

**Dossier lecturas complementarias sesión 10 de
noviembre "interculturalidad en salud"**

Segundo semestre 2023

Antropologías aplicadas: Antropología y Salud

Profesora:

Sol Anigstein

Ayudantes: Diego Badilla, Yareth Carbonell,

Aylin (Mia) Hernández, Carla Ortiz,

Sol Nadjar y Javiera Vallejos





Índice

Sesión 10/11: Interculturalidad en salud

- Urrutia, C., Correa-Matus, E., Cabiese, B. y Obach, A. (2022). ¿Qué es lo cultural del encuentro intercultural de atención de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile? Algunas reflexiones antropológicas. *CUHSO*, 32(1), pp. 493-513. **3**
- Gavilán, V., Viguera, P., Madariaga, C. y Parra, M. (2018). La antropología social y la transdisciplina en el Sur. *Compartiendo experiencias en el campo de la salud. AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, 13(1), pp. 69-91. **25**
- Carreño, A., Cabieses, B., Obach, A., Gálvez, P. y Correa, M. (2022). Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo. *Revista Castalia*, 38, pp. 79-97. **50**
- Loza, C. (2010). Salud e Interculturalidad en América Latina. *Antropología de la Salud y Crítica Intercultural. Chungará*, 42(2), pp. 543-547. **69**



ENSAYO Y REVISIÓN TEÓRICA

¿Qué es lo cultural del encuentro intercultural de atención de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile? Algunas reflexiones antropológicas¹

What is the cultural aspect of the intercultural meeting of health care for international migrant populations in Chile? Some anthropological reflections

CARLA URRUTIA PÉREZ

ELIANA CORREA-MATUS

BÁLTICA CABIESES VALDÉS

ALEXANDRA OBACH KING

Universidad del Desarrollo, Chile²

RESUMEN Chile se ha vuelto un país receptor de población migrante internacional en los últimos años, con creciente influjo en el tiempo. Dentro de los desafíos de la migración internacional se encuentra el acceso equitativo y oportuno de migrantes internacionales al sistema de salud, reportándose diversas barreras para el acceso a la atención de salud. Dentro de las barreras se identifica el encuentro intercultural en salud y la atención de salud con perti



Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0).

1. Financiado por FONIS SA19I0066 ANID Chile, DID UDD alojado en ANID COVID 2020 (COVID0873), Universidad del Desarrollo.

2. Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Chile

nencia cultural a las necesidades de la población migrante. En este ensayo se desarrolla una reflexión sobre los aspectos culturales propios del espacio de atención de salud, considerando el lugar, actores que participan de la interacción y tiempo en que ocurre la atención. Se desarrolla un marco conceptual previo para sentar bases para la reflexión, basados en los conceptos de cultura, interculturalidad en salud e interaccionismo simbólico como propuesta de acercamiento a este fenómeno. Para la realización de este artículo se lleva a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicos (Pubmed, Scielo y Google Scholar) y literatura gris nacional e internacional, con el objetivo de reflexionar sobre lo cultural en el encuentro de atención de salud entre población migrante internacional y los profesionales de salud que los atienden.

PALABRAS CLAVE Emigración e inmigración; competencia cultural; salud intercultural; atención a la salud.

ABSTRACT Chile has become a host country for an international migrant population in the past years, with a growing influx of immigrants over time. Among the challenges of international migration, it is the equitable and timely access of international migrants to the health system, reporting barriers to access to health care. Among the barriers, the intercultural encounter in health and health care with cultural relevance to the needs of the migrant population are identified. In this essay we develop a reflection on the cultural aspects that are inherent to the health care environment, considering the place, actors that participate in the interaction and the time taken. A prior conceptual framework is developed to lay the foundations for reflection, based on the concepts of culture, intercultural health and symbolic interactionism as a proposal for an approach to this phenomenon. For the realization of this article, a bibliographic review is carried out in scientific databases (Pubmed, Scielo and Google Scholar) and grey literature, with the aim of reflecting on the cultural aspects in the health care encounter among international migrant population and the healthcare professionals who serve them.

KEY WORDS Emigration and immigration; cultural competency; intercultural health; healthcare.

Introducción

La migración internacional es un fenómeno social que ha aumentado en el último tiempo a nivel global y local. En el mundo, para el año 2019 se estimaron 272 millones de personas migrantes internacionales, notándose un considerable aumento respecto a dos décadas atrás (153 millones en el año 1990) (United Nations, 2019). La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) define la migración internacional como el movimiento de personas que dejan su país de origen o residencia habitual, cruzando fronteras, para establecerse de forma permanente o temporal en otro país (International Organization for Migration, 2011). Particularmente en Chile, para diciembre del año 2020 se estimaban 1,5 millones de personas migrantes (Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Depto. de Extranjería y Migración (DEM), 2021), provenientes principalmente de países de la Región, siendo los principales países de origen Venezuela (30,5%), Perú (15,8%), Haití (12,5%), Colombia (10,8%) y Bolivia (8%) (Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Depto. de Extranjería y Migración (DEM), 2019). Este fenómeno migratorio añade nuevas visiones y formas de vida al ya existente crisol sociocultural en el país, acentuando la diversidad de este territorio multicultural. Esta reconfiguración social amerita atención y estudio no solamente por su interés de indagación académica, sino también desde un enfoque traslacional que permita la transferencia de conocimientos al mundo social en beneficio de los migrantes internacionales, su integración y bienestar, en correcta comprensión de la multiplicidad de saberes y creencias existentes en un territorio en torno a procesos de salud y enfermedad.

Se han identificado desafíos relacionados con la migración internacional, dentro de los cuáles se encuentra la atención directa de salud a poblaciones cada vez más diversas, que requieren de un abordaje de sus necesidades de salud de forma interculturalmente competente. Se ha descrito que tanto la migración internacional como el cuidado y atención de la salud y bienestar son derechos humanos universales (Toro, 2012), que los países de destino deben proteger. Pese a esto, la literatura reporta que la población migrante internacional cuenta en menor proporción con algún tipo de seguro de salud en relación a la población nacional, cifra que en Chile corresponde a un 12,21% de personas migrantes que no tienen/no saben si tienen previsión de salud (v/s 4,86% población nacional) (Ministerio de Desarrollo Social, 2020).

En materia de avance de políticas públicas dirigidas a esta población, en el ámbito de la salud, se han ido tomando decisiones paulatinas desde el año 2003 en donde diferentes normativas y legislaciones, tales como el Decreto Supremo N°67 y Circular A 15 N°4 han ido construyendo un espacio que otorga ciertas garantías básicas a personas migrantes en cuanto a la atención de su salud. Este decreto permite que las personas migrantes, independientes de su estatus migratorio, puedan ser atendidas en el sistema público de salud (Ministerio de Salud, 2016). Otro hito importante fue la

creación de un Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes el año 2014, que se implementó el 2015 y 2016 en 5 comunas del país, las cuales fueron parte del Piloto de salud de inmigrantes, brindando atenciones de salud en atención primaria (Ministerio de Salud, 2019).

En el año 2017 en Chile, se presenta la Política de Salud de Migrantes Internacionales, como una respuesta que busca atender las necesidades en temas de salud de estas poblaciones (Ministerio de Salud de Chile, 2017). Si bien este es un avance de suma importancia en aras de trazar un camino con un enfoque de protección social y el derecho a la salud de todos los habitantes a las prestaciones de salud, aún quedan muchas tareas por realizar para que las propuestas hechas en esta política pública puedan concretarse en los distintos territorios del país.

Pese a los esfuerzos realizados desde las políticas públicas en salud, aún persisten importantes barreras de acceso a la atención de salud de población migrante internacional cómo lo son la falta de un seguro de salud, la diferencia de idioma, la percepción de discriminación en espacios de atención de salud, la falta de información sobre el funcionamiento del sistema de salud del país de destino (Cabieses et al., 2017).

Tanahashi (1978) propone que al acceso a la salud se compone de cuatro etapas para lograr una cobertura efectiva: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto con el servicio. La disponibilidad se entiende como la disponibilidad de los servicios en concreto, como centros de salud, recursos humanos, insumos, equipos, infraestructura e información. La accesibilidad se asocia a la accesibilidad física como la distancia del centro de salud, la conectividad, la organización y aspectos administrativos (Tanahashi, 1978). El contacto con el servicio se relaciona con la continuidad de la atención y con la calidad de la atención y su adaptación a las necesidades de los pacientes. Y la aceptabilidad tiene relación con la percepción de las atenciones brindadas en el espacio de salud, vinculada a factores culturales, sociales, creencias y valores (Tanahashi, 1978). Esta última dimensión resulta de particular interés en el caso de abordar la salud de migrantes internacionales y su relación con los sistemas de salud, donde se produce la búsqueda de la atención de distintas necesidades. Este punto es importante, ya que apunta a visualizar cómo las percepciones, creencias, normas y subjetividades influyen en el encuentro de salud, y en este caso en específico en el encuentro de salud intercultural. La literatura nacional ha reportado barreras relacionadas a este encuentro cultural en los espacios de atención de salud desde la percepción de usuarios migrantes, como lo son la diferencia idiomática, el trato durante la atención, percepción de discriminación y comprensión del funcionamiento del sistema de salud (Cabieses et al., 2017). Por otro lado, los profesionales de salud también han reportado no sentirse preparados para poder responder a las necesidades de esta población y reconocen necesitar de herramientas para poder entregar una atención culturalmente competente (Bernales et al., 2017).

Es en este encuentro cultural donde se pretende enfocar este ensayo, entre profesionales de salud y población migrante internacional, situado en el espacio particular de atención de salud en el espacio biomédico, que se rige por sus propias reglas y creencias, reconociendo la existencia de otros sistemas médicos de atención que en este ensayo no serán abordados. En definitiva, es un espacio en donde el usuario y el trabajador de la salud se encuentran en estos roles del “enfermo o usuario” y de “trabajador de la salud”, pero en el que, además, se despliegan dimensiones identitarias de lo humano que van más allá de estos roles. Este artículo pretende indagar en qué es lo cultural de este encuentro en la atención de salud, profundizar y argumentar porqué se encontrarían dos culturas en ese espacio de atención.

Desarrollo

Definiciones fundamentales

Para analizar los elementos culturales presentes en la atención de salud y los individuos que ahí interactúan se tomarán las aportaciones teóricas de la antropología médica o de la salud y de la interculturalidad en salud como encuadre teórico para el análisis de las dimensiones culturales que emergen en la atención en salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile.

Cultura y salud

La antropología médica o de la salud es un subcampo de la antropología social que se enfoca en entender, desde las palabras de Helman (2007):

Cómo las personas de diferentes culturas y grupos sociales explican las causas de la enfermedad, los tipos de tratamientos en los que creen y a quién acudir si se enferman. También es el estudio de cómo estas creencias y prácticas se relacionan con los cambios biológicos, psicológicos y sociales en el organismo humano tanto en la salud como en la enfermedad, el estudio del sufrimiento humano y lo que hacen las personas para explicar y aliviar el sufrimiento” (p. 1).

Se ha decidido desarrollar este ensayo desde la mirada de este subcampo debido a que el interés radica en abordar un desafío vinculado a la salud, visto desde las ciencias sociales, y más en específico desde la antropología, en lugar de priorizar otras miradas como las de las ciencias de la salud. La antropología es una disciplina que, aunque no exclusivamente, se ha hecho históricamente cargo de discutir acerca del complejo concepto de cultura y que, en este caso, se imbricará en relación a la salud de una población específica: las personas migrantes internacionales. Como es sabido, existen cientos de definiciones de cultura, provenientes de distintos momentos históricos y distintas corrientes académicas. Para efectos de este ensayo se conside-

rá una idea de cultura que resalte aspectos simbólicos, pero también materiales; esto debido a que en la atención de salud además de las personas, existe un espacio material bien definido: la consulta de salud y todos los elementos que hay en ella. Para García-Canclini (2004) la cultura “abarca el conjunto de los procesos sociales de significación, o, de un modo más complejo, la cultura abarca el conjunto de procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación en la vida social” (p. 34). Esto quiere decir que los grupos humanos viven construyendo significados mutuos de todo aquello que les rodea y de los vínculos que se forjan entre ellos. Además de ser seres simbólicos, García-Canclini (2006) resalta que hay una dimensión *material*, donde los objetos culturales poseen un valor de uso y otro de cambio. Y que, en su dimensión *simbólica*, el proceso de significación cultural implica los signos y los símbolos que son atribuidos a los objetos y fenómenos socioculturales”. Zapata (2009) explica que los grupos socioculturales están constantemente asignando significado a lo que hacen y a los objetos materiales que forman parte de sus mundos, y que en este sentido para la autora: “se entrecruzan las fronteras entre lo social, lo cultural, lo material y lo simbólico. Sin embargo, esto no quiere decir que todas las prácticas sociales sean cultura, sino que contienen una dimensión cultural” (Zapata, 2009, p. 54). Esto ya ha sido recalcado muchas veces en el estudio de la cultura, en el sentido de que el abuso de la explicación cultural para cualquier acto o fenómeno social omite otras variables de análisis como los de la economía, la política, entre otros.

Interculturalidad en salud

El concepto de interculturalidad tiene diferentes definiciones y marcos conceptuales, para efectos de este ensayo se considerará la definición de Álvarez (2014) que entiende por interculturalidad a la existencia y búsqueda de una relación entre miembros de diferentes grupos culturales basada en el respeto y el diálogo horizontal, a través de una comprensión profunda de los valores, creencias y saberes. La interculturalidad va más allá que el concepto de multiculturalidad, que se refiere a la convivencia de diferentes grupos culturales en un mismo territorio, y sentar bases de cómo debería llevarse a cabo esta interacción de una forma respetuosa, que valora e incorpora las miradas de las culturas dentro de la relación. Respecto a la interculturalidad en salud, se abordará la definición de Salaverry (2010) que señala que es entendida como la interculturalidad llevada a los espacios de atención de salud, considerando las creencias, valores y diferencias de quiénes participan de ese encuentro, desde un enfoque de respeto e interacción desde la horizontalidad. La antropología médica ha intentado acercarse a las definiciones de la interculturalidad en salud, pero como disciplina académica y de observación, se ha ausentado una bajada desde el enfoque práctico en el que este encuentro entre culturas sucede (Salaverry, 2010). Una definición de interculturalidad útil para pensar la dimensión de salud es el modo de acción en el que

las personas, instituciones y grupos conviven, relacionándose desde su diversidad, su historia y sus posiciones de poder, de una manera abierta, incluyente, horizontal, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido, reconociendo al otro en esta relación como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial (Salaverry, 2010).

La interculturalidad en salud aporta a la discusión de la cultura en salud, en el entendimiento de que podemos plantear que los usuarios o pacientes migrantes pueden pertenecer a un mundo cultural distinto al de los trabajadores de la salud que los atienden. Sobre esto, es importante señalar que no existe necesariamente una cultura ni universo común de interpretación de sentido, ya que los participantes de la interacción social en la atención en salud no son del mismo entorno cultural ni social, y por lo tanto interpretan el mundo, a la enfermedad, la salud y la atención de maneras que pueden ser incomprensibles mutuamente. Puede darse por entendido de que los trabajadores de la salud están bajo una cultura de carácter biomédico, en referencia a los usuarios o pacientes migrantes los cuales pueden o no compartir los preceptos de la medicina científica.

Para enfrentar el desafío de la barrera lingüística en la atención de salud de migrantes internacionales aparece la figura del traductor/intérprete en salud, de manera informal de la comunidad (familiares, vecinos, amistades) o informal incorporado en la institución de salud (trabajadores del centro de salud de la misma nacionalidad, personal administrativo que habla idioma), que ha evolucionado a la figura formal de un facilitador/mediador intercultural, que además de apoyar en la traducción lingüística media aspectos culturales en la atención de salud (Sepúlveda & Cabieses, 2019). Esta figura tiene su origen en Latinoamérica y Chile en la atención de salud de pueblos originarios, donde aparece el mediador/facilitador intercultural como un puente comunicacional entre dos culturas, que traduce aspectos más profundos que solo idiomáticos, buscando derribar barreras de acceso a la salud por parte de esta población, y es descrita por primera vez en Chile en el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) (Sepúlveda & Cabieses, 2019). Sin embargo, y aquí se forja una clave importante en el avance hacia el poder generar un encuentro intercultural en salud real de entendimiento mutuo, la cultura en sí misma no es estática y tampoco significa que en cada atención de salud ocurrirá necesariamente un choque cultural entre perspectivas con respecto a la salud, la enfermedad y la atención. Esto es clave en el sentido de que, si entendemos que trabajadores de la salud, migrantes y mediadores/facilitadores interculturales provienen de mundos culturales distintos, no significa que estos no sean permeables y que puedan a través del tiempo, generar entendimientos mutuos sin perder por ello, la diversidad. Zapata (2009) menciona que “el flujo migratorio entre países también ha incidido en gran medida en que nuestro entorno se vuelva una rica y compleja mixtura, donde las diversas prácticas se

confunden, sin dar lugar a distinciones entre lo propio y lo ajeno” (p. 50). Es por esto que es importante indagar en dimensiones simbólicas y materiales presentes en el espacio de la atención de salud para poblaciones migrantes; este espacio de encuentro intercultural en torno a la salud.

Interaccionismo simbólico

Se ha utilizado el término “interaccionismo simbólico”, sin una definición acotada, para designar un enfoque relativamente definido sobre el estudio de la vida de grupos humanos y sus comportamientos, que ha sido común en el desarrollo de diferentes autores que han confluído en una forma de considerar y estudiar la vida (Blumer & Mugny, 1992). Se escoge este prisma de entendimiento sociológico que se complementa con el de la antropología (disciplinas por cierto cercanas) debido a su utilidad para lo que se pretende develar en la señalización de los elementos culturales presentes en la atención en salud: las transacciones simbólicas entre las personas, las acciones y objetos que están presentes en una consulta de atención en salud.

De acuerdo a Blumer y Mugny (1992), el interaccionismo simbólico se basa en 3 puntos de partida:

La primera es que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él [...] La segunda premisa es que el significado de estas cosas se deriva de, o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo. La tercera es que los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso (p. 1).

Cuando Blumer & Mugny hacen referencia a las cosas, incluyen objetos y también personas. Es interesante plantear el espacio de atención de la salud desde esta perspectiva de análisis, porque además de incluir las relaciones sociales, se complementa con lo señalado con García-Canclini respecto a lo objetual de la cultura. En el mundo de la salud en prácticamente cualquier modelo o sistema de salud, lo que incluye al modelo biomédico, la tecnología, los objetos médicos de diagnóstico y otros, toman relevancia en tanto permiten el diagnóstico y la revisión del estado de salud.

Es importante reconocer que, en el espacio de la atención de salud, convergen personas en distintos roles que interactúan entre ellas y con los objetos presentes en el espacio de salud. Se produce una relación humana por medio del lenguaje hablado y el lenguaje corporal. Los objetos en el espacio de salud también deben ser considerados ya que ellos mismos tienen un significado y median la interacción social entre los participantes de la consulta de salud. De este modo, se propone señalar con detención las dimensiones que influyen en las interacciones entre las personas, su espacio y los

objetos en la atención en salud. La interculturalidad en salud es una aproximación que, desde la mirada del interaccionismo simbólico, puede tender un puente entre estos mundos simbólicos y de sentido, en lo que de manera ideal finalmente desembocaría en una atención en salud pertinente, humana, eficaz y respetuosa hacia la población migrante.

Elementos culturales presentes en el encuentro intercultural en salud con poblaciones migrantes

A continuación, se realiza una propuesta de reflexión que incorpora los elementos discutidos en el apartado anterior, que apunta a mirar con detención ciertas dimensiones que convergen en las atenciones de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile en los que se encuentran al menos tres actores sociales: el usuario migrante, que puede o no estar acompañado; el o los trabajadores de la salud que atenderán a la persona; y en última instancia, la figura del mediador/facilitador intercultural; esto en el caso de que se necesite una persona en este rol, y si en el caso de necesitarlo el lugar de atención cuenta con profesionales que cumplan este rol. O bien, utilicen a mediadores o traductores no profesionales como familiares u otros trabajadores del espacio de salud que puedan hacer de traductores.

a) Sobre las dimensiones culturales y personales de las personas migrantes en búsqueda de atención en salud

Cuando una persona o familia migra a otro país, traen consigo su propio sistema de creencias y prácticas o *background* cultural, así como sus propias historias y experiencias personales y colectivas. Está bien documentado que la migración no es un factor de riesgo para la salud en sí mismo, tal como lo explica Van der Laet (2017):

La migración por sí misma no implica necesariamente un riesgo para la salud, siendo las condiciones encontradas durante el proceso migratorio, las que pueden exponer a mayores riesgos para la salud y al aumento de la vulnerabilidad biológica, social, psicológica, económica y cultural (p. 31).

Sobre lo anterior, el proceso migratorio también ha sido descrito en sus distintas etapas, las que recuerdan que el arribo de una persona o una familia a un país de destino es un proyecto que comienza en el país de origen con la gestación de la idea de migrar (Van der Laet, 2017). Luego le sigue la etapa de tránsito hacia el país de destino, el que puede establecerse a través de una vía marítima, terrestre o aérea, puede ser de larga duración o bien en un trayecto corto. Todo esto dependerá de las posibilidades materiales de las personas que migran. Estos tránsitos comportan una serie de riesgos como, la obligación de utilizar pasos ilegales, tráfico de personas, abusos, comisiones de pasadores entre otros (Van der Laet, 2017). En el momento del

arribo al país de destino se imponen las políticas migratorias, laborales y de salud que permitirán o desincentivarán la integración al nuevo país y los resultados de salud iniciales y bienestar de quiénes migran.

Así, en el momento de la atención de salud, la persona migrante que puede ir acompañada de su familia, trae consigo su propio *background* cultural y dependiendo de sus redes y tiempo de estadía en el país de acogida, distintos niveles de conocimientos generales y específicos acerca del idioma, si es el caso, y del sistema de salud chileno y su funcionamiento. En adición a esto, las sociedades latinoamericanas se caracterizan por una diversidad de formas de tratamientos biomédicos y de otros sistemas médicos disponibles para que las personas y colectivos puedan tratar sus padecimientos. A esta diversidad se le entiende por “pluralismo médico”, término que Menéndez (2003) refiere que “en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud” (p. 186). De modo que se hace importante que, para entender los comportamientos en salud de la población migrante, se debe tener en cuenta que los colectivos en general y estos colectivos en particular utilizan formas de atención que van más allá de lo biomédico. De acuerdo a Menéndez (2003, 1992) cuando las personas comienzan a sentir malestares movilizan una serie de recursos y acciones para buscar explicaciones y soluciones a lo que les ocurre. El camino que las personas recorren para atender sus padecimientos de manera individual, familiar o muchas veces colectiva corresponden a los modelos de atención de los padecimientos. Al momento de presentarse un malestar, se gestiona de manera individual o probablemente familiar las opciones disponibles para buscar tratamiento. Esta primera instancia Menéndez la denomina autoatención. Por lo tanto, un usuario que busca atención biomédica puede haber ya realizado tratamientos o algún tipo de atención y acción frente a su malestar. Entendiendo la existencia de este pluralismo médico, esta reflexión se basa en el encuentro cultural que se sitúa en la consulta de salud de un modelo biomédico.

De esta manera, las personas migrantes internacionales con su *background* cultural, historia de vida, historia migratoria y de salud se encontrarán en este espacio de atención a la salud con los profesionales de salud. Dentro de este *background* cultural y personal podemos mencionar los siguientes elementos:

Experiencias: historia de vida, historia familiar, trayectoria educacional, trayectoria laboral, trayectoria migratoria, trayectoria de salud sexual y reproductiva.

Visiones de mundo: cosmovisión cultural y social, religiosa y política.

Historial de enfermedades, trayectorias terapéuticas y emociones con respecto al malestar en cuestión: historial personal y familiar de enfermedades, estilo de vida, carga genética, elementos de epidemiología cultural relacionados con su país de proveniencia, uso de la biomedicina y de otros sistemas o modelos médicos. Con

respecto a la consulta por la enfermedad o padecer en cuestión, significados que se atribuyen a este proceso, emociones como preocupación, miedo, aprehensión, seguridad, indiferencia, bienestar, negación, estar en conocimiento, querer mejorar, no querer mejorar, entre otras.

Visión sobre la o las enfermedades: percepciones y acciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y muerte, personales y debido a la socialización. Etiología. Dimensiones *disease* (si es que la hay) y *sickness* de la enfermedad (Hofmann, 2002). Además de estas dimensiones la dimensión subjetiva de la patología denominada como *illness*, la cual apunta a la vivencia subjetiva con respecto a su malestar que puede o no ser compartido con otras personas que padecen la misma enfermedad.

Identidad corporalizada: identidad de género, orientación sexual, expresión de género, edad, etnicidad, nacionalidad, clase social, lenguaje corporal, vestimenta.

Corporalidad y enfermedad: signos y síntomas de enfermedades, visibles externamente o no. Dolor y sensaciones corporales relacionadas con el malestar. Desarrollo en el tiempo del malestar. Querer o no querer ser examinado/a.

Objetos: el cuerpo objetualizado, vestimenta, pertenencias, documentos identificatorios de la persona, documentos relacionados con el estado migratorio, resultados de exámenes y documentos relacionados con la atención en salud.

b) Sobre las dimensiones personales y culturales de los trabajadores de la salud

El modelo de la atención a la salud que prima en la cultura occidental corresponde al modelo biomédico de la salud, donde se sitúan las atenciones a las enfermedades y los padecimientos. El modelo biomédico impacta en la cultura de la atención de salud, tanto en sus espacios como en los profesionales que la practican. Este modelo podemos contemplarlo como un sistema cultural, que cuenta con su cosmovisión sobre los procesos de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva biologicista, individualista, que no contempla los procesos sociales o históricos que impactan en la salud de las personas, observando solo al individuo y a la enfermedad como una falla en el organismo de este (Menéndez, 1992). Por otro lado, se caracteriza por una participación subordinada y pasiva de los usuarios o pacientes dentro del espacio de atención de salud, donde se observa una relación vertical y es el médico/profesional de la salud quién toma las decisiones terapéuticas (Menéndez, 1992). De esta forma, las prácticas que ocurren dentro del espacio de atención de salud estarán vinculadas a este modelo de creencias por parte de los equipos de salud y los espacios donde la atención ocurre.

La práctica y ejercicio de la medicina y salud se aprenden y construyen desde las características de este modelo, las cuáles los profesionales de la salud adquieren durante su formación, pasando a ser parte de este sistema cultural, con un lenguaje técnico común, una vestimenta que los caracterizará dentro del espacio de atención,

el ejercicio de prácticas relacionales derivadas de la cosmovisión de este modelo y una forma de entender al paciente y su cuerpo particular, que no siempre responderá a las verdaderas necesidades sentidas de este. El estudio de la medicina y ciencias de la salud comenzará a través del conocimiento del cuerpo humano, visto como una máquina compuesta por diversos órganos que harán de engranajes de un gran sistema en el cual deberán aprender a identificar “fallas” y “alteraciones”, a través de la etiqueta de diagnósticos, y desde donde se realizará la acción terapéutica de sanar o recobrar la salud (Good & DelVecchio, 1993). De esta forma existe el riesgo de perder la dimensión interpersonal e individual de los usuarios que acuden a los espacios de atención de salud en búsqueda de cuidado de sus padecimientos, que resultarán muchas veces más complejos que sólo un reajuste de la “función alterada de su organismo”. Esta dificultad se ha reconocido ampliamente en la literatura, buscándose la incorporación de nuevos enfoques y paradigmas en la evolución de la relación profesional de la salud y paciente, hacia una relación más dialógica, donde la toma de decisiones sea compartida y que involucre aspectos socioculturales del usuario en salud (Ibarra Peso et al., 2012; Mejía Estrada & Romero Zepeda, 2017). El cuerpo de conocimiento médico y de salud basado en evidencia impacta en la forma de interpretar y significar los procesos de salud-enfermedad, además de construir un lenguaje técnico común para hacer referencia a sus procesos, muchas veces difícil de comprender por parte de los usuarios/pacientes, complejizando el encuentro en el espacio de atención de salud (Reyes, 2018).

De esta manera, los profesionales de salud con su *background* cultural biomédico (dado de su formación profesional) y su *background* personal (derivado de sus creencias, historia y experiencias) se encontrarán en este espacio de atención a la salud con los usuarios. Dentro de este *background* profesional y personal podemos mencionar los siguientes elementos:

Experiencias: historia de vida personal, historia familiar, trayectoria educacional en el ámbito de la salud, lenguaje técnico, cuerpo de conocimiento basado en evidencia, trayectoria laboral, trayectoria migratoria si es que el trabajador de la salud es un migrante.

Emociones y conocimientos con respecto al malestar del usuario: preocupación, miedo, aprehensión, seguridad, indiferencia, conocimiento o desconocimiento de la patología en cuestión.

Visiones de mundo: cosmovisión cultural y social, religiosa, política propia y compartida en referencia a lo local, lo nacional y regional.

Visión sobre la enfermedad: cómo los profesionales de la salud comprenden los procesos de salud, enfermedad, atención y muerte, tanto en lo personal mediante la socialización; y desde lo laboral en su formación biomédica. Inclusive siendo formados en la medicina biomédica y profesiones afines, pueden tener conocimientos

en otros sistemas de salud no biomédicos. En específico, la visión de la enfermedad que prima desde la mirada biomédica es la dimensión *disease* entendida como “anormalidades en la estructura y/o funciones de órganos o sistemas de órganos; estados patológicos sean o no reconocidos culturalmente; la arena del modelo biomédico” (Young, 1982, p. 264). En cuanto a la visión *sickness* de la enfermedad, que se describe como las sociedades perciben, conciben y visualizan a las enfermedades, que cargas valóricas se les atribuyen, que imágenes se les asocian e inclusive a que grupos específicos de personas pueden ser asociadas (Young, 1982) puede que compartan o no esta imagen social. Etiología, diagnósticos y tratamientos a prescribir.

Identidad corporalizada: dentro de esta dimensión se conjugan la identidad de género, la orientación sexual, la expresión de género, la edad, la etnicidad, la nacionalidad, la clase social, el lenguaje corporal, y la vestimenta específica en el rol de trabajador de la salud.

Corporalidad y enfermedad: reacción frente a signos y síntomas de enfermedades visibles externamente o no del usuario/a, percepción del dolor y sensaciones corporales relacionadas con el malestar del usuario/a, tocar y/o intervenir el cuerpo del usuario/a, validación de síntomas referidos por usuario, cansancio asociado a sistema de turnos, trabajo nocturno.

Objetos: el cuerpo objetualizado propio o de los otros, pertenencias, instrumentos médicos, ropa clínica, limpieza y asepsia propia y del entorno, material sanitario, material hospitalario, objetos de tecnología médica.

c) Sobre las dimensiones personales y culturales de los mediadores/as interculturales en salud

Como se mencionó anteriormente, los mediadores/facilitadores interculturales son una figura emergente en el mundo de la salud focalizados en la atención de población migrante, al menos en Chile. De acuerdo a Sepúlveda y Cabieses (2019), se espera que los facilitadores además de realizar la labor de interpretación de un idioma a otro, cumplan otros roles como la mediación intercultural en el sentido de crear un puente de explicación y comunicación entre el usuario migrante y el trabajador de la salud acerca de las posibles diferencias culturales, necesidades y distintas percepciones y vivencias que hay entre ellos para una efectiva comunicación y comprensión mutua acerca del padecer en cuestión. Se espera de ellos también un cierto nivel de conocimiento sobre el sistema de salud chileno para así, poder educar o al menos guiar a los usuarios migrantes acerca del funcionamiento del sistema y las acciones que deben hacer, sobre todo, en el ámbito administrativo que puede ser complejo para una persona que no está familiarizada con un sistema de salud en específico.

Los y las mediadores/facilitadores interculturales son cada día más relevantes en el país y las políticas públicas de salud con respecto a los migrantes consideran cada vez más profesionalizar a esta figura de gran importancia en la atención de salud. Así como se mencionaron ciertas dimensiones personales y culturales de los profesionales de la salud y de los usuarios migrantes, se procederá a hacer lo mismo con los mediadores/as interculturales:

Experiencias: historia de vida, historia familiar, trayectoria educacional en el ámbito de la salud o similar si es que la hay, trayectoria laboral, trayectoria migratoria si es que la hay.

Emociones con respecto al malestar del usuario: preocupación, miedo, aprehensión, seguridad, indiferencia, conocer la patología o no del usuario, familiaridad con entorno sanitario y sistema de salud.

Visiones de mundo: cosmovisión cultural y social, religiosa, valores, política (propia, del usuario/a y de la biomedicina).

Visión sobre la enfermedad: procesos de salud, enfermedad, atención y muerte personales y adquiridos socialmente (desde lo sociocultural y de la formación como facilitador intercultural si es que la hay, formación sobre la biomedicina y el sistema de salud si la hay, y de otros sistemas médicos si es que lo hay). Etiología. Dimensiones *disease* y *sickness*.

Identidad corporalizada: identidad de género, orientación sexual, expresión de género, edad, etnicidad, nacionalidad, clase, lenguaje corporal, vestimenta específica si es que la hay y rol de facilitador/a intercultural en salud.

Corporalidad y enfermedad: reacción frente a signos y síntomas de enfermedades visibles externamente o no del usuario/a, percepción del dolor y sensaciones corporales relacionadas con el malestar del usuario/a. Significados que atribuye al proceso de salud-enfermedad que vive el usuario y de su propio rol en ese escenario.

Objetos: el cuerpo objetualizado propio o el de los otros, vestimenta, pertenencias, documentos identificatorios propios y/o del usuario/a, documentos relacionados con el estado migratorio propio y/o del usuario/a, resultados de exámenes o documentos respecto a la atención en salud del usuario/a.

El espacio de atención de la salud como espacio de encuentro intercultural

De acuerdo a las dimensiones anteriormente descritas que hablan de lo personal y cultural de los actores en el escenario de una atención de salud, es posible visibilizar la complejidad del encuentro, que, por cierto, es mucho más que solo un escenario sanitario. En él convergen dimensiones que hablan de lo humano, de lo universal y particular del encuentro con el otro. Por lo tanto, una atención de salud que involucre a personas migrantes carga en sí mismo todas estas dimensiones que de algún modo se evidencian en una atención en salud. Hay una lectura mutua intersubjetiva que

ocurre de forma instantánea. El profesional de la salud presente puede tener preconcepciones acerca del usuario que atiende, como del mismo modo, el usuario puede tener expectativas, imágenes y juicios acerca del profesional de la salud. En definitiva, las personas realizan siempre cálculos intersubjetivos que, por cierto, son muchas veces silenciosos.

El reconocer el espacio de atención de la salud biomédico como escenario cultural va más allá del modelo de atención y la formación de sus profesionales, en este espacio ocurren una serie de prácticas y se sitúan una serie de eventos que de alguna forma construirán “rituales” con mecanismos, objetos, tiempos y significados específicos. Por una parte, tendremos un espacio de tiempo dentro del cual ocurrirá la atención de salud, este espacio temporal suele ser estandarizado para los pacientes, brindando la misma cantidad de tiempo para atención a personas con necesidades de salud que pueden diferir enormemente. Pensando en el escenario de una atención en salud a un usuario migrante internacional, que habla un idioma diferente al del profesional de salud y donde interactuará un tercer participante como un intérprete lingüístico o facilitador intercultural, que apoyará generando un puente comunicacional, se impone la complejidad de llevar a cabo esa atención con un mismo límite de tiempo. De esta forma, ¿se alcanza realmente a reconocer las necesidades de la persona que consulta? ¿se alcanza a dar una respuesta a ese padecer? Por otro lado, la interpretación irá mucho más allá de lo idiomático, cuando consideramos elementos culturales que estarán presentes en el lenguaje y sus significados. Esta ha sido una dificultad ampliamente reportada por profesionales de la salud que atienden a población migrante internacional, en el tiempo estandarizado para una atención de salud que no alcanza a contemplar una atención de salud en las mismas condiciones y calidad que para personas nacionales (Bernal et al., 2017; Cabieses & Correa, 2019).

Respecto a cómo transcurre el tiempo en los espacios de atención de la salud, Ferrero (2003) hace referencia a que los tiempos de organización del cuidado en estos espacios y los planos de temporalidad ocurren de “*formas de comportamiento ritualizadas*”, cumpliendo asignación de turnos para la atención de salud, tiempos breves de atención y además tiempos de espera que se organizan y cumplen un rol en la experiencia de salud y relación del usuario con el sistema médico, recalcando la subordinación (Ferrero, 2003).

Dentro de esta temporalidad característica, ocurrirá la atención al padecimiento de la salud, el que podría describirse como “ritualizado” en base a los tiempos destinados para este fin (Ferrero, 2003), teniendo un encuentro que se dividirá en partes y que recabará principalmente información para levantar una necesidad de salud/diagnóstico y desde ahí formular un plan terapéutico. En la primera parte de este “ritual” tendremos el primer encuentro entre el profesional de salud con el usuario/paciente, donde se realizará una anamnesis que cumplirá la función de recabar información de

la historia de salud de quién consulta, información que incluirá sus antecedentes médicos limitados a diagnósticos, toma habitual de medicamentos, alergias e intervenciones vinculadas a su cuerpo; y también el motivo de su actual consulta en el servicio de salud (Dupuy, 2012). En esta conversación y levantamiento de información pueden existir diferencias entre lo que el clínico considera relevante con lo que la persona quiere expresar como relevante en su padecer, al tener visiones diferentes de la salud-enfermedad. Se ha documentado en la educación médica como ha ido ampliándose la anamnesis y levantando cada vez más información vinculada al entorno y vida de los usuarios (Dupuy, 2012).

En una segunda fase de la atención de salud como “ritual” podemos encontrar el momento del examen físico, donde el personal de salud se encontrará con el cuerpo del usuario, en el que se buscará identificar signos que permitan identificar la necesidad de salud y clasificarlos en un diagnóstico. En este momento los médicos y profesionales se ayudarán de instrumentos e indumentarias para detectar estos signos, no sólo a través de la palpación y auscultación de estos cuerpos, utilizando instrumentos que pueden tener diferentes significados para profesionales que para los usuarios. Aquí entra en juego el interaccionismo simbólico y cómo estos elementos son percibidos por quienes participan del encuentro y el rol que juegan en la interacción de salud. El examen físico evocará sensaciones, experiencias y significados para los diferentes implicados, según sus nociones de cuerpo y corporalidad. Por otro lado, aparecerá el uso de instrumentos habituales y significativos para la práctica médica, pero, sin embargo, muchas veces desconocido por pacientes y usuarios. ¿Cómo se posicionan estos instrumentos en este espacio? ¿Cómo se significan por todos los involucrados de este “ritual”?

Luego de recabar la “suficiente” información, el equipo médico categorizará la necesidad/padecimiento del usuario consultante en un diagnóstico que le permitirá desplegar estrategias terapéuticas para recobrar la salud. Este momento resulta crucial en la resolución del problema/enfermedad/padecer, y toca profundamente la relación intercultural entre médico/profesional de la salud y paciente/usuario. En el modelo biomédico tradicional, usualmente la decisión terapéutica es tomada únicamente por el personal médico, quién informa la terapia a seguir (Menéndez, 1992). Esta concepción ha ido cambiando con el tiempo, contemplando la participación activa de los pacientes/usuarios en la toma de decisiones sobre su propia salud, demostrándose beneficios significativos (Serrano et al., 2017). En este espacio la concepción e incorporación de la interculturalidad en salud (Álvarez, 2014) ha permitido abrir caminos que reconocen, valoran y contemplan las creencias y conocimientos de los pacientes/usuarios, permitiendo un diálogo más horizontal en el espacio de salud.

Conclusiones

A través de este recorrido teórico se pretendió dilucidar los elementos que hacen del encuentro de atención de salud un encuentro intercultural, enfocado específicamente a población migrante internacional. Un encuentro en los espacios de atención de salud biomédica siempre implicará un encuentro cultural, dado a que el sistema biomédico y sus profesionales se rige por su propio marco de creencias sobre el cuerpo y la salud-enfermedad. En la atención de población migrante internacional, se añade un nivel, relacionado con la diferencia cultural en cuanto la cultura local del país de residencia, las costumbres y conocimiento sobre el sistema de salud del país de destino, que puede diferir del país de origen. Se identifica la figura del mediador/facilitador intercultural y facilitador lingüístico como un actor clave en los espacios de atención de salud cuando existe una diferencia idiomática, reconociendo que este actor tiene su propio *background* cultural, creencias y formas de concebir la atención de salud.

Por otro lado, se reconoce la importancia que tiene el lugar/espacio y tiempo donde/cuando ocurre la atención de salud, y cómo interfiere en las interacciones que ahí ocurren. Los tiempos delimitados de forma estandarizada juegan un rol en cuanto a la subordinación de los usuarios/pacientes ante el sistema de salud, y en cuanto a la forma en que se resuelve la necesidad de salud que lleva a la persona a consultar. Este último se ha descrito como una importante limitación por profesionales de la salud que brindan atención a población migrante internacional. También se reconoce el rol que juegan los objetos presentes en ese espacio y su utilización durante la atención de salud, particularmente en el examen físico.

Es importante desarrollar investigación que aborde la perspectiva de los actores involucrados en el encuentro de atención de salud, considerando migrantes internacionales, profesionales de salud y facilitadores/mediadores interculturales, para conocer sus necesidades para mejorar la atención y lograr atender la necesidad en salud que mueve a la persona a consultar. También es interesante indagar en los significados de estos procesos y de estos espacios, y sobre los aspectos comunes o diferentes, que pueden demostrar que, en la práctica, es menos diferente de lo que parece. En este ensayo se presentó una reflexión de las posibles diferencias socioculturales que se presentan entre la población migrante internacional y el personal de atención de salud biomédica, para llegar a la interculturalidad en la atención de salud se debe abrir el diálogo horizontal y las transacciones simbólicas y prácticas en la atención de los padecimientos. Se reconocen como limitaciones en esta reflexión el abordaje de la interculturalidad en salud desde una definición teórica, reconociendo la existencia de múltiples discusiones teóricas que permiten la profundización de este desafío, además de situar la interculturalidad en el espacio de atención biomédico, lo que refleja la realidad de un sector específico, que no manifiesta la totalidad de estrategias de cuidado de la salud. Sería interesante profundizar en el ejercicio abordando otros

espacios de atención a la salud y padecimientos que emerjan de las experiencias usuarias propias de las personas migrantes internacionales y conocer esos otros espacios.

Referencias

- Alvarez, A. (2014). *Interculturalidad: Concepto, alcances y derecho* (Ediciones). México. Mesa directiva.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 167–175. <https://doi.org/10.17843/rp-mesp.2017.342.2510>.
- Blumer, H., & Mugny, G. (1992). *La posición metodológica del interaccionismo simbólico. Psicología Social. Modelos de Interacción*. Buenos Aires, Argentina.
- Cabieses, Báltica, Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago de Chile, Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, Baltica, & Correa, E. (2019). *Encuentros Interculturales En Salud Encuentros Interculturales En Salud*. Santiago de Chile. Universidad del Desarrollo.
- Dupuy, L. P. (2012). Anamnesis de la anamnesis. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 9(1). <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/43>.
- Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. *Cuadernos de Antropología Social*, (18), 165–183. <https://doi.org/10.34096/cas.i18.4590>.
- García-Canclini, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Cladema.
- García-Canclini, N. (2006). *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Gijalbo.
- Good, B. J., & Del Vecchio, J. (1993). “Learning medicine”: the constructing of medical knowledge at Harvard medical school.pdf. *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, 81–107.
- Helman, G. (2007). *Culture, health and illness* (Fifth). Tylor and Francis Group.
- Hofmann, B. (2002). On the Triad Disease, Illness and Sickness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 27(6), 651–673. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>.
- Ibarra Peso, J., Hernández Castro, A., & Meza Vásquez, S. (2012). Perception of the transition from the biomedical model to the biopsychosocial model in internal users from the CESFAM Pinares, Chiguayante. *Medwave*, 12(01), e5290–e5290. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.01.5290>.

- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Depto. de Extranjería y Migración (DEM). (2020). *Estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2019. Informe Técnico*. https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-metodolog%C3%ADa.pdf?sfvrsn=5b145256_6.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Depto. de Extranjería y Migración (DEM). (2021). *Estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2020*. https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2020-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=5bdc44de_4.
- International Organization for Migration. (2011). *International Migration Law N°25: Glossary on Migration*. (R.-C. J. Perruchoud R (ed.), 2nd ed.). International Organization for Migration.
- Mejía Estrada, A., & Romero Zepeda, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica Doctor-patient relationship: the development of a new medical culture. In *Revista Médica Electrónica*, 39(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
- Menéndez, E. (1992). Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. In E. Menéndez (Ed.), *La antropología médica en México* (pp. 97–113). CIESAS. http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_486-495.pdf.
- Ministerio de Desarrollo Social (2020). *Síntesis de resultados Contenidos Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2020*. <http://observatorio.ministerio-desarrollosocial.gob.cl/inicio>.
- Ministerio de Salud. (2016). *Decreto-67 Ministerio de Salud. Ley Chile-Biblioteca del Congreso Nacional*. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1088253>.
- Ministerio de Salud. (2019). *Salud Migrantes* [Internet]. <https://www.minsal.cl/salud-migrantes/>.
- Ministerio de Salud de Chile (2017). *Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile. Política De Salud De Migrantes Internacionales*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>.

- Reyes, W. (2018) La clase incorporada: cuerpo, lenguaje y distancia en el dispositivo médico. *CS* (26), 245-251. <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2435>.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 27(1), 80–93. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100013&script=sci_arttext.
- Sepúlveda, C., & Cabieses, B. (2019). Rol del facilitador intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 592–600. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4683>.
- Serrano, V., Larrera-Mantilla, L., Rodríguez, R., Spencer, G., Málaga, G., Hargraves, I., & Montori, V. (2017). Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: un desafío para Latinoamérica. *Rev Med Chile*, 145, 641–649. <http://shareddecisions>.
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295–303. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>.
- Toro, M. (2012). *La Declaración Universal de Derechos Humanos: un texto multidimensional*. http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CSUPDH2-1aReimpr.pdf.
- United Nations (2019). *International Migration Report 2019. Department of Economic and Social Affairs Population Division*. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/InternationalMigration2019_Report.pdf.
- Van der Laat, C. (2017). La migración como determinante social de la salud. In M. Báltica Cabieses, M. Bernaldes, & A. M. McIntyre (Eds.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 29–38). Universidad del Desarrollo.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11(1), 257–285. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>.
- Zapata, J. (2009). Reflexiones en torno a la cultura: Una aproximación a la noción de cultura venezolana. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 15(2), 43–63. <https://www.redalyc.org/pdf/177/17721684003.pdf>.

Sobre las autoras

CARLA URRUTIA PÉREZ es Antropóloga social de la Universidad de Chile, Máster en Antropología-etnología, Master en salud, mediaciones, migraciones y diplomada en Medicina y cuidados transculturales de l'Université de Bordeaux, Francia. Ha trabajado como antropóloga en distintos proyectos de investigación (Francia y Chile) y como intérprete y voluntaria para Médicos del Mundo en Francia. Sus principales intereses de investigación están enmarcados en el área de la antropología de la salud; en específico en cuidados paliativos, salud y migraciones, salud e interculturalidad, salud sexual y reproductiva y temáticas de género. Correo Electrónico: carla.urrutiap@gmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0001-5778-9127>

ELIANA CORREA-MATUS es Enfermera Universidad del Desarrollo, Diplomado Antropología Médica Universidad de Chile. Investigación en Programa de Estudios Sociales en Salud. Docente de la Escuela de Enfermería Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Correo Electrónico: me.correa@udd.cl.

 <https://orcid.org/0000-0003-4509-9043>

BÁLTICA CABIESES VALDÉS es Enfermera-matrona, diplomada en docencia universitaria, Magíster en Epidemiología y PhD en Ciencias de la Salud (epidemiología social) de la Universidad de York Inglaterra. Profesora titular e investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud Universidad del Desarrollo y Profesora visitante de la Universidad de York. Co-líder de Lancet Migration para América Latina, coordinadora de la red chilena de investigación en salud y migración RECHISAM y miembro de la red andina de salud y migración SAMI. Ganadora de Premio Nacional de Investigación Santander El Mercurio 2017 categoría investigador joven. Líneas de investigación: inequidades sociales en salud, salud de personas migrantes internacionales y participación de pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud. Correo Electrónico: bcabieses@udd.cl.

 <https://orcid.org/0000-0003-0756-1954>

ALEXANDRA OBACH KING es Antropóloga Social (Universidad de Chile), Magíster en Estudios de Género y Cultura (Universidad de Chile), PhD Antropología Social y Cultural (Universidad de Barcelona). Profesora asociada y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Investiga en temáticas de antropología de la salud, género y salud, salud sexual y reproductiva, salud adolescente e interculturalidad en salud. Correo Electrónico: aobach@udd.cl.

 <https://orcid.org/0000-0002-7412-4159>

CUHSO

Fundada en 1984, la revista CUHSO es una de las publicaciones periódicas más antiguas en ciencias sociales y humanidades del sur de Chile. Con una periodicidad semestral, recibe todo el año trabajos inéditos de las distintas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades especializadas en el estudio y comprensión de la diversidad sociocultural, especialmente de las sociedades latinoamericanas y sus tensiones producto de la herencia colonial, la modernidad y la globalización. En este sentido, la revista valora tanto el rigor como la pluralidad teórica, epistemológica y metodológica de los trabajos.

EDITOR

Matthias Gloël

COORDINADORA EDITORIAL

Claudia Campos Letelier

CORRECTOR DE ESTILO Y DISEÑADOR

Ediciones Silsag

TRADUCTOR, CORRECTOR LENGUA INGLESA

Alejandra Zegpi Pons

SITIO WEB

cuhso.uct.cl

E-MAIL

cuhso@uct.cl

LICENCIA DE ESTE ARTÍCULO

Creative Commons Atribución Compartir Igual 4.0 Internacional

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/325554090>

Social anthropology and transdiscipline in the south. Sharing experiences in the field of health

Article in *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana* · January 2018

DOI: 10.11156/aibr.130105

CITATIONS

0

READS

106

4 authors, including:



Vivian Gavilán

University of Tarapacá

35 PUBLICATIONS 305 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Patricia Viguera

Universitat Rovira i Virgili

6 PUBLICATIONS 22 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Michel Parra

6 PUBLICATIONS 30 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



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

**Volumen 13
Número 1**

Enero - Abril 2018
Pp. 69 - 91

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

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

Vivian Gavilán

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

Patricia Viguera

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

Carlos Madariaga

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

Michel Parra

Investigador Independiente.

Recibido: 28.05.2017

Aceptado: 05.04.2018

DOI: 10.11156/aibr.130105

RESUMEN

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

PALABRAS CLAVE

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

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

ABSTRACT

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

KEY WORDS

Aymara, health, transdiscipline, social anthropology, medicine.

Agradecimientos

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

En esa misma evolución, el psiquiatra añade:

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

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

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

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

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

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

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

El cuaderno de campo de la antropóloga indica:

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

Las anotaciones agregan lo siguiente:

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

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

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

Unos días después, añade:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. El problema de investigación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Así, el estado de cosas de la investigación de la antropología social muestra las tensiones de los enfoques teóricos de la segunda mitad del siglo XX, que enfatizaron en un análisis dicotómico: cultura biomédica científica/cultura indígena-medicina tradicional, como si ambas constituyeran sistemas culturales aislados exteriormente y homogéneos interiormente; en consecuencia, niega la existencia de la heterogeneidad cultural dentro de la biomedicina y dentro de la medicina tradicional (Menéndez, 1987). Justamente, los datos primarios de investigación confirmaban la tesis de este autor de que cada cultura es poseedora de conocimientos médicos, portadora de saberes de atención y de cuidados a la salud y, por tanto, no se debería hablar de medicina tradicional indígena ni de medicina occidental o mestiza. Lo tradicional y lo científico no son categorías homogéneas, ni cerradas, ni estáticas, ni aisladas, ni son las únicas formas de atención a la salud a las que recurre la población. Desde esta perspectiva avanzamos hacia el estudio de padecimientos que son considerados frecuentes por los *aymara* del altiplano chileno: *Susto*, *Katjata* o *Agarradura* y *Rikayra*⁵.

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

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

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

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

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

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

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

3. Conocimiento antropológico aplicado a la salud en América Latina

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

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

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

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

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

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

4. Avances de Investigación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los mecanismos de colonización de los pueblos originarios en Chile persisten. En las prácticas de atención de S., los profesionales de los dispositivos de salud clasificaron los saberes médicos de los parientes del joven como un sistema cultural aislado. La familia de S. aceptó tácitamente esta apreciación y asume la posición de subalternidad, dados los procesos de dominación cultural que han situado a sus prácticas médicas en un lugar de subordinación, proceso en que el sistema escolar y del propio sistema de salud han participado. Si bien las demandas del movimiento indígena interpelan al Estado y a la sociedad nacional para reivindicar derechos ciudadanos a la diferencia cultural en salud, no ha sido fácil para los *aymara* organizados consensuar posturas críticas a los procesos de colonización. Las políticas estatales dirigidas a los pueblos originarios tienden a administrar la diversidad cultural, lo cual implica neocolonizar sus modelos y sistemas médicos. El no reconocimiento de los procesos históricos se inscribe en una estrategia de dominación y, por lo tanto, de neocolonización. Como señalan Piñones, Mansilla y Arancibia (2017), se trataría de una política enmarcada

en el multiculturalismo neoliberal que aplica una visión culturalista, que reduce el problema de la equidad en salud de los pueblos originarios al de las barreras culturales que restringen el acceso a la atención en la salud pública chilena, oculta las relaciones de hegemonía/subalternidad, y crea un imaginario de horizontalidad entre los saberes médicos.

Referencias bibliográficas

- Abad, L. (2004). Salud Intercultural y Pueblos Indígenas: la Experiencia de un Programa de Salud de Atención Primaria con Comunidades Aguarunas de la Selva Amazónica en Perú. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. G. Fernández, Comp. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Arnold, D.; Yapita, J. y Tito, M. (1999). *Vocabulario Aymara del Parto y de la Vida reproductiva de la mujer*. La Paz: Instituto de Lengua y Cultura Aymara y Family Health International.
- Chamorro, A. y Tocornal, C. (2005). Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños*, 30: 117-134.
- Comelles, J. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. G. Fernández, Comp. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, A. (2001). De las Psicopatologías Críticas a la Crítica de la Psicopatología. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 80: 57-69.
- Fernández, G. (1997). Entre lo Abierto y lo Cerrado. Fracturas, Tensiones y Complicidades. En *En torno a la salud en el espacio cultural aymara*. L. Razeto, Ed. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, G. (2004a). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, G. (2004b). «Ajayu, animu, kuraji». La Enfermedad del «Susto» en el Altiplano de Bolivia. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. G. Fernández, Comp. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, G. (2006). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, G. (2009). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios*. Quito: Abya-Yala.
- Gavilán, V. (1996). Mujeres y Hombres en Isluga y Cariquima: una Aproximación a las Relaciones de Género entre los Aymara del Norte de Chile. Tesis maestría no publicada, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. En <http://hdl.handle.net/10469/853> Accedido el 22 de marzo de 2018.
- Gavilán, V.; Madariaga, C.; Viguera, P.; Morales, N.; Parra, M.; Andrade, R. y Arratia, A. (2011). La Sociedad y la Cultura Andina Contemporánea: Estudio de los Saberes para la Salud y la Enfermedad en los Pueblos Originarios del Norte de Chile. *Revista de Indias*, 252: 571-600.

- Gavilán, V.; Madariaga, C.; Viguera, P.; Morales, N. y Parra, M. (en prensa). Interculturalidad en Salud. Análisis Crítico de las Políticas Sanitarias Dirigidas al Pueblo Aymara del Norte Chileno. *Interciencia*.
- Guerrero, B. (1995). Medicina Andina y Medicina Pentecostal en los Aymaras del Norte Grande de Chile: del Yatiri al Pastor. *Chungara*, XXVII(2): 153-165.
- Grebe, M.E. (1983). En Torno a los Ritos Terapéuticos Astrales de Isluga. *Chungará*, 10: 155-164.
- Gundermann, H. (2001). Comunidad, sociedad andina y procesos socio-históricos en el norte de Chile. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales con Especialidad en Sociología. El Colegio de México.
- Gundermann, H. y González, H. (2008). Pautas de integración regional, migraciones, movilidad y redes sociales en los pueblos indígenas de Chile. *Universum*, 23: 82-115.
- Gundermann, H. y Gonzalez, H. (2009). Sociedades Indígenas y Conocimiento Antropológico: Aymaras y Atacameños de los siglos XIX y XX. *Chungará*, 41(1): 113-164.
- Kessel, J. (1983). Ayllu y Ritual Terapéutico en la Medicina Andina. *Chungará*, 10: 165-176.
- La Riva, P. (2005). Las Representaciones del *Animu* en los Andes del Sur Peruano. *Revista Andina*, 41: 63-86.
- Martínez, A. (2000). Anatomía de una Ilusión. El DSM IV y la Biologización de la Cultura. En *Estudios entre Medicina y Cultura*. Perdiguero y Comelles. Barcelona: Ediciones Belaterra.
- Martínez Soto-Aguilar, G. (1976). El Sistema de los Uywiris en Isluga. Documento Centro de Investigaciones Andinas, Iquique.
- Martínez Soto-Aguilar, G. (1983). Los Dioses de los Cerros en los Andes. *Journal de la Société des Américanistes*, 69: 85-115.
- Menéndez, E.L. (1987). *Medicina Tradicional, Atención Primaria y la Problemática del Alcoholismo*. México: Editorial Casa Chata.
- Menéndez, E.L. (2003). Modelos de Atención de los Padecimientos: de Exclusiones Teóricas y Articulaciones Prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8:185-207.
- Ministerio de Salud de Chile (2013). *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria 1-136. Santiago, Chile.
- Osorio, F. (2004). La Ciencia Social Multidisciplinaria. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Chile. En http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/osorio_f/sources/osorio_f.pdf Accedido el 2 de marzo de 2017.
- Pérez, N. y Setién, E. (2008). La Interdisciplinaria y la Transdisciplinaria en las Ciencias: una Mirada a la Teoría Bibliológica-Informativa. *ACIMED*, 18(4) En http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352008001000003&lng=es&tlng=es. Accedido el 21 de mayo de 2017.
- Piñones, C.; Mansilla, M. y Arancibia, M. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde Soc.*, 3: 751-763.

Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo*

Alejandra Carreño¹, Baltica Cabieses², Alexandra Obach³, Piedad Gálvez⁴ y María Eliana Correa⁵

Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina – Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo (Santiago, Chile)

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo conocer las experiencias de maternidad de mujeres haitianas, indagando en los factores que facilitan o dificultan el cuidado de la salud de sus hijos en Chile. Se realizó una investigación cualitativa, basada en 20 entrevistas semi-estructuradas a mujeres migrantes, facilitadores interculturales e integrantes de equipos de salud de atención primaria. La salud mental emergió como una de las dimensiones en las que las mujeres presentan factores de riesgo asociados a: contradicciones entre modelos de maternidad y crianza; la sensación de soledad y la pérdida de redes que viven en el contexto migratorio; la exposición a embarazos no deseados por falta de acceso y conocimiento del sistema de salud chileno y situaciones de violencia intrafamiliar, frente a las que las mujeres tienen escasa capacidad de denuncia. Los hallazgos demuestran la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar la pesquisa de problemas de salud mental en mujeres migrantes, así como para superar las barreras encontradas en materia de salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Migrantes, Salud Mental, Haití, Violencia de género, Salud materno-infantil.

Motherhood and mental health of Haitian migrant women in Santiago of Chile: a qualitative study

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the maternity experiences of Haitian women by focusing on the factors that have facilitated or perhaps hindered the health care of their children in Chile. The article draws on a qualitative research based on 20 semi-structured interviews with migrant women, intercultural facilitators, and members of primary care health teams. Mental health emerged as one of the dimensions in which migrant mothers present risk factors associated with the contradictions between the models of motherhood promoted by the health services and those implemented by Haitian women, the feeling of

* Financiamiento: FONIS SA19I0066, ANID, Gobierno de Chile. Universidad del Desarrollo, Fondo de Investigación Científica COVID-19 (COVID0873), ANID, Chile. Premio Santander El Mercurio 2017 (investigador joven).

¹ Doctora en Antropología, Etnología y Estudios Culturales. Università degli Studi di Siena. Correo electrónico: a.carreno@udd.cl

² PhD Health Sciences. Social Epidemiology/Inequalities in Health. University of York, Inglaterra. Correo electrónico: bcabieses@udd.cl

³ PhD Antropología Social y Cultural. Universidad de Barcelona. Correo electrónico: aobach@udd.cl

⁴ Socióloga. Universidad Católica de Chile. Correo electrónico: migalvez@uc.cl

⁵ Enfermera Universitaria. Universidad del Desarrollo. Magíster (c) Antropología médica y salud global, Universidad Rovira i Virgili. Correo electrónico: mecorrea@udd.cl

loneliness, and the loss of networks that live in the migratory context and exposure to unwanted pregnancies due to lack of access of the Chilean health system and situations of domestic violence, against which women have little capacity to report. The findings show the need to develop strategies to detect problems regarding mental health problems in migrant women, as well as the lack of access to contraception and information regarding their sexual and reproductive rights.

Keywords: Migrants, Mental health, Haiti, Gender-Based Violence, Maternal and Child Health.

DOI: 10.25074/07198051.38.2276

Artículo recibido: 03/05/2022

Artículo aceptado: 16/06/2022

INTRODUCCIÓN

A partir de inicios del siglo XXI la presencia de población migrante de origen latinoamericano crece en Chile. De ella destaca la comunidad haitiana cuyo número de ingresos aumenta notoriamente a partir del año 2010, para luego detenerse en torno al año 2018 principalmente debido a la a la imposición de una visa obligatoria para haitianos y a diversas medidas que pusieron de manifiesto la hostilidad que esta comunidad encuentra en varios sectores de la sociedad chilena (Alarcón-Vega, 2018, p. 12). En términos numéricos, para el año 2019, los migrantes haitianos representaban el 12,5% de la población migrante total (INE y Departamento de Extranjería y Migración, 2020, p. 27), número que puede haber disminuido hacia el año 2022 debido a los fenómenos de expulsión y re-emigración hacia destinos como México y Estados Unidos que han vivido estas colectividades (Rodríguez-Torrent y Gissi-Barbieri 2021, p. 107). En términos de composición social, la diáspora haitiana en Chile se conformó en un primer momento por hombres jóvenes, de origen urbano y nivel educacional medio-alto, muchos de los cuales pudieron acceder al dominio del español, perfil que luego se diversificó a través de personas de origen rural y con menor nivel educacional, muchas de ellas mujeres que siguieron a sus esposos, padres, parejas o hermanos (Rojas et al., 2015, pp. 217-245). Esta población se caracteriza por tener mayores niveles de pobreza, dificultades de acceso a servicios y empleos y estar sometida a experiencias de discriminación por parte de la sociedad de llegada (ONU, 2017, p. 171).

En los últimos años las condiciones de vida de migrantes haitianos han ido empeorando al confluir las crisis políticas en Chile y Haití, con la emergencia sanitaria global por COVID-19. Dentro de la población haitiana uno de los grupos menos visibles lo constituyen las mujeres, debido a que en primera instancia se trató principalmente de una migración principalmente masculina (Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Extranjería y Migración, 2020, p. 27; ONU, 2017, p. 171). De hecho, de las personas haitianas que residían en Chile en el año 2019, sólo el 36% eran mujeres, siendo el índice de

masculinidad de esta comunidad el más alto de la población migrante que reside en Chile. A pesar de esta invisibilidad, la incorporación del enfoque interseccional en los estudios migratorios demuestra el modo en que género y etnia son factores que se sobreponen reproduciendo nuevas formas de segmentación y discriminación que afectan particularmente a las mujeres haitianas (Acosta, 2011, pp. 193-228). Las investigaciones que se han dedicado al tema demuestran que éstas enfrentan importantes dificultades en su ingreso al mercado laboral chileno, por lo que a menudo dependen económicamente de otros familiares, acentuando su condición de pobreza. Las principales barreras para esta inclusión se relacionan con la falta de manejo del idioma español, la irregularidad migratoria que les impide acceder a trabajo formal, la falta de información en la búsqueda de empleo y la vulneración de derechos laborales. Se han registrado también experiencias de maltrato en contextos laborales (Bustamante, 2018, pp. 83-101) y discriminación al relacionarse con servicios sociales y policías (Sadler y Carreño, 2020, pp. 127-140).

En términos sanitarios, estudios indican que el principal motivo de egreso hospitalario para las mujeres migrantes en Chile es la atención de embarazo, parto y puerperio (Cabieles et al., 2017, p. 181). Tanto en ese ámbito como en la atención de salud de niños de 0 a 6 años, existen importantes brechas entre población migrante y población local (Chepo et al., 2017, p. 707). De hecho, como se ha reportado en otros contextos (Torre et al., 2006, pp. 49-61), las mujeres migrantes tienden a tener menos controles prenatales y menor tasa de afiliación al sistema de salud nacional que las mujeres locales (Oyarte et al., 2017, p. 181). Desde una perspectiva teórica, la introducción del género en los estudios migratorios ha implicado incluir un conjunto de elementos de la crítica feminista que han relevado el rol que adquieren las mujeres migrantes en las actividades productivas y reproductivas de los países de origen y de llegada. A diferencia de lo que se pensó hasta los años 90, las migraciones femeninas están implicadas en el cambio social, la generación de remesas y la composición de relaciones transnacionales en torno a los cuidados y los afectos que se movilizan en torno a las migraciones (Guizardi, Gonzalvez y Stefoni, 2018, p. 38). Desde la interseccionalidad de su ser mujeres migrantes y afrodescendientes las mujeres haitianas presentan condiciones de vulnerabilidad estructural (Quesada, Hart y Bourgois, 2011, pp. 339-362) que repercuten sobre sus formas de ejercicio de maternidad y crianza (Gregorio y Gonzalvez 2012, pp. 43-57), las que a menudo son condicionadas por la alta informalidad en el trabajo, la alta proporción de hacinamiento y el bajo nivel socio-económico en el que se encuentran estas mujeres, como consecuencia de los procesos de exclusión y racialización que enfrentan en Chile (Razmilic, 2019, pp. 101-148; Tijoux y Palominos, 2015, pp. 1-23). Frente a esta realidad, se diseñó un estudio cualitativo cuyo objetivo fue conocer las experiencias de maternidad de mujeres haitianas e indagar en los factores que han facilitado o dificultado el cuidado de la salud de sus hijos en Chile, desde el punto de vista de las mujeres y de los trabajadores del sector salud de una comuna de la Región Metropolitana.

SALUD MENTAL, MIGRACIÓN Y MATERNIDAD

El incremento de los flujos migratorios a nivel global ha significado un aumento de interés en las diversas temáticas de salud que enfrentan estos grupos. Una de éstas refiere a la salud mental, dadas las condiciones de stress, pérdida de redes, descalificación laboral, soledad, empobrecimiento e incertidumbre que a menudo acompañan los primeros años de migración de poblaciones como las de origen haitiano (ONU, 2017, p. 171). Si bien todos estos factores impactan sobre el estado de bienestar de los migrantes, hasta hoy no existe evidencia consistente respecto a una mayor tasa de desórdenes psiquiátricos en migrantes respecto a población local (Close et al., 2016, pp. 12-47; Fazel et al., 2005, pp. 117-138; Lindert et al., 2008, pp. 114-120; OMS, 2018). Esto significa que la migración no representa en sí misma un riesgo para la salud mental y que existe gran heterogeneidad en las condiciones de vida y de desplazamiento de distintas comunidades migrantes. Sin embargo, las condiciones en que se realizan los desplazamientos e inserción en las comunidades de llegada, pueden configurar contextos de vulneración que se traducen en necesidades específicas y menor acceso de servicios de salud mental por parte de las comunidades migrantes (Lindert et al., 2008, pp. 114-120; Priebe et al., 2013, p. 97). Barreras lingüísticas, falta de información sobre el funcionamiento del sistema de salud en el país de llegada, falta de financiamiento, estigma en salud mental y modelos explicativos diversos para el sufrimiento psíquico, son algunas de las situaciones que enfrenta la población migrante para acceder a este tipo de servicios (Arias-Uriona y Guillén, 2020; OMS, 2018, p. 31). La evidencia disponible para el caso de Chile, si bien es escasa, reafirma la existencia de necesidades de salud mental no cubierta en la población migrante y refugiada (Carreño et al., 2020), tanto por problemas de acceso y financiamiento, como por temor a ser discriminados o a no obtener permisos laborales para seguir el tratamiento (Astorga-Pinto et al., 2019, p. 21-31; Blukacz et al., 2020, p. 197).

A pesar de un importante aumento de los estudios migratorios desde una óptica de género (Acosta, 2011, pp. 193-228; Avaria et al., 2016, pp. 199-138; Leiva Gómez et al., 2017, pp. 11-37) la literatura sobre salud mental de mujeres madres migrantes es aún escasa en Sudamérica. Sin embargo, existe acuerdo respecto al hecho que la experiencia del embarazo, parto y puerperio supone una transformación en el ciclo vital que conlleva importantes dimensiones afectivas y culturales. La migración modifica de forma radical esta experiencia, en la medida en que las mujeres que tienen a sus hijos fuera del contexto de origen se encuentran a menudo aisladas, desconocen el sistema de atención del país de acogida y deben enfrentar momentos de pérdida de referentes externos que son clave para enfrentar la crianza (Moro, 2002, p. 240). Esta situación se agudiza cuando los modelos de maternidad son distintos entre los países de origen y de llegada de los migrantes, e incluso entran en contradicción con los modelos promovidos por los servicios sanitarios locales (Taliani, 2018, pp. 111-130). Las madres migrantes a menudo se sienten cuestionadas, confusas y atemorizadas por las expectativas que impone el contexto social sobre su comportamiento, agravando los desafíos que enfrenta cualquier mujer durante la experiencia de maternidad (Pangas et al., 2019, pp. 31-45).

En este ámbito, uno de los aspectos que más atención ha generado a nivel internacional tiene relación con la prevalencia de depresión post parto (PPD) en población migrante. Al respecto, no existe acuerdo sobre el supuesto mayor riesgo que tendrían las mujeres migrantes de padecer el diagnóstico, siendo varios los estudios que demuestran tasas similares entre madres migrantes y locales (Anderson et al., 2017, p. 449; Collins et al., 2011, pp. 3-11; Gonidakis, 2012; Morrow et al., 2008, p. 593). Lo que resulta clave de este debate es que, al parecer, la falta de apoyo, la pertenencia a minorías étnicas que sufren discriminación, las adversidades económicas y la falta de manejo del idioma del país de llegada son elementos que exponen significativamente a las mujeres migrantes a vivir trastornos afectivos asociados a la maternidad. En la misma línea, las diferencias entre los modelos explicativos vinculados al sufrimiento psíquico y las diferencias culturales en la percepción del diagnóstico pueden también jugar un rol importante en las dificultades para pesquisar trastornos (Callister et al., 2011, p. 440). Considerando la necesidad de discutir los factores estructurales y del proceso migratorio que actúan sobre la salud mental de mujeres y madres migrantes, en este artículo discutiremos los resultados referidos a este ámbito y los desafíos que su situación representa para el sistema sanitario chileno.

MATERIALES Y MÉTODOS

CONTEXTO

La investigación fue de carácter cualitativo y se llevó a cabo durante los años 2017 y 2018 en La comuna de La Granja, una de las comunas de La Región Metropolitana de Chile que concentra mayor cantidad de población migrante internacional, siendo la comunidad haitiana la segunda más importante con 3.585 residentes (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017, p. 47). El diseño de estudio correspondió a un estudio de caso, (Creswell, 2012, pp. 65-127). Como estudio exploratorio, el estudio presenta datos respecto a la situación de este grupo y a la capacidad de respuesta que están presentando los sistemas sanitarios frente al incremento en la movilidad humana que está viviendo el país.

PARTICIPANTES

La muestra del estudio estuvo compuesta por N=20 y se dividió en dos grupos: (i) madres y/o padres haitianos de niños y niñas entre 0 y 5 años de edad (n=8), 6 mujeres y 2 hombres, con un promedio de 3,7 años de estadía en Chile y (ii) personal de atención sociosanitaria (n= 12). Este grupo estuvo conformado por trabajadores de salud de centros de atención primaria, entre los cuales hay una persona con experiencia laboral en Haití y un mediador cultural de origen haitiano. Se realizó un muestreo de tipo teórico, el cual tiene como propósito producir conocimiento a partir de la realidad de estudio y en reconocimiento de todas las perspectivas de abordaje del fenómeno de interés (Creswell, 2012, p. 65).

Tabla 1

Características participantes del estudio

Universo	Muestra	Sexo
a) Madres y padres haitianos	8	F
		F
		F
		F
		M
		M
		F
		M
b) Personal de atención sociosanitaria	Personal de salud: 9	F
		F
		M
		F
		F
		F
		F
		M
		F
	Personal socioeducativo: 2	F
		F
	Mediador cultural: 1	M

Nota: Elaboración propia

RECLUTAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para recolectar la información se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales a los participantes. Se elaboraron guiones para cada grupo de participantes. Las entrevistas a madres y padres haitianos indagaron en saberes y prácticas de crianza y cuidado en la salud infantil, experiencia migratoria y acceso a salud. Las entrevistas dirigidas a personal sociosanitario indagaron en la experiencia de atención infantil y familiar a este grupo en particular, de manera de identificar barreras de atención y buenas prácticas en materia de interculturalidad.

Respecto a las madres y padres haitianos, el reclutamiento se logró mediante el contacto con actores clave de la comuna de La Granja, principalmente a través del facilitador lingüístico intercultural de un Centro de Atención de Salud Familiar, quien estableció el contacto inicial con los participantes. Luego el equipo investigador se contactó con las personas interesadas en participar del estudio por vía telefónica para realizar la invitación a participar del estudio a través de una entrevista, acordando fecha, horario y lugar del encuentro. Las entrevistas se realizaron de manera presencial en los domicilios o espacios públicos durante el año 2018-2019. De los ocho entrevistados, solo uno no

manejaba el idioma español, por lo que la comunicación telefónica y la entrevista se desarrollaron con el apoyo de un facilitador cultural que tradujo de Creole-español. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60-80 minutos.

Respecto al personal de atención sociosanitario, se realizó una solicitud formal a las autoridades de salud a nivel municipal, quienes aprobaron el estudio y facilitaron el contacto con los y las participantes de este grupo. Las entrevistas se realizaron en las dependencias de sus centros laborales y tuvieron una extensión promedio de 60 minutos.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas. Se realizó un análisis de contenido temático (Mieles et al., 2012, pp. 195-226) de toda la información recopilada mediante entrevistas. Los discursos y significados expresados por los participantes se agruparon en coherencia con las categorías pre-definidas por el guion de entrevistas y objetivos de investigación, permitiendo a su vez la identificación de categorías emergentes no definidas previamente.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética Científica de la Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo el año 2018. Todos los participantes recibieron un documento informativo y un consentimiento informado, donde se brindó información sobre su participación en el estudio y se señaló la voluntariedad de participar y la opción de retirarse en cualquier momento del proceso de investigación. Se tradujo el documento al creole y en el caso de madres y padres haitianos, se reforzó el contenido del texto a partir de una explicación oral asegurar la adecuada comprensión de la información de los participantes, previo a la firma del consentimiento.

RESULTADOS

Los resultados del estudio evidenciaron diferencias entre las experiencias de maternidad, crianza y cuidado de la salud de niños en Haití y en Chile, con consecuencias sobre la salud mental de las mujeres. La mayoría de las entrevistadas destacaron la presencia de infraestructura, tecnología y recursos presentes en Chile para el control del embarazo, la atención de parto y la escolarización temprana de los niños a través de jardines infantiles públicos. El acceso a programas de atención de niño sano, así como las prestaciones del programa Chile Crece Contigo eran conocidas por las participantes y consideradas parte de las ventajas que el sistema sociosanitario chileno presenta frente al que conocieron en Haití. Una de las mujeres participantes plantea: “En Haití no hay centro de salud en todas comunas, o sectores, por ejemplo, acá hay un CESFAM y en San Gregorio hay un CECOF, allá casi no hay centros de salud, tienen que ir al hospital” (M7). Del mismo modo, respecto al acceso a prestaciones que ofrecen los programas otra participante considera: “En Haití, los controles se hacen solamente con ginecólogo... si no tiene una complicación no ven otras especialidades (...) acá, ven matronas, odontólogo y también nutricionista, asistente social... en Haití no” (M2).

Sin embargo, en términos de salud mental, tanto madres haitianas como personal sociosanitario identificaron la presencia de fenómenos que constituyen riesgos para su salud mental y que no han sido abordados desde los servicios de salud. Éstos se resumen en: i) contradicciones entre los modelos de maternidad que promueven los servicios de salud y los que ejercitan las mujeres haitianas; ii) la sensación de soledad y pérdida de redes relevantes para la maternidad; iii) la exposición a violencia intrafamiliar y embarazos no deseados por falta de acceso y conocimiento del sistema de salud y de protección social.

MODELOS DE MATERNIDAD Y ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Uno de los aspectos en que más existe acuerdo entre los entrevistados es la diferencia entre las formas de crianza y cuidado de la salud de niños en el contexto de origen y destino de las mujeres migrantes. En especial, las entrevistadas que tuvieron hijos en Haití y han tenido hijos en Chile, constatan lo importante que son las redes de mujeres, familiares o no, en el cuidado de los niños y durante el proceso de embarazo parto y puerperio en Haití, tal como menciona una de las mujeres migrantes entrevistadas: “Cuando nació mi hijo [en Haití] mi mamá que cuida... tiene hermana también que cuida (...) yo algunas veces tengo amigas que dicen salgo hoy, y yo digo no más déjala así en la casa [yo la cuido]” (M1). Relevancia similar de las redes de cuidado es mencionada por otra participante:

En Haití cuando una persona está embarazada tú tienes a toda la familia a tu servicio (...) la mujer puede estar 3 meses sin hacer nada, lavar, planchar, nada, acostadita con su hijo, nada más (...). Acá una persona tiene su hijo y tiene una vida normal, no tienen esa ayuda (M2).

Estos cuidados se realizan principalmente en el espacio doméstico, incluyendo patios abiertos, calles aledañas y espacios de uso colectivo en el que se espera que las personas adultas presentes cuiden a los niños, independiente que sean o no sus padres biológicos. De esta manera la esfera de lo doméstico no se restringe al núcleo familiar, al espacio privado del hogar ni a los vínculos de sangre, sino que incluye a vecinos, amigos, compañeros de labores, principalmente mujeres, que están a cargo del cuidado de varios niños simultáneamente. Como enfatiza una matrona que vivió por algunos años en Haití:

Lo que yo vi en Haití y acá también es que las haitianas crían en comunidad. Tu vecina puede cuidar a tu hijo y tú puedes cuidar a los hijos de tu vecina porque son todos una familia (...) eso es como lo principal como para entender la estructura en base a sus niveles de confianza y de quién va a cuidar al niño. Eso era lo que más veía (S1).

En términos de género, en los resultados emerge la división sexual del trabajo y la consecuente recaída de las labores de crianza y cuidado sobre las mujeres. Esto no implica que los hombres estén ausentes de la crianza, ni que las mujeres no trabajen de manera remunerada en sus contextos de origen, sino que las responsabilidades del cuidado de niños están focalizadas en ellas, mientras los hombres cumplen un rol complementario en este espacio. Una de las participantes menciona que en su país “más trabaja si es hombre, las mujeres trabajan, pero los hombres trabajan más que la mujer... como la mujer más cuida la casa, cuida a niños (...)” (M3). El trabajo masculino implica que la crianza ocupa un

lugar secundario entre las actividades de los hombres: “Allá [en Haití] los papás cuando no estaban en pega de motos, estaban con los niños y las mamás igual trabajan, pero también ven a los niños, más ellas...” (M8).

Por último, en términos de alimentación se identificaron contradicciones en los patrones de introducción de alimentos, ya que en Haití los primeros sólidos se integran tempranamente (3 meses) e incluyen alimentos de difícil acceso en el mercado chileno. Estas diferencias desorientan a las madres principalmente en lo referido a la elección del momento y el tipo de alimentos que se ofrecen a niños y niñas en sus primeros meses de vida. Por otra parte, en términos de lactancia materna en Haití la lactancia materna exclusiva es una práctica que solo algunas familias han adoptado, mientras que la mayoría de las familias prefieren la lactancia artificial. Según los entrevistados los principales motivos que están a la base de esta práctica es fomentar el aumento de peso rápido de los niños y evitar la desnutrición de madre y recién nacido. Tal como lo menciona una integrante de equipos de salud en base a su trato directo con mujeres haitianas: “En las mujeres haitianas, hay pocas que dan leche hasta los 6 meses sin dar otra fórmula o sin tratar de introducir antes alimentos sólidos y eso a veces es un problema” (S1). La introducción temprana de alimentos es considerada por las mujeres parte importante de los patrones de crianza haitianos. Una participante, por ejemplo, relata: “En mi país mi mamá me daba una harina que se prepara con plátano y con yuca, que es como comida que se prepara para el bebé, eso no se encuentra aquí” (M6).

Estos modelos de crianza se transforman y entran en conflicto con las experiencias de maternidad que estas mujeres tienen en Chile. Si bien la mayoría indicó haber tenido una experiencia positiva de atención de salud de sus hijos y durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, aspectos como la lactancia materna, la introducción de alimentos y la sobrecarga del cuidado de los niños que recae individualmente sobre las madres, aparecen como temas en los que identifican transformaciones y contradicciones con los modelos de maternidad del país de acogida. En términos de alimentación, por ejemplo, las entrevistadas indican que la alimentación “Es muy diferente de Chile, eso me cuesta. Cuando llegué acá no sabía qué darle a mi hijo después de la leche materna, porque la nutricionista me pasa una hoja con lo que sí puedo darle, pero es muy diferente de lo que yo le daba” (M6). Esta contradicción también aparece en el relato de otra entrevistada, quien además reporta cómo la recomendación de lactancia exclusiva hasta los seis meses sea negociada o transgredida en las experiencias personales de las mujeres migrantes:

Yo cuando era bebé no había eeh... esa cuestión de amamantar de seis meses. El niño nace, después de 3 días dio comida (...) ahora, hace... como diez años se cambiaron las cosas... tiene que amamantar seis meses y después de seis meses empezar a alimentar... pero hasta ahora hay mamá que da comida desde tres meses, desde tres días o un mes, o una semana, o dos semanas o quince días, pero de OMS tiene que amamantar de seis meses en todos lados (M7).

SOLEDAD, BARRERA IDIOMÁTICA Y PÉRDIDA DE REDES

A partir de las transformaciones que se producen por la migración las mujeres haitianas experimentan su maternidad en mayor soledad y con ausencia de redes significativas para la crianza. A esto se suman situaciones de preocupación por dificultades para obtener documentos que les permitan mantener su condición regular en Chile, y problemas económicos vinculados a las dificultades que las entrevistadas reportan para obtener trabajos. Estas angustias económicas se traducen en sensaciones de culpa, como la que reporta una de las participantes que declara sentirse mal “porque, algunas veces yo voy a comer y yo pienso si mi hijo no come... si tiene hambre, entonces mejor doy comida a él y yo no como” (M1). Del mismo modo, las dificultades para regularizar su situación migratoria o la de sus parientes generan episodios de angustia que son pesquisados como síntomas de salud mental, tal como menciona una participante: “Incluso tenía que mandarme al psicólogo porque me fui muy mal [del consultorio], yo estaba con mucha pena porque mi hijo tenía problemas con su pasaporte” (M3). Las dificultades para encontrar trabajo, especialmente para las mujeres, y el costo de la vida trazan un panorama a ratos incierto para el futuro de las participantes:

Para mí el futuro es acá en Chile, pero para mí es muy difícil porque tengo que trabajar y los trabajos acá para mujer no pagan casi nada. Cuando una madre trabaja acá es por comer, comprar las cosas de la casa, pagan muy poco (...) no veo un futuro brillante con este poquito sueldo (M6).

En lo relativo a la maternidad, esta soledad se traduce en carencia de referentes para tomar decisiones en torno a la salud y el cuidado de los hijos. En varias entrevistas las mujeres reportan sentirse desorientadas frente al sistema sanitario chileno y a los procesos de escolarización de los niños. No saben dónde dirigirse para buscar ayuda o resolver conflictos propios de la crianza, por lo que a menudo recurren a figuras como educadoras de jardines infantiles o asistentes sociales. Una de las participantes declara no tener familia en Chile y carecer de apoyo para el cuidado de su hijo “cuando voy al hospital, asistente social busco, señorita ayúdame... de pañal, de la otra cosa, yo no tiene, no tiene nada que ayudarme” (M1). Aún cuando se encuentran en pareja, la ausencia de redes y las obligaciones laborales repercuten sobre las posibilidades de cuidarse a sí mismas y a sus hijos:

Nosotros somos solos aquí. Un día mi marido no estaba, está trabajando en la noche y a las 12 de la noche tengo dolor que va a nacer bebé, yo no tenía nadie, yo no puedo porque tengo dolor muy fuerte y yo no puedo caminar, y llamé a una de las tías de la sala cuna, tiene un auto y ella vino a buscarme, ella fue muy buena conmigo y ella me llevó a hospital (M3).

La sensación de soledad repercute sobre la percepción de su vida en Chile y el sentido de su proyecto migratorio, como plantea una entrevistada: “Eso que no me gusta en Chile, porque uno no tiene tiempo para su familia o para ti misma, siempre trabajar y no alcanza, no se comparte ni hay quien te ayude...” (M2).

A su vez, estas dificultades se acentúan por la falta de conocimiento del español que tienen muchas de las mujeres haitianas presentes en Chile y que las pone en una relación de mayor dependencia de sus parejas, además de dificultar su acceso a servicios sociosanitarios:

Los hombres, como... los hombres trabajan más que las mujeres, entonces los hombres aprenden más rápido y manejan más el idioma, pero las mujeres (...) no gustan aprender mucho, entonces, eso como, hay más mujeres haitianas que no hablan español que los hombres (M2).

EMBARAZO NO DESEADO Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las barreras idiomáticas identificadas, la soledad y la falta de inclusión social tienen consecuencias también sobre el acceso a métodos de prevención de embarazo y a información sobre los derechos y alternativas para denunciar a agresores en caso de mujeres que sufren violencia intrafamiliar. Respecto a los sentimientos asociados al embarazo algunas declaran sensaciones negativas por la imposibilidad de trabajar que la crianza imponía: "yo estaba triste, porque no podía trabajar si él bebe venía ahora (M5)". Del mismo modo, otra entrevistada declara:

Para mí fue terrible, muy difícil (...) quedé embarazada de mi hijo porque yo llego y no hablo, mi esposo no sabía nada, yo quería tomar un tratamiento, pero no sé cómo llegar, cómo ir, cómo preguntar, y el sistema de acá del hospital es muy diferente, yo no sabía que tenía que llegar, pedir hora, hacer exámenes (M3).

Los equipos de salud también han identificado el problema y lo vinculan con la falta de uso del español que tienen las mujeres y la dependencia económica de sus parejas, como plantea una profesional de salud: "La mayoría viene con embarazos que no han deseado... hay que juntarse con un hombre porque no quieren pasar momentos difíciles y si no hablan el idioma, no van a poder prevenir" (S2).

El desconocimiento de las alternativas de anticoncepción que ofrece el sistema en Chile se suma a las diferencias entre los modelos sanitarios de ambos países:

Allá es muy muy diferente (...) hay lugares especializados donde uno va y puede sacar condón sin pagar, sin pasaporte, sin Rut, sin nada. Pero acá es diferente... para entregar preservativo tiene que pedir hora con matrona, y ahí si la persona no habla español no va y se embaraza (S1).

Por último, si bien las situaciones de violencia no fueron explicitadas por las propias mujeres haitianas, los equipos de salud coinciden en percibir que existen situaciones de violencia no denunciadas e incluso no reconocidas entre las usuarias haitianas y que son difíciles de pesquisar con los instrumentos de medición de riesgo psicosocial con que cuentan los programas sanitarios (Pauta de Evaluación de Riesgo Psicosocial), puesto que éstos no han sido culturalmente adaptados ni traducidos, por lo que entregan resultados inconclusos y no se aplican correctamente. A esto se suma el hecho que los facilitadores

culturales son a menudo hombres en los centros de salud, por lo que es más fácil que las mujeres eviten comentar situaciones de violencia que puedan estar viviendo en el hogar.

Puede ser que la mujer pase una vida difícil en la casa, no te va a contar, porque si te va a contar tiene que denunciar y dónde va a ir a alojar, va a pensar “Ah, si digo una cosa así y si denuncian a mi marido, ¿yo dónde voy a vivir?” Así hay mujeres haitianas que pasan momentos demasiado difíciles y no quieren contar a asistente social (S7).

hay mujeres haitianas que pasan momentos demasiado difíciles y no quieren contar a asistente social, y cuando están conmigo afuera me dicen: “sabe que mi marido me trata mal”, y no quieren decir a la asistente porque ella dice “hay que denunciarlo, tiene que hacer algo”, y para ellas no, es muy muy diferente (S1).

DISCUSIÓN

Los datos recogidos coinciden con estudios precedentes respecto a los efectos que la migración tiene sobre la maternidad de grupos vulnerables como lo son las mujeres haitianas en Chile (Baird y Boyle, 2012, pp. 14-21; McLeish, 2005, pp. 782-785). A partir de ellos se ha descrito cómo la migración pone las experiencias de maternidad de estas mujeres en un estado liminal, tanto física como psicológicamente. Si bien parte de la bibliografía indica que estas situaciones de quiebre pueden dar paso a procesos de entendimiento mutuo entre equipos de salud y mujeres migrantes (Briscoe y Lavender, 2009, pp. 17-23), entre las entrevistadas persiste la sensación de sentirse diferentes, inadecuadas, solas y marginalizadas, tal como ha sido reportado por estudios similares con mujeres afrodescendientes en países occidentales (Murray et al., 2010, pp. 458-472). Esta sensación de quiebre y contradicción entre modelos de crianza se acentúa en la medida en que la organización de los cuidados ha adquirido un enfoque que tiende a individualizar la carga y la responsabilidad de los niños exclusivamente en la figura de la madre, con la consecuente reproducción de formas de segregación social y falta de reconocimiento de las labores de cuidado que estos procesos presentan (Gregorio y Gonzalez 2012, pp. 43-57). Estudios recientes indican que, en Chile, a diferencia de lo que sucede en Haití, se percibe una tendencia a centrar la atención en el bienestar del niño y en la relación madre-hijo, desligando este vínculo de las múltiples formas de socialización que pueden tener los niños y que a su vez responden a condiciones socioeconómicas específicas (Murray, 2012, pp. 319-337; Murray, 2013, p. 280). En consecuencia, como producto de la migración y de la pérdida de sus redes de apoyo, las mujeres haitianas se encuentran expuestas a ser cuestionadas e incluso criminalizadas (Abarca, 2018, pp. 12-21) por prácticas de cuidado materno como son aquellas relativas a alimentación y lactancia, desorientadas respecto al funcionamiento de los servicios sociosanitarios y más aisladas que en su país de origen. Los datos apuntan a que este aislamiento en el país de llegada restringe también sus capacidades de inserción laboral y adquisición de herramientas clave como el idioma, con consecuencias sobre su independencia económica y capacidad de inclusión social.

En segundo lugar, la aparición de síntomas depresivos y distrés emocional o afectivo ha sido pesquisado tanto para madres que han tenido hijos en países de migración (Murray et al., 2010, pp. 458-472; Russo et al., 2015, p. 197) como entre aquellas que han dejado hijos en el país de origen, situación particularmente común en América Latina (Pineros-Leano et al., 2021, p. 182). Si bien el caso aquí presentado pertenece al primer grupo, ambas condiciones comparten la asociación entre síntomas depresivos y maternidad en contextos migratorios, además de destacar que a pesar de que los síntomas existen, pocas veces son pesquisados y tratados por los servicios de salud mental de los países de llegada. En el caso de las mujeres haitianas esta dificultad de acceso está acentuada por la falta de conocimiento del idioma español, la escasa presencia de facilitadores interculturales en los servicios sociosanitarios, especialmente de género femenino (Sepúlveda y Cabieses, 2019, pp. 592-600), así como por la falta de adaptación de los instrumentos para pesquisar riesgo psicosocial a pacientes provenientes de otras culturas (Branchi, 2015, pp. 39-40). En temas de salud mental, numerosa bibliografía ha indicado la necesidad de relaborar instrumentos y estrategias terapéuticas para la atención de pacientes migrantes, considerando los diversos modelos explicativos presentes en sus culturas de origen (Bhui y Bhugra, 2004, pp. 474-478; Kleinman, 1980, p. 448). Si bien aún no contamos con suficientes estudios para comprender los modelos explicativos que actúan en el proceso salud-enfermedad de la cultura haitiana presente en Chile, diversos estudios internacionales indican la importancia que la dimensión religiosa adquiere en el abordaje de temas relativos a salud mental en dicho país (Damus y Vonarx, 2019, p. 234; Desrosiers y Fleurose, 2002, pp. 508-521). Por lo tanto, resulta necesario coordinar estrategias de inclusión de facilitadores culturales y/o agentes comunitarios en los escenarios de atención de salud mental, además de adaptar los instrumentos de medición de riesgo psicosocial, incorporando un enfoque intercultural y de género. Por último, resulta particularmente preocupante la falta de acceso a información y uso de servicios de salud sexual y reproductiva por parte de este grupo de mujeres, considerando que en Chile se ha logrado una exitosa implementación de programas de promoción de anticoncepción (Mira, 1994, pp. 185-214). Del mismo modo, es urgente revertir los escasos esfuerzos que se han hecho para pesquisar y prevenir situaciones de violencia de género que se encuentran invisibilizadas al interior de las familias migrantes. Estudios recientes (Stewart et al., 2012, p. 1100) coinciden en reconocer que la violencia asociada al embarazo y la migración es una preocupación mayor de salud pública y que equipos de salud, policías y servicios sociales deben coordinar esfuerzos para pesquisar y proteger a quienes enfrenten este tipo de situaciones, independiente de su condición migratoria.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

El estudio presenta un tema inédito como es la salud mental de madres migrantes de origen haitiano en Chile. Si bien los datos de investigación en materia de salud y migración han ido aumentando, contamos aún con poca información en temas de salud mental con perspectiva intercultural y de género. El estudio es un aporte a la exploración de este campo y presenta futuras preguntas como aquellas relacionadas con los modelos

explicativos de la salud mental haitiana, el acceso a salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes y las dinámicas de violencia intrafamiliar en grupos culturalmente diversos. Por otra parte, el estudio contó con la participación de madres y padres haitianos, grupos escasamente representados en las investigaciones existentes y con la experiencia de un mediador intercultural que apoyó en temas de traducción y comunicación con los participantes. Como estudio cualitativo y exploratorio, el número de participantes de la muestra es reducido y no pretende ser representativo ni generalizable a otros contextos, tampoco contó con facilitadoras de género femenino que podrían haber apoyado la triangulación de los datos. En el diseño del estudio y en discusión tampoco fue posible integrar a cabalidad epistemologías propias de los estudios feministas y post-coloniales que serían aptas para enriquecer la lectura de los datos.

CONCLUSIÓN

El estudio presenta una aproximación a la comprensión de la salud mental y la maternidad de mujeres haitianas migrantes en Chile. De sus resultados, emerge la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar el apoyo a la parentalidad de estos grupos desde un enfoque intercultural, así como para adecuar la pesquisa de problemas de salud mental en gestantes y madres, incluyendo experiencias de violencia de género. Intervenciones comunitarias que involucren una perspectiva intercultural en el trabajo con mujeres haitianas pueden ser clave en la generación de espacios de promoción, prevención y detección temprana de síntomas. Igualmente, iniciativas intersectoriales articuladas con la sociedad civil y con la red educacional que alberga a niños y niñas haitianos también pueden ser intervenciones a desarrollar. De la investigación emerge la necesidad de garantizar el acceso de mujeres migrantes a anticoncepción y a información respecto a sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, evitando la reducción de la salud de las mujeres a temas de regulación de fertilidad. La inclusión social, el reconocimiento formal de la labor de los facilitadores interculturales al interior de servicios sociosanitarios y la coordinación entre sectores son desafíos aún pendientes para disminuir los riesgos en salud mental que estas mujeres están enfrentando. Factores estructurales y sociopolíticos como la discriminación, exclusión social y racialización que aparecen en estos testimonios, deben ser abordados desde una mirada política de reconocimiento de los derechos de estas colectividades independiente de su situación migratoria.

REFERENCIAS

Abarca Brown, G. (2018). "¡Promueva el apego!": sobre la maternidad de mujeres haitianas como objeto de Gobierno en Chile. *Revista Bricolaje*, 3, 12–21. Disponible en: <https://revistabricolaje.uchile.cl/index.php/RB/article/view/51589>

Acosta, E. (2011). Valorar los cuidados al estudiar las migraciones: La crisis del trabajo de cuidado y la feminización de la inmigración en Chile. En Stefoni, C. (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile ¿mano de obra o trabajadoras con derechos?* (pp. 193–228). Universidad Alberto Hurtado.

Alarcón-Vega, L. (2018). *Las visas especiales para Haití* [Archivo PDF]. <https://www.cdc.cl/web/wp-content/uploads/2018/06/RyD-N%C2%B0-19-Visas-especiales-Hait%C3%AD.pdf>

Anderson, F. M., Hatch, S. L., Comacchio, C. y Howard, L. M. (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 20(3), 449–462. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0723-z>

Arias-Uriona, A. M. y Guillén, N. (2020). Inequalities in depressive symptoms between natives and immigrants in Europe: The mediating role of social exclusion. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(11). s/p. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124319>

Astorga-Pinto, S. M., Cabieses, B., Carreño, A. y McIntyre, A. M. (2019). Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Revista Del Instituto de Salud Pública de Chile*, 3(1), 21–31. <https://doi.org/10.34052/rispch.v3i1.49>

Avaria, A., Avendaño, V., Rivera, J. y Sepúlveda, Y. (2016). Maternidad Transnacional, un desafío para las mujeres peruanas migrantes trabajadoras del barrio Meiggs. *Revista Perspectivas: Notas Sobre Intervención y Acción Social*, 27, 119–138. <https://doi.org/10.29344/07171714.27.413>

Baird, M. B. y Boyle, J. S. (2012). Well-Being in Dinka Refugee Women of Southern Sudan. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(1), 14–21. <https://doi.org/10.1177/1043659611423833>

Blukacz, A., Cabieses, B. y Markkula, N. (2020). Inequities in mental health and mental healthcare between international immigrants and locals in Chile: A narrative review. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01312-2>

Branchi, C. (2015). Proiezioni. Appunti sui test psicodiagnostici e il loro uso in sede di valutazione del minore straniero e della sua famiglia. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 17, 39–40. <http://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/383>

Bhui, K. y Bhugra, D. (2004). Communication with patients from other cultures: the place of explanatory models. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(6), 474-478. <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/communication-with-patients-from-other-cultures-the-place-of-explanatory-models/34E39FE3F83B1917CE132E3243C4673C>

Briscoe, L. y Lavender, T. (2009). Exploring maternity care for asylum seekers and refugees. *British Journal of Midwifery*, 17(1), 17-23. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37649>

Bustamante I. (2018). Desigualdades que atraviesan fronteras: Procesos de inserción laboral de mujeres haitianas al mercado de trabajo en Chile. *Sophia Austral*, 20, 83-101. <http://www.sophiaaustral.cl/index.php/shopiaaustral/article/view/95>

Cabiezes, B., Bernales, M. y McIntyre, A. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.

Callister, L. C., Beckstrand, R. L. y Corbett, C. (2011). Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 40(4), 440-449. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01254.x>

Carreño, A., Blukacz, A., Cabiezes, B. y Jazanovich, D. (2020). "Nadie está preparado para escuchar lo que vi": Atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. *Salud Colectiva*, 16, e3035. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3035>

Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V. y Delgado, I. (2017). Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(6), 707-716.

Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D. y Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first generation migrants: A systematic-narrative review of reviews. *Globalization and Health*, 12(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0187-3>

Collins, C. H., Zimmerman, C. y Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: Rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 3-11. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0198-7>

Creswell, J. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. (3ª ed.). Sage

Damus, O. y Vonarx, N. (2019). *Anthropologie de la médecine créole haïtienne*. La-neuve.

Desrosiers, A. y Fleurose, S. (2002). Treating Haitian patients: Key cultural aspects. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 508-521. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.508>

Fazel, M., Wheeler, J. y Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)

Gregorio C. y Gonzalvez, H. (2012). Las articulaciones entre género y parentesco en el contexto migratorio: más allá de la maternidad transnacional. *Ankulegi. Revista de Antropología Social*, 16, 43-57. <https://aldizkaria.ankulegi.org/ankulegi/article/view/50>

Gonidakis, F. (2012). Postpartum Depression and Maternity Blues in Immigrants. En *Perinatal Depression*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/30915>

Guizardi, M., González Torralbo, H. y Stefoni, C. (2018). De feminismos y movilidades. Debates críticos sobre migraciones y género en América Latina (1980-2018). *Rumbos TS*, XIII(18): 37-66. <https://revistafacso.ucecentral.cl/index.php/rumbos/article/view/6>.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *Resultados CENSO 2017: Población nacida fuera del país, por país o continente de nacimiento, según residencia habitual actual y sexo*. <http://resultados.censo2017.cl/Home/Download>

Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Extranjería y Migración. (2020). *Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre 2019*. INE, DEM. https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-metodolog%C3%ADa.pdf?sfvrsn=5b145256_6

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture* [Tesis]. University of California Press.

Leiva Gómez, S., Mansilla Agüero, M. Á. y Comelin Fornes, A. (2017). Condiciones laborales de migrantes bolivianas que realizan trabajo de cuidado en Iquique. *Si Somos Americanos*, 17(1), 11-37. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482017000100011>

Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. y Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23(S1), s114-s120. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(08\)70057-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(08)70057-9)

Oyarte, M., Cabieses, B. y Delgado, I. (2017). Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local. En B. Cabieses, M. Bernales y A. M. McIntyre (Eds). (2017). *La migración como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo. https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

Moro, M. R. (2002). *Genitori in esilio. Psicopatologia della migrazione*. Raffaello Cortina Editori.

McLeish, J. (2005). Maternity experiences of asylum seekers in England. *British Journal of Midwifery*, 13(12), 782-785. <https://doi.org/10.12968/bjom.2005.13.12.20125>

Mieles, M., Tonon, G. y Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: El análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195–226.

Mira, C. R. (1994). Historia de la política de planificación familiar en Chile: Un caso paradigmático. *Debate Feminista*, 10, 185–214.

Morrow, M., Smith, J. E., Lai, Y. y Jaswal, S. (2008). Shifting landscapes: Immigrant women and postpartum depression. *Health Care for Women International*, 29(6), 593–617. <https://doi.org/10.1080/07399330802089156>

Murray, L., Windsor, C., Parker, E. y Tewfik, O. (2010). The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International*, 31(5), 458–472. <https://doi.org/10.1080/07399330903548928>

Murray, M. (2012). Childbirth in Santiago de Chile: Stratification, Intervention, and Child Centeredness. *Medical Anthropology Quarterly*, 26(3), 319–337.

Murray, M. (2013). Staying with the baby: Intensive mothering and social mobility in Santiago de Chile. En Faircloth, C. Hoffman, D and Layne, L. (Ed.) *Parenting in Global Perspective*, (pp. 1-16). Routledge.

OMS. (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants Technical guidance*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-eng.pdf

ONU. (2017). *Diagnóstico regional sobre migración haitiana. IPPDH*. https://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/08/Diagnostico_Regional.pdf

Pangas, J., Ogunsiji, O., Elmir, R., Raman, S., Liamputtong, P., Burns, E., Dahlen, H. G. y Schmied, V. (2019). Refugee women's experiences negotiating motherhood and maternity care in a new country: A meta-ethnographic review. *International Journal of Nursing Studies*, 90, 31–45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.10.005>

Pineros-Leano, M., Yao, L., Yousuf, A. y Oliveira, G. (2021). Depressive Symptoms and Emotional Distress of Transnational Mothers: A Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 182. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.574100>

Priebe, S., Matanov, A., Barros, H., Canavan, R., Gabor, E., Greacen, T., Holcnerova, P., Kluge, U., Nicaise, P., Moskalewicz, J., Diaz-Olalla, J. M., Strassmayr, C., Schene, A. H., Soares, J. J. F., Tulloch, S. y Gaddini, A. (2013). Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: Findings from the PROMO study. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 97–103. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr214>

Quesada, J., Hart, L. K. y Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical anthropology*, 30(4), 339–362. doi: 10.1080/01459740.2011.576725. PMID: 21777121; PMCID: PMC3146033.

Razmilic, S. (2019). Inmigración, vivienda y territorio. En Aninat, I y Vergara, R (Eds.) *Inmigración en Chile Una mirada multidimensional* (pp. 101-148). Centro de estudios públicos.

Rodríguez-Torrent, J. C. y Gissi-Barbieri, N. (2021). Migración haitiana en Chile 2020: barreras a la incorporación social, arraigo cuestionado y re-emigraciones. *Campos en Ciencias Sociales*, 9(2).
<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/campos/article/view/7122>

Rojas Pedemonte, N., Amode, N. y Vásquez Rencoret, J. (2015). Racismo y matrices de inclusión; de la migración haitiana en Chile: Elementos conceptuales y contextuales para la discusión. *Polis*, 14(42), 217-245. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682015000300011>

Russo, A., Lewis, B., Joyce, A., Crockett, B. y Luchters, S. (2015). A qualitative exploration of the emotional wellbeing and support needs of new mothers from Afghanistan living in Melbourne, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0631-z>

Sadler, M. y Carreño, A. (2020). Distressed caregivers or criminals? Stories of precarity and perceived maternal neglect in Chile. En: B. Martin y M. Parr (Eds.), *Writing Mothers Narrative acts of care, redemption and transformation*, (pp. 127-140). Demeter Press.

Sepúlveda, C. y Cabieses, B. (2019). Rol del Facilitador Intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: Perspectivas de cuatro grupos de actores clave. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 592-600. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4683>

Stewart, D. E., Gagnon, A. J., Merry, L. A. y Dennis, C.-L. (2012). Risk Factors and Health Profiles of Recent Migrant Women Who Experienced Violence Associated with Pregnancy. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 10, 1100-1106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3466920/>

Taliani, S. (2018). Sometimes I feel like a motherless child: Nigerian migration, race memories and the decolonization of motherhood. En Gualtieri C. (Ed.), *Migration and the Contemporary Mediterranean*, s/p. Peter Lang. <https://www.peterlang.com/view/9781787073531/xhtml/chapter06.xhtml>

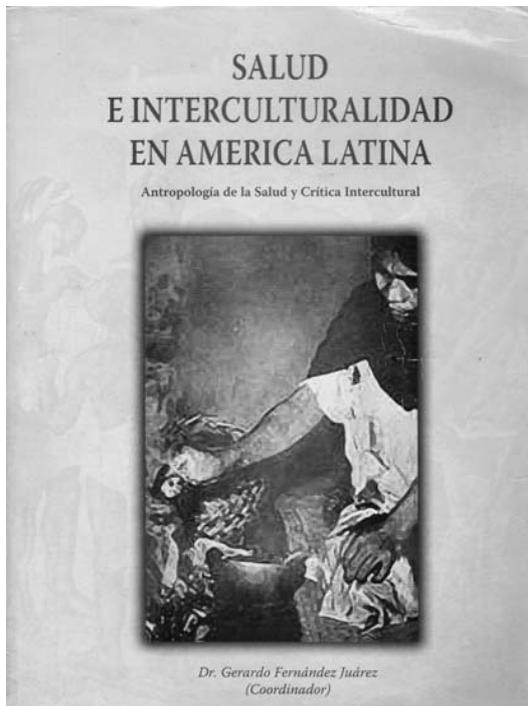
Tijoux, M. E. y Palominos Mandiola, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis*, 42, 1-25. <http://journals.openedition.org/polis/11351>.

Torre, J., Coll, C., Coloma, M., Martín, J. I., Padrón, E. y González González, N. L. (2006). Control de gestación en inmigrantes. En *Anales del sistema sanitario de Navarra*, Vol. 29, (pp. 49-61). Gobierno de Navarra-Departamento de Salud.



Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural
Gerardo Fernández Juárez (Coordinador). Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Ediciones Abya-Yala, 2006, pp. 450, Quito.

Comentado por Carmen Beatriz Loza¹



La aparición de la antología *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural* ha sido una nueva hazaña de corte académico por la que hay que felicitarle, antes que a nadie, al coordinador español Gerardo Fernández Juárez, a los treinta y seis colaboradores europeos y latinoamericanos, quienes ofrecieron información, novedosas reflexiones críticas y variadas aproximaciones metodológicas acerca del nuevo paradigma: la interculturalidad y sus posibles aplicaciones en el ámbito de la salud¹. Tal obviedad es aparente, pues cualquiera que haya ojeado el volumen de gran formato y ahondado en cada uno de los veintiocho artículos se da cuenta del esfuerzo de agrupar una narrativa heterogénea y desigual. En efecto, no toda la información pertenece a académicos del medio universitario, como es el grupo de antropólogos de la Universidad Castilla-La Mancha decididos a “evitar malentendidos en la aplicación de políticas interculturales de salud en Latinoamérica, particularmente Bolivia” (Fernández Juárez 2006a:11).

También se incorpora la narrativa de los gestores de las políticas públicas en interculturalidad y salud que se aplican actualmente en Bolivia, aunque no lo explicitan ni lo justifican en la presentación, lo cual se debió mencionar porque permitiría al lector leer con mayor precaución sus argumentos considerando el lugar de enunciación, escurrirse en el manejo de la información y la construcción de su narrativa a lo largo de un libro (p.ej. Baxeiras Divar 2006; Zalles Asin 2006). La diversidad de temas abordados y perspectivas metodológicas y teóricas empleadas por los autores se justifica en el destinatario, aunque el mismo debería ser universal; el libro está consignado a: “servir de reflexión a los cuadros formativos y a los alumnos (médicos, enfermeras y trabajadores sociales, especialmente) de los diferentes cursos y especialidades que de esta temática están en pleno desarrollo en los medios académicos de América Latina” (Fernández Juárez 2006a:12).

A partir de tres grandes ejes se organizan las treinta y seis contribuciones de esta voluminosa antología. El primer eje, dedicado a la dimensión teórica de la interculturalidad aplicada a la salud; el segundo eje centrado en los procesos interculturales producidos en contextos migratorios en España con énfasis en la política sanitaria y, finalmente, el tercer eje destinado a recuperar relatos etnográficos sobre concepciones de salud, enfermedad, así como su relación con procedimientos asistenciales y terapias biomédicas. En efecto, un importante grupo de textos tratan acerca de la llamada “medicina intercultural” planteada a la luz de la historia del manejo categorial institucional internacional y de las políticas públicas que se plantean a nivel mundial (Knipper 2006). En realidad este texto es central porque nos diseña el escenario donde se plantean los ejes temáticos de la interculturalidad que son desarrollados a lo largo de los artículos temáticos. Así, se reflexiona acerca del pluralismo médico porque “no habría corrido pareja con su importancia real en la población desde diversas entradas”, razón por la cual se reflexiona sobre los modelos de estudio del pluralismo asistencial (Perdiguero 2006). De manera complementaria, por ejemplo, se ahonda en la interculturalidad en tanto que noción en construcción en América Latina remontando a sus orígenes en una perspectiva antropológica (Menéndez 2006), mientras que una pluralidad de textos, a su manera, aportan casos específicos y ahondan en una vasta información etnográfica recogida en diversos espacios de América Latina.

¹ Directora de Investigación del INBOMETRAKA, La Paz, Bolivia. lozaquipu@yahoo.es, cbloza@gmail.com

En esa línea, uno de los temas candentes es la migración latinoamericana hacia Europa, siendo abordado desde la perspectiva de la salud, más precisamente desde un ángulo denominado “mito del encuentro”, a partir del cual se evalúan las consultas de los migrantes en el marco del sistema de salud español y destacando las “aportaciones” al mencionado sistema (Uribe 2006). Junto con éste, quizá uno de los textos más atractivos y novedosos, por su construcción narrativa, sea el dedicado al envío de medicamentos en familias inmigrantes ecuatorianas. A partir del mismo se puede comprender la articulación existente entre la medicina pública/medicina privada/sistema de salud español/sistema de salud ecuatoriano, este último mucho más cercano a los inmigrantes de acuerdo a sus criterios valorativos (Meñaca 2006). Desde otro ángulo, más bien jurídico, se compulsa el cumplimiento de la Ley 14/1986 sobre el Sistema Nacional de Salud Español, a través del punteo de las dificultades que viven los inmigrantes para acceder al mismo (Caramés García 2006). Completando todo lo anterior, se realiza un balance agudo sobre la inmigración en la literatura biomédica en España mostrando un verdadero “diagnóstico” de sensibilidad a la diversidad cultural del que resalta el vocabulario (Gijón Sánchez et al. 2006).

Uno de los temas emblemáticos del libro es la operacionalización de la interculturalidad a través de la adecuación de los hospitales, incorporando a los establecimientos de atención a los médicos tradicionales con el propósito de alcanzar mayores coberturas. De ahí la visión global desde su origen hasta el funcionamiento del hospital intercultural de Curva presentado en detalle (Baxeiras Divar 2006; Callahan 2006; González Guardiola 2006). Justamente este tema sirve de entrada para ilustrar los desencuentros que se suceden en los hospitales en el proceso de articulación de las dos medicinas (Fernández Juárez 2006b).

Un importante tema es el de los vendedores de salud en Iberoamérica desde una perspectiva comparativa entre Perú, Bolivia y México (Rodríguez González 2006). En esta línea de contrastar información se presenta un balance de los procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas entre Bolivia y México (Campos Navarro 2006), contribución que se complementa con una presentación acerca de la exclusión de los médicos tradicionales, naturistas y otros desde más antiguo (Zalles Asin 2006).

Del conjunto de artículos resalta aquel abogado a la construcción de la interculturalidad para hacer notar que fue construida y aplicada sin todos sus agentes sociales (Ramírez Hita 2006). De tal suerte que este texto es significativo porque interpela a su manera a las contribuciones que de una u otra manera exaltan la interculturalidad en el campo de la salud ofreciendo algunos ejemplos. Justamente por ello vale la pena profundizar en algunos puntos de la antología y aclarar algunas informaciones, porque se trata de un libro de formación destinado a los “diferentes cursos y especialidades” en

salud intercultural. Empecemos señalando que para realizar un análisis de las políticas públicas en salud abordando la implementación de la interculturalidad es esencial una contextualización y confrontación de la información recurriendo a una diversidad de fuentes y una pluralidad de voces, incluidas aquellas que están en desacuerdo acerca de la manera vertical con la que se aplican actualmente la interculturalidad en salud en Bolivia. Este procedimiento metodológico, por ejemplo, está ausente en la contribución del biomédico y antropólogo mexicano Roberto Campos Navarro (2006) acerca de la legalización e interculturalidad de las medicinas indígenas de México y Bolivia entre 1996 y 2006. El análisis de este tema a lo largo de un decenio requiere de una reflexión, a partir de diversas escalas, fuentes y entradas, pues solo así es posible aclarar las dinámicas sociopolíticas que han permitido el afianzamiento de interculturalidad como política de Estado. Tomar en cuenta estos elementos le habría ahorrado al autor comunicar una visión triunfalista acerca de la implementación de la interculturalidad en salud durante el postneoliberalismo, uno de los períodos de la historia boliviana más controversial, justamente de mayor desestructuración y debilitamiento del Estado. Al mismo tiempo, le habría permitido ser más objetivo para dar cuenta de las causas de la “fragmentación” de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (en adelante, SOBOMETRA), la institución más antigua de América Latina en su género, pero también la aglutinadora de mayor pluralidad y diversidad de los terapeutas en el país. Podemos afirmar que existe una multiplicidad de factores, tanto internos como externos, para que se haya producido tal fenómeno. De hecho, ese proceso no es exclusivo de SOBOMETRA, sino que también es muy frecuente en los partidos políticos y la institucionalidad boliviana en general. Por ejemplo, a nivel interno Campos Navarro no menciona la intervención directa de miembros de la Sociedad que pertenecen a diversas asociaciones religiosas no católicas, empeñadas en desterrar del seno de SOBOMETRA a los médicos y herbolarios Kallawayas Amawt’as y Yatiris, acusados de brujos. La tensión confesional en el seno de SOBOMETRA es esencial y debió tomársela en cuenta en sus explicaciones. Más aún, este proceso, que tendría en Santa Cruz su eje articulador, en ningún momento se lo explica como consecuencia del creciente regionalismo en Bolivia, cuya expresión más reciente es el proceso autonómico para dar vida a la llamada “Media Luna”, la cual está conduciendo a una franca confrontación entre bolivianos de oriente y occidente. Asimismo, el autor guarda silencio sobre los factores externos directamente relacionados con la burocracia biomédica conservadora empeñada en eliminar a SOBOMETRA del escenario nacional. Se olvida de mencionar que la llamada “burocracia biomédica-interculturalista” se reorganizó en torno a valores tan conservadores que al ver reconocida la medicina tradicional como parte del Sistema Único de Salud boliviano, es la encargada de controlar gran parte

de las dependencias y programas dedicados a la interculturalidad que financia la Cooperación Internacional, influyendo en la disgregación de las instituciones de terapeutas tradicionales para que no cuestionen su gestión pública. De igual manera, se entremete en la nominación de Viceministros de Medicina Tradicional e Interculturalidad sin dar paso a los legítimos terapeutas tradicionales para que puedan planificar y decidir sobre su materia. Téngase presente que se ha llegado al extremo de que un biomédico, un enfermero y muchos naturistas con adscripción confesional han llegado a esa cartera de Estado. La ausencia de referencias sobre el tema es posible que se deba a la consulta exclusiva de fuentes producidas por el Ministerio de Salud y Deportes o la Cooperación Internacional (española e italiana); sin duda que la compulsión y la complementación con otras fuentes y bibliografía le habría dado la posibilidad de acceder a nuevos datos, menos sesgados, que le habrían ayudado a matizar la visión triunfalista acerca de la aplicación de una política intercultural en salud en Bolivia. Téngase presente que desde la perspectiva de algunos autores el concepto de interculturalidad en este país no deja de ser un concepto importado “que no ha influido en mejorar la calidad de atención, en negociar la calidad de atención en los centros [de salud] y los hospitales y en producir cambios epidemiológicos” (cf. Loza 2008; Ramírez Hita 2008:60).

El problema en el manejo de las fuentes en otras contribuciones de la obra también es evidente en el texto del biomédico español José Luis Baxeiras Divar (2006), quien como funcionario de la Cooperación Española en América Latina elabora una narrativa compleja acerca de un programa del cual es gestor, pero sin mencionarlo. Este dato es clave, sin duda, para comprender la estructura de su texto que presenta la *Relación de la medicina Kallawayana con el Sistema de Salud Público en San Pedro de Curva*. De acuerdo con Baxeiras Divar, esta relación sería excepcional porque estaría cimentada en la voluntad

de los Kallawayas de trabajar en el hospital. Empero, los artículos dedicados al mismo terreno –incorporados en la antología– dan cuenta de una diversidad de problemas estructurales que matizan la imagen ofrecida por este autor (cf. Callahan 2006).

De manera específica, cuando realiza la declaratoria de la cosmovisión Kallawayana como Obra Maestra del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad (UNESCO 2003), desarrolla una relación del evento que no condice con lo sucedido en ese proceso ampliamente documentado con fuentes de archivo (cf. Loza 2004). Por ejemplo, altera los nombres de los personajes Kallawayas y bolivianos que elaboraron la carpeta de postulación a la UNESCO, incorporando a Toribio Tapia Valencia, quien no tomó parte en ninguna etapa de ese proceso, como lo muestran los archivos bolivianos, parisinos y las publicaciones internacionales disponibles sobre el tema (Baxeiras Divar 2006:45). Dilucidar este tipo de datos no es banal, pues fueron los Kallawayas Walter Álvarez Quispe, Víctor Quina y Juan Vila (†) los que han jugado un rol esencial para dar visibilidad a su pueblo a nivel mundial.

En suma, el libro habría ganado con una síntesis final contrastando los enfoques, los datos y las metodologías utilizadas por los treinta y seis autores a partir de los tres ejes de reflexión planteados. Tal síntesis era también necesaria porque la construcción de la interculturalidad en algunos países no es un proceso armónico, lineal y consensado. Se trata de un proceso que está tensionando las entrañas de las sociedades donde se están reforzando relaciones de dominación, gracias a la cooptación del poder, las instituciones y los recursos económicos por parte de los biomédicos aliados con los naturistas que se están encargando de la salud intercultural (cf. Loza 2008). Es decir, estos grupos están marginando a los terapeutas tradicionales en la toma de decisiones en las políticas públicas de salud intercultural. Actualmente, Bolivia es la mejor ilustración en los países andinos.

Referencias Citadas

Baxeiras Divar, J.L.

2006 Salud intercultural. Relación de la medicina Kallawayana con el sistema de salud pública en San Pedro de Curva. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez por pp. 271-287. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Callahan, M.

2006 El hospital Kallawayana “Shoquena Husi” de Curva: un experimento en salud intercultural. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández

Juárez, pp. 289-303. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Campos Navarro, R.

2006 Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, editado por G. Fernández Juárez, pp. 373-388. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Caramés García, M.T.

2006 Salud e Interculturalidad: Reflexiones en torno a un caso. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 109-114. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Fernández Juárez, G., coordinador

2006a Un teléfono de urgencias y... casi perder la fe. A modo de presentación. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 9-13. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

2006b "Al hospital van los que mueren": desencuentros en salud intercultural en los Andes Bolivianos. En *Salud e Interculturalidad en América Latina: Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 317-336. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Gijón Sánchez, M.T., M.L. Jiménez Rodrigo y E. Martínez Morante

2006 Más allá de la diferencia tras el cristal de la diversidad. La "inmigración" en la literatura biomédica. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 115-132. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

González Guardiola, A.

2006 Y sin embargo son ellas las que más hacen por la "Salud Intercultural". En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 305-315. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Knipper, M.

2006 El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 413-432. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Loza, C.B.

2004 *Kallawayá. Reconocimiento mundial a una ciencia de los Andes*. UNESCO, Viceministerio de Cultura & Fundación del Banco Central de Bolivia, La Paz.

2008 *El Laberinto de la Curación. Itinerarios Terapéuticos en las Ciudades de La Paz y El Alto*. Instituto Superior Andino de Teología, La Paz.

Menéndez, E.L.

2006 Interculturalidad, "diferencias" y Antropología "at home": algunas cuestiones metodológicas. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 51-66. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Meñaca, A.

2006 La "multiculturalidad" de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 93-108. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Perdiguero, E.

2006 Una reflexión sobre el pluralismo médico. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 33-49. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Ramírez Hita, S.

2006 La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud intercultural en Bolivia. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 405-412. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

2008 Calidad de Atención en Salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara en el altiplano boliviano. OPS/OMS, La Paz.

Rodríguez González, A.

2006 Un aspecto de la sanidad americana del Antiguo Régimen. Las antiguas boticas coloniales del ámbito de Charcas. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 337-348. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Uribe, J.M.

2006 Migraciones y salud - Préstamos de ida y vuelta. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 83-92. Ediciones Abya-Yala, Agencia

Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Zalles Asin, J.

2006 Bolivia un ejemplo de mutua exclusión cultural en salud con dramáticas consecuencias: un desafío que no puede

esperar. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 389-404. Ediciones Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Quito.

Nota

¹ El 2004 Gerardo Fernández Juárez coordinó *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Editorial: Ediciones Abya-Yala (Quito-Ecuador); Agencia

BOLHISPANA (La Paz-Bolivia) y Universidad de Castilla-La Mancha (Ciudad Real-España).