UNIVERSIDAD DE CHILE
Rectoría

U. DE CHILE (O) N° 131

ANT.: Formulario Circular N°34, Facultad de Ciencias Sociales.

MAT.: Autoriza reincorporación excepcional Srta. América Luko Valenzuela Rebolledo.

Santiago, 27 de marzo de 2023.

DE : RECTORA UNIVERSIDAD DE CHILE

A : SEÑORA DECANA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

En respuesta al Oficio del Antecedente relativo a esta materia, y sobre la base de lo informado por la Vicerrectoría de Asuntos Académicos, me es grato comunicar a usted que se ha dispuesto autorizar la reincorporación extraordinaria para efectos de titulación de la Srta. **AMÉRICA LUKO VALENZUELA REBOLLEDO,** quien por diversas razones no cumplió en su oportunidad con los trámites de titulación del plan de estudios de la carrera de Antropología con mención en Antropología Social, sancionado por D.U. Nº 00929/1992, actualmente derogado.

La solicitante deberá reincorporarse para dar cumplimiento, en las condiciones y plazos que determine la Facultad, a las actividades finales de titulación establecidas en el referido plan de estudios, el cual mantendrá su vigencia sólo para efectos de titulación de la señorita **VALENZUELA REBOLLEDO.**

Saluda atentamente a usted,

Rosa Noemi Deves Alessandri

Firmado digitalmente por Rosa Noemi Deves Alessandri
Fecha: 2023.03.27 12:37:37 -03'00'

(firmado digitalmente)
Prof. ROSA DEVÉS ALESSANDRI
Rectora

DISTRIBUCIÓN:
1. Sra. Decana Facultad de Ciencias Sociales
2. Sra. Vicerrector de Asuntos Académicos (c.i.)
3. Sra. Jefe Oficina de Títulos y Grados (c.i.)
4. Archivo Rectoría

Departamento de Pregrado
Vicerrectoría de Asuntos Académicos
Universidad de Chile

VAA (O) N° 063 / 2023

ANT: Formulario Oficio Circular N° 34,
Decana Facultad de Ciencias Sociales.

MAT: Circular Nº 34/99, solicitada por la
Sra. América Luko Valenzuela Rebolledo.

SANTIAGO, 23 de marzo de 2023

A: RECTORA UNIVERSIDAD DE CHILE

DE: VICERRECTOR DE ASUNTOS ACADÉMICOS

Informo a usted la solicitud de la señora AMÉRICA LUKO VALENZUELA REBOLLEDO para ser acogida a la Circular Nº 34/99 de Rectoría, enviada e informada favorablemente por la Decana de la Facultad de Ciencias Sociales.

La solicitante estudió la carrera de Antropología con mención en Antropología Social ingresando en el año 2001 y egresando en el año 2005, según el Plan de Estudios establecido en el D.U. Nº 00929/1992, actualmente derogado, y a la fecha mantiene pendiente la tramitación de su expediente de grado y las actividades finales de titulación (Práctica Profesional, Memoria y Examen de Título).

De acuerdo con los antecedentes que avalan la Decana de la Facultad de Ciencias Sociales y la Directora del Departamento de Pregrado, se cumple con lo dispuesto en la Circular Nº 34/99 de rectoría, por lo que sugiero acoger favorablemente lo solicitado por la señora AMÉRICA LUKO VALENZUELA REBOLLEDO y que se le permita tramitar su expediente de grado, así como también completar las actividades finales de titulación, de acuerdo con lo dispuesto en el D.U. Nº 00929/1992, actualmente derogado.

Saluda atentamente a usted,

(Firmado electrónicamente)
Claudio Pastenes Villarreal
Vicerrector de Asuntos Académicos

V°B°
Directora Departamento de Pregrado
Leonor Armanet B. OF 153

DISTRIBUCIÓN
1. Señora Rectora Universidad de Chile
2. Archivo

LAB/ARM

Documento emitido con Firma Electrónica Avanzada por la Universidad de Chile.
La autenticidad puede ser verificada en:
https://ceropapel.uchile.cl/validacion/641df1883da16a001c5fd658

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE CHILE
Secretaría de Estudios

FORMULARIO OFICIO CIRCULAR Nº34 / 27.10.1999

- **Nombres y apellidos del/la solicitante** **RUN N°**

AMÉRICA LUKO VALENZUELA REBOLLEDO	**13.063.253-k**

- **Carrera y Facultad**

Programa de Licenciatura y Carrera de Antropología con mención en Antropología Social, Facultad de Ciencias Sociales.

- **Año de Ingreso** **Año de Egreso**

2001	2005

- **Decreto del Plan de Estudios Derogado**

D.U. N°00929/1992

- **Actividades pendientes de Graduación o Titulación y/o Tramitación de Expediente de Grado / Título**

El Prof. Nicolás Angelcos Gutiérrez, Secretario de Estudios, informa que la solicitante se encuentra en condiciones de realizar Práctica Profesional, Memoria de Título, rendir Examen de Título y abrir expediente para obtener Grado de Licenciada en Antropología mención Antropología Social y el Título de Antropóloga Social, de acuerdo con las exigencias del Plan original.

Nicolás Angelcos Gutiérrez
Firmado digitalmente por Nicolás Angelcos Gutiérrez
Fecha: 2022.12.20 18:04:23 -03'00'

- **Visto Bueno Directora Escuela de Pregrado**

Prof. Andrea Greibe Kohn

Andrea Greibe Kohn
Firmado digitalmente por Andrea Greibe Kohn
Fecha: 2023.01.03 09:14:18 -03'00'

- **Visto Bueno Decano**

Prof. Teresita Matus Sepúlveda

Teresita Matus Sepúlveda
Firmado digitalmente por Teresita Matus Sepúlveda
Fecha: 2023.01.04 09:31:32 -03'00'

Santiago, 20 de diciembre de 2022.-

Universidad de Chile

Evelyn Valeria Bocaz Escobar <ebocaz@u.uchile.cl>

Memoria de título

América Valenzuela <avalenzuelarebolledo@gmail.com> 22 de septiembre de 2022, 14:02
Para: Evelyn Valeria Bocaz Escobar <ebocaz@u.uchile.cl>
Cc: Morales <hemorales@uchile.cl>

Estimada Señorita Evelyn, junto con saludar y esperando que se encuentre bien, le hago llegar mi carta dirigida a la Rectora, la profesora Rosa Devés para solicitar reincorporación a la carrera y finalizar el proceso de titulación en antropología social. En el archivo, adjunto mi trayectoria académica para acreditar continuidad en la disciplina.
Le agradeceré mucho si me acusa recibo este correo y agradezco todas las gestiones realizadas, un saludo cordial,
América Valenzuela.

[El texto citado está oculto]

Carta para Rectora de AVR.pdf
15364K

Santiago, 22 de septiembre de 2022.-

Dra. Rosa Devés Alessandri
Rectora
Universidad de Chile
Presente

Estimada profesora, junto con saludar, escribo para elevar la solicitud de Circular 34 con el fin de ser reincorporada a la carrera y finalizar mi proceso de obtención del título profesional en Antropología Social.

Mi nombre es América Valenzuela, egresé de la carrera de Antropología y obtuve mi Licenciatura en 1999. Aunque no continué con el proceso de titulación, durante estos años he mantenido continuidad y compromiso con la disciplina mediante el desarrollo de estudios de Posgrado en de Maestría en Antropología Social en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) de México y de Doctorado en la Universidad de Tarapacá (UTA)-Universidad Católica del Norte (UCN). Me he desempeñado como profesora en el Departamento de Antropología de la Universidad de Chile (2013-2018), la Universidad de Concepción (2020-2022) y en la actualidad en el Departamento de Antropología de la Universidad Alberto Hurtado (2013-a la fecha). Asimismo, cuento con publicaciones en revistas sometidas a comité editorial, capítulos de libro y participación como investigadora responsable y coinvestigadora en proyectos de investigación como FONDECYT Regular.

En consideración de estos antecedentes, quisiera solicitar a usted permitirme iniciar los trámites del proceso de titulación en Antropología Social y de ser positiva su respuesta, me permitirá cerrar un importante ciclo de mi formación profesional.

Desde ya agradezco a usted, un saludo cordial,

América Valenzuela

América Valenzuela Rebolledo
13.063.253-K

CURRICULUM VITAE

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre	América Valenzuela Rebolledo
Rut	13.063.253-K
Fecha de nacimiento	16 de agosto de 1976
Domicilio	Baltazar Villalobos 1155 Depto. C Santiago
Teléfono	+56 2 22498101
Celular	+56 9 62072745
E-mail	avalenzuelarebolledo@gmail.com

FORMACIÓN ACADEMICA

2020-2022	Programa de Doctorado en Antropología, Universidad Católica del Norte (UCN)-Universidad de Tarapacá (UTA), Chile.
2006-2004	Maestría en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) en Occidente. Guadalajara, Jal., México.
1999-1995	Licenciatura en Antropología con mención en Antropología Social, Universidad de Chile.

DIPLOMADO Y CURSOS

2012	Diplomado Historia social y política del tango argentino, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Buenos Aires.
2009	Curso La gestión del desarrollo local y el codesarrollo (Banco Santander), Escuela Complutense de verano, Universidad Complutense de Madrid.
2008	Curso Lógica y argumentación aplicada a los conflictos culturales y normativos, Red Latinoamericana de Antropología Jurídica (RELAJU) y Universidad Externado de Colombia.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

2022	Responsable proyecto “Estudio con enfoque de derechos, participativa y territorial de vestimenta del pueblo quechua de la comuna de Ollagüe y rescate oral de la historia, expresiones artísticas y culturales del pueblo chango de la localidad de Paposo, comuna de Taltal” Licitación 110874-10-LE22, Servicio Nacional del Patrimonio.
2020	Responsable proyecto “Manifestaciones Culturales Indígenas en la Macro zona Central, (Regiones de Coquimbo, Valparaíso (excepto Rapa Nui), Metropolitana y O´Higgins)”. Licitación ID 805-9-LE20, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI). Consultora proyecto “Entornos de información sobre COVID-19 y adopción de conductas preventivas”, Universidad Diego Portales, Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID COVID 0508).
2019	Consultora “Estudio de caracterización antropológica del pueblo chango en las regiones de Antofagasta, Atacama, Coquimbo y Valparaíso”.

	Licitación ID 711841-45-LE18, Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MINDES).
2014	Asesora metodológica Curso de Capacitación sobre Aspectos Socioculturales de los Pueblos Indígenas para la Evaluación del Medio Humano en el SEIA, Servicio de Evaluación Ambiental (SEA) y Departamento de Antropología, Universidad de Chile.
2013	Consultora estudio Percepción de salud-enfermedad de usuarios indígenas urbanos adscritos al sistema público de salud La Florida, La Granja, La Pintana y Puente Alto. Germina y Servicio Salud Sur Oriente.
2011	Consultora estudio Evaluación Efectividad Proceso de Capacitación en Visita Domiciliaria Integral (VDI) 2009-2010 Germina-Servicio Salud Sur Oriente.
2007	Consultora programa Facilitación de negocios y emprendimientos indígenas del turismo de intereses especiales (TIE), territorio Loa. Programa Loa Emprende, SERCOTEC.
2003-2004	Consultora Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Área Población y Desarrollo, CELADE-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
2002	Consultora Estudio de viabilidad técnica de Instituto multicultural de pueblos originarios de Calama. Geomaster S.A. & CODELCO Norte-División Chuquicamata. Consultora estudio Redes sociales de apoyo a las personas mayores: El rol del Estado, la familia y la comunidad, Área de Población y Desarrollo, CELADE-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
2001-2003	Secretaria ejecutiva, Comisión Académica 51° Congreso Internacional de Americanistas, Universidad de Chile.
1998-1999	Asistente Programa de evaluadores de proyectos gubernamentales. Dirección de Presupuesto, MIDEPLAN.
1998	Asistente en Programa de evaluación de la asignación de viviendas sociales. ONG Avec y Servicio de Vivienda y Urbanización (SERVUI Metropolitano).

INVESTIGACIÓN

2022	Responsable proyecto “Memoria y territorio: Historia local de los Changos, desde la bahía de Caldera hasta Caleta Totoral” (FONPAT N° 51871 2022/23).
2021	Responsable proyecto “Libai’ Natur. Guardando la memoria de Socaire. Hacia la comprensión lingüística-cultural Lican Antai” (FNDR ID FIRCUL-85-2021).
2021	Investigadora proyecto “Diversidad étnica y envejecimiento: hacia un mapa multicultural del envejecimiento con éxito en Chile” (FONDECYT 1210021).
2021	Investigadora proyecto “Mapa sociocultural y trayectorias familiares de la comunidad changa de Paposo, Taltal” (FONPAT N° 37906-2021/22).
2014-2018	Investigadora Laboratorio de Etnografía y Archivo. Iniciativa Bicentenario Juan Gómez Millas, Departamento de Antropología, Universidad de Chile.
2011-2010	Asistente de investigación proyecto Espacios legales híbridos y Estado neoliberal: Derechos indígenas, política social y globalización en

Guatemala y México. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México DF.

2003-2000 Asistente de investigación proyecto "Historia de los pueblos andinos de Arica, Tarapacá y Atacama: Control político, resistencia y memoria étnica" (FONDECYT 1000089).

2000-1999 Asistente investigación proyecto "Ciencia indígena en los Andes de Sudamérica: Etnobotánica de las tierras altas del norte de Chile" (FONDECYT 1970908).

1998-1997 Responsable proyecto Socaire y Talabre. Ritualidad y arte rupestre en dos pueblos atacameños. Fondo Universitario de Desarrollo Estudiantil (FUDE), Vicerrectoría de Asuntos Académicos y Estudiantiles, Universidad de Chile.

DOCENCIA

Postgrado

2011 Seminario temático "Políticas sociales hacia los indígenas en México y América Latina". Maestría en Antropología Social, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Buenos Aires.

2011-2010 Seminario de especialidad "Derechos humanos y diversidad cultural: Los pueblos indígenas ante la globalización". Programa de Maestría en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México DF.

Postítulo

2018 Curso Conflictos atacameños contemporáneos. Diplomado Origen, Formación y Desarrollo Lickanantay. Comunidad Indígena de San Pedro de Atacama-Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

2017-2013 Curso Construcción social de la etnicidad. Diplomado Etnicidad y movimientos indígenas contemporáneos, Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

Pregrado

2022 Antropología, carrera de Periodismo, Universidad de Santiago (USACH).
Culturas Originarias, Carrera de Antropología, Universidad Alberto Hurtado.
Etnología Americana, Carreras de Arqueología y Antropología, Universidad Alberto Hurtado.

2021 Etnografía, Carrera de Antropología, Universidad de Concepción.
Etnología Americana, Carreras de Arqueología y Antropología, Universidad Alberto Hurtado.
Antropología chilena y latinoamericana, Licenciatura en Historia, Universidad Alberto Hurtado.
Teoría antropológica II, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado.

2019 Etnología Americana, Carreras de Arqueología y Antropología, Universidad Alberto Hurtado.
Laboratorio de Etnografía I, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado.
Antropología chilena y latinoamericana, Licenciatura en Historia, Universidad Alberto Hurtado.

	Teoría antropológica II, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado. Análisis de datos cualitativos, Carrera de Sociología, Universidad Andrés Bello.
2018	Laboratorio de Etnografía I, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado. Etnología Americana, Carreras de Arqueología y Antropología, Universidad Alberto Hurtado. Teoría antropológica II, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado. Antropología chilena y latinoamericana, Licenciatura en Historia, Universidad Alberto Hurtado. Etnografía, Carrera de Sociología, Universidad Andrés Bello. Metodología cualitativa, Carrera de Sociología, Universidad Andrés Bello.
2017	Introducción a la Etnografía, Carrera de Antropología, Universidad de Chile. Laboratorio de Etnografía I, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado. Etnología Americana, Carreras de Arqueología y Antropología, Universidad Alberto Hurtado. Mundo indígena, tensiones contemporáneas, Carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, Universidad Alberto Hurtado. Antropología chilena y Latinoamericana, Licenciatura en Historia, Universidad Alberto Hurtado. Teoría antropológica II, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado.
2016	Taller de Investigación, Carrera de Antropología, Universidad de Chile. Introducción a la Etnografía, Carrera de Antropología, Universidad de Chile. Laboratorio de Etnografía I, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado. Mundo indígena, tensiones contemporáneas, Carrera de Pedagogía en Historia y Geografía, Universidad Alberto Hurtado.
2015	Introducción a la Etnografía, Carrera de Antropología, Universidad de Chile. Laboratorio de Etnografía I, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado.
2014	Introducción a la Etnografía, Carrera de Antropología, Universidad de Chile. Etnología Americana, Carreras de Antropología y Arqueología, Universidad Alberto Hurtado. Laboratorio de Etnografía I, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado. Etnología I y II, Carrera de Antropología, Universidad Arcis.
2013	Laboratorio de Etnografía I, Carrera de Arqueología, Universidad Alberto Hurtado. Etnología I y II, Carrera de Antropología, Universidad Arcis. Seminario de Lecturas, Antropología I y II, Carrera de Antropología, Universidad de Chile.
2012	Etnología I y II, Carrera de Antropología, Universidad Arcis.

2004 Antropología filosófica. Carrera de Trabajo Social, Universidad del Pacífico.

2002 Electivo Políticas de la etnicidad: Etnicismo, etnonacionalismo y multiculturalismo. Carrera de Antropología, Universidad de Chile.

GESTIÓN ACADÉMICA

2018 Coordinación Diplomado Origen, Formación y Desarrollo Lickanantay. Comunidad Indígena de San Pedro de Atacama y Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

2017-2013 Coordinación Diplomado en Etnicidad y Movimientos Indígenas Contemporáneos, Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

PUBLICACIONES

Capítulos de libro

Valenzuela, A. y R. Moyano. 2020. Ethnicity and Ritual in the Atacameños Andes: Water, Mountains, and Irrigation Channels in Socaire (Atacama, Chile). En John E. Staller (Ed.), *Andean Foodways: Pre-Columbian, Colonial, and Contemporary Food and Culture,* pp- 425-445. Switzerland: Springer Nature.

Valenzuela, A., E. Osterling, M. Lafferte y J. Bustamante. 2019. Capítulo I: Introducción al trabajo de campo. En Leonardo Piña (Coord.), *Del aula al campo. Reflexiones en torno a la enseñanza y aprendizaje de la etnografía,* pp. 21-41. Santiago: UAH.

Revistas sometidas a comité editorial

Moyano, R. Bustamante y A. Valenzuela. 2018. ¿Por qué la mano izquierda? Fenómenos de pareidolia y astronomía en Socaire, Norte de Chile. *Surandino monográfico* 4: 1-22.

Leyton, D. y A. Valenzuela. 2017. Trayectorias del cuidado de la salud infantil. El caso de la comunidad atacameña de Toconao. *Estudios Atacameños* 55: 251-270.

Valenzuela, A. 2016. Socaire, el agua y la limpia del canal… y el clásico dilema antropológico sobre cultura y etnicidad. *Nativo digital* 1 (1): 54-66.

Villagrán, C., R. Villa, L. F. Hinojosa, G. Sánchez, M. Romo, A. Maldonado, L. Cavieres, C. Latorre, J. Cuevas, S. Castro, C. Papic y A. Valenzuela 1999. Etnozoología mapuche: Un estudio preliminar. *Revista Chilena de Historia Natural* 72: 595-627.

Actas de congresos

Valenzuela, A. 2003. Socaire: Contexto, problemas y transformaciones en la agricultura de un pueblo atacameño. *Actas IV Congreso Chileno de Antropología*, pps. 1267-1273. Santiago: LOM.

Documentos de trabajo

Ochoa, G., R. Inalef y A. Valenzuela. 2012. *Percepción de salud-enfermedad de usuarios indígenas urbanos adscritos al sistema público de salud La Florida, La Granja, La Pintana y Puente Alto*. Germina-Servicio Salud Sur Oriente. Santiago.

CONFERENCIAS

Valenzuela, A. 2020. Política indígena en un espacio étnico. Etnografía de la interacción entre negocios turísticos atacameños y la CONADI, San Pedro de Atacama, Chile. Ciclo de charlas "Historia de pueblos de América desde el Desierto de Atacama", Instituto de Alta Investigación (IAI), Universidad de Tarapacá (UTA) e Instituto de Arqueología y Antropología (IAA), Universidad Católica del Norte (UCN).

CONGRESOS Y SEMINARIOS

Valenzuela, A., M. Romo y L. Castro. 2021. Trabajo y vínculo de colaboración en torno a las reconfiguraciones étnicas y el proceso de reconocimiento del pueblo chango. Relaciones entre las comunidades de Paposo (región de Antofagasta) y caleta Barranquilla (región de Atacama) y la antropología. IV Congreso Ecuatoriano de Antropología y Arqueología, Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Quito.

Valenzuela, A. 2018. Cultura y etnicidad, diferencias conceptuales a través del caso de las comunidades de San Pedro de Atacama Seminario de Cultura e identidad. Perspectivas críticas y diálogos interdisciplinarios con la antropología. Escuela de Antropología, Universidad Alberto Hurtado, Santiago.

Valenzuela, A., Moyano, R. y Uribe, C. 2015. El agua, los cerros y el canal en Socaire: nuevas perspectivas. Simposio Espacios Rituales y Experiencias en los Andes del Sur. XX Congreso Nacional de Arqueología Chilena, Concepción.

Valenzuela, A. 2010. Los atacameños en los gobiernos de la Concertación. Conflictos sociales y transformaciones étnicas en San Pedro de Atacama (Chile). VII Congreso Chileno de Antropología, San Pedro de Atacama.

Valenzuela, A. 2010. Los atacameños en los gobiernos de la Concertación. Conflictos sociales y transformaciones étnicas en San Pedro de Atacama (Chile). I Congreso Nacional de Antropología Social y Etnología, México DF.

Valenzuela, A. 2010. Rol, impacto y relación del Estado chileno en las reconfiguraciones étnicas atacameñas de la última década. IV Congreso de la Red Latinoamericana de Antropología Jurídica Diversidad étnica y cultural: Desarrollos constitucionales, políticas y prácticas nacionales, Bogotá.

Valenzuela, A. 2008. Los atacameños en los gobiernos de la Concertación. Rol, impacto y relación del Estado chileno en las reconfiguraciones étnicas de la última década. II Congreso Latinoamericano de Antropología, Costa Rica.

Valenzuela, A. 2008. Atacameños de Calama. Experiencias de diversidad, movilidad e integración social en la ciudad de sol y cobre (2ª región de Antofagasta, Chile). VII Encuentro de Estudiantes Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), México DF.

Valenzuela, A. 2007. Atacameños de Calama. Diversidad, transitoriedad y fragmentación en las organizaciones atacameñas urbanas y su relación con el Estado chileno. VIII Jornadas de Estudiantes de Postgrado Prácticas culturales, discursos y poder en América Latina, Santiago.

Valenzuela, A. 2006. Atacameños de Calama. Diversidad, transitoriedad y fragmentación en las organizaciones atacameñas urbanas y su relación con el Estado chileno. Seminario Conflictos étnicos y nacionalismos contemporáneos en las Américas, México DF.

Valenzuela, A. 2004. Conflictos y competencias por el poder local en San Pedro de Atacama, Chile. VII Congreso Argentino de Antropología Social (CAAS), Córdoba.

Valenzuela, A. 2003. Sociedad local, municipio y etnicidad en San Pedro de Atacama. 51° Congreso Internacional de Americanistas, Santiago.

Valenzuela, A. 2002. Transformaciones sociales en la agricultura de los pueblos atacameños. VI Jornadas de Historia Andina del Norte de Chile, siglos XVI-XIX, Valparaíso.

Valenzuela, A. 2001. Socaire, el mundo de la agricultura en un pueblo atacameño. IV Congreso Chileno de Antropología, Santiago.

Valenzuela, A. 2001. Sociedad local. Municipio y etnicidad en San Pedro de Atacama. Seminario Perspectivas multidisciplinarias de la etnicidad, Arica.

ESTANCIAS ACADEMICAS

2011 Visitante académico, Maestría en Antropología Social, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Buenos Aires.

2010 Visitante académico, Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español, Universidad Autónoma de Madrid (UAM). 1° semestre.
Profesora invitada, Departamento de Historia y Geografía, Universidad de Jaén. 2º trimestre.

DICTAMINACIONES Y SERVICIO ACADÉMICO

2021 Dictamen Revista Chilena de Antropología, Universidad de Chile.

2016 Miembro Comité Editorial Revista Nativo Digital, Publicación del Laboratorio de Etnografía, Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

2013 Dictaminador Revista Contenido. Arte y cultura N° 4.

2011 Dictaminador Revista Dialogo Andino. Revista de Historia, Geografía y Cultura Andina N° 38.

DIRECCION DE TESIS

2022 Belén Velázquez, “Transformaciones en la relación cultural de mujeres Kawéskar y el mar debido a la presencia de salmoneras en la Patagonia Chilena”. Tesis para optar al grado de antropóloga social, Universidad Alberto Hurtado.
Ricardo Murga, “Caleta Finado Loreto, el arte de la recolección: “Economía y auto-reconocimiento del pueblo Chango en la periferia del sistema mundo”. Tesis para optar al grado de antropólogo social, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

2009 Patricia Pérez García, “Sexualidad y salud reproductiva en jóvenes estudiantes de Yajalón, Chiapas, 2008-2009”. Tesis de Maestría en

antropología social, CIESAS-Occidente.

BECAS

2020-2022	Beca de Exención del Arancel Diferenciado Cohorte 2020, Programa de Doctorado en Antropología, Universidad de Tarapacá.
2009	Beca Escuela Complutense de Verano, Fundación Carolina, España.
2007-2011	Beca de Doctorado por gestión propia, CONICyT.
2006-2004	Beca para estudios de Maestría en Antropología Social. Subdirección de Docencia, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) en Occidente. Guadalajara, Jal. México.

1842 1977 1000 PESOS 1000

UNIVERSIDAD DE CHILE

1842 1977 1000 PESOS 1000

Por cuanto Doña América Luko Valenzuela Rebolledo ha cumplido con las exigencias establecidas por la Universidad para obtener el grado de Licenciado en Antropología con mención en Antropología Social y ha sido en ellas aprobada con distinción.-

Se otorga el presente Diploma en Santiago a veintiocho de noviembre del año dos mil

Rector

Forma del interesado

Prorrector

NOTARIO PÚBLICO

El Prorrector de la Universidad de Chile certifica que la firma de Don(ña) Dr. Luis A. Bahamonde B. Rector Universidad de Chile

______, es auténtica.

SANTIAGO, 4 de noviembre de 2003

UNIVERSIDAD DE CHILE PRORRECTOR

PROF. DRA. CECILIA SEPULVEDA CARVAJAL
PRORRECTORA (S)
UNIVERSIDAD DE CHILE

UNIVERSIDAD DE CHILE PRORRECTOR

Legalizada en el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile

Firma del Señor Mario Ríos

MIGUEL REYES VARGAS
Oficial de Legalizaciones
10 NOV 2003

SELLO

Embajada de Mexico en Santiago de Chile Sección Consular

No. 526656 / 2085

DERECHOS

EQUIV. US$37,00.-

SERVICIO EXTERIOR MEXICANO

EL SUSCRITO: CONSUL SERGIO PEREZ PENSADO, ENCARGADO DE LA SECCION CONSULAR DE LA EMBAJADA DE MEXICO EN SANTIAGO CHILE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX CERTIFICA QUE LA FIRMA DEL SEÑOR MIGUEL REYES VARGAS, OFICIAL DE LEGALIZACIONES DEL MINISTERIO DE RELACIONES XXXPUESTO(A) EN EL(LA)XXXX EXTERIORES DE CHILE, PUESTA EN EL DOCUMENTO. ADJUNTO(A) COINCIDE CON EL(LA) QUE SE TIENE REGISTRADO(A) EN ESTA OFICINA

LUGAR	DIA	MES	AÑO
SANTIAGO CHILE	13	NOVIEMBRE	2003

NOTA: ESTA LEGALIZACION NO PREJUZGA DE LA VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL DOCUMENTO ANEXO.

FIRMA

CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ES COPIA FIEL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO A LA VISTA

02 FEB 2004

FRANCISCO ROSAS VILLARROEL NOTARIO PUBLICO SANTIAGO-CHILE

CIESAS

El Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Otorga el grado de

Maestra en Antropología Social

a

América Lukó Valenzuela Rebolledo

por haber cubierto con los requisitos
del programa correspondiente en la ciudad de

México, D. F., el 29 de noviembre de 2006

Dra. Virginia García Acosta
Directora General

CERTIFICO: Que la presente fotocopia, es fiel del original que se ha tenido a la vista.
30ª NOTARIA 23 NOV 2018 SANTIAGO DE CHILE
OCTAVIO FRANCISCO GUTIERREZ LOPEZ
NOTARIO PUBLICO TITULAR 2

JORGE MAXIMILIANO UNZUETA RIVAS
NOTARIO SUPLENTE
NOTARIA SANTIAGO
SANTIAGO DE CHILE

El presente título quedó inscrito en Tlalpan, Distrito Federal, el día 29 de noviembre de 2006 bajo el número 299 a fojas 54 del libro II.

Se otorga el grado académico en la sede Occidente, ubicada en la Ciudad de Guadalajara, Jal. el día 29 de noviembre de 2006

El Director Académico del CIESAS,

firma y sello

Dr. Ernesto Isunza Vera

CIESAS
JUÁREZ No. 87
TLALPAN 14000,
MÉXICO, D. F.

UNIVERSIDAD DE TARAPACÁ
Universidad del Estado

PROGRAMA DE POSTGRADO EN ANTROPOLOGÍA

Arica, 21 de septiembre de 2022.
DOCT ANT N° 052/2022.

Doctora
Rosa Devés Alessandri
RECTORA
Universidad de Chile

REF.: Situación académica América Luko Valenzuela Rebolledo.

Estimada Sra. Rectora:

A tiempo de saludarle y a petición de la candidata doctoral América Luko Valenzuela Rebolledo, Rut N° 13.063.253-K, perteneciente a la cohorte 2020 del programa de Doctorado en Antropología de la Universidad de Tarapacá y la Universidad Católica del Norte, le informo que se encuentra realizando la actividad de graduación. Esta actividad académica corresponde al último semestre del programa y fue inscrita en el primer semestre 2022.

La actividad de graduación comprende la presentación del libro de tesis y la defensa oral. La candidata doctoral cumplió con la entrega del manuscrito de la Tesis doctoral y el programa está en proceso de constitución de la comisión evaluadora que calificará el libro de tesis y posteriormente se la defensa oral.

Agradeciendo su atención le saluda cordialmente,

DRA. DANIELA VALENZUELA
Directora del Programa de Doctorado
Postgrado en Antropología UTA

c.c.: arch /corr.

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

Considerando que, de conformidad con los acuerdos adoptados por la Junta de Gobierno de esta Universidad que regulan la concesión de títulos propios,

Doña América Lukó Valenzuela Rebolledo

ha superado los estudios correspondientes al Curso de

La Gestión del Desarrollo Local y el Codesarrollo

desarrollado en la Escuela Complutense de Verano, se expide el presente

DIPLOMA

que acredita haber seguido con aprovechamiento las mencionadas enseñanzas que, con una duración de 100 horas, se han impartido durante el Curso Académico 2008/2009.

Dado en Madrid, a 31 de julio de 2009

El Rector,

CARLOS BERZOSA ALONSO-MARTÍNEZ

La interesada,

América Valenzuela R.

AMÉRICA LUKÓ VALENZUELA REBOLLEDO

CERTIFICO: Que la presente fotocopia, es fiel del original que se ha tenido a la vista.
30ª NOTARIA 23 NOV 2018 SANTIAGO DE CHILE
OCTAVIO FRANCISCO GUTIERREZ LOPEZ
NOTARIO PUBLICO TITULAR

JORGE MAXIMILIANO UNZUETA RIVAS
NOTARIO SUPLENTE
38a NOTARIA SANTIAGO
SANTIAGO DE CHILE

SIGNE, S.A.

DIPLOMA

El VI Congreso de la Red Latinoamerica de Antropología Jurídica
del 28 al 31 de Octubre de 2008

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO
A

AMÉRICA VALENZUELA REBOLLEDO

En calidad de Asistente
al Curso
Lógica y Argumentación
Aplicada a los Conflictos Culturales y Normativos

Dado en Bogotá - Colombia, el tres de Noviembre de 2008

ESTHER SÁNCHEZ BOTERO
Presidenta VI Congreso de la Red Latinoamericana de Antropología Jurídica

CERTIFICO: Que la presente fotocopia, es fiel del original que se ha tenido a la vista.
30ª NOTARIA 23 NOV 2018 SANTIAGO DE CHILE
OCTAVIO FRANCISCO GUTIERREZ LOPEZ
NOTARIO PUBLICO TITULAR

JORGE MAXIMILIANO UNZUETA RIVAS
NOTARIO SUPLENTE
30a NOTARIA
SANTIAGO
SANTIAGO DE CHILE

70 años

RED LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGÍA

Ethnicity and Ritual in the *Atacameños* Andes: Water, Mountains and Irrigation Channels in Socaire (Atacama, Chile)

by

América Valenzuela
Laboratorio de Etnografía, Departamento de Antropología, Universidad de Chile
avalenzuelarebolledo@gmail.com

Ricardo Moyano
Becario Postdoctoral, INCIHUSA-CCT, CONICET, Mendoza
rfmoyano@mendoza-conicet.gob.ar

Introduction

Socaire is one of the nine oases of the municipality of San Pedro de Atacama, an *atacameña* or *Lican Antay* community, are located 160 km from Calama City, southeast of the Atacama Salar in Northern Chile (23°35'28.68''S/67°52'36.10''W/3274m AMSL). The *atacameña o*rganization is formed by smaller territorial units called *ayllus*: Quítor, Conde Duque, Solcor, Yaye, Tchecar, Séquitor, Solor, Cúcuter, Poconche, Béter, Coyo and Tulor. These *ayllus* were added to the named *atacameñas* communities which were composed mostly of indigenous Andean populations [1] (Figure 1). In Inca times (CA. 1470-1532 AD), the region was part of ancient Collasuyu or the southern part of the Inca Empire called Tawantinsuyu because of its quadripartite, Atacama was of great interest to the Spanish conquistadores early on because this was a region dedicated to the production of copper and silver minerals. Among indigenous populations this is an important region for raising camelids, and agriculture particularly potatoes, quinoa and maize. The people heresupplied and maintained a section of the main Inca highway, the *Camino Real* or *Qhapaq Ñan* between San Pedro de Atacama and the valley of Copiapo (28° South Latitude), as well as the Circumpunean Area which includes southwestern Bolivia and northwestern Argentina (Aldunate y Castro 1981; Núñez 1991, 1993; Sanhueza 1992)[2].

INSERT: Figure 1. Map of general location

The Atacama region is situated east of the driest desert on earth, the Atacama Desert, a region where there has never been any recorded rainfall. Although the higher altitude regions to the east of the desert are characterized by lack of rain, there is precipitation

during the Altiplanic Winter from January to March, as well as for its high mountains and volcanoes. Mountain peaks in the sometimes exceed 5,000masl,e.g., Mt.Lincancabur (5,920m), Chiliques (5,770m), Socompa (6,051m) and Llullaillaco (6,739m), which has the highest archaeological site in the world associated with it, a Capac Hucha burial on its summit (CIADAM 1985, 2001; Reinhard 1993, 2006). The environmental conditions have broader implications for the effecting the ecologytypical of a high desert ecosystem or Puna.Communities like Socaire, located in the highlands (above 3,000m), face a complex survival relationship with the environment, which leads to the development of a social and economic organization based on the diversity of resources offered by different ecological zones (following the ideas of Castro 1998; Murray 1975, 1978) (figure 2).

Figure 2. General view of Socaire and Miscanti/Miñiques lagoons

The Atacama area has both agriculture and livestock originating back to the pre-Columbian era, related to the Andean tradition of ancestral forms of irrigation and methods of community work (*minga*) and European elements introduced from colonial times.The integration of Old World domesticated crops and animals such as alfalfa, wheat, sheep, goats and donkeys (Gundermann y González 1995). However, Socaire's geographical characteristicstodayare at a disadvantage in respect to the communication between various sectors of the Atacama Desert, particularly the lowlandsurban centers such as Antofagasta and Calama. In this context, several authors noted the impact of copper mining and non-metallic minerals in the San Pedro de Atacama area. Mining of copper and other metal such as silver displaced agricultural activities and ushered in problems regarding water managment and sulfur and arsenic contamination. In turn this fostered indigenous mobility to larger towns, brought about not only a loss of etnic identity and ancestral veneration, but also poverty and overcrowding (Gunderman y González 1995; Núñez 1992).

Despite this negative scenario, social life in Socaire is in the present day partially controlled by agricultural activities. They determined the rituals relating to the documenting the annual cycle or "sistema de cargos" and civil-religious hierarchy, such as water judges and water distributor (October-March), the *minga* who cleaned the irrigation canal (October 24-26), planting and harvesting (between August and May), and livestock.They also oversaw the major Christian festivities and feasting associated with: St. Bartholomew (August 24), Sta. Barbara (December 4), Carnival (February-March), Holy Cross (May 3), St. Juan (June

24) and St. Santiago (July 25) (Figure 3). June 24 this associated with the winter solstice, the livestock branding feast, which coincides with the cultural perception of the "short days becoming longer" (Barthel 1986; Hidalgo 1992; Moyano 2011, 2015).

INSERT: Figure 3. Calendar of Socaire (Moyano 2011, 2015)

The most important date for the *socaireños*, possibly of pre-Hispanic origin,is the cleasing of the channel in late October. On this date (24-26 Oct.). The people of the community invoke the mountains from a ceremonial center (SCC) located in the Nacimiento ravine, 5 km to the East of Socaire (Figure 4). The water ritual is performed by a specialist, called the *cantal mayor*. This individual sings and dances, (the performance is called *talatur*) in a circle around a bottle of *aloja* (a fermented introxicant made of Algarrobo (*Prosopis chilensis*), inside of a stone circle representing the landscape (*merendadero*), which includes hierarchical names of the surrounding mountains from the East in aclockwise direction. This ritual is interpreted by archaeoastronomy as a "3D Cosmogram", which includes the following categories: Above/East – Down/West, Right/Day – Left/Night, and Northern/Southern groups of mountains, in a system of imaginary lines orlocal *ceques* (Moyano 2011: 94-99; 2015: 926; following the ideas of Barthel 1986; Grebe 1996; Grebe and Hidalgo 1988; Mariscotti de Görlitz 1978; Núñez 1993; Tichy 1983).

INSERT: Figure 4. Ceremonial center of Socaire

The "system of ceques" correspond to a diagram of 41 directions or *ceques* (*zeq´e,* any kind of line in Quechua) that organized 328 *huacas* or sacred places (stones, springs, hills and palaces) in the landscape surrounding Cuzco, former capital of the Inca Empire (Bauer 1998; Bauer y Dearborn 1998; Farrington 2013, 2014; Zuidema 1995 [1964], 2011)[3]. These lines are centered on the Temple of the Sun or Coricancha (Qorikancha) or Golden Enclosure.The Coricancha functioned as the center for establishing kinship, political hierarchies, tribute and major holidays associated with a luni-solar and sidereal calendrical scheme. This system was related to *Collana*, *Payan* and *Cayao* categories, which was connected to *panacas* and *ayllus* (social groups), within a dual, ternary and the quadripartite organization that governed the endo and exogamic relationship between *hanan* (upper) and *hurin* (lower) Cuzco (Zuidema 2011). In the Andes in general,these lines are oriented in the direction of certain mountains, recognized as sacred or *huacas* (*tata-mallkus*)[4] (Moyano 2011). These mountains were culturally perceived as responsible for the rain, thunder and lightning, the wind and symbolically and literally associated mineral ore deposits realted to

the matalurgical arts (Staller and Stross 2013). They are also astronomical markers and landscape enablers of agricultural and livestock breeding cycles (Del Río 2005; Farrington *et al.* 2015; Mariscotti de Görlitz 1978; Pino 2005; Sanhueza 2004, 2005; among others). Cuzco had at least two *ushnus* (pillar, gnomon, and hole): one at Machu Picchu and the other the Sunturhuasi building in Cuzco, which allowed astronomical observations of the solar cycle on October 30 and February 13 (zenithal passages), and nadir passages on August 18 and April 26, the beginning and ending of the agricultural cycle (Zuidema 1980: 320-321, 2011: 164).

Recent research (Moyano 2011; Moyano and Uribe 2012), has focused upon understanding how the imaginary lines to the east are a mental projection of a "left human hand", delineated by the volcanoes: Tumisa, Lausa, Chiliques, Ipira (Miscanti) and Miñiques. This mimetolith was called "the hand of thunder god or Tunupa" (Moyando and Bustamante 2015), and later associated with lightning and called Illapa by the Inca (Staller and Stross 2013). Ethnographic descriptions refer to the Miñiques volcano as the lowest mountain - the viewpoint of the socaireños- in relation to the other four volcanoes or "fingers" (Moyano 2011:95, 102-103). This phenomenon could be explained by the Pareidolia, a psychological response that identifies images from chaotic elements. This "implicit image" allows human beings, from memorization and pattern recognition, to identify and distinguish known forms from a surrounding background: for example, a set of patches that resemble animals, people or parts of them, like a Rorschach test (Bustamante 2007).

The Cleaning of the Irrigation Channels

Before the cleaning of channel ceremony (October 24-26), villagers gather in assembly to elect two people called captains (*capitanes*) to be responsible for coordinated the work. They are in charge of organizing and overseeing the distribution of the labor. Captains make a hierarchical distinction in their function as leaders: the senior captain assigns each task, while the assistant captain is responsible for reviewing, refining and approving the pending tasks. Ethnographic evidence suggests there are distinctions between the roles of the senior and assistantcaptain (Barthel 1986). The first, has the supremacy and control associated with male gender or "capitán", while the assistant captain, is related to the female gender and the word "capitana". Likewise, they are associated with the musical instruments associated with the festival: the *captitan* with the "clarín" (a type of trumpet)

and the *capitana* with the "putu" (bull horn) to invoke the "sound of water that comes from the mountains" (Barthel 1986: 152).

Once elected, the captains are accompanied by a person designated as "tareador", responsible for signaling the channel for the labor of cleaning. Then the captains, the judge, and the *tareador* of water, already elected, are directed to the starting point (waterwell), in order to turn off the water an let the channel dry and begin the *minga* or communal work. Then on this last weekend of October all villagers gather in the center of Socaire and begin the cleaning. Captains take list of community members and the number ofcrop hectares, to assign sections of the channel equal to the hectares of each family or lineage group own. The villagers begin their work in the vicinity of the old chapel (Socaire's 16th-century church)[5] (Figure 5), and from there go up progressively to the water well on the following afternoon.The first 100 meters are cleaned without any special measure to a sector known as *El Chorro*, where every third year people are required to clear sediments. The villagers move quickly because they have already cleared the hardest part of the channel. Our data clearly shows the irrigation canals are culturally conceptualized as a line projected in the geography connecting Socaire with the water well in the Nacimiento ravine (5.25 km away). A *ceque* or ceremonial path linked human activities, mainly in the October festival, with sacred sources of water and mountains in the local landscape (Moyano 2011, 2015; cf. Tilley 1994). In other words, a system of imaginary lines responded to the myths and local needsof the Atacama and was related to water rights, political division of the territory, agricultural rituals and kinship.

INSERT:Figure 5. Socaire's 16th-century Church

After completing each labor the Socaireños await the review of the assistant captain, before continuing on the next task. There are times when the captain does not accept the job, because it is not unsatisfactory, and in this case people need to remove the mud and weeds accumulated in the channel wall again. Once the work is approved, the workers then go to senior captain to be assigned to another task, in another section of the channel matrix (Figure 6). This is done in rigerious order, because it is not possible to give a task in advance or clean the same section of the channel again.The work is characterized by an atmosphere of collaboration and celebration. Throughout the day people drink alcohol, like wine, beer and *aloja*. The latter is a fermentation of the fruit of Algarrobo (*Prosopis*

chilensis), a species of Andean tree from the family of *Fabaceae*, is specially prepared for this occasion. Toasted flour and coca leaves are shared with the sound of the *clarín* and *putu*, musical instruments that provide a background for the feast. The most enthusiastic villagers, provide shouts of approval atevery break of singing or playing. At noon, when the work is relatively advanced, guests and family start arriving with meats. The best food goes to the workers, because their work was particularly intense on this important holiday[6]. After lunch work resumes until sunset, then the villagers stop at the place where, year after year, an evaluation of the day is done. They then choose the "chacheros" responsible for collecting mountain grass which produces intense charring and smoke for the "cantales" ceremony the next day.

INSERT: Figure 6. Communal work in Socaire's channel

During the second day dancing and meetings take place among local families in Socaire. According to Barthel (1986: 152), such festivities were for pleasure rather than ceremonial. Nevertheless, our fieldwork confirms that the social function of drinking and eating among workers, and drinking and eating with the Mother Earth or *Pachamama,*are important parts of communal work (Moyano 2010; Valenzuela 2000). Particularly important in bringing people together. During this day, villagers clean a canal and celebrate by dancing the *talatur* in honor of the channel. They perform a water petition, completed by two specialists called *cantales,*"or those that sign" (a master and his assistant) (Barthel 1986: 156-157). Around noon community members, families and guests approach a nearby water well, called "merendadero" or ceremonial center of Socaire (CCS) and there the *cantales* perform a ceremony known as "awakening of the grandparents"[7] (figure 7).

INSERT: Figure 7. Awakening of the grandparents

In the *meredadero* the *cantales* offer food and alcohol to the *Tata Mallkus* (ancestor) or sacred mountains to the south and north in a hierarchical order (Mariscotti de Görlitz 1978: 79-80) (figure 8).

INSERT: Figure 8. Socaire's ceque system (Moyano 2011, 2015)

There are different versions concerning the number and name of the mountains, however, the consensus is that request for the coming rains by the master and his assistant moves clockwise from the southern mountains Litinque and Chiliques first and thento the northern group, and followingthe Lausa volcano it reverts to following a counter-clockwise movement (Table 1):

INSERT: Table 1. Sacred directions in Socaire (southern and northern groups)

After the day's labor,exhausted *cantales* enter slowly and solemnly to the *merendadero* to present their greetings and give thanks for the workday.*Cantales* then present greetings and invite people to join them to drink wine and chew coca leaves. After the greetings, work is resumed and people go to the direction of the water well, where they take another break and enjoy music and dance, (thanks to the *clarin* and *putu*)*, this includes* women and children from Socaire, and more *aloja* and wine. People ask for the *talatur* and request the presence of the *maestra* (women master) to lead them in singing to the sacred springs and hills with little bells called *chomorrón*. The *maestra* uses a *chomorron,* a musical instrument formed by three pairs of little bronze bells, that ring the chords to *talatur.* People embrace and form a big circle first listening to the first verses of *talatur* in *kunza* endangered language, moving from one direction to another. The *cantales* encourage the dancers by banging rods on their buttocks while playing the *clarin* and *putu* and shouting "¡Más lindo, más lindo!" (¡cutest, cutest..!).While the community of Socaire enjoys the *talatur*, the *cantales* privately make the last payments or *convidos* in the *merendadero*, where the *convidos* o *pagos* of ritual mountain offeringsare located (figure 9).

INSERT: Figure 9. *Talatur* of Socaire

During the ceremony of the "awakening of the grandparents" the *cantales* make a hole in the *covero* and deliver the first payment of the day and wait for an offering that is donated by the families of the community. Then the principal *cantal*requests offeringsof *kajtcher* at the water well from the people. The *kajtcher* is a bottle of *aloja*, from which hangs a *tuftuca* (a piece of *llama* fat), typically accompanied by a *kipe* or bag containing small amounts of seeds, corn, quinoa, wheat, and beans and coca leaves. This set is tied with a red ribbon, and with flamingo featherssymbolizing each member of Socaire's families. These are representative of age and gender categories. Black feathers are associated with adult males, while pink and red feathers are associated with adult females, while smallerwhite ones with children.The *kajtcher* delivery is a time of great formality and the protocol requires a salute to the *cantales* who in turn receive the bottle and drink (*convidar*) when invited to the channel. Then *cantales* serve a glass of *aloja* and raise their righthand toward the mountains and the earth, *Pachamama.* They invite people to smoke, drink and chew coca leaves, then kneel and pray the "Our Father" while viewing the mountains. At this time the *controls* might offer the first payment. Everyone then follows the officials to the beginning

of the *cerro grande*, represented by a large stone at *merendero's* shore, and then continue on with the other sacred elements from the landscape. Each *convido* to the mountains is syncretized with Christian prayers and with salutes to the Mother Earth (*Pachamama*), the channel and the ancestors (*abuelos*).Ultimately they remove the flamingo (*Phoenicopterus andinus*) feathers and slop *kajcher*, the *llama* fat, into a *covero* fire repeatedly, once for each of the mountains and springs located between Chile, Bolivia and Argentina, while they chant the following verse:

> *"(...) reciban todos esta hojita y alojita todos los tata cerros, más alegre y más contento porque hoy es tu cumpleaños Tata putarajni, para que dé más agüita el tata putarajni, en el nombre del Padre, del hijo y del espíritu santo, amén*" (*Cantal mayor*, Socaire).

This specialized knowledge of the the landscape, could be interpreted as a magical relationship with the mountains, through their symbolic contact with them.

> *"…cuando invitan a tomar a todas las divinidades y mientras van derramando gota a gota el trago por el suelo, (...) recogen nombre por nombre todos los lugares de su territorio y los insertan en un espacio más vasto y lleno de fuerzas, mediante la recitación casi interminable de cada lugar, cada recoveco donde se reconoce un poder especial. No es una simple enumeración del espacio, sino que van llamando a estos lugares para que desempeñen cada uno una función propia"* (Harris y Bouysse-Cassagne 1988: 259).

After the ceremony of the *cantales*, workers and community are told to come back to the *merendadero.* The *socaireños* are invited one by one to deliver greetings to the *cantales* and then listen to the final speech. The major *cantal* delivers an emotional speech highlighting the high and low points of the celebration.The *cantal* also celebrates the respectthat the community has had by follow established traditions, performing good work, and providing space for the communal lunch. Finally, people come together to share food and drinks, and after that, the *cantales*, *capitanes*, and farmers go to the water well to get water. The opening of the channel gates is done with aplomb and enthusiasm. But when *cantales* give *convidos* to the mountains, this moment is mixed with great anxiety and excitement. People often scream when the water rushes into the canal is afast moving flow filled with sediment. After the giving of the water, people return to the village for a

ceremonial channel cleaning accompanied with a social dance at the local headquarters. Some *socaireños*, particularly those most engaged in the preceeding work, accompany the water down, drinking *aloja*, flirting, dancing and singing the *talatur*. The water is received with singing and shouting, amid a feast on the banks of the canal at sunset. Lower down the hill, youths burn patches of grass to illuminate the slope of the hill and to signal that the water is going down. The night people accompany the water with shouts and applause in the middle of the main square singing the *talatur* in the middle of the main square well into the night.The sound of the *cumbias* is the signal that the ceremony of October is over.

Contemporary Power and Ethnicity in Socaire

There is not doubt that the ceremony of channel cleaning is the most important social event in Socaire. Cleaning the canal, invoking the mountains,which are the source of the water, is part of syncretism of ideas that combineaspects of indigenous and Christian traditions.

Hidalgo has indicated that in October is possible to understand the community as:

> *"(...) en acción, ante la eventualidad de concretar una obra o realizar una tarea en beneficio del colectivo, en el cual los hombres y mujeres que participan se movilizan aportando su esfuerzo personal. El trabajo comunitario es un rasgo del grupo que refuerza su espíritu de cuerpo, la identidad y pertenencia a una comunidad determinada*" (Hidalgo1992: 161).

Although the agricultural production decreases each year thereby systematically decreasing the *campesino's* need of water for irrigation, the ceremony of cleaning of the channel affirms the atacameños claims for land, particularly since the adoption of indigenous rights in Chile (N° 19.253)[8]. In this sense, the cleaning of the channel not only benefits farmers that need water for agricultural production, it has relevance for the entire community, even the those who have moved to cities of Calama and Antofagasta. Thus, the participation in the October ceremony has more social implications than agricultural, it plays a large part in the process of ethnic vindication and identity in this Atacama region.

Historically the *atacameños* has been characterized by a sparse population and living spaces of little or no interest to the state officials. This is marginal frontier region on the edge of a desert, unsuitable for life. This is the impression federal authorities have projected of the *atamameños* in the national mentality.It is often reversed, praticullarly when these "indigenous" become the subject of a policy based on the recognition of

cultural difference. As Bolados has indicated; "*ahora y desde una perspectiva de discriminación positiva, pasaron a constituirse en ciudadanos de primera*" (Bolados 2010: 82). The author notes that the process of a claim coincides with other social movementsushered in during the 1990's,afterprevious military dictatorships, the beginning of a democracy in Chile. This resulted in a social platform for indigenous societies, previously stigmatized and this platform becamea path for ethnic struggle and positive recognition.This apparent when we consider that several anthropology and archeology departments have courses and the speeches of local elites are embued with the historical continuity and cultural traditions of the Atacama region.With regards to the archaeological discourse and ethnic consciousness in *San Pedro de Atacama*, Ayala (2007, following Uhle 1903) has noted that the Atacama Desert is a cultural area with prehistoric origins: as evident by landscape modifications and ancient archaeological sites throughout the regionsome dating back to 600 B.C. (see also Staller 2005). These ideas were later taken up in the 1930s by Oyarzún and Latcham, who then used archaeological excavations to define the "Cultura Atacameña" (Atacama Culture) (Ayala 2007:46).

The archaeological and ethnohistorical records continued to influence the scientific paradigm, governed by an idea of cultural continuity within the anthropological discipline in Chile (Castro 1998: 9). Therefore, Mostny's ethnographic researchin a little town located south of Socaire (1954) called "Peine, un pueblo atacameño", became a classic of the Chilean ethnography by describing important aspects of the indigenous lives of the Atacama oasis. Something similar happened when the Jesuit Gustavo Le Paige, who became pastor in San Pedro de Atacama in the 1950's, began archaeological research and constructionedan archaeological Museum (R.P. Gustavo Le Paige Archaeological Museum). Le Paige inaugurated a tradition that is now known as "estudios atacameños" (*atacameños* studies), characterized by collections of cultural artifacts and the excavation of human remains. In the first National Congress of Chilean Archaeology, which took place in San Pedro de Atacama in1963, Le Paige defended his thesis of the pre-Hispanic origin of the *atacameños*. However the conference attendees agree with no equate the ethnic categories with pre-Hispanic cultures. They want to substitute the denomination of "Cultura Atacameña" by "Complejo Cultural San Pedro" (Ayala 2006: 47). Despite this clarification, the academics remain unclear with reference to the ancient inhabitants of San Pedro de

Atacama particularly with the discovery of ancient ceramic fragments, textiles and funerary complexes (Castro 1998: 10). The archaeological research of Le Paige has beenespecially criticized by researchers who ascribe to John Murra's (1972 [1975]) "Andean Verticality" model of Andean political economy which enriched discussion surrounding indigenous ethnic diversity and the mobility of Andeans (coastal, valley, desert, and mountain areas), and it incorporated historical variation into archaeological studies. This paradigm shift in Chilean archeology, lead to the conclusion that cultural composition in the Atacama region is mix of various populations and traditions, moving across the landscape from the altiplano to the desert and the coast. Therefore, the idea of cultural continuity in archaeology, is unsustainable. In the last two decades, more researchers are contributing to our understanding of indigenousethnicity and in the process revitalizing certain indigenous traditions. Until the 1990s indigenous populations were of little interest, i.e. the ceremony of cleaning of the channel. In this sense, the atacameña's concept of ethnicity is linked to resistance, cultural continuity, and ethnic affections (Castro 1998; Muñoz 1993).

A second group of studies frames the *atacameños* in ethnic instrumentalism (Bartolomé 2006), which is that the indigenous are interested in participating in the national society, because of their ability to manage favorable positions within the policies of the government of the center-left political parties, called "*Nueva Mayoría*" (New Majority). Various experts on the indigenousissue such as Boccara (2007, 2011), Bolados (2010), and Gundermann (1995, 1997, 2004), have agreed with the primacy of the ethnic instrumentalism in Atacama as related to the necessity of the new Chilean democracy after dictatorship (March, 1990). The result was the *atacameños* leaders, became enpowered thanks the management of symbolic and material capital in the area of San Pedro de Atacama. A closer review of local historical processes in reference to ethnography (Morales 2010, 2013; Núñez 1992; Rivera 2005, 2006), proposed that ethnicity in Atacama is not a product of cultural continuity orby the visibility of the State, but rather a contemporary social construction powered by the social pact between the State, pastors, farmers and workers in Atacama. On the other hand, indigenous people have been integrated into the Chilean State since the late XIX. Specificly, Morales (2010, 2013) has shown that ethnicity in San Pedro de Atacama today, is the result of the appearance of a twenty year scenario linking the resolution of issues between indigenous and non-indigenous. But the social fieldwe call "ethnicity" is useful in

mitigating the differences between indigenous, federal, private corporations, and national society, and in adjusting the differences and internal fragmentations of the *atacameños*.Indigenous leaders traditionaly used the archeology and agricultural practices in their speeches to legitimize cultural narratives as in the ceremony of cleaning channel of San Pedro de Atacama, Alto Loa, and Calama areas, reinforcing their ethnic and self-identity as owners of a territory and heirs of a common history. In other words, the cultural diversity and historical autonomy of the Atacama indigenous communities (Valenzuela 2006:210).

This statement makes sense when we visualize the issue of ethnicity in the *atacameña* narrative and its reference to the strength and vitality of indigenous traditions. Especially indigenous leaders, who struggled with federal authorities regarding their natural heritage (sites and archaeological objects), intangible heritage (traditions, customs, and activities), as well as thestate and private investment related to archaeological and natural parks tourism, and agreements with mining, energy and astronomy projects. However, the "common people" (la masa indígena) do not necessarily share the benefits of such investments. Morales (2010) has noted this group is far removed from the level of discourse and narrative of the *atacameña* elite, causing Vázquez, to note that "the notions of indigenous, ethnicity and nation" not only belong to the speech of educated people and those able to act in the political sphere. Concepts are also needed which define their ethnic domination (Vázquez 2010: 11).

Finally, in a study about mobility systems of grazing llamas in the Atacama Highland, Morales (1997) has shown a strong relationship between archaeological sites and local customs. For pastoralists from Talabre, Camar, and Socaire, as well as for communities south of San Pedro de Atacama, places with remains, tombs, or rock art, are identified as sacred places or spaces of "gentiles" (ancestors). This speech is mainly handled by elders and adults who express fear to visit these places, because the *gentilares* are inhabited by the "abuelos" or "tata abuelos" (grandfathers).These correspond to the spirits of nature, which are also linked to the mythical ancestors, recognized as powerful and and capable of generating diseases, punishing people, promoting rains and water, and caring for livestock and crops. Therefore the people need to ply these ancestors, with coca leaves and alcohol to allow the regeneration of resources. This animistic conception of the environment, is used

to reinforce a hierarchical status within the *atacameña* communities and in the words of Morales (1997), permits the legitimization of the political differences of ethnicity. Therefore it should not be treated as cultural continuity, but instead as a result of struggles and local ethno-political processes of the Atacama communities (Bolados 2010: 93).

The cleaning of channels in Socaire represents one of the most important ritual activities in the social life of the community. Not only because of the importance of the event in the reproduction and continuity of the agricultural cycle, but also because of the resulting cohesion between the community and its ethnics referents, such as the water and mountains. When we refer to the importance of the cleaning of channels in terms of ethnicity, we must not think that this is only a set of elements with some historical continuity, but also the importance of the channel cleaning lies in the strong connection of this ceremony with the sense of belonging to the *atacameño*. At the end of the 1990s, when the ethnic claiming processes among the *atacameños*became positive and appealing, an activity as vital as the cleaning of channel acquired a central political dimension in defining what is known as "genuine" and as indigenous. This perception of the differenciation among the Atacama people, established by the contact and interaction with others, (Barth 1976) is the result of the relationship between the indigenous and the Chilean State, i.e., the relationship between the ethic and their stereotypes (Gundermann 1995).

These types of rituals mediate the processes of transformation, from indigenous identity to an art of cultural heritage in the Antofagasta province, in turn generating a sense of belonging among the *atacameños* as possessors of a heritage rooted in the time.The most noticeable effect of these processes in the *atacameña* communities, has been the generation of a capacity for organization and institutionalization of aspects of indigenous social life. The ceremony of cleaning of channels is a prime example of this process. In this way, through the ritual is legitimized giving meaning, like never before, to the ethnic discourse in Atacama: thanks to the myths of origin, belief in certain spirits, and the cult water and ancestors. Therefore to the *socaireños* the inderlying importance of the cleaning of channel is the knowledge and experience transmitted by generations, not in the sense of historical and cultural continuity, but rather as a process of reinterpretation and self-identification against the others, i.e., the people and State. We are then presented with an unstable *atacameño* subject undefined by anthropological schemas,which equated the culture with a

territory or a language. The actors in the October ceremony are a prime example, consisting of not only the *socaireños*, but also relatives, friends and people from other communities, including anthropologists and archaeologists, that sometimes are not well received. In particular, restricted access to the feast and the ceremonial center is an example of symbolic power that the *atacameños* hold against the 'other' and also involves the recovery of traditions or as they say "doing things as the grandparents" (commoner of Socaire, personal communication 2010).

The important thing here is not if the *socairenos* have had a cultural history, whether pristine or unrelated to cultural syncretism, but if,from the ceremony of cleaning of channels, the community members have been able to raise a sense of ethnicity against the Chilean State that has discriminated against them systematically. Here, the current conception of the October ceremony, not only allows the *socairenos* projection against the label of 'otherness', but also generates a sense of identity within the policies of the modern Latin American neoliberalism.The Chileans grouping of the socaireños as "Bolivians, drunks, blacks, lamas, and dirties" is then called into question. These names are, unfortunately, still are used in the North of Chile today to refer to the culturally distinct communities of the deserts and mountains.

Conclusions

Our research on the October ceremony of channel cleaning channel in Socaire, indicates that itrepresents the most important ritual and political activityamong the atacameños. First, the ceremony recognizes the deep knowledge *socairenos* have of their natural environment (highland desert), hyderology and irrigation that managehighly complex agricultural system for generations. Water and the management of the natural landscape have a profound significance in the social, material and productive community life. Another dimension is the importance of the October ceremony itself, to the cleaning of the channels which is linked with ethnic identity and cultural recognition of symbolic associations and power relationships of mountains and water. They are responsible for meteorological cycles and human survival. The participating *cantales*, have to make *pagos* or payments and *convidos* to venerate sacred places in nature which often defined a system of local ceques.

Socaire's *ceques* system is then delineated by the existence of lines projected out to visible and non-visible points in the landscape. These setsof lines have two centers. One is located

in the ceremonial center or *merendadero*, in the vicinity of the water well in the Nacimiento ravine, while the second is likely located in the courtyard of the 16th century Socaire's church. Ethnographical research suggests these lines are perceived as an "area of protection for *convidos"* or lines of offering to the mountains. These lines, serve not only to establish a direct relationship between the *cantales* (ritual specialist) and sacred landscape, but also link different *mallkus* or sacred mountains,not visible from Socaire that define the territorial limits of the community. Finally the validity and centrality that the cleaning of channels has to *socaireños* relates to the ethnic claim processes. In the last two decades, the Chilean State authorities must now recognize the moral debt to indigenous peoples and provides opportunities for dialogue, tolerance and reconciliation of cultural differences. Although this context has shown its own paradoxes, we must recognize that it opened the way for dialogue between the central government and the *atacameños.* The old stigma of the indigenous is currentlypositive, creating the possibility *atacameños* can maintain their cultural tradition though the social life, i.e., the ceremony of cleaning of channel. It has come to be revitalized and perceived in terms of power and political autonomy, within multi and pluri-ethnic processes. At the same time, it provides anthropology and cultural studies a new dynamics for our understanding of so-called ethnicities in the Andean region.

Acknowledgements

We would like to thank the indigenous community of Socaire, especially to Josefa Cruz and her family, Aliro Plaza, Yanet y Gustavo Cruz, Elsa and Silvestre Varas, Dina Tejerina, Berta y Gladys Cruz and the *cantal* Laureano Tejerina (R.I.P), and the field photography of Rodrigo Azócar and Ricardo Moyano. Special thanks to the council of the *atacameños* people and all the communities of San Pedro de Atacama in their important struggle for indigenous rights.

REFERENCES

Aldunate, Carlos y Victoria Castro.1981. *Las chullpas de Toconce y su relación con el poblamiento en el Loa Superior. Periodo Tardío*. Ediciones Kultrún, Santiago.

Ayala, Patricia. 2007.Relaciones entre atacameños, arqueólogos y estado en Atacama (norte de Chile)". *Estudios Atacameños*33:133-157.

Barth, Frederik. 1976. *Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales*. México: Fondo de Cultura Económica.

Barthel, Thomas. 1986. El agua y el festival de primavera entre los atacameños. *Allpanchis* 28 (XVIII):147-184.

Bartolomé, Miguel. 2006. Los laberintos de la identidad. Procesos identitarios en las poblaciones indígenas. *Avá* 9:28-48.

Bauer, Brian.1998. *The sacred landscape of the Inca*. Austin: University of Texas Press.

Boccara, Guillaume. 2007. Etnogubernamentalidad: La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara* 39(2):185-207.

Boccara, Guillaume and Paola Bolados. 2011. ¿Qué es el multiculturalismo? política étnica y pueblos indígenas en el Chile neoliberal. *Revista de Indias*250 (LXX):651-690

Bolados, Paola. 2010. *Neoliberalismo multicultural en el Chile democrático: Gubernamentalizando la salud atacameña a través de la participación y el etnodesarrollo*. PhD. Thesis in Anthropology, IIAM-UCN, Chile.

CIADAM (Centro de Investigaciones Arqueológicas de Alta Montaña). 1985. *El enigma de los santuarios indígenas de alta montaña. Revista del CIADAM 5*. San Juan, Argentina.

___2001. *Revista del CIADAM 6 (Años 1987-1999)*. San Juan, Argentina.

Castro, Victoria. 1998. La dinámica de las identidades en la subregión del río Salado, Provincia de El Loa, II region. In *Encuentro Nacional Interinstitucional de Investigadores de Identidades Culturales*. Manuel Dannemann, ed. Pp. 5-50. Santiago, Universidad de Chile.

Bustamante, Patricio. 2007. Pareidolia y apofenia como fenómenos extendidos y como herramienta de análisis de obras rupestres y sitios arqueológicos pertenecientes a diversas culturas. *Rupestreweb*: http://www.rupestreweb.info/pareidolia2.htm

Del Río, Mercedes. 2005. *Etnicidad, territorialidad y colonialismo en los Andes: Tradición y cambio entre los Soras de los siglos XVI y XVII*. IEB-IFEA, Bolivia.

Farrington, Ian.2013. *Cusco. Urbanism and archaeology in the Inka world*. University Press of Florida.

___2014. The centre of the world and the Cusco ushnu complexes. In *Inca sacred space landscape, site and symbol in the Andes*. Frank Meddens, Katie Willis, Colin McEwan and Nicholas Branch, Eds. Pp. 197-207. Archetype Publications.

Farrington, Ian, Ricardo Moyano and M. Gustavo Díaz. 2015.El paisaje ritual en El Shincal de Quimivil. La importancia de los estudios arqueoastronómicos. In *una capital Inka al sur del Kollasuyu: El Shincal de Quimivil.* Rodolfo Raffino, Lidia Lácona,Reinaldo Moralejo, Diego Gobbo andMa. Guillermina Couso, eds. Pp. 41-61. Dirección Provincial de Antropología, Provincia de Catamarca - Museo de la Plata - Fundación de Historia Natural Félix de Azara, Argentina.

Gundermann, Hans. 1995. Comunidad indígena y ciudadanía. La experiencia aymara en el norte de Chile. Cusco: Instituto de Pastoral Andina. *Allpanchis* 46:91-130.

___1997. Etnicidad, identidad étnica y ciudadanía en los países andinos y el norte de Chile. Los términos de la discusión y algunas hipótesis de investigación. *Estudios Atacameños* 13:9-26.

__2004. Inicios de siglo en San Pedro de Atacama: Procesos, actores e imaginarios en una localidad andina. *Chungara* 36(1):221-239.

Gundermann, Hans y Héctor González.1995. Tierra, agua y sociedad atacameña, un escenario cambiante. In *Agua, ocupación y economía campesina en la región atacameña*. Pierre Pourrut and Lautaro Núñez, eds. Pp. 78-106.Antofagasta, UCN.

Grebe, María Ester. 1996. Patrones de continuidad en el mundo surandino: creencias y cultos vinculados a los astros y espíritus de la naturaleza. In *Cosmovisión andina*. Pp. 205-220. Centro de Cultura, Arquitectura y Arte Taipinquiri. La Paz, Bolivia.

Harris, Olivia and Thérèse Bouysse-Cassagne (1988). Pacha: en torno al pensamiento aymara. In *Raíces de América: El mundo aymara,* Xavier Albó, comp, Pp. 217-274. Madrid: Alianza Editorial.

Hidalgo, Blas. 1992. *Organización social, tradición y aculturación en Socaire. Una aldea Atacameña*. Undergraduate thesis, University of Chile.

Mariscotti de Görlitz, Ana María. 1978. *Pachamama santa Tierra*. Indiana 8. Gebr. Mann, Berlin.

Morales, Héctor. 1997. *Pastores trashumantes al fin del mundo. Un enfoque cultural de la tecnología: en una comunidad andina de pastores*. Undergraduate Thesis of Anthropology, University of Chile.

___2010. *Etnopolítica en Atacama. Laberintos de la etnicidad atacameña en Chile*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde Am Fachbereich Geschichts- und Kulturwissenschaften Lateinamerika-Institut (LAI) Altamerikanistik der Freien Universität Berlin.

___2013. Construcción social de la etnicidad: Ego y alter en Atacama. *Estudios Atacameños* 46:145-164.

Mostny, Grete. 1954. *Peine un pueblo atacameño*. Publicación N°4 del Instituto de Geografía, Facultad de Filosofía, Universidad de Chile.

Moyano, Ricardo. 2010. *La Mano de Dios en Socaire: Estudio de un Calendario Agrícola en Atacama, Norte de Chile*. Master Thesis, ENAH, México.

___2011. Sub-tropical astronomy in southern Andes: the ceque system in Socaire, Atacama, northern Chile. In *IAUS 278 Archaeoastronomy and ethnoastronomy: Building bridges between Cultures*. Clive L.N. Ruggles, ed. Pp. 93-105. Cambridge University Press.

___2015. Landscape, mountain worshiping and astronomy in Socaire. In *Handbook of archaeoastronomy and ethnoastronomy.* Clive L.N. Ruggles, ed. Pp. 921-929. Springer Science+Business Media New York.

Moyano, Ricardo and Carlos Uribe. 2012. El volcán Chiliques y el "morar-en-el-mundo" de una comunidad atacameña del norte de Chile. *Estudios Atacameños* 43:187-208

Moyano, Ricardo and Patricio Bustamante. 2015. Fenómenos de pareidolia en Socaire, norte de Chile. In *ActasIII Jornada Interamericana de Astronomía Cultural*, Río de Janeiro, Brasil. Manuscript.

Muñoz, Bernardo. 1993. *Procesos de cambios sociales en el área de San Pedro de Atacama. Pérdida y recuperación de la identidad étnica. Una contribución antropológica para el desarrollo*. Holanda: Universität en Tübirgen.

Murra, John V. 1972 [1975]. *Formaciones económicas y políticas del mundo andino.* Instituto de Estudios Peruanos.

___1978 *La organización económica del estado Inca*. Siglo Veintiuno Editores, México.

Núñez, Patricio.1991. Sobre economía prehispánica de Socaire, Norte de Chile. In*Actas del XI congreso de arqueología chilena.*Museo Nacional de Historia Natural, Sociedad Chilena de Arqueología, Santiago de Chile, Pp.201-210.

___1993. Un canal de regadío incaico: Socaire - Salar de Atacama. In*Actas del XII congreso nacional de arqueología chilena.* Boletín 4, Museo de la Araucanía, Pp. 145-149.

Núñez, Lautaro.1992. *Cultura y conflicto en los oasis de San Pedro de Atacama*. Editorial Universitaria, Santiago.

Pino, José. 2005. El ushnu y la organización espacial astronómica en la sierra central del Chinchaysuyu.*Estudios Atacameños* 29: 143-161.

Reinhard, Johan. 1983.Las montañas sagradas: un estudio etnoarqueológico de ruinas en las altas cumbres andinas. *Cuadernos de Historia* 3: 27-62.

___1993. Llullaillaco: an investigation of the World's highest archaeological site. *Latin American Indian Literatures Journal* 9(1): 31-65.

___2006. *The ice maiden: Inca mummies, mountain gods, and sacred sites in the Andes*. National Geographic Society.

Rivera, Francisco. 2005. Anti-flexibilización con identidad/alteridad. La cuestión étnica atacameña contemporánea y su contexto neoliberal-flexible". *Revista de Antropología Experimental* 4: 1-17.

___2006. Entorno liberal y la alteridad étnica anti-flexible de los atacameños contemporáneos. *Revista Chilena de Antropología* 18: 59-89.

Sanhueza, Cecilia. 1992. Tráfico caravanero y arriería colonial en el siglo XVI. *Estudios Atacameños* 10:173-187.

___2004. Medir, amojonar, repartir: territorialidades y prácticas demarcatorias en el camino incaico de Atacama (II Región, Chile). *Chungara* 36 (2): 481-492.

___2005. Espacio y tiempo en los límites del mundo, los incas en el despoblado de Atacama. *Boletín del Museo Chileno de Arte Precolombino* 10(2): 51-77).

Tichy, Franz.1983. El patrón de asentamientos con sistema radial en la meseta central de México: ¿Sistemas ceque en Mesoamérica? *Jahrbuch för Geschichte von Staat, Wirtschaft und Gesellschaft Lateinamerikas* 20:61-84.

Tilley, Christopher. 1994. *A Phenomenology of landscape: Places, paths and monuments*. Berg,Oxford.

Valenzuela, América. 2000. *Socaire: Contexto, problemas y transformaciones en la agricultura de un pueblo atacameño*. Informe Final de Práctica Profesional en Antropología Social. Universidad de Chile, Santiago

___2006. *Atacameños de Calama. Diversidad, transitoriedad y fragmentación en las organizaciones atacameñas urbanas y su relación con el estado chileno*. Master Thesis. CIESAS, Guadalajara.

Vázquez, Luis. 2010. Multitud *y distopía. Ensayos sobre la nueva condición étnica en Michoacán*. UNAM, México.

Zuidema, R.Tom. 1980. El ushnu. *Revista de la Universidad Complutense* 28:317-362.

___1989. *Reyes y guerreros: Ensayos de la cultura andina.* Lima: Fomciencias.

___1990. Ceques and Chapas: an Andean Pattern of Land Partition in the Modern Valley of Cuzco. En *Circumpacifica Festschrift für Thomas S. Barthel,* B. Illius y M. Laubscher (Ed.), pp. 627-643, Peter Lang, Frankfurt

___1995 [1964]. *El sistema de ceques del Cuzco.* Ernesto Salazar, trad. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

___2011. *El calendario Inca. Tiempo y espacio en la organización ritual del Cusco, la idea del pasado*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú.

[1]The last National Population Census of 2002 indicates that the atacameños number 21,015 people, of which 13,874 live in the region of Antofagasta, that is 66% of its total population. The atacameños are distributed as follows: Antofagasta 1,203; Mejillones 25;Sierra Gorda 37; Taltal 35; Ollagüe 4; San Pedro de Atacama 2,862; Tocopilla 25; María Elena 25 and Calama 9.658 (8,747 urban and 911 rural); which reveals that the current Atacama residence has an orientation toward the urban (INE 2005, http://www.ine.cl/)

[2]The Tropic of Capricorn in 1500 AD. was around latitude 23°30'S, only 10 km north of Socaire.

[3]In calendrical terms, number of 328 is equal to 12 sydereal lunar months of 27.3 days. The remaining 37 days to computing the 365 solar year, are completed with the period of invisibility of Pleiades, between May 3 and June 9, date that coincide with the beginning of the ceque calendar in Cuzco (Zuidema 2011).

[4]The *mallku* or *tata mallku* is associated among the Atacameños as spirits and mythical ancestors, that inhabiting spaces or sacred places like mountains, waterfalls, rivers and even stones. They are recognized for having great powers and abilities for sicken and punish to humans, but also bestow protection, health and

good climate for agricultural production and livestock care. However, in return must be a "pago" or offering in coca leaves and alcohol (Valenzuela 2000).

[5] Archaeo-astronomical data demonstrates that the orientation of the Socaire's church it is defined by the location of Miñiques volcano (5,927 m AMSL), identified as a condor or an human face (Moyano 2010, 2011, 2015).

[6] The rest is defined by a circle of stones similar to the ceremonial center, described in the ceremony of rains (Moyano 2010:53).

[7] The CCS is formed by: 1) a plane surface surrounded by a circle of rocks (5.5 x 4.3 m) called *merendadero*; 2) a vertical rock known as *cerro grande*, at north of *meredadero*; 3) a rock of 1.0 x 1.5 m that symbolized the Chiliques volcano; 4) an area called *covero*, south of *merendadero*, where the *cantales*burn wood, coca leaves, and flamingo feathers; and 5) a system of seating formed by rocks, at north of *merendadero* (Barthel 1986; Hidalgo 1992; in Moyano 2011: 98).

[8]http://www.conadi.gob.cl/documentos/LeyIndigena2010t.pdf (accessed on February 3, 2016).

Certification of Publication

Es un placer confirmer a ustedes y al Drs. Valenzuela y Moyano en sus participación en el libro *Andean Foodways:Interdisciplinary Approaches to Pre-Columbian, Colonial, and Contemporary Food and Culture*, editado por John E. Staller y Robert Bradley. Este es un libro importante porque la comida y la cultura andina solamente ahora han llegado a ser ampliamente conocidos y apreciados. Este libro va a estar publicado por University Press of Florida. El libro estará en producción por verano de este año y en presa por septiembre de 2017.
A continuación ofrecemos una lista del título y el resumen, junto con una lista de los participantes. Por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros si necesita cualquier información adicional.
Atentamente,
John E. Staller y Robert Bradley

Andean Foodways: Interdisciplinary Approaches to Pre-Columbian, Colonial, and Contemporary Food and Culture
Edited by John E. Staller and Robert Bradley

Volume Abstract
Pre-Columbian cultures in the Andes had strong cultural and religious ties to their surrounding landscape and the natural world. Veneration of the natural world in terms of a sacred landscape, continues to have particular cultural and religious meaning among various Andean cultures and societies. Food crops and cultigens which sustained life were often perceived as a sacred, and their associated preparation a ritual act. Such worldviews reaffirm the diversity and complexity of Andean foodways, their cultural meanings and the significance of certain plants and local cuisines to ethnic identity. The surrounding literature has largely documented the economic and symbolic complexity of the natural world as well as the social importance of feasting, rituals and rites among contemporary and pre-Columbian societies. Subsequently, cultural perceptions and beliefs regarding the natural world and their associated plants and cuisines were modified and replaced to varying degrees by the Spanish conquest and introduction of foreign plants and animals. Contributors to Andean Foodways present interdisciplinary evidence which explores and examines the cultural and historic roles of plants and food, how they were transformed, and in some cases maintained, after the conquest of the New World. There has been growing acknowledgement that specific foods and cuisines have important cultural and ideological significance and, like language and art, often convey complex social meanings as well as provide critical information about long-distance interaction and the rise of social complexity. Research from diverse regions of the cordillera provides interesting examples of the diversity of Andean cultures. They also underscore such diversity with regard to the importance of foodways and how plants are used and consumed indifferent regions during the annual cycle. The research presented herein reveals many aspects of culture, past and present, as well as how such culinary traditions, rituals and rites were transformed by the introduction of exotic plants and animals. Contributors analyze foodways in the context of prehistoric, historic and contemporary Andean culture, with examples of how domesticates, cuisines, their preparations and basic ingredients continue to influence present day foodways and regional tastes throughout the world.

Chapters:

1) "*Food Processing and Nutrition: Maize in the Andes*", **John E. Staller** (Botanical Research Institute of Texas)
2) "*Imperial Appetites and the Transformation of Inca Foodways*", **R. Alan Covey**, (University of Texas, Austin).

3) "*The Life Catfish in Pre-Columbian Moche Art and Culture*", **Robert Bradley**, (University of Texas, Rio Grande Valley)
4) "*Camelids as Food and Wealth: Emerging Political and Moral Economies of the Recuay Culture*", **George Lau**, (University of East Anglia, Norwich, UK)
5) "*Fermented Intoxicants and other beverages among Hispanic and Indigenous cultures in the Audiencia de Quito, and their Roles in Rituals and Rites*", **Juan Martinez Borrero**, (Universidad de Cuenca, Ecuador)
6) "*Pachamanca: A celebration of Food and the Earth*", **Matthew Sayre & Silvana A. Rosenfeld**, (University of South Dakota)
7) "*Ancient Paria: A Good Place to Rest the Royal Inca Highway*". **Renée M. Bonzani** (University of Kentucky)
8) "*Ethnopolitics and Ritual in the Atacameños Andes: Water, Mountains and Irrigation Channels in Socaire*", **Ricardo Moyano** & **América Valenzuela**, (UNAM, México)
9) "*Dining Tiwanaku Style: Cuisine and Foodways in Tiwanaku Culture*", **Paul S. Goldstein** & **Giacomo Gaggio** (University of California, San Diego)
10) "*Introduced Species as Food Heritage in Humahuaca Ravine, Jujuy Province, Argentina*", **Alejandra Lambaré**, **María Lelia Pochettino**, & **Nilda D. Vignale**, (Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional de Jujuy & CONICET)
11) "*Cuisine and Social Differentiation in the Late Prehispanic Cajamarca Highlands of Northern Peru*", **Jason L Toohey**, (University of Wyoming)
12) *"Interpeting Early Intermediate Period Coastal Peruvian Diets on the basis of Portable X-ray Flourescence Spectronomy and Stable Isotope Analysis"*, **Theresa J. Gilbertson** & **Robert H. Tykot**. (University of South Florida)

Summary and Conclusions on Andean Foodways Food and Culture: *John E. Staller, (Botanical Research Institute of Texas) & Robert Bradley, (University of Texas Río Grande Valley)*

La Contribución de Drs. América Valenzuela y Ricardo Moyano:

ETHNOPOLITICS AND RITUAL IN THE ATACAMEÑOS ANDES: WATER, MOUNTAINS AND IRRIGATION CHANNELS IN SOCAIRE

América Valenzuela PhD Program in Anthropology, CIESAS, México
avalenzuelarebolledo@gmail.com y Ricardo Moyano, Postdoctoral Fellow, INCIHUSA CCT, CONICET, Mendoza rfmoyano@mendoza-conicet.gob.ar

The water in the indigenous community of Socaire (Antofagasta Region, Chile), as well in other communities in the Atacama Desert, is a very important resource for the development of agriculture and livestock. Water has historically played a major role in terms of its symbolic manifestations and associated rites and ritual contexts. After the beginning of the agricultural year, in late October, the local *atacameños* celebrate the cleansing of irrigation canals with a ceremony, which renews their commitment to the mountains (*mallkus*), and the tutelary spirits of the community. These spirits provide the necessary water for life. From this Andean ritual we introduce ethnographic and archaeoastronomical evidence focused upon the symbolic, political and cultural complex, and how these have reference to the agricultural cycle

and its relationship with the surrounding landscape, i.e. water and mountains, as a possible Inca *ceque* system. We avoid primordialist approaches to culture, that attempt to demonstrate that symbolic elements related to the water and channels, are related to contemporary processes employed by *atacameños* to manage the natural world. The sphere of the ethnopolitics and inter-ethnical relations in northern Chile will be analyized in relation to space and time using the application of ethno-categories.

Trayectorias del cuidado de la salud infantil. El caso de la comunidad atacameña de Toconao

Trajectories of child health care. The case of the atacameña community of Toconao

Daniela Leyton[1] y América Valenzuela[2]

Resumen

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

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

Abstract

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

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

Recibido: marzo 2016. Aceptado: agosto 2016.

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⇝ Aproximación desde la antropología médica crítica y los modelos médicos de atención a la salud

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

El marco de la antropología médica crítica

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

Aunque la antropología médica crítica se abre a la problemática de la salud/enfermedad/atención desde una perspectiva social y política, no abandona la experiencia subjetiva de la enfermedad discutida por el paradigma interpretativo. Más bien busca superar los límites de los análisis que se enfocaban en una visión individualista de ésta, en la que los modelos explicativos[3] (Kleinman 1980) de sanadores y pacientes eran interpretados desde una perspectiva culturalista. Desde esta perspectiva se releva el sentido y significado de la explicación sobre la enfermedad, entendidos en el contexto de la relación dialógica entre el paciente y el sanador, reduciendo el proceso comunicativo a dicho escenario.

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

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

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

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

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

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

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

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

Proponemos así que las trayectorias se comprenden como movimientos en distintos niveles de la realidad social que hacen alusión a interrelaciones microsociales, las que se expresan en contextos y espacios concretos. En esos movimientos, lo central es comprender que es la experiencia del individuo y las relaciones que establece allí lo que va construyendo la trayectoria de la salud. No obstante el peso que le otorgamos al espacio de producción de la experiencia, tenemos presente la importancia de las estructuras macrosociales que envuelven los contextos y las dinámicas de la vida social en general.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Más aún, si consideramos la diversidad de modelos médicos que operan en un contexto determinado, el concepto de pluralismo médico en la perspectiva de Baer (2002) da cuenta de dinámicas entre modelos que no solo se deben comprender como una diversidad de terapias que operan en respuesta a la biomedicina, o que buscan la sanación del paciente de manera holística, integral y menos invasiva, sino que las medicinas "heterodoxas" o subalternas se vinculan y condicen con la producción y reproducción de una estratificación social producto de un orden político y económico capitalista a nivel global. Y ocurre que la jerarquización de saberes en torno a los tipos de medicinas y cuidados de la salud, responde a las desigualdades de la sociedad mayor, atravesadas por problemas de clase, raza, etnia y género (Baer 2002; Baer, Singer y Susser 1997). En este sentido, el despliegue de las formas de autoatención se comprende también como un mecanismo de cuidado y atención a la salud disponible para grupos sociales subalternos –ya sea por clase, raza, etnia y género–, que muchas veces ven limitado el acceso a otras formas terapéuticas, sobre todo biomédicas.

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

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

⇝ El contexto atacameño y de atención de la salud en Toconao

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⇝ Etnografía de los espacios y los itinerarios en las trayectorias del cuidado de la salud infantil en Toconao

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

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

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

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

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

Las madres, de esta manera, como las principales cuidadoras de sus hijos e hijas, desarrollan un saber específico en torno a la primera infancia, que se va nutriendo y conjugando por distintos niveles de acciones y construcciones de significados dados tanto por el contexto familiar y comunitario, como por la presencia del sistema de salud pública.

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

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

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

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

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

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

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

Es importante tener en cuenta que los toconares asocian que determinadas dolencias o problemas de salud se pueden resolver en alguno de estos dos espacios –con el *yatiri* o en la posta–. Por ejemplo, en relación con ciertas infecciones, las heridas, los cortes profundos o la fiebre, éstos deben ser atendidos por los médicos pues son percibidos como cuadros de mayor complejidad que requieren el uso de antibióticos. Mientras que el dolor de estómago, el llanto frecuente, la intranquilidad y el desánimo del niño son asociados a malestares conocidos como *empacho* o *susto.* Las madres de Toconao señalan que el susto sería un padecimiento o desequilibrio en el estado de salud del niño, causado por alguna persona o situación, la que incluso podría ser de índole sobrenatural, y en la que el infante se vio afectado emocionalmente. Se identifica porque el niño no quiere comer, tiene fiebre, diarrea o está desanimado sin causa aparente. Por su naturaleza, estos malestares están más cercanos a ser tratados por el *yatiri*, como explica una madre mientras esperaba ser atendida en la posta:

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

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

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

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

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

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

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

Un acercamiento más distante y vertical por parte de los equipos médicos marcados por un modelo altamente burocrático y estandarizado a la hora de atender a los usuarios atacameños y sus familias, entorpece la relación, la empatía y la confianza entre las partes. Dicho esto, muchas madres optan por el uso de medicinas basadas en yerbas y por autoatenderse antes que ir al centro de salud y recibir medicamentos de patente o químicos. Sumado a que gran parte de las madres atacameñas dominan conocimientos y aspectos importantes sobre el uso de plantas medicinales para la autoatención y la prevención de la salud, se opta por un tratamiento que responde a las expectativas de las familias.

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

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

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

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

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

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

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

Un matiz que debemos mencionar es que pese a que la biomedicina se constituye a partir de negociaciones y transacciones que se establecen entre un conjunto social hegemónico y otro subalterno, donde el primero se introduce por medio de prácticas como la medicación y medicalización de hábitos amparados en el conocimiento científico; en muchos casos este modelo pasa a ser reconocido y valorado por las familias atacameñas. Esto otorga complejidad a las trayectorias del cuidado de la salud, pues ni las formas de atención ni las tradiciones médicas operan de manera contrapuesta. Si vemos el contexto de Toconao como uno de pluralismo médico, la combinación y uso de diversos sistemas y tradiciones médicas, así como la aceptación, las valoraciones, los rechazos y las críticas sobre ellos, operan en espacios diferenciados de la realidad social, alcanzando puntos de transición y plasticidad entre unas formas y otras de acuerdo a cómo se desarrolle la experiencia de malestar, la enfermedad o el cuidado:

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

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

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

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

En las rondas médicas participan un médico general, dos enfermeras, una matrona y un odontólogo y, según sea requerido, se sumarán un nutricionista, un psicólogo, un kinesiólogo y un asistente social. Estos profesionales se trasladan semanalmente en ambulancia o vehículos municipales desde la capital comunal hacia Toconao y solo una vez al mes en semanas distintas concurren a las comunidades de Peine, Río Grande, Socaire, Talabre y Cámar. En el caso del dentista, éste cuenta con una consulta móvil, lo que permite realizar visitas más frecuentes en las comunidades atacameñas para dar mayor cobertura. Otros profesionales que no son incluidos en las rondas médicas y que prestan atención exclusivamente en el consultorio de San Pedro de Atacama son asignados por el Ministerio de Salud a través de programas especiales como el IRA-ERA[8] para el caso del kinesiólogo, o del Chile Crece Contigo[9] que cuenta con equipo conformado por una educadora de párvulo, una enfermera y una matrona.[10]

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

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

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

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

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

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

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

En la posta de Toconao las paramédicos manejan bitácoras con el historial médico de las familias y los niños, lo cual es valorado por la comunidad, pues permite crear cierto lazo de confianza con el personal de salud y de algún modo fiarse del diagnóstico y del tratamiento médico asignado. Sin embargo, las madres adjudican mayor confianza y autoridad a los médicos, enfermeras, matronas y dentista, producto de su más elevada posición en la estructura de la salud pública y en muchos casos a la condición de afuerino no indígena del profesional. Así, las madres usuarias en general no solo aceptan la presencia del "doctor" o "doctora", sino que le atribuyen una serie de dominios y saberes del modelo biomédico que no son de competencia de la paramédico. Esto propicia que algunas madres opten por acudir a la paramédico en situaciones absolutamente indispensables, atribuyéndole un rol secundario en el sistema de atención primaria. Esta diferenciación se observa en la baja afluencia de personas a la posta durante la semana, a diferencia del día establecido de la ronda médica, en el que se hace presente el equipo médico y aumenta el número de atenciones, como pudimos observar en reiteradas oportunidades.

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

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

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

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

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

El control del "niño sano"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El control del niño sano no está exento de tensiones entre las madres de Toconao y las enfermeras. Estas profesionales de la salud pública buscan las categorías que permiten definir y ubicar al lactante o infante en un estado *eutrófico* o normal en relación a determinadas estimaciones, tales como el peso, la talla, así como a las respuestas que entregue el bebé, el niño o niña a partir de los estímulos que arroja el mencionado test. De modo que cuando alguna de esas categorías se aleja del rango definido como *normal* es que se inician las diferencias entre las madres y las profesionales. La aplicación del TEPSI representa para las enfermeras una instancia de evaluación importante, pues consideran que muchas de las niñas y los niños atacameños no obtienen resultados óptimos debido a la falta de estímulo psicosocial por parte de las familias. Al mismo tiempo, estas profesionales reconocen que el instrumento de medición no se ajusta a la realidad de los infantes. En otras palabras, no estaría siendo adecuado para medir a los niños dentro de una realidad particular como la atacameña. Para graficar esto, las enfermeras señalaban que la imagen de un paraguas en una de las láminas del test que el niño debe identificar y nombrar resultaba compleja pues el infante entre 3 y 5 años no está familiarizado con un objeto que prácticamente no se usa en el desierto.

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

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

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

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

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

Una figura que proviene del ámbito familiar y que resulta relevante en las trayectorias de cuidado infantil es la abuela. En muchas ocasiones son ellas las que introducen importantes hábitos alimentarios en sus nietos, así como determinados cuidados sobre la salud. Tan cercana es esta figura que es común verlas acompañando a sus hijas al consultorio o a la posta y esperar junto a ellas para ser atendidas en el control sano o en otras consultas médicas. Este apoyo es central pues mientras sus hijas realizan el tránsito burocrático propio del consultorio como aguardar un lugar en espera de la atención, hacer la fila para el retiro de remedios y alimentos, solicitar horas o realizar consultas sobre beneficios sociales; las abuelas procuran que los niños no resientan sus rutinas y colaboran haciendo dormir en los coches a los más pequeños, apoyan con la alimentación y lactancia y particularmente socializan con otras mujeres, las que son de familias conocidas del pueblo. Para las enfermeras el rol que ejerce la abuela en el cuidado de la salud muchas veces entorpece la inculcación de pautas y hábitos vistos como apropiados desde la biomedicina. En ocasiones estas profesionales se oponen a que las abuelas ingresen al control de salud, pues este espacio está definido como un ámbito exclusivo de la madre y del padre, tal como propician las políticas a nivel nacional y enfatizan por ejemplo las cartillas informativas del programa Chile Crece Contigo que circulaban en el consultorio.

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

Las trayectorias aquí descritas se construyen a partir del abordaje etnográfico en Toconao, por el que fue posible identificar contextos específicos en relación al cuidado de la salud infantil, entre los cuales destacamos: el espacio doméstico, la posta de salud pública y la instancia de *control del niño sano*. Asimismo, estos espacios se constituyen de acuerdo a las interrelaciones entre las madres y sus familiares, principalmente la abuela y los agentes de la salud como el *yatiri*, las paramédicos y las enfermeras.

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

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

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

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

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

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

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

Referencias citadas

BAER, H. 2002. The growing interes of biomedicine in complementary and alternative medicine: A critical perspective. *Medical Anthropology Quartely* 4(16): 403-405.

BAER, H., M. SINGER e I. SUSSER. 1997. Medical anthropology and the world system. A critical perspective. Bergin & Gavey, USA.

BOLADOS, P. 2010. *Neoliberalismo multicultural en el Chile democrático: Gubernamentalizando la salud atacameña a través de la participación y el etnodesarrollo*. Memoria para optar al grado de Doctor en Antropología. Universidad Católica del Norte, San Pedro de Atacama.

BOLTANSKI, L. 1974. *Puericultura y moral de clase.* Editorial Laia, Barcelona.

CHAMORRO, A. y C. TOCORNAL. 2005. Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños* 30: 117-134.

FARMER, P. 1992. *AIDS and Acussation. Haiti and the Geography of Blame.* University of California Press, Berkeley.

FOUCAULT, M. 1977. Historia de la medicalización. *Educación médica y salud* 11(1): 3-25.

FUSTER, N. y P. MOSCOSO-FLORES. 2015. La hoja sanitaria. Archivo del policlínico obrero de la I.W.W. Chile 1924-1927. Compilación, estudio y notas. Ceibo Ediciones, Santiago.

GOOD, B. 2003. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra, Barcelona.

GUNDERMANN, H. 1997. Etnicidad, identidad étnica y ciudadanía en los países andinos y el norte de Chile. Los términos de la discusión y algunas hipótesis de investigación. *Estudios Atacameños* 13: 9-26.

GUNDERMANN, H. y H. GONZÁLEZ. 1995. Tierra, agua y sociedad atacameña, un escenario cambiante. En *Agua, ocupación y economía campesina en la región atacameña,* P. Pourrut y L. Núñez (Eds.), pp. 78-106. UCN-ORSTOM, Chile.

ILLANES, M. A. 2010. *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...). Historia social de la salud pública, 1880-1973.* Ministerio de Salud, Chile.

INE. 2005. *Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile – Censo 2002*. http://www.ine.cl

KLEINMAN, A., 1980. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry.* University of California Press, Berkeley.

KLEINMAN, A. 1988. *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition.* Basic Books, USA.

KLEINMAN, A. 1995. *Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. University of California Press, Berkeley.

LEYTON, D. 2010. *Trayectorias del cuidado de la salud infantil en San Pedro de Atacama, Chile. Entre el manejo de la subalternidad y el imaginario del riesgo*. Tesina para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA), Doctorado en Antropología Social, Universidad Autónoma de Madrid, España.

LEYTON, D. 2012. Modelos explicativos sobre lactancia y alimentación infantil en trabajadores de la salud y madres de San Pedro de Atacama, Chile. En *Alimentación, salud y cultura: Encuentros interdisciplinares*, M. G. Arnaiz (Ed.), pp. 19-39. Colección de Antropología Médica 7 Publicacions URV, Tarragona.

MARTÍNEZ, Á. 2008. *Antropología médica.* Anthropos Editorial, Barcelona.

MENÉNDEZ, E., 1981. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán.* CIESAS, México DF.

MENÉNDEZ, E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva* 8(1): 185-207.

MENÉNDEZ, E. 2005. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social UCM* 14: 33-69.

MORALES, H. 2010. *Etnopolítica en Atacama. Laberintos de la etnicidad atacameña en Chile*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde Am Fachbereich Geschichts- und Kulturwissenschaften Lateinamerika-Institut (LAI) Altamerikanistik der Freien Universität Berlin.

NAVARRO, V. 1975. *La medicina bajo el capitalismo.* Crítica, Barcelona.

NÚÑEZ, L. 1992. Conflicto y cultura en los oasis de San Pedro de Atacama. Editorial Universitaria, Santiago.

OBSERVATORIO NACIONAL DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA. 2009. Índice de infancia y de la adolescencia. Una mirada comunal y regional. Observatorio Nacional de la infancia y la adolescencia. Ministerio de Planificación, Chile.

PAZOS, A. 2015. *Conceptos clave de antropología médica en terapia ocupacional*. Síntesis, Madrid.

SCHKOLNICK, M. y J. BONNEFOY. 1994. *Una propuesta de tipología de las políticas sociales en Chile*. Documento de Trabajo, UNICEF, Chile.

SEPPILII, T., 2000. De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. En *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, E. Perdiguero y J. M. Comelles (Eds.), pp. 33-44. Edicions Bellaterra, Barcelona.

SHEPER-HUGHES, N. 1997. *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Editorial Ariel, Barcelona.

TAUSSIG, M. 1995. Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso de emergencia permanente. Gedisa, Barcelona.

VALENZUELA, A. 2006. *Atacameños de Calama. Diversidad, transitoriedad y fragmentación en la organizaciones atacameñas urbanas y su relación con el Estado chileno*. Tesis de Maestría en Antropología Social. CIESAS Occidente: Guadalajara, Jal.

YOUNG, A. 1995. The armony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorders. Princeton University Press, Princeton.

Percepción de salud-enfermedad de usuarios indígenas urbanos adscritos al sistema público de salud

La Florida, La Granja, La Pintana y Puente Alto

Santiago, Abril 2012

Elaborado por:
Gloria Ochoa Sotomayor
Ricardo Inalef Mora
América Valenzuela Rebolledo
Germina, conocimiento para la acción

Introducción 3
Antecedentes de la población indígena urbana 5
1. Características y situación demográfica de los pueblos indígenas en Chile 5
2. Políticas de salud en pueblos indígenas 6
3. Programas y servicios de salud para pueblos indígenas en la Región Metropolitana 6
4. Experiencias interculturales en salud dirigidas a los pueblos indígenas en Chile 8
5. Investigaciones y estudios sobre salud y enfermedad en pueblos indígenas 10
Percepción salud-enfermedad en usuarios indígenas del sistema de salud en La Florida, La Granja, La Pintana y Puente Alto 13
1.- Percepción de la salud y la enfermedad 15
Qué es salud 15
Qué es enfermedad 19
2. Estrategias en el cuidado de la salud y la prevención de las enfermedades 21
Diferencias generacionales 25
3. Qué hacen cuando están enfermos: estrategias frente a las enfermedades 26
4. Percepción, práctica y valoración de la medicina indígena 29
Prácticas de la medicina mapuche 29
Machi 31
5. Percepción de los usuarios indígenas sobre el sistema público de salud 36
Incorporación de la medicina indígena a los servicios públicos de salud 39
Atenciones y programas de salud del sistema público identificadas por usuarios indígenas 41
Conclusiones 43
Recomendaciones 48
Referencias 52
Anexo 1. Plantas medicinales 54

Introducción

El siguiente documento presenta los resultados del *Estudio sobre la percepción de Salud-Enfermedad de usuarios indígenas urbanos adscritos al sistema público de Salud, correspondientes a las comunas de La Pintana, La Florida, La Granja y Puente Alto*, cuyo objetivo general fue conocer la percepción sobre la salud-enfermedad de los usuarios indígenas del sistema público de salud. Este estudio fue solicitado y financiado por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y realizado por un equipo de profesionales de Germina, conocimiento para la acción.

Para cumplir dicho objetivo se realizaron dos entrevistas grupales en cada una de las comunas consideradas, en las que participaron hombres y mujeres mayores de 18 años que se autoidentifican como miembros de un pueblo originario y que se encuentran adscritos al sistema público de salud. Participaron un promedio de cinco personas por entrevista, siendo algunas de ellas miembros de organizaciones indígenas[1].

En el marco de este estudio –de carácter exploratorio-, y de acuerdo al objetivo propuesto, se eligió como técnica de levantamiento de información la entrevista grupal semiestructurada, ya que permite el intercambio y puesta en común de visiones y percepciones respecto a un tema a tratar y permite identificar los desacuerdos entre una población determinada.

Además, de la realización de las entrevistas se revisaron antecedentes secundarios vinculados al tema abordado en el estudio; revisión que permite concluir que los estudios respecto a percepción del concepto de salud-enfermedad en personas indígenas que viven en la ciudad resultan escasos y que, por lo tanto, aún siendo un estudio de carácter exploratorio, la presente investigación permite avanzar en ese sentido.

A partir de lo realizado, se elaboraron recomendaciones para el Programa Especial de Salud Pueblos Indígenas del Servicio de Salud año 2012, las que se encuentran en el último capítulo del presente documento.

[1] Las personas participantes en las entrevistas miembros de organizaciones, pertenecen a las siguientes agrupaciones: Newen Mapu, La Granja; Rayen Kosklla, La Florida; Newentuain Taiñ Pewen, La Florida; Rayen Mapu, La Florida; Wingkulche, La Florida; Kiñe Pu Liwen, La Pintana; Taiñ Adkin, La Pintana; Weftun Mapu, Puente Alto; y We Fachantu Domo, Puente Alto.
Participó un total de 38 personas, de ellas 27 corresponde a mujeres y 11 a hombres; 2 tienen entre 18 y 30 años; 3 tienen entre 30 y 40 años; 19 tienen entre 40 y 60 años; y 14 tienen más de 60 años.
.

Aspectos metodológicos y éticos

En este estudio participaron principalmente personas que se autoidentifican como pertenecientes al pueblo mapuche; si bien se contactó y promovió la participación de personas de otros pueblos originarios, esto no fue posible, ya que no se encontraban en la ciudad de Santiago por el período de verano, debido a las actividades comerciales que realizan (participación en ferias); además, aquellos que se encontraban en Santiago no estaban adscritos al sistema público de salud. De todas maneras, esta situación no es ajena a lo que muestran las estadísticas en relación a prevalencia del pueblo Mapuche, lo que también se evidencia en que los programas de salud intercultural en el área de influencia del servicio responden a dicho pueblo.

Por otro lado, es importante mencionar la reacción de las personas participantes de las entrevistas frente al consentimiento informado. De acuerdo a lo establecido con la contraparte del servicio de salud, se solicitó a cada persona que firmara un consentimiento informado[2] en el que señalaba su libre participación en el estudio, así como su conocimiento de los objetivos del mismo y de su alcance. En algunos participantes la solicitud de firma de dicho consentimiento despertó desconfianza, debido a la tradicional relación con el mundo letrado chileno, por ello, hubo que explicar reiteradamente el sentido del mismo.

Esta situación es concordante con otras investigaciones de este tipo donde la solicitud de firma del consentimiento resulta más un obstaculizador que un facilitador de la confianza. Por ello, se recomienda para estudios futuros considerar otras alternativas que cumplan el objetivo de dicho consentimiento (Sadler, M. y A. Obach, 2006).

[2] Ver anexo 2.

Antecedentes de la población indígena urbana

1. Características y situación demográfica de los pueblos indígenas en Chile

El Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2002 señala que la población de Chile alcanza a 15.116.435 habitantes, de los cuales 692.192 (4,6%) declararon pertenecer a uno de los siguientes pueblos: Alacalufe con 2.622 habitantes (0,4%); Atacameño con 21.015 (3%); Aymara con 48.501 (7%); Colla con 3.198 (0,6%); Mapuche con 604.349 (87,3%); Quechua con 6.175 (0,9%); Rapanui con 4.647 (0,67%); y Yámana con 1.685 (0,2%).

La población indígena aparece concentrada en la Región de la Araucanía (29,5%), Metropolitana (27,7%) y de Los Lagos (14,7%), donde el pueblo que más destaca es el mapuche. En la Región Metropolitana (RM) 191.454 personas, es decir, el 3,2% de la población se autoidentifica con alguno de los 8 pueblos indígenas. De éstos, la primera mayoría corresponde a mapuche (95,5%) y en segundo lugar aymara con el 1,5% (INE 2005).

Según el Atlas Sociodemográfico de la CEPAL (2010), todos los servicios de salud de Santiago atienden población indígena. El área del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (La Florida, La Granja, La Pintana, Puente Alto y Pirque) es la que presenta mayor población indígena (49 mil personas), lo que corresponde, aproximadamente, al 20% del total de la población de la RM (CEPAL 2010: 40); le sigue el Servicio de Salud Metropolitano Norte (Colina, Conchalí, Huechuraba, Independencia, Lampa, Quilicura, Recoleta y Tiltil) donde llega a 21 mil.

Cuadro Nº1. Población indígena por grupo étnico y comuna Sur Oriente de Santiago

Comuna	Pueblo								
	Alacalufe	Atacameño	Aymara	Colla	Mapuche	Quechua	Rapanui	Yámana	Total
La Florida	37	94	92	13	11178	83	44	43	11584
La Granja	11	57	46	8	4902	40	18	15	5098
La Pintana	13	22	70	3	11652	49	20	26	11855
Puente Alto	60	98	243	26	14729	78	80	56	15370
Total	121	271	451	50	42461	250	162	140	43907

Fuente: Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile-Censo 2002, INE: 2005.

2. Políticas de salud en pueblos indígenas

En Chile, la incorporación de los pueblos indígenas a las políticas y los programas públicos en salud ocurre luego de la promulgación de la Ley 19.253 -Ley indígena, 1993-. A esa fecha, y hasta que Chile adhiere al convenio 169 de la OIT, esta Ley constituye el marco jurídico de las políticas públicas dirigidas a los indígenas y establece normas para la protección, el fomento y el desarrollo de esta población. Determina las vías de distribución de los recursos, el tipo de inversión, las responsabilidades y las competencias del Estado, los ministerios y servicios públicos involucrados en los asuntos indígenas. Asimismo, crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), entidad pública encargada de la política indígena y dependiente del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) (Informe Comisión Histórica y Nuevo Trato, 2004:11-17).

Uno de los artículos más relevantes de la Ley es el que habla sobre el reconocimiento de estos pueblos y el compromiso que hace el Estado con la diversidad cultural y étnica del país. Si bien entre sus disposiciones no incorpora directamente normas relativas a la salud indígena, en 1996 a instancias del Ministerio de Salud y en el contexto de una serie de demandas étnicas sobre el tema, se crea el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).

El año 2000 el Programa se convierte en una unidad específica y en el 2006 se dicta la Norma General Administrativa Nº 16 sobre Interculturalidad en Salud. Con el objetivo de fortalecer la capacidad técnica y de gestión de los servicios responsables de la salud de las poblaciones indígenas, se han elaborado planes de salud intercultural que aseguren un mayor acceso a los servicios de salud y atención de calidad, disminuyendo los niveles de desigualdad en esa materia (CEPAL 2008: 17-18).

El PESPI se desarrolla actualmente en 25 Servicios de Salud (6 de ellos de la Región Metropolitana). Entre las líneas de trabajo que ha desarrollado este programa encontramos el acceso y la calidad de la atención, la elaboración de enfoques epidemiológicos interculturales y la creación de modelos de atención intercultural. Asimismo, el programa en coordinación con CONADI ha realizado proyectos que han tendido a mejorar la situación de salud en espacios de alta concentración indígena según los lineamientos de los Servicios de Salud e implementando la figura de facilitadores interculturales y la capacitación de personal y equipos de salud. (CEPAL 2010: 4-10).

3. Programas y servicios de salud para pueblos indígenas en la Región Metropolitana

En el marco de la promulgación de políticas y medidas tendientes a proteger los derechos y resolver las demandas y necesidades de salud de los pueblos indígenas, sus niveles de acceso y la calidad en la atención, es que se incorpora al lenguaje institucional el paradigma intercultural en salud. Este concepto aparece "(...) para designar al conjunto de

acciones y políticas tendientes a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, en este proceso la pertinencia cultural va mas allá de lo étnico, ya que implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad" (Alarcón, Vidal y Neira 2003: 1061).

De acuerdo al Atlas Sociodemográfico de la CEPAL, al año 2010 todos los Servicios de Salud han generado competencias y programas que atienden y promueven la salud de los indígenas residentes en Santiago (CEPAL, 2010:7) en el marco del PESPI, como se puede ver en el siguiente cuadro:

Servicio de Salud	Actividades
Servicio de Salud Metropolitano Central	• Diagnósticos de la situación sanitaria y etnoepidemiológica indígena. • Bases de datos de mapuche y aymara hospitalizados entre 2006 y 2008. • Atención de machi en el Hospital San Borja Arriarán y de sanadores aymara y quechua en algunos CESFAM. • Capacitaciones en conocimientos herbolarios. • Instalación de señalética en mapudungun y castellano.
Servicio de Salud Metropolitano Norte	• Plan de intervención sanitaria. • Talleres de salud intercultural con enfoque de género. • Talleres de plantas medicinales. • Atención de médicos y machi.
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	• Centros de salud mapuche, donde se integra la labor de facilitadores interculturales y la acción de agentes de salud ancestral (machi, lawentuchefe, puñeñelchefe). • Trabajo en un Mesa de Salud Intercultural con participación de equipos técnicos, dirigentes indígenas y asesores interculturales.
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	• Mesa de trabajo. • Realización de talleres de nutrición y alimentación mapuche, encuestas de salud intercultural. • Capacitación de dirigentes. • Implementación de una ruca para la atención de la población indígena.
Servicio de Salud Metropolitano Sur	• Capacitación en medicina mapuche. • Promoción de la salud indígena a través de talleres y muestras culturales en colegios, jardines infantiles y con pacientes del Programa Salud Mental y Cardiovascular. • Centro de salud mapuche en el Hospital Barros Luco.
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	• Mesa de Salud Intercultural. • Atención en rucas ubicadas en centros de salud y en

	otras instituciones como el campus Antumapu de la Universidad de Chile. • Capacitaciones a usuarios y funcionarios sobre cosmovisión indígena. • Talleres culturales. • Terapias de salud mental con pertinencia cultural a usuarios indígenas y no indígenas.

4. Experiencias interculturales en salud dirigidas a los pueblos indígenas en Chile

En Chile existen diversas experiencias en salud intercultural dirigidas al mundo indígena que intentan reflejar la presencia de esta población, sus particularidades culturales y las demandas específicas que requieren en los distintos contextos rurales y urbanos en los cuales habitan. Estas experiencias van desde la incorporación de programas interculturales con atención a indígenas en unidades hospitalarias hasta centros de salud de atención familiar.

Según CEPAL (2008:18) el Servicio de Salud de la Araucanía Sur, dada su alta concentración indígena, es pionero en reconocer la diversidad cultural de la región y elaborar programas de atención médica dirigida en específico a la población mapuche, planteando estrategias de complementación entre el modelo biomédico y su prácticas ancestrales. Desde el año 1995 ha incluido en sus protocolos de registro la categoría de autoadscripción étnica, así como datos sociales, demográficos y de morbilidad de los usuarios (Observatorio Regional de Equidad en Salud OR2006: 15-18).

Otras experiencias que podemos mencionar son las Oficinas de Orientación Intercultural Amuldungun, el Policlínico Intercultural del Hospital de Traiguén, el Hospital Makewe-Pelale, el Centro de Salud Intercultural de Boroa Filu Lawen y el Centro de Salud Mapuche del Hospital Intercultural de Nueva Imperial (CEPAL 2008:21).

Éste último es un hospital intercultural administrado por la Asociación Indígena Newentuleaiñ que comienza a funcionar en el año 2005. Este centro se ubica en la ciudad de Nueva Imperial y trabajan 15 machi, 4 ngütanchefe, 1 püñeñelchefe y 11 ngülanchefe (facilitadores culturales), que en conjunto brindan atención a la población mapuche y no mapuche de ocho comunas de la Provincia de Cautín. Sus estadísticas indican que tienen una demanda aproximada de 47 mil atenciones, por lo que su cobertura es amplia (CEPAL 2008:20-21).

Por su parte el Hospital de Makewe-Pelale, fundado en 1927, desde 1999 junto al Ministerio de Salud pasa a ser administrado por la Asociación Indígena para la Salud Maquewe-Pelale, que agrupa y representa a 35 comunidades del sector. Cuenta con un consejo de sabios (nielukuyfikekimün) mayores de 65 años que asesoran tanto a la

organización como a la dirección técnica del hospital para que la administración y la gestión sea acorde a la realidad sociocultural local. El hospital también brinda atenciones externas en los hogares de los usuarios. También se ha implementado una farmacia donde se disponen fármacos de patente, remedios a base de plantas medicinales y existen protocolos bilingües para la entrega de los mismos, así como información y atención a los usuarios (MINSAL 2009).

En el norte de Chile, la región de Tarapacá también presenta experiencias en salud intercultural dirigidas al pueblo aymara. El Servicio de Salud de Arica, en conjunto con las organizaciones andinas, implementa el PESPI dirigido a aymaras urbanos y de las comunidades del altiplano.

Una de las iniciativas relacionadas con la puesta en valor del sistema médico aymara, y en específico que rescata los conceptos de salud y enfermedad y sus conocimientos herbolarios, es el Programa de Interlocución de Medicina y Alimentación Natural en la Comunidad de Chapiquiña, el cual viene desarrollándose desde el año 2005[3].

En los CESFAM de la Provincia de Arica-Parinacota las experiencias de salud intercultural se implementan en común acuerdo con el Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé. Un ejemplo de ello es "Utasanjam usuña/Parir como en nuestra casa", que es parte del programa "Chile crece contigo" del MINSAL y del Programa Orígenes. En esta iniciativa es central la figura de facilitadores interculturales en la Red Asistencial de salud quienes dominan la lengua aymara y las costumbres propias de este pueblo y mediatizan la labor de los profesionales médicos del hospital[4]. En esta misma línea se trabaja En el CESFAM Víctor Bertín Soto desde el año 2006, el que busca fortalecer la salud familiar y comunitaria a través del modelo de salud aymara[5].

Desde el año 2008 destaca el proyecto "Salud ancestral tras las rejas" que se implementa entre el Servicio de Salud Arica y la Dirección Regional de Gendarmería, el cual pretende cubrir las necesidades de atención en salud de internas de origen indígena nacional y extranjero del recinto penitenciario de Acha. El programa va dirigido a mejorar sus condiciones de acceso y atención en salud y que las internas tengan la posibilidad de hablar en su lengua y participar del cuidado de un huerto de plantas medicinales y así enfrentar la situación de encierro[6].

Cabe señalar que no se encontraron evaluaciones de las iniciativas de salud intercultural, respecto a su implementación, diagnóstico, impacto o la percepción de las y los usuarios indígenas sobre las experiencias expuestas. Solo se cuenta con información acerca de los objetivos y logros esperados de ellas.

---

[3] http://www.saludarica.cl/indigenas.html
[4] http://www.saludarica.cl/indigenas.html
[5] http://www.saludarica.cl/indigenas.html
[6] http://www.saludarica.cl/indigenas.html

5. Investigaciones y estudios sobre salud y enfermedad en pueblos indígenas

Las investigaciones que han abordado los conceptos y las percepciones sobre salud y enfermedad en pueblos indígenas de Chile son muy variadas, aunque escasas en cantidad. A continuación revisamos investigaciones y estudios de universidades, de organismos no gubernamentales y algunos encargados por servicios de salud e instituciones interesadas en la observación del estado y el proceso de atención en salud indígena en el país.

Entre ellos se encuentra el "Atlas Sociodemográfico de la población y pueblos indígenas Región Metropolitana e Isla de Pascua, Chile", elaborado por el CELADE-División de Población de la CEPAL para el MINSAL en 2010. Este documento presenta un panorama actualizado con información sociodemográfica y organizada según el área territorial que cubren los Servicios de Salud de la capital, constituyéndose en una herramienta para el diseño y monitoreo de los programas de salud intercultural pues entrega indicadores sobre salud, situación demográfica y los determinantes sociales que influyen en la salud de los pueblos indígenas, así como la red de cobertura de los Servicios en la RM.

En esta misma línea, aunque enfocado al pueblo mapuche de Chile y Argentina, se encuentra "La identificación étnica en los registros de salud: experiencias y percepciones en el pueblo Mapuche de Chile y Argentina", elaborado por CEPAL en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), en el 2008. El trabajo atiende la necesidad de sistematizar las experiencias, los actuales indicadores de salud y las fuentes que incluyen en sus registros la variable étnica. Se consideran los registros: del Servicio de Salud de la Araucanía (Norte y Sur), hospital Makewe-Pelale, del centro de salud intercultural Boroa Filu Lawen y el hospital intercultural de Nueva Imperial.

Un panorama general de las políticas públicas en salud y pueblos indígenas como sujetos de derechos colectivos presenta CEPAL 2007 en su capítulo sobre "Políticas públicas y programas de Salud dirigidos a los pueblos indígenas de América Latina". Este estudio entrega información sobre los estándares en derechos de los pueblos indígenas y los avances legislativos en materia de políticas públicas. El caso chileno aparece discutido desde el punto de vista de las medidas y reformas que se han tomado, los logros alcanzados y las dificultades que aún persisten en la gestión y participación indígena en las políticas y programas de salud. Concluye con una serie de recomendaciones para mejorar las políticas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas.

Destaca el Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche de la Región de la Araucanía, que en 2006 junto a la OPS elaboró un balance sobre el estado de la salud de mujeres indígenas en dicha región. Este informe aborda las inequidades de género y salud en mujeres mapuche y no mapuche y presenta un seguimiento de las políticas públicas en materia de género y etnicidad, evaluando áreas como medio ambiente, violencia, salud sexual y reproductiva, salud mental y calidad de la

atención. Además, entrega indicadores de salud de la población indígena femenina respecto de salud sexual y reproductiva y pone a disposición una evaluación del sistema de salud de acuerdo a percepción de las usuarias indígenas, revisión de encuestas, registro de quejas y sugerencias.

El año 2002 la Fundación Ford y el CEDEMU realizan en la ciudad de Arica un estudio sobre la perspectiva epidemiológica que se impone en el sistema de salud pública a las y los usuarios indígenas. Rescatando las categorías de salud y enfermedad de los pueblos indígenas se propone la incorporación de criterios culturales en el paradigma tradicional de epidemiología, esto es, la consideración de salud y enfermedad como constructos culturales.

Apoyado por la Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se realizó el estudio titulado "Salud, sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas de Chile 1990-2004", 2005. Se presenta una revisión de las investigaciones y experiencias en salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres indígenas en los programas de salud a nivel nacional. Asimismo, se revisan las variables de cuidados en el embarazo, el parto y puerperio y prevención de VIH/SIDA y de las ITS.

Otro estudio en el área corresponde a "En los dominios de la salud y la cultura. Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/sida en pueblos originarios" del año 2006, el que fue realizado por el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Universidad de Chile (CIEG) para la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). Aunque se centra en la dimensión sociocultural del fenómeno del VIH/SIDA en los pueblos aymara, mapuche y rapanui, también se abordan los conceptos sobre salud, enfermedad, sexualidad, corporalidad y muerte.

Con respecto a las investigaciones académicas, se identifica un conjunto importante de investigaciones orientadas al pueblo mapuche y sus concepciones culturales sobre salud, el conocimiento de su medio ambiente, el tratamiento y clasificación de las enfermedades y las prácticas curativas de el/la machi. Destaca el trabajo de Citarella y otros (1995), quienes realizan una revisión del sistema médico mapuche y sus formas de atención, así como los conceptos, valores, ideas y creencias relacionadas con la salud y enfermedad. Los autores señalan que es propio del mundo mapuche que la salud y enfermedad se presenten como conceptos y estados constitutivos de los seres humanos, los que están relacionados con el equilibrio del ambiente y entorno social en el que habitan.

Los autores también revisan la figura y acción de los agentes médicos mapuche a los que relacionan con el sistema de creencias y con el dominio de una serie de conocimientos y prácticas terapéuticas herbolarias. En base a ello es que concluyen que el/la machi diagnostican y determinan las causas de las enfermedades, las cuales no necesariamente obedecen a alteraciones en el organismo sino que pueden ser interpretados como malestares anímicos o daños provocados por terceros.

Otro estudio en esta línea es el trabajo de Bacigalupo (2001), quien se introduce en el quehacer médico de machis en varias comunidades de la Región de la Araucanía. Se aborda detalladamente el modelo mapuche de salud y de clasificación de las enfermedades en un contexto de subalternidad respecto de otras tradiciones médicas como la biomédica y la popular, las que impactan directamente en la práctica del/la machi y muestran las complejidades de su rol dentro del mundo mapuche actual. Además, se aborda la percepción de la población chilena de la práctica y el rol de el/la machi, así como los estereotipos y prejuicios que se tienen con respecto al tipo de medicina y prácticas de sanación propias del pueblo mapuche.

Anigstein y Álvarez (2006), abordan la dinámica social en una ruca mapuche en el contexto de un centro de salud familiar de la comuna de La Pintana y sus diferencias y relaciones con el sistema de salud pública. El trabajo se enmarca dentro del contexto que más de la mitad del pueblo mapuche reside en áreas urbanas, por lo que si bien existen tensiones culturales y sociales propias de las ciudades y de asimetría entre indígenas y no indígenas, la ruca se convierte en un importante espacio de revitalización y transmisión de los valores culturales de este pueblo en Santiago.

Percepción salud-enfermedad en usuarios indígenas del sistema de salud en La Florida, La Granja, La Pintana y Puente Alto

A continuación presentamos el análisis de las entrevistas grupales realizadas y que recogen la percepción sobre salud y enfermedad, las experiencias y visiones respecto de las atenciones de salud a las cuales acceden los y las usuarios indígenas entrevistados y que residen en las comunas de La Florida, La Granja, La Pintana y Puente Alto, comunas correspondientes al área de intervención del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Las percepciones sobre la salud y la enfermedad aquí analizadas refieren a la experiencia y percepción de usuarios y usuarias que se autoidentifican como mapuche; encontrándonos, además, con la experiencia que estos usuarios y usuarias han tenido en el sistema de salud institucional (biomédico occidental) y de las prácticas ancestrales vinculadas a salud y enfermedad. En ese sentido, en la percepción sobre salud y enfermedad de los entrevistados, hombres y mujeres, aparecen elementos culturales particulares del pueblo mapuche y al mismo tiempo se detecta la convergencia de otras vertientes como la medicina popular y la biomédica.

Es importante señalar, que la percepción de salud-enfermedad en los pueblos indígenas es parte de una cosmovisión o filosofía integral; por lo tanto, los elementos constitutivos de la misma son indivisibles y se entienden uno en relación al otro. Por lo anterior, y sólo para efectos de facilitar la comprensión y lectura de los contenidos derivados de las entrevistas, se presenta una división analítica y segmentada de la percepción de salud-enfermedad y de los elementos relacionados (cuidado de la salud, prevención de enfermedades, estrategias curativas, medicina ancestral, relación con el sistema institucional de salud, entre otros).

Salud-Enfermedad MAPUCHE

Como referencia previa al contenido de las entrevistas, cabe indicar que desde la cosmovisión Mapuche, las personas y la Naturaleza con todos sus elementos, son parte de un único sistema; de esta manera, el ser humano así como todas las partes constituyentes de este único sistema interactúan y se afectan uno a otros.

Esta relación, en algunas oportunidades, puede generar un desequilibrio en el ser humano, provocando un cuadro patógeno, ya sea en condición de modo, contenido o forma; a este desequilibrio se le llama en forma genérica wekufu o enfermedad.

Otro aspecto de la práctica curativa originaria, y una de las constataciones que ha hecho la medicina moderna, es aquella que se refiere a la relación entre consultante o enfermo y curador o sanador. En este sentido, la confianza como elemento fundamental de la relación, y el compartir universos simbólicos que expliquen la situación que se vive al momento de la enfermedad son fundamentales; así como también la integralidad del sistema de creencias tanto en este como en otros ámbitos de la vida. Lo que infiere positivamente en las posibilidades de sanación. En este sentido, también es central para los indígenas la consideración de la familia y la comunidad, como elemento concerniente o participante en la salud y enfermedad de los individuos y en las condiciones que las determinan.

Sin embargo, en las actuales condiciones de la sociedad moderna y de la cultura que sustenta las definiciones de salud y enfermedad, éstas se han reducido solamente al modelo biomédico imperante, el que no permite la entrada a conceptos y herramientas distintas sin antes ser testeadas por su propio sistema de referencias. En este sentido, los consultantes con universos simbólicos distintos quedan fuera de su modelo de atención, no sólo por las condiciones concretas de accesibilidad, sino que también por las condiciones abstractas que se relacionan con la visión de mundo de los mismos.

En las siguientes secciones, veremos cómo estos contenidos de la cosmovisión Mapuche se van develando a través de las conversaciones sostenidas para este estudio.

1.- Percepción de la salud y la enfermedad

"Sin salud no es nada uno, nada"
(M1LGG2[7])

Qué es salud

Es importante destacar que el **relato originario** respecto a la definición sobre salud no aparece de inmediato ni a simple vista, esto es particularmente notable, ya que las referencias sobre este aspecto se hacen sobre conceptos e ideas occidentales. Sin embargo, y como lo iremos constatando posteriormente, las referencias al **relato originario** se irán manifestando a medida que la conversación avanza y se cubren otros aspectos vinculados a salud-enfermedad.

Los motivos de la situación descrita pueden ser, por una parte, que los fundamentos indígenas se encuentran mimetizados en conceptos occidentales, tales como: Mente = Am = espíritu; Ánimo = Newen = fuerza. Por otra parte, se podría explicar por los procesos de aculturación que ha vivido el pueblo mapuche a partir de la intervención chilena en territorio ancestral, así como también del asentamiento de la población originaria en espacios ajenos como lo es Santiago y la posterior asimilación de relatos y discursos.

Salud es lo mejor, es vida

Frente a la pregunta qué es salud, la respuesta de los y las participantes en las entrevistas refiere a conceptos como "felicidad", "lo mejor", "es vida", "es no tomar remedios", "andar bien de ánimo", "estar bien", "no sentir dolor". Así, indican que la salud es lo principal en sus vidas, es decir, constituye un elemento fundamental.

> "La salud es lo principal en esta vida, empezando, la salud es fundamental en esta vida, sin salud no somos nada" (H1PAG1)
>
> "Sentirte bien físicamente, mentalmente, anímicamente, estar en óptimas condiciones y felices. Estar sano es no sólo no sentir dolor, sino de cuerpo y mente" (H1LFG2).
>
> "Pucha la salud, yo creo que es sentirse bien, es la felicidad, una de las partes, digamos, más importantes de la vida es la salud, uno es aquejado de tantas cosas,

[7] Para las citas se ha utilizado la siguiente codificación:
Sexo: M (mujer) y H (hombre)
Comuna: LG (La Granja), LF (La Florida), LP (La Pintana) y PA (Puente Alto).
Grupo: G1 (Grupo 1 realizado en la respectiva comuna) y G2 (Grupo 2 realizado en la respectiva comuna).

> puede ser falta de amor, falta de familia, falta de dinero, todas son cosas que lo atormentan a uno, pero lo más terrible es la salud, para mí la salud y cuando uno está bien como que no toma en cuenta lo que es la salud, a mí me pasaba eso, lo digo por experiencia propia, ya cuando uno de repente empieza a sentirse mal de algo y ya recién valora lo que es la salud" (H1LGG1).

Salud se asocia a un estado anímico óptimo, con energía para poder desarrollar sus actividades sin contratiempos y atender a sus responsabilidades. En ese sentido, las y los entrevistados señalan que estamos sanos "cuando estamos felices", "no estamos medicados", podemos proyectarnos y planificar, es decir, podemos realizar positivamente nuestras actividades cotidianas.

> "Puede hacer trámites pal futuro, hacer proyectos estando sanos, y con alguna enfermedad, qué proyectos puede hacer" (H1LGG2).

> "ánimo de hacer cosas, dan ganas de, yo me levanto, incluso, ni siquiera se está levantando, porque uno está acostándose y está pensando que va hacer al otro día. Y en el día uno ya tiene todo pronosticado, me voy a levantar hacer esto, esto otro y de pasadita si me queda el tiempo voy haciendo otra cosa" (M3PAG2)

Salud es el vínculo con el territorio

Además, estar sano es una manifestación de la vinculación territorial, ya que cuando se menciona "es mantener buenas relaciones con los demás", debemos precisar que el alcance de tener buenas relaciones con "los demás", desde la cosmovisión mapuche, no solo se refiere a lo social –las personas-, sino que también a lo Natural, es decir al territorio y todos sus elementos, donde las personas son un elemento más del mismo.

> "Cada persona es responsable de su salud, porque cualquier cosa que nosotros, en nuestro mundo mapuche, cualquier cosa que nosotros hagamos que no esté de acuerdo con nuestra cultura también nos afecta a nosotros en la salud" (M5LFG1)

> "También tiene que ver con el ecosistema también, en el entorno que nosotros vivimos también, porque también se enferma, el ecosistema también está enfermo, también lo tenemos que cuidar porque también tiene que ver con todo lo que está alrededor nuestro, eso es súper importante" (M3LFG1)

Salud es la ausencia de dolencias

Por otro lado, salud se entiende o se define como el no tener una lesión o dolor que los inmovilice o los mantenga convalecientes en cama. Si salud se caracteriza por ser un estado de bienestar físico y mental, también se caracteriza por la ausencia o la falta de malestares y enfermedades.

> “Estar enfermo es sentirse mal. Todo lo contrario a sentirse bien” (H1LFG2).

> “(...) yo lo veo de dos formas, el estado de estar enfermo parte con lo que tú dices, amanecís decaído, tú te sientes que estás enfermo, que vas a tener alguna dolencia, o que tú mismo generas algo que, porque es un estado de ánimo; y el otro estado de enfermo es el que tienes una enfermedad grave, ya sea, no se poh, te tengan que operar, porque te tengan que sacar la vesícula, eso, que con el transcurso del tiempo tienes una enfermedad que se te va a ir agravando, pero está enfermedad misma, tenís un cáncer, tenís el hígado pa’ la cagá, no se poh, o el estado anímico de las personas que también hace que las personas estén enfermas” (M2LFG2).

> “no tener ánimo de nada, más si está con fiebre uno aunque quiere pararse de la cama, a veces no se puede, eso es lo primero que uno lo nota, cuando se siente realmente enferma, no atina, que sé yo, decaído total” (M2PAG2)

A partir de estas opiniones, se puede apreciar que los y las entrevistadas, distinguen entre salud física y psicológica, constituyéndose en dos aspectos igualmente importantes para mantener un estado de Salud óptimo. Esta percepción sobre salud implica una valoración profunda por el equilibrio entre lo físico y lo mental.

> “(...) por ejemplo yo puedo decir físicamente estoy bien, no me duele nada, en términos concretos, no me duele un brazo, no me duele una pierna, pero a lo mejor mentalmente si estoy enferma y eso no es lo notable tampoco, a veces mucha gente no se da cuenta de esa situación, o tienes algún drama, un problema y haces que tengas un problema de salud mental” (M2LFG2).

> “para mí la salud es tener tanto salud corporal como emocional, porque de repente tiene que ver con que me puedo sentir muy bien pero mi cuerpo está enfermo, mi cuerpo puede estar enfermo” (M3LFG1)

La salud es equilibrio y armonía, una dinámica bioenergética

De igual manera, una parte de las y los entrevistados asocian Salud a sentirse en equilibrio o armonía con el entorno, otorgándole un lugar preponderante a la relación que mantienen con la Naturaleza que los rodea como un aspecto que influye en su estado de Salud:

> “salud es el equilibrio emocional y espiritual, nosotros cuando estamos bien en nuestro entorno es nuestra salud la que está bien” (M6LFG1)

Es importante destacar, que desde la perspectiva indígena, “lo espiritual” hace referencia a un aspecto matríztico que permite la vinculación sistémica con todos los componentes

del universo, mediante una interacción energética a través de los ngen (representante) que habitan a cada ser de la Naturaleza.

Sin embargo, el entorno no solo se restringe a la naturaleza, sino que además a lo social y a la relación con las demás personas. Desde la mirada indígena, cuando se habla de la Naturaleza también se habla de lo social, ya que el ser humano no está escindido de ella sino que implicado en una dinámica universal e indivisible.

> "estar bien con el entorno, con la naturaleza, con las personas, estar en equilibrio, estar bien de cuerpo y mentalmente" (M1LPG1)

La Salud es percibida como un estado de alcance no individual, sino que colectivo o familiar. Este es otro aspecto característico y fundamental de la práctica indígena, ya que de manera coherente con su cosmovisión el consultante no es percibido como un individuo aislado de su familia y de su entorno natural, en consecuencia la Machi cuando atiende sabe lo que le pasa al consultante, a su familia y a su comunidad incluyendo el territorio:

> "Oh no, es un miembro de mi familia y qué vamos a hacer" hacemos nuestra pregunta entre toda la familia que convivimos ahí, qué vamos a hacer con este hombre que vamos a hacer nuestra familia, nuestro grupo familiar" (H4PAG1)

> "cuando lo atiende la Machi, sabe al tiro lo que usted tiene, lo que tiene su familia, lo que tiene su comunidad poh" (M2LPG1)

Kume newen, es energía buena, esta manifestación es propia de todos los elementos de la Naturaleza y es posible transmitirla entre todos ellos. La utilización de lawen como vehículo es una evidencia de aquello. La salud para los mapuche es una dinámica bioenergética de alcance universal.

> "A mí que la energía buena se transmite a nuestro hogar, es tan importante eso, cuando uno está sana, también se siente contenta, lleva eso a su familia, porque uno vive preocupada de su familia, sobre todo cuando vivimos con ella, entonces yo pienso que es importante eso, no solo en la familia, alrededor, la gente que a uno la saluda; sale a la calle y hay gente que, a lo mejor muchos van con tristeza uno dice "Hola buenas tardes" ya está dando una alegría" (M4LFG1)

Salud como la institucionalidad

Algunos entrevistados y entrevistadas definen salud a partir de la institucionalidad prestadora de servicios, en relación a la atención, la práctica y el enfoque médico oficial, así como los espacios y contextos de atención -CESFAM, consultorios, hospitales, SAMU, entre otros-.

> “Por salud yo entiendo que son lugares públicos donde uno va y tienen que atenderlo para que uno se recupere. Como hospital, policlínico, SAMU, eso entiendo yo por salud (…)” (M1LFG2).

> “Por salud yo entiendo que son lugares públicos donde uno va y tienen que atenderlo para que uno se recupere, eso no más” (H1LFG2).

Qué es enfermedad

La enfermedad como alteración del estado de salud, de la vida

Frente a la pregunta qué es enfermedad, ésta es percibida como una alteración del estado de salud, es decir, del sentirse y estar bien. Como la salud es percibida por todos las y los entrevistados como un aspecto central en la vida de las personas, su ausencia genera preocupación y angustia para los entrevistados.

> “**Todos enfermos, la familia**, mis hijos, estando el dueño de casa es lo principal, estando uno, el dueño de casa, no hay ninguna alegría, nada, pura tristeza, pensamientos ‘se sanará o no se sanará la persona más’, se va más pa’ bajo, pa’ bajo, pura tristeza no más, pena” (M1LGG2).

Un aspecto fundamental de la Cosmovisión Mapuche es que todos somos un solo espíritu. Esto incluye al territorio y a todos sus componentes: animales, plantas, aire, agua, piedras, etc. La familia no es solo padre, madre e hijos, sino que también incluye a los primos, primas, tías, tíos, abuelos y tuwun o territorio, de eso habla el mapuche cuando habla de familia. Por ello, la enfermedad de uno de sus miembros impacta al conjunto.

La enfermedad es tener dolores, no tener energía

Enfermedad se asocia a sentirse mal, tener dolores, no tener energía para hacer las cosas; asimismo, el riesgo de una enfermedad los mantiene en un estado de tensión permanente, ya que sus alcances negativos son familiares y económicos.

> “Porque se alborota todo, cuando está una persona enferma, alborota todo, alborota toda la gente, el entorno de la persona enferma, porque ya no se maneja de la misma forma, por el hecho de que están pendiente todas las otras personas, el equilibrio económico también, el costo de los remedios, el costo de, el sólo hecho de que la persona ya necesita otros cuidados, va saliendo del costo de, económico. Y también el costo de Salud de ellos también, porque la preocupación, no se duerme tranquilo, andan todos preocupados” (M2PAG2).

Las enfermedades y malestares, concebidos en contraste con la salud, son entorpecedores de su mantención y, por consiguiente, afectan la capacidad de las personas de cumplir sus funciones y actividades a cabalidad o según sus hábitos, como por ejemplo, realizar

normalmente las actividades de la vida cotidiana y la realización de las funciones básicas (alimentarse, dormir, trabajar, descansar, etc.); al mismo tiempo, altera el bienestar general familiar y el estado anímico.

> "(...) si uno está enfermo no vale nada, porque no es capaz de nada uno como persona, se siente, cómo le dijera yo, incapacitada para todo" (H1LGG2).

> "Bien uno se siente ágil para todo, se siente sana, pero cuando uno anda enferma anda sin ánimo para nada, no le dan deseos de hacer cosas, nada" (M1LGG2).

Por otro lado, estar enfermos o enfermas les afecta psicológicamente, debido principalmente a la angustia que les produce el quedar inmovilizados producto de una enfermedad:

> "me afectó en el hecho de que no podía hacer mi vida, que yo hacía todos los días. De hecho, me empezaron dolores que no tenía, que no iban con, que yo me estaba estresando, me estresé sola, el solo hecho de estar encerrada y por aquí, por acá, me dieron unos remedios para relajarme, porque ya sin pensarlo la mente se enfermó, me estaba enfermando de otra cosa… incluso tengo todavía la interconsulta para el psicólogo" (M2PAG2).

Un ambiente hostil puede provocar enfermedad

Un factor relevante que identifican como detonador de enfermedad es sentirse en un ambiente hostil, en tanto lo sofisticado y ajeno que resulta la ciudad en relación al medio natural en que se ha desenvuelto su pueblo; esta visión la encontramos particularmente presente en quienes tuvieron una infancia en el sur (en el campo).

> "y viene la enfermedad maligna que es la depresión que no sé quién la inventó pero yo como mapuche jamás nunca supe de depresión, de mi crecimiento, mi niñez… el avance de **la ciudad que es la tecnología, la contaminación es lo que a mí me enferma, eso me hizo perder mi salud**" (M1PAG1).

Aquí es importante destacar el vínculo con el entorno NATURAL -el territorio- la particular conexión que los mantiene sanos. El desplazamiento de los indígenas de sus territorios, ha significado la desarticulación de su ser implicado en la naturaleza que lo vio nacer, en consecuencia su estado de equilibrio y articulación se ve afectado permanentemente generando la pérdida de su "estado de salud".

En este mismo sentido, mencionan la mala calidad de los alimentos como un elemento responsable de sus enfermedades, estableciendo una clara diferencia entre la alimentación que recibían en el campo –sana, natural- y los alimentos que consumen en la ciudad modificados genéticamente y no naturales.

> "La alimentación, mucha, mucha hormona las comidas hoy en día, **antiguamente todo era natural todo**, la carne, uno se comía un pollo, criado del gallinero, alimentado con alimento, **con pasto o con trigo natural**" (H1PAG1).

La referencia a lo Natural, es una referencia al territorio, a la tierra, al entorno que permite mantener la buena Salud. Hay que recordar que cada elemento está habitado por un ngen único e irreproducible. No es posible la suplantación ni menos la reproducción en serie de elementos naturales que permitan la recuperación de esa singular articulación. Cada ngen y cada vínculo, está también determinado en tiempo y espacio.

Por otro lado, la falta de trabajo es mencionada como otra situación que produce enfermedad.

> "A veces nos bajoneamos cuando quedamos sin trabajo y no sé por qué, es lo esencial también en parte del bienestar de la persona… yo veo a mi esposo cuando no tiene trabajo él se va, se hunde, por más que uno trate de darle ánimo, qué se yo, entonces también va incluido" (M1LFG1).

2. Estrategias en el cuidado de la salud y la prevención de las enfermedades

En el discurso de los entrevistados también aparecen otros elementos que constituyen la concepción de salud y enfermedad, se trata de diversas estrategias que tienden a procurar el bienestar personal y familiar, mantenerse sanos, prevenir y disminuir el riesgo de contraer enfermedades y patologías.

Una alimentación adecuada

Las estrategias de autocuidado que se expresaron en las entrevistas se vinculan a generar una mayor responsabilidad en la alimentación, la conciencia sobre los riesgos en el consumo de alimentos de mala calidad o tratados con químicos, hormonas y otras sustancias.

> "Es que sabe lo que yo pienso, es que estamos comiendo comidas artificiales. Si yo voy al campo, allá me van a matar un pollo pero es natural, matan un chancho, es natural, matan un cordero es natural o cualquier cuestión, el pan, del fuego, la tortilla" (H2LGG2).

Realizar actividades

Otra estrategia para mantenerse sano es mantenerse activas, con actividades tanto en el hogar como en el ámbito social, llevarse bien con la gente, estar de buen ánimo, tener buena disposición, conversar con vecinos y sociabilizar.

> "uno no pasa encerrada en la casa, ya se comunica con la persona, conversa, pasa la hora volando, con tanta cosa que uno conversa, hay tanto tema que conversa uno entre la vecina, tiene confianza con la vecina, cuenta sus cosas muchas veces sus problemas, sus penas" (M2LFG1).

Asimismo, el autocuidado incluye la incorporación de nuevos hábitos y estilos de vida saludables, por ejemplo, practicar regularmente ejercicio físico y eliminar de la dieta productos de bajo aporte nutricional como bebidas gaseosas, enlatados y comida "chatarra". Debido a la edad, la mayoría de las y los entrevistados dice cuidarse porque la energía ya no es la misma, van al médico, controlan lo que comen, buscan reírse y practicar deportes; para ellos hacer ejercicios permite una mejor salud. Parece ser que mejorar la alimentación -tomaron la decisión de ir cambiando la alimentación, no consumir tanto alimento transgénico o los pollos que son criados con hormonas- es la estrategia más común.

> "Hacer actividades, por ejemplo estar constantemente en actividades, haciendo vida social por ejemplo, lo que estamos haciendo ahora eso anímicamente es muy bueno para la salud, entonces complementamos para tener una buena salud correr, hacer ejercicios…" (M1PAG1).

> "La fritura, mucha carne roja, las papas, el arroz, los tallarines, todas esas cosas uno las tiene que ir dejando a un lado… más la verdura, más la fruta, tomar harto líquido, tomar agua, no bebida tampoco, porque eso te daña mucho también la bebida, mucho dulce" (M2LFG1).

> "(…) es cuestión de cuidarse en las comidas también porque hoy en día como se están absorbiendo como muchas cosas con químicos, cosas que antes no era así, se tomaba mucho leche, la leche también era sana ahora ni en eso se puede confiar, las carnes están contaminadas, todo, todo es químico" (M3LPG2).

Una dieta más equilibrada y el consumo de productos agropecuarios con menos signos de contaminación son medidas muy valoradas entre los entrevistados. Así, la "buena alimentación" es equivalente a "buena salud" y distingue a las personas que aún viven en la comunidad rural de las generaciones de mapuche que viven en Santiago.

> "El cabro mío, el Alvarito, el primero, el que está operado de aquí, por comer cosas en la calle, un completo, casi se murió" (M1LGG2).

En este punto aparecen en el discurso de algunas entrevistadas diferencias generacionales, ya que las mujeres con hijos menores y adolescentes consideran que una

comida sencilla ("a base de verduras") es sin duda más saludable; sin embargo, se enfrentan a la dificultad de modificar hábitos al interior de la familia y en especial de transmitir estas ideas a las nuevas generaciones que perciben como más proclives a nuevos estilos de alimentación.

> "(...) mis hijos están así de gorditos, cuál de los dos… entonces ahora estoy tratando que ellos coman más de acuerdo a su edad también, que tengo uno que tiene 7 y mi hija tiene 18, ya mi hija menos mal que está empezando a ponerse más pretensiosa entonces come menos porque ella comía lo que hubiera y no, tratamos de cuidarnos, cuidarnos, igual yo soy mala para la comida chatarra (...)" (M1LPG2).

Consumir yerbas medicinales

Destaca el hecho de que la mayoría de los y las participantes señalan que consume en forma periódica plantas medicinales como una manera de prevenir enfermedades.

> "Y así uno se mejora, pero no tiene que ver las yerbas medicinales unos nombres de este, unos nombres de este otro, no, una sola cosa que nosotros tenemos el newen…" (M1PAG1)

Esto es fundamental, ya que el newen es energía, y es la esencia que habita en cada elemento de la Naturaleza.

> "Eso que es la yerba medicinal, nosotros como mapuche hay que tenerle, nuevamente digo respeto, no tomarlo desordenadamente, ya, por eso que los grandes sabios, los machi, ellos trabajan la yerba, ellos se guían a través de nuestro péuma, ahí recién el de arriba le dice "tal remedio le va a hacer bien" así lo hace…" (M1PAG1)

> "… yo siento el olor de la yerba que tengo que tomar, se me pasa la pieza al olor, cuando me sentía súper mal, sentía el olor al ajenjo, así que me levantaba, la iba a buscar…" (M1LGG1)

> "Agua de yerba si, uno siempre constantemente las está usando pero no es que uno se haga un remedio, yo lo que más uso es la manzanilla, la menta, el poleo, el boldo también, esas cosas las que más uso" (M3LFG1).

> "casi no nos resfriamos nosotros, porque pasamos tomando, yo hago una tizana porque le echo de todo, de todas las yerbas que hay en el lechero, llegan las chiquillas en la noche, una del trabajo y la otra del colegio: "ya a tomar una taza de esto" y acostarse y al otro día igual, así no se resfrían" (M1PAG2).

Por otra parte, las y los entrevistados también reconocen que en la actualidad la vida acelerada ha originado una serie de transformaciones, introduciendo nuevas tensiones

sobre las personas, aumentando el sedentarismo y el estrés, ante lo cual perciben sentirse más aquejados de presiones, enfermedades y dolencias. Quienes más resaltaron el padecimiento de estas presiones fueron las entrevistadas que realizan labores domésticas de tiempo completo. Las características del entorno social en el que habitan, las relaciones con sus pares, familiares, vecinos y la comunidad y en especial las condiciones económicas a las cuales se enfrentan cotidianamente, son señaladas como importantes factores de vulnerabilidad de la salud.

> E: "Y si se están cuidando la alimentación (...) ¿por qué creen que se estarían enfermando?"
> M2: "Por la misma… eh no sé, el ambiente, la casa, el estrés. (...) las preocupaciones yo igual creo también que tienen que ver poh, las preocupaciones, pucha que a veces no sé poh, que el trabajo, que las cuentas, a todo eso uno le tiene porque uno está pagando una cosa y que viene el otro mes y hay que volver a pagarla y como que eso a uno la tiene como que no sé, como que uno corre… muy acelerada…" (LPG2).

Dicha preocupación no es menor pues algunas de las entrevistadas insistieron en que la mayor parte de los problemas de salud, y en especial las soluciones a las cuales tienen acceso, son atribuibles y dependen de las condiciones sociales y económicas de sus familias.

> "(...) cuando mi hijo se accidentó se trató en el hospital, tuvo una buena acogida por mientras el papá duró en ese trabajo, porque eso le favorecía a él por estar el papá trabajando entonces tenía todas las posibilidades (...) pero el papá quedó sin trabajo y no hubo más, no se trató más, quedó realmente para toda una vida así, de una fractura de columna no se iba a mejorar, pero podría haber sido un avance un poco más…" (M3LPG2).

Es evidente para algunos entrevistados y entrevistadas que las inequidades sociales y económicas aumentan los niveles de desprotección y vulnerabilidad cuando enfrentan amenazas y daños a su salud o ponen en riesgo su bienestar. Pero la limitación o la ausencia de recursos económicos no son los únicos factores identificados como agentes de riesgo de la salud, también aparece la falta de soportes sociales, la debilidad e incluso la falta de redes familiares y comunitarias de apoyo dentro del entorno en el cual residen. Asimismo se suma a la desprotección en salud y su vulnerabilidad la identificación de ciertos elementos que perciben como una desventaja a la hora de resolver los problemas vinculados a la salud como la pertenencia a una clase social determinada, género, edad, nivel de escolaridad, origen indígena, distribución de ingresos y sentirse segregados por vivir en sectores populares del sector sur de Santiago.

> "Para estar bien en términos anímicos y todo, hay que comer bien, descansar suficiente y aparte de eso, que las cosas que uno está haciendo tienen que ir funcionando, porque a veces las cosas de la casa no funcionan o el trabajo no funciona, o tienes algún problema, eso hace también que de repente, el de no enfermarse, o el de que tengas alguna preocupación, eso hace también que las

> personas se decaigan, eso hace también que no funciones tú como corresponde y que todo esté como resuelto" (M2LFG2).

Diferencias generacionales

Otra cuestión que aparece de manera transversal y recurrente en el discurso sobre la salud y la enfermedad, son las diferencias presentadas entre las generaciones que han vivido más tiempo en la ciudad y aquellos que nacieron o han crecido en Santiago. Algunos de los entrevistados señalan que dado el estilo de vida urbano, sienten que se enferman más en la ciudad que en el campo y que tienen una salud más débil que sus parientes de la comunidad.

> "Somos más enfermos aquí, que cuando estábamos en la comunidad, allá éramos más sanos. Mis tíos tienen ochenta y tantos años, y ahora aquí se han enfermado más por la medicina que le dan aquí, por el asunto de la comida, era todo más sano" (M1LFG2).

En sólo una de las entrevistas grupales se rebate esta visión, como se refleja en este diálogo.

> E: "Y por ejemplo ustedes notan alguna diferencia (...) entre la gente como la mamá que vivió más tiempo en el sur y a diferencia de ustedes que llevan más tiempo (...) en Santiago con respecto a ser más sanos o ser más enfermos por el hecho de vivir acá en la ciudad".
> M1: "Es que lo que pasa que yo encuentro que por ejemplo mi mamá que vivió más tiempo en el campo la encuentro más enfermiza que nosotras" (M1LPG2).

En este caso, además, quedan de relieve las consecuencias del desarraigo. La desvinculación de "su territorio" implica la desarticulación de "su ser", generando con ello efectos negativos en su estado de salud.

A esto se suma la percepción respecto de la aparición de enfermedades y patologías no manifestadas con anterioridad en las familias mapuche, como cirrosis, cáncer, SIDA, diabetes, hipertensión y cólicos, entre otros padecimientos.

> "Es que aquí tenemos montones de enfermedades más, en el campo nunca las vimos" (M1LGG2).

> "El cáncer, cirrosis. Yo parte de mamá, soy acá primera generación, porque mi mamá del sur se vino a vivir, por parte de papá soy de la segunda y claro, ellos igual, mi mamá mucho más sana, que nosotros, que los hijos. Mi hermano se enfermó de cáncer y estuvo mal. Mi papá era de la primera generación acá y él se enfermó de cirrosis, por las comidas, por los tragos y todo eso. Y nosotros igual somos un poco más enfermizos que la gente del sur" (M1LFG2).

> “La diabetes está como el boom, porque mis tíos antes no tenían diabetes y les empezó a dar acá, ellos empezaron acá, las comidas que dan acá, las cosas muy dulces, la sal, la comida es más sana allá que acá” (M2LFG2).

3. Qué hacen cuando están enfermos: estrategias frente a las enfermedades

Los malestares son percibidos como sensaciones o síntomas menores que afectan el funcionamiento cotidiano de las personas, como por ejemplo dolores de cabeza o de estómago. Estas dolencias pueden ser tratadas de diversas maneras, con el uso de medicamentos que en general no necesitan prescripción médica, preparación de remedios caseros como infusiones de yerbas, cataplasmas medicinales e incluso procurando un estado de relajación, como dormir, descansar o distraerse, lo que corresponde a las primeras respuestas que se generan a nivel doméstico.

> “(...) depende, por ejemplo, si yo me siento como te decía, resfriada, ah ya, son dos días, tres días, que vai andar con la mona (…) y te tomas el paracetamol, el típico que tú sabes que lo tienes, y si mi mamá me dice, “ah tomate el agüita no sé cuánto”, yo me la tomo, pero si yo siento que es más grave, voy al médico (…), me hago los exámenes, me tomo los remedios como corresponde y todo, cuando me siento bien, bien, no vuelvo” (M2LFG2).

Acudir a servicios de salud

Por otro lado, cuando se identifican dolencias o malestares mayores y más persistentes se recurre a los servicios de salud. Esta decisión dependerá del tipo y gravedad de los síntomas que se sufren.

> “(...) cuando nos sentimos mal lo primero que vamos es a lo más cerca, al consultorio pa’ que nos evalúen, nos tomen la presión, que no nos vaya a dar un infarto cuando la persona es hipertensa, que dicen que la sangre no se detiene, según lo que uno coma se van haciendo coágulos, entonces ya aunque le digan una mentira a uno de que está bien, se viene como con otro ánimo” (M2LGG1).

Los y las participantes dicen que acuden a los servicios de salud cercanos en primera instancia, aunque no tienen mucha confianza en los resultados de sanación. En muchos casos la visita adquiere un carácter protocolar o formal cuyo objetivo es descartar la presencia de una enfermedad grave, es decir, se recurre para obtener un diagnostico.

Se evidencia así una paradoja, ya que se siente confianza en el diagnóstico de la medicina institucional, pero no se tiene la misma confianza al tratamiento y la posibilidad de mejora que deriva de éste.

> “Y el fondo tú no vas porque te den los remedios, yo creo que tú vas porque quieres saber realmente si la enfermedad que tienes es grave o no y es necesario seguir yendo al médico, así lo veo yo, no vas porque te sentiste mal, te dolió la guata, todo eso y ‘sabe que tiene una gripe así, viral’ y te va a dar una pastillita” (M2LFG2).

> “Yo voy a ver qué es lo que tengo” (M1LFG2).

Aunque la mayoría de las y los entrevistados se atiende y recurre usualmente al sistema público de salud, ello no está ajeno de contradicciones. Varios de los entrevistados reconocen su desconfianza respecto de los diagnósticos y temor ante el uso de fármacos y los tratamientos médicos. Además, en algunos casos se sienten presionados o presionadas por las indicaciones de los profesionales –como cuando les dan indicaciones para bajar de peso-, lo que afecta aún más su estado anímico.

> “Yo voy al médico, voy al hospital, normalmente al consultorio, que está más a la mano y ahí que me repite de doctor, me digan lo que tengo que tomar, eso hago para que me vean, pero no siempre tomo las pastillas que me dan. No soy muy partidaria de tomar las pastillas” (M1LFG2).

> “Igual lo ideal es no consumir fármacos, porque igual de alguna manera los fármacos que uno consume, quizás alivian algo, pero también causan otro efecto secundario, o sea lo ideal es tratar de recuperarse de formar natural” (H1LFG2).

Particularmente el tratamiento médico con fármacos aparece como un punto sensible para varios entrevistados, quienes cuando se trata de una dolencia menor o controlable prefieren darle solución en el espacio doméstico, pues señalan tener conocimiento de diversos medicamentos que no requieren receta o autorización médica y por ello prefieren usarlos directamente. Los malestares que más comúnmente se tratan mediante automedicación son dolores de cabeza, estomacales y musculares, también resfríos, acidez, fiebres, mareos y problemas de presión. Con esta práctica los entrevistados aluden específicamente al ahorro de tiempo y dinero que implica la automedicación respecto la visita al centro de salud.

> “Pero eso depende cuando el tipo de enfermedad que tú tengas, tú dices un dolor de estómago porque comiste algo y te cayó mal, perfecto, tú lo puedes hacer en tu casa, hacer la dieta que normalmente uno hace, o tomarse la agüita de yerba que la abuelita te recomendó y ya poh, pero hay otro tipo de enfermedades que en el fondo sí necesitan medicamentos, que es más profunda y que tú la necesitas, que a lo mejor también con yerbas se podría hacer, pero normalmente la gente recurre a las postas, al SAPU, al SAMU, a tomarse el medicamento” (M2LFG2).

En otros casos, ante un accidente o una enfermedad grave han recurrido a centros hospitalarios y han recibido tratamientos médicos, pero que no han sido exitosos.

> "[Con el uso de yerbas medicinales] Se mejoraba, si a mi papá yo lo traje aquí, se cayó, de la cadera nunca más pudo pararse, lo traje aquí, aquí le colocaron una prótesis en el Hospital Sótero del Río, pero no pudo andar nunca más" (M1LGG2).

Uso de yerbas medicinales

En general se evidencia mayor confianza en el efecto de las hierbas que en los fármacos, ya que son percibidos como menos invasivos para el organismo. Esto también expresa la distancia que en general manifiestan frente al tratamiento de la medicina occidental.

> "No me da confianza, yo siempre las junto, las saco y las hecho al excusado, porque digo 'si me dan pa' la presión que me va a hacer algo a los riñones', que jamás he sentido un dolor a los riñones (...), entonces son por los antepasados de tías, de abuelas, siempre he tenido más confianza en las yerbas y tengo yerbas plantadas y todo, ruda, llantén, toronjil de olor, menta, todas esas cosas, lo primero para un dolorcito de guatita de guagüita, ya una hojita de menta con agua hervida y ligerito están, como que no les duele nada (M2LGG1).

> "No, para mí no, porque te dan muchas pastillas que a veces te enferman más del estómago, te irrita, por lo menos a mí me pasa eso. Yo cuando tomo pastillas más me enfermo del estómago. Me irrita, me duele la cabeza, ando de mal humor, cuando tomo pastillas de, además que te dan puras recetas, a veces pa' puro que tú compres para la receta no más" (M3LFG1).

Es de relevancia destacar que entre los entrevistados y entrevistadas existe un conocimiento y dominio significativo del uso de plantas medicinales para la autoatención doméstica y familiar de diversas dolencias y malestares leves, así como respecto del cuidado de la salud.

> "(...) yo les hago remedios con puras yerbas, en la guata, cualquier cosa con yerbas y al más chico lo he tenido que llevar por los dientes, el más grande porque de repente se ha caído, todas esas cosas pero dolor de guata, tiene fiebre nunca lo he llevado, si es accidente lo he llevado pero si es por cosas chicas por ejemplo de no sé poh dolor de cabeza, que le duela la guatita, que tenga fiebre a menos que sea muy alta pero si yo puedo y le doy remedio y se le pasa" (M2LPG2).

> "Igual cuando yo me siento así enferma de la presión o algo, tomo jugo de limón, me hago una limonada (...), tomo agüitas de llantén y claro me dan pastillas también para la presión, pero a veces no me las tomo porque hallo que las aguas como que me bajan el calor que me da con eso de la presión, me siento mejor" (M1LGG1).

Por otro lado, preferentemente recurren a las plantas medicinales, oraciones en el rehue y secretos caseros, como: infusiones, cataplasmas y algunas prácticas deportivas rituales como el Palin.

Para los y las participantes en las entrevistas resulta fundamental al momento de consumir algún remedio natural el tener "fe" en que lo va a sanar; se requiere la disposición y la convicción de que esto funcionará -es una mezcla entre religiosidad y revalorización de sus propios conocimientos-, así como tener confianza en que la naturaleza lo mejorará. En este sentido, y en relación a esta visión, señalan que los remedios occidentales que les prescriben, traen en sus compuestos plantas medicinales, sin embargo, solo las utilizan y no las respetan.

4. Percepción, práctica y valoración de la medicina indígena

Prácticas de la medicina mapuche

En cuanto a la percepción de los entrevistados sobre la práctica y uso de la medicina indígena es central señalar que es parte de una cosmovisión y un conjunto de elementos culturales que no son equivalentes a la lógica de los sistemas de salud imperantes, debido a las características y principios en que se sustenta. Es así como la práctica de la medicina mapuche, en este contexto urbano, es percibida por las y los entrevistados como un importante espacio de mantención de la identidad étnica, así como un núcleo de transmisión cultural.

Señalan que tanto los conocimientos como la práctica de la medicina mapuche vinculan el bienestar físico y espiritual de las personas. Por tanto, se aproxima y trata de manera integral al paciente o enfermo, considerando que no necesariamente los padecimientos corresponden a una estricta pérdida del equilibrio biológico del organismo, sino que son expresiones de decaimientos anímicos y psicológicos.

En general las y los entrevistados, consumen yerbas o realizan tratamientos de la práctica medicinal mapuche, al respecto mencionan que se tratan primeramente con plantas medicinales que mantienen en sus patios o que traen de sus viajes al sur.

> "Hay hartas plantas medicinales, está la ruda, está el llantén, la menta, el matico, el boldo" (M2LFG1)

Cuando el tratamiento con plantas medicinales no es suficiente, recurren a un Machi, Lahuentuchefe (que solo sabe de plantas medicinales), componedor de huesos o alguna persona con un saber específico. De los tratamientos que se realizan mencionan: Machitun, Ulutun o procedimientos menores indicados por las y los expertos indígenas.

El conocimiento respecto a este tipo de procedimientos proviene del contexto familiar, por vía de la tradición oral o porque han tenido acceso directo a la atención de machi.

> "Es que las yerbas se va traspasando de generación en generación, por ejemplo mi abuelita, dijo mi mamá, usted sabe que la ruda, la menta, todo eso es para el dolor de guata, hay otras para el dolor de cabeza, también, el llantén para las heridas y todas esas cosas, las mamás las traspasaron" (M1LFG2).

Quienes conocen la medicina ancestral mapuche por socialización familiar, en general tienen vínculos y relaciones con las comunidades de sus padres o abuelos, allí la mayoría ha tenido experiencias y contactos con el uso de las plantas medicinales, con la práctica y tratamiento con un/una machi o ha sido partícipe de ceremonias comunitarias.

> "He estado con machi, pero en otro tipo de rituales, que es el Nguillatún, en otro tipo de cosas, no en una cosa donde las personas van a ver su enfermedad" (M2LFG2).

> "(...) me acuerdo que la finada machi le decía cuando tenían remedios y cuando no y ella les daba por si acaso que se tomaran eso y que si les hacía bien que volvieran y si no que no volvieran más, pero la mayoría de la gente volvía, y yo como era tan chica no me acuerdo de toda la yerbas, porque yo la acompañaba a buscarla, yo iba al monte a buscarla, al río, así que me acuerdo de algunas, pero era chica, yo acompañaba a la, porque era viejita y andaba con los canastitos en la mano (...)" (M1LGG1).

Si bien todas estas personas valoran la medicina ancestral y tienen ciertos conocimientos respecto a ésta, algunas de ellas señalan que en la actualidad no practican ni se han atendido a través de la misma.

Algunas entrevistadas que han sido o actualmente son usuarias de los programas de salud indígena señalan que han optado por esta alternativa de atención debido a que el sistema público de salud no responde a sus expectativas en el plano económico, en algunos diagnósticos y tratamientos, ni les acomoda la relación médico-paciente propia de ese modelo.

> "(...) mi hermana fue y (...) le dijeron lo que tenia del hígado, le dijeron que era graso, que no podía comer pucha prácticamente la nada misma y 'por qué no vas, no pierdes nada' y sabe qué le hizo súper bien porque ella después empezó a comer de todo, comía papas fritas, comía ají, comía no sé poh cebolla, todas esas cosas que con las pastillas ella no podía comer porque ella comía eso y era un dolor y el ataque al hígado era instantáneo, se empezaba a hinchar" (M1LPG2).

Señalan que recurren y se atienden con medicina indígena porque no observan resultados ni mejorías mayores con la medicina oficial. Además, es reiterada la queja sobre el nivel de burocracia del sistema público, la alta demanda de usuarios y las pocas garantías de una atención de calidad.

> "(...) las medias colas y llega una y 'sabe qué, que le falta este papel', por un papel que no te atiendan y hacen la cola de una hora, dos horas… entonces ahí yo encuentro que es desagradable, encuentro que en ese punto la salud no ha mejorado en nada, la salud está peor" (M1LPG2).

Pues bien, ante la realidad del sistema público de salud los entrevistados no dudan en señalar que además de practicar una forma de atención integral que entiende el cuerpo y el espíritu de la persona como un todo, la medicina ancestral mapuche produce diagnósticos y tratamientos menos invasivos que les han dado resultados muy positivos.

> "Igual la medicina indígena me hicieron bien (...), de estar atendiéndome en el consultorio al final estaba bien pero tenía que cuidarme no más, pero con yerbas igual me sentía mejor, podía hacer mis cosas entonces con las yerbas me sentía mejor, la otra, la del consultorio, las pastillas y todo eso… que no puedo tomar pastillas nada, entonces era como igual como que tenía que cuidarme con las comidas en cambio con la medicina indígena no porque yo comía lo que quería y tomaba harto líquido no más y eso y me sanaba" (M2LPG2).

Machi

Entre las formas identificadas por los entrevistados y entrevistadas para restablecer la armonía y el equilibrio entre salud y enfermedad se destaca el poder y sabiduría de el/la machi, quien posee el don de diagnosticar y tratar con asertividad los diversos cuadros de dolencias, enfermedades y malestares físicos, anímicos y mentales.

> "(...) cuando van a ver a la machi porque tuve una persona que fue, que solamente llegó al lugar, no le dijo nada, la machi lo miró, le vio los ojos y le empezó a explicar, ella diciéndole lo que tú tienes, es eso, tú no le cuentas a ella lo que tú tienes, lo que tú sientes, es la machi la que te va diciendo lo que tú tienes y tú vai como asumiendo y diciendo sí o no (...)" (M2LFG2).

El/la machi es el agente sanador más importante del mundo mapuche, por lo que su figura es altamente valorada. Esta valoración no sólo sustenta en sus habilidades y conocimientos sanadores, sino que también en la manera de atender y relacionarse con altos niveles de confianza con sus pacientes y por tratar determinados tipos de enfermedades.

> "Por ejemplo cuando tuve el problema de los brazos eh, eh… me traté un tiempo allá en El Castillo, por problemas que quizás de qué que no siguió eso o estuvo un tiempo cerrado, (...) ahora vine acá a la universidad donde está la ruca ahí y seguí tomando yerbas eh… yerbas indígenas y de hecho me hizo súper bien, anímicamente igual, o sea la primera vez que yo tomé es que esa semana anduve súper bien y de hecho les comentaba a todos y de ahí mi mamá, mi papá igual se trató…" (M1LPG2).

Los entrevistados señalaron que la medicina indígena y el poder de el/la machi está vinculada con el tratamiento de enfermedades y padecimientos que no son traducibles ante los contextos occidentales pues se encuentran en correspondencia con la cosmovisión propia de este pueblo. Hablamos de enfermedades o daños provocados por brujerías, venganzas o envidia como "mal de ojo", "trabajos", "empachos", entre otras denominaciones.

> "(...) yo misma estuve mucho tiempo yo enferma, caí en cama y no me quería levantar, fue terrible, quedé tan flaca, tan flaca que si usted me miraba a la cara yo no tenía signos de enfermedad, yo estaba linda, preciosa y… el trabajo lo hicieron muy bien pero yo no creía eso porque se lo hacen tan bien que simulan un resfriado fuerte (...), entonces qué es lo que pasa que un día yo dije 'hija por qué no ve mejor una machi'… y en ese tiempo no tratamos en [la ruca] El Castillo y a todo eso en ese tiempo yo también empecé a decaerme (...) como un decaimiento inmenso que yo tenía, sabe qué yo me acostaba y no salía de la cama, no hacía nada, yo le bordo, le tejo, le hago un montón de cosas y en ese tiempo no me daban ganas de hacer ninguna cosa (...)" (M3LPG2).

En general estos males tienen origen en la acción de terceros ante ciertas conductas sociales o morales transgredidas, de manera que el afectado ha provocado o ha sido objeto de la reacción de otras personas, fenómenos de la naturaleza o seres sobrenaturales.

> "(...) hay gente que por X motivo puede tener mucha razón para tomarle mala a una persona y a veces lo toma con tanta fuerza que quiere vengarse, vengarse por hacerle un mal, ya sea con [espíritu] o algún veneno tardío que hay, le dan de comer algo, la persona no muere al tiro. El sicario se va a encargar de hacer el daño, en ese caso es igual, la persona sabe qué hacer, cómo fregar al vecino, digamos, pero ya lo que sea, en todas partes hay un gallo" (H1LGG2).

El/la machi además posee la capacidad de detectar otros fenómenos y elementos que intervienen en la salud y la enfermedad de las personas, como por ejemplo animales que pueden padecer o provocar males o daños.

> "Oiga yo un año, en mi casa mía, cuando estábamos pocos años llegados, serían como las 9 de la noche o 10, sentí un pájaro, un pájaro que, mi casa por ejemplo estaba la puerta hacia allá y venía un pájaro de allá, en la noche, un pájaro y atraviesa por aquí pa'llá y atravesó, pero un grito tan feo, dije 'la cuca mala esa'. (...) pasa ese pájaro es porque se mueren varias personas, ahí murió mi tío, murió mi hija, murieron varios vecinos de mi población, pero el pájaro como que me aleteó en la pata de la puerta (...)" (M1LGG2).

Asimismo, los entrevistados reconocen que la práctica de el/la machi se caracteriza por el desarrollo de ceremonias curativas con alto poder simbólico y con un sentido muy preciso de sanación y del restablecimiento de la salud para el paciente, su familia o la comunidad.

> "(...) yo he sabido que **la machi sueña qué remedio** y si no sabe qué remedio le va a hacer bien a su paciente, sueña también qué remedio tiene que darle (...)" (H1LGG2).

En este caso, hay que destacar que la aproximación que tiene la Machi a los remedios mediante el sueño o peuma, se debe a la conexión que tiene con la Naturaleza. Esta conexión, se hace efectiva gracias a los ngen que poseen todos los elementos constitutivos de la Naturaleza, lo que incluye al ser humano -por cierto-. Es aquí donde queda demostrada que la vinculación es universal, es sistémica y no sólo antropocéntrica.

> "Y conoce también cuando la persona le hace daño a la otra persona, también conocen, yo porque allá en el sur allá donde estaba mi marido, tenía un sobrino, el niñito de él una vez tenía una, enfermó gravísimo, punto para morirse y lo llevaron donde una machi, muy buena, muy buena, al niñito le dijeron al tiro lo que le habían dado y ella le dio a tomar al niño y santo remedio, muy buena la machi" (M1LGG2).

Otra característica es que el/la machi utiliza distintos recursos para sanar como el uso de la palabra a través de la rogativa, las yerbas medicinales y el contacto físico (soba y friega el cuerpo), entre otros.

> "Cuando los chiquillos iban, ellos tocaba, la machi tocaba el kultrún, porque supuestamente era un demonio que estaba adentro de la persona que estaba enferma, entonces, disparaban, iban con palos las lamgenes, iban todos a la casa, iban a sacar ese mal y todas las puertas abiertas, entonces todos iban, todos iban y metían ruido para que la lamgen sacará esa enfermedad, porque era una enfermedad, un brujo, algo así" (M1LFG2).

> "Machitún y ese era un ritual de sanación igual, que la persona se sanaba, tomaba hartas yerbas, le hacían yerbas ahí, calentaban el agua, le hacían las yerbas para que tomara" (M1LFG2).

Tal como se refleja en el discurso de las y los entrevistados, el empleo y la práctica de la medicina indígena aparece como una solución muy certera y confiable. Además existen padecimientos y enfermedades que sólo tienen salida a través especialistas como los señalados, pues muchos de sus signos y síntomas sólo pueden ser comprendidos y tratados integralmente dentro del marco de la cultura mapuche.

Medicina ancestral

Por otro lado, un aspecto importante en el discurso de las y los entrevistados es la distinción que se hace respecto del ejercicio y la práctica de la medicina ancestral en la ciudad. Por un lado, las visiones entran en conflicto ante la resignificación de la práctica ancestral en un escenario que es muy distinto al de la comunidad. Por otra parte, los

entrevistados explican que el entorno urbano no es propicio para la aparición de un/una machi.

De igual modo, algunos entrevistados y entrevistadas cuestionan que la práctica urbana del/la machi esté mediada por un creciente mercantilismo expresado en el cobro de sus servicios, a diferencia de la comunidad donde actúan principios de reciprocidad.

> "Si poh, las machis de verdad sipo, la machi que te estoy diciendo yo, ahora por eso me da rabia con los machis a mí, yo nunca la vi que cobrara, no cobraba, no recibían plata, ella decía que si se sanaban, bien, pero siempre la gente la gente volvía a dejarle… algún regalo, incluso gente que se iba a morir y que ella había sanado le llevaban animales, cuando yo me crié tenía no sé cuántos caballos en la casa, hartos, hartos caballos, le iban a dejar así, podía ser una vaca, podía ser, o si no le iban a dejar trigo, quintales de harina, sacos de harina que eran antes o les llevaban otra cosa" (M2LGG1).

> "(...) lo que a mí me da rabia, que los machis de aquí, por ejemplo pueden ver a un peñi bien enfermo, que sea pobre que lo pueden atender gratis, no, le cobran, eso no debieran de cobrarle a su misma raza. Eso no me gustan los machis, todo es plata, plata, plata, si no tiene no puede" (M1LGG1).

En cuanto al Machi, ellos mencionan que los/las Machi nacen, desde el vientre de la madre, al momento de nacer se sabe a través del perimontu; en cambio ahora hay Machi, que se hacen de grandes, como los médicos wingka, como que estudian y aprenden para ser Machi, pero no son de verdad. Los/las Machi de verdad, están preparados para saber a través de fenómenos naturales y psíquicos la enfermedad que padece el paciente y el tipo exacto de remedio que debe indicar a éste; todo de manera natural.

> "Que no tenemos que recurrir a esas cosas sino, los machi están preparados, Chao dios los deja para ellos, principalmente su mente, así ocupamos totalmente natural, no gastamos un peso en decir "ya me voy a gasta 60 lukas en radiografía, sacarme un examen, alguna cosa" no, el machi, que es **machi sueña para el bienestar con su newen y todo**, entonces ahí va a hacerle remedio a las personas, entonces en qué quedamos que **los machi son parte de la naturaleza**, a través de nuestro peuma, a través de nuestro kimun, ellos se guían para dar la receta, los remedios todo, en cambio y el médico winka recurre a la tecnología y haciendo radiografías, haciendo examen de sangre, revisando; y lo otro que **la radiografía que nosotros tenemos**, los mapuche, **son los peguto** entonces cuando ya el machi **no se ilumina** tanto, ya no tiene el peuma como corresponde, por ejemplo él me dice "me duele mucho el estómago, no me puedo mejorar" el machi se concentra y pide claridad" (M1PAG1).

El diagnóstico en la medicina ancestral

La radiografía o peguto, es una manifestación evidente del fundamento matríztico Mapuche: "todos una misma cosa, como un solo espíritu somos". Desde los métodos empleados, como **tocar** la mano, **revisar** una pieza de ropa, **ver** la orina; podemos nuevamente afirmar la vinculación sistémica con todo el entorno. Esta forma de diagnóstico es ***radicalmente*** diferente a la occidental.

> "el machi para nosotros, en el mundo mapuche es el doctor, el que sana que uno lo va a ver y él, **con tomarle la mano**, hay muchas maneras de que la machi atienda, viendo la mano, **viendo una pieza de ropa de uno o con la orina**, pero la orina ahí le ve todo lo que es el cuerpo y ahí le va diciendo qué enfermedades tiene" (M6LFG1).

En este sentido es importante la diferencia que se establece con respecto al médico occidental, ya que según los y las entrevistados la diferencia radica en que el/la Machi le dice al paciente lo que tiene y al médico occidental es el paciente quien le dice lo que padece.

> "**cuando uno va a doctor occidental uno tiene que decirle lo que tiene, el machi no, el machi le dice a uno lo que uno tiene**, entonces uno le va diciendo "si, es verdad me duele aquí, me duele allá, me molesta aquí" porque él se lo va diciendo, entonces ahí él de dice "ya esto tienes que tomar, las yerbas medicinales a tomar" (M6LFG1).

De igual manera, el diagnostico del/la Machi, alcanza a todo el grupo familiar, es decir, cuando el/la Machi atiende al paciente, éste le indica que es lo que tiene toda su familia.

Para aquellas dolencias que los occidentales denominan enfermedades psicológicas y que corresponde a enfermedades del Newen para los Mapuche, se requiere de la participación de toda la comunidad para restituir la fuerza o la energía al paciente.

Medicina ancestral y medicina popular

Por otro lado, las prácticas médicas populares se distinguen claramente de la indígena, mientras ésta se entrelaza con los otros aspectos de la cultura y la vida social, las populares son descritas como prácticas específicas e individuos especialistas.

> "(...) yo no iría, si me pasara algo, así como ella, yo no voy poh, si también me disloqué el pié, hacen años y en La Legua encontré un caballero que arreglaba y arregló re bien, tenía así la pierna, pero ya no quise ir al médico porque lo único que hacen es enyesar, enyesar y no hacen nada más" (M1LGG1).

Es clara por ejemplo la taxativa diferencia entre machi y curandera o meicas, ya que las Machi tienen el poder de comunicarse e interactuar con todos los elementos de la naturaleza, como se expresa a continuación.

> "[Las meicas] No tienen poderes, o sea ellas saben, o sea yo por ejemplo que se harta yerba podía ser una cosa así, una yerbatera, le llamaban la meica, era diferente, no tienen poderes pero sí saben de yerbas y saben sobarse también, porque yo cuando me dio parálisis a los 15 años (...) en vez de llevarme al médico me llevaron a la médica y ella igual con esas hojas que ella, no sé qué hojas serían pero con eso ella me enderezó" (M1LGG1).

> "No poh, esas son las médicas chilenas" (M1LGG2).

5. Percepción de los usuarios indígenas sobre el sistema público de salud

Sistema de salud inadecuado para las necesidades de salud de los pueblos originarios

La percepción más reiterada entre los entrevistados es la existencia de un modelo de salud pública inadecuado para atender las demandas y la realidad de la población indígena. Esto obedece en gran medida a un conjunto de experiencias negativas en torno a la prestación de servicios de salud, lo que lleva a su deficiente evaluación.

> "(...) la salud no ha mejorado en nada, la salud está peor (...). Encuentro que no ha mejorado nada y por lo mismo que uno trata de no ir, yo trato de no ir al consultorio ni al hospital así como que tiene que ser algo puntual, algo muy preciso" (M1LPG2).

> "Yo creo que más que para los pueblos originarios en términos concretos, la salud hoy en día es mala para todos, tanto como para las personas indígenas o no indígenas, sino que para el chileno mismo o para la ciudadanía, la salud primaria hoy en día es mala, tienes mala atención, tienes pocos médicos, no tienes resoluciones prácticas dentro del cuento que te dan" (M2LFG2).

Pese a que las y los entrevistados reconocen la intención de la actual política de salud de extender la cobertura de los servicios y atender de manera eficiente la alta demanda de usuarios, los recursos aún son insuficientes para responder a sus problemas.

> "No es que es una cuestión real. Si te dicen que tiene quince minutos por paciente. Te atienden una cantidad de pacientes durante el horario que ellos tienen y ellos trabajan de ocho a cuatro de la tarde, en los consultorios un médico atiende de ocho a cuatro. Después de seis a otro -es la otra parte- es la parte de emergencia, de urgencia. Y si el médico tiene que hacer otra cosa, los pacientes los cambian para otro día y chao poh. No hay atención, el médico nunca te llega a atender a las ocho de la mañana, siempre te viene a atender a las ocho y media nueve" (M2LFG2).

Frente a la alta demanda de público y la imposibilidad de conseguir horas médicas cuando se precisan, entrevistados y entrevistadas optan por atenderse en otros espacios donde deben subsidiar parte de la prestación médica e incluso atenderse de manera particular. Esta no es una posibilidad a la cual puedan acceder todos.

> "(...) hoy en día también tiene la opción por ejemplo de si uno trabaja que ya está FONASA, qué, qué voy a ir hacer la cola al consultorio, mejor me atiendo y acá pago un bono y no sale tan caro y prefiero acá, entonces uno va también tratando… pero hay gente que realmente no tiene… tiene que ir al consultorio y que llegué allá y 'sabe señora la vamos a llamar, espere en un mes más', que a mí me ha tocado llevar a mi papá, 'caballero, mire saque turno para que le den hora para febrero del año que viene'" (M1LPG2).

Existencia de mal trato en los servicios de salud hacia los pueblos originarios

Asimismo, también se alega una serie de deficiencias en los protocolos de atención por parte de los profesionales y funcionarios en los consultorios y hospitales. Es generalizada la opinión de las y los usuarios entrevistados que es frecuente recibir un trato inadecuado por parte de los funcionarios y especialistas médicos, basado en su posición de poder dentro del servicio médico.

Un ejemplo de ello es la discriminación, que constituye un elemento transversal al discurso de los distintos entrevistados y entrevistadas, quienes señalan ser permanentemente objeto de diversas prácticas que denigran su condición de pueblo indígena dentro del sistema público de salud.

> "(...) se nota al tiro, llega una persona chilena eh es una cosa y una persona mapuche sobre todo si es ya de edad o qué sé yo ellos… a excepciones que yo por ejemplo he visto personalmente vi una doctora preciosa, rubia, que ella era como total y la vi y que habló mapudungun con mi abuela en el hospital (…)" (M1LPG2).

Para las y los entrevistados estas prácticas discriminatorias, ocurren por la incapacidad de la sociedad de aceptar que está compuesta por diversos pueblos y culturas. Y que esta diversidad no implica mecánicamente que los indígenas deban estar en una posición de subordinación.

> "(...)yo sé que estoy con hipertensión y por qué no voy, porque yo sé que me voy a tener que levantar temprano y horas esperando y eso no quiero porque al hospital le tengo miedo porque una vez estuve en el sanatorio El Peral, (...), entonces yo quedé con ese olor del hospital y no puedo soportarlo, te tratan tan mal o la miran de pie a cabeza por el hecho de ser raza indígena, entonces uno igual tiene un resentimiento y yo por qué tengo tan claro esto de la raza indígena" (M3LPG2).

En gran medida el origen de la insatisfacción usuaria proviene del perfil del sistema público de salud y sus objetivos de racionalización y maximización de los recursos horas/profesional, donde se genera una tensión entre entregar un a atención de la calidad versus la cantidad de usuarios que deben ser atendidos.

> "Sólo agregar que lo de salud ojalá mejorara, que mejorara y se tratara a las personas como es debido, como se merecen, a todos por igual" (M1LPG2).

> "(...) mucha demanda y hay gente que encuentro que es demasiado prepotente, si yo no quiero que me traten mal, que me agreden en el consultorio, del hospital, de lo que sea, es muy prepotente y 'no poh, aquí soy yo la que mando' y por lo tanto es prácticamente es 'por favor ¿me podría atender?', así como que prácticamente humillándose" (M1LPG2).

Paradigma institucional y visión de los pueblos originarios

Es necesario señalar que también existen otras barreras que acrecientan las desigualdades en la atención para los y las indígenas. La falta de un acercamiento más relativo y menos objetivo por parte de los equipos médicos al abordar las problemáticas de las y los usuarios y sus familias con respecto a la salud y la enfermedad. El lenguaje utilizado por los profesionales dificulta la relación, la empatía y la confianza con los usuarios y usuarias, así como el tipo de información que el médico entrega o requiere de la persona indígena. De ahí que las recomendaciones de autocuidado y prevención de la salud podrían tener mayor receptividad entre los usuarios y usuarias y generar cambios más adecuados en los estilos de vida y hábitos.

> "De repente los médicos igual atienden mal a las personas, en el sentido de que le preguntan no sé, '¿qué comió?, ya, y cómo no se va a enfermar si comió, eso'. O sea, se sienten con la autoridad de llamarles la atención a las personas. Ellos tienen que hacer su pega no más y pega que muchas veces no la hacen y lo único que hacen es dar una receta o dejar una aspirina, 'ya ándate, por favor, que vienen diez más" (H1LFG2).

Como se puede apreciar, estamos ante situaciones muy frecuentes de descalificación del personal de salud respecto de los y las usuarios. Lo que sumado a que la población indígena y la población general que se atiende en el sistema público de salud cargan el estigma de la pobreza y la marginalidad, se sientan permanentemente agredidos y objeto de desigualdades. En contraste a estas percepciones, los entrevistados valoran positivamente la medicina indígena pues opera con criterios más humanos e integrales de atención y se reproduce con cuotas de confianza y mayor sensibilidad hacia el paciente y su entorno familiar.

> "(...) que a veces hay personas que como que las ve y uno sabe que puede confiar en esas personas pero hay personas como que por más que quiera llegar a esa persona a confiar no se puede, con él era como medio difícil llegar a él, era como que no tomaba uno con mucha fe entonces yo creo que por ahí va, hay que tener fe en ellos también, cómo se llama, no llegaba mucho con él entonces yo tampoco me sentí…cómoda y yo creo que por eso mismo fue el cambio, en cambio acá me atendió la machi y fue una cosa así pero así instantánea de que uno en ella confío y en ella sé que me va a sanar" (M1LPG2).

Ahora, si bien se reconoce la existencia de programas de salud intercultural en el sistema público de atención y la incorporación de saberes de la medicina indígena en espacios médicos oficiales, el acercamiento y en especial la percepción de ello es interpretada de distintas maneras. Algunas entrevistadas señalaron su interés y aprobación ante este modelo, pues se constituye en un espacio de reconocimiento de los saberes médicos mapuche subordinados y una herramienta útil en los procesos de incorporación de saberes y prácticas propios del mundo indígena.

En otros casos, la cuestión de la salud intercultural resulta ser un campo donde aparecen conflictos y críticas, las que se extrapolan al sistema público ante la incapacidad de desarrollar estrategias más sólidas y pertinentes culturalmente que faciliten la relación entre los equipos médicos, los funcionarios y las personas indígenas. En específico, se alega falta de coordinación entre los servicios de salud y los especialistas indígenas en medicina, las organizaciones y en especial con los propios usuarios y usuarias indígenas, así como el desarrollo de programas específicos de atención intercultural en salud con pertinencia y que representen la particularidad cultural y territorial indígena.

Incorporación de la medicina indígena a los servicios públicos de salud

Frente a la pregunta de la posibilidad de incorporar la medicina indígena a los servicios públicos de salud, en general la respuesta es positiva. Sin embargo, surgen dos puntos principales de reflexión: uno que refiere al reconocimiento de parte de los profesionales occidentales del conocimiento mapuche; y otro, que se refiere a las posibilidades reales de que el/la machi pueda implementar toda su práctica en el contexto en que se ejerce la medicina occidental. Así, se entiende que algunas prácticas el/la Machi debería hacerlas en casa o de lo contrario contar con un espacio lo suficientemente adecuado para que pueda operar. Además, reconocen las experiencias en Salud en Temuco y Villarrica.

> "allá en Temuco, por ejemplo el Hospital de Temuco ya está trabajando con un Hospital que es mapuche que lo derivan ahí, ahí trabajan machi y trabajan médicos juntos, así que cuando por ejemplo los médicos no saben una cosa, el machi sabe, él médico mapuche, sabe lo que tiene" (M1PAG2).

Por otro lado señalan la necesidad de reconocimiento de las prácticas y los saberes de medicina tradicional indígena por parte del sistema público de salud, que en efecto se ha

cristalizado a través de programas interculturales en centros de salud familiar (rucas); y la legitimidad real de formalizar la integración de la medicina indígena como una alternativa paritaria dentro de la salud pública.

> "Yo creo que sí, podría funcionar, pero para eso, hay harto camino que recorrer. Falta, por un problema de, punto uno, tenís que estar de acuerdo con los médicos, que respeten éste tipo, la medicina ancestral, (...) hay médicos que son súper escépticos y dicen 'no', hay otros que simplemente son más libres de pensamiento y pueden decir 'sí, se puede', (...) y que la gente igual yo creo que lo acepta bastante, porque la gente busca hoy en día la medicina más naturista" (M2LFG2).

Si bien las y los entrevistados reconocen la coexistencia y el diálogo entre ambos modelos médicos (biomédico e indígena), en el mejor de los casos, como sucede en la actualidad, tienen un carácter integrado más que complementario. En efecto, nos encontramos en el discurso de las y los entrevistados con una incapacidad de incorporar las demandas del usuario indígena dentro el proceso y los espacios de atención pública (consultorios y hospitales), o que la contraparte funcionaria y equipo de profesionales desarrollen la capacidad de comprender y legitimar la diversidad cultural, los conocimientos, creencias y prácticas propias del mundo indígena respecto de sus percepciones sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo, los ciclos de vida y las prácticas sanatorias.

> E: "¿No crees que pueda funcionar?"
> H1: "No, a menos que la gente cambie la forma de pensar y la forma de creer" (LFG2).

Es evidente que las y los entrevistados aluden a que se requiere un cambio y una modernización mayor en el paradigma actual de salud y medicina, con el fin de modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del trabajo de todos los estamentos del servicio público en situaciones interculturales.

> "Recelo o miran mucho en menos, es medicina primitiva no más dicen ello, no tiene estudio científico, eso es lo que ellos dicen" (H1LGG2).

Dado que la incorporación de la medicina indígena en los espacios de atención pública en salud ha demostrado ser un proceso lento, también nos habla de la imperiosa necesidad de superar las trabas institucionales y fomentar el apoyo y la concertación de las diversas voluntades y poderes políticos.

> "En estos momentos yo creo que no, porque la gente cree totalmente en lo que dice un médico, en estos lugares. Quizá en otros lugares no, o quizás nosotros pensemos de forma diferente, pero en estos momentos cualquier persona, cree más en el médico, que en lo que haga no sé, una machi" (H1LFG2).

Por su parte, una entrevistada señaló que la medicina indígena podría funcionar de manera más realista dentro de los servicios de salud con la integración de profesionales indígenas.

> "(...) yo creo que juntando las dos medicinas yo creo que funcionaría pero también como más dándole la oportunidad a más gente mapuche también porque es harto poco la gente mapuche que se integra ahí a trabajar. (...) que eso de la salud que yo estaba diciendo se integre más gente mapuche, eso es importante, lo otro que se podía hacer es que (...) ya que se hacen estos mismos estudios por ejemplo, por qué no se le da oportunidades a juventud, a gente joven que está estudiando, gente mapuche que está estudiando, darle becas, ya decirles 'saben qué más, si queremos mejorar la salud hagamos esto, démosle esto a estos jóvenes indígenas con excelentes notas pero que no tienen cómo estudiar'. (...) entonces uno también ayudaría también a su gente, uno conoce a su gente, trata de mejorar a su gente y atenderla también como se merece" (M1LPG2).

Atenciones y programas de salud del sistema público identificadas por usuarios indígenas

Los entrevistados y entrevistadas tienen escaso conocimiento e información acerca de los programas "Chile crece contigo", Reparación y Atención Integral de Salud a los Afectados por Violaciones a los Derechos Humanos (PRAIS), Salud mental y Cardiovascular.

Del **Chile crece contigo** sólo 3 entrevistadas y 1 entrevistado señala estar en conocimiento de la existencia del programa pero no sobre sus alcances específicos y funciones.

> "Es que yo lo que entiendo, que el Chile Crece Contigo, es todas las personas que son mamás, que van a ser mamás, están en un programa, independiente del tema mapuche o sin son chilenos, están dentro del programa y es un programa específico para las mamás" (M2LFG2).

Respecto del **PRAIS**, sólo dos entrevistados identifican la problemática que atiende el programa.

> "El PRAIS, es el que tiene que ver con la gente de, los presos políticos y todo eso. Sí, sí lo he escuchado" (M2LFG2).

En cuanto a las atenciones en **Salud mental**, resulta ser el más reconocido, pero al igual que los otros programas, los usuarios sólo dicen tener escasa información. Mientras que el Cardiovascular no es identificado por ningún de ellos.

Con respecto a las atenciones en rucas, varios de los entrevistados señalan atenderse o haber sido usuarios, sin embargo reconocen desconocer cómo funcionan, cómo se accede y por qué varias de ellas se encuentran ligados a los centros de salud familiar (CESFAM).

> “Yo tampoco porque las veces que he ido al hospital puede ser que en el hospital haya propaganda, no sé, alguna cosa que uno pueda leer” (M1LPG2).

> “Que a veces hay gente que se quedan ahí… eso poh, más ayuda, más información, pero a lo mejor información no hay porque la información es la que falta también… y ahí a lo mejor uno, va por ahí, más información también. Pero a mí me encantó esto” (M1LPG2).

Las unidades de atención en medicina mapuche donde las y los entrevistados han sido usuarios y usuarias son las rucas de las comunas del sector sur de Santiago. En La Pintana identifican la Ruca del Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura, ubicada en la población El Castillo, la ruca Kiñe Pu Liwen en el campus Antumapu de la Universidad de Chile y la ruca Lo Martínez. En la comuna de La Florida Kallfulikan, ubicada en el Centro de Salud Familiar Los Castaños. En el caso del programa de salud Kuyen Rayen del Hospital Barros Luco de en la comuna de San Miguel, solo algunos entrevistados tienen información de su existencia pero no han sido usuarios.

Conclusiones

Como dijimos anteriormente, la percepción de salud-enfermedad en los pueblos indígenas es parte de una cosmovisión o filosofía integral; por lo tanto, los elementos constitutivos de la misma son indivisibles y se entienden uno en relación al otro. Por ello, y sólo para expresar las conclusiones emanadas del análisis anterior, se presenta una división analítica y segmentada de la percepción de salud-enfermedad y de los elementos relacionados.

La medicina ancestral mapuche

En general las y los entrevistados mantienen la práctica de la medicinal ancestral, conservando una gran cantidad de conocimientos respecto a ella y una buena dosis de convicción respecto de los positivos resultados para mantenerse y/o recuperar su Salud. Por otro lado, mantienen una opinión negativa de la salud occidental y de sus instituciones.

Solo en casos excepcionales, se pudo constatar un nivel de conocimiento acabado de los procedimientos ancestrales de medicina indígena, lo que determina la urgencia de rescatar y proyectar tales conocimientos. Asimismo, también se evidencian referencias a experiencias y sentidos donde convergen otras vertientes como la tradición popular y el modelo biomédico.

En este mismo sentido, consideramos necesario precisar la concepción de Salud-Enfermedad que posee el pueblo Mapuche, ya que es la visión preponderante manifestada en este estudio.

La perspectiva Mapuche concibe al ser humano implicado en la naturaleza, experiencia entendida como una articulación dinámica, sistémica y universal. Este es el paradigma fundamental de la cosmovisión Mapuche y por ende la estructura simbólica que sostiene la percepción del concepto de salud-enfermedad de esta población.

Desde esta mirada, el concepto salud-enfermedad, es un complejo bioenergético que requiere de flujos e interacciones permanentes para mantener un estado de conexión y equilibrio saludables en un espacio o territorio específico.

Dichas interacciones, son de carácter multidimensional y se hacen efectivas mediantes manifestaciones y/o entes que habitan todo elemento constitutivo del universo o naturaleza que nos rodea.

De manera coherente, las Machi y/o especialistas en salud, deben poseer capacidades y facultades especiales que les permitan acceder a un universo fenomenológico de múltiples dimensiones. Para el reconocimiento de las Machis y/o especialistas en salud,

intervienen señales naturales, características al momento de nacer y la ratificación como tal por comunidades del wallmapu o territorio ancestral Mapuche.

Salud-enfermedad en la cosmovisión mapuche

A partir de lo anterior, se puede señalar que el concepto de salud indígena –Mapuche-, como queda establecido a partir de las entrevistas, considera la enfermedad como un estado de desequilibrio entre el individuo, su familia, el entorno social y natural, y cualquier elemento, acción u omisión que perturbe el estado de equilibrio (salud o estar sano) redundará en una enfermedad. Por consiguiente, este estado alterado o enfermedad, atentará contra el sistema en su conjunto, es decir, estarán enfermos el individuo, su familia, el entorno social y natural. En consecuencia, cualquier tratamiento o práctica que pretenda restablecer este equilibrio, tendrá que abarcar al sistema en su totalidad.

Además, significativa es la relevancia que adquiere el aspecto energético del sistema de salud-enfermedad Mapuche, en particular durante las ceremonias o ritos de sanación, como se describe en casi todos los relatos de las y los entrevistados.

La mayoría de las y los entrevistados describe la salud en base a características que promueven el equilibrio del organismo, integrando también la consideración del estado mental o anímico. Ambos elementos mantienen positiva y activamente a las personas y permiten la posibilidad de realizar sus actividades cotidianas, funciones básicas y vitales y en especial una convivencia armónica con su entorno social y familiar. La enfermedad es percibida como una alteración del estado de salud que corresponde a “sentirse y estar bien”.

La salud mapuche está imbricada con el territorio

Para los indígenas que habitan la urbe, particularmente nocivos o atentatorios contra este estado de equilibrio, resultan un ambiente artificial y de alta complejidad tecnológica y social, sintiéndose ajenos y vulnerables. De igual manera, las pésimas condiciones de vida, tales como el hacinamiento, los alimentos intervenidos genéticamente y el maltrato, son factores que generan angustia, tristeza y enfermedad. Por el contrario, la interacción social, la reunión familiar, el vínculo con su cultura, son factores relevantes para alcanzar un buen estado de salud.

El desarraigo de su territorio significa la desarticulación del ser Mapuche, en consecuencia se mantienen en un estado de fragilidad permanente. Esta desarticulación, significa la desconexión con los newen y con los ngen del territorio que los vio nacer y que permiten una interacción saludable en su diario vivir.

El habitar en espacios ajenos y/o sin vínculos existenciales, genera en los Mapuche una situación de vulnerabilidad mayor, provocando la aparición de múltiples patologías orgánico degenerativas, psíquicas y espirituales o energéticas.

El vínculo permanente con la Naturaleza, queda de manifiesto no solo cuando recurren a ella para recuperarse de alguna enfermedad, sino que fundamentalmente para mantenerse sanos y saludables, tal como lo indica el uso permanente de yerbas o plantas medicinales.

La práctica de la medicina ancestral

La práctica de la medicina ancestral es un ejercicio médico imbricado sobre conectores químicos energéticos en tiempo y espacio circular. Dicho de otro modo, es una práctica que utiliza sonidos, imágenes, temporalidad, plantas, animales, señales atmosféricas y todo tipo de manifestaciones que permitan la comunicación entre el universo de la Machi y/o experto y el universo del consultante.

En el caso de los lawen o plantas medicinales, por ejemplo, éstas operan como vehículo de los ngen y de los newen, que son las manifestaciones o entes que restituirán el equilibrio y la conexión del enfermo o enferma, previo proceso de interacción de los universos de la Machi y el consultante.

Éstas manifestaciones o entes –Ngen y Newen-, habitan en cada elemento de la naturaleza y por cierto también en el ser humano, según la perspectiva o cosmovisión Mapuche.

El diagnóstico en la medicina ancestral como expresión de la cosmovisión y de la concepción de salud-enfermedad

El Diagnóstico de la medicina ancestral, es un momento multidimensional, que permite acceder al universo del consultante, su comunidad y su territorio. La Machi o experto, se conecta con el universo del consultante, con el propósito de conocer lo que le pasa y poder asistirlo, iniciando de esta manera un proceso que permita que el consultante recupere su estado de equilibrio y conexión.

La primera conexión diagnóstica, se realiza mediante una conexión de temporalidad a través del peuma o sueño, aspecto y/o facultad que se irá utilizando en otros momentos del proceso.

En el momento del diagnostico, el consultante se dispone para interactuar mediante las facultades que posee la Machi o experto, de tal forma que ésta pueda observar y leer en el universo multidimensional del consultante. Es importante destacar, que a diferencia del

ejercicio medico occidental, el consultante no entrega detalles de lo que lo aqueja, ni posee ficha clínica; son las cualidades y capacidades propias de los expertos y/o Machi las que operan y orientan el proceso en todo momento.

La percepción respecto al sistema de salud institucional

La mayor parte de las y los entrevistados reconocen su desconfianza respecto de los tratamientos médicos y el temor ante el uso de fármacos. Por otro lado, la distancia con el sistema público deriva del abierto descontento respecto de los protocolos de atención, la burocracia del sistema, la alta demanda de usuarios y la falta de empatía y los prejuicios de los cuales son objeto bajo la estigmatización de "pobres", "indígenas" o "ignorantes".

Asimismo, es reiterada la posición de las y los entrevistados respecto de un modelo de salud pública inadecuado para atender las demandas y la realidad de la población indígena. Esta percepción obedece a variadas experiencias negativas en torno a la atención de los servicios de salud que abarcan desde malos tratos, prácticas de discriminación, escaso acceso a horas y tratamientos médicos, las trabas burocráticas, la relación usuario/profesional, entre otras.

No obstante, las entrevistas también reflejan que frente a enfermedades o síntomas mayores los usuarios acuden al sistema público de salud, pues buscan un diagnóstico que precise el alcance de su malestar. Sin embargo, esta opción no carece de elementos contradictorios y complejos pues el sistema público y sus formas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y en especial del tipo de relación que se construye entre el personal, los profesionales médicos y el usuario o paciente está rodeado de diversas críticas.

Estamos ante un dilema muy delicado pues las y los entrevistados nos hablan de la incapacidad de incorporar las demandas y en especial sus puntos de vistas y expectativas dentro el proceso y los espacios de atención pública (consultorios y hospitales). Igualmente que la contraparte funcionaria y equipo de profesionales desarrollen la capacidad de comprender y legitimar aspectos de su tradición cultural, respecto de sus percepciones sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo, los ciclos de vida y las prácticas medicinales propias de la cultura mapuche. A pesar de ello, en general, manifiestan una buena disposición para participar y desarrollar la práctica de la medicina ancestral en la ciudad.

Por ello, en cuanto a la posibilidad de incorporar la medicina indígena a los servicios públicos de salud, las opiniones de las y los entrevistados se encuentran divididas. Una parte reconoce y valora la coexistencia actual entre el modelo biomédico y el indígena. Otra parte, sostiene que para que la salud ancestral conviva con la institucional, es necesaria la aceptación de ambos modelos de salud como igualmente válidos, es decir, que exista complementariedad más que integración de los modelos señalados.

El autocuidado

Por su parte, las estrategias que obedecen a un conjunto de cuidados que tienden a mantener el estado de bienestar personal y familiar se ejecutan con el fin de mantenerse sanos, prevenir y disminuir el riesgo de contraer enfermedades. Algunas de estas estrategias de autocuidado están asociadas a cambios en la dieta, mayor responsabilidad en el consumo de alimentos con bajo aporte nutricional o tratados con sustancias químicas y la inclusión de nuevos hábitos y estilos de vida saludables.

Una de las estrategias de autocuidado más extendidas es el uso sistemático de yerbas medicinales, de las que se tienen un considerable conocimiento y respeto, ya que se les atribuye poderes sanadores significativos.

Recomendaciones

A partir de las entrevistas realizadas y de su análisis, surgen un conjunto de recomendaciones que buscan recoger las percepciones de las personas que participaron en las entrevistas. Consideramos que un tema central para abordar la relación entre los servicios públicos de salud y los pueblos originarios radica en un involucramiento activo de dicha población en los servicios que se le otorgan, así como el necesario conocimiento e integración por parte de la institucionalidad pública de los derechos reconocidos nacional e internacionalmente a los pueblos originarios.

En este sentido, y más allá de las consideraciones de una declaración política adecuada y del cumplimiento de las normas legales existentes, el reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios presentes en las distintas normativas internacionales, responde también a la aplicación del enfoque de derechos en políticas públicas y al cumplimiento de los compromisos que a nivel internacional ha adquirido el Estado de Chile, sobre todo en aquello que dice relación con las poblaciones que han sido invisibilizadas o marginalizadas, en este contexto nos referimos particularmente a la ratificación del Convenio 169 de la OIT y la Declaración de la Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del año 2007.

Al hablar de enfoque de derechos nos remitimos a un doble desafío. Por un lado, los criterios y acciones que deben desarrollar los organismos públicos desde un marco garantista, pertinente culturalmente e inclusivo para la participación. Y, por otro, el proceso de empoderamiento de la población, en este caso específicamente hombres y mujeres de pueblos originarios, para su incidencia en los asuntos públicos que son de su interés o que les impactan directamente.

Para finalizar, se reconoce en el discurso de las y los entrevistados la necesidad de un cambio y modernización del paradigma actual de salud y la superación de barreras políticas e institucionales para un logro adecuado de la cuestión intercultural. Dado que el modelo biomédico posee características propias, pues su nivel de hegemonía es incuestionable y el sistema médico indígena se encuentra en una posición subalterna ante sus contextos y agentes de salud; el problema radica no sólo en cuestiones de paradigma sino en que los sistemas médicos indígenas no están legitimados en sí mismos. Lo que se legitima en el contexto público son exclusivamente los elementos que se consideran aptos para ingresar en el campo de la salud intercultural en Chile.

Así, el sistema médico oficial no sólo se otorga el derecho y la autoridad para definir conceptos como salud, enfermedad, formas de curación y tratamiento indígenas y, si bien se abre a la incorporación y reconocimiento de estas prácticas terapéuticas, a su vez define en qué condiciones y dónde éstas pueden operar. De modo que los conceptos de salud y enfermedad indígenas pasan a constituirse en legítimas sólo cuando se

transforman en objeto de las políticas de reconocimiento estatal o en agentes terapéuticos formales.

Por lo anterior, como eje transversal a las recomendaciones y propuestas que aquí se presentan, se encuentran las consideraciones expuestas, es decir, el enfoque de derecho como eje central para cualquier estrategia a desarrollar, lo que incluye un desafío tanto para el sector público como para las personas.

Propuesta para el desarrollo del Programa Especial de Salud Indígena 2012

1.- Recursos humanos

El PESPI es un programa que nace desde la institucionalidad formal occidental para atender los requerimientos de Salud y enfermedad que afectan a la población perteneciente a los Pueblos Originarios, amparado en la legislación nacional e internacional que regula la relación entre dicha población y el Estado de Chile y las diferentes políticas públicas diseñadas a partir de estos instrumentos jurídicos. A partir de dicho programa se han desarrollado diversas iniciativas entre representantes indígenas y profesionales de la salud, tales como la "Mesa de de Salud Intercultural" y diversas instancias de participación de la población objetivo durante los últimos años.

Con el objetivo de que este programa fortalezca la participación de los pueblos originarios, así como su involucramiento en los asuntos de salud y responda, además, de manera más adecuada a sus necesidades se propone incorporar personal indígena calificado y/o validado por los Pueblos Originarios de acuerdo a la tradición que corresponda, de tal manera que éste personal pueda socializar y promover los avances producidos en relación a la creación de institucionalidad, la asignación de recursos y de la generación de espacios de participación.

Las particulares características de las y los usuarios a quienes está dirigido el PESPI, los Pueblos Originarios, hace necesario contar con equipos técnicos que no solo conozcan la perspectiva de Salud y Enfermedad propia de dichos usuarios y usuarias, sino que además sean reconocidos por éstos, toda vez que su universo simbólico y su singular normativa social, que yace a la base de dicha perspectiva, determinan los mecanismos de relación y acción en torno a la problemática de salud tanto de los usuarios como de sus familias.

Una de las grandes dificultades, para los organismos públicos, es contar con elementos o indicadores que permitan identificar con claridad la calificación de "Experto" o persona calificada para operar en dicho ámbito, sin embargo, podemos proponer dada la información recopilada en las entrevistas, que dentro de los factores determinantes para identificar tal calificación es la validación que otorgan las comunidades indígenas de origen. Otro elemento fundamental, es contar con los antecedentes que permitan dilucidar el tipo de proceso de formación que obtuvieron, es decir, cómo y quiénes

intervinieron en dicho proceso de preparación para oficiar de interlocutor indígena en salud.

2.- Información y estrategias de difusión

Un aspecto fundamental para el trabajo con la población indígena es informarla respecto a las acciones que está realizando el servicio y los alcances y beneficios que tienen para ella dichas acciones. Se pudo ver en las entrevistas el desconocimiento de la población respecto a las actividades vinculadas a pueblos originarios no sólo en relación a las atenciones de los programas interculturales, sino que también respecto a otros programas que podrían serles de ayuda. Por ello, se propone:

2.1.- Desarrollar una estrategia de difusión y promoción, sobre la base de elementos identitarios, cuyo principal objetivo sea dar a conocer a la población perteneciente a Pueblos Originarios la existencia del PESPI, sus lineamientos y objetivos, utilizando para ello los canales institucionales más directos, como son los centros de salud, servicios de urgencia, hospitales y otros.

2.2.- Desarrollar una estrategia de difusión y promoción, al interior de los espacios institucionales de salud, con el propósito de fortalecer la presencia del programa y compartir información con los funcionarios públicos en torno al PESPI.

3.- Derechos pueblos originarios, ámbito institucional y empoderamiento.

Por otro lado, y congruente con el enfoque de derecho planteado, se proponen generar mecanismos que permitan la aplicación real de este enfoque de derechos. Para ello se requiere trabajar tanto con los y las funcionarias de los servicios de salud como con la población indígena. Para ello, se propone:

3.1. Desplegar y desarrollar un plan de capacitación permanente, dirigido a las y los funcionarios públicos de la salud, en relación a la nueva legislación internacional que regula la relación de los Pueblos Originarios y toda la institucionalidad del Estado de Chile.

3.2. En el marco de los derechos indígenas consagrados en el Convenio N° 169 de la OIT, diseñar un plan de modernización de la institucionalidad de Salud, de tal manera de garantizar el respeto a dichos derechos.

3.3. Capacitar y promover en la población indígena, el conocimiento de los instrumentos jurídicos señalados en el punto anterior, de tal manera de empoderar a la población objetivo del PESPI.

3.4. Generar nuevos espacios de participación, orientados a toda la población indígena y no solo a personas organizadas o en calidad de “expertos”. En este punto se sugiere mesas o asambleas articuladas desde los policlínicos o espacios de atención primaria.

4.- Buen trato.

Una política de buen trato corresponde a una iniciativa transversal para cualquier servicio de salud respecto a su población usuaria. Sin embargo, al hablar de pueblos originarias ésta adquiere una mayor relevancia, dadas las condiciones de relacionamiento entre la institucionalidad y la población que se han podido identificar; considerando, además, el marco jurídico ya señalado.

Por ello, se propone diseñar y promover una política de “buen trato”, entre los funcionarios públicos de la salud y la población indígena, con el objeto de superar la sensación de discriminación y fortalecer una interacción basada en el respeto y la inclusión. Teniendo como marco general el enfoque de derechos.

5.- Evaluación de los programas existentes.

Como se pudo identificar en la revisión de antecedentes, no existen hasta el momento evaluaciones de los programas de salud intercultural que se han implementado. Asimismo, respecto a los y las entrevistados resulta central incorporar su visión respecto a las estrategias de salud intercultural que se han implementado. Por ello, evaluar las experiencias de salud intercultural llevadas a cabo en la zona sur oriente, con la participación de la población indígena usuarios de la salud resulta fundamental.

Referencias

Alarcón, A., A. Vidal, J. Neira (2003). "Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales", *Revista Médica de Chile* 131 (9), 1061-1065. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext

Anigstein, M. y V. Álvarez (2006). "Medicina mapuche en la ciudad. Resignificaciones de la práctica médica mapuche en el siglo XXI". *Gaceta de Antropología* 22 (26). Disponible en: http://hdl.handle.net/10481/7106

Bacigalupo, M. (2001). La voz del kultrun en la modernidad. Tradición y cambio en la terapéutica de siete machi mapuche. Santiago: PUC.

Bello, A. (2007). "El Programa Orígenes y la política pública del gobierno de Lagos hacia los pueblos indígenas", en *El Gobierno de Lagos, los pueblos indígenas y el "nuevo trato". Las paradojas de la democracia chilena,* N. Yáñez y J. Aylwin (Eds.), pp.193-220. Santiago: LOM.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) y Ministerio de Salud (MINSAL) (2010). *Atlas sociodemográfico de la población y pueblos indígenas Región Metropolitana e Isla de Pascua, Chile.* Santiago.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) (2008). *Informe Seminario-Taller Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* (2008). Santiago.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) (2007). "Capítulo V", en *Panorama social de América Latina. Agenda social. Políticas públicas y programas de Salud dirigidos a los pueblos indígenas de América Latina*, pps. 241- 281. Santiago.

Citarella, L., A. Conejeros, B. Espinossa, I. Jelves, A. Oyarce y A. Vidal (1995). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago: Sudamericana.

Gobierno de Chile (2002). *Antecedentes de las políticas indígenas en Chile*. Disponible en: http://www.observatorio.cl

Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2005). *Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile-Censo 2002*, *Chile*. Disponible en: http://www.ine.cl

Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) (1993). *Ley Indígena Nº 19.253 que establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas*. Disponible en: http://www.bcn.cl

Ministerio de Salud (MINSAL) (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020-2011*. Santiago.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2009). *Historia Hospital Makewe*. Biblioteca Ministerio de Salud "Dr. Bogoslav Juricic Turina". Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Makewe.pdf

Observatorio Regional de Equidad en Salud (OR) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). *Primer Informe Año 2006*. Disponible en: http://www.observatoriogenerosalud.cl/araucania/index.php

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). *Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe-Pelale de Chile.* Washington.

Pérez, M. y C. Dides (2005), *Salud, sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile 1990-2004*. Santiago: CORSAPS-UNFPA.

Pedreros, M. (2002). *Epidemiología en contextos pluriétnicos. El problema de los criterios de inclusión*. Arica: Fundación Ford y CEDEMU.

Pedreros, M. y A.M. Oyarce (2002). "Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades", *Notas de Población* 89, 119-145. Santiago: CEPAL. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/38300/lcg2427-P_5.pdf

Programa Orígenes (2007). *Componente de salud intercultural*. Disponible en http://www.origenes.cl/salud.htm

Sáez, M. (1999). "Salud y pueblos indígenas: políticas, programas y planes en un proceso de negociación y acuerdos...". *Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*. Saavedra: MINSAL.

Sadler, M. y A. Obach (2006). *En los dominios de la salud y la cultura. Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/sida en pueblos originarios*. Santiago: CIEG-Universidad de Chile y Corporación Nacional del SIDA (CONASIDA).

Anexo 1. Plantas medicinales

Uso de plantas medicinales en el tratamiento de dolencias, malestares y enfermedades, declaradas por los y las entrevistados

Dolencia/Malestar /Enfermedad	Nombre planta	Uso	Percepción entrevistados
Presión	Llantén	Se toma en infusiones que ayudan a aliviar estados de hipertensión. También limpia el organismo.	"Igual cuando yo me siento así enferma de la presión o algo (...) tomo agüitas de llantén, (...) pa' los riñones" (M1, LG, G1).
Dolor de cabeza	Natre	Ayuda a bajar fiebre y se prepara en infusión.	"Claro que también cuando uno tiene dolor de cabeza tomo jugo de natre y ajenjo y ajenjo para la presión" (M1, LG, G2).
	Ajenjo	Se prepara en infusiones y ayuda a calmar dolores de cabeza por tensiones nerviosas.	
Resaca	Ajenjo	Se prepara en infusión y alivia malestares estomacales producidos por acidez.	"Él dice que antes, en los campos que yo conocí, mi papá también, amanecía enfermo a veces tomaba su copa de vino, con la caña mala, "vamos a arreglar la caña con un vaso de ajenjo", santo remedio" (M1, LG, G2).
Dolores estomacales	Menta	Se prepara en infusión para aliviar dolores y gases.	"[Dolores] de guatita de guagüita, ya una hojita de menta con agua hervida y ligerito están, como que no les duele nada" (M2, LG, G2).
	Maqui	Se prepara en infusión y cataplasmas, detiene las diarreas e indigestiones estomacales.	"[Maqui] para la indigestión, a mí me dio una vez. Claro eso amarrado a un paño y lo hacían hervir" (H3, LG, G2).
Gastritis	Paico	Ayuda a aliviar dolores y úlceras digestivas, se toma en infusión y actúa como antiinflamatorio.	"Eso y el Paico, cuando uno tiene gastritis, paico es muy bueno, en un ratito está sano con eso. Limpia harto" (H1, LG, G1).

Dolencia/Malestar /Enfermedad	Nombre planta	Uso	Percepción entrevistados
Problemas hepáticos y vesícula	Bailahuén	Ayuda a mejorar el funcionamiento hepático, elimina grasas de las comidas y purifica el hígado por ingesta de alcohol. Se prepara en infusión.	"Bailahuén para hígado y estómago" (M1, LG, G2). "Yo cuando estaba enferma, antes de que me sacaran la vesícula, lo único que me calmaba era el ajenjo" (M1, LG, G1). "(...) toronjil, que también lo conozco de chica, no sé cómo se llama en mapuche, (...) con eso he logrado calmar el dolor de estómago y era la vesícula que tenía piedras (M1, LG, G1).
	Ajenjo	Se prepara en infusión y ayuda a la eliminación y reducción de los cálculos o piedras a la vesícula.	
	Toronjil	Ayuda a la vesícula y a la digestión. Se toma en infusión.	
	Triwe/laurel	Sirve como diurético y para dolores de cabeza y menstruales. Se toma en infusión.	"(...) el laurel de campo, se llamo trilwe y aquí tampoco lo venden, es un árbol grande, es un laurel que sale en el campo" (M1, LG, G1). "(...) el triwe para cuando las niñas jóvenes andan con la regla, no sienten ningún dolor, sobretodo las que sienten dolores, se pasa todo el dolor, se toman las hojitas" (M1, LG, G1).
Tensión nerviosa	Toronjil	Ayuda a bajar el "aceleramiento del corazón" o hipertensión y calma el sistema nervioso. Se prepara como infusión.	"(...) igual que un día que tenía muy acelerado el corazón y en la noche se me invadió con el olor al toronjil, que también lo conozco de chica" (M1, LG, G1).

Dolencia/Malestar /Enfermedad	Nombre planta	Uso	Percepción entrevistados
Fiebre	Mawe/salvia	Se consume en infusión y ayuda a bajar la fiebre y las tensiones nerviosas.	"(...) mawe que es uno que se arrastra en el suelo, ese es pa' la fiebre, ese me acuerdo yo que ella lo refregaba, los colocaba" (...), que hacían esa mezcla (M1, LG, G1). "(...) y había otra más que no sé si era el canelo, las hojas del canelo, cuando hacían los remedios los machis, ponían una especie de cama en el suelo, ese era un machitún, el otro era un ulutun que le llaman, ulutun es cuando la persona no está tan enferma, eso es cuando está más o menos, no es la enfermedad tan grave, los machitunes es cuando ya la persona está grave, grave, eso me acuerdo yo que eran" (M1, LG, G1).
	Canelo	Se emplea la corteza en infusión para bajar la fiebre. Como árbol sagrado mapuche, sus hojas son empleadas para ceremonias y rogativas (Machitún). También es empleado en sanaciones de enfermedades leves (Ulutun).	
Dolores musculares y reumáticos	Ortiga	Mediante friegas y sobas en el cuerpo activa la circulación, especialmente de las piernas. Ayuda a los dolores musculares y de rodillas.	"Como 5 años atrás empecé a sentir dolores a las rodillas para subir o bajar la escala, la artritis, comencé a tomar, no sé por qué me dio, tomar hojas de ortiga, poner un par de hojas, un cogollito al té. La ortiga pa' la presión" (H1, LG, G1).
	Huencheco	Reduce la hinchazón de las piernas, se prepara en infusión.	-"Los mayas, estaban dando cómo se hacían, y había uno que se curó con eso fíjate, ortigándose y eso hacían las machis también, ortigándole la espalda y en la guatita y se mejoró de lo que tengo yo y eso me llamó la atención, dice que la ortiga traspasa para adentro, mejora el…" (M1, LG, G1). -"Hace circular, reacciona la sangre" (M1, LG, G1).

Dolencia/Malestar /Enfermedad	Nombre planta	Uso	Percepción entrevistados
Hemorragias	Nalca	Ayuda a detener hemorragias y calmar dolores menstruales y ayuda en cuadros de aborto espontáneo.	"(...) la raíz de la nalca creo que de eso producía el aborto espontáneo" (M1, LG, G1).
Resfríos	Borraja	Ayuda a aliviar síntomas de resfríos como fiebre y dolores de garganta. También es cicatrizante. Se prepara como infusión.	"Yo también tenía entendido que, se habla mucho de la borraja, también era bueno para eso [dolores menstruales] y para resfríos" (M1, LG, G1). "(...) para que se cerrara porque habían niños que no se les cerraba luego, no sé cómo le llaman a eso y ellos podían cerrarlo, podían cerrarlo, no ve que hay niños que salen, también, para todo eso era (M1, LG, G1).
Heridas	Llantén	Actúa como cicatrizantes de diversas, se usa como pasta o pomada.	"(...) el llantén para las heridas y todas esas cosas" (M1, LF, G2).
Resfríos	Tilo	Ayuda a aliviar síntomas de resfríos como fiebre y dolores de garganta. Se prepara como infusión y se puede mezclar con limón o miel.	"(…) para el resfriado que hay que usar el tilo… y esa agua con limoncito o con miel yo me lo tomo" M3LFG1
Resfríos	Ruda	Ayuda a aliviar síntomas de resfríos como fiebre, dolores de garganta y elimina las flemas. Se prepara como infusión y se puede mezclar con limón.	"(…) Baja fiebre y también se mejora uno de esas cosas que le queda aquí, es lo mejor pa mi" M3LFG1
Dolor Estomacal	Ruda	Se prepara en infusión y alivia los dolores.	"(…) dolor de estómago es muy buena la ruda" M2LFG1
Dolor Estomacal	Manzanilla	Infusión, se prepara con agua hervida y luego se deja enfriar; antiinflamatorio.	"(…) la manzanilla también, dejarla enfriar… dejarle caer agua hervida y dejarlo… La manzanilla es muy importante, tiene eso de antiinflamatorio"M2,M3,M4 LFG1
Ulceras Gástricas	Llantén con Matico	Se prepara en infusión.	"(…) cura las úlceras gástricas, porque yo a mi esposo se lo hice y sanó de las úlceras" M6LFG1

Dolencia/Malestar /Enfermedad	Nombre planta	Uso	Percepción entrevistados
Cicatrizante	Siete Venas	Se lava y se prepara cataplasma, ayuda en el proceso de desinflamación y cicatrización de heridas.	"(…) las siete venas, que yo lo veía que lo lavaba, machacaba y después me colocaba toda esa mezcla me la echaba en la mano y me recuerdo que se me cicatrizaba" M1PAG2*
Dolor de Cabeza	Maqui		"Entonces para mi, para el dolor de cabeza un maqui" M1PAG1
Dolor Estomacal	Llantén		"el llantén es para el dolor de estómago" H2PAG1
Pulmones	Boldo		"boldo, sirve para los pulmones" H2PAG1
Diarrea y vómitos	Orégano	Se prepara en infusión.	"Usted tiene diarrea, tiene vómito y llega y se pone, le echa orégano y le planta agua caliente al orégano y se planta un trago" H4PAG1

Correo-e: gochoa@germina.cl
germina@germina.cl
Web: www.germina.cl
Tel: (56-2) 482 02 66
Cel: (56) 7 125 8470
Dirección: Rafael Cañas 270, of. 28, Providencia
Santiago - Chile

Revista Chilena de Historia Natural
72: 595-627, 1999

Etnozoología Mapuche: un estudio preliminar

Mapuche ethnozoology: a preliminary study

CAROLINA VILLAGRAN [1], RODRIGO VILLA[1], LUIS FELIPE HINOJOSA[1], GILBERTO SANCHEZ [2], MARCELA ROMO [3], ANTONIO MALDONADO [1], LUIS CAVIERES [1], CLAUDIO LATORRE [1], JAIME CUEVAS [1], SERGIO CASTRO [1], CLAUDIA PAPIC [1] y AMERICA VALENZUELA [3]

[1]Laboratorio de Palinología, Facultad de Ciencias, Universidad de Chile, Casilla 653, Santiago, Chile
e-mail:cvillagr@abello.dic.uchile.cl
[2]Departamento de Lingüística, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, Casilla 10136. [3]Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Casilla 10155, Santiago, Chile

RESUMEN

Con el propósito de contribuir al conocimiento de la etnoclasificación, se analizaron, de acuerdo a distintas fuentes bibliográficas, 389 nombres mapuches de animales correspondientes a 258 taxa de Vertebrados y 131 de Invertebrados. Sobre la base de las etimologías resueltas de 177 de estos nombres, se desprende que las propiedades y relaciones consideradas en las denominaciones se refieren al aspecto, ya sea color, tamaño, forma, etc., del animal (55 nombres); a la conducta (34); al hábitat y al uso (11); a percepciones que suscita el animal (9). Además, 50 nombres son onomatopéyicos, imitando el grito o canto, generalmente de las aves. Finalmente, 18 nombres corresponden a mapuchizaciones de palabras provenientes de otros idiomas. La mayoría de los nombres mapuches de animales corresponden a nombres propios, adjudicados a una sola especie biológica, es decir, son etnocategorías específicas (272 nombres). Sin embargo, existen algunos ejemplos de etnocategorías genéricas (101 nombres) que agrupan diversos conjuntos de animales, de acuerdo a criterios también distintos, y a través de los cuales es posible acceder al sistema de etnoclasificación zoológica mapuche. Básicamente, las clases de etnocategorías genéricas más destacadas corresponden a agrupaciones distinguidas sobre la base del aspecto general del animal (Clases de formas de vida). También la semejanza, entre algún atributo de una especie importante con otros taxa, permite agrupaciones por similitud (Clases analógicas). En el caso de taxa poco conspicuos (e.g. insectos), es común el reconocimiento de grupos de especies muy semejantes entre sí, y que corresponderían con agrupaciones naturales (e.g. géneros, familias) de la sistemática biológica (Clases taxonómicas). Sin embargo, la ausencia de distinciones específicas, dentro de estas agrupaciones, indica que, simplemente, el conjunto es visto como unidad. Finalmente, también se registran agrupaciones basadas en el uso (Clases utilitarias), como el caso de los mariscos o küfüll, que incluyen plantas y animales muy disímiles entre sí, pero que comparten el hecho común de ser recolectados para la alimentación. Estas clases de etnocategorías parecen situarse en un mismo nivel de jerarquía, ya que, indistintamente, todas ellas incluyen directamente especies subordinadas. Este resultado no corresponde con las etnoclasificaciones, rígidamente jerarquizadas, propuestas en la literatura para otras etnias. Se discute la relevancia que tienen los animales en el universo de significaciones de la cultura mapuche, en el interior del cual tienen relación con las necesidades de subsistencia; con otros elementos del entorno natural; con los mitos del origen, antepasados y linajes; y con la representación de su propia organización social y ritual.

Palabras clave: etnozoología, cultura mapuche, etnoclasificación, Chile.

ABSTRACT

With the purpose of contributing to ethnoclassification knowledge, we analyzed, from different sources in the literature, 389 mapuche animal names corresponding to 258 vertebrate names and 131 invertebrate names. Based on the resolved etymology of 177 of these names, it becomes clear that the properties and relationships used in naming refer to : aspect, such as color, size, form, etc., of the animal (55 names) ; behavior (34 names) ; habitat and use (11 names) ; and the perceptions evoked by the animal (9 names). There are 50 onomatopoetic names, mainly imitations of bird calls and shouts. Finally, 18 of these names correspond to mapuche transformations of words from other languages. The majority of mapuche animal names correspond to proper names for a biological species, specific ethnozoological categories (272 names). Nevertheless, there are some examples of generic ethnocategories (101 names) that group diverse sets of animals, and according to different criteria, by which it is possible to access the mapuche zoological ethnoclassification system. Basically, the most conspicuous generic ethnocategories correspond to groupings constructed based on the

(Recibido el 6 de octubre de 1998, aceptado el 17 de agosto de 1999; manejado por J.C. Torres-Mura)

SOCAIRE, EL AGUA Y LA LIMPIA DEL CANAL… Y EL CLÁSICO DILEMA ANTROPOLÓGICO SOBRE CULTURA Y ETNICIDAD

América Valenzuela R.[1]

Resumen

A través de una breve etnografía sobre el agua y la limpia de canales en la comunidad atacameña de Socaire (San Pedro de Atacama, Chile), abordo un dilema propio de la disciplina antropológica sobre la distinción entre etnicidad y cultura.

Palabras claves: etnografía-Socaire-limpia de canales-comunidad étnica-comunidad agrícola.

El origen del dilema

Siendo una estudiante de antropología, en 1996 participé de un curso sobre el agua en el mundo andino, el cual exigía la realización de un trabajo de campo. Mis amigos y yo decidimos aventurarnos al pueblo de Socaire. Una comunidad indígena, ubicada a 90 km al sur de San Pedro de Atacama, que cada año realizaba una importante fiesta para su limpia de canales.

[1] Laboratorio de Etnografía, Departamento de Antropología, Universidad de Chile. E-mail: avalenzuelarebolledo@gmail.com.

De ese "terreno" todo fue novedad. El imponente e inhóspito paisaje, el reflejo del atardecer en el salar de Atacama, el trabajo de limpiar el canal y la "tan" evidente diferencia cultural que los socaireños expresaban. En las visitas que siguieron, ese asombro reveló un dilema asociado a algunas preguntas que hasta hoy me acompañan. Si muy pocos son los que cultivan, ¿por qué cada año la fiesta de la limpia de canales congrega a más socaireños? ¿Para quiénes es importante la limpia de canales? ¿Para la comunidad étnica o para la comunidad agrícola? ¿Es la limpia de canales muestra de la cultura o signo de la etnicidad atacameña?

La importancia del agua en Socaire

El agua en Socaire es un recurso muy valioso pues permite la vida en la puna atacameña y el desarrollo de las actividades agroganaderas a más de 3.000 msnm. Para ello, los socaireños han creado un conjunto de estrategias para su racionalización y utilización a través de dos ámbitos. Por un lado, un cuerpo de conocimientos y de recursos técnicos que permiten aprovechar al máximo este escaso bien, el cual se expresa sobre un complejo sistema de regadío. En efecto, en Socaire existe un sinnúmero de obras a lo largo del canal matriz, incluyendo extensiones y compuertas que regulan el acceso del agua de un canal a otro, redes que filtran objetos, materiales y sedimentos arrastrados por el caudal y estanques con gran capacidad de acumulación para disponer de agua en la estación fría.

Por otra parte, existe una organización social en torno al manejo, administración y distribución del agua. La parte más visible de ello se encarna en dos autoridades llamadas "alcaldes" o "jueces de agua", quienes procuran entre octubre y marzo el despliegue de un sistema de riego eficiente en función del agua disponible y la tierra que requiere ser regada. Los jueces deben velar día y noche que el regadío se realice sin problemas y que no se produzcan robos, cortes o usos indiscriminados del agua. Para ello, a fines de septiembre la junta o comité de agricultores de Socaire llama a votación a todos los regantes inscritos para elegir a los jueces. El desempeño en este cargo precisa un conocimiento y dominio muy acabado sobre el orden, los tiempos y las formas de distribución de los turnos de agua

en cada sector de Socaire. Se evita la designación de inexpertos que ignoren cómo se distribuyen y acoplan los riegos en forma simultánea en varios sectores o cómo devolver el agua sin retrasar los riegos. Si esto sucediera, es muy posible que se desaten intensos conflictos entre los socaireños.

Pues bien, si el terreno se encuentra apto para la temporada agrícola no debería tener mayores problemas para producir; no obstante, la realidad de Socaire es otra. En el año 2010 registré que existen poco más de 150 hectáreas inscritas que reciben por igual sus derechos de agua, pero no todas producen con la misma intensidad ya que los suelos de muchos terrenos se encuentran altamente degradados por falta de materiales orgánicos, así como por la contaminación de las aguas con minerales. En la actualidad tanto la agricultura como el pastoralismo atacameño tienen poca incidencia productiva debido a las condiciones restrictivas de la puna, así como por el desinterés de los propios indígenas por estas actividades, las que hoy representan un aporte sólo para la subsistencia. Algunos autores han señalado que el impacto de la minería del cobre y de minerales no metálicos viene hace al menos 50 años desplazando estos sistemas, creando una corriente de movilidad indígena hacia Calama y Antofagasta[2].

Son pocas las familias socaireñas que mantienen cultivos agrícolas, y quienes lo están haciendo deben someterse a extenuantes actividades y procesos para llevar con éxito la producción. Al observar que la producción agrícola cada año disminuye y, por consiguiente, los socaireños van necesitando menos agua para los regadíos, el dilema aparece para mí cuando la fiesta de la limpia del canal ha ido adquiriendo un poder de convocatoria muy alto. Sin más, en aquella limpia de canales de 1996, los socaireños con profundo pesar decían que *"los estilos iban a desaparecer"*, pues *"a la juventud de Socaire no le interesa la agricultura".* Es, quizás, en la naturaleza de la limpia de canales y no en la agricultura donde encontrar algunas luces para este dilema

[2] Gundermann, H. y H. González. 1995. Tierra, agua y sociedad atacameña, un escenario cambiante. En *Agua, ocupación y economía campesina en la región atacameña,* En P. Pourrut y L. Núñez (Eds.), pp. 78-106. Chile: UCN-ORSTOM.

La limpia del canal

Días previos a su realización, las y los comuneros de Socaire eligen en una asamblea a dos personas responsables de dirigir los trabajos de limpieza a los cuales se denomina capitanes. Ellos serán los encargados de organizar y fiscalizar las faenas. Al capitán mayor le corresponderá asignar y dirigir cada tarea, mientras que al capitán menor le cabe revisarlas, apurar y autorizar el retiro del comunero de su puesto de trabajo una vez que ha cumplido. Los capitanes se acompañan de un "tareador", quien tendrá la responsabilizar de señalizar con arena todos los metros que a lo largo del canal matriz se limpiarán. Tras la elección, capitanes, tareador y juez de agua, deben dirigirse hacia el punto inicial de canalización o bocatoma, para cortar el agua y dejar seco el canal para su limpieza, desviándola por una quebrada aledaña llamada Cuno.

El último fin de semana de octubre, en el centro de Socaire se reúnen todos los comuneros para dar inicio a la limpia. Los capitanes toman lista de los presentes y del número de hectáreas que ese año están en riego. El número de hectáreas es proporcional a los metros que corresponderán limpiar, es decir, cada hectárea que se riega en Socaire, será equivalente a un metro del canal. Las y los comuneros parten su labor cerca de la antigua iglesia y desde allí van subiendo hasta alcanzar la bocatoma en la tarde del día siguiente. Los primeros metros se limpian sin medida especial hasta un sector denominado El Chorro, donde año por medio hay que despejar con mayor esfuerzo los sedimentos. A partir de este punto, las y los comuneros se esforzarán por avanzar rápidamente ya que han pasado una de las secciones del canal matriz más pesadas.

La limpieza del canal se basa en un sistema de trabajo por relevos en el que cada comunero limpia sus metros correspondientes, repitiéndose tantas veces como sea necesario hasta llegar a la bocatoma. Tras cada tramo, las y los comuneros esperan en su puesto de trabajo la revisión exhaustiva del capitán menor, sólo así pueden continuar. Hay ocasiones en que el capitán no acepta el trabajo porque no es eficiente, no se han sacado todas las malezas ni el barro acumulado en las paredes del canal lo que implica mejorar la tarea, repitiéndola.

Aprobado el trabajo, el comunero acude al capitán mayor para que le asigne nuevamente otra tarea equivalente a la anterior en un tramo siguiente. Esto se realiza con extremo orden, respetando la asignación de los capitanes, pues no es posible conferir una tarea por adelantado ni delegar su recepción o entrega a un compañero; ello denotaría poca seriedad y falta de respeto hacia la actividad.

Otra elemento de la limpia de canales es que es un trabajo caracterizado por la alta colaboración, tanto así que se apoyan entre familiares y amigos y si es el caso, también hay solidaridad con los comuneros atrasados, todo con el fin de no demorar ni detener las faenas. Durante toda la jornada se produce un clima de cordialidad y jolgorio donde socaireñas y socaireños amenizan con vino, cerveza y aloja. Esta última, es una fermentación de los frutos del algarrobo, muy típica de la zona atacameña. La harina tostada y las hojas de coca se comparten permanentemente, junto al sonido del clarín y el cacho o "putu", instrumentos musicales que animan a los presentes. Algunos comuneros entusiastas juguetean entre sí, se tratan de "cuñados" y van celebrando cualquier situación que suceda. Lo importante es expresar alegría por el trabajo y el canal.

Al medio día, comienzan a llegar los familiares e invitados con las viandas que contienen los mejores platos para los comuneros porque la labor ha sido intensa y es un día de fiesta donde se presenta la mejor receta de cada hogar. Después de la comida se reanuda el trabajo hasta el atardecer, los comuneros se detienen en el lugar donde año tras año se realiza una improvisada asamblea. Allí evalúan la jornada y eligen a los "chacheros", encargados de recolectar una yerba o "monte" que produce una quema intensa, la que servirá para la ceremonia de los cantales.

En la segunda jornada los comuneros se reúnen muy temprano y a diferencia del día anterior, ésta no es sólo de trabajo sino que se da curso a dos instancias centrales: el *talatur*, una celebración con cantos y baile en honor al canal y la ceremonia de aguas, en la cual aparecen dos figuras que actúan como mediadores entre la comunidad, el agua y los cerros: los cantales mayor y menor.

Cuando la limpia del canal está finalizando, los comuneros y sus familias se reúnen en un sitio aledaño a la bocatoma conocido como "merendadero". Ésta es una pequeña edificación circular compuesta por un conjunto de gradas de piedra que en su centro tiene un espacio llano. En un extremo de este lugar se ubican los cantales, quienes desde el amanecer han estado realizando una ceremonia que se conoce como despertar a los abuelos. Los cantales piden permiso a los antepasados y a los espíritus de los cerros tutelares de Socaire, para hacer algunas rogativas por el agua, a través de los llamados "convidos". Al convidar a estas entidades, los cantales pretenden propiciar abundancia y protección a la comunidad, así como rogar para el descanso de los difuntos y los santos patronos del pueblo: San Bartolomé y Santa Bárbara. Para ello, los cantales "abren la tierra", es decir, cavan un hoyo y allí van depositando el material contenido en las ofrendas que donan las familias de socaire, a las que llaman *kajcher*.

Este ofrecimiento consiste en una botella cargada de aloja a la que le cuelgan una *tuftuca*, como se le denomina a la grasa extraída del pecho de un llamo que se acomoda junto a un *kipe*, bolsita que contiene una muestra de la molienda de todas las semillas de Socaire: maíz, quínoa, trigo, habas y hojitas de coca. Todo es amarrado con hilo de color rojo para sujetar las plumas de parina que representan a la familia que ofrece el *kajcher* y cuya cantidad y tonalidad depende del número, edad y género de los integrantes familiares; plumas rosadas para las mujeres y plumas negras para los hombres.

La entrega del *kajcher* tiene un solemne protocolo. Saludar a los cantales, quienes reciben la botella e invitan a convidar al canal. Sirviendo un vaso de aloja, el donante alza su mano derecha hacia la cordillera y a la tierra, rociando parte de la bebida en señal de respeto. El cantal invita a que lo acompañen un instante a fumar, beber o mascar hojas de coca. Luego, los donantes se retiran y los cantales ya pueden iniciar su trabajo de convidar. Cada convido a los cerros se intercala con plegarias cristianas, con venias a la *pachamama*, con permisos al canal y a los antepasados que lo construyeron, así no profanarán y mantendrán sumisión y respeto frente a los espíritus. El cantal mayor procede a descargar los *kajcher* sacando las

plumas de parina, la grasa del llamo y la molienda, las que son amasadas y derramadas junto a la aloja sobre el cobero encendido y por cada uno de los cerros y manantiales que se invocan en un círculo o vuelta imaginaria que parte en Socaire como referencia. El cantal repite el nombre de cada uno de los cerros que conoce de ese círculo y va haciendo los convidos respectivos. Éste es un enorme esfuerzo de concentración que los cantales mantienen entre 8 y 12 horas en ayuno, rememorando gran cantidad de hitos de la naturaleza. Pero, por sobre todo, se trabaja para dejar contento al llamado *tata Putarajni*, quien habita los manantiales de los cerros cercanos a Socaire como Tumisa, Miscanti, Miñiques, Chiliques y Lausa:

> *"(...) reciban todos esta hojita y alojita todos los Tata cerros, más alegre y más contento porque hoy es tú cumpleaños tata Putarajni, para que dé más agüita el tata Putarajni, en el nombre del padre, del hijo y del espíritu santo, amén"* (Cantal mayor 2000).

Tras horas de intenso trabajo convidando, los cantales expresan cansancio. Es por ello que en cada limpia de canales es común que algún joven de Socaire haya sido invitado a ser aprendiz de cantal. El principiante asistirá en pequeñas tareas a los cantales, aprenderá el oficio y los estilos propios de esta ceremonia. Si hace las cosas bien, resiste el cansancio, el estar horas bebiendo y coqueando sin rezongar y demuestra respeto a sus maestros, será candidato para cantal menor.

Cae la tarde y los socaireños ya pueden presentar sus saludos y agradecer a los cantales por el esfuerzo. Los cantales reciben los reconocimientos e invitan a la gente a acompañarlos con vino y hojas de coca. Es muy posible que tomen la palabra los presidentes del comité de agricultores, la directiva de la comunidad indígena o Capitanes. Todos agradecen a la comunidad por la asistencia, la eficiencia en el trabajo y el cálido ambiente que se ha gestado. Insistiendo en la importancia de conservar las tradiciones del pueblo. Terminados los saludos, la gente se dirige a la bocatoma, donde sobreviene relajo y camaradería. El

clarín y el *putu* suenan fuerte y aparecen las mujeres, los niños y los invitados con más aloja y vino para combinarlas con harina tostada y participar del festejo.

Si los *kajcher* ofrecidos ese año fueron suficientes o el trabajo de limpieza del canal se desarrolló sin contratiempos, los socaireños se mostrarán conformes y entusiastas. Sin embargo, no siempre el festejo se produce en calma. Regularmente la gran convocatoria que posee esta fiesta es aprovechada por los dirigentes de la comunidad indígena para resaltar su gestión, dedicando algunas palabras sobre el proyecto que se terminó, de los nuevos beneficios que han conseguido en la comunidad o para pedir apoyo político en el periodo que sigue. También es usual que aparezcan funcionarios o autoridades públicas y pretendan saludar a la comunidad por la fiesta, pero casi siempre terminan reconociendo que su presencia es muestra del interés por reforzar la política indígena en la comunidad. En un rito como éste es común la abundancia de comida y bebidas alcohólicas, por lo que no resulta extraño que en el momento de la máxima ostentación dirigencial o en el que los funcionarios están exaltando sus capacidades, sus compromisos o hablen de la distribución de los recursos estatales, sea el colectivo étnico quien dé muestras del gran poder que detentan.

Entre trago y trago, los comuneros mareados de tanto discurso lanzan dardos llenos de ironías y resquemores a sus pares de la directiva, pero más sobre los ahora "intrusos" agentes estatales. Es un momento en que las fisuras internas socaireñas se disuelven para concentrarse en formas con latente contenido de violencia. Siempre son los más ebrios quienes parten, se ríen groseramente de los funcionarios, ponen en suspenso la continuidad de esas palabras y expresan sus descontentos reclamando que *"aquí no han hecho nada"* o que *"sólo vienen cuando hay elecciones"*. Los socaireños más cautos –o más sobrios- piden calma para que la fiesta prosiga y sea un momento de celebración y no de pleitos. Al final todos temen que la contenida violencia se desborde y termine en algo más que una multitud atacameña descontenta o enardecida por la intromisión del políticamente correcto discurso estatal sobre la diferencia.

Para los dirigentes y sus directivas es un momento de frustración. Han quedado deslegitimados por la masa indígena frente a los funcionarios estatales. Sus capacidades de manejo político y representatividad han quedado en cuestión. Algunos socaireños para distender lo ocurrido se animan a pedir *talatur*. Vociferan la presencia de la maestra, personaje que dirige el canto para los manantiales y cerros. La maestra se acompaña de un "chorromón", instrumento musical conformado por tres pares de pequeñas campanitas de bronce que dan los acordes para el *talatur*. Los más próximos se abrazan formando un círculo y girando lentamente al principio y se van escuchando las estrofas de lo que queda de un canto en kunza. Poco a poco el *talatur* alcanza mayor fuerza, los capitanes animan con sus varillas pegando en el trasero a los que talan, apoderándose del clarín y el *putu* y se escucha el aliento socaireño que exige que la rueda tenga más entusiasmo, gritando: *"¡más lindo, más lindo!"*.

Mientras los socaireños disfrutan del *talatur*, los cantales continúan con los últimos convidos para despedir a los cerros y al agua hasta el año que sigue. Cuando finaliza la ceremonia de los cantales, se avisa a las y los comuneros que la tarea ha concluido y que es el momento que la comunidad regrese al merendadero. Uno por uno los socaireños se enfilan para entregar nuevamente saludos a los cantales y atender el discurso final. Cargado de emotividad, el cantal mayor manifiesta los altos y bajos de la celebración. Valora el respeto que la comunidad ha procurado frente a los convidos y lo positivo que ha salido el trabajo. Prosiguen agradecimientos de la comunidad indígena y de los agricultores de Socaire hacia todos los presentes, menciones especiales se dirigen para los atacameños de Calama, que se destacan por vestir ropas de alguna de las mineras de región. Por fin se da paso a la esperada comida comunal y muchas familias se unen para compartir alimentos y bebidas. Tras ello, cantales, capitanes y socaireños se dirigen a la bocatoma para dar la partida al agua.

La apertura de la compuerta del canal se realiza con mucho entusiasmo. Nuevamente se hacen convidos a los cerros y los presentes viven este momento con mucha ansiedad y emoción, gritando cuando el agua arremete en el canal con su poderoso caudal que lleva

gran carga de materiales y sedimentos. Después de largar el agua, la gente enfila hacia el pueblo donde los espera el cierre de la fiesta con un baile en la sede social. Algunos socaireños más entusiastas prefieren acompañar el agua como todos los años: bajando en grupo, tomando *aloja*, coqueando y cantando el *talatur*.

El paso del agua se recibe con la arremetida de gritos y cantos de una comparsa que va festejando por la ribera del canal bajo el frío atardecer. Los jóvenes van encendiendo los pastos secos que crecen a la orilla del canal para alumbrar la bajada del cerro pero también para dar señal que el agua está pronta a llegar al pueblo. Allí la recepción es entrada la noche. El grupo que acompañó al agua es recibido entre gritos y aplausos, en la plaza central se impone el *talatur* hasta que empiezan a sonar las primeras cumbias. Es la señal que el baile popular espera a todos los socaireños para celebrar el éxito de la limpia de canales.

El dilema: ¿Cómo comprender este ritual? ¿Cultura o etnicidad?

La limpia del canal en Socaire es el evento social de mayor trascendencia, siendo parte de la misma ceremonia un trabajo de limpieza del canal y la celebración con que se venera al agua. La limpia de canales no sólo reúne a los agricultores del pueblo que necesitan que las acequias se encuentren en condiciones óptimas para la producción agrícola; sino que tiene relevancia para toda la comunidad, incluso para aquellos que ya no residen en el poblado y vienen desde Calama o Antofagasta cada año. En ese sentido, esta fiesta representa una de las actividades rituales más importantes en la vida social de esta comunidad atacameña y no sólo por la relevancia que tiene en la reproducción y continuidad del ciclo agrícola allí, sino por la posibilidad y el peso que significa refrendar un compromiso permanente de cohesión social entre la colectividad y uno de sus máximos referentes identitarios como es el agua y los cerros. De manera que la participación en la limpia de canales pareciera tiene en la actualidad más implicancias sobre el compromiso social de los socaireños con la comunidad indígena, que con la de regantes o agrícola.

Cuando me refiero al peso de la limpia de canales en la identidad en Socaire debemos pensar que ella no se comprende como si fuera un conjunto de elementos culturales que han tenido continuidad en la historia de estos atacameños. Lo que otorga importancia y alta sustentación para la identidad es que la limpia de canales en la actualidad representa una fuerte conexión con los límites e ideas que se manejan respecto de la diferencia cultural.

Cuando a fines de los años 90' aparecen los procesos de reivindicación étnica en los atacameños y la identidad indígena es valorada y asumida positivamente, una actividad como la limpia de canales se nutre y adquiere una dimensión política central en la sustentación de lo que se ha percibido históricamente como lo "más genuino" o propiamente indígena de estas personas. Esa percepción de la diferencia cultural atacameña –que se establece por el contacto y la interacción con un "otro", entre otros elementos[3]- es el resultado de una forma de haber sido vistos y construidos en el imaginario de los ("otros") no indígenas (el Estado y la sociedad nacional) desde la visión rebajada o el estigma de "indios"[4].

Hasta antes de las transformaciones sobre la identidad étnica atacameña, la limpia de canales era vista desde fuera y experimentada desde dentro como parte de las más profundas costumbres de los indios de la puna atacameña; por tanto, cuando este ritual se cruza con la cuestión de una identidad étnica positiva y revalorada por un Estado y una sociedad nacional que incluso considera esos contextos como parte del acervo patrimonial de la región de Antofagasta, se dispara –no ajena a complejidades- la conciencia en los propios socaireños de ser poseedores de un acopio cultural profundo y milenario.

El efecto más claro de estos procesos en las comunidades indígenas atacameñas ha sido la generación de una gran capacidad y despliegue para disputar y controlar aspectos centrales de la vida social indígena. Uno de ellos es precisamente el reproducir y arrojarse como

[3] Barth, F. 1976. Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales. Fondo de Cultura Económica, México.
[4] Gundermann, H. 1997. Etnicidad, identidad étnica y ciudadanía en los países andinos y el norte de Chile. Los términos de la discusión y algunas hipótesis de investigación. Estudios Atacameños 13: 9-26.

propias una serie de actividades rituales como la limpia de canales en Socaire. De ese modo, a través de esta fiesta como nunca antes en la historia de los socaireños se legitima y da sentido a los más importantes discursos que sostienen lo étnico en Atacama: el mito de origen, la creencia en ciertos espíritus, la vida propia del agua y el pasado milenario atacameño.

En ese sentido, la importancia de la limpia del canal para una comunidad como Socaire yace en que es un ritual en que se alaba a las aguas, los cerros y la naturaleza en general mediante un conocimiento y una experiencia transmitida tras generaciones, el cual les permite dar vida permanente a una comunidad, pero ello no es el resultado de la profunda continuidad cultural atacameña, sino de la posibilidad de estar vigente dentro de los actuales procesos en que los atacameños quieren reinterpretar su propia historia y presentarse ante los "otros" como poseedores de una diferencia cultural central.

Estamos frente a un sujeto atacameño inestable, por decirlo de algún modo, que ya no es posible fijar en esquemas antropológicos que igualan la cultura con un territorio o una lengua. Un ejemplo de ello es que la limpia de canales de Socaire tiene una concurrida asistencia compuesta no sólo por los socaireños, sino también por parientes o amigos que viven en otros pueblos y ciudades de la región. Sin embargo, la presencia de afuerinos, -como turistas, funcionarios, e incluso antropólogos- resulta un verdadero desafío pues al socaireño no le agrada que los extraños husmeen en sus rituales, menos que se tomen fotografías o se hagan registros audiovisuales cuando realizan pagos o rogativas a sus aguas. En la actualidad reservar para la comunidad el espacio ritual de la limpia de canales y, en particular, la ceremonia que la acompaña, implica una muestra del gran poder simbólico que estos atacameños detentan hacia los "otros"; más cuando en este ritual se ofrecen discursos sobre la recuperación de las tradiciones o como ellos mismos señalan *"hacer las cosas al estilo de los antiguos"*.

La celosa y reservada comunidad atacameña de Socaire cuida este espacio ritual porque le permite ejercer y detentar un poder y una autonomía simbólica sobre lo que ellos

consideran su diferencia cultural. En ese sentido, lo que debería nutrir un debate sobre el dilema planteado, no es si los atacameños de Socaire han tenido en su historia una trayectoria cultural prístina o ajena a rupturas y a sincretismos culturales; más bien, me interesa dialogar por qué es que estas comuneras y comuneros desde un ritual como la limpia de canales han sido capaces de levantarla como un referente central de la identidad y con ello mostrar que los hace parte de una comunidad étnica diferente, particular. Así, la interpretación emitida por los socaireños sobre la carga milenaria de la limpia de canales es en definitiva la visión que tienen de sí mismos y más aún aquella que quieren proyectar frente a los "otros" como reflejo de ese poder simbólico que ahora otorga una visión positiva de la etnicidad. De alguna manera este poder simbólico ha permitido expiar la carga de subalternidad con la que históricamente los atacameños se vieron afectados al ser considerados dentro del sistema de relaciones interétnicas que se construyó en San Pedro de Atacama, al ser referidos como "indios", incluso como "bolivianos", "llamos", "negros", "borrachos" y "sucios". Calificaciones lamentablemente todavía muy empleadas en el norte de Chile para referirse a los pueblos indígenas y que hoy reclaman ser vistos como ellos quieren serlo: una comunidad culturalmente distinta.

Agradecimientos

Muchas gracias a la comunidad atacameña de Socaire, en especial a Don Laureano Tejerina, un antiguo cantal mayor; a Elsa y Silvestre Varas y a la señora Josefa Cruz.

TURISMO, EXOTISMO Y ANCESTRALIDAD EN SAN PEDRO DE ATACAMA, CHILE

TOURISM, EXOTICISM AND ANCESTRALITY IN SAN PEDRO DE ATACAMA, CHILE

América Valenzuela1, Héctor Morales2

NO CITAR SIN AUTORIZACION DE LOS AUTORES

1 Proyecto Laboratorio de Etnografía, Universidad de Chile. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. avalenzuelarebolledo@gmail.com

2 Departamento de Antropología, Universidad de Chile. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. hmorales@u.uchile.cl

El contexto de la escenificación turística de los últimos 30 años en San Pedro de Atacama ha explotado y exagerado el exotismo de su paisaje y de las comunidades indígenas que allí habitan. Se revisa este caso tomando como sustrato los procesos de patrimonialización y nativismo atacameño que se inscriben dentro de una dinámica científica y comunitaria de revitalización cultural y en una vorágine de exigencias políticas, económicas y sociales externas.

Palabras claves: Turismo, exotismo, ancestralidad, patrimonio, atacameños.

The context of the Atacama tour staging of the last 30 years has been exaggerated and exploited exoticism of these communities. This case is reviewed taking as a substrate the processes of patrimonialization and atacameño nativism that are inscribed inside a scientific and community dynamic of cultural revitalization and in a maelstrom of external political, economic and social exigencies.

Key words: Tourism, exoticism, ancestrality, heritage, atacameños.

San Pedro de Atacama se ha convertido en poco más de tres décadas en un destino turístico reconocido internacionalmente. Junto a la Isla de Pascua y las Torres del Paine, en este lugar del desierto el turismo se ha desarrollado a gran escala por contar con importantes recursos naturales y culturales, condiciones especiales e inmejorables rutas, circuitos, visitas y actividades para la recreación, el ocio y la cultura; así como por la disposición de una variada gama de servicios y productos específicos para esta actividad.

El turismo en San Pedro de Atacama se basa fundamentalmente en la espectacularidad de sus atractivos naturales de desierto, salar y montaña, así como por los cielos y su potencial para la observación astronómica y las actividades científicas. Estos parajes forman parte de la reserva nacional Los Flamencos, creada en 1990 por el Decreto Supremo Nº 50 del Ministerio de Agricultura que la inscribe en el sistema de parques y santuarios de la naturaleza.

Figura 1. Área de la reserva nacional Los Flamencos, San Pedro de Atacama. Area of the national reserve Los Flamencos, San Pedro de Atacama.

Con 74.000 há, esta reserva posee impactantes volcanes, lagunas y salares en altura, así como valles y quebradas que forman verdaderos oasis con flora y fauna única. Estos lugares fueron aprovechados por la población local para su adaptación y sobrevivencia a la puna y el desierto de Atacama. Según la arqueología local, la presencia humana en esta área tiene fecha de ocupación alrededor del año 9.000 a.C. (Núñez 1992). Es un área del norte de Chile que ha sido habitada desde épocas prehispánicas y en la que han convivido y circulado distintos grupos culturales del sur andino, donde Estados como Tiwanaku (lago Titicaca) o el Inka tuvieron importante presencia y relaciones (Castro 1998).

De modo que no es extraña la presencia y la concentración de enterramientos o sitios funerarios, paneles con arte rupestre, asentamientos con talleres líticos, cerámicos, de recolección, espacios ceremoniales, estructuras habitacionales, sistemas de regadío y estructuras productivas como terrazas de cultivo, trojas o bodegas agrícolas y corrales para

animales. Asimismo, se encuentra arquitectura monumental como aldeas y lugares defensivos llamados pukará. Estos sitios, así como los espacios naturales están protegidos por la Ley 17.288 del Consejo Nacional de Monumentos Nacionales (CMN) como monumentos arqueológicos e históricos públicos, santuarios de la naturaleza y zonas típicas.

Además de los atractivos naturales y arqueológicos, son las comunidades atacameñas que por sí mismas destacan a través de su particular forma de vida en medio del desierto y la puna. Las comunidades han hecho uso histórico del territorio mediante actividades económicas agropastoriles, de recolección de flora y recursos salinos, también caza de fauna nativa con fines artesanales, rituales y medicinales. Los atacameños manejan sectores de praderas y humedales conocidas como vegas, donde se aprovechan cauces, arroyos y manantiales para el pastoreo de llamos. En estos lugares hay infinidad de sitios arqueológicos, identificados por los atacameños como sagrados o habitados por "gentiles"[1], donde tienen escena importantes cultos y celebraciones. Hoy, todos esos espacios y las prácticas sociales que allí se desarrollan han sido convertidos en atractivos para el turismo o en potenciales fuentes para ello.

Quien podría haber pensado 30 años atrás que un territorio despoblado, sin mayor relevancia económica y que albergaba a un pequeño grupo de indígenas, en la actualidad se ubicaría en la vitrina de variados operadores y agencias de turismo nacionales e internacionales. Si bien fueron estas entidades las principales fuentes de divulgación de sus magníficos parajes y sitios arqueológicos en folletos, paquetes de viaje e internet; lo cierto es que la salida al mundo de San Pedro de Atacama está relacionada con la difusión de la experiencia única e impactante de aventurarse al desierto, ver un estilo de vida milenario y romper con la cotidianidad occidental.

El turismo en San Pedro de Atacama ha estado asociado a la representación del desierto como lugar único, inexplorable y exótico; de manera que en este artículo nos proponemos abordar a través de datos eminentemente etnográficos, cómo es que se enarbolan esas características y

qué relación tiene esta actividad con la construcción de experiencias de exotismo y diferencia cultural que se despliegan sobre un escenario identificado como ancestral.

La metodología utilizada en la investigación fue eminentemente cualitativa pues enfatizamos en la descripción etnográfica de actores, escenarios, procesos e instituciones sociales asociados al desarrollo, expansión y características del turismo en esta zona del norte andino de Chile. Complementariamente, la investigación consideró una revisión bibliográfica sobre el fenómeno de estudio.

En la primera parte del artículo revisamos cómo fue el inicio y la expansión del turismo en San Pedro de Atacama, apuntando a identificar aquellos procesos y actores que posibilitaron su instalación. En el segundo apartado, presentamos la idea de ancestralidad y su relación e implicancia en el desarrollo de esta actividad. Finalmente, proponemos algunas reflexiones, las que esperamos puedan contribuir al estudio del turismo en espacios indígenas.

Turismo, Exotismo y Diferencia Cultural

Quienes han estudiado el turismo como fenómeno social (Cohen 2005; Jafari 2005; Lagunas 2006; Santana 1997, 2003), coinciden que entre las condiciones que hicieron posible el desarrollo de esta actividad en las sociedades contemporáneas se ubican las estructuras de concentración urbana de Europa y EE.UU., el crecimiento y la estabilidad económica, política y social de los países capitalistas, el acceso a los medios de transporte de viajeros, principalmente asociado al vehículo y el avión, la circulación y el movimiento de personas a nivel mundial y particularmente la aparición de vacaciones o descansos pagados de la clase trabajadora en la segunda mitad del siglo XX. La nueva forma de distinción y organización del tiempo y espacio destinados para el trabajo y el ocio deriva en el surgimiento de una industria específicamente dedicada a producir y organizar el viaje como parte de actividades para el descanso y el tiempo libre, de forma mercantil, masiva y especializada.

Para aquellos organismos promotores como la Organización Mundial del Turismo (OMT), esta actividad es visualizada como un fenómeno y una práctica social que se dispara y masifica con el arranque del modelo de libre mercado. Así, el turismo a nivel global crece y con ello se generan nuevas formas de consumo de productos y servicios destinados al ocio y uso del tiempo libre (Bauman 2007).

El turista busca movilizarse para visitar, conocer, descansar, comprar y adquirir experiencias respecto de lo que le es desconocido, diferente y hasta exótico. Visto así, para Lagunas (2006) el turismo representa el paradigma del hedonismo en las sociedades contemporáneas, pues pone en el centro la rentabilización del tiempo libre y la voracidad por el consumo por lo ajeno o distinto. El turismo aparece como la visita a espacios, geografías y mundos por descubrir y explorar para

disfrutar de la fantasía es un espacio de resistencia a los embates de la homogenización posmoderna, la inclusión de las singularidades del lugar en los parques temáticos o convertir la experiencia extrema en espectáculo (Álvarez 2014:57).

Una parte relevante de esta una industria se compone por quienes la desarrollan o la llevan a cabo. Se trata de los receptores del turismo, es decir, sujetos, grupos y lugares que funcionan como áreas de destino para los visitantes. Un destino turístico se convierte en tal cuando dispone de medios y capacidades técnicas para la construcción de infraestructura turística, la disposición de mano de obra abundante, barata y dispuesta a incorporarse en determinados servicios, pero lo suficientemente educada o en vías de ello para seguir las pautas de conducta y las valoraciones del visitante (Marín 2015; Santana 1997).

Dentro del turismo se identifican varias ramas. Una de éstas es el turismo cultural, que a su vez tiene sus propias subcategorías conocidas como ecoturismo, etnoturismo, turismo aventura o turismo rural (Santana 2003). En el área de San Pedro de Atacama se identifica el desarrollo de un tipo de turismo carácter comunitario asociado a las comunidades indígenas

(Morales, Román y Rivas 2004; Morales 2006). Para Balazote y Radovich (2009), estas versiones del turismo aparecen como resultado o alternativas frente a los estragos de las visitas y los circuitos masivos en espacios y áreas consideradas nobles o no contaminadas por la sociedad occidental, por lo cual generalmente se desarrollan en espacios étnicos o indígenas. Su principal cualidad es ubicar en el rango de "cultura" cualquier manifestación rústica o natural, incluyendo la representación prístina o no contaminada de la diferencia.

De ese modo, este tipo de turismo instala el consumo y la atracción sobre un paisaje, un grupo humano o ciertas actividades y prácticas sociales en las que se exalta su exotismo y particularidad cultural, como elementos que van a caracterizar lo ofertado: comunidades indígenas, parajes desconocidos, gastronomía local, aventuras en espacios alejados y no contaminados, rutas por explorar o experiencias místico religiosas.

Una condición necesaria de esta clase de turismo es la disposición de una cuota de exotismo diferencial suficiente. Esto significa que aunque se busca una experiencia extraña o no familiar, el turista espera encontrar o disponer de servicios y estándares similares que en su país pero con una apariencia diferente, en los que pueda desenvolverse sin agobio. Desde allí es posible estimular el llamado mercado de los sueños por medio de caricaturas publicitarias como "Las delicias del Oriente", "Los bravos guerreros Zulú", "Los Turkana, Yanomami que no han visto jamás al hombre blanco". Pero para algunos, estos enunciados no son más que la valoración maniquea de occidente al resto del mundo (Rossel 1988).

La autenticidad, el exotismo y la diferencia cultural que experimenta cada visitante de manera individual, es semi dirigida por los agentes del comercio del viaje como un constructo contextualizado en sus propias experiencias y expectativas. En ellas se entremezclan los estereotipos del estilo de vida y el uso de la cultura material de los visitados a través de una imagen muy cuidada y vendida de los mismos. Así como el anhelo de los visitantes de consumir, compartir y apropiarse de esas formas de vida diferentes.

El turismo permite canalizar el interés de aquellos sujetos y grupos que tienen necesidad por la búsqueda de lo no contaminado o lo ajeno a la depredación humana. Ese encuentro con la pureza (natural y cultural) estimula y permite la existencia de un mercado e industria sobre escenarios donde se representa el exotismo y la manifestación prístina como cualidad central de todos sus elementos y recursos, sean estos naturales, culturales, arqueológicos e incluso humanos (Cunningham 2005). En efecto, que San Pedro de Atacama sea un destino de turismo "cultural" reconocido con magnitud global tiene mucho que ver con las formas en que esta actividad se ha posicionado en el mundo contemporáneo que con el exotismo primordial con que se le representa (Anta 2002).

Los *souvenirs* (sueño), adquiridos como recuerdo del viaje, se fijan como objetos característicos de un lugar y denotan, cargan de valor y representan ese consumo; la imagen fijada a través de la fotografía o el video funciona de manera similar: es también apropiada y a través de sí el turista manifiesta, posteriormente, ante sus iguales, su conocimiento de otros mundos y estilos de vida. Esta transmisión constituye la mejor promoción turística de la cultura y los espacios visitados a través del "estar allí"; eso sí, es una experiencia generalmente marcada por la transitoriedad y la superficialidad de los encuentros.

Génesis del Turismo en San Pedro de Atacama

Debemos volver en el tiempo para seguirle la pista al surgimiento del turismo en San Pedro de Atacama y dimensionar su expansión, características y los cambios impresos.

Hasta la década de 1980, San Pedro de Atacama y sus comunidades indígenas recibían muy pocos visitantes. Sólo unos pocos funcionarios estatales y municipales como las rondas médicas y la policía de Calama cada tanto hacían presencia, así como algunos antropólogos y arqueólogos chilenos y extranjeros que venían a estancias de trabajo de campo o al museo local. La Hostería San Pedro, construida en la década de 1960, acogía a estas visitas.

Escasamente se sabía de las comunidades atacameñas y éstas eran vistas como poblados de "indios" ubicados cerca de la frontera Argentina y Bolivia (Gundermann 1997); de manera que las posibilidades para alojar o hacer recorridos por esos espacios eran mínimas. Pero los avezados turistas que llegaban, venían interesados en conocer la cabecera municipal San Pedro como entrada al desierto y al salar de Atacama.

En 1981 esta zona del desierto estrenaba gobierno local y los servicios municipales recién creados dotaron de mejoras que fueron significativas en la comuna. Así quedaba atrás la "huella" para dar paso a una carretera que uniría los 90 km que distan Calama con San Pedro de Atacama, se inauguraba un servicio de transporte público hacia la ciudad, desembarcaba la Compañía de Teléfonos de Chile y se recibían algunas horas de electricidad. Con estos cambios aparecen los primeros negocios de recorridos turísticos, pequeños hoteles y algunos lugares destinados a camping. De manera lenta e incipiente se instala cierta capacidad de recepción de pasajeros y visitantes en San Pedro de Atacama. Sin embargo, los primeros en avistar el potencial de explotación turística de los parajes atacameños no fueron los atacameños, sino sujetos y grupos foráneos.

Los afuerinos, como se le llama a la población no indígena en San Pedro de Atacama, llegan a mediados de los años ochenta. Tras ello, el turismo crece rápidamente convirtiéndose en polo de atracción para diversos actores no indígenas, especialmente del sector privado. Son estos sujetos quienes comienzan a invertir en infraestructura, difundir las características del destino a través de las primeras agencias del rubro y particularmente dotando a la cabera municipal de nuevos servicios gastronómicos, transporte y hotelería.

Los primeros afuerinos dedicados a la actividad turística en San Pedro de Atacama provienen de ciudades como Arica, Calama, Antofagasta y Santiago. Algunos atraídos por la pacífica e inalterable forma de vida en el desierto, otros buscando derechamente abrirse camino en el mercado turístico nacional. Ellos son los primeros en establecer contratos de arriendo con

familias atacameñas que tenían residencias o propiedades en el centro del pueblo. Allí instalaron locales comerciales y agencias de turismo y armaron rutas y circuitos para que los visitantes pudieran conocer los desconocidos atractivos locales. Así, los valles de la luna, de la muerte y Jere, las lagunas Chaxa, Miscanti y Miñiques, los geiser de El Tatio, las termas de Puritama, los pukará de Quítor y Catarpe, la aldea de Tulor, las minas de sal y las propias comunidades atacameñas, se transformaron rápidamente en lugares imperdibles para las excursiones y visitas turísticas.

Figura 2. Laguna Miscanti, comunidad de Socaire. Lagoon Miscanti, Socaire community.

Figura 3. Valle de la luna, San Pedro de Atacama. Valley of the moon, San Pedro de Atacama.

Para mediados de la década de 1990, los afuerinos habían acaparado el mercado turístico local y tenían plena comprensión que San Pedro de Atacama era un destino que generaría importantes utilidades a corto plazo. Muestra de ello fue la rápida instalación de varios operadores turísticos nacionales, dirigidos principalmente a cubrir las demandas del turismo masivo. También se afincan grandes cadenas hoteleras como Explora que con antelación a esos años se hacía propietaria de terrenos en los ayllus y de un sector llamado Puritama, ubicado a 30 km de San Pedro de Atacama, en la ruta del conocido campo de geiseres El Tatio. Puritama es una fuente de agua termal muy visitada, donde Explora desarrolló un exclusivo proyecto turístico. Si bien su instalación en un inicio fue foco de movilizaciones por parte de las organizaciones y comunidades atacameñas, más tarde el corporativo hotelero levantó un espacio de inserción laboral para los indígenas, mitigando el conflicto (Bolados 2014).

En la medida que el turismo en San Pedro de Atacama se expandía, desbordaba la vida social de la capital comunal San Pedro y esa actividad comenzaba a sentirse en las comunidades atacameñas. La industria del turismo estimula constantemente la llegada de una diversidad de

sujetos, grupos y agentes, los cuales al interactuar con los atacameños, expresarán sus propios estímulos y dinámicas. No referimos a la afluencia estacional de turistas que se intensifica según la temporada y con ello la circulación de personas de Bolivia, Argentina y afuerinos nacionales en busca de oportunidades laborales, de negocios y también de otros sujetos en búsqueda de experiencias místicas, espirituales y medicina holística o alternativa.

El turismo y la actividad social que produce, crea la posibilidad de experimentar un San Pedro de Atacama cosmopolita y global, pero también abierto al alboroto. Los turistas y visitantes no sólo quieren conocer el desierto y sus atractivos naturales y arqueológicos, sino también las fiestas. Por ello, no fue extraña la llegada de jóvenes denominados *hippies*, como también de artesanos y comunidades ecológicas y de rastafari que se instalaron en los ayllus, los que en su mayoría se componían de población indígena atacameña. De igual modo, durante los años noventa hicieron estreno empresarios con fuertes capitales nacionales y extranjeros que invirtieron en los rubros hoteleros, transporte, comunicación, gastronomía y operaciones turísticas.

Figura 4. Calle Caracoles, San Pedro de Atacama. Caracoles street, San Pedro de Atacama.

Aunque las comunidades atacameñas percibían la masividad de visitantes y el crecimiento del mercado turístico en San Pedro de Atacama, tibiamente visualizaban que esta actividad podía ser una fuente de crecimiento económico local; en contraste con la situación de los afuerinos que se habían instalado en la cabecera municipal y levantaban sus estilosos y elitistas negocios gastronómicos, de producción y venta de artesanía, de paquetes, recorridos turísticos y hospedaje. Todo, sobre la base de la naturaleza del desierto y la cultura atacameña como baluartes de exotismo y aventura, como una experiencia única a quien quisiera vivirla y pudiera costearla.

Además de un aumento demográfico de la población entre las décadas de 1990 y 2000[2], el turismo con sus olas de visitantes se apoderó del centro de San Pedro. Los vecinos

atacameños fueron facilitando las fachadas de sus residencias a través de la renta, después muchos vendieron sus inmuebles y progresivamente se fueron instalando un sinnúmero de locales comerciales, agencias turísticas, restaurantes, cafés y locutorios, los que fueron atestados por ávidos turistas nacionales y extranjeros.

Si caminamos por el centro de San Pedro nos será fácil identificar la diversidad de transeúntes de múltiples nacionalidades y lugares. Esa diversidad también instó la aparición de nuevos mercados y clientes como el narcotráfico que tiene gran parte de su sustento en la demanda turística, o el inmobiliario que pasó de precios regulados al corretaje de casas y propiedades con valores desmedidos.

Mientras el turismo tomaba vuelo propio, en 1997 las comunidades atacameñas organizaron un congreso donde por primera vez debatieron sus problemas y demandas. En la memoria del encuentro, el turismo, la preocupación territorial y la presión medioambiental aparecen como líneas de trabajo a las que había que poner atención:

todos los proyectos de turismo (públicos o privados) antes de su puesta en marcha deben ser conocidos por las comunidades, a fin de poder formular observaciones al diseño y propósito del proyecto; que se necesita iniciar un programa de capacitación en turismo a la población atacameña; que se requiere emprender acciones para proteger el patrimonio cultural de las comunidades, frente a la presencia de turistas; que se deben habilitar oficinas de información turística en las distintas comunidades Atacameñas (Primer congreso del pueblo atacameño 1998:12).

Asimismo, en este congreso se constata la aparición de ciertos fenómenos asociados al turismo como son las patologías de alcoholismo y la drogadicción y otras conductas que atentan contra la integridad de las personas, como la mendicidad y la prostitución infantil. Por otro lado, se manifiesta el aprovechamiento comercial de la “cultura atacameña” por parte de las empresas y operadores turísticos que generan una visión folclórica del modo de vida de los

atacameños. Finalmente, se constata el respaldo gubernamental a un sistema económico de libre mercado a través del desarrollo de mega proyectos turísticos e industriales, lo que sumado a su poca o nula fiscalización, han producido la destrucción de patrimonio ancestral atacameño.

Las demandas emanadas de este primer congreso atacameño son coincidentes con la creación a fines de la década de 1990 del Área de Desarrollo Indígena (ADI) Atacama La Grande en la comuna de San Pedro de Atacama. A instancias de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), agencias como la Corporación Nacional Forestal (CONAF) dedicada al cuidado y protección de las reservas, parques nacionales, flora y fauna silvestre, el Servicio Nacional del Turismo (SERNATUR) preocupado de la regulación de la actividad y los servicios turísticos, el Instituto de Desarrollo Agropecuario (INDAP) enfocado en el desarrollo rural, el Ministerio de Bienes Nacionales que vela sobre la propiedad y los recursos fiscales y el Consejo de Monumentos Nacionales (CMN) destinado a la protección y puesta en valor del patrimonio histórico y arqueológico, fueron impelidas por la política indígena para levantar estrategias y acciones coordinadas que favorecieran a los atacameños en su inserción en la industria del turismo.

Concertadas en el ADI, estas reparticiones no dudan en hacerse parte para regular, financiar, reparar, cuidar y conservar los espacios, capitales y recursos que son considerados como baluarte de la cultura atacameña y ampliamente funcionales al turismo local. En este contexto, aparecen tres experiencias protagonizadas por las comunidades atacameñas para el desarrollo del turismo: la Red de Turismo Comunitario Lickan Huasi, la Ecored Lickan Antai y los "contratos de asociatividad", actualmente vigentes entre comunidades, asociaciones indígenas y la CONAF[3].

Lo cierto es que para inicios de los años 2000, la actividad turística se había expandido hacia un mercado extremadamente masivo, la cabecera municipal San Pedro había crecido

estruendosamente y se visualizaban las primeras consecuencias derivadas del aumento de la población, la presión por el agua y la contaminación del oasis. Un diagnóstico realizado por la fundación EuroChile en el año 2006 detectó que en San Pedro de Atacama la sobrecarga turística y sin planificación, enfrentaba un grave deterioro medioambiental impactando el nivel de agua potable, el desarrollo de focos de contaminación, la concentración de basura y un crecimiento disparatado de la población en el sector periférico.

Frente a ello, el Consejo de Pueblos Atacameños que para fines de esta década figuraba como un referente político para la movilización de la demanda indígena, interpelaba las acciones acordadas con las reparticiones y las agencias estatales participantes en el ADI. Aunque se habían impulsado importantes obras de mejoramiento vial, transportes, telecomunicaciones, dotación de suministro eléctrico permanente y la construcción de un sistema de alcantarillado para el poblado de San Pedro; al Consejo no le eran suficientes estos proyectos sino la regulación de turismo en la zona y una programación indígena estatal que coordinara en todos sus niveles, acciones necesarias para el desarrollo de esta actividad en las comunidades.

Es que las dinámicas disparadas por el turismo en San Pedro de Atacama vislumbraron varios problemas relacionados con la nula planificación y supervisión del gobierno regional, local y del organismo competente en esta materia como es SERNATUR. Sin más, la falta de regulación del turismo ha sido un permanente foco de críticas, las que provienen de distintos sectores. Una de ellas, por ejemplo, apunta a que el turismo masivo ha venido apoderándose de San Pedro de Atacama, mientras el municipio sólo se ha limitaba a poner requisitos en la entrega de patentes comerciales y tributarias o acallar el interés de los vecinos por hacer fiestas.

En efecto, las autoridades municipales sanpedrinas no avistaron sino hasta el año 2008 la necesidad de establecer líneas para el ordenamiento de esta actividad, mediante la promulgación de un nuevo plan de regulación del casco histórico y del uso del suelo. Por su

parte, aunque la programación indígena estatal montada específicamente sobre las comunidades atacameñas no estaba ajena a lo que la actividad turística estaba produciendo; en último término, se enfocaba en la implementación de programas asistenciales y de fomento al turismo en las comunidades atacameñas, obteniendo escaso impacto.

La programación indígena en nombre de los gobiernos de la Concertación y de la mano de un paradigma multicultural ejecutado por la CONADI, se tardó en comprender que debía centrarse en acoplar el destino atacameño a los cambios producidos por el desarrollo económico turístico en la zona. Pero cuando lo comprendió, consolidó un enfoque centrado básicamente en la erradicación de la pobreza y la precariedad indígena. A través del ADI creó nuevos programas, acuerdos y acciones en las comunidades atacameñas con acento en la coordinación de diversas agencias y servicios públicos. Transversalmente, disparaba un discurso muy poderoso acerca que el turismo podía ser una alternativa de desarrollo sustentable y pertinente culturalmente para en las comunidades atacameñas e incluso lo presentaba como la vía que canalizaría la incipiente demanda indígena por el reconocimiento y regularización de sus áreas territoriales en disputa.

La CONADI en conjunción con algunas agencias y reparticiones del Estado trabajaron arduamente sobre estos objetivos durante la década de los años 2000 y ese giro fue coincidente con el surgimiento de aspiraciones y expectativas de las comunidades indígenas; en particular, de un conjunto de dirigentes, líderes y elite de atacameños que venían detectando fallas en el sistema de regulación de las actividades turísticas. Varios sectores de esta sociedad tomaban conciencia de la tensión que la industria turística provocaba en la zona; nos referimos a los problemas medioambientales, la excesiva explotación de los recursos hídricos y naturales, el monopolio de las agencias y servicios para el turismo masivo y la desproporcionada diferenciación socioeconómica entre atacameños y afuerinos. En ese contexto, los atacameños pusieron en cuestionamiento y hasta en crisis esos modelos de

desarrollo económico, pero sin interponer ruptura con ellos. Sin más, las propias comunidades comenzaron a vislumbrar que a través del turismo podrían ejercer el control sobre aquellos espacios territoriales claves que esta industria mueve en base al exotismo y la ancestralidad atacameña.

Ancestralidad y su Relación con el Turismo en San Pedro de Atacama

Gran parte del desarrollo turístico de San Pedro de Atacama y sus comunidades indígenas se debe comprender por la dinámica instalada entre el Estado, la sociedad nacional y los propios atacameños acerca de la valoración y revitalización cultural de lo que identifican como el patrimonio arqueológico e histórico de la zona.

Las concepciones fijadas sobre la cultura y el patrimonio en San Pedro de Atacama han impregnado fuertemente las formas de representación de lo atacameño, así como aquellas sobre la diferencia cultural, la particularidad y el exotismo indígena. Todas ellas, muy exaltadas por el turismo que se desarrolla en la zona. Pero vamos hacia atrás.

De la mano de investigadores extranjeros, en el inicio de la disciplina arqueológica en Chile, esta información "experta" y "objetiva" sobre los atacameños ha tendido a normalizar, clasificar y difundir sus cualidades socioculturales, sus orígenes prehispánicos y su pasado histórico (Uribe y Adán 2003). De estas investigaciones se han extraído múltiples conclusiones sobre la cultura y la sociedad atacameña y han sido especialmente gravitantes las relacionadas con el trabajo de Gustavo Le Paige, desde su llegada a San Pedro de Atacama en 1955 hasta su fallecimiento en 1980. Le Paige con sus investigaciones y sobre todo con la puesta en marcha del museo arqueológico mostrará científicamente la milenaria evolución de la cultura atacameña a través de una colección que incluye cuantiosas piezas de cerámica, vestimentas, utensilios, joyas, herramientas, armas y momias (Núñez 1992).

Aunque la arqueología actual ha refutado y corregido varias de las hipótesis de Le Paige, no es posible omitir su legado. Como señala Ayala, fue

la noción de cultura/patrimonio que se genera y legitima en estos contextos tiene la ventaja de fijar la cultura, materializarla, monumentalizarla, naturalizarla y restringirla sólo a lo que "la gente hace", así como a lo que es "declarado" como tal a través de un acto de nombramiento-legal recae en el poder y autoridad del Estado (Ayala 2014:71).

Junto a la obra de Le Paige, la periodificación y la actividad científica se instalaron en la base de la oferta semántica e iconográfica del turismo actual. Cada periodo establecido arroja la nominación de objetos, colores, texturas y tecnologías que serán usadas como emblemas y marcas y permitirán asociar la historia de San Pedro de Atacama y sus comunidades indígenas con momentos y etapas culturales específicas.

La relación entre la arqueología, como una disciplina productora de conocimiento del pasado y de sentido en el presente, con grupos específicos de la sociedad como la elite y los líderes indígenas, las autoridades públicas, los actores privados y los turistas, que utilizan estos imaginarios nativistas, se aprecia claramente en el consumo de *souvenir*. La iconografía arqueológica de San Pedro de Atacama se plasmó en diversos productos como mantas, camisetas, estuches, lápices, adornos y un sinfín de objetos con alusión al recuerdo del viaje. Incluso el rubro artesanal abrió mercados para la creación de réplicas de los objetos arqueológicos instalados en el imaginario nacional como lo más representativo de lo atacameño en la forma de textilería, materiales cerámicos, líticos, madera y figuras rupestres. Todo ello, materia prima para la experiencia turística exótica de contacto con la otredad cultural atacameña.

Sin embargo, para Ayala (2007, 2014) lo más relevante de la relación entre discurso sobre el patrimonio arqueológico es la resignificación de la que se hizo parte el movimiento de reivindicación indígena local. Según la autora, las organizaciones, los dirigentes y las elites

atacameñas retomaron y fijaron ciertos elementos del pasado arqueológico y el esplendor cultural y dieron cohesión y peso a una comunidad étnica que en el contexto de aparición de la política indígena chilena se estaba forjando.

De este modo, gran parte de la apropiación y resignificación de los discursos patrimonial y arqueológico por parte de la población atacameña se desarrolla a partir de su interacción histórica con arqueólogos, instituciones estatales y museográficas. Si bien a finales de la década de los años 1980 ya se identifica una instalación del discurso patrimonial en San Pedro de Atacama, es en el proceso de reivindicación étnica experimentado una década más tarde que adquiere alta visibilidad y es utilizado por la elite y los dirigentes atacameños como recurso estratégico.

El patrimonio arqueológico y los discursos del pasado son pieza clave de los movimientos de reivindicación indígena como recurso simbólico, económico y político en el proceso de construcción y legitimación de la etnia atacameña ante el Estado y la sociedad chilena. La patrimonalización étnica de los últimos años ha incidido en diversos conflictos, disputas y reacomodos entre indígenas, arqueólogos y Estado, pues los atacameños se constituyeron en otro actor social interesado en el control del acervo arqueológico, que reivindica sus derechos, manifiesta sus demandas y reclama su participación en la toma de decisiones al respecto, en circunstancias que anteriormente era exclusivamente el Estado, en conjunto con los arqueólogos y otros especialistas, quienes otorgaban sentido, protegían, controlaban y estudiaban ese patrimonio[4] (Ayala 2007).

Si el patrimonio atacameño es el resultado científico de la investigación y la preservación de la prehistoria, su papel en la industria del turismo es clave en esos términos, es decir, como agencia/capital. Es que la idea de ancestralidad atacameña tiene una fuerte ligazón a los imaginarios relacionados con sitios y restos arqueológicos. En la perspectiva indígena, éstos representan “gentilares”, lugares con presencia de “abuelos” o antepasados directos y

pretéritos que construyeron los sistemas de regadío, estancias y monumentos (Barros 1997; Castro y Gallardo 1996; Martínez 2010; Morales 1997). Sobre esos espacios se enuncian fuertes discursos de pertenencia y apropiación, incluso de sentido de su utilización, la que puede ser ritual, simbólica, productiva –y en el contexto actual- hasta de explotación turística.

Como podemos ver, la cuestión del patrimonio a la luz del turismo se nos presenta como un requerimiento de alta complejidad. Los Estados, las naciones, las entidades de cooperación internacional, las universidades y las empresas destinan grandes recursos e inversiones para su preservación, investigación y sistematización de conocimiento. Pero también, un público cada vez mayor consume con apetito voraz, visitando aquello que es del pasado; en este caso patrimonio arqueológico, histórico y étnico atacameño, los cuales se han logrado conservar y presentarse como sendos referentes turísticos.

Reflexiones Finales

Hemos intentado abordar sobre las coordenadas del exotismo, la ancestralidad y la diferencia cultural atacameña cómo es que el turismo se ha desplegado en San Pedro de Atacama. Además de representar esta zona a través de imaginarios como "el desierto más seco del mundo" o "la capital arqueológica de Chile", el turismo ha usado lo identificado como patrimonio arqueológico y étnico atacameño como enganche para su desarrollo y expansión.

Como se ha podido apreciar, haciendo gala del exotismo y la exaltación de la diferencia cultural como un capital económico y político central, el turismo muestra un San Pedro de Atacama atemporal y lo fija en la pasividad de su casco histórico, en la data colonial de su arquitectura y en la oferta de diversos artículos realizados con materiales y productos agropecuarios de la zona. Así, representa esta variedad de imaginarios bajo sentidos primordiales y los muestra como productos y servicios asociados a una narrativa verosímil de lo atacameño, de San Pedro de Atacama y sus comunidades.

En ese sentido, vemos que el turismo en este lugar es paradójico pues retoma lo étnico atacameño y algunos de los símbolos más impactantes de su cultura y los relaciona con un presente ahistórico y de ese modo los transforma en emblemáticos y exóticos productos. Pero el turismo no se interesa ni vincula con las comunidades indígenas a menos que sea para mostrarlas como el eslabón contemporáneo de una cultura milenaria o con los atributos de una folclórica sociedad campesina que vive en medio de terrazas andinas y pastorea a gran altura. Cuando ese "indio" se desmarca de su pasiva postura y, por ejemplo, les restringe el acceso a lugares abiertos al turismo masivo o les complica el desarrollo de la industria imponiendo discursos sobre el territorio y la autonomía; los sectores dominantes de este rubro recurren al discurso nacional y hegemónico sobre el indígena, sindicando al atacameño como pobre, flojo, alcohólico o rebajado socialmente y que poco se interesa por el desarrollo de su pueblo[5]. Por otro lado, muchos de los discursos sobre la diferencia cultural y el patrimonio succionados por el turismo en San Pedro de Atacama provienen de la arqueología y la antropología nacional, particularmente de su descripción y sistematización de los estilos de vida de los indígenas. En ese proceso de fijar qué es lo legítimamente atacameño –y qué no lo es-, se delimitan como ancestrales objetos y sitios arqueológicos, pero también rituales, tradiciones, vestimentas, comidas, hasta ciertos apellidos y por supuesto las comunidades y los propios sujetos atacameños. Éstos, dependiendo de dónde se ubiquen en el sistema de relaciones interétnicas, serán o no centro de una homogeneización discursiva de lo que se considera como diferente culturalmente.

La industria del turismo en San Pedro de Atacama cuando se entrega al exotismo, en muchos casos exagera la cultura atacameña, tratando de mostrar todos sus componentes de manera sintética y convincente, exponiendo en ellos tintes de indiscutible ancestralidad. En ese despliegue se cruza, sin duda, la compleja revitalización de tradiciones culinarias, textiles, constructivas, organizacionales, rituales y lingüísticas indígenas que los últimos 25 años han

tenido escena en Chile dentro de los esquemas multiculturales. Pero también los propios indígenas y la gama de cultores, folckloristas, gestores culturales, fundaciones, empresas, entre otros, han jugado un papel relevante en la puesta en valor social, estético y comercial de la cultura atacameña. Así, la mercantilización de la identidad tiene sus bases en la visibilidad de una oferta o producto hacia un nicho de consumidores de lo nativo, lo prístino, lo exótico y lo exclusivo a través de *branding* o marcas publicitarias, productos y diversos objetos y experiencias asociadas a imágenes, colores e iconografías de tipo étnicas (Comaroff y Comaroff 2011).

En esa línea, el patrimonio cultural atacameño en el contexto del turismo funciona como una poderosa máquina que recrea extintos mundos sociales o en ruinas con significados difusos, pero gracias a las redes científicas expertas, de líderes étnicos y al puje del propio mercado del turismo, reconstruyen y resignifican un valor de identidad sobre esos materiales, actividades, recorridos y experiencias turísticas. Puede decirse así que el turismo tiene la particularidad de revivir un sinfín de experiencias y satisfacer el irrevocable sentido del pasado (Muriel 2007) y "no solamente conocerlo, sino verlo y sentirlo" (Lowenthal 1985:14).

Por consiguiente, reactivar el pasado tiene su impacto en la identidad del presente, en nuestro caso atacameña, lo cual nos dirige a la otra gran cuestión: la vitalización de la cultura. El patrimonio atacameño, aparece en estas ocasiones como un "espacio de excepción" (Agamben 2004) que comprende la suspensión de algunas condiciones sociales y materiales de existencia que constituyen el orden social, cultural, político, legal, físico o natural contemporáneo y funcionaría como un laboratorio cognitivo y material que permitiría controlar algunas variables del entorno para facilitar la entrada teatralizada, recreada o interpretada, de esas cosas que ya no son o no están.

Estamos frente a un tipo de turismo con cualidades que revitalizan, crean y dan soporte a una ancestralidad y a un exotismo relevante; en el que desde las más pequeñas comunidades

indígenas hasta los gobiernos locales, regionales y nacionales, buscan consagrar el pasado y la alteridad, como un capital económico, simbólico y cultural contemporáneo pero siempre en disputa por los distintos actores de San Pedro de Atacama, esto es, las empresas, los afuerinos, las comunidades indígenas y el propio Estado.

Agradecimientos

Agradecemos a las comunidades y organizaciones atacameñas por su valiosa colaboración. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de Chile (CONICYT) que financió esta investigación a través de una beca para estudios doctorales. Asimismo, esta investigación se inscribe en el marco del programa Laboratoire International Associé (LIA), Archéologie, Histoire et Anthropologie des Systémes Miniers dans le Désert d'Atacama del Centre National de la Recherche Scientifique, CNRS-Francia. Por último, agradecemos los comentarios y precisiones de los evaluadores de este artículo.

Referencias Citadas

Actas del Primer Congreso Nacional Atacameño. 1998. CONADI/CIDER Consultores, Santiago. Manuscrito en posesión del autor.

Agamben, G. 2004. *Estado de Excepción. Homo Sacer II, 1*. Pre-textos, Valencia.

Álvarez, G. 2014. El lugar de los parques nacionales en la representación de una Patagonia turística, discusión y habilitación del paisaje patagónico durante el siglo XX. *Magallania* 42:53-76.

Anta, J. 2002. Las caras de la moneda: desarrollo y turismo entre los atacameños (Chile). Ponencia presentada en el IX Congreso de Antropología, Barcelona.

Ayala, P. 2014. Patrimonialización y arqueología multicultural en San Pedro de Atacama (norte de Chile). *Estudios Atacameños* 49:69-94.

Ayala, P. 2007. Relaciones entre atacameños, arqueólogos y estado en Atacama (norte de Chile). *Estudios Atacameños* 33:133-157.

Balazote, A. y J. C. Radovich. 2009. Turismo y etnicidad. Una interculturalidad conflictiva en territorio mapuche, Neuquén, Argentina. En *Pueblos Indígenas. Interculturalidad, Colonialidad, Política*, coordinado por L. Tamagno, pp. 25-43. Biblos, Buenos Aires.

Barros, A 1997. Pachamama y desarrollo: paisajes conflictivos en el Desierto de Atacama. *Estudios Atacameños* 13:75-94.

Bauman, Z. 2007. *Vida de Consumo*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

Bolados, P. 2014. Los conflictos etnoambientales de "Pampa Colorada" y "El Tatio" en el salar de Atacama, norte de Chile. Procesos étnicos en un contexto minero y turístico transnacional. *Estudios Atacameños* 48:229-248.

Castro, V. 1998. La dinámica de las identidades en la subregión del río Salado, Provincia de El Loa, II región. En *I Encuentro Nacional Interinstitucional de Investigadores de Identidades Culturales,* editado por M. Dannemann, pp. 5-50. Universidad de Chile, Santiago.

Castro, V. y F, Gallardo. 1996. El Poder de los Gentiles. Arte Rupestre en el Río Salado (Desierto de Atacama). *Revista Chilena de Antropología* 13:79-98.

Cohen, E. 2005. Principales tendencias en el turismo contemporáneo. *Política y Sociedad* 42:1-24.

Comaroff, J. L. y J. Comaroff. 2011. *Etnicidad S.A.* Katz, Buenos Aires.

Cunningham, W. 2005. Engaging colonial nostalgia. *Cultural Anthropology* 20:215-248.

Gundermann, H. 1997. Etnicidad, identidad étnica y ciudadanía en los países andinos y el norte de Chile. Los términos de la discusión y algunas hipótesis de investigación. *Estudios Atacameños* 13:9-26.

Jafari, J. 2005. El turismo como disciplina científica. *Política y Sociedad* 42:39-56.

Lagunas, D. 2006. El espacio del turismo. *Alteridades* 16:119-129.

Lowenthal, D. 1985. *The Past is a Foreign Country.* Cambridge University Press, Cambridge.

Marín, G. 2015. Turismo: Espacios y culturas en transformación. *Desacatos* 47:6-15.

Martínez, J. 2010. Somos resto de gentiles: El manejo del tiempo y la construcción de diferencias entre comunidades andinas. *Estudios Atacameños* 39:57-70.

Morales, H. 2006. Turismo comunitario: una nueva alternativa de desarrollo indígena. *Revista de Antropología Iberoamericana* 1: 249-264.

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 Social. Universidad de Chile, Santiago.

Morales, H., B. Román y H. Rivas. 2004. *Ecoturismo en Comunidades Rurales de Chile.* SERNATUR, Santiago.

Muriel, D. 2007. El Patrimonio como tecnología para la producción en la gestión de identidades en la sociedad del conocimiento. *Revista Chilena de Antropología* 19:63-87.

Núñez, L. 1992. *Cultura y Conflicto en los Oasis de San Pedro de Atacama*. Editorial Universitaria, Santiago.

Rossel, P. 1988. El turismo y las minorías culturales: Doble marginalización y estrategias de supervivencia. En *Turismo: La Producción de lo Exótico*, editado por P. Rossel, pp. 1-23. IWGIA, Copenhague.

Santana, A. 1997. *Antropología y Turismo. ¿Nuevas hordas, viejas culturas?* Ariel, Barcelona.

Santana, A. 2003. Turismo cultural, culturas turísticas. *Horizontes Antropológicos* 20:31-57.

Uribe, M. y L. Adán. 2003. Arqueología, poblaciones originarias y patrimonio cultural en el Desierto de Atacama. *Chungara* 35:295-304.

Listado de Figuras

Figura 1. Área de la reserva nacional Los Flamencos, San Pedro de Atacama. *Area of the national reserve Los Flamencos, San Pedro de Atacama.*

Figura 2. Laguna Miscanti, comunidad de Socaire. *Lagoon Miscanti, Socaire community.*

Figura 3. Valle de la luna, San Pedro de Atacama. *Valley of the moon, San Pedro de Atacama.*

Figura 4. Calle Caracoles, San Pedro de Atacama. *Caracoles street, San Pedro de Atacama.*

Notas

[1] Los gentiles son espíritus de antepasados míticos, detentores de poderes y habilidades especiales para enfermar o castigar a las personas, enviar lluvias, prodigar protección al ganado y las cosechas a cambio de recibir un "pago" u ofrenda.

[2] Según los censos de 1992 y 2002, la población de San Pedro de Atacama pasa de 2.829 a 4.939 habitantes, es decir, en 10 años dobló su población (INE 2005).

[3] La Red de Turismo Rural Lickan Huasi, se crea en el año 2001 como una forma asociativa de las comunidades atacameñas, en la que sus directivas tenían la responsabilidad de gestionar la demanda turística y los servicios de hospedaje, gastronomía típica y recorridos turísticos que se llevaran adelante. La Ecored Lickan Antai nace en el año 2010 y comprende una asociación de ecoturismo indígena compuesta por las comunidades atacameñas de Solor, Coyo, Socaire, Séquitor y Peine. Finalmente, los contratos de asociatividad se inscriben en un acuerdo entre el Estado de Chile y los atacameños de las comunidades de Socaire, Peine, Toconao, Coyo y la Asociación Indígena Valle de la Luna, para administrar, gestionar y proteger las áreas silvestres protegidas en la Reserva Nacional Los Flamencos. De este acuerdo surge una práctica de trabajo asociativo entre la agencia estatal a cargo de las áreas naturales en Chile como es la CONAF con las comunidades atacameñas. La CONAF entrega a las comunidades determinados sectores del territorio que declaradas como áreas protegidas han sido de uso histórico y práctica cotidiana de los atacameños.

[4] La relación de la población atacameña con arqueólogos tiene una larga data, pesquisada en la participación y colaboración de los indígenas en las investigaciones y expediciones arqueológicas.

[5] Es importante señalar que la percepción que los atacameños son ignorantes del potencial turístico de San Pedro de Atacama no es una cuestión generalizada entre la población afuerina. Existen sujetos y grupos no indígenas que mantienen interacciones sin mayor conflicto social con los atacameños e incluso algunos son reconocidos como vecinos solidarios y valorados en la comunidad. Pero sin duda que quienes manejan percepciones y discursos prejuiciosos y negativos sobre los atacameños, reflejan las tensiones y disputas que se han producido cuando los indígenas abordan campos que la industria del turismo tenía hasta hace poco tiempo en absoluto monopolio.

CERTIFICADO PARTICIPACIÓN EN EQUIPO DE TRABAJO

SANDRA BECERRA GONZÁLEZ, Coordinadora (S) de la Unidad de Fomento del Patrimonio, de la Subdirección de Fomento y Gestión Patrimonial, del Servicio Nacional del Patrimonio Cultural, certifica que la Sra. **AMÉRICA LUKO VALENZUELA REBOLLEDO** ejerce como Profesional N° 1 del proyecto Folio N° 37906 denominado "Mapa sociocultural y trayectorias familiares de la comunidad changa de Paposo, Taltal", cuyo Responsable es el Sr. Manuel Escobar Maldonado y que fue financiado en la Convocatoria 2020 del Fondo del Patrimonio Cultural. El Convenio fue aprobado mediante la Resolución Exenta N° 213 de 10.08.2021.

Santiago, 19 de mayo de 2022

SANDRA BECERRA GONZÁLEZ
COORDINADORA (S) UNIDAD DE FOMENTO DEL PATRIMONIO
SUBDIRECCIÓN DE FOMENTO Y GESTIÓN PATRIMONIAL

CAS

Distribución:
1.- Responsable de proyecto folio N° 37906.
2.- Profesional N° 1 de proyecto folio N° 37906
3.- Archivo Unidad de Fomento del Patrimonio

CERTIFICADO PARTICIPACIÓN EN EQUIPO DE TRABAJO

CLAUDIO CABEZAS CAPETILLO, Coordinador de la Unidad de Fomento del Patrimonio, de la Subdirección de Fomento y Gestión Patrimonial, del Servicio Nacional del Patrimonio Cultural, certifica que la Sra. **AMERICA LUKO VALENZUELA REBOLLEDO** es la Responsable y Jefa del proyecto Folio N° 51871 denominado "Memoria y territorio: Historia local de los Changos, desde la bahía de Caldera hasta Caleta Totoral", que fue financiado en la Convocatoria 2021 del Fondo del Patrimonio Cultural. El Convenio fue aprobado mediante la Resolución Exenta N° 205 de 20.07.2022.

Santiago, 22 de julio de 2022

CLAUDIO CABEZAS CAPETILLO
COORDINADOR UNIDAD DE FOMENTO DEL PATRIMONIO
SUBDIRECCIÓN DE FOMENTO Y GESTIÓN PATRIMONIAL

CAS/SBG

Distribución:
1.- Responsable y Jefa del proyecto Folio N°51871.
2.- Archivo Unidad de Fomento del Patrimonio

Arica, 28 de marzo de 2022.

Lorena Patricia Gallardo Peralta, investigadora principal del proyecto FONDECYT Regular 1210021 "*Diversidad étnica y envejecimiento: hacia un mapa multicultural del envejecimiento con éxito en Chile*", hace constar que el **DRA. AMÉRICA VALENZUELA**, participó en calidad de experta en la revisión del cuestionario sobre prácticas religiosas, de salud, actividades domésticas y productivas del Pueblo Atacameño y Pueblo Chango. Ambos Pueblos junto con Pueblos los pueblos: Aymara, Quechua, Diaguita, Rapa Nui, Mapuche, Kawésqar y Yáman (Ley 19.253) y el Tribal Afrodescendiente (Ley 21.151) son parte de este estudio que busca dar visibilidad al proceso del buen envejecer en las personas mayores indígenas de Chile.

DRA. LORENA GALLARDO PERALTA
Investigadora principal Proyecto FONDECYT 1210021
Universidad de Tarapacá

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

POSGRADO EN ANTROPOLOGÍA-D. F.

CIESAS

CENTROS PÚBLICOS
CONACYT

México, D.F. a 28 de junio de 2011.

A quien corresponda:

Por este medio hago constar que la Mtra. América Valenzuela Rebolledo es alumna regular del Programa de Doctorado en Antropología Social DF, promoción septiembre 2007-agosto 2011, del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, registrado en el Padrón Nacional de Posgrado del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT con categoría de Competente a Nivel Internacional.

La Mtra. Valenzuela ha participado como adjunta de investigación del proyecto "Espacios legales híbridos y Estado neoliberal: Derechos indígenas, política social y globalización en Guatemala y México", dependiente del CONACYT y del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Atentamente

Dra. Eva Salgado Andrade
Subdirectora de Docencia y
Responsable de la Coordinación
Académica del Posgrado

ESA/ngz

Juárez No. 222, Colonia Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.
Conmutador 5487-3570 ext. 1330 E-mail: docant@ciesas.edu.mx

UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología – AREA DE ARQUEOLOGÍA

Noviembre de 2003

A QUIEN CONCIERNA;

Me es muy grato presentar a Ustedes a la Srta. América Valenzuela, licenciada en Antropología.

Conozco a América desde hace más de siete años y puedo dar fe de su capacidad de trabajo e interés en lo que realiza. Fue mi alumna en el curso de Prehistoria en segundo año de la Carrera por un semestre. Después, estudió conmigo un curso anual en calidad de oyente(Prehistoria de América en Cuarto año de Arqueología), con el fin de ampliar sus horizontes de comprensión latinoamericanos, a pesar de que no se trataba de un curso obligatorio de la mención.

Posteriormente, dirigí su práctica profesional: "Socaire, el mundo de la agricultura en un pueblo atacameño", desarrollada en el marco del proyecto "Ciencia Indígena en los Andes de Sudamérica: Etnobotánica de las Tierras Altas del Norte de Chile" (FONDECYT 1970908) del cual yo misma era Investigadora responsable, en la que obtuvo altas calificaciones.

Actualmente, soy la profesora guía de su Memoria para optar al Título de Antropóloga Social, titulado "Sociedad Andina, Municipio y Etnicidad en el Norte de Chile" (FONDECYT 1020442).

Puedo decir con toda certeza, que América es muy responsable y posee una gran capacidad de trabajo, logrando las metas que se ha propuesto. Sin otro particular, saluda atentamente,

Victoria Castro R.
Profesor titular
UNIVERSIDAD DE CHILE

Fonos 6787757 / 6787745 Fax 6787756 Casilla 10.115 Correo Central
Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 * Ñuñoa * Cod. Postal 685 033 1 * Santiago * CHILE

UNIVERSIDAD DE CHILE

Santiago, 30 de enero de 2004.

Por medio de la presente pongo en su conocimiento que la Licenciada en Antropología Social, Srta. América Valenzuela Rebolledo, se ha desempeñado durante los años 2000 a 2002 como ayudante de investigación dentro de los marcos del proyecto "Historia de los Pueblos Andinos de Arica, Tarapacá y Atacama: Control Político, Resistencia y Memoria Étnica" (FONDECYT 1000089), del que fui investigador responsable.

Correspondió a la Srta. Valenzuela colaborar en diversas tareas de investigación tales como búsqueda y fichaje de bibliografía especializada, comentarios e interpretación de textos, análisis y transcripción de documentos inéditos. En todas estas actividades se ha desempañado como una ayudante esforzada, inteligente y creativa, demostrado sensibilidad y gran capacidad para la investigación etnohistórica.

Por ultimo, ha demostrado tener muy buena disposición para trabajar en equipo y colaborar con otros investigadores.

Dejo esta constancia para los fines que la Srta. América Valenzuela estime conveniente.

JORGE HIDALGO LEHUEDÉ
Investigador Responsable
FONDECYT 1000089

CONSTANCIA

Mauricio Ricardo Romo Marty, Director Ejecutivo de Arista Social (Multidimensional Consultores SpA) , dejo constancia que la señorita América Valenzuela Rebolledo, ha prestado servicios para nuestra consultora, en el estudio realizado para el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, licitación ID 711841-45-LE18 "Estudio de Caracterización Antropológica del Pueblo Chango en las Regiones De Antofagasta, Atacama, Coquimbo y Valparaíso".

Sus labores como investigadora a cargo de trabajo etnográfico, entrevistas, y proceso de participación comunitaria con la comunidad changa de la Región de Coquimbo, fueron ejecutadas entre mayo y noviembre de 2019, con total profesionalismo y compromiso. Este trabajo, que caracterizó a la comunidad y registró parte de su patrimonio material e inmaterial, fue un antecedente importante para los legisladores durante el proceso de reconocimiento del pueblo chango como pueblo indígena de acuerdo a la Ley 19.253.

Se emite esta constancia para los fines que requiera el profesional.

MULTIDIMENSIONAL
CONSULTORES SPA
RUT: 76.893.556-4

Mauricio Romo Marty
Director Ejecutivo
Arista Social

Santiago, 20 de noviembre de 2020

Dirección: California 2040 Oficina 73 Providencia, Santiago. Teléfono: +56232241755.
E-mail: contacto@aristasocial.cl

U N I V E R S I D A D D E C O N C E P C I O N
DIRECCION DE PERSONAL

C213692

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

En Concepción, a **23 de Agosto de 2021**, entre la Universidad de Concepción, Rut N° 81.494.400-K, Corporación de Derecho Privado, domiciliada en Concepción, calle Víctor Lamas N° 1290, representada por Doña Cecilia Andrea Saavedra Valenzuela, Cédula de Identidad N° 15.185.885-6, Directora de Personal, título de Abogada, del mismo domicilio anterior, en adelante la **UNIVERSIDAD** y Doña **AMÉRICA LUKÓ VALENZUELA REBOLLEDO**, estado civil soltera, nacida el 16 de Agosto de 1976, de nacionalidad Chilena, domiciliada en Baltazar Villalobos N° 1155, Departamento C, Santiago y Cédula Nacional de Identidad N° 13.063.253-K, en adelante la **PRESTADORA**, declaran que han convenido la celebración del siguiente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales:

1° Doña Cecilia Andrea Saavedra Valenzuela, en el carácter en que concurre, contrata los servicios profesionales de Doña **AMÉRICA LUKÓ VALENZUELA REBOLLEDO**, con el objeto específico de **"Dictar Asignatura Actualización Etnográfica y Trabajo de Campo (940804) Compartida"**, y realizará actividades académicas en materias que esté habilitada para ellas, o participando en las demás actividades relacionadas con dicha prestación. Se conviene entre las partes regular de común acuerdo estas actividades, en la **FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES (Departamento de Sociología y Antropología), en** Concepción.

El cumplimiento de las tareas asociadas a los servicios contratados comprende las actividades de preparación, coordinación y dictación de la respectiva asignatura, tanto en modo presencial como virtual, en los términos y condiciones establecidos por la Universidad, Facultad, Departamento y, en su caso, Dirección de Docencia.

a) Será obligación de la prestadora preparar y tener disponible el material necesario para realizar docencia no presencial a través de los mecanismos que la Universidad de Concepción disponga al efecto. Esta obligación implica, entre otras, publicar oportunamente el programa y syllabus de la asignatura, poner a disposición de los estudiantes el material de estudio, realizar las evaluaciones a través de alguna modalidad no presencial, publicar los resultados de las evaluaciones, etc.

b) La Universidad pondrá a disposición de la prestadora los recursos tecnológicos necesarios para el cumplimiento y desarrollo de la función docente de manera no presencial y se obliga a ofrecer a la prestadora la capacitación necesaria para el cumplimiento de la obligación señalada en la letra a).

c) La prestadora se obliga a participar de los procesos de capacitación que ofrezca la Universidad para el mejor desarrollo de la docencia no presencial.

d) La prestadora estará obligada a realizar docencia no presencial cuando el Vicerrector, el Decano(a), o el Director(a) del Departamento respectivo así lo dispongan.

ITEM: CO 00307000006 ANTROPOLOGÍA - PS - CS SOCIALES

2° La presente prestación de servicios comenzará a regir a partir del **23 de Agosto de 2021** y expirará el **21 de Enero de 2022** y si por cualquier causa imputable a la PRESTADORA, ésta dejare de cumplir con los servicios contratados, los honorarios pactados se ajustarán al tiempo y al trabajo efectivamente cumplido a la fecha del incumplimiento.

3° Dada la calidad de la PRESTADORA como profesional e independiente y que su horario está fijado de acuerdo a su disponibilidad, las partes dejan constancia, que no existe vínculo alguno de subordinación o dependencia que permita establecer, alguna relación laboral entre ellos, motivo de esta prestación.

EP/hca.

4° La Srta. Valenzuela Rebolledo, tendrá derecho a un honorario bruto total ascendente a la suma de **$760.230.- (Setecientos sesenta mil doscientos treinta pesos)**, del cual se podrán hacer anticipos mensuales.

5° Dado que se trata de un Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, que se cancela en base a honorarios, no se realizan imposiciones a la Srta. Valenzuela Rebolledo.

6° La prestadora del servicio, deberá emitir en forma previa la boleta electrónica respectiva, para los efectos del pago de sus honorarios, indicándose el monto y la retención del impuesto. La Universidad pagará el honorario, contra la presentación de la boleta respectiva.

7° La Universidad se obliga a retener y pagar el impuesto a la renta que afecta a los honorarios de la Srta. Valenzuela Rebolledo.

8° La Prestadora de Servicios declara conocer y aceptar que la Corporación Universidad de Concepción ha implementado un "Modelo de Prevención de Delitos" (MPD), según lo dispone la ley N°20.393 que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas con el objeto de prevenir, evitar y detectar la comisión de los delitos de Receptación, Cohecho – Soborno, Corrupción entre particulares, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Asociación Ilícita, Apropiación Indebida, Negociación Incompatible, Administración Desleal, Contaminación de Aguas, Veda de Productos, Pesca Ilegal de Recursos del Fondo Marino y Procesamiento, Almacenamiento de Productos Escasos, como también en relación a aquellos delitos que se incorporen en lo sucesivo en la Ley N°20.393. Una copia del Modelo de Prevención de Delitos vigente se encuentra disponible en la página web https://prevenciondeldelito.udec.cl/, aceptando que el MPD pueda modificarse en el futuro, lo que será debidamente publicado en el sitio web indicado.
La Prestadora de Servicios se obliga a denunciar, a través de los canales establecidos en el Modelo de Prevención de Delito (lineadenuncia.udec.cl/), cualquier situación o hecho que pudiere constituir delito de acuerdo a lo estipulado en la Ley N°20.393, así como colaborar en el marco de alguna investigación que la Corporación Universidad de Concepción lleve adelante, de acuerdo al Modelo de Prevención de Delito, sin perjuicio de tomar todas las medidas necesarias para evitar, hacer cesar o mitigar sus efectos.
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el Modelo de Prevención de Delito por parte de la Prestadora de Servicios, traerá como consecuencia el término del contrato, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que ejerza la Corporación Universidad de Concepción en contra de la Prestadora de Servicios, las cuales podrá ejercer incluso después de la terminación del contrato.

9° Para todos los efectos judiciales o extrajudiciales que se deriven de este instrumento, las partes fijan domicilio especial, en esta ciudad de Concepción.

10° El presente documento se extiende y firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada parte.

América Valenzuela

AMÉRICA LUKÓ VALENZUELA REBOLLEDO
PRESTADORA DE SERVICIOS
R.U.T. N° 12.063.252-K

CECILIA ANDREA SAAVEDRA VALENZUELA
DIRECTORA DE PERSONAL

EPrhca.

UNIVERSIDAD ARCIS
UNIVERSIDAD DE ARTE Y CIENCIAS SOCIALES

Alex Leiva Olguín
Director Escuela de Antropología
Universidad de Arte y Ciencias Sociales
(ARCIS)

Por medio del presente documento yo Alex Leiva Olguín Director de la Escuela de Antropología de la universidad de Artes y Ciencias Sociales (ARCIS) dejo constancia de que la Antropóloga Señorita América Valenzuela Rebolledo realizo clases en la escuela mencionada en el periodo del 2012 al 2014 en los curso de Etnología I y Etnología II.

Se extiende el presente documento para los fine que la interesada disponga

Escuela de Antropología UNIVERSIDAD ARCIS Universidad de Arte y Ciencias Sociales

Firma del Director Escuela de Antropología

Santiago Chile 28 d3 julio 2016

SANTIAGO, 25 de enero de 2021

La Universidad Alberto Hurtado, Rut. 73.923.400-k certifica que el Srta. AMERICA LUKO VALENZUELA REBOLLEDO RUT: 13063253-K prestó servicios profesionales a honorarios como Docente en las Carrereas de Antropología, Arqueología y Licenciatura en Historia como se describe a continuación:

Actividad
2020 **II Semestre:** <u>Docente</u> de la carrera de Arqueología • Cátedra Laboratorio de etnografía I • Desde agosto hasta diciembre 2020 • Las clases se realizaron los días jueves de 10:00 a las 12:50 horas <u>Docente</u> de la carrera de Antropología • Cátedra de Etnología americana • Desde agosto hasta diciembre 2020 • Las clases se realizaron los días martes de 10:00: a las 12.50 horas <u>Docente</u> de la carrera de Arqueología • Cátedra de Etnología americana • Desde agosto hasta diciembre 2020 • Las clases se realizaron los días viernes de 10:00 a las 12:50 horas **I Semestre:** <u>Docente</u> de la carrera de Arqueología • Cátedra de Teoría antropológica II. • Desde marzo hasta junio 2020 • Las clases se realizaron los días viernes de 10:00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de Licenciatura en Historia.

- Cátedra de Antropología chilena y latinoamericana
- Desde marzo hasta junio 2020
- Las clases se realizaron los días lunes de 10:00 a 12:50 horas

2019

II Semestre:

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra Laboratorio de etnografía I
- Desde agosto hasta diciembre 2019
- Las clases se realizaron los días viernes de 10:00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de Antropología

- Cátedra de Etnología americana
- Desde agosto hasta diciembre 2019
- Las clases se realizaron los días martes de 10:00: a las 12:50 horas

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra de Etnología americana
- Desde agosto hasta diciembre 2019
- Las clases se realizaron los días jueves de 10:00 a las 12:50 horas

I Semestre:

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra de Teoría antropológica II.
- Desde marzo hasta junio 2019
- Las clases se realizaron los días martes de 11:30 a las 14:50 horas

Docente de la carrera de Licenciatura en Historia.

- Cátedra de Antropología chilena y latinoamericana
- Desde marzo hasta junio 2019
- Las clases se realizaron los días martes y jueves de 10:00 a las 11:20 horas

2018

II Semestre:

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra Laboratorio de etnografía I
- Desde agosto hasta diciembre 2018
- Las clases se realizaron los días jueves de 10:00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de Antropología

- Cátedra de Etnología americana
- Desde agosto hasta diciembre 2018
- Las clases se realizaron los días martes de 13:30: a las 16:20 horas

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra de Etnología americana
- Desde agosto hasta diciembre 2018
- Las clases se realizaron los días miércoles de 10:00 a las 12:50 horas

I Semestre:

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra de Teoría antropológica II
- Desde marzo hasta junio 2018
- Las clases se realizaron los días martes de 10:00 a las 11:20 horas

Docente de la carrera de Licenciatura en Historia.

- Cátedra de Antropología chilena y latinoamericana
- Desde marzo hasta junio 2018

- Las clases se realizaron los días lunes de 10:00 a las 12:50 horas

2017

II Semestre:

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra Laboratorio de etnografía I
- Desde agosto hasta diciembre 2017
- Las clases se realizaron los días viernes de 10:00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de Antropología

- Cátedra de Etnología americana
- Desde agosto hasta diciembre 2017
- Las clases se realizaron los días martes de 13:30 a las 16.20 horas

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra de Etnología americana
- Desde agosto hasta diciembre 2017
- Las clases se realizaron los días jueves de 10:00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía

- Cátedra de Mundo indígena, tensiones contemporáneas.
- Desde agosto hasta diciembre 2017
- Las clases se realizaron los días miércoles de 10:00 a las 12:50 horas

I Semestre:

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra de Teoría antropológica II
- Desde marzo hasta junio 2017
- Las clases se realizaron los días martes de 10:00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de Licenciatura en Historia.

- Cátedra de Antropología chilena y latinoamericana
- Desde marzo hasta junio 2017
- Las clases se realizaron los días lunes de 10:00 a las 12:50 horas

2016

II Semestre:

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra Laboratorio de etnografía I
- Desde agosto hasta diciembre 2016
- Las clases se realizaron los días viernes de 10:00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía

- Cátedra de Mundo indígena, tensiones contemporáneas.
- Desde agosto hasta diciembre 2016
- Las clases se realizaron los días miércoles de 8:30 a las 11:20 horas

2014

II Semestre:

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra Laboratorio de etnografía I
- Desde agosto hasta diciembre 2014
- Las clases se realizaron los días viernes de 10.00 a las 12:50 horas
-

Docente de la carrera de Antropología

- Cátedra de Etnología americana
- Desde agosto hasta diciembre 2014
- Las clases se realizaron los días martes de 13:30 a las 16.20 horas

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra de Etnología americana
- Desde agosto hasta diciembre 2014
- Las clases se realizaron los días jueves de 10:00 a las 12:50 horas

2013

II Semestre:

Docente de la carrera de Arqueología

- Cátedra Laboratorio de etnografía I
- Desde agosto hasta diciembre 2013
- Las clases se realizaron los días viernes de 10:00 a las 12:50 horas

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para los fines que estime conveniente.

Ricardo Nanjari Román
Dirección de Personas
Universidad Alberto Hurtado

UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO
DIRECCIÓN DE PERSONAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

POSGRADO EN ANTROPOLOGÍA-D. F.

México, D.F. a 16 de noviembre de 2011

A quien corresponda

Por este medio, informamos que la Mtra. América Valenzuela Rebolledo se ha desempeñado como profesor adjunto en el Seminario de Especialidad "Derechos humanos y diversidad cultural: Los pueblos indígenas ante la globalización" de la Maestría en Antropología Social-

Este Seminario corresponde a un curso de la Línea Pueblos Indios (III y IV Cuatrimestre), coordinado por la Dra. Teresa Rojas Rabiela, Profesora-Investigadora del CIESAS y SNI nivel III.

Esperamos que esta información sea suficiente para los fines de la Mtra. Valenzuela.

Sin otro particular, estamos a sus órdenes para cualquier tipo de aclaración al respecto.

A t e n t a m e n t e

Dra. Eva Salgado Andrade
Coordinadora Académica del
Posgrado en Antropología D.F.

ESA/Lrv

Calle Juárez No. 222 Colonia Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.
Conmutador 1084-5270 ext. 2006 y 2007 E-mail: mas@ciesas.edu.mx

C O N S T A N C I A

Prof. Diego Salazar Sutil, Jefe de Carrera de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, deja constancia que la Srta. **América Valenzuela Rebolledo - Rut: 13.063.253-K,** se ha desempeñado en el Departamento de Antropología en los siguientes programas y áreas:

Año	Semestre	Programa	Calidad	Especialidad
2017-2018	Segundo Semestre	Magister Antropología Sociocultural	Profesora	Antropología Social
2013-2018	Primer Semestre	Diplomado de Postítulo Construcción Social de la Etnicidad y Movimientos Indígenas Contemporáneos.	Profesora	Antropología Social
2018	Primer Semestre	Diplomado en Creencia, organización política y conflicto atacameño.	Profesora	Antropología Social

Cordialmente.

Universidad de Chile Coordinación Carrera de Antropología Facultad de Ciencias Sociales

Prof. Diego Salazar Sutil
Jefe de Carrera
Departamento de Antropología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

Santiago, Enero, 2019.

Coordinación Carrera de Antropología
Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045. Ñuñoa. Santiago de Chile
Fono 56-2-9787726 - Fax 56-2-9787756
Email: antroposúiluchile.cl

C O N S T A N C I A

Prof. Diego Salazar Sutil, Jefe de Carrera de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, deja constancia que la Srta. **América Valenzuela Rebolledo - Rut: 13.063.253-K,** se ha desempeñado en el Departamento de Antropología en los siguientes programas y áreas:

Año	Semestre	Programa	Calidad	Especialidad
2014-2017	Segundo Semestre	Capacitación para el Servicio de Evaluación Ambiental (SEA) sobre Aspectos Socioculturales de los Pueblos Indígenas para la Evaluación del Medio Humano en el SEIA.	Coordinadora	Antropología Social
2013-2018	Primer Semestre	Diplomado de Postítulo Construcción Social de la Etnicidad y Movimientos Indígenas Contemporáneos.	Coordinadora	Antropología Social
2018	Primer Semestre	Diplomado en Creencia, organización política y conflicto atacameño.	Coordinadora	Antropología Social

Cordialmente.

Universidad de Chile Coordinación Carrera de Antropología Facultad de Ciencias Sociales

Prof. Diego Salazar Sutil
Jefe de Carrera
Departamento de Antropología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

Santiago, Agosto 2018.

Coordinación Carrera de Antropología
Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045. Ñuñoa. Santiago de Chile
Fono 56-2-9787726 - Fax 56-2-9787756
Email: antroposúiluchile.cl

Santiago, 14 de Junio de 2019

Constancia

La Carrera de Sociología de la Universidad Andrés Bello deja constancia que la Srta. América Valenzuela Rebolledo, RUT 13063253-K, se ha desempeñado como docente responsable de las siguientes cátedras:

Segundo semestre 2018:

- Etnografía
- Metodologías cualitativas.

Primer semestre 2019:

- Análisis de datos cualitativos.

Se extiende la presente constancia para los fines que la interesada estime convenientes.

Karin Merino Benítez

Secretaria Académica

Carrera de Sociología sede Santiago

Secretaría Académica
Carrera Sociología
Sede Santiago
UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO

uah / Universidad Alberto Hurtado

SANTIAGO, 12 de junio de 2019

La Universidad Alberto Hurtado, Rut. 73.923.400-k certifica que el Srta. AMERICA VALENZUELA REBOLLEDO RUT: 13.063.253-k presta servicios profesionales a honorarios como docente desde el año 2013 a la fecha como se describe a continuación:

Actividad
2019 **I Semestre:** Docente de la carrera de **Arqueología** • Cátedra de Teoría antropológica II. • Desde marzo hasta junio de 2019. • Las clases se realizaran los días martes de 11:30 a las 14:50 horas Docente de la carrera de **Licenciatura en Historia.** • Cátedra de Antropología chilena y latinoamericana • Desde marzo hasta junio de 2019. • Las clases se realizaran los días martes y jueves de 10:00 a las 11:20 horas **2018** **II Semestre:** Docente de la carrera de **Arqueología** • Cátedra Laboratorio de etnografía I • Desde agosto hasta diciembre de 2018 • Las clases se realizaran los días jueves de 10.00 a las 12:50 horas Docente de la carrera de **Antropología** • Cátedra de Etnología americana • Desde agosto hasta diciembre de 2018 • Las clases se realizaran los días martes de 13:30: a las 16.20 horas Docente de la carrera de **Arqueología** • Cátedra de Etnología americana • Desde agosto hasta diciembre de 2018 • Las clases se realizaran los días miércoles de 10.00 a las 12:50 horas **I Semestre:** Docente de la carrera de **Arqueología** • Cátedra de Teoría antropológica II • Desde marzo hasta junio de 2018. • Las clases se realizaran los días martes de 10:00 a las 11:20 horas

uah / Universidad Alberto Hurtado

•

Docente de la carrera de **Licenciatura en Historia**.

- Cátedra de Antropología chilena y latinoamericana
- Desde marzo hasta junio de 2018.
- Las clases se realizaran los días lunes de 10.00 a las 12:50 horas

2017

II Semestre:

Docente de la carrera de **Arqueología**

- Cátedra Laboratorio de etnografía I
- Desde agosto hasta diciembre de 2017
- Las clases se realizaran los días viernes de 10.00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de **Antropología**

- Cátedra de Etnologia americana
- Desde agosto hasta diciembre de 2017
- Las clases se realizaran los días martes de 13:30 a las 16.20 horas

Docente de la carrera de **Arqueología**

- Cátedra de Etnología americana
- Desde agosto hasta diciembre de 2017
- Las clases se realizaran los días jueves de 10.00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de **Pedagogía en Historia y Geografía**

- Cátedra de Mundo Indígena, tensiones contemporáneas.
- Desde agosto hasta diciembre de 2017
- Las clases se realizaran los días miércoles de 10.00 a las 12:50 horas

I Semestre:

Docente de la carrera de **Arqueología**

- Cátedra de Teoría antropológica II
- Desde marzo hasta junio de 2017.
- Las clases se realizaran los días martes de 10.00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de **Licenciatura en Historia.**

- Cátedra de Antropología chilena y latinoamericana
- Desde marzo hasta junio de 2017.
- Las clases se realizaran los días lunes de 10.00 a las 12:50 horas

2016

II Semestre:

Docente de la carrera de **Arqueología**

- Cátedra Laboratorio de etnografía I
- Desde agosto hasta diciembre de 2016
- Las clases se realizaran los días viernes de 10.00 a las 12:50 horas

uah / Universidad Alberto Hurtado

Docente de la carrera de **Pedagogia en Historia y Geografía**

- Cátedra de Mundo indigena, tensiones contemporáneas.
- Desde agosto hasta diciembre de 2016
- Las clases se realizaran los días miércoles de 8:30 a las 11:20 horas

2014

II Semestre:

Docente de la carrera de **Arqueologia**

- Cátedra Laboratorio de etnografía I
- Desde agosto hasta diciembre de 2014
- Las clases se realizaran los días viernes de 10.00 a las 12:50 horas

Docente de la carrera de **Antropología**

- Cátedra de Etnologia americana
- Desde agosto hasta diciembre de 2014
- Las clases se realizaran los días martes de 13:30 a las 16.20 horas

Docente de la carrera de **Arqueologia**

- Cátedra de Etnología americana
- Desde agosto hasta diciembre de 2014
- Las clases se realizaran los dias jueves de 10.00 a las 12:50 horas

2013

II Semestre:

Docente de la carrera de **Arqueologia**

- Cátedra Laboratorio de etnografía I
- Desde agosto hasta diciembre de 2013
- Las clases se realizaran los días viernes de 10.00 a las 12:50 horas

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para los fines que estime conveniente.

Ricardo Nanjari Román
Dirección de Personas
Universidad Alberto Hurtado

UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO
DIRECCIÓN DE PERSONAS