

El Significado de la Salud y la Enfermedad en el Pueblo de Talabre

Un acercamiento desde la perspectiva de Género

María Soledad Pérez Moscoso

Magíster en Género

Facultad de Filosofía y Humanidades

Universidad de Chile

| Santiago, 2005

Cuando comencé poco recordaba...

Poco recordaba... a mi tía Conce, componedora... a quien no alcance a pedir sus manos, pero agradezco el regalo de ser mi llave de entrada a este pueblo.

Camino a las lagunas...en Talabre... en el viejo y el nuevo, siempre bajo la mirada del Lascar... a quien doy mis respetos, agradezco a don Fabio, Sra. Carmela, Sótero, Paty, Lucho, Antonia, Trini, Sara, Quena, Antonia, Laudencia, Juan, Ana, Jaime, Antonia, Luciano, Román, los niños y niñas, a todos y todas las personas del pueblo...

Y como otra cara de la misma tela... quisiera agradecer a Margarita Iglesias, por su confianza y apoyo en este proceso, abriendo la mirada a espacios distintos para la investigación interdisciplinaria desde la perspectiva de género.

A Griselda Pérez de Ciudadanía Sexual en Perú y por intermedio de ella agradecer el apoyo financiero de la fundación FORD en esta investigación. A Progresar e ICMER por apoyarme al estudiar esta maestría. A mis amigos y amigas, Claudia, Gaby, Vale, Mony, Paty, Lorena y tantas otras/os que me han escuchado pacientemente y han colaborado en la lectura de este texto.

Mirando hacia el sur... a la tierra que me vio nacer...gracias a mi padre por la posibilidad de florecer, a la fuerza de mi madre Adriana y desde Águila Sur ...mi casita... a la dulzura de Pablo.

Y siempre agradecer a esta Tierra... que me permite seguir aprendiendo...

Índice

Introducción		5
Antecedentes de la salud en poblaciones indígenas		9
Capítulo I	Contexto Andino e Identidad Atacameña	12
	1.1. Identidad Atacameña	14
	1.2. Acercamiento al pueblo de Talabre	19
Capítulo II	Concepción de la Salud y la Enfermedad	22
	2.1. Salud – enfermedad y Cultura	26
	2.2. Medicinas Tradicionales y Sistemas Médicos	29
	2.3. Sistemas Médicos en los Andes	30
Capítulo III	Género: Construcción Simbólica y Cultural en los Andes	35
	3.1. Concepto de género y mirada desde la antropología	35
	3.1.1. Construcción simbólica de lo femenino y lo masculino	37
	3.1.2. Construcción social del género	41
	3.2. Estudios de Género en los Andes	42
	3.2.1. Complementariedad y dualismo en los Andes	43
	3.2.2. ¿De la complementariedad a la subordinación?	46
	3.3. Estudios de género en Chile	49
	3.3.1. Estudios de género en población Aymará en Chile	51
	3.4. Estudios de género en el ámbito de la Salud	54
Capítulo IV:	Género y Salud en el Pueblo de Talabre	57
	4.1. El significado de la salud y la enfermedad: la relación de equilibrio entre hombres y mujeres	59
	4.2. Tipología y enfermedades y procedimientos de curación	63
	4.3. El especialista en medicina tradicional	66
	4.4. La reproducción: un espacio femenino	68
	4.5. Articulación entre la medicina tradicional y Salud pública	69
	4.6. Mixtura y complejidad cultural en el pueblo de Talabre	73

Capítulo V:	Reflexiones finales	77
	5.1 Experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad en hombres y mujeres	77
	5.2. Articulación de las creencias de los sistemas médicos tradicionales y occidental	79
Bibliografía		82
Anexos		92
	Anexo 1 Marco Metodológico	92
	Anexo 2 Fichas de regulación de la fecundidad y control perinatal	96
	Anexo 3 Listado de entrevistados	97
	Anexo 4 Guía de entrevista	98
	Anexo 5 Mapa de Talabre	99
	Anexo 6 Notas del cambio de pueblo de Talabre	100
	Anexo 7 Gráficos de Enfermedades y remedios en Talabre	101
	Anexo 8 Gráfico de Procedimientos de Curación Tradicional en Talabre	102
	Anexo 9 Listado de hierbas medicinales	103
	Anexo 10 Ubicación del pueblo de Talabre en relación a sus montañas	107
	Anexo 11 Flujo de atención de personas del pueblo	108

Introducción

Desde siempre el ser humano ha buscado los significados de la vida y la muerte. En esta búsqueda, la salud y enfermedad se han convertido en hechos significativos que evolucionan a través del tiempo, dejando de ser situaciones meramente biológicas y adquiriendo dimensiones culturales y sociales.

Cada grupo humano crea su propio sistema de salud, de acuerdo a sus ideas, conocimientos y necesidades, el cual sólo puede ser comprendido a partir del contexto social y cultural del cual proviene.

Autores como Javier Alba¹, M. Ester Grebe² y Luca Citarella³, plantean que los pueblos indígenas mantienen concepciones sobre la salud y la enfermedad que derivan de una cosmovisión que vincula al hombre / mujer, la sociedad, la naturaleza, los seres y fuerzas que pueblan el mundo sobrenatural.

En este sentido, la salud y la enfermedad estarían en estrecha relación con la identidad de las personas, con su identidad cultural y genérica. La cultura subyace e interpreta las expresiones sociales de las personas dándole sentido a tramas de significación que tejen hombres y mujeres, las que al relacionarse conforman la identidad de los sujetos.

Las concepciones de salud y enfermedad son parte de las prácticas cotidianas de las personas y es allí donde además se recrean las relaciones de género. Las prácticas cotidianas, ritos; la salud y la enfermedad de las personas ocurren en ambientes culturales y geográficos que son organizados, en parte, de acuerdo al género y por lo mismo están llenos de significados.

Para Lamas⁴ la perspectiva de género incorporada desde la antropología ha establecido que la asimetría entre hombres y mujeres significa cosas distintas en lugares diferentes. Existen variaciones culturales de la posición de las mujeres y de los hombres, sus actividades, sus limitaciones y posibilidades. Lo único que se mantiene es la diferencia entre lo que es considerado masculino y femenino.

En este sentido, que la perspectiva de género surge como parte de una crítica al modelo positivista de la objetividad, cuantificación, la neutralidad de la ciencia moderna, dando cabida a las diferencias genéricas, culturales y religiosas.

¹ Alba, J.; Tarifa, L. (1993) Los Jampiris de RAQAYPAMPA. CENDA, centro de comunicación y desarrollo andino. Cochabamba, Bolivia.

² Grebe M. (1998) Culturas indígenas de Chile: un estudio preliminar. Editorial Pehuén Santiago, Chile.

³ Citarella, L. Compilador (2000) "Medicinas y culturas en la Araucanía" Traffkin, Cooperación italiana. Editorial sudamericana Chile.

⁴ Lamas Marta (1996) Usos, Dificultades y posibilidades de la categoría de género En: Lamas, M. Comp El género: La construcción cultural de la diferencia sexual PUEG, México.

Desde la perspectiva de género se ha intentado estudiar la experiencia subjetiva de la salud, se han estudiado padecimientos, así como el embarazo, parto, anticoncepción y otros temas afines.

La salud y la enfermedad como parte de las expresiones culturales y de género de una sociedad, se van construyendo, se transforman y recrean permanentemente, como parte de la identidad de los pueblos.

En el caso de los Andes, muchos estudios de género han girado en torno a las relaciones de poder, lo que ha producido un cuestionamiento sobre los conceptos de complementariedad. De esta manera autores como Isbell y Silverblatt⁵ se adhirieron a la tesis de la complementariedad, mientras otros se plantearon la tesis de la subordinación. Desde la mirada de complementariedad, en la sociedad y cultura andina existe una organización y pensamiento dual donde hombres y mujeres, masculino y femenino se complementarían.

Cabe señalar que los estudios realizados por Ana Maria Carrasco y Vivian Gavilán⁶, en poblaciones aymarás del norte de Chile, entregan información respecto a las relaciones de género, dando nuevas posibilidades que incorporan la relevancia de la edad como elemento diferenciador de género, además, del concepto de prestigio ya incorporado por Sherry Ortner⁷.



También en los Andes, existe una variedad de estudios que dan cuenta de la cosmovisión y prácticas de salud, las cuales, para el mundo indígena no está compartimentada como lo es para la cultura occidental. Es decir, no está separada la salud de la cosmovisión, ni de la agricultura, ni del ciclo vital de las personas.

Según Victoria Castro y Varinia Varela⁸, “la filosofía andina otorga a la naturaleza un poder único. Sin sus contribuciones no es posible reproducir la vida en ningún plano”. Las autoras plantean que existiría una ciencia indígena, que sería además una filosofía, que a diferencia de la ciencia occidental, constituiría un saber que integra los distintos aspectos de la vida cotidiana,

⁵ Isbell y Silverblatt En: Arnold D. Comp. (1997) Más allá del silencio. Las fronteras de género en los Andes. CIASE / ILCA, La Paz Bolivia.

⁶ Carrasco, A.; Gavilán V. (2003) Representaciones del cuerpo, sexo y género: una aproximación a las categorías Andinas de las diferencias. Actas del cuarto congreso chileno de antropología, Tomo I, Chile.

⁷ Ortner Sherry, Whitehead Harriet (1981) “Indagaciones acerca de los significados sexuales” en El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual. Lamas Marta (1996) PUEG, México.

⁸ Castro, V. Y Varela, V. (1994) CEREMONIAS DE TIERRA Y AGUA ritos milenarios andinos. FONDART, MINEDUC, Fundación Andes. 1994, Santiago de Chile.

del sentir, el pensar, incluyendo la percepción del mundo que inseparablemente incluye aspectos sociales, económicos y religiosos.

En el caso atacameño no existen investigaciones en salud y género; en la zona se han llevado a cabo principalmente estudios arqueológicos y etnobotánicos como el de Munizaga y Gunckel⁹, Serracino et al¹⁰ y Aldunate et al¹¹, Cárdenas U.¹², Villagrán C, et al¹³.

La presente investigación pretende relacionar las variables de género y salud en un pueblo de origen Atacameño¹⁴. Nace del interés personal de **explorar los significados que le dan las mujeres y hombres a la salud y la enfermedad desde una perspectiva de género**.

Este estudio se realizó en el pueblo de Talabre, ubicado en la II región del país, en el desierto de Atacama, el cual tiene una población de 54 habitantes según el censo de 1992 conformadas por 14 familias, además de otras 9 que, aunque se encuentran en localidades vecinas como Peine, Toconao, Camar, San Pedro de Atacama, incluso en Calama, mantienen ganado y pastos en mediería lo que reafirma fuertes lazos de herencia¹⁵.

El pueblo de Talabre es interesante de estudiar por las siguientes razones: 1) no existen estudios previos de este tipo, 2) esta es una de las localidades que aún mantiene un hombre de conocimiento¹⁶ Andino tradicional, quien aplica sus técnicas curativas y preventivas en un contexto ritual y además recibe mensualmente la ronda médica de salud perteneciente a la salud pública del país y 3) es un pueblo que experimenta cotidianamente la crisis del mundo del norte, es decir la influencia de la sociedad occidental, que se ejemplifica en costumbres foráneas provenientes de Estados Unidos y Europa las cuales paulatinamente han ido colonizando los pueblos sudamericanos; es en este sentido que la subjetividad de los mas jóvenes está circulando constantemente y la vez abriéndose como una forma de sobrevivir a este mundo del afuera.

⁹ Munizaga, C. y H. Gunckel (1958) Notas Etnobotánicas del pueblo atacameño de Socaire. Publicación del Centro de Estudios Antropológicos, Universidad de Chile, N° 5, Santiago.

¹⁰ Serracino, G., R. Stehberg y G. Liberman. (1974) Informe Etnobotánico de Guatín (San Pedro de Atacama), Antropología Nueva Época, N° 1, Departamento de Ciencias Antropológicas y Arqueológicas, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

¹¹ Aldunate, C., J. Armesto, V. Castro y C. Villagrán (1981) Estudio Etnobotánico en una Comunidad Precordillerana de Antofagasta: Toconce. Boletín Museo Nacional de Historia Natural, 38:183-223. Santiago de Chile.

¹² Cárdenas, U. (1998) Entre el Tolar y el Pajonal: Percepción ambiental y uso de plantas en la comunidad atacameña de Talabre; II región, Chile. Revista Estudios Atacameños N 16.

¹³ Villagrán, C., et al (1998) La tradición surandina del desierto: Etnobotánica del área del Salar de Atacama (provincia de El Loa, Región de Antofagasta, Chile). Revista de Estudios Atacameños, N 16.

¹⁴ Según el Censo 2002 la población Atacameña alcanza los 21.015 habitantes, de los cuales 10.852 son hombres y 10.163 son mujeres¹⁴. Las tasas de mortalidad en la población Atacameña según la OPS son superiores hasta en cuarenta puntos al promedio nacional. Las comunas de mayor concentración indígena presentan indicadores de condiciones de vida desmejorados en comparación con otras zonas geográficas del país. Existe una alta correspondencia entre zonas de pobreza y zonas indígenas. Datos del Censo Nacional de Población 1992 en: Perfil epidemiológico. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile, OPS/OMS, Ministerio de Salud 1997.

¹⁵ Morales, H. (1997) Pastores Trashumantes al fin del mundo. Un enfoque cultural de la tecnología: en una comunidad Andina de pastores. Memoria para optar al título de Antropólogo. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología. Universidad de Chile.

¹⁶ "Hombre de conocimiento, curandero, hierbatero", son nombres que le dan hombres y mujeres del pueblo al especialista en medicina tradicional.

En este contexto, me pareció interesante plantear las siguientes **preguntas de investigación**: a) ¿Qué significados tienen para los hombres y mujeres de Talabre la salud y la enfermedad?, b) ¿Existirán diferencias en los significados de la salud y la enfermedad entre mujeres y hombres?, y c) ¿de qué manera se articularían, desde la perspectiva de los hombres y mujeres de Talabre, elementos del discurso de la medicina moderna y la tradicional?.

Para intentar responder estas preguntas, me propuse los siguientes **objetivos**:

- a) Conocer los elementos de sentido que constituyen la experiencia subjetiva de la salud y de la enfermedad en las mujeres y hombres del pueblo de Talabre y
- b) Descubrir como se articulan algunas creencias tradicionales y de la medicina occidental en las prácticas cotidianas de salud enfermedad.

Para de esta manera, para tratar de develar el vínculo existente entre las relaciones de género y la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad en los hombres y mujeres de este pueblo.

Este es un estudio de carácter etnográfico-exploratorio, y en él utilicé metodología cualitativa (ver anexo 1). Además de incorporar elementos teóricos y metodológicos que provienen de distintas disciplinas como la psicología, antropología, sociología y medicina.



La relevancia de esta investigación radicó en el interés actual tanto nacional como internacional en programas de resurgimiento y mantención de las identidades indígenas territoriales¹⁷ y la interacción de la medicina indígena tradicional con la medicina “occidental, pública”. Esta relevancia cobra sentido en el contexto de la globalización, ya que estos territorios del sur del mundo no quedan ajenos a los procesos que viven distintos pueblos y naciones en ésta época, la globalización ha llegado a todos los pueblos y está influyendo en su identidad. De ahí la necesidad complementaria de conocer y validar lo local, como vehículo de resistencia a la estandarización del mercado globalizado.

La salud de las poblaciones indígenas se ha estudiado a partir del siglo XX; sin embargo, sólo en este último tiempo esta línea de investigación ha sido objeto de una aproximación más sistemática por parte de organismos sanitarios tanto nacionales

¹⁷ Como es el caso del programa orígenes del banco interamericano del desarrollo, el cual plantea un programa específico en salud intercultural que pretende apoyar la medicina indígena en complementariedad con la medicina del sistema público chileno.

Antecedentes de la Salud en Poblaciones Indígenas

como internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha asumido este desafío a partir de la década de los noventa y fruto de ello son las innumerables reuniones y conferencias que estas instancias han apoyado en el último tiempo sobre la materia¹⁸.

Según la OPS/OMS¹⁹ en América Latina existen más de 400 pueblos indígenas, los cuales se han convertido en un foco de preocupación por las deficiencias en salud y las condiciones sociales y económicas que afrontan la mayoría de ellos. La OPS se ha comprometido, este último decenio, a trabajar con estas poblaciones para mejorar su salud y bienestar, reconociendo el valor del patrimonio cultural y el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de conservarlos.

Otro tema actual en este ámbito, se puede decir que otro de los temas que en la actualidad ha cobrado importancia, es aquello relacionado con el reconocimiento de las concepciones de salud y enfermedad que mantienen los pueblos indígenas, además del uso de medicinas y terapias tradicionales que reflejan la cultura de un país, la historia y las creencias, las que se han transmitido oralmente de generación en generación²⁰. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha mantenido un área de estudio en estos temas cuyo objetivo es lograr un acercamiento entre las medicinas que se practican en el mundo para una mejoría de la salud de la población. Se están logrando experiencias de investigación y prácticas en salud que indican el inicio de un diálogo y acercamiento entre todas las visiones.

Es así como la OMS, respecto a las medicinas tradicionales, reconoce la necesidad de fomentar su investigación, y ya no sólo la investigación en la biomedicina para velar por la salud de las personas. Esto, en el marco del aumento del uso de medicinas tradicionales alternativas y complementarias en la mayoría de los países en desarrollo, lo que da cuenta cada vez más del consumo mundial de todas éstas²¹.

En nuestro país, han sido escasas las iniciativas gubernamentales que han tenido como finalidad considerar y analizar las particularidades epidemiológicas y culturales de las poblaciones indígenas que lo componen. Sin embargo, el Ministerio de Salud crea el Programa de Salud y Pueblos Indígenas, en el marco del convenio internacional sobre pueblos indígenas N°169 y el Decenio Internacional de Pueblos Indígenas del Mundo 1995 -2004 (Resolución ONU N°48/169 de 1993). Este Programa mantiene una estrecha colaboración con la Organización Panamericana de la Salud y tiene como preocupación central aportar a la generación de servicios más accesibles y que respondan mejor a las

¹⁸Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 17 de abril de 1993; COSI/OMS Ginebra 1999; Washington, DC., EUA, 1998.

¹⁹ Encuentro Internacional Salud y Pueblos Indígenas: Logros y desafíos en la Región de las Américas. Puerto Varas, Región de los Lagos, Chile, 13, 14 15 de noviembre de 2000. OPS/OMS, Ministerio de Salud.

²⁰ Informe grupo de trabajo OPS/OMS Medicinas y Terapias Tradicionales, Alternativas y Complementarias. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS Equipo de Medicina Tradicional, Departamento de Medicamentos Esenciales y Políticas de Medicina, OMS, Washington D.C. 1999.

²¹ Estrategias en Medicinas tradicionales, alternativas y complementarias OMS/OPS 2002.

necesidades de la población indígena. Su objetivo central es mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos indígenas que habitan el territorio nacional, impulsando el desarrollo de estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y la integralidad de las acciones; considerando sus características culturales, lingüísticas y económico sociales y su participación en la definición y solución de los problemas.

En la actualidad, a nivel nacional, se está ejecutando un programa de desarrollo indígena financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), bajo el alero del Ministerio de Planificación MIDEPLAN, que presenta como uno de sus objetivos específicos la incorporación y complementación de los sistemas médicos alopáticos, con la medicina tradicional practicada por los descendientes de los pueblos originarios que habitan hoy en día Chile, además del fortalecimiento de las culturas indígenas de nuestro país.

Los estudios de la salud de las poblaciones andinas, actuales y precolombinas, se han basado fundamentalmente en torno a la investigación de la biología de altura, problematizando las variaciones morfológicas, fisiológicas, genéticas y hematológicas (Cocilovo et al.²², Gavilán y Álvarez²³; Martí y Rothhammer²⁴; Quevedo et al.²⁵; Santolaya et al.²⁶) sin considerar el comportamiento patológico de la población, su morbilidad y mortalidad, cuyo conocimiento es esencial para comprender la adaptación de estos grupos en uno de los escenarios más extremos y hostiles del área centro-sur andina: la Puna de Atacama, aunque en el último tiempo esta línea de trabajo ha comenzado a dar sus primeros resultados²⁷.

En cuanto al perfil de salud de los pueblos indígenas, según la OMS y el MINSAL²⁸, las tasas de mortalidad infantil son mayores que la tasa nacional. En el caso Atacameño esta tasa alcanza al 57,4/1000 nacidos vivos entre los años 1988-1992.

Cabe señalar, que en la actualidad en nuestro país, se esta llevando a cabo una investigación, en la primera y duodécima región, referida al estudio epidemiológico con un enfoque sociocultural, además del ámbito de la epidemiología incorpora acciones y capacitaciones que son la base de un modelo de salud intercultural, lo que incluye la validación comunitaria de una diagnóstico epidemiológico, criterios de

²² Cocilovo, L., S. Quevedo y F. Rothhamer. (1984) Relaciones y afinidades biológicas de la población prehistórica de San Pedro de Atacama. *Estudios Atacameños* 7: 306-313.

²³ Gavilán, L. y E. Alvarez (1984). Antropometría de escolares del altiplano de Tarapacá (Comuna de Colchane-I Región): Contribución al estudio de la morfología humana. *Estudios Atacameños* 7:346-360.

²⁴ Martí, I. y F. Rothhamer (1987). Variación del índice craneano en Sudamérica: contribuciones cronológicas, altitudinales y climáticas. *Revista Chungará* 18:181-187.

²⁵ Quevedo, S., H. Palomino, L. Cornejo y C. Fernández (1985) Estudio de la variación antropométrica de tres poblaciones aymaras. *Revista Chungará* 15:211-219.

²⁶ Santolaya, R., J. Araya y R. Prieto. (1984a) Microhematocrito como índice de aclimatación a la altura, en residentes sanos no mineros del campamento cuprífero de Chuquicamata y nativos residentes en los andes de Tarapacá y Antofagasta (Chile). *Estudios Atacameños* 7: 361-381. (1984b) Capacidad vital, talla, peso y superficie corporal en dos poblaciones adultas sanas, residentes de altura del norte grande de Chile. *Estudios Atacameños* 7:382-398.

²⁷ Bejarano, I., J. Dipierri, C. Junqueira y E. Alfaro (1997). Causas de muerte en la Puna de Atacama (período 1890-1950): distribución por sexos y edades. *Revista Española de Antropología Biológica* 18:247-259.

²⁸ OMS/ OPS, Ministerio de Salud. (1997) Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile. Perfil epidemiológico, Santiago de Chile.

inclusión, conceptos de salud-enfermedad énicos y la construcción de diagnósticos con la participación de las comunidades, siendo la base de la gestión intercultural en salud²⁹.

²⁹ Oyarce Ana María. (2005) "salud intercultural con pueblos originarios: mejores prácticas en Canadá y Chile" VII Escuela Internacional de verano Facultad de Medicina Escuela de salud pública Universidad de Chile. OMS. University of North Carolina School of Public Health

Contexto Andino e Identidad Atacameña

Para comprender la relación entre salud y enfermedad e identidad de género es necesario conocer el contexto cultural de la población de Atacama, el cual se encuentra geográficamente ubicado en la zona de Andina.

Desde la década del año 60 se ha realizado una discusión teórica respecto a que es el mundo andino y quienes lo conformarían. Según José Luis Martínez³⁰, han existido movimientos intelectuales desde distintas ciencias que han desarrollado el concepto de cultura Andina. “Lo andino” tenía como base un carácter geográfico, además de la herencia común de la sociedad colonial española. En un primer momento se pensaba al mundo andino como un todo cultural homogéneo; y una segunda que da cuenta de las diferencias culturales y locales de este territorio.

Luego, los estudios llegaron a un “pan-andinismo”, donde asumieron “una cierta comunidad de categorías culturales, ideológicas, sociales y tecnológicas entre las poblaciones que ocupaban ese mundo andino... y, sobre todo, un nuevo sujeto de enunciación: los hombres andinos”³¹. En este momento se fue dando un proceso en el cual se naturalizaron las categorías de grupos e identidades étnicas y por lo tanto se fueron cerrando las posibilidades de acceder a otras miradas y construcciones discursivas propias de las sociedades analizadas, perdiéndose la heterogeneidad y la riqueza de la particularidad.

Ya en la década del 70, se empezaron a estudiar las unidades sociales menores, identificándose diferentes etnicidades en las sociedades andinas, cuestionando una tendencia Cuzco centripeta y pan-andinista.

En este sentido, José Luis Martínez señala que el concepto de identidad étnica ha sido entendido de diversas maneras: en primer lugar, como un elemento “natural”, que produce su propia práctica cultural; en segundo, como una construcción, que se remite a la interacción dinámica y dialógica entre los individuos, y por último, como un proceso externo de construcción de diferencia y de asignación de identidades, las que son impuestas a “los otros”.

Según Victoria Castro la identidad es vista como “la noción de pertenencia a un grupo asumiendo la participación de un código compartido, lo que supone una conciencia de las diferencias respecto de otro grupo, sustentándose fuertemente en una memoria colectiva y una flexibilidad que le otorga la posibilidad de una dinámica de continuidades y cambios”³². En este sentido la autora, al referirse a la población

³⁰ Martínez, J. en Subercaseaux, B., et al (2002) Identidades y sujetos para una discusión latinoamericana. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile. Santiago.

³¹ ídem Martínez, J. en Subercaseaux, et al (2002). Pág. 92.

³² Castro, V. (2001) Atacama en el tiempo. Territorios, identidades, lenguas. (provincia el Loa, II región). Anales de la Universidad de Chile, VI Serie, N13, Santiago de Chile. Pág. 29.

indígena de la región de Atacama, menciona que dicha población ha ido re-creando su identidad a través del tiempo.

La población Andina poseería una sabiduría, diferente de la ciencia occidental, denominada ciencia indígena, la cual categoriza y ordena los espacios naturales y sus recursos, integrando aspectos cotidianos, además de aspectos económicos, sociales y religiosos³³.

Considerando los planteamientos anteriores, el concepto de identidad comprendería una construcción eminentemente cultural, que diferenciaría las organizaciones humanas. Además en el caso andino, según Estermann y Peña³⁴ la identidad incorpora aspectos de su cosmovisión como son los principios de complementariedad, reciprocidad y la concepción cíclica del tiempo.



El principio de complementariedad se refiere a que “a cada ente y cada acción le corresponde un complemento, que recién de estos hace un todo integral”³⁵, no necesariamente se refiere a su contrario sino más bien a su “correspondiente necesario” que se vuelve complemento al relacionarse entre sí. En el pensamiento andino serían complementarios el cielo y la tierra, el sol y la luna, el varón y la mujer, lo claro y lo oscuro, el día y la noche.

El principio de la reciprocidad tiene como base el orden cósmico visto como un sistema balanceado de relaciones, que tiene vigencia en todas las áreas como la religión, la agricultura el trabajo y la familia. Cada relación debe ser bidireccional, es decir recíproca, ya que la unidireccionalidad trastorna el orden y lo desequilibra.

En relación con la tierra (Pachamama), el principio de reciprocidad es una condición imprescindible para la fertilidad y conservación de la vida. Este principio se externaliza en un ritual, que es el “pago”, tributo simbólico con lo que se produce en la tierra y de esta manera se asegura la relación. Esta ceremonia del pago viene realizándose desde la época preincaica³⁶.

La concepción cíclica del tiempo es parte de una sociedad que se ha dedicado a la agricultura, donde el tiempo es una entidad relacionada con el ritmo de la tierra y de la

³³ Castro, V. y Varela, V. (1994) CEREMONIAS DE TIERRA Y AGUA. RITOS MILENARIOS. Fondart, Mineduc, Fundación Andes. Santiago de Chile.

³⁴ Estermann José y Peña Antonio (1997) Filosofía Andina. Cuadernos de Investigación en cultura y tecnología Andina, N 12. Edición compartida IECTA- CIDSa. Iquique- Puno, Chile.

³⁵ ídem Estermann. Pág. 11.

³⁶ Cáceres Efraín (1988) Si crees en los Apus te curan. Medicina Andina e Identidad Cultural. CICTA, Centro de Investigación de la Cultura y Tecnología Andina, Cuzco, Perú.

naturaleza; hay ciertos tiempos en que la Pacha está más activa que en otros. Además el microcosmos y el macrocosmos no están separados; lo pequeño y lo grande, los cambios de luna, las transiciones día noche son momentos de especial atención, de acompañamiento, de rituales simbólicos; los nevados tienen un carácter divino, también el relámpago y la neblina son puentes divinos entre el cielo y la tierra. Muchos ritos andinos tienen como finalidad mantener esta relacionalidad fundamental y protegerse.

Estas prácticas tradicionales denotan la estrecha relación que se establece entre la forma de vida de la comunidad andina, y el entorno natural del cual forman parte; por tal razón es posible decir que se instala una identidad de carácter particular.

1.1. Identidad Atacameña

La población que ocupa el área de la segunda región del país, donde se encuentra el pueblo de Talabre, es denominada por varios autores como de base indígena Mostny³⁷, Laval³⁸, Castro y Martínez³⁹.

Es importante considerar que a pesar de “su carácter desértico y hostil ha sido ocupada, por lo menos desde hace 10.000 años a. c.”⁴⁰. Este pueblo andino, según Lautaro Núñez⁴¹, ha sido prácticamente desconocido. Esencialmente dinámicos por su labor de pastoreo, junto con sus labores ganaderas, agrícolas, minerales y artesanales, han llegado a tener períodos de intercambio comercial y cultural con grandes avances como caminos, tejidos, agricultura, artesanía, etc. Es un pueblo que a lo largo de la historia ha transformado continuamente su identidad, se ha conectado y mezclado con otros pueblos. En la actualidad posee una mezcla cultural y biológica propia de una sociedad mixturada. La matriz atacameña / Likan antai, según este autor, es multiétnica, compuesta por diversos aportes prehispánicos, coloniales, locales y fronterizos, que conservan conocimientos andinos propios, donde existen sincretismos y superposiciones de rituales prehispánicos y cristianos.

El pueblo Atacameño ocupa un territorio que forma parte de la geografía andina. Su hábitat se encuentra mayoritariamente en las comunas de San Pedro de Atacama y Calama. La población indígena de la II región esta asentada en pueblos que se encuentran entre los 2.000 y 3.600 metros de altitud. Esta población, perteneciente al mundo andino, corresponde a las etnias Atacameña, Quechua y Aymará, las que se dedican principalmente a la actividad agropecuaria.

³⁷Mostny, G., F. Jeldes, R. González y F. Oberhauser (1954) Peine, un Pueblo Atacameño Publicación N° 4, Instituto de Geografía, Universidad de Chile, Santiago.

³⁸Laval, E. (1957) Medicina Aborigen Tradicional Atacameña. Revista del Servicio Nacional de Salud, II, 2, Santiago de Chile.

³⁹ Castro V., Martínez J.L. (1997) Poblaciones indígenas de la provincia del El Loa. Culturas de Chile. Etnografía. Editorial Andrés Bello Santiago de Chile.

⁴⁰ Idem Mostny Grete y otros. Pág. 130.

⁴¹ Núñez Lautaro (2002) Breve historia de los pueblos atacameños. Desde la prehistoria a los comienzos del siglo XIX. Universidad Católica del Norte. Texto sin publicar. San Pedro de Atacama.

Este pueblo pertenece a la tradición cultural “del Desierto” o de “Tierras Áridas”⁴², la cual identifica a los grupos originarios de la región del salar de Atacama y del Loa.

Según José Luis Martínez⁴³ una cuestión que ha preocupado a varios investigadores ha sido el problema de las estrategias de supervivencia desarrolladas por los atacameños. Durante el siglo XVII estas estrategias abarcaron una gama de posibilidades de acceso a distintas ecologías y recursos, lo que refleja un cierto manejo de prácticas tradicionales, fuera de la tutela española quienes dominaban la zona bajo el corregimiento colonial de Atacama. El



control de recursos a corta distancia se complementaba con el manejo de estrategias de obtención de bienes ubicados a larga distancia, lo que incluía largos periodos de residencia en lugares distantes y el tráfico caravanero. Además se visualizaba un manejo dinámico de las estructuras sociales, tanto monoteístas como interétnicas, sociales, económica y religiosas, que se desarrollaban en espacios locales y macro regionales; para ello se dio un manejo de las relaciones de parentesco, alianzas matrimoniales, establecimientos de lazos de compadrazgo, lo que permitía no sólo ampliar su acceso a otras localidades y recursos, sino también establecer una red social. En este sentido, el autor visualiza una complejidad mayor para denominar a estos grupos étnicos, puesto que sus identidades parecieran operar en “varios espacios interdigitados-grupos entrelazados-diferencias compartidas”, todo lo cual sugiere un panorama en que las identidades operan bajo otros principios⁴⁴.

Según Hans Gundermann⁴⁵ ya desde finales del siglo XVI las poblaciones indígenas son reducidas a pueblos, donde tiene lugar la redistribución de parte de sus antiguas tierras, mientras otras quedan retenidas. Las comunidades tenderán a prevalecer en terrenos marginales y de altura. El sector agrario en los valles bajos y de mejor producción, es español, y el otro es cordillerano, orientado a la reproducción de la población indígena. Las micro regiones campesinas⁴⁶ se distribuyen desde la costa marítima hasta las comunidades ganaderas del altiplano boliviano, o alta cordillera y valles argentinos; hay núcleos aymaras y atacameños con nexos más dispersos, con vínculos de intercambio material y simbólico.

⁴² Según Castro, Victoria (2001) Atacama en el tiempo. Territorios, identidades, lenguas. (provincia el Loa II región) en Anales de la Universidad de Chile, VI Serie, N13, página 30, Santiago de Chile.

⁴³ Martínez José Luis (1990) Interétnicidad y complementariedad en el altiplano meridional. El caso Atacameño. Revista Andes. Antropología e historia. N 1 enero a junio, Salta, Argentina.

⁴⁴ Martínez J.L. (1998) Pueblos del Chañar y el Algarrobo. Los atacamas en el siglo XVII. Dirección de bibliotecas, archivos y museos, Facultad de filosofía y humanidades Universidad de Chile, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, Santiago de Chile.

⁴⁵ Gundermann Hans (1998) Pastoralismo andino y transformaciones sociales en el norte de Chile. Revista estudios Atacameños N 16. Chile

⁴⁶ Denomina a los espacios sociales andinos cubiertos por las comunidades que producen e intercambian entre si productos complementarios, entre ellos los derivados de la actividad pastoralista.

Los sistemas atacameños mantendrían patrones de pastoralismo flexibles, con una producción agrícola y ganadera además del intercambio; la producción permite la provisión de alfalfa y desechos agrícolas para el ganado. A esto se suman las estrategias de trashumancia sobre áreas forrajeras de acuerdo a los ciclos anuales. La chacra junto a la estancia⁴⁷ representa el sistema pastoralista en la zona atacameña, ya que cada comunidad de altura mantiene algunos animales en crianza a quienes alimenta con recursos naturales limitados, además de bienes producidos en la chacra lo cual es cada vez más inseguro debido a las condiciones climáticas. Las llamas son dejadas en sectores de cerros altos al cuidado de algunos lugareños, mientras que las cabras y ovejas requieren de un pastoreo más prolijo, el cual debe ser conducido, además de necesitar encierro nocturno. La trashumancia se da llevando los rebaños de estancia en estancia de acuerdo a la época del año debido a las lluvias y la vegetación. Ya desde fines del siglo XIX esta autonomía se fue transformando con la llegada de las economías capitalistas de los enclaves mineros que introdujeron la fuerza de trabajo asalariado, modificando patrones de consumo y de productos campesinos, además de provocar una apertura social y cultural a universos simbólicos modernos. Las comunidades de la alta montaña no quedaron totalmente al margen de esto, pues recibieron el ingreso de por ejemplo: comerciantes foráneos no indígenas, la administración del Estado, la castellanización, la religión, la civilización y el progreso, con relaciones de dominio entre un estrato de poder local con sede en el valle, fueran estos comerciantes, pequeños empresarios agrícolas, sacerdotes católicos, etc., y la población tipificada como indígena de las comunidades alto andinas, creándose un estructura de relaciones eslabonada.

En el siglo XX se produce el ingreso a la regionalización; aunque se mantienen las relaciones sustentadas en solidaridades sociales preexistentes, se introducen relaciones externas. Se sustrae fuerza de trabajo desde la población para dirigirla al asalariamiento, la escolarización que envía a niños y jóvenes fuera de las áreas de pastoreo cobra importancia. Todo esto condiciona que algunas unidades domésticas (familias) dejen de practicar pastoralismo, migren o transformen su economía, mientras otras hagan arreglos para mantenerse siquiera parcialmente como ganaderos, lo que limita el manejo cuidadoso de la distribución de los animales y la mantención de estrategias del pasado. Se suma a esto la apertura de caminos y el desarrollo del transporte, los que serían los principales responsables del término del uso de animales. Ya en algunas zonas como San Pedro de Atacama y Chiu-chiu no se realiza pastoralismo andino, restringiéndose éste a las comunidades aledañas como Talabre, Socaire, Caspana, Toconce y Machuca entre otras. Todo esto deriva en una transformación profunda del pastoralismo en esta zona, el que pierde centralidad y comienza a disolverse ya que estarían dejando de presentarse las condiciones económicas, sociales y culturales necesarias para su continuidad.

Cabe señalar que los atacameños o Likan Antai, pese a los numerosos préstamos culturales adquiridos y la pérdida gradual de su lengua en el siglo XIX, han conservado parte importante de su cultura tradicional, lo cual se aprecia “en sus patrones

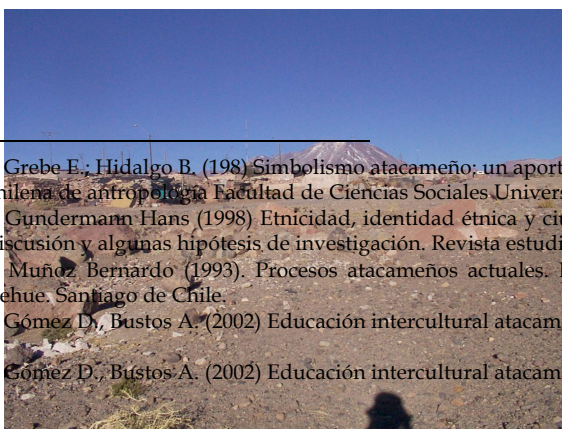
⁴⁷ Sitios de pastoreo dotados de algún potencial forrajero y aguada al interior de un territorio árido más amplio.

cognitivos-simbólicos básicos de tiempo, espacio, movimiento, número y color, como del mito y sus reactualizaciones rituales, aparecen símbolos que mantienen vivos algunos de los significados culturales originales”⁴⁸.

En la actualidad, según Hans Gundermann⁴⁹ los atacameños, junto a los aymaras, están en un proceso activo de organización y reivindicación social que incorpora la demanda de diferencia e inclusión social. La construcción de su identidad étnica y de su ciudadanía a partir de una perspectiva socio histórica requiere considerar aspectos sociológicos y antropológicos tales como la relación entre cultura, etnicidad, identidad étnica y política entre otras. Los límites de un grupo étnico y su propia identidad dependen de la relación con otros grupos (diferencias de poder, desigualdades económicas, etc.) lo cual es situacional y relativo. Las culturas en la actualidad estarían sujetas a procesos complejos, ya no aislados y homogéneos; más bien a una situación dinámica y variable de contactos y acomodaciones entre grupos. Por lo tanto, los contextos tradicionales de grupos étnicos con grados importantes de aislamiento ya dejaron de ser una realidad. La aculturación atacameña (cambios en los contenidos lingüísticos, sociales, religiosos y económicos, entre otros) se ha mantenido, sin embargo se ha logrado un mayor grado de distintividad, y han incorporado elementos para remarcar y desarrollar esta distinción, lo que en la actualidad el Consejo Atacameño llama el “fortalecimiento de las tradiciones”.

Según Bernardo Muñoz⁵⁰, los pueblos Atacameños están pasando por un proceso de “revitalización étnica”, producto, en parte, del reconocimiento de este pueblo como grupo étnico por parte del Estado. Este autor funda la identificación de los Atacameños como tales básicamente en su relación con la tierra, el agua, el trabajo comunitario, el ayllu y su religiosidad.

De acuerdo a Domingo Gómez⁵¹, históricamente estos pueblos habrían soportado grandes intervenciones por parte de otras culturas y religiones, como las sufridas a raíz de las explotaciones de distintos minerales y movimientos poblacionales. Cabe señalar que muchos Atacameños /as migran a pueblos cercanos dentro de la región lo que irremediamente ha provocado la pérdida de su lengua, incorporándose a espacios de habla castellana. Además, en la actualidad se observa que experimentan procesos de integración comercial, cultural y de turismo⁵².



En el caso de los habitantes de Talabre, pese a que se encuentran en un aparente aislamiento geográfico y escasa conexión

⁴⁸ Grebe E.; Hidalgo B. (198) Simbolismo atacameño; un aporte etnológico a la comprensión de significados culturales. Revista chilena de antropología Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile.

⁴⁹ Gundermann Hans (1998) Etnicidad, identidad étnica y ciudadanía en los países andinos y el norte de Chile. Los términos de la discusión y algunas hipótesis de investigación. Revista estudios Atacameños N13.

⁵⁰ Muñoz Bernardo (1993). Procesos atacameños actuales. En: Nutram, conversación palabra historia. Año IX, N 34. Ediciones Rehue. Santiago de Chile.

⁵¹ Gómez D., Bustos A. (2002) Educación intercultural atacameña. Ediciones Universidad de Antofagasta.

⁵² Gómez D., Bustos A. (2002) Educación intercultural atacameña. Ediciones Universidad de Antofagasta. Antofagasta.

con los centros administrativos, urbanos y mineros de la Región de Antofagasta, están sujetos a políticas sanitarias por parte de las autoridades de salud. En este plano, la atención en salud se caracteriza por la falta de espacio físico e infraestructura (posta o centro de atención primaria) y por las escasas visitas al poblado por parte del personal médico, ya que la ronda médica del Servicio de Salud Municipalizado de San Pedro de Atacama sólo contempla, considerando el tamaño de la población, una visita mensual a la localidad, durante la cuál son atendidos principalmente los niños y niñas que deben someterse al control de salud infantil y las mujeres en edad fértil quienes reciben atención ginecológica. Lo anterior, según Ulises Cárdenas⁵³ ha permitido la conservación y vigencia de algunas prácticas terapéuticas\tradicionales, a las que acuden los habitantes del sector, especialmente los segmentos más seniles y femeninos de la población, cada vez que ven mermado su estado de salud por afecciones (ver anexo 7) que, si bien tienen un importante componente fisiológico, son consideradas como consecuencia de una pérdida de equilibrio en donde el componente cultural (Ideología y Cosmovisión) juega un rol preponderante en la comprensión de la génesis, evolución y recuperación de los cuadros mórbidos que afectan a sus integrantes; el uso de hierbas medicinales es una de sus prácticas (ver anexo 8)

Desde comienzos de la década del 80, varios integrantes masculinos de este poblado, principalmente jefes de hogar, se han insertado en las economías asalariadas del mercado vinculadas a la extracción de sales y boratos del Salar de Atacama, fenómeno que ha generado un proceso paulatino y gradual de cambio cultural que ha modificado algunas pautas culturales, como los hábitos alimenticios y la restricción de los desplazamientos ínter-ecológicos⁵⁴.

Finalmente, la identidad de las personas se construye no sólo por la identidad cultural propia (en este caso compuesta por una vertiente indígena que tiene como referente la discusión del mundo andino y la herencia de las culturas incaicas que modificaron las practicas culturales), sino también, en la actualidad, la influencia del mundo occidental que incorpora nuevos elementos, como globalización y la identidad de género.

1.2. Acercamiento al pueblo de Talabre

Realicé un primer viaje a la zona de San Pedro de Atacama en junio del 2002, donde solicité permiso al presidente de la comunidad de Talabre para realizar este estudio. Además, me entrevisté con la profesora del pueblo para obtener información de Talabre y establecer los contactos iniciales para iniciar esta tesis.

Acordé con ambos el compromiso de esperar confirmación de parte del curandero del pueblo, Don D. R, para realizar la primera visita; además se acordó entregar una copia de esta investigación a la escuela de Talabre. Desde ese momento inicié contactos vía

⁵³ Idem, Cárdenas Ulises (2002).

⁵⁴ Cárdenas Ulises.(2002) Patrones de Morbilidad y respuestas terapéuticas tradicionales: El caso de la comunidad Precordillerana de Talabre, II región, Chile. Texto sin publicar.

telefónica con la profesora del pueblo, quien actuó como intermediaria entre el curandero, otras personas del pueblo y yo como investigadora.



Entre el año 2002 y 2003 realicé dos visitas al pueblo de Talabre, (ubicado en el altiplano de la segunda región del país), estas visitas fueron de aproximadamente un mes cada una de ellas. Durante el mes de octubre del 2002, y la otra en el mes de agosto del 2003; además de la estadía en terreno realicé recopilaciones bibliográficas en San Pedro de Atacama, revisión de las fichas médicas del pueblo, además de las fichas de regulación de la fecundidad (anexo 2), las cuales se encontraban en

Toconao; también realicé entrevistas en Calama, San Pedro de Atacama, Talabre y Toconao (anexo 3) en base a una pauta semi-estructurada (anexo 4); gracias a lo cual recopilé el material de campo que da sustento a esta tesis y que me permite construir una propuesta teórico metodológica para abordar esta investigación.

Como parte de esta propuesta metodológica, durante el tiempo de permanencia en el pueblo llevé a cabo una inserción lenta y paulatina en la vida cotidiana de las personas, lo que me facilitó la observación tanto de hombres como de mujeres. La colaboración de la profesora Patricia Lovera resultó fundamental en este proceso, pues permitió que durante mi estadía en el pueblo alojara en la escuela. Es así que pude participar en diferentes actividades como: la fiesta del pueblo, pastoreo de animales, carneos, visitas a Talabre viejo, caminatas a quebradas de petroglifos, algunas sanaciones del curandero del pueblo, además de la visita mensual de la ronda médica perteneciente a la salud pública del país.

Como aporte suplementario a esta investigación, cabe señalar que Don D. P. ha solicitado que escriba en paralelo algunos apuntes sobre curaciones; por tanto, no toda la información recopilada será entregada en esta tesis, pues parte de ésta es patrimonio personal del curandero y su familia.



Geográficamente, el poblado actual se encuentra ubicado en la segunda región de nuestro país, entre algunas quebradas intermedias que nacen en la vertiente occidental de la Cordillera de los Andes y desaparecen al contactarse con el piso de oasis y salares (ver anexo 5). Se ubica a una altitud de 3.250 m.s.n.m., formando parte de la geografía andina. El poblado actual no

sobrepasa los 20 años de existencia; el más antiguo se encontraba en la quebrada de Talabre y fue abandonado (ver anexo 6) por sus habitantes debido a fuertes eventos como precipitaciones de carácter estival, y la actividad del volcán Lascar, lo que obligó a las personas de Talabre a trasladarse a 5 km del pueblo original. Los lugareños llaman a este nuevo sector “campo azul”⁵⁵. En tiempos de la Colonia esta comunidad dependía administrativamente de Toconao, con quien sostiene relaciones hasta la actualidad. Además, relaciones de intercambio con los poblados de Camar, Socaire, Peine y algunos pueblos del noroeste argentino⁵⁶.

Ambientalmente, el pueblo de Talabre se encuentra en un área con un clima definido como desértico marginal de altura, se caracteriza por presentar bajos índices de precipitaciones, los que van en aumento de acuerdo a las variaciones altitudinales y estacionales. Esto se ejemplifica claramente en la zona en estudio, ya que en el piso del Salar de Atacama el índice de precipitaciones anuales no sobrepasa los 10 mm, mientras que en la alta puna (sobre los 3.850 m.s.n.m.) éste alcanza valores cercanos a los 200 mm. anuales. Por otra parte, el piso ubicado entre los 3.000 y los 4.000 m.s.n.m., y en donde se localiza Talabre, experimenta precipitaciones que fluctúan entre los 50 y los 150 mm. anuales, lo que permite el desarrollo de un número considerable de especies que conforman el Tolar y formaciones vegetacionales azonales que se ubican principalmente en las quebradas, chacras y vegas circundantes. Estos índices, condicionados por las variaciones altitudinales, producen una serie de consecuencias, destacándose la gran fluctuación vegetacional, la elevada oscilación térmica durante el día y una alta transparencia atmosférica, responsable de la intensa radiación solar y de la alta tasa de evaporación característica de la zona⁵⁷.

Las actividades principales son la crianza de ganado caprino y ovino y la elaboración de tejidos artesanales. El idioma español es hablado por la mayoría de sus habitantes. La mayor parte de ellos practican una economía de subsistencia vinculada al pastoreo de camélidos, principalmente llamas, la que es complementada con una actividad hortícola que les proporciona los recursos vegetales necesarios para mantener la vida humana en esta zona, así como también la de gran cantidad de animales, especialmente caprinos, ovinos,



⁵⁵Cárdenas, Ulises. (1998) Entre el Tolar y el Pajonal: Percepción ambiental y uso de plantas en la comunidad atacameña de Talabre; II región, Chile. Revista Estudios Atacameños N 16.

⁵⁶Villagrán C., Castro V., Sánchez G., Romo M., Latorre C. Hinojosa L. (1998) La tradición sur andina del desierto: Etnobotánica del área del salar de Atacama (provincia de El Loa, Región de Antofagasta, Chile) Revista Estudios Atacameños N 16.

⁵⁷ Cárdenas Ulises (2002) Patrones de Morbilidad y Respuestas Terapéuticas Tradicionales: El caso de la Comunidad Precordillerana de Talabre, II Región, Chile. Texto sin publicar.

equinos y gallináceas⁵⁸. Además, este pueblo mantiene un hombre de conocimiento de medicina tradicional, y recibe mensualmente la ronda médica perteneciente a la salud pública del país.

⁵⁸ Cárdenas, Ulises.(1998) Entre el Tolar y el Pajonal: Percepción ambiental y uso de plantas en la comunidad atacameña de Talabre; II región, Chile. Revista Estudios Atacameños N 16.

Concepciones de la Salud y la Enfermedad

El estudio de la salud y la enfermedad se ha enfocado desde distintas áreas, mostrando una gran variedad y complejidad de enfoques. Dentro de las ciencias sociales, la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad ha sido un problema, un aspecto relevante para la antropología y la sociología convirtiéndose además en uno de los temas emergentes del último tiempo.⁵⁹

En primer lugar, señalaremos aquellos enfoques sobre salud y enfermedad que se relacionan con el orden social y la acción social. Según Castro⁶⁰ el problema de la acción se refiere a la naturaleza de los actores sociales, es decir, a si actúan por imposiciones externas o cuentan con un margen de libertad y creatividad para decidir el curso de sus acciones. Mientras que el orden social se refiere a la naturaleza de las regularidades y normas sociales, en el sentido de si estas moldean a los sujetos o son consecuencia de las interacciones entre ellos. Estos enfoques que abordan el orden social y la acción social dan origen a lo menos a tres tipos de escuelas que permiten el abordaje de la salud y enfermedad: los llamados racionales colectivistas o normativos; los no racionales colectivistas o hermenéuticos y los no racionales individualistas o interpretativos.

En segundo lugar, los enfoques racional-colectivista o normativos, “contemplan la subjetividad de los individuos como una categoría marginal o como variable dependiente”⁶¹, más bien estudian los hechos sociales científicamente. Los enfoques normativos reconocen el papel que juegan los factores sociales como la cultura y la estructura social, entre otros, en la constitución de las experiencias subjetivas. Estos enfoques se pueden dividir en distintas tradiciones: a) Estudios basados en el concepto de conducta frente a la enfermedad (Illness behavior), b) estudios basados en el concepto de clase social y su impacto sobre las percepciones de la salud y la enfermedad, c) estudios basados en el concepto de representaciones sociales de la salud y la enfermedad, y d) estudios basados en los conceptos de medicalización y patriarcado. En este último, podemos encontrar a Zborowski quien comparó a cuatro grupos etnoculturales, mientras que Durkheim es uno de los primeros en postular la noción de representación colectiva, que implica la reproducción de una idea social dejando de lado las capacidades creativas de las personas⁶².

Dentro de los enfoques normativos es relevante considerar el basado en las concepciones de representación social, que también ha sido utilizado desde la psicología social. La representación social, según Echevarría, se refiere a un tipo de

⁵⁹ Calman, 1987; Fitzpatrick, 1984; Rogers, 1991 en Castro 2000 La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Universidad Nacional Autónoma de México..

⁶⁰ Castro Roberto, (2000), La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Universidad Nacional Autónoma de México.

⁶¹ Idem, castro, R. Pág.33.

⁶² Echevarría A. (1991) Psicología social sociocognitiva. Editorial Descleé de Brouwer. España.

conocimiento del que no se puede precisar la naturaleza y el origen, como es el caso de los conocimientos de sentido común. Este saber tiene como característica el ser de naturaleza práctica, y poseer una utilidad cotidiana para comprender e integrar la realidad social. Las representaciones serían “imágenes cognitivas socialmente construidas si bien observables sólo a través de la expresión de los individuos”⁶³... “Por ello, el mapa de la interacción social puede ser reconstruido a partir del estudio de las imágenes, conocimiento y símbolos que sustentan los individuos, esto es, a partir del estudio sistemático de las representaciones sociales”⁶⁴.

En tercer lugar, los estudios basados en el concepto de género y medicalización plantean que la medicina moderna se ha convertido en un paradigma dominante como en una época lo fueron la religión y el derecho. Su centro ha estado en cómo la medicalización está permeando la vida de las personas de manera que la medicina moderna se va transformando en el principal referente ideológico, cultural y cognoscitivo para interpretar lo que les sucede; así, el poder médico empieza a redefinir aspectos de la vida cotidiana que anteriormente se consideraban parte de otros ámbitos. En este marco, las desigualdades de género que están a la base del funcionamiento de la sociedad, determinarían una dominación de la medicina que no sería neutral, estaría enfocada a la dominación de las mujeres. Esta ideología de género influiría en la forma en que los médicos definen y trabajan sobre su objeto de estudio, y además en cómo la población interpreta y experimenta los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad. Sin embargo, esta perspectiva mantiene la posibilidad implícita de lograr un paradigma nuevo del conocimiento, que involucre una reconceptualización completa de la salud, del embarazo, el parto y la anticoncepción,⁶⁵ entre otros.

En cuarto lugar, los enfoques no racionales individualistas o interpretativos albergan corrientes como la etnometodología, el interaccionismo simbólico y la antropología interpretativa. En el caso de la sociología, su análisis se centra en la subjetividad de los individuos; destaca la capacidad de los sujetos de dar significado a diferentes situaciones sociales reduciendo la importancia del orden social. Por su parte, la antropología ha incorporado su línea interpretativa; estos enfoques de carácter interpretativo se centran en las maneras en que los individuos sienten, perciben y definen aspectos de la vida social; a su vez, argumentan que las personas son comprendidas como actores sociales capaces de elegir y de influir en el curso de los eventos.

Cabe señalar que dentro de los enfoques interpretativos destaca la comprensión interpretativa de la experiencia humana real. Los enfoques interpretativos se pueden dividir también en: 1) Estudios holísticos sobre la experiencia subjetiva de la salud y

⁶³ Castro Roberto, (2000) La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Universidad Nacional Autónoma de México, Pág.65.

⁶⁴ Moscovici, 1973:Xiii, en Castro Roberto (2000) La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Universidad Nacional Autónoma de México, Pág.67.

⁶⁵ Castro Roberto, (2000) La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Universidad Nacional Autónoma de México Pág. 96.

enfermedad, 2) Estudios sobre salud-enfermedad y cultura, 3) Estudios sobre las experiencias de las enfermedades crónicas y 4) Estudios sobre la salud de la mujer.

En quinto lugar, otro tipo de enfoques son los no racionales-colectivistas o hermenéuticos, que combinan el orden normativo y el enfoque interpretativo, donde “cada individuo es un punto donde convergen redes de relaciones: estas relaciones atraviesan los individuos, existen dentro de ellos, pero también trascienden su vida y poseen una existencia independiente y un desarrollo propio”⁶⁶. Este enfoque permite salir de la disputa entre los enfoques normativos e interpretativos, sin embargo, ha sido poco utilizado en estudios en salud y enfermedad.

Desde un marco holístico interpretativo de la salud y la enfermedad, se encuentran los aportes de Arthur Kleinman⁶⁷, quien plantea que las personas ordenarían sus experiencias de enfermedad armando narrativas personales, por lo tanto existiría un relato que incluye los propios significados de la enfermedad además de otros sentidos. Este relato sería la historia que el paciente nombra, y el significado que otros le otorgan. En él se entrecruzan modelos culturales y personales, los cuales influyen en la experiencia del síntoma y del sufrimiento.

Este autor plantea un modelo triangular de la narrativa de la enfermedad, el cual está compuesto por :

1. La representación cultural, que son los patrones de significado colectivo que informan sobre el estilo narrativo;
2. La experiencia colectiva, los eventos y procesos sociales que ayudan a definir la vida de generaciones de personas; y
3. La subjetividad; la dimensión personal donde las expresiones de enfermedad típicamente ocurren.

Este modelo explicativo de Arthur Kleinman sugiere algunas preguntas básicas para entender de mejor manera y explorar la narrativa de los pacientes y sus familias, como: ¿a qué llamas un problema?, ¿qué piensas que hace la enfermedad?, ¿cuál es el curso natural de la enfermedad?, ¿a qué le temes?, ¿por qué piensas que ocurre esta enfermedad?, ¿quién piensas que debe tratar la enfermedad?, ¿quién deseas que te ayude?, ¿quiénes deberían estar involucrados en la toma de decisiones?, ¿qué tratamiento es el más apropiado?, ¿cuál es tu mayor miedo acerca del tratamiento?. Según este autor la comprensión de la salud y la enfermedad y del cuerpo requiere la incorporación de los contextos culturales en los cuales son experimentados. La construcción de una comprensión de las ideas sobre la salud y la enfermedad, como de las experiencias del dolor y el sufrimiento, están mediatizados culturalmente. Los significados de la enfermedad son lo importante, siendo éstos personales y sociales. Es en este sentido que todos los sistemas de salud son sistemas culturales, que incluyen

⁶⁶ Dilthey, 1976:179 en Castro 2000.

⁶⁷ Kleinman, A. (1988) *The Illness Narratives, Suffering, Healing & The Human Condition*. Nueva York, Basic Books Inc.

una visión de las personas desde una cultura, de allí tanto mal entendido cultural, que da paso a distintas interpretaciones culturales del mismo fenómeno⁶⁸.

Cabe señalar, además, que desde la psiquiatría y la psicología la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad es un tema que ha existido como una preocupación permanente. “La importancia de las presiones ambientales en el desequilibrio mental, la problemática de la naturaleza del síntoma ha constituido un tema central en los diferentes debates psicológicos y psiquiátricos”⁶⁹. Lo que fue entendido como una realidad fisiopatológica desde el conocimiento biomédico, o por lo menos psicológica, empezó a ser visto desde una perspectiva cultural. De allí el acercamiento entre la psiquiatría y la antropología. Han surgido nuevas interpretaciones que han llevado al surgimiento de la antropología médica, antropología psiquiátrica o antropología de la salud.

Se ha generado una antropología interpretativa de la enfermedad que “ha percibido los síntomas como expresiones que vehiculan un sentido y que responden a mundos locales de significación”⁷⁰. Destacan en la antropología simbólica e interpretativa los aportes de Víctor Turner y Clifford Geertz, quienes se centran en los símbolos y significados de los fenómenos socioculturales. La psiquiatría, sin embargo, ha venido adquiriendo cada vez más una orientación biologicista pese a la confrontación entre planteamientos biológicos, psicológicos, psicosociales, psicodinámicos, fenomenológicos, entre otros. Todas estas discusiones han dado paso a un uso del síntoma como una disfuncionalidad o anormalidad de tipo orgánico. Se ha reducido el síntoma, que involucraba la percepción y expresión del propio paciente, al signo de una enfermedad, es decir a la evidencia objetiva de la enfermedad, que según el DSMIV (manual de enfermedades psiquiátricas) se refiere al aspecto observable por el clínico más que lo que describa el individuo afectado. Mientras que el síntoma se refiere a la manifestación del paciente, a su percepción subjetiva, es una interpretación que él o ella hace sobre una serie de sensaciones corporales, psíquicas y emocionales. De esta manera el síntoma responde a las necesidades del emisor y se presenta no como el efecto de una causa, sino como una expresión humana que tiene un significado.

En el caso del psicoanálisis, el síntoma es comprendido como aquello que en principio parecía un signo, un ejemplo de ello es la fiebre y eczemas que son más que signos fisiopatológicos. Desde la psiquiatría biologicista se ha sostenido una visión inversa, es decir, objetivar los síntomas como si fueran signos físicos que hablan de una realidad universal, natural y a-biográfica⁷¹. Por otra parte, algunas corrientes psicológicas tienden a poner el acento en las nociones patológicas de salud y enfermedad, creando tipologías, utilizando conceptos como normalidad y anormalidad. Además, cabe señalar que dentro de la psicología han surgido nuevos enfoques como la terapia

⁶⁸Kleinman, A. (1980) patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine, and psychiatry University of California press, Berkeley, Los Angeles, London.

⁶⁹Martínez Angel (1998) Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. Rev. Asoc. Esp. Neurosiq., vol. XVIII, n 68, Pág. 645.

⁷⁰ Idem, Pág.246.

⁷¹ Idem, Pág.648.

humanista gestáltica que, a diferencia del psicoanálisis y la visión médica, no utilizan nociones patológicas de salud y enfermedad, poniendo en acento en el desarrollo del potencial de los individuos. Se pone énfasis en una visión más holística e integradora del ser humano. La concepción de salud se asocia a los principios básicos del funcionamiento libre de la naturaleza; según Latner⁷² la salud psíquica además, implica desarrollar un sistema de auto soporte, el establecimiento de un buen contacto consigo mismo y el ambiente, en un ciclo de experiencia⁷³.

En esta investigación utilizaré un análisis desde un **enfoque interpretativo** que permita incorporar la libertad que tienen las personas de significar sus experiencias. Según Roberto Castro⁷⁴, tanto nuestro sentido común como nuestro pensamiento científico se basan en interpretaciones de la realidad. En ese sentido, las explicaciones que las personas dan sobre su salud y su enfermedad “también articulan la situación de la persona en el mundo y, de hecho, articulan ese mundo, en el cual el individuo puede responder frente a los demás”⁷⁵. En el caso de los hombres y mujeres de Talabre, ellos y ellas forman parte de un grupo étnico y cultura específica que es necesario considerar a la hora de hacer el análisis.

2.1. Salud-enfermedad y cultura

La salud, al igual que la enfermedad, son parte de la experiencia humana presente en todas las culturas. Clifford Geertz⁷⁶ señala que la cultura es una urdimbre de tramas de significación que el hombre / mujer teje; lo que busca “es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie”⁷⁷. En este sentido, la salud y la enfermedad están rodeadas de expresiones tanto simbólicas como materiales que tienen significación en el contexto de los fenómenos de salud-enfermedad en una cultura determinada.

Cada cultura desarrolla actividades teóricas (modelos médicos), técnicas (materia médica) y roles (agentes) para enfrentar y tratar de solucionar los problemas relacionados con la enfermedad y la recuperación de la salud⁷⁸.

Salud y cultura se implican mutuamente; los conceptos de salud y enfermedad nos remiten a la cultura y la cultura nos remite a los conceptos de salud y enfermedad. Por lo tanto, lo que se percibe como salud y enfermedad, sus causas, tratamiento, prevención y quién las trata, están determinados por cada cultura específica.

⁷² Latner, J. (1994) Fundamentos de la Gestalt. Editorial cuatro vientos. Santiago de Chile.

⁷³ Castanedo C. (1983) Terapia Gestalt. Costa rica. Universidad de costa Rica.

⁷⁴ Castro Roberto, (2000), La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Universidad Nacional Autónoma de México. Pág.65

⁷⁵ Radley y Billing, 1996 en Castro, R. (2000), La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Universidad Nacional Autónoma de México. Pág.65

⁷⁶ Geertz, C. (1992) La interpretación de las culturas. Gedisa Editorial. España Pág. 20.

⁷⁷ Ibid, Pág. 20.

⁷⁸ Idem Citarella.

En las últimas décadas, se han empezado a utilizar nuevos conceptos, como es el de salud intercultural o interculturalidad en salud, como una forma de incorporar la cultura del usuario/a en el proceso de atención en salud⁷⁹.

La diversidad étnica que presentan los países debido a las altas tasas de migración ha puesto a los equipos de salud frente a la necesidad de desarrollar estrategias que faciliten la relación entre médicos y pacientes, rompiendo la barrera contra el acceso y oportunidad a la atención que puede significar la diversidad étnica y cultural de los usuarios.

Dentro del proceso de salud y enfermedad, el reconocer las diferencias y similitudes culturales entre los usuarios y proveedores ha permitido comprender el nivel de expectativas que ambos presentan del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y las conductas que aparecen frente a la enfermedad.

Al proceso de salud enfermedad, según Menéndez⁸⁰ se debe incluir la atención; el proceso salud/enfermedad/atención constituye un universal que opera en todos los conjuntos sociales; hay una respuesta social a la incidencia de enfermedad, daño o padecimiento, el cual es un hecho cotidiano y recurrente. Es decir, los sistemas sociales generan representaciones y prácticas, además de un saber para enfrentar, convivir, solucionar y si es posible erradicar los padecimientos. Los procesos de enfermedad y muerte no sólo son definidos por profesionales e instituciones especializadas sino también por la sociedad y las personas; se construyen significados colectivos, además de cotidianamente construir acciones, técnicas e ideologías para resolverlas.

Cabe señalar que el proceso histórico en el que se han ido construyendo el proceso salud/ enfermedad/ atención, así como sus significaciones causales de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos de significación, está caracterizado por relaciones de hegemonía y subalteridad. En determinadas sociedades, en razón del desarrollo económico-político y técnico científico, se construyeron sistemas académicos y científicos de explicación y acción sobre los padecimientos que se mantuvieron en una posición de hegemonía; aunque esto no logró la anulación o erradicación de todas las prácticas y representaciones, sí condujo a su modificación y al establecimiento de relaciones de hegemonía y subalteridad. Todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnica y una de ellas es la producción de curadores, quienes son reconocidos institucionalmente o autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva⁸¹.

⁷⁹ Alarcón Ana María, Vidal Aldo, Neira Jaime.(2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista médica de Chile, 131: 1061-1065.

⁸⁰ Menéndez Eduardo. (1994) La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional? Revista Alteridades, 4(7) México.

⁸¹ Idem Menéndez.

La medicina denominada científica constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y ha llegado a ser identificada, en muchas sociedades, como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso de salud/ enfermedad. Sin embargo, esta forma académica, como otras academizadas (homeopatía, quiropraxia, etc) o populares (herbolaria, espiritismo, etc), son “instituciones”, ya que instituyen una determinada forma de pensar e intervenir en las enfermedades y en los enfermos. Los curadores son los encargados de dar respuestas técnicas a los padecimientos de las personas y los grupos sociales; sin embargo, todos estos procedimientos están cargados de significación tanto subjetiva como social, lo que hace que esta actividad sea más que una respuesta técnica, son hechos sociales.

La enfermedad, los padecimientos y los daños son fenómenos generalizados a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/ o controlados y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos. De esta manera los saberes, sean populares o biomédicos, se aplican en personas y grupos, se relacionan con representaciones y prácticas sociales que conducen a que esto sea más que una aplicación de técnicas. Es un acto social.

En América latina los factores económico políticos determinan la constitución de formas de estratificación social dominantes; la existencia de desigualdad estratificada, niveles, clases, estratos, grupos étnicos, etc., también da cuenta de relaciones existentes entre niveles micro grupales y comunitarios que se deben tomar en cuenta al analizar el proceso salud/ enfermedad/ atención. Desde esta perspectiva la relación médico paciente debe ser analizada considerando las múltiples relaciones que intervienen: las instituciones, étnicas o socioeconómicas, entre otras. Para analizar el campo relacional es necesario considerar las características propias de cada una de las partes, además del sistema de relaciones construido por ambas.

Cabe señalar que los grupos étnicos americanos son los sectores que presentan las condiciones generales más negativas respecto a los procesos s/ e/ a , ya que presentan las más altas tasas de mortalidad y tienen las peores condiciones de infraestructura sanitaria, lo que condiciona el surgimiento y mantenimiento de una serie de padecimientos infectocontagiosos considerados evitables a partir de otras tecnologías. En la mayoría de ellos domina la patología de la pobreza. Además estos grupos han sido estigmatizados en términos sociales y culturales a través de estereotipos racistas, lo que se expresa en el nivel económico, educacional y en la relación entre médico y paciente.

2.2. Medicinas tradicionales y Sistemas médicos⁸²

⁸² Se utilizará la noción de sistema médico según Citarella, ya que permite una vinculación del estudio de la medicina con su ámbito sociocultural, ya sea étnico o de la sociedad dominante occidental. Además nos situaría en un contexto de cambio y transformación cultural al estar en contacto directo con otros sistemas médicos.

Según Menéndez⁸³, en América latina ha sido difícil interpretar qué son las llamadas medicinas tradicionales, ya que muchos autores han tratado de buscar “lo tradicional” como si fuera algo aislado. Frecuentemente, se define la medicina tradicional como aquella referida a grupos que a priori son definidos como “tradicionales”, lo que en general en América se refiere a los grupos étnicos amerindios, los campesinos indígenas, el criollo y/o mestizo. Cabe señalar, que muchas de las interpretaciones de “lo tradicional” se gestaron como práctica de oposición, resistencia y/o enfrentamiento a las representaciones y prácticas hegemónicas.

Otro aspecto que genera confusiones es la tendencia a definir las medicinas tradicionales en oposición y antagonismo a la medicina científica. Además, hay algunas tendencias que tienden a ver a la medicina tradicional como no modificable, reduciéndola en términos ideológicos.

Sin embargo, desde una perspectiva relacional las medicinas tradicionales se refieren a sistemas culturales dentro de los cuales el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas producto de saberes que se redefinen continuamente, debido a que están en relación con otros sistemas permanentemente. Un ejemplo de ello se da en México, donde cada vez más los fármacos alopáticos como aspirinas y vitaminas han sido integrados a los sistemas ideológicos nativos; además, una de las reivindicaciones sociales de casi todos los grupos étnicos mexicanos es que el Estado financie establecimientos biomédicos de salud.

“Es en el “sistema” funcionando que veremos operar procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes, pero que, en los conjuntos sociales, se organizan de una determinada manera”⁸⁴. Esto es lo que nos posibilita conocer el saber de un grupo, no se define en términos de lo tradicional o no tradicional sino que en la forma en que se articulan diferentes saberes sean populares, científicos.

Según Foster y Anderson⁸⁵, un sistema médico es la organización de acciones, habilidades, creencias y conocimientos que promueven la salud de las personas involucradas. Considera dos subsistemas; uno conceptual de la enfermedad y otro de cuidado de la salud. Al parecer las definiciones de sistemas médicos tienen en común el reconocimiento de una organización o estructura de tecnologías y procedimientos, integrados a un sistema ideológico, además de una interrelación e interdependencia de estos componentes.

⁸³ Idem Menéndez.

⁸⁴ Idem Menéndez Pág. 75.

⁸⁵ Foster, G. Anderson B. (1978) Medical Anthropology. New York, John Wiley Sons Editors. USA.

Luca Citarella⁸⁶ agrega que los sistemas médicos, aunque han sido tratados de diversas formas por distintos autores, desde una perspectiva antropológica acuerdan situar los principios universales de comportamiento y las nociones médicas en el contexto de la cultura. Y es en este contexto donde los grupos humanos desarrollarían métodos, creencias y conocimientos para enfrentar la enfermedad. La noción de sistema médico permitiría una vinculación del estudio de la medicina con su ámbito sociocultural, ya sea étnico o de la sociedad dominante occidental; además nos situaría en un contexto de cambio y transformación cultural al estar en contacto directo con otros sistemas.

2.3. Sistemas médicos en los Andes

En los Andes existe una variedad de pueblos indígenas que mantienen una serie de creencias y tradiciones ancestrales en torno a su relación con la naturaleza y su salud, las cuales se producen y reproducen a través de las generaciones y sus historias.

Los sistemas de salud tradicional, según Javier Alba⁸⁷, tienen una racionalidad propia que no necesariamente es posible de comparar con el esquema médico académico imperante, ya que la medicina tradicional utiliza códigos y responde a sistemas productivos con lógicas de acuerdo a sus culturas.

En este contexto, las tradiciones médicas en territorios interculturales han convergido desde mundos socioculturales distintos. En el caso Andino, la realidad geográfica y cultural diversa ha influido directamente en la construcción de sistemas médicos locales.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, existen diferentes sistemas médicos que conviven en los Andes: los sistemas indígenas, los sistemas populares y los sistemas occidentales-modernos, cada cual con concepciones y prácticas en torno a la salud y enfermedad. El contacto entre estos sistemas se inició en el siglo XVI y se ha ido intensificando en los últimos 100 años.

Respecto al sistema occidental, según De Tezanos “en el comienzo de la historia, medicina y religión fueron una sola. Médico y sacerdote eran la misma persona (...) cuando nació como ciencia aparte, no logró alejarse de los templos (...) de la etapa médica mítica religiosa”⁸⁸. En el siglo XVIII se empezó a despojar de las supersticiones iniciando el camino científico. Ya en el siglo XIX se realizaron investigaciones en distintos campos del saber humano, se estudiaron hechos y se acopiaron datos. Lentamente se iría creando la imagen de la medicina clásica, una medicina de la enfermedad, centrada en el órgano enfermo. Es importante considerar que, según este

⁸⁶ Citarella, L. Compilador (2000) “Medicinas y culturas en la Araucanía” Trafkin, Cooperación italiana. Editorial sudamericana Chile.

⁸⁷ Alba, J.; Tarifa, L. (1993) Los Jampiris de RAQAYPAMPA. CENDA, centro de comunicación y desarrollo andino. Cochabamba, Bolivia.

⁸⁸ De Tezanos, S.(1978) Breve historia de la medicina universal y notas sobre la historia de la medicina chilena. Editorial universitaria, Santiago de Chile, 1987.

autor, el desarrollo de esta medicina habría tenido una historia particular dadas las condiciones sociopolíticas y territoriales de Chile a través de los siglos.

En las sociedades modernas la medicina se constituye en un área especializada del conocimiento científico y tecnológico. La medicina moderna adquiere su legitimidad a partir de una dimensión físico-química de la enfermedad inscrita en el cuerpo de una persona; así el discurso médico es un discurso sobre la enfermedad y no sobre el hombre/mujer. Como institución ha mantenido una relación de poder y control sobre las enfermedades y por lo tanto sobre los cuerpos donde ellas habitan, manteniendo un espacio privilegiado en la sociedad⁸⁹.

Baer, Singer y Susser⁹⁰, hacen una reflexión crítica sobre las relaciones de poder al interior de los sistemas médicos, en cuanto expresión de las relaciones de dominación propias del sistema económico capitalista. Ponen especial énfasis en la necesidad de democratización de la salud, tanto en lo que respecta a la superación de las relaciones de poder establecidas tradicionalmente entre el sistema alópata oficial y los sistemas médicos indígenas y/o alternativos, como en la participación de los pacientes, en cuanto ciudadanos y sujetos de salud en los procesos de definición de sus necesidades de salud, así como de los medios adecuados para satisfacerlas.

En este sentido el sistema médico occidental, junto a la globalización de la cultura moderna, ha recibido diversas denominaciones de parte de antropólogos médicos tales como "medicina alopática", "medicina moderna" y "medicina científica". El concepto que mejor la describe es el de "biomedicina", puesto que alude al particular énfasis que se pone en la observación de la salud humana, reduciendo la salud y enfermedad a los aspectos corporales de la experiencia humana, lo cual es coherente con la moderna separación entre cuerpo y alma, siendo sólo el primero ámbito de acción e intervención para la ciencia médica racional. Desde este paradigma, se considera al cuerpo como una máquina que funciona fisiológicamente según patrones constantes y cuantificables, y a la enfermedad como una alteración física de este funcionamiento, en su gran mayoría provocada por agentes extraños llamados "gérmenes". En consecuencia, otros aspectos de la experiencia humana, sociales, culturales, ecológicos, emocionales o afectivos, nada tendrían que ver con la salud ni la enfermedad de las personas.

De esta manera, la forma de hacer medicina propia de la cultura occidental moderna estaría caracterizada por una tendencia hegemónica de su conocimiento biomédico científico y, por lo mismo, conduciría al establecimiento de relaciones de dominación hacia otros sistemas médicos y hacia los pacientes, negando la posibilidad de medicinas basadas en otros paradigmas. Sin embargo, en la actualidad es posible constatar tanto

⁸⁹ Zorrilla S. (s/f) Antropología y enfermedad. Textos de clases. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile.

⁹⁰ Baer, Singer and Susser, En Junge, P. (2001) Ponencia Nuevos paradigmas en la Antropología Médica. Cuarto Congreso Chileno Antropología 19 al 23 de noviembre 2001 Campus Juan Gómez Millas de la Universidad de Chile. Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia Simposio Antropología Médica.

reflexiones de acercamiento como incorporación de saberes y aspectos de las medicinas tradicionales en las prácticas médicas occidentales.

Respecto a los sistemas médicos tradicionales me parece necesario aproximarnos teniendo en cuenta que existen historias culturales de cada pueblo, las que se han ido desarrollando en un marco distinto al del resto de la población. En el caso de Chile, los Mapuches, Aymaras, Atacameños, Rapanuis, Kawéskar y Yámanas, hoy en día, han adoptado muchas formas culturales modernas; no obstante, conservarían su lengua (a excepción de los atacameños⁹¹) y muchas de las tradiciones heredadas de sus antepasados. De esta manera, cada pueblo mantendría rasgos culturales y étnicos distintivos⁹².

Al revisar la discusión teórica respecto a los sistemas médicos, aparece el tema de *la identidad de cada cultura*. A esto se suma la experiencia de salud enfermedad cotidiana de los sujetos, sean hombres o mujeres, como una expresión de la diversidad que existe dentro de cada pueblo, donde no estamos hablando de un único individuo.

En el caso del norte de Chile, se encuentran los Aymará, cuyo sistema médico se enmarca en el contexto de la cosmovisión Andina. La salud, en este ámbito particular, es vivir en armonía y equilibrio con los sistemas de contrapuestos ecológicos, sociales, cósmicos y religiosos. “El mundo, y con él la vida y la salud, ‘florecen’ a medida que el andino sepa guardar el equilibrio tenso entre esos extremos. La continua amenaza del desgarramiento exige una atención y un permanente ajuste del balance: el tinku, que por tanto constituye el concepto central en el sistema de salud andino”⁹³.

Es significativo señalar que muchas de las creencias se mantienen en la población de mayor edad, ya que la población más joven ha tenido un mayor acceso a la educación y salud estatales. Aún se aprecia en la zona, a pesar de la acción de los equipos de salud occidental, el parto domiciliario, en algunos casos a cargo de los esposos, y cada vez en menor proporción por parteras. Además del “manteo”, tradición de sacudir y/o masajear a la mujer embarazada para colocar en buena posición a la wawa, y el tratamiento de la placenta. Respecto a los especialistas andinos, se encuentra el Yatiri, quien diagnostica e indica el tipo de curación de la enfermedad⁹⁴.

En cuanto a los sistemas andinos tradicionales, en la cultura aymará se encuentran los estudios de Bernardo Guerrero⁹⁵, quien plantearía que “la buena salud en esta cosmovisión resulta de la adhesión irrestricta a los complejos rituales andinos”⁹⁶. Menciona que las percepciones de la salud y la enfermedad están directamente ligadas

⁹¹ Gómez D., Ahumada J., Necul E. Medicina tradicional Atacameña. 1998. Fondart, Mineduc. Antofagasta.

⁹² Pérez M.S. (2003) Reflexiones sobre la medicina tradicional y medicina occidental en Chile a través del proceso de salud-enfermedad. Anuario de Escuela de Postgrado Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile.

⁹³ Van Kessel J. (1985) Medicina Andina. CIREN, Iquique, Chile.

⁹⁴ Pedrero Malva-marina (2004) Sistema Médico Aymara. Comentarios generales. Interculturalidad en Salud. Programa de Capacitación continua. Ministerio de Salud, Servicio de Salud Arica. Chile.

⁹⁵ Guerrero Bernardo (1995) Medicina Andina y medicina Pentecostal en los Aymaras del norte grande de Chile: del Yatiri al pastor. Revista Chungara, v 27, N2. Universidad de Tarapacá, Arica. Chile

⁹⁶ Idem, Pág.155

a la dimensión simbólica de la vida, y por lo tanto ocuparían un lugar importante en su cotidianeidad. Cabe señalar que según este autor las concepciones de la salud no son un sistema integrado y coherente. Según Juan Van Kessel⁹⁷, la percepción andina del mundo y de las cosas obedecería a una concepción del mundo como un organismo vivo, y de ahí vendría el carácter simbólico y orgánico de esta medicina. El logro de la salud sería una búsqueda constante de equilibrios y de armonías entre los sistemas contrapuestos, sean sociales, ecológicos, cósmicos y religiosos. En este contexto, aparece como figura significativa el Yatiri, en quien recaería la sabiduría andina y a quien recurren las personas cuando la salud no es posible. Especializado en distintas actividades como la adivinación, el pronóstico y diagnóstico de las enfermedades, entre otras, estaría a cargo de la integración de los individuos al cosmos.

Cabe señalar que dentro de la teoría médica andina se encuentra la teoría del calor y frío⁹⁸, la cual también estaría presente en otras culturas como la Nahuatl (México). Según este autor, los conceptos de calor y frío se parecerían a los chinos de Yin y Yang donde se realizaría una bipartición complementaria de cualidades que abarcarían el campo físico de la persona, los alimentos, las plantas, los remedios y enfermedades, los lugares, ofrendas, además de las entidades del mundo mítico.

López⁹⁹, en un estudio sobre pluralismo médico en Antofagasta, recoge algunos planteamientos de otros autores que vincularían la concepción de la Pachamama (madre tierra) y las vertientes, las cuales representarían la abundancia y la vida como también la enfermedad y la muerte. Ambas podrían "tragar" o "comer" a los animales y los seres humanos. Y también influirían en el estado físico-espiritual de la persona.

Otro aporte significativo es el de Joseph Bastien¹⁰⁰, quien al estudiar la relación que los Aymará contemporáneos establecen entre el cuerpo humano y la organización del espacio geográfico y social, encontró que ellos no separarían la mente del cuerpo. Describió como los Kallawayas -pobladores de la montaña- nombraban sus lugares según la anatomía del cuerpo humano. Consideraban que la montaña sería un organismo, un cuerpo, y las partes estarían unidas orgánicamente (cabeza/ entrañas y corazón/ piernas). La parte más importante sería el corazón, que bombea la sangre a través del cuerpo y que incluye el pensamiento, las intenciones y las emociones. La sangre sería el principio de la vida y vendría del corazón; la grasa sería el principio de la energía y vendría de las entrañas. Joseph Bastien¹⁰¹, propone que el origen del sexo del bebé se decide por fuentes humanas: el sexo contiene su embrión que se transmite directamente de la madre a la hija, en el caso de las hembras, y es indirectamente

⁹⁷ Van Kessel en Guerrero, Bernardo (1995) Medicina Andina y Medicina Pentecostal en los Aymaras del norte grande de Chile: del Yatiri al pastor. Revista Chungara, v 27, N2. Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.

⁹⁸ Polio Mario (1996) Despierta remedio, cuenta...: adivinos y médicos del Ande, tomo II. Pontificia universidad del Perú Fondo editorial. Lima Perú.

⁹⁹ López M. Ponencia Costumbres y Cambios. Pluralismo médico en Antofagasta de la Sierra, provincia de Catamarca, Argentina. Cuarto Congreso Chileno Antropología 19 al 23 de noviembre 2001 Campus Juan Gómez Millas de la Universidad de Chile. Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia Simposio Antropología Médica.

¹⁰⁰ Bastien en Carrasco, A.; Gavilán V. (2003) Representaciones del cuerpo, sexo y género: una aproximación a las categorías Andinas de las diferencias. Actas Cuarto Congreso Chileno Antropología Tomo I. Universidad de Chile.

¹⁰¹ Bastien Joseph (1995) Medicina tradicional Kallawayas. Abya- Yala. Ecuador.

transmitido a través de la esposa al linaje masculino. Creen que si el hombre alcanza el clímax antes que la mujer, entonces él le inyecta su embrión masculino y ella concibe un muchacho. Pero si la mujer llega al clímax antes que el hombre entonces ella gana y concibe una niña.

En el caso de la medicina tradicional atacameña, ésta conserva algunos restos de terapéutica mágica, principalmente la herbolaria, las cuales suponían propiedades curativas¹⁰². Es importante mencionar que formaría parte de la medicina andina, donde como decíamos anteriormente, los conceptos de salud y enfermedad aparecerían fuertemente ligados a su cosmovisión, prácticas sociales, productivas y religiosas. Según Irrarázaval¹⁰³, el origen de las enfermedades se podría explicar de cinco maneras: naturaleza animada, poderes mágicos, influencia de los muertos, conflictos humanos y trastornos orgánicos. Cabe señalar que según Domingo Gómez¹⁰⁴, en la actualidad la característica religiosa del mundo atacameño sería el sincretismo, donde coexistirían una religiosidad indígena y la religión cristiana. Se podría apreciar por lo tanto una medicina religioso popular, donde habría oraciones, mandas, amuletos, ánimas, espíritus y la utilización de la medicina vegetal o fitomedicina.

Cabe señalar que los espíritus de la naturaleza, tierra, agua y cerro; los espíritus de los antepasados y una serie de espíritus menores asociados a fenómenos naturales y culturales como apacheta, camino, piedra, semilla, siembra, ganado, tejido, interactúan simbólicamente con los atacameños mediante la ofrenda, el sacrificio, ciertos modos de comunicación ritual, tales como humo de sahumerio y la música del agua, lo que implica un sistema de premios y castigos¹⁰⁵.

¹⁰² Laval E. (1957) Medicina aborígen tradicional Atacameña. Revista del servicio nacional de salud, II, Santiago de Chile.

¹⁰³ en Llanque et al, en Gomez D. ; Ahumada, J., Necul, E. (1998) Medicina tradicional Atacameña.

¹⁰⁴ Gómez D. (1998) Medicina tradicional Atacameña.

¹⁰⁵ Idem Grebe (198)

Género: Construcción y Social en los Andes

Para comprender como las personas viven y sienten la experiencia de la salud y la enfermedad, es necesario considerar las diferencias genéricas que influyen y determinan, en parte, su percepción. El acceso a la salud no es uniforme, se realiza de manera diferencial de acuerdo a características étnicas, generacionales y genéricas, entre otros.

El proceso de salud/enfermedad/atención como evento universal y cotidiano se va interiorizando en los individuos de manera particular y en forma colectiva y simbólica en conexión a como se construyen las relaciones sociales y las relaciones entre hombres y mujeres. Las personas tienen significados distintos en términos personales y colectivos; es diferente si la persona es padre o madre, si tiene familia o no, si hay factores socioeconómicos involucrados, si pertenece a una étnia, lo cual depende de la posición que ocupe en su medio más cercano y macro social. En ese sentido, el género se vuelve una característica que otorga significado a la experiencia de la salud y la enfermedad.

3. 1. Concepto de género y la mirada desde la antropología

El concepto de género empezó a ser utilizado como categoría de análisis por las ciencias sociales a partir de la década de los 70, lo cual posibilitó entender la posición de las mujeres en las distintas sociedades humanas.¹⁰⁶

Es importante señalar que en los últimos 25 años, diversas tendencias dentro de las investigaciones académicas han convergido para producir una comprensión más compleja del género como fenómeno cultural.

Los límites basados en el género varían tanto histórica como culturalmente, y además funcionan como componentes fundamentales de todo sistema social. El hecho de habitar en un mundo compartido por dos sexos puede interpretarse desde una

¹⁰⁶ En los años 40 y 50 se sostenía que los fundamentos del género tenían un carácter biológico. El teórico social Talcott Parsons, escribió que los papeles de género se daban en base a las funciones económicas y sexuales, y que el proceso de modernización habría logrado racionalizar la asignación de estos papeles. En su opinión, el matrimonio y la familia funcionaban gracias a la presencia de una serie de vínculos de apoyo mutuo, principalmente de carácter económico y afectivo, en los que la capacidad del hombre para el trabajo instrumental (público, productivo o gerencial) se complementaba con la habilidad de la mujer para manejar los aspectos expresivos de la vida familiar y la crianza de los hijos. Por su parte, Margaret Mead abre una nueva perspectiva entre los científicos sociales al plantear que los conceptos de género son culturales, no biológicos, y que estos podían variar en diferentes entornos. Sin embargo, sus planteamientos permanecieron relegados, ya que en esos años los puntos de vista basados en lo biológico dominaban los estudios de los comportamientos de hombres y mujeres. J.K. Conway, S.C. Burque y J. W. Scott (1987). en su artículo titulado "Introduction: The Concept of Gender" Este artículo apareció publicado bajo el título "Introduction: The Concept of Gender", en Daedalus. La traducción es de Claudia Lucocotti.

variedad infinita de formas; estas interpretaciones y los modelos que crean operan tanto a nivel social como individual.

El orden de género es un conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica, las que organizan y dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y, en general, a las interacciones que las personas establecen entre sí; son la trama social que condiciona las relaciones de los seres humanos en tanto personas sexuadas¹⁰⁷. Este orden se caracteriza por la subordinación de las mujeres a los varones, la que se lleva a cabo a partir de una diversidad de instituciones y mecanismos. Se estructura como un sistema de poder, un modo de dominación cuyo paradigma es el varón heterosexual. Está basado en la supremacía de lo masculino sobre lo femenino, en donde esto último es inferiorizado. Se trata entonces de una organización definida -a priori- por una relación de dominación-subordinación entre los géneros.

Teresita de Barbieri¹⁰⁸ plantea que existe un sistema sexo/género, que ha determinado una posición social diferenciada para varones y mujeres, así como relaciones desiguales entre ambos, lo que históricamente ha generado una situación de discriminación y marginación de la mujer en los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, así como en los ámbitos público y privado. Para entender las causas de la subordinación femenina Rubin¹⁰⁹ agrega que un sistema sexo/género "...es el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas" Este sistema define las relaciones entre hombres y mujeres, establece las posiciones que ocupan unos y otras, define los espacios en los que se organizan a los individuos, distribuye los recursos para el ejercicio del poder y asigna atributos, especialización, normatividad, valores, jerarquías, privilegios, así como sanciones a su trasgresión¹¹⁰.

Para responder a la interrogante de cómo se produce este orden desigual en las distintas sociedades, Rosaldo M.¹¹¹ plantea que el género ha sido tomado por la antropología, para a través de ella, poder estudiar las semejanzas y diferencias en las significaciones que adquieren las categorías de hombre y mujer en las diversas culturas.

Desde la antropología feminista se ha estudiado diversas culturas y la visibilización de la relación entre hombres y mujeres, referida a lo cultural, lo económico, lo político, lo

¹⁰⁷ Rubin, G. 1996 "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía del sexo". En Lamas M. (comp.). La construcción cultural de la diferencia sexual. México, P.U.E.G.; De Barbieri, (1992). "Sobre la categoría de género una introducción teórica metodológica. En: Fin de Siglo. Cambio civilizatorio. Ediciones de las mujeres N°17. Isis Internacional. Santiago de Chile.

¹⁰⁸ De Barbieri, Teresita. 1992. "Sobre la categoría de género una introducción teórico-metodológica. En: Fin de Siglo. Cambio civilizatorio. Ediciones de las mujeres N°17. Isis Internacional. Santiago de Chile.

¹⁰⁹ Rubin, G. 1996. "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo". En: Lamas M. (Comp). La construcción cultural de la diferencia sexual. México, P.U.E.G. pp.37.

¹¹⁰ Lagarde, 2001. "Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas. Universidad Autónoma de México.

¹¹¹ Rosaldo Michell. 1974. "Women, Culture and Society: A Theoretical Overview", en Rosaldo y Lamphere, Women, Culture and Society, Stanford University Press, California.

social y lo histórico. Según Marta Lamas¹¹², las investigaciones sobre la cultura humana han tenido como motivación principal aclarar hasta donde ciertas características y conductas humanas son aprendidas culturalmente o si ya están inscritas genéticamente en la naturaleza humana. La autora destaca los papeles sexuales originados en la división del trabajo, que a su vez se sustentaba en la diferencia biológica y muy especialmente en la maternidad ya que son los papeles sexuales los que marcan la diferente participación de hombres y mujeres en una sociedad y lo que es conceptualizado como femenino y masculino.

Dentro de la antropología de género se ha distinguido dos enfoques de análisis: la construcción simbólica y la construcción social. La diferencia fundamental radica en que el peso del análisis en la primera perspectiva está puesto en el campo ideológico; en cambio, con respecto al segundo el énfasis se ubicaría en el ámbito de lo económico y la división del trabajo. El concepto de género puede considerarse como una construcción simbólica o como una relación social.

3.1.1 Construcción simbólica de lo femenino y lo masculino

Las autoras que abordan el estudio de las relaciones entre los sexos desde la perspectiva de la construcción simbólica centran su análisis en las ideas que tienen las sociedades sobre lo femenino y lo masculino, ideas que se ven reflejadas en los sistemas tanto culturales como ideológicos. Se asumió la idea de la subordinación universal de la mujer como punto de partida que permitiera desentrañar los significados culturales que estaban detrás de la subvaloración de la mujer, o más bien de las actividades femeninas. Se plantearon las nociones de estereotipos de género y de prestigio como una manera de acercarse al ámbito de lo ideológico, de los símbolos con los que una sociedad significaba las diferencias sexuales.

En las distintas culturas, según Strathern "...las nociones sobre las diferencias y similitudes entre los sexos (construcciones de género) son usadas no sólo para ordenar las relaciones reales entre los hombres y las mujeres, sino también como una especie de lenguaje para hablar sobre otras cosas, como el respectivo prestigio de ciertas ocupaciones o la relación correcta entre un ser humano y la deidad"¹¹³.

Los estereotipos de género "...alientan a los actores a relacionar una conducta individual con la categoría a la que él o ella pertenece. Definen el modo en que se espera que las personas sentirán y reaccionarán en una situación concreta. Y esto es llevado a un punto tal en que se considera que cada sexo tiene unos rasgos personales que hacen que ciertas tareas sean especialmente adecuadas para él"¹¹⁴.

¹¹² Lamas Marta, 1996. "Usos, Dificultades, y Posibilidades de la Categoría de Género" En: Lamas, M. (Comp) "La construcción cultural de la diferencia sexual". PUEG, México.

¹¹³ Idem, Strathern. 1979, pp.133 Una perspectiva antropológica. En: O. Harris y K. Young . (comp.) Antropología y feminismo. Anagrama, Barcelona

¹¹⁴ Idem, Strathern, pp.137

Una de las principales representantes de la construcción simbólica es Sherry Ortner,¹¹⁵ quien ha planteado la necesidad de conocer las “ideologías de género” y los valores simbólicos que se asocian a lo femenino y lo masculino en las distintas sociedades.

Parte del supuesto, que el género y la sexualidad son construcciones culturales simbólicas y se pregunta acerca de las fuentes, los procesos y las consecuencias de su elaboración y organización. Plantea que esta perspectiva implica preguntarse sistemáticamente cuál es el significado de lo masculino y lo femenino, del sexo y la reproducción, en contextos sociales y culturales determinados, en lugar de presuponer que se sabe de entrada lo que esos conceptos significan. El género, la sexualidad y la reproducción son abordados en calidad de símbolos. El acercamiento al problema del sexo y del género se considera, en consecuencia, como una cuestión de análisis e interpretación simbólicos. Ambas tareas suponen establecer, por un lado, la relación existente entre éstos y otros símbolos y significados culturales y, por el otro, la relación entre éstos y las formas de vida y experiencias sociales.

La autora intenta responder la pregunta de que tienen en común las distintas culturas para que todas les atribuyan un valor inferior a las mujeres, “...la mujer ha sido identificada con -o, si se prefiere, parece ser el símbolo de algo que todas las culturas desvalorizan, sólo hay una cosa que corresponde a esta descripción y es la “naturaleza” en su sentido más general. Todas las sociedades establecen una diferencia entre la sociedad o cultura humana y el mundo natural; las distintas culturas se empeñan en asegurar el control sobre la naturaleza, y por consiguiente, sobre las mujeres¹¹⁶.

Recalca la importancia del enfoque simbólico como medio para conocer las ideologías de género, las ideas culturales sobre el género y la sexualidad, los sistemas de prestigio, adquiriendo este último concepto vital importancia en su teorización. Plantean que existirían una variedad de esferas de la vida social que estarían determinando las ideologías de género. Entre estas esferas determinantes estarían la del matrimonio y la del parentesco; sí bien ambas esferas tienen implicaciones importantes y diversas en las ideas culturales sobre la sexualidad y el género, esta influencia pareciera ser indirecta y mediada. Así, ellas proponen que “...las estructuras de mayor relevancia para la elaboración cultural del género en cualquier sociedad determinada son las estructuras de prestigio”¹¹⁷. Entonces, el prestigio, entendido como “honor social” o “valor social”, o más bien, la organización social del prestigio “...es, entre los diversos ámbitos de la estructura social, la que afecta más directamente las ideas culturales acerca del género y la sexualidad”¹¹⁸.

¹¹⁵ Ortner Sherry y Harriet Whitehead. (1996). “Indagaciones acerca de los Significados Sexuales. En: “El Género” La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual. Lamas Marta, Universidad Autónoma de México,.

¹¹⁶ Ortner, S. (1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?. En Antropología y Feminismo. Pág. 109, Anagrama, Barcelona. pp.114.

¹¹⁷ Ortner, Sherry. (1990). “Gender Hegemonies”. En: Revista MELUS, The Journal of the society for the study of the Multi-Ethnic Literature of the United States. EE. UU. pp. 149

¹¹⁸ Idem, Ortner, 1990, pp. 157.

Por “estructura de prestigio” las autoras designan “...los conjuntos de posiciones o niveles de prestigio que resultan de la aplicación de una línea particular de valoración social, de los mecanismos por medio de los cuales los individuos y grupos alcanzaron determinados niveles o posiciones, y de las condiciones generales de reproducción del sistema de estatus”¹¹⁹ En consecuencia con lo anterior, afirman que un sistema de género es, fundamentalmente, una estructura de prestigio en sí mismo.

Siguiendo con esta idea, señala que parte de las críticas al universalismo planteado anteriormente, derivan de la confusión de tres niveles distintos de análisis: prestigio, dominancia y poder:

La dimensión del prestigio tiene relación con una evaluación de la posición de los sexos o estatus. Ejemplo de esto son las afirmaciones culturales que señalan que los hombres son superiores, preeminentes, que tienen un alto estatus o que tienen una gran autoridad. En esta evaluación de la posición de los sexos nada se dice acerca de la calidad de las relaciones masculinas-femeninas.

La dominancia, en cambio, dice relación con un particular tipo de relación, generalmente, la dominancia masculina y la subordinación femenina. En esta relación los hombres ejercen control sobre la conducta de las mujeres.

La dimensión del poder da cuenta del hecho de que, según la autora, ningún gran prestigio masculino, ni la real dominancia masculina, ni ambos juntos, podrían negar totalmente la capacidad femenina de controlar algunas esferas de su propia y otras existencias.

Cuando se habla de la relación universalmente asimétrica de los géneros, en que la mujer ocupa una posición subordinada, se está haciendo alusión a la esfera del prestigio fundamentalmente.

El prestigio y poder son conceptos distintos que no pueden equilibrarse uno con otro porque, sin prestigio cultural, el poder femenino no es completamente legitimado; sólo puede ser ejercido de manera escondida o distorsionada. En consecuencia, la autora considera que debería seguir siendo aceptada la idea de la superioridad masculina¹²⁰.

Por otro lado, plantea que se podría afirmar que en la mayoría de los casos el prestigio masculino está vinculado con las relaciones intersexuales. Las mujeres pueden ser intercambiadas como premio a las hazañas o éxito masculino; el requisito previo para obtener el estatus pleno de hombre adulto puede consistir en tener una esposa; las relaciones buenas o malas con las mujeres pueden elevar o abatir el estatus del

¹¹⁹ Idem, Ortner, 1990, pp. 151-152

¹²⁰ Ortner Herry y Harriet Whitehead (1996): “Indagaciones acerca de los Significados Sexuales. Este artículo apareció originalmente como “Introduction: Accounting for Sexual Meanings, en *Sexual Meanings: The Cultural Construction of Gender an Sexuality*, Cambridge University Press, Cambridge, 1981. La traducción es de Gloria Elena Bernal . Ha sido compilado En “*El Género” La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*. Lamas Marta, (Comp), Universidad Autónoma de México.

individuo; el estatus de la madre puede afectar de manera sistemática el estatus del hombre al nacer; el comportamiento sexual de las hermanas e hijas del individuo pueden brillar u opacar su honor. Debido a que el prestigio masculino se encuentra ligado a las relaciones con las mujeres es evidente la importancia del parentesco y el matrimonio.

Anteriormente se ha señalado que las distinciones entre las mujeres se basan en sus funciones de esposas, madres, hermanas; éstas resultan cruciales para las definiciones culturales de la femineidad. De acuerdo con algunos autores como Poole, Shore, Collier, Rosaldo y Ortner¹²¹, queda claro que las diversas funciones de parentesco desempeñadas por las mujeres en los diversos sistemas culturales –madre, hermana o esposa– tienden a dominar individualmente, y excluyen al resto de las funciones la categoría de lo femenino. El predominio de cualquiera de estos tipos de función en la categoría más comprensiva de “mujer” tiene consecuencias de extrema importancia para las formas en que se perciben todas las mujeres en una cultura particular. Pero, a su vez, este predominio depende precisamente de que el prestigio masculino gire o no sobre el matrimonio, sobre las relaciones con las hermanas, sobre la filiación. En otras palabras, el sistema de prestigio hace resaltar ciertos vínculos intersexuales de entre la gama completa de vínculos existentes en la sociedad a la que pertenece, y los subraya en la medida en la que esos vínculos resulten determinantes para la generación o el mantenimiento del estatus.

Por tanto, distintos sistemas de prestigio no solamente atribuirán posiciones centrales a diferentes tipos de vínculos entre los sexos, sino que, dependiendo del sistema del que se trate, un “mismo” vínculo –fraternidad, matrimonio o cualquier otro– estará dotado de significados diferentes, por lo que, para realizar cualquier tipo de análisis, la primera etapa consiste en identificar aquellas relaciones intersexuales que tengan la mayor influencia en el prestigio masculino y en determinar qué categorías de relación dominan la definición de las mujeres.

En consecuencia, las relaciones entre un sistema de prestigio particular y sus soportes sociales más profundos debe verse como un fenómeno históricamente específico y muy complejo. De ninguna manera debe ignorarse esta relación, ni deben analizarse los sistemas de prestigio en un aislamiento artificial respecto de sus raíces sociales.

3.1.2. Construcción social del género

En el enfoque¹²² del género como construcción social, el cual está relacionado con la teoría marxista se sostiene que es más importante considerar qué es lo que hacen hombres y mujeres, y no los símbolos, puesto que ese hacer está en directa relación con la división sexual del trabajo. A partir de este análisis, se cuestiona la idea de la

¹²¹ Idem Ortner En: Lamas 1996, pp.168

¹²² Montecino, Sonia. Rebolledo, Loreto. 1996. “Conceptos de Género y Desarrollo”

subordinación universal de las mujeres por su a-historicidad y por no considerar los efectos de la colonización y del nacimiento mundial de la economía capitalista. En Antropología, la investigadora más conocida que trabaja en esta línea es Leacock¹²³; sus aportes han sido el rechazo a la idea de que el estatus de la mujer esté directamente relacionado con su función de parir y criar hijos, y también que la distinción público/privado sea una oposición válida interculturalmente para el análisis de las relaciones de género.

Esta corriente releerá a Engels y planteará que al revisar estudios y datos de sociedades cazadoras-recolectoras, se ha encontrado que la subordinación de la mujer al hombre, el desarrollo de la familia como unidad económica autónoma y el matrimonio monogámico están en directa relación con el desarrollo de la propiedad privada de los medios de producción. Así también se señala que en aquellas sociedades sin clases, tanto hombres como mujeres habrían sido autónomos y habrían tenido posiciones de igual prestigio y valor; aunque esas posiciones fueran diferentes, ello no implicaba inferioridad o superioridad necesariamente. Así, plantea la idea de la complementariedad entre los sexos.

Una de las principales contribuciones de este enfoque es el descubrimiento de que en todas las sociedades las mujeres tienen una contribución económica substancial y que su estatus no depende de su rol de madre ni de su confinamiento a la esfera doméstica, sino que es dependiente de su control o no respecto al acceso a recursos, la condición de su trabajo y la distribución de los productos de su trabajo.

Leacock¹²⁴ insistirá en la importancia de introducir el tema de la colonización, para entender la posición de las mujeres del Tercer Mundo. El núcleo de esta preocupación es la necesidad de distinguir la situación de las mujeres en las distintas sociedades antes de la emergencia mundial del capitalismo y después de implantado el mismo. De este modo pone el énfasis en la necesidad de emprender estudios etnohistóricos para comprender los cambios y sus consecuencias. Criticará el uso del paradigma moderno/tradicional para analizar la situación de las mujeres en las sociedades del Tercer Mundo, alegando que subyace a ese paradigma la idea de que lo tradicional es estático y lo "moderno" es dinámico y que por este motivo es lo mejor para todos los grupos (de allí también su impugnación al concepto de aculturación que implícitamente pone como superiores los rasgos aportados por el colonizador).

De este modo se pondrá como eje central para entender la posición de las mujeres las relaciones de producción; a través de ellas Leacock establecerá una tipología y el papel de mujeres y hombres al interior de ellas, toda vez que esas relaciones (el entramado entre producción, distribución, intercambio y consumo) son cruciales para entender las jerarquías socio-económicas y sexuales.

¹²³ Idem. En: Montecino, Rebolledo. 1996, pp.26.

¹²⁴ (Idem. En: Montecino, Rebolledo. 1996, pp. 27)

Dentro de los enfoques de la construcción social del género existe un gran número de interpretaciones y debates. Por ejemplo, se ha sostenido que las formaciones sociales precapitalistas no son destruidas por el capitalismo, sino que éste las articula en torno a una nueva estructura de producción. Estas discusiones han desembocado en la idea de que es preciso realizar estudios históricos de la articulación, pues cada formación social es diferente.

3.2. Estudios de Género en los Andes

En Latinoamérica la discusión sobre la relación entre género y etnicidad tiene dos aproximaciones. La primera que niega y rechaza la categoría de género por considerarla una categoría occidental, que se impone desde afuera puesto que las mujeres vendrían a ser el núcleo fundamental de la regeneración de las culturas. “Esta postura sostiene que existe una relación entre la cosmovisión andina de complementariedad y dualismo, con la ideología de género”¹²⁵. Tradicionalmente, las relaciones entre los géneros han sido consideradas más igualitarias dentro de las culturas andinas que en las sociedades mestizas¹²⁶; cabe destacar que, para ellos, el término igualitario no es equivalente a la igualdad de individuos en el sentido occidental; en las relaciones andinas, es el intercambio entre dos grupos de complementariedad. Hay un potencial tanto para jerarquía como para igualdad, por tanto hay una negociación constante entre estos estados potenciales¹²⁷

La otra aproximación reconoce las diferencias entre las mujeres, instaladas por las especificidades sociales, culturales e históricas. Desde donde se critica que las diferencias de etnia, clase e historia, conjugadas con el género, han sido por mucho tiempo invisibilizadas por explicaciones e interpretaciones universalistas. Según Crain, M.¹²⁸, muchos estudios antropológicos en los Andes tienden a fundir las categorías de género y etnicidad, convirtiendo los cuerpos de las mujeres andinas “en espacio práctico de control social...donde estas mujeres crean identidades de vital importancia para la reproducción cultural del grupo, mediante la mantención de un lenguaje autóctono y la preservación de códigos en la vestimenta”. Cabe señalar sin embargo que, según esta autora, estas elaboraciones analíticas a menudo difieren de las versiones que los indígenas hacen de su propia identidad.

¹²⁵ Pozo 1996 en Echeverría, C. (2001) Ponencia Un viaje a la visibilidad: las investigaciones sobre los aymarás de la región de Tarapacá y la relación de género-etnicidad como parte de un debate pendiente. Centro de estudios Sociales y de género Misti Warmi, Calama, Chile.

¹²⁶ Véase por ejemplo, Harris (1978), Michaux et al. (1989) y Silverblatt (1990).

¹²⁷ Canessa (Sallnow 1987: 145 y passim). En Arnold Denise Comp. (1997) Más allá del silencio. Las fronteras del género en los Andes. CIASE/ ILCA, La Paz, Bolivia.

¹²⁸ Crain, M. (1996) La interpretación de género y etnicidad: nuevas autorepresentaciones de la mujer indígena en el contexto urbano de Quito en Luna, L. Et al. Desde las orillas de la política, género y poder en América latina. Edita Seminario Interdisciplinar mujeres y sociedad, Universidad de Barcelona. España.

Vivián Gavilán¹²⁹ señala “...que la mayor parte de la literatura relacionada a la temática de género en los Andes propone la existencia de un sistema de complementariedad sexual como un modelo cultural que explicaría las relaciones existentes entre hombres y mujeres”. Una primera aproximación propone que lo femenino y lo masculino forman parte de un todo indisoluble y que por lo tanto las relaciones entre ambos sexos son igualitarias (Isbell, B.J.). De otro lado, nos enfrentamos con posturas más mesuradas en el sentido de que el modelo complementario resulta ser más complejo, ya que, si bien puede operar a nivel de las representaciones, no explica la desigualdad social entre hombres y mujeres.

Por lo tanto, en términos generales, el debate oscila entre las posturas que plantean una relación de complementariedad entre los géneros, y otras de subordinación de la condición femenina¹³⁰.

3.2.1. Complementariedad y dualismo en los Andes

La mayoría de los estudios andinos por mucho tiempo se han basado en la “teoría de la complementariedad”, donde las relaciones entre hombre y mujer tienen un estatus igualitario-complementario: la complementariedad binaria (unidad de esposo y esposa); por lo tanto, la sociedad y cultura andina estarían estructuradas en torno a una organización y pensamiento dual¹³¹.

Desde una perspectiva histórica, la complementariedad sexual, como principio regulador en el sistema de género, se habría reestructurado a partir del modelo social instaurado por los Incas y posteriormente con la Conquista Española¹³².

Los incas habrían introducido los componentes de disimilitud, heterogeneidad, jerarquía y subordinación en los niveles conceptuales, por tanto, se podría decir que estas transformaciones culturales han marcado cambios en las relaciones genéricas en los pueblos andinos. Asimismo, las imposiciones socio-económicas y culturales de las sociedades nacionales habrían provocado un proceso de transformación el cual habría repercutido al agudizarse las contradicciones inherentes a este modelo¹³³.

¹²⁹ Gavilán, Vivián, pp. 87. “Relaciones de género en la cultura aymara: complicaciones y subordinación” Antropóloga, investigadora del Taller de estudios Aymaras.

¹³⁰ La mayor parte de la discusión sobre género en los Andes se encuentra compilada por Denis Arnold en su libro “Más Allá del Silencio. Las Fronteras de Género en los Andes” donde muestra investigaciones de parentesco y género en la zona andina como producto de la Conferencia Internacional sobre Parentesco y Género en los Andes, llevada a cabo en la Universidad de St. Andrews, Escocia, en 1993, cuyo fin era unir estos dos enfoques en los estudios andinos en una única teoría. Sin embargo, la autora reconoce su dificultad para lograrlo por ahora, ya que los dos campos de estudio tienen mucho que avanzar aún. Arnold Denise Comp. (1997) Más allá del silencio. Las fronteras del género en los Andes. CIASE/ ILCA, La Paz, Bolivia.

¹³¹ Isbell en Arnold, D., Pág. 19-23 y Isbell en Carrasco, A. Pág. 88.

¹³² Gavilán, Vivián, s/a “Relaciones de Género en la cultura aymara: complicaciones y subordinación” Taller de Estudios Andinos, Arica.

¹³³ Silverblatt, Irene (1990). “Luna, Sol y Brujas”. “Género y Clases en los Andes Prehispánicos y Coloniales”. Cusco, Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas

La teoría de la complementariedad ha sido cuestionada, por el hecho de referirse a “lo andino” como una categoría universal, que no considera las particularidades, además de la suposición a la base de que la reproducción es la base natural para la complementariedad¹³⁴.

Esta teoría es criticada por diversos autores/as como Canessa, Spending y Isbell¹³⁵. Canessa señala que el chachawarmi o matrimonio en la vida social pocobayena apoya supuestamente la tesis de la complementariedad y las relaciones igualitarias entre los sexos; cada miembro de la pareja tiene su competencia y es respetado por ella¹³⁶. Es importante destacar que hombres y mujeres no se distinguen por su naturaleza sino por su ocupación; es decir que las diferencias no se basan en lo que hombres y mujeres son, sino en lo que hacen. Dentro del chachawarmi, el hombre y la mujer dependen uno del otro y comparten la responsabilidad de manejar la casa: todas las decisiones son compartidas, lo que parece reflejar un concepto de vida conyugal productiva y compartida. Al interior del matrimonio los elementos masculinos y femeninos se combinan productivamente: no son iguales sino complementarios, sin el otro elemento el individuo no es una persona formada. La relación entre opuestos es la vez complementaria y contradictoria. Es complementaria porque cada elemento requiere su pareja, para ser completa y eficaz; contradictoria, porque una nunca es subsumida por la otra. En esta tensión entre fusión y fisión yace la fuerza productiva de la relación..

Dense Arnold “..sugiere que el énfasis en la complementariedad de los estudios andinos ha ocultado el juego entre formas de organización matrilineal y patrilineales, y que es importante prestar más atención al conflicto entre los sexos. Aunque en el área donde está situada Pocoyaba no existe el mismo tipo de organización lineal, también se puede afirmar que la complementariedad no es el único atributo de las relaciones de género andino: complementariedad y conflicto son dos lados de la misma moneda”¹³⁷.

La cultura andina ha remarcado una estructura dualista en la organización social y en los sistemas simbólicos andinos, un ejemplo de ello son los estudios de Ina Rosing quien plantea que “...en el pensamiento de la región de Kallawalla se asocia la mañana – el tiempo en que el sol se levanta– con lo masculino, mientras que la tarde y el anochecer son femeninos, y la noche carece de género. El pasado es femenino, el futuro es masculino. En la dimensión espacial la parte de arriba es masculina –al menos a veces– y la parte de abajo es femenina. La derecha es masculina, la izquierda es

¹³⁴ Isbell en Arnold, D., Pág. 19-23 y Isbell en Carrasco, A. Pág. 88.

¹³⁵ Canessa .En: Arnold D. (1997) “Género, Lenguaje y Variación en Pocobaya, Bolivia. “Más allá del Silencio”. “Las Fronteras de Género en los Andes” . Arnold D. (Comp).

¹³⁶ Señala que pese a que los Pocobayenos describen las tareas complementarias de la pareja y recalcan que ni el hombre ni la mujer dominan, la realidad no siempre responde a este modelo ideal. El autor señala “...después de haber pasado un tiempo hablando de la división igualitaria del trabajo en un nivel abstracto, un pocobayeno contó cómo, después de un día de trabajo en las chacras, él podía descansar, pero su mujer tenía que seguir trabajando y hacer la cena”. La igualdad del chachawarmi es un ideal supuestamente aceptado por todos, pero no siempre coincide con la realidad, porque en este caso las mujeres tenían que trabajar más que los hombres.

¹³⁷ Idem, Canessa en Arnold, D. 1997, pp. 240.

femenina". A raíz de lo anterior observa que los Ayllus se dividen entre dos parcialidades denominadas Aransaya y Urinsaya, consideradas simbólicamente la mitad de arriba y la mitad de abajo¹³⁸;

La complementariedad estaría implícita en estas clasificaciones dualistas y no significaría simetría ni horizontalidad. Autores como Hertz en 1960 y Dumont en 1978 apuntan a una importante dimensión del dualismo: la jerarquía. Es decir, que las clasificaciones duales asocian un valor simbólico diferencial a cada una de las partes de forma asimétrica. En este sentido se puede decir que el dualismo es un sistema clasificatorio que organiza el universo natural y social en dos pares opuestos, pero complementarios, basados en el principio de reciprocidad. Generalmente se establecen relaciones asimétricas entre los dos polos a los que se atribuyen valores jerárquicos. Todo sistema social y simbólico andino se organiza según esta lógica¹³⁹.

En relación a esto, Platt¹⁴⁰, en su trabajo sobre la estructura simbólica andina, hace notar la asociación cercana que existe, por un lado, entre la puna y la mitad de arriba (aransaya) con lo masculino y, por otro lado, entre el valle y el urinsaya con lo femenino; la región de puna se halla en una posición más importante y privilegiada, puesto que es donde generalmente se ubican los núcleos de las comunidades o ayllus, por tanto a la parcialidad aransaya se le atribuye un mayor valor, es decir que lo masculino es evidentemente superior a lo femenino, en las más diversas acepciones simbólicas. Además, Tristan Platt¹⁴¹ plantea que el concepto de "Yanantin" representa a una relación como si fuera simétrica e igual, cuando en realidad carece de simetría. "Yanantin puede ser referencia a un par de perfecta simetría e igualdad; pero también puede servir de disfraz ideológico a una relación que en realidad es desigual, como la relación entre hombre y mujer"¹⁴²

3.2.2. ¿De la complementariedad de la subordinación?

En el contexto de los Andes es imprescindible tomar en cuenta los valores y normas culturales del mundo andino. Sin embargo, el desarrollo rural de las comunidades incorpora factores socio-económicos particulares, "la intervención de agentes externos produce un campo de interacción entre dos mundos –el occidental y el andino– lo que impulsa a la necesidad de crear un lenguaje común..." el cual podrá actuar como un filtro cultural para evitar la confrontación entre dos lógicas distintas.¹⁴³

¹³⁸ en su investigación en una comunidad de la región de Kallawalla de la provincia Bautista Saavedra, departamento de La paz, Bolivia Rosing Ina. 1997, pp. 81. "Los Diez Géneros del Amarete en Bolivia. En "Más allá del Silencio". "Las fronteras del género en los Andes". Arnold. Denis. (Comp)

¹³⁹ Carafa Yara, 1993. "Una Aproximación a la Construcción de Género en el Mundo Rural Andino , Ruralter N° 11/12 Pág 131-160

¹⁴⁰ Platt. En Carafa "Una Aproximación a la Construcción de Género en el Mundo Rural Andino , Ruralter N° 11/12 (1993) Pág 131-160

¹⁴¹ Platt, T. (1976) Espejos y maíz: el concepto de yanantin entre los macha de Bolivia. Centro de Investigación y Promoción del Campesinado CIPCA. La Paz, Bolivia.

¹⁴² Idem Platt, pág.178.

¹⁴³ Carafa Yara, 1993. "Una Aproximación a la Construcción de Género en el Mundo Rural Andino , Ruralter N° 11/12 Pág 131-160

A partir de estas transformaciones, las cuales han implicado niveles de jerarquía diferenciados para hombres y mujeres, Gavilán¹⁴⁴ plantea que en oposición al principio de complementariedad se ha intentado explicar la problemática de género a partir del concepto de subordinación. En este contexto se revela la relegación de la mujer al ámbito doméstico, mientras el poder político-económico lo detentan los hombres, lo que determinaría la posición subordinada de las mujeres.

Por otro lado, los estudios que asumen las relaciones de género en el mundo andino como desiguales se centran en el tema del poder en las sociedades andinas.

Siguiendo en esta línea, la autora Penélope Harvey señala que en Oncogate (comunidad de los Andes peruanos) la concepción cultural del género femenino "...es tal que no existe contradicción entre condición femenina y dominación masculina" ¹⁴⁵. Aborda el tema de la participación desigual de mujeres y hombres en asambleas políticas, no desde una perspectiva de igualdad complementaria que resuelve este tema apelando a la idea de distintas esferas de competencia y legitimidad para hombres y mujeres, sino que distinguiendo entre los procesos formales e informales de toma de decisiones. "Las mujeres, los borrachos y los que hablan poco castellano pueden contribuir de manera extraoficial e informal a decisiones comunales, pero al no utilizar el discurso oficial, pierden la posibilidad de tener la última palabra. Ellos sólo pueden actuar como grupos de presión, no como los que toman las decisiones"¹⁴⁶

Por su parte Olivia Harris¹⁴⁷ en su estudio sobre los Laymi, comunidad aymara en Bolivia, propone que el concepto "Chacha-Warmi" o matrimonio como idea cultural de la relación hombre-mujer en la unidad conyugal, encubriría la diferenciación social que existe en el plano de las relaciones sociales. El matrimonio tiene significados bastante diferenciados para cada cónyuge; en este sentido marcaría un cambio mucho más profundo para la mujer que para el varón, "...las mujeres experimentan una mayor ruptura al casarse. Mientras está soltera, una joven puede cantar, bailar y emborracharse. Ella peleará con otras jóvenes en las luchas rituales, tinku, que ocurren en las grandes fiestas. (..) Sin embargo, a partir del momento que una joven va a vivir con un hombre, ella se retira parcialmente de varias áreas del discurso simbólico..."¹⁴⁸.

Para Harris la noción de persona (jaqui) está directamente vinculada al matrimonio: se concibe un "ser social total" sólo cuando se establece una familia; por tanto proporciona una interesante observación sobre la clásica asociación de las mujeres con la Naturaleza y de los hombres con la Cultura. Al contrario de lo que aparentemente se podría deducir, esta asociación se da entre pareja-Cultura y persona soltera-Naturaleza. Esto

¹⁴⁴ Gavilán, Vivián, pp.88. "Relaciones de Género en la cultura aymara: complicaciones y subordinación" Taller de Estudios Andinos, Arica.

¹⁴⁵ Harvey Penelope. (1989). Género y Competencia Lingüística. Participación Política de la Mujer en Pueblos Andinos. Documento de trabajo N° 33. pág. 11 Instituto de Estudios Peruanos.

¹⁴⁶ (Idem, Harvey, pp.20).

¹⁴⁷ Harris, O. En: Carafa.: "Una Aproximación a la Construcción de Género en el Mundo Rural Andino , Ruralter N° 11/12 (1993) Pág 131-160

¹⁴⁸ Idem, Harris, pp.74-75. En: Carafa.

significa que pasar al estatus de casado es una condición imprescindible en el proceso de socialización del individuo.

En lo que se refiere a la filiación, Carafa¹⁴⁹ señala que ésta se da por familia, la que es representada por los varones, considerados “jefes” o “cabezas de familia”. Las mujeres asumen su representación sólo si el marido está ausente, o en el caso de una viuda con hijos menores. El desempeño de los cargos corresponde sólo a los varones, aunque esporádicamente pueda recaer en las mujeres, obedeciendo a una jerarquía según la edad, situación familiar y económica.

En general, son los varones los que heredan la tierra, lo que ocurre cuando deciden efectivamente casarse. A las mujeres les toca heredar parte del rebaño familiar. La residencia de la nueva pareja es patrilocal; la mujer después de casada se incorpora a la familia del marido, debilitando los lazos con su familia a favor de la de su esposo. La pertenencia al grupo del marido no es algo fácil y simple. Las prácticas observadas exponen la vulnerabilidad de las mujeres, especialmente en la primera etapa de casadas, debido a la desconfianza que crea su procedencia de otro grupo doméstico. Ellas deben dar fe de su incondicionalidad a través de su comportamiento servil y respetuoso de los estereotipo; de mujer-esposa. Quien tiene la mayor responsabilidad sobre el comportamiento de la mujer es la madre del esposo, La relación suegra-nuera y suegro-nuera expresan relaciones de poder bastante claras entre ellos.

La ceremonia del matrimonio contiene varios elementos iluminadores de la diferencia de los roles de esposo y esposa. Por una parte, el discurso y los rituales remarcan la situación de indefensión de la mujer en su nuevo hogar, y por otra parte, indican las obligaciones que deben cumplir en una relación jerárquica. Los hombres tendrán mayor autoridad por el hecho de asumir la representación social, lo que les otorga mayor prestigio.

Siguiendo esta línea, Harris¹⁵⁰ hace notar que la asimetría de las relaciones de género no se encuentra de forma tan evidente al interior de la familia; es decir, en el ámbito doméstico existe prácticamente un equilibrio entre los distintos dominios de la pareja. Es en la esfera externa, en que los hombres actúan como grupo, donde aparecen las diferencias en las relaciones de poder, como por ejemplo ante las instituciones externas a la comunidad.

Por otra parte, la diferencia entre la participación femenina y masculina en las actividades políticas es analizada, también por la misma autora, a partir del valor simbólico del lenguaje en la sociedad Laymi. Ella parte de dos premisas básicas: “...cuando un niño o niña adquiere la capacidad de hablar se realiza el rito de paso denominado rutucha, ceremonia en la que se le corta el cabello por primera vez y representa el pasaje de un estado de naturaleza a uno de cultura; por lo tanto la persona

¹⁴⁹ Carafa, Y, 1993. En: Una aproximación a la construcción de género en el mundo rural Andino, Ruralter N°11/12 pag 131-160.

¹⁵⁰ Harris O..En Carafa “Una Aproximación a la Construcción de Género en el Mundo Rural Andino , Ruralter N° 11/12 (1993) Pág 131-160.

es considerada un ser humano totalmente socializado sólo cuando es capaz de hablar. “Se considera que las mujeres poseen una relación diferente con el lenguaje a la de los hombres; ellas no tienen muy desarrollada la habilidad de hablar en público y, como mencionamos anteriormente, después de casadas se alejan del discurso simbólico...”¹⁵¹ Se deduce que si las mujeres no tienen esta habilidad desarrollada, significa que no han sido socializadas con ese fin y por lo tanto no están capacitadas para participar en las actividades político-representativas. El poder del habla se apunta como un elemento netamente diferenciador de la participación de la mujer, tanto en el ámbito doméstico como en el público, ubicándola en una posición inferior con relación al varón.

En los espacios de relación entre la cultura aymará y la sociedad urbana, el hombre ocupa una posición destacada pues es considerado el “agente de dialogo” por excelencia desde los tiempos de la Colonia. Es decir que quien domina el castellano transita más fácilmente por los centros urbanos y, consecuentemente será el depositario de nuevos conocimientos.¹⁵²

Siguiendo con lo anterior, Marisol de la Cadena¹⁵³, en un estudio que trata sobre el matrimonio entre los campesinos de una comunidad muy cercana a la ciudad del Cuzco, plantea “...El primer nivel de manifestación patriarcal es dentro de la unidad doméstica. Además de las relaciones en que el esposo subordina a su cónyuge, el patriarcado articula a la unidad doméstica con la política comunal mediante un representante masculino...”; continua señalando que “...Debido a que en las casas vive más de una familia nuclear, la elección de representante de la unidad doméstica nos traslada al siguiente nivel de funcionamiento del sistema patriarcal chitapampino. Son raros los casos en los que el varón adulto representa a su familia nuclear, independientemente de la decisión de un pariente mayor que él; ocurre así en momentos específicos de la vida familiar cuando el varón deja de ser hijo...” De la cadena plantea que sólo así el varón consigue la plenitud de sus poderes patriarcales dentro de su familia, y se libera de la autoridad de su padre. La vejez del patriarca revertirá esta situación, llegando a la subordinación, debiendo someterse a la voluntad del hijo heredero del patriarcado familiar.

Finalmente, en la actualidad, según Arnold, Isbell, Spedding y Canessa¹⁵⁴ los estudios de género se pueden acoplar a las nuevas tendencias antropológicas que llevan a usar terminologías “émicas” de la gente del lugar para acercarnos más a sus conceptos y relaciones de género. Este enfoque me parece el más apropiado para estudiar los significados de la salud y la enfermedad en las mujeres y hombres de Talabre.

3.3. Estudios de género en Chile

¹⁵¹ (Idem, Harris O, pp. 151, En: Carafa,

¹⁵² Idem, Harris O, pp. 152, En Carafa

¹⁵³ De la Cadena Marisol. 1997, pp. 147. “Matrimonio y Etnicidad en Comunidades Andinas”. En: “Más allá del Silencio”. “Las fronteras del género en los Andes”. Arnold. Denis. (Comp).

¹⁵⁴ Arnold, Isbell, Spedding y Canessa en Arnold D. (1997) Más allá del silencio. Las fronteras de género en los Andes. CIASE/ILCA, La Paz Bolivia.

En el caso de Chile, según Valdés¹⁵⁵, el modelo dominante de ser/hacer mujer ha estado centrado históricamente en la maternidad y en los roles reproductivos, de esposa y dueña de casa, viviendo en función de los otros y en condición de subordinación al poder masculino. En su segmento más tradicional caracteriza a la mujer como pasiva, dependiente, emocional, poco racional. Eso la hace no cuidarse a sí misma mientras cuida de su grupo familiar. Esta relación con ella misma en la que se define a través de otros, la hace más susceptible y vulnerable al poder que otros ejercen sobre ella.

Por su parte, el modelo de masculinidad propio de este orden de género caracteriza a los hombres como las personas importantes, como activos, autónomos, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controlados, heterosexuales y proveedores, por oposición a las mujeres que son el segmento secundario de la sociedad. Los varones son portadores de poder, son impulsados a buscarlo y a ejercerlo con las mujeres y con aquellos hombres a los que pueden dominar. La cultura les entrega recursos de poder, los que utilizan en los ámbitos público y privado. Este modelo lleva a establecer relaciones de subordinación, no sólo de la mujer con respecto al hombre, sino también entre los propios varones, permitiendo masculinidades hegemónicas y subordinadas¹⁵⁶. Este modelo hegemónico es reproducido cotidianamente por las instituciones sociales y de transmisión cultural.

Directamente asociado con la construcción del cuerpo y del deseo que hacen los varones de sí mismos está la interpretación que hacen del cuerpo de la mujer: ella es pasiva, no tiene instinto, se deja conquistar, poseer y penetrar. El hombre, si es necesario, puede ejercer poder sobre la mujer para penetrarla y satisfacer su deseo o necesidad.

Una dimensión básica del orden de género vigente es la división sexual del trabajo que asigna a los hombres las tareas de la producción y a las mujeres las de la reproducción, siendo estas no remuneradas, invisibilizadas y desvalorizadas, a pesar de ser socialmente necesarias para la producción económica nacional. Dicha división sexual se mantiene a pesar de la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, lo que ha dado origen a la llamada “doble jornada” y a una distribución muy inequitativa del trabajo total (productivo y reproductivo). En las últimas décadas, los roles tradicionales de hombres y mujeres han sufrido numerosas modificaciones, lo que ha implicado su redefinición (en algunos casos) o bien un conflicto que implica la coexistencia y/o exclusiva realización de ambos (ello ocurre con muchas mujeres que cumplen su rol de madres, trabajadoras y sustentadoras del hogar). La eventual *flexibilización* que han experimentado algunos roles, por ejemplo un mayor involucramiento de los padres en la crianza de los hijos, lleva a que se establezcan nuevas modalidades en la distribución de las tareas.

¹⁵⁵ Valdés, Teresa (1988) Venid, benditas de mi padre. Las pobladoras, sus rutinas y sus sueños. FLACSO, Santiago.

¹⁵⁶ Valdés, T. y José Olavarría (1998) “Ser Hombre en Santiago de Chile. A pesar de todo, un mismo modelo”. En Valdés T. y Olavarría, J. Masculinidades y Equidad de Género en América Latina. Serie Libros FLACSO. Santiago: FLACSO.

El orden de género y la familia sostienen una relación dialéctica, ya que “al mismo tiempo que estructura las relaciones familiares, el género está constituido por éstas”¹⁵⁷. La perspectiva de género enfatiza las relaciones que la familia tiene a su vez con otras instituciones y su inclusión dentro de contextos políticos, económicos, en los que se definen nuevas relaciones de etnia, clase y edad.

Los principales estudios de género en poblaciones indígenas, específicamente en esta zona de los Andes, han sido realizados por Sonia Montecino en poblaciones Mapuche, y Ana María Carrasco y Vivían Gavilán en la zona Aymará.

Género, según Sonia Montecino¹⁵⁸, se refiere a la construcción cultural de las diferencias sexuales. Cada grupo humano elaboraría una determinada forma de concebir lo femenino y lo masculino, así como las relaciones entre ambos, el cual está muy relacionado con su historia particular.

Esta autora agrega que para referirnos a las identidades de género en Latinoamérica es necesario considerar que existe una cultura mestiza, donde los habitantes ya no son totalmente “indios”, ni “europeos”, sino híbridos; donde la persona toma materiales para su identidad desde la cultura, clase, familia, ritos y tradición oral. La identidad de género, por lo tanto, supone una serie de cruces de variables, diversidades y aperturas.

Para esta investigación se consideraran en mayor profundidad los estudios realizados en comunidades aymarás, ya que presentan similitudes territoriales y culturales con el pueblo Atacameño o Likán Antai.

3.3.1. Estudios de Género en población Aymará en Chile

La mayoría de los estudios de género con población aymará han sido realizados por Vivian Gavilán y Ana María Carrasco¹⁵⁹. Ellas rescatan las ideas, significados e interpretaciones que mujeres y hombres aymará otorgan al sexo-género y sus diferencias en dos ámbitos de la vida social: la religiosidad y las nociones acerca de la sexualidad, del sexo y la concepción. Sugieren que a pesar de las diferencias en las interpretaciones tanto de los autores como de los actores, se observan semejanzas en las formas de clasificación y en la asociación simbólica asignadas a lo femenino, a lo masculino y a sus relaciones.

¹⁵⁷ León, M. (1995) “La familia nuclear: origen de las identidades hegemónicas femenina y masculina” en *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*, L. Arango, M. León y M. Viveros (comps.), Bogotá: Tercer Mundo Editores/Uniandes. Pág. 184.

¹⁵⁸ Montecino, S. (1996) *Identidades de género en América Latina: mestizajes, sacrificios y simultaneidades*. En *Debate feminista: Identidades*. año 7, vol 14

¹⁵⁹ Carrasco, A.; Gavilán V. (2003) *Representaciones del cuerpo, sexo y género: una aproximación a las categorías Andinas de las diferencias*. Actas del cuarto congreso chileno de antropología, Tomo I, Chile.

Según Gavilán, la mayoría de los estudios en los Andes proponen la existencia de un sistema de complementariedad sexual como modelo cultural presente en las relaciones entre hombres y mujeres.

Las relaciones de género han sido un ámbito escasamente explorado por los estudiosos de la cultura andina. Una de las primeras reflexiones sistemáticas sobre el tema la hizo Lucila Pizarro. Ella plantea, a partir de un estudio realizado en la comunidad de Isluga, la existencia de una complementariedad simétrica entre hombres y mujeres, Esta complementariedad se ve afectada por la introducción de las relaciones capitalistas en la sociedad aymará tradicional¹⁶⁰. Por su parte, Ana María Carrasco argumenta que la escasa participación de la mujer aymará en los espacios públicos tiene relación con los procesos de cambio que han afectado la etnia, fundamentalmente la modernización, la cual ha acentuado las asimetrías sexuales en esta cultura.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Vivian Gavilán¹⁶¹ plantea que la división sexual del trabajo determina las diferencias entre hombres y mujeres, y de este modo sitúan a la mujer en desventaja debido al hecho de que no acceden a tierras y además son representadas por los hombres en la comunidad. Esto hace de la comunidad un espacio principalmente de intereses masculinos.

En este sentido, Gavilán¹⁶² ha desarrollado un completo análisis de las relaciones de género en la cultura Aymará, tanto en la esfera social como económica y en el sistema de representaciones. Ella concluye que el género, la edad y los roles -los tres elementos importantes en la diferenciación sexual- se organizan en base al principio de las jerarquías; esto es, las relaciones sociales son concebidas "...en términos de posicionamientos diferenciados, donde una de las partes posee mayor o menor prestigio y menor estatus respecto de la otra"¹⁶³. Así, el género también es concebido dentro de un orden jerárquico donde las posiciones se definen por su asociación a la fase del ciclo vital y al rol social. Sin embargo, señala esta autora, cuando se trata de "iguales", es decir, de personas de igual edad e igual rol social -esposa y esposo, por ejemplo- "...la mujer y lo femenino ocupa el segundo lugar; esto significaría que las diferencias de género sitúan al hombre y lo masculino en la posición de mayor prestigio"¹⁶⁴.

Según Gavilán y Carrasco¹⁶⁵, la organización social y espacial pensada en términos de género, simbólicamente se constata en gran parte de la literatura. Cada una de las mitades contienen implícitamente referencias sexuales y en relación asimétrica (mayor o menor prestigio y poder). Platt y Montes señalan la percepción de la naturaleza y de la cultura en términos de opuestos simbólicamente sexuados. Ambas se concebirían como

¹⁶⁰ Pizarro L. (1988) Algunas reflexiones acerca de los espacios femenino y masculino en las comunidades aymarás del sector de Isluga. Iquique, documento de trabajo N 10, Taller de Estudios Andinos TEA, Arica.

¹⁶¹ Gavilán Vivian "Relaciones de género en la cultura Aymará: complementariedad y subordinación".

¹⁶² Gavilán, Vivian. "Mujeres y Hombres en Isluga y Cariquima: Una aproximación a las relaciones de género entre los Aymaras del Norte de Chile". Tesis de Maestría en Antropología, Flacso. 1996.

¹⁶³ Idem, Gavilán 1996, pp.124

¹⁶⁴ Idem, Gavilán 1996, pp.124.

¹⁶⁵ Carrasco, A.; Gavilán V. (2003) Representaciones del cuerpo, sexo y género: una aproximación a las categorías Andinas de las diferencias. Actas del cuarto congreso chileno de antropología, Tomo I, Chile.

una ampliación a mayor escala del modelo provisto por la pareja humana, la cual estaría constituida por dos individuos distintos y diametralmente opuestos en su polaridad sexual y en sus atributos. Esta oposición se resolvería a través de la cópula, comunión entre macho y hembra. Así, las parcialidades, concebidas simbólicamente en términos de género, se unen en un acto sexual también simbólico: el Tinku, un combate ritual que periódicamente enfrenta la mitad masculina del ayllu con la femenina. En ese sentido María Ester Grebe¹⁶⁶, en su estudio en Isluga, afirma que la diferenciación sexual es un principio de la cosmovisión aymará, lo cual expresa el interés de los pueblos andinos por la fertilidad y reproductividad. Entre los aymará del norte de Chile, la fiesta de los carnavales o "floreo de la gente" es por definición el espacio de reproducción social de la comunidad. En las ceremonias que ocurren durante tres días de fiesta surge la organización espacial y social de la "Marka", en torno a las mitades: Arajj Saya y Manqha Saya, ambas representadas como masculina y femenina.

En ella se pone en escena la adscripción y pertenencia a un grupo social específico y se recuperan las tradiciones y costumbres legadas por los antepasados. A través de la realización de los rituales, la comunidad actual se vincula con las generaciones pasadas y con los seres tutelares que custodian el orden natural y social en el que se desenvuelven mujeres y hombres en el diario vivir y quienes otorgan bienestar económico y social. Ambas mitades tienden a la endogamia y se conciben en una relación de jerarquía. Arajj Saya posee mayor prestigio y simboliza también la costa por su posición geográfica. Manqha Saya, posee menor prestigio y se denomina también como pampa. Cada una de las familias poseen casas en la Marka, la que está organizada espacialmente también en mitades. De esta manera, durante la fiesta de carnavales, los grupos y comparsas se conforman por mujeres y hombres de ambas partes, los que se relacionan mediante juegos de intercambio y competencia siempre referidos al dominio sexual. Uno de los días de festividad, llamado el día de los membrillazos, compiten ambas mitades a través del lanzamiento de membrillos entre los hombres y hacia las campanas de la torre. En este acto, puede ganar la mitad de arriba (masculino) o la mitad de abajo (femenino), pueden lograr hacer tocar la campana hembra o la campana macho. Si gana la parte femenina, se dice que va a ser un año abundante y productivo; si gana la parte masculina, habrá escasez. Esta misma relación la hallamos en el sexo de los bebés. Si el primer recién nacido es mujer se augura fertilidad para la nueva unidad doméstica y si nace un hombre, esta tendrá un camino difícil y deberá desplegar mayores esfuerzos en su trayectoria social y económica.

Respecto a la dualidad masculino-femenino, Carrasco y Gavilán¹⁶⁷ mencionan que ésta se manifiesta en la religiosidad a través de la presencia de parejas divinas, particularidad que se constata en prácticamente toda la literatura. El debate se sitúa en la naturaleza de éstas, sus relaciones y ubicación en el cosmos. La ambigüedad y diferencias en la interpretación entre los distintos autores radica principalmente en los

¹⁶⁶ Grebe, María Esther (1980) Cosmovisión aymará: En: Revista de Santiago. Santiago, Chile.

¹⁶⁷ Carrasco, A.; Gavilán V. (2003) Representaciones del cuerpo, sexo y género: una aproximación a las categorías Andinas de las diferencias. Actas del cuarto congreso chileno de antropología, Tomo I, Chile.

significados asignados a una de las entidades presentes en gran parte de la zona andina: Pachamama. Una de las interpretaciones es la de Grebe¹⁶⁸, para quien la Pachamama sería una deidad asociada a la Virgen María, por lo que su posición sería ambigua entre Arriba y Abajo; a pesar de su clara presencia en este mundo (abajo). Asociados a esta se hallarían Mallkus y T'allas. Entre estos identifica a Torre Mallku y Santa-belin T'alla, como los espíritus guardianes de la torre y de la iglesia y que mediatizan Uywir Parte con Dios Parte; vale decir, las dos partes de la religión aymará: la cristiana y la autóctona. Postula que son concebidos como una pareja mixta antropomórfica y son recordados solamente en carnaval mediante una wilancha, fuera de la iglesia.

3.4. Estudios de Género en el ámbito de la salud

El género como construcción que rige las relaciones entre hombres y mujeres permea la micro y macro esfera de la sociedad a través del mercado del trabajo, el sistema educativo, los medios de comunicación, la religión, la familia y la salud, entre otros.

La construcción de género ejerce su influencia sobre la salud de las personas y el papel que ellos desempeñan en el desarrollo de la salud, mediante dos mecanismos: la socialización y el control institucional. La sociedad encauza de manera diferente la motivación de hombres y mujeres con respecto a la selección entre alternativas de conducta que tienen implicancia variadas en la propia salud y la de los demás, reproduce la internalización de paradigmas culturales sexistas, que promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferencial. A esto, se suman las instituciones, quienes vigilan el cumplimiento de tales expectativas mediante sanciones negativas o positivas: acatamiento o desviación de los estereotipos masculinos y femeninos; facilitación u obstrucción, según sexo, del acceso a determinadas actividades o posiciones que implican diferentes grados de recursos y valoración; y la retribución diferencial por sexo para personas que realizan la misma actividad¹⁶⁹.

La salud, según Anne-Claire Defossez et al¹⁷⁰, es uno de los asuntos que se asocia tradicionalmente a las mujeres. El espacio de la enfermedad, como el de la maternidad y el cuerpo, son lugares “naturalmente” femeninos.

Aplicando el análisis de género a la salud de la mujer, se puede apreciar la diferencia entre hombres y mujeres en una desigualdad entendida en términos de probabilidades de gozar de salud, de enfermar o de morir. Este enfoque enriquece los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad-atención. Ya que según Patricia Ravelo¹⁷¹ los

¹⁶⁸ Grebe, María Esther (1980) Cosmovisión aymará: En: Revista de Santiago. Santiago, Chile.

¹⁶⁹ Gómez, Elsa. (1993) Género, Mujer y Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. USA.

¹⁷⁰ Defossez, A.; Fassin D.; Viveros M. (1992) Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud. Instituto Francés de Estudios Andinos IFEA, Universidad Externado de Colombia. Colombia.

¹⁷¹ Ravelo P. (1990) Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México En: González Soledad (1995) Las mujeres y la salud. El colegio de México.

procesos de salud/ enfermedad femenina ha sido abordados históricamente por la medicina como procesos patológicos, inherentes a las mujeres, de ahí el mito de la mujer hipocondríaca.

La literatura relativa al género y el estado de salud y su atención ha coincidido en señalar diferencias entre hombres y mujeres en las siguientes dimensiones :a) necesidades especiales de atención, aun en casos de condiciones que afecten a ambos sexos; b) riesgos específicos ligados a actividades y tareas definidas como masculinas y femeninas; c) percepciones de la enfermedad; d) conductas de búsqueda de atención; e) grado de acceso y control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud, tanto intrafamiliar como pública; f) a nivel macro social, prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud, y a investigación sobre problemas de salud que afectan diferente o exclusivamente a uno de los sexos¹⁷².

Al examinar las condiciones de salud de la población desde un enfoque de género, vemos que la mujer a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una mayor morbilidad, que se expresa en mayor cantidad de trastornos agudos, mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, niveles más elevados de discapacidad en el corto y largo plazo, lo que en el caso de la mujer significan más años de vida, pero también más años de enfermedad. En el caso de los hombres afecta la longevidad de la vida y el de las mujeres, su calidad.

En el ámbito de la salud, uno de los conceptos más utilizados es el de equidad, la cual es la meta de la salud para todos. En ese sentido, se explica que se atienda ya no de acuerdo a cuotas igualitarias sino que se responda a las necesidades especiales de los distintos grupos. De allí la importancia de que las políticas de salud incorporen la caracterización de subgrupos de población con el fin de orientar decisiones en materia de intervención e investigación. Los hombres y mujeres no sólo difieren en términos de necesidades y riesgos particulares, sino también en el acceso medios críticos para la protección de salud. Es a partir del reconocimiento de las diferencias, tanto biológicas como sociales, que han emergido las intervenciones que pretenden eliminar o reducir la discriminación de la mujer¹⁷³.

En cuanto a la salud de las mujeres, las organizaciones internacionales y nacionales han coincidido en reconocer el papel clave que cumplen las mujeres en el cuidado de la salud de la familia; la salud femenina es diferente en todas las etapas de su vida y no sólo en la época reproductiva. La mayoría de los trastornos de salud no se originan en el plano biomédico, sino en la esfera social; en ese sentido, un alto porcentaje de éstos se pueden evitar. La mayor parte de las desigualdades sociales, de género y étnicas aparecen determinando los procesos de reproducción en términos de los riesgos para la salud; las estrategias de crecimiento económico, los estilos de desarrollo, las diferencias

¹⁷² Idem Gómez E.

¹⁷³ Idem Gómez E.

de apropiación de la riqueza. Las relaciones de poder entre los grupos sociales determinan la calidad de vida y el acceso a la salud¹⁷⁴.

Según Juan Guillermo Figueroa¹⁷⁵ los estudios sobre la salud de la mujer se han ligado estrechamente a la temática del proceso reproductivo debido a las importantes relaciones que se han documentado entre estos comportamientos y los indicadores en el estudio de la salud materno-infantil, así como al papel que socialmente se le atribuye a la reproducción dentro de la definición genérica de las mujeres.

Agrega que los procesos de globalización económica, internacionalización de los mercados de trabajo y disminución del empleo formal han acentuado las desigualdades, ya que ha aumentado la participación femenina, sin que se modifique la división sexual del trabajo, ni tampoco haber modificado la necesidad de combinar el trabajo femenino con las tareas de crianza, y sin rectificar la discriminación ocupacional y salarial por género. Todo lo cual ha modificado los perfiles de riesgo de salud de las mujeres.

En este contexto, es importante señalar que la categoría de género presenta una heterogeneidad interna, marcada por factores como clase social, nivel educativo, grupo étnico y coyuntura histórica.

Por lo tanto, los estudios que consideran la salud y la perspectiva de género deben considerar el contexto social y cultural particular.

En el caso de estudios en poblaciones indígenas, es significativo el realizado por José Sánchez¹⁷⁶, quien estudió la representación del cuerpo y la enfermedad en comunidades indígenas de la Sierra Ecuatoriana. Este autor se pregunta sobre cómo la representación del cuerpo y la enfermedad nunca fueron interrogados por otros investigadores, cuestionándose la comprensión de las enfermedades desde el discurso corporal con códigos lingüísticos castellanos. Cabe señalar que él trabajó con autopsias verbales donde no encontró mención al cuerpo u órganos, mas bien a males, espantos, brujeadas, etc. De esta manera “el cuerpo de la enfermedad” ya no estaba en la corporalidad carnal, sino que se desplazaba hacia otras corporalidades; la ecología o el medio natural, el tiempo con los ciclos (diario y estacional), meteorológico, la sociedad y sus relaciones (domesticas, familiares, comunales e interétnicas) desempeñaban un papel en la etiología de las enfermedades. Este autor concluyó que la percepción de hombres y mujeres de la enfermedad es diferente: en el caso de las mujeres la enfermedad “es como si dejara una marca, sobre todo si la dolencia ha estado relacionada con un parto”¹⁷⁷. En el caso de los hombres las enfermedades se sitúan en situaciones laborales, o cuando va o cuando vuelve de trabajar.

¹⁷⁴ González Soledad (1995) Las mujeres y la salud. El colegio de México.

¹⁷⁵ Figueroa Juan Guillermo comp.(1998) La condición de la mujer en el espacio de la salud. El colegio de México.

¹⁷⁶ Sánchez José (1992) Cuerpo y enfermedad en las representaciones indígenas de los andes. En: Defossez, A.; Fassin, D.; Viveros, M. Mujeres de los andes, condiciones de vida y salud. Instituto Francés de estudios Andinos IFEA, Universidad Externado de Colombia, Colombia.

¹⁷⁷ Idem, Sánchez, pp. 71.

Respecto al cuerpo, Denise Arnold¹⁷⁸, en los Andes Bolivianos, ha planteado que en este contexto, el cuerpo no se considera independiente del ambiente, como es el caso de occidente, sino que forma parte de una complejidad que incluye los cuerpos físicos y metafísicos y las “diferentes ‘costuras’ que interrelacionan los dos”¹⁷⁹.

¹⁷⁸ Arnold Denise Comp. (1997) Más allá del silencio. Las fronteras del género en los Andes. CIASE/ ILCA, La Paz, Bolivia.

¹⁷⁹ Idem, Arnold, pp. 32.

Género y Salud en el Pueblo de Talabre

Para conocer los elementos que constituyen la experiencia subjetiva de la salud y de la enfermedad en las mujeres y hombres de Talabre, se optó teóricamente por combinar el enfoque simbólico y social del género para lograr una mejor aproximación al problema de investigación. En este marco, una limitante para esta investigación son los escasos estudios respecto a estructura social, posesión de tierras y relaciones de parentesco de la sociedad Atacameña.

Este estudio consideró algunos aspectos de la esfera social, como festividades y curaciones; de la esfera económica: división del trabajo, control de los medios de producción, conocimiento de herbolaria y curaciones; y de la esfera simbólica me interesó abordar el sistema de valoraciones que tienen en relación a las enfermedades que se manifiestan en hombres y mujeres.

El resultado de las indagaciones muestra que la posición de mujeres y hombres se establece según un orden jerárquico, el cual se relaciona con los sistemas de salud, los procedimientos de curación y los mismos padecimientos.

El estatus que ocupa cada persona depende de la relación de parentesco, sea madre, padre, hijo, etc; al parecer, también el momento del ciclo vital es significativo, puesto que los sitúa en un lugar de mayor o menor prestigio.

Durante las **experiencias de curación** se puede apreciar que la comunidad tiene un rol fundamental en el restablecimiento de la salud de la persona enferma, la sanación es vivida como una experiencia colectiva, participando activamente de la “boda”¹⁸⁰ que se realiza para el enfermo. Los padres del que padece la enfermedad ocupan un lugar y rol de mayor estatus, tanto en términos de la ubicación (uno a cada lado de la persona enferma), como en la prioridad de participación en el rito de curación, (son los primeros en sahumar los objetos que se utilizan en el rito) así como también con respecto a quien se dirige el curandero (el curandero le habla a los padres y les solicita su colaboración). Cabe señalar que la boda es organizada y llevada a cabo principalmente por las mujeres. En general parece ser que la comida es tarea exclusiva de la mujer. Como decía Soledad González, ella es la principal encargada de la reproducción, lo cual incluye todas las labores domésticas. En ese sentido, puedo decir que como investigadora y mujer también debí realizar labores de cocina, puesto que en una ocasión tuve que dar almuerzo al curandero, cuando la familia de éste salió del pueblo.

Es importante destacar que hace unos años llegaron al pueblo algunas mujeres, esposas de hombres del lugar; estas son un grupo de hermanas que proviene de otro pueblo

¹⁸⁰ La boda es una fiesta que se realiza al finalizar la curación del cambio de salud y al parecer se realiza en otras ocasiones como en el susto, tierra, abuelos, etc. cuando se hacen ofrendas por la mejora de la salud, pero no se hace siempre es necesario que el curandero indique la ofrenda de acuerdo a la gravedad del padecimiento, lo que indica un rango de ofrendas.

aledaño, Camar; ellas han introducido, al parecer, cambios en las relaciones prestigio, puesto que ocupan cargos destacados, como presidenta de la junta de vecinos, tía del jardín infantil, dueñas de negocios, entre otros. Se debe mencionar que aún permanece como cargo de alto prestigio la presidencia de la comunidad, la cual es ocupada por un hombre, quien además es yerno del curandero.

Otra lectura de este hecho, podría ser que las mujeres han tenido mayor cercanía, en términos de socialización, a la educación y salud occidental, por lo que estarían posibilitadas de mejor manera para relacionarse con instituciones gubernamentales y de comercio. Al mismo tiempo, estas mujeres, debido a que están casadas, presentan un mayor estatus dentro de la comunidad; es el caso, por ejemplo, de la presidenta de la junta de vecinos, cuyo marido es el nieto del curandero, y que además tiene una tía que cura en la localidad de Toconao. Esta señora es famosa en la zona y se llama R. P.

Llama la atención que a diferencia de las mujeres casadas, quienes no participan de lo público puesto que sus maridos son la "voz de la casa", las mujeres solteras con hijos sí lo hacen; ellas están presentes en la junta de vecinos (ver anexo 6). Este hecho las pone en un sitio de mayor prestigio, debido a que deben participar, a nombre de su familia, en los trabajos comunitarios que se realizan en el pueblo. Un ejemplo de ello es cuando se realizaron los trabajos comunitarios para traer agua al pueblo, para los que la municipalidad de San Pedro de Atacama *"les ha cancelado 3.000 pesos a cada uno por traer agua"* (D. P.) También hubo trabajos en relación a la luz eléctrica. Cada casa ha llegado tener un medidor que indica el consumo, el cual se debe cancelar a un fondo que sirve para pagar el gasto de bencina del motor; además, cada tres meses se recibe una cantidad de bencina desde la municipalidad de San Pedro de Atacama.

La edad es una de las características que da mayor prestigio, aparte de la relación de parentesco. En ese sentido, cabe señalar que en el pueblo la mayoría de sus habitantes son parientes; por lo tanto, son hermanos, sobrinos, nietos del curandero, quien, junto a su hermano y consuegra, son los de mayor edad.

La valoración o prestigio se obtiene a través de la combinación de variables como género, edad, matrimonio, cargos sociales, y también en los rituales de curación. De este modo, se puede decir que el género es un componente más de las estructuras de prestigio en este pueblo.

Respecto a la esfera simbólica del sistema de valoraciones de la salud y la enfermedad se puede profundizar en éste ámbito a través del significado que le otorgan hombres y mujeres a este plano de sus vidas.

4.1. El significado de la salud y la enfermedad: la relación de equilibrio entre hombres y mujeres

El significado de la salud en el pueblo, al parecer, como en otros pueblos andinos, obedece a una relación de equilibrio entre el hombre y/o mujer, la comunidad y su medio ambiente. Por tal razón es de vital importancia la obediencia a las costumbres y normas establecidas, pues esto tiene directa relación con la mantención de la salud; la transgresión a estas llevaría a la enfermedad¹⁸¹. Las transgresiones pueden ser: a las normas de comportamiento de la comunidad, a las divinidades y/o a la naturaleza. La salud esta en estrecha relación con su cosmovisión, con su vida diaria; no se aparta de sus quehaceres, de su visión de comunidad, de su relación sagrada con la tierra, el agua y las montañas, así como también con los caminos por los que se deben transitar:

“Hay que pedir permiso, no se puede llegar y dormir en cualquier parte...te puede dar tierra” (D.P.)

“Hacían los abuelos, waquis p’a los caminos, si es buen día p’a los apachetas, que este abierto, que no pase nada. Los viajeros siempre tienen que llevar su chuspa, camino acércate, feliz a mis animales, a mi nunca me ha pasado nada, sanito, solito con mi perro y mi macho” (D. P.)

Respecto a los procedimientos curativos, el curandero del pueblo distingue elementos del bien y del mal. De hecho, menciona que realiza limpiezas¹⁸² para sacar los males y que hay curanderos del bien y del mal. Este procedimiento curativo se puede realizar sobre personas y objetos como por ej. casas.

“si sueñas con un perro es mal, si al final de la curación ladra uno hubo mal” (D. P.);

Respecto al mal, el curandero incorpora indicadores que le señalan su existencia, en este caso un perro en los sueños y al final de una curación, por su ladrido. El perro en si no es connotado, sino que es un símbolo que indica.

En términos de la salud se mantiene una relación de reciprocidad con la tierra; por lo tanto, se hacen “pagos” (la boda puede ser un tipo de pago), además en caso de cambio de casa se bautiza la casa. Todo esto entra en el significado que tienen los objetos para las personas del pueblo, la percepción de los objetos como seres vivos: *“cuando es nueva, con agua bendita se le busca padrino y madrina” (C.F.)* Hay una relación de cuidado y protección; *“Se le entrega al niño p’a que lo cuide, lo tiene como que es su hijo, lo protege.” (E. F.)* El perdón es parte de la relación con la tierra, es necesario pedirlo: *“Perdón a la tierra por lo que le hiciste”. (L. A.)* El pago, el chuspear, el coquear son parte de la relación de reciprocidad con las Montañas (Cuscos) y con la Pacha, divinidades de gran importancia para ellos.

Cabe señalar que un referente significativo que mantienen los habitantes de este pueblo es el territorio geográfico que ocupan, la tierra, la pachamama. Es su relación con ella.

¹⁸¹ Cáceres Efraín (1988) Si Crees, los Apus te Curan. Medicina Andina e Identidad Cultural. CICTA Centro de Investigación de la Cultura y la Tecnología Andina. Cusco, Perú.

¹⁸² Procedimiento curativo, en que te pasan un objeto ritual por el cuerpo para sacar los males y que estos se queden en el objeto, en algunos lugares se usan animales, en el pueblo puede ser sahumado y/o con bolsitas especiales elaboradas por el curandero, las cuales te ponen en contacto con el cuerpo por un tiempo determinado.

“Hemos recibido ofrecimientos de comprar de terrenos por gringos...pero esto es de la comunidad... y somos parte de ella”(F. J.) La relación con la pachamama se aprecia en la vida cotidiana, en los ritos de pago antes de la siembra, en las bodas después de una bautizo, o después de la curación de un enfermo.

Hay una relación simbólica con el agua, la tierra y la comunidad: Como decía Ester Grebe, con los elementos de la naturaleza. Al respecto se puede mencionar que el agua cobra un rol fundamental en la subsistencia de la vida en esta zona, y en el caso de Talabre es muy significativo en termino de ser de propiedad de la comunidad. Talabre es una de las comunidades altioplánicas que aún mantiene su agua y por lo tanto no tiene que pagar dinero por ella, como sucede en otras comunidades. Cada familia tiene acceso al agua un día a la semana para el riego de sus melgas¹⁸³, las cuales están divididas por familias al igual que las zonas de pastoreo. Todas las casas tienen agua para uso doméstico y alcantarillado.

A pesar de que “en Talabre no hay antiguos, hacen Waquis, pago al agua, lunkus, comen, llevan comida, vino, chuspean, coquean, pero es de ahora no de los antiguos, ya van como 10 años. La abuela F., ella contaba que pagaban ahí en Tumbre, que había un ojo, hondo se perdía p’a adentro, coqueando, hervían agua. Si, con que alguno ha pescado se ha perdido y ese nacimiento dicen que era muy rico de ovejas, decía que pagaban no más, con que hacía nada. Se metían ovejas al ojo y ahí se perdían, ahora hacen el pago por el nacimiento del agua, antiguamente no se hacía, en Socaire si, limpia de canal. Esto es un acuerdo del pueblo todos los años. Se hacen waquis, lunkus y se pide a los cerros, maikus, agua, vega son todos de la tierra. Pagar el agua es lo mismo que a la tierra pachamama”(D. P.)

En relación a la esfera económica, la tierra es propiedad comunitaria y cada familia mantiene melgas o vegas que riega y donde siembran tanto hombres como mujeres. Antes de la siembra se realizan “pagos”, los cuales son hechos por igual por hombres y mujeres con hojas de coca y alcohol.

Se mantienen algunas tradiciones familiares como el pastoreo trashumántico de camélidos en base a un profundo conocimiento de los recursos del medio, que no sólo se circunscribe a los fenómenos animales y vegetales sino que también incorpora los elementos abióticos del paisaje circundante, originándose de esta forma una serie de saberes tradicionales, fruto de una detallada conceptualización e internalización de los procesos naturales que subyacen a este tipo de fenómenos. Antiguamente todas las familias lo realizaban; en la actualidad esta tradición ha sufrido cambios, en parte por las mineras de la zona que se han llevado gran cantidad de jóvenes, quedándose principalmente las personas de mayor edad a cargo del cuidado de los animales de la familia.

Hombres y mujeres participan del pastoreo de animales, el cual en la antigüedad era tarea principalmente de los hombres, que transitaban por largas distancias, de estancia

¹⁸³ Pedazo de tierra familiar, aledaño al pueblo, que esta libre de piedras y han abonado, donde se siembra, aprox. 12mx 6 m

en estancia. Hombres y mujeres en la actualidad poseen animales, también niños y niñas. Sin embargo, la mayor proporción de animales lo mantiene el esposo de la familia.

Cabe señalar que el pastoreo considera espacios muy amplios de territorio, delimitados para cada familia en un orden no visible a los ojos, el cual aún permanece, ya que las familias distribuyen sus animales en espacios territoriales ubicándose de acuerdo a montañas y quebradas. En el caso de los hombres, como mencioné anteriormente, cada vez participan menos del pastoreo debido a que los jóvenes se encuentran en trabajos asalariados en las mineras, las que en buses ingresan al pueblo para llevarlos y traerlos. Los niños y niñas aún realizan algunas labores de pastoreo, en especial en sus vacaciones escolares, puesto que como decía Gundermann la incorporación de los niños a la escuela cambio significativamente el cómo se realizaban las tareas productivas. En este pueblo, todos los niños asisten al colegio hasta sexto básico, para luego realizar séptimo y octavo en Toconao y trasladarse a San Pedro o Calama para continuar sus estudios, lo cual los desliga fuertemente de su comunidad.

En su relación diaria con su entorno, con la salud y la enfermedad, la mayoría de las personas, tanto hombres como mujeres, tienen conocimiento sobre plantas medicinales, las cuales consumen diariamente. Le llaman "monte". *"Con monte aquí la gente no se enferma"* (I.C.); *"Las plantas más comunes todos las conocen, son las más esenciales...marancel pal asustado, la raíz tiene que sacarla un hombre... suelda, que suelda pal lastimado, flor de puna pa la puna..."* (T. M.)

En el caso del hijo del curandero, él menciona tener otros conocimientos como : *"yo se de pagos con agua bendita, no de mesa, nunca he curado de susto, pero si se como se hace. De plantas se, la copa copa es para dolor de guata, debe ser para más cosas también"*.(I. S.) (ver anexo 9 plantas medicinales que utilizan en Talabre)

Es necesario señalar que las personas de Talabre sacralizan los principales elementos ecológicos de su entorno. Estos elementos tienen significación, la cual se expresa en el rol fundamental que juegan algunas montañas que forman parte del circuito espacial y pastoril de esta comunidad. Se puede apreciar una jerarquía de montañas, siendo para este pueblo el volcán Lascar (masculino) de mayor cercanía, valoración y significación, por ejemplo, como indicador de señales del estado del tiempo (por su fumarola). Cabe señalar, que en toda la zona, incluyendo Talabre, el volcán Licancabur (masculino) siempre tienen un sitio especial: *Tata Liri (Zapaliri)*, *Mama Quimanchu (Quimal)*, *Tata Likanku (Likankabur)*, *Tata Pilancho (Pular)* y particularmente aquellos que proveen agua al poblado y a las vegas aledañas como el *Iticuna (Ecar)* e *Iticusi (Ojos de Ecar)* (ver anexo 10), los cuales, al igual que los anteriormente mencionados, son merecedores de pagos y ofrendas debido a que por sus ilimitados poderes ejercen su fuerza divina a través del castigo o la protección a la comunidad. Se agregan a ello historias que circulan en el pueblo, de relaciones amorosas entre el Lascar y Quimal, reafirmando la visión de ser vivo y humanidad en esta parte de la naturaleza.



Estas creencias en las divinidades de las montañas es una tradición común a la región de los Andes, que tiene diferentes manifestaciones locales, sin embargo, comparten rasgos similares como es el caso de la realización de “pagos”, las connotaciones femeninas y masculinas de las montañas y el atributo de los cerros poder enfermar a las personas, en algunos casos.

Se aprecia en las hablas de hombres y mujeres la asignación de atributos femeninos a algunos cerros y masculinos a otros, lo que da cuenta de la diferenciación cultural. Esto se manifiesta específicamente en algunos relatos de sanación del curandero, quien al iniciar la curación se dirige al Tata Likan (masculino) y Mama Quimancho (femenina), saludando a cada cerro, connotando su ser femenino o masculino.

*“Tata likancu, Mama Quimanchu, Tata Pulancho y todos sus cuscus,
aprovecharisca tinca tincarisca y
perdonarisca a tu carminaguagua.
Maicu t’alla...,
aguatiri t’alla...,
t’alla... t’alla ...maicu”.*

Los principios femeninos y masculinos aparecen, al igual que en el resto de los Andes. La simbología aparece principalmente en las situaciones rituales, donde un ejemplo de ello es la presencia permanente de la figura de la pachamama, figura femenina, que en este caso se refiere a una totalidad. *“la Pacha es vida, es todo”*. Lo que marcaría la presencia del saber cósmico, representado por el curandero del pueblo, con el discurso de género. Es la presencia de un discurso que habla de la cohesión total al principio de la diferencia femenino-masculino, justamente como necesarias representaciones del ser y lo otro, complementarios, y no la distinción dicotómica del habla occidental moderna sobre los opuestos del ser mujer-femenina y ser hombre-masculino, con la masculinidad o la femineidad como propiedad exclusiva de los cuerpos de mujer o de hombre.

Además, aunque en este estudio no se logró profundizar acabadamente respecto a las deidades de Talabre, lo cual supone un trabajo etnográfico aún más profundo, según Freddy Morales ¹⁸⁴ los hombres y las mujeres de Talabre consideran que todos estos cerros y sus paisajes asociados son el hábitat de una deidad denominada Tata Maillko, proveedora de agua, forraje y protector del ganado, el cuál es congraciado por medio de

¹⁸⁴ Morales Freddy (1997) Pastores Transhumantes al fin del mundo. Un enfoque cultural de la tecnología: en una comunidad Andina de Pastores. Memoria para optar al título de antropólogo Facultad de Ciencias sociales, Departamento de antropología, Universidad de Chile.

una serie de ofrendas, como vino, cigarrillos, hojas de coca y sacrificios de animales, que son entregadas y ejecutadas por el Yatiri en ceremonias denominadas “pagos”. Cabe destacar que esta deidad presenta un estatus similar al de otros seres sagrados como “Pachamama”, “Abuelos” y “Gentiles”, que en conjunto son constantemente mencionados e invocados en los diversos rezos y cánticos rituales que son ejecutados por los hombres y mujeres de esta comunidad.

En este contexto, los significados de la salud y la enfermedad mantienen una estrecha relación con la tradición etno-ecológica (así llamada por M. Ester Grebe), que conlleva la sacralización de los elementos del entorno, lo que implica cuidado, preservación y adoración de algunos componentes de la naturaleza silvestre, constituyéndose en prácticas que están mediatizadas por patrones cognitivos y simbólicos comunes a varios grupos indígenas de Andinoamérica, lo que los convierte en pequeños reservorios culturales con una profunda tradición. En el caso de Talabre esto es aún más significativo, dado que no mantienen su lengua original, las tradiciones, los significados y la simbólica están presentes en otro tipo de lenguaje, no verbal, en sus tradiciones que mantienen el contacto cotidiano con la naturaleza.

4.2. Tipología de enfermedades y procedimientos de curación

Para continuar profundizando en el sistema de valoraciones que tienen hombres y mujeres en relación a las enfermedades y los procedimientos de curación, se estructuró una tipología, la cual obedece a los relatos entregados por las personas del pueblo.

En Talabre se pudo apreciar un listado organizado de padecimientos y procedimientos de curación, los cuales son conocidos por hombres y mujeres.

El conocimiento de las plantas medicinales es generalizado entre hombres y mujeres; sin embargo, el uso de hierbas en términos prácticos y cotidianos, es llevado a cabo por mujeres quienes son las que están dedicadas al tema reproductivo (generalmente esposas y madres) y que están a cargo del cuidado familiar y la alimentación, por lo que, son ellas las que por lo general realizan las infusiones.



En el caso de los procedimientos de curación de mayor prestigio son llevados a cabo por el curandero, debido a que revisten necesariamente una connotación distinta en términos de jerarquía. En estos ritos sagrados muchas veces participan otras personas, pero el curandero es quien dirige el procedimiento. En algunos casos, como por ej: el susto, pide al padre y la madre que llamen a su hijo, los cuales en ese espacio particular ocupan una posición de mayor estatus, lo que está directamente relacionado con la

necesidad de participar de la cura de su hijo.

Algunas enfermedades en Talabre son:

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

Cabe señalar, que en el caso de los males, se pudo apreciar que principalmente éstos le dan a mujeres. Además, según el curandero una mujer del pueblo "es buena para hacer mal de boca"(D. P.). Otra enfermedad exclusiva de mujeres es el padrón o pagrón que tienen que ver con un dolor en la matriz, no se encontró un dolor de la misma naturaleza en el hombre. En términos del resentido y el asustado, estos dan principalmente a los niños y niñas indistintamente del género.

Las enfermedades del alma y la tierra en general tienen muchas características similares, sin embargo, las personas del pueblo las mencionan como enfermedades

independientes. Le da, al parecer, principalmente a hombres, lo mismo que el agarrado y el lastimado, lo que puede tener que ver con su labor de pastoreo que realizan fuera del hogar, en lugares lejanos, donde hay cerros, más tierra y por lo tanto pasan largos períodos en soledad.

Además se agregan enfermedades del frío y del calor: *“Hay enfermedades del calor, el resfrío y la tos, cambios de temperatura y en el frío”*(R. P.) lo que podría estar relacionado con la teoría del frío y el calor en los Andes. Un par de personas mencionan el agarrado de agua, *“los ojos de agua también agarran, a veces lo echa a perder o granos y se cura con pagos o componiendo con grasa de llamo en el pecho, como remedio y le lavaban en 7 aguas...cada enfermedad tiene su remedio”*(F. J.), enfermedad bastante común en otros pueblos de los Andes.



Cabe señalar que la mayoría de las personas menciona que hay situaciones en las que se pueden dar varias enfermedades juntas por ejemplo: *“tierra, abuelos y con lastimado, cuando era lola me salía alergia, granos, me decía que era mal aire también, no se me pasaba nada. Mi tía R. P., dijo que puede quedar ciega y me curo”*.(I. C.) Esto le puede pasar tanto a hombres como mujeres.

Respecto a la información obtenida de la revisión de fichas médicas occidentales, en general se aprecia una gran cantidad de enfermedades de tipo respiratorio, tanto en mujeres como en hombres adultos y niños. También se aprecian algunas enfermedades de tipo gastrointestinal. Todas ellas coinciden con el gráfico que entrega Ulises Cárdenas al respecto (ver anexo 7)

4.3. El especialista en medicina tradicional

Respecto al especialista en medicina tradicional, el que conoce los males y los remedios o yatiri como se le llama en la zona *“el hombre de conocimiento”*(E. F.), ó *“abuelo, el Hierbatero”*(T. M.), ó *“curandero”*(P. L.), son las diversas denominaciones con las que se nombra a don D. P. en el pueblo. Utilizaré la denominación curandero, ya que él dice sobre sí mismo que realiza curaciones.

El curandero mantiene una situación de mayor prestigio con respecto al resto de los habitantes del pueblo, lo que se inscribe en los dones que tiene, que tienen relación con

una señal divina, del rayo, quien es el intermediario entre el cielo y la tierra y en este caso marca al elegido y da origen a su iniciación:

“Soy alumbrado de la centella del rayo..., venía con las llamas, estaba lloviendo, venía y venía corriendo y ¡suits! Y no me acuerdo más. Cuando desperté era como de un sueño. granizo alto, levanté, saltó sangre negra de la nariz... había olor a pólvora, centella, barro pintado, hediondo. Me levanté y partí. Tenía 14, 15 años. Ese nació p’a uno por algo lo alumbró a uno, p’ ser adivino, hierbatero...No le conté nada a mi mamá y ella sabía que tiene que estar 8 días en la oscuridad y sin sal. Estaba al lado del fuego, comí y le conté a mi mamá. El que alumbró, le ve a esa persona, no hay que mirarlo, porque no se levanta más, sea llamo...Caí boca abajo, sangre cocida, negra, negra y después como corresponde...Mamá me dijo, eso es malo. Habría sido más fino si hubiera hecho los 8 días. Mamá se enojó porque no avisaba,... que sabía yo...ella se enoja. 8 días en la oscuridad, comida sin sal, con dulce y después de los 8 días. Por eso que nos alumbró, la virgen de santa Bárbara, ella es la centella y después viene el estampido (lluvia)...Todos los que sabían, también p’a los santos, de tierra, floreamiento, pagos....ellos hablaban del yatiri, yo iba cayendo en eso y sabía. Cuando aprendí hacer p’a los abuelos y almas le dicen a uno... aprendí con don S. T. y S. T. ... Se aprende de joven, de intruso, están en eso no más, mirando a otra persona, aprende y queda con eso y después hace y más y más y más y uno no sabe que sabe. Su mamá y su papá hace eso y ya po. El día que nace uno no sabe que va a venir... mi abuela curaba”. (D. P.).



Se aprecia en los relatos y en la observación en terreno una diferencia cualitativa entre ser curandero y el médico occidental¹⁸⁵ el cual viene una vez al mes y en los casos mas graves si es necesario los deriva al hospital, a Calama a ínter-consulta (ver anexo 11, circuito médico). El ser curandero no se debe a conocimientos adquiridos, técnica o habilidad. Puede haber en él habilidad y técnica, puesto que se diferencian algunos curanderos mejores que otros, también existen los que realizan curaciones a enfermedades específicas. La diferencia fundamental es que ser curandero llega, sorprende, al mismo tiempo todos lo saben y lo reconocen como tal, viene por herencia y lleva una marca sobrenatural que lo reafirma en su rol.

Por lo tanto, es la comunidad quien lo refuerza en su rol, debido a que es reconocido, en este caso por las personas del pueblo y también, por las de otros pueblos.

¹⁸⁵ Un médico general visita el pueblo una vez al mes en las llamadas rondas médicas de salud, va por algunas horas en un día, en el cual visita varios pueblos. Visita acompañada por el matron y una enfermera, además de una auxiliar paramédico, en el caso de Talabre. Las personas del pueblo asisten a una posta rural, donde existen habitaciones para atención individual y son atendidos el control de niños sano, anticoncepción en el caso del matron y algunas enfermedades estomacales y resfríos frecuentemente. En caso de interconsulta con especialidades escribe las derivaciones.

Una de las plantas medicinales que se utiliza con mayor frecuencia es la hoja de coca, ya que tiene un alto valor simbólico en los andes, es utilizada en la vida cotidiana tanto por hombres como mujeres para “chuspear” ya sea cuando se siembra ó en ritos de curación. Específicamente es ocupada en la mesa de coca, sólo por el curandero.

“Querían cualquier cosa y sanaba la persona, al cementerio con vela. Ver las hojas de coca, mesa de coca, limpia, alma, tierra, asustada, enfermedad natural, males pal doctor. No espero curar yo, pregunto a la hoja. Por tierra le pone una mesa, abuelos también. Tatarabuelos esos que sacaba el padre le Page, son moros, son malos, hay que hacerlos que pidan, comida, quinoa. En la mesa se sabe, coca, alcohol puro, vino”.(D. P.)

Los hombres y mujeres, al referirse al curandero del pueblo, lo hacen con respeto por su labor, mencionando que “Dios le da la mano a eso, especialista para eso...hay que tener fe en este”(D.P.) “Dios tiene que marcar en la cabeza, les voltean el rayo, le cambian la vida, Dios le cambia, así dicen antes. Le tira, como muerto y reacciona en otro, le cambia el corazón.”(F. J.)

Es interesante señalar que en las observaciones y relatos aparece que el curanderismo no es sólo una facultad que sé de sólo en los hombres sino también en mujeres como: “...era de Argentina Médica C. C., veía también en las hojas, ella la salvó (a su hija de alma).(F. J.)”; “la sra. R. D. ella da baños p'al frío según médicos que curan diferente, una cura de una forma el lastimado de la matriz, con la fuerza como que le bajara altiro el mensual en es el enfermedad de la matriz. Como embarazo, no dan ganas de comer”. (M. S.)

Hay situaciones por las cuales a pesar de que una persona haya sido marcada por el rayo para ser curadora o curador no adquiere los conocimientos necesarios: “La abuelita J. le ha caído el rayo y ha quedado viva, pero no se ha cuidado, de no comer sal por eso no ha aprendido de medicina”.(P. P.)

Por lo tanto, las enfermedades en esta comunidad tienen una directa relación con el etno conocimiento de su entorno. La asociación entre la salud/enfermedad y el saber sobre el territorio, la íntima-divina conexión entre naturaleza y subjetividad puede alcanzarse a través del curandero que hace de puente, él dispone de ese saber sobre un territorio que se vive en las personas del pueblo, en el cuerpo del pueblo, el saber del territorio, la trayectoria. La figura del curandero se transforma en la figura que simboliza la relación entre el hombre/mujer, naturaleza y cosmos. Es quien tiene el conocimiento “divino” para curar y para no hacerlo, autoridad devenida de su iniciación, experiencia de aprendizaje y conocimientos previos.

Cabe señalar que, a pesar de que el embarazo y parto no son considerados como enfermedades propiamente tales, se pudo encontrar en los relatos información significativa, puesto que estos se presentan como hechos de mucha relevancia en términos de la salud y la reproducción de la comunidad; cuando en el embarazo y parto no se cumple con los procedimientos adecuados, se puede llegar a la enfermedad.

4.4. La reproducción: un espacio femenino

Pude apreciar que la reproducción en este pueblo es un tema femenino, al igual que en otros lugares de los Andes. Las mujeres mostraron su preocupación por el número de hijos que podían tener debido a las condiciones económicas que no posibilitan tener muchos. Respecto del control de la natalidad, ellas dicen, que en su mayoría esta decisión es tomada en conjunto con su esposo, sin embargo, son ellas las que asumen el cuidado del embarazo no deseado acudiendo al médico occidental en busca de anticonceptivos.

La mayoría de las mujeres de la muestra, -siete de ocho- está en este momento usando anticonceptivos como forma de control de la natalidad. Por lo tanto, cuando llega la ronda médica mensual, hay una gran cantidad de mujeres que la espera. *“Matrón p’a que nos cuidemos con pastillas... ya no quería más niños”*(A. T.) El curandero al respecto menciona que *“dicen que son las pastillas que se cuidan...engordan a las mujeres”*.(D. P.)

Es significativo mencionar que de las mujeres de la muestra la única que no realiza control de la natalidad mediante la biomedicina menciona que: *“Las pastillas quema la sangre, queda como embarazada pero no po. Tengo miedo, flaqueo o engorda, hincha. Iba a hacerme dar pastillas. No estoy para perjudicar mi cuerpo, le pido a Dios que no me de más hijos. es complicado la guagua, sólo después es aburrido, no pasa na po”*. (F.J.)

Respecto del parto, aparece una serie de conocimientos tradicionales que han seguido siendo utilizados a través del tiempo; mencionan *“remedios p’a que apuren los dolores, manzanilla, friegas, calentarse el cuerpo. De rodillas ella, después que nacida la guagua le lavan la carita”*(E. P.) *“mantean”* (D. P.), el curandero del pueblo agrega que *“no hay parteras, todas saben”*, sin embargo, la mayoría de las mujeres mencionan a doña R. P. como la que más sabe de parto y la que ayuda. Según la profesora del pueblo, *“R. es la partera”*. La Sra. R. menciona que *“el parto lo aprendí de mi mamá y hasta he tenido hijos sola...se masajea hacia abajo las piernas a la que va a tener el bebe...el de la A. costo venía parado y tuve que tirar la cabecita”*. (C. A.) Además aparecen mujeres que han tenido partos en casa y otros en hospital: *“En Camar mi tía me ayudó, pero sufrí tanto, tanto, parto seco. Reventó después la bolsa. Después nació en hospital, me trataron bien, donaron comestibles y ropita”*. (I. C.)

Un hecho significativo es que el último parto realizado en el pueblo sucedió unos días antes de mi llegada, por lo que me fue posible presenciar el miedo que presentaba la madre al momento de la llegada del matrn, quien en palabras de él: la obligaba si es necesario con carabineros a bajar a Calama, debido a que *“le puede pasar algo y sí eso ocurre al que van a retar es a mí”*. El matrn mencionaba que había tenido una difícil integración con las mujeres del pueblo, debido que era hombre y antes las matronas que habían enviado al pueblo habían sido siempre mujeres; sin embargo, lentamente *“se las había ganado”*. Al parecer, por comentarios de algunas mujeres del pueblo, quienes

señalaron que acuden al matrn especialmente por el anticonceptivo y porque si no las pueden venir a buscar con carabineros en caso de embarazo, mencionan haberse llevado mejor con la matrona, ya que ésta haba permanecido en forma estable por varios aos. Se observa en general una rotativa de profesionales en las rondas mdicas.

Cabe sealar que el parto no tiene que ver directamente con el curandero. De hecho, a pesar de que l puede ayudar tambin, no es un asunto de enfermedad; quien sabe es la partera, la que domina la prctica, el parto tiene que ver con un conocimiento terrenal, y no necesariamente un saber divino. El tener "experiencia" de ayudar en partos y tener hijos cobra relevancia en el tema del parto.

Para el curandero, el tema de donde se nace es de suma relevancia y preocupacin; debido a la obligatoriedad de nacer en hospitales, en este caso en Calama, *"ya no estn naciendo ms ni os atacameos, nacen Calameos"* (D.P). Es en este tema, el de la reproduccin y especficamente el parto, donde se puede observar cmo se relacionan la medicina occidental y tradicional.

Desde el servicio de salud, los profesionales de la ronda mdica realizan un control permanente en el embarazo y luego el control del ni o sano, lo cual ha sido beneficioso debido a que ha disminuido el alto grado de desnutricin en los ni os, lo cual se puede apreciar en las fichas mdicas.

4.5. Articulacin entre Medicina Tradicional y Salud Pblica (Medicina Occidental)

Para descubrir como se articulan algunas creencias tradicionales y de la medicina occidental en las prcticas cotidianas de salud-enfermedad de los hombres y mujeres de este pueblo, debo sealar que las enfermedades en esta comunidad, como parte de un proceso salud/enfermedad/ atencin, incorporan la figura de los actores que intervienen en ambos sistemas mdicos y los procedimientos tcnicos que ocupan. En el caso del curandero, l es quien cura y al mismo tiempo es atendido tambin por el sistema pblico de salud.

La visin hegemnica del sistema occidental en salud, se puede apreciar en algunos relatos como es el caso de algunos de los profesionales de la salud quienes plantean la mayor relevancia y autoridad de esta medicina por sobre la tradicional *"a mi me parece bien que las usen (hierbas)...pero el tratamiento es este, y el remedio es este."* (P. L.), *"yo no creo en esas cosas"*(M.G).

En el caso de algunas enfermedades como la tierra o el alma, por ejemplo, podemos ver como la comunidad significa de una manera particular, a diferencia de las estructuras simblicas occidentales tradicionales, por lo tanto hay una eleccin de a cual sistema concurrir. En general logran articularse ambos sistemas de forma de dar cabida a diversas concepciones, como es el uso de la aspirina para el resfriado, el cual es muy

utilizado en el pueblo. En caso de duda frente a donde ir, muchas veces es solicitado al curandero que en su mesa de coca ayude en la decisión.

Respecto al médico occidental, éste aparece como una figura que tiene algunos conocimientos; sin embargo no tiene relación con la imagen del curandero, quien recibe directamente el conocimiento, no de *“libros como el médico, ellos no saben de tierra y alma, por la parte indígena se están dando cuenta de que la gente antes sanaba de otra forma”* (F. J.).

Los médicos occidentales, según la gente del pueblo, no saben (de cosas del pueblo) y por lo mismo no compiten por el nivel o prestigio o valor del curandero. Además agregan que hay otras formas de curación, lo que nos lleva a otros sentidos, a un saber al que no accedemos aún, hay un reconocimiento de la subjetividad del pueblo, la que es un tema colectivo.

“Miedo con el médico de aquí no... en el hospital si, te tratan mal...! no te gustó, cuando tenía las contracciones!” (E.F.); *“vienen hacen lo que tienen que hacer y se van, vienen porque les pagan viático”* (C. G.).

El problema con el médico occidental no es su relación con el poder sobrenatural, puesto que no lo tiene, sino una cuestión social: *“nos tratan mal, es su territorio y no del pueblo”* (F. J.), el hospital es el lugar donde suceden estos malos tratos, manifiesta explícitamente la discriminación, violencia y racismo de la que son objeto en el hospital occidental.

Al referirse a la ronda médica que visita el pueblo mensualmente, dicen: *“La enfermera es como simpatizante con las personas, tiene buena llegada con las personas, no es clasista, ni racista... Cuando uno tiene un parámetro p’ a comparar es que el otro doctor era muy clasista”*. (C. G.); *“ P’ a mi la ronda médica es buena, siempre primero a la posta, si no hay solución voy al abuelo porque a veces el abuelo no los tiene a mano. Siempre confío más en los hierbateros, acudo por los remedios (a la ronda) p’ a ver si le da solución. Otras personas es al revés ”*. (T.M.); *“La atención buena de la enfermera, matron doctor, son las personas de acá que se ponen estrictos. Antes venía un doctor pesado pedía remedios y nada”* (I.C.) Esto habla del flujo de atención de las personas del pueblo (ver anexo 11) .

La mayoría de los entrevistados recurre a ambas prácticas de salud, sin embargo diferencian claramente el carácter distinto de cada una. En general la atención del médico es para situaciones concretas como el resfrío, *“el resfrío, en eso le achuntan”* (E.F.), De esta manera ellos/as confirman que los médicos no saben, es por *“chuntería”*, igual sirve, de hecho reciben de la ronda algunos medicamentos simples como la aspirina, la cual es reconocida de utilidad.

De las enfermedades del pueblo, como alma, tierra, susto, tienen claridad en que eso no es curable desde la medicina occidental, la que ellos llaman *“del doctor”*. Cabe señalar que el curandero fue atendido en varias oportunidades por la medicina occidental: *“hay*

otras enfermedades ...duele aquí al costado pegado al pulmón...la segunda vez estuve en la clínica en Toconao. 20 días en cuarentena... la tercera vez no me ha dolido como la primera, no podía sacar la respiración...ya sabía que otras personas habían sanado con las inyecciones, era el tiempo de Allende cuando bajé, sacaba la ropa mojada, como que hubieran metido agua. Transpirando, se me durmieron las piernas de frío". (D. P.)

Según la ficha clínica de la posta menciona que estuvo con fuerte tos y en signo de interrogación aparece la posibilidad de tuberculosis. Sin embargo, estos son datos recientes, y no aparece claramente la fecha de la atención.

Respecto a la medicina occidental, el presidente de la comunidad menciona que *"estoy pidiendo al orígenes p'a que las comunidades se hagan un chequeo, sobre las hierbas también p'a saber p'a que son, poner un hierbatero en el Hospital como en Bolivia, allá llega primero al hierbatero y después al doctor...poner uno en San Pedro, está media dura la cosa, por la mayoría de las personas hay que hacer una ley" "La ronda del doctor te mira, le da una tableta y ya, que hagan más análisis completos, que te digan la verdad que tení, calmantes no más dan".(L. A.)*

Nuevamente se entrega una queja hacia la atención en salud, representada por la ronda médica Además del problema de la violencia, aparece el tema de la credibilidad del sistema occidental.

Además, el presidente de la comunidad, al igual que el curandero, plantean su preocupación por el futuro incierto de la comunidad debido a la pérdida de sus tradiciones. Específicamente en el caso de Talabre, el pueblo antiguamente y hasta hace unos años, atrás se dedicaba al tejido de ropa; en la actualidad *"es más barato comprar lo que viene de Bolivia, de máquina, que tejer en el pueblo, hilar, teñir y luego tejer, ya nadie paga eso"(I. S.) "Allá en Bolivia no perdieron su cultura...la lengua se ha perdido el cunsa, no saben lo que son, hemos perdido ropa, tradiciones, yo me crié con pantalones, se ha perdido. La juventud no quiere nada, todos se van a lo moderno, yo mandé a hacer laquitas tejido, tuve que comprar en Arica, nadie quiso tejer. Pasa en todos los pueblo, la gente ya no quiere nada. Nunca hay que dejar de lado lo antiguo." (L. A.)*

Cabe señalar que esta es una de las preocupaciones también en el Consejo de pueblos Atacameños, quienes están creando propuestas para el fortalecimiento de las tradiciones y por ende de la identidad Atacameña.

En las temáticas de salud reproductiva, como mencionamos anteriormente, ambas medicinas se ven relacionadas. Respecto al embarazo, la mayoría de las mujeres antiguamente tenían sus partos en casa, pero en la actualidad esto ha cambiado. Las entrevistadas muestran su molestia debido a que *"nos vienen a buscar con los pacos, si no bajan"(I. C.)* para llevárselas a los hospitales para el parto. Mencionan que son controladas por el matrn, dicen que el embarazo *"es de cuidarse pero no es una enfermedad, no tiene que andar mucho, a los 15 días se puede lavar, a los 8 días cocinar, pero no con leña y a los 20 días bañarse" (R. P.)*. Una menciona que en el caso de los partos occidentales *"allá tiene la guagua y al otro día p á afuera, puede tener recarga y muerte". (T.C.)* Lo que demuestra una clara contradicción con las formas de cuidado tradicionales del

parto, lo que se incluye también en el parto mismo. *"Ahora se la llevan a la maternidad"* (D. P.) Además aparece en los relatos alguna información acerca de la violencia en los partos, lo cual ha sido estudiado por Roberto Castro en México. *"Miedo con el médico de aquí no... en el hospital sí, te tratan mal...! no te gustó, cuando tenía las contracciones!"* (E.F.) *"una semana hospitalizada antes del parto, pidiendo el alta, esperar que el doctor te de el alta, bien las matronas... no me gusta estar en Calama"*. (M. S.) Esto da cuenta de la visión un tanto hostil que representan los hospitales para las mujeres entrevistadas de Talabre.

No obstante, se aprecia un cambio en las hablas de las mujeres de una nueva generación, quienes han sido socializadas en las escuelas de otras ciudades. En ellas se aprecia miedo al parto en casa: *"Soy una cobarde, no pude tener a mi hija acá"*. (C. G.) Además, se observa la incorporación de nuevos conceptos como el término colesterol e infección lo que no se aprecia en las mujeres de mayor edad. El temor a *"la infección"* aparece como una de las razones para no tener hijos en Talabre.

El curandero reafirma, como dije anteriormente, en diferentes oportunidades su descontento porque las mujeres deben parir fuera de la comuna de San Pedro de Atacama. *"Una maternidad p'a que lo tengan aquí cerquita, porque si nace en Calama, tiene que asentarse en Calama. Antes no había posta en San Pedro, ahora no po, ya está al tiro, ya la ambulancia. No me cuadra a mí. Cuando sea grave puede ser en Calama, operaciones también en Calama...y todo así lo grave en Calama y si está muy muy grave se va a Antofagasta. Si porque llegar ya se tiene hasta la guagua en el camino"*. (D. P.)

En entrevista al matronero que atiende a las mujeres del pueblo, él dice *"es mi obligación llevarlas al hospital, si no me llega a mí"*. (S. P.) En su relato aparece la obligatoriedad de cumplir con este requisito, además de su malestar al tener que enfrentar situaciones como: *"La M., se escondió cuando vine y la tuvo aquí su guagua...y si le hubiera pasado algo, a quién le llega"*. (C.P.) Es interesante dar cuenta de que él no tiene conocimiento sobre las otras prácticas de parto en el pueblo, ni tampoco ha mantenido conversaciones con las mujeres del pueblo al respecto. Sí menciona su dificultad inicial debido a que antes que él llegara, las mujeres eran atendidas por una mujer.

En la actualidad la experiencia y los significados de la salud y la enfermedad están sufriendo modificaciones. Hay cambios significativos en la forma y estilo de vida, de los habitantes de Talabre, por ende en sus prácticas cotidianas. Debido a procesos mundiales como la globalización, se ven influidos por la biomedicina, los procesos de integración comercial, cultural, religioso y de turismo. En este contexto, es significativo preguntarse ¿qué es lo estable en este pueblo?.

4.6. Mixtura y complejidad cultural en el pueblo de Talabre

Es importante reconocer que la convivencia de sistemas médicos indígenas y occidentales, se ha llevado a cabo desde inicios del siglo XVI. Sin embargo, no sólo se

han articulado estos sistemas, ya que la zona ha sufrido la invasión de distintas culturas, con las cuales se ha interactuado dando origen a concepciones y prácticas en planos diversos como educación, trabajo, religión, entre otros. Las relaciones culturales que han mantenido han transformado la vida de los habitantes de este pueblo.

En el ámbito de la salud, dependiendo de la cultura de la cual se siente ser parte, las personas deciden combinar y probar diferentes opciones médicas, construyendo múltiples alternativas y estrategias para la búsqueda de salud. Esta percepción subjetiva se va creando a través del tiempo, dependiendo de la cultura en la que se nace, donde se aprende, donde se es educada/o y la experiencia que vivencia cada hombre y mujer. Es el caso de los niños o las personas adultas que han debido salir del pueblo emigrando a otras ciudades, ellas tienen experiencias diferentes a las personas que han permanecido en el pueblo; incorporan conceptos de culturas distintas para explicarse la salud y la enfermedad y para su curación.

El pueblo de Talabre mantiene prácticas culturales que tienen que ver con la salud y la enfermedad que se pueden encontrar en otros pueblos de origen indígena de la zona andina, por ejemplo: mantienen el uso de hierbas medicinales, utilizan algunos conceptos aymaras y/o quechuas en sus prácticas de curación, tienen un yatiri, mantienen una clasificación de enfermedades como el agarrado, los gentiles, etc. Y al mismo tiempo, se aprecia una incorporación de elementos de una interacción dinámica con el Estado, Medicina Occidental, Religión Católica, entre otros; con los cuales tiene una relación de muchos años. Por lo mismo, la clasificación polarizada de lo tradicional y lo occidental, no es posible. ¿Podría decirse que las festividades de la virgen del Rosario no son propias de este pueblo? Ya que fueron traídas por la religión Católica hace muchos años atrás?.

En el caso de Talabre las opciones en salud son más reducidas, debido en parte al espacio geográfico en que se encuentra, alejado de las ciudades, aunque esto haya cambiado en el último tiempo gracias a la incorporación de medios de transporte como camionetas. Por otra parte, el sistema occidental establece una relación entre el médico y el paciente que por mucho tiempo fue criticada por su falta de humanidad, basada en concepciones de salud enfermedad mecanicistas, las cuales son parte de las concepciones y creencias culturales del pueblo, también. En este pueblo aparecen además sincretismos y superposiciones de rituales prehispánicos y cristianos, utilización de medicina tradicional y occidental. Sin embargo, si bien existen ciertas disposiciones establecidas, los conocimientos están en continuo proceso de transformación puesto que muchas personas recurren a consultas y tratamientos indígenas y biomédicos de acuerdo a la situación específica que enfrenten.

La historia particular, la identidad étnica, las concepciones culturales de ser hombre y mujer intervienen a la hora de conceptualizar la salud y la enfermedad. Esto hace que el síntoma sea percibido de otra manera, un ejemplo de ello es que un joven que se enfermaba frecuentemente de distintos dolores, de espalda, de piernas y después tuvo

un accidente; desde el curandero fue conceptualizado como tener “abuelo” y por lo tanto se realizó un cambio de salud. La asociación de distintas enfermedades a través del tiempo, además de los sucesos cotidianos; no siempre es tomada en cuenta por la medicina occidental, la cual se focaliza en cada patología en particular.

A esto se agrega la participación de familiares del enfermo, en la mayoría de los procedimientos de diagnóstico y cura que realiza el curandero, lo cual connota una visión colectiva de la salud y la enfermedad. Donde la participación de algunos ritos cotidianos implica la prevención colectiva de las enfermedades como el “pagar” a la tierra por una cura de salud, *“para que no te la cobre después”* (S. P.).

Los cambios a nivel informacional también son relevantes, la existencia de luz eléctrica durante tres horas en la noche ha abierto para los habitantes del pueblo la posibilidad de tener acceso a la televisión, la influencia en las niñas y niños se aprecia en distintos planos: uso de ropas más cortas, lenguaje, etc. Además ha habido cambios a nivel económico; por ejemplo, en estos últimos años la mayoría de las familias ha comenzado a comprar camionetas, por lo que el uso de animales de carga ha disminuido. También la cultura culinaria ha incorporado productos no perecibles que se encuentran en el negocio del pueblo, el consumo de bebidas gaseosas es alto y en los niños ha aumentado el consumo de dulces. Esto ha afectado la continuidad y persistencia de la alimentación tradicional, lo que a largo plazo puede significar el origen de nuevas enfermedades.

Cabe señalar que un fenómeno asociado al factor alimenticio lo representa el constante riesgo de desnutrición que presentaban los niños según las fichas médicas occidentales. En ese sentido la escuela proporciona desde hace varios años el almuerzo y el desayuno a todos los niños que asisten a ella. Un punto importante a considerar ha sido la incorporación a la escuela de la mayoría de los niños y niñas del pueblo, lo que es considerado como una obligación por sus propios habitantes, si bien se escuchan algunos cuestionamientos respecto a que “algunos niños después que se van a estudiar no quieren volver, les gusta más allá” (F. S.), esta preocupación se aprecia por la disminución de la población del pueblo, lo que lo pone en riesgo de vida al pueblo.

En este contexto de mixtura y transformación, se aprecian relaciones de parentesco en forma de red con comunidades aymaras y atacameñas, dentro como fuera del país. Estos vínculos, que según Gundermann, en un período fueron económicos y de intercambio, en la actualidad tiene más bien que ver con lazos rituales por ejemplo: el baño de las llamas en Ecar¹⁸⁶. En Talabre existen *“los A., los M., los S. y los F.; los A. siempre han estado en Talabre cercano al oasis de Toconao y los M., procederían probablemente de Bolivia. Estamos frente a varias familias, hoy muy emparentadas, que además mantienen lazos familiares con distintos lugares de países limítrofes; así, los S aún tienen familiares en Argentina que visitan periódicamente e intercambian productos; los F. señalan también tener familiares en*

¹⁸⁶ Este ritual se lleva a cabo a fines del mes de enero, en el cual distintas familias de la zona, de distintos pueblos concurre con sus ganados de llamas a los faldeos del Ecar para realizar el ritual del baño.

*Catua, Argentina*¹⁸⁷. En ese sentido, las familias mantienen vínculos y lazos culturales y afectivos, sin embargo, el que los niños sean llevados a internado educativos a las ciudades está incorporando nuevas problemáticas: aparecen los llamados problemas de drogas, violencia, etc.

Todos los cambios antes señalados, significan a la vez cambios en la estructura de prestigio del pueblo, en lo que es percibido como correcto y quienes son considerados como figuras de mayor prestigio. El curandero sigue siendo la figura masculina de mayor prestigio, la figura femenina es considerada en Talabre, siempre asociada a su labor de reproducción y cuidado de los hijos, por lo mismo mantiene poder, pero en términos de jerarquía tiene menor valor.

Es interesante destacar que las formas de acceso a mayor prestigio, en el caso de este pueblo, es a través del matrimonio, la obtención de cargos sociales y el control de recursos. Además, existe un par de mujeres que detentan mayor prestigio, ya que cumplen con estas condiciones y además mantienen una estrecha relación con la figura del curandero. Su relación con él, es parte de una legitimidad necesaria.

Es interesante señalar que la edad en este caso es una variable menos considerada. El peso de la influencia del curandero es mayor, un ejemplo de ello, es el menor prestigio de la partera, Sra. de mayor edad que las otras mujeres antes mencionadas, que es viuda y con quien el curandero no tiene una relación muy cercana.

Un tema interesante de estudiar es el parto domiciliario, ya que en la actualidad sufre un problema de legitimidad. Se aprecia la prohibición de esta práctica desde la ronda médica de salud occidental, sin embargo, se pudo apreciar que aún se da esta práctica en forma clandestina.

¹⁸⁷ Idem Morales, H. (1997), pg 117.

Reflexiones Finales

Al intentar comprender los significados que le otorgan mujeres y hombres de Talabre a su salud y enfermedad desde una perspectiva de género, fue necesario tener presente la complejidad que involucra esta pregunta. Para ello se debió considerar: a) el marco histórico, ideológico y filosófico andino, que involucra relaciones de parentesco, jerarquías de prestigio, principios de su cosmovisión, entre otros; además, b) el marco de desarrollo de los estudios de género, que incorpora relaciones de desigualdad, jerarquías de poder y prestigio, nociones de dominación y control de los recursos, entre otros. Todo ello, en el marco del proceso de globalización y transformaciones culturales e informacionales mundiales, que en la actualidad están llegando también al pueblo de Talabre.

5.1. Experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad en hombres y mujeres

Un hallazgo interesante de esta investigación en cuanto a las relaciones de género y la práctica curativa, es la existencia de una jerarquía de prestigio que se expresa en valores, donde la persona de mayor prestigio es la figura masculina del yatiri; aunque aparecen relatos en que la figura del curandero podría ser asumida, tanto por un hombre como por una mujer. También es importante señalar la incorporación de la simbología femenino-masculino en los ritos de sanación, donde los cerros pueden ser entes femeninos o masculinos, apreciándose una mayor valoración en la jerarquía, de los cerros masculinos (tata licankabur y Lascar).

Otro hallazgo en este plano de las relaciones de género, tiene que ver con que las mujeres son las que transmiten la cultura, son las que permanecen en los lugares, y o si se van a estudiar, vuelven. Por lo mismo, son el nexo con el sistema occidental, ya que ellas al irse incorporando a la educación están expuestas al sistema occidental y al regresar a sus pueblos son las que permanecen en la función reproductora y al mismo tiempo en la práctica curativa, son las que interactúan en un nivel de menor prestigio, en la preparación de las infusiones cuando algún miembro de la familia lo requiere, ya que son las encargadas del cuidado familiar.

En cuanto a la tipología de enfermedades, aparecen según su origen situadas principalmente en el plano religioso y cosmovisional, afectando el plano físico de hombres y mujeres. Al parecer un número reducido de enfermedades son atribuidas a la mujer. Si, es interesante señalar que aún cuando hombres y mujeres tienen conocimiento de las plantas medicinales, el uso de ellas, fuera del contexto ritual, es realizado por las mujeres ya que son las que están a cargo del cuidado de los miembros de su familia cuando estos enferman.

Es interesante ver que las mujeres y niños/niñas son los que acuden con mayor frecuencia a la medicina occidental. En el caso de las mujeres, acuden por el métodos

anticonceptivos, lo cual es un tema que sería interesante de profundizar y que aparece en las fichas médicas. Los niños y niñas principalmente acuden por resfríos y problemas estomacales, para lo cual les entregan aspirinas y otros medicamentos. Además surge la pregunta del porqué los hombres recurren menos a la medicina occidental, ¿qué podrían obtener de ella?. Ya sabemos que las mujeres adultas en general recurren para conseguir anticonceptivos, lo que les permite regular su fecundidad.

En este pueblo se aprecia además, como una forma de reafirmación de su identidad cultural y prevención de las enfermedades, la participación tanto de hombres como mujeres, de ritos y festividades, lo cual da cuenta de la permanente relación y cumplimiento de las normas y ritos tradicionales. En estos ritos se puede apreciar jerarquías de prestigio, teniendo distinto valor los actos de mujeres y hombres. Por ejemplo el caso de la boda donde parte del rito otorga mayor valor a ambos padres, sin embargo, después un grupo de hombres se dirigen a hacer el pago, mientras las mujeres organizan la comida de celebración.

Otro hallazgo significativo, es como la diferencia generacional entre las mujeres da cuenta de los cambios culturales y de género en las distintas generaciones. Las más jóvenes incorporan aspectos de la cultura occidental en sus prácticas, cosa que no ocurre con las mujeres mayores. Un ejemplo de ello es el uso de conceptos como infección y colesterol; además de la experiencia de enfermarse estando internas en la escuela en Calama, donde eran llevadas a la posta de salud occidental. De esta manera experiencialmente han tenido mayor contacto y práctica con el sistema occidental de salud, además de la ronda médica. El rango de información que manejan las mujeres más jóvenes es mayor y mucho más influenciado por su experiencia urbana. Además se aprecian nuevos cambios en términos del control de recursos como es el caso de dos mujeres jóvenes, que durante mi segunda estadía en el pueblo, un año después, estaban aprendiendo a conducir camionetas.

Respecto a sus tradiciones médicas, estas son un elemento ancestral y cultural que, aunque ha sufrido diferentes influencias aún mantiene componentes que se observan en mayor magnitud en sus ritos y saberes curativos. Esto se aprecia en diversos estudios como los de Bastian, Fernández y Cáceres, donde las culturas de origen étnico conservan una cosmovisión que refuerza una relación cotidiana y permanente, la que fortalece la cultura a través de diversos rituales. Además, respecto a la dimensión subjetiva interpretativa de las enfermedades y de la salud, en el caso de los entrevistados, aparecen algunos elementos de la cosmovisión ancestral, además de la dimensión interpretativa de la medicina occidental.

Finalmente, la mixtura entre elementos de la sociedad urbanizada (TV, salud pública, escuela) y las tradiciones indígenas que persisten en Talabre, da cuenta de cambios en las relaciones de género también, sin embargo, no es posible hablar de relaciones de género de dominación-subordinación, como en el caso occidental. Aparece el género dentro de la estructura de prestigio que presenta valores mayores hacia la figura

masculina como es el caso del curandero. En ese sentido queda abierta la pregunta de si ¿la jerarquía de prestigio que aparece en este pueblo, puede ser percibida como discriminación?, esta pregunta abre la posibilidad a nuevas investigaciones que profundicen y amplíen el estudio en este pueblo y a otros.

5. 2. Articulación de las creencias de los sistemas médicos tradicionales y occidental

En el pueblo de Talabre se aprecia que las personas recurren a distintos sistemas médicos: el sistema tradicional, que forman parte de su cosmovisión y por lo mismo de su relación con la naturaleza y sus interacciones sociales. Además del sistema médico occidental, cuya expresión concreta se manifiesta en las rondas de atención médica de la salud pública.

Uno de los hallazgos significativos de esta investigación es como el uso de hierbas medicinales como sistema preventivo accesible a la población puede disminuir las enfermedades. En ese sentido, en el pueblo de Talabre, el uso de plantas medicinales es parte de la vida cotidiana de las personas, sean hombres o mujeres, en el marco de una tradición y de la mantención del equilibrio con su medio ambiente. En palabras de uno de los profesionales de la salud entrevistado *“este pueblo es uno de los que menos llama, ya que poco se enferman”*.

Al mismo tiempo, se puede apreciar la lógica dominante de la medicina occidental oficial en algunos aspectos, ya que ha logrado penetrar y modificar ciertos comportamientos en las culturas, y lo ha hecho también aquí en Talabre, como ha sido en el caso de la obligatoriedad del parto en hospitales. En ese sentido, es interesante observar que pese a la fuerza de la cultura occidental, que trae consigo prácticas del sistema médico occidental, existen otros ritos de la población de Talabre como la mantención de la fiesta del pueblo y el uso de la medicina tradicional en rituales de sanación.

Los habitantes del pueblo, hombres y mujeres, incorporan elementos y creencias de salud y de enfermedad tradicionales como desde la biomedicina, lo cual se aprecia a través de sus relatos en cuanto a su experiencia y en relación a sus prácticas cotidianas. Aquello muestra la complejidad de la experiencia de la salud y la enfermedad que en la actualidad está influenciada por diversos agentes como la educación, religión, turismo, etc. En ese sentido, se aprecia la influencia de la escuela y los centros urbanos en la transformación de la jerarquía de género. Un ejemplo es el caso de los hombres jóvenes que están empezando a realizar labores remuneradas en la minería, lo que hace que dejen de trabajar en el pastoreo de animales, y las mujeres están empezando a desempeñar principalmente *“el rol doméstico”* como en el caso de la cultura occidental, puesto que las mujeres mayores se encargan de los animales familiares.

Por otra parte, los habitantes de Talabre, debido al aparente aislamiento geográfico y escasa conexión con los centros administrativos, urbanos y mineros de la Región de Antofagasta, están sujetos a una política sanitaria por parte de las autoridades de salud, caracterizada por la falta de un espacio físico e infraestructura (posta o centro de atención primaria) y por escasas visitas al poblado por parte del personal médico debido a que la ronda médica del Servicio de Salud municipalizado de San Pedro de Atacama sólo contempla, considerando el tamaño de la población una visita mensual a la localidad, durante la cuál son atendidos principalmente los niños y niñas que deben someterse al control de salud infantil y las mujeres en edad fértil las cuales reciben atención ginecológica. Lo anterior, paradójicamente, ha permitido la conservación y vigencia de algunas prácticas terapéuticas tradicionales

En cuanto a los sistemas médicos tradicional y occidental, éstos presentan actualmente la posibilidad de crear nuevas relaciones debido al contexto de globalización que afecta a las sociedades contemporáneas, produciendo una tensión en las identidades locales, como es el caso de Talabre, provocando una reestructuración de las distinciones y órdenes que organizan los sistemas culturales. Con el tiempo esto puede significar tanto un resurgimiento de identidades como una pérdida de ellas, lo que puede poner en riesgo su cultura. Si eran trashumantes ¿en qué se están convirtiendo?, ¿cómo se mantendrán las tradiciones y la identidad que esto conlleva?

La posibilidad de establecer un diálogo entre el sistema médico tradicional y el occidental ya está sucediendo en la práctica cotidiana. Las personas deciden en que sistema atenderse, ya que hay enfermedades que el sistema de salud occidental no reconoce y esto es claro para todas las personas de pueblo. Y en caso de tener dudas de a que sistema recurrir, es el curandero con su mesa de coca el que deriva a una u otra medicina. Es significativo que una de las mayores diferencias entre los sistemas médicos tiene que ver con la calidad de la atención, la medicina occidental es reportada como de muy mala atención, se aprecian presiones y situaciones de violencia, en especial respecto al tema del parto.

Cabe señalar que los propios sistemas médicos no son homogéneos internamente, en el caso de la medicina occidental se pueden encontrar nuevos aportes y críticas provenientes desde la psicología médica, la antropología médica y la medicina antropológica, donde se cuestionan los supuestos básicos y las prácticas médicas, destacando la importancia de la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades de salud, tanto en el nivel individual como comunitario, y de las alternativas terapéuticas a su alcance. Por lo tanto, en el caso de los habitantes de Talabre se plantean nuevas interrogantes como es ejemplo, ¿cuáles son sus derechos ciudadanos?, ¿cómo podrían participar hombres y mujeres más democráticamente en el ámbito de la medicina occidental?.

Considero que la base de un diálogo de este tipo está el reconocimiento de que la biomedicina ha mantenido relaciones de poder, donde generalmente dejaron al

“diferente” en el significado de valer menos, con concepciones de fragmentación del cuerpo de los hombres y mujeres, además de reconocer que, por sí sola, esta medicina no fue capaz de satisfacer todas las necesidades de salud de la población. En ese sentido, la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad y el acceso a distintos sistemas médicos debe considerar una serie de variables entre las que se encuentran la calidad de la atención, la diferencia cultural y étnica y las relaciones de género.

Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones de este estudio, el primero es considerar mi condición mujer joven occidental, lo cual probablemente ha posibilitado algunas hablas en desmedro de otras, en este sentido la mayoría de las conversaciones se dieron con mujeres. Pese a que los hombres no hablaron mucho, no hubo una renuncia a hablar del tema. Más bien desde mis observaciones pude apreciar que las hablas de los hombres se inscriben al interior de la práctica de la curación, ya que en las curaciones en que participé, los pacientes eran hombres. Esto reafirma que los hombres participan plenamente de la medicina tradicional y al mismo tiempo plantea la pregunta de ¿qué sucederá en las curaciones a mujeres?, ¿habrá alguna diferencia con las curaciones de hombres?

Finalmente, rescato la importancia de la oralidad y la necesidad de seguir escuchando y recopilando información mediante ella, en un mundo donde cada vez más el contacto entre las personas, entre la mujer- hombre y naturaleza es necesario para balancear y dar otras posibilidades de acción, no sólo mediante la tecnología, el consumo y la ciencia intelectual y material. Además, comparto el interés por iniciar nuevas investigaciones. En el caso de Talabre, esperamos específicamente profundizar en el parto, recuperando relatos antiguos como una forma de acrecentar la memoria de las nuevas generaciones y colaborar en el fortalecimiento de sus tradiciones.

Como me ha dicho Don D. P., *“hay cosas que se pueden decir y otras no”*, por lo tanto hay cosas que son sagradas y deben permanecer así y hay otras -como éstas que he intentado relatar- *“que es para que las personas recuerden...”*

Bibliografía

Alba, J.; Tarifa, L. (1993) Los Jampiris de RAQAYPAMPA. CENDA, centro de comunicación y desarrollo andino. Cochabamba, Bolivia.

Alarcón Ana María, Vidal Aldo, Neira Jaime. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista médica de Chile, 131: 1061-1065.

Aldunate, C., J. Armesto, V. Castro y C. Villagrán (1981) Estudio Etnobotánico en una Comunidad Precordillerana de Antofagasta: Toconce. Boletín Museo Nacional de Historia Natural, 38:183-223. Santiago de Chile.

Arnold M. (2000) Ambiente y Sociedad: Crónicas de la pérdida de la racionalidad global en las sociedades funcionalmente diferenciadas. Santiago de Chile: Departamento de Antropología Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

Arnold D. Comp. (1997) Más allá del silencio. Las fronteras de género en los Andes. CIASE / ILCA, La Paz Bolivia.

..... (1998) Gente de carne y hueso. Las tramas de parentesco en los Andes. Parentesco y genero en los Andes Tomo II ILCA, CIASE, La Paz Bolivia.

Bastien J. (1995) Medicina tradicional Kallawaya. Abya- Yala. Ecuador.

Baer H., Singer M., Susser I. (1997) Medical Anthropology and the world system a critical perspective Bergin y Garvey Westport, USA.

Bejarano, I., J. Dipierri, C. Junqueira y E. Alfaro (1997). Causas de muerte en la Puna de Atacama (período 1890-1950): distribución por sexos y edades. Revista Española de Antropología Biológica 18:247-259.

Bowman, I. (1924) Los Senderos del Desierto de Atacama. Imprenta Universitaria, Santiago de Chile.

Bustos, P. (1996) Identidad, desarrollo indígena y etnodesarrollo desde una perspectiva antropológica. En Revista Hombre y Desierto: Una perspectiva cultural, N10, Instituto de investigaciones antropológicas, Universidad de Antofagasta, Chile.

Cáceres Efraín (1988) Si Crees, los Apus te Curan. Medicina Andina e Identidad Cultural. CICTA: Centro de Investigación de la cultura y la Tecnología Andina. Cuzco, Perú.

Canessa .En: Arnod D. (1997) "Género, Lenguaje y Variación en Pocobaya, Bolivia. "Más allá del Silencio". "Las Fronteras de Género en los Andes" . Arnold D. (Comp).

Carafa Yara, 1993. "Una Aproximación a la Construcción de Género en el Mundo Rural Andino , Ruralter N° 11/12 Pág 131-160

Cárdenas, U. (1998) Entre el Tolar y el Pajonal: Percepción ambiental y uso de plantas en la comunidad atacameña de Talabre; II región, Chile. Revista Estudios Atacameños N 16.

Cárdenas, U. (2003) Patrones de Morbilidad y Respuestas Terapéuticas Tradicionales: El caso de la Comunidad Precordillerana de Talabre, II Región, Chile. Texto sin publicar Universidad del Norte y Universidad de Tarapacá.

Carrasco, A. (1999) Constitución de género y ciclo vital entre los Aymaras contemporáneos del norte de Chile. Universidad de Tarapacá, V3, N1. Arica.

Carrasco, A.; Gavilán V. (2003) Representaciones del cuerpo, sexo y género: una aproximación a las categorías Andinas de las diferencias. Actas del cuarto congreso chileno de antropología, Tomo I, Chile.

Castanedo C. (1983) Terapia gestalt. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Castro Roberto, (2000), La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Universidad Nacional Autónoma de México.

Castro, V. (2001) Atacama en el tiempo. Territorios, identidades, lenguas. (provincia el Loa, II región). Anales de la Universidad de Chile, VI Serie, N13, Santiago de Chile.

Castro, V. (1995) Botánica y Pueblos Originarios. Actas del II Congreso de Plantas Medicinales. Canelo de Nos. 49-65. Santiago de Chile 1995.

Castro, V. Y Varela, V. (1994) Ceremonias de Tierra y Agua Ritos Milenarios Andinos. FONDART, MINEDUC, Fundación Andes., Santiago de Chile.

Citarella, L. Compilador (2000) "Medicinas y culturas en la Araucanía" Trafkin, Cooperación italiana. Editorial sudamericana Chile.

Cocilovo, L., S. Quevedo y F. Rothhamer. (1984) Relaciones y afinidades biológicas de la población prehistórica de San Pedro de Atacama. Estudios Atacameños 7: 306-313.

CONADI Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (1993) Ley Indígena ley N 19.253 Gobierno de Chile.

Delgado J, y Gutierrez J. (1995) Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Editorial Síntesis, Madrid, España.

DE BARBIERI, Teresita. (1992) "Sobre la Categoría Género. Una Introducción Teórica Metodológica". En Fin de Siglo. Género y cambio Civilizatorio. Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres N° 17, pp.111-128.

De la Cadena Marisol. 1997, pp. 147. "Matrimonio y Etnicidad en Comunidades Andinas". En: "Más allá del Silencio". "Las fronteras del género en los Andes". Arnold. Denis. (Comp).

Echevarría A. (1991) Psicología social sociocognitiva. Editorial Descleé de Brouwer. España.

Echeverría, C. (2001) Ponencia Un viaje a la visibilidad: las investigaciones sobre los Aymaras de la región de Tarapacá y la relación de género-etnicidad como parte de un debate pendiente. Centro de estudios Sociales y de género Misti Warmi, Calama, Chile.

Estermann José y Peña Antonio (1997) Filosofía Andina. Cuadernos de Investigación en cultura y tecnología Andina, N 12. Edición compartida IECTA- CIDS. Iquique-Puno, Chile.

Foster, G. Anderson B. (1978) Medical Anthropology. New York, John Wiley Sons Editors. USA.

Fundación Minera la Escondida (2000) Historia del pueblo atacameño. Edición Prisma.

Fuentes, E., L. Núñez, C. Santero y C. Lamperein (S/A) Salar de Punta Negra. Desafío, Vida y Gentes. Minera Escondida Ltda., Santiago.

García, M.; Ibáñez, J.; Alvira, F. (1986) "El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación". Editorial alianza, Madrid, España.

Gavilán, L. y E. Alvarez (1984). Antropometría de escolares del altiplano de Tarapacá (Comuna de Colchane-I Región): Contribución al estudio de la morfología humana. Estudios Atacameños 7:346-360.

Gavilán V. (1996) Mujeres y hombres en Isluga y Cariquima: una aproximación a las relaciones de género entre los Aymara del norte de Chile. Programa de antropología. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales, Quito-Ecuador.

Gómez, D. y E. Siarez, E. (1996) Alimentación Tradicional Atacameña. Biblioteca Tradicional Atacameña, Instituto de investigaciones antropológicas, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

Gómez, D., Ahumada j. y Necul E. (1998) Medicina Tradicional Atacameña. Biblioteca Tradicional Atacameña, Instituto de investigaciones antropológicas, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

Grebe, M. E. (1990) Patrones supralingüísticos en la cognición y simbolismo andino. Actas Primer Simposio sobre cognición, lenguaje y cultura. Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Grebe M. (1998) Culturas indígenas de Chile: un estudio preliminar. Editorial Pehuén Santiago, Chile.

Grebe, M. E. (1980) Cosmovisión aymara En: Revista de Santiago. Santiago, Chile.

Gunckel, H. (1967) Fitonimia Atacameña, especialmente Cunza. Revista Universitaria, Universidad Católica de Chile, Año LII, N° 30, Santiago.

Gundermann Hans (1998) Etnicidad, identidad étnica y ciudadanía en los países andinos y el norte de Chile. Los términos de la discusión y algunas hipótesis de investigación. Revista estudios Atacameños N13.

Gundermann, H.; González, H. (1995) Tierra, agua y sociedad atacameña, un escenario cambiante. En agua, ocupación del espacio, y economía campesina en la región atacameña. Programa de investigación, el hombre, el desierto y el agua, Universidad Católica del Norte, Antofagasta Chile.

Geertz, C. (1992) La interpretación de las culturas. Gedisa Editorial. España.

Golub, E. (1996) Los límites de la medicina; como la ciencia moldea nuestra esperanza de curación. Ed Andrés Bello. Santiago.

Gomez D., Bustos A. (2002) Educación intercultural atacameña. Ediciones Universidad de Antofagasta.

Gomez D. ; Ahumada, J., Necul, E. (1998) Medicina tradicional Atacameña. Antofagasta.

González, S. (1993) Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana. El colegio de México.

González, S. (1993) Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana. El colegio de México.

Guerrero, Bernardo (1995) Medicina Andina y Medicina Pentecostal en los Aymaras del norte grande de Chile: del Yatiri al pastor. Revista Chungara, v 27, N2. Universidad de Tarapacá, Arica. Chile

Guerrero, Patricio (2002) Guía etnográfica para la sistematización de datos sobre la diversidad y la diferencia de las culturas. Escuela de antropología Aplicada UPS, Quito. Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador.

HARRIS, Olivia. (1985) Una Visión Andina del Hombre y la Mujer. En Allpanchis, N° 25, XV, Vol. XXI Cuzco, Perú.

Harvey Penelope. (1989). Género y Competencia Lingüística. Participación Política de la Mujer en Pueblos Andinos. Documento de trabajo N° 33. Instituto de Estudios Peruanos.

Hidalgo, J. Et al (1996) Culturas de Chile Etnografía sociedades indígenas contemporáneas y su ideología. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile.

Hoffman, A., C. Farga, J. Lastra y E. Veghazi. (1992) Plantas medicinales de uso común en Chile. Editorial Fundación Claudio Gay. Santiago de Chile.

Lagarde, M. (2001) Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas. Universidad Autónoma de México.

Lamas, Marta (1994). Algunas dificultades en el uso de la categoría de género. Actas13° Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y etnológicas. México.

.....(1996) El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG , México.

..... (1996) Debate feminista: Identidades. año 7, vol 14.

Latner, J. (1994) Fundamentos de la Gestalt. Editorial cuatro vientos. Santiago de Chile.

Laval, E. (1957) Medicina Aborígen Tradicional Atacameña. Revista del Servicio Nacional de Salud, II, 2, Santiago de Chile.

Luna, L. Y Vilanova, M. Comp. (1996) Desde las orillas de la política, género y poder en América latina. Edita Seminario Interdisciplinar mujeres y sociedad, Universidad de Barcelona. España.

Marti, I. y F. Rothhamer (1987). Variación del índice craneano en Sudamérica: contribuciones cronológicas, altitudinales y climáticas. Revista Chungará 18:181-187.

Martínez Angel (1998) Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. Rev. Asoc. Esp. Neurosiq., vol. XVIII, n 68, Pág. 645.

Martínez Gabriel (1982) Los dioses de los cerros en los Andes. Texto s/p, París, Francia.

Martínez José Luis (1990) Interetnicidad y complementariedad en el altiplano meridional. El caso Atacameño. Revista Andes. Antropología e historia. N 1 enero a junio, Salta, Argentina.

.....(1998) Pueblos del Chañar y el Algarrobo. Los atacamas en el siglo XVII. Dirección de bibliotecas, archivos y museos, Facultad de filosofía y humanidades Universidad de Chile, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, Santiago de Chile.

Mead, Margaret. (1935) Sex and temperament in Three Primitive Societies, Morrow, Nueva York.

Menéndez Eduardo. (1994) La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional? Revista Alteridades, 4(7) México.

Money, John. (1986) Género: historia, teoría y uso del término en sexología y su relación con los conceptos de naturaleza y crianza En Revista Latinoamericana de sexología. Vol. I, N°2, pp.245-261.

Morales, H. (1997) Pastores Trashumantes al fin del mundo. Un enfoque cultural de la tecnología: en una comunidad Andina de pastores. Memoria para optar al título de Antropólogo. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología. Universidad de Chile.

Mostny, G., F. Jeldes, R. González y F. Oberhauser (1954) Peine, un Pueblo Atacameño Publicación N° 4, Instituto de Geografía, Universidad de Chile, Santiago.

Munizaga, C. y H. Gunckel (1958) Notas Etnobotánicas del pueblo atacameño de Socaire Publicación del Centro de Estudios Antropológicos, Universidad de Chile, N° 5, Santiago.

Munizaga, C. (1963) Un médico herbolario de la actualidad en el norte de Chile. Revista Universitaria, N° 26, Universidad Católica de Chile, Santiago.

Muñoz, B. (1993/1994) Procesos Atacameños actuales. Revista Nutram, conversación, palabra, historia. Año IX, N34, Santiago de Chile.

Murra J, (1972) El control vertical de un máximo de pisos ecológicos en la economía de las sociedades andinas. En Visita de la Provincia de León de Huanuco en 1562 por Iñigo Ortiz de Zúñiga. Tomo I; 427-476. Huanuco. Lo mismo aparece en otra publicación del mismo autor: Formaciones Económicas y Políticas del Mundo Andino. Lima.

Negrete, R. (1997) La Vegetación en el Altiplano. En Altiplano, Ciencia y Conciencia en los Andes. Actas del II Simposio Internacional de Estudios Altiplánicos, Santiago.

Núñez, L. (1995) Evolución de la ocupación y organización del espacio atacameño. En Agua, ocupación del espacio y economía campesina en la región atacameña. Aspectos dinámicos. Eds. P. Pourrut y L. Núñez. Universidad Católica del Norte, San Pedro de Atacama.

Núñez, L. y C. Santoro. (1987) Cazadores de la Puna Seca y Salada del área centro-sur Andina (Norte de Chile). Estudios Atacameños 9:11-60.

OMS (1999) Informe grupo de trabajo OPS/OMS Medicinas y Terapias Tradicionales, Alternativas y Complementarias. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS Equipo de Medicina Tradicional, Departamento de Medicamentos Esenciales y Políticas de Medicina, OMS, Washington D.C.

OMS (2002) Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OPS/OMS, MINSAL (2000) Encuentro Internacional Salud y Pueblos Indígenas: Logros y desafíos en la Región de las Américas. Puerto Varas, Región de los Lagos, Chile, 13, 14 15 de noviembre de 2000.

OPS/OMS, MINSAL (1997) Perfil epidemiológico. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile.

OPS-OMS. (1999) Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. USA.

..... (2003) Grupos Étnicos y Salud. 37.^a Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo: Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.USA.

Oyarce Ana María. (2005) "salud intercultural con pueblos originarios: mejores prácticas en Canadá y Chile" VII Escuela Internacional de verano Facultad de Medicina Escuela de salud pública Universidad de Chile. OMS. University of North Carolina School of Public Health

Palma, I.; Quilodrán, C.; Villela, I. y Palma, S. (1996) "Discursos sobre sexualidad y salud reproductiva en adultos jóvenes: factores facilitadores e inhibitorios en la prevención de riesgos". Informe de Investigación, Santiago de Chile.

Pedrero Malva-marina (2004) Sistema Médico Aymara. Comentarios Generales. Interculturalidad en Salud. Programa de Capacitación continua. Ministerio de Salud, Servicio de Salud Arica. Chile.

Pérez, M. S. (2003) Reflexiones sobre la medicina tradicional y medicina occidental en Chile a través del proceso de salud enfermedad En Anuario Facultad de Filosofía y Humanidades Universidad de Chile.

Polio M. (1996) Despierta remedio, cuenta...: adivinos y médicos del Ande, tomo II. Pontificia universidad del Perú Fondo editorial.

Platt Tristan (1976) Espejos y Maíz: el concepto de Yanantin entre los macha de Bolivia. Centro de Investigación y Promoción del Campesinado CIPCA, La Paz, Bolivia.

.....(1989) El sistema de los uywiris en Isluga. Espacio y pensamiento I. Andes meridionales, Hisbol, La Paz Bolivia.

Quevedo, S., H. Palomino, L. Cornejo y C. Fernández (1985) Estudio de la variación antropométrica de tres poblaciones aymaras. Revista Chungará 15:211-219.

Rosaldo Michell. 1974. "Women, Culture and Society: A Theoretical Overview", en Rosaldo y Lamphere, Women, Culture and Society, Stanford University Press, California.

Rosing Ina. 1997, pp. 81. "Los Diez Géneros del Amarete en Bolivia. En "Más allá del Silencio". "Las fronteras del género en los Andes". Arnold. Denis. (Comp)

Santolaya, R., J. Araya y R. Prieto. (1984a) Microhematocrito como índice de aclimatación a la altura, en residentes sanos no mineros del campamento cuprífero de Chuquicamata y nativos residentes en los andes de Tarapacá y Antofagasta (Chile). Estudios Atacameños 7: 361-381.

----- (1984b) Capacidad vital, talla, peso y superficie corporal en dos poblaciones adultas sanas, residentes de altura del norte grande de Chile. Estudios Atacameños 7:382-398.

Serracino, G., R. Stehberg y G. Liberman. (1974) Informe Etnobotánico de Guatín (San Pedro de Atacama), Antropología Nueva Época, N° 1, Departamento de Ciencias Antropológicas y Arqueológicas, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Silverblatt, Irene (1990). "Luna, Sol y Brujas". "Género y Clases en los Andes Prehispánicos y Coloniales". Cuzco, Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas

Subercaseaux, B., et al (2002) *Identidades y sujetos para una discusión latinoamericana*. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile. Santiago.

STOLCKE, Verena. (1993) *Sexo es a género lo que raza es a etnicidad*. En *Márgenes* N° 9. Lima, Perú.

Strathern, M. 1979,. *Una perspectiva antropológica*. En: O. Harris y K. Young . (comp) *Antropología y feminismo*. Anagrama, Barcelona

Toledo, V. (1997) *Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile, perfil epidemiológico*, MINSAL, OPS/OMS, Chile.

Valdés, Teresa (1988) *Venid, benditas de mi padre. Las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*. FLACSO, Santiago.

Valdés, T. y José Olavarría (1998) "Ser Hombre en Santiago de Chile. A pesar de todo, un mismo modelo". En Valdés T. y Olavarría, J. *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Serie Libros FLACSO. Santiago: FLACSO.

Van Kessel, Juan (1993) *La Organización Tempo-espacial del Trabajo entre los Aymaras de Tarapacá: la Perspectiva Mitológica*. En, *Etnicidad Economía y Simbolismo en los Andes*. II Congreso Internacional de Etnohistoria. Coroico, Hisbol, La Paz, Bolivia.

.....(1985) *Medicina Andina*. CIREN, Iquique, Chile

.....(1997) *Dos conferencias en Antropología Andina*. IECTA-CIDSA. Cuadernos de Investigación en Cultura y Tecnología Andina.

Van Kessel Juan y Larraín Horacio (2000) *Manos sabias para criar la vida. Tecnología andina*. Abya Yala, IECTA. Ecuador.

Van Kessel, J. Y LLanque, A. (1995) *Rituales Pastoriles de la Puna. El Kuti o Gran Limpieza del Ganado y el Jila Kixata o Fiesta del Empadre*. CIDSA, Puno y IECTA-Iquique. Edic. MS.

Villagrán, C., et al (1998) *La tradición surandina del desierto: Etnobotánica del área del Salar de Atacama (provincia de El Loa, Región de Antofagasta, Chile)*. *Revista de Estudios Atacameños*, N 16.

Villagrán, C. (1998) *Etnobotánica Atacameña. Guía para un excursión entre San Pedro de Atacama, Salar de Atacama, Talabre y Laguna Lejía*. Fondecyt 1970908.

Zorrilla, S. (S/A) Antropología y enfermedad. Textos de clases. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile.

Anexos

ANEXO 1: Marco metodológico

Este estudio es de carácter etnográfico-exploratorio, en él se utilizó metodología cualitativa. Esta metodología es aceptada como un proceso creativo, que ayuda a preguntarnos acerca del por qué de las motivaciones, cómo circulan los sentidos y cómo los procesos subjetivos determinan las prácticas médicas. A la vez otorga la posibilidad de comprender nuevos fenómenos, como en este caso, la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad en hombres y mujeres del pueblo de Talabre.

Este estudio se plantea desde la perspectiva interpretativa / cualitativa. El enfoque metodológico es cualitativo debido a que permite conocer las vivencias, significados, percepciones y motivaciones de las personas, en este caso mujeres y hombres del pueblo de Talabre. Por lo tanto es un estudio exploratorio e interpretativo¹⁸⁸, ya que no existen investigaciones similares en la zona.

La estrategia cualitativa centra su atención en el entender cómo, en las interacciones de los individuos y a través del lenguaje, se construyen las concepciones y los imaginarios de la realidad. Aunque el lenguaje es una construcción social de orden general, tanto su apropiación como su uso están determinados por las estructuras sociales propias de la sociedad en la cual éste opera. En otras palabras, aunque haya un lenguaje general disponible para el conjunto de la sociedad, los distintos grupos sociales o culturales se apropian de determinados códigos que utilizan para asignar determinados sentidos a sus experiencias sociales¹⁸⁹.

En este sentido, este tipo de enfoque metodológico permite aproximarme a los significados que tienen los hombres y mujeres del pueblo acerca de la salud y la enfermedad, los cuales son parte de procesos subjetivos que son difíciles de dilucidar mediante otra metodología.

El método de investigación es etnográfico. Según Clifford Geertz este método define como objeto principal “una jerarquía estratificada de estructuras significativas...”¹⁹⁰. Además de que el hacer etnografía, para este autor, incluye establecer relaciones, seleccionar a los informantes, transcribir textos, establecer genealogías, trazar mapas del área y llevar un diario, entre otras cosas. Como lo plantea Guerrero¹⁹¹ ya no se trata de una etnografía de los “otros como objetos de estudio” sino, que estudia los procesos, lo que hace la gente, sus dinámicas, el sentido de sus actos, cómo se construye a través de su cultura y como se articula. Según Rosaldo¹⁹² es una forma de análisis intercultural,

¹⁸⁸ García Ferrando, M.; Ibáñez, J.; Alvira, F. (1986) “El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación”. Editorial Alianza, Madrid, Pág. 33.

¹⁸⁹ Palma, I.; Quilodrán, C.; Villela, I. y Palma, S.(1996) “Discursos sobre sexualidad y salud reproductiva en adultos jóvenes: factores facilitadores e inhibitorios en la prevención de riesgos.” Informe de Investigación, Santiago de Chile, Pág. 56.

¹⁹⁰ Idem Geertz pág.21.

¹⁹¹ Guerrero Patricio (2002) Guía etnográfica para la sistematización de datos sobre la diversidad y la diferencia de las culturas. Escuela de Antropología Aplicada UPS, Quito. Ediciones Abya- Yala, Ecuador.

¹⁹² Rosaldo en Guerrero Patricio (2002) Guía etnográfica para la sistematización de datos sobre la diversidad y la diferencia de las culturas. Escuela de Antropología Aplicada UPS, Quito. Ediciones Abya- Yala. Ecuador.

que en este caso me permite analizar nuevos escenarios, la diversidad y variedad de significados de la salud y la enfermedad.

Se utilizaron técnicas cualitativas para recolectar la información, cuya característica principal consiste en ser técnicas de observación profunda y directa que implican un contacto vivo, cercano. Es una interacción personal de la investigadora con los sujetos participantes en condiciones controladas. Una segunda característica es que estas técnicas se orientan a aprehender, analizar e interpretar los aspectos significativos diferenciales de la conducta y las representaciones de los sujetos. Por esto, el enfoque cualitativo exige la libre manifestación de los sujetos de sus intereses informativos, es decir, sus recuerdos espontáneos, creencias y deseos¹⁹³. En este caso los hombres y mujeres del pueblo hablan español, lo cual facilitó la comunicación.

Se aplicó como técnica de recolección de la información:

a) Entrevistas abiertas semiestructuradas: La entrevista abierta semiestructurada es una conversación cara a cara que permite en base a una pauta semiestructurada (ver anexo 4) obtener información de las personas, creando un ambiente de conversación sobre una o varias temáticas específicas.¹⁹⁴ Se intentó realizar entrevistas a distintas personas del pueblo. Sin embargo, la mayoría de ellas no permitió su grabación en cintas magnetofónicas.

Se entrevistó además a informantes claves, de acuerdo a la cercanía de la práctica médica tradicional (como el presidente de la comunidad y la profesora de la escuela del lugar) que pudiesen aportar información relevante para este estudio. Y a los profesionales de la ronda médica de salud quienes practican la biomedicina (ver anexo 3).

b) Observación participante: La observación participante es fundamental en el trabajo de campo, funciona como una observación sistemática natural de grupos reales o comunidades en su vida cotidiana, donde el investigador es extraño al lugar de investigación y debe convivir en el lugar¹⁹⁵. En este caso se realizaron dos estadías de un mes aproximadamente cada una, durante octubre del 2002 y agosto del 2003, donde se acompañó tanto a hombres como mujeres de las unidades domésticas (familia). Puesto que la mayoría de las personas del pueblo hablan español fluidamente, se recopiló la información mediante el uso de notas de campo. La mayoría de las personas del pueblo, en especial las mujeres, permitió ser acompañadas en sus quehaceres cotidianos y en ese espacio conversar acerca del tema en estudio. Además se participó de rituales de sanación del curandero del pueblo, don D. P.

¹⁹³ Ortiz, A. "La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo"; Pág. 180. En: García Ferrando, M.; Ibáñez, J.; Alvira, F. "El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación", op. cit.; Pág. 33.

¹⁹⁴ Ortiz, A. "La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo"; Pág. 180. En: García Ferrando, M.; Ibáñez, J.; Alvira, F. "El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación", op. cit.; Pág. 33.

¹⁹⁵ Gutiérrez Juan y Delgado Juan Manuel (1999) Capítulo 6 Teoría de la observación En: En Métodos y Técnicas Cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Delgado Juan Manuel, Gutiérrez Juan. Síntesis Psicológica, España.

c)Relato de vida: Son relatos que se producen con la intención de elaborar y transmitir una memoria, la que hace referencia a las formas de vida de una comunidad en un periodo histórico concreto¹⁹⁶. En este caso se obtuvo el relato biográfico del curandero del pueblo don D.P., quien entregó relatos respecto a su infancia, a cómo se hizo curandero, al cambio del pueblo desde más arriba en la cordillera hasta su ubicación actual, y sobre sus curaciones.

d)Además, otra información recopilada se obtuvo a través de la revisión de archivos médicos del pueblo de Talabre, incluyendo las fichas de regulación de la fecundidad (anexo 2). Cabe señalar que muchos de los datos de las fichas están incompletos, sin fecha, por lo cual sólo servirá como apoyo al resto de la información.

e)Se obtuvo documentos personales escritos por el curandero, durante el cambio del pueblo desde una quebrada más arriba, a su lugar actual llamado campo azul.

Finalmente, se agrega datos de un estudio de Patrones de Morbilidad y Respuestas Terapéuticas Tradicionales en la Comunidad Precordillerana de Talabre, realizado por el antropólogo Ulises Cárdenas, quien había trabajado con anterioridad en el pueblo y facilitó sus gráficos como apoyo a este estudio (anexo 7-8).

La muestra con la que se trabajó en esta investigación son 13 personas, 8 mujeres y 5 hombres del pueblo de Talabre, la cual se conformó mediante la técnica de bola de nieve, por medio de los primeros contactos con la profesora del pueblo y el presidente de la comunidad (ver anexo 3). Además de las entrevistas a informantes clave (ver anexo 3).

La etapa de análisis de la información, según Latorre y Gonzalez¹⁹⁷, implica trabajar los datos, organizarlos en unidades, buscar regularidades, modelos, etc. Según Pérez Serrano¹⁹⁸, en el análisis de datos se pueden utilizar planos, cuadros, diagramas, de acuerdo a lo que necesite el/la investigador/a en su búsqueda de tendencias, tipologías, regularidades o patrones. El tipo de análisis será inductivo, lo que permitirá buscar regularidades y elaborar tipologías a partir de términos y conceptos que utiliza la gente. En este sentido, la investigación está comprometida valóricamente según los conceptos de Lincoln y Guba¹⁹⁹, donde el investigador y el objeto de estudio se influyen mutuamente, además de que la teoría que va guiando la investigación debe emerger de los datos.

Cabe señalar que este estudio presentó como requerimiento ético la solicitud de parte de la investigadora para realizar la investigación, tanto al presidente de la comunidad

¹⁹⁶ Santamarina Cristina y Marinas José Migue I(1999) Capítulo 10 Historias de vida e historia oral En Métodos y Técnicas Cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Delgado Juan Manuel, Gutiérrez Juan. Síntesis Psicológica, España.

¹⁹⁷ Latorre y Gonzalez en Pérez Serrano Gloria (1994) Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes II. Técnicas y análisis de datos. Editorial la muralla, Madrid.

¹⁹⁸ Pérez Serrano Gloria (1994) Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes II. Técnicas y análisis de datos. Editorial la muralla, Madrid.

¹⁹⁹ Lincoln y Guba en Briones Guillermo (1988) Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicadas a la educación y a las ciencias sociales. Módulo 5 Análisis e interpretación de datos cualitativos. Programa interdisciplinario de investigaciones en educación. Curso de educación a distancia, Santiago.

como al curandero del pueblo, además de contar con el apoyo de la profesora del pueblo. Se acordó el compromiso de entregar la investigación a la escuela del pueblo como material de estudio. Además se acordó que parte de los relatos y el resto de la información específica respecto a las curaciones se entregarán a la familia del curandero.

Se solicitó además el consentimiento informado de las personas con las que se trabajó, por lo cual se debió realizar modificaciones en las técnicas de recopilación de la información ya que las personas solicitaron no ser grabadas.

Anexo 2

Fichas de Regulación de la Fecundidad

1. F. C. 21 años. Fecha 1ª consulta 29/4/99, parto 12/1/99, no ha usado antes MAC Orales: Exluton, por matrona.
2. A. D. 22 años, 1ª consulta 17/12/98, hipoacucia. Parto 17/12/ 98. Parto 17/12/96, sin MAC antes. Orales: Microginón.
3. G. M. 1ª consulta 12/2/87, hemorragias, nacimiento 26/3/50. 89'perdida de DIU y sangre. MAC Orales: desde 1993-97
4. B. H., nacimiento 29/5/58.MAC Orales desde el 86 al 89. 89': microginon, 93'lofem o logem, microval hasta el 99'.
5. V. N., 1ª consulta 93'18 años, nacimiento 13/6/73. MAC Orales Logem, microval.
6. R. P., nacimiento 17/ 5/66, DIU 11/8/97, expulsión: 8/9/97.
7. P. P. 38 años el 91', no desea MAC parto 27/4/94, MAC Lofem 97', microginon 97'al 99'.
8. E. P. 34 años el 86'nacimiento 4/10/54. Inicia MAC c/preservativos. Aco 98', Lofem 88', mic 98', 99'.
9. C. J. solicita MAC, DIU 89' al 93.
10. F. J. 45 años, nacimiento el 16/7/48, último parto 15/6/93. MAC: Aco.

Control Perinatal

E. F. Licencia prenatal

P. P. Licencia prenatal

Anexo 3

Listado de informantes clave entrevistados

Entrevistados/as	Cargo o función	Fecha de la entrevista
S. F.	Profesora del pueblo	Octubre 2002, agosto 2003
C. E.	Paramédico S.P. de Atacama	Octubre 2002
P. L.	Doctor ronda médica	Octubre 2002
M. G.	Enfermera	Octubre 2002
S. P.	Matrón	Octubre 2002

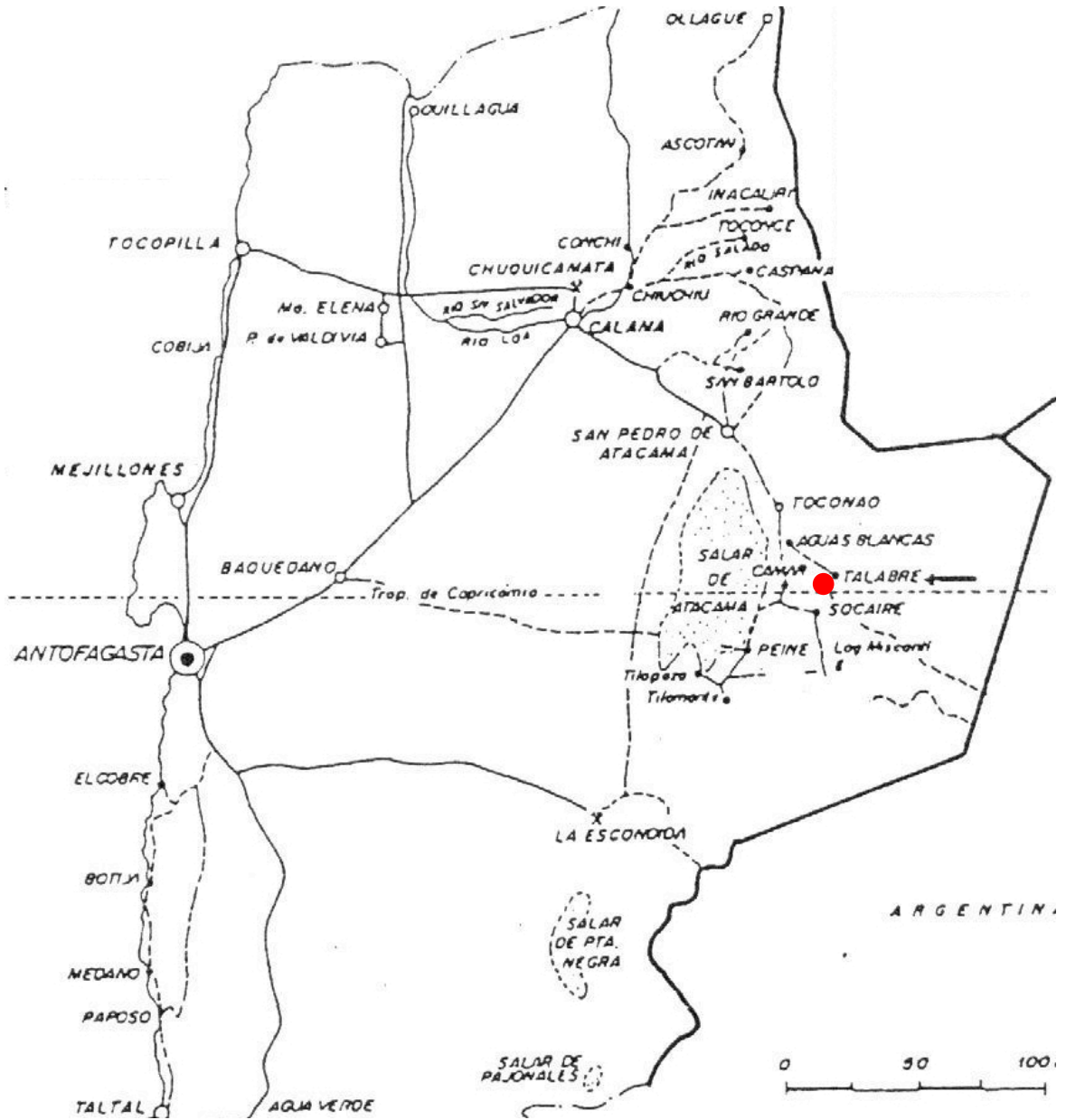
Listado de personas entrevistadas en el pueblo

Nombre	Edad	Trabajo o labor principal
1.D. P.	80 años	Curandero - Yatiri
2. E. P.	54 años	Agrícolas y ganadería
3. A. T.	31 años	Agricultura y ganadería
4. I. C.	28 años	Presidenta junta de vecinos, encargada jardín infantil, dueña de almacén.
5.E. F.	36 años	Auxiliar de la escuela
6. F. J.	46 años	Pastoreo y Ganadería
7. R. P.	62 años	Pastoreo y partera
8. I. S.	70 años	Empleado municipal, encargado del aseo y riego de los árboles en el pueblo.
9. T. M.	29 años	minería
10.L. A.	52 años	Presidente de la comunidad
11.P. P.	43 años	Cocinera de la escuela
12.M. S.	29 años	Secretaria de la comunidad
13. C. G.	25 años	Dueña de casa

Anexo 4: Guía de entrevista

- Experiencia de la salud y la enfermedad
- Nombre y descripción de la enfermedad
- Descripción de los procedimientos de cura
- Utilización de medicina occidental y/o tradicional
- Significado asociado al padecimiento

Anexo 5: Mapa de Talabre



Anexo 6

Notas del cambio de pueblo de Talabre

(texto copiado del cuaderno del curandero don D.P)

“Cambio del pueblación de talabre a campo azul” (... al campo azul...la tierra era azul)

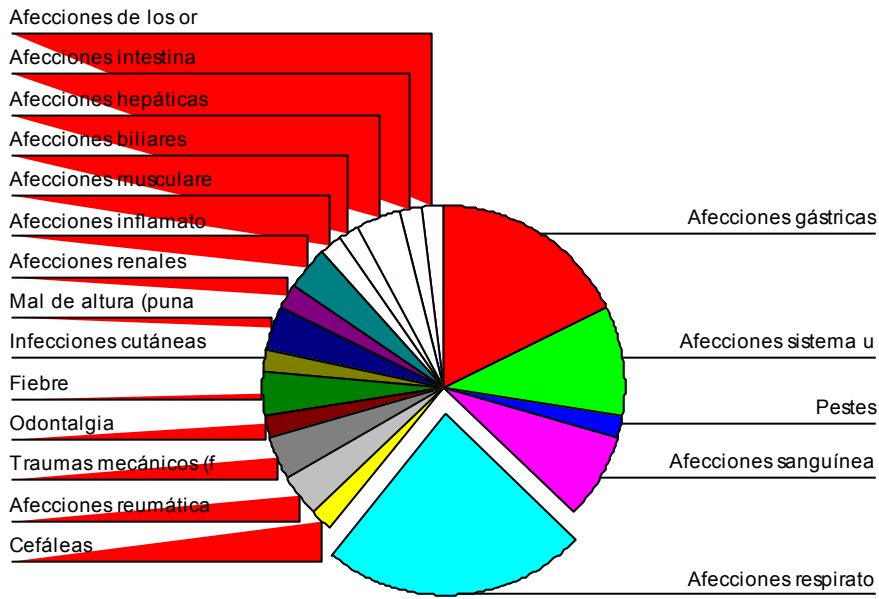
Fue el cambio de la población tomando en un bien acuerdo y con los pobladores deste chico pueblo Talabre. Lo siguiente pobladores del pueblo dichas personas: (nombra a 18 personas del pueblo, 14 hombres y cuatro mujeres)

(es la primera junta de vecinos, todos los que trabajaron en el pueblo, las mujeres solas figuraban, las solteras que trabajaban, las casadas no aparecen, “trabajan en su casa, el marido trabaja p’a eso esta uno” D.P. Los niños tampoco figuraban, “T. nació allá, no figuraba, lo tuvo en Toconao y creció en Talabre.)

“Con estas dichas personas hicimos el gran esfuerzo de cambiar el pueblo a campo azul y mam ayudado por el inductria municipalidad de san pedro de Atacama por el seños alcalde de la comuna el seños H. S. A. Y por el señor coronel de toa V. S. V. los padrinos que nos ayudaras con alimento ropa y brasadas y mas la cumuna de san pedro de atacama ayudo con una casa para el profesor C. P colaminas (zinc) maderas de emergencia cholguan y clavos que sera abastecimiento para escuela y hacer clase el profesor”.

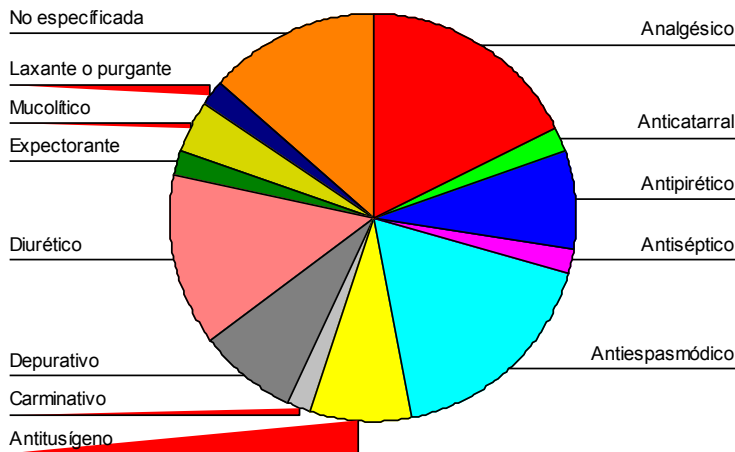
Anexo 7

Figura 6



Ulises Cárdenas (2002)

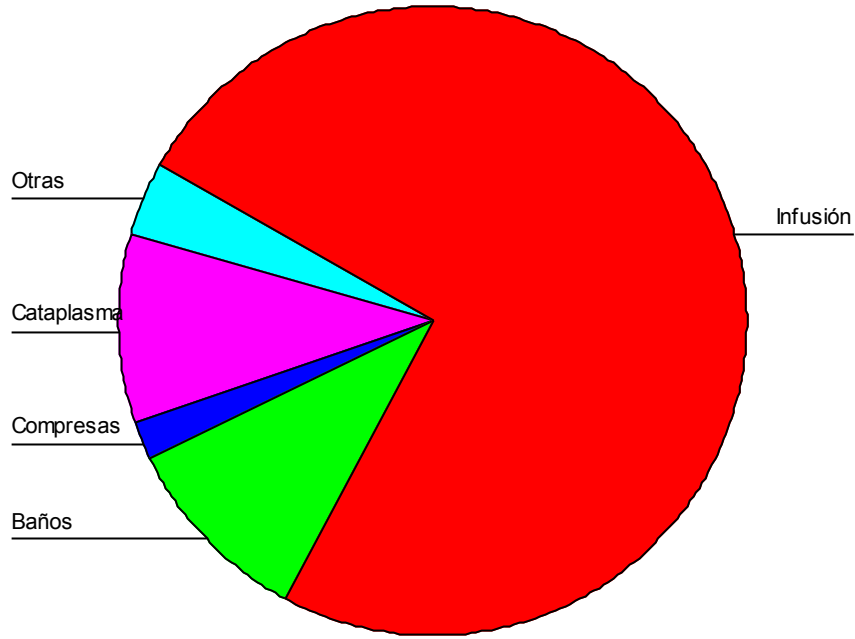
Figura 7



Ulises Cárdenas (2002)

Anexo 8

Figura 8



Ulises Cárdenas (2002)

Anexo 9

Listado de Hierbas medicinales, recopilado por Ulises Cárdenas.

TABLA 1

Nombre	Nombre Científico	Familia	Indicación Medicinal	Acción Terapéutica	Administración
Pega pega	Acaena laevigata	Rosáceas	Afecciones gripales	Diurético	Infusión
Rica rica	Acantholippia punensis	Verbenáceas	Afecciones gástricas	Antiespasmódico	Infusión
Añawa blanca	Adesmia aff. gayana	Leguminoceas	Afecciones respiratorias	Antitusígeno	Infusión
Añawa negra	Adesmia spinosissima	Compuestas	Afecciones respiratorias	Antitusígeno	Infusión
Ticara	Ambrosia artemisioides	Compuestas	Afecciones venéreas	Antiséptico	Infusión
Ortiga	Caiophora heptomera	Loasáceas	Fiebre	Antipirético	Infusión
Tolilla	Fabiana denudata	Solanáceas	Afecciones inflamatorias	Analgésico	Cataplasma
Tara	Fabiana ramulosa	Solanáceas	Afecciones musculares	Analgésico	Infusión
Wira wira	Gnaphilium lacteum	Compuestas	Afecciones respiratorias	Antitusígeno	Infusión
Perlilla	Junellia seriphioides	Verbenáceas	Decaimiento	Estimulante	Infusión
Chuquicán	Mulinun crassifolium	Umbelíferas	Afecciones respiratorias	Anticatarral	Infusión
Wagrilla	Tephocautus camancho	Desconocida	Órganos reproductores	No especificada	Infusión
Kotar	Urmenetea atacamensis	Compuestas	Mal de altura (Puna)	No especificada	Infusión

TABLA 2

Nombre	Nombre Científico	Familia	Indicación Medicinal	Acción Terapéutica	Administración
Copa copa	Artemisia copa	Compuestas	Cefaleas	Analgésico	Infusión
Llaretá	Azorella compacta	Umbelíferas	Afecciones pulmonares	Antitusígeno	Infusión
Flor de la puna	Chaetanthera sphaeroidalis	Compuestas	Mal de altura (Puna)	Hipotensora	Infusión
Pingo pingó	Ephedra breana	Gnetáceas	Afecciones Urinarias	Diurético	Infusión
Lampaya	Lampaya medicinalis	Verbenáceas	Afecciones reumáticas	Analgésico	Baños
Chacha	Parastrephia quadrangularis	Compuestas	Afecciones reumáticas	Analgésico	Baños
Pupusa del agua	Parastrephia lepidophylla	Compuestas	Mal de altura (Puna)	Hipotensora	Infusión
Chachacoma	Senecio eriophyton	Compuestas	Mal de altura (Puna)	Hipotensora	Infusión

TABLA 3

Nombre	Nombre Científico	Familia	Indicación Terapéutica	Acción Terapéutica	Administración
Gramá	Distichlis spicata	Gramíneas	Afecciones respiratorias	Mucolítico	Infusión

TABLA 4

Nombre	Nombre Científico	Familia	Indicación Terapéutica	Acción Terapéutica	Administración
Ajenjo	Artemisia absinthium	Compuestas	Afecciones gástricas	Antiespasmódico	Infusión
Menta	Mentha piperita	Labiadas	Afecciones gástricas	Antiespasmódico	Infusión
Ruda	Ruta graveolens	Rutáceas	Afecciones gástricas	Antiespasmódico	Infusión
Cepa de Caballo	Xanthium spinosum	Compuestas	Afecciones gástricas	Antiespasmódico	Infusión
Seda de choclo	Zea mays	Gramíneas	Afecciones gástricas	Antiespasmódico	Infusión
Paico	Chenopodium ambrosioides	Chenopodiáceas	Afecciones urinarias	Diurético	Infusión
Azafrán	Chuquiragua spinosa	Compuestas	Afecciones urinarias	Diurético	Infusión
Bailahuén	Haploppapus sp.	Compuestas	Afecciones urinarias	Diurético	Infusión
Cachiyuyo	Atriplex deserticola	Chenopodiáceas	Afecciones respiratorias	Antipirético	Baños
Malva	Tarasa operculata	Malváceas	Afecciones respiratorias	Antipirético	Baños
Alfalfa	Medicago sativa	Legumináceas	Afecciones sanguíneas	Depurativo	Otras
Berro	Mimulus glabratus	Escrofulariáceas	Afecciones sanguíneas	Depurativo	Otras
Sanguinaria	Polygonum sp.	Polygonáceas	Afecciones sanguíneas	Depurativo	Infusión
Toronjil cuyano	Marrubium vulgare	Labiadas	Afecciones respiratorias	Expectorante	Infusión
Verbena	Verbena sp.	Verbenáceas	Afecciones respiratorias	Antitusígeno	Infusión
Higueriya	Datura stramonium	Gramíneas	Afecciones reumáticas	Analgésico	Infusión

Marancel	Werneria glaberrina	Compuestas	Traumas Mecánicos	Analgésico	Cataplasma
Tola leija	Baccharis tola	Compuestas	Odontalgia	Analgésico	Cataplasma
Cerraja	Sonchus oleraceus	Compuestas	Fiebre	Antipirético	Infusión
Palque	Cestrum parqui	Solanáceas	Infecciones cutáneas	Antiséptico	Baños
Tuna	Opuntia Picus-indica	Cactáceas	Afecciones renales	Diurético	Compresas
Chilca	Baccharis petiolata	Compuestas	Afecciones inflamatorias	No especificada	Cataplasma
Llantén	Plantago lanceolata	Plantagináceas	Afecciones inflamatorias	Analgésico	Cataplasma
Brea	Tessaria absinthioides	Compuestas	Afecciones hepáticas	No especificada	Infusión
Hierba tapón	Lepidium sp.	Crucíferáceas	Afecciones intestinales	Antiespasmódico	Infusión

TABLA 5

Nombre	Nombre Científico	Familia	Indicación Terapéutica	Acción Terapéutica	Administración
Coca	Erythroxylon coca	Eritroxiláceas	Afecciones gástricas	Antiespasmódico	Infusión
Chañar	Geoffrea decorticans	Papilionáceas	Afecciones respiratorias	Mucolítico	Infusión
Pimiento	Schinus molle	Anacardiáceas	Afecciones biliares	No especificada	Infusión
Algarrobo	Prosopis alba	Mimosáceas	Afecciones hepáticas	Purgante	Infusión

Anexo 10

