

Comunidad local y sistemas de salud en el contexto rural del extremo norte de Chile. Algunos datos etnográficos desde la Región de Arica y Parinacota¹.

CRISTHIAN CERNA MOSCOSO
Antropólogo Social, Universidad de Tarapacá
Programa de Magíster en Ciencias Sociales, Universidad de Chile
Becario Conicyt
ccernam@gmail.com

SHIRLEY SAMIT ORTIZ
Historiadora, Universidad de Tarapacá
shirleysamit@gmail.com

Recibido: 08 de septiembre de 2013
Aceptado: 20 de noviembre de 2013

Cómo citar este artículo

Cerna, C. & Samit, S. (2014). Comunidad local y sistemas de salud en el contexto rural del extremo norte de Chile. Algunos datos etnográficos desde la Región de Arica y Parinacota. *Revista Némesis*, XI, 17-29.

Resumen

El presente artículo reflexiona sobre las nociones de salud y bienestar en relación a las comunidades rurales e indígenas de la región de Arica y Parinacota, extremo norte de Chile. Para lo cual, desde datos etnográficos del valle de Codpa, comuna de Camarones, se analizan aspectos de la intervención del modelo biomédico de salud respecto de las comunidades rurales e indígenas locales. Presentándose finalmente, algunas observaciones sobre las características socioculturales e históricas de la población local, la que recurre a diversas formas de atención (consuetudinarias y biomédicas), que más allá de antagónicas, se articulan transaccionalmente según las prácticas sociales.

Palabras claves: Salud, bienestar, comunidades rurales e indígenas, Codpa, extremo norte de Chile.

* Se hace un agradecimiento a las comunidades del valle de Codpa; y a los pueblos originarios del extremo norte de Chile.

Introducción

En la actualidad, entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), a través de la promoción de la inserción de los Determinantes Sociales en Salud (DSS) en los diagnósticos sobre la situación de la salud, reconocen que esta es multidimensional e implica un estado de completitud: bienestar físico, mental y social; y no solamente, la ausencia de enfermedad (Duarte, 1994; López, Escudero y Carmona, 2008). Correspondientemente, la enfermedad es definida por la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar individual, sea a nivel somático y/o psíquico, lo que se inscribe, contextualmente, en torno a dimensiones de orden socio-cultural e históricas, necesarias de documentar (PAHO, 2004).

Durante los últimos veinte años, una serie de estudios se han orientado a documentar las dimensiones sociales y culturales que inscriben las prácticas en salud en el extremo norte de Chile, aportando antecedentes para la relativización de algunas de las categorías que definen la arquitectura conceptual de los sistemas biomédicos¹. Esto ha propiciado la comprensión y visibilización relativa de los sujetos indígenas, y sus principios operativos respecto de los procesos de salud-enfermedad; lo que ha implicado, además, el reconocimiento de otras formas de racionalizar nociones como la de bienestar². Específicamente, es mediante la investigación en salud intercultural requerida en el marco de la gestión de las entidades gubernamentales, a propósito de la Ley N° 19.253 y el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en áreas consideradas de concentración indígena, que se ha puesto particular énfasis en la reflexión y operacionalización de algunos aspectos cruciales sobre el tema, con el objeto de avanzar en la pertinencia cultural a través de la reformulación de los modelos de atención en tales territorios. A pesar de esto, el impacto que estos modelos han tenido, en los ámbitos de participación indígena y de la promoción de los conocimientos y sistemas de salud indígena y tradicional, aún no ha sido evaluado, así como sus consecuencias locales comunitarias³.

La documentación de las dimensiones socioculturales en salud desde las ciencias sociales, son aún muy preliminares y requieren de un desarrollo sistemático y progresivo en base a un análisis crítico y plural, que

1 En este sentido, cabe citar el trabajo de Gavilán et al. (2011), quienes se centran en un análisis sobre las prácticas médicas en la población indígena de Tarapacá, reflexionando sobre los diagnósticos elaborados para explicar y/o comprender la enfermedad desde la perspectiva alópata en contextos interculturales, documentando el caso de un joven de origen indígena evaluado psiquiátricamente. También parece relevante mencionar el trabajo de Choque (2012), quien desde una perspectiva indígena documenta aspectos biográficos de Fortunato Manzano (+), originario del sector de Visviri y radicado en Arica, quien ejerció como Yatiri en la red asistencial pública. Igualmente, es interesante el trabajo de Egaña (2005), quien en el marco de una tesis de pre-grado de antropología, documenta algunos aspectos relativos a los facilitadores interculturales aymara en la red de salud de la ciudad de Arica (sector urbano), centrándose en las figuras del Yatiri y Qolliri. Aquí también documenta como uno de sus casos, al de F. Manzano antes mencionado.

2 Advertiéndose por este concepto, al estado de una persona y/o comunidad en el que se hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica. Notando además, la impronta valórica de la categoría de "buen funcionamiento", se observa que este último se define en función a los contextos socio-culturales e históricos de las comunidades y personas, lo cual precisa una comprensión basada en los antecedentes locales donde se circunscribe su utilización, y no únicamente respecto de la utilización genérica y estándar del mismo.

3 Acá se ha considerado especialmente temas de caracterización y de problemas de orden metodológico (con orientación epidemiológica), tanto para efectos de considerar las dimensiones complejas del fenómeno, como así para insertarlos en intervenciones efectivas de la red asistencial pública. Son relevantes los trabajos, en este sentido, de Oyarce, Pedreros y Chiu (2006), Oyarce y Pedreros (2006) y Pedreros y Oyarce (2009).

aporte desde la generación de nuevos antecedentes sobre prácticas sociales entendidas como las actividades desarrolladas respecto de los padecimientos por los grupos que utilizan diversas formas de atención⁴ (Menéndez, 1994, 2000, 2005, 2009), lo que permita una comprensión más cabal de los contextos, los actores y las relaciones efectivas que inscriben al fenómeno de salud como espacio de negociación, de tensión y/o de conflicto, esencialmente cultural y político, ante las propias dinámicas internas y las entidades externas como la estatal, ciertamente de naturaleza procesual y dinámica (Boccaro, 2007; Boccaro y Ayala, 2011; Gundermann y González, 2009a, 2009b).

En este contexto, en el presente artículo se analizan algunos aspectos de la vinculación entre sujetos rurales e indígenas y el sistema de salud biomédico público en el contexto rural del extremo norte de Chile. Básicamente, interesa aquí hacer un análisis contextual que revise la articulación del sistema biomédico localmente operativo, documentando etnográficamente aspectos relativos a las características de los sujetos rurales e indígenas respecto a las formas de atención que siguen, que permita avanzar en la comprensión de la matriz cultural e histórica⁵ que opera en los principios de las realidades sociales de tales sujetos. Para ello, se analiza el caso del valle de Codpa⁶, comuna de Camarones, en la decimoquinta región de Arica y Parinacota.

Metodología

La presente investigación es de tipo descriptiva con orientación cualitativa. Se fundamentó en la documentación etnográfica de los casos inscritos en el valle de Codpa, en la región de Arica y Parinacota. Además, debido a los procesos emigratorios históricos hacia la ciudad y la mantención de vínculos entre migrantes y los residentes locales, para la definición de esta unidad de observación se incluyó también a los miembros radicados en la ciudad de Arica.

Atendiendo las características de movilidad rural-urbano de la población local, el trabajo de campo fue de

4 Menéndez (1994, 2000, 2005) se centra en el análisis del proceso de salud/enfermedad/atención como fenómeno eminentemente transaccional; respecto de lo cual, se advierte menester conocer las formas de atención a los padecimientos –como procesos dinámicos–, entendidas como intencionalidades que buscan prevenir, dar tratamiento, control, alivio y/o curación a un padecimiento o enfermedad, que haga posible, a partir de los saberes y las experiencias de los sujetos que padecen problemas en salud, dar cuenta de las prácticas, representaciones y significaciones utilizadas para solucionar tales como manifestaciones de naturaleza “real” o “imaginaria”. Desde ello, se formulan y ejecutan prácticas sociales que se revelan como formas de articulación de estrategias diversas en torno a diferentes formas de atención. A través de lo cual, es posible identificar los tipos de atención utilizadas en el contexto de situaciones específicas, siendo además agible comprender, como sustrato, las formas de racionalización implícitas en las acciones desarrolladas por los sujetos y los contingentes sociales, así como de los agentes estructurantes de los sistemas de salud históricos (Menéndez, 2009).

5 Entendemos acá por cultura, a la expresión dinámica de cambio y continuidad que otorga significados codificados a la experiencia humana a través de la institución de prácticas sociales en relación a factores de cohesión y diferenciación a propósito de determinados procesos históricos, y en referencia a un sistema social que configura (Coleman, 1991). Este sistema social coexiste en torno a relaciones ecológicas, con el medio natural y con respecto de otros sistemas sociales coetáneos (Luhmann, 2002). La relación por defecto con otros sistemas sociales configura espacios multiculturales en este sentido, que se refieren a la coexistencia solamente de éstos, definiéndose entre tales, de forma circunstancial y/o por sometimiento, modos y formas de comunicación. Por otro lado, siguiendo a Giménez (2005), la interculturalidad se refiere a la idea de una intervención consciente que propicia la comunicación entre tales, donde se legitiman como principio los modos y formas de comunicación en referencia y promoción a la diversidad implícita a la alteridad.

6 Respecto de esta localidad, debemos considerar algunos trabajos interesantes desarrollados al alero y/o por las mismas comunidades locales, que han sistematizado algunos antecedentes sobre la memoria oral y la salud tradicional en el área. Aquí podemos citar el trabajo desarrollado por profesores del Liceo de Codpa (2007) y el coordinado por la Comunidad indígena del pueblo de Codpa con la Conaf que elaboró Urrutia (2008).

tipo multi-situado y con un enfoque del método de caso extendido. De éste se sistematizó información proveniente de la observación participante realizada en diferentes meses del año 2012, un conjunto de 40 entrevistas semi-estructuradas y 10 entrevistas no estructuradas con orientación temática⁷, complementadas con 5 grupos focales con miembros de las comunidades según localidad. Concomitantemente, se realizó un conjunto de 10 entrevistas semi-estructuradas a las autoridades y encargados de unidades dedicadas a proveer y administrar la oferta pública municipal y estatal en salud, a fin de comprender la perspectiva institucional. Finalmente, con el corpus documental resultante se realizó un análisis cualitativo basado en la Grounded theory, donde se definieron códigos abiertos y luego axial en relación a la problemática, para lo cual se utilizó el software ATLAS.ti 7.

“Nosotros, los de Codpa”: aspectos organizativos del valle

El valle de Codpa distante en unos 113 km de la ciudad de Arica, se encuentra ubicado en la comuna de Camarones y es completamente rural, siendo considerado como valle intermedio (1800 msnm aprox.). Los sistemas de asentamientos en el área, se encuentran orientados en torno a la quebrada principal. Éstos se hallan en correspondencia con la actividad agro-pecuaria, a la que se dedica la generalidad de la población estable; concentrándose en los poblados de Cerro Blanco, Codpa, Guatanave, Guañacagua y Chitita, a lo que se articulan caseríos y otros asentamientos dispersos, abocados a la actividad hortofrutícola y comercial terciaria. El asentamiento principal de este valle, es el poblado de Codpa.⁸

Según los antecedentes etnográficos producidos en este estudio, la población local corresponde en amplia proporción a segmentos indígenas aymara con ocupación histórica en el área, y/o inmigrantes venidos de otras zonas micro-regionales y/o cotas altitudinales; a lo que se adosa, una población aymara de origen boliviana (según migraciones históricas y flujos actuales de orientación comercial y laboral-agrícola), y en menor grado, una población inmigrante de otras regiones de Chile (preferentemente de origen rural y con baja escolaridad); así como también, configura el contexto local, una población peruana de adscripción indígena y rural, que migra al valle para adicionarse a las actividades laborales de tipo asalariada relativas a las explotaciones hortofrutícolas y marginalmente agropecuarias locales.

Tal contexto diverso, se asocia al reconocimiento de redes sociales conformadas por la configuración histórica de identidades territoriales respecto a los asentamientos, donde juegan un rol estructurante; los principios de parentesco (alianza y descendencia) y la memoria colectiva local, que promueven la cohesión

7 En general, se codifican los informantes y sus registros de entrevistas. Esto, como un compromiso ético con la información proveída.

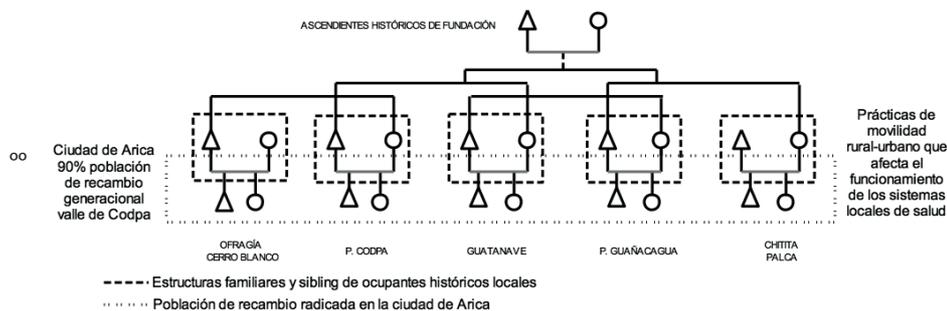
8 En el sector el contingente auto-identificado indígena es mayoritario, y se adscribe vía auto-adscripción esencialmente a un origen aymara, que representa al 73,6 % de la población total, según el Censo 2002; que correlativamente, representaría a un 61,3% de la población residente en la comuna, según la Casen 2011. En este sentido, el perfil de la estructura demográfica de esta adscripción étnica puede permitir mejores impresiones sobre la localidad, al adscribirse a esta membresía étnica, la mayor proporción de personas con residencia habitual. La población así considerada, según datos del Censo 2002, es representada por un 24,4% de jóvenes (0-14 años), 59,4% de adultos (15-64 años) y un 16,1% de personas en condición de adulto mayor. Mientras que, según el índice general de dependencia se advierte en general un 68,2%, compuesto por una dependencia joven de 41% y de adultos mayores de 27,1%, con un índice generacional de ancianos de 234,29 y un índice de envejecimiento general de 66%. Estos parámetros, según nuestras propias observaciones, parecerían agudizarse en la actualidad a propósito de la comuna.

y diferenciación social en el área. Así, la pertenencia a la localidad y el reconocimiento de las redes de parentesco –elementalmente de tipo bilateral–, configuran y modulan a las comunidades que conforman al valle. Más particularmente, se revela una identidad que se integra y opone según determinadas órdenes de interacción. Sobre este particular advierte un informante,

“Todos somos Codpeños, cuando nuestros padres y abuelos fueron de acá. De afuera vemos así. Pero acá, cuando estamos acá, cada uno nos reconocemos si eres del pueblo de Codpa, Guatanave, Guañacagua, Chitita, Ofragía, así. Todos sabemos de dónde es alguien o es quién” (Informante I43, 54 años, varón, entrevista E45)

Lo brevemente señalado contextualiza las formas posibles de solidaridad, de tensiones y de conflictos intercomunitarios de los/as comuneros/as, a diversas escalas de interacción; estructurando igualmente, la movilidad intercomunal de la población local (rural-urbana) (Figura N° 1).

FIGURA N° 1: Redes sociales según principios de parentesco (descendencia/alianza) que modulan los formatos organizativos locales



Fuente: elaboración propia

Por otra parte, esta población es altamente móvil, estableciendo históricamente estrategias translocales⁹ que se expresan en prácticas bi y multi-residenciales a nivel regional y nacional, preferentemente entre la ciudad de Arica y la localidad.

Aspectos de los sistemas de salud en la localidad

En el valle de Codpa co-existen dos sistemas de salud, por lo menos reconocibles. Un sistema que es posible denominar “tradicional” de salud, actualmente precarizado, con uno biomédico hegemónico y formal. El

9 Según Gundermann (2001), la noción de translocalidad hace referencia al conjunto de relaciones sociales que se articula con prescindencia a la discreción de un espacio auto-contenido. O en otras palabras, la comunidad andina de naturaleza poli-funcional, y de base identitaria local, opera en sentido translocal en la medida de que sus miembros mantienen una localización residencial dispersa en el espacio regional, u otro nivel mayor de interacción, reconociéndose como una colectividad internamente coherente y externamente diferenciada (Gundermann y Vergara, 2009). En tal coherencia, operan factores tanto de cohesión como de diferenciación, que se transforman según dinámicas de cambio y continuidad en el marco de los procesos socio-históricos, los que inscriben la complejización de los sujetos sociales (Gundermann y González, 2009a).

sistema biomédico público, a cargo de la municipalidad, tiene por función administrar y ejecutar los programas definidos por el Servicio de Salud, proveyendo prestaciones primarias en salud, así como de gestionar interconsultas a especialistas en la ciudad de Arica. Por otro lado, el sistema de salud de tipo “tradicional” funcionaría como “popular” en el sentido que le otorga Menéndez¹⁰ (1994), el que opera a nivel consuetudinario, integrando “saberes” de naturaleza sincrética. Éste se manifiesta a través de redes comunitarias generalmente informales, que se articulan diferenciadas y fragmentarias a nivel del valle; fundándose en “saberes” homeopáticos sobre hierbas y de técnicas de “componer huesos” y “masajes” como expresiones concretas de carácter terapéutica, las que se ejecutan según sea diagnosticado por una nosología local. Tal sistema de salud de naturaleza popular se conforma como producto de la experiencia acumulada y socializada sobre cómo resolver determinados problemas somáticos y/o psíquicos-espirituales, reproduciéndose en la memoria local de algunos comuneros/as, como señala una informante,

“(...) cuando yo era niña mi mamá y otras señoras nos sanaban; no había médico no había nada. Cuando te daba fiebre ellas sabía y te daban hierbas y te hacían ceremonias para sacarte los males (...)” (Informante I51, 68 años, mujer, entrevista E30)

Por su parte, en la actualidad la percepción de la salud, en general, es atribuida a la vivencia personal e individual, no trascendiendo a los formatos organizativos locales existentes a nivel del valle. Según un informante,

“La cuestión [refiriéndose a la salud] me pasa a mí y no a otros. Creo que la gente aquí piensa igual. Por eso, tenemos que la salud es vista cuando a uno le pasa algo, ahí hay tres formas de solucionarse. Uno, asistiendo a la posta y de ahí te dan algo y cuando es necesario, te dan número a especialista que atiende en Arica. Dos, cuando uno puede se trata con las hierbas y como lo hacían los más abuelitos, como tradicional. Y tres, como casi todos tenemos casa igual en Arica, vamos directamente a atendernos ahí. A veces en lo público y a veces en el privado” (Informante I35, 73 años, mujer, entrevista E11)

Se advierte en el testimonio citado, que los eventos en salud¹¹ se asocian a la situación de vulnerarse el bienestar somático/psíquico individual, existiendo diferentes formas de atención a los que recurre el sujeto

¹⁰ Según Menéndez (1994), el “saber popular” es una categoría más pertinente que “lo tradicional”, que evoca determinados saberes cristalizados; lo que implica como supuesto, una idea de univocidad. Opuestamente, los sistemas médicos son resultado de procesos históricos y se articulan a través de manifestaciones hegemónicas o subalternadas regidas por la eficacia respecto de los usos y las prácticas sociales a través de transacciones. Más específicamente, orientado al análisis de los campos relacionales, se busca desde esta perspectiva, entender los sistemas de relaciones construidas que ponen como referencia el conjunto de las partes que intervienen (Menéndez, 2005). Según Menéndez (1994: 74) “la denominada medicina tradicional, en manos de un grupo determinado de gentes, no debiera ser analizada “en sí”, sino en referencia al sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas producto no sólo de dicha “medicina”, sino de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, significado y uso de la “medicina tradicional”(...

¹¹ O problemas que afectan directamente el bienestar somático/psíquico.

según los espacios y recursos con los que cuenta y que hace efectivo a través de su esfera doméstica. Sobre lo último, se da cuenta de que la movilidad constante entre la ciudad de Arica y la localidad modula las posibilidades de concurrir a determinados sistemas médicos según la eficacia terapéutica: biomédico (público/privado), y/o la utilización del sistema tradicional local.

Opera marginal e informalmente un arreglo reminiscente de conocimientos en salud tradicional de carácter local. Este último sistema, funciona como un conjunto de carácter dinámico y organizado de creencias, acciones y usos basados en conocimientos culturalmente inscritos; que como se mencionó antes, se manifiesta a contar del reconocimiento de conocimientos sincréticos e informales inter-generacionalmente transmitidos, los que son capitalizados por determinados miembros especialistas con respecto a “saberes” de hierbas, de técnicas de reponer huesos y/o del oficio de “masajeador”. Este miembro no es necesariamente masculino o femenino, sino que se le reconoce como tal por la demostración y socialización comunitaria de su éxito [eficacia terapéutica] en “ayudar” a “sanar” y/o mitigar determinado “mal” o padecimiento; lo cual redundante, generalmente, en cuestiones somáticas¹². En sí, no se puede hablar de un sistema comunitario en salud tradicional funcionando propiamente, sino de saberes fragmentarios en la memoria de los –ahora- ancianos, y que se encuentra supeditado e invisibilizado, como recursos, por el reconocimiento exclusivo y hegemónico del sistema biomédico por parte de las cohortes generacionales más jóvenes.

Notando lo anterior, se advierte que el conocimiento tradicional en salud del valle de Codpa tiene sus propios procesos sociales y culturales constitutivos, que no necesariamente se homologan al que se promocio-na desde agentes externos como el Estado¹³; sino que, responden a lógicas históricas locales, y la incidencia que esto ha tenido en la conformación social de las localidades. Tal conocimiento, que a su vez se adscribe en función a la identidad colectiva de los miembros según el asentamiento que reconocen como “propio”, lo portan los –ahora- ancianos/as, y se advierte la desarticulación de sus redes comunitarias y de socializa-ción intergeneracional. Tal situación pone en cuestión la posible vinculación para accionar en tanto sistema sustentable, que le facultaría reproducirse como background social y cultural, ahora ciertamente en riesgo.

Itinerarios terapéuticos locales

La salud es una problemática prioritaria y transversal a la comuna (IMC 2008, 2011), así como a la zona rural de la región de Arica y Parinacota, teniendo situaciones específicas que hacen que la problemática sea percibida distintamente según los asentamientos de que se trate; en torno a lo cual, se circunscriben las problemáticas percibidas comunitariamente. Nota una informante,

12 Ceñido a la evidencia que provee la memoria oral, sí existían ciertas discriminaciones a nivel de género en relación a los roles de “sanar” tradicional. Las mujeres solían ocupar roles como parteras y hierbateras (ex. El caso de la Sra. Nelly de Guañacagua). Mientras que el varón, ocupaba generalmente funciones de reponedor de huesos y conecedor de hierbas.

13 Este incide en genérico, promoviendo modelo de atención basado en el rol de Yatiri y Qolliri, sin advertir las lógicas locales, que no necesariamente se corresponden con tal modelo. En este sentido, cabe preguntarse, críticamente que: *¿Hasta qué grado la promoción del Estado sobre interculturalidad en Salud, convoca y asimila a sus formatos de participación a los sujetos andinos, induciendo realidades, desde la participación subalterna y en función a los fines instrumentales de los gobiernos, y no fundado en el fortalecimiento y empoderamiento real de las redes sociales y rehabilitación de los conocimientos y prácticas locales en Salud, en virtud de la sustentabilidad de los formatos organizativos indígenas y los territorios rurales de Arica y Parinacota?*

“Yo soy de Guañacagua, y cada uno sabe los problemas de su gente. No es lo mismo ser de cada pueblo. Cada uno sabe de donde es, y ahí tiene que estar” (Informante I20, 67 años, mujer, entrevista E21)

Es posible advertir, en general, que las comunidades locales perciben las problemáticas sociales en salud desde una perspectiva netamente demandante referida a la gestión que pueda realizar el gobierno local [municipal, provincial, regional] y nacional, sin proponerse un rol mayormente activo ante la mitigación y/o organización colectiva ante las problemáticas reconocidas. Esto se puede atribuir a la nula conceptualización que se tiene de la salud colectivamente, producto de la acción sistemática de carácter asistencialista que han tenido las entidades públicas, y a la aséptica esfera que ha tenido el sector de salud, considerado únicamente como un ámbito biomédico-técnico¹⁴. Este último concepto asociado al de bienestar, es percibido exclusivamente en relación a las representaciones de la enfermedad, y adosado inmediatamente como dispositivo de mitigación, a la acción del modelo biomédico. Como consecuencia, si no hay enfermedad no se releva una reflexividad a nivel social respecto de la salud.

En este sentido, se adiciona la noción de la salud como un evento que ocurre exclusivamente a nivel individual, que no tiene trascendencia a otras esferas y/o formatos organizativos colectivos locales; manteniéndose solamente, en un orden de acción doméstico. Según un informante,

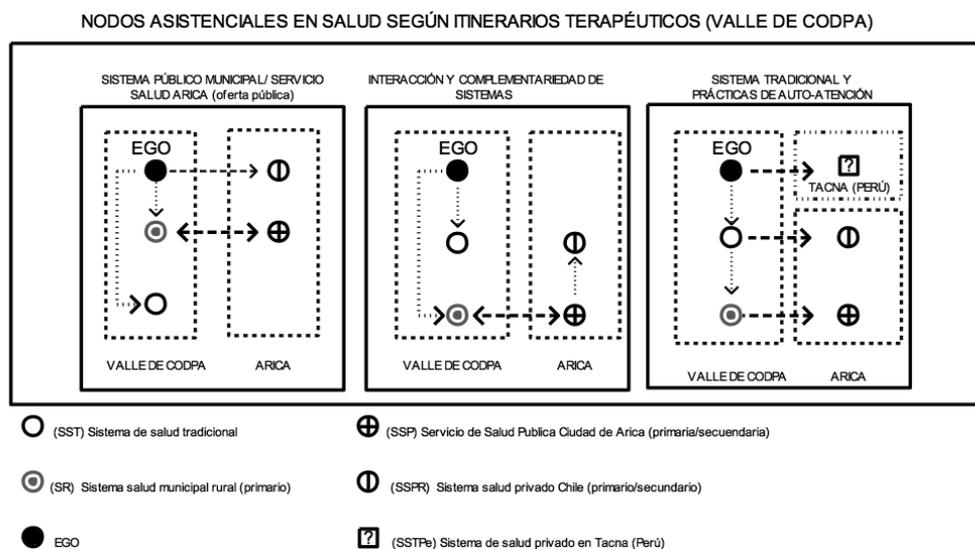
“Tenemos aquí que te pasa algo y te tenís que sanar, eso es la salud aquí. El médico, las pastillas y la posta. Ahí te soportai de lo que tienes no más, de tu familia y vas a pedir hora a la municipalidad, o vas derecho a Arica, donde casi todos tenemos casa. Por la municipalidad te dan hora más rápido eso sí. Pero hay otras personas que tienen más plata y van a Arica o a Tacna para atenderse en clínicas, o algo por el estilo” (Informante I35, 73 años, mujer, entrevista E11)

Considerando lo ilustrado por la informante anterior, es posible notar que el individuo es el sujeto de experiencia que hace uso de los recursos familiares en primer término, demandando la gestión asistencial en la posta rural y/o rondas médicas, instancias en las cuales se cuenta como estrategia de mitigación primaria la medicalización que, dependiendo de la complejidad de los eventos en salud y soportado por el diagnóstico del médico a cargo, se transfiere el caso del “paciente” a especialistas médicos localizados en la ciudad de Arica. En otros casos, como formas de auto-atención local, según las variables socioeconómicas personales y familiares, y ante la situación de que los sistemas médicos próximos no han sido efectivos, se recurre también a la ciudad de Tacna [Perú], como alternativa plausible.

¹⁴ Cabe señalar acá, como nota PAHO (2004) y López, Carmona y Escudero (2008), que el derecho a la salud no se cumple desde inicia desde el hecho basal de promover la participación ciudadana activa y resolutive, donde deben contar con un rol relevante las mismas comunidades y personas en relación a la elaboración de políticas, programas y planes de intervención. En este sentido, los procesos históricos desde particularmente los 70s, han incidido con un modelo pasivo de ciudadanía, replegado a lo sólo representativo, que ha profundizado paulatinamente lógicas de dependencia de las mismas comunidades, que ya no sabiendo implicar la problemática de salud con su conceptualización cotidiana - social, tampoco tienen un posicionamiento crítico sobre tal realidad, asimilándose al paradigma salud- enfermedad restringidamente psico-somática del modelo biomédico.

La entidad municipal es la principal responsable de gestionar la asistencia en salud a través del cumplimiento del Decreto N° 59 y de los programas comprometidos con el Servicio de Salud en el marco de las metas sanitarias 2011-2020. En este contexto, el bienestar es una categoría universal y aplicable al conjunto de la población inscrita en la catalogación de “usuarios”, en este caso, usuarios “rurales”. No obstante, la población local no contiene necesariamente sus dinámicas sanitarias en términos territoriales auto-contenidos ni se corresponde totalmente a la idea de salud y de bienestar manejada por los sistemas biomédicos. Más bien, localmente se hacen uso de distintos sistemas médicos congruentes con los procesos que validan contextualmente la itinerancia de los sujetos según el estrato generacional y socio-económico al que adscriben. Así, al momento de encontrarse ante un evento o problema en salud, la población residente, que revela prácticas multi-residenciales y altos grados de movilidad entre Arica y la localidad, concurre sea: i) A la posta rural, y mediante ésta, cuando es necesario, se gestiona sus interconsultas con especialistas médicos en la ciudad de Arica; ii) Directamente a centros asistenciales públicos y/o privados, según la capacidad adquisitiva y previsual con la que cuentan los individuos (donde se suman experiencias en la atención en Tacna); y, iii) Al sistema de salud tradicional y/o sincrético, que funciona informal y precarizado, pero que subsiste en la memoria colectiva y en algunas de las prácticas de los/as ancianos/as, particularmente, tanto en términos de diagnóstico como también de terapéutica. Según lo último, muchas veces el “paciente” cuenta con la disposición de conocimientos herbolarios y de técnicas de masajes o recomposición, los que sea, se auto-aplica o es aplicado por un miembro local para efectos de complementar su “sanación”, según fuere pertinente al problema somático y/o psíquico al que se hace referencia (Figura N° 2).

FIGURA N° 2: Nodos asistenciales según itinerarios terapéuticos de la población residente (valle de Codpa)



Fuente: elaboración propia

Observaciones finales

Se analizaron algunos aspectos de la relación entre sujetos rurales e indígenas y los fenómenos en salud en el contexto rural del extremo norte de Chile. Básicamente, interesó para tales fines hacer un análisis contextual que revise la articulación de los sistemas en salud localmente operativos, documentando etnográficamente aspectos relativos a las características de los sujetos rurales e indígenas en el valle de Codpa, lo que permitió avanzar en la comprensión de la matriz cultural e histórica que opera en los principios configurantes de las realidades sociales de tales sujetos, identificando y describiendo los itinerarios terapéuticos seguidos concretamente por éstos.

En el caso visto, se advierte que la idea de bienestar implica dimensiones somáticas, psíquicas y sociales. Esto se halla en relación inmediata a la presencia de la enfermedad que implica, a su vez, procesos, en relación a lo cual, se manifiesta ella misma como un hecho social respecto a los conjuntos sociales que van construyendo representaciones, acciones, técnicas e ideologías (Menéndez, 1994). Siguiendo a Menéndez (2000, 2005, 2009), se encuentran implícitos aquí procesos de salud/enfermedad/atención, los que se refieren a una construcción social y culturalmente dinámica con relación a un conjunto de saberes transaccionales a propósito de la institucionalización de las experiencias sobre eventos en salud en la población local; que implica, conjuntamente, el desarrollo de formas de diagnóstico, de prevención y de atención. El bienestar en el tratamiento local, en este contexto, es una categoría que implica en su formulación, la congruencia de dimensiones socio-geográfico, históricas y culturales que van estructurando un "saber" que se expresa a propósito de una ontología y un esquema epistémico determinado, que se manifiesta en las representaciones individuales y comunitarias. En este esquema de relaciones sobre la noción de bienestar, los contingentes sociales expresan configuraciones y principios sociales operativos, que se relacionan con el funcionamiento de mecanismos de participación colectiva en relación a la experiencia de la salud-enfermedad culturalmente situada, que más allá de antagonismos con el sistema biomédico, es definido como un procesos transaccionales entre el conocimiento de salud biomédico y el tradicional, o más pertinentemente popular, orientado al objetivo de la eficacia terapéutica.

El modelo biomédico público opera respecto de las realidades en salud rural imponiendo un esquema burocrático y vertical de participación que no se corresponden, necesariamente, con las dinámicas locales. Éste no concibe como fundamental la necesidad de comprender los fenómenos socioculturales, históricos y demográficos que actúan en torno a la configuración de tales realidades, y que demandan reflexividad respecto de sus propias prácticas en salud (Gavilán et al., 2011). En el mejor de los casos, se remite a la promoción que se basa en la cristalización de los modelos de atención y sistemas de salud indígena (en este caso Qolliri/Yatiri, y la noción de Suma Qamaña = convivir bien), a propósito de lo cual, se promueve la implementación de una sensibilidad universal sobre "lo étnico" que no es sensible, paradójicamente, con las lógicas y dinámicas sociales que se configuran respecto de los procesos socio-históricos y culturales locales. Lo último no parece corresponder con la sustentabilidad local, y sí, en cambio, con la transformación folclorizada de los sistemas así idealizados y sus roles referentes, en términos de modelo de atención.

En el valle de Codpa, la población opera en función a redes sociales translocales que reconocen mecanismos de integración vía el parentesco y la memoria local de acuerdo a un patrón socio-geográfico de asentamientos. Así se conforma un espacio más allá de la discreción del territorio particular de realización de sus miembros, que implica un conjunto de relaciones que se soportan identitariamente a propósito del terruño (Gundermann y González, 2008; 2009a, 2009b). Articulado a la residencia, la población local generalmente envejecida cuenta con conocimientos sincréticos que han contextualizado las experiencias locales sobre la salud y la enfermedad. Estos funcionan en un orden consuetudinario e informal no necesariamente congruente con el modelo de salud intercultural promovidos por órganos estatales.

Por otro lado, el paradigma biomédico de salud/enfermedad desde la perspectiva terapéutica ha hegemonizado la intervención en el sector salud pública en el contexto rural con especial énfasis. Tal situación ha estado relacionada a la preeminencia de una concepción limitada y/o restrictiva de la noción de bienestar, como objetivo teleológico de la acción en salud pública, universalizándose acríticamente la misma en la elaboración y aplicación de los principios de las políticas, programas y planes de intervención, orientando exclusivamente como objeto de acción al individuo psíquico y somáticamente conformado; el cual sólo, tangencialmente, y de una manera liminal, se advierte social, en tanto resiliencia inmediata de la base psíquica-individual.

Se observa además, que el sector salud a nivel local carece de mecanismos efectivos de monitoreo y de participación que vayan orientados a promover la sustentabilidad de su acción territorialmente, respecto de las organizaciones comunitarias locales, reproduciendo por defecto, relaciones verticales, burocráticas y basadas en una autoridad técnica-médica que abstraiga de sus bases sociales y comunitarias a la salud como cuestión y constructo socio-cultural. Lo antes señalado, y en el supuesto de que la salud es eminentemente social y que en su gestión debe promoverse una perspectiva progresivamente holística (Duarte, 1994), hace necesaria una acción sistemática y basada en la investigación-acción para, además comprender los contextos, principios y tensiones que configuran relacionamente la problemática concreta, ir apoyando el fortalecimiento y la sustentabilidad organizativa de las comunidades locales sobre el ámbito de salud; con lo que se pueda, propiciar efectivamente un empoderamiento local como factor de inflexión, para avanzar en la transformación del esquema vertical, asistencialista y folclorizado de "lo indígena" y "lo rural" que el tratamiento de los agentes públicos intervinientes se ha reproducido respecto del tratamiento de la realidad local. Esto se halla en relación directa a las desigualdades en el acceso en salud. Finalmente cabe notar, que es un aspecto sustantivo lo ya señalado si el interés está en avanzar en la sustentabilidad social, cultural, medioambiental y económica del valle de Codpa, y extensivamente, de la comuna de Camarones y de las comunas rurales del extremo norte de Chile.

Referencias

- Boccara, G. B. (2007). Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 39(2), 185 - 207.
- Boccara, G. B., & Ayala, P. (2011). La nacionalización del indígena en tiempos del multiculturalismo neoliberal. *Journal of the International Association of Inter-american Studies*, 4(2).
- Choque Mariño, C. (2012). Fortunato Manzano, el último yatiri. Arica: CONADI.
- Coleman, J. S. (1991). Constructed social organization. En P. Bourdieu & J. S. Coleman (Eds.), *Social theory for a changing society* (pp. 1-14). New York: Westview Press, Russell Sage Foundation.
- Duarte Nunes, Everardo. (1994). Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 5-21.
- Egaña Lucero, F. (2005). Procesos de legitimación de especialistas médicos tradicionales en contextos urbanos: los casos de un yatiri y un qulliri aymara de la ciudad de Arica. (Tesis para optar al título de Licenciada en Antropología), Universidad Austral de Chile, Santiago.
- Gavilán, V., Viguera, P., Parra, M., Madariaga, C., Morales, N., Arratia, A., & Andrade, R. (2011). La sociedad y la cultura andina contemporánea: estudio de los saberes para la salud y la enfermedad en los pueblos originarios del norte. *Revista de indias*, LXXI(22), 571-600.
- Giménez Montiel, G. (2005). Teoría y análisis de la cultura. Volumen I. México D. F: Colección Intersecciones.
- Gundermann Kröll, H., & González Cortez, H. (2008). Pautas de integración regional, migración, movilidad y redes sociales en los pueblos indígenas de Chile. *Revista Universum*, 23(1), 82-115.
- Gobierno regional de Arica y Parinacota. (2009). Estrategia regional de desarrollo región de Arica y Parinacota. Arica, Chile.
- Gobierno de Chile. (2011). CASEN 2011, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.
- Gundermann, H. (2001). Comunidad, Sociedad andina y procesos socio-históricos en el Norte de Chile. (Tesis para optar al grado de Doctor en ciencias sociales mención sociología), Centro de Estudios Sociológicos, Colegio de México, México D.F.
- Gundermann Kröll, H., & González Cortez, H. (2009a). Sociedades indígenas y conocimiento antropológico. Aymaras y Atacameños de los Siglos XIX y XX. *Chungara, revista de Antropología chilena*, 41(1), 133-164.
- Gundermann Kröll, H., & González Cortez, H. (2009b). Sujetos sociales andinos, Antropología y Antropólogos en Chile. *Alpha*(29), 105-122.
- Gundermann Kröll, H., & Vergara, J. I. (2009). Comunidad, organización y complejidad social andinas en el norte de Chile. *Estudios Atacameños. Arqueología y Antropología Surandinas*, 38, 107-126.
- Ilustre Municipalidad de Camarones (IMC). (2008). Pladeco Camarones 2008 - 2012. SUBDERE: Cuya, Camarones.
- Ilustre Municipalidad de Camarones (IMC). (2012). Pladeco Camarones 2012 - 2016. SUBDERE: Cuya, Camarones.

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2003). XVII Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2002. La Nación S.A., Santiago.
- López Arellano, O., Escudero, J. C., & Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- Luhmann, N. (2002). *Theories of distinction. Redescribing the description of modernity* (Trad. Por J. O`Neil, E. Schreiber, K. Behnke & W. Whobrey). Stanford: Stanford University Press.
- Ministerio de salud (MINSAL). (2011). *Metas 2011 - 2020. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 - 2020*: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (2000). Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos En E. Perdiguero & J. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 163-188). Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Oyarce Pisani, A. M., & Pedrero Sanhueza, M.-M. (2006). *Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque sociocultural. Guía básica para equipos de salud Volumen I*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- Oyarce, A. M., Pedrero S., M.-M., & Chiu, M. (2006). *Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Arica*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- PAHO. (2004). *Exclusion in health in latin America and the Caribbean*. Washington, D.C: Pan American Health Organization.
- Pedrero Sanhueza, M.-M., & Oyarce Pisani, A. M. (2009). Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades. *Notas de Población*, 89, 119 - 145.
- Profesores Liceo Ovalle de Codpa. (2007). *Rescate de la memoria histórica y cultural valle de Codpa*. Pueblo de Codpa: CONADI.
- Urrutia Lorenzini, Francisca. (2008). *Plantas medicinales en el valle de Codpa: usos y significados de la flora andina en la tradición aymara*. Arica: CONAF.