1987). *Medicina Tradicional, Atención Primaria y la Problemática del Alcoholismo*. México: Editorial Casa Chata.
- Menéndez, E.L. (2003). Modelos de Atención de los Padecimientos: de Exclusiones Teóricas y Articulaciones Prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8:185-207.
- Ministerio de Salud de Chile (2013). *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria 1-136. Santiago, Chile.
- Osorio, F. (2004). La Ciencia Social Multidisciplinaria. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Chile. En http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/osorio_f/sources/osorio_f.pdf Accedido el 2 de marzo de 2017.
- Pérez, N. y Setién, E. (2008). La Interdisciplinaria y la Transdisciplinaria en las Ciencias: una Mirada a la Teoría Bibliológica-Informativa. *ACIMED*, 18(4) En http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352008001000003&lng=es&tlng=es. Accedido el 21 de mayo de 2017.
- Piñones, C.; Mansilla, M. y Arancibia, M. (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.

