



Salud intercultural de pueblos originarios y migrantes

Una perspectiva crítica
desde Tarapacá

Nanette Liberona Concha
Carlos Piñones Rivera

E T H N O G R A P H I C A

Referatos:

Comité Editorial y fue sometido al sistema de referato externo, ciego y por pares

Este libro fue realizado en el marco del proyecto de investigación UTA Mayor 6733-21, "Refugio en Chile y densidad del tránsito: producción de corporalidades e impacto en la salud de los cuerpos en movilidad". Agradecemos a la Universidad de Tarapacá por su apoyo al desarrollo de la investigación en regiones extremas del país. También Carlos Piñones Rivera agradece al Fondecyt de Iniciación 11230358 "Sarnaqaña: Movilidad, economía y ritualidad del saber médico andino en el extremo norte de Chile".

Avaless institucionales:

Centre Enseignement et Recherche en Ethnologie Amérindienne
du Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie Comparative
del Centre National de la Recherche Scientifique (EREA-CNRS)

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

International Work Group for Indigenous Affairs (IWGIA)



Salud intercultural de pueblos originarios y migrantes

Una perspectiva crítica
desde Tarapacá

Nanette Liberona Concha
Carlos Piñones Rivera

E T H N O G R A P H I C A

Dirección Colección
Floencia Tola
Antropóloga, Investigadora Principal del CONICET

Dirección Editorial
Pablo José Rey
Asociación Civil Rumbo Sur
www.rumbosur.org
rumbosurong@gmail.com

Contacto
ethnographiccoleccion@gmail.com
www.rumbosur.org/ethnographica

Primera edición 2025.
Diseño de colección: Pablo José Rey
Imagen de portada: *Ofrenda ritual del Mercado de las Brujas de La Paz*, fotografía de Carlos Piñones Rivera

Liberona Concha, Nanette

Salud intercultural de pueblos originarios y migrantes : una perspectiva crítica desde Tarapacá / Nanette Liberona Concha ; Carlos Piñones Rivera.
- 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asociación Civil Rumbo Sur, 2025.
338 p. ; 22 x 15 cm. - (Ethnographica / Floencia Tola ; 11)

ISBN 978-987-4474-60-5

1. Acceso a la Salud. 2. Antropología. 3. Chile. I. Piñones Rivera, Carlos II.
Título
CDD 361.02

E T H N O G R A P H I C A

Comité Científico

Guillaume Boccara
Antropólogo, Investigador del CNRS,
Ecole des hautes études en sciences sociales (CERMA)

Philippe Descola
Antropólogo, Investigador del CNRS,
Laboratoire d'anthropologie sociale

Arturo Escobar
Antropólogo,
University of North Carolina, Chapel Hill

Rosana Guber
Antropóloga, Investigadora del CONICET

Guillermo Mengoni
Arqueólogo, Investigador del CONICET,
Universidad de Buenos Aires

Cristina Messineo
Linguista, Investigadora del CONICET,
Universidad de Buenos Aires

Mariela Eva Rodríguez
Antropóloga, Investigadora del CONICET,
Universidad de Buenos Aires

Alexandre Surrallés
Antropólogo, Investigador del CNRS,
Laboratoire d'anthropologie sociale

Marnio Texeira-Pinto
Antropólogo,
Universidade Federal de Santa Catarina

Valentina Vapnarsky
Linguista, Investigador del CNRS,
Centro EREA del LESC

Aparecida Vilça
Antropóloga, Museo Nacional
de la Universidade Federal de Rio de Janeiro

Eduardo Viveiros de Castro
Antropólogo, Museo Nacional
de la Universidade Federal de Rio de Janeiro

Pablo Wright
Antropólogo, Investigador del CONICET,
Universidad de Buenos Aires

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
INTRODUCCIÓN	9
PRIMERA PARTE	
<i>Apuestas teóricas</i>	19
Capítulo 1. De la alterización a la discriminación en un sistema de salud público en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile	25
Capítulo 2. Pacientes ilegítimos. Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile	41
Capítulo 3. El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación. La Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno	59
Capítulo 4. Perspectivas teóricas sobre salud y migración: determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural	77
Capítulo 5. Itinerarios terapéuticos transfronterizos: hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana transfronteriza	99
Capítulo 6. Entre ferias, curanderos y remedios. La red asistencial popular andina en el espacio transfronterizo del norte de Chile	123
Capítulo 7. Migrantes indígenas fronterizos y políticas de (in)movilidad en Chile en tiempos de COVID	149

SEGUNDA PARTE

Propuestas metodológicas 175

Capítulo 8. Una propuesta metodológica corporal para el estudio de la migración clandestina desde la antropología 181

Capítulo 9. Más allá de la sala de clases. El desarrollo de competencias estructurales colectivas en el activismo pro migrante 199

Capítulo 10. Supuestos ideológicos de la Política de salud de migrantes internacionales de Chile. Un análisis crítico de discurso 223

TERCERA PARTE

Problemáticas de salud intercultural en la región de Tarapacá 245

Capítulo 11. Diagnóstico de salud de la población migrante venezolana irregularizada en Iquique 251

Capítulo 12. La densidad del tránsito en la producción de nuevas corporalidades de caminantes en búsqueda de refugio 271

Capítulo 13. Derecho a la salud desde el paradigma de investigación indígena: Vulneración de derechos de una warmi sabedora aymara en la región de Tarapacá, Chile 295

CUARTA PARTE

¿Qué hacer? 315

Capítulo 14. Hacia una propuesta teórica de salud intercultural crítica 317

Capítulo 15. Síntesis de propuestas metodológicas 329

PRÓLOGO

Ciencia solidaria, ternura y resistencia emancipadora

Jaime Breilh

La aparición de un nuevo libro que defiende la vida, los derechos humanos y los de la naturaleza en este paradójico siglo XXI es, por sí sola, una buena noticia: un motivo de celebración y una invitación a la reflexión seria.

Pero si, además, este libro no surge de una oportunidad académica fortuita, sino que es fruto de muchos años de investigación rigurosa y de un compromiso ético y político de sus autores con su pueblo, entonces estamos ante una obra que merece ser leída con respeto, profundidad y esperanza.

Tal es el caso de este potente ensayo científico que tengo el honor de prologar: Una perspectiva crítica de salud intercultural de pueblos originarios y migrantes desde Tarapacá, producido por Nanette Liberona Concha y Carlos Piñones Rivera, profesores de la Universidad de Tarapacá, en Chile. Una obra significativa, tejida con los hilos firmes de la experiencia, el pensamiento crítico y el vínculo genuino con las comunidades.

Por fortuna, no sólo conozco el valioso trabajo académico de Carlos y Nanette, sino que he tenido la oportunidad de atestiguar de manera directa la relevancia de sus aportes en la Escuela Abierta de Salud Pública de Temuco, en territorio mapuche. Allí, como en muchas otras regiones de América Latina, se libra una doble lucha: por un lado, la defensa de la territorialidad y los derechos ancestrales de los pueblos originarios; por otro, la lucha por los derechos humanos de una población migrante empobrecida y despojada, expulsada de sus países por la misma maquinaria de poder que, mientras acumula riqueza privada, arrasa con los modos de vida de quienes no le resultan “útiles”.

Estamos ante una obra que investiga y documenta la vida en medio de las crisis múltiples que nos atraviesan, frente al choque brutal entre la codicia desvergonzada de los operadores del poder y la digna resistencia de los pueblos. Pero también es el testimonio vivo de una pareja de científicos que, además de construir una vida familiar amorosa para sus hijas, han elegido reencontrarse en la defensa de una vida digna para todas y todos. En esta América del Sur herida, donde la riqueza y los talentos de los pueblos luchan por expresarse frente a un neoliberalismo que empobrece, margina y pretende incluso expropiar los sueños.

La obra comienza con una introducción lúcida que sitúa con precisión los temas urgentes del debate sobre salud intercultural y salud migrante. Dos campos de estudio relacionados, pero históricamente diferenciados, que suelen ser tratados de manera separada. Carlos y Nanette optan, desde el inicio, por tomar distancia del pensamiento hegemónico que concibe la “interculturalidad” como una noción domesticada, ligada a un enfoque funcionalista de los “determinantes sociales de la salud” y una visión lineal y jurídica de los derechos humanos.

Desde sus primeras páginas, el libro anuncia una apuesta emancipadora. Los cuatro bloques que lo componen reúnen artículos científicos de gran valor, articulados con coherencia conceptual y metodológica, y trabajados con cuidado para formar un todo.

La primera parte nos ofrece claves teóricas fundamentales para repensar la salud intercultural y migrante desde una antropología de la salud que se libera del pensamiento cartesiano y del funcionalismo. Allí se expone cómo la narrativa dominante ha construido una imagen aparente y domesticada de los pueblos, ocultando su subordinación múltiple, e instrumentalizando sus derechos desde políticas que ignoran la historia, el conflicto y la dimensión transformadora de la praxis.

La segunda parte toca un punto neurálgico: la necesidad de desaprender los conceptos y herramientas heredadas de la antropología médica tradicional. Aquí se muestra cómo muchas veces la evidencia académica está descontextualizada, fragmentada, individualizada, y desvinculada del análisis de poder. Se destaca un capítulo sobre competencias estructurales en el activismo pro-migrante, fundamental no sólo para el trabajo institucional, sino también para una lucha ética por la salud intercultural como derecho y no como favor.

La tercera parte se adentra en el territorio específico de la región de Tarapacá, donde se estudian tres dimensiones: las consecuencias de la irregularización migratoria de venezolanos; el impacto del tránsito poblacional en la corporalidad de los migrantes; y, finalmente, el paradigma indígena aymara de salud, mostrando cómo sus saberes han sido vulnerados epistémicamente. Esta parte representa una valiosa contribución a la salud colectiva y a la epidemiología crítica latinoamericana, y enriquece lo que he llamado metodología metacrítica.

La cuarta parte cierra con una síntesis profunda que orienta el quehacer en salud intercultural crítica. No se trata sólo de pensar distinto, sino de actuar

distinto. La obra propone una epistemología arraigada en la experiencia vivida, en la acción comunitaria, en el respeto al otro y en la búsqueda de horizontes emancipadores.

En mi más reciente libro (Breilh, 2023), he planteado la necesidad de romper con la epistemología positivista y monocultural que limita a la epidemiología convencional, proponiendo una integración metacrítica entre pensamiento académico crítico y saberes populares. En esa línea, me inspiran figuras como Catherine Walsh, quien define la interculturalidad como un proceso histórico de negociación entre racionalidades y formas de vida diversas (Walsh, 2009), y Boaventura de Sousa Santos, quien propone una ecología de saberes que confronta el carácter colonial, patriarcal y capitalista del conocimiento hegemónico.

Por eso, afirmo que este libro no es solamente una contribución valiosa en términos conceptuales, sino también una propuesta metodológica potente, con vocación transformadora. Sus enseñanzas nos ayudan a construir herramientas para una praxis humanista, crítica y liberadora.

Carlos y Nanette han escrito desde la práctica. Su obra es una demostración de que no basta con enunciar el tema: hay que vivirlo, construirlo con las comunidades, alejarse de las fórmulas tecnocráticas que diluyen los derechos en protocolos. Este libro nos recuerda que no hay salud intercultural sin justicia social, sin dignidad, sin amor por la vida.

Estoy convencido de que esta obra encontrará eco en quienes buscan construir un mundo más justo y solidario. En quienes saben que la ciencia también puede ser un acto de ternura, y que el pensamiento crítico es, en el fondo, una forma efectiva de consolidar un sistema de salud efectivo y una política de interculturalidad profundamente preventiva respecto a los procesos malsanos de nuestra sociedad. Base para el impulso de una promoción de los valores y procesos saludables que cuida y nutre la salud colectiva como la hemos entendido en el Sur.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Breilh Paz y Miño, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.

Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, estado, sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Quito: Ediciones Abya-Yala.

INTRODUCCIÓN

La discusión sobre la salud intercultural es antigua en Chile y surge en relación con la salud de los pueblos originarios. Hoy en día incluye también la salud migrante. El campo de la salud intercultural integra, por lo tanto, dos campos que en distintos momentos históricos y en distintos contextos han sido tratados de manera diferencial. En países como Francia, por ejemplo, existen políticas específicas sobre la salud de los migrantes, pero no así respecto de los pueblos originarios. En Canadá existe un *First Nations and Inuit home and community care program* y no existe un programa específico destinado a la salud de migrantes. En ninguno de ambos países existen políticas de salud intercultural. No podemos ahora entrar en los motivos para esto. Solo nos interesa constatar que el campo de la salud intercultural como se está desarrollando en Chile y en otros países hace confluír el abordaje de la alteridad dentro de un único dispositivo que, si bien tiene sus especificidades, comparte una ideología básica.

El libro que aquí introducimos no exalta la interculturalidad, no utiliza el lenguaje de los determinantes sociales y no deposita sus esperanzas en que la salud de indígenas y migrantes pueda descansar en un enfoque de derechos humanos. Para entender esta anomalía habría que revisar, aunque sea brevemente, cuáles han sido los itinerarios que han ido marcando y definiendo su especificidad.

Este es un texto que reúne varios artículos científicos que ya han sido publicados en revistas de renombre nacional (en Chile) o internacional y unos pocos capítulos inéditos. Los artículos publicados han pasado todos por la evaluación críti-

ca de pares de la comunidad científica, pero por distintas razones (barreras lingüísticas, económicas, geopolíticas, ideológicas, etc.) no han alcanzado un público más amplio que sí puede estar interesado por estas temáticas.

La producción que aquí ponemos a disposición recoge distintas perspectivas críticas que muchas veces no dialogan entre sí. Algunas, como la antropología médica crítica latinoamericana o la epidemiología crítica han sido ampliamente difundidas en nuestros territorios, como parte de las luchas políticas por una salud colectiva. Otras, como la vulnerabilidad estructural de origen anglófono, han tenido escasa difusión en nuestros contextos.

Su encadenamiento ha sido resultado de una historia, de la cual hemos sido parte, y que no coincide con las trayectorias de las perspectivas hegemónicas en salud. Por eso, un breve recorrido histórico nos permitirá ir mostrando en qué contextos dichos planteamientos han sido relevantes y pasaron a formar parte de nuestro acervo.

Un punto de partida importante de estos trabajos en la primera década de los 2000 ha sido la Antropología Médica Crítica (sobre todo de Eduardo Menéndez) y la Medicina Social latinoamericana (Jaime Breilh, Mario Testa, Naomar Almeida Filho, entre los más importantes). Esta ha sido la base de una importante contribución realizada en el norte de Chile, por parte del Equipo de Investigación en Salud Intercultural, hoy Equipo de Trabajo e Investigación en Salud Colectiva (ETISC) liderado por Vivian Gavilán. Uno de sus proyectos, del cual Carlos Piñones fue parte cuando recién se iniciaba en la investigación, se propuso visibilizar el pluralismo médico existente en la región de Tarapacá y el valor que tiene la contribución del saber médico andino en el cuidado de la salud de la región.

Si bien para el equipo era importante ingresar en la discusión sobre la interculturalidad, entendimos que debía abordarse desde una crítica a la culturalización de la problemática, lo que nos llevó a relevar los aspectos estructurales presentes en el campo de la salud intercultural. Por lo mismo, las contribuciones críticas invaluable de Eduardo Menéndez sobre las relaciones de Hegemonía/Subalternidad entre los saberes médicos, así como de la Medicina Social Latinoamericana, por ejemplo, la propuesta de interculturalidad crítica dentro del Paradigma de Determinación Social desarrollado por Jaime Breilh, fueron claves para distanciarnos de la mirada hegemónica en la Salud Intercultural y buscar el desarrollo de aproximaciones propias. Por cierto, también el lente crítico foucaultiano de la Etnogobernamentalidad, constituyó un insumo importante, aunque más en la reflexión que en la escritura. Asimismo fueron fundamentales las críticas de Charles Hale (2002), Héctor Díaz Polanco (2007) y Guillaume Boccara (2007), quienes desde distintos contextos y marcos analíticos problematizaron el multiculturalismo neoliberal.

La posibilidad de desarrollar estudios doctorales en la Universitat Rovira i Virgili (Catalunya), y llevar a cabo una tesis sobre el pluralismo médico en Camiña (Región de Tarapacá), nos permitió desarrollar una perspectiva muy inspirada en el

análisis del pluralismo médico gramsciano de Eduardo Menéndez, que nos condujo a analizar las articulaciones de los saberes médicos, así como las relaciones de Hegemonía/Subalternidad entre ellos. Pero también a tener una clara noción del rol que el Estado jugaba como instancia legitimadora de dichas relaciones y como productora a su vez de instrumentos ideológicos, como las políticas públicas.

Esto nos llevó a desarrollar hace una década, una interpretación de las políticas públicas de interculturalidad como un instrumento de subordinación en base a la producción de un imaginario de la horizontalidad. Dicho imaginario invisibiliza las asimetrías de poder y la producción de inequidad propia del neoliberalismo, a la vez que desarrolla discursos (incluyendo políticas públicas) basadas en la idea de participación, equidad y diversidad cultural. Y al hacerlo, funciona como una herramienta que sirve a la reproducción del neoliberalismo a través de una culturización, etnicización y folklorización de la salud de los pueblos originarios.

Todos estos análisis los realizábamos mientras observábamos el avance de proyectos extractivistas en el territorio, lo que nos llevó a evidenciar muy claramente cómo las políticas de salud intercultural, con su discurso de respeto de los derechos indígenas, tenían como reverso no dicho la aprobación de proyectos que destruían sus territorios. Esa misma condición nos llevó a fundar junto con Bárbara Quenaya, Rodrigo Arancibia y Miriam Colque la Cooperativa Apacheta el año 2014.

Por otro lado, hacia el año 2012, la otra autora de este libro, Nanette Liberona enfrentó el abordaje de los problemas de salud en población migrante, desde tres principales fuentes. Por un lado, las teorías de las relaciones interétnicas, trabajadas en el postgrado del laboratorio URMIS de París 7, a partir de la sistematización de las teorías de la etnicidad de Poutignat y Streitt-Fénart; por otro los estudios de Antropología de la Salud francesa (Didier Fassin, Marguerite Cognet); y, en tercer lugar, el vínculo de estas relaciones con el racismo, las relaciones de poder y la alterización que tan clara y sintéticamente presentan Véronique de Rudder, Christian Poirer y Francois Vourc'h (2000), así como Balibar y Wallerstein desde una mirada más estructural. Esto nos permitió comprender que los colectivos migrantes son asociados a identidades étnicas en los contextos de salud -como en la sociedad en general-, desplegándose una serie de relaciones de poder asimétricas entre los servicios de salud y las alteridades que estos representan.

En ese entonces, relacionamos la historia de las relaciones transfronterizas entre Chile y sus países vecinos, como productoras de un “otro” enemigo de la nación. Durante la investigación doctoral realizada en establecimientos de salud de Santiago de Chile, analizamos como el/la paciente migrante era asociado/a, en el espacio clínico de la capital alejada de aquella región fronteriza, al “indio”. El racismo presente en el tratamiento clínico a los y las pacientes migrantes nos llevó a integrar la propuesta de antropología política de la salud de Fassin, quien devela la economía moral de las políticas de salud y migración en Francia, enfocadas en “gobernar los cuerpos de los dominados”, con los trabajos sobre salud intercultural en

Canadá recopilados por Cagnet y Montgomery (2007), en los que se analizan diversas intervenciones que, “a nombre de la cultura”, alterizan a las poblaciones migrantes.

La principal contribución de estos trabajos es la comprensión de que las políticas de salud interculturales, bajo el pretexto de disminuir las discriminaciones, obliga a los llamados grupos minoritarios (migrantes, indígenas) a esforzarse por demostrar su especificidad para enriquecer la diversidad, facilitando su dominación. Esto confluye con los desarrollos sobre el multiculturalismo neoliberal que ya revisamos.

Asimismo, demostramos que una de las principales barreras de la atención en salud de migrantes resulta de que las políticas focalizadas y acuerdos interministeriales no se acompañan de los recursos y/o de la planificación adecuada para su implementación en el nivel ejecutivo-administrativo. De esta manera, los/as pacientes migrantes son vistos/as como una carga para el sistema y no como parte legítima de la comunidad de usuarios/as, por lo que son tratados/as como deudores/as, incumpliendo las normativas que facilitan su acceso a la salud, en sintonía con la gestión neoliberal de la salud.

El siguiente paso en este itinerario fue investigar desde el 2014 las interacciones entre migrantes y nacionales en zonas fronterizas, concretamente en la región de Tarapacá. La lectura de la frontera como productora de una movilidad desigual, debido a su función filtrante, como la ha definido Heyman, fue clave para nuestra comprensión y punto de partida. Es así como nos interesamos en el fenómeno de la migración clandestina y de la irregularización o ilegalización migrante (De Genova, 2002; Álvarez Velasco, 2016), en tanto elementos determinantes de la experiencia migratoria y del impacto en la salud de los cuerpos en movilidad. Asociamos este análisis a la producción de corporalidades nuevas, pues, incorporamos la perspectiva de la antropología del cuerpo, buscando visibilizar violencias silenciadas, como lo expresa Silvia Citro.

Estas aproximaciones teóricas nos exigieron metodologías *ad hoc*, para esto asociamos nuestro activismo en organizaciones y vínculos con dirigentes migrantes de Tarapacá, con quienes afianzamos lazos de amistad y cooperación. En 2017 formalizamos esta alianza, conformando AMPRO Tarapacá (Asamblea Abierta de Migrantes y Promigrantes de Tarapacá), en conjunto con Lorena Zambrano, Angela Popo y Natalia Lantaño. El propósito de esta organización desde sus inicios hasta la actualidad ha sido defender los derechos de las personas migrantes, entre los cuales el derecho a la salud.

Un último eslabón de este armazón ha sido la incorporación desde el 2018 de la propuesta de la Vulnerabilidad Estructural. Como consecuencia lógica del cruce entre ambas trayectorias en el Instituto de Estudios Internacionales en la Universidad Arturo Prat, ese año Carlos Piñones se adjudicó el Fondecyt Postdoctoral Itinerarios Terapéuticos Transfronterizos, que permitió realizar una pasantía con Seth M. Holmes en el *Berkeley Center for Social Medicine*.

Esta última propuesta consolidó varios desarrollos previos, en tanto explícitamente busca la superación del abordaje de la salud migrante desde el culturalismo de los abordajes hegemónicos (por ej. de las “competencias culturales”). Pero también porque supone un esfuerzo de recuperación y diálogo con las propuestas latinoamericanas, especialmente el paradigma de la Determinación Social de Jaime Breilh (Harvey et al., 2022, 2023; Piñones Rivera et al., 2019).

En esos múltiples cruces teóricos críticos, por lo tanto, es en donde se sitúan nuestras contribuciones, producidas por fuera de los espacios hegemónicos de la salud intercultural, desde universidades regionales minimizadas por el centralismo de un país como Chile, en relación directa con organizaciones indígenas y migrantes involucradas en la lucha por sus derechos y desde el esfuerzo por construir un conocimiento situado en el extremo norte de Chile, que asume su carácter transfronterizo, profundamente indígena, transnacional e intercultural.

Esta historia explica una especificidad de nuestra mirada que se plantea críticamente frente a propuestas que forman parte del *mainstream* de la salud intercultural: determinantes sociales en salud, multiculturalismo e interculturalidad (funcional), enfoque de derechos humanos, monismo médico, entre otros.

Considerando lo anterior, este libro es un testimonio de este recorrido intelectual y político; teórico, metodológico y práctico. Primero, recopilamos las contribuciones teóricas que hemos realizado, buscando hacer explícitos los problemas y las líneas argumentativas que los sostienen. Segundo, agrupamos las contribuciones metodológicas que hemos desarrollado, tanto para hacer justicia a los marcos teóricos que adoptamos como a las problemáticas y luchas en las que nos involucramos. Tercero, reunimos distintos informes y diagnósticos que hemos hecho denunciando la violencia estructural ejercida hacia las comunidades indígenas y migrantes, en los que mostramos los impactos directos en la salud. Cuarto, intentaremos responder a la pregunta ¿qué hacer? desde la salud intercultural crítica ante la violencia estructural que se ejerce en nuestros contextos.

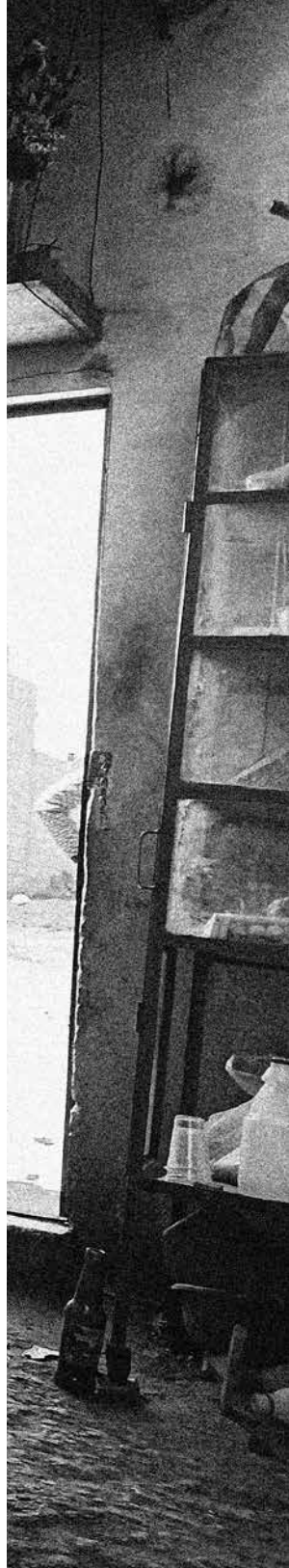
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Velasco, S. (2016). ¿Crisis migratoria contemporánea? Complejizando dos corredores migratorios globales. *Ecuador Debate*, 97, 155-171
- Cagnet, M., & Montgomery, C. (2007). *Éthique de l'altérité: la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Presses Université Laval.
- De Genova, N. (2002). Migrant “illegality” and deportability in everyday life. *Annual Review of Anthropology*, 31(1), 419-447. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.31.040402.085432>
- De Rudder, V., Poirer, C., & Vourc'h, F. (2000). *L'inégalité raciste: l'universalité républicaine à l'épreuve*. Presses Universitaires de France (PUF).



PRIMERA PARTE

Apuestas teóricas



En este primer apartado presentamos nuestros desarrollos conceptuales y análisis críticos. Comenzamos con dos artículos que desde un trabajo empírico nos llevaron a insertarnos en el campo de la salud intercultural migrante, estudiando la realidad de los servicios públicos de salud.

En el texto “De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis” (2012), constatamos que en la primera década de los años 2000 se construyó en Chile una nueva alteridad en el sistema público de salud, a partir de la categoría “usuario migrante”. Ella se establece en el contexto de un sistema de salud “en crisis”, es decir, pauperizado por los procesos de privatización. En este contexto, las personas migrantes encuentran barreras en el acceso a la salud, por situarse en el escalón más bajo de la sociedad, tanto desde el punto de vista económico, como del cultural, generado por la estructura racista. Asimismo, observamos cómo las poblaciones sudamericanas son vistas como enemigas o inferiores, lo que genera discriminaciones específicas.

En 2017 retomamos este análisis en el artículo “Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile” (2017). En él demostramos que la normativa que llama al uso de la “Pertinencia Cultural” en la atención a migrantes, legitima el trato discriminante hacia ellos/as. Esta mirada ha invisibilizado las desigualdades que enfrentan los colectivos alterizados, como, por ejemplo, el mayor empobrecimiento que enfrentan las personas migrantes indocumentadas cuando no tienen otra opción que la salud privada, al negarseles el acceso al sistema

público de salud. Por otra parte, el racismo estructural, lo encontramos no solamente en las barreras de acceso a la salud, sino también a las visas para ciertas poblaciones.

Los tres siguientes artículos se basan en análisis de discurso, ya sea de las políticas de salud intercultural o de los marcos teóricos desde los cuales se abordan.

El artículo “El imaginario de la horizontalidad” (2017) retoma la crítica al multiculturalismo neoliberal para analizar la política de Salud Pueblos Indígenas chilena y denunciar la culturización de los problemas de salud indígena, así como el ocultamiento de la determinación económico-política que el neoliberalismo produce. Los ejes de la política (equidad, participación e interculturalidad), aparecen entonces como resultados de varios procesos: reducción del proceso Salud/Enfermedad/Atención al problema del acceso a la atención de salud; reducción de la autodeterminación a procesos de participación domesticada; y culturización y folklorización de los problemas de salud, que en vez de ser concebidos como problemas relacionados con el modo de producción, precarizador y extractivista, son producidos como problemas culturales relacionados con las formas indígenas de representación de la salud y la enfermedad.

En dicho marco, el enfoque intercultural aparece caracterizado por un imaginario de la horizontalidad, que dificulta el abordaje de las asimetrías de poder entre las comunidades indígenas y el Estado, mostrándose como una herramienta más de subordinación.

En la misma línea de análisis incluimos el artículo “Perspectivas teóricas en migración y salud”, publicado en 2021. Aquí analizamos críticamente los tres abordajes que nos parecen fundamentales respecto de la salud y las migraciones: el enfoque de determinantes sociales; el enfoque del transnacionalismo; y el de la vulnerabilidad estructural. El artículo problematiza el débil rol de lo estructural en las propuestas teóricas de los determinantes sociales, así como del transnacionalismo.

Luego, hay una serie de textos que han buscado abordar los procesos Salud/Enfermedad/Atención poniendo énfasis en las prácticas concretas de los actores, es decir, en lo que tradicionalmente se ha concebido como itinerarios terapéuticos. Como es sabido el concepto de itinerario terapéutico es clave dentro del estudio del pluralismo médico, porque permite visualizar las articulaciones de los distintos saberes médicos a través de las prácticas concretas de los actores.

El estudio de dichos itinerarios terapéuticos en una zona transfronteriza nos llevó a constatar que suponen en buena medida el cruce de fronteras, por lo que acuñamos el concepto de itinerarios terapéuticos transfronterizos (ITT). El concepto deja en evidencia el flagrante soslayo de la movilidad en los estudios sobre pluralismo médico; y el correlativo monismo médico presente en los estudios de movilidad por salud. La propuesta de los ITT buscó subsanar esa doble deficiencia a través de un desarrollo conceptual y metodológico forjado en el intersticio de las teorizaciones sobre el pluralismo médico (Eduardo Menéndez), y el Paradigma de la Movilidad (Alain Tarrius).

La propuesta teórico-metodológica, que aquí reproducimos, fue publicada el año 2020 como “Itinerarios terapéuticos transfronterizos: Hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana transfronteriza”. Este hace un tándem con el artículo “Entre ferias, curanderos y remedios. La red asistencial popular andina en el espacio transfronterizo del norte de Chile” (2022), centrado en la movilidad transfronteriza en el seno del saber médico andino. En este último artículo buscamos mostrar la existencia de un territorio circulatorio, producido por la movilidad de pacientes, especialistas, insumos y conocimientos, ligados al saber médico andino.

La pandemia por COVID, nos llevó a pensar más allá de la movilidad transfronteriza, los procesos correlativos de inmovilidad. Así, el artículo *Indigenous Border Migrants and (Im)Mobility Policies in Chile*, publicado en 2022, ofrece una descripción de dichos procesos de (in)movilidad, analizando su determinación tanto por las políticas vigentes del Estado chileno, como por las notorias ausencias en materia de derecho indígena y migrante, denunciando el impacto material que tienen en el proceso salud/enfermedad/atención de los/las migrantes indígenas. Es la primera vez que publicamos este artículo en castellano.

En otro orden de cosas, nos interesó también el estudio de las múltiples violencias que sufren las personas mientras están desplazándose a través de los corredores que los llevan desde sus países de origen a los de destino. Las dificultades impuestas por el régimen de visados limitan la posibilidad de migrar regularmente, lo que conduce a densos procesos de migración clandestina en tránsito (Liberona, Piñones y Dilla, 2021). Esta forma de racismo estructural repercute en la salud de los colectivos involucrados, pues se enfrentan a múltiples formas de violencia que van deteriorando su estado de salud. Esta reflexión nos llevó a esbozar el concepto de densidad del tránsito, que sería el concepto clave del proyecto que dio origen a este libro, en el que estudiamos la salud de las personas en búsqueda de refugio.

Entendemos el tránsito no como el trayecto entre dos países o la estancia temporal en un país intermedio, sino como una experiencia densa, que consiste en una movilidad irregularizada, que muchas veces recurre al tráfico de migrantes para moverse y concluir un proyecto migratorio. La densidad del tránsito es multidimensional y heterogénea, y se expresa también en el supuesto lugar de destino, a través de los obstáculos para la regularización migratoria. Esta densidad puede apreciarse además en el tránsito entre diferentes categorías migratorias, generando trayectorias multiformes. En el cuarto apartado mostraremos cómo la densidad del tránsito produce un impacto negativo en la salud de las personas en movilidad.

CAPÍTULO I

De la alterización a la discriminación en un sistema de salud público en crisis. Conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile¹

Nanette Liberona Concha

Introducción

A mediados de los años 90, pero sobre todo a partir de la década siguiente, se comienza a hablar en Chile de la llegada de los “inmigrantes”. Este hecho se considera como el resultado del retorno a la democracia y a la imagen de estabilidad política y económica que esto suponía. Los gobiernos de la “Concertación” (coalición política que gobernó entre 1990 y 2010) llaman a este fenómeno migratorio “la nueva inmigración”. En contraposición a la inmigración europea, promovida en el siglo XIX, esta inmigración no es programada y es esencialmente compuesta por originarios de países de América del Sur. Por este motivo hablaremos aquí de “sudamericanos”. En esta nueva ola migratoria, observamos, por una parte, al grupo compuesto mayoritariamente por peruanos, pero también por bolivianos y ecuatorianos, que son los más visibles. Y, por otra parte, a un grupo que busca en Chile una tierra de asilo, como los refugiados colombianos y, en menor medida, africanos y palestinos, entre otros. En nuestro trabajo de campo, encontramos solamente sudamericanos como nuevos usuarios del Sistema Público de Salud, siendo mayoritariamente peruanos. La salud es esencial a la vida y el médico o sanador ocupa tradicionalmente un rol respetado al interior de la sociedad, ya que posee el poder de sanar. Sin embargo,

¹ Publicado originalmente en 2012. “De la alterización a la discriminación en un sistema de salud público en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile”, *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad Arturo Prat, (28), 19-38.

la relación que se establece entre los agentes de salud y los pacientes es siempre asimétrica, convirtiéndola en una problemática de la inmigración, porque la salud se puede requerir en cualquier momento de la vida, también de la vida en inmigración. En los textos legales a nivel internacional se considera la salud como un derecho inalienable para toda persona, sin importar su situación migratoria, pero en la práctica este derecho es sucesivamente vulnerado. Por otra parte, las políticas migratorias influyen significativamente a las políticas adoptadas por las instituciones de salud respecto a estos pacientes. En el caso chileno, la falta de actualización de la política migratoria (aún rige la Ley de 1975) contribuye a la vulneración del derecho a la salud de los trabajadores inmigrantes, ya que prácticamente la ley no considera la inmigración económica.

Revisando la literatura existente vemos que en numerosos estudios realizados en Chile se destaca la vulneración de este derecho (Núñez, Stefoni, 2004; Martínez, Cano, Contrucci, 2009: 38; Informe anual DDHH UDP, 2006: 400, Núñez L. 2011, Tijoux 2011), especialmente en el caso de los inmigrantes “en situación irregular” (Cortez, 2007; Mujica, 2004: 56, Stefoni, 2005: 23). También se mencionan los comportamientos discriminatorios por parte del personal de salud (Núñez N., Torres C., 2007: 22). Estas constataciones nos llevaron a las siguientes interrogantes, que a su vez nos condujeron al trabajo etnográfico y a definir nuestra problemática: ¿Por qué se producen estas discriminaciones?, ¿Por qué los inmigrantes son más discriminados que los demás pacientes?, ¿Cómo son percibidas las poblaciones inmigrantes por el personal de salud?, ¿Cuál es la posición de la institución en relación a estos nuevos usuarios?, ¿Las relaciones de poder en el campo de la salud pueden afectar la salud física y/o la salud mental de los inmigrantes? ¿Las relaciones entre agentes y pacientes son interétnicas?

Es así como la problemática de este artículo está enfocada en el proceso de Alterización vivido por los sudamericanos en el Sistema Público de Salud, que consideramos en crisis, y la discriminación que ahí se produce. Nos referimos al proceso de Alterización como una consecución de hechos e imaginarios que conllevan a la construcción de una alteridad, que en este caso comienza con la construcción del sujeto nacional y con la identificación del “enemigo de la nación”: el ciudadano peruano. Luego, observamos en este caso, que todos los sudamericanos, al formar parte del grupo inmigrante, son percibidos de igual manera por los agentes entrevistados, es decir asociados a la imagen que se tiene de los peruanos⁴. La Alterización supone que el sujeto dominante se otorga el derecho de establecer categorías de personas, situando al otro en la posición que él mismo le asigna. Para ilustrar este proceso, tomaremos el caso específico de las relaciones entre agentes —administrativos y profesionales de la salud— y pacientes inmigrantes, a partir del discurso de los diferentes actores. Además, demostraremos que se trata de relaciones interétnicas, ya que a nuestro parecer el grupo inmigrante vive un proceso de etnicización en el Sistema Público de Salud. Por último, constataremos que se trata igualmente de re-

laciones de poder y destacaremos como se presentan algunas relaciones sociales de clase, de “raza” y de sexo.

¿Por qué hablamos de un sistema de salud en “crisis”?

Al analizar el Sistema de Salud chileno, lo primero que vemos es que existe una desigualdad estructural: la división entre el Sistema público y el privado. Esto puede parecer poco trascendente, sin embargo, al estudiar la historia del Sistema de Salud, distinguimos que en un momento dado de la historia del país, éste sufre una reforma sin revés. Hablamos del proceso de privatización de la salud que ocurre a partir de 1979, con la reestructuración del Servicio Nacional de Salud (SNS) orquestada por Pinochet.

En los años 80 la Salud Pública, institución estatal que contaba con un 3,3% del PIB en 1974, se desmembra, estableciéndose las bases del actual Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS), que recibe menos del 2% del PIB en 1990 (Sepúlveda, 2010). Al mismo tiempo que disminuye su presupuesto; la administración es descentralizada. Por un lado, se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) destinado al financiamiento de la medicina y de los servicios de salud y, por el otro, se transfieren las propiedades y los bienes de la Atención Primaria de Salud a las municipalidades. En cuanto a la Protección Social, con el objetivo de incentivar la privatización, se crea en 1981 el sistema de ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional). Entre 1990 y 1999 se produce un aumento significativo del gasto público en salud, llegando a 2,9% del PIB, hasta alcanzar en 2008 el mismo porcentaje que 34 años antes, pero en condiciones muy diferentes.

FONASA que es un fondo solidario, financiado por el Estado y por el 7% del salario que cotizan los trabajadores afiliados, se hace cargo actualmente de la mayoría de la población (73%) pero esencialmente de las personas pobres y más susceptibles de necesitar atención sanitaria: niños, mujeres y ancianos. Las ISAPRES son entidades privadas, que reciben igualmente un aporte estatal, pero el aporte privado depende del seguro, lo que implica que la mayoría de las veces la cotización sobrepasa el 7% del salario. Por este motivo, las ISAPRES aseguran solamente a un 17% de la población que puede pagar por salud. La municipalización de la salud condujo a que las comunas de mayores ingresos cuenten con establecimientos mejor dotados, pero al mismo tiempo menos solicitados, ya que los habitantes de estas comunas prefieren acceder a la salud privada. Y aquellas comunas de menores ingresos viven una constante falta de recursos y un aumento progresivo de usuarios, afectando la calidad del servicio.

En resumen, por un lado, el sistema público de salud está dirigido a un segmento específico de la población: los pobres, y, por otro lado, este sistema subvenciona a la empresa privada, ya que, del presupuesto estatal de Salud, que es hoy el 5,5% del PIB, 47% es destinado a las ISAPRES y 53% a FONASA (Sepúlveda, 2010).

Las reformas de los 80 iniciaron la pauperización del Sistema Público de Salud con una notable reducción del personal y de sus salarios, así como generando carencias en infraestructura, pero lo que más ha afectado al sistema, es la instauración de la lógica privada. Las reformas realizadas a partir del 2000 (Ley de Autoridad Sanitaria y de Gestión, Ley del Régimen General de Garantías en Salud o Ley AUGÉ), en lugar de resolver los problemas estructurales de salud, continúan con esta lógica; se hacen cambios sin una adecuada preparación de la red pública y sin lograr satisfacer la creciente demanda en salud y permanece la municipalización de la Salud Primaria. La privatización de la salud ha hecho que los valores del servicio público sean suplantados por los de la empresa privada, regida por la competitividad y la rentabilidad. Esto, en muchos países, ha llevado a una intensificación de las tensiones entre prestatarios y pacientes (Dujardin B., Dujardin M. y Hermans, 2003), y es lo que constatamos y mostraremos en este artículo. Por último, la pérdida del sentido del servicio público, que separa a los pobres, relegados a un sistema en crisis, se ve acentuada en el presente caso, donde los inmigrantes, usuarios del Sistema Público de Salud, son uno de los grupos sociales situado en el escalón más bajo de la sociedad. Con esto, no nos referimos solamente a la jerarquización económica sino a la idea de la lógica de la inferiorización desarrollada por Wieviorka (1992), como una de las lógicas del racismo, la otra sería la de la diferenciación.

Metodología: un terreno sensible con apoyo institucional

Se dice que todos los terrenos son sensibles, pero en este caso nos enfrentamos a un terreno particularmente complejo, en el que se juega la salud de las personas, que no es solamente física, sino también, y en gran medida, mental. La Salud Pública es un bien social, por lo que estamos ante un problema social. En este sentido, las relaciones entre agentes de salud y pacientes determinan la calidad de vida de los últimos. Y al ser los primeros representantes de una institución pública, son responsables del tipo de relaciones que ésta establece con los usuarios. Esta situación nos pareció interesante: no se trata solamente de cuestionar el trabajo de los agentes de salud, sino también la posición institucional. Nos referimos a la institución como una estructura social que tiene una finalidad particular, en este caso la salud de la población, y como una forma de organización que rige a la sociedad y porta sus valores. Durkheim (1871) afirmaba que eran creencias y modos de conducta instituidos por la colectividad. Para Mauss (1901) la ciencia de la sociedad es la ciencia de las instituciones. Según Weber (1864-1920) la institución es un regulador de las relaciones sociales.

Para realizar nuestra investigación optamos por un trabajo de campo de carácter etnográfico dentro del Sistema Público de Salud, en tres Centros de Salud de Atención Primaria (CES) y un hospital a cargo del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC): el CES n° 1, el CES n° 5, el CES Los Nogales y el Hospital San Borja

Arriarán (HSBA). Realizamos tres tipos de metodologías; primero participamos en la elaboración de un proyecto de intervención en colaboración con un equipo de trabajo organizado por el SSMC y dirigido a los funcionarios, que duró cuatro meses. La primera intervención fue una experiencia piloto, realizada durante una tarde, dirigida a 90 personas y la segunda fue una capacitación certificada de dos días, donde asistieron 60 personas. Luego tuvimos dos periodos de observación y de entrevistas, el primero en los CES, donde entrevistamos a 19 agentes de salud, durante dos meses, y el segundo en el hospital, donde durante un mes entrevistamos a pacientes inmigrantes. En esta etapa también hicimos entrevistas a pacientes inmigrantes en los CES n° 1 y n° 5. Aquí expondremos algunos extractos de las entrevistas a agentes y de los testimonios de inmigrantes, recogidos en ambos tipos de establecimientos.

Estas metodologías tuvieron éxito gracias al apoyo institucional que recibimos de parte de FONASA y del SSMC, quienes nos abrieron las puertas, permitiéndonos conocer el funcionamiento del Sistema Público de Salud y a varios de sus funcionarios. Teniendo la autorización para las entrevistas, la dificultad radicaba en lo delicado del tema. Si bien ya existía la inquietud por parte de algunos agentes de salud, la necesidad de tratar la problemática relacionada a los inmigrantes era más bien un asunto que interesaba a las autoridades sanitarias. Por este motivo el SSMC propuso la elaboración del proyecto de intervención que consistía en hacer una sensibilización y una capacitación para los agentes. El diagnóstico era que existían demasiadas discriminaciones hacia los usuarios inmigrantes por parte de los agentes. Nuestro interés por entender esta problemática nos llevó a integrar el equipo de trabajo, formado por asistentes sociales, administrativos y médicos, a pesar de saber que, trabajando para la institución, tendríamos que adoptar la posición institucional que queríamos igualmente analizar.

La otra dificultad estaba en tomar distancia ante esta situación. Finalmente, el trabajo de intervención nos sirvió para entender algunos aspectos generales de la problemática, por ejemplo, que las discriminaciones hacia los inmigrantes son un problema de la sociedad en general, no únicamente de las interacciones entre agentes y pacientes. También nos sirvió en el análisis de casos, como un complemento a los datos recogidos en las observaciones y entrevistas. Pero, sobre todo, nuestra participación en este proyecto nos sirvió para conocer la posición institucional, así hemos podido criticarla mejor.

El análisis del material recolectado lo hicimos viendo qué frases y palabras se repetían en los discursos de los agentes y con éstas observamos tendencias que primero constatamos con nuestras observaciones y con la experiencia de las intervenciones, y luego contrastamos con aportes teóricos de la sociología de la inmigración y de relaciones interétnicas.

Conceptos y enfoques teóricos escogidos

Con el fin de analizar nuestro trabajo etnográfico bajo la óptica sociológica, nos basamos en una serie de autores, principalmente de la Sociología francesa. En cuanto al concepto de alteridad, se trata de un modo de diferenciación social, basado en la oposición entre interioridad y exterioridad (De Rudder, Poirier, Vourc'h, 2000). Comúnmente se asocia la alteridad a una marca somato-biológica que se apoya en una creencia ordinaria de que existe la diferencia y separación naturales de categorías de seres humanos. Balibar (1988) explica que los estigmas de la alteridad pueden ser el apellido, el color de piel, las prácticas religiosas. La Alterización es el proceso de construcción de un “otro” a través de categorizaciones sociales que son una conceptualización de la realidad social que define y reconoce a los diferentes grupos, que, a su vez, se construyen basándose en relaciones de dominación donde la diferencia es el objeto del conflicto (Tripier y Rea, 2008). Un aporte significativo sobre la noción de alteridad y del uso de la noción de cultura en salud es el trabajo dirigido por Cognet y Montgomery (2007).

En cuanto a la producción de alteridad las autoras ponen énfasis en los procesos históricos que viven los pueblos, en tanto pilares de la constitución de sí:

“La alteridad en el sentido del reconocimiento de un otro a nosotros mismos, proviene de una construcción histórica, socialmente situada, por la vía de la cual los individuos otorgan cierto sentido a sus relaciones con otros individuos, se atribuyen y asignan posiciones, definen estatus y deciden derechos por ellos mismos y los que los rodean” (Cognet, Montgomery, 2007: introducción).

En relación con las teorías del racismo, consideramos que los postulados de Balibar (1988), con su concepto de Neo-Racismo, se adaptan perfectamente a nuestro terreno. Para este autor el nuevo racismo, que se desarrolla en el periodo poscolonial francés (después de los años 1960), ve en la categoría “inmigración”, en el sentido sociológico, un sustituto a la noción de “raza”. Lo que el autor llama “Neo-Racismo” es un “racismo sin razas” que se focaliza en las diferencias culturales y no en la herencia biológica: un racismo diferencialista. Bajo la excusa del derecho a la diferencia y a la identidad, se opone a la inmigración y a la mezcla. Lo que lo define como racismo es la “naturalización” del comportamiento del hombre, recurriendo al determinismo cultural y su rechazo a la mezcla de culturas.

Asimismo, según Balibar, la categoría inmigración funciona como agente de desintegración de la “consciencia de clase”. Por su parte, Wallerstein (1990 [1983]) afirma que la vocación del racismo es levantar las víctimas unas contra otras y debilitar así el movimiento anti-sistémico. Wallerstein propone además que el racismo es el tipo de relaciones que diferentes segmentos de la fuerza de trabajo han sido

obligados a adoptar en una estructura económica determinada. Habría servido como justificativo ideológico a la jerarquización de la fuerza de trabajo y a la grosera desigualdad de ingresos que la acompañaba. Por otra parte, el autor advierte:

“las diferenciaciones étnicas han cultivado en las mentes una jerarquía de roles socio-profesionales, ofreciendo a los ojos de todos una codificación fácil de las desigualdades de ingresos, cubierta por la legitimidad que le confería la ‘tradición’”. Y agrega que tanto el sexismo como el racismo “se fijaron ambos como procedimientos por los cuales se recurre a la biología para definir las posiciones sociales” (Wallerstein, 1990:11).

Sobre etnicización, relaciones interétnicas y etnicidad encontramos una rica explicación en la obra *Théories de l'ethnicité* de Poutignat y Streiff-Fénart (1995) quienes además de hacer un detallado “estado de la cuestión”, presentan la teoría a la cual adhieren, el interaccionismo, basada en el artículo de Barth “Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference” (1969), que traducen por primera vez al francés. Este autor afirma que las interacciones son las que le dan sentido a las situaciones y que es ahí donde se construyen las diferencias entre los grupos. La etnicidad sería una forma de interacción social como otras, un “proceso continuo de dicotomización entre miembros y outsiders”.

Este enfoque pone énfasis en “la negociación de los status sociales y en el manejo de las impresiones”, sobre los aspectos cognitivos, especialmente la producción y la manipulación de “etiquetas étnicas”. Para nosotros, esta teoría se complementa con la de Wallerstein para quien la etnicidad es el reflejo de antagonismos económicos; las fronteras que se erigen en la interacción son establecidas por las posiciones sociales. Según Wieviorka (Luque, 2004) las diferentes identidades culturales surgen como una necesidad ante un problema social, una injusticia social. Por ejemplo, los migrantes son excluidos socialmente, pero incluidos política y culturalmente, por lo menos en teoría, sin embargo, son víctimas de racismo. Además, agrega que la etnicización de las identidades culturales ha influido en la crisis de las instituciones. El autor señala que ya no están muy claros los fines de éstas, que en lugar de hacerse cargo de la socialización y del orden público, fomentan la injusticia social.

Poutignat y Streiff-Fénart (1995, Capítulo VI) señalan además las áreas en las cuales tiene lugar el paradigma de la etnicidad, de ahí tomamos el concepto de “atribución categórica”. Esto significa el poder que tiene el grupo mayoritario o dominante de nombrar al minoritario o dominado, otorgándole así una caracterización específica. La etnicización es entonces el proceso de construcción de un grupo étnico, es decir un grupo cuyas diferencias están basadas en “etiquetas étnicas” y que pueden ser utilizadas como una forma de dominación para instalar jerarquías sociales. En nuestro caso, veremos cómo el grupo de inmigrantes es convertido en grupo étnico por los agentes de salud, en tanto grupo dominante, al asignarles

“atributos categóricos”, y explicaremos porqué hablamos de relaciones interétnicas entre agentes “nacionales” y pacientes “inmigrantes”.

Por otra parte, nos guiamos por el libro *L'inégalité raciste* por sus aportes en la definición de los discursos, ya que los hemos utilizado como fuente de información para observar la asignación de “atributos categóricos”. Según los autores: “Los discursos son hechos sociales en sí mismos, es decir parte integrante de la realidad social que expresan y contribuyen a fabricar. Estos discursos revelan y formalizan al mismo tiempo percepciones, representaciones, esquemas de pensamiento, los cuales, no lo olvidemos, se forjan en relaciones sociales profundamente desiguales. El poder, y singularmente, el poder de nominación es también una relación de fuerzas” (De Rudder, Poiret, Vourc'h, 2000:29).

En esta obra también encontramos una definición de discriminación que nos pareció apropiada: “Discriminar es distinguir, diferenciar, es decir, tomar por distinto o diferente y, en consecuencia, tratar distintamente o diferentemente. La operación de discriminación puede ser mental (facultad intelectual) o material (práctica concreta)”. Esta definición puede ser complementada con la de Fassin (2002) para quien la discriminación es un tratamiento desigual fundado en la aplicación de un criterio ilegítimo. En el presente estudio la discriminación es también la consecuencia de la Alterización, como expresión del racismo.

En relación con el uso de la cultura en el campo de la salud, Cognet señala que sirve para dar un sentido a situaciones nuevas o difíciles, “la cultura ya no es la de un otro lejano sino más bien de un otro en nuestra casa” (Cognet, 2007:43). La cultura se vuelve una salida de escape ante los problemas que tienen que enfrentar los agentes que se relacionan con la alteridad. Sin embargo, este uso es una expresión del culturalismo, que es una forma de esencializar la cultura, es decir de considerarla como parte de la naturaleza de las personas. En nuestro caso veremos cómo la institución asume una posición culturalista y cómo los agentes recurren al determinismo cultural.

El libro coordinado por Falquet y Rabaud (2008) nos proporcionó una amplia mirada sobre las relaciones de poder. Según las autoras, las relaciones de poder son relaciones asimétricas entre un grupo dominante o mayoritario y un grupo dominado o minoritario, éstas implican la capacidad que tienen los primeros de conducir las conductas del otro. Estas relaciones sociales pueden ser de clase, “étnicas”, de “raza” o de sexo, lo importante es articularlas entre sí cuando son estudiadas, ya que están relacionadas, puesto que en su conjunto corresponden a una división del trabajo, a una cuestión de organización material de la sociedad. Además, las relaciones sociales de poder se basan en la categorización de grupos y de individuos, que se naturalizan para poder ejercer y perpetuar la dominación de unos sobre otros.

La alterización del inmigrante sudamericano

Revisando la historia de la inmigración en Chile, constatamos que, durante el siglo XIX, ésta provenía de los más diversos lugares, pero la naciente República chilena promovía más bien la inmigración europea con fines colonizadores. Estudiando las políticas migratorias se devela un aspecto en el que la administración fue categórica: de preferencia tenían que ser personas cercanas a la “raza chilena”. Algunos historiadores se refieren a una “raza blanca y homogénea” (Carvallo, 1945:16). Las premisas racistas pueden observarse en la circular del Ministerio de Relaciones exteriores del 28 de agosto de 1925, que solicitaba una atención particular a los “individuos de características raciales opuestas a las nuestras”. Por otra parte, confirmamos que los flujos migratorios transfronterizos en el norte del país nunca cesan, permitiendo la existencia de familias bi y tri-nacionales, así como la conservación de fiestas tradicionales y mercados andinos (Gavilán y Tapia 2006, González 2008). Además, el auge de la industria del salitre atrae a trabajadores de diversas partes del mundo, Gavilán y Tapia (2006: 9) indican que según el censo de finales del siglo XIX y principios del XX, la proporción de extranjeros de origen fronterizo siempre fue preponderante, siendo los peruanos y bolivianos mayoritarios. Fue el censo de 1907 el que presentó la mayor proporción de extranjeros a nivel nacional con 4,2%, y para la región de Tarapacá, del total de extranjeros residentes, 86% correspondía a sudamericanos.

La Guerra del Pacífico (1879-1883) contribuye a la transformación de ciudadanos extranjeros en nacionales al modificar las fronteras, pero además, construye la figura del “enemigo de la nación”: “...hacia 1879 en los periódicos de Santiago se hablaba de los peruanos como una raza inferior, bruta, enemiga de nuestro orden; informaciones que los lectores cultivados asimilaban cotidianamente como una verdad absoluta, frente a la cual la única manera de dignificar el nombre de Chile era haciendo una guerra sangrienta a estos “cholos insolentes” (Díaz, 2004).

La Guerra también da inicio a lo que González (2008) llama la “chilenización” de los territorios de Tacna y Arica, es decir la política de colonización que con gran violencia deja en las poblaciones locales el legado del racismo emanado por el poder central, así como también una resistencia cultural y étnica importante en algunas zonas.

Si revisamos este resumido pasaje histórico, podemos hacernos la pregunta, ¿Por qué se habla hoy en Chile de nueva inmigración? Hemos visto que siempre ha habido inmigrantes sudamericanos y sobre todo transfronterizos. ¿Cuál es la diferencia entre los inmigrantes del siglo XIX y los de hoy? Primero, no se trata de inmigración europea y no ha sido programada. Luego, la actual inmigración está marcada por su llegada a la capital y a otras grandes ciudades, instalándose como trabajadores que ejercen sus derechos. Hoy surgen como nuevos inmigrantes porque

los encontramos en los espacios públicos, demandando “servicios públicos”; es esta nueva interacción la que da inicio a los conflictos.

La alteridad que representaban los sudamericanos hasta entonces había sido relativa, pero se convierte en una alteridad absoluta cuando los sujetos interactúan en espacios comunes -como la Salud-, donde surge la necesidad de compartir bienes comunes. Los sujetos “nacionales” se sienten amenazados por esta nueva demanda que altera el funcionamiento de un servicio público, culpando al sujeto inmigrante de la “crisis” y poniendo en relieve su alterización. Wieviorka, refiriéndose al nacionalismo, afirma que la presencia muy fuerte de la noción de víctima es un argumento, un recurso simbólico que los grupos dominantes utilizan si ellos, por razones justas o no, se sienten amenazados (Luque, 2004). De esta manera justifican la construcción de un “otro” conflictivo y pueden interpelar a la opinión pública.

La institucionalización de la discriminación

Durante el trabajo de campo pudimos observar la posición institucional en relación a los usuarios inmigrantes, constatando la tendencia de la administración de culpar a los agentes de las malas prácticas en el trato hacia los inmigrantes, pero al mismo tiempo descartando los problemas estructurales del Sistema de Salud. Este es un extracto de la argumentación del proyecto de intervención, redactado por una representante de la dirección del SSMC: “En diversas instancias de evaluación han sido detectadas actitudes discriminatorias -constatando diferentes grados de conciencia del fenómeno- en el tratamiento y el servicio entregado a las personas migrantes. Por ejemplo, en el sistema de registro, una frase recurrente es la siguiente: “entre un chileno y un peruano, yo le doy cita al chileno”. Estas actitudes muestran no solamente la discriminación instalada en la cultura del país, sino también la ignorancia de las circunstancias y las condiciones en las cuales se produce la migración”.

Esta presentación destaca el hecho de que las discriminaciones surgen en las interacciones, sin tomar en cuenta las limitaciones estructurales, particularmente las desigualdades y precariedades que describimos en la introducción, presentando el problema únicamente como de orden cultural. Y da igualmente cuenta de un “nacionalismo” que define la lógica de la atención al usuario. Por otra parte, durante la elaboración del proyecto se solicitó integrar el concepto de “Pertinencia Cultural”, como una directiva promovida por la institución para mejorar el trato y la acogida hacia los usuarios inmigrantes.

Esto nos llevó a averiguar sobre el tema y leyendo a Roy (2007) descubrimos que existe una corriente de investigación, que surge hace unos veinte años en el campo de la salud, en torno a la cuestión de la “Competencia Cultural”. “Este tipo de investigación aborda generalmente la cultura de dos maneras: o se aplica para resaltar los rasgos culturales que motivan a los individuos a adoptar uno u otro comportamiento, o se considera la cultura al mismo nivel que las otras variables que

determinan la salud y el bienestar, comúnmente considerados factores de riesgo o de protección” (Roy, 2007:81).

Fortin y Laprise explican por su parte que frente a las migraciones, el cuerpo médico, interpelado por estos nuevos pacientes, crea la noción de “Competencia Cultural” (*cultural competency*) en respuesta al aumento de la diversidad. “Para responder a estos nuevos problemas, los profesionales de la salud pusieron en marcha un sistema de Comprensión Cultural” con la esperanza de maximizar los logros y la eficacia al sanar” (Fortin, Laprise, 2007:202).

Sin embargo, el concepto de “Pertinencia Cultural” es un concepto esencialista, que define a un grupo uniforme, aislado y compacto. Esta visión contribuye a la formación de nacionalismos en oposición al universalismo que no ve diferencias en los grupos humanos, sino más bien relaciones de mestizaje que hacen de un grupo un conjunto permeable, receptor y emisor de sujetos. La implementación de este concepto, bajo el pretexto de disminuir las discriminaciones, obliga a los grupos minoritarios (migrantes, indígenas) a esforzarse por demostrar su especificidad con el fin de enriquecer la diversidad, lo que es otra forma de etnicizar a las minorías para mejor dominarlas.

La etnicización de los pacientes inmigrantes

Los discursos de los agentes nos proporcionaron los principales elementos para nuestro análisis, mostrándonos la etnicización de los inmigrantes. Las observaciones y las intervenciones nos permitieron comprobar la existencia de prejuicios y de abuso de poder por parte de los agentes, pero también hallamos excepciones. Aquí exponemos algunos extractos de los discursos analizados. Constatamos que, si bien se trata efectivamente de inmigrantes en el sentido sociológico, a los pacientes de origen sudamericano los agentes les asignan el “atributo categórico” inmigrantes, asociándolos a los pacientes peruanos que serían los “auténticos” inmigrantes. Las descripciones que hacen los agentes de los inmigrantes se refieren siempre a los peruanos. Así todos los inmigrantes son transformados en un grupo étnico, opuesto al grupo nacional, este es el proceso que llamamos etnicización. Lorena Núñez (2011), en su artículo “Necesidades de las Mujeres migrantes y la Oferta de Atención en Salud Reproductiva. Discrepancias y Distancias de una Relación no resuelta”, señala el proceso de racialización de las pacientes migrantes peruanas en el Sistema Público de Salud, que sería otra forma de dominación del grupo inmigrantes.

Cuando preguntamos qué piensan de estos pacientes, vemos que los agentes asumen un posicionamiento jerárquico, muestran una preferencia nacional, demostrando que los consideran como pacientes de segunda categoría y los tratan como no ciudadanos. Además, los relacionan a la irregularidad administrativa y son generalmente catalogados como demandantes.

Médico y subdirector de un CES: Los inmigrantes irregulares no deberían tener derecho a la salud, aprovechan la posibilidad que se les da de sanarse, son patudos y demandantes, vienen con sus padres para sanarse y luego volver a sus países. No trabajan, no aportan nada al país.

Enfermera 1: “Tengo la impresión de que hay mujeres que buscan quedarse embarazadas para obtener los papeles...o tal vez buscan de alguna manera enraizarse aquí”.

Notamos también que los agentes administrativos y paramédicos al ser trabajadores precarios consideran a los inmigrantes sus adversarios, así en vez de solidarizar con ellos, optan por diferenciarse.

Técnico paramédico: “A veces te molesta que sean tan insistentes en tomar las cosas que comienzan a ser insuficientes para nosotros, porque hay que compartir, no es egoísmo, pero igual es un poco injusto”.

Las percepciones del otro, como un mal paciente, como víctima o como propagador de enfermedades contagiosas, participan en la etnicización de los inmigrantes. Algunos ejemplos nos ayudan a mostrar el uso del determinismo cultural. Por ejemplo, el interés que ha causado la aparición de una variante exógena de tuberculosis (TBC) ha sido una forma de etnicizar a la población inmigrante, basándose en la categorización del grupo en razón de su cultura. La salud Pública debe velar por que no se propaguen las enfermedades contagiosas, entonces al encontrar casos de TBC en pacientes inmigrantes, estos se convierten en “grupo en riesgo”. Al ser un grupo especial, los inmigrantes reciben un trato diferencial y los agentes comienzan a repetir este tipo de relatos:

Enfermera 2: “Su estado de salud está en peligro a causa de la TBC, ellos asisten a las consultas, pero abandonan los programas”.

Enfermera de apoyo clínico: “Yo diría que los extranjeros se dejan estar un poco con las horas, entonces hay que ir a visitarlos a sus casas, pero comienzan a adaptarse. Antes venían cuando querían o cuando tenían que vacunarse, les decíamos que si no lo hacían íbamos a informar al Ministerio y de ahí, enviarían a la Policía para ir a buscarlos, y bajo la amenaza, venían”.

Para la mayoría la razón de este comportamiento es cultural, pero algunos agentes asocian la enfermedad a la pobreza y los comparan a otra minoría étnica como en el siguiente ejemplo Asistente social CES n° 5: “Yo he visto dos casos de TBC; uno era un joven de 19 años que vino con su madre y su hermana, no tenían ningún ingreso, tuvimos que ir a su casa para hacer un diagnóstico socio-económico. Como no sabían que podían venir al CES, la enfermedad se había agravado. Pocos inmigrantes están regularizados, entonces es más difícil seguir sus casos. Viven en condiciones de vulnerabilidad, como los mapuches, en este sector hay un campamen-

to de mapuches, viven en condiciones igual de precarias, están más expuestos a las enfermedades, esto los afecta también psicológicamente”.

En general, los agentes se quejan de los pacientes inmigrantes, los infantilizan y los culpabilizan de no seguir los programas de salud que se les impone, estiman que son malos usuarios por su forma de ser. Por ejemplo, las frases más repetidas en este sentido fueron las siguientes: “los controles son inconstantes, porque viajan mucho”, “se cambian de casa seguido”, “son como nómades”. Estas críticas los convierten en pacientes que hay que controlar y amenazar. Sin embargo, varios entrevistados señalaron que había inmigrantes que comenzaban a adaptarse, e incluso algunos agentes mostraron simpatía por estos pacientes, generalmente victimizándolos.

La experiencia de la discriminación

A modo de ejemplificación exponemos aquí tres extractos de testimonios de experiencias de la discriminación vivida por inmigrantes. Estos relatos han servido para comprobar nuestra problemática; nos hablan de las relaciones de poder, del determinismo cultural, de las relaciones asimétricas entre agentes y pacientes, de cómo el ejercicio del poder de los agentes afecta a la salud de los inmigrantes.

Caso 1: Ana acababa de tener su primer hijo hace cinco días, esperaba unos documentos para los trámites administrativos y, conversando, nos contó que fue discriminada por el hecho de ser peruana:

Yo me quedé tres días aquí y guardo una mala experiencia, los paramédicos y una matrona me trataron muy mal, no ponían cuidado a mi estado. Hay que ser fuerte para enfrentar este tipo de situaciones, hay que estar preparada a que te humillen justo en el momento en el que estás más sensible.

Caso 2: Pedro y María llegaron a Chile dos meses antes de nuestra entrevista, con su hijo de un año y cuatro meses. Vienen de la selva amazónica del Perú. Hablan español con dificultad. Desde que llegaron a Santiago viven en una casa antigua con otras siete familias con quienes comparten tres cuartos. Su hijo había adelgazado mucho, desde hace unos días tenía fiebre y la consciencia comprometida, entonces fueron a urgencia infantil del HSBA. Después de los análisis de rigor, le diagnosticaron Tuberculosis activa, con complicaciones en la zona pélvica. Pedro y María comprendieron con cierta dificultad que su hijo debía quedar hospitalizado, entonces fueron a ver al médico interno que, a partir del momento en que los vio, se dirigió a ellos de forma prepotente, diciendo: “¡solo gente como ustedes, peruanos, pueden tener la idea de traer un niño en estas condiciones! ¡Apuesto que ni siquiera tiene vacunas... No merecen ser padres!

Caso 3: Yelile es ecuatoriana de 24 años y estaba embarazada por primera vez. Con nueve semanas de embarazo se presentó al servicio de urgencia del hospital con un gran dolor y sangramiento. Ella nos contó lo siguiente:

después de ser recibida por una enfermera que me pidió que me desvistiera de la cintura a los pies y que me pusiera en posición ginecológica, me dejó sola en el box donde no había ni una manta para cubrir mis partes íntimas. Yo no me sentía bien, así que hice lo que pude para subirme a la camilla. Después de una larga espera, un médico aparece y sin siquiera saludarme, introduce el espéculo en mi vagina y me examina bruscamente y cuando lo retira, lo lanza violentamente, luego parte sin decirme una palabra. Este comportamiento fue lo que más me dolió: dejó la puerta abierta, dejándome a la vista de todo el mundo durante unos minutos que sentí interminables. Todavía no entiendo lo que pasó...no sé si es porque soy pobre o porque soy indígena que te tratan así aquí. Después de este horrible episodio, la enfermera entró y me recomendó reposo y me dijo que probablemente iba a perder a mi hijo...De lo que estoy segura es que no quiero volver nunca más a este hospital.

Yalile nos dice que no sabe cuál es el origen del mal trato, si es porque es pobre o porque es indígena, y nosotros agregamos el factor étnico: porque es inmigrante. En su relato podemos observar además que el comportamiento del médico refleja el poder que tiene sobre esta paciente, como una forma de reproducción de las relaciones sociales de sexo, de clase y de “raza”. En los tres casos el proceso de la consulta es vivido de manera denigrante. En el primer caso, la madre cuenta la humillación ejercida por los agentes que abusan de su poder y en el segundo, los inmigrantes son tratados de malos padres por el hecho de ser peruanos, una característica del determinismo cultural.

Conclusión

Con este estudio pudimos comprender varios fenómenos que se producen y reproducen en el Sistema Público de Salud chileno, institución que representa a la sociedad en su conjunto. Evidenciamos la discriminación por parte de agentes hacia pacientes inmigrantes, que a su vez refleja la reproducción de la desigualdad y del racismo hacia la alteridad que éstos representan. Observamos que estas discriminaciones son el producto de la relación histórica construida con los ciudadanos originarios del vecino país, Perú, pero también son producto de la discriminación institucional. Como es el caso de la directiva que llama al uso de la “Pertinencia Cultural” legitimando el trato discriminante al que nos referimos. En estas relaciones, los representantes del grupo mayoritario y dominante se aseguran de guardar una

posición de superioridad abusando del poder que les otorga su estatus y su nacionalidad. Demostramos, por otra parte, que la constitución del sentimiento nacional en Chile busca apoyo en el referente europeo, categorizando a los chilenos como personas de “raza blanca”, en oposición al peruano que es asociado al indio; es el “cholo”, enemigo de la nación desde la Guerra del Pacífico. Esta imagen es transmitida a través de la historia oficial y queda en el inconsciente colectivo como base del “Neo-Racismo” al que recurren los chilenos cuando se ven enfrentados al inmigrante que llega en busca de trabajo. En este sentido, el agente que forma parte del grupo mayoritario “nacional” se posiciona por sobre este “otro”, que siempre va a ser considerado inferior, debido a su situación de miembro del grupo minoritario. Este grupo lo forman todos los sudamericanos, quienes al ser categorizados de “inmigrantes” son etnicizados, es decir transformados en un grupo étnico en sí, al que se le pueden atribuir características culturales o “etiquetas étnicas”. Así, los sudamericanos son asociados a los peruanos, quienes les traspasan el racismo histórico del que son víctimas, y son tratados a su vez como no ciudadanos. Por último, creemos que los trabajadores inmigrantes son los más afectados por la crisis del Sistema, ya que siempre serán los más discriminados, debido a su situación que los sitúa en lo más bajo de la escala social y pueden así ser catalogados como culpables de ésta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balibar, É., & Wallerstein, I. (1998). *Race, nation, classe*. La Découverte.
- Carvalho, S. (1945). *El problema de la inmigración en Chile y algunos países sudamericanos*. Talleres Gráficos Simiente.
- Cognet, M. (2007). Au nom de la culture: le recours à la culture en santé. En M. Cognet & C. Montgomery (Eds.), *Éthiques de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, 39-63. Les Presses de l'Université Laval.
- Cortez, A. (2007). Migración internacional: un desafío para las políticas públicas de Chile. En A. Cortez, *Niñas y niños migrantes: Políticas públicas, integración e interculturalidad*, 105-118. Colectivo Sin Fronteras.
- Cortez, A., Corvalán, G., & Soto, M. (2010). Salud sexual y reproductiva y migración latinoamericana en Chile. Una aproximación cualitativa a las situaciones de riesgos y conductas de prevención del VIH-SIDA. *Cuadernos Médico Sociales*, 50(4), 322-339.
- De Rudder, V., Poirot, C., & Vourc'h, F. (2000). *L'inégalité raciste*. Presses Universitaires de France.
- Díaz, V. (2004). *Disciplinamiento, miedo y control social: los «otros» dispositivos de poder en la ocupación de la Araucanía*. Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.
- Dujardin, B., Dujardin, M., & Hermans, I. (2003). Ajustement structurel, ajustement culturel? *Santé publique*, 4(15), 503-513.
- Durkheim, E. (1894). *Les règles de la méthode sociologique*. Presses Universitaires de France (PUF).
- Falquet, J., Rabaud, A., Freedman, J., & Scrinzi, F. (2008). Femmes, genre, migrations et mondialisation: un état des problématiques. *Cahiers du CEDREF, avril*.

- Fassin, D. (2002). Discrimination et santé: enjeux politiques et signification sociale. *Profession Banlieue*, 4, 1-22.
- Fortin, S., & Laprise, E. (2007). L'espace clinique comme espace social. En M. Cognet & C. Montgomery (Eds.), *Éthiques de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Les Presses de l'Université Laval, 191-214.
- Gavilán, V., & Tapia, M. (2006). Diagnóstico de los procesos migratorios en el norte de Chile. *Revista Electrónica Parinas*, 2(1).
- González, S. (2008). *La llave y el candado. El conflicto entre Perú y Chile por Tacna y Arica (1883-1929)*. LOM Ediciones.
- Luque, J. (2004). La producción de las diferencias y la injusticia social en las sociedades multi-culturales. *Perfiles Latinoamericanos*, 203-232.
- Mauss, M. (1901). *La sociologie: objet et méthode*. Société anonyme de la Grande Encyclopédie (30).
- Martínez, J., Cano, M., & Contrucci, M. (2009). Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante un nuevo escenario migratorio. *Serie población y desarrollo*, CEPAL, Naciones Unidas.
- Mujica, J. (2004). El desafío de la solidaridad. Condiciones de vida y de trabajo de los migrantes peruanos en Chile. *Serie Documentos de Trabajo*, 178, OIT/Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe.
- Núñez, L., & Stefoni, C. (2004). Migrantes andinos en Chile: ¿Transnacionales o sobrevivientes? En *Chile: Los nuevos escenarios (inter) nacionales*, 267-287. FLACSO Chile.
- Núñez, L. (2011). Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención en salud reproductiva. En C. Stefoni (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile: Mano de obra o trabajadoras con derechos?*, 231-272. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Núñez, N., & Torres, C. (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva*. Fundación Instituto de la Mujer.
- Poutigat, P., & Streiff-Fénart, J. (1995). *Théories de l'ethnicité*. Presses Universitaires de France (PUF).
- Roy, B. (2007). Altérité autochtone. En M. Cognet & C. Montgomery (Eds.), *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, 65-90. Les Presses de l'Université Laval.
- Sepúlveda, C. (2010). El sistema de salud chileno. *Le Monde Diplomatique*, 106.
- Stefoni, C. (2005). *Migración en Chile*. Colección IDEAS, 6(59), 1-27.
- Tijoux, M. (2011). Negando al 'Otro': El constante sufrimiento de los inmigrantes peruanos en Chile. En C. Stefoni (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile: Mano de obra o trabajadoras con derechos?*, 17-42. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Tripier, M., & Rea, A. (2008). *Sociologie de l'immigration*. Éditions La Découverte.
- Wallerstein, I. (1990). *Le capitalisme historique* [1983]. Éditions La Découverte.
- Weber, M. (1922). *Économie et société, tome 1 - Les catégories de la sociologie*. Plon / Agora.
- Wieviorka, M. (1993). Nationalisme et racisme. *Cahiers de recherche sociologique*, 20, 169-181.

CAPÍTULO 2

Pacientes ilegítimos. Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile²

Nanette Liberona Concha,
Miguel Ángel Mansilla

Introducción

Esta investigación surge de la necesidad de responder a una serie de alertas con respecto a la vulneración del derecho a la salud de la población inmigrante en Chile. Derecho definido en el marco jurídico chileno. Asimismo, de acuerdo a la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, del total de personas nacidas en el extranjero residentes en Chile, el 8,9% no pertenece a ningún sistema previsional de salud, mientras que en la población chilena ese porcentaje llega al 2,5% (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Esto demuestra la desigualdad existente, en cuanto a previsión, entre la población nacional y extranjera.

Hace dos décadas que Chile viene constituyéndose en destino de migraciones sudamericanas (Texidó & Gurrieri, 2012). El incremento de esta población ha significado un desafío mayor para las políticas públicas, en particular en materia de salud. Las cifras entregadas por el Departamento de Extranjería y Migración en 2016 indican que, en los últimos 13 años, la presencia de ciudadanos extranjeros ha aumentado en un 123%. Es así como la población extranjera con residencia en Chile para el 2014 se elevó a 410.988 personas, de las cuales la gran mayoría proviene de países limítrofes, siendo de origen peruano el 37,8% del total de extranjeros, segui-

² Publicado originalmente en 2017. "Pacientes ilegítimos. Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile", *Salud colectiva*, 13(3), 507-520.

dos por los argentinos que constituyen el 16,3% y por los bolivianos que representan un 8,8% (Departamento de Extranjería y Migración Ministerio del interior y Seguridad Pública, 2016).

En relación con la distribución según regiones de Chile, las que han tenido el mayor crecimiento de población inmigrante se concentran en el norte del país. Destacan Antofagasta, Tarapacá y Atacama (Tabla 1). La región bi-fronteriza de Arica y Parinacota ha tenido un crecimiento promedio similar a la Región Metropolitana, que concentra el mayor número de inmigrantes (Departamento de Extranjería y Migración. Ministerio del interior y Seguridad Pública, 2014). Esta situación genera un impacto significativo en los servicios públicos de las regiones con mayor concentración de inmigrantes, especialmente en el Sistema Público de Salud (SPS). Además, hay que considerar que un porcentaje difícilmente cuantificable de la población inmigrante se encuentra en el país de forma irregular, son los llamados “indocumentados” o “irregulares”. A nivel internacional “las estimaciones sugieren que tan sólo entre 10 y 15% de las poblaciones migrantes están en un estatus ‘irregular’ en algún momento del tiempo” (37).

Tabla 1: Estimación de extranjeros residentes por región			
Región	Residentes 2009	Residentes 2014	Crecimiento promedio período
XV de Arica y Parinacota	10.383	14.577	7,03%
I de Tarapacá	17.517	27.565	9,56%
II de Antofagasta	18.200	30.829	11,19%
III de Atacama	2.191	3.782	11,57%
IV de Coquimbo	4.814	6.468	6,11%
V de Valparaíso	20.781	24.934	3,71%
VI de O'Higgins	4.358	5.704	5,54%
VII del Maule	4.164	5.106	4,16%
VIII del Bio-Bio	9.461	11.576	4,12%
IX de la Araucanía	8.488	9.353	1,96%
X de los Lagos	7.190	8.344	3,02%
XIV de Los Ríos	2.840	3.206	2,45%

XI Aysén	1.636	1.825	2,21%
XII de Magallanes	2.349	2.986	4,92%
Región Metropolitana	202.685	285.274	7,11%
Total	317.057	441.529	6,87%

Fuente: Departamento de Extranjería y Migraciones, 2014

Ante esta situación, y en el marco de la nueva política migratoria, decretada el año 2008 por la Presidenta de la República (Presidenta de la República, 2008), en el Instructivo n° 9, donde Chile se declara “País de Acogida”, el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) asumieron como marco ético la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares, de las Naciones Unidas. En su Tercera Parte, el artículo 28 establece que ellos,

“tienen derecho a recibir toda la atención médica necesaria en caso de urgencia para preservar su vida o evitar un daño irreparable a su salud, en base a la igualdad de tratamiento con las personas originarias del Estado en causa. No se les puede rechazar tal atención médica de urgencia por motivo de cualquier tipo de irregularidad en materia de estadía o de empleo” (Pastoral de Movilidad Humana, 2016).

Además de la atención de urgencia, el Estado de Chile decidió tomar en consideración a los “irregulares”, firmando acuerdos interinstitucionales entre los Ministerios de Interior y de Salud. Así, se plasmó en la Resolución exenta N° 512, del 30 de noviembre de 2007, MINSAL, la Resolución exenta N° 1914, del 13 de marzo 2008, Ministerio del Interior y el Oficio ORD-A-14 N° 3.229 de Junio 2008, MINSAL. Se extiende de esta manera el derecho a la previsión pública (FONASA) y a la atención médica a ciertas categorías de inmigrantes “irregulares” o indocumentados:

- Refugiados y solicitantes de asilo (otorga el derecho a previsión pública);
- Extranjeros menores en condición migratoria irregular (ordena la atención de salud y permite la tramitación de una visa temporaria); y
- Mujeres embarazadas en situación migratoria irregular (ordena el control del embarazo y permite la tramitación de una visa temporaria).

La aplicación de estos acuerdos es lo que analizaremos en este manuscrito, a partir del trabajo etnográfico que hicimos en el espacio clínico y que en esta

ocasión analizaremos a partir de las fuentes institucionales, de las percepciones de funcionarios del sector salud y desde la revisión de prensa. El punto de vista de los usuarios o pacientes inmigrantes no lo consideramos en este manuscrito por falta de espacio y porque lo hemos analizado en otras publicaciones (Liberona Concha, 2012c, 2012a).

Revisión de la literatura

La relación entre migración y salud ha sido un tema de interés a nivel internacional, principalmente por organismos tales como la ONU, la OIM y la OMS. Esta última se ha enfocado, entre otros, en las repercusiones de la migración internacional en la salud de los que se quedan atrás y de los que se desplazan (World Health Organization, 2005). El SIDA y la Salud Reproductiva y Sexual han sido temas de especial interés para los estudios sobre Migración y Salud Pública (CENSIDA/INSP, 2006a), así como la Tuberculosis (Molina-Salas, de las Mercedes Lomas-Campos, et al., 2014). El informe “Sida y Movilidad” plantea que las personas con VIH migran para tener acceso a tratamientos, revelando la polémica de que en algunos países se requería una prueba obligatoria que determinaba la autorización de ingreso al país de acogida (OIM et al., 2002). El principal enfoque de estos estudios es la consideración de que tanto las personas como las enfermedades traspasan las fronteras nacionales a pesar de los límites político-administrativos, estableciendo comparaciones epidemiológicas entre la población local y la población migrante. Los comportamientos de riesgo de los migrantes son una de las principales variables de análisis. Destacan los casos en zonas fronterizas como Centroamérica-México y México-Estados Unidos, pero también España, como lugares donde la población migrante es especialmente vulnerable y se ve afectada por enfermedades infecto-contagiosas tanto por el estatus de salud en los países de origen, como por las condiciones de hacinamiento y pobreza en el país de acogida. Se desarrollan por tanto investigaciones sobre la protección social en salud, en las cuales el tema de las finanzas aparece como una dificultad a superar en el caso de la movilidad de México a Estados Unidos (Arredondo López et al., 2013a).

En Sudamérica, el enfoque se ha centrado en el acceso y uso de servicios de salud. En Argentina un equipo dirigido por Jelin plantea: “la escasez de recursos coloca en el centro del debate la cuestión de cómo distribuirlos y si deben o no tener prioridad quienes residen en el país o en áreas específicas” (Jelin & Grimson, 2005). Es así como los derechos de lo/as extranjero/as son puestos en discusión en relación con los derechos de acceso a la salud de lo/as ciudadano/as locales o nativo/as. En el caso de estudio argentino se observa que las políticas de acceso a la salud dependen de la orientación y actitud de los directivos de las instituciones o de los propios médicos y personal de salud (Jelin et al., 2006), a pesar de que el acceso a la salud pública está garantizado por el Estado. En Brasil, por otra parte, la inmigración

boliviana ha sido objeto de múltiples estudios, entre los cuales se incluye el tema del derecho a la salud, evidenciando discriminaciones y malos tratos dirigidos hacia esta comunidad, sin embargo se concluye que las causas estarían más bien en una deficiencia estructural del sistema, ya que habrían pacientes brasileños al margen de la sociedad que también recibirían tratos semejantes (Waldman, 2011a). Asimismo, Brasil ha vivido una fuerte demanda en salud, en las regiones fronterizas con Argentina, Paraguay e Uruguay, debido a los acuerdos de libre tránsito de personas entre los Estados partes del MERCOSUR, que han permitido la libre circulación de personas, facilitando su residencia y permitiéndoles ejercer su derecho a la salud en este país receptor. Se concluye que los flujos migratorios en las fronteras develan las asimetrías en los sistemas de salud de los distintos estados, pero se cuestiona que se ha priorizado la dimensión económica por sobre el proceso de integración social del MERCOSUR (Dal Prá et al., 2007).

En Chile, desde el sector de salud se han realizado algunos estudios que dan cuenta cómo esta problemática se ha convertido en tema de interés nacional. Es importante destacar los informes sobre salud (OIM Chile et al., 2008a) y salud mental de inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana (OIM Chile et al., 2008b). Estos diagnósticos se acercan a la problemática desde las experiencias locales, y se establece la caracterización de esta nueva situación de salud dada por la inmigración. De igual forma, Vásquez-De Kartzow (Vásquez-de Kartzow, 2009) reflexiona desde la pediatría para plantear que la migración en Chile implica retos para los cuales la sociedad chilena no está preparada, presentando los impactos que la migración ha generado a nivel internacional, especialmente a nivel demográfico y epidemiológico, y como los sistemas de salud se han adaptado.

En cuanto a las ciencias sociales en Chile, ha surgido el interés en relacionar salud y migración en diversas investigaciones; como el estudio de Cortez que pone en relieve la frágil situación de los inmigrantes en situación administrativa irregular, advirtiendo que uno de los aspectos de mayor impacto en el acceso a la atención médica, es la condición migratoria de las personas (Cortéz, 2007). Asimismo, en otra investigación, Cortez *et alii* señalan que “aun cuando las personas tengan su situación migratoria regularizada, existe un alto porcentaje de no inscritos en el consultorio...” (Salas et al., 2010). Algunas investigaciones en el país han abordado aspectos más específicos relacionados a la salud sexual, como es el caso del estudio enfocado en los jóvenes inmigrantes realizado por Cortez en el que se presentan los riesgos y vulnerabilidades que tiene este grupo frente al VIH/SIDA (Cortez Salas et al., 2007). Siguiendo esa línea, el estudio de Núñez demuestra las dificultades que las mujeres peruanas tienen en el acceso y la atención en salud sexual y reproductiva, evidenciando las discriminaciones de las que son víctimas (Núñez & Torres, 2007).

Estos aportes generalmente señalan y tratan los problemas en forma de caracterización o denuncia. En cambio, en este artículo nos centraremos en analizar los criterios de acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados, con el objetivo

de abordar el origen de las dificultades que enfrentan en Chile. En segundo lugar, las investigaciones referidas ayudan a identificar la ausencia de información sobre situaciones conflictivas que viven los pacientes inmigrantes. Por tanto, abordaremos la relación que se establece entre los funcionarios administrativos y profesionales de la salud (en adelante funcionarios) y los pacientes inmigrantes, y estos últimos y el SPS. Presentaremos las percepciones de los funcionarios sobre los usuarios inmigrantes en general, con el fin de comprobar nuestra hipótesis. Planteamos que entre los funcionarios de salud y los usuarios inmigrantes existe una relación de poder basada en la desigualdad social (asimetría), política (nacionalismo) y cultural (alteridad). Nos apoyamos en estudios que demuestran que el espacio clínico es relacional y sobre todo complejo en contexto pluralista, ya que el sentido de la vida, la muerte y del sufrimiento no son universales (Fortin & Laprise, 2007). Cognet señala que la diferenciación cultural que establecen los terapeutas en relación a los pacientes extranjeros surge en la confrontación con la alteridad, “la cultura ya no es la de un otro lejano sino más bien de un otro en nuestra casa” (Cognet, 2007). Por otra parte, Fassin (Fassin, 2000) explica que la “salud de los inmigrantes” es una preocupación de larga data, porque lleva el peso del estigma de la introducción de nuevas enfermedades, lo que representa un riesgo para la sociedad en su conjunto, bacteriológica y económicamente. No obstante, este mismo autor plantea que la relación entre la salud pública y las políticas de inmigración posiciona la cuestión del cuerpo y de la vida en los fundamentos de nuestra moral política, ya que las disparidades no se resumen a diferencias socioeconómicas, las brechas subsisten cuando se trata de poblaciones minoritarias, como los extranjeros (Fassin, 1999). Es así como la desigualdad social se manifiesta en lo que Caizzi llama una “relación de evitamiento y de dominación unilateral” y señala que es difícil que un agente de un servicio público no elabore su propio sistema de representaciones que puede impedir la finalidad prioritaria del servicio: el acceso a derechos sociales (Caizzi, 2010). El resultado de esta desigualdad puede ser una discriminación, que en palabras de Fassin, “es un tratamiento desigual fundado en la aplicación de un criterio ilegítimo” (Fassin, 2002).

Este artículo pretende llenar parte de los vacíos en la materia y aportar información documentada y actualizada sobre el problema del acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile, a pesar de que puede afectar a la población inmigrante en general.

Metodología

El presente texto está basado principalmente en los resultados de una investigación doctoral (Liberona Concha, 2012c) y en el seguimiento que hemos realizado sobre el tema en nuestros proyectos actuales. Se trabajó una metodología cualitativa de investigación, inscrita en una etnografía del espacio clínico. Esto significa una inmersión del investigador en el terreno que se va a estudiar, para mejor

describirlo e interpretarlo. Para lograrlo, se realizó un trabajo de campo de cuatro meses en los Centros de Salud Primaria No. 1, No. 5 y Los Nogales, así como en el Hospital San Borja Arriarán, dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC). Se realizaron 19 entrevistas a funcionarios representantes de cada una de las áreas de trabajo de los establecimientos (Tabla 2). Los directores de los centros indicaron a quien entrevistar en función de sus cargos y solicitaron su colaboración. Cada entrevistado firmó un Consentimiento Informado y autorizó el registro de audio de las entrevistas. El número de entrevistas fue determinado por la saturación de la información recopilada; es decir, hasta no encontrar datos nuevos. Un método complementario fue la observación participante, que consiste en ser parte del grupo estudiado, asumiendo algún rol, con el fin de comprender desde su interior el funcionamiento del grupo. En nuestro caso, participamos de un equipo de trabajo para la elaboración y testeo de un proyecto piloto de capacitación y sensibilización sobre atención a migrantes dirigido a funcionarios del SSMC. Se realizaron dos intervenciones; un taller de 3 horas en el que participó la totalidad de los funcionarios del Centro de Salud No. 1 (aproximadamente 90 funcionarios) y una capacitación de 16 horas cronológicas, repartidas en dos sesiones, en la cual participaron 60 funcionarios.

Tabla 2: Lista de funcionarios entrevistados			
Cargo	n	sexo	Rango etario
Directores de consultorios (médicos)	3	2H 1M	25-35
Asistentes sociales	3	2M 1H	25-45
Psicólogas	2	M	25-35
Enfermeras (4 jefas de sectores, 1 apoyo clínico)	5	M	35-55
Nutricionista	1	M	45-55
Médico (subdirector)	1	H	45-55
Coordinador administrativo	1	H	25-35
Funcionaria Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias	1	M	35-45
Técnico paramédico	1	H	45-55
Funcionaria Servicio de Orientación Médica	1	M	45-55

Fuente: Creación propia para la investigación doctoral

El análisis de las entrevistas transcritas y anotaciones de conversaciones y observaciones está basado en un análisis de las percepciones de los sujetos estudiados, en este caso los funcionarios. Entendemos por percepción “la actividad cognoscitiva que se relaciona con el almacenamiento y procesamiento de información y

que está constituida por las siguientes habilidades: clasificar, seleccionar, simplificar, abstraer, analizar y sintetizar la información recibida” (Witker Barra, 2005, p. 11).

Las percepciones fueron diferenciadas en “apreciaciones”, entendidas como consideraciones personales y comentarios; y “constataciones”, entendidas como afirmaciones y certezas. Luego, se estableció una subcategoría para indicar el carácter subjetivo que otorga un juicio de valor “positivo”, “negativo”, “ambiguo” o “neutro” de los enunciados al referirse a los pacientes inmigrantes o a sus prácticas.

Para realizar este análisis se leyeron las entrevistas y anotaciones del campo, se seleccionaron las frases y conceptos de mayor aparición y frecuencia. Con el fin de visualizar este ejercicio, se elaboró el Cuadro de Percepciones (Figura 1). Luego se interpretaron los relatos, buscando las relaciones y jerarquización de las percepciones. De esta manera nos dimos cuenta que a veces se trataba de una apreciación, es decir de una opinión forjada a partir de las percepciones personales, y a veces era una constatación, o sea una afirmación que defendían.

Por otra parte, se estudió el marco legal chileno en materia de inmigración, así como la evolución de las normativas y políticas de salud focalizadas en la población indocumentada. Además, se llevó a cabo un monitoreo de la prensa, seleccionando las noticias que tienen como palabras claves: inmigración, inmigrantes, peruanos, bolivianos. Se extiende a la prensa nacional y al periódico local “La Estrella de Iquique”, de la región de Tarapacá. Esta información es utilizada para ilustrar la relación entre las políticas públicas, la acción de los funcionarios y las implicancias para los inmigrantes.

Esta investigación contó con el apoyo del Ministerio de Salud, del Fondo Nacional de Salud y del Servicio de Salud Metropolitano Central. Estas instituciones autorizaron el trabajo de campo, incluyendo la aprobación de las pautas de entrevistas, y la participación en la elaboración y puesta en marcha del proyecto de intervención.

Etnografía del espacio clínico

En esta sección presentaremos los resultados del cruce de datos recopilados en el análisis de entrevistas, la observación participante y la revisión de prensa.

Relación funcionarios/pacientes inmigrantes

Los Centros de Salud (CES) n° 1 y n° 5 de Santiago Centro (Chile) son viejos establecimientos, con una arquitectura sólida, muros espesos y altos techos que producen un micro clima de varios grados bajo la temperatura exterior y una luminosidad de baja intensidad. Estos edificios vetustos no ayudan a los pacientes inmigrantes a sentirse acogidos, mucho menos a primera hora de la mañana, cuando los usuarios del centro “la comunidad” se precipitan para obtener una hora de atención médica. El personal de salud llama sólo a los usuarios nacionales “la comunidad”; los inmigrantes son considerados como no-comunitarios y son llamados “nuevos usua-

rios”. Es en este momento de la jornada que la mayor parte de los conflictos entre nacionales y extranjeros se develan y que se pueden observar fácilmente situaciones hostiles hacia los “nuevos usuarios”.



Fuente: Creación propia para el presente manuscrito

Figura 1: Cuadro de Percepciones

La Figura 1 presenta las percepciones más nombradas en las entrevistas, conversaciones informales y observaciones sobre los pacientes inmigrantes en general. No encontramos tendencias asociadas a la posición social del funcionario, como el cargo o el nivel educacional, ni asociadas al grupo etario, ni al sexo del entrevistado. Encontramos que existe una predisposición por parte de los funcionarios, de manera transversal, a percibir a los pacientes inmigrantes negativamente (16 apreciaciones negativas de 32 apreciaciones y 10 constataciones negativas de 21 constataciones), por ejemplo: “son demandantes”, “son más exigentes”, “son policonsultantes”. Estas tres percepciones están asociadas a que los pacientes inmigrantes presionan al SPS, esto se puede interpretar de la siguiente manera: “vienen por cualquier cosa, quieren que se les atienda bien y están a la defensiva”. Esto lo hemos analizado con mayor detalle en otras publicaciones (7,8).

A pesar de aquello, también se nombran ciertas características positivas, tales como: “están bien informados, conocen sus derechos”, “cumplen los requisitos exigidos”, “hablan bien”. Estas tres percepciones dan cuenta de que los funcio-

narios reconocen que estos pacientes generan sus propias estrategias, personales y/o colectivas para acceder a la salud, a pesar de las barreras que se les imponen.

Encontramos, además, en menor medida, percepciones ambiguas, es decir que no son explícitamente negativas ni positivas, como “tienen una forma particular de ser” y otras neutras, que no otorgan juicios de valor, como “se atienden más mujeres, embarazadas”. A pesar de ser ambiguas o de parecer neutras, estas percepciones dejan entrever que, por un lado, se trata de una población “distinta” y que, por otro lado, presiona al sistema desde el área de maternidad. Por último, hallamos que hay dos percepciones negativas más importantes y que son enunciadas como constataciones: las que indican que los inmigrantes “son un problema epidemiológico de salud pública” y las que señalan que “son una carga económica para el sistema”. Estas percepciones influyen al momento del acceso a la salud y la atención médica, en particular cuando preexisten otras barreras como la falta de documentación. Esta condición implica que el o la usuaria no puede ser contabilizada en el sistema, ya que no puede ser inscrita como usuaria al no contar con un número de identificación nacional. Esto implica que el sistema no recibe la subvención de FONASA por las personas no inscritas, ya que el financiamiento del SPS se organiza en función del número de inscritos, lo que se llama *per capita*. Es decir, que por cada inscrito, los establecimientos reciben una subvención. Enseguida veremos cómo esto va a influir en la violación de los principios más básicos del sistema de salud.

Relación SPS/pacientes inmigrantes indocumentados

Los datos indican que las dificultades de acceso de los inmigrantes indocumentados son reforzadas por dos aspectos: 1) el incumplimiento de los acuerdos ministeriales y 2) el criterio personal de los agentes.

Al indagar sobre la aplicación de los acuerdos interministeriales que extienden la cobertura en salud para los “irregulares”, los datos revelan el incumplimiento de éstos. Particularmente en la prensa se detectaron casos donde se cuestiona el acceso de esta población al SPS. Por ejemplo, el de una mujer que permaneció retenida 5 días en el Hospital de Arica por supuesta deuda del parto; según instituciones y agrupaciones de inmigrantes de la región esta no es una situación aislada. Así lo publicó el medio digital El Morrocotudo, en el titular del 17 septiembre de 2014: “Organizaciones de migrantes denuncian supuesto caso de discriminación en frontera Chile-Perú”, (Recuperado a partir de: <http://www.elmorrocotudo.cl/noticia/sociedad/denuncia-ciudadana-mujer-migrante-lleva-5-dias-sin-poder-salir-del-hospital-de-arica>). Por su parte, el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), afirma que en el Hospital de Tarapacá la entrega del certificado de nacimiento de los hijos de inmigrantes está sujeta al pago del parto. En muchos casos, al no contar con este dinero, las madres se escapan del establecimiento sin el certificado. Esto impide la inscripción de los niños en el Registro Civil. La situación indocumentada de los niños los deja sin acceso a derechos sociales. El INDH reporta casos documentados,

a partir de los cuales afirma: “estas situaciones podrían constituir infracciones a la legislación vigente” (INDH, 2013).

Desde el año 2006 aparecen noticias en la prensa en las cuales se cuestiona la atención a los inmigrantes en el SPS. La zona fronteriza es particularmente sensible al tema. Con el titular “Las pérdidas en salud con los extranjeros” la directora del Servicio de Salud Arica cuenta cómo aumentan las atenciones de extranjeros sin previsión que no pueden pagar las prestaciones en la Unidad de Urgencia (15 mil pesos por persona, equivalente a 22 dólares) y el Servicio de Maternidad (mínimo de 150 mil pesos, equivalente a 220 dólares) del Hospital Dr. Juan Noé de Arica, y señala: “A nosotros no nos llegan recursos extras por ser una ciudad bi-fronteriza y por atender pacientes extranjeros. Son sólo recursos propios que van en desmedro de otras atenciones”, señalado en la noticia titulada “Las pérdidas en salud con los extranjeros”, publicada por el periódico La Estrella de Iquique el 7 de julio de 2006, página 5. Por su parte, el director de Salud Municipal de Iquique (Región de Tarapacá) indicó en la Escuela de Gestores en Salud Migrante, organizada por el MINSAL en la ciudad de Iquique el 11 de diciembre de 2014, que el “*desfinanciamiento*” del SPS se debía a la alta demanda de los inmigrantes sin previsión. Información registrada en nuestras notas de campo.

Asimismo, se constata que no se asegura una política de difusión de los acuerdos, ni de capacitación dirigida a los agentes, simplemente se deja que cada Servicio de Salud aplique su propia política hacia esta población. El Oficio ORD-A-14 N° 3.229, establece:

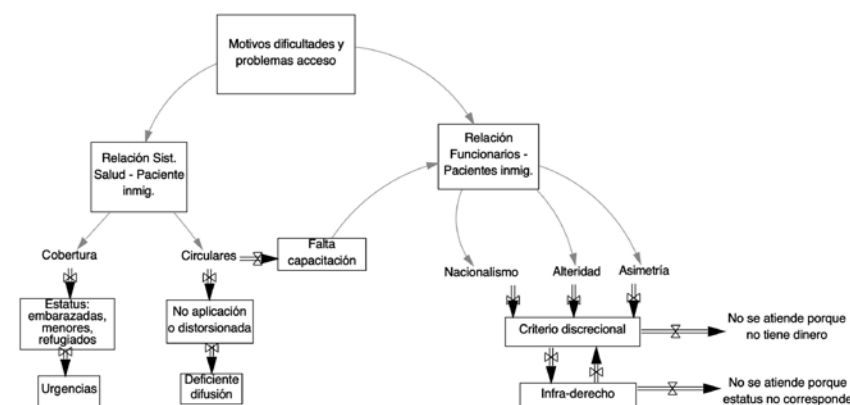
“Para dar fiel cumplimiento a estas disposiciones ministeriales, los directores de los Servicios de Salud deberán difundir estas medidas a todo el personal bajo su responsabilidad y coordinarse con los encargados de las oficinas de Extranjería y Migración correspondiente a su jurisdicción territorial”.

Siguiendo este mandato, el SSMC distribuyó una minuta sobre el abordaje que los funcionarios deben tener hacia los inmigrantes en todos sus establecimientos. La minuta menciona “diferentes categorías de inmigrantes”, el objetivo es que los funcionarios inciten a los indocumentados a tramitar su regularización y llama a aplicar un “criterio personal,” según el caso, proponiendo dar un trato excepcional a estos usuarios, en base al respeto de los derechos humanos, pero respondiendo al mandato del MINSAL de protección de la salud pública. El documento dice: “Existe un problema epidemiológico que en aras del bien común el Estado tiene que controlar”(Servicio de Salud Metropolitano Central, s. f.). El inconveniente surge al presentar a esta población como un “problema” en un documento que no es explicado en una capacitación, solamente distribuido. Esto provoca en los funcionarios una percepción negativa hacia pacientes pertenecientes a este grupo.

Si analizamos lo que sucede con el Decreto de Ley 1094 de 1975, llamada Ley de Extranjería y Migraciones (que regula la inmigración en Chile), en el caso de entrega de visas, estipula aplicar un “criterio discrecional”. Esto significa que los criterios se dividen entre situaciones en las que se *debe* y otras en las que se *puede* prohibir el ingreso, rechazar una visa y revocar una visa. Este mismo criterio discrecional, aplicado al caso estudiado, ha producido discriminaciones en el acceso a la salud de inmigrantes. Destacamos dos casos ilustrativos:

Caso 1: En el año 2008 una mujer peruana, en su desesperación, tras esperar casi dos horas para ser ingresada a sala de parto del Hospital San José, acude al baño del establecimiento donde da a luz a su hijo. Esta escena fue registrada por su pareja con un teléfono celular y es difundida ampliamente por la prensa. El padre del bebé interpuso una demanda por negligencia al hospital, ya que declaró sentirse “maltratado y ultrajado,” por no recibir la atención pertinente. Así fue publicado por el periódico digital El Mercurio Online el 9 de abril de 2008, bajo el titular “Mujer da a luz en baño de hospital San José” (Recuperado a partir de: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2008/04/07/299595/mujer-da-a-luz-en-bano-de-hospital-san-jose.html>).

Caso 2: El 7 de octubre de 2014 muere un lactante de padres bolivianos, el cual en horas de la madrugada había presentado un cuadro diarreico y según la denuncia de sus progenitores, el pequeño no recibió la atención oportuna. Hay diversas reacciones, entre las que destaca la del INDH que declara: “Un bebé de nueve meses, de padres bolivianos, falleció en Arica por no recibir atención médica”, noticia publicada por la Radio Universidad de Chile Online, el 10 de octubre de 2014, bajo el titular “INDH condena a salud pública por muerte de lactante”. (Recuperado a partir de: <http://radio.uchile.cl/2014/10/10/indh-condena-falta-de-atencion-medica-a-bebe-boliviano>). El motivo de la negación de la atención es económico, “El Hospital Juan Noé no los habría atendido porque no tenían los 30 mil pesos que se les cobraba”, información publicada por la Radio Biobío Online, el 8 de octubre de 2014, bajo el titular. “Investigan si Hospital de Arica negó atención a bebé boliviano que murió en Azapa”. (Recuperado a partir de: <http://www.biobiochile.cl/noticias/2014/10/08/investigacion-si-hospital-de-arica-nego-atencion-a-bebe-boliviano-que-murio-en-azapa.shtml>).



Fuente: Creación propia para el presente manuscrito

Figura 2: Mapa de articulación conceptual de resultados

Pacientes ilegítimos

La relación entre paciente y profesional de la salud es siempre asimétrica. Quienes han estudiado la problemática plantean que la relación paciente-terapeuta es una relación social, incluso que las relaciones clínicas son relaciones de poder (Fortin & Laprise, 2007). En nuestro estudio observamos que en la relación paciente inmigrante/funcionario de salud esta condición se observa con mayor contraste, ya que el inmigrante representa la alteridad, es decir el “otro,” la persona que se encuentra más allá de la frontera del “nosotros” (comunidad nacional). Por esta razón, los funcionarios cuestionan el acceso a la salud de los inmigrantes a partir de la diferenciación que se asigna según el estatus jurídico o administrativo, y según las prácticas o cualquier característica definida como cultural o física, etc. La principal consecuencia es que se produce desigualdad en salud entre nacionales y extranjeros. La connotación de la denominación “nuevos usuarios” en contraposición a “comunidad de usuarios”, es determinante y muestra desde el inicio la separación establecida entre “los que son de aquí” y “los que llegan de afuera”. La condición de alteridad de estos pacientes y la asimetría en las relaciones de poder surgen como un arma de defensa de los intereses del “nosotros”. Así, la nacionalidad, el estatus migratorio y la capacidad económica aparecen como criterios subjetivos (justificación simbólica) para decidir quién es paciente legítimo del SPS y quién no. Sucede esto a pesar de que, desde la perspectiva del derecho, la noción de paciente ilegítimo no se sostiene, al existir el compromiso normativo de acceso a la salud a ciertas categorías de inmigrantes indocumentados.

En el caso de la mujer embarazada su estatus migratorio es irrelevante, ya que se evidencia una predisposición a no atender la urgencia. En el caso del lactante, sí se trata de indocumentados y lo que prevalece es la denegación de la atención de urgencia por el no pago. Los padres de este niño son inmigrantes bolivianos, indígenas e indocumentados, razón por la cual los funcionarios proponen la atención privada.

Se constata que, en el ámbito del acceso a la salud de los indocumentados, la desigualdad en salud es mayor, debido a que los acuerdos interministeriales para dar atención médica a ciertos grupos de indocumentados no siempre se cumplen. Al ser considerados una carga económica para el SPS, los funcionarios exigen el pago de una atención privada, desconociendo los acuerdos. Vemos que el criterio que se aplica depende del funcionario y en ningún caso de la normativa. Lesselier utiliza la noción de “infra derecho,” utilizado para resolver situaciones complejas y coyunturales: “una gran parte del estatus de extranjeros/as está regida por lo que se llama el “infra derecho”: el del mesón de atención, de la circular y del poder discrecional de las autoridades administrativas” (Lesselier, 2008).

Por su parte, Bec afirma que la desigualdad es una relación social que promueve la pobreza, “razonar en términos de desigualdad es razonar sobre una realidad en cuyo centro se despliegan interdependencias entre los individuos y los grupos sociales”. La autora asocia la pobreza al funcionamiento mismo de la sociedad; “en el cruce a la vez de trayectorias individuales y mecanismos económicos y sociales” (Bec, 2002). Una manera complementaria de observar y describir la desigualdad, es la que considera una distinción entre dos órdenes de cosas: por un lado la desigualdad es productora de diferencias y, por otro, las diferencias reales o supuestas “soportan” la desigualdad. La mantención de esta distinción permitiría articular lo cultural con lo social, lo económico y lo político, provocando relaciones variables que podrían ser analizadas como relaciones interétnicas o “interraciales” (De Rudder et al., 2000). Por tanto, para el caso estudiado, podemos afirmar que el acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile está basado en estas relaciones interétnicas desiguales.

Pero, hay otro elemento a considerar y es que una de las principales percepciones de los funcionarios con respecto a los pacientes inmigrantes es que representan una carga económica para el sistema. Esta situación está directamente relacionada al hecho de que FONASA no otorga una subvención extra para la atención que autoriza y promueve la normativa. Por tanto, la presión que produce la falta de recursos, conjugada con la poca o nula capacitación en cuanto a derechos, se presenta como el escenario perfecto para que la discriminación opere con amplia legitimidad. Siguiendo esta lógica, se puede afirmar que los acuerdos interministeriales que producen reformas legales, consensuadas a nivel político-normativo, al no ser acompañadas de los recursos y/o de la planificación adecuada para su implementación en el nivel ejecutivo-administrativo, son la principal causa del problema evidenciado en esta investigación.

Conclusiones

Las dificultades que tienen los inmigrantes indocumentados para acceder a la atención médica en Chile se ven afectadas por la percepción de los funcionarios de salud, que al elaborar su propio sistema de representaciones, los ven como una carga para el sistema, y no como parte legítima de la comunidad de usuarios. Los datos expuestos respaldan la idea de que tanto el infra-derecho, como la discriminación hacia el grupo que representa la alteridad en el sistema, se producen indistintamente de la posición social del funcionario, no dependen del cargo, ni del nivel educacional, ni de la edad, ni del sexo, sino de la xenofobia y los prejuicios derivados de las nociones nacionalistas.

Esas percepciones negativas, junto con las facultades discrecionales ejercidas por los funcionarios de salud, podrían invalidar derechos consagrados en la legislación chilena, o contemplados en tratados internacionales y acuerdos interministeriales. Esta situación, además puede generar mayor pobreza a los indocumentados que no tienen otra opción que la salud privada.

Sin embargo, esta investigación también revela que gran parte de la responsabilidad recae en quienes definen la normativa y no consideran recursos adicionales, ni elaboran una política nacional que asegure la difusión de los acuerdos, así como capacitaciones adecuadas y sensibilización pertinente para los funcionarios de salud. Por tanto se trataría de una discriminación institucional y no solamente individual del funcionario, lo que abre ventanas a análisis adicionales, que esperamos abordar en futuras investigaciones.

Estas conclusiones tienen implicaciones, tanto para el desarrollo de la investigación en la materia, como para la práctica profesional y las políticas de salud focalizadas. Al aportar datos empíricos, futuros estudios pueden usarlos para observar los avances o retrocesos en la aplicación de las políticas hacia este grupo. Asimismo, puede ser referencia de estudios especializados en las teorías de las relaciones interétnicas. En cuanto a la práctica en salud, pretendemos que este trabajo sirva para que los profesionales de la salud puedan ponerse en el lugar del otro y repensar su rol en la relación social paciente-terapeuta. Por último, permite visualizar problemas de índole relacional, en los cuales los individuos son los que toman decisiones por sobre los marcos jurídicos. Esto podría ayudar a comprender por qué persisten trabas ahí donde se han diseñado soluciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arredondo López, A., Orozco Núñez, E., Wallace, S., & Rodríguez, M. (2013). Indicadores de gobernanza para el desarrollo de estrategias binacionales de protección social en la salud de los migrantes. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 310-327.
- Caizzi, A. (2010). Présence et représentation des usagers aux guichets des caisses d'Allocations familiales. *Informations Sociales*, 2, 112-120.

- Castles, S. (2010). Migración irregular: causas, tipos y dimensiones regionales. *Migración y Desarrollo*, 8(15), 49-80.
- CENSIDA/INSP. (2006). *SIDA: Aspectos de salud pública*. México.
- Cognet, M. (2007). Au nom de la culture: le recours à la culture dans la santé. *Éthiques de l'altérité*. Les Presses de l'Université Laval.
- Cortez Salas, A., Donoso Orellana, C., & Loredó Chupán, P. (2007). *Diagnóstico de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA de jóvenes inmigrantes peruanos*. Editorial Quimantú.
- Cortez, A. (2007). *Migración internacional: un desafío para las políticas públicas de Chile*. Colectivo Sin Fronteras.
- Dal Prá, K. R., Mendes, J. M. R., & Mioto, R. C. T. (2007). O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(Sup 2), S164-S173.
- Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2016). *Migración en Chile 2005 - 2014*. Recuperado de www.extranjeria.gob.cl
- Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2014). *Caracterización de la Migración en Chile: Una mirada desde instrumentos gubernamentales*. Presentación no publicada.
- Fassin, D. (1999). Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. *Cahiers de l'Urmis*, 5, 69-76.
- Fassin, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Santé, le traitement de la différence. Hommes et Migrations*, 1225.
- Fassin, D. (2002). Discrimination et santé: enjeux politiques et signification sociale. *Profession Banlieue*, 4(11), 1-22.
- Fortin, S., & Laprise, E. (2007). L'espace clinique comme espace social. En M. Cognet & C. Montgomery (Eds.), *L'éthique de l'altérité*, Les Presses de l'Université Laval, 191-214.
- INDH. (2013). *Informe Misión de observación situación de la población migrante Iquique y Colchane, 29 a 31 de mayo de 2013*. Santiago de Chile.
- Jelin, E., & Grimson, A. (2005). *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. IDES.
- Jelin, E., Grimson, A., & Zamberlin, N. (2006). *¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud*. IDES.
- Lesselier, C. (2008). Politiques d'immigration en France: appréhender la dimension de genre. *Les Cahiers du CEDREF*, 16, 189-208.
- Liberona Concha, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: Conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista Ciencias Sociales, Universidad Arturo Prat*, (28), 19-38.
- Liberona Concha, N. (2012). *La prise en charge des immigrants sud-américains dans le système public de santé chilien: un espace de tensions interethniques*. Paris 7.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015, marzo 1). *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. Contenidos: Inmigrantes*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/documentos/Casen2013_Pueblos_Indigenas_13mar15_publicacion.pdf
- Molina-Salas, Y., de las Mercedes Lomas-Campos, M., Romera-Guirado, F. J., & Romera-Guirado, M. J. (2014). Influencia del fenómeno migratorio sobre la tuberculosis en una zona semiurbana. *Archivos de Bronconeumología*, 50(8), 325-331.
- Núñez, N., & Torres, C. (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Usuarías de consultorios de salud de la zona norte de la Región Metropolitana*. Instituto de la Mujer.
- OIM Chile, MINSAL, & Demoscópica. (2008). *Diagnóstico y Factibilidad Global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71841d2e91f518a1e04001011f015cc6.pdf>
- OIM Chile, MINSAL, & Demoscópica. (2008). *Informe Final. Versión Abreviada. Diagnóstico y Factibilidad Global para la implementación de políticas globales de Salud Mental para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana*.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM), CARAM, & Proyecto Europeo de SIDA y Movilidad. (2002). *SIDA y Movilidad. Situación, políticas e intervenciones*. Informe Reunión satélite durante la XIV Conferencia Internacional del SIDA, Barcelona, 8 de julio.
- Pastoral de Movilidad Humana. (2016). *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares: aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1990*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM-Misión Colombia).
- Presidenta de la República. (2008). *Instructivo Presidencial N° 9, Política Migratoria en Chile*.
- Salas, A. C., Reyes, G. C., & Reyes, M. S. (2010). Salud sexual y reproductiva y migración latinoamericana en Chile. Una aproximación cualitativa a las situaciones de riesgos y conductas de prevención del VIH-SIDA. *Cuadernos Médico Sociales*, 50(4), 322-339.
- Servicio de Salud Metropolitano Central. (2008). *Minuta Atención Inmigrantes. Red Servicio de Salud Metropolitano Central*. (No publicada).
- Texidó, E., & Gurrieri, J. (2012). *Panorama migratorio de América del Sur 2012*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Oficina Regional para América del Sur.
- Vásquez-de Kartzow, R. (2009). Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? *Revista Chilena de Pediatría*, 80(2), 161-167.
- Waldman, T. C. (2011). Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, 12(1), 90-114.
- Witker Barra, I. (2005). *Bolivia 2003: Percepciones de la crisis en la prensa chilena y su impacto en la seguridad subregional y relaciones bilaterales*. ANEPE.
- World Health Organization. (2005). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Organización Mundial de la Salud.

CAPÍTULO 3

El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación. La Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno³

Carlos Piñones Rivera, Miguel Mansilla
Agüero y Rodrigo Arancibia Campos

Existe copiosa evidencia de que uno de los grupos principalmente afectados por la inequidad en salud en todos los conjuntos sociales son los Pueblos Originarios, cuestión que se evidencia en las brechas que se descubren en los perfiles epidemiológicos (Gracey & King, 2009; Haro, 2008; Incayawar & Maldonado-Bouchard, 2009; King et al., 2009; OMS, 1998; OPS, 1993a, 1993b; Oyarce & Pedrero, 2007). En virtud de esto, la comunidad internacional realiza iniciativas de abordaje fuertemente impulsadas por la Resolución V de la OMS, denominada “Salud de los Pueblos Indígenas” (1993). Desde el año 1996 se crea en Chile el Programa Especial de Salud Pueblos Indígenas (PESPI), con el objetivo explícito de disminuir las brechas en salud, y el 2003 ve la luz la Política de Salud Pueblos Indígenas. A pesar de que han transcurrido más de 20 años de la creación del PESPI existen muy pocos análisis de la lógica de estas políticas y de los supuestos técnicos e ideológicos en los que se basan (G. B. Boccara, 2007a; Bolados García, 2009, 2011; Cuyul Soto, 2008, 2009; Toledo Llancaqueo, 2007a).

El presente capítulo, que resulta del análisis documental para la tesis doctoral “La Mala Hora. Articulaciones en el pluralismo médico de agricultores precordilleranos aymaras chilenos” (Piñones Rivera, 2015a), realiza un análisis de los supuestos ideológicos de la Política y del PESPI desde el punto de vista de la Antropología

³ Publicado originalmente en 2017. “El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno”, *Saúde e sociedade* (26), 751-763.

Médica Crítica, buscando mostrar cómo éstos introducen sesgos que participan en la producción de algunas de las principales dificultades presentes en el proceso de disminución de las brechas de salud de los Pueblos Originarios en Chile.

Materiales y Métodos

El capítulo se basa en un análisis documental crítico de la Política de Salud Pueblos Indígenas (2003). Utiliza como material complementario documentos oficiales que forman parte de la implementación del PESPI a nivel nacional y regional y que fueron recopilados como parte del trabajo etnográfico realizado entre los años 2011 y 2012 (Piñones Rivera, 2015a): Resoluciones exentas del PESPI (MINSAL, 2011, 2013), Protocolos y sistematizaciones de experiencias de salud intercultural (Franchi et al., 2011; MINSAL, 2006c), Normas administrativas de interculturalidad (MINSAL, 2006a), Informes epidemiológicos y sobre situación de salud (Chile, 2010; MINSAL. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria, 2009), Orientaciones para la planificación en red (MINSAL, 2010).

El análisis busca comprender la lógica argumentativa que estructura la Política y el PESPI: cuál es el diagnóstico que hace del Proceso Salud/Enfermedad/Atención, cuáles los objetivos que se plantean y cuáles las directrices ideológicas de su diseño. Realizado desde la perspectiva teórica de la Antropología Médica Crítica, el análisis entiende las políticas públicas como producciones ideológicas, por lo que contextualiza la Política en la apuesta gubernamental chilena aquí caracterizada como “Multiculturalismo neoliberal”, e interroga el tratamiento dado en dichos documentos al problema de la producción de relaciones de Hegemonía/Subalternidad en la línea de la antropología gramsciana de Eduardo Menéndez.

El Multiculturalismo Neoliberal como contexto gubernamental

Para comprender la Política de Salud Pueblos Indígenas es preciso situarla en su marco económico-político concreto. Desde los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia (1990) hasta hoy, la relación del Estado chileno con los Pueblos Originarios se ha formulado a través de *políticas de reconocimiento* enmarcadas en lo que varios autores han conceptualizado como un Multiculturalismo Neoliberal (G. B. Boccara, 2007a; G. B. Boccara & Bolados García, 2008; Briones et al., 2007; Díaz Polanco, 2007; Hale, 2002a, 2004; Ramírez Hita, 2011). Como racionalidad gubernamental, el Multiculturalismo Neoliberal se distingue de sus predecesoras en que no rechaza la diferencia cultural, sino que la reconoce y valora, pero siempre en los márgenes de una lógica de la *administración de la diferencia* o de *dominación de la diversidad* (Díaz Polanco, 2007). Como ha planteado Díaz Polanco, el multiculturalismo es un “peculiar enfoque teórico-político, que contiene una concepción acerca de qué es la diversidad y cómo ésta debe insertarse en el sistema de dominación; y

que consecuentemente, recomienda un conjunto de prácticas o ‘políticas públicas’ que deben adoptarse respecto de las diferencias (‘políticas de identidad’)” (Díaz Polanco, 2007, 172-173).

Las políticas que emanan de dicho multiculturalismo pueden ser caracterizadas por medio de 3 rasgos principales: se presentan como políticas de reconocimiento; invisibilizan el problema de la producción neoliberal de la desigualdad; e incentivan una participación de la sociedad civil.

Las políticas de reconocimiento multicultural neoliberal consisten en un reconocimiento restrictivo que, a la vez que confiere una legitimidad institucional, adecúa las demandas y expresiones de los Pueblos Originarios a aquellas que son acordes con el individualismo liberal (Hale, 2002a, 2004). En la práctica, esto implica una restricción de los derechos colectivos a los derechos individuales (Stavenhagen, 1992; Taylor et al., 1994). De esta manera el Multiculturalismo Neoliberal no sólo reconoce, sino que re-constituye a su imagen las reivindicaciones, creando una escisión entre aquellas legitimadas (lo que se ha denominado el “indio permitido”), y otras penalizadas (Hale, 2002a, 2004).

El uso que el Multiculturalismo Neoliberal hace de la *diferencia*, acotándola como cuestión cultural, evita el problema de la *desigualdad* como jerarquización y estratificación de las diferencias. Como señala (Díaz Polanco, 2007), la acentuación del reconocimiento evita cualquier consideración del problema de la desigualdad en tanto producto directo del sistema socioeconómico y político neoliberal, excluyendo del campo de discusión el problema de la redistribución, cuya sola inclusión denuncia la desigualdad y apela a relaciones igualitarias (Díaz Polanco, 2007). El multiculturalismo se muestra como una nueva forma de socioculturalismo, pues al centrarse en lo simbólico hace la ficción de que lo social y lo económico político no tuvieran incidencia (Singer, 1990).

La tercera característica del Multiculturalismo Neoliberal es el *incentivo a la participación*. No obstante, la participación incentivada es una participación condicionada, que genera la impresión de que a través de ella se están definiendo las políticas públicas, cuando en realidad se les hace parte de una agenda previamente definida. Esta participación “domesticada” tiene la función de restringir la movilización social, canalizando la energía perturbadora que le es propia y responsabilizar a los sujetos de su inserción en el mercado, consiguiendo que se autogobiernen (G. B. Boccara & Bolados García, 2008; Hale, 2002a, 2004). Como agudamente han analizado (G. B. Boccara & Bolados García, 2008) en el Multiculturalismo Neoliberal se trata de “dominar a través de la participación”.

El Multiculturalismo Neoliberal, así caracterizado, constituye el marco económico-político en el cual ha sido formulada la Política de Salud Pueblos Indígenas. Se elaboró con el propósito manifiesto de “contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los Pueblos Originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación

en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso” (MINSAL, 2006b, p. 23) p.23). Para dar cumplimiento al mismo se definieron los tres ejes de *Equidad, Interculturalidad y Participación*, cuyo desarrollo es planteado como transversal en los distintos ámbitos de gestión en salud pública (MINSAL, 2006b).

El principal instrumento de materialización de la política lo constituye el Programa Especial de Salud Pueblos Indígenas (PESPI). A nivel regional y local es la instancia gubernamental técnica de la cual dependen directamente las denominadas “experiencias” de salud intercultural que se despliegan a lo largo del territorio chileno, siendo por tanto el marco gubernamental concreto desde el cual son orientadas técnicamente y financiadas.

Un programa socioculturalista para la inequidad en salud. El Programa Especial de Salud Pueblos Indígenas

Según datos provenientes de los perfiles epidemiológicos realizados, los problemas de salud de los pueblos indígenas, muestran una fuerte tendencia de desigualdad en la situación de salud de estos pueblos respecto de los no indígenas, a lo anterior se suma el hecho de que los pueblos indígenas continúan con sus propios patrones culturales, aún después de 500 años de dominación colonial, sin haber perdido por ello su identidad y el sistema de conocimientos y prácticas, en el ámbito de la salud. En definitiva la brecha epidemiológica que deja en evidencia la ejecución de estos estudios, nos lleva a plantear la necesidad de trabajar estos insumos e incorporarlos en las líneas de trabajo de los equipos de salud, situación que aportará a hacer más pertinente la atención de salud brindada a la población a nivel de la Red Asistencial. (MINSAL, 2013, p. 4).

El problema que el PESPI trata de abordar es el de la *inequidad* en Salud de los Pueblos Originarios. El diagnóstico que lo funda muestra perfiles epidemiológicos en significativa desventaja para los éstos, en comparación con los no-indígenas. Esta realidad unida a la persistencia de identidades, así como de prácticas y conocimientos tradicionales específicos en salud, permite concluir la necesidad de un abordaje específico en salud para los Pueblos Originarios.

El PESPI busca contribuir con la disminución de esta brecha, considerando la especificidad cultural de los Pueblos Originarios. En virtud de esta orientación general, una serie de conceptos como los de *salud intercultural*, *pertinencia cultural*, *reconocimiento de sistemas culturales en salud* o *complementariedad de sistemas médicos*, son utilizados imprimiendo una orientación específica al abordaje de los problemas de salud de los Pueblos Originarios.

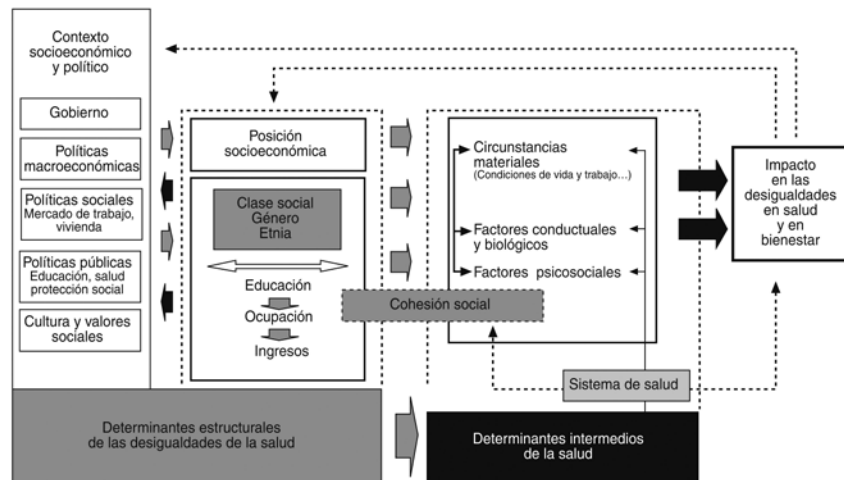
Como adelantábamos, la orientación específica que asume el PESPI, lejos de ser neutral, es subsidiaria del Multiculturalismo Neoliberal. Los principales elementos ideológicos que definen su formulación conceptual son coherentes con

él y, por tanto, establecen las racionalidades diagnósticas así como las lógicas de intervención que lo estructuran, según mostraremos a continuación.

Lo primero que tenemos que tener presente es que el piso ideológico desde el cual se piensa el problema de la inequidad en salud de los Pueblos Originarios es el *individualismo biomédico*, es decir, la ideología médica consistente con el liberalismo de mercado, que concibe a los sujetos como consumidores, que realizan elecciones racionales libres, negando o relegando a un segundo plano cualquier tipo de constricción social, y que entiende la salud/enfermedad como proceso eminentemente individual, biológico, que descansa en la susceptibilidad y la genética como predisposición, haciendo abstracción del contexto y por lo tanto de la producción sociocultural y económico-política de la enfermedad, pues comprende la colectividad como suma de individuos cuya historia colectiva deviene irrelevante para el Proceso Salud/Enfermedad/Atención (Fee & Krieger, 1993).

La abstracción que el individualismo biomédico hace del contexto, le exige buscar un suplemento que le permita abordar la diferencia cultural característica de los Pueblos Originarios frente al saber biomédico. Dicho suplemento lo constituye una aproximación de tipo socioculturalista, que reduce y relega a un segundo plano los múltiples procesos sociales, culturales y económico-políticos a través de una concepción restrictiva de lo “cultural”, que pasa a ser así el principio rector de los análisis y propuestas programáticas. Dicha concepción restrictiva de lo cultural permite abordar la inequidad dentro de una lógica neoliberal porque la reduce a diferencia cultural.

Un segundo elemento lo constituye la identificación que realiza el PESPI entre el problema de la inequidad *en salud* y el de la inequidad *en atención*. Así excluye toda una serie de procesos previos, simultáneos o posteriores a la atención, que podría estar incidiendo en la producción de la inequidad en salud de los Pueblos Originarios: por ejemplo, la inscripción de derechos consuntivos para las aguas subterráneas con fines de uso minero en zonas de dominio superficial agrícola (Gentes, 2004) o la negligencia frente a los altos niveles de arsénico en el agua de consumo (Hopenhayn-Rich et al., 2000; Marshall et al., 2007), entre muchos otros. La lógica reduccionista queda clara en los siguientes párrafos: “La equidad apunta a la construcción, a partir de acciones concretas, de un sistema de salud que disminuya efectivamente las brechas de equidad en la situación de salud entre sectores sociales, áreas geográficas y comunas. *Ello significa generar acciones en el ámbito de mejoría del acceso, de la calidad, cobertura y efectividad de la atención de salud de los pueblos indígenas*” (MINSAL, 2013, p. 6) p.6) [cursivas nuestras]. Como se observa, no se refiere ningún otro tipo de acciones a nivel socioeconómico, político, ambiental, etc. El problema de la equidad es planteado, de manera restrictiva, como el problema de la implementación de acciones en la *atención* de salud, que constituye sólo una mínima fracción de los procesos considerados incluso por las concepciones hegemónicas (Cfr. Figura 1).



Fuente: Solar e Irwin citado en Borrell y Artazcoz (Borrell & Artazcoz, 2008)

Figura 1. Determinantes sociales de la salud según la comisión de determinantes sociales de la OMS.

Más aún, el problema ya restringido de la atención de salud, es nuevamente acotado como un problema de *acceso* a la atención, cuestión que soslaya la discusión respecto de la idoneidad de la estructura misma de la atención de salud como medio para garantizar el derecho a la salud, en un sistema regido por una lógica neoliberal (Homedes & Ugalde, 2002, 2005, 2010; Ugalde, 2001; Ugalde & Homedes, 2002, 2007).

En el caso específico de los Pueblos Originarios, el socioculturalismo viene a apoyar la conceptualización de las brechas de *acceso* a la atención de salud como resultado de *barreras culturales*. El supuesto aquí es que ya sea bajo la forma de la discriminación, la falta de sensibilidad, las deficiencias en las capacidades comprensivas del personal de salud, la ausencia de señalética en lenguas originarias, el desconocimiento de los conceptos de salud-enfermedad de la medicina tradicional, entre otros, las *barreras culturales* tendrían un peso especial tratándose de ellos:

“Los pueblos originarios describen un trato discriminatorio cuando acuden a hospitales o centros de salud, esta discriminación es doble, pues a la condición indígena se suma la situación de empobrecimiento que han sufrido las comunidades. Respecto de los integrantes de los equipos de salud deben tener conocimiento y valoración de la cultura, lenguaje y medicina indígena”. (MINSAL, 2006b, p. 17)

Por supuesto, no negamos que los elementos así conceptualizados puedan tener un valor significativo, pero de esto no se sigue que la iniciativa gubernamental se tenga que reducir a este limitado aspecto del amplio problema de la producción de inequidad en salud de los Pueblos Originarios. Lo que observamos concretamente es que, de manera consecuente con el supuesto socioculturalista aquí analizado, *todas* las iniciativas del PESPI están orientadas a reducir la inequidad en salud por medio de acciones focalizadas hacia la disminución de dichas barreras culturales, haciendo gala nuevamente de un sentido restrictivo de lo cultural.

Un abordaje voluntarista

En el diseño de la política, el socioculturalismo que estamos analizando viene consagrado a través de uno de sus ejes rectores y transversales: el eje de la Interculturalidad. La *interculturalidad socioculturalista* se plasma principalmente a través de 3 sentidos diversos:

- Pertinencia Cultural: Se refiere a cierta adecuación de las acciones de atención a la *especificidad cultural* de los pacientes y comunidades. En el ámbito de la salud, asume frecuentemente la forma de acciones de capacitación tendientes a sensibilizar al personal de salud frente a la diferencia cultural de los atendidos (por ejemplo, respecto de la cosmovisión, la lengua o formas de vida diversas).

“La interculturalidad en salud conlleva los siguientes elementos: - Integralidad en el concepto de salud-enfermedad. [...] - Visión holística. - Oferta de servicio regular, equitativa y con pertinencia cultural. - Personal de salud calificado y sensible a las necesidades de salud de la población. La capacitación aborda sistemáticamente la diversidad y problemática local en materia de salud. - Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena”. (MINSAL, 2006b, p. 21).

Más escasamente, el concepto de pertinencia también alude a la adecuación de la atención a los perfiles epidemiológicos específicos: “La incorporación de esta variable en los planes de salud comunal es una herramienta que permitirá la adecuación y pertinencia de las estrategias y actividades a nivel local a las necesidades de los pueblos indígenas” (MINSAL, 2006b, p. 32).

- Reconocimiento: El reconocimiento es la admisión que la política hace de la diversidad en materia de conocimientos y prácticas de salud. En general es utilizado para referirse a los “sistemas culturales de salud” o a los “agentes de medicina indígena”. Debido a los tratados internacionales se expande hacia una declaración de voluntad de protección y fortalecimiento de los mismos:

El Estado de Chile, de conformidad con las normas legales vigentes y tratados internacionales promulgados como ley de la República, se encuentra en el deber de respetar, reconocer y proteger los sistemas de salud de los pueblos indígenas. Teniendo en consideración estos antecedentes es que se enuncian ideas medulares de estos cuerpos normativos que son atinentes para el trabajo con pueblos indígenas. (MINSAL, 2006a, p.4)

Apoyar procesos orientados al reconocimiento, salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas (MINSAL, 2011, p.4)

- Complementariedad: La complementariedad supone la exigencia que la política realiza de trabajar *con* los “agentes de medicina indígena” para los fines de la atención de salud. Implica además del reconocimiento una voluntad de trabajo *colaborativo*. Así, en el apartado donde se definen los elementos de la interculturalidad en salud se señalan:
“- Sistema de salud incluyente, abierto, que reconoce, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas [...] -Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena” (MINSAL, 2006b, p. 21). Considerando la relevancia que este punto tiene para nuestro argumento global, tendremos ocasión de desarrollarlo en el siguiente acápite.

Dado que el diagnóstico y el diseño de la política y del PESPI son conceptualizados desde esta matriz ideológica socioculturalista, las respuestas a la inequidad redundan en un cierto *voluntarismo* que queda expresado en la política como sigue:

“La interculturalidad apunta a un *cambio de actitud* y a un *cambio cultural en el sistema de salud*, que permite abordar la salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los Pueblos Originarios, respetando la diversidad cultural” (MINSAL, 2006b, p. 20) [cursivas nuestras]

Ahora bien ¿Respecto de qué elementos se plantean los cambios? ¿Cuáles son sus alcances propuestos? ¿Quiénes son conminados a producirlos? La interculturalidad apunta a un cambio de *actitud* y a un cambio *cultural*, lo que ya establece restricciones bastante amplias para el campo de la salud de los Pueblos Originarios pues desenfoca los cambios burocráticos, estructurales, económico-políticos. Parafraseando la cita anterior, los cambios actitudinales y culturales en mente no se refieren al *individualismo biomédico* y su *socioculturalismo* suplementario que, según venimos analizando, constituyen importantes fundamentos ideológicos de su aproximación.

En vez de esto son referidos al personal de salud, que es exhortado a analizar críticamente sus conocimientos y prácticas en tanto vehiculizadores de barreras culturales, al interior de un sistema de salud que se orienta por una política que no realiza dicho análisis crítico respecto de los elementos estructurales e ideológicos que lo conforman:

“Es el recurso humano con sus conocimientos, habilidades y destrezas el que permitirá avanzar en la implementación del nuevo modelo de atención, para ello se requiere que el personal de salud tenga la oportunidad de capacitarse, como, asimismo, que las nuevas generaciones de egresados de las universidades e institutos de formación técnica hayan sido preparadas para asumir sus nuevos roles. Junto a las dificultades de acceso a salud de algunas comunidades por razones geográficas, existe desconocimiento del personal de salud en relación a la cultura de las comunidades indígenas, y práctica de la medicina tradicional indígena, lo que hace aumentar los problemas de acceso y calidad de la atención. Frente a las barreras culturales en el acceso, se debe contar con un recurso humano calificado, sensible y respetuoso a la diversidad cultural y de las necesidades de los usuarios. La capacitación de todo el personal de salud debe considerar tanto a aquellos que se desempeñan en comunas con alta concentración de población indígena como a los funcionarios del nivel central. Para lo cual será necesario desarrollar procesos de educación permanente, donde debe abordarse sistemáticamente la cultura y problemática local en materia de salud, logrando así una provisión de servicios con pertinencia cultural”. (MINSAL, 2006b, p. 36)

Articulando el análisis del socioculturalismo y el voluntarismo característicos de la Política y del PESPI, lo que aparece es que el sistema de salud sólo está dispuesto a hacer las modificaciones que calcen dentro de un concepto de pertinencia restringido a lo cultural, y guiadas por el supuesto voluntarista del perfeccionamiento del “capital humano” para la superación de las barreras culturales en atención, antes que por una apuesta de modificación de la estructura ideológica y burocrática, que prácticamente permanece indemne.

En tanto el voluntarismo del PESPI supone que los problemas de la interculturalidad son salvables primordialmente a través de la capacitación y sensibilización del personal institucional, oculta que uno de los principales obstáculos en los procesos de articulación es la misma estructura burocrática del Estado en tanto supone una asimetría de poder y una resistencia a dicha transformación (Cuyul Soto, 2008, 2009; Knipper, 2006; Menéndez, 2006; Piñones Rivera, 2015a; Ramírez Hita, 2011).

La horizontalidad en un contexto de asimetrías de poder

Si la pertinencia y el reconocimiento invocados por el socioculturalismo resultan en un voluntarismo, el análisis de la complementariedad nos llevará a descubrir otros rasgos estructurales del diseño de la política: su negación de la asimetría de poder y su ahistoricidad.

Es importante analizar cómo se conceptualizan la colaboración y/o complementariedad pues más allá de la voluntad de trabajo conjunto entre los agentes concretos de salud (por ej. el ginecólogo y la usuyiri-partera en aymara), lo que hay que interrogar son las condiciones políticas e institucionales que estructuran las relaciones entre los saberes médicos de los Pueblos Originarios y el saber biomédico, como parte de la relación más amplia que existe entre el Estado y los Pueblos Originarios.

¿Cómo se conceptualizan la complementariedad y colaboración? La mayoría de las veces que en estos documentos se utilizan estos términos se refieren específicamente a las relaciones entre los “sistemas médicos” oficial e indígena. Así se recorta un espacio de relación entre los saberes médicos en el que se construye un imaginario ideológico normativo, un deber ser para la interculturalidad en que las relaciones deben estar guiadas por el respeto, el reconocimiento, la colaboración y la complementariedad, llegando incluso a hablarse en la Política de horizontalidad como una de las principales características de la interculturalidad. En efecto la definición de interculturalidad de la Política está dada en esos términos:

“La interculturalidad será entendida como un proceso social interactivo, de *reconocimiento, respeto, horizontalidad y colaboración* entre dos o más culturas, en un espacio determinado. Interculturalidad significa entonces, la promoción de relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación y convivencia; y derecho a la diferencia” (MINSAL, 2006b, p. 21) [cursivas nuestras].

También se señala que las principales características de las relaciones de interculturalidad son: “1) voluntad, 2) reconocimiento mutuo, 3) interacción, 4) aprendizaje mutuo, 5) reciprocidad, 6) horizontalidad y 7) cooperación” (MINSAL, 2006b, p. 21) p.21).

Este imaginario de la horizontalidad, no obstante, es tensamente producido pues se construye en un terreno de asimetría de poder:

“El enfoque intercultural en salud releva el reconocimiento y respeto de las singulares y diversas características de cada pueblo originario y pretende crear un ambiente *donde estas diferencias puedan coexistir* y aportar a la mejoría de la salud de todos, *aun cuando se da en un escenario no resuel-*

to de asimetrías de poder, en lo que se refiere a la hegemonía del sistema médico oficial.” (MINSAL, 2006b, p. 21) p.21) [Cursivas nuestras]

La inclusión del problema de las “asimetrías de poder” constituye aquí una excepción, pues no se aborda ni con insistencia ni menos de manera sistemática, asumiendo implícitamente que no es un elemento relevante de la producción de inequidad en salud. En efecto, en el texto del PESPI es totalmente excluida la asimetría de poder, no apareciendo ni una vez mencionada (MINSAL, 2011, 2013).

Lejos de realizar una propuesta que incluya un análisis de la incidencia de dicha asimetría de poder, lo que la Política de Salud Pueblos Indígenas confiere es un imaginario de horizontalidad, en que prima un voluntarismo del “afán de diálogo y cooperación”, de la “buena voluntad” o de la buena fe, como si la historia de dicha relación recién partiera, o como si la voluntad de diálogo fuera suficiente para contrarrestar el poder de un aparato estatal cuyas estrategias han tendido más bien a una restricción de los derechos indígenas en su adecuación al molde neoliberal (G. B. Boccara & Bolados García, 2008, 2011; Consejo de Derechos Humanos, 2009; Toledo Llancaqueo, 2007b).

Al respecto, nos parece esclarecedor desgajar el discurso de la complementariedad en dos niveles: el de las relaciones entre los saberes médicos y el de las relaciones entre el Estado y los Pueblos Originarios. Así resulta interesante observar que mientras la conceptualización de las relaciones se restringe al espacio de articulación entre saberes médicos, es posible sostener cierto imaginario de la horizontalidad que se hace poco viable cuando lo que se aborda es directamente la relación entre el Estado y los Pueblos Originarios. Nos parece que, en términos de construcción de una retórica, esta es una de las razones centrales por las cuales prácticamente no se aborda las relaciones de asimetría de poder entre los Pueblos Originarios y el Estado, en una política destinada a los primeros.

En efecto, son pocas las ocasiones en que la colaboración y complementariedad dejan de referirse a los “sistemas médicos” para aludir a procesos “entre las culturas”⁴. Cuando esto ocurre, la colaboración y complementariedad supuestas no pueden sino parecer eufemismos, a la luz de la historia de las políticas del Estado chileno en su relación con los Pueblos Originarios (Bengoa, 2004; G. B. Boccara & Seguel-Boccara, 1999; González Miranda, 1995).

La producción de este análisis comparativo sobre la sostenibilidad de un imaginario de la horizontalidad, según si se trata de la conceptualización de los saberes médicos o de la relación entre el Estado y los Pueblos Originarios, nos descubre que la tensión presente en la política resulta, al menos parcialmente, de una nega-

4 “La interculturalidad será entendida como un proceso social interactivo, de *reconocimiento, respeto, horizontalidad y colaboración* entre dos o más culturas, en un espacio determinado. Interculturalidad significa entonces, la promoción de relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación y convivencia; y derecho a la diferencia” (MINSAL, 2006b, p. 21)

ción de la asimetría de poder en las relaciones entre el Estado y los Pueblos Originarios, y por extensión, entre los saberes médicos indígenas y biomédico. Por este medio se produce una discontinuidad discursiva entre ambos niveles, inexistente en la práctica, en tanto la relación entre el Estado y el saber biomédico desequilibra la supuesta horizontalidad entre los saberes médicos.

Esta *negación de la asimetría de poder* tiene efectos directos en el espacio de la interculturalidad, ya que por esta vía el Estado desconoce su parcialidad a favor de la biomedicina (asumida como racionalidad burocrática gubernamental específica respecto del Proceso Salud/Enfermedad/Atención) (Broom et al., 2009; Freidson, 1978; Larkin et al., 1995; Serrano, 1994), mientras que el Saber Biomédico desconoce su funcionalidad hacia el Estado respecto a sus intereses de despolitización del Proceso Salud/Enfermedad/Atención, de negación de la determinación socio-cultural y económico-política del padecimiento social, así como de la dimensión de historicidad que lo conforma (Menéndez, 1983a, 2005a).

Varios autores han planteado que, lejos de dicha horizontalidad, la Salud Intercultural se constituye como un espacio de producción y reproducción de relaciones de hegemonía/subalternidad por medio de procesos de subalternización que obedecen a dimensiones ideológicas, burocráticas, económicas, políticas, de control social entre otras (G. B. Boccara, 2007a; G. B. Boccara & Bolados García, 2008; Cuyul Soto, 2008; Knipper, 2006; Menéndez, 1992, 2006; Piñones Rivera, 2015a).

¿Cómo se produce dicha opacidad que invisibiliza las asimetrías de poder y permite producir retóricamente un imaginario de la horizontalidad? Uno de los soportes para este acto de soslayo es la ahistoricidad omnipresente en la Política y el PESPI. Desde esta ahistoricidad se pueden elaborar ideas claves como la siguiente: “La perspectiva intercultural en salud pone el énfasis en el *proceso de encuentro* de las diversas culturas que conviven en un territorio, para coordinar acciones y esfuerzos en la solución de problemas comunes” (MINSAL, 2006b, p. 21) [cursivas nuestras].

Si al contrario se considera la historia de las relaciones del Estado chileno con los Pueblos Originarios, uno tendría que plantear que ese, eufemísticamente llamado, “proceso de encuentro”, no se da sólo hoy en el seno de una Política de Salud como encuentro prescriptivamente horizontal de distintas culturas médicas, sino que se inscribe en una larga historia de Relaciones de Hegemonía/Subalternidad (Bengoa, 2004; G. B. Boccara & Seguel-Boccara, 1999; González Miranda, 1995), de las cuales el Multiculturalismo Neoliberal se distingue en tanto valora la diferencia cultural, pero siempre bajo el mismo objetivo genérico de control de las demandas de los Pueblos Originarios (G. B. Boccara & Bolados García, 2008, 2011; G. B. Boccara & Seguel-Boccara, 1999).

Dado que este segundo nivel de análisis es sistemáticamente excluido del diagnóstico, diseño e implementación, lo que se produce es una negación formal de que la interculturalidad sea un espacio de producción de inequidad. De esta manera,

el desconocimiento de las Relaciones de Hegemonía/Subalternidad entre el Estado y los Pueblos Originarios, produce la ilusión política de que el primero puede relacionarse con los pueblos desde una horizontalidad: así como el saber biomédico podría entrar en un diálogo horizontal con los saberes médicos de los Pueblos Originarios, el Estado podría resignar su poder para dialogar horizontalmente con ellos.

Esto nos parece que constituye el efecto ideológico central del proceso: la producción de un terreno ideológico en el cual la interculturalidad es sostenida con carácter de evidencia como respuesta al problema de la inequidad, opacando la participación que esta política tiene en el mismo proceso de producción de inequidad, cuya continuidad relativa se descubre desde una historización de las relaciones entre el Estado de Chile y los Pueblos Originarios confinados en el territorio en que hoy ejerce su soberanía.

Conclusión

El Multiculturalismo Neoliberal del Estado chileno se expresa en el socioculturalismo de la Política y el PESPI consistente en reducir 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. Dicho programa, y la política en que se basan, están atravesados por una tensión entre la asunción/desconocimiento de las relaciones de hegemonía/subalternidad entre el Estado y los Pueblos Originarios. A través de una aproximación ahistoricista la Política y el PESPI han establecido un imaginario de horizontalidad entre los saberes médicos, que cumple una función política de desconocimiento del rol mismo del Estado en la conformación de la asimetría y subordinación de los saberes médicos de los Pueblos Originarios, que a su vez forma parte de la subordinación más amplia que el Estado establece respecto de los Pueblos Originarios en el seno del modelo económico neoliberal chileno.

El que un programa que se propone enfrentar la inequidad del Proceso Salud/Enfermedad/Atención no incluya en su análisis la historia de las relaciones entre el Estado y los Pueblos Originarios así como el rol que la producción de relaciones de Hegemonía/Subalternidad cumple en la producción/reproducción de la inequidad en la salud de los Pueblos Originarios, es sintomático del tipo de enfoque utilizados por la Política y el PESPI. Pues es claro que sólo desde ciertas perspectivas específicas es posible producir dicho escotoma, mostrando la importancia que la teoría tiene en la consideración del Proceso Salud/Enfermedad/Atención (2001, 2011).

Aquí se descubren operando el ahistoricismo, esencialismo y determinismo biológico propios del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1983a, 1984a, 2005a) que excluyendo la dimensión económico-política del Proceso Salud/Enfermedad/Atención, marginan de la reflexión el rol que el mismo socioculturalismo de la Política juega en la conformación del Proceso Salud/Enfermedad/Atención como

proceso histórico, opacando su contribución a la producción y reproducción de la inequidad en salud que afecta a los Pueblos Originarios.

Al contrario, otras aproximaciones como la Medicina Social (Granda, 2008), Salud Colectiva (Almeida-Filho & Paim, 1999; Nunes, 2010), Antropología Médica Crítica (Baer et al., 2003), Epidemiología Sociocultural (Menéndez, 2008; Ramírez Hita, 2009), Epidemiología Eco-Social (Krieger, 2001), Epidemiología Crítica (Breilh, 2003), entre otras, conciben el Proceso Salud/Enfermedad/Atención como proceso socialmente estratificado que participa en la producción y reproducción biosocial en su integralidad, no sólo bio-psico-social, sino también cultural (ideológica) y económico-política (Breilh, 1983; Krieger, 2011; Menéndez, 2005a; Piñones Rivera, 2015a). Desde estas miradas se incluye, por supuesto, la importancia de las “barreras culturales”, pero se entiende que estas no son suficientes para abordar el problema de las brechas de inequidad en salud para los pueblos indígenas.

Una aproximación basada en estas perspectivas incluiría, entre otros elementos relevantes a escala nacional y local, la segmentación neoliberal de la calidad de atención en salud según nivel de ingreso (Cid, 2008), el daño producido a las comunidades a través del código de aguas, por la cesión de los derechos de agua a megaproyectos con autorización de explotación completa de las fuentes de agua sin definición de caudales ecológicos (Gentes, 2004), las normativas sobre pesticidas que autorizan en Chile el uso de tóxicos prohibidos en la mayoría de los países del norte global (Quezada, 2011), la negligencia en el tratamiento del problema del arsénico en el agua y su incidencia en las altas tasas de cáncer (Ferrecio & Sancha, 2006), entre otros problemas que desbordan claramente lo que cabe dentro de la noción de *barreras culturales* y que brillan por su ausencia en la materialización de la Política.

Al abordar las brechas de salud entre los Pueblos Originarios, nos parece teórica y éticamente pertinente, incluir todas estas dimensiones, o al menos considerarlas dentro del análisis para la definición de la estrategia más efectiva y justa, siendo cuestionable que una aproximación socioculturalista prolifere soslayando las condiciones socioeconómicas y políticas que inciden en el Proceso Salud/Enfermedad/Atención. Si de pertinencia se trata, consideramos que es importante que el abordaje de la inequidad en salud de los pueblos indígenas sea pertinente no sólo en términos culturales, sino también socioeconómicos, políticos, ecológicos, históricos, etc.

Reduciendo la desigualdad a la diferencia, la complejidad biosocial a un concepto restringido de cultura, la integralidad del Proceso Salud/Enfermedad/Atención al problema de la atención de salud, el PESPI oblitera problemas centrales existentes hoy en día para los pueblos indígenas de Chile, que de maneras complejas están arraigadas en la actual configuración económico-política neoliberal chilena.

El *leit motiv* de la complementariedad como horizonte de la participación opaca el reconocimiento de la producción de la inequidad al interior de las mismas relaciones de “interculturalidad” en salud. Si bien esto plantea el problema empírico

de cómo las acciones gubernamentales en el ámbito de la salud intercultural resultan en la producción de una condición subalterna para los saberes médicos, lo que aquí analizamos es la contribución que las exclusiones teórico-ideológicas, presentes en el diseño de la Política de Salud y Pueblos Indígenas y del PESPI, realizan a dicho proceso relacional, en su abordaje del problema de la inequidad en salud.

Una pregunta que nos surge entonces en el marco de la interculturalidad en salud es: ¿Qué habría que modificar en la estructura burocrática del Estado y en la ideología biomédica de manera que la complementariedad no resultara en subalternización? ¿Por qué medios institucionales habría que contribuir al cambio en la asimetría de poder? Pues nos parece que difícilmente se modificará el carácter subordinante del proceso articulador si no se reflexiona en qué medida la ideología implícita en la burocracia de salud contribuye al establecimiento de los procesos de Hegemonía/Subalternidad. En el estado actual de cosas, nuestro análisis nos hace temer que el actual *reconocimiento* no está conduciendo a la *salvaguarda* y que la *complementariedad* tampoco está conduciendo a un *fortalecimiento* de los saberes médicos de los Pueblos Originarios, como lo ha pretendido la política sectorial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida-Filho, N. De, & Paim, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30.
- Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I. (2003). *Medical anthropology and the world system* (2nd ed.). Praeger.
- Bengoa, J. (2004). *La memoria olvidada. Historia de los Pueblos Indígenas de Chile*. Cuadernos del Bicentenario.
- Boccará, G. B. (2007). Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará, Revista de Antropología Chilena*, 39(2), 185-207.
- Boccará, G. B., & Bolados García, P. (2008). ¿Dominar a través de la participación? El neoindigenismo en el Chile de la posdictadura. *Memoria Americana*, 16(2), 167-196.
- Boccará, G. B., & Bolados García, P. (2011). ¿Qué es el multiculturalismo? La nueva cuestión étnica en el Chile neoliberal. *Revista de Indias*, 70(250), 651-690.
- Boccará, G. B., & Seguel-Boccará, I. (1999). Políticas indígenas en Chile (siglos XIX y XX). De la asimilación al pluralismo (El caso mapuche). *Revista de Indias*.
- Bolados García, P. (2009). ¿Participación o pacificación social? La lógica neoliberal en el campo de la salud intercultural en Chile: El caso atacameño. *Estudios Atacameños*, 38, 196-199.
- Bolados García, P. (2011). Las prácticas curativas atacameñas en Chile: Entre el reconocimiento y la criminalización. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 1-20.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-474.
- Breilh, J. (1983). La epidemiología en la forja de una contrahegemonía. *Salud Problema*, 11, 25-40.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad* (Vol. 17). Lugar Editorial.

- Briones, C., Cañueco, L., Kropff, L., & Leuman, M. (2007). Escenas del multiculturalismo neo-liberal. Una proyección desde el Sur. *CEPAL*.
- Broom, A., Doron, A., & Tovey, P. (2009). The inequalities of medical pluralism: Hierarchies of health, the politics of tradition and the economies of care in Indian oncology. *Social Science & Medicine*, 69(5), 698-706.
- Chile. (2010). *Diagnóstico de salud y calidad de vida. Reporte PMG Gestión territorial*. Gobierno Regional de Tarapacá.
- Cid, C. (2008). Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(2), 103-109.
- Consejo de Derechos Humanos. (2009). *Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, James Anaya. Adición: La situación de los Pueblos Indígenas en Chile: Seguimiento a las recomendaciones hechas por el relator especial*.
- Cuyul Soto, A. (2008). La burocratización de la salud intercultural en Chile. Del neosistencialismo al autogobierno mapuche en salud.
- Cuyul Soto, A. (2009). La política de salud chilena y el pueblo mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema*, 21-33.
- Díaz Polanco, H. (2007). *Elogio de la diversidad: Globalización, multiculturalismo y etnografía*. Siglo XXI Editores.
- Fee, E., & Krieger, N. (1993). Public health then and now: Understanding AIDS: Historical interpretations and the limits of biomedical individualism. *American Journal of Public Health*, 83, 1477-1486.
- Ferreccio, C., & Sancha, A. M. (2006). Arsenic exposure and its impact on health in Chile. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 24(2), 164-175.
- Franchi, P., Miranda, P., Castillo, L., & Morgado, C. (2011). *Protocolo de asistencia de parto integral con enfoque intercultural 2011-2013* (borrador).
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Península.
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374(9683), 65-75.
- Hale, C. R. (2002). Does multiculturalism menace? Governance, cultural rights, and the politics of identity in Guatemala. *Journal of Latin American Studies*, 34(3), 485-524.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: Las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 54-62.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: Theory and context*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195383874.001.0001>
- Marshall, G., Ferreccio, C., Yuan, Y., Bates, M. N., Steinmaus, C., Selvin, S., Liaw, J., & Smith, A. H. (2007). Fifty-year study of lung and bladder cancer mortality in Chile related to arsenic in drinking water. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(12), 920-928. <https://doi.org/10.1093/jnci/djm004>
- Menéndez, E. L. (1983). Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. *Cuadernos de la Casa Chata*. CIESAS.
- Menéndez, E. L. (2006). Interculturalidad, «diferencias» y antropología «at home»: Algunas cuestiones metodológicas. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*, 51-65. Abya-Yala.
- Singer, M. (1990). Reinventing medical anthropology: Toward a critical realignment. *Social Science & Medicine*, 30(2), 179-187. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90078-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90078-7)
- Taylor, C., Appiah, A., Habermas, J., Rockefeller, S., Walzer, M., & Wolf, S. (1994). *Multiculturalism: Examining the politics of recognition*. Princeton University Press.
- Toledo Llancaqueo, V. (2007a). *Presupuesto del Sector Público y Políticas Indígenas. Chile 1994-2008*.
- Toledo Llancaqueo, V. (2007b). Prima Ratio. Movilización mapuche y política penal. Los marcos de la política indígena en Chile 1990-2007. *OSAL*, VIII(22).
- Ugalde, A. (2001). Las reformas de salud en América Latina: ¿Éxito o fracaso? *Situa*, 9(18), 1-9.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2002). ¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina? En *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2007). América Latina: La acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud Colectiva*.

CAPÍTULO 4

Perspectivas teóricas sobre salud y migración. Determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural⁵

Carlos Piñones Rivera, Nanette Liberona
Concha y Sandra Leiva Gómez

Introducción

Las primeras publicaciones que abordan en la literatura científica estadounidense el problema de la relación entre salud y migración aparecen en 1912. Como ha sido una constante histórica (Abel, 2003), dichos trabajos sueldan una relación entre el migrante y las enfermedades infectocontagiosas, mostrando que “existe un vínculo entre la manera de imaginar una enfermedad y la de imaginar lo extranjero” (Sontag, 2003, p. 64). Tomando la advertencia de Sontag, nos interrogamos, ¿cómo es que hoy se está pensando la relación entre migración y salud? La pregunta es eminentemente práctica, en tanto de ella surgen las políticas, programas, proyectos, diagnósticos y prácticas de atención dirigidas a la salud de los migrantes. No es nuestra intención realizar un análisis sistemático de la literatura. Esfuerzos en este sentido ya se han realizado (Castañeda; Holmes; Madrigal; Young et al., 2015; Villa-Torres; González-Vázquez; Fleming; González-González et al., 2017; Viruell-Fuentes; Miranda; Abdulrahim, 2012). Nuestra contribución se focaliza en realizar un análisis crítico de lo que consideramos son las 3 aproximaciones principales desde las cuáles hoy se piensa la salud de los migrantes: la de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), la perspectiva del Transnacionalismo aplicado a la Salud y las aproximaciones críticas, entre las que destaca el enfoque de la Vulnerabilidad Estructural. Una vez analizadas las dos primeras aproximaciones, el objetivo es presentar en detalle los aportes a los estudios de salud y migración del último enfoque.

⁵ Publicado originalmente en 2021. “Perspectivas teóricas sobre salud y migración: determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural”, *Saúde e Sociedade* (30), e200310.

Para esto hemos hecho una revisión bibliográfica sobre salud y migración, tanto en inglés como español. Las publicaciones que plasman las perspectivas escogidas fueron ingresadas al software CAQDAS Nvivo, con cuya ayuda realizamos un Análisis Cualitativo de Contenido integrando las tres técnicas definidas por Mayring (2004): a través de un análisis de contenido sumariante codificamos el material de manera de reducirlo a un texto corto manejable, que conserva su contenido esencial para nuestro problema; a través de un análisis de contenido estructurante, buscamos estructuras formales considerando las dimensiones del Proceso Salud/Enfermedad/Atención que eran abordadas, enfatizadas y desatendidas de manera relativamente sistemática. Por último, a través de un análisis de contenido explicativo buscamos construir un análisis coherente del material, involucrando material de contexto estrecho y amplio. Dicho análisis nos llevó a identificar a estas tres como las aproximaciones más significativas en el debate contemporáneo sobre el binomio salud-migración.

Dado que buena parte de la literatura analizada está escrita en inglés, una contribución del presente manuscrito es acercar a la comunidad hispanohablante, parte de dicha literatura. Más aun, queremos contribuir con el progresivo fortalecimiento de las aproximaciones basadas en la medicina social, pues nos parece necesario en momentos en los cuales tanto el multiculturalismo neoliberal como el racismo antinmigrante adquieren fuerza produciendo entornos sociopolíticos patológicos en general, pero específicamente para los migrantes.

Los determinantes sociales de la salud

La perspectiva de los determinantes sociales de la salud es probablemente la que más amplio consenso tienen dentro de los abordajes sobre el binomio salud y migración. Parte de dicho consenso se basa en que ella se presenta en oposición a las perspectivas reduccionistas biologicistas, por lo que en sus planteamientos se pueden ver reflejadas aproximaciones muy diversas, que enfatizan ya sea los aspectos psicosociales, culturales o incluso, como hacen las perspectivas críticas, los procesos de determinación económico-política.

La perspectiva de los determinantes sociales está desde el año 2009 en el centro de las propuestas consagradas en la Organización Mundial de la Salud, no obstante, su historia se remonta mucho más atrás, y se confunde -en un sentido específico- con alguna de las propuestas desarrolladas en los años 70 en el fragor de las discusiones propias de Alma Ata, pero -en un sentido más amplio- con las discusiones y propuestas que han emergido de la larga tradición de la medicina social (Solar; Irwin, 2006).

La definición canónica de los determinantes sociales los conceptualiza como:

“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y en-

vejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2018).

En el actual abordaje de la OMS respecto de la salud de los migrantes, el modelo de los determinantes sociales es una de las piezas claves, junto con un esquema del “ciclo migratorio”. Así, el panorama incluye a las vulnerabilidades y resiliencias que surgen de los determinantes sociales, a lo largo de todo el ciclo migratorio (origen, tránsito, destino y retorno) en un marco de acciones que tributan a la Agenda 2030 de la ONU (OMS, 2017). Como se observa, el modelo presenta una imagen bastante amplia y compleja de los factores en juego, e incluye tanto los elementos productores de enfermedad como los protectores.

No obstante, esta definición aparentemente neutral y abarcativa deja de parecerlo si se mira a la luz de la historia de la discusión dada en el espacio de la medicina social. En él, los procesos de lucha contra la mercantilización de la salud y la destrucción propia de la acumulación capitalista, llevaron a desarrollar una mirada crítica de la aproximación clínica como vía para mejorar la salud de los colectivos, en tanto ella invisibiliza “las relaciones de determinación generadas por el sistema económico de acumulación de capital, las relaciones de inequidad que lo reproducen y la destrucción de la naturaleza” (Breilh, 2013, p. 14).

El devenir hegemónico de la concepción de los DSS, resulta de una institucionalización parcial de esta concepción crítica, operada en el seno de la OMS y que tiene como correlato la progresiva influencia del Banco Mundial en los ámbitos de competencia de la OMS (Irwin; Scali, 2007). En dicha institucionalización, la crítica al rol del modo de producción capitalista se traduce en una alusión inespecífica al poder, plasmada en las siguientes líneas: “Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2018).

Un buen ejemplo de cómo se puede llegar a deformar el espíritu de las iniciativas contrahegemónicas en salud lo constituye la versión chilena de los DSS. En ella se sostiene “los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud [...] Los Determinantes Sociales de la Salud objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas” (Minsal, 2018). Como se observa, tanto la crítica al sistema económico de acumulación de capital, como las relaciones de inequidad que lo reproducen y la destrucción de la naturaleza desaparecen de la definición chilena, o bien se traducen por medio del inocuo calificativo de “social” (Piñones Rivera; Mansilla Agüero; Arancibia Campos, 2017).

Otro ejemplo paradigmático de este uso de los DSS son los últimos informes realizados por el equipo de Báltica Cabieses (Cabieses, Bernal y McIntyre, 2017; Cabieses, Bernal, Obach y Pedrero, 2016; Cabieses, Flaño, Obach, McIntyre

et al., 2017), entre los cuales se sitúa su análisis de la vulnerabilidad social de la población migrante de la comuna de Iquique en términos de las “condiciones sociales de la salud”: pobreza, vivienda, delitos (VIF), calidad de vida urbana, microtráfico de drogas, delincuencia y prostitución.

Si bien pareciera que esta aproximación constituye un buen remedio contra el reduccionismo propio del biologicismo biomédico, la forma como se presentan los datos, sirve para reforzar elementos racistas presentes en el imaginario chileno (Tijoux; Córdova, 2015; Tijoux; Palominos, 2015). Por ejemplo, al analizar la situación de la vivienda y, en particular, el hacinamiento y las malas condiciones de ésta (Cabieses; Bernales; McIntyre, 2017, p. 309), no se relacionan dichas condiciones con la dinámica de segregación racial que Contreras y su equipo (Contreras Gatica; Ala-Louko; Labbé, 2015) Yasna</author><author>Ala-Louko, Veera</author><author>Labbé, Grisel</author></authors></contributors><titles><title>Acceso exclusionario y racista a la vivienda formal e informal en las áreas centrales de Santiago e Iquique</title><secondary-title>Polis</secondary-title></titles><periodical><full-title>Polis</full-title></periodical><pages>53-78</pages><volume>14</volume><number>42</number><keywords><keyword>formal e informal y</keyword><keyword>inmigrante</keyword><keyword>mercado de la vivienda</keyword></keywords><dates><year>2015</year></dates><urls><pdf-urls><url>file://C:\Users\Carlos\Documents\POSTDOCTORADO\Bibliografía Postdoctorado\acceso exclusionario.pdf</url></pdf-urls></urls></record></Cite></EndNote>¹⁸ han denominado “acceso exclusionario y racista a la vivienda”, que empuja a los migrantes a los barrios en que imperan dichas condiciones. Menos aún se nos muestra cómo tanto el hacinamiento, el empuje a las tomas y, en general la vida en “malas condiciones”, se relacionan con la mercantilización neoliberal del derecho a la vivienda (Imilan, 2016).

En el ejemplo, es patente que cuando no se analiza la producción social y económico política neoliberal de las condiciones que producen la realidad social de los migrantes en Chile, lo que aparece como una deseable descripción “objetiva” de la “vulnerabilidad social” de los migrantes, ofrece elementos objetivados que refuerzan los prejuicios racistas existentes, y refuerzan la idea de que pobreza, hacinamiento, delincuencia y drogas constituyen el lugar social connatural a los migrantes.⁶ Cuestión denunciada por Eduardo Bonilla-Silva:

“esta es la forma central en que los estudiosos contemporáneos contribuyen a la propagación de interpretaciones racistas de la desigualdad racial. Al no destacar las dinámicas sociales que producen estas diferencias raciales, estos estudiosos ayudan a reforzar el orden racial” (Bonilla-Silva, 2006, p. 8) [traducción de los autores].

⁶ Un elemento interesante es que en general en estos análisis no se destacan los determinantes sociales que pueden jugar en favor de la salud de los migrantes, ni su contribución a la salud de los países de destino, ya sea a través de los saberes de autoatención que vehiculizan, o de los especialistas de salud de los saberes hegemónicos o subalternizados.

Notemos, por último, que la aproximación de los DSS reúne procesos muy disímiles respecto al impacto negativo en la salud, como el hacinamiento, los problemas de salud ambiental, la pobreza multidimensional y los procesos biológicos, integrándolos en un cuadro que asume que no existe ningún orden estructurante en la multiplicidad de causas (Breilh, 2013; Krieger, 1994). Esto es justamente lo contrario al esfuerzo inicial tras la discusión de los procesos de determinación social y la *subsuncción* (Breilh, 1994; 2013; Franco; Nunes; Breilh; Laurell, 1991). En efecto, en una comparación de la epidemiología social latinoamericana y la anglosajona se señala:

“Mientras que los DSS-a [anglosajona] entienden que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud, pero invisibiliza las fuerzas en tensión y relaciones de poder de la sociedad; la DSS-b [latinoamericana] releva las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia” (Morales-Borrero, Eslava-Castañeda, Borde y Concha-Sánchez, 2013, p. 800-801).

Transnacionalismo y salud

La segunda aproximación escogida es la del Transnacionalismo. A riesgo de simplificar, podemos caracterizar el transnacionalismo como una perspectiva teórica que busca superar la linealidad y unidireccionalidad propia de los estudios migratorios previos, cuyos análisis estaban centrados en los conceptos de asimilación y aculturación, así como aquejados del “nacionalismo metodológico” (Glick Schiller, 2009; Wimmer y Glick Schiller, 2002). Para esto, piensa las relaciones, lazos e interacciones sociales, culturales, económicas y políticas que se establecen a través de las fronteras, mostrando que los migrantes no solo no dejan su cultura atrás, sino que ayudan a transformar los lugares de origen y de llegada, en virtud de las relaciones y dinámicas transfronterizas que establecen. De esta manera, el transnacionalismo ha mostrado la emergencia de “espacios sociales transnacionales” (Villa-Torres, González-Vázquez, Fleming, González-González et al., 2017).

La perspectiva del transnacionalismo ha sido recientemente aplicada a la investigación en salud. A nivel internacional explícitamente lo han trabajado autores como Baldassar (2014), Grineski (2011), Horton (2013), Madden (2015), Villa-Torres et al. (2017). No obstante, existe una extensa literatura respecto del turismo médico

(Connell, 2015; Crush; Chikanda, 2014; Ormond; Sulianti, 2017), que también puede ser incorporada para pensar las relaciones transnacionales en salud, así como los ya clásicos trabajos de Connell (2015) y Bell, Holliday, Ormond, & Mainil (2015). En Chile, Liberona, Tapia y Contreras (2017) han analizado la movilidad por salud transfronteriza entre Arica y Tacna desde un análisis crítico del concepto de turismo médico, considerando la mercantilización de los sistemas de salud.

Algunas de las conclusiones importantes que se han establecido en el campo del Transnacionalismo y Salud son (Villa-Torres; González-Vázquez; Fleming; González-González et al., 2017):

- La salud, y las conductas relacionadas, están influenciadas por el transnacionalismo, existiendo la necesidad de indagar sistemáticamente cómo las prácticas de salud de los migrantes se encuentran incorporadas en el proceso de migración transnacional.
- En términos espaciales, se ha dado cuenta de la existencia de “paisajes terapéuticos transnacionales”. Es decir que el proceso de curación se desarrolla en el espacio a través de la negociación entre factores territoriales, individuales y sociales, poniendo el énfasis en el carácter transnacional, es decir, mostrando cómo dichos paisajes superan las fronteras nacionales, dibujando nuevas unidades territoriales funcionales.
- Se ha valorizado que los migrantes poseen un “capital cultural transnacional” (Grineski, 2011), que incide en la salud. Este incluye el saber sobre el papeleo para cruzar fronteras, información, derivaciones, telediagnóstico, acceso a medicamentos (desde lugares de origen y destino), acceso a curadores tradicionales, y uso de servicios de salud formales e informales en los países de origen y destino.

A lo anterior podríamos añadir las importantes contribuciones de Thomas Faist sobre las condiciones institucionales para la integración de los migrantes en los estados de bienestar (Dörr; Faist, 1997), así como sus recientes trabajos referidos a la protección social informal transnacional, donde a la vez que visibiliza la contribución que las estrategias informales realizan al enfrentamiento de los riesgos asociados a la producción (ej. trabajo) y reproducción (ej. cuidado) (Faist; Bilecen; Barglowski; Sienkiewicz, 2015), problematiza la producción y reproducción de la inequidad social que tiene lugar a través de dichas estrategias. Por último, Faist ha dado una nueva definición de transnacionalidad como marcador de heterogeneidad, en el cruce del enfoque transnacional y el de la interseccionalidad, que deja de definirla como una característica dicotómica para verla como una variable (Faist; Bilecen; Barglowski; Sienkiewicz, 2015).

Siendo muchos los aspectos que podríamos analizar de este enfoque, nos queremos centrar en lo que respecta al uso del concepto de “Capital cultural”. Como

es sabido, el concepto es tomado de Bourdieu para superar una aproximación sociológica que se basaba de manera restrictiva en el capital económico. Así, es definido como:

“un tipo único de capital cultural que otorga el poder para lograr fines a través de las fronteras. A diferencia de ser inculcado en una única cultura (por ejemplo, estadounidense o mexicana), el Capital Cultural Transnacional es el poder de conseguir lo que uno percibe como lo más útil, en un campo de atención de la salud que supera las fronteras” (Grineski, 2011, p. 258) [Traducción de los autores].

¿Cómo se aplica prácticamente en la comprensión del binomio salud y migración? Para nuestro análisis crítico tomaremos el ejemplo de Grineski quien establece que, para los padres que buscan atención médica para sus niños asmáticos en Phoenix-Arizona, eran ventajas clave del Capital Cultural Transnacional: “hablar inglés, trabajar en el campo de la salud, tener un título universitario y nacer en los Estados Unidos” (Grineski, 2011).

Llama la atención el supuesto de que el estándar del “capital cultural ventajoso” para abordar los problemas de salud, coincida con el estándar de la asimilación (al saber biomédico, la lengua, la escolaridad y la nacionalidad propias de USA). En la misma vertiente teórica, otros autores han estudiado el encuentro médico-paciente y encontraron que las relaciones de salud tienen más éxito cuando, tanto los pacientes como los médicos, adoptan un conjunto de habilidades culturales que incluyen competencias verbales y no verbales, estilos de interacción y actitudes, que Shim (2010) ha denominado “capital cultural de salud”.

Queremos detenernos a reflexionar ¿qué tipo de sentidos puede vehicular esta aproximación? ¿en qué tipo de habilidades o capital cultural se está pensando? Grineski nos señala:

“Los de la clase social inferior, y específicamente los inmigrantes, tenían menos probabilidades de poseer estos recursos culturales, lo que les dificultaba administrar con éxito el asma de sus hijos; mientras intentaban desplegar capital social para compensar su falta de recursos económicos y capital cultural, no fue tan útil en el campo de la salud” (Grineski, 2009).

Es decir, que mantener los saberes culturales propios es interpretado como una fuente de dificultades. A partir del supuesto de la supremacía del saber biomédico, se da por sentado que la clave del abordaje de los problemas de salud radica en la asimilación con el saber biomédico, desconociendo que el universo del “capital cultural” es un conjunto mucho más amplio, en el cual, con justa razón se pueden incluir los saberes indígenas en el abordaje de la salud, o formas de sanidad espiritual propias de las múltiples denominaciones cristianas, por citar algunas de

las más relevantes en los estudios de salud intercultural con población indígena. Aquí notamos una diferencia importante con la tradición de la Antropología Médica Crítica Latinoamericana, que desde los años 70 ha subrayado la importancia del pluralismo médico como forma de visibilizar la coexistencia de saberes médicos, desnaturalizando la hegemonía de la cultura biomédica.

Si bien el transnacionalismo ha constituido una importante contribución para el abordaje de la salud de los migrantes, siendo recientemente identificada como una de las principales contribuciones de la teoría social para la toma de decisiones en salud pública respecto de los migrantes (Cabieses; Galvez; Ajraz, 2018), compartimos una de las principales críticas que se ha realizado a los estudios de Transnacionalismo y Salud, en confluencia con lo que problematizábamos en el enfoque de los DSS:

A nivel estructural, la capacidad de promulgar esta transnacionalidad y mover y movilizar recursos a través de las fronteras requiere un análisis de las políticas que se intersectan con las políticas de salud, como las políticas de inmigración, trabajo y bienestar social. En definitiva, lo que observamos con esta revisión es que muchas prácticas de salud transnacionales no abordan las causas fundamentales de las inequidades en salud, sino que rondan en torno a la falta de protecciones sociales transnacionales (Villa-Torres; González-Vázquez; Fleming; González-González et al., 2017, p. 77) [Traducción de los autores].

Esta dificultad para abordar lo estructural ha sido planteada ya por otros autores, no solo en relación al campo de la salud, sino en la comprensión de los procesos migratorios en general. Así, Delgado Wise y Márquez Covarrubias señalan:

“El punto central para esta perspectiva lo constituye el entramado de relaciones socio-culturales que tensan los migrantes entre sí y sus familiares, lo cual permite enlazar lugares de destino y origen [...] En esa misma pauta, enaltecen la agencia de los migrantes, que contempla desde la organización social de las migraciones, las redes sociales, las organizaciones de migrantes y sus vínculos con sus lugares de origen. Al enaltecer la agencia, pierde de vista la dimensión estructural y estratégica, es decir, la dimensión política e institucional donde cohabitan el poder político, representado por el Estado, y el poder económico, representado por el capital” (Márquez Covarrubias, 2012, 318-319).

Aproximaciones críticas: Vulnerabilidad estructural

Una de las aproximaciones contemporáneas más vigorosas en el abordaje del binomio salud-migración es el de la Vulnerabilidad Estructural. La noción es tomada del antropólogo mexicano Daniel Hernández Rosete (Piñones Rivera; Quesada; Holmes, 2019), pero surge como concepto el año 2011 en textos de Quesada, Hart &

Bourgois (2011) y Holmes (2011). En él se puede ver confluir una serie de aproximaciones críticas en el campo de la Antropología Médica Crítica, la Medicina Social, la Epidemiología Crítica o la Salud Pública, que han mostrado cómo la Estructura Social (Stonington; Holmes; Hansen; Greene et al., 2018) impone riesgos y constricciones específicas a la salud individual y colectiva. A diferencia de lo señalado en las aproximaciones previas, este enfoque señala enfáticamente que el problema de la salud de los migrantes debe ser abordado considerando en primer lugar el problema de la estructura económica y política, o el modo de producción⁷.

En este terreno, una importante contribución desde las Ciencias Sociales anglosajonas ha venido del concepto de Violencia Estructural. Como tempranamente conceptualizó Galtung, es aquel tipo de violencia en que no es posible identificar de manera directa un agente, pues la violencia está entramada en la estructura de la sociedad, y en la misma existencia de posiciones jerarquizadas. Desde esta matriz surge el concepto de Vulnerabilidad Estructural, como herramienta para comprender cómo los mecanismos de la Violencia Estructural afectan el cuerpo, la salud, la enfermedad e interfieren en la atención, cristalizando vulnerabilidades específicas (Holmes, 2013b). En esta mirada, se pone énfasis en que son las estructuras socioeconómicas y políticas las que producen y organizan los riesgos, el daño y el sufrimiento (Holmes, 2011) pues estos están determinados por la posición que ocupa la persona en el ordenamiento jerárquico (Quesada; Hart; Bourgois, 2011), ya que es dicha posición la que define las opciones de vida (Holmes, 2011) y es donde operan de manera conjugada distintas formas de opresión: de clase, raza/etnicidad, género, estatus legal migratorio, nacionalidad, entre los más importantes (Bourgois, 1988).

El lugar de la migración en la estructura económica capitalista y el impacto que tiene en la salud de los migrantes

Basándose en Burawoy (1976), Holmes (2013a) muestra cómo los sistemas de trabajo migrante son caracterizados por establecer una separación temporal y física entre los procesos de producción y los de reproducción de la fuerza de trabajo. El migrante puede sobrevivir con bajos salarios solo porque la educación, los cuidados de salud y otros son provistos en el país de origen. Así, el país de “acogida” externaliza el costo de dichos procesos. La situación total encierra una contradicción económico-política, pues mientras por un lado la situación económica requiere de la fuerza de trabajo migrante, por otro lado la estructura política le priva de los derechos básicos de la ciudadanía, limitando severamente su poder de injerencia en el trabajo. Así el sistema de trabajo migrante descansa en la dificultad del migrante de influenciar las instituciones y estructuras que lo subordinan, por lo que se produce

⁷ No es un secreto que esta aproximación se nutre extensamente de las contribuciones de la Medicina Social Latinoamericana/Salud Colectiva. Cfr. Piñones Rivera; Quesada e Holmes (2019).

el efecto de una máxima explotación de la fuerza de trabajo, con todo el sufrimiento y la carga de enfermedad que eso supone (Holmes, 2013a).

Esto hace que sea posible describir una jerarquía del sufrimiento, pues el trabajo está segregado según jerarquías étnico-ciudadano-laborales, que exponen a daños, riesgos y recursos de salud de manera diferencial. Por ejemplo, mientras la indigeneidad percibida define la ocupación, la posición que se ocupa en el trabajo dependerá mucho del estatus migratorio y de la ciudadanía (Holmes, 2013a). La opresión conjugada de este y otros procesos de determinación, hacen que los migrantes sean probablemente los más vulnerables en la estructura jerárquica, y dicha vulnerabilidad es funcional al sistema de producción capitalista en la medida que le asegura mayor estabilidad en la provisión de la fuerza de trabajo, mayor explotación-productividad- y garantiza una disminución, al mínimo, de la capacidad de influenciar las condiciones de su trabajo (Holmes, 2007, p. 48-49).⁸

Cómo las jerarquías sociales son naturalizadas a través de la Violencia Simbólica

Otro de los aspectos significativos son los procesos de naturalización que están tanto a la base de la reproducción de las jerarquías sociales, como de la incompreensión del sufrimiento de los migrantes por la sociedad en general y los trabajadores de la salud. Para esto se ha recurrido al concepto de Violencia Simbólica de Bourdieu, según el cual la aceptación de la dominación, con toda la violencia que supone, se produce porque “cada grupo percibe como natural no solo su propia posición, sino también la del otro grupo, dentro de la jerarquía social” (Holmes, 2016, p. 75). Es decir, existe un desconocimiento [*misrecognition*] fundacional, tanto respecto de la naturaleza jerárquica del funcionamiento social, como del rol que jugamos en el proceso mismo de su reproducción.

Así, se ha mostrado cómo la naturalización impacta en la salud de los migrantes por distintas vías:

a. La naturalización de la explotación laboral: Holmes (2016, p. 217) muestra cómo el lugar que ocupan los migrantes mexicanos indígenas en la jerarquía social y el tipo de explotación que sufren es naturalizado a través de ciertas expresiones como “A los Oaxaqueños les gusta trabajar agachado”. Desde el desconocimiento de la realidad social y las condiciones que los llevan a trabajar en dichos contextos, se atribuye equívocamente la correlación entre la posición social étnicamente definida y el tipo de trabajo, a ciertas características corporales: “Los oaxaqueños son dema-

siado bajos para alcanzar las manzanas, son muy lentos... Tienen que usar escaleras mucho más que otros” (Holmes, 2016, p. 217). Las percepciones, así como los significados asociados, constituyen las formas cómo se materializa la violencia simbólica, fijando al migrante en una posición social en la cual supuestamente merece estar, estableciendo una relación de autoevidencia entre el cuerpo de los migrantes y el tipo de trabajo que realizan (Holmes, 2016).

b. La naturalización de la posición social por internalización: Dado que la violencia simbólica organiza las percepciones y prácticas tanto de los dominantes como de los dominados, se intenta comprender las distintas negociaciones identitarias. Por un lado, se muestra cómo se identifican conflictivamente con ciertos estigmas asociados a la migración (Organista; Worby; Quesada; Arreola et al., 2013; Quesada, 2011; Quesada; Arreola; Kral; Khoury et al., 2014) y, por otro lado, también muestran el proceso más sutil, según el cual cultivan un orgullo identitario que, por un lado, les ayuda a enfrentar condiciones laborales extremas “Los pesticidas afectan solo a los estadounidenses blancos (gabachos) porque sus cuerpos son delicados y débiles [...] Nosotros, los triquis, somos fuertes y aguantamos” (Holmes, 2016, p. 220); pero a la vez, al basarse en las distinciones propias del juego de la violencia simbólica, refleja la internalización de las jerarquías sociales y termina reforzando la explotación de la que son objeto. El biomédico, cuya posición en la jerarquía social es incomparable a la del trabajador migrante, es también afectado por la ubicuidad de la violencia estructural, según se refleja en el doble vínculo al cual está sometido el profesional de la salud en contextos capitalistas; por un lado dar cumplimiento a las tareas burocráticas y estadísticas, por el otro debe examinar, entrevistar y organizar un plan de atención en el tiempo, y todo en 15 minutos (Holmes, 2016).

c. La naturalización de las enfermedades atribuidas al descuido individual (individualismo biomédico): a través de la ideología biologicista y del individualismo característicos de la mirada médica, casi indefectiblemente identifica el lugar de la responsabilidad de la enfermedad en el paciente, culpabilizando a la víctima (Ryan, 1976). Cuando al individualismo biomédico se le añade el supuesto culturalista de que sería en virtud de ciertas características culturales que los pacientes enferman, se configura una nueva forma de racismo, el de las competencias culturales (Pon, 2009).

Estos procesos de naturalización forman parte de la violencia simbólica hacia los migrantes y producen importantes efectos en su salud. La Vulnerabilidad Estructural permite comprender por qué las inequidades descritas se mantienen in cuestionadas y no-desafiadas, tanto por los migrantes mismos como por el personal de salud y por la sociedad en general.

⁸ Algo similar se puede encontrar en Fassin (1999; 2000), quien analiza las disparidades en el acceso a la salud de los inmigrantes y extranjeros, considerando que su salud existe en la relación históricamente construida por actores sociales, planteando los problemas de inequidad en función de las jerarquías sociales, resultantes de la condición colonial (Fassin, 2004).

Cómo el racismo estructural afecta la salud de los migrantes

Por último, esta aproximación incorpora el desplazamiento que se ha producido en el abordaje del racismo, desde el racismo individual o interaccional, hacia el Racismo Institucional (Krieger, 1999), Sistémico (Castle, 2018; Feagin, Feagin y Bennefield, 2014) o más propiamente Estructural. En este viraje el enfoque se nutre de las aproximaciones a la salud pública planteadas desde la Teoría Crítica de la Raza (Airhihenbuwa y Ford, 2018, Ford y Airhihenbuwa, 2010a, 2010b; Hicken, Kravitz-Wirtz, Durkee y Jackson, 2018; Madden, 2015; Metzl y Roberts, 2014).

El Racismo Estructural es definido como “los sistemas de nivel macro, las fuerzas sociales, las instituciones, las ideologías y los procesos que interactúan entre sí para generar y reforzar las inequidades entre los grupos raciales y étnicos” (Gee y Ford, 2011, p. 3) [Traducción de los autores]. El concepto enfatiza los niveles socioecológicos más influyentes en los cuales el racismo puede afectar las desigualdades raciales y étnicas de salud. Esclarece que los mecanismos estructurales no requieren las acciones o la intención de los individuos pues en tanto Causas fundamentales (Phelan y Link, 2015) reconstituyen constantemente las condiciones necesarias para garantizar su perpetuación. Al punto que, si se eliminara por completo la discriminación interpersonal, las desigualdades raciales probablemente permanecerían sin cambios, debido a la persistencia del racismo estructural (Gee y Ford, 2011).

Es entonces este racismo, con todas sus sutilezas, operando en los espacios más disímiles y con sus profundas raíces históricas, lo que es puesto como foco de análisis en relación con los procesos de determinación del sufrimiento de los migrantes. Mientras que la literatura previa plantea que el racismo es un factor que afecta la salud, constituyendo una barrera a la atención, el racismo estructural se focaliza en el impacto que tienen en la salud las políticas de inmigración, las políticas públicas en general, los procesos de segregación residencial (Williams; Collins, 2001), la segregación étnica de los espacios de trabajo, pero también los modelos teóricos desde los cuales se piensan los problemas de salud o la producción de conocimiento científico cuando opera desde una lógica racializada.⁹

En un esfuerzo por sistematizar una aproximación de salud pública capaz de transformar la praxis y la investigación desde las cuales se aborda el racismo en salud, se han desarrollado aproximaciones específicas destacando las de Ford & Airhihenbuwa (2010a; b). Sus trabajos definieron 4 áreas en las cuales focalizar la intervención (figura 1) y 10 principios constitutivos de cualquier investigación basada en la Teoría Crítica de la Raza (tabla 1).

9 Un planteamiento similar encontramos en Fassin, quien desde una “antropología política de la salud”, apela a una necesaria revisión de la “moral política” de los países de destino. Para esto, asocia los temas de salud pública a los de las políticas de inmigración, destacando aspectos como la construcción de la diferencia en el campo de la salud y la cuestión del acceso de los migrantes a la ciudadanía (Fassin, 2000).

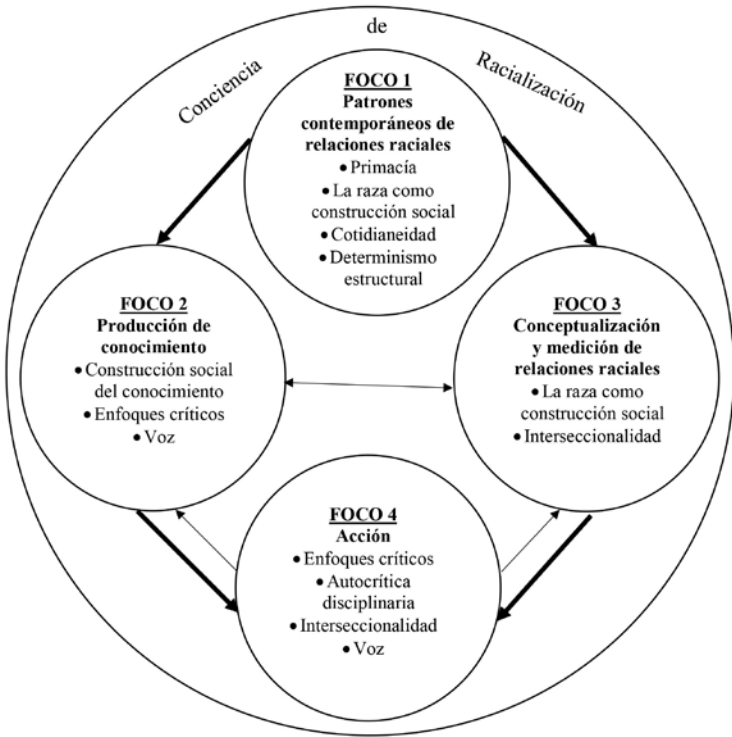


Figura 1. Conciencia de racialización, los cuatro focos y diez principios relacionados. Fuente: Ford y Airhihenbuwa (2010): The public health critical race methodology: Praxis for antiracism research. *Social Science and Medicine*. [Traducción de los autores]

Principios	Focos relacionados	Definición	Aproximaciones convencionales	Aproximación Crítica de la Raza en Salud Pública
1. Conciencia de la Racialización	Todos	Profunda conciencia de la posición racializada de uno; Conciencia de los procesos de estratificación racial que operan en contextos daltónicos.	“Colorblindness-belief” en la irrelevancia del racismo caracterizada por la tendencia a atribuir las desigualdades raciales a factores no raciales (por ejemplo, NSE)	Un investigador aclara sus prejuicios raciales antes de comenzar la investigación dentro de una comunidad diversa
2. Primacía de la racialización	Racialización Contemporánea	La contribución fundamental de la estratificación racial a los problemas sociales; El foco central de la investigación desde la TCR para explicar los fenómenos raciales.	Tendencia a atribuir efectos a la raza en lugar de a la racialización o al racismo	Un estudio sobre las características del vecindario incluye factores hipotetizados para reflejar el racismo estructural

3. Raza como constructo social	Racialización Contemporánea Conceptualización y Mediciones	Significado que deriva de las fuerzas sociales, políticas e históricas.	Determinismo biológico: la creencia de que la raza es significativa porque proporciona información sobre la biología y las tendencias del individuo.	Un estudio aborda la raza no como un factor de riesgo sino para identificar una población en riesgo de exposiciones específicas al racismo
4. Cotidianidad del racismo	Racialización Contemporánea	El racismo está incrustado en el tejido social de la sociedad.	Excepcionalismo racial: define el racismo como incidentes raros, discretos y abiertamente atroces	Un estudio sobre el racismo y la salud operacionaliza el racismo como exposición rutinaria (por ejemplo, que se siga al hacer compras)
5. Determinismo Estructural	Racialización Contemporánea	El rol fundamental de las fuerzas de nivel macro en la producción y el mantenimiento de las desigualdades en el tiempo y los contextos; la tendencia de los miembros de los grupos dominantes e instituciones para tomar decisiones o acciones que preserven las jerarquías de poder existentes	Destaca los factores individuales o interpersonales.	Un estudio multinivel considera factores políticos que pueden promover la segregación residencial
6. Construcción social del conocimiento	Producción de Conocimiento	La afirmación de que el conocimiento establecido dentro de una disciplina puede reevaluarse utilizando modos de análisis Antirracistas	La creencia de que la investigación empírica realizada adecuadamente es impermeable a las influencias sociales	Una revisión de la literatura relacionada con las disparidades compara los artículos publicados en revistas minoritarias frente a las mayoritarias.
7. Aproximaciones Críticas	Producción de Conocimiento Acción	Cavar bajo la superficie; Desarrollar un entendimiento comprensivo de los sesgos propios.	Aceptar las explicaciones de los fenómenos a su valor nominal.	Un investigador considera explicaciones alternativas para los hallazgos que las postuladas anteriormente
8. Interseccionalidad	Conceptualización y Mediciones Acción	La naturaleza interrelacionada de las categorías sociales coexistentes (por ejemplo, raza y género) y las formas de estratificación social que las mantienen.	Modelo aditivo de categorías sociales concurrentes (por ejemplo, raza y género)	Los esfuerzos para reducir las conductas de riesgo de VIH entre hombres diversos que tienen sexo con hombres abordan los estereotipos raciales
9. Autocrítica disciplinaria	Acción	El examen sistemático por parte de los miembros de una disciplina de sus convenciones e impactos en la sociedad en general.	Examen crítico limitado de cómo las normas de una disciplina pueden influir en el conocimiento sobre un tema	Los investigadores examinan las implicaciones para la investigación sobre el uso de "desigualdades en salud" frente a "disparidades en salud" frente a "inequidades en salud"

10. Voz	Producción de Conocimiento Acción	Priorizar las perspectivas de las personas marginadas; Privilegiar el conocimiento experiencial de los "outsiders within"	Privilegio rutinario de perspectivas mayoritarias.	Respuestas de escepticismo o enojo cuando "outsiders within" hablan la verdad al poder.
---------	-----------------------------------	---	--	---

Tabla 1. Principios de CRSP y focos relacionados (2010a; b) [Traducción de los autores]

No podemos detenernos en ellos, pero sí queremos subrayar dos aspectos de la dimensión estructural del racismo que han sido estudiados en profundidad y nos parecen importantes tanto por el valor que tienen como por la decisión con que son abordados en estos estudios.

El primero se refiere a cómo la irregularidad administrativa impacta en la salud al exponer a todo tipo de abuso. Al respecto, Castaneda (2017) muestra cómo el estatus migratorio afecta en múltiples dimensiones: a través del miedo, del estrés, estableciendo acceso diferencial a los recursos, a las experiencias de prejuicio y violencia, a las separaciones familiares, así como al trabajo y vivienda segura. Más aun, concluye que políticas públicas como la del *Affordable Care Act* (ACA), incrementaron la exclusión simbólica y social de los inmigrantes al producir una nueva frontera que separó de manera más fuerte y clara a los inmigrantes no autorizados del resto del cuerpo político (Castañeda, 2017).¹⁰

Así, el efecto acumulativo de todas estas instancias lleva a una experiencia de tensión y descontento que no puede ser fácilmente superada, constituyendo una carga extra debida exclusivamente a la vulnerabilidad propia de su posición en la sociedad (Quesada, Arreola, Kral, Houry et al., 2014). A todo esto se debe añadir el riesgo de la deportación (Quesada, 2011) y el generalizado miedo que se tiene a las instituciones, que está detrás del retardo en la búsqueda de atención, aun cuando en la atención no se pregunte el estatus migratorio y aun cuando exista una clara y extrema necesidad de atención (Quesada, 2011, p. 391).

Los migrantes se encuentran en un Estatus Social Racializado (Asad y Clair, 2018), es decir, en una posición social desacreditada basada en una clasificación legal aparentemente neutral, que afecta desproporcionadamente a grupos de minorías raciales / étnicas, ejerciendo una carga dispar en ellos a través de la restricción de los derechos sociales y políticos, y de los procesos de estigmatización que afectan negativamente el estrés psicosocial y sus respuestas de afrontamiento (Asad y Clair, 2018).

10 Otro tipo de frontera es la que devela Fassin (2003) al analizar las políticas humanitarias que facilitan la regularización migratoria por enfermedades graves en Francia. La crítica se sitúa en los "usos políticos del cuerpo" (2003, p.49) de los inmigrantes, quienes deben exponer el sufrimiento y la enfermedad para obtener -como enfermos- la regularización previamente negada. Fassin califica de "biolegitimidad" o política de reconocimiento del ser sufriente y del cuerpo enfermo (2004), esta forma de gobierno de los "ilegítimos" (Fassin, 2003) que fomenta la desigualdad.

El segundo se refiere a cómo las políticas dirigidas a los migrantes impactan directamente la salud, produciendo un entorno socio-político iatrogénico (Castañeda, Holmes, Madrigal, Young et al., 2015; Gee y Ford, 2011; Gee, Morey, Walsemann, Ro et al., 2016; Morey, 2018). En la línea de lo ya analizado por Castaneda en relación al ACA, Morey (2018) muestra cómo no solo ocurrió que todas las personas indocumentadas quedaron inelegibles para cualquier plan o subsidio, sino que como trabajadores, rara vez calificaban para los programas de indigentes, lo que hace que el costo de la atención médica sea uno de los principales problemas que tienen que afrontar. Así, y como subrayó Castaneda (2017), la política social no solo constituye una forma de producir nuevas relaciones sociales, modos de gobierno y experiencias de cuidado, sino que en sí puede tener efectos patogénicos. Una de las formas de comprender esto es, como lo ha señalado Morey, asumir que un contexto sociopolítico antinmigrante es un determinante social de la salud, que afecta principalmente a las comunidades de color, sean migrante o no-migrantes (Morey, 2018). Morey señala:

“El estrés causado por la amenaza de un entorno sociopolítico que apunta específicamente a excluir y privar de derechos a grupos enteros de la población puede acumularse con el tiempo para causar un mayor ‘desgaste’ en sus cuerpos, lo que lleva a niveles más altos de enfermedades crónicas, comportamientos de salud riesgosos y mortalidad prematura” (2018, p. 2) [Traducción de los autores].

Conclusiones

Al finalizar esta revisión crítica de las tres principales aproximaciones en el abordaje del binomio migración-salud, vemos que todas las perspectivas revisadas iluminan aspectos e introducen matices en la reflexión sobre dicha relación. La revisión nos ha permitido esbozar una panorámica que, si bien no es exhaustiva, se ha mostrado reveladora de algunos de los puntos de clivaje que distinguen unas perspectivas de otras.

La perspectiva de los DSS, pone énfasis en las condiciones socioculturales, desde un modelo clásico epidemiológico que carece de un fundamento teórico que le permita reconocer un orden estructurante en la multiplicidad de causas. Esto lo hace poco idóneo para analizar las relaciones de poder y la relación entre las dinámicas de acumulación de capital y el Proceso Salud/Enfermedad/Atención. En efecto, hemos mostrado cómo, aun cuando son considerados ciertos aspectos materiales (las “condiciones sociales de la salud”), el análisis deshistorizado y despolitizado, resulta en una objetivación que refuerza la relación que el sentido común racista establece entre los migrantes y la pobreza, la delincuencia, las drogas, la violencia, etc.

En el caso del transnacionalismo, hemos visto cómo su cuestionamiento sistemático del nacionalismo metodológico le permitió desarrollar una serie de

aproximaciones teórico-metodológicas que han ampliado la comprensión de los procesos migratorios, y de movilidad, en su relación con la salud. Así ha mostrado la relación de las prácticas de salud con los procesos transnacionales, la importancia de la territorialidad transnacional en la búsqueda de la atención de salud, el valor de las estructuras informales de protección para los migrantes, así como la importancia del capital cultural transnacional. Nuestro análisis sobre esta perspectiva se centró en mostrar cómo un uso acrítico de este último concepto, puede vehiculizar ideales hegemónicos respecto de los saberes médicos de los migrantes, que desconocen el valor del pluralismo médico, a la vez que culturalizan el problema de los accesos a la atención de salud, soslayando las *causas fundamentales* de las inequidades en salud (Villa-Torres et al.).

En contraste con las dos perspectivas previas, la propuesta de la vulnerabilidad estructural se desarrolló asumiendo decididamente la centralidad de lo estructural en la salud de los migrantes, recogiendo la tradición crítica de la medicina social. Hemos mostrado cómo, partiendo del impacto de la violencia estructural en los cuerpos, analiza el lugar de la migración en la estructura económica capitalista; la violencia simbólica presente en la naturalización de las jerarquías sociales; y el racismo estructural, materializado en los procesos de irregularización administrativa y la producción de entornos sociopolíticos iatrogénicos.

Más allá del interés teórico que pueda tener esta panorámica, entendemos que tiene varias aristas prácticas. Primero, porque constituye el trasfondo técnico-ideológico de las políticas, programas, proyectos, diagnósticos y prácticas de atención dirigidas a la salud de los migrantes. Así, una claridad respecto de las principales coordenadas teóricas permite visualizar también los alcances que tendrán las propuestas concretas, en el abordaje de las causas de la inequidad que afecta la salud de los migrantes.

Segundo, porque a la luz de las críticas revisadas a la naturalización de las jerarquías sociales, así como a la reproducción del racismo estructural a través del conocimiento científico, parece necesario problematizar en qué medida estas perspectivas teóricas contribuyen con la reproducción de la violencia simbólica ejercida contra los migrantes, en el espacio de la ciencia. Para eso es preciso como plantea la Teoría Crítica de la Raza, realizar un examen sistemático por parte de los miembros de una disciplina de sus convenciones e impactos en la sociedad en general (*autocrítica disciplinaria*), desde la asunción de la producción ideológica del conocimiento, pues el racismo también se reproduce en la cotidianeidad de los discursos, análisis, programas y proyectos científicos. Dicha reproducción no se reduce a una cuestión de voluntades más o menos conscientes, sino que responde a los procesos de producción social de conocimiento, que siempre son procesos ideológicos, permeables a influencias, intereses, presiones económicas, en fin, a los juegos del poder.

Por supuesto la realidad no se transforma solo operando en el plano teórico, pero consideramos importante problematizar la reproducción que se produce en

el espacio de la academia, pues es donde se sacralizan estas lecturas de la realidad, que se elevan desde el sentido común y retornan como fundamento científico de las políticas de lo cotidiano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, E. K. (2003). From exclusion to expulsion: Mexicans and tuberculosis in Los Angeles, 1914–1940. *Bulletin of the History of Medicine*, 77(4), 823–849.
- Airhihenbuwa, C. O., & Ford, C. L. (2018). Critical race theory—We are all others. *Ethnicity & Disease*, 28(1), 219–222.
- Asad, A. L., & Clair, M. (2018). Racialized legal status as a social determinant of health. *Social Science & Medicine*, 199, 19–28.
- Baldassar, L. (2014). Too sick to move: Distant ‘crisis’ care in transnational families. *International Review of Sociology*, 24(3), 391–405.
- Bell, D., Holliday, R., Ormond, M., & Mainil, T. (2015). Transnational healthcare, cross-border perspectives. *Social Science & Medicine*, 124, 284–289.
- Bonilla-Silva, E. (2006). *Racism without racists*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Bourgois, P. (1988). Conjugated oppression: Class and ethnicity among Guaymi and Kuna banana workers. *American Ethnologist*, 15(2), 328–348.
- Breilh, J. (1994). Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda. Determinantes y proyecciones. En M. I. Rodríguez (Ed.), *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud*, 63–100. OPS/OMS.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13–27.
- Burawoy, M. (1976). The functions and reproduction of migrant labor: Comparative material from Southern Africa and the United States. *American Journal of Sociology*, 85(5), 1050–1087.
- Cabieses, B., Bernal, M., & McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile*. UDD.
- Cabieses, B., Bernal, M., Obach, A., & Pedrero, V. (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile*. UDD.
- Cabieses, B., Flaño, J., Obach, A., & McIntyre, A. M., et al. (2017). *Escenario actual de la vida y salud de migrantes en la comuna de Iquique*. UDD.
- Cabieses, B., Gálvez, P., & Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: El aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(2), 285–291.
- Castañeda, H. (2017). Is coverage enough? Persistent health disparities in marginalised Latino border communities. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 43(12), 2003–2019.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., & Young, M.-E. D., et al. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 375–392.
- Castle, B. (2018). Public health’s approach to systemic racism: A systematic literature review. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 3(1).
- Connell, J. (2015). From medical tourism to transnational health care? An epilogue for the future. *Social Science & Medicine*, 124, 398–401.
- Contreras Gatica, Y., Ala-Louko, V., & Labbé, G. (2015). Acceso exclusionario y racista a la vivienda formal e informal en las áreas centrales de Santiago e Iquique. *Polis*, 14(42), 53–78.
- Crush, J., & Chikanda, A. (2014). South-South medical tourism and the quest for health in Southern Africa. *Social Science & Medicine*, 124, 313–320.
- Dörr, S., & Faist, T. (1997). Institutional conditions for the integration of immigrants in welfare states: A comparison of the literature on Germany, France, Great Britain, and the Netherlands. *European Journal of Political Research*, 31, 401–426.
- Faist, T., Bilecen, B., Barglowski, K., & Sienkiewicz, J. J. (2015). Transnational social protection: Migrants’ strategies and patterns of inequalities. *Population, Space and Place*, 21(3), 193–202.
- Fassin, D. (1999). Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. *Cahiers de l’Urmis*, 5, 69–75.
- Fassin, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l’immigration. *Hommes et Migrations*, 1225(1), 5–12.
- Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 49–78.
- Feagin, J. (2006). *Systemic racism: A theory of oppression*. Routledge.
- Feagin, J., & Bennefield, Z. (2014). Systemic racism and U.S. health care. *Social Science & Medicine*, 103, 7–14.
- Ford, C. L., & Airhihenbuwa, C. O. (2010a). Critical race theory, race equity, and public health: Toward antiracism praxis. *American Journal of Public Health*, 100(1), 693–698.
- Ford, C. L., & Airhihenbuwa, C. O. (2010b). The public health critical race methodology: Praxis for antiracism research. *Social Science & Medicine*, 71(8), 1390–1398.
- Franco, S., Nunes, E., Breilh, J., & Laurell, A. C. (1991). *Debates en Medicina Social*. OPS-ALAMES.
- Gee, G. C., & Ford, C. L. (2011). Structural racism and health inequities: Old issues, new directions. *Du Bois Review*, 8(1), 115–132.
- Gee, G. C., Morey, B. N., Walsemann, K. M., Ro, A., et al. (2016). Citizenship as privilege and social identity: Implications for psychological distress. *American Behavioral Scientist*, 60(5–6), 680–704.
- Glick Schiller, N. (2009). Theorizing about and beyond transnational processes. En E. Mielants, M. Cervantes-Rodriguez, et al. (Eds.), *Caribbean migration to the United States and western Europe: Essays on incorporation, identity and citizenship*, 1–19. Temple University Press.
- Grineski, S. E. (2009). Parental accounts of children’s asthma care: The role of cultural and social capital in health disparities. *Sociological Focus*, 42(2), 107–132.
- Grineski, S. E. (2011). Why parents cross for children’s health care: Transnational cultural capital in the United States-Mexico border region. *Social Theory and Health*, 9(3), 256–274.
- Hicken, M. T., Kravitz-Wirtz, N., Durkee, M., & Jackson, J. S. (2018). Racial inequalities in health: Framing future research. *Social Science & Medicine*, 199, 11–18.
- Holmes, S. (2016). *Fruta fresca, cuerpos marchitos: Trabajadores agrícolas migrantes en Estados Unidos*. Abya Yala.
- Holmes, S. M. (2007). “Oaxacans like to work bent over”: The naturalization of social suffering among berry farm workers. *International Migration*, 45(3), 39–68.
- Holmes, S. M. (2011). Structural vulnerability and hierarchies of ethnicity and citizenship on the

- farm. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 30(4), 425–449.
- Holmes, S. M. (2013a). *Fresh fruit, broken bodies: Migrant farmworkers in the United States*. University of California Press.
- Holmes, S. M. (2013b). “Is it worth risking your life?”: Ethnography, risk and death on the U.S.-Mexico border. *Social Science & Medicine*, 99, 153–161.
- Horton, S. B. (2013). Medical returns as class transformation: Situating migrants’ medical returns within a framework of transnationalism. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 32(5), 417–432.
- Imilan, W. (2016). *Políticas y luchas por la vivienda en Chile: El camino neoliberal. Working Paper Series Contested Cities*.
- Irwin, A., & Scali, E. (2007). Action on the social determinants of health: A historical perspective. *Global Public Health*, 2(3), 235–256.
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine*.
- Krieger, N. (1999). Discrimination and health inequities. *International Journal of Health Services*, 44(4), 643–710.
- Liberona Concha, N., Tapia Ladino, M., & Contreras, Y. (2017). Movilidad por salud entre Arica y Tacna: Análisis de una demanda no satisfecha y de una oferta atractiva del otro lado de la frontera. *Geopolítica*, 8(2), 253–278.
- Madden, E. F. (2015). Cultural health capital on the margins: Cultural resources for navigating healthcare in communities with limited access. *Social Science & Medicine*, 133, 145–152.
- Márquez Covarrubias, H. (2012). *Diccionario crítico de migración y desarrollo*. Porrúa.
- Mayring, P. (2004). Qualitative content analysis. En A. Companion (Ed.), *A Companion to Qualitative Research*, 266–269. Sage.
- Metzl, J. M., & Roberts, D. E. (2014). Structural competency meets structural racism: Race, politics, and the structure of medical knowledge. *Virtual Mentor*, 16(9), 674–690.
- MINSAL. (2018). *Determinantes sociales en salud*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>
- Morales-Borrero, C., Eslava-Castañeda, J. C., Borde, E., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797–808.
- Morey, B. N. (2018). Mechanisms by which anti-immigrant stigma exacerbates racial/ethnic health disparities. *American Journal of Public Health*, 108(4), 460–463.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Health of migrants: Resetting the agenda. Report of the 2nd global consultation*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organista, K. C., Worby, P. A., Quesada, J., & Arreola, S. G., et al. (2013). Sexual health of Latino migrant day labourers under conditions of structural vulnerability. *Culture, Health & Sexuality*, 15(1), 58–72.
- Ormond, M., & Sulianti, D. (2017). More than medical tourism: Lessons from Indonesia and Malaysia on South–South intra-regional medical travel. *Current Issues in Tourism*, 20(1), 94–110.
- Phelan, J. C., & Link, B. G. (2015). Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annual Review of Sociology*, 41(1), 311–330.
- Piñones Rivera, C., Mansilla Agüero, M., & Arancibia Campos, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: La Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 751–763.
- Piñones Rivera, C., Quesada, J., & Holmes, S. M. (2019). La vulnerabilidad estructural: Nuevas perspectivas en Medicina Social sobre la salud de los migrantes. Entrevista a James Quesada y Seth M. Holmes. *Salud Colectiva*, 15, 1–11.
- Pon, G. (2009). Cultural competency as new racism: An ontology of forgetting. *Journal of Progressive Human Services*, 20(1), 59–71.
- Quesada, J. (2011). No soy welferero: Undocumented Latino laborers in the crosshairs of legitimization maneuvers. *Medical Anthropology*, 30(4), 386–408.
- Quesada, J., Arreola, S., Kral, A., & Khoury, S., et al. (2014). “As good as it gets”: Undocumented Latino day laborers negotiating discrimination in San Francisco and Berkeley, California, USA. *City & Society*, 26(1), 29–50.
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 30(4), 339–362.
- Ryan, W. (1976). *Blaming the victim*. Vintage Books.
- Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1–15.
- Solar, O., & Irwin, A. (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: A historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promotion Journal of Australia*, 17(3), 180–185.
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas*. Taurus.
- Stonington, S. D., Holmes, S. M., Hansen, H., & Greene, J. A., et al. (2018). Case studies in social medicine — Attending to structural forces in clinical practice. *The New England Journal of Medicine*.
- Tijoux, M. E., & Córdova, M. (2015). Racismo en Chile: Colonialismo, nacionalismo, capitalismo. *Revista Latinoamericana*, 14(42), 7–13.
- Tijoux, M. E., & Palominos, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis*, 14(42), 247–275.
- Villa-Torres, L., González-Vázquez, T., Fleming, P. J., & González-González, E. L., et al. (2017). Transnationalism and health: A systematic literature review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants. *Social Science & Medicine*, 183, 70–79.
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099–2106.
- Williams, D. R., & Collins, C. (2001). Racial residential segregation: A fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Reports*, 116(5), 404–416.
- Wimmer, A., & Glick Schiller, N. (2002). Methodological nationalism and beyond: Nation-state building, migration and the social sciences. *Global Networks*, 2(4), 301–334.
- Wimmer, A., & Glick Schiller, N. (2003). Methodological nationalism, the social sciences, and the study of migration: An essay in historical epistemology. *The International Migration Review*, 37(3).

CAPÍTULO 5

Itinerarios terapéuticos transfronterizos. Hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana transfronteriza¹¹

Carlos Piñones Rivera, Nanette Liberona Concha,
Miguel Ángel Mansilla

Introducción

El pluralismo médico es un importante campo de estudio, compartido por disciplinas como la antropología de la salud, la sociología médica, la historia de la salud pública y las ciencias de la salud (Cant & Sharma, 1999; Crandon-Malamud, 1986; Hampshire & Owusu, 2013; Lambert, 2012; Macartney & Wahlberg, 2014; Miles & Leatherman, 2003). Su importancia radica en que sirve para retratar la realidad propia de cualquier sociedad contemporánea, pues es una consecuencia ineludible de la historia de los procesos de colonización y globalización (Baer, 2011; Knipper, 2006). Estos, unidos a la expansión medicalizante, la mercantilización de la salud, los acrecentados flujos de movilidad humana, así como la aparente valorización de las llamadas medicinas alternativas y complementarias (entre otros procesos), han contribuido a la proliferación en cada rincón del globo de complejos sistemas de atención a la salud.¹² En ellos coexisten distintos saberes médicos¹³ que se articulan

¹¹ Publicado originalmente en 2020. "Itinerarios terapéuticos transfronterizos: hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana transfronteriza", *Si Somos Americanos*, 20(2), 9-37.

¹² En términos teórico-epistemológicos, cada vez que hablamos de salud o enfermedad, lo entendemos en el sentido desarrollado por la medicina social latinoamericana y la salud colectiva por medio del concepto de proceso salud/enfermedad/atención (Breilh, 2008; Laurell, 1982).

¹³ Los autores adherimos al concepto de saber médico de Eduardo Menéndez, entendido como proceso de articulación de representaciones y prácticas desde las cuales se abordan los problemas del proceso Salud/ Enfermedad/Atención. El carácter fragmentario, articulador, dinámico y concreto supuesto en

en múltiples formas, transformando el panorama contemporáneo de la atención y del ejercicio del derecho a la salud. El pluralismo médico constituye, por tanto, el marco concreto en el cual se dan los Procesos de Salud/Enfermedad/Atención (PSEA) en América Latina. Sin embargo, un pronunciado sesgo teórico monista ha llevado a concebir los saberes médicos de manera unitaria y aislada, invisibilizando su contribución a la salud de los pueblos. Esto ha servido a la reproducción de la hegemonía biomédica, que se autoproclama como único saber válido y relega al resto de los saberes médicos a la condición de no existentes, en el sentido elaborado por De Sousa Santos (2010).

Nuestro trabajo sobre el pluralismo médico en una comunidad indígena nos advirtió respecto de la necesidad de comprender y visibilizar los procesos de articulación de saberes médicos, así como de la producción de relaciones de hegemonía/subalternidad que allí se dan. Esto, en confluencia con nuestro trabajo basado en el estudio de los procesos de salud y migración, nos ha llevado a constatar que existe una especial dificultad para pensar dicho pluralismo médico en relación con la complejidad de los procesos de movilidad humana (Tarrius, 2000), sobre todo cuando dicha movilidad supone el cruce de fronteras. Es en este cruce de situaciones estudiadas que nos planteamos la posibilidad de pensar la movilidad transfronteriza en el contexto del pluralismo médico. Nuestra observación se sitúa en una región fronteriza entre Chile, Bolivia y Perú, escenario histórico de movilidad circulatoria de los pueblos originarios (Tapia Ladino, 2015). A esto cabe agregar que actualmente esta es una de las regiones con mayor proporción de migración internacional respecto de su población local (Liberona y Mansilla, 2017). Por tanto, los actores que inspiran nuestra propuesta son migrantes y circulantes transfronterizos indígenas y no indígenas.

En el plano teórico corresponde problematizar cuáles son las razones de la obstaculización referida anteriormente. Y, en esta empresa, descubrimos que no existen estudios que sintetizen las principales aproximaciones teóricas que han abordado el problema del pluralismo médico y que hagan un balance crítico buscando comprender las razones de este *impasse* teórico.

En este artículo tratamos de contribuir a este amplio problema mediante una revisión crítica de la bibliografía existente sobre el pluralismo médico, pero además proponemos los principales lineamientos de nuestra propuesta denominada *itinerarios terapéuticos transfronterizos*, que busca organizar el estudio integrado del pluralismo médico y la movilidad humana en contextos transfronterizos. Nuestra reflexión se nutre de la perspectiva de la antropología médica crítica latinoamericana desarrollada por Eduardo Menéndez, del paradigma de la movilidad de Tarrius (2000),

la aproximación de Menéndez, lo distingue tanto del concepto de sistema médico, como del de modelo médico (que es siempre un *tipo ideal*, en el sentido weberiano). Para una discusión detallada, ver Piñones Rivera (2015). Una definición exhaustiva del concepto de saber médico se puede encontrar en el apartado “Las contribuciones críticas: visibilizar el poder”.

pero sobre todo de los aprendizajes adquiridos con la interacción de comunidades indígenas y pobladores migrantes que luchan por la reivindicación de su derecho a la vida, la vivienda y la salud.

Consideraciones metodológicas

Como se mencionó anteriormente, este artículo consiste fundamentalmente en un análisis crítico de las principales propuestas teóricas sobre el pluralismo médico. La recopilación de las fuentes proviene parcialmente de una tesis doctoral, complementada con una búsqueda exhaustiva reciente de los libros, artículos científicos y tesis sobre dicho tema, publicados en lengua castellana, inglesa y francesa hasta marzo de 2017. El factor común en la búsqueda bibliográfica fue el concepto de pluralismo médico, pero en virtud del interés por analizar la relación entre este término y la movilidad transfronteriza, dentro de dicha bibliografía además se realizaron las siguientes búsquedas: salud-migración, salud-movilidad, pluralismo médico-frontera, pluralismo médico-territorio y pluralismo médico-corporalidad.

Dado que toda teoría sobre el pluralismo médico supone al menos una conceptualización sobre los sistemas/saberes médicos, sobre la relación que se establecen entre ellos, sobre los actores sociales que participan de dicho pluralismo y las dimensiones involucradas, nuestro análisis crítico fue realizado a través de una grilla basada en los siguientes ejes:

- *La conceptualización de los sistemas médicos y sus relaciones.* Nos preguntamos, ¿qué está entendiendo el autor por saber o sistema médico?, ¿cuántos saberes considera en su análisis?, ¿cómo concibe las relaciones entre dichos saberes médicos? Con estos insumos reflexionamos sobre sus implicancias en la construcción del pluralismo médico como objeto de investigación.
- *Las dimensiones incluidas en el pluralismo médico.* Nos interrogamos acerca de cuáles son las dimensiones que los autores incluyen y cuáles las que excluyen en su teorización sobre el pluralismo médico y de qué manera lo hacen. Así podemos llegar a responder a las preguntas: ¿qué tan complejo es el pluralismo médico conceptualizado?, ¿en qué dimensiones está puesto el énfasis en la conceptualización?

Para organizar el texto, en un primer apartado denominado “Las contribuciones clásicas” exponemos las propuestas iniciales sobre pluralismo médico. Luego, revisamos las aproximaciones críticas, para finalizar haciendo un balance de los principales elementos dejados fuera de estas propuestas y que nos parecen pertinentes para pensar el problema de la movilidad transfronteriza, a saber: *espacio, movilidad y corporalidad*. En un segundo apartado, revisamos las pocas propuestas

que en el ámbito del pluralismo médico han abordado estos elementos antes excluidos y haremos un balance crítico respecto de cómo se ha abordado este concepto en relación con la movilidad transfronteriza. En el tercer apartado explicamos las líneas principales de nuestra propuesta denominada *itinerarios terapéuticos transfronterizos*, mostrando su contribución a los estudios sobre el pluralismo médico.

Las contribuciones clásicas

Las primeras propuestas sobre el pluralismo médico: de la invisibilización del pluralismo a la invisibilización del poder

Si bien ya la misma realidad colonial en la cual se desplegó inicialmente la antropología permite suponer la coexistencia de distintos saberes médicos en los lugares en los cuales se realizó etnografía, los estudios que responden al *modelo clásico* (Martínez-Hernández, 2008) omitieron sistemáticamente dicha condición plural. Lejos de problematizar la condición colonial, estos trabajos presentaron los saberes médicos locales como sistemas aislados, invisibilizando así la presencia y el impacto que estaban teniendo los sistemas médicos impuestos. Solo con posterioridad emergieron propuestas que analizaron la coexistencia de medicinas, destacando los trabajos pioneros de Holland (1963) o los funcionalistas de Press (1969) sobre el “uso dual” que la población urbana hacía de los “médicos” y los “curadores”.

Esta omisión, según varios autores (Baer, 2011; Hsu, 2008; Stoner, 1986), solo es enmendada hacia 1971, cuando se constituye una primera aproximación sistemática al estudio del pluralismo médico en torno a la figura de Charles Leslie. En su *Asian Medical Systems: A Comparative Study* (Leslie, 1976), se presentan algunas de las principales propuestas que han devenido canónicas en el estudio del pluralismo médico, sobresaliendo la de Dunn (1976) que clasifica los sistemas médicos según disposición geográfica y cultural como “sistemas locales”, “regionales” o “cosmopolitas”. De influencia transversal ha sido también la propuesta de Foster (1970) quien, siguiendo un criterio etiológico, clasifica los “sistemas médicos no-occidentales” en sistemas “personalistas” y “naturalistas”.

En estos primeros trabajos se establecen dos de las líneas centrales de análisis presentes en la bibliografía: una que se centra en la caracterización y análisis de los sistemas médicos y sus relaciones; y otra que concibe el pluralismo médico subrayando el rol que juegan los actores sociales a través de la búsqueda de atención. Respecto de la primera línea, en términos analíticos podemos plantear que se esforzaron en hacer visible la realidad plural de los saberes médicos mediante aproximaciones eminentemente clasificatorias como las de Dunn. Se realizaron los primeros ejercicios de definición sobre qué había que entender como “sistema médico” (Dunn, 1976; Foster, 1970), siendo concebidos como sistemas culturales, es decir, constituidos por creencias o prácticas basadas en creencias; y cuando dicha

mirada antropológica se conjugaba con una mirada de corte más sociológico, se hablaba de sistemas socioculturales.

Respecto de la segunda línea, se desarrollaron una serie de trabajos basados en los conceptos de “itinerario terapéutico” (vinculado a la antropología francesa) o de “*health seeking behavior*” (de preeminencia en los entornos anglófonos), línea que se abrió gracias al trabajo pionero de Chrisman sobre el proceso de búsqueda de salud (Perdiguero-Gil, 2006). En dichos trabajos, el pluralismo médico era visibilizado en la descripción de la trayectoria que dibujan los actores sociales en la búsqueda de una respuesta a sus problemas de salud, en la cual recurren a una heterogeneidad de saberes médicos. Los análisis buscaban develar los patrones presentes en dichos itinerarios, así como la racionalidad que les era propia.

Otras propuestas plantearon la necesidad de estudiar las relaciones entre los distintos sistemas médicos. Así, Kleinman (1978), desde una concepción interpretativista, propone estudiar los *Explanatory Models (EM)*, que son modelos que explican la enfermedad en cuanto a sus síntomas, causas, tratamiento, etc., tomando elementos de los distintos sectores (folk, profesional y popular). Dicha articulación de sistemas médicos es concebida por Kleinman como procesos de *traducción* entre distintos *idiomas* (Kleinman, 1978, p. 88).

Ya sea en los trabajos centrados en los saberes o en los actores, en estas contribuciones clásicas se visibiliza la coexistencia de saberes médicos negada por las aproximaciones coloniales y se contribuye a delinear los primeros elementos teóricos que permiten pensar un campo nuevo, definido principalmente por las dimensiones culturales y sociales que participan del pluralismo médico. ¿Cuáles son las principales críticas que podemos establecer para este primer momento? No nos detendremos aquí mucho, pues existen importantes trabajos que ya han hecho dicho análisis (Hsu, 2008; Perdiguero-Gil, 2006). Solo señalaremos que dos de las críticas más significativas realizadas son: (i) que las personas no toman decisiones de la manera racional que el modelo supone y (ii) que este tipo de aproximaciones es menos sensible a las dimensiones histórica, sociológica y política, así como a las cuestiones del poder (Hsu, 2008). A través de estas críticas, que no pueden ser sino genéricas, estamos ya introduciendo la gran contribución realizada por los abordajes críticos del pluralismo médico, que ahora pasaremos a revisar.

Las contribuciones críticas: visibilizar el poder

Frente a las propuestas ya revisadas, con sus énfasis funcionalistas, cognitivistas, socioculturalistas o clínicos, se desarrollaron una serie de aproximaciones críticas. La mayoría de ellas se alinearon bajo la propuesta de una antropología médica crítica (AMC) (Baer, 1989; Menéndez, 1983a; Singer, 1990). Otras, si bien no se autodefinieron así, pueden ser localizadas sin mucho inconveniente en dichas coordenadas, en la medida en que han buscado reestablecer el *missing link* de la

determinación *económico-política* (Crandon-Malamud, 1986; Knipper, 2006). Es importante señalar que el aporte de las aproximaciones latinoamericanas ha sido invisibilizado de manera sistemática en la literatura anglófona y francófona. Nosotros focalizaremos nuestro análisis necesariamente sucinto en las aproximaciones de Baer, Crandon-Malamud y Menéndez.

El foco de los planteamientos de Hans Baer está en conferir a los estudios sobre el pluralismo médico una mirada marxista. Su diagnóstico es claro: excepto contadas excepciones, los marxistas no han abordado el pluralismo médico, por lo que es preciso saldar dicha deuda indagando la medida en que este refleja las desigualdades en la sociedad más amplia, en términos de clase, etnicidad y género (Baer, 1989, p. 1103).

Lo que interesa a este autor son las relaciones estratificadas que se establecen entre los sistemas médicos. Para esto introduce el concepto de sistema médico dominativo ("*Dominative Medical System*") por medio del cual caracteriza el sistema estadounidense, mostrando la trayectoria a través de la cual habría dejado de ser un sistema pluralista, para devenir uno jerarquizado y excluyente. La hegemonía biomédica habría sido alcanzada principalmente a través de la inclusión en las sociedades médicas de todos aquellos practicantes no-biomédicos. La alopática habría recibido el apoyo de los grupos económicos, quedando en la cúspide del sistema dominativo, debido a que su interpretación de la enfermedad desconoce las causas sociales (Baer, 1989, p. 1103). Esto se interpreta como el resultado de un proceso histórico económico-político, en el paso de un capitalismo de la competencia a uno monopólico, en el ámbito de los "modos de producción médicos".

- A. Biomedicine
- B. Osteopathic Medicine as a Parallel Medical System
Focusing on Primary Care
- C. Professionalized Heterodox Medical systems
 - 1. Chiropractic
 - 2. Naturopathy
- D. Anglo-American Religious Healing Systems
(e.g. Christian Science, Spiritualism, evangelical faith healing)
- E. Ethnomedical Systems (e.g. Black ethnomedicine, curanderism, espiritismo, santería, Asian ethnomedicine American healing systems)

Fuente: Baer, 1989, p. 1103

Esquema 1. El "sistema dominativo" estadounidense

Este tipo de análisis se reencuentra en la obra de Crandon-Malamud, pero con una mayor complejidad. En efecto, ha sido reconocida retrospectivamente como una de las precursoras de la AMC a través de su estudio sobre el pluralismo médico en Bolivia (Baer, 2003). Su propuesta se consolida con la publicación de *From the fat of our souls* en 1991, en la que, siguiendo a Unschuld (1975), conceptualiza la medicina como un recurso primario, es decir, uno que siendo fungible en sí, tiene la particularidad de permitir el acceso a recursos secundarios (en concreto la identidad étnica y religiosa). A través de su material de campo, Crandon-Malamud muestra cómo en determinados contextos, la elección de un tipo de atención (indígena, metódica o casera) puede constituir una forma de validar el acceso a una nueva identidad (religiosa o étnica) y, de esta manera, acceder a determinados beneficios materiales y no-materiales. Cuestión de vital importancia en un marco de "crisis social" como fueron las revoluciones ocurridas en Bolivia en el período en el que realiza sus estudios y que permanentemente ponían en cuestión y obligaban a redefinir la posición social de los habitantes (Crandon-Malamud, 1991). Así, este autor ofrece una teoría sobre cómo la medicina reestructura las relaciones sociales, contribuyendo a crear el cambio social, invirtiendo de este modo la dirección en la cual se piensan las relaciones entre el ámbito médico y "meta-médico" en la AMC de Baer.

Si bien los aportes de Crandon-Malamud fundaron una aproximación crítica visionaria sobre el pluralismo médico, la producción latinoamericana no tuvo que esperar para desarrollar la suya. Uno de los textos claves de Eduardo Menéndez, *Estratificación, poder y salud*, fue publicado en 1981, diez años antes de *From the fat of our souls* y solo cinco años después del simposio de *Asian Medical System* de Leslie. Retrospectivamente, descubrimos que la obra de Menéndez ya había abordado varios de los aspectos que fueron problematizados en el movimiento de definición y ajuste de una perspectiva propia para la AMC que se dio en la década de 1980 (Baer et al., 1986).

Sería demasiado ambicioso sintetizar una contribución de cuatro décadas respecto del pluralismo médico, como ocurre en el caso de la obra de Eduardo Menéndez. Una buena entrada es señalar que ella es tributaria del trabajo de Ernesto De Martino, por lo que recupera los principales elementos de la concepción gramsciana; a saber, un énfasis en los procesos ideológicos en su relación indisoluble con los de infraestructura económica, así como la reflexión sistemática sobre cómo se están permanentemente creando y recreando relaciones de hegemonía/subalternidad en el ámbito del PSEA (Feixa, 2008; Menéndez, 2012).

Menéndez ha aportado al menos tres grandes líneas de análisis que permiten pensar la producción de Relaciones de Hegemonía/Subalternidad al interior del PSEA:

- en términos genéricos, ha iluminado el juego de fuerzas en el espacio ideológico, en los niveles micro, meso y macro. Destacan sus análisis his-

tóricos sobre el proceso de medicalización, la crítica a los supuestos de la epidemiología positivista, el racismo en la ideología biomédica, etc. (Menéndez, 1984a, 2002).

- en el análisis de las relaciones entre modelos médicos, cuyo énfasis está puesto en la identificación de los rasgos estructurales de los saberes, para desde ahí comprender su participación en la estratificación social (relaciones de hegemonía/subalternidad) (Menéndez, 1984a).
- en la articulación de saberes, analizando la transformación recíproca de los saberes en procesos articulatorios al interior de las relaciones de hegemonía/subalternidad y su contribución al mantenimiento o transformación de las mismas (Menéndez, 1996, 2005c).

¿Cómo se entienden los saberes médicos en esta perspectiva? Constituyen aquellas instancias desde las cuales se significa y actúa respecto de la salud, la enfermedad, la muerte, lo normal, lo desviado y todo aquello que coyunturalmente pueda incluir dentro de sus dominios. No son entidades, sino procesos de transformación (Menéndez, 1996), por lo que consisten en una incesante estructuración de representaciones y prácticas en el terreno ideológico. Al ser producciones de los conjuntos sociales, no se reducen a aquellos saberes producidos por los actores especializados. Uno de los énfasis en su obra es que todo grupo social articula saberes en el seno del espacio doméstico, dando origen a los saberes de autoatención (Menéndez, 1994a). Todo saber médico tiene además de la función terapéutica que le es asignada, funciones de control social, de normatización, producción de subjetividad, así como de significados colectivos. Estas funciones son opacadas por la función terapéutica que aparenta ser la función exclusiva.

¿Cómo entiende entonces los procesos de articulación de saberes médicos? No nos podemos extender aquí en el detalle, pero sí señalar que hablar de articulaciones entre saberes médicos (y no de transacciones entre estratos) implica un doble movimiento que subraya el *carácter histórico, dinámico, procesual y transformador de los saberes médicos*, antes que sus rasgos estructurales (*tipo ideal*), a la vez que focaliza el interés en los procesos que ocurren entre los saberes médicos.

Ahora bien, en un esfuerzo de síntesis crítica, podemos mencionar que si bien las teorías sobre el pluralismo médico han abordado progresivamente el problema de su determinación económico-política, la panorámica hasta aquí analizada da cuenta de que no se han desarrollado herramientas que permitan abordar de manera satisfactoria el problema del pluralismo médico en un contexto de *movilidad transfronteriza*. En esta dificultad, descubrimos la confluencia de varios elementos teórico-epistemológicos que podríamos situar como el problema de un “*pluralismo médico no-situado*” sobre la base de tres exclusiones sistemáticas: de la movilidad, del espacio y de la corporalidad. Los autores de las primeras propuestas sobre el pluralismo médico solo abordaron el problema de la movilidad presente en los “itinerarios

terapéuticos”, es decir, aquella que los actores realizan entre un saber médico y otro, y reducida al *proceso cognitivo de elección* entre saberes médicos. Menos se piensa, en dichos trabajos, que la movilidad se da en un determinado espacio concreto y que, por lo tanto, el itinerario que se dibuja entre un saber y otro puede estar influido no solo por el proceso cognitivo de elección, sino también por procesos territoriales y las condiciones para la movilidad en dicho territorio.¹⁴

Esta deficiencia presente en el estudio del pluralismo médico revela que existen problemas respecto de las formas como se concibe la espacialidad (la relación pluralismo médico-espacio) y respecto de las formas como se ha concebido la movilidad (pluralismo médico-movilidad). Un tercer elemento excluido sistemáticamente es el cuerpo. En los trabajos revisados parece que los saberes médicos, estudiados como prácticas y representaciones, fueran externos a los cuerpos sobre los que operan. Y parece como si los actores sociales fueran sujetos puramente cognitivos, no cuerpos. Así, también nos proponemos revisar las relaciones teóricas entre pluralismo médico y corporalidad. Dado que los abordajes de dichas dimensiones son incipientes y asistemáticos, en el siguiente apartado haremos un breve análisis crítico de la bibliografía existente.

Movilidad, territorialidad y corporalidad. Prolegómenos para un estudio de los *itinerarios terapéuticos transfronterizos*

Movilidad y salud

Así como uno de los principales avances en el estudio del pluralismo médico se produjo gracias a la incorporación de la dimensión económico-política, creemos que uno de los principales desafíos contemporáneos que le harán progresar es pensarlo en relación con los procesos de movilidad transfronteriza. El espectro que así se dibuja es bastante amplio y podemos esbozar una panorámica que va desde los clásicos estudios de *migración y salud* hasta los contemporáneos de *movilidad por salud*.

14 Si bien nuestro concepto de territorio será trabajado más adelante en nuestra propuesta, lo entendemos siguiendo a Tarrus como una “construcción consubstancial de la llegada a forma y luego a visibilidad social de [...] cualquier [...] colectividad cuyos miembros pueden emplear un ‘nosotros’ que los identifique. Es condición y expresión de un vínculo social. Adviene como momento de una negociación, entre la población concernida y las que la rodean, que instaure continuidades en los intercambios generalizados. El territorio es memoria: es la marcación espacial de la conciencia histórica de estar juntos. Los elementos [...] de este espacio memoria son materiales, factuales y funcionan como referencias [...] podríamos afirmar que la forma territorial es incesante negociación ella misma” (Tarrus, 2000, p. 54). No obstante, este concepto debe ser capaz de albergar tanto las dimensiones culturalmente específicas del territorio, indispensables respecto de los pueblos originarios, con el estatus jurídico presente en su derecho a la autodeterminación y la propiedad ancestral. Para una discusión exhaustiva del concepto de territorio indígena, ver García Hierro (2004).

Observamos cuatro enfoques dominantes. El primero es el de organismos tales como la ONU, la OIM y la OMS, que se interesan en las repercusiones de la migración internacional en la salud, con un fuerte énfasis en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infectocontagiosas (OMS, 2003). Así, el SIDA, la salud reproductiva y sexual, y la tuberculosis (Molina-Salas, Lomas-Campos, et al., 2014) han sido aspectos abordados especialmente en los estudios sobre migración y salud pública (CENSIDA/INSP, 2006b). La principal conclusión de estos estudios es la consideración de que tanto las personas como las enfermedades traspasan las fronteras nacionales a pesar de los límites político-administrativos, estableciendo comparaciones epidemiológicas entre la población local y la población migrante, que es concebida principalmente como vector de enfermedades (Liberona Concha, 2012b; Piñones Rivera, 2015a). Así, los comportamientos de riesgo de los migrantes son una de las principales variables de análisis. Destacan los casos en zonas fronterizas y en lugares donde la población migrante es especialmente vulnerable, tanto por el estatus de salud en los países de origen, como por las condiciones de hacinamiento y pobreza en el país de acogida (Cabieses et al., 2017).

El segundo enfoque es el de la preocupación por el acceso y uso de servicios de salud (Jelin, 2007), en el que se incluye el tema del financiamiento que aparece como una dificultad a superar (Arredondo López et al., 2013b), y el tema de los derechos de los/as extranjero/as frente a los derechos de acceso a la salud de los/as ciudadanos/as locales o nativos/as. En estos trabajos se dejan ver además las discriminaciones y malos tratos dirigidos hacia la comunidad extranjera, aludiendo que las causas radican en una deficiencia estructural del sistema (Liberona Concha & Mansilla, 2017; Waldman, 2011b). Al introducir la dimensión fronteriza, los estudios podrían abarcar algunos de los criterios que nos interesan indagar. Sin embargo, vemos que el foco ha estado puesto en el control sanitario fronterizo, fuertemente marcado por la separación de los Estados, y en la presión que suponen los acuerdos de libre tránsito de personas entre los Estados, debido a que se pone en ejercicio el derecho a la salud (Courtis et al., 2010; Izerrougene, 2009).

El tercer enfoque es el que se centra en la relación paciente/terapeuta en tanto relación social, en la cual los modelos profesionales son los referentes del encuentro clínico (Fassin et al., 2017; Fortin & Laprise, 2007). Estos plantean que las relaciones clínicas son relaciones de poder, en las que los inmigrantes se encuentran en una posición desigual, puesto que su explicación de la enfermedad no es tomada en cuenta.

Un cuarto enfoque es el que ha abordado la movilidad motivada exclusivamente por la búsqueda de salud. Este campo ha sido definido como “viajes médicos” (Connell, 2015), “movilidad transfronteriza de pacientes” (Glinos, Baeten, Helble y Maarse 2010) o “movilidad por salud” (Tapia Ladino et al., 2017). Se trata de movilidades informales que han aumentado ante una demanda insatisfecha o no cubierta por los sistemas de salud nacionales (Bell et al., 2015), debido a la privatización de los sistemas sanitarios, baja cobertura social y mercantilización de la salud (Glinos

et al., 2010). Estos estudios dan cuenta del aumento de la búsqueda de salud transfronteriza y del crecimiento de una industria de la salud privatizada, competitiva y orientada al consumidor.

Ahora bien, si todos estos estudios abordan distintas dimensiones del PSEA, podemos vislumbrar que en todos los casos se ha adoptado una concepción Estado-céntrica respecto del problema. La frontera es pensada restrictivamente en clave jurídico-administrativa: es espacio de control, pivote de la asimetría entre sistemas de salud, espacio liminal donde se vulneran los derechos. Nunca lo es desde las *prácticas* creativas que producen los actores en la búsqueda de la atención de sus problemas de salud. No obstante, lejos del Estado, los actores sociales tienen experiencias y utilizan saberes médicos para resolver concretamente sus problemas de salud, que ninguno de estos trabajos alude, contribuyendo a la mantención de la alianza estratégica entre aparato estatal y saber biomédico, en tanto saber hegemónico (Cant & Sharma, 1999; Piñones Rivera, 2015a).

La solidaridad tácita con dicha alianza se constata cuando se habla de “movilidad por salud” sin interrogar cuál es el saber médico concreto desde el cual implícita o explícitamente se está entendiendo el término “salud”. En general, los estudios han asumido la perspectiva biomédica como evidente, invisibilizando que el problema puede ser abordado incluyendo la heterogeneidad de los saberes médicos. Por otra parte, respecto del problema de la movilidad y a excepción de la última aproximación, esta es en gran medida restringida a la migración, reduciendo el espectro posible, así como los trayectos de ida y vuelta.

En nuestra extensa revisión, una de las pocas aproximaciones que han problematizado la movilidad incorporando el pluralismo médico es la de Dilger, Kane y Langwick (2012). Los autores cuestionan explícitamente que mientras las intervenciones en salud son iniciadas a menudo por los gobiernos nacionales y las instituciones de la salud global, estos actores de gran escala son solo una parte del cuadro total. No obstante, su trabajo no deja de ser una excepción en el concierto de los estudios sobre movilidad y salud que acabamos de reseñar, ya que en su inmensa mayoría se excluye el pluralismo médico, con lo que la movilidad (incluso la transfronteriza) queda reducida a los itinerarios dentro de los espacios de atención biomédicos.

Espacio y salud

Pensar la movilidad supone pensar aquel espacio en el cual se da. Existe todo un campo de estudios que analiza la relación entre espacio y salud (Cummins et al., 2007; Rainham, 2009; Thorsen, 2015; Wilson, 2003). Ahora bien, ¿cuántos han pensado dicha relación desde el pluralismo médico? En lo que sigue, analizaremos cuatro aproximaciones paradigmáticas en la reflexión sobre espacio y pluralismo médico: la de los *therapeutic landscape*, la de los *healthscape*, la actual aproximación socioterritorial al estudio de la salud (Vialard et al., 2017), más los planteamientos

de Baud (2005). Mientras los tres primeros han abordado la salud y el pluralismo médico desde una consideración por el espacio, el último lo elegimos como buen ejemplo del tratamiento que un estudioso del pluralismo médico hace de la dimensión espacial.

El estudio de las relaciones entre salud y espacio es reciente y las primeras aproximaciones fueron estáticas (Vialard et al., 2017) hasta el surgimiento de la aproximación del concepto de *paisajes terapéuticos* de Gesler (1992). Partiendo de la asunción de que todo proceso terapéutico siempre se despliega en el espacio, Gesler se propuso analizar dicha relación superando una concepción puramente fisicalista hacia una que integra los ambientes físicos y construidos, tanto como las acciones, intenciones, las constricciones y las estructuras sociales. A través del concepto de paisaje (*landscape*), tomado de la “nueva geografía cultural”, se embarcó en la ambiciosa tarea de integrar el estudio de la estructura, la agencia y la *time-geography* al abordar los *health seeking behaviour* en lugares y entornos particulares (Gesler, 1992). Ahora bien, la propuesta de este autor es interesante de analizar pues muestra que la incorporación del concepto de *health seeking behaviour* no supone, en la práctica, la integración del pluralismo médico, constituyéndose en un monismo médico: solo se analiza la búsqueda de atención al interior del saber biomédico.

Dicho monismo médico tiene como correlato un monismo del espacio, como ha mostrado Wilson (2003), al hacer un análisis crítico del uso del concepto con pueblos originarios, develando su insensibilidad a las dimensiones culturalmente específicas del territorio. Para contrarrestar esto, Wilson propone superar el énfasis en los territorios excepcionales (por ej., el de las peregrinaciones) hacia el estudio de las “geografías cotidianas” (Wilson, 2003, p. 85) y concretamente examinar las concepciones de salud, la relación entre territorio e identidad, la contribución de la tierra a la salud holística y la importancia de ciertos aspectos específicos del paisaje en la salud (por ej., los símbolos de identidad cultural).

Había que esperar las propuestas basadas en el concepto de *healthscape* (Leah Gold & Clapp, 2011; Rainham, 2009; Rainham et al., 2010) para tener un abordaje propiamente espacial del pluralismo médico. Desarrollado inicialmente por Rainham en diálogo y crítica a las aproximaciones previamente revisadas, él hace explícito cómo el estudio de las relaciones entre salud y lugar (*place*) se enriquece al considerar la movilidad, pues permite abordar la diversidad de los lugares que influyen a la salud, incluyendo aquellos distantes en el espacio y en el tiempo, así como la heterogeneidad de contextos asociados a esos movimientos (Rainham et al., 2010, p. 669). Propone entender la interacción como un proceso espacial, las localizaciones y movimientos como caminos (*paths*), y concede un lugar importante tanto a la agencia como a la estructuración social (Rainham et al., 2010).

Así prepara el terreno para la primera aproximación que piensa la movilidad en el contexto del pluralismo médico, la de Leah Gold y Clapp (Leah Gold & Clapp, 2011). En consonancia con los planteamientos de la AMC, su foco está en las

interacciones entre sistemas médicos (Leah Gold & Clapp, 2011, p. 97). Desde ahí realiza un análisis de las *relaciones de poder globales* (Leah Gold & Clapp, 2011, p. 94) a través de la dualidad entre lo moderno y lo tradicional, identificando a la biomedicina con el polo moderno y situándola como fuente de aculturación del saber médico indígena. Como primera aproximación al problema de la movilidad en el contexto del pluralismo médico, nos parece valiosa en tanto incorpora en su análisis la dimensión económico-política y se propone superar una mirada monista del territorio mediante el concepto de *healthscape*. No obstante, identificamos varios elementos de su propuesta como insuficientes:

La reducción de la reflexión sobre la relación entre los saberes médicos a la dualidad tradicional/moderno, que ha sido criticada sistemáticamente por Menéndez desde sus inicios (Menéndez, 1981). Esto porque no es cierto que la biomedicina sea pura racionalidad moderna, como tampoco lo es que los otros saberes estén desprovistos de “modernidad”, después de los siglos de colonización, acentuada por la globalización actual.

Si bien el trabajo se propone analizar el pluralismo médico, lo que analiza es un dualismo médico, cuestión que Crandon-Malamud (1991) —quien es citado— insistió en problematizar. Esto es relevante, pues la introducción de otros saberes médicos, como el evangélico, desequilibran el análisis dicotómico.

Llama la atención la gran distancia que existe entre la teorización sobre el espacio en el concepto de *healthscape* y su aplicación concreta en este trabajo, en el que el territorio se reduce a ser el *escenario* en el cual se encuentran las plantas medicinales, como insumos para el saber médico andino. Recientemente, y en la línea de los estudios del pluralismo médico, se ha propuesto un *enfoque socioterritorial* en el estudio de la salud, que reconoce el trabajo de Leah Gold y Clapp (2011) como un antecedente directo (Vialard et al., 2017). Se busca examinar la influencia potencial del espacio (*place*) en la búsqueda de la salud, acceso a la atención y estrategias terapéuticas (Vialard et al., 2017). Al interrogar la relación entre poblaciones urbanas y espacios urbanos y salud, se analiza recíprocamente cómo las sociedades manejan el espacio y cómo el espacio influencia a la sociedad y la organización social. A través del concepto de territorio, los autores enfatizan el sentido político y administrativo del espacio, a la vez que incorporan los significados sociales, culturales e históricos a nivel local. De esta manera, el espacio es entendido como conformado por las estrategias sociales y por el control territorial, permitiéndoles examinar los modos en que las políticas toman forma material en un espacio específico, y cómo esta *materialidad de las políticas* puede influenciar las inequidades en salud (Vialard et al., 2017). Así, definen un estudio de la *inequidad en salud* que considera no solo el entorno físico, sino también las fuerzas sociales y ambientales que resultan del manejo político en su dimensión histórica, estableciendo como herramienta heurística que la forma como las personas se mueven en el territorio es un reflejo de las relaciones de poder (Vialard et al., 2017).

Todos estos elementos del enfoque socioterritorial nos parecen aportes significativos hacia la construcción de una aproximación propia para pensar la movilidad en contextos transfronterizos, no obstante, varias críticas se pueden levantar desde la perspectiva del pluralismo médico:

Al adoptar como principal escala de análisis la del vecindario, se invisibilizan los procesos propios de los itinerarios terapéuticos que trascienden dicha escala.

La elección del tipo de problema de salud abordado (diabetes, hipertensión y sobrepeso) ha sido realizada adoptando un punto de vista biomédico que nunca es problematizado. Esto, que debería ser central en un estudio sobre el pluralismo médico, define muchos de los puntos ciegos del estudio.

El enfoque urbano utilizado en el artículo de Vialard permite centrarse en el nivel de los vecindarios sin problematizar concepciones y experiencias locales del espacio en la línea problematizada por Wilson (Wilson, 2003). El concepto de territorio utilizado está demasiado del lado de una concepción gubernamental del mismo y no de un sentido amplio que permita pensar la especificidad cultural.

Ante la ampliación y aclaración que hace Rainham de los *healthscapes*, la concepción aquí presentada aparece más pobre, ya que solo concibe el territorio como espacio de la disponibilidad de recursos, al referirlo como lugar de las “opciones terapéuticas”.

Si bien constituye un aporte frente a Rainham, al incorporar el pluralismo médico como estudio de los *health seeking behaviour* y de los itinerarios terapéuticos, lo hace de una manera homogeneizante, contraviniendo uno de los elementos más radicales de los estudios del pluralismo médico.

Por último, el texto de Baud (2005) muestra un magnífico ejemplo de un estudio de pluralismo médico situado en un espacio concreto. El autor muestra con gran detalle etnográfico tanto el pluralismo médico como su interrelación dinámica con el territorio. Partiendo de la concepción hegemónica que sitúa el resorte de la eficacia del saber médico andino en el restablecimiento del equilibrio o la reciprocidad,¹⁵ Baud desarrolla una concepción dinámica de las *mesas*¹⁶ (Baud, 2005, p. 28), en las cuales se observa operando a través de la intervención de las entidades territoriales, aquí concebidas como “personificaciones del paisaje” (Baud, 2005, p. 21); un pluralismo médico claramente articulado. Pues *las mesas*, propias del saber médico andino, sirven para tratar una infinidad de problemas de salud de corte biomédico (tuberculosis, arterias tapadas, problemas renales), cuestión que según Baud se debe a que las mismas entidades territoriales han aprendido y se han especializado en el tratamiento de ciertos órganos o afecciones definidos en clave

15 Para una crítica de la ideología de la norma moral implícita en este tipo de razonamiento, ver (Orlove, 1977; Piñones Rivera, 2015a; Weiner, 1992)

16 El autor lo define como un ritual practicado en el mundo andino, cuya importancia fonética se sitúa en la parentalidad con la palabra “misa”.

biomédica. Así, por ejemplo el *Apu Wamansinchi*¹⁷ es un cirujano especialista en el corazón o el cerebro (Baud, 2005, p. 28); y *Pachamama*¹⁸ receta medicamentos de patente que luego deben ser comprados en las farmacias (Baud, 2005, p. 28).

No obstante, interesa constatar que mientras que el pluralismo médico es pensado en su dimensión territorial andina como un territorio que –tomando la expresión de Duviols (1978)– “litomorfosa” la biomedicina, solo marginalmente se piensa la relación en el sentido inverso: en su artículo, el territorio no es el territorio que observa el canon fiscalista ni el afectado por el extractivismo. En efecto, solo al final del texto señala que el territorio que los humanos destruyen es el mismo que aquel que se maneja simbólicamente desde *las mesas*. Esto nos hace constatar patentemente que en su trabajo encontramos el socioculturalismo tan criticado por la AMC, ya que no sitúa los procesos culturales –como los de *la mesa*– en su contexto económico-político: el entorno al cual alude es el de las *entidades litomorfosadas*, pero no el de su destrucción extractivista.

Pluralismo médico y corporalidad

La última dimensión que nos interesa abordar en nuestro análisis, y que hemos encontrado raramente presente en los estudios sobre pluralismo médico, es la dimensión corporal.¹⁹ En nuestra búsqueda hallamos dos propuestas que nos parecen paradigmáticas de los problemas que la relación entre pluralismo médico y corporalidad suscitan: las de Baud (2005) y Cipriano (Cipriano, 2013).

En el trabajo de Baud ya reseñado, contrasta claramente el desarrollo referido al espacio con el que alude al cuerpo. Cuando interrogamos su concepción del cuerpo vemos que no hay una problematización específica, pues mientras *la mesa* es un sistema dinámico en el cual se articula el saber médico andino y el biomedico, parece que el cuerpo no lo es. Este sigue funcionando según el referente del saber médico andino: es un cuerpo compuesto por elementos andinos, cuyo funcionamiento adecuado depende de que no se vulneren las normas culturales de la reciprocidad andina, en cuyo caso es penetrado por “seres de la naturaleza” o “personificaciones del paisaje” andino (Baud, 2005, p. 21). Sorprende la uniformidad del referente andino en el pensamiento sobre el cuerpo, cuando *la mesa* y las entidades territoriales incorporan los medicamentos e inyecciones propios de la biomedicina. No se corresponde por tanto la articulación de saberes con una articu-

17 El término *Apu* alude a lo que en primera instancia podríamos denominar, siguiendo a Martínez Soto-Aguilar (1983), los “dioses de los cerros”. La realidad aquí referida abarca un amplio conjunto de denominaciones en quechua y aymara con características similares (*Mallku*, *Awkillu*, *Wamani*, *Machula*, *Achachila* o *Mallku*), lo que hace que hipotéticamente sean considerarlas como una sola entidad panandina. *Wamansinchi* es un nombre propio.

18 Se refiere a la entidad andina conocida usualmente como Madre Tierra.

19 Para nuestra concepción de la corporalidad, ver *supra* el apartado “Los itinerarios terapéuticos transfronterizos”.

lación de corporalidades. Solamente un cuerpo, el cuerpo andino, es aquel en el que opera la articulación de saberes médicos a través de las *mesas*. De nuevo, entonces, la propuesta no logra integrar el pluralismo médico con una concepción coherente de las corporalidades involucradas, y menos aún, con el carácter articulario de las mismas.

La tesis de Cipriano, por su parte, viene a aportar algunos elementos de interés para nuestra reflexión, ya que analiza el pluralismo médico bajo el “enfoque del poder”. Su trabajo menciona los “cuidados femeninos en la esfera doméstica” y una oferta de cuidados plurales “compuesto de una cierta diversidad de sanadores” (2013, p. 16), que se suman al actor institucional, denunciando una jerarquización de los mismos.

Cipriano analiza las transformaciones producidas por la instalación de una posta de salud en un pueblo quechua en Perú, a partir de las representaciones que tiene la población sobre sus cuerpos. La autora plantea la existencia de un *cuerpo físico* quechua que estaría más adaptado a los remedios a base de plantas que a los entregados en la posta de salud pública. Dichos remedios son considerados como inadaptados, de baja o nula eficacia y hasta riesgosos. No obstante, expone que algunos cuerpos se acostumbrarían progresivamente a estos tratamientos, en particular los de los niños y mujeres jóvenes, que están más relacionados con los médicos urbanos. Ante las múltiples coerciones que el sistema biomédico impone a las mujeres, algunas de ellas reivindican la libertad de disponer de su propio cuerpo y de ocuparse del de sus hijos, afirmando su propia identidad mediante las prácticas de cuidados domésticos (Cipriano, 2013, p. 264).

Concluye que la salud pública actúa bajo una dinámica de control y de normalización de los cuerpos, al producirse una importante transformación de las prácticas de cuidado. Esto traería como consecuencia la transformación de los cuerpos individuales y del cuerpo social, por lo que el cambio generacional conllevaría el paso “de un cuerpo a otro”: la introducción del saber biomédico generaría una corporalidad diferente, a la cual algunas mujeres se resisten, manteniendo sus prácticas en el espacio doméstico.

Para cerrar este apartado, señalemos críticamente que en la reflexión de Cipriano sobre el cuerpo en el pluralismo médico, no se sostiene la existencia de cuerpos plurales o de una articulación de corporalidades: son cuerpos unitarios que se transforman taxativamente de un “cuerpo andino” a un “cuerpo biomédico” a través de las transformaciones políticas. No hay por tanto cuerpos andino-biomédicos, ni menos cuerpos andino-biomédico-pentecostales, por ejemplo. El pensamiento sobre el pluralismo médico no lleva como correlato un pensamiento también plural sobre la corporalidad.

Los itinerarios terapéuticos transfronterizos

Visto todo lo anterior, y tal como lo anunciamos en un inicio, expondremos aquí nuestra propuesta sobre el estudio de la movilidad en el contexto del pluralismo médico, que sintetizamos acuñando el concepto de *itinerarios terapéuticos transfronterizos* (ITT). Nuestro concepto recupera los principales planteamientos de la AMC latinoamericana sobre el pluralismo médico, así como los del paradigma de la movilidad (Heyman, 2012; Tarrius, 2000). En este sentido, busca entender los *itinerarios terapéuticos* como un proceso de *movilidad* de *actores sociales* en el seno del *pluralismo médico* y en relación dinámica con una *territorialidad circulatoria* propia de las dinámicas de movilidad *transfronteriza*. Los itinerarios terapéuticos constituyen las formas cómo los actores sociales ejercen cotidianamente su derecho a la salud, orientados por los sentidos comunes que *surgen de y producen* procesos de articulación de saberes médicos, guiados por la necesidad práctica de cuidar la vida. Dicho empuje pragmático transgrede las fronteras imaginarias de los saberes médicos, generando nuevas formas de eficacia articularia que constituyen un patrimonio colectivo intercultural. Dado que los itinerarios son prácticas de ejercicio del derecho a la salud, todo obstáculo a su devenir constituye una vulneración a este derecho y una forma de violencia estructural (Baratta, 1990; Galtung, 2009); a la vez, toda facilitación de dicha movilidad creativa constituye una forma de resistencia cotidiana a dicha violencia.

Los itinerarios terapéuticos producen a través de la articulación de saberes médicos nuevas territorialidades circulatorias basadas en un saber-circular que da origen a *geografías cotidianas transfronterizas* —parafraseando a Wilson (2003)—, siendo una nueva forma de abordar el problema de la movilidad por salud. Por último, el énfasis puesto en los actores sociales y no en los agentes especializados de un saber médico nos permite visibilizar la contribución que la autoatención realiza a la salud colectiva, como referente de articulación pragmática sobre la cual se resuelve la mayoría de los problemas de salud (Menéndez, 1994a). El carácter de movilidad (más aún transfronteriza) nos permite superar una concepción que sitúa demasiado insistentemente dicha autoatención al interior del espacio doméstico, pues amplía los procesos de articulaciones a todos los espacios relacionales entre saberes médicos y los localiza en una dimensión territorial dinámica como es la del territorio circulatorio transfronterizo así constituido. Dado que nuestra concepción territorial se apuntala en Tarrius, se asume que el territorio se define desde los saberes, por lo que valida a los saberes populares, indígenas, subalternos, no restringiéndose a la mirada hegemónica.

Nuestra propuesta de investigación es multidimensional en tanto incluye:

La dimensión de movilidad humana. Para esto redefinimos el concepto de *itinerario terapéutico* (Augé, 1996; Sindzingre cit. en Perdiguero-Gil, 2006) desde el paradigma de la movilidad de Alain Tarrius, poniendo énfasis en los siguientes

puntos: (i) la movilidad de los itinerarios terapéuticos se basa en un saber-circular por universos de normas locales; (ii) dicha movilidad funda legitimidades sociales; (iii) el saber-circular es el resultado de procesos de negociaciones entre actores y saberes médicos; (iv) la movilidad circulatoria propia de los itinerarios terapéuticos produce territorialidades. En consecuencia, en nuestro estudio trataremos de relevar los sentidos sociales asociados a la movilidad, en la medida en que dichos sentidos constituyen un saber-circular en la búsqueda por la salud. Dicho saber-circular, la memoria colectiva que ahí se configura y los procesos de legitimación negociada, serán los referentes para pensar la producción de una territorialidad específica en la cual se da (o no) el cumplimiento del derecho a la salud para los migrantes.

La dimensión ideológica (cultural). Nuestro foco está puesto en la *articulación de saberes médicos*, pues en última instancia entendemos que lo que opera en la definición de los ITT son los *sentidos comunes* (Gramsci, 1986), entendidos estos como articulaciones de fragmentos ideológicos que participan de la producción de relaciones de hegemonía/subalternidad y que operan como soporte ideológico concreto de las prácticas que se despliegan en el ejercicio del derecho a la salud. Siendo este nuestro foco, nuestra consideración de la dimensión ideológica no se restringirá a él, pues el análisis de los procesos ideológicos es indispensable para todos los ámbitos de la vida social desde el punto de vista de la AMC.

La dimensión económico-política. Entendemos esta como los procesos en los que se definen las condiciones materiales de la existencia al interior de un determinado modo de producción. Incluye los procesos de producción, distribución y consumo de mercancías y subjetividades, y está por lo tanto íntimamente ligada a los procesos de estratificación por clase social. En el caso de los ITT, se corresponde con el rol que juegan los modos de producción en la definición de al menos los siguientes tópicos: la organización de los sistemas nacionales de salud; el estatus económico que se le da a los bienes necesarios para cuidar de la salud; el impacto en la salud de los modelos de desarrollo; etc. La dimensión económico-política participa por tanto como una determinación importante de los itinerarios terapéuticos concretos, pues constituye la infraestructura para los procesos ideológicos ya reseñados.

La dimensión territorial. En su sentido específico, nos interesa conocer la territorialidad que se produce por medio del saber-circular, en el uso de los distintos saberes médicos y para el ejercicio del derecho a la salud. Así, siguiendo a Tarrius, tomamos el concepto de territorialidad en relación dinámica con la movilidad humana y, dado que lo definimos desde la producción de un saber, damos cabida a la especificidad cultural de la relación de todo grupo humano con el territorio, en el sentido ya problematizado por Wilson (2003).

La dimensión corporal. Si se ha sostenido que el concepto de itinerario terapéutico supera la distinción cuerpo/sociedad (Augé, 1996), nos interesa explorar este potencial heurístico interrogando en qué medida el cuerpo se construye a través de los itinerarios terapéuticos y sus territorialidades circulatorias. Al respecto,

nuestra concepción no esencialista del PSEA, nos permite pensar que ni el cuerpo está constituido como una sustancia, ni la enfermedad está ya predefinida esencialmente en sus formas. Así, en el inicio del proceso de búsqueda de la salud no existe un cuerpo biológico ya enfermo, pues el itinerario no es un proceso sociocultural y económico-político que se añade externamente y con posterioridad a la enfermedad y al cuerpo. Menos aún, nos satisface la concepción cartesiana de cuerpo, incapaz de concebir las otras concepciones presentes en los saberes subalternizados.

Nuestro concepto de cuerpo, pensado desde los problemas que plantea el pluralismo médico y la relación con una territorialidad circulatoria, lo entiende como un proceso de producción/articulación que se conforma desde el terreno ideológico que constituyen los saberes médicos en su articulación recíproca, dando origen a *corporalidades plurales*. Nos esforzamos por concebir dichas corporalidades plurales como procesos propios de los actores sociales, sin reducirlas a la corporalidad individual, supuesta en la hegemonía naturalista occidental. De esta manera, contribuimos a la superación de la concepción del cuerpo como esencia biológica para perfilarnos hacia una concepción de las *corporalidades plurales* de los *actores sociales* como entramado de determinaciones dinámicas sociales, culturales, económico-políticas y territoriales.

La dimensión de derechos. Por último, concebimos los ITT como formas del ejercicio del derecho a la salud. Nos interesa verlos como indicadores del cumplimiento de los derechos y del ejercicio popular de la ciudadanía (Naranjo Giraldo, 2008). Así, toda limitación a la movilidad que le es propia, puede ser entendida como una vulneración de derechos y, por lo mismo, como una forma de violencia estructural (Baratta, 1990; Galtung, 2009).²⁰ En cuanto a los derechos en materia de salud de las y los migrantes internacionales, estos están garantizados por la Convención Internacional de Protección de los Derechos de todos los trabajadores migrantes y sus familias y en todos los tratados internacionales relacionados.

Estas dimensiones no son excluyentes ni exhaustivas, pero sí permiten definir ciertos focos indispensables para el análisis de los *itinerarios terapéuticos transfronterizos*. Una de las formas de estudiarlos es sobre la base de la identificación de ciertos *patrones de movilidad*. Estos no resultan de una secuencia rígida, sino que se descubren en una relación compleja entre las características de los actores sociales (su adscripción a pueblos originarios, género, edad, nivel educacional, características ideológicas, etc.) y ciertos elementos del itinerario que funcionan como *nodos*. Los *nodos* no están predefinidos, sino que son emergentes del proceso del itinerario terapéutico, lo que no quiere decir que no existan condiciones o determinaciones, solo que son potenciales. Por tanto, deberá estudiarse cuáles son las

20 Si bien existen diferencias jurídicas en cuanto a la movilidad indígena y no indígena en virtud de la jurisprudencia internacional referida al derecho de movilidad en territorios respecto de los cuales existe una relación de ancestralidad, la dimensión de derechos aquí aludida debe ser capaz de incluir estas diferencias, así como los elementos en común.

condiciones efectivas que definen el itinerario terapéutico para cada actor social –no para cada individuo. Así, el patrón en el itinerario se descubre en la recurrencia de la dinámica del desplazamiento, y se puede evaluar en función de las *facilitaciones y obstáculos a la movilidad*, o lo que es lo mismo, en función de los obstáculos al ejercicio del derecho a la salud. De ese modo, lo que aparece es un complejo de *flujos* de movimiento, en los cuales distintos procesos, instituciones, actores o condiciones de toda índole (incluidos los llamados “espirituales”, los agentes no-humanos y la materialidad de las políticas públicas, por ejemplo) participan como obstaculizadores o facilitadores del movimiento en su producción de un itinerario.

Conclusión

La revisión previamente realizada ha esbozado una panorámica de los estudios sobre el pluralismo médico y la movilidad humana que evidencia una serie de reduccionismos: la *movilidad* se reduce a la migración o a los itinerarios terapéuticos intrafronterizos; cuando se aborda la frontera, lo es solo de una manera estadocéntrica, invisibilizando las prácticas transfronterizas; el *pluralismo* se reduce a un monismo o a dualismos de saberes médicos y está raramente situado en un territorio, en un movimiento, en una corporalidad; cuando se sitúa, no considera la coexistencia de corporalidades, territorios ni movimientos; por último, el pluralismo se entiende preferentemente en términos socioculturales, dejando de lado la dimensión económico-política.

Estos múltiples obstáculos nos han hecho proponer una nueva aproximación para el estudio de las relaciones entre pluralismo médico y movilidad humana en contextos transfronterizos. Su novedad y utilidad radican en la producción de una propuesta que se plantea de manera crítica ante los principales *impasses* epistemológicos develados en este campo. No volveremos sobre esto, pero sí nos interesa subrayar, como uno de nuestros principales aportes, la relación que definimos entre pluralismo médico, movilidad y corporalidad, pues nos interesa hacer el ejercicio teórico-metodológico de pensar la corporalidad como proceso que no preexiste a la trayectoria. Es decir, que será el itinerario terapéutico, en tanto totalidad de la movilidad a través de su deriva por un pluralismo médico espacializado, el que constituirá en los distintos momentos –y de manera proyectiva y retroactiva– cuerpos sanos, cuerpos diabéticos, cuerpos asustados, cuerpos pecadores, etc., según las derivas específicas de los actores por los saberes médicos.

Como señalamos en la introducción, quienes inspiraron nuestro trabajo son los migrantes y circulantes transfronterizos indígenas y no indígenas, quienes generan estrategias de reivindicación de su derecho a la salud. Observamos que esta búsqueda de una vida digna está inserta en procesos que aquí buscamos conceptualizar como *itinerarios terapéuticos transfronterizos*. Es por esto que nuestra apuesta teórico-metodológica pretende contribuir a esta búsqueda, visibilizando los proce-

sos que conllevan a la vulneración de derechos y evidenciando la capacidad creativa de los actores en vínculo con sus territorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arredondo López, A., Orozco Núñez, E., Wallace, S., & Rodríguez, M. (2013). Indicadores de gobernanza para el desarrollo de estrategias binacionales de protección social en la salud de los migrantes. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 310-327.
- Augé, M. (1996). *El sentido de los otros*. Paidós.
- Baer, H. A. (1989). The American dominative medical system as a reflection of social relations in the larger society. *Social Science & Medicine*, 28(11), 1103-1112.
- Baer, H. A. (2003). Contributions to a critical analysis of medical pluralism. An examination of the work of Libbet Crandon-Malamud. En J. D. Koss-Chioino, T. Leatherman, & C. Greenway (Eds.), *Medical Pluralism in the Andes*, 42-60. Routledge.
- Baer, H. A. (2011). Medical pluralism: An evolving and contested concept in medical anthropology. En M. Singer & P. Ericson (Eds.), *A Companion to Medical Anthropology*, 405-423. Blackwell Publishing.
- Baer, H. A., Singer, M., & Johnsen, J. H. (1986). Toward a critical medical anthropology. *Social Science & Medicine*, 23(2), 95-98.
- Baratta, A. (1990). Derechos humanos: Entre violencia estructural y violencia penal. *Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos*, 11, 11-28.
- Baud, S. (2005). Esprits sauvages, citadins et maladie, quand la nature s'en mêle. *Bulletin-Société Suisse des Américanistes*, 69, 21-33.
- Bell, D., Holliday, R., Ormond, M., & Mainil, T. (2015). Transnational healthcare, cross-border perspectives. *Social Science & Medicine*, 124, 284-289. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2014.11.014>
- Breilh, J. (2008). Latin American critical ('social') epidemiology: New settings for an old dream. *International Journal of Epidemiology*, 37(4), 745-750. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn135>
- Cabieses, B., Bernal, M., & McIntyre, A. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.
- Cant, S., & Sharma, U. (1999). *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. Routledge.
- CENSIDA/INSP. (2006). *Sida: Aspectos de salud pública*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Cipriano, M. (2013). *Dun corps à l'autre: Les corps à l'épreuve de la santé publique. Représentations et pratiques relatives aux corps et aux soins dans un village des Andes sud-péruviennes* (Tesis doctoral). Universidad de Montpellier 3.
- Connell, J. (2015). From medical tourism to transnational health care? An epilogue for the future. *Social Science & Medicine*, 124, 398-401.
- Courtis, C., Liguori, G., & Cerrutti, M. S. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: El Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina*. CEPAL.
- Crandon-Malamud, L. (1986). Medical dialogue and the political economy of medical pluralism: A case from rural highland Bolivia. *American Ethnologist*, 13(3), 463-476.
- Crandon-Malamud, L. (1991). *From the Fat of our Souls: Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia*. University of California Press.

- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. V., & Macintyre, S. (2007). Understanding and representing “place” in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine*, 65(9), 1825-1838.
- De Sousa Santos, B. (2010). *Para descolonizar el occidente*. CLACSO.
- Dilger, H., Kane, A., & Langwick, S. (2012). *Medicine, mobility, and power in global Africa: Transnational health and healing*. Indiana University Press.
- Dunn, F. L. (1976). Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems. En C. Leslie (Ed.), *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, 133-158. University of California Press.
- Duviols, P. (1978). Un symbolisme andin du double: la lithomorphose de l'ancêtre. *Actes du XLIIe Congrès International des Américanistes*, 4, 359-364.
- Fassin, D., Costa-Lascoux, J., & Hily, M.-A. (2001). L'altérité de l'épidémie. Les politiques du Sida à l'épreuve de l'immigration. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 17(2), 139-151.
- Fassin, D., Costa-Lascoux, M. J., & Hily, M. M. (2017). L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 17(2), 139-151.
- Feixa, C. (2008). Más allá de Éboli: Gramsci, De Martino y el debate sobre la cultura subalterna en Italia. En *El folklore progresivo y otros ensayos*, 13-66. MACBA.
- Fortin, S., & Laprise, E. (2007). L'espace clinique comme espace social. En M. Cognet & C. Montgomery (Eds.), *L'éthique de l'altérité*, 191-214. Les Presses de l'Université Laval.
- Foster, G. M. (1970). Disease etiologies in non-western medical systems. *American Anthropologist*, 78(4), 773-782.
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191.
- García Hierro, P. (2004). Territorios indígenas: tocando las puertas del derecho. En A. Surrallés & P. García Hierro (Eds.), *Tierra adentro: Territorio indígena y percepción del entorno*, 277-306. IWGIA.
- Gesler, W. M. (1992). Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science & Medicine*, 34(7), 735-746.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place*, 16(6), 1145-1155. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.08.001>
- Gramsci, A. (1986). *Cuadernos de la cárcel* (Vol. 4). Ediciones Era.
- Hampshire, K. R., & Owusu, S. A. (2013). Grandfathers, Google, and dreams: Medical pluralism, globalization, and new healing encounters in Ghana. *Medical Anthropology*, 32(3), 247-265.
- Holland, W. R. (1963). *Medicina maya en los altos de Chiapas: Un estudio del cambio socio-cultural*. Instituto Nacional Indigenista.
- Hsu, E. (2008). Medical pluralism. En H. Heggenhougen (Ed.), *International Encyclopedia of Public Health*, Vol. 4, 316-321. Academic Press.
- Izerrougene, B. (2009). O desafio da integração social no Mercosul. *Cadernos PROLAM*, 2, 100-112.
- Jelin, E. (2006). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. IDES.
- Kleinman, A. M. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12(2B), 85-95.
- Knipper, M. (2006). El reto de la “medicina intercultural” y la historia de la “medicina tradicional” indígena contemporánea. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*, 413-432. Abya-Yala.
- Lambert, H. (2012). Medical pluralism and medical marginality: Bone doctors and the selective legitimization of therapeutic expertise in India. *Social Science & Medicine*, 74(7), 1029-1036.
- Laurell, A. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Leah Gold, C., & Clapp, R. (2011). Negotiating health and identity: Lay healing, medicinal plants, and indigenous healthscapes in Highland Peru. *Latin American Research Review*, 46(3), 93-111.
- Leslie, C. (Ed.). (1976). *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. University of California Press.
- Liberona Concha, N., & Mansilla, M. Á. (2017). Pacientes ilegítimos. Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520.
- Martínez Soto-Aguilar, G. (1983). Los dioses de los cerros en los Andes. *Journal de La Société des Américanistes*, 69(1), 85-115.
- Macartney, J. I., & Wahlberg, A. (2014). The problem of complementary and alternative medicine use today: Eyes half closed? *Qualitative Health Research*, 24(1), 114-123. <https://doi.org/10.1177/1049732313518977>
- Martínez-Hernández, Á. (2008). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropolos.
- Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata-CIESAS.
- Menéndez, E. L. (1984). El modelo médico hegemónico: Transacciones y alternativas hacia modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, 84-119.
- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (1996). El saber popular como proceso de transformación: Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular. En J. A. González Alcantud & S. Rodríguez Becerra (Eds.), *Creer y curar: La medicina popular*, 31-63. Diputación Provincial de Granada.
- Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura*. Bellaterra.
- Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.
- Menéndez, E. L. (2012). Antropología médica: Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*, 28(3), 1-8.
- Miles, A., & Leatherman, T. (2003). Perspectives on medical anthropology in the Andes. En J. D. Koss-Chiokino, T. Leatherman, & C. Greenway (Eds.), *Medical Pluralism in the Andes*, 3-15. Routledge.
- Molina-Salas, Y., Lomas-Campos, M. D. L. M., Romera-Guirado, F. J., & Romera-Guirado, M. J. (2014). Influencia del fenómeno migratorio sobre la tuberculosis en una zona semiurbana. *Archivos de Bronconeumología*, 50(8), 325-331. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.01.009>
- Naranjo Giraldo, G. (2008). Migrantes y desplazados en las fronteras culturales y políticas de la ciudad... ¿Cuál ciudadanía? *Cultura Urbana*, 5, 1-14.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. OMS.

- Orlove, B. S. (1977). Inequality among peasants: The forms and uses of reciprocal exchange in Andean Peru. En R. Halperin & J. Dow (Eds.), *Peasant Livelihood: Studies in Economic Anthropology and Cultural Ecology*, 201-226. St. Martin's Press.
- Perdigueró-Gil, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*. Abya-Yala.
- Piñones Rivera, C. (2015). *La mala hora. Articulaciones en el pluralismo médico de agricultores precordilleranos aymaras chilenos* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili.
- Press, I. (1969). Urban illness: Physicians, curers and dual use in Bogota. *Journal of Health and Social Behavior*, 10(3), 209-218.
- Rainham, D. (2009). *Human Healthscapes as an Approach to Measuring Context in Research on Place and Health* (Tesis doctoral). University of Ottawa.
- Rainham, D., McDowell, I., Krewski, D., & Sawada, M. (2010). Conceptualizing the healthscape: Contributions of time geography, location technologies and spatial ecology to place and health research. *Social Science & Medicine*, 70(5), 668-676. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.035>
- Singer, M. (1990). Reinventing medical anthropology: Toward a critical realignment. *Social Science & Medicine*, 30(2), 179-187. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90078-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90078-7)
- Stoner, B. P. (1986). Understanding medical systems: Traditional, modern, and syncretic health care alternatives in medically pluralistic societies. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(2), 44-48.
- Tapia Ladino, M. (2015). Frontera, movilidad y circulación reciente de peruanos y bolivianos en el norte de Chile. *Estudios Atacameños*, 50, 195-213.
- Tapia Ladino, M., Liberona Concha, N., & Contreras, Y. (2017). El surgimiento de un territorio circulatorio en la frontera chileno-peruana: Estudio de las prácticas socio-espaciales fronterizas. *Revista de Geografía Norte Grande*, 66, 117-141.
- Tarrius, A. (2000). Leer, describir, interpretar. Las circulaciones migratorias: Conveniencia de la noción de “territorio circulatorio”. *Los nuevos hábitos de la identidad. Relaciones*, XXI(83), 38-66.
- Thorsen, R. S. (2015). Conceptualizations of pluralistic medical fields: Exploring the therapeutic landscapes of Nepal. *Health & Place*, 31, 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.11.004>
- Unschuld, P. U. (1975). Medico-cultural conflicts in Asian settings: An explanatory theory. *Social Science & Medicine*, 9(6), 303-312.
- Vialard, L., Squiban, C., Fournet, F., Salem, G., & Foley, E. (2017). Toward a socio-territorial approach to health: Health equity in West Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 1-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph14010106>
- Waldman, T. C. (2011). Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: Imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, 12(1), 90-114.
- Weiner, A. B. (1992). *Inalienable Possessions*. University of California Press.
- Wilson, K. (2003). Therapeutic landscapes and First Nations peoples: An exploration of culture, health and place. *Health & Place*, 9(2), 83-93. [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(02\)00016-3](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(02)00016-3)

CAPÍTULO 6

Entre ferias, curanderos y remedios medios. La red asistencial popular andina en el espacio transfronterizo del norte de Chile²¹

Carlos Piñones Rivera, Wilson Muñoz,
Alan Rodríguez

Introducción

Un fenómeno que se ha venido estudiando en la frontera norte de Chile, son los cruces que las personas realizan a los países vecinos buscando atención de salud (Liberona Concha et al., 2017). La literatura muestra que esta movilidad no se realiza por nomadismo, ni por el placer por viajar; muchas veces está motivada por la inequidad de un sistema de salud basado en un modelo neoliberal, que fortalece el mercado de la salud y que produce una segmentación de la población según ingresos y riesgos (Cid y Uthoff, 2018), obstaculizando el acceso a una atención de calidad para la mayoría de las personas (Álvarez y González, 2018; Cid, 2008; Homedes y Ugalde, 2002; Oyarte et al., 2018; Villalobos Dintrans, 2018). Este problema se intensifica cuando afecta a las poblaciones migrantes, quienes además sufren el efecto conjugado de fenómenos como la irregularización cíclica (Cortez et al., 2007), el racismo en la atención de salud (Liberona Concha y Mansilla, 2017), así como otros aspectos incluidos en la categoría de “determinantes sociales” (Cabieses et al., 2017; Castañeda et al., 2015; Liberona Concha, 2012; Liberona Concha y Mansilla, 2017; Liberona Concha y Piñones Rivera, 2019; Morey, 2018).

Si bien el estudio de la movilidad por salud ha aportado nuevas perspectivas en la comprensión de los procesos de salud/enfermedad/atención, observamos

²¹ Publicado originalmente en 2022. “Entre ferias, curanderos y remedios medios. La red asistencial popular andina en el espacio transfronterizo del norte de Chile”, *Estudios Atacameños*, 68.

en él dos limitaciones principales. La primera ha consistido en centrarse restrictivamente en la atención biomédica, invisibilizando la contribución de los otros saberes que conforman el pluralismo médico de las actuales regiones de Arica y Parinacota (región XV) y Tarapacá (región I) en el norte de Chile. Esto ha ocurrido con el saber médico andino, que cumple un rol clave para la población chilena y migrante. La segunda es que si bien en dichos trabajos se piensa la relación de la movilidad con el territorio en la línea propuesta por Tarrius (2000), estos no se han detenido a analizar el rol que los saberes médicos juegan a la hora de especificar cómo ellos mismos circulan. Así, el saber circular aparece como un término abstracto e inespecífico en dichos trabajos.

En el ámbito del saber médico andino, el quehacer de curanderos, hierbateros, parteras, componedores de huesos, entre otros, requiere de prácticas concretas de movilidad de personas y bienes a través de las fronteras; algo que también está presente en otros contextos socioculturales (Bochaton, 2018). Estas prácticas utilizan un saber sobre los tipos de agentes especializados, los insumos, además de todos los requerimientos necesarios para materializar el viaje, la permanencia y el eventual retorno, el que en muchos casos incluye el paso no autorizado por la frontera, tanto de insumos como de personas. De manera que el saber circular al que nos referimos no solo aparece íntimamente ligado al saber médico autóctono, sino que su circulación también implica la producción de una determinada territorialidad. Esto está en línea con lo que ya han planteado diversos autores en otros contextos socioculturales (Dilger et al., 2012; Gesler, 1992; Rainham, 2009; Rainham et al., 2010; Vialard et al., 2017), así como en el contexto andino (Gold y Clapp, 2011; Piñones Rivera y Libersona Concha, 2018; Piñones Rivera et al., 2020). Dentro de este último, se ha propuesto el concepto de ‘itinerario terapéutico transfronterizo’ para analizar los procesos de movilidad por salud que trascienden las fronteras nacionales, considerando la diversidad de saberes médicos involucrados.

Siguiendo esta línea interpretativa, la presente investigación busca mostrar la territorialidad producida por el saber médico andino, arrojando nuevas luces sobre las relaciones entre salud, movilidad y espacio en la zona de estudio. Concretamente buscamos responder dos preguntas: ¿Qué prácticas de movilidad despliegan los migrantes indígenas (aymaras y quechuas) que utilizan el saber médico andino? ¿Qué tipo de territorialidad está presente en estas prácticas de movilidad? Hipotetizamos que los actores involucrados despliegan prácticas de movilidad de personas y bienes específicos, utilizando un espacio económico andino de raigambre histórica y de carácter transfronterizo. Así, transitarían por distintos segmentos de una red transnacional que opera paralelamente a la red oficial de salud, articulando principalmente insumos y atenciones de los saberes subalternizados (aunque también de la biomedicina). Todos estos procesos sufrirían deslegitimaciones e ilegalizaciones que condicionarían las prácticas de movilidad y su dimensión territorial.

Para explorar estas interrogantes estructuramos el texto en las siguientes secciones. Luego de presentar los aspectos metodológicos de la investigación, caracterizamos los diversos espacios y agentes involucrados en la movilidad del saber médico andino, así como sus principales patrones espaciales. Posteriormente describimos la movilidad de los bienes y las redes que conforman. Por último, esbozamos algunas consideraciones sobre la producción de territorialidad en el espacio urbano y su valor para la atención de salud de la población en cuestión.

Metodología

En este estudio realizamos una etnografía multi local construida a través del “movimiento y rastreo en diferentes escenarios de un complejo fenómeno cultural dado” (Marcus, 2001, p. 118). Concretamente escogimos la consigna de “seguir a los actores” (Marcus, 2001, p. 118) a través de los espacios a los que acudían buscando soluciones a sus problemas de salud. Esto nos permitió explorar el territorio circulatorio (Tarrius, 2000) que dibujan en su paso por los distintos espacios de atención del pluralismo médico. Realizamos el trabajo de campo entre marzo del 2019 y marzo del 2020 en Iquique, Alto Hospicio, Arica, Tacna, Oruro y Cochabamba. Estas ciudades de Chile, Perú y Bolivia fueron escogidas porque son parte de los núcleos urbanos más importantes para la movilidad del saber médico andino en esta zona. Trabajamos con dos grupos de actores sociales: los inmigrantes y los especialistas en saberes médicos. Por un lado, los inmigrantes son personas de nacionalidad boliviana y peruana, hombres y mujeres. Buscamos incluir una heterogeneidad característica de adscripciones religiosas (Censo 2002), intentando dar cuenta de su importancia en la definición de los itinerarios terapéuticos en la región (Ramírez Hita, 2006), por lo que incluimos a católicos y evangélicos. También consideramos su pertenencia a pueblos originarios, incorporando a aymaras, quechuas y a no indígenas. Realizamos un seguimiento etnográfico a 18 inmigrantes. Por otro lado, los especialistas de los saberes médicos fueron apareciendo como parte de los itinerarios terapéuticos, alcanzando un total de 10. Tratamos de mantener una proporcionalidad entre los agentes de los distintos saberes médicos: profesionales y técnicos; agentes pentecostales como pastores, enfermeros espirituales; especialistas andinos como yatirinaja, qullirinaja, curanderos, hierbateros, etc. En este artículo centramos nuestro análisis en los especialistas andinos, y de manera particular en los yatiris, curanderos y yerbateros, pues son ellos quienes no solo circulan por el espacio transfronterizo, sino que además poseen saberes especializados de salud esencialmente valorados por la población bajo estudio (Tabla 1). No obstante, el resto de actores también ha sido clave para obtener información etnográfica relevante sobre el fenómeno de estudio y su contexto.

Nombre	Especialidad	Origen	Residencia
Don Melquiades	Curandero, Yatiri	Puno, Perú	Tacna, Perú
Don Julián	Curandero, Yatiri	Puno, Perú	Tacna, Perú
Don Sabino Choque	Naturista tradicional	Oruro, Bolivia	Oruro, Bolivia
Ernesto Challapa	Curandero, Yatiri	La Paz, Bolivia	Alto Hospicio, Chile
Juan Condori	Curandero, Yatiri	Cochabamba, Bolivia	Iquique, Chile

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Especialistas andinos

Toda la información recolectada fue triangulada y analizada con la técnica de análisis de contenido (Hsieh y Shannon, 2005), usando el software Nvivo 11. De acuerdo con los lineamientos internacionales de protección a seres humanos, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y la investigación fue aprobada cumpliendo todos los requisitos solicitados por el Comité de Ética Científico de la Universidad de Tarapacá. Todos los nombres utilizados en este artículo son ficticios, para resguardar la identidad de los participantes.

Espacios, Agentes y Movilidad

Como ha desarrollado extensivamente Tarrius (2000), el movimiento de las personas produce una territorialidad (55-56). En el caso que analizamos, nos interesa pensar la territorialidad que produce la movilidad vinculada al saber médico andino. Para ello cartografiamos el territorio por el que circulan los agentes especializados de salud (yatirinaja, curanderos, etc.), las personas que buscan selectivamente su atención y los insumos que ambos utilizan, comprendiendo el movimiento a lo largo de toda la cadena de mercancías (producción, intercambio, distribución y consumo). En lo que sigue, mostramos en qué consiste este territorio circulatorio, recorriendo los puntos neurálgicos del saber médico andino desde las regiones de Arica y Parinacota (región XV) y Tarapacá (región I) en Chile, hasta Tacna en Perú y, Oruro y Cochabamba en Bolivia, y cómo este territorio se relaciona con las prácticas de movilidad de las personas, sean pacientes o especialistas en salud.

Oruro

Existe una densa e histórica relación entre Oruro y Tarapacá en términos de movilidad y migración. La nacionalidad extranjera más numerosa en Tarapacá es la boliviana, siendo Oruro una de sus principales fuentes (Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, 2012). Generalmente se mueven a través de las fronteras manteniendo importantes vínculos con su lugar de origen. Por ejemplo, Juana Castro vive

en Alto Hospicio, pero viaja frecuentemente a su ciudad de origen, Oruro, para visitar a su familia. De hecho, ella nos relató que, si bien lleva 15 años viviendo en Alto Hospicio, en el año 2019 estuvo viviendo 8 meses en Oruro, para ayudar a su hermano que había tenido un accidente.

Es así que sus proyectos migratorios no necesariamente consideran un asentamiento definitivo, lo que hace más pertinente el concepto de movilidad que el de migración (Tapia Ladino, 2018). Por lo mismo, en muchos aspectos (económicos, pero también de salud) se observa la continuidad del histórico control vertical de pisos ecológicos (Condarco y Murra, 1987; Murra, 1975; Rostworowski, 1977). En el contexto histórico de los Estado Nación, estos patrones se han identificado desde fines del ciclo del salitre, reforzándose con la creación de la Zona Franca de Iquique (1975) (Tapia Ladino, 2018), y recientemente, con la puesta en vigencia de la Visa Mercosur (2009). Todos estos elementos, unidos a la demanda de mano de obra agropecuaria y las diferencias salariales entre países, enmarcan la movilidad entre Oruro e Iquique (Tapia Ladino, 2012).

Existen algunos elementos que nos permiten caracterizar la organización contemporánea del saber médico andino en Oruro. Después de La Paz, Oruro es el segundo departamento boliviano con mayor población aymara (un 54% se considera indígena, y de ellos un 54% es aymara y un 35% quechua). Tanto quechuas como aymaras utilizan el saber médico andino como autoatención o por consulta a especialistas. Si bien existe una larga historia de la medicina tradicional boliviana (Luengo y Zalles, s.f.), el marco actual en el cual se practican estos saberes está influido por una fuerte transformación acaecida desde la promulgación de la ley 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana (2013). Ella ha favorecido los procesos de organización y asociación de los médicos tradicionales, estableciendo regulaciones legales a su actividad (Bernstein, 2015, 2017; Ramírez Hita, 2014). Así se creó el Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana (RUMETRAB) que distingue y reconoce guías espirituales, médicos tradicionales ancestrales, parteras y naturistas tradicionales. En 2016 RUMETRAB informó que había 68 curanderos registrados en Oruro, entre yatiris, naturistas tradicionales, qulliris, herbolarios, jampiris, promotores, qhapachaqueros, materos, parteras, médicos tradicionales y fitoterapeutas, aunque no todos los especialistas están registrados. A ellos habría que sumar a quienes pertenecen a otros departamentos y se desplazan en itinerancias de curación. Los más representativos son los kallawayas, reconocidos desde épocas precolombinas por sus largos viajes (Saignes, 1983), entre cuyos destinos preferidos estaba Chile (Girault, 1984).²² Aún hasta fines del siglo XX se ha registrado su itinerancia en Bolivia hacia lugares

²² Girault comentaba que las salidas de los Kallaway Chajaya, hace más cincuenta años, seguían el siguiente calendario: “en marzo, se realizaban las salidas hacia Chile; retorno a fines de mayo; en junio-julio tenían lugar las salidas a Perú”. Agregaba además que “Durante las fiestas de Pentecostés, todos los Kallaway de Chajaya venían y presentaban sus mejores trajes nuevos traídos de Chile (ponchos, botas, pañuelos)” [traducción de los autores] (Girault, 1984, p. 31)

como Oruro, Potosí y Cochabamba, así como también hacia el sur de Perú y norte de Argentina (Ver Tabla 2).

Comunidades de origen	Número de Kallawayas	Preferencia de viajes (aparte de La paz)	Metas en el exterior (N° de viajes)
Kanlaya	15	Potosí, Sucre	Puno (Perú) (1)
Chajaya	22	Oruro, Potosí	Sur del Perú (3)
Charazani	8	Oruro, Santa Cruz	Salta (Argentina) (3)
Chari	15	Potosí, Camargo	Costa del Perú (2)
Inca	15	Cuenca del titicaca	Norte de Argentina (1)
Huata-Huata	12	Potosí, Sucre	Puno (Perú) (1)
Curva	44	Cochabamba, Potosí	Arequipa (Perú) (1) Salta, Tucuman (3)
Lagunilla	13	Oruro, Potosí	Norte de Argentina (2)
TOTAL	144	Quechwaparlantes de montaña alta	Sur del Perú (8) Norte de Argentina (7)

Fuente: Van Kessel (1993, p.36)

Tabla 2. Viajes y localidades de trabajo de los médicos ambulantes de Kallawayas

En cuanto a su distribución urbana, existe una presencia importante del saber médico andino en los mercados. Estos llegan a un total de 13, incluyendo 3 mercados mayoristas y 10 minoristas (Estado Plurinacional de Bolivia, s.f.). En la mayoría de ellos se encuentran hierbateras, en otros se suman vendedoras de mesas²³ (Fernández Juárez, 2002), sullus²⁴ (Fernández Juárez, 1993) y lectores de hoja de coca y cartas (naípe español o tarot). La presencia no es homogénea: mientras en el Mercado Campero no hay curanderos, a dos calles de distancia se encuentra uno de los puntos más aglomerantes del saber médico andino, alcanzando unos 40 puestos, cuyos servicios aluden a la “medicina natural”, “sahumerios”, “hierbas medicinales”, “mesas” o a lo “esotérico”. Se trata de la Calle Junín, ubicada entre Velasco Galvarro y 6 de Agosto. En la calle perpendicular a Junín se encuentran una decena de curanderos y curanderas que leen la hoja de coca o el naípe, una zona muy concurrida y que ha sido visitada por nuestros informantes. Una de ellas Ana Colque, quien reside en Iquique y siempre que viaja a Oruro visita a una curandera aymara de unos 70 años de edad, lectora de la hoja de coca, que trabaja en la lateral de calle Junín. En una de las visitas que pudimos presenciar en febrero del 2019, Ana preguntó por el estado de salud de su madre y de su padre. La curandera, luego de disponer una pareja de hojas

23 Las mesas andinas son ofrendas complejas entregadas como parte de un banquete ritual a las entidades territoriales. Juegan un rol central en la terapéutica del saber médico andino, siendo una de las formas más utilizadas para restablecer la reciprocidad entre los humanos y dichas entidades (G. Fernández Juárez, 2002).

24 Sullus son los fetos de uso ritual. Cfr. Fernández Juárez (1993).

de coca y la moneda que cobró por sus servicios sobre una mesa, realizó la lectura de la coca. Le dijo que su mamá tenía un problema en la cintura y que su papá tiene mal sabor de boca por la cólera (“él reniega a veces”, agregó). Finalmente, para su madre le recomendó consumir sanu sanu y male male, mientras que para el padre la recomendación fue hinojo tostado en el gas, el cual debía remojar luego en agua hervida.

Otro punto importante es el mercado Fermín López, donde se encuentran principalmente puestos de mesas, sullus y sahumerios (Figura 1). Hay unos 6 puestos en total, distribuidos al fondo del mercado, entremedio de la venta de equipos electrónicos y artículos de ferretería. Por otro lado, no se observaron puestos ni vendedores ambulantes que ofrecieran hierbas medicinales.



Figura 1. Insumos de las mesas rituales en el Mercado Fermín López (Oruro).
Izq.: Sullus (ay fetos) de llamo. Der.: Misterios de las mesas. Fotos: Carlos Piñones Rivera

La organización y presencia del saber médico andino en Oruro está muy vinculada con Cochabamba. Varios curanderos manifestaron que sus mesas las preparaban con elementos traídos de esta zona, específicamente del mercado La Pampa, ubicado dentro del histórico mercado La Cancha. Es difícil encontrar otro punto como éste para la adquisición de insumos del saber médico andino. Allí se concentra la producción regional de los valles, de la zona tropical, así como también un importante mercado de hoja de coca del trópico cochabambino y los yungas de la Paz, abasteciendo a los centros mineros, el altiplano y el oriente (Moya, 2017). En nuestras visitas a La Pampa logramos identificar al menos 140 puestos de curanderos, donde

se venden mesas de todo tipo (blanca, negra, q'uwa²⁵, de 12 espinas, etc.), sullus (de llama, de vicuña, de oveja, de chanco), una infinidad de misterios²⁶ (Fernández Juárez, 2002), sahumeros, vino, alcohol, inciensos, millo, aguaflorida, tinturas y por supuesto, hierbas como la q'uwa (García et al., 2018; Layme Pairumani, 2004).

Así, por ejemplo, Don Sabino Choque, residente en Oruro, adquiere sus mesas a los qhapachaqueros del mercado la Cancha en Cochabamba. Le gusta comprarlas en ese lugar porque las mesas que ahí preparan traen toda clase de sahumeros: “en la mesa tranca tiene que haber 24 platos, pero en otros lugares no las venden completas: ahí hemos visto como 6, 8 platos, entonces faltaban para que le vayan los buenos augurios”.

Tacna

El espacio urbano tacneño aglutina la oferta del saber médico andino en la ciudad, conjugando la presencia de las zonas rurales más próximas con aquellas más distantes. Hasta donde hemos constatado, la oferta de curadores tradicionales en Tacna resulta de la movilidad circular y de los procesos migratorios, distinguiéndose cuatro orígenes. Primero están quienes provienen de las zonas rurales aledañas al cercado de Tacna (Candarave, Tarata, Pachía, etc.) y que han mantenido y transformado prácticas del saber médico andino vinculadas al Colesuyo (Rostworoski, citado en Pastor Sperak, 2017). Suelen ser percibidos como ajenos por la sociedad local, debido al rechazo histórico de la identidad indígena en la ciudad (Berganza Setién y Cerna Rivera, 2011; Pastor Sperak, 2017). Por otro lado, están aquellos vinculados a la migración proveniente del distrito de Puno (a casi 800 km. de distancia), iniciada en los años 30, quienes impulsaron la generación de nuevos distritos en Tacna (Ciudad Nueva, Alto Alianza y Gregorio Albarracín). Esta población se dedica mayoritariamente al trabajo no calificado, la venta ambulante y la construcción (Pastor Sperak, 2017), siendo vistos como una amenaza a la identidad tacneña (Berganza Setién y Cerna Rivera, 2011). En tercer lugar, existe una importante movilidad circulatoria de curanderos provenientes de otros lugares del Perú (Puno, Sicuani, Pucallpa, Tingo María, etc.), y que habitualmente se encuentran en ferias como La Cachina o en Chacra la Olla. Su tiempo de permanencia en Tacna es variable, pues ésta solo es uno de los puntos de su itinerancia. Por último, están los curanderos provenientes de Bolivia, de lugares como la Paz, Santa Cruz, y el territorio kallawayá. Esto último se apre-

25 La literatura asocia el término k'oa y sus variantes a un grupo de plantas resinosas muy aromáticas que crecen en la puna (ca. 3.000-4.900 msnm.), las cuales son usadas como componente de las mesas (García, Gili, Echeverría, Belmonte y Figueroa, 2018, p. 538). En este texto utilizamos la grafía aymara q'uwa, cuyo verbo es q'uwachaña (Layme Pairumani, 2004, p. 160).

26 Dulces rectangulares preparados con cal y azúcar, de colores o blancos, en cuya superficie se representa una escena o figura en bajorrelieve. Se usan en las mesas rituales y guardan una estricta relación con el motivo de la ofrenda o el trabajo que el especialista va a realizar puntualmente. Cfr. G. Fernández Juárez (2002).

cia claramente en uno de nuestros informantes de nacionalidad peruana, Bernardo, quien viajó desde Alto Hospicio a Tacna (recinto lateral de la terminal Bolognesi) para encontrar a un poderoso curandero boliviano de Santa Cruz, el cual se lo habían recomendado para remediar los infortunios en su matrimonio y su negocio. Los lugares y las formas en que los ocupan son variados. Una parte importante se concentra al interior o alrededor de alguno de los 44 mercados de abasto como Santa Rosa, Mercado Central, Mercado 2 de mayo, etc. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).

El sitio por excelencia para encontrar curanderos y remedios es el Mercadillo Bolognesi, fundado en 1974 (Sosa Joaquín, 2017). En su parte trasera se halla un sector conformado por tres cuadras (unos 0,21 km.) dedicadas exclusivamente a la venta de hoja de coca, sahumeros, mesas rituales (blanca, negra, q'uwa), sullus (de llama principalmente, pero también de vicuña y chanco), baños de florecimiento, colonias y perfumes para atraer amores y ahuyentar males, y elementos tan importantes como el incienso (a granel, según la usanza andina o en varitas importadas de la india), el copal y el millo, entre otros. Algunos puestos ofrecen también pagos a la tierra, limpieza con libro de San Cipriano, operaciones con cuyes y realización de amarres (hasta la sepultura, de magia negra, roja, sexual, especial, de 7 nudos, de los 3 sexos, entre otras) (Figura 2). Las afecciones que tratan van desde la sacadura de sebo (enfermedad del kharisiri) (Fernández Juárez, 2006; 2008), hasta mareos, asma, e incluso la tuberculosis y la epilepsia.

Figura 2. Anuncio con detalle de los diferentes tipos de servicios que ofrece el local Antares en el Mercadeillo Bolognesi (Tacna). Fuente y foto: Carlos Piñones Rivera

Por ejemplo, Don Melquiades, curandero residente en Tacna, pero originario del Distrito Pomata (Provincia de Chucuito, Puno), señala que Bolognesi es el lugar donde compra todo lo que necesita:

Allá vende en el único parte acá en el Mercadillo Bolognesi. Ahí venden hierbas, misas, todo para pagar la tierra, hierba, incienso (sic), copala, coca, alcohol, vino, todo venden. Mucho traen de la selva peruana. [...] En Bolognesi ellos compran, pues [...] los que traen son otros. Sullus, unto, eso también, encuen-



tra todo ahí. Y si no encuentra ya directamente de Puno. No, pero aquí hay hartito, hartito hay. Normal, normal encuentras.

Dentro del espacio utilizado es muy relevante la presencia de los cerros, entre ellos el cerro Intiorqo. Esto lo apreciamos cuando acompañamos a José Quispe a hacerse una limpieza con Don Julián, uno de los curanderos más antiguos y respetados del mercadillo Bolognesi. Luego de comprar los insumos en el mismo mercadillo, un taxi nos llevó hasta la cima del cerro Intiorqo, ubicado en plena ciudad de Tacna. Don Julián le pasó a José Quispe un sullu pequeño, señalándole que lo pusiera en contacto con su piel. Una vez allí, Don Julián realizó varias acciones rituales, dentro de las cuales estaba la preparación de una mesa con abundante q'uwa y unto. Una parte del rito buscaba identificar quién había sido la persona que había hecho el maleficio, para lo cual depositaba montoncitos de incienso mientras José Quispe iba nombrando a sus parejas. Observando atentamente los montoncitos identificó la realización de un aborto, origen del maleficio. En ese momento tomó el preparado de q'uwa con unto, que fue unido con una mesa negra del mercadillo y sobre esto puso abundante millo. Seguidamente tomó dos hilos negros que los fue entrelazando y cortando: a la altura de la frente, del pecho, la cintura y las manos estiradas (como esposas) y los cortó. Luego cerró la mesa y le pidió a José Quispe que saque la hoja de coca con la mano izquierda y que repitiera tres veces “lejos se irá la envidia”. Integró el paquete con el sullu, roció todo con alcohol y lo encendió. La mesa empezó a cruji: “¿ves? - le dijo Don Julián- ahí está limpiando todos los males”.

En Tacna también se destacan otros lugares, como el Terminal Pesquero, donde encontramos curanderos dispuestos a leer la hoja de coca, cambiar la suerte, llamar el ánimo, hacer pagos a la Pachamama y atender problemas como las agarraduras (ay. katjata²⁷) (Fernández Juárez, 2004; Piñones Rivera et al., 2016). Dentro del mismo terminal hay dos puestos llamados “Tienda Naturista La hoja de Coca de Sole Judith”, donde se pueden comprar mesas para pago a la tierra, baños de florecimiento y mesas de contra. Otros curanderos ocupan de manera ambulante las plazas de los distritos urbanos con significativa presencia aymara. Los lectores de hoja de coca se disponen en diversas plazas, como la plaza Quiñones, la plaza de Ciudad Nueva, Alianza, o en las plazas aledañas a los mercados, como en el Mercado Santa Rosa. Otro lugar significativo es el sector del óvalo de Varela con Leguía. Hasta hace unos años éste era un punto privilegiado para encontrar lectores de hoja de coca o naipes, pero hoy han debido desplazarse hasta Varela con Vigil, siguiendo una ordenanza municipal.

Por último, están aquellos curanderos que tienen sus propios puestos establecidos a lo largo de la ciudad, destacándose especialmente ciertas zonas como

27 La agarradura es una de las afecciones características del saber médico andino y se produce cuando una entidad territorial (Pachamama, chullpa, etc.) captura el ánimo de una persona (Piñones Rivera, Mansilla Agüero y Muñoz Henríquez, 2016). Para el concepto de ánimo, ver a Gerardo Fernández Juárez (2004).

los alrededores de la Plaza Quiñones, la calle Coronel Mendoza, o el centro comercial al costado del Terminal interprovincial Bolognesi. Una de las peculiaridades de estos últimos es que en su publicidad priorizan el tratamiento de maleficios y algunos de ellos se definen incluso como “magos negros” (Figura 3).



Figura 3. Carteles de magos negros bolivianos al costado del Terminal Bolognesi (Tacna).

Fuente y foto: Carlos Piñones Rivera

Sobre estos espacios volvemos a la experiencia de Bernardo. Estando en medio de la feria, al costado de la terminal Bolognesi, el poderoso curandero de Santa Cruz lo hizo ingresar a un recinto oscuro iluminado solo con algunas velas, donde le invitaron a sentarse en un banco frente a un altar. Enfrente estaba la imagen de una Virgen, a un costado un quirquincho y al otro una calavera. El curandero le preguntó si quería ser “sorteado” con naipes o coca. Al escoger esta última, el curandero concluyó que: “Año que viene puedes recuperar bien, pero tienes que hacerte curar, tienes que hacerte cambiar”. Para lograr esto le indicó que tenía que hacer “un trabajo a la tierra, a la Pachamama, a la Santa Tierra para que te acompañe bien y te va a acompañar bien no más”. Lo interesante de este caso es que nos muestra que la distancia no es un impedimento para estas curaciones, pues la movilidad de la materia propicia la eficacia que confiere el curandero a su procedimiento. Por ejemplo, Bernardo le preguntó al curandero si podía hacer el trabajo en Iquique, a lo cual le respondió que nunca había ido a esa ciudad, pero que podía hacer el pago a la tierra en Tacna:

“...trayendo la tierra de allá, de tu casa, de tu terreno, de tu chacrita, de la casa de tu mamá... una bolsita con papelito blanco, no se recoge con la mano, se recoge con cucharita. Acá se le ch’alla, se nombra, se cura Santa Tierra y esa tierra se rocea (sic), no con la mano, con el mismo papel y ya está vuelto a su sitio. Ahora si quieres allá también podemos ir”.

Según el curandero, con aquel trabajo a la tierra Bernardo pagaría el derecho de impuesto a la Pachamama, por lo que se le devolvería la posibilidad de triunfar en diferentes ámbitos personales, familiares y de trabajo.

Caracterizando la movilidad por salud

Los lugares revisados constituyen nodos visibles de un territorio extenso, por el cual circula el saber médico andino. Los patrones de movilidad varían según se considera la relación de Tarapacá con Tacna o con Oruro. Mientras que la movilidad hacia Oruro es principalmente circular y de personas originarias de Oruro que residen en Tarapacá, la movilidad a Tacna es más amplia, atrayendo a peruanos, bolivianos y chilenos que buscan atención de salud. Las personas cuyos itinerarios a Oruro hemos seguido, en general eran bolivianos que integraban sus visitas a curanderos de su lugar de origen, con viajes de otra índole (visitas a familiares, gestión de documentos, compra de víveres o remedios, adquisición de mercancías para su venta en Chile, etc.). En cambio, a Tacna acudían peruanos, bolivianos y chilenos, tanto porque la oferta es mayor, como también por las bondades turísticas que ofrece la ciudad.

Un elemento importante que empuja a las personas a buscar los servicios de curanderos en Oruro y en Tacna no solo es la escasez de éstos en Tarapacá, sino también la desconfianza que recae sobre su poder. Esto infunde un temor entre la gente de caer en manos de charlatanes o aprendices (Portugal Ramírez, 2016), y ha sido relacionado con el largo proceso de chilenización que ha vivido el actual norte de Chile, problematizado en otros estudios (Gavilán et al., 2009). Otro elemento importante es que la eficacia de muchos de ellos se vincula con sus territorios de origen. Por ejemplo, a los curanderos bolivianos en Tacna se les atribuye mayor eficacia, ya sea por su vinculación con el prestigioso territorio Kallawaya, o por el manejo del poder de la magia negra, de las cuales hace ostentación su propaganda.

Como ya indicamos, en este complejo proceso no solo encontramos movilidad de los pacientes, sino también de los curanderos. En Tacna y Oruro los curanderos estaban dispuestos a viajar a Tarapacá y otras regiones de Chile para tratar los problemas de salud de sus pacientes. Varios de ellos señalaron haber realizado viajes a Antofagasta, Calama o Santiago. Esta movilidad transfronteriza se complementa con la movilidad al interior de sus propios países, como relató un curandero de Tacna, originario de Puno: “A mí me llevan de Antofagasta, Calama, Iquique hasta Santiago. Acá también al lado de Lima también me llevan... Lima, Tarqui, Chacabayo, Chosica, San Mateo, Oroya, Huánuco, Tingo María”, lo que se aprecia en la Figura 4.

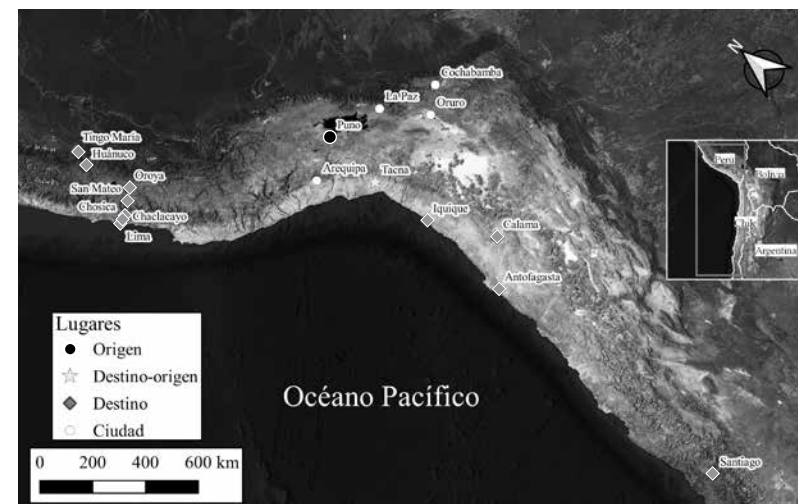


Figura 4. Mapa de lugares en Perú y Chile donde acude a trabajar un curandero de Puno residente en Tacna. Fuente: elaboración propia

Esta movilidad transfronteriza no se restringe a la itinerancia histórica propia de los kallawayas. También incluye a los yatiris y a otros especialistas, como hierbateros y quienes elaboran preparados de medicina natural. En general quienes se desplazan así son hombres, siendo más frecuente encontrar a las mujeres a cargo de los puestos en ferias libres y mercados de abasto.

Los patrones migratorios y de movilidad descritos han generado en este territorio transfronterizo una serie de elementos y relaciones sociales, culturales y económicas que facilitan los viajes de los curanderos. Así, por ejemplo, si no tienen familiares en los lugares de destino consiguen información de alguien que les ayude a encontrar lo que requieren (alojamiento económico y confiable, insumos para sus rituales, etc.), activando un saber circular transfronterizo (Tarrius, 2000). De hecho, en general los curanderos relataron que han viajado a realizar tratamientos a Chile o se mostraron dispuestos a hacerlo, según la negociación del monto a pagar. Parte del acuerdo de atención incluye, además del servicio, los costos del viaje, alojamiento y comida, alcanzando aproximadamente unos 300 dólares.

Algunos como Don Sabino Choque, expresidente de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (Sobometra), tiene una permanente relación con Chile, pues desde Oruro o Cochabamba viaja quincenalmente a la feria transfronteriza de Pisiga para vender sus remedios naturales. Pisiga sirve como punto de contacto transnacional (Garcés y Moraga, 2015; Garcés et al., 2016), tanto para la venta de sus productos, como para la realización de sus tratamientos rituales. En Oruro o Cochabamba compra los materiales para preparar sus mesas especiales, que son ofrendadas en

alguna de las hospederías existentes en Pisiga Bolívar. Si el caso lo requiere, también puede viajar a Iquique, Arica u otros lugares. Otro ejemplo es el del también boliviano Ernesto Challapa, que se ha establecido en Chile luego de vivir años en Bolivia y Argentina. Aquí atiende principalmente a personas chilenas y bolivianas y viaja regularmente unas 12 horas hasta su pueblo, cerca del cerro Pajchiri, para traer insumos inexistentes en Chile.

Movilidad de Bienes y Redes de Economía Popular

Evidentemente, los procesos de movilidad por salud no incluyen solo a personas, sino también a bienes. Esto es clave en Tarapacá. Si bien partimos mostrando la movilidad transfronteriza de las personas en contextos de obstaculización de la atención de salud, debemos recordar que ésta es una estrategia secundaria respecto a la autoatención y la atención de especialistas del saber médico andino, que se realizan en el territorio de residencia. Para éstas se requieren una serie de insumos y muchos de ellos no son originarios del territorio tarapaqueño. A continuación, relatamos un seguimiento de los objetos o bienes utilizados dentro del saber médico andino, mostrando que no solo se encuentran en el espacio de la economía popular, como parte de la llamada globalización desde abajo (Alba Vega et al., 2015; Tassi, 2013), sino que además son objetos con una “vida criminal” (Van Schendel y Abraham, 2005).

Seguir a los bienes

Para las personas con quienes trabajamos, el itinerario terapéutico se suele iniciar en los espacios de la economía popular: ferias libres, mercados, puestos ambulantes dispuestos en las zonas céntricas o en las plazas más concurridas de Iquique y Alto Hospicio. Dichos lugares pueden ser imaginados como puntos emplazados de una rica red que condensa las contribuciones que los distintos pisos ecológicos de Chile, Perú y Bolivia realizan a la salud regional.

En el mercado central, las ferias libres itinerantes de Iquique, la feria “La Quebradilla”, o en aquella que circunda el gimnasio techado en Alto Hospicio, se venden hierbas traídas desde el altiplano chileno (ej. Llaretta, Chachacoma, Queñoa, Poposa), así como desde Perú (Uña de gato, Hercampuri, Achiote, Chancapiedra, Manayupa, Huamanpinta, etc.) y Bolivia (Coca, Retama, Suelda con suelda, Amor seco, etc.). Gracias al trabajo de Madaleno y Delatorre-Herrera (2013) tenemos un primer catastro de las plantas medicinales usadas en Iquique, identificándose un total de 82 plantas distintas, mientras que Piñones Rivera (2015) identificó 67 plantas en la localidad pre-cordillerana de Camiña. No obstante, no tenemos un análisis detallado de la procedencia de las mismas, tan diversa como la selva peruana, el altiplano orureño, o los valles cochabambinos.

Además, el incremento de la migración peruana y boliviana ha llevado aparejado el aumento de la diversidad de plantas que se consumen en Chile. También se han diversificado las personas que atienden problemas de salud a través de la llamada medicina tradicional. Una prueba de esto es la presencia de emolienteros en Alto Hospicio e Iquique. Si bien esta práctica es reconocida por la ley peruana N°30198 como actividad de interés cultural, hasta hace poco no existía en Chile. Estos productos se consumen para muchas afecciones, desde anemia, infertilidad, gastritis, problemas del hígado, exceso de bilis, menopausia, asma, hasta cáncer de estómago. Adicionalmente, es frecuente que en los puestos de hierbas se vendan diversos preparados cuyo nivel de industrialización es variable. Nos referimos a remedios reconocidos generalmente como “naturistas” y que incluyen, por ejemplo: el “Colon clean” para el estreñimiento y las hemorroides; el “Colágeno hidrolizado + magnesio y ácido hialurónico” para artritis, artrosis, piel, uñas, cabellos y articulaciones; o los paquetes de “5 al hilo” para el vigor sexual. También se venden frascos de tónicos industriales como el Higasan Hepatrol, el Asma Pulmin, el Supermultivitamínico Sangre de Toro; o cápsulas como Diabetizan, Higazan, Prostazan o el Colágeno Camu Camu. La lista es interminable, pero la mayoría de ellos son productos etiquetados, de producción industrial y con registro sanitario de Perú o Bolivia. Estos productos comparten los mostradores con otros importados de Asia, como la bebida de Mai-Dong, el Xiguangcao, el Ginseng o el promocionado “café” de Ganoderma. Es un poco menos frecuente encontrar productos de origen animal, siendo el más buscado el parche de lagarto, que posee diversas versiones, como se aprecia en la Figura 5.



Figura 5. Tres versiones de parche de lagarto en la feria de Pisiga. Izq.: materia prima (lagartos con llaretta). Centro: envasado con etiqueta artesanal. Der.: envasado con impresora doméstica. Fuente: Fotos de Carlos Piñones Rivera

Por último, también forman parte de esta red (Figura 6) los insumos que se venden a los yatiris. En el Mercado Central de Iquique se puede encontrar a Don Juan Condori de Cochabamba, quien vende mesas a los yatiris locales u otros clientes que necesiten hacer una ofrenda, como las que se aprecian en la Figura 7. Ellas son utilizadas en ofrendas complejas que integran elementos como el millo, copal, incienso, q'uwa, unto de llamo, sullus, hoja de coca, hilo negro, cigarros Inka, etc., muchos de los cuales provienen de Perú o Bolivia.

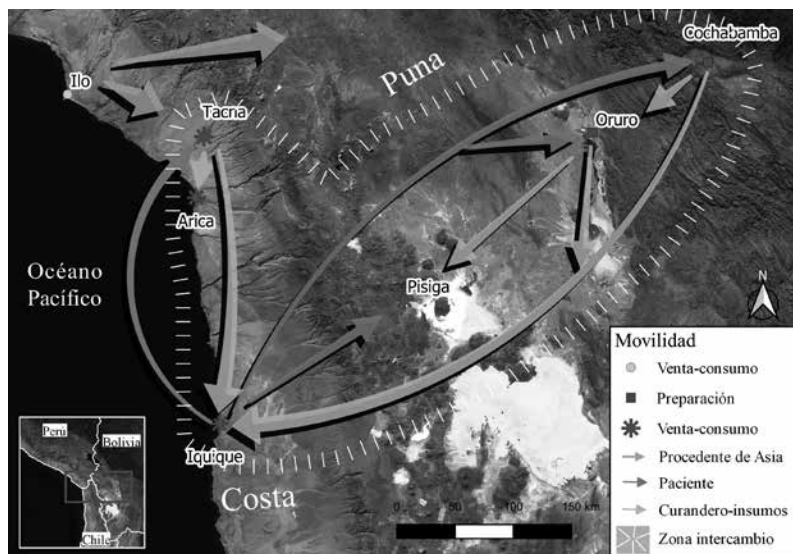


Figura 6. Movilidad de personas y bienes. Fuente: Elaboración de los autores.



Figura 7. Insumos para rituales. Izq.: Mesa Quwa, Der.: Mesa Almas. Ambas provenientes de Cochabamba para venta en el Mercado Central (Iquique). Fuente: Fotos de Carlos Piñones Rivera

Red transfronteriza e ilegalidad

El origen de estos insumos evidencia una compleja interrelación de espacios y regímenes legales. Así, los insumos que se venden para las mesas en el territorio tarapaqueño provienen de Oruro, pero no de Tacna, mientras que muchos de los productos naturistas provienen de las industrias nacionales de Perú y Bolivia. Los productos provenientes de Asia suelen ingresar por el puerto de Ilo, desde donde circulan al interior de Perú y desde allí a Chile o Bolivia (Figura 6). Y, por último, las plantas medicinales provienen de los distintos pisos ecológicos presentes en estos tres países.

Las modalidades de ingreso también varían. Según un funcionario de Aduanas de Chile, lo más probable es que el grueso de estos productos ingrese al país gracias al denominado contrabando hormiga. Es decir, hacen uso de la llamada “franquicia del viajero” que permite ingresar todo aquello que esté contenido en el concepto de equipaje. De ahí que cuando se quiera introducir una mayor cantidad de productos, éstos se distribuyan entre personas que son pagadas para pasarlos como parte de su equipaje (Chavarría Castillo et al., 2012; Dilla Alfonso, 2018). Otra modalidad consiste en el pago de dinero a los funcionarios para que dejen pasar a los camiones de contrabando. Algunos informantes bolivianos dijeron que pagan cerca de \$5000 dólares con este fin, los que son reunidos por todas las personas que están interesadas en el paso de un camión.

Estas estrategias de paso de bienes terapéuticos atraviesan diversos espacios regulatorios (Van Schendel y Abraham, 2005), de los cuales el dominante es el estatal. Por esto, una de las aristas que más llama la atención respecto de los bienes del saber médico andino es que, en general, son objetos criminalizados. Ya sea en su origen (cuando su producción está prohibida), en alguno de los eslabones intermedios por los que circula (cuando la prohibición recae sobre el paso de un país a otro), o en su venta. Estos elementos están sometidos a procesos de deslegitimación y en algunos casos de ilegalización de parte del Estado, al igual que sus agentes de salud y conocimientos (Piñones Rivera et al., 2017; Piñones Rivera, Liberona Concha y Montecino Quenaya, 2019). Lo que no les impide que gocen de una importante valoración en los sectores populares, ocupando un estatus caracterizado por la coexistencia del rechazo legal con la valoración dada por los actores sociales (Van Schendel y Abraham 2005).

Si bien estas redes forman parte de los procesos globalizados, lo hacen desde una fuerte raigambre histórica en el espacio económico andino (Glave, 1989), donde la mayoría de los bienes que venden son producidos por indígenas. Además, su flujo por la cadena de mercancías hasta llegar a los/as consumidores/as atraviesa diversos espacios regulatorios, donde las redes étnicas y de parentesco resultan indispensable para la evasión del control estatal (Albó, 2000; Benedetti, 2011; Tassi, 2017).

Para graficar estos procesos de ilegalización nos parece útil presentar el relato de Ernesto Challapa, curandero boliviano de las cercanías de La Paz que vive y atiende en Alto Hospicio. Él nos recuerda que la especificidad de este saber médico andino exige que ciertos insumos deban ser traídos desde más allá de las fronteras: “Misa de rayo con tata Santiago tiene que estar pues... ese aquí no existe. Existe, no es que no hay, pero no es forma mía, otra forma”, como bien nos ejemplificó. Esto no es considerado por los agentes del control fronterizo quienes, al impedir el paso abierto de estos insumos médicos, motivan la ilegalidad. Situación que se ha agudizado desde la implementación del Plan Frontera Segura:

C.P.: Aquí hay partes de la mesa que no encuentra y tiene que traer de Bolivia ¿y lo pasa por paso fronterizo?

E.C.: Si...

C.P.: ¿Por aquí por Pisiga? ¿Y no le quitan los del SAG²⁸?

E.C.: Ese me quiere quitar... en una caja de manzana entran 25 unidades de mesas grandes y unas 40 chiquititas. Cuando me controló el SAG: ‘esta vez vas a llevar, ya firmame la otra hoja, házmelo. En otra si llevas, ya ahí te voy a detener’. Ummm, ya no puedo traer entonces ¿qué voy a hacer? Poco, como 5, así no más me traigo. Voy a Bolivia como constante, casi por mes voy [...] Ahí me traigo... hay veces las q’uwas, digamos hecho de hierba ¿no ves?... [...] una vez he traído 6 amarritos de Retama. En la frontera me dicen ‘¿esta hierba para que vas a llevar?’ y ese me quitó: no te puede ir esta hierba, esa Retama me dice. Una vez acá hago llegar unos dositos, en mi mochila.

C.P.: ¿Sin declarar?

E.C.: Así mismo, estas q’uwas así poquitito no más me trae en mi bolsillo sin declarar [...] Antes año pasado no era fuerte... ahí me traje como 2 - 3 cajones de caja de manzanas, por abajo me metí y después pasando del mismo bolso he bajado al frente de Pisiga, después por abajo he pasado Colchane, han pasado el bus así con normal. Y como la Visa me da como para 90 días ¿no ve?, eso un mes estoy... y como dos meses me falta por abajo he salido, por abajo después me metí... Ahora no hay caso. Hay que salir de ilegal, hay que entrar de ilegal. (Ernesto Challapa, yatiri boliviano, residente en Alto Hospicio)

Un obstáculo aún mayor lo encuentra cuando trata de pasar elementos de origen animal:

28 Servicio Agrícola Ganadero. Organismo del Estado de Chile encargado de apoyar el desarrollo de la agricultura, los bosques y la ganadería. Una de sus tareas es realizar el control fronterizo para evitar la introducción de enfermedades o plagas por medio de elementos de origen animal o vegetal. <https://www.sag.gob.cl/quienes-somos/que-es-y-que-hace-el-sag>

C.P.: Y cuando la mesa necesita sullu ¿no es cierto? ¿Ese consigue acá o trae de allá también?

E.C.: No, ese no puede traer... si es que manejo, digamos eso, ya tiene cárcel digamos. Como yo estoy matando un animal... ese quirqui [quirquincho] ¿lo matas también? Ese allá tiene cárcel. Aquí también debe ser aquí. Ese sullu no trae... si no es de aquí. Esa gente de Colchane, esos tienen sullus, ellos tienen llamas. Después esos me hacen traer, me hacen curas grandes o para negocio, para tener suerte, q’uwas me dicen ¿no ves? Si quieres sullus te consigues, si no, no. Entonces ellos se consiguen pues, no sé cómo traerán ellos... hasta sullu de Vicuña consiguen. Ahí hemos visto eso, tengo con eso ya trabajaremos. (E.M. curandero boliviano, residente en Alto Hospicio)

El relato muestra cómo la frontera opera como un dispositivo de ilegalización de productos de origen vegetal y animal utilizados en el saber médico andino. Aunque también ocurre lo mismo con los productos naturistas de origen industrial. Otro buen ejemplo de esta situación es el decomiso que realizó el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG) el 2 de septiembre del 2020 a un camión proveniente de Bolivia, en el Control Fronterizo Chungará: 200 kg de “productos silvoagropecuarios” que incluían “sacos de hoja de coca [...] 74 litros de alcohol para consumo y 10 fetos de alpacas, esto último algo inédito en la región y de alto riesgo sanitario” (Servicio Agrícola Ganadero, 2020). El decomiso también incluía mesas negras (Figura 8), omitidas en el comunicado oficial y en los periódicos. El director del SAG, Jorge Hernández, indicó que:

“...este tipo de cargas, específicamente los fetos de alpacas, camélidos sudamericanos domésticos, son sumamente riesgosos para la sanidad nacional, debido a que pueden traer enfermedades exóticas no presentes en el país y que pudieran tener un gran impacto en la producción nacional y afectar la entrada de productos nacionales en importantes mercados de destino”.

Sorprende que se califique de “inédita” la presencia de fetos de alpaca en una región donde estos animales son endémicos, así como la alusión a un alto riesgo sanitario en una zona fronteriza donde el paso del ganado de un lado al otro de la frontera es frecuente. Y más aún cuando las redes transfronterizas de la economía popular ponen a disposición estos insumos cotidianamente, para las necesidades rituales y de salud de la población. En cualquier caso, es así como las prácticas de control fronterizo del Estado chileno inauguran la “vida criminal” (Van Schendel y Abraham, 2005) de objetos esenciales del saber médico andino.



Figura 8. Decomiso de camión boliviano con hojas de coca, mesas, purito, entre otros bienes.
Fuente: Servicio Agrícola y Ganadero, septiembre 2020.

Conclusiones

Hemos visto que los itinerarios terapéuticos transfronterizos implican prácticas de movilidad por salud que se despliegan a través de las fronteras y en contextos de pluralismo médico. En el caso de la histórica región de Tarapacá, constatamos dos tipos de prácticas de movilidad utilizadas en los procesos de autoatención y de atención especializada: una basada en la movilidad de personas y otra basada en la movilidad de bienes o mercancías. A su vez, ambas ocurren en un territorio donde operan simultáneamente un manejo estatal del espacio y otro popular.

En lo que respecta al manejo estatal del espacio, el cual ha estado marcado por la gestión histórica de conflictos bélicos con los países vecinos (González, 2008; Ovando y González, 2012), hemos apreciado que la administración estatal chilena utiliza una óptica que tiende a ilegalizar los flujos indígenas en la región. Esto lo realiza principalmente a través de tres procesos: la irregularización cíclica del flujo de personas, el control agroganadero del flujo de bienes necesarios para la prevención/atención del saber médico andino, y la subordinación legal del saber médico andino (a través de dispositivos legales criminalizantes o la falta de una ley de reconocimiento de los saberes médicos indígenas).

En el manejo popular del espacio hemos mostrado tres de sus manifestaciones. Primero, la presencia de un espacio económico andino (Glave, 1989) que

incluye los distintos pisos ecológicos, es históricamente transfronterizo (Choque, 2020) y se ha acoplado a las dinámicas de la economía global (Alba Vega et al., 2015; Garofalo, 2006; Newson, 2020; Tandeter, 1990; Tassi, 2013). Segundo, la reproducción de espacios regulatorios (Van Schendel y Abraham, 2005) donde se producen, distribuyen, intercambian y consumen bienes/mercancías para los procesos de atención-prevenición de enfermedades. Y tercero, la (re)producción de saberes que incluyen el conocimiento sobre las normas de los espacios regulatorios y las formas de obstaculizar y facilitar la movilidad.

En la conjunción de todos estos elementos se aprecia cómo los diversos actores sociales tejen complejas relaciones sociales, culturales, económicas y políticas mientras se movilizan por salud en el territorio. Estas relaciones se vinculan con un espacio complejamente estructurado que se evidencia cuando las prácticas de movilidad por salud caen en el espacio de lo ilícito (Van Schendel y Abraham, 2005), empujadas por el Estado, en cualquiera de los procesos, momentos o eslabones de la cadena de mercancías. De esta forma, se fomenta parcialmente la vulnerabilidad estructural que afecta a los migrantes indígenas (Piñones Rivera, Quesada y Holmes, 2019), quienes muchas veces buscan atender sus problemas sanitarios en un contexto donde existen barreras estructurales al derecho a la salud.

Sin embargo, también queremos destacar una dimensión particularmente activa de la movilidad andina por salud: la articulación de una red asistencial popular de salud. Esta red muestra cómo se enhebra una territorialidad transfronteriza, transformándose en un claro indicador de la dimensión dinámica del territorio. En ella se manifiesta la relación de pertenencia y afectación recíproca entre las comunidades y el espacio. La red aparece así, como una respuesta parcial, basada en un saber cultural afinado espacial e históricamente en la región, y que en muchas ocasiones, permite hacer frente a la situación de vulnerabilidad estructural propiciada por una economía neoliberal que afecta al ámbito de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alba Vega, C., Lins Ribeiro, G., & Mathews, G. (2015). *La globalización desde abajo: La otra economía mundial*. Fondo de Cultura Económica.
- Albó, X. (2000). Aymaras entre Bolivia, Perú y Chile. *Estudios Atacameños*, (19), 43-73. <https://doi.org/10.22199/S07181043.2000.0019.00003>
- Álvarez Quispe, W., & Loza, C. (2014). Medicinas tradicionales andinas y su despenalización: Entrevista con Walter Álvarez Quispe. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, 21(4), 1475-1486. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000400012>
- Álvarez, R., & González, A. (2018). Análisis comparativo de precios de medicamentos en América Latina. *Revista de la CEPAL*, (130), 29-43. <https://bit.ly/3BghEID>
- Benedetti, A. (2011). Lugares de frontera y movilizaciones comerciales en el sur sudamericano. Una aproximación multiescalar. En E. A. Costa, G. V. L. Costa, & M. A. M. Oliveira (Eds.), *Fronteiras em foco*, 33-55. UFMS. <https://bit.ly/3APGcaa>

- Berganza Setién, I., & Cerna Rivera, M. (2011). *Dinámicas migratorias en la frontera Perú-Chile. Arica, Tacna e Iquique*. Universidad Antonio Ruiz de Montoya. <https://bit.ly/3wXRZ56>
- Bernstein, A. (2015). *The making and circulation of health reform policy in Bolivia*. University of California Berkeley. <https://bit.ly/3BhKY1i>
- Bernstein, A. (2017). Personal and political histories in the designing of health reform policy in Bolivia. *Social Science & Medicine*, 177, 231-238. <https://doi.org/gf6g2w>
- Bochaton, A. (2018). Intertwined therapeutic mobilities: Knowledge, plants, healers on the move between Laos and the U.S. *Mobilities*, 14(1), 54-70. <https://doi.org/jbhh>
- Cabibes, B., Bernal, M., & McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile*. Universidad del Desarrollo. <https://bit.ly/3eq3YSy>
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 375-392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Chavarría Castillo, C., Casquero Jar, C., & Martínez Castillo, D. (2012). Contrabando: Importancia en la región trinacional frente a la estructura espacial. *Espacio y Desarrollo*, (24), 75-88. <https://bit.ly/3cRNY5v>
- Choque, C. (2020). Indios originarios y forasteros. Interacciones culturales y cambios demográficos en los Altos de Arica y Tacna (siglos XVI y XVIII). *Estudios Atacameños*, (64), 153-181. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-1043-2020-0011>
- Cid, C. (2008). Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(2), 57-96. <https://bit.ly/3CVB0UN>
- Cid, C., & Uthoff, A. (2018). La reforma a la salud pendiente en Chile: Reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP2017.170>
- CNN. (13 de febrero de 2019). 9.724 pacientes murieron mientras estaban en lista de espera en el primer semestre de 2018. <https://bit.ly/2DEJL5w>
- Condarco, R., & Murra, J. (1987). *La teoría de la complementariedad vertical ecosimbiótica*. HISBOL. <https://bit.ly/3TtFtXQ>
- Connell, J. (2015). From medical tourism to transnational health care? An epilogue for the future. *Social Science & Medicine*, 124, 398-401. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.015>
- Contreras Gatica, Y., Ala-Louko, V., & Labbé, G. (2015). Acceso exclusionario y racista a la vivienda formal e informal en las áreas centrales de Santiago e Iquique. *Polis (Santiago)*, 14(42), 53-78. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682015000300004>
- Cortez Salas, A., Loredó Chupán, P., Muñoz Reyes, C., Rodríguez Atilano, M. L., & Vásquez Rodríguez, M. E. (2007). *Niños y niñas migrantes*. Colectivo Sin Fronteras.
- Dilger, H., Kane, A., & Langwick, S. (2012). *Medicine, mobility, and power in global Africa: Transnational health and healing*. Indiana University. <https://bit.ly/3D8fH2a>
- Dilla Alfonso, H. (2018). Arica/Tacna: Los circuitos económicos de un complejo urbano transfronterizo. *Diálogo Andino*, (57), 99-109. <https://doi.org/jbjk>
- Estado Plurinacional de Bolivia. (s.f.). *Caracterización de mercados en el departamento de Oruro-Bolivia*. Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras. <https://bit.ly/3APIINE>
- Fernández Juárez, G. (1993). Sullu, mesa y lógica social aymara. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 48(2), 85-115. <https://doi.org/10.3989/rdtp.1993.v48.i2.270>
- Fernández Juárez, G. (1995). Ofrenda ritual y terapia: Las mesas aymaras. *Revista Española de Antropología Americana*, 25, 153-180. <https://bit.ly/3epELrt>
- Fernández Juárez, G. (2002). *Simbolismo ritual entre los aymaras: Mesas y yatiris*. [Tesis de doctorado en Antropología]. Repositorio Institucional, Universidad Complutense de Madrid. <https://bit.ly/3wWWc8U>
- Fernández Juárez, G. (2004). Ajayu, ánimu, kuraji. La enfermedad del susto en el Altiplano de Bolivia. En G. J. Fernández (Ed.), *Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas*, 279-304. Abya Yala.
- Fernández Juárez, G. (2006). Kharisiris de agosto en el altiplano aymara de Bolivia. *Chungará (Arica)*, 38(1), 51-62. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562006000100006>
- Fernández Juárez, G. (2008). *Kharisiris en acción*. Abya Yala. <https://bit.ly/3KMPUP0>
- Fernández Juárez, G. (2012). *Hechiceros y ministros del diablo*. Abya Yala.
- Fiscalía Nacional Económica. (2019). *Estudio de Mercado sobre Medicamentos (Informe Preliminar, EM03-2018)*. <https://bit.ly/3RGZgxR>
- Garcés, A., & Moraga, J. (2015). Reconfiguraciones de la economía y sociedad aymara en la frontera de Chile y Bolivia: El caso Colchane-Pisiga. En T. Camal-Cheluja, J. C. Arriaga-Rodríguez, & E. Cardín (Eds.), *Fronteras y dinámicas transfronterizas en América Latina*, 305-332. Universidad de Quintana Roo. <https://bit.ly/3qgLFir>
- Garcés, A., Moraga, J., & Maureira, M. (2016). Tres movilidades para una ruta: Espacio, comercio y transnacionalidad boliviana en Tarapacá. *Estudios Atacameños*, (53), 205-220. <https://bit.ly/3TOsnBA>
- García, M., Gili, F., Echeverría, J., Belmonte, E., & Figueroa, V. (2018). K'oa, entidad andina de una planta y otros cuerpos. *Chungará (Arica)*, 50(4), 537-556. <https://doi.org/10.4067/s0717-73562018005001901>
- Garofalo, L. J. (2006). Conjuring with coca and the Inca: The Andeanization of Lima's Afro-Peruvian ritual specialists, 1580-1690. *The Americas*, 63(SP 1), 53-80. <https://doi.org/10.1017/S0003161500062520>
- Gavilán, V., Madariaga, C., Morales, N., Parra, M., Arratia, A., Andrade, R., & Viguera, P. (2009). *Conocimiento y prácticas en salud: Patrimonio cultural de los pueblos originarios tarapaqueños*. Universidad Arturo Prat. <https://bit.ly/3KPTcBh>
- Gesler, W. M. (1992). Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science & Medicine*, 34(7), 735-746. <https://doi.org/dvnmkv>
- Girault, L. (1984). *Kallawaya: Guérisseurs itinérants des Andes*. ORSTOM. <https://bit.ly/3ASmDxH>
- Glave, L. (1989). *Trajinantes: Caminos indígenas en la sociedad colonial, siglos XVI/XVII*. Instituto de Apoyo Agrario.
- Gold, C. L., & Clapp, R. A. (2011). Negotiating health and identity: Lay healing, medicinal plants, and indigenous healthscapes in highland Peru. *Latin American Research Review*, 46(3), 93-111. <https://doi.org/10.1353/lar.2011.0053>
- González, S. (2008). *La llave y el candado: El conflicto entre Perú y Chile por Tacna y Arica (1883-1929)*. LOM.
- Grineski, S. E. (2011). Why parents cross for children's health care: Transnational cultural capital in the United States-Mexico border region. *Social Theory and Health*, 9(3), 256-274. <https://doi.org/10.1057/sth.2011.7>
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: Las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 54-62. <https://doi.org/f2njfn>
- Horton, S. B. (2013). Medical returns as class transformation: Situating migrants' medical returns within a framework of transnationalism. *Medical Anthropology: Cross Cultural Stu-*

- dies in Health and Illness*, 32(5), 417-432. <https://doi.org/gg3q2f>
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Censo Nacional de Mercados de Abastos 2016*. <https://bit.ly/3TMkP28>
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. (2012). *Base de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012*. <https://bit.ly/3Bcefup>
- Koehn, P. H. (2019). *Transnational mobility and global health: Traversing borders and boundaries*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351124409>
- Layme Pairumani, F. (2004). *Diccionario bilingüe aymara-castellano*. CEA.
- Liberona Concha, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis. *Revista de Ciencias Sociales (Iquique)*, (28), 19-38. <https://bit.ly/3ATVdaO>
- Liberona Concha, N., & Mansilla, M. A. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
- Liberona Concha, N., & Piñones Rivera, C. (2019). *Informe técnico encuesta vida de inmigrantes*. Universidad Arturo Prat.
- Liberona Concha, N., Tapia Ladino, M., & Contreras, Y. (2017). Movilidad por salud entre Arica y Tacna: Análisis de una demanda no satisfecha y de una oferta atractiva del otro lado de la frontera. *Geopolítica(s)*, 8(2), 253-278. <https://doi.org/10.5209/GEOP.56122>
- Luengo, B., & Zalles, J. (s.f.). *La medicina tradicional boliviana y su cronología*. <https://bit.ly/3cR6KzQ>
- Madaleno, I. M., & Delatorre-Herrera, J. (2013). Medicina popular de Iquique, Tarapacá. *Idesia (Arica)*, 31(1), 67-78. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34292013000100009>
- Marambio Tapia, A. (2018). Endeudamiento “saludable”, empoderamiento y control social. *Polis (Santiago)*, 17(49), 79-101. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682018000100079>
- Marcus, G. E. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. *Alteridades*, (22), 111-127. <https://bit.ly/3RGkVGI>
- Morey, B. N. (2018). Mechanisms by which anti-immigrant stigma exacerbates racial/ethnic health disparities. *American Journal of Public Health*, 108(4), 460-463. <https://doi.org/ggjqc6>
- Moya, M. (2017). *Los dilemas de la reproducción de la vida en el circuito de la economía popular globalizada: Mujeres del sector de la ropa tradicional en el mercado La Cancha, Cochabamba Bolivia*. [Tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3KOLcAe>
- Murra, J. V. (1975). *Formaciones económicas y políticas del mundo andino*. Instituto de Estudios Peruanos. <https://bit.ly/3wZ9NwD>
- Newson, L. (2020). *Preparando medicinas en Lima durante el temprano periodo colonial: Botánicos, ciencia y sociedad*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Ovando, C., & González, S. (2012). La política exterior chileno-boliviana en la década de 1950 mirada desde la región de Tarapacá. *Polis (Santiago)*, 11(32), 461-492. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682012000200022>
- Oyarte, M., Espinoza, M., Balmaceda, C., Villegas, R., Cabieses, B., & Díaz, J. (2018). Out-of-pocket expenditures in health and medications in Chile: Comparative analysis between 1997, 2007, and 2012. *Value in Health Regional Issues*, 17, 202-209. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.09.006>
- Pastor Sperak, M. M. (2017). *Construcciones y persistencias identitarias en Tacna (1940-2017): La tensión entre tacñenos y puneños por su afirmación cultural en la ciudad* [Tesis de magister en Estudios Latinoamericanos]. Repositorio Institucional, Universidade Federal da Integração Latino-Americana. <https://bit.ly/3AVKs89>
- Piñones Rivera, C. (2015). *La mala hora: Articulaciones en el pluralismo médico de agricultores precordilleranos aymaras chilenos* [Tesis de Ph.D en Antropología]. Repositorio Institucional, Universitat Rovira i Virgili. <https://bit.ly/3KNzeHg>
- Piñones Rivera, C., & Liberona Concha, N. (2018). Cross-border therapeutic itineraries: Towards the study of medical pluralism and cross-border human mobility. *UC Berkeley ISSI Project Reports and Working Papers*. <https://bit.ly/3RBnARW>
- Piñones Rivera, C., Liberona Concha, N., & Mansilla Agüero, M. Á. (2020). Itinerarios terapéuticos transfronterizos: Hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana transfronteriza. *Si Somos Americanos*, 20(2), 9-37. <https://doi.org/jbknn>
- Piñones Rivera, C., Liberona Concha, N., & Montecino Quenaya, B. (2019). La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena. *Polis (Santiago)*, (54), 141-153. <https://doi.org/10.32735/S0718-6568/2019-N54-1407>
- Piñones Rivera, C., Mansilla Agüero, M. Á., & Muñoz Henríquez, W. (2016). “La agarradura me la atiendo en la iglesia”: El diablo como símbolo hegemónico en el pluralismo médico aymara pentecostal. *Chungará (Arica)*, 48(4), 645-656. <https://doi.org/jbkp>
- Piñones Rivera, C., Mansilla Agüero, M., & Arancibia Campos, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 751-763. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169802>
- Piñones Rivera, C., Quesada, J., & Holmes, S. M. (2019). Structural vulnerability: New perspectives in Social Medicine on the health of immigrants. *Salud Colectiva*, 15, 1-11. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2146>
- Portugal Ramírez, M. S. (2016). *Medicina popular urbana y la zona gris* [Tesis de maestría en Sociología]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. <https://bit.ly/3BkiTqt>
- Rainham, D. (2009). *Human healthscapes as an approach to measuring context in research on place and health*. University of Ottawa.
- Rainham, D., McDowell, I., Krewski, D., & Sawada, M. (2010). Conceptualizing the healthscape: Contributions of time geography, location technologies and spatial ecology to place and health research. *Social Science & Medicine*, 70(5), 668-676. <https://doi.org/bfb942>
- Ramírez Hita, S. (2006). Salud, etnicidad y religión. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 101-116. <https://bit.ly/3D5Kk8z>
- Ramírez Hita, S. (2014). Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 762-768. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.314.131>
- Rostworowski, M. (1977). *Etnia y sociedad: Costa peruana prehispánica*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Saignes, T. (1983). ¿Quiénes son los Kallawayas? Nota sobre un enigma etnohistórico. *Revista Andina*, 1(2), 357-377. <https://bit.ly/3RnxG9f>
- Servicio Agrícola Ganadero. (2020, 2 de septiembre). SAG intercepta más de 200 kilos de productos de origen animal y vegetal en Chungará. <https://bit.ly/3TJEobI>
- Sosa Joaquín, Y. (2017). *Dinámica proyeccional de las migraciones fronterizas y su incidencia*

- en la recaudación del arancel de Zofratacna, periodo 2010-2016 [Tesis de maestría en Administración y Dirección de Empresas]. Repositorio Institucional, Universidad Privada de Tacna. <https://bit.ly/3wX9Rx2>
- Tandeter, E. (1990). Actores, mercados y coyunturas en la historia económica colonial de los Andes. En H. Bonilla, M. Burga, L. Lumberas, A. Menéndez-Carrión, G. Ramón, & E. Tandeter (Eds.), *Los Andes. El camino del retorno*, 87–100. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Tapia Ladino, M. (2012). Frontera y migración en el norte de Chile a partir del análisis de los censos de población. Siglos XIX-XXI. *Revista de Geografía Norte Grande*, (53), 177-198. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022012000300011>
- Tapia Ladino, M. (2018). Prácticas sociales fronterizas entre Chile y Bolivia, movilidad, circulación y migración. Siglos XX y XXI. *Intus-Legere Historia*, 12(1), 66-86. <https://bit.ly/3AL24TO>
- Tarrius, A. (2000). Leer, describir, interpretar. Las circulaciones migratorias: Conveniencia de la noción de “territorio circulatorio”. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, 21(83), 38–66. <https://bit.ly/3RsB6b2>
- Tassi, N. (2013). *Hacer plata sin plata*. PIEB.
- Tassi, N. (2015). *La economía popular en Bolivia*. CIS.
- Tassi, N. (2017). *The native world system*. Oxford University Press.
- Van Kessel, J. (1993). *La senda de los Kallawayas*. CIDSa.
- Van Schendel, W., & Abraham, I. (2005). *Illicit flows and criminal things*. Indiana University.
- Vialard, L., Squiban, C., Riveau, G., Hermann, E., Diop, D., Fournet, F., Salem, G., & Foley, E. E. (2017). Toward a socio-territorial approach to health: Health equity in West Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph14010106>
- Villalobos Dintrans, P. (2018). Out-of-pocket health expenditure differences in Chile. *Health Policy*, 122(2), 184-191. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.11.007>

CAPÍTULO 7

Migrantes indígenas fronterizos y políticas de (in)movilidad en Chile en tiempos de COVID²⁹

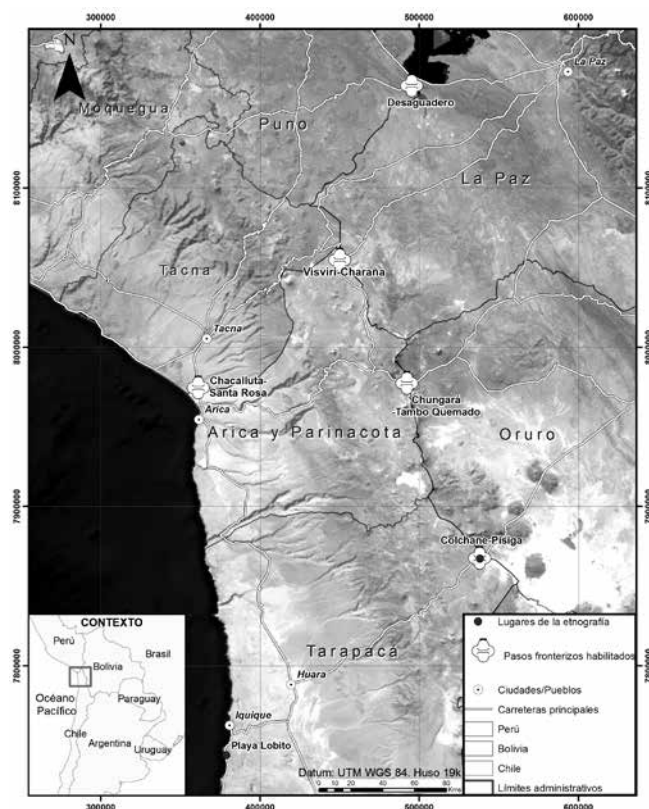
Carlos Piñones Rivera, Nanette
Liberona Concha, Rodrigo Arancibia
Campos, Verónica Jiménez

Introducción

Las reformas neoliberales al sistema de salud están relacionadas con un empeoramiento de la salud colectiva (Cid, 2008; Homedes & Ugalde, 2002). La mercantilización de todos los órdenes vitales que es propia del neoliberalismo en Chile no solo lo ha llevado a ser uno de los países con más alto gasto de bolsillo de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Oyarte, Espinoza, Balmaceda, Villegas, Cabieses & Diaz, 2018; Villalobos-Dintrans, 2018), sino también a poseer uno de los costos de medicamentos más caros de América Latina (Álvarez & González, 2018). Esto último se debe a un diseño del mercado de fármacos fuertemente monopolizado y centrado en las decisiones del rubro, antes que en los derechos y necesidades de las personas (Fiscalía Nacional Económica, 2019). Adicionalmente, las listas de espera de atención hospitalaria presentan serios problemas: solo entre enero y junio del año 2018 se produjeron 9724 muertes de personas en lista de espera (CNN, 2019). En general, el sistema empuja sistemáticamente a las personas al endeudamiento para la subsistencia, modelando una subjetividad que además de sufrir la inequidad estructural, es responsabilizada por dicho sufrimiento (Marambio-Tapia, 2018).

²⁹ Publicado originalmente en inglés en 2022. “Indigenous Border Migrants and (Im)Mobility Policies in Chile in Times of COVID-19”, *International journal of environmental research and public health*, 19(15):9728.

Un fenómeno que se ha venido estudiando en la frontera norte de Chile son los cruces que las personas realizan a los países vecinos buscando atención de salud (Liberona, Tapia, & Contreras, 2017). La literatura muestra que esta movilidad no se realiza por nomadismo, ni por el placer de viajar, muchas veces está motivada por la inequidad de un sistema de salud basado en un modelo neoliberal que fortalece el mercado de la salud y que produce una segmentación de la población según ingresos y riesgos (Cid & Uthoff, 2018), obstaculizando el acceso a una atención de calidad para la mayoría de las personas (Álvarez & González, 2018; Cid, 2008; Homedes & Ugalde, 2002; Oyarte et al., 2018; Villalobos-Dintrans, 2018). Este problema se intensifica cuando afecta a las poblaciones migrantes, quienes además sufren el efecto conjugado de fenómenos como la irregularidad cíclica (Cortez, 2007), el racismo en la atención de salud (Liberona & Mansilla, 2017), así como otros aspectos incluidos en la categoría de “determinantes sociales” (Cabieses, Bernal, & McIntyre, 2017; Castañeda, Holmes, Madrigal, Young, Beyeler & Quesada, 2015; Liberona, 2012; Liberona & Mansilla, 2017; Liberona & Piñones Rivera, 2019; Morey, 2018).



Mapa 1. Región de Tarapacá

Si bien el estudio de la movilidad por salud ha aportado nuevas perspectivas en la comprensión de los procesos de salud/enfermedad/atención, observamos en él dos limitaciones principales. La primera ha consistido en centrarse restrictivamente en la atención biomédica, invisibilizando la contribución de los otros saberes que conforman el pluralismo médico de las actuales regiones de Arica y Parinacota (región XV) y Tarapacá (región I) en el norte de Chile, concebidas conjuntamente como la histórica región de Tarapacá. Esto ha ocurrido con el saber médico andino, que cumple un rol clave para la población chilena y migrante. La segunda es que si bien en dichos trabajos se piensa la relación de la movilidad con el territorio en la línea propuesta por Tarrius (2000), estos no se han detenido a analizar el rol que los saberes médicos juegan a la hora de especificar cómo ellos mismos circulan. Así, el saber circular aparece como un término abstracto e inespecífico en dichos trabajos.

En este artículo nos interesa analizar qué ocurre con dicha movilidad por salud transfronteriza en los tiempos del COVID. Nuestro argumento principal es que la geopolítica securitaria del cierre de frontera (Plan Frontera Segura) (Dufraix et al., 2020) es reforzada por las políticas de inmovilidad del COVID. Esto deja a las personas sin el fundamental recurso de la movilidad por salud, o bien las empuja al cruce por pasos no habilitados, exponiéndolas a procesos de criminalización y abuso de parte de distintos agentes de violencia (coyotes, militares, etc.) (Liberona et al., 2021). Para esto nos centraremos en lo que ocurre en la frontera de Chile con Bolivia (Colchane) (Ver Mapa 1). Nos interesa ofrecer una descripción de dichos procesos de (in)movilidad, analizando su determinación tanto por las políticas vigentes del Estado chileno, como por las notorias ausencias en materia de derecho indígena y migrante, denunciando el impacto material que tienen en el proceso salud/enfermedad/atención de los/las migrantes indígenas.

Políticas de (in)movilidad en los Estudios de Frontera *Pensar la (in)movilidad*

Los Estudios de Frontera están cada vez más interesados en la interacción y los vínculos que ocurren a través de ellas y que despliegan las personas en sus constantes cruces (Morales, 2010; Parella, 2014), es así como la movilidad toma un lugar preponderante en los análisis. En estos estudios se cuestiona el uso generalizado de la noción de migración porque impedía captar algunos movimientos de población. Heyman (2012) plantea que la movilidad hace “menos juicios acerca de la naturaleza del movimiento (duración, propósito, posición social)” (p. 427). Tarrius, por su parte, desarrolló un paradigma de la movilidad a partir de la tríada espacio-tiempo-identidad, en el marco de la antropología del movimiento, que permite “entender cómo las travesías del espacio son siempre también travesías de las jerarquías sociales” (Tarrius, 2000, p. 45). Así plantea que cualquier “movilidad social, cultural, económica deja huella en el espacio y el tiempo” (Tarrius, 2000, p. 45). A partir del análisis de

las circulaciones migratorias (noción proveniente de la geografía social francesa), evidenciadas en sus estudios sobre el comercio entre Marsella, Argelia y Marruecos (Tarrius, 2007), este autor identificó la conveniencia de la noción de territorio circulatorio, la que “constata la socialización de espacios según lógicas de movilidad” (Tarrius, 2000, p. 55). Es así como las regiones fronterizas se entienden como el lugar propicio para captar la variedad de movimientos y para observarlos desde el territorio (Tapia & Gonzalez, 2014).

Como consecuencia de la discusión sobre la movilidad espacial y el territorio surgió el interés por su contraparte, ya que es la inmovilidad (el sedentarismo) la que permite visibilizar la movilidad. Es así como por procesos de (in)movilidad nos referimos al continuum movilidad/inmovilidad en tanto relación dialéctica en la producción del espacio, así como una experiencia relacional, diferenciada y situada en términos geográficos e históricos, consecuencia del ejercicio desigual de poder (Glokner & Álvarez-Velasco, 2021). Las autoras nos señalan que no se puede comprender la movilidad sin la inmovilidad, ya que están dialécticamente relacionadas y se determinan mutuamente. Tomamos este concepto de la geografía humana crítica, pues permite dar cuenta que el movimiento de personas es una experiencia encarnada que produce y reproduce el espacio.

No obstante, los estudios de frontera contemporáneos consideran tanto la movilidad de personas como la de bienes, capital, información (Heyman, 2012), en tanto que, en cualquier caso la frontera funciona como un filtro o sistema de flujos diferenciados (Heyman, 2011). En este sentido, es relevante el aporte teórico de Heyman, pues al afirmar que existe una movilidad desigual (Heyman, 2012), introduce el análisis de las políticas de control fronterizo, en tanto políticas de control de las movilidades. Heyman explica que la movilidad desigual se comprende desde dos puntos fundamentales: primero, que esta se da en el capitalismo contemporáneo (conexión entre movilidad desigual, frontera, mano de obra, capital) y, segundo, es resultado de una relación compleja entre políticas y necesidades funcionales del capitalismo.

Así, el espacio transfronterizo que observamos en este trabajo resulta de la (in)movilidad producida en este caso por personas en desplazamiento forzado, migración fronteriza y objetos que circulan en relación al saber médico andino. No obstante, los procesos de (in)movilidad están determinados por políticas de control fronterizo y migratorio que expondremos a continuación.

Securitización y políticas de (in)movilidad

Los procesos de (in)movilidad son, como veníamos diciendo, objeto de políticas que buscan controlar las fronteras y las diversas movilidades que las atraviesan. Entre las cuales la migración, que se ha interpretado como un problema de seguridad para los Estados. La literatura internacional ha identificado la securitización como una de las principales tendencias de dichas políticas. Como tal, está aso-

ciada a los miedos del estamento político de perder el control simbólico sobre los límites territoriales, y se ha estructurado por el habitus de los profesionales de la seguridad y por la globalización de las tecnologías de la vigilancia. En última instancia se basa en el malestar de los ciudadanos que sienten que no pueden lidiar con las incertidumbres de la vida cotidiana en el neoliberalismo (Bigo, 2002).

Las políticas securitizadoras producen al migrante como un sujeto peligroso, y una de sus formas es la criminalización (Quinteros, 2016). Ha sido la tónica en el abordaje chileno de la migración, que durante la dictadura de Pinochet se perfiló bajo la figura del migrante como enemigo interior del Estado (Stang, 2016). La tendencia securitizadora lejos de ser un fenómeno chileno, responde a la tendencia global. Eduardo Domenech (2017) plantea que las políticas migratorias sudamericanas han experimentado en años recientes un “giro punitivo”, intensificándose la violencia de Estado hacia los migrantes, en un contexto de importantes cambios de los patrones migratorios. Estas tendencias se adecúan a la producción de un régimen global de control de las migraciones, caracterizado por “la emergencia de nuevos modos de pensar y actuar sobre las migraciones como el migration management” (Domenech, 2017, p. 22), cuyo fin es la regulación de las migraciones internacionales en un marco global neoliberal. Estas políticas se enfocaron en impedir, eliminar y regular las “presiones migratorias”. Uno de los momentos culmines de este régimen global, es el Pacto Mundial para la Migración (2018), que asume la migración como “segura, ordenada y regular”. Domenech (2017) afirma que “la idea de ‘migración ordenada’ constituye uno de sus componentes fundamentales y, en consecuencia, establece la migración ‘ilegal’ o ‘irregular’ como un problema mundial que conlleva múltiples riesgos, haciendo de su ‘prevención’ y ‘combate’ una estrategia de intervención concreta” (p. 24). Bajo este esquema, las migraciones son representadas como un fenómeno positivo del cual, administrado adecuadamente, se pueden obtener ganancias para los múltiples actores involucrados. Este rostro positivo invisibiliza la vulnerabilidad estructural que afecta directamente a los cuerpos en movilidad.

Metodología

Los datos que aquí se analizan resultan de un trabajo etnográfico colaborativo, centrado en un acompañamiento jurídico y socio-sanitario a personas migrantes que residen o transitan por la región de Tarapacá, y que entran en contacto con la principal organización dedicada a la defensa de derechos migrantes en la región de Tarapacá: la Asamblea Abierta de Migrantes y Pro migrantes (AMPRO). Dichos acompañamientos en sus trámites migratorios y de acceso a derechos sociales como salud, educación, trabajo, vivienda, etc., constituyen la principal instancia en que se realiza la observación participante y se registran las notas de campo. En nuestro proyecto de investigación actual, los principales actores son personas solicitantes de refugio, residentes o en tránsito por las ciudades de Arica, Iquique y Alto Hospicio,

que ingresaron a Chile por pasos fronterizos de las regiones de Arica y Parinacota y de Tarapacá. En la creación del vínculo con dichas personas, ha sido fundamental el trabajo colaborativo, así como la conformación del equipo en que participan una facilitadora y dirigente migrante.

Con el fin de contrastar la información de los y las participantes con la de actores locales y nacionales institucionales, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a informantes clave, tales como autoridades y/o personal técnico, para comprender cómo se interpreta y aplican las políticas migratorias y fronterizas. Otros informantes claves son miembros de Organizaciones No Gubernamentales (Cruz Roja, Servicio Jesuita Migrante, ACNUR, etc.) y organizaciones sociales que trabajan con esta población, brindando ayuda de tipo jurídica y social. Realizamos además observaciones en las fronteras de las regiones de Arica y Parinacota y de Tarapacá.

Complementariamente se realizó un análisis documental de distintos cuerpos normativos -nacionales e internacionales- relacionados y una revisión de solicitudes de documentos oficiales a través del portal Transparencia, página web gubernamental de acceso a la información pública. Y también se recopiló la prensa local, nacional e internacional respecto al cierre fronterizo sanitario.

Los principios éticos que guían esta investigación son la confidencialidad, el anonimato, la retribución, el compromiso con el conocimiento y con las personas que participan de manera colaborativa y voluntaria en la investigación. Se aplicó consentimiento informado tanto para la realización de entrevistas como para la participación en el seguimiento etnográfico colaborativo.

Procesos de (in)movilidad transfronteriza en tiempos de COVID

La pandemia por COVID llevó a establecer en Chile un estado de excepción en el cual se dio un cierre de fronteras. No obstante, es posible describir una continuidad entre dicho cierre de fronteras y otras políticas fronterizas que se venían implementando, relacionadas con el control migratorio, así como con el control de actividades ilícitas. Así como a nivel internacional se desarrolló un vínculo político y mediático entre migración, crimen organizado y terrorismo (Dias-Mansur, 2017; Ruiz & Álvarez, 2019), en Chile se asoció de manera consistente la migración al narcotráfico y el contrabando (García-Pinzón, 2015; Iturra, 2018; Liberona, 2015).

La articulación de estos tres aspectos es una clara manifestación de la tendencia securitizadora presente en la política migratoria y de fronteras en Chile. Dicha orientación securitizadora ha tenido un impacto en el proceso de (in)movilidad, fortaleciendo la restricción de la movilidad. Un excelente ejemplo de ello, es el paquete de medidas anunciado por el ex presidente Sebastián Piñera el 23 de Abril del 2018, que incluía un proyecto de ley de migraciones, un proceso extraordinario de regularización migratoria, el aumento de las restricciones de ingreso para haitianos

mediante la imposición de una visa consular de turismo, la creación de la visa de Responsabilidad Democrática, exclusiva para venezolanos, la eliminación de la visa temporaria por motivos laborales, el fortalecimiento de los mecanismos para ejecutar expulsiones y la implementación del Plan Frontera Segura en las cinco regiones del norte chileno. Es importante destacar que la focalización en ciertos grupos nacionales (haitianos, venezolanos) da cuenta de que se trata de políticas racistas, como hemos analizado en otros trabajos (Liberona, 2020).

El discurso del ex presidente Piñera, donde se presenta dicha ley, deja ver claramente su carácter criminalizador:

“El principal objetivo de esta nueva ley es Poner Orden en Nuestra Casa, a través de una política de migraciones ordenada, segura y regular, que permita la migración legal y combata la migración ilegal [...] quienes ingresan o intentan ingresar a nuestro país clandestinamente por pasos no habilitados, no sólo cometen un delito, sino que se arriesgan a ser sujetos de una expulsión”. (Gobierno de Chile, 2021)

Como han mostrado Dufraix et al. (2020) el resultado de estas políticas, bajo el concepto de “ordenar la casa”, al contrario de producir una migración ordenada, segura y regular ha aumentado la irregularidad migratoria. Por ejemplo, la Visa de Responsabilidad Democrática (VRD) publicitada por el gobierno de Sebastián Piñera en Cúcuta solo otorgó un 27% de todas las solicitudes hasta enero 2021. Y respecto a la Visa Consular de Turismo (VCT), que empezó a regir desde el 2019, solo han aceptado a un 21% de todas las solicitudes hasta enero 2021 (Servicio Jesuita a Migrantes, 2021).

Lo mismo ocurre con la ley de refugio. Celebrada como una ley a la altura de los estándares internacionales, ha sido marcada por la decisión política de hacerla inaplicable (Pascual-Ricke, 2020). Prueba de esto es que el 2019, habiéndose registrado 16.748 manifestaciones de la necesidad de refugio ante la autoridad fronteriza chilena por nacionales de Venezuela, el Estado de Chile reconoció la condición de refugiado solamente a 5 personas venezolanas. En 2020, se reconoció refugio únicamente a 7 personas venezolanas, mientras que se formalizaron 1.629 solicitudes (Servicio Jesuita a Migrantes, 2021). En 2021, la formalización de solicitudes de refugio disminuyó considerablemente debido a una política de desincentivo y barreras para su acceso, como lo revela el Informe de Contraloría sobre el cierre del proceso en las Gobernaciones fronterizas del país para el año 2021. Mediante el Oficio N° 7.196, de 2021 se ordena suspender en determinadas gobernaciones provinciales la recepción de solicitudes de reconocimiento de la condición de refugiado, conforme a la ley N° 20.430. Asimismo, se ha constatado que “los agentes del Estado han dificultado las posibilidades de las personas solicitantes de protección internacional de reclamar el derecho a solicitar refugio” (Pascual-Ricke, 2020, p. 408).

Por último, a poco tiempo del término del gobierno de Piñera, el Ministerio del Interior y de Seguridad Pública ordena una modificación al reglamento de la ley de refugio, imponiendo una medida de pre-admisibilidad, anteriormente utilizada de forma arbitraria para limitar la formalización de las solicitudes, institucionalizando de esta manera esta práctica.

Un aspecto interesante es que dichas medidas securitizadoras, adoptan un lenguaje de protección de los migrantes, frente a los peligros que encarnan las redes de tráfico de personas y “los riesgos derivados de su situación irregular en el país” (Considerando n. 3 del Decreto n. 776 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Sin embargo, como han analizado Huysmans and Squire (2009) el discurso humanitario forma parte de la estrategia securitizadora, de ahí su carácter dual.

En el caso de la frontera con Bolivia, que aquí analizamos, principalmente se establecieron medidas de restricción de la movilidad. No obstante, adquirieron un nuevo rostro y legitimidad a la luz de los procesos de (in)movilidad propiciados por la pandemia de COVID, según analizaremos a continuación.

Las políticas de (in)movilidad del COVID

La inmovilidad adquiere su sentido en un contexto político más amplio al formularse un estado de excepción. Esto confiere facultades especiales al Estado, permitiendo limitar el ejercicio de derechos, por ejemplo, respecto de la movilidad. El que los derechos sean limitables no es una cuestión problemática en sí. El fundamento de la limitación de los derechos es la necesidad de conciliar el ejercicio de cada derecho con la protección de determinados bienes valiosos para el interés general, o con el ejercicio de los derechos de terceros. Pero sí lo es la identificación de estos límites, y el alcance de las restricciones permitidas por el ordenamiento jurídico. En el caso de pandemias como el COVID, se habilita a los Estados a limitar el ejercicio de derechos en virtud de la protección de la salud pública. Más aún, a diferencia de lo que ocurre con otros intereses protegidos en virtud de los cuales se limitan los derechos, como “seguridad nacional”, el “orden público” o la “moral pública”, en el caso de la salud pública, los criterios y razones técnicas configuran unos perfiles más definidos y objetivables aplicada en el contexto del control migratorio (Mayorga, 2021). Es así que el cierre de fronteras genera un consenso incuestionado en contextos de pandemia, opacando procesos políticos como la securitización o la criminalización de las migraciones, que entonces gozan de una legitimidad que antes era polémica.

El 17 de marzo de 2020, mediante Decreto 102, el gobierno dispone el cierre temporal de fronteras debido a la presencia de casos de COVID-19. El argumento esgrimido fue la “alerta sanitaria por el período de un año [...] por emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV)”. Según el artículo 57 del código sanitario “deberán establecerse me-

didadas adecuadas para impedir su transmisión internacional”. Todo lo anterior porque “es deber del Estado dar protección a la población, y le corresponde la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud de la población.”

Ahora bien, como es sabido, la frontera nunca es una barrera absoluta, sino un ejercicio que transforma la movilidad de personas en política para decidir cómo y quiénes pueden efectivamente moverse (De Genova, 2013). La normativa segmentó el ingreso en base a ciertos criterios: vía de ingreso (tierra o aire); nacionalidad (chileno/extranjero); estatus migratorio (extranjero con residencia permanente/extranjero irregular/extranjero con credenciales especiales -como visas diplomáticas); vínculo familiar (con hijos o padres regulares en Chile/sin ellos). Así, la frontera excluyó del ingreso a las personas que ingresan por tierra, que no poseen documentos especiales, y que no tienen padre o hijos regulares en Chile. Este control fue irrestricto en las fronteras terrestres y mucho más flexible en las aéreas, con lo cual se observa un sesgo clasista en su implementación.

En este escenario, resulta importante esclarecer que las condiciones para llegar al país con una situación migratoria resuelta se restringieron. Así, las publicidades Visas de Responsabilidad Democrática (vigentes desde el 2018) fueron suspendidas en el mes de noviembre del 2020. Según se informó a los solicitantes, debido al cierre de fronteras en el país el 16 de marzo del 2020 producto de la crisis sanitaria, “se ha excedido con ello el plazo para la finalización del proceso administrativo” referido a la Visa de Responsabilidad Democrática (VRD) (El Mostrador, 2020). De esta forma se justificó un rechazo masivo de las solicitudes.

También las posibilidades de regularizar la situación migratoria una vez dentro del país se dificultaron. En efecto, la eliminación de la visa de trabajo supuso que muchas personas que habían ingresado como turistas ya no pudieran regularizar su situación.

No obstante, lo más impactante en términos mediáticos fueron las ilegales expulsiones colectivas que inauguraron el llamado “plan Colchane”. Casi un año después del cierre de fronteras, se estableció una coordinación interinstitucional bajo dicho plan, que buscaba hacer frente al incremento en el número de cruces de manera irregular en el paso de Colchane, en la frontera Chile-Bolivia. En ese marco, entre el 3 y el 8 de febrero del 2021 se emitieron 4 órdenes de expulsión que terminaron deportando a un total de 138 personas extranjeras (Imagen 1). Las expulsiones consistieron en verdaderos espectáculos que, criminalizando la migración, potenciaron la hostilidad de la población chilena hacia los migrantes y naturalizaron una ilegalidad cometida por el Estado chileno, ya que las expulsiones fueron masivas y sin atención a los estándares de un proceso justo.



Imagen 1. Expulsión de 138 personas extranjeras en el marco del Plan Colchane

Según el análisis realizado por Jiménez (2021), en ninguna de esas resoluciones existe un análisis individual, objetivo y racional de las circunstancias de cada persona (antecedentes penales, antecedentes previos en sus países de origen o análisis relativos al arraigo familiar o laboral de las personas o cualquier ponderación de intereses relativos a lo anterior). Esto vulnera el principio de no devolución, que correspondía para la mayoría de los expulsados provenientes de Venezuela, y que en su gran mayoría correspondían a casos de migración forzada, susceptibles de refugio según la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951. Además, no existió garantía de recurrir contra la medida de expulsión pues el plazo de reclamación es de 24 horas, lo que se hacía inviable, ya que el tribunal especificado para el procedimiento fue la Corte Suprema de Chile, ubicada en la capital a casi 2.000 km de distancia.

En abstracto todas estas medidas tenían por finalidad impedir la transmisión internacional del virus. No obstante, es claro que el criterio sanitario fue absorbido por el criterio securitista, según podemos extraer de algunas situaciones específicas relacionadas con salud. Una de las más significativas en este sentido fue la exigencia de la autodenuncia ante la Policía de Investigaciones (PDI) como requisito para acceder a la cuarentena preventiva, para todas las personas que ingresaron al país por paso no habilitado. Por esta vía se estableció un registro de quienes ingresaron de manera irregular, siendo el procedimiento poco claro respecto de su finalidad. Mientras a algunas personas se les comunicó que serviría para un posterior proceso de regularización, las autoridades habían anunciado la expulsión de quienes habían ingresado por esa vía. Esto produjo que muchas personas evitaran acudir a las residencias sanitarias por el temor a que esto los expusiera a la expulsión. Más aún, lo que observamos es que respecto de la provisión de salud se operó según una lógica

de los mínimos suficientes. Una vez que las personas recibieron cuidados mínimos, el siguiente paso fue la expulsión.

Otro ejemplo en que el objetivo securitario estuvo por sobre el sanitario se observa en el abordaje inicial respecto de la vacunación de personas extranjeras irregulares. En efecto, la primera indicación fue que no se vacunaría a migrantes con visa de turista y a personas en situación irregular. Esto despertó la crítica de las organizaciones migrantes y promigrantes, lo que finalmente terminó revirtiendo la indicación.

Por último, la política de cierre de fronteras produjo el aumento por pasos irregulares, lo que incentivó la actividad criminal de los llamados “coyotes”, quienes lucran facilitando el paso de las personas. Esto deja en una situación de extrema vulnerabilidad a las personas migrantes, muchas de quienes han sufrido abuso de parte de los coyotes y algunos de quienes han perdido su vida (Liberona, Piñones Rivera, & Dilla, 2021).

Como se observa en estos ejemplos, si bien el estado de excepción se fundamenta por razones sanitarias, las decisiones políticas supeditaron en muchos casos los motivos sanitarios a los motivos de securitización.

Militarizar en nombre de la salud pública

Otro aspecto digno de análisis del Plan Colchane se refiere a la militarización que produjo. El 4 de febrero de 2021 el gobierno de Chile, a través de una modificación del decreto N°265, autorizó a las Fuerzas Armadas para que asistieran a la policía en materia migratoria, para resguardar las fronteras a través del uso de tecnología y patrullajes.

Además de la escenificación de las expulsiones ya analizadas, la militarización generó impactos en las comunidades originarias de la frontera. Ellas denunciaron un trato discriminatorio, según quedó consignado en el recurso de protección Rol Corte 21-2021, presentado por Adimelia Moscoso, Elías Mamani y Bárbara Montecino: “[Los militares] muchas veces confunden a los aymaras chilenos con los aymaras bolivianos, teniendo un trato discriminatorio, relacionado al control de identidad y a la lengua originaria del pueblo aymara, en este sentido, no existe una igualdad de derechos frente al tránsito entre aymaras chilenos y bolivianos, en relación a los cientos de migrantes que transitan la frontera, quienes son observados sin ningún control”. (Moscoso, Mamani, & Montecino, 2021, s/p)

Por otro lado, obstaculizó la movilidad transfronteriza entre Chile-Bolivia propia de las comunidades indígenas:

“Las comunidades aymara, en este sentido, se han visto obstaculizadas para poder acceder a una serie de productos que intercambian u obtienen a un buen precio en las comunidades aledañas. Esto ha encarecido la vida

de las familias aymara y desabastecido ciertos productos como el gas, alimentos no perecibles, hoja de coca y otros, vitales para nuestros pueblos. Además, han impedido que los/as comuneros/as puedan ir en ayuda de familiares, entre ellos los mayores, quienes en las comunidades poseen un rol fundamental pues atesoran el conocimiento y la sabiduría de sus usos y costumbres ancestrales. La supervigilancia administrativa de los ‘pasos fronterizos oficiales’ ha provocado un mayor flujo en pasos considerados ‘no habilitados’. Nuestras comunidades han visto un aumento en la frecuencia y cantidad de vehículos (hasta caravanas de 40 vehículos), cuyo flujo, en ocasiones, está relacionado con el tráfico de drogas, contrabando y otros delitos.” (Moscoso et al., 2021, s/p)

Esto se ve reflejado en los dichos del alcalde de Colchane que señaló:

“la militarización y movilización de dos tanquetas en la frontera y también de personal militar, lo único que en la práctica ha hecho es controlar a nuestros pobladores, y no así a los inmigrantes, toda vez que el ejército realiza una labor más bien humanitaria de apoyo, de asistencia a los migrantes (...). Yo creo que aquí lo que hace falta es una autocrítica y sentarse a trabajar, por cierto, no solamente este fenómeno desde el punto de vista humanitario de los derechos que tienen los migrantes a migrar, sino también los derechos que tenemos por ejemplo los pueblos indígenas que estamos enfrentando este fenómeno migratorio que no es de nuestra responsabilidad y que claramente puede constituir un detrimento de nuestra identidad cultural”.

Un ejemplo claro es lo que ocurre con la hoja de Coca. La hoja juega un rol integral en la vida aymara, tanto como alimento, como medicina (en sus aspectos rituales y por sus propiedades químicas), es una planta sagrada y se utiliza en los ritos de ofrenda a la pachamama y seres protectores. No obstante, no se cultiva en el territorio chileno, por lo que ingresa principalmente desde Bolivia, pero también desde Perú. Si bien el paso se realiza principalmente por pasos no habilitados, escapando el control fronterizo, los funcionarios del SAG y de Aduana, entendiendo la importancia que tiene, autorizan el paso de la hoja en cantidades relacionadas con el consumo personal.

En el contexto de cierre y militarización de fronteras este criterio se ha perdido, pues se obliga su circulación por pasos no habilitados, exponiendo a las personas a tener que dar cuenta frente a militares, que no operan con un criterio territorial y tampoco son formados para flexibilizar criterio frente al paso de una planta que ha sido fuertemente criminalizada. Dicha criminalización tiene una larga historia, liderada por Estados Unidos, que en base al Convenio de Ginebra (1936) obligó a los

Estados a perseguir, no solo el tráfico, sino cualquier conducta implicada con “drogas nocivas”. Un gran paso en la criminalización de la hoja de coca fue su inclusión en la Convención Única de Estupefacientes de 1961 de Naciones Unidas (Convención de 1961), modificada por el Protocolo de Ginebra en 1972, la cual fue firmada por 74 Estados (Muro, Aguirre, Parra, & Piza, 2018).

Así, la movilidad de elementos vitales para las comunidades indígenas de la región, como el paso de hoja de Coca, se vio afectada no solo por el cierre de fronteras, sino por la militarización consecuente, generando un impacto inadvertido en la salud. Para entender este impacto, hay que considerar el pluralismo médico existente, específicamente el rol que tienen los saberes llamados “tradicionales”. Por supuesto, su valor no se reduce a la población perteneciente a pueblos originarios, ni tampoco a la población perteneciente a los países vecinos de Chile, Perú o Bolivia, sino que como hemos mostrado (Piñones Rivera et al., 2020), constituye también uno de los principales recursos para la población migrante irregularizada. Paradójicamente, todo este impacto en la salud fue realizado en base a un argumento jurídico sanitario. Y esto se entiende porque en contexto de COVID el abordaje de la salud se redujo al abordaje del COVID. El abordaje biomédico estatal, monocultural, muestra una vez más sus limitaciones. Para hacernos una idea más amplia del impacto de salud producido por las políticas de inmovilidad es preciso salirnos de esa lógica monocultural y asomarnos al impacto que ha tenido desde el punto de vista del saber médico andino.

Impacto en el proceso Salud/Enfermedad/Atención

“Yo viajaba primero... el primer año viajaba cada tres meses, pues como no tenía la visa, entonces tenía que salir sí o sí porque me decían: tienes que estar regular para poder sacar la visa, entonces no tenés que tener nada... no tenés que tener nada de... de irregulares no, cosas así. Entonces, yo iba cada tres meses y los veía y me venía otra vez, entraba [...] Estaba casi como un mes y me volvía. [...] la última vez que salí fue antes de la pandemia, ya... y ahí estuve como un mes y de ahí, justo cuando ya estaba entrando la pandemia, volví, ese mes que entramos ya ahí a la pandemia, ya entramos, ya no pude ya, ya salí ya, ya no salí ya...” (N., Mujer Boliviana, entrevista mayo 2021, Iquique.)

La movilidad de las personas se vio afectada y dentro de eso la movilidad por salud. Como hemos mostrado en trabajos previos (Piñones Rivera, Liberona, & Mansilla, 2020; Piñones Rivera et al., 2020), la movilidad transfronteriza en búsqueda de atención de salud es una práctica socioespacial frecuente e importante entre los residentes de la región de Tarapacá. Dicha movilidad no consiste solo en la búsqueda de medicamentos de patente, ni atención biomédica. También incluye la búsqueda de

insumos como plantas medicinales, preparados naturistas, productos de las industrias nacionales sustentadas en la herbolaria local. Asimismo, una parte importante de la movilidad por salud es para proveer de insumos relacionados con las prácticas de curación del saber médico andino (Piñones Rivera et al., 2020)

El saber médico andino se nutre desde tiempos inmemoriales de los distintos pisos ecológicos. Por lo mismo ha sido y es transnacional y transfronterizo. El origen de sus insumos evidencia una compleja interrelación de espacios y regímenes legales. Así los insumos que se venden para las mesas rituales en el territorio tarapaqueño provienen de Oruro, mientras que muchos de los productos naturistas provienen de las industrias nacionales de Perú y Bolivia. Las plantas medicinales provienen de los distintos pisos ecológicos presentes en estos tres países.

Las modalidades de ingreso también varían. Según un funcionario de Aduanas de Chile, lo más probable es que el grueso de estos productos ingrese al país gracias al denominado contrabando hormiga. Es decir, hacen uso de la llamada “franquicia del viajero” que permite ingresar todo aquello que esté contenido en el concepto de equipaje. De ahí que cuando se quiera introducir una mayor cantidad de productos, éstos se distribuyan entre personas que son pagadas para pasarlos como parte de su equipaje (Chavarría, Casquero & Martínez, 2012; Dilla & Álvarez, 2018). Otra modalidad consiste en el pago de dinero a los funcionarios para que dejen pasar a los camiones de contrabando. Algunos informantes bolivianos dijeron que pagan cerca de \$5000 dólares con este fin, los que son reunidos por todas las personas que están interesadas en el paso de un camión.

Estas estrategias de paso de bienes terapéuticos atraviesan diversos espacios regulatorios (Van Schendel & Abraham, 2005), de los cuales el dominante es el estatal. En el marco que estamos analizando, esto se traduce en que los bienes del saber médico andino son, en general, objetos criminalizados. Ya sea en su origen (cuando su producción está prohibida), en alguno de los eslabones intermedios por los que circula (cuando la prohibición recae sobre el paso de un país a otro), o en su venta. La criminalización, ilegalización y deslegitimación estatal del saber médico andino, opera también sobre sus agentes de salud y conocimientos (Piñones Rivera, Liberona, & Montecino, 2019; Piñones Rivera, Mansilla & Arancibia, 2017). Esto no les impide que gocen de una importante valoración en los sectores populares, ocupando un lugar caracterizado por la coexistencia del rechazo legal con la valoración dada por los actores sociales (Van Schendel & Abraham 2005).

Si bien estas redes forman parte de los procesos globalizados, lo hacen desde una fuerte raigambre histórica en el espacio económico andino (Glave, 1989), donde la mayoría de los bienes que venden son producidos por indígenas. Además, su flujo por la cadena de mercancías hasta llegar a los/as consumidores/as atraviesa diversos espacios regulatorios donde las redes étnicas y de parentesco resultan indispensable para la evasión del control estatal (Albó, 2000; Benedetti & Salizzi, 2011; Tassi, 2017).

Así, un impacto importante está relacionado con la dificultad de cruce legal de la frontera para adquirir insumos para el tratamiento de problemas de salud desde la lógica andina.

Z.A.: Y aparte siempre que viajo a Bolivia, la gente del mismo Chile me encarga medicina, todo eso de allá. [...] He traído óvulos, eh, para el dolor del cuerpo, aceite, medicina natural. Lo que sí me han decomisado, los maticos, las hojas secas. Yo traigo, este último yo traje hartito y me lo han decomisado [...] Eran como siete hierbas, era manzanilla, era manzanilla fresca y aquí no hay... la muña, cola de caballo igual. Allá hay dos tipos de colas de caballo, una amarilla y una verde, yo traía la amarilla. Traía, después boldo también.

C.P.: Ah, ¿y los traías de Cochabamba?

Z.A.: De Cochabamba, era sin tallos. Como te venden así el perejil, así amarrado, así era. (Z.A., Mujer Boliviana, entrevista septiembre 2020, Iquique.) Ahora bien, así como estos relatos muestran un impacto directo de los procesos de (in)movilidad en el proceso de autoatención, un impacto mayor está relacionado con los obstáculos que se imponen al desplazamiento de los agentes de salud: yatiris, qulliris, usuyiris, componedores de huesos, hierbateros, etc.

Estos procesos de ilegalización de los flujos se han exacerbado en los contextos de (in)movilidad propiciados por el COVID. Para graficar el punto, nos parece útil presentar el relato de E. C., curandero boliviano de las cercanías de La Paz que vive y atiende en Alto Hospicio. Él nos recuerda que la especificidad de este saber médico andino exige que ciertos insumos deban ser traídos desde más allá de las fronteras: “Misa de rayo con tata Santiago tiene que estar pues... ese aquí no existe. Existe, no es que no hay, pero no es forma mía, otra forma”, como bien nos ejemplificó. Esto no es considerado por los agentes del control fronterizo quienes, al impedir el paso abierto de estos insumos médicos, motivan la ilegalidad. Situación que se ha agudizado desde la implementación del Plan Frontera Segura:

E.C.: Ese me quiere quitar... en una caja de manzana entran 25 unidades de mesas grandes y unas 40 chiquititas. Cuando me controló el SAG: ‘esta vez vas a llevar, ya fírmame la otra hoja, házmelo. En otra si llevas, ya ahí te voy a detener’ [...] Antes año pasado no era fuerte... ahí me traje como 2-3 cajones de caja de manzanas, [...] han pasado el bus así normal. Ahora [desde el cierre de fronteras] no hay caso. Hay que salir de ilegal, hay que entrar de ilegal. (E. C., yatiri boliviano, entrevista Julio 2020, Alto Hospicio).

A pesar de que como muestra el caso de E.C., los flujos se mantienen desde Chile hacia Bolivia, en general la atención ha estado concentrada en las dinámicas

de ingreso a Chile y principalmente en la movilidad de la población venezolana, debido a la llamada “crisis humanitaria”. No obstante, existen flujos más permanentes, que tienen que ver con la atención de los problemas de salud desde miradas distintas a la biomédica que han sido desatendidas sistemáticamente.

Un ejemplo de estos flujos y de la vigencia del saber médico andino ha sido el decomiso que realizó el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG) el 2 de septiembre del 2020 a un camión proveniente de Bolivia, en el Control Fronterizo Chungará: 200 kg de “productos silvoagropecuarios” que incluían “sacos de hoja de coca [...] 74 litros de alcohol para consumo y 10 fetos de alpacas, esto último algo inédito en la región y de alto riesgo sanitario” (Servicio Agrícola Ganadero, 2020). El decomiso también incluía mesas negras (Imagen 2), omitidas en el comunicado oficial y en los periódicos. El director del SAG, Jorge Hernández, indicó que:

...este tipo de cargas, específicamente los fetos de alpacas, camélidos sudamericanos domésticos, son sumamente riesgosos para la sanidad nacional, debido a que pueden traer enfermedades exóticas no presentes en el país y que pudieran tener un gran impacto en la producción nacional y afectar la entrada de productos nacionales en importantes mercados de destino.

Sorprende que se califique de “inédita” la presencia de fetos de alpaca en una región donde estos animales son endémicos, así como la alusión a un alto riesgo sanitario en una zona fronteriza donde el paso del ganado de un lado al otro de la frontera es frecuente. Y más aún cuando las redes transfronterizas de la economía popular ponen a disposición estos insumos para las necesidades rituales y de salud de la población cotidianamente. En cualquier caso, es así como las prácticas de control fronterizo del Estado chileno inauguran la “vida criminal” (Van Schendel & Abraham, 2005) de objetos esenciales del saber médico andino.

Las ausencias en derecho indígena y migrante

Chile ha suscrito y ratificado cuantiosos instrumentos de Derechos Humanos. La denominada constitucionalización de las diferentes ramas del derecho, habilita a la aplicación directa de tales tratados en virtud de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 5 de la Constitución Política de la República, sea como normas autoejecutables o como normas que sirven para la interpretación sistemática u orgánica de las normas chilenas. Sin embargo, en muchos casos, la implementación y ejercicio de dichos derechos queda sujeta a la adecuación de normativa interna, lo cual en contextos estructurales monoculturales resulta difícil de realizar. De esta forma, los procesos de inmovilidad de que aquí damos cuenta están apoyados en importantes deficiencias del derecho interno tanto de las poblaciones migrantes como indígenas.

Los derechos humanos representan la principal fuente del derecho internacional, de esta forma, la necesidad de prevenir la discriminación y los abusos sufridos por los migrantes es una antigua preocupación que ha sido liderada por organismo internacionales, siendo el derecho a la libre circulación y a elegir el lugar de residencia derechos expresamente reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y en el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (1966).

En este sentido, las principales afectaciones a migrantes han estado relacionadas con el derecho al ingreso a Chile, el derecho a regularizar su situación, a recibir refugio, el derecho a no devolución, el derecho a tener procesos justos en relación a su situación humanitaria y el derecho a recibir atención de salud sin discriminación. En este caso, los efectos adversos y los dramáticos impactos en la salud surgen de la primacía de un tratamiento securitista, frente a un tratamiento sanitario del COVID, de esta forma, no se han evidenciado medidas apropiadas para evitar situaciones de riesgo de las personas migrantes asociadas a sus condiciones de vulnerabilidad, especialmente de menores de edad, y/o para evitar episodios de xenofobia, discriminación y estigmatización.

En el caso de los Pueblos Originarios hay que considerar que existen derechos específicos consagrados en el derecho internacional que se refieren a la movilidad transfronteriza. Dichos derechos en última instancia se sustentan en el derecho a la integridad cultural, el derecho a la cultura y al patrimonio cultural.

Lo primero a señalar es que el Decreto Supremo N°104, que declara estado de excepción constitucional de catástrofe y que permite la restricción de determinados derechos, ha desconocido el derecho de participación en las medidas que afecten directamente a los pueblos y comunidades. Como consecuencia, las medidas que se han implementado para resguardar la seguridad y la vida de los ciudadanos carecen de interculturalidad, ya que se establecen normas emanadas desde el nivel central, con total desconocimiento de las dinámicas territoriales regionales de los pueblos originarios y la vida transfronteriza.

Respecto del ámbito de salud esto ha generado un retroceso en el diálogo sostenido con el Estado. Solo por poner un ejemplo en materia de salud, durante el proceso de participación y posterior consulta indígena del artículo 7 de la ley 20.584 (que en total duró más de 5 años), los y las representantes de Pueblos Originarios de norte a sur, señalaron al Estado de Chile las condiciones necesarias para garantizar el derecho a la salud con pertinencia cultural, apuntando a problemáticas como el sometimiento de las prácticas propias al modelo biomédico, entre muchos otros problemas. Para cada uno de ellos se elaboraron propuestas consensuadas entre el Estado y los distintos pueblos originarios en un documento detallado que ingresó a la Contraloría General de la República. Hoy, todo ese proceso de diálogo no solo ha sido ignorado, sino que ha sido invisibilizado, como si el gobierno tuviera que dar soluciones a la pandemia sin ninguna orientación al respecto.

En términos más directamente relacionados con la movilidad transfronteriza, la normativa internacional ha avanzado en el sentido de establecer, como se consigna en la Declaración Americana sobre Derechos de Pueblos Indígenas, el derecho a asociación, reunión, organización y expresión y a ejercerlos sin interferencia. Y garantiza explícitamente el derecho a “transitar, mantener, desarrollar contactos, relaciones y cooperación directa, incluidas las actividades de carácter espiritual, cultural, político, económico y social, con sus miembros y con otros pueblos” (Artículo XX). Si bien la legislación chilena no se ha adecuado a la Declaración Americana (DADPI, 2016), sí se encuentra ratificado el Convenio 169 de la OIT de 1989, el cual, siendo un instrumento más acotado en sus estándares, establece que los gobiernos deben “tomar medidas apropiadas, incluso por medio de acuerdos internacionales, para facilitar los contactos y la cooperación entre pueblos indígenas y tribales a través de las fronteras, incluidas las actividades en las esferas económica, social, cultural y del medio ambiente”.

La movilidad por salud constituye un proceso directamente involucrado en lo establecido por el derecho, ya que consiste de actividades económicas (intercambio, compraventa, consumo); así como sociales y culturales, por la actividad simbólica y ritual que les es propia; y medioambientales, en tanto se cultivan y cuidan relaciones de reciprocidad con el territorio que reproducen el medio ambiente a la vez que a las comunidades.

Más aún, el saber médico andino constituye parte importante de la integridad cultural de los pueblos indígenas de este territorio. Al respecto, en el Convenio 169, se establece que “Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.” Dicho derecho se ve especificado y ampliado en formulaciones más avanzadas como la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas o la ya citada Declaración Americana, que establece el derecho a “su propia identidad e integridad cultural y a su patrimonio cultural” sea este tangible e intangible, y no limitado al presente, pues incluye el patrimonio histórico y ancestral (Artículo XIII).

En el caso del saber médico andino estamos en presencia de una institución que resulta clave para el mantenimiento de la integridad cultural (Gundermann-Kröll & González-Cortez, 2009) pues mantiene viva parte importante de la cosmovisión, espiritualidad y de la relación con el territorio. Es un conocimiento que se encarna en instituciones, prácticas, creencias y valores. Asimismo, los agentes que poseen ese conocimiento constituyen portadores de un patrimonio tangible e intangible, por lo que ni ellos ni sus actividades deberían ser perseguidas o criminalizadas, sino al contrario protegidas.

Así lo establece la Declaración Americana: “los pueblos indígenas tienen derecho a que se reconozcan y respeten todas sus formas de vida, cosmovisiones,

espiritualidad, usos y costumbres, normas y tradiciones, formas de organización social, económica y política, formas de transmisión del conocimiento, instituciones, prácticas, creencias, valores, indumentaria y lenguas, reconociendo su interrelación” (Artículo XIII). Dicho derecho no atañe solo a la protección, preservación, mantenimiento, sino también al desarrollo de dicho patrimonio cultural, para su continuidad colectiva y la de sus miembros, y para transmitirlo a las generaciones futuras (Artículo XIII). En el análisis de los impactos en la salud esto es fundamental pues la continuidad cultural ha sido correlacionada con la salud mental, sustentando tasas menores de suicidio y de abandono escolar (Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau, & Isaac, 2009).

Si bien la limitación de los derechos es una cuestión consustancial al sistema legal mismo, el problema se reconduce a los fundamentos en base a los cuales se limitan los derechos. En el caso que estamos analizando, referido a la limitación de la movilidad, uno de los principales problemas, que está a la base de la afectación y vulneración de derechos vividos en el contexto de la pandemia, radica en que el Estado operó según una lógica monocultural, arraigada en la estructura del Estado y que dificulta la implementación y adecuación de los marcos regulatorios internos, para efectos de que se cumplan a cabalidad los estándares internacionales expuestos en el presente apartado. Desde dicha lógica, los derechos de los Pueblos Originarios, referidos a integridad cultural, así como a movilidad transfronteriza, consagrados en el derecho internacional, no fueron incluidos en el diseño de las propuestas implementadas. Esto está a la base de la paradoja que supone que medidas tomadas en nombre de la salud terminen produciendo impactos negativos en la salud de la población.

Conclusiones

Quisiéramos destacar algunas ideas que se desprenden de nuestro trabajo. Primero, las políticas de cierre de fronteras en contexto de COVID se forjaron en continuidad con políticas migratorias racistas de tipo securitario. En ese marco, la aparente racionalidad de las medidas sanitarias sirvió como elemento legitimador de políticas securitarias, varias de ellas directamente discriminadoras y contrarias a derecho, como las expulsiones colectivas, la negación del derecho a refugio, violación del derecho de no devolución, etc.

Segundo, las políticas de cierre de frontera del COVID, forjadas desde una lógica monocultural, tuvieron un impacto en la salud de las personas y comunidades indígenas en tanto afectaron procesos de intercambio sociocultural, económico y político, necesarios para la reproducción social y para el cuidado de la vida y la salud. Uno de los aspectos invisibilizados es el impacto que tuvo en la necesaria movilidad del saber médico andino, tanto de los insumos, como de los pacientes y de los agentes de salud (yatiris, qulliris, etc.). Afectando las dinámicas propias del saber médico

andino, produjo una afectación a la integridad cultural y fortaleció los procesos de criminalización que afectan al saber médico andino y que son contrarios al reconocimiento, la protección y el desarrollo que el derecho internacional consagra.

Por último, la securitización llevada al extremo de la militarización, produjo impactos también en la salud de las comunidades, reflejadas en los procesos de discriminación (racismo) de parte de las fuerzas militares, así como una serie de abusos. Ambos aspectos están relacionados con el hecho evidente de que las fuerzas militares no están preparadas para hacer frente a hechos de la complejidad presente en este tipo de problemas sanitarios, menos en contextos transfronterizos e interculturales.

Estos tres aspectos conjugados permiten comprender por qué medidas que están supuestas de proteger la salud pública terminan produciendo impactos negativos en la salud de determinados grupos. Llevan a constatar una vez más, que las políticas tienen un impacto diferencial en la población, según los distintos aspectos de vulnerabilidad estructural que se conjugan. Y también nos invitan a pensar quienes pagan el precio por la defensa de la salud pública, cuando los argumentos de tipo sanitario, dan espacio y legitimidad a las tendencias securitizadoras y racistas aún presentes en la estructura estatal de un país como Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albó, X. (2000). Aymaras entre Bolivia, Perú y Chile. *Estudios Atacameños*, (19), 43-74. <https://doi.org/10.22199/S07181043.2000.0019.00003>
- Álvarez, R., & González, A. (2018). Análisis comparativo de precios de medicamentos en América Latina. *Revista Comisión Económica para América Latina y el Caribe*, (130), 29-45.
- Benedetti, A., & Salizzi, E. (2011). Llegar, pasar, regresar a la frontera: Aproximación al sistema de movilidad argentino-boliviano. *Revista Transporte y Territorio*, (4), 148-179.
- Bigo, D. (2002). Security and immigration: Toward a critique of the governmentality of unease. *Alternatives*, 27, 63-92.
- Cabieses, B., Bernal, M., & McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para políticas públicas*. DDI.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 375-392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Chavarría, C., Casquero, C., & Martínez, D. (2012). Contrabando: Importancia en la región trina-cional frente a la estructura espacial. *Espacio y Desarrollo*, (24), 75-88.
- Cid, C. (2008). Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(2), 57-96. Recuperado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCS/article/download/1738/1619>
- Cid, C., & Uthoff, A. (2018). La reforma a la salud pendiente en Chile: Reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 170-179. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.170>
- CNN. (2019, 13 de febrero). 9.724 pacientes murieron mientras estaban en lista de espera en el primer semestre de 2018. Recuperado de https://www.cnnchile.com/pais/pacientes-fallecidos-lista-de-espera-en-2018-minsal_20190213/
- Cortez, A. (2007). Migración internacional: Un desafío para las políticas públicas de Chile. En A. Cortez, *Niñas y niños migrantes: Políticas públicas, integración e interculturalidad*, 105-118. Colectivo Sin Fronteras.
- De Genova, N. (2013). Extremities and regularities: Regulatory regimes and the spectacle of immigration enforcement. *Workshop on Deportation, Detention, Drowning in la Mer Mortelle. Critical Perspectives on the Irregularization of Migration*, University of Amsterdam (22 February).
- Dias-Mansur, G. (2017). Trata de personas, tráfico de migrantes y la gobernabilidad de la migración a través del crimen. *Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, 21, 541-554.
- Dilla, H., & Álvarez, C. (2018). Arica/Tacna: Los circuitos económicos de un complejo urbano transfronterizo. *Diálogo Andino*, (57), 99-109. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812018000300099>
- Domenech, E. (2017). Las políticas de migración en Sudamérica: Elementos para el análisis crítico del control migratorio y fronterizo. *Terceiro Milenio: Revista Crítica de Sociología e Política*, 8, 19-48.
- Dufraix, R., Ramos, R., & Quinteros, D. (2020). "Ordenar la casa": Securitización y producción de irregularidad en el norte de Chile. *Sociologías*, 22(55), 172-196. <https://doi.org/10.1590/15174522-105689>
- El Mostrador. (2020, 13 de noviembre). Cancillería suspendió trámite de Visa de Responsabilidad Democrática para venezolanos, pero aclara que se trata de un reinicio. *El Mostrador*. Recuperado de <https://www.elmostrador.cl/dia/2020/11/13/cancilleria-suspendio-tramite-de-visa-de-responsabilidad-democratica-para-venezolanos-pero-aclara-que-se-trata-de-un-reinicio/>
- Fiscalía Nacional Económica. (2019). *Estudio de mercado sobre medicamentos*. Fiscalía Nacional Económica.
- García-Pinzón, V. (2015). Estado y frontera en el norte de Chile. *Estudios Fronterizos*, 16(31), 117-148. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612015000100006&lng=es&tlng=es
- Glave, L. M. (1989). *Trajinantes: Caminos indígenas en la sociedad colonial XVI/XVII*. Instituto de Apoyo Agrario.
- Glockner, V., & Álvarez, S. (2021). Espacios de vida cotidiana y el continuum movilidad/inmovilidad: El protagonismo de niñas y adolescentes migrantes en el continente americano. Un proyecto etnográfico multimedia. *Anales de Antropología*, 55(1), 59-72.
- Gobierno de Chile. (2021). Presidente Piñera promulga nueva Ley de Migraciones para Chile [Comunicado de prensa]. Recuperado de <https://prensa.presidencia.cl/discursos.aspx?id=173742>
- Gundermann-Kröll, H., & González-Cortez, H. (2009). Sociedades indígenas y conocimiento antropológico: Aymaras y atacameños de los siglos XIX y XX. *Chungará (Arica)*, 41(1), 113-164.
- Heyman, J. (2011). Cuatro temas en los estudios de la frontera contemporánea. En N. Ribas (Ed.), *El Río Bravo Mediterráneo: Las regiones fronterizas en la época de la globalización*, 81-97.
- Heyman, J. (2012a). Capitalismo, movilidad desigual y la gobernanza de la frontera México-Estados Unidos. En A. Aquino, A. Varela, & F. Décasse (Eds.), *Desafiando fronteras: Control*

- de la movilidad y experiencias migratorias en el contexto capitalista, 25-40.
- Heyman, J. (2012b). Construcción y uso de tipologías: Movilidad geográfica desigual en la frontera México-Estados Unidos. *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: Por los caminos de la investigación sobre migración internacional*, 419-454.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: Las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 54-62.
- Huysmans, J., & Squire, V. (2009). Migration and security. En M. Dunn & V. Mauer (Eds.), *Handbook of security studies*. Routledge.
- Iturra, L. (2018). El cuerpo Otro y los Otros espacios. En M. Tapia Ladino & N. Liberona Concha (Eds.), *El afán de cruzar las fronteras: Enfoques transdisciplinarios sobre migraciones y movilidad en Sudamérica y Chile*. Ril Editores.
- Jiménez, V. (2021). Expulsiones colectivas en el “Plan Colchane”: La necesidad y propuesta de un concepto de expulsión colectiva. *Anuario de Derechos Humanos*, 17(2). <https://doi.org/10.5354/0718-2279.2021.61821>
- Kirmayer, L. J., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S. F., & Isaac, C. (2009). Community resilience: Models, metaphors and measures. *International Journal of Indigenous Health*, 5(1), 62-117.
- Liberona, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: Conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales (CI)*, 28(CI), 19-38. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/708/70824554002.pdf
- Liberona, N. (2015). De las fronteras geopolíticas a las fronteras sociales: La migración boliviana a través de la prensa de Tarapacá (1990-2007). *Estudios Fronterizos*, 16(32), 41-74. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612015000200002&lng=es&tlng=es
- Liberona, N., & Mansilla, M. A. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1110>
- Liberona, N., Tapia, M. A., & Contreras, Y. (2017). Movilidad por salud entre Arica y Tacna: Análisis de una demanda no satisfecha y de una oferta atractiva del otro lado de la frontera. *Geopolítica(s). Revista de Estudios sobre Espacio y Poder*, 8(2), 253-278. <https://doi.org/10.5209/geop.56122>
- Liberona, N., & Piñones Rivera, C. (2019). *Informe técnico encuesta vida de inmigrantes*. Iquique: Universidad Arturo Prat.
- Liberona, N. (2020). Frontera y movilidad humana en América Latina. *Nueva Sociedad*, (289), 49-58.
- Liberona, N., & Piñones Rivera, C. (2020). *Violencia en la toma*. Santiago: RIL Editores.
- Liberona, N., Piñones Rivera, C., & Dilla, H. (2021). De la migración forzada al tráfico de migrantes: La migración clandestina en tránsito de Cuba hacia Chile. *Migraciones Internacionales*, 12. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2319>
- Marambio-Tapia, A. (2018). Endeudamiento “saludable”, empoderamiento y control social. *Polis*, 17(49), 79-101. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682018000100079>
- Mayorga, R. (2021). Control migratorio y salud pública: Restricciones a la movilidad humana por razones médicas o sanitarias en tiempos del Covid-19. *Revista de Derecho (Valdivia)*, 34(2), 203-223. <https://doi.org/10.4067/s0718-09502021000200203>
- Morales, A. (2010). Desentrañando fronteras y sus movimientos transnacionales entre pequeños estados: Una aproximación desde la frontera Nicaragua-Costa Rica. En M. E. Anguiano & A. M. López (Eds.), *Migraciones y fronteras: Nuevos contornos para la movilidad internacional*, 185-224. Barcelona: Icaria.
- Morey, B. N. (2018). Mechanisms by which anti-immigrant stigma exacerbates racial/ethnic health disparities. *American Journal of Public Health*, 108(4), 460-463. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304266>
- Moscote, A., Mamani, E., & Montecino, B. (2021). *Recurso de protección Rol Corte 21-2021*.
- Muro, A., Aguirre, P., Parra, D., & Piza, M. (2018). *Usos, impactos y derechos: Posibilidades, políticas y jurídicas para la investigación de la hoja de coca en Colombia*. Elementa: Bogotá, Colombia.
- Oyarte, M., Espinoza, M., Balmaceda, C., Villegas, R., Cabieses, B., & Díaz, J. (2018). Gasto de bolsillo en salud y medicamentos en Chile. *Value in Health Regional Issues*, 17, 202-209.
- Parella, S. (2014). Una exploración de las prácticas transfronterizas en la zona urbana Caléxico (Estados Unidos)-Mexicali (México). En M. Tapia & A. González (Eds.), *Regiones fronterizas, migración y los desafíos para los estados nacionales latinoamericanos*, 41-69. Santiago: RIL Editores.
- Pascual-Ricke, T. I. (2020). La [des]protección de los derechos humanos en contextos de movilidad humana en Chile: Expulsiones administrativas y solicitudes de protección internacional. *Anuario de Derechos Humanos*, 16(2), 381-410. <https://doi.org/10.5354/0718-2279.2020.59420>
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., & Mansilla, M. Á. (2020). Itinerarios terapéuticos transfronterizos: Hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana transfronteriza. *Si Somos Americanos*, 20(2), 9-37.
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., & Montecino, B. (2019). La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena. *Polis (Santiago)*, 18(54), 224-244.
- Piñones Rivera, C., Mansilla, M. Á., & Arancibia, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: La Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Salud e Sociedade*, 26(3), 751-763. Recuperado de www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00751.pdf
- Piñones Rivera, C., Muñoz, W., & Liberona, N. (2020). Te mueves o te mueres: La movilidad del saber médico andino en la triple frontera Bolivia, Chile y Perú. En M. Ferrari, I. Gusman, E. Aparecido da Costa, & R. C. Lois González (Eds.), *Fronteira, território e ambiente: diálogos entre América Latina e Europa*. Paraná: Edunioeste.
- Quinteros, D. (2016). ¿Nueva ‘crimigración’ o la vieja economía política del castigo? Dos aproximaciones criminológicas para entender el control punitivo de la migración en Chile. *Astrolabio*, 17, 81-113.
- Ruiz, M., & Álvarez, S. (2019). Excluir para proteger: La “guerra” contra la trata y el tráfico de migrantes y las nuevas lógicas de control migratorio en Ecuador. *Estudios Sociológicos*, 37(111), 698-725.
- Servicio Agrícola Ganadero. (2020). SAG intercepta más de 200 kilos de productos de origen animal y vegetal en Chungará. Recuperado de <https://www.sag.gob.cl/noticias/sag-intercepta-mas-de-200-kilos-de-productos-de-origen-animal-y-vegetal-en-chungara>
- Servicio Jesuita a Migrantes. (2021). *Migración en Chile. Anuario 2020: Medidas migratorias, vulnerabilidad y oportunidades en un año de pandemia* (Nº2). Santiago.

- Stang, M. F. (2016). De la Doctrina de la Seguridad Nacional a la gobernabilidad migratoria: La idea de seguridad en la normativa migratoria chilena. *Polis. Revista Latinoamericana*, 44, 1975-2014.
- Tapia, M., & González, A. (2014). *Regiones fronterizas, migración y los desafíos para los estados nacionales latinoamericanos*. Santiago: RIL Editores.
- Tarrius, A. (2000). Leer, describir, interpretar las circulaciones migratorias: Conveniencia de la noción de territorio circulatorio. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, 21(83), 38-56.
- Tarrius, A. (2007). *La mundialización por abajo: El capitalismo nómada en el arco mediterráneo*. Barcelona: Hacer Editorial.
- Tassi, N. (2017). *The native world-system: An ethnography of Bolivian Aymara traders in the global economy*. Oxford: Oxford University Press.
- Van Schendel, W., & Abraham, I. (2005). *Illicit flows and criminal things: States, borders, and the other side of globalization*. Indiana: Indiana University Press.
- Villalobos-Dintrans, P. (2018). Out-of-pocket health expenditure differences in Chile. *Health Policy*, 122(2), 184-191.



SEGUNDA PARTE

Propuestas metodológicas



Consideramos relevante dar cuenta del recorrido reflexivo, ético y político que hemos ido plasmando en los abordajes metodológicos adoptados en nuestros proyectos de investigación. La forma en la que nos acercamos a las personas, la colaboración que se establece, el valor que damos a la experiencia colectiva, el trabajo en red con organizaciones, son aspectos que hemos ido sistematizando y consolidando. Es por lo que este segundo apartado se centra en presentar las propuestas metodológicas que hemos desarrollado en nuestras investigaciones, en las que incluimos el abordaje del cuerpo como objeto de análisis para el estudio de la corporalidad y la salud, la propuesta de las competencias estructurales colectivas y finalmente una propuesta de análisis crítico de discurso, que aplicamos a la política de salud de los migrantes internacionales de Chile.

El primer capítulo evidencia nuestras reflexiones metodológicas más recientes, resultantes tanto del trabajo colaborativo como del cruce con la antropología del cuerpo. Esta apuesta deriva de la dificultad de investigar respecto a una población “oculta” como lo es la migración clandestina o irregularizada. Así es como nos enfocamos en trabajar de la mano de la organización migrante AMPRO Tarapacá, en un ejercicio colaborativo inspirado en los trabajos de Paris Pombo (2012) y Stephen (2012), derivados de la etnografía colaborativa (Rappaport, 2008). Esta experiencia ha sido de gran aprendizaje y representa un compromiso ético y político de apoyo permanente, que ha implicado mucho conocimiento para nuestra organización (Piñones et al. 2023). Y ha facilitado significativamente el levantamiento de información y nutrido la interpretación antropológica.

No obstante, la antropología del cuerpo exigía una innovación más radical de las metodologías etnográficas participativas, puesto que suponía el desafío de observar, escuchar, sentir los cuerpos, movilizar los cuerpos atrapados en categorías

impuestas y reproducida en la experiencia migratoria. Por eso, trabajamos en la metodología corporal que presentamos en el artículo “Una propuesta metodológica corporal para el estudio de la migración clandestina desde la antropología”, publicado en 2020. En este texto relatamos cómo incorporamos el Teatro Espontáneo en nuestro trabajo, en tanto herramienta para hacer emerger las experiencias, así como para resignificarlas. Lo utilizamos para abordar etnográficamente la inmigración clandestina y, específicamente, de personas que recurrieron al tráfico de migrantes, para cruzar las fronteras sudamericanas y caribeñas hasta llegar a Chile.

Luego, a partir del material recopilado audiovisualmente y en notas de campo sobre dicha experiencia, así como con el apoyo de revisión documental relacionada, pudimos establecer una tipología de cuerpos traficados de mujeres migrantes en tránsito irregularizado. Este trabajo fue publicado en la revista *Antipodas* en 2021 como “*Tipología de cuerpos traficados desde América del Sur y el Caribe hacia Chile*” y no pudimos reproducirlo en este libro. Entre las principales conclusiones de este trabajo, destacamos que las fronteras nacionales inciden en los cuerpos en movilidad, pues la coerción ejercida por la autoridad migratoria obliga a transitar en clandestinidad. En este contexto, la densidad del tránsito afecta a los cuerpos, transformándolos, mediante la exposición a la violencia, al riesgo, a los abusos, al abandono, al engaño. Asimismo, los cuerpos de las mujeres están particularmente expuestos a una violencia específica, la violencia de género. Estos elementos implican además una imposición de corporalidades, así como una degradación de los cuerpos, la que es también autopercebida.

El siguiente capítulo reproduce en español el artículo “Beyond the classroom: The development of collective structural competency in pro-migrant activism”, publicado el 2023 en *Global Public Health*. En él desarrollamos el concepto de competencia estructural colectiva, buscando explicitar que el tipo de trabajo colaborativo que realizamos con AMPRO conlleva el desarrollo de un tipo de competencias estructurales que nos parecen centrales, y que no había sido recogido por la propuesta de las competencias estructurales, desarrollada principalmente en entornos anglófonos. En este trabajo constatamos cómo estas competencias han permitido a las dirigentas migrantes de AMPRO comprender la violencia estructural como detonante de problemas de salud de la población migrante, así como enfrentar el racismo institucional. Asimismo, las competencias estructurales permiten comprender cómo otras luchas, asociadas a la vivienda y la regularización migratoria principalmente, contribuyen a un mejor estado de salud de estos colectivos.

El último capítulo de este apartado presenta la versión en español del artículo sobre la política de salud de migrantes internacionales, titulado originalmente “Ideological assumptions of Chile’s international migrant healthcare policy: A critical discourse analysis” y publicado en la revista *Global Public Health* el 2022. El artículo supone un avance metodológico respecto del artículo “El imaginario de la horizontalidad”, ya que utiliza las herramientas metodológicas del análisis del discurso po-

lítico de Norman Fairclough para identificar los bloques constitutivos del discurso, así como los diferentes objetivos que se plantea, explícitos e implícitos. El mismo nos permite mostrar la evolución que ha seguido la política de Estado en materias de salud intercultural, al abordar la salud de los migrantes. El principal avance lo observamos en los procesos de alterización a través de un afinado uso de los conceptos de diversidad cultural, determinantes sociales y derechos humanos. Así, mientras el lenguaje de la diversidad cultural permite definir el sujeto migrante como un sujeto culturalmente diverso; una versión despolitizada del discurso de los determinantes sociales, permite formular las políticas haciendo uso de un lenguaje que, a través de un abordaje multidimensional, excluye sistemáticamente los aspectos estructurales.

Esta exclusión nos permite identificar la política de Salud migrantes internacionales como una nueva versión del multiculturalismo neoliberal, que integra el lenguaje de los derechos humanos y el de los determinantes sociales, solo al precio de excluir los aspectos estructurales (la inequidad resultante del neoliberalismo, el racismo estatal antiinmigrante, la irregularización cíclica producida por el sistema, la violencia policiaca, el encierro en campos, el racismo ambiental, la segregación residencial, etc.).

Así cerramos este apartado con el que esperamos contribuir a la reflexión metodológica de las ciencias sociales críticas, desde las aproximaciones que hemos ido desarrollando de manera situada y comprometida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Paris Pombo, M. (2012). De la observación participativa a la investigación militante en las ciencias sociales: El estudio de las comunidades indígenas migrantes. En M. Ariza & L. Velasco (Coords.), *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: Por los caminos de la investigación sobre migración internacional*, 241-274. El Colegio de la Frontera Norte.
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., Jiménez, V., Corona, M., & García, E. (2023). Beyond the classroom: The development of collective structural competency in pro-migrant activism. *Global Public Health*, 18(1), 2203732. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2203732>
- Rappaport, J. (2008). Beyond participant observation: Collaborative ethnography as theoretical innovation. *Collaborative Anthropologies*, 1(1), 1-31.
- Stephen, L. (2012). Investigación en colaboración y su aplicación a la investigación de género en organizaciones transfronterizas. En M. Ariza & L. Velasco (Coords.), *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: Por los caminos de la investigación sobre migración internacional*, 187-239. El Colegio de la Frontera Norte.

CAPÍTULO 8

Una propuesta metodológica corporal para el estudio de la migración clandestina desde la antropología³⁰

Nanette Liberona Concha y Diego Riquelme

Introducción

Esta propuesta es el resultado de la conjunción y sistematización de varias experiencias de investigación y de acción colaborativa, que se han enlazado con el arte mediante la literatura y el teatro principalmente, para introducirse en temas sensibles asociados a la migración. Experiencias realizadas en Chile, con personas chilenas e inmigrantes, y desarrolladas no sistemáticamente, en paralelo a investigaciones tradicionales. Pero, el proyecto de investigación más reciente, apostó por la producción de una metodología experimental, de carácter etnográfico que incorporó como recurso al Teatro Espontáneo. Se estudió el tráfico ilícito de migrantes (tráfico) como una extensión de los estudios migratorios, desde la perspectiva de la antropología del cuerpo y de la movilidad. Para esto se consideran las concepciones de Merlau-Ponty, de cuerpo vivido, experimentado en primera persona, de cuerpo consciente de Sherper-Hughes y Lock (1987), y el estudio de la corporalidad y la performance desarrollado por Citro (2009; 2014; 2016), entre otros/as autores/as. Este fenómeno es un tipo de movilidad que se asocia a la migración, pero la desborda, debido a su característica intrínseca: lo ilícito. De esta forma, el tráfico es abordado como consecuencia de las restricciones a la movilidad humana en el orden internacional, estudiando únicamente casos de ingreso por pasos no habilitados de las fronteras del norte de Chile.

30 Publicado originalmente en 2020. “Una propuesta metodológica corporal para el estudio de la migración clandestina desde la antropología” *Religación*, 5(24), 103-116.

El tráfico se visibiliza como de reciente data en Chile. Recién el año 2011 se promulga la Ley N° 20.507, que tipifica los delitos de Tráfico Ilícito de Migrantes y Trata de personas. Ha sido inicialmente abordado por los medios de comunicación, a partir de la llegada de dominicanos/as, a pesar de identificar diversas nacionalidades, de acuerdo a las estadísticas de la Fiscalía de 2017. Es un acuerdo entre una persona o un grupo y una persona o banda contrabandista que facilita el ingreso a un país esquivando los controles migratorios. En ocasiones, incluye la organización de un traslado completo desde el país de origen hasta el de destino. Otras, conlleva dos delitos conexos: la elaboración, suministro y posesión de documentos de identidad o de viaje adulterados o falsificados. Puede costar la vida, ya que muchas veces el contrabandista extorsiona e incluso pone en peligro a la persona traficada, como le ocurrió a Daniel Sosa, dominicano, en la frontera entre Chile y Perú, donde resultó gravemente herido tras pisar un artefacto explosivo. O como Maribel Pujol, dominicana que murió en la frontera entre Chile y Bolivia, al ser abandonada por su “coyote” en el frío del desierto altiplánico. A diferencia de la trata, el tráfico es considerado un delito cometido tanto por la persona que trafica como por la persona que migra (Ley N° 20.507), pues se considera que hay un consentimiento. Esta distinción implica que quienes son víctimas de engaños, abusos y violencia de lo que se ha llamado Delincuencia Organizada Transnacional, no sean considerados como tales por la legislación chilena. Al contrario, las personas traficadas una vez que son captadas por la Policía de Investigaciones (PDI), son sometidas a un proceso de control que culmina con la orden de expulsión del país (Liberona, 2020).

Aquí, además de presentar esta propuesta metodológica, se intentará responder a dos objetivos del proyecto:

“Establecer una tipología de cuerpos traficados y determinar las estrategias que —desde el cuerpo— se ponen en marcha en la experiencia del tráfico para resistir, negociar y resignificar estructuras hegemónicas que intentan disciplinar o categorizar a los cuerpos traficados”;

“Describir el rol coercitivo de las fronteras, con sus múltiples sentidos y significados, buscando indagar sobre cómo el ingreso al país por fuera de la legalidad y la vida clandestina se reflejan en la memoria corporal, con especial énfasis en la racialización de los mismos”.

Primero, se exponen los marcos teóricos que permiten formular la propuesta y el análisis de la información resultante. Luego, se hace un recorrido sobre la experiencia personal que condujo al ejercicio de conjugar investigación y arte, pues esto se vincula con las opciones teórico-metodológicas. Finalmente, se demuestra que la antropología del cuerpo permite innovar metodológicamente y abordar la dimensión subjetiva del tráfico, a partir del Teatro Espontáneo.

La necesidad de una innovación metodológica

Siguiendo a Meneses (2019), sobre los desafíos de la antropología de la migración clandestina, aquí se discurre respecto a una propuesta metodológica que se ha venido macerando hace varios años. Se enmarca en el ámbito de la antropología del cuerpo, pero también en lo que este autor ha denominado las “neo-movilidades alternativas”. La discusión que propone Meneses se centra en la dificultad de hacer etnografía en los contextos adversos en los que se producen estas “neo-movilidades”, como en el caso del tráfico. Trabajar con población “oculta”, como los/as migrantes clandestinos/as, además objetos de tráfico, presenta al menos dos problemas: el primero es que no se puede estimar su cantidad, no es posible establecer un muestreo y, el segundo es que no quieren ser entrevistados y/o entregan información poco fiable para proteger su privacidad (Tyldum & Brunovskis, 2005). La literatura destaca que ninguna fuente es perfecta y que se necesita una combinación de aquellas para obtener una información significativa de la migración clandestina en general y del tráfico en especial. Tomando estas consideraciones, la propuesta metodológica constó de tres métodos: un Seguimiento etnográfico colaborativo, una intervención de Teatro Espontáneo y la revisión de prensa y documentación, principalmente jurídica. El primero consistió en contactar a personas que se reconozcan como objeto de tráfico, residentes en Iquique (Chile), a través de las organizaciones que las apoyan, como la Asamblea Abierta de Migrantes y Pro Migrantes de Tarapacá (AMPRO), la Asociación de República Dominicana y el Instituto Nacional de Derechos Humanos. Se buscó alcanzar el nivel de saturación de la información, obteniendo un número de 9 participantes (aquí analizaremos la experiencia de cuatro mujeres). Se llevaron a cabo observaciones y una inmersión profunda en sus vidas cotidianas, principalmente gracias al acompañamiento jurídico y derivación en el proceso de regularización de su situación migratoria o de búsqueda del ejercicio de derechos en instituciones públicas, de un equipo pluridisciplinar. Esto, con el fin de activar transformaciones sociales y políticas, individuales y colectivas. Finalmente, se realizaron dos entrevistas a cada participante para reconstituir la experiencia del tráfico. El segundo método fue una apuesta innovadora, que consideró las expresiones corporales como material de análisis, mediante la organización de una intervención de Teatro Espontáneo (TE), a la que fueron invitadas las personas migrantes participantes.

El TE es una técnica de expresión y creación corporal y de debate, asociada a un proceso de carácter vivencial y terapéutico, que busca evidenciar y describir los patrones de uso del cuerpo más recurrentes dentro del grupo estudiado. En esta ocasión, se puso atención en las formas que adquieren la postura, la gestualidad y el movimiento de las personas objeto de tráfico, cuando se activa la memoria corporal de la experiencia vivida. De esta manera, la apuesta fue acercarse a la antropología del cuerpo para analizar la experiencia del tráfico hacia Chile y contribuir a la com-

prensión de este complejo fenómeno, así como lograr que se resignificara, transformando el sufrimiento en agencia.

Al revisar la literatura especializada, se constata que en general los estudios sobre el tráfico abordan la problemática desde las ciencias jurídicas o políticas, existiendo también algunas contribuciones importantes desde la antropología, a partir del trabajo etnográfico (Posada, 2009; Álvarez, 2009). Una de las primeras conclusiones es que es más justo hablar de migración clandestina en tránsito que de tráfico de migrantes (Álvarez y Ramírez, 2009). Por tanto, se elabora una propuesta metodológica sobre esta movilidad, tomando en cuenta que el recurso al cuerpo como material de análisis ha sido escasamente considerado (López Fernández, 2018; Mansilla e Imilán, 2017; Obelar y Casal, 2017; Tijoux y Palominos, 2015; Barraza García, 2015; Martinicorena, 2014; Canevaro y Gavazzo, 2009; Santos Fraile, 2007; Kovic, Kelly, y Melgar, 2006).

En entrevistas a informantes claves, se observa una brecha importante entre la investigación y el trabajo colaborativo con migrantes en Chile. Por un lado, está la defensa de derechos de las personas migrantes en situación irregular, centrada en acciones judiciales y mediáticas. Por otro lado, se investigan las redes y las comunidades migrantes como espacios de sociabilidad y apoyo importantes (Eguiguren, 2017; Guizardi, López, Nazal, & Valdebenito, 2017; Guizardi & Nazal, 2017; Guizardi & Garcés, 2013). Pero, se constata un deficiente abordaje académico de la dimensión subjetiva de la migración y su relación con lo psicosocial. En Chile hay pocos espacios formales de atención psicológica o terapéutica para migrantes (Becerra, 2018), más aún para las personas en situación irregular, quienes no pueden ejercer plenamente el derecho a la salud (Liberona, 2017). En cuanto a instancias de atención psicológica a “víctimas de tráfico de personas”, existe el Programa Apoyo a Víctimas de Delito de la Subsecretaría de Prevención del Delito, pero el protocolo de atención comienza con la derivación desde otros sectores, como salud o el judicial, en caso de ser testigo en un juicio. Contrariamente, iglesias de distinto credo vienen a cumplir esta función terapéutica, abriendo espacios de acogida, escucha y contención, que no han sido de interés científico.

Aunque desde las ciencias sociales es posible analizar los contextos sociales, políticos y económicos a partir de metodologías tradicionales de investigación, aquí se propone investigar desde el cuerpo, con el fin de comprender desde una experiencia sensorial y corpórea las consecuencias de la migración clandestina y analizar el impacto de la política migratoria en los cuerpos. De esta forma, sería posible alcanzar otras dimensiones de análisis, así como en el ámbito de la acción colaborativa, como la psicosocial y la política. El carácter participativo de las metodologías etnográficas es un punto de partida crucial para la transformación de las estrategias metodológicas, en la búsqueda de complementariedad entre la investigación socio-antropológica y la artística (Citro et al., 2016). Se han desarrollado “instalaciones performáticas” que refuerzan el carácter participativo de la investigación.

Desde 2012, Citro y su equipo experimentan con distintas modalidades performáticas en investigación en contextos académicos, artísticos y sociales (Roa, 2015; 2016, en Citro et al., 2016) y en procesos de investigación participación (Gómez, Greco y Torres Agüero, 2012; Greco, 2013; citados en Citro et al. 2016), cuyo objetivo es lograr “transformaciones micropolíticas”, que se expresan en ensayos para la reparación y la sanación.

Citro propone que estas instalaciones permiten maneras alternativas de comunicación (no verbal) y reflexividades más corporizadas que facilitan el reconocimiento de violencias silenciadas e invisibilizadas, puesto que “el estudio de las performances culturales y los usos del cuerpo permite complementar los datos aportados por los discursos de los actores” (Citro, 2009, p.33). En este enfoque, la cultura “deja de pensarse a partir del modelo del texto para analizarse desde el punto de vista de lo performativo, como prácticas dinámicas mediadas por los cuerpos” (Citro, 2009, p.33).

La propuesta metodológica corporal para el estudio de la migración clandestina se analizará disciplinarmente desde la antropología del cuerpo, siguiendo a diversos autores, como Merleau Ponty, quien plantea que la corporalidad permite un diálogo activo con el universo circundante. El autor propone el concepto de corporalidad fenoménica o faceta vivida del cuerpo o cuerpo experimentado en primera persona (1945). Bourdieu (1977, 1990) describe cómo el proceso duradero de mimesis contribuye a la memoria corporal, permitiendo el estudio de las sensaciones en tanto disposiciones corporales asociadas al habitus. Csordas, tomando a los dos autores precedentes, desarrolla el concepto de *embodiment*, o corporización, que se ha vuelto central en el estudio actual del cuerpo, aunque algunos autores prefieren el de *bodiliness*, corporalidad (Csordas, 1990). Este enfoque, supera la idea de que lo social se inscribe en el cuerpo, para considerar lo corporal como auténtico campo de la cultura (*ground of culture*), como “punto de partida para repensar la naturaleza de la cultura y nuestra situación existencial como seres culturales” (Escribano, 2011, p. 96).

Por otra parte, el concepto de *mindful body*, o cuerpo consciente, acuñada por Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987), permite comprender la conjunción entre procesos racionales, emocionales y corporales. Dicha propuesta plantea tres perspectivas a partir de las cuales el cuerpo puede ser analizado: el cuerpo yo, el cuerpo social y el cuerpo político. Otras propuestas analíticas a partir de la corporalidad son la de la antropología encarnada de Esteban (2004) quien invita a comprobar en la práctica, lo que supone que mujeres y hombres sean agentes sociales y de su propia vida a través de su cuerpo, refiriéndose al concepto de *agency*, que surge dentro de la consideración de los sujetos como agentes sociales. Por último, Barraza agrega que las y los migrantes construyen y reconstruyen nuevos significados en torno a su ser en movilidad, cuyos “cuerpos agentes buscan re-comenzar y re-aprender la vida” (2015, p. 34).

El recorrido experimental metodológico para un contexto y fenómeno particular

El diseño de la investigación incorporó una intervención del colectivo de Teatro Espontáneo Transhumantes, con el que se había trabajado el año 2009, ocasión en que se participó en la elaboración de una jornada del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), en el marco de la tesis doctoral de la autora principal. En aquella ocasión, desde el SSMC se sugirió trabajar con esta técnica y el colectivo fue contratado para realizar el “Taller de sensibilización para funcionarios de los servicios de Salud en atención a migrantes, a través del teatro espontáneo”. Este se realizó durante una mañana de 4 horas y asistieron unos 60 profesionales de la salud y administrativos de atención primaria. El objetivo fue “Sensibilizar y promover conciencia en los equipos del sistema de acogida de la Red de Salud SSMC, sobre habilidades y competencias para la adecuada acogida, orientación, atención e integración de personas migrantes”. Era importante en aquellos años plantear el tema de la inmigración en el sector, ya que habían ocurrido discriminaciones hacia la población migrante, que revelaban desconocimiento del fenómeno y un nacionalismo y racismo latente hacia la población extranjera, proveniente de países vecinos y asociada al origen indígena (Liberona, 2012). La principal conclusión fue que a través del TE era posible “ponerse en el lugar del otro”, empatizar y lograr sensibilizar a los/as funcionarios/as de salud en materia migratoria.

El 2016 se retoma contacto con Transhumantes, que solicitó apoyo para postular a un concurso Fondart, en el que requerían una contraparte en Iquique, para intervenir en diferentes espacios. Entonces, el equipo de investigación trabajaba el tema migratorio en una “toma” (asentamiento informal) de Alto Hospicio (provincia de Iquique), pero también con el área de salud, mediante el Servicio de Salud Iquique (SSI) y vinculada a algunos colegios. El proyecto se llamó Migraciones espontáneas y los temas propuestos fueron “La migración como riqueza y el racismo como problema social”. En una ocasión, la autora principal formaba parte del público, entre estudiantes de Pedagogía Intercultural Bilingüe de la Universidad Arturo Prat, la mayoría de origen aymara. Preguntaron si alguien quería contar alguna historia en la que se hubiese experimentado el racismo, entonces relató una escena en que policías franceses la bajaron violentamente del metro parisino, acusándola de haber robado. La escena era corta, pero se resolvía cuando decían que la habían confundido con una chica rumana y llorando respondió que se iba más triste aún de saber cómo la tratarían a ella. Esta experiencia había marcado su vida, desde entonces trabajaba con migrantes. Al ver la historia representada por el colectivo, la sensación fue muy agradable, sintió que se resolvía el sentimiento de injusticia que había vivido hacía más de diez años. La sensación fue que todas las personas presentes habían percibido lo que había vivido y eso validó la historia individual de forma colectiva, sin necesidad de hablar explícitamente de una violencia policial. Se entendió porque existía

un lenguaje mucho más directo y común: la representación espontánea de la historia.

En cada una de las intervenciones las experiencias y conclusiones fueron distintas. La diferencia la marcó el público y esto se debe a las características intrínsecas de esta técnica, que otorga al público un rol protagónico, incentivando la participación y creatividad. Aquella fue una experiencia enriquecedora que motivó al equipo a pensar en la posibilidad de utilizar el TE para realizar una investigación de mayor envergadura, que genere una propuesta metodológica corporal para el estudio de la migración clandestina desde la antropología.

Aquí un extracto del texto proporcionado por el colectivo Transhumantes, sobre su labor:

“El Teatro Espontáneo se ofrece a la comunidad y reconoce sus raíces en el teatro de la espontaneidad, creado por Jacobo Levy Moreno a principios del siglo XX [...] el Psicodrama Público es una experiencia comunitaria, que rescata las raíces de la ciudadanía como fuente promotora de la salud y de participación en la vida social, por medio del empoderamiento colectivo de herramientas artísticas con implicancias terapéuticas, así como de construcción de espacios de debate y reflexión de ideas e historias. [...] esta participación mueve a los sujetos desde una actitud pasiva -de víctima de las circunstancias-, hacia una actitud protagónica y responsable. En este tipo de actividad, los actores como los directores están al servicio de los dramaturgos presentes en la función representados por el público. Aquí se concibe la acción dramática como un facilitador para el surgimiento de la creatividad, la transformación y el intercambio de ideas por parte de los participantes desde sus propias percepciones y discursos, lo que permite abordar este espacio desde una mirada estética, constructiva y lúdica”. (Informe Transhumantes, 2009)

La opción de una metodología corporal para el estudio de la migración clandestina proviene igualmente de la valoración por la expresión corporal, debido al amor por la danza de la autora principal. En su trabajo sobre el rol de la fiesta y la danza en la construcción de la identidad latina en París, incorporó a Maus (1950), quien establece una lista de “técnicas del cuerpo”, que son para el autor la forma en que “los hombres y las sociedades” saben servirse de sus cuerpos y las transmiten oralmente. Mauss plantea que la danza es al mismo tiempo un ejercicio corporal cargado de simbolismos comprensibles por una interpretación mental. Schott-Billmann (2000) por su parte afirma que la danza resucita la memoria corporal olvidada, ya que “a nivel cenestésico, el feto recibe los movimientos de la madre, el balanceo”. La cenestesia es la denominación dada al conjunto vago de sensaciones que un individuo posee de su cuerpo. Estas sensaciones están relacionadas principalmente con la interocepción, proporcionadas por sus órganos internos y en las cuales no intervienen

los sentidos del tacto, del olfato, del oído, ni de la vista. Por tanto, también puede definirse como la sensación general de la existencia del propio cuerpo, elemento básico para esta investigación.

A esto se suma una reflexión sobre el arte y la investigación iniciada en 2015, a partir de un proyecto literario de investigación con migrantes. En este proyecto se consideraron escritos, en distintos formatos, de personas migrantes que les gusta escribir, incluso de inmigrantes que se iniciaban en la alfabetización desde la cárcel. El objetivo era captar la dimensión artística de la inmigración y considerar el potencial creador de personas consideradas únicamente como mano de obra. El libro resultante invita a destacar la capacidad creativa de la investigación misma, que tuvo que innovar metodológicamente para adaptarse al trabajo de campo, que nos revela otras dimensiones de la experiencia migratoria y transfronteriza. Aquí se postula que el arte literario es una metodología de investigación social y viceversa pues “el método científico en términos generales y la capacidad para investigar son, primero que nada, un oficio, una artesanía, un arte” (Durand, 2012, p. 47). Además, el arte permite llegar a un público más amplio que el medio académico, al que se dirige tradicionalmente la antropología. En lugar de una entrevista, estas técnicas facilitan un intercambio de ideas posibles de direccionar. Este formato de expresión artística, permite plasmar la subjetividad de los/as participantes, así como reconstituir escenas, pero también movimientos, gestos y ritmos.

Propuesta metodológica de intervención con Teatro Espontáneo (TE)

Se organizó una sesión previa a la intervención con TE, a la que asistieron los equipos de investigadores/as, los actores, las actrices y un músico. Además, se solicitó la participación de dos facilitadores migrantes, quienes serían orientados para actuar en la intervención, rol asumido por dos dirigentes migrantes con las que se trabaja habitualmente. Desde la presentación se comienza con la dinámica que propuso el colectivo, que consiste en tres momentos: el caldeamiento, la dramatización y el teatro debate.

El primer momento es, dentro de la metodología del TE, la primera etapa del trabajo grupal, consiste en juegos y dinámicas. El caldeamiento permite mostrar las primeras aproximaciones sobre las tensiones o facilidades que circulan dentro de la grupalidad. Es una etapa donde todas las condiciones espaciales, interpersonales, de discurso y de participación son fundamentales y relevantes, pues cualquier intervención en uno u otro sentido puede determinar los contenidos de toda la sesión, que se “caldean” para entrar al escenario grupal, en los cuerpos de los participantes.

El segundo momento hace alusión a “drama” como “puesta en acción”. Principalmente la grupalidad lleva a escenas los contenidos que han emergido desde ellos y les permite tener un escenario donde expresar sus ideas, emociones, sensaciones y opiniones sobre los temas que se han preparado en la etapa anterior.

En el tercer momento, el “teatro debate” es el dispositivo principal y es usado para facilitar el compartir y la explicitación de diferencias frente a los temas de las escenas o surgidos producto de los dos momentos anteriores. Es una etapa de cierre de la actividad, y a la vez es un dispositivo que genera la apertura de temas presentes en la comunidad o grupo, de una manera abierta y explícita. El fin es dejar en los/as participantes inquietudes movilizadoras de contenidos que permitan generar nuevos aprendizajes.

El colectivo propuso al equipo de investigación si alguien quería participar como actor en la intervención con migrantes, que duraría dos días, ante lo cual el co-autor de este artículo aceptó, proponiendo realizar una autoetnografía. Esta sirvió para entender y conocer algunos de los procesos internos del dispositivo de TE, los que serán abordados en otro manuscrito, pero también para comprender el rol de la “catarsis integradora”. En la catarsis, las personas son empujadas a contar sus experiencias traumáticas o padecimientos. El objetivo es no dejar abierta la herida cuando se verbaliza sino generar un espacio para la contención colectiva, permitiendo sacar afuera sensaciones, emociones y narraciones para hacer una catarsis integradora: “yo veo al otro y me siento acompañado por el otro, que ya vivió lo mismo que yo” (Cuaderno de campo. Riquelme, agosto 2018).

La subjetividad en la experiencia del tráfico: ignominia, racismo y capacidad de agencia

En este apartado buscaremos responder a los objetivos de investigación, para lo cual se consideró la dimensión de la subjetividad a partir de la situación o estado que deriva de la experiencia total del tráfico o migración clandestina en tránsito. Las experiencias de la intervención con TE serán abordadas a partir de tres conceptos analíticos: ignominia, racismo y capacidad de agencia.

Ignominia

El primer concepto es el de ignominia, entendida como una ofensa grave que sufre el honor o la dignidad de una persona. Los resultados de la investigación de Liberona (2015) demostraron que las personas que cruzan la frontera con la ayuda de “coyotes” viven situaciones de extremo despojo de sus pertenencias, pero también de sus cuerpos. La transacción económica implica su entrega total al “coyote”. Esta situación de extrema vulnerabilidad, en la que ya nada les pertenece ha sido verificada mediante la metodología con TE. Se experimentó a través de las escenas sobre el traslado y cruce de fronteras de forma clandestina, pero especialmente a partir de la expresividad corporal cuando relatan sus propias historias u observan la puesta en escena de éstas por los actores y actrices.

K tuvo su cartera apretada contra el cuerpo durante toda la sesión, no la soltó ni se relajó hasta que llegó su amiga C, quien llegó atrasada y fue la protagonista de la dramatización ese día. K envuelta en la tela naranja que se usó en la dinámica del inicio para armar el mapa de América latina y el Caribe, se protegía con República Dominicana. “Le hace el nudo a la tela naranja una y otra vez. Se guardó la tela en la cintura toda la sesión. Fue su caparazón. La amarraba y le hacía nudos, le hacía nudos, le hacía nudos”. (Notas de campo intervención TE, 24 de agosto 2018).

A través de su corporalidad, K manifiesta su cuerpo yo afectado por la ignominia que significó su tránsito desde República Dominicana hasta Chile. K no cuenta su experiencia frente a tanta gente desconocida, sin embargo, en las entrevistas previas relató haber sido secuestrada en la frontera por sus “coyotes”, quienes la dejaron junto a otras personas en un refugio en ruinas, en el altiplano andino. Cuando regresaron, los “coyotes” venían alcoholizados y traían cervezas para “compartir” con ellas, haciendo insinuaciones de tipo sexual a las mujeres y refiriéndose a las dominicanas como prostitutas. La intervención de TE demostró cuán afectado estaba su cuerpo yo, emocional.

“Mirada perdida, cara triste (y como aburrida). Se agarra la cabeza. Se agarra las rodillas y se mira las manos, estira los dedos, se toca los anillos. Cruza los dedos. Se refriega los ojos. Cuerpo apretado. Piernas que se tensan y tiemblan. Elige al más opuesto a ella (de los actores). Asentía con la cabeza cuando representaban su historia. Las amigas estaban tiesas, con mucha pena, metidas en la historia. Traga saliva, apretando la boca”. (Notas de campo intervención TE, 24 de agosto 2018).

La corporalidad de C mientras relata su historia expresa el dolor que provoca la rigidez de la frontera; en el temblor de sus piernas, en la incomodidad de los anillos que aprietan sus manos, en su cuerpo rígido al que le cuesta incluso tragar saliva. C cuenta que tuvo que trasladarse en un vehículo sin asientos, sentada sobre las maletas y cargando a otras personas adultas sobre sus piernas. Este dolor quedó marcado en sus piernas. Luego, cuenta otro tipo de dolor, el de no poder viajar a República Dominicana cuando muere su padre, por ser migrante clandestina.

La vida clandestina se involucra en cada aspecto de la vida privada, desde el rol de hija imposibilitada de viajar al funeral del padre, al de madre imposibilitada de cruzar la frontera con sus hijas por tener una prohibición de ingreso judicial a Chile. En ambos casos, el cuerpo experimenta la negación de la movilidad, una forma de ignominia que inmoviliza. Los cuerpos quedan apretados cuando se vuelve a tocar el tema. Pero la representación y la catarsis integradora permiten un cierre restaurador, como en el caso de G.

G ve en escena la separación de sus hijas que vivió en la frontera, en su caso, todos/as los/as espectadores/as pudieron revivir el rol coercitivo de ésta, en el que la dignidad de madre no tiene lugar. El marido de G obtuvo una visa de trabajo en Chile, motivo por el cual mandó a buscar a su mujer y a sus hijas. Al llegar a la frontera, a G le niegan el ingreso a Chile. El padre ingresa con sus hijas. Sólo importaba a los agentes del control fronterizo (PDI) cumplir su mandato de filtrar a los cuerpos indeseados, produciendo el escenario perfecto para la ilegalidad (De Génova, 2002). El cuerpo social y el cuerpo político de los y las presentes se ve esta vez interpelado en una catarsis integradora, en la que G complementó información que no había dicho en entrevistas previas. El ambiente colectivo cambió, no hay tristeza, sino rabia y ganas de actuar. Se produce un empoderamiento debido a la consciencia colectiva de la experiencia compartida.

Racismo

Otro de los conceptos analíticos útiles para interpretar la experiencia de la migración clandestina en tránsito hacia Chile es el racismo. Esto debido al estigma histórico hacia la población negra e indígena y también a la imagen que transmiten los medios sobre las personas traficadas. La inmigración dominicana estuvo en la mira cuando comenzó a hablarse de tráfico de migrantes en Chile. Si bien, datos del DEM demostraron un incremento del ingreso clandestino y de la permanencia irregular de esta población, “debido a la imposición de visa consular en el año 2012” (DEM, 2016, p. 3), no era el único grupo que ingresaba al país producto del tráfico. Entonces, ¿cuál era la verdadera razón por la que este grupo estaba en la mira? Los resultados de la investigación realizada por Galaz y Rubilar indican que la población dominicana es principalmente víctima de discriminaciones raciales, y en particular,

“Estas acciones afectan en mayor medida a las mujeres afrodescendientes, por lo que la variable de género interviene junto a la categoría de raza, siendo los cuerpos de estas mujeres entendidos como “naturalmente” más visibles por sus atributos físicos, lo que les impediría pasar desapercibidas y por ende se encontrarían expuestas a mayores riesgos”. (DEM, 2016, p. 17)

Esto permite reflexionar sobre la particularidad de la experiencia de dos mujeres, cuya sexualización vivida se evidencia cuando C relata el miedo permanente a ser violada durante el tránsito hacia Chile. Sucede lo mismo en la experiencia de violencia de género vivida por K en el cruce de la frontera entre Bolivia y Chile. La corporalidad de ambas da cuenta del dolor de haber sido tratadas como objetos sexuales y también de la incertidumbre ante la vulnerabilidad de su dependencia de los “coyotes”. Sin embargo, ambas viajan acompañadas de otras mujeres, lo que

se presenta como una estrategia de resistencia. Entendemos la sexualización como producto de la racialización, siguiendo a Barraza: “el imaginario sobre las “raza” se elabora constantemente y se reconstituye con un fin, es un proceso llamado racialización, en tanto “operación política que busca jerarquizar la alteridad” (2015, p. 39).

En la zona transfronteriza entre Perú, Bolivia y Chile, la migración afrodescendiente experimenta un proceso de racialización importante (Liberona, 2015), al constituir una alteridad absoluta que se refuerza con las políticas migratorias, como la imposición de la visa consular. Esta visa afecta únicamente a ciertos grupos, provocando un aumento del tráfico y una jerarquización racista. Los/as espectadores/as reviven este racismo y aprecian la revalorización del país de origen que el dispositivo ofreció a C mediante la improvisación de poemas, canciones y danzas, después de su relato. Este regalo liberó la emoción contenida en el cuerpo y permitió cerrar la sesión en calma.

Capacidad de agencia

Durante el tránsito, se cruzan distintas fronteras y marcos jurídicos de los diferentes países. Cada uno de estos cruces se va acumulando en la memoria corporal de las personas, así el trayecto y la vida clandestina se van asociando tanto a la incertidumbre, el miedo, la impotencia, la pérdida de derechos, como también a la fortaleza, el coraje, la esperanza. Y esas sensaciones y/o emociones son experimentadas por el cuerpo. Siguiendo a Citro,

“esa corporalidad compleja es fruto de historias y contextos afectivo-familiares y socioculturales que se inscriben poderosamente en nuestra carne y la delimita a partir de múltiples, reiteradas y sutiles relaciones a la vez que esa misma carne es sede de nuestra agencia, creatividad, singularidad subjetiva, e incluso de nuestra resistencia político cultural” (2014, p. 11).

Esta “corporización” se vio manifestada cuando fue el turno de Y, quien, a pesar de relatar la dura experiencia de atravesar Guyana con su hi”jo e hija, sin tener ninguna certeza de que llegarían bien a puerto, expresa que fue la necesidad de lograr su objetivo, lo que siempre la mantuvo en alerta. Esta motivación le permitió trabajar durante el trayecto cuando se le acabó el dinero y enfrentar múltiples dificultades hasta el último momento del ingreso a Chile a pie, por el desierto costero, de noche. ¿Qué pasa con el cuerpo de Y? Se alegra, se ríe de lo que le brinda el dispositivo, que la muestra como la mujer empoderada, colorida, con sazón y fuerza. Esto le devolvió la esperanza que tenía en el tránsito y que a veces pierde en la tormentosa vida clandestina en Chile. Esta catarsis integradora le permitió afirmar que no va a flaquear, que seguirá luchando con la gente de AMPRO.

Ante las dificultades, el cuerpo de Y demuestra su capacidad de agencia que, para Esteban (2004), es la desigualdad social y el empoderamiento, en tanto componentes del cuerpo que están en lucha. La agencia, entendida por Arendt como la capacidad de “actuar” (1998) que, en su sentido más general, significa tomar una iniciativa, comenzar, poner algo en movimiento. Esto permite pensar a la persona traficada como un agente, que actúa y provoca cambios. Esta capacidad es propia de quien ha tomado la decisión de partir de su lugar de origen, enfrentando todo tipo de obstáculos, con el único fin de cambiar/mejorar sus condiciones de vida. El cuerpo en movilidad se pone a prueba, experimentando riesgos inesperados, pero que se van asumiendo por un objetivo, cumplir un proyecto migratorio, individual o familiar. “Así, la decisión de migrar implica en sí misma una reflexión corporizada en la que el cuerpo es (re)situado como un espacio propio y como un factor de empoderamiento” (Barraza, 2015). Sin embargo, para Arendt la acción se realiza en el espacio público, que es el lugar de la comunicación, la conformación y la libertad política entre iguales. Compartir las experiencias en la intervención de TE permite que las personas se vuelvan agentes en el espacio público. Un espacio que por su condición de clandestinidad les es negado. En este espacio colectivo, sus relatos son revalidados y por tanto resignificados.

La resignificación a la que se refiere Barraza se logró en el caldeamiento del segundo día, cuando los/as participantes ya se conocían y la dinámica hizo que los cuerpos se movilen a través del juego con telas y música. Progresivamente se fue produciendo una escena ficticia que comenzó lúdicamente y de a poco pareció rememorar otras migraciones. Es una escena en la que todos/as son el mar y en la que los/as migrantes llegan a tierra sedientos/as, pero felices de no haber muerto ahogados/as. En esta escena en la que todos/as participan, hay una agencia que se expresa colectivamente. La sensación que queda es que el trabajo en comunidad permite resistir y resignificar las estructuras hegemónicas que intentan disciplinar nuestros cuerpos en movilidad. Cuerpos que quieren trabajar para un mejor futuro, por los/as hijos/as, por las familias que quedaron en el país de origen. El tortuoso trayecto queda atrás, ahora, en el presente me uno y lucho por mis derechos, pero también me permito re-existir, gozar de la vida y celebrarla con música y danza, tal como culminó la intervención.

Conclusión

El objetivo de este manuscrito era, primeramente, presentar una propuesta metodológica corporal para el estudio de la migración clandestina desde la antropología y, luego, intentar responder a dos objetivos de una investigación mayor sobre el tráfico de migrantes. El enfoque para estudiar este tema es dejar de considerarlo desde la óptica penal, pues pone énfasis en el delito cometido por la persona que migra “voluntariamente” de forma clandestina. Contrariamente, este trabajo considera

que la migración clandestina en tránsito es una situación de extrema vulnerabilidad, de despojo, la que fue verificada mediante la metodología con TE. Se experimentó a través de las escenas sobre el traslado y cruce de fronteras clandestino, pero especialmente a partir de la expresividad corporal cuando relatan sus propias historias u observan la puesta en escena de éstas por los actores y actrices.

En cuanto al primer objetivo, se logró responder al desafío de la antropología de la migración clandestina enunciado por Meneses, al analizar el impacto de la política migratoria en los cuerpos de los/as migrantes traficados/as, interpretando su corporalidad con técnicas que facilitan un intercambio de ideas posibles de direccionar. Además, se sistematizó la trayectoria de la autora principal que conlleva a esta propuesta metodológica, la que articula investigación social colaborativa y arte, demostrando que se cubre un vacío en las ciencias sociales a partir de una aproximación etnográfica y autoetnográfica. Asimismo, este ejercicio permitió la validación de la metodología a partir de tres constataciones: mediante la intervención con Teatro Espontáneo se logró indagar en dimensiones de la subjetividad que no habían aparecido en entrevistas previas, tales como la ignominia, el racismo y la agencia.

La segunda constatación es que los resultados de esta metodología corporal de investigación permiten responder parcialmente a dos objetivos del proyecto: 1. la capacidad de agencia que se despliega en el proceso del tráfico da cuenta de las estrategias que —desde el cuerpo— se ponen en marcha para resistir, negociar y resignificar las estructuras hegemónicas que intentan disciplinar a los cuerpos que experimentan “neo-movilidades alternativas”. Estas son por ejemplo las estrategias de resistencia que las llevan a protegerse ante las amenazas/abusos migrando en compañía de otras mujeres; sin separarse o trabajar en el camino cuando han quedado sin dinero para seguir el trayecto. Se observa también la imposibilidad de generar estrategias de negociación con los “coyotes” y las autoridades, propiciando la “ilegalidad”.

Este formato de expresión artística permite plasmar la subjetividad de los/as participantes, así como reconstituir escenas, pero también movimientos, gestos y ritmos, que hacen resucitar la memoria corporal olvidada, a través de la cenestesia. Así, por ejemplo, el cuerpo yo, afectado por la ignominia, experimenta la negación de la movilidad como una forma de inmovilidad del cuerpo, representada por la emoción contenida en el cuerpo. Asimismo, el análisis del proceso de racialización que experimentan las personas traficadas, permite establecer una tipología de cuerpos que, en este caso, visibiliza un proceso de jerarquización de la alteridad que se expresa en los cuerpos sexualizados de las mujeres afrodescendientes, que sufren la amenaza de la violencia sexual de los “coyotes”.

Finalmente, la tercera constatación es que las personas que participaron de la investigación corpórea vivieron una experiencia de resignificación de las estructuras hegemónicas (el control y la legislación migratoria), al volverse agentes en el espacio público. Un espacio que por su condición de clandestinidad les es negado.

Así como en la voluntad de negociar un cambio de rol; el paso de ser migrante clandestina a ser activista política, luego de la experiencia colectiva de catarsis integradora ofrecida por el TE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Velasco, S. (2009). Transitando en la clandestinidad: Análisis de la migración indocumentada en tránsito por la frontera sur mexicana. *Andina Migrante*, 4, 2-10.
- Arendt, H. (1998). *La condición humana*. Paidós.
- Barraza, R. (2015). Cuerpos que (sí) importan: Mujeres migrantes y trabajo doméstico en la frontera sur de México. *Revista Corpo-grafías: Estudios críticos de y desde los cuerpos*, 2(2), 30-49.
- Becerra, M. (2018). *Migrantes y salud mental: Discursos clínicos de los/as profesionales y sus efectos en las prácticas* (Tesis doctoral). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice* (R. Nice, Trad.). Stanford University Press.
- Canevaro, S., & Gavazzo, N. (2009). Corporalidades de la migración: Performances e identificaciones bolivianas y peruanas en Buenos Aires. *Espazo Plural*, 10(20), 31-40.
- Citro, S. (2009). *Cuerpos significantes: Travesías de una etnografía dialéctica*.
- Citro, S. (2014). Cuerpos significantes: Nuevas travesías dialécticas. *Revista Corpo-grafías: Estudios críticos de y desde los cuerpos*, 1(1).
- Citro, S., & Equipo de Antropología del Cuerpo y la Performance UBA. (2016). Las performances en las metodologías de investigación participativa. En *2das. Jornadas de Investigación: Cuerpo, Arte y Comunicación. Metodologías y métodos. Panel: La investigación acción participativa*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina, 12 y 13 de julio de 2016.
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- De Genova, N. (2002). Migrant “illegality” and deportability in everyday life. *Annual Review of Anthropology*, 31, 419-447.
- Departamento de Extranjería y Migración (DEM). (2016). *Migración dominicana en Chile: Boletín informativo n°2*.
- Durand, J. (2012). El oficio del investigador. En M. Ariza & L. Velasco (Eds.), *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: Por los caminos de la investigación sobre migración internacional*, 47-75. IIS-UNAM, COLFRON.
- Eguiguren, M. M. (2017). Los estudios de la migración en Ecuador: Del desarrollo nacional a las movilidades. *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, 58, 59-81. <https://doi.org/10.17141/iconos.58.2017.2497>
- Esteban, M. (2004). Antropología encarnada: Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC*, 12, junio.
- Escribano, X. (2011). Fenomenología y antropología de la corporalidad en Bernhard Waldenfels. *Ética & Política/Ethics & Politics*, 13(1), 86-98.
- Guizardi, M., López, E., Nazal, E., & Valdebenito, F. (2017). Fronteras, género y patriarcado: Discusiones teóricas para replantear el transnacionalismo migrante. *Límite: Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(38), 22-38.

- Guizardi, M., & Nazal, E. (2017). Genealogías teóricas del transnacionalismo migrante: Apuntes para una revisión antropológica crítica. *Papeles de Trabajo - Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, 33(33), 1–28.
- Kovic, C., Kelly, J., & Melgar, L. (2006). Fronteras seguras, cuerpos vulnerables: Migración y género en la frontera sur. *Debate Feminista*, 33, 69–83.
- Liberona, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: Conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 28, 1–38.
- Liberona, N. (2015). La frontera cedazo y el desierto como aliado: Prácticas institucionales racistas en el ingreso a Chile. *Polis: Revista Latinoamericana*, 42. <https://polis.revues.org/11308#quotation>
- Liberona, N. (2020). El rol de las fronteras en el fenómeno del tráfico de migrantes. En H. Dilla & F. Neira (Eds.), *Hacia una teoría de las fronteras latinoamericanas* (pp. xx-xx). INTE-UNAP/CIALC-UNAM.
- López Fernández, V. (2018). Diásporas trans: Fronteras corporeizadas y tránsito(s) migratorios en México. *Cuicuilco: Revista de Ciencias Antropológicas*, 25(71), 9–34.
- Guizardi, M., & Garcés, A. (2013). *Circuitos migrantes: Itinerarios y formación de redes migratorias entre Perú, Bolivia, Chile y Argentina en el norte grande chileno*.
- Mansilla, R., & Imilan, W. A. (2018). Reterritorializaciones migrantes: Migrant reterritorializations through body and its expressions. *Estudios Atacameños: Arqueología y Antropología Surandinas*, 241–256.
- Martinicorena, L. (2014). Trans-Migrantes: Frontera(s), viaje(s), cuerpo(s) y género(s). *Revista Latino-americana de Geografía e Género - UEPG*, 19–32.
- Mauss, M. (1950). *Sociologie et anthropologie*. Quadrige, PUF.
- Meneses, G. A. (2019). La antropología de las migraciones clandestinas en tiempos de neomovilidades alternativas y el muro de Donald Trump. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(13), 16–31.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Obelar, S. M., & Casal, J. D. (2017). Migración y transexualidad: Fronteras y tránsitos corporales y geográficos. *Anduli: Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 16, 35–51.
- Posada, G. (2009). Refugiados y desplazados forzados: Categorías de la migración forzada creadas como medidas de contención a las migraciones no deseadas. *Estudios Políticos*, 35, 131–152.
- Ramírez, J., & Álvarez, S. (2009). Cruzando fronteras: Una aproximación etnográfica a la migración clandestina ecuatoriana en tránsito hacia Estados Unidos. *CONFLUENZE*, 1(1), 89–113.
- Santos Fraile, S. (2007). La comunidad sikh en Barcelona: Una aproximación etnográfica. *March*, 133.
- Silva, A. L. (2008). Pesquisa-ação participante no processo de empowerment de mulheres brasileiras no contexto da migração internacional. *Escola Anna Nery*, 12(4), 750. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400020>
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6–41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Schott-Billmann, S. (2000). *Le besoin de danser*. Odile Jacob.
- Tijoux Merino, M. E., & Palominos Mandiola, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis (Santiago)*, 14(42), 247–275. <https://doi.org/10.4067/s0718-65682015000300012>
- Tyldum, G., & Brunovskis, A. (2005). Describing the unobserved: Methodological challenges in empirical studies on human trafficking. *International Migration*, 43(1-2), 17–34.

CAPÍTULO 9

Más allá de la sala de clases. El desarrollo de competencias estructurales colectivas en el activismo pro migrante³¹

Carlos Piñones Rivera, Nanette Liberona,
Verónica Jiménez, Marioly Corona,
Eduardo García

La educación como práctica de la libertad, al contrario de aquella que es práctica de la dominación, implica la negación del hombre abstracto, aislado, suelto, desligado del mundo, así como la negación del mundo como una realidad ausente de los hombres (Freire, 2012, p. 61)

En los talleres de formación en competencias estructurales, muchas veces organizamos el proceso enseñanza-aprendizaje como si tratáramos con personas abstractas, aisladas, desligadas del mundo. Al hacerlo así, pareciera como si el mundo fuera una realidad ausente de estos hombres y mujeres. Este artículo busca reflexionar sobre este problema, para lo cual utiliza una estrategia inusual. La formación en competencias estructurales usualmente se desarrolla en un espacio académico abstraído del mundo, en el que son convocados estudiantes o profesionales de la salud, para que desarrollen competencias que se supone no tienen, conducentes a desarrollar una conciencia de los problemas y a imaginar intervenciones estructurales a aplicar en un eventual acercamiento futuro a la comunidad. Nuestro punto de partida es exactamente el inverso: tomamos una experiencia concreta, en que las protagonistas son dirigentes migrantes; reconocemos que las competencias estructurales ya están desarrolladas, y buscamos objetivar y entender el proceso reflexivo, crítico y situado con su propia realidad, que está en el origen de dichas competencias. Se trata de entender, por tanto, un proceso de desarrollo de competencias estructurales, “más allá de la sala de clases”, evocando a través de esta expresión, aquellos procesos de desarrollo de competencias estructurales que no están estructurados

³¹ Publicado originalmente en inglés en 2023. “Beyond the classroom: The development of collective structural competency in pro-migrant activism”, *Global Public Health*, 18(1).

en base a la certificación, ni se orientan por las ofertas o exigencias de los mercados de trabajo sanitario.

Con esta finalidad analizamos el desarrollo de competencias estructurales en una organización dedicada a la defensa de los derechos de las personas migrantes en el norte de Chile: La Asamblea Abierta de Migrantes y Pro-Migrantes (AMPRO). Para esto realizamos reflexiones grupales sobre la propia experiencia histórica de AMPRO, convocando a dirigentes migrantes de la organización. Este ejercicio nos permite constatar que, a través de su historia de lucha, AMPRO ha ido desarrollando una serie de competencias estructurales, dando cumplimiento a los objetivos propios de una instancia formal de desarrollo de dichas competencias. Asimismo, constatamos el alcance de otros objetivos, no formulados en las propuestas canónicas de las competencias estructurales, y que nos parecen fundamentales para la lucha contra la inequidad en salud de las poblaciones migrantes. Por lo mismo, emergen interrogantes sobre los alcances y límites de la propuesta de desarrollo de competencias estructurales, así como del modelo de educación basado en competencias, que está a su base.

El artículo presenta primero una pequeña reseña histórica de la organización y muestra el desarrollo de competencias estructurales en la misma. Luego reflexiona sobre el desarrollo de cierto tipo de competencias que desbordan el marco usual de las competencias estructurales y que aquí trabajamos bajo el concepto de *competencias estructurales colectivas*. Finalizamos compartiendo nuestras reflexiones respecto de los supuestos presentes en la educación médica basada en competencias, así como algunos de sus alcances y limitaciones, a la luz del diálogo con y dentro de AMPRO.

La Asamblea Abierta de Migrantes y Pro-Migrantes: una experiencia en el mundo

La Asamblea Abierta de Migrantes y Promigrantes de Tarapacá (AMPRO) es una organización social autogestionada, sin fines de lucro ni personalidad jurídica, que tiene sus orígenes en torno al año 2015 y cuyos objetivos son defender los derechos de las personas migrantes. AMPRO trabaja con organizaciones, asociaciones, sindicatos, instituciones y personas independientes, sin importar su nacionalidad. La organización es parte de la Red Nacional de Organizaciones Migrantes y Pro Migrantes desde el año 2017. AMPRO funciona en coordinación con esta Red, poniendo en la agenda comunicativa y social temas y noticias relativas a la vulneración de derechos de la población migrante en Chile a través de comunicados públicos que se difunden por redes sociales. Opera de manera regional y comunal en Tarapacá, brindando apoyo social, jurídico migratorio y laboral, asistencia psicosocial y de salud, acompañando a las personas migrantes a exigir sus derechos. También despliega actividades en el ámbito educacional y cultural, trabajando con la

población en el territorio, especialmente con quienes viven y transitan por Iquique y Alto Hospicio.

AMPRO se ha ido consolidando a través de una serie de experiencias compartidas que hicieron madurar una comprensión sobre los problemas y necesidades de la población migrante que llegaba a la región de Tarapacá, así como de las herramientas necesarias para abordarlas. Previo a su conformación como tal, sus dirigentes participaron en instancias de diálogo con autoridades políticas, entre las cuales destaca el trabajo que dio origen a un informe de indicaciones para un proyecto de ley de Migraciones. Entre 2015 y 2016, en una alianza entre organizaciones migrantes y academia, se realizaron jornadas de revisión del proyecto de ley. Así se formó un primer grupo con intereses comunes, que identificó la necesidad de formar una organización que no estuviera centrada en el ámbito cultural, como la mayoría de las asociaciones de migrantes de la región.

Otro hito fundacional lo constituye la violenta experiencia de desalojo policial sufrida el año 2016 por unas 1200 familias, en su mayoría migrantes, que vivían en la Toma de La Pampa. En esa ocasión se solicitó expresa ayuda a la academia para abordar la problemática psicosocial experimentada por la población desalojada y reubicada en terrenos insalubres. Se presentaron acciones legales de protección de la población desalojada y se expusieron los problemas de habitabilidad y de insalubridad ante el Consejo Consultivo Migrante del Ministerio del Interior de Chile, el Ministerio de Salud de Chile y la Relatora para las Naciones Unidas por la Vivienda Adecuada. Asimismo, se inició un trabajo con el Colectivo de psicología crítica “Sembrando Dignidad”, realizando diversas intervenciones de apoyo psicosocial, a partir de la información levantada en conjunto a través del Censo local “Buen Vivir Sin Fronteras”, experiencia que dio origen a un libro (Liberona & Piñones Rivera, 2020).

A principios de 2017 se fundó AMPRO, en ocasión del primer encuentro de la Red Nacional de Organizaciones Migrantes y Promigrantes, realizado en la ciudad de Valparaíso. En 2018, AMPRO se consolida con la formación de una Escuela Popular de español para haitianos/as “Joanne Florvil”, en alianza con la mayor organización sindical del país, la CUT (Central Unitaria de Trabajadores). Asimismo, se posiciona en los medios locales mediante la difusión de actividades de solidaridad y de comunicados denunciando vulneración de derechos e injusticias. En 2019, AMPRO se fortalece con la llegada de nuevas organizaciones, como el Movimiento de Mujeres Migrantes de Tarapacá, y con los vínculos con otras organizaciones de la sociedad civil chilena, como AFEM (Asociación de Abogadas Feministas). Esto implicó que se encontrara totalmente en red durante la revuelta chilena del año 2019 (llamada “estallido social”) y luego, durante la pandemia de COVID 19. Lo que le permitió realizar un trabajo sostenido de apoyo a las familias migrantes a través de iniciativas de alimentación popular, autoorganizada y solidaria (llamadas en Chile “ollas comunes”), así como de la atención socio-jurídica usual.

Desde principios de 2020, AMPRO ha brindado diversas ayudas a la población migrante más afectada económicamente por la pandemia, organizando numerosas campañas de donaciones, entregando alimentos a comedores populares y “ollas comunes” de diversos sectores de Iquique, Alto Hospicio y Colchane (frontera). También se realizaron operativos de salud sexual y reproductiva en colaboración con colectivos feministas. En 2021 su labor se enfocó en brindar acompañamiento en un proceso de regularización migratoria excepcional, atendiendo a cientos de personas de forma presencial y gratuitamente, a pesar de las restricciones sanitarias. Asimismo, el trabajo colectivo se dedicó a la entrega de alimentación, agua, abrigo, medicamentos, entre otros, a familias venezolanas en desplazamiento forzado que ingresaron en gran número a Chile durante el cierre sanitario fronterizo. Las extremas condiciones de su llegada a Chile y la ausencia absoluta de inclusión por parte de las autoridades nacionales, hicieron que esta población quedara varada en las calles de la ciudad de Iquique, formándose campamentos en plazas y playas. Ante esta situación, se realizó en colaboración con la academia un diagnóstico de salud de la población migrante venezolana instalada en la plaza Brasil de Iquique, identificando la violencia estructural de la que es objeto (Liberona et al., 2021), informe que sirvió para visibilizar la grave situación y activar redes. Actualmente, se desarrollan proyectos con aportes de diversas organizaciones; desde el ámbito de la salud, junto a la Fundación de Educación Popular en Salud (EPES); con enfoque de género, promovido por el Fondo Alquimia; y apoyo a la diversidad sexual migrante, en conjunto con el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH).

Metodología

El presente artículo reflexiona sobre el trabajo colaborativo realizado en el seno de AMPRO, poniendo en diálogo crítico sus alcances, énfasis y supuestos con los parámetros propios de la propuesta de competencias estructurales. La idea es explorar la existencia de dichas competencias en esta organización, que no ha pasado por un proceso formal de capacitación en competencias estructurales, y que, no obstante, sostiene un trabajo profundo de lo que en este enfoque se llaman “intervenciones estructurales”.

Con esta finalidad realizamos reflexiones grupales sobre la propia experiencia de trabajo de AMPRO, convocando en dos ocasiones a dirigentes migrantes de la organización. Para facilitar el diálogo y objetivar el proceso, utilizamos las herramientas propuestas por el programa de formación en competencias estructurales del *Structural Competency Working Group* (SCWG) (Neff et al., 2020). Como parte del proceso de diálogo, leímos en conjunto y discutimos las definiciones de los conceptos de *Estructura social*, *Violencia Estructural*, *Racismo Estructural*, *Vulnerabilidad Estructural*, *Naturalización de la desigualdad*, *Marcos implícitos* y *Humildad Es-*

tructural, presentes en los materiales del SCWG (Neff et al., 2020), buscando darles pertinencia en relación a la propia experiencia y contextos local, regional y nacional chileno. El diálogo resultante, guiado por preguntas preparadas previamente, fue transcrito y codificado buscando constatar la presencia de contenidos que dan cuenta del desarrollo de competencias estructurales en el equipo. Asimismo, se utilizó una estrategia inductiva de codificación que permitió identificar otras competencias, que podemos considerar “Estructurales”.

El desarrollo de competencias estructurales fuera de la sala de clases

En lo que sigue constataremos el cumplimiento de los objetivos propios de un currículum de competencias estructurales (Neff et al., 2020). Para organizar la presentación de los datos, seguiremos el orden de los objetivos presentados en dicho material, incorporando citas que grafican su cumplimiento.

Identificar las influencias de las estructuras en la salud de los pacientes

El proceso de lucha contra la violencia estructural (Farmer, 2004; Farmer et al., 2006; Galtung, 1969) ha permitido desarrollar la capacidad de identificar los procesos indicados en el Structural Vulnerability Assessment Tool (Bourgois et al., 2017) como procesos que impactan en su estado de salud. De ese conjunto, existe una conciencia especialmente desarrollada respecto de cómo los procesos de *discriminación*, el *estatus legal* precarizado, la *residencia* y la *inseguridad económica* generan impactos en su salud. Asimismo, se identifica a la institucionalidad chilena como una importante fuente de perjuicio.

Quienes participan de AMPRO son capaces de identificar explícitamente cómo la discriminación incide en los problemas de salud. Y entienden que ella opera no solo en el plano interpersonal, sino también en el institucional.

“En sí la salud es mala para todos. Ahí, desde ahí hay que empezar, que la salud es mala para todos. ¿Cuál es la diferencia? En que la salud a los migrantes nos afecta el triple y más aún cuando hablamos de mujeres, porque se nos hipersexualiza otra vez, se nos idealiza como..., como una fuente. Si bien..., se nos habla en cifras de que es bueno que las mujeres inmigrantes entren al país porque la población chilena está envejeciendo... y como que tiene que haber una natalidad también. También se nos coarta esa natalidad ¿cierto?, como decir: ciertos niños sí, ciertas características de mujeres sí, ciertas no. Y más aún cuando son de descendencia de afro o son indígenas, estas no”.

Asimismo, existe una clara conciencia de cómo la institucionalidad segmenta la atención según criterios clasificatorios relacionados con jerarquías de clase, etnicidad, género y nacionalidad.

“de una u otra forma, también se les obliga a clasificarse: por ejemplo, yo he visto mucho cuando van los aymaras a hacerse atender en las consultas y no los quieren atender. Entonces dicen no, que tiene que ver un médico especialmente para usted. ¿Por qué? Porque están con sus polleras largas, en el caso de las mujeres [...] Entonces uno se pone a pensar: deja de ser médico, porque el médico no le interesa cómo venga mi paciente, o sea yo tengo que atender a mi paciente. Tiene que haber esa responsabilidad de que lo tengo que atender. Y lo mismo pasa con los migrantes: “No, atiéndelo tú”. O sea, no, no son capaces de diversificar y entender que la medicina tiene que ser un campo abierto, independiente de cómo venga el paciente. O sea, mi labor es que esta persona se sane, no identificarla por su color de piel, por cómo se viste, ni de dónde viene, si es pobre, si es rico, y según eso el trato”.

Identificar la influencia de las estructuras en el encuentro clínico

Algo similar ocurre respecto de la influencia de las estructuras en el encuentro clínico. Se levantaron relatos y reflexiones referidos tanto al racismo en la atención de salud, a la hipersexualización que se supone de la mujer migrante, como a la asimetría presente en la relación médico-paciente, en la que se supone que el profesional de la salud es quien tiene siempre la razón. Un aspecto importante a señalar es que la totalidad de los relatos corresponden a experiencias de violencia estructural sufridas en primera persona y la mayoría de ellas son negligencias médicas. Esto incluye experiencias tan crudas como la extirpación de útero sin consentimiento, o el nacimiento de un hijo con hipoxia. En general, las principales estructuras identificadas que afectan el encuentro clínico son el racismo contra la población migrante y la soberbia de los equipos de salud, traducido como una negativa a considerar el punto de vista y el conocimiento del paciente en el proceso de atención (Fassin, 2000; Cognet et Montgomery, 2012).

“Y sacábamos la conclusión que, en ese periodo, 2009, 2010, muchas mujeres en el hospital, de las mujeres inmigrantes o les hacían las cesáreas sin necesidad de ser cesáreas, o simplemente le sacaban el útero como el caso de la *Patricia*. Mi primo que se casó con esta niña colombiana, a ella le sacaron el útero y no se informaron como un año... cuando se fue a dar cuenta, le habían sacado toda la matriz. Y el doctor lo que dijo fue que ella estaba indocumentada, estaba en un proceso de regularización... y nunca quiso declarar porque tenía miedo. ¿Y cuántos casos más

hubieron así?, que nadie quiso declarar por lo mismo, porque el hospital le decía que, claro, era su palabra versus la del médico”.

Otro ejemplo:

Mi hija sufre de ovario poliquístico y cada vez que vamos al médico, le pasa lo mismo:

Médico: “Ah tiene 19 años, es extranjera ¿y no tiene niño?”

Paciente: “Ah ¿y porque tendría que tener niño?”

Médico: “Es que cada vez que vienen niñas extranjeras de tu edad, a los 19 ya tienen tres, cuatro niños, ¿entonces cómo tú no?”

Entonces ella sale furiosa. Es como que

Médico: “Ah ¿y cuántas veces has tenido relaciones sexuales?”

Paciente: “Pero bueno ¿y si no tengo?”

Médico: Pero ¡qué raro!

O sea, como que te cuestionan y la cuestionan siempre. Y eso es incómodo y aberrante, o sea ¿por qué no se me respeta también mi intimidad de respuesta? ¿Por qué siempre tengo que decir sí o no? ¿Por qué simplemente no puedo no contestar? Entonces cuando ella dice que no y le responde ¿Por qué? el “Por qué” a la final te aburre, es como que vas predispuesta y es así: “Mamá, te apuesto que me van a preguntar por qué no tengo hijos...” y dicho y hecho: el doctor pregunta “¿porque no tiene niños?”

Generar estrategias para responder a las influencias de las estructuras en la clínica

En base a experiencias como las mencionadas, se han desarrollado algunas estrategias de intervención desde AMPRO. Las que apuntan propiamente al espacio clínico no son muy numerosas. La principal consiste en que las dirigentas realizan un acompañamiento para hacer valer el derecho a la atención de salud. Así han logrado la atención, contrarrestando la muy frecuente denegación de atención a migrantes y en especial a quienes están en situación irregular. Si bien en Chile la Circular N° A15/06 del Ministerio de Salud autoriza la atención para mujeres embarazadas, menores de 18 años y casos de urgencia médica, independiente de su situación migratoria, aún se constata la negación de la atención. Y en ocasiones se ha exigido la autodenuncia como requisito para la atención, cuestión también ilegal (Cabieses et al. 2021; Liberona et al., 2021).

D: Ya prácticamente hemos tenido que ir como que con la legislación en la mano y decir mira el artículo 2 dice que todo migrante, tiene derecho... Con las hojas, repartiendo las hojas, haciendo el acompañamiento

Generar estrategias para responder a las influencias de las estructuras más allá de la clínica

Este es el tópico donde se observa un mayor desarrollo. En términos generales todo el trabajo de AMPRO ha tenido como objeto responder a las influencias de dichas estructuras. Y progresivamente se pudo conectar ese espacio extra- clínico con las interacciones clínicas y con el impacto que estaba teniendo en su salud. A lo largo de los años se han ido aprendiendo e incorporando múltiples competencias, en el esfuerzo por enfrentar las condiciones estructurales que les afectaban. Algunas de ellas están referidas al interior de AMPRO, siendo competencias sobre las formas de organización y funcionamiento, la distribución del trabajo, así como con procesos de incorporación y consolidación de distintos roles necesarios para la defensa de sus derechos. Otras están más centradas en la relación de AMPRO con distintas entidades externas con quienes establecen alianzas o se tienen que enfrentar para resolver situaciones de violencia estructural. Separaremos el interior del exterior para facilitar la exposición de dichas competencias estructurales.

Competencias relativas a la constitución y funcionamiento interno de AMPRO

La creación de un espacio protegido de circulación de experiencias y saberes

Nos parece que, como condición para las otras competencias que vamos a señalar, está a la base la capacidad de generar un espacio de confianza y diálogo en el cual se pudieran compartir, reconocer, validar y contener emocionalmente experiencias, así como organizar y llevar a cabo acciones para contrarrestar la violencia estructural.

Ese espacio cumple una doble función: por un lado, se ponen en común experiencias. Estas en general son vivencias relacionadas con las inoperancias administrativas de la burocracia estatal, con abusos laborales, con las dificultades de acceder a la atención de salud o al sistema educativo, con la indignación frente al racismo presente en los discursos de las autoridades, etc. Esto permite compartir esas experiencias, reconocerlas como parte de una realidad injusta compartida, y validarlas, cuestión fundamental frente a la cultura del silencio (Freire, 2012, p. 156) que existe y que busca negar la existencia de estas vulneraciones permanentes de derecho. Dicha validación se produce en un entorno afectivo, que desarrolla un sentimiento de familiaridad entre los integrantes de AMPRO, que es fundamental para entender la persistencia en el tiempo:

“Que somos como una familia a la larga. Porque esa también es otra, porque no solamente es una institución de qué ‘Ah mira, ya me voy y nunca

más te hablo’, no. Nosotros compartimos, tratamos de mantener ese vínculo cercano también, porque no sé, lo que nos hemos convertido desde hace años. Entonces eso también ha permitido que la persona diga ‘ah me siento como en mi casa, me han tratado tan bien, que me dan ganas de volver’. Entonces eso también te da otro sentido”.

Por otro lado, es un espacio en el cual se comparten formas de enfrentar los problemas. El primer ejemplo y probablemente el más importante ha sido la adquisición y transmisión de los conocimientos legales. Estos sirven principalmente para abordar los problemas de irregularidad administrativa que afectan masivamente a los migrantes y que se han hecho más visibles en la actualidad frente a la migración forzada proveniente de Venezuela. En muchos casos esos aprendizajes han surgido de la propia experiencia, del tener que enfrentarse a un sistema burocrático, opaco, que produce sistemáticamente irregularización (De Genova, 2002; Álvarez Velasco, 2017). Ahí entonces las personas, sea que hayan tenido resultados exitosos o no, han puesto esas experiencias a disposición como conocimientos para confrontar las dificultades que encuentran los nuevos migrantes que llegan: “Y para eso también hemos tenido que irnos preparando todas y decir: ‘Bueno, compañera mire. Desde mi experiencia esto me pasó y ya... Y esto es lo que usted tiene que hacer si algún caso le pasa esto’. Esto produce una circulación y consolidación de los conocimientos: “De una u otra forma, mientras unas somos más sistemáticas, hemos ido aprendiendo. Por ejemplo, *Juana* es la maestra de las derivaciones. Yo las atiendo y las derivo con la *Juana*. Entre todas nos auto consultamos y vemos cuál es la mejor opción para esta familia o la persona que atendemos”.

Manejar una heterogeneidad de actores

La naturaleza de los problemas que aborda AMPRO (sociales, laborales, políticos, jurídicos, psicológicos, etc.) exige el manejo de muchos saberes variados. Eso se ha traducido, por un lado, en la incorporación o alianza con personas que poseen dichos saberes, uniendo al trabajo profesionales o estudiantes de psicología, antropología, derecho, trabajo social, agronomía y arquitectura, principalmente. Por otro lado, quienes integran AMPRO se han preocupado de aprender, tanto en espacios formales como informales, lo que necesitan para apoyar a las personas migrantes. Esta necesidad de aprender se ha traducido en que muchas de las dirigentas de AMPRO han iniciado estudios en carreras técnico-profesionales o universitarias. Pero la disposición al aprendizaje no se restringe al espacio académico. Y en general está guiada por la búsqueda de soluciones a los problemas que deben enfrentar los migrantes. Asimismo, si bien hay profesionales y estudiantes que están permanentemente colaborando, la base de AMPRO no está en ellos sino en lo que las dirigentas identifican como la vocación del pueblo.

A: Y el equipo también, y ahí bueno es la vocación también, yo creo que la esencia es la vocación de la gente que está ahí. Porque como dice la *Laura*, hay situaciones, hay académicos, hay universidades, pero la base es el pueblo ¿no?, y estaba viendo que tiene vocación, porque sin vocación no hay AMPRO.

Así, una importante competencia de AMPRO es la articulación de esa diversidad de actores, al servicio del abordaje de problemas estructurales. El estar centrado en la resolución de esos problemas concretos, hace que no se funcione de acuerdo con una lógica disciplinar. Pero también como vimos en la viñeta, el hecho de que la base de AMPRO es el propio pueblo, y su vocación de mejorar sus condiciones de vida, en contextos de violencia estructural.

“Entonces yo creo que todo eso ha permitido que seamos una de las organizaciones más fuertes acá ahora en el norte, una de las organizaciones más completas porque sí tenemos abogados, tenemos todo, no somos la típica organización funcional: secretario, tesorero y vamos al baile y a la comida y chao. No, nosotros dijimos no, queremos prepararnos, queremos que nuestra gente se prepare, que tenga las herramientas para entregarle a otras personas lo que realmente es una organización social”.

Investigar

Una competencia de AMPRO que se ha ido fortaleciendo con el tiempo es la capacidad de investigar. La investigación surge desde la necesidad de presentar datos que permitan objetivar la realidad que viven. De esta manera, permite orientar la reflexión y acciones propias y también constituye un insumo en la relación con otras organizaciones y con autoridades. La primera experiencia probablemente fue la del Censo Comunitario Buen Vivir, narrada en el libro “Violencia en la Toma” (Liberona & Piñones Rivera, 2020). No obstante, se ha nutrido de las investigaciones desarrolladas por motivación y recursos propios, así como del apoyo de estudiantes y profesionales que colaboran con AMPRO o forman parte de su red de aliados a nivel nacional e internacional. Interesa subrayar aquí que, desde el primer momento, quienes pertenecen a AMPRO han entendido que la investigación no es prerrogativa de los profesionales ni de la academia. Esto ha permitido desarrollar experiencias y capacidades colectivas, respecto de cómo organizar procesos de levantamiento de información, como distribuir roles, y cómo generar instancias participativas de análisis y difusión de resultados. Dicha investigación nunca ha estado desgajada de las necesidades de AMPRO sino al revés, siempre ha partido de dichas necesidades y ha buscado los medios para satisfacerla.

Competencias en las relaciones de AMPRO con otras entidades

En este apartado incluimos las relaciones de AMPRO con otras entidades. En general se refiere a las alianzas con otras organizaciones y también al vínculo con autoridades, con quienes en general se realiza una tarea de reivindicación y defensa de derechos.

La creación y mantenimiento de redes

AMPRO ha aprendido la importancia de establecer redes a nivel local, nacional e internacional. A nivel local principalmente corresponde a organizaciones de base que se han sensibilizado con la problemática migrante y que se han ofrecido voluntariamente para prestar apoyo. Entre ellas cuentan una docena de organizaciones autogestionadas como Las Kabras, La Inclusive y el Colectivo 18 de Octubre. Algunas de ellas han realizado un trabajo muy significativo, con impacto directo en la salud; especialmente las organizaciones feministas (Colectiva Aquelarre y Profesoras feministas) han ayudado a comprender y abordar los problemas referidos a la violencia obstétrica y al control de la vida sexual y reproductiva, entre otros.

El trabajo en redes a nivel nacional ha sido clave y ha estado siempre presente en AMPRO, ya que desde sus orígenes formó parte de la Red Nacional de Organizaciones Migrantes y Pro-migrantes de Chile (<https://www.facebook.com/red-migranteschile/>). Esto ha permitido recibir apoyo en los distintos aspectos (jurídico, campañas de denuncia, recolección de fondos, etc.) de parte de organizaciones a nivel nacional con mayor experiencia y conocimiento (ej. el MAM). Pero también ha establecido un vínculo con organizaciones internacionales, entre las cuales cuenta principalmente el apoyo dado por la Asociación de Jornaleros *Day Laborer Organizing Network*.

Desde su punto de vista, el principal aspecto que ha permitido sostener estos vínculos ha sido la transparencia con que se da cuenta del uso de las donaciones y contribuciones, así como la continuidad y pertinencia del trabajo con la población migrante que, como hemos visto, se ha mantenido a pesar de dificultades de fuerza mayor, como la pandemia COVID-19.

El uso de tecnologías para prestar servicios

Otro aprendizaje significativo ha sido el uso y adaptación de la tecnología para dar atención a las personas migrantes. En este caso el uso de Whatsapp ha funcionado como una plataforma abierta y de pleno acceso, de contacto, entrega de información y apoyo social, jurídico y emocional, que respeta la privacidad, intimidad y permite establecer progresivamente lazos de confianza con los migrantes.

D: Sí, se crearon 5 WhatsApp, de 1500 personas

C: ¿en serio?!

D: Sí, pero lo más gracioso, bueno este sistema de WhatsApp, se creó a término del 2019 cuando era esta época del estallido social. Cuando quemaron en Santiago varias gobernaciones y se perdieron varios papeles, se crea esto para dar esta asesoría, pero nosotros igual estábamos adelantados ya con esta estructura, más que todo porque veíamos que había una plataforma del MigrApp, del SJM, una herramienta súper mala, porque es tan sistemática que “Hola, métase a la página, Chao”. ¿Pregunta, respuesta... ya! ¿Alguna otra cosa? [...] Entonces nosotros queríamos crear un sistema que fuera más directo y que fuera una herramienta que todo el mundo utilice. Entonces creamos el WhatsApp con un antiguo compañero del AMPRO y esa fue la herramienta que nos resulta personalizada. Las personas tenían oportunidades, cualquiera de nosotros puede responder las preguntas y sistematizar [...] Ahí hemos podido ayudar a la gente y lo interesante es que esto no fue creado solamente para Iquique... atendemos gente a nivel nacional, gente incluso que está en el extranjero y ahora quiere volver a entrar, entonces hacen preguntas al WhatsApp, sacan información. Ha resultado y hemos visto que es una herramienta más personalizada, la gente tiene más confianza para hablar y a la gente le gusta que le hablamos con cariño también, porque muchas veces la gente nos habla porque siente que hay una persona que le puede acompañar psicológicamente también”



Difusión WhatsApp AMPRO

La capacidad de incidencia sociojurídica

AMPRO tiene en su historial muchas experiencias de acciones judiciales que se han tomado para defender los derechos de las personas migrantes. Entre estos cuentan recursos de protección contra el desalojo en la toma de la Pampa (Liberona & Piñones Rivera, 2020), recursos contra las expulsiones colectivas, recursos frente a los tribunales laborales (ej. caso del recurso a favor del trabajador haitiano Kecy Sylvain), reclamos a la contraloría por incumplimiento de los propios plazos y normativas establecidos por el Estado, etc.

Esto ha constituido una herramienta muy importante contra la vulneración de derechos y contra el racismo institucional y en ella en general se busca contrarrestar la violencia que el Estado ejerce de manera sistemática contra los migrantes. Cada caso ganado constituye una jurisprudencia que eleva el estándar de derecho a nivel nacional, por lo que constituye una importante tarea. Como ya señalamos, esto ha supuesto un proceso de aprendizaje en que quienes integran AMPRO han debido desarrollar competencias técnicas, de manera formal e informal, así como hacer uso de los vínculos con especialistas, y las redes locales, nacionales e internacionales, para poder finalizar con éxito estas acciones jurídicas.

La capacidad de visibilizar: la incidencia comunicacional

La incidencia comunicacional tiene un lugar muy importante en AMPRO. Por un lado, ha permitido levantar y difundir campañas comunicacionales que abordan cuestiones de contingencia (ej. la marcha antiinmigrante de Iquique del 2021). En ocasiones estas campañas consisten en ofrecen puntos de vista alternativos a los que se difunden en los medios de comunicación que, en muchos casos, se dedican a reproducir el sentido común racista y xenófobo.

Otra función consiste en difundir el quehacer de AMPRO, dando a conocer las actividades, campañas de recolección de dinero, proyectos en los cuales participa, etc. La visibilización del trabajo surge a raíz de la necesidad de postular a fondos en los cuales se exigía dar cuenta de la trayectoria como organización:

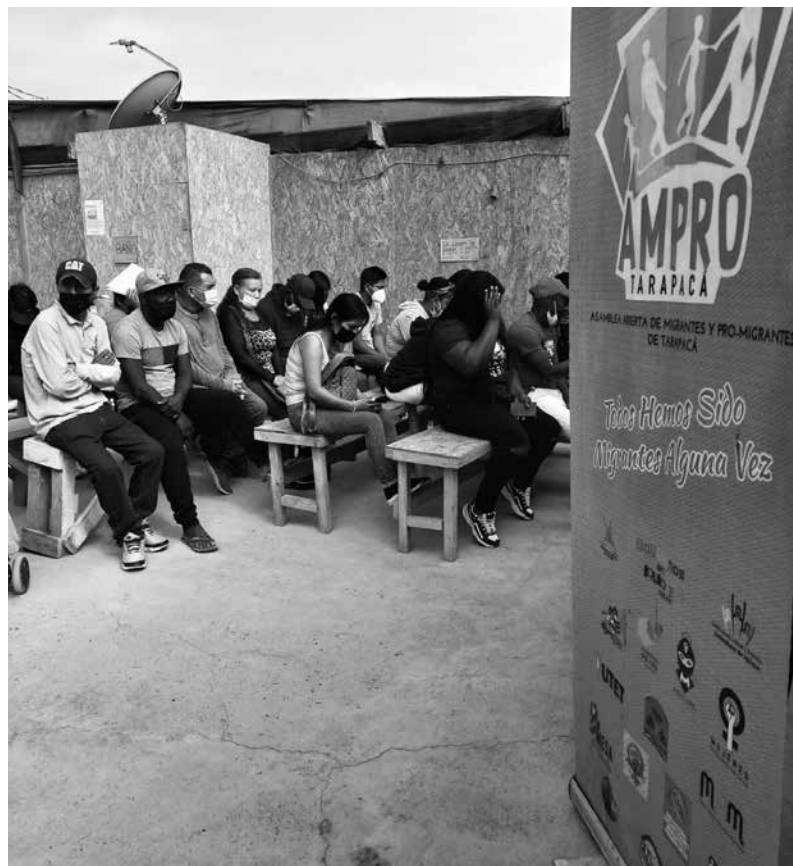
“Al principio no teníamos fotos, como que éramos reacios a publicar tantas cosas, no nos gustaba publicar fotos, por la dignidad de las personas, por las actividades, así como “mejor no”. Pero después entendimos que ¿cómo validábamos todo el trabajo que hacíamos, si no subíamos más cosas?. Y de ahí, bueno, se constituyó el equipo de trabajo para estas cosas”.

Mantener una autonomía frente al mercado humanitario

Un aspecto muy relevante del funcionamiento de AMPRO es que han logrado mantener su autonomía frente al mercado humanitario (Carbonnier, 2015). Por un

lado, esto se debe a una independencia económica, pues los miembros de AMPRO son trabajadores/as que obtienen sus ingresos por fuera de la organización. Su trabajo es totalmente voluntario.

“todos tenemos trabajos diversos, nadie aquí específicamente se dedica a esto, prestamos las horas que podemos, que tenemos tiempo, pero todos trabajamos y eso también es una característica de la organización. Como que hay personas que viven de esto, que viven solo de esto; aquí no: todos tenemos trabajos diversos, entonces no nos afecta cuando la gente dice ahí que todos trabajamos en distintas cosas, venimos los días que podemos y tratamos de trabajar bien vinculados a la gente”.



Operativo de AMPRO

A pesar de lo que esto puede llevar a pensar, no ha puesto en riesgo la continuidad de la organización ni del apoyo prestado a la comunidad migrante. Al contrario, en contextos de pandemia, cuando no había recursos y se hizo más necesario dicho apoyo, AMPRO se mantuvo activa, organizando la recolección de donaciones en dinero y en insumos, y atendiendo directamente a personas migrantes, aún sin tener un espacio físico estable.

Por otro lado, debido a una postura crítica desarrollada frente a la institucionalidad gubernamental, incluyendo la institucionalidad migratoria (OIM, ACNUR, Cruz Roja, etc.), han mantenido una autonomía respecto de las directrices que emanan de estos organismos.

“E: No se llamaría organizaciones, sino que son sociedades estructuradas, hay varias, pero siempre está ahí el predominio económico.

D: Hemos sido como la única organización que, desde el minuto a la fecha, no hemos parado, no hemos dicho ‘tengo COVID’, ni que ‘no podemos, porque tenemos horario’... hemos atendido en situaciones de terreno, especialmente en Alto Hospicio y ahora con lo de Laguna Verde, en Iquique. Incluso hemos ido a Pozo Almonte, a pueblos del interior... incluso otras organizaciones como Servicio País nos han localizado para que nosotros demos esta asesoría. Entonces no hemos parado, hemos sido como los únicos que hemos seguido”.

Sortear el multiculturalismo

En este apartado agrupamos un conjunto de aprendizajes que permiten hacer frente a las estrategias estatales características del multiculturalismo neoliberal (Díaz Polanco, 2007; Hale, 2002; Piñones Rivera et al., 2017). Nos referimos a una perspectiva crítica, desarrollada de manera autónoma y por fuera de la formación teórica, respecto a la participación en las instancias del Estado, a la culturización del abordaje de los problemas que aquejan a los migrantes y a la invisibilización del rol que tienen las estructuras sociales y económico-políticas en la producción de todos estos problemas.

Primero, existe una conciencia de que el multiculturalismo conlleva el riesgo de restringir la incidencia solo al espacio de lo “cultural” (festivo-culinario-folklórico):

L: No. Si sirve para comer, para bailar, para hacer fiestas o *apthapi*, para eso sirve. Ahí sí, ahí sí, ahí sí. Todos somos multiculturales. Pero cuando es momento de exigir, de plantear estas conversaciones, estos diálogos no, ya ahí no. Ya es como que cruzaste la barrera. Hasta ahí nomás llega [...] O sea, se nos sigue clasificando a la migración como ente de comi-

da, como ente laboral, como ente de baile, pero no una referencia o que se pueda reunir y decir bueno, vamos a conversar de estos temas que hoy día nos complejizan.

L: O sea, te categorizan ¿por qué?, porque se refleja que la multiculturalidad es eso [...] Pero sentimos que también se tiene que rescatar, no hablar la cultura solamente desde ahí sino cómo hacerla inclusiva dentro de todos los espacios. O sea, hoy día ser multicultural para nosotros no es solamente el baile y la comida, sino que también *tener incidencia*, cómo..., cómo lo veo y cómo lo plasmó más allá de ese día. Porque a la final se consume en un día, como el día de Bolivia, como el carnaval de Iquique.

Segundo, la restricción de esa incidencia se observa en el lugar que dan los organismos del Estado a la participación. Y de eso tienen clara conciencia los integrantes de AMPRO, desarrollando análisis que incluyen como contenido: la restricción de la participación a los dirigentes más afines o menos críticos; el control que se ejerce en esas instancias de participación, por ejemplo, a través de la entrega de certificados que condicionan la crítica; el hecho que las instancias de participación, así controladas, devienen instancias de legitimación y validación del quehacer gubernamental; el que las capacitaciones quedan en las cúpulas de la organización y no bajan a los trabajadores de trato directo (incluyendo, por ejemplo, los guardias de seguridad); el uso que se hace del voluntarismo de los dirigentes para resolver los problemas del Estado, sin invertir recursos mínimos que permitan solventar los gastos asociados (ej., transporte, alimentación, etc.); el que la sobrecarga del abor-daje de problemas de alta complejidad asociadas a la migración recae en las organizaciones migrantes; la insuficiencia de los tiempos dedicados a la participación (ej. 3 horas para una capacitación); el que las actividades quedan en el taller y la fotografía y no tienen una incidencia real; o peor aún, que dado el racismo institucional en estas instancias se termina naturalizando la violencia de los pobladores chilenos contra los migrantes.

L: No, ¿saben qué?, hoy día nosotros vamos a hacer esta charla a todos nuestros usuarios. No, claro, porque saben que es a conveniencia de ellos, lo que ellos quieren escuchar o quiénes son afines a A o B funcionario también, ¿cierto? ¿Por qué no lo hacen con las personas común y corriente? Porque saben que van a escuchar la parte que ellos no quieren sacar en su censo, en sus audiencias. Entonces, a la final sigue siendo excluyente, porque no debería ser la encuesta para el que ya sabe, porque a la final ya nosotros lo hemos estudiado y lo sabemos. ¿Por qué no se le pregunta a cualquier persona cómo está funcionando el consultorio, para ver qué piensan realmente las personas que van día tras día,

por varias complejidades médicas? Sino que se sectoriza y se clasifica a los famosos líderes, como prueba de que se van a hacer las bajadas [de información], cosa que, muchas de las veces, no sucede tampoco.

A: Y se invita siempre a los mismos, a los mismos para dar relevancia al trabajo que ellos supuestamente hacen.

Por último, existe también una conciencia de que este multiculturalismo enfatiza la responsabilidad de los migrantes, haciendo pasar a un segundo plano la constatación de la vulneración de derechos, reproduciendo el *status quo*.

L: Sí, del papel. Todos los escritos se ven buenos, pero después...

A: Con la práctica no.

L: Claro, porque a la larga yo creo que también se nos obliga. Se habla mucho de que los migrantes no atienden sus deberes. Sí, está bien, pero ¿y las obligaciones del Estado hacia nosotros? ¿Dónde están las obligaciones del Estado hacia nosotros? Se nos habla mucho del deber, pero no del derecho. ¡No hay derecho! ¡Deber, deber, deber! Y hasta los trípticos institucionales lo dicen... cuando vemos los trípticos del SJM [Servicio Jesuita Migrante], del ACNUR [Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados], las instituciones, nunca dicen “podrán ser transferidos los conocimientos”, nada de eso nos dicen. Eso lo creamos nosotros cuando hacemos nuestros trípticos. O sea, bien sesgada su postura...

Competencias estructurales colectivas

Observar el desarrollo de las competencias que se encuentran en una organización como AMPRO de entrada permite desmarcarse de una aproximación individual de las competencias hacia la existencia de competencias estructurales colectivas. Son competencias estructurales porque como vimos suponen la capacidad no solo de comprender cómo la violencia estructural produce impactos en la salud, dentro y fuera del espacio clínico, sino también de intervenir sobre ella en distintos espacios y niveles (Metzl & Hansen, 2014; Neff et al., 2020; Neff et al., 2019). No obstante, son colectivas porque no corresponden a competencias individuales. Por ejemplo, la capacidad de identificar la influencia de las estructuras en la salud de los pacientes, tuvo como condición de posibilidad la competencia colectiva de generar un espacio de confianza y diálogo en el cual se pudieran compartir, reconocer, validar y contener emocionalmente experiencias, así como organizar y llevar a cabo acciones para contrarrestar la violencia estructural. Este tipo de competencias no dependen en estricto rigor del desarrollo de las competencias individuales, pues son competencias *relacionales* que se van desarrollando a lo largo de un proceso político. Por

lo mismo, no son susceptibles de formulación en términos cognitivos, a no ser bajo el costo de una importante distorsión, como en general se incluyen en los diseños curriculares.

Permítannos enfatizar este último punto. Frecuentemente nuestra aproximación al desarrollo de las Competencias Estructurales en la academia es una aproximación abstracta, en el sentido de que se basa en la separación del ser humano y el mundo, y en una separación de la teoría de la práctica. Separación del humano y el mundo porque analizamos ejemplos abstractos y no los problemas del mundo en que cada uno de los miembros participa. Separación de la teoría y la práctica porque esperamos que a través de la revisión conceptual se puedan adquirir herramientas que permitan realizar intervenciones estructurales, en un eventual futuro.

Al hacer eso, se deja fuera el proceso de concienciación, pues como señala Freire (1979) “La concienciación no se basa en la conciencia, por un lado, y el mundo, por otro. Por el contrario, se basa en la relación conciencia-mundo” (p. 15). “La concienciación no puede existir fuera de la ‘praxis’, o mejor dicho, sin el acto de acción-reflexión” (Freire, 1979, p. 15). Inversamente, una práctica orientada a la lucha contra la violencia estructural como la de AMPRO, de manera espontánea produce procesos de concienciación y por lo mismo conlleva el desarrollo de competencias estructurales. Pero dichas competencias estructurales no corresponden a un saber individual sino de los conjuntos sociales (Menéndez, 2002, p. 290).

Más aún, el adjetivo de colectivo no quiere aquí significar solo lo supraindividual, sino que evoca el sentido presente en la Medicina Social Latinoamericana, como “parte del proyecto emancipador de la sociedad, [...] que implica la construcción de un poder alternativo, y que debe articularse no sólo alrededor de esfuerzos académicos o institucionales — que casi siempre acaban funcionalizados al poder —, sino a los *procesos vitales de las organizaciones y movimientos populares*” (Breilh, 2003, p. 32).

Así quisiéramos subrayar dos últimos aspectos del concepto que aquí proponemos. El primero es que a diferencia del concepto usual de las competencias estructurales estas habilidades no son “entrenadas” (Metzl & Hansen, 2014, p. 2). Y en segundo sentido, y más fundamental, no se satisfacen en las exigencias y estándares de los mercados de trabajo de la academia, de la salud, ni del trabajo humanitario, sino que están guiadas por la necesidad de proteger y mejorar las propias condiciones de vida. Esto hace una diferencia importante, pues como ya denunció Breilh, los esfuerzos académicos e institucionales frecuentemente acaban funcionalizados al poder, en buena medida porque el entrenamiento profesional tiende a despolitizarlos al moldearlos en expertos técnicos (Rivera Colón, 2019, p. 27).

Esto no supone esencializar al sujeto migrante como sujeto de la resistencia. Pero sí reconocer, que hay una posicionalidad diferente según si la praxis se rige por los criterios de suficiencia de un mercado de trabajo, o si tiene como trasfondo y está guiada por la misma experiencia de violencia estructural a la cual hacen frente.

El reconocimiento de este problema político en la educación médica es probablemente una de las paradojas centrales de la propuesta de competencias estructurales. Cualquier formación (incluida la formación en competencias estructurales) puede formar parte de un sistema de legitimación del conocimiento y las prácticas que contribuye a la producción y reproducción de la posición de los profesionales en la sociedad.

En términos concretos, cada vez que la formación en competencias estructurales se «certifica» de alguna manera, se podría entender que se concede una cuota de poder a los actores que ya han acumulado importantes cuotas de poder en la jerarquía social. El reconocimiento de estas dinámicas de poder es lo que hace esencial y crítico el desarrollo de la humildad estructural, que consiste precisamente en enseñar a los profesionales de la salud a reconocer y contrarrestar las jerarquías de poder entre ellos y los pacientes, así como entre las comunidades.

Y, en consecuencia, a reconocer y apoyar el conocimiento y el poder que tienen los miembros de la comunidad; y a seguir y acompañar solidariamente a esos miembros de la comunidad en lugar de liderarlos y buscar más poder. Como habrá observado un lector atento, la humildad estructural no es una competencia que se desarrolle en AMPRO. Esto tiene sentido porque las personas más afectadas por la violencia estructural no necesitan ser humildes con respecto a sus experiencias.

Por el contrario, los líderes migrantes han aprendido a reconocer el valor de sus experiencias, prácticas y conocimientos en la lucha contra la violencia estructural, contra las formas cotidianas de descalificación y naturalización ejercidas por la violencia simbólica (Bourdieu y Wacquant, 1992; Holmes, 2013; Piñones-Rivera et al., 2018).

Entonces, ¿cuál es el concepto complementario de humildad estructural cuando nos centramos en los miembros y líderes de la comunidad? No daremos una respuesta aquí, pero queremos señalar algunas líneas de reflexión. En primer lugar, importantes tradiciones de pensamiento han abordado este problema fuera de la educación médica. Por mencionar solo dos ejemplos, en psicología comunitaria existe la reflexión crucial latinoamericana sobre los procesos de fortalecimiento comunitario (Montero, 2003); del mismo modo, el trabajo social comunitario ha desarrollado importantes enfoques críticos a través de propuestas como la investigación-acción participativa (IAP), uno de cuyos principales desarrolladores fue el sociólogo colombiano Orlando Fals-Borda (Bonilla et al., 1972).

Reconocer esas contribuciones no significa que no sea necesario ampliar los marcos desde los que se piensan estos procesos, incluyendo las contribuciones cruciales de la Competencia Estructural, porque, en la formación y la práctica tanto de los trabajadores sociales como de los psicólogos comunitarios, las estructuras quedan relegadas a un segundo plano, en favor del análisis y la intervención individualizados (Downey et al., 2019). Lo mismo ocurre dentro de la propia profesión médica, a pesar de que existen contribuciones fundamentales como las de Jaime

Breilh, que redefinió todo el campo de las relaciones entre el conocimiento científico y el conocimiento popular e indígena a través del llamamiento a la descolonización, cuyo horizonte es el desarrollo de una perspectiva metacrítica contrahegemónica (Breilh, 2003, 2021).

Nuestro argumento es que los desarrollos futuros se verán favorecidos si estas tradiciones, especialmente las desarrolladas fuera de los entornos anglófonos, se integran en la reflexión y la praxis. Basándonos en esa tradición crítica, sugerimos que el enfoque actual de los profesionales de la salud y la educación médica puede complementarse reconociendo las competencias estructurales colectivas desarrolladas en los líderes comunitarios y las organizaciones comunitarias, al tiempo que se reflexiona sobre la competencia estructural. Este puede ser un excelente punto de partida para seguir desarrollando formas de luchar contra la violencia estructural.

Conclusiones

Como ha sido identificado en la literatura es probable que el concepto de competencia no sea el más adecuado para el tipo de proceso que se quiere desarrollar. Se ha cuestionado la dependencia del modelo basado en competencias del mercado (Hirtt, 2008, 2009), su reduccionismo, utilitarismo, la fragmentación que produce del conocimiento, su promoción del mínimo común denominador, etc. (Chauí, 2018; Frank et al., 2010; Touchie & Ten Cate, 2016). No solo demanda una justificación mayor, sino probablemente la asunción de otros supuestos.

Ya hemos señalado que una de las formas en que se puede avanzar es en una concepción que se desmarque del individualismo implícito en el modelo cognitivo de las competencias estructurales, hacia el desarrollo de competencias estructurales en la comunidad, más que en individuos. Más que trabajadores de la salud estructuralmente competentes, lo que interesan son *comunidades estructuralmente competentes*. Por supuesto que los trabajadores de la salud pueden ser parte de dichas comunidades, pero el foco no debería estar puesto en los individuos, sino en los colectivos.

Un siguiente paso consistente con este énfasis en los procesos colectivos, podría ser el comprender los obstáculos en el desarrollo de las competencias estructurales en términos políticos más que en términos cognitivos o curriculares. Esto pues entendemos que el principal problema que produce el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984, 2005) no es de índole cognitiva (no incapacita para imaginar otras alternativas), sino de índole política: blinda ideológicamente la despolitización y produce un entorno (orden institucional, financiero, etc.) en que el involucramiento político se hace inviable (en términos de costo-beneficio), superfluo (al contenerlo en el espacio de un mercado de trabajo), produciéndolo, en suma, como un resabio idealista e irracional. Al afirmar que el problema es de índole política, decimos que el principal problema no es solo cómo prepararnos para imaginar ac-

ción política, o incluso para realizar acciones políticas que verifiquen el desarrollo de una “competencia”, sino cómo se produce y sostiene un compromiso político que se traduzca en acciones (*praxis*) que efectivamente sumen a la transformación social.

Para responder a esta pregunta, debemos desarrollar conceptos como el de competencia estructural colectiva, que simultáneamente desplaza el foco de atención de los profesionales médicos y del nivel individual, apelando a una perspectiva de salud colectiva sobre la competencia estructural (Breilh, 2019, 2021; García, 1972; Lemos, 2010; Ramos, 2001a, 2001b).

El desarrollo de la competencia estructural en la formación de los profesionales de la salud es un importante paso adelante. En este artículo, sostenemos que para desarrollar comunidades saludables, será importante trabajar en pro de la complementariedad entre los profesionales de la salud formados en la competencia estructural —incluida la humildad estructural— y las organizaciones comunitarias sólidas que trabajan en la praxis de la competencia estructural colectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Velasco, S. (2017). Movimientos migratorios contemporáneos: entre el control fronterizo y la producción de su ilegalidad. Un diálogo con Nicholas De Genova. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, (58), 153-164.
- Bonilla, V., Castillo, G., Fals Borda, O., & Libreros, A. (1972). *Causa Popular, Ciencia Popular. Una metodología del conocimiento científico a través de la acción*. Ediciones La Rosca.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. University of Chicago Press.
- Bourgois, P., Holmes, S. M., Sue, K., & Quesada, J. (2017). Structural vulnerability: Operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Academic Medicine*, 92(3), 299-307. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001294>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar.
- Breilh, J. (2019). *Extravíos y silencios del actual sistema de educación superior: la lucha de los estudiantes*. In C. Torres Miño, M. Chiluisa, & A. Calle Maldonado (Eds.), *Libre ingreso: A 50 años de la lucha estudiantil por el libre ingreso* (pp. 91–105). Universidad Técnica de Cotopaxi.
- Breilh, J. (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press.
- Cabieses, B., Obach, A., Blukacz, A., Carreño Calderón, A., Larenas, D., & Mompoin, E. (2021). *Migrantes internacionales en residencias sanitarias en Chile durante la pandemia COVID-19: Hacia una respuesta ética en emergencias sanitarias*. Informe final.
- Carbonnier, G. (2015). *Humanitarian economics: War, disaster and the global aid market*. Oxford University Press.
- Chauí, M. (2018). *La ideología de la competencia: de la regulación fordista a la sociedad del conocimiento* (Vol. 2027). Ned Ediciones.
- Downey, M. M., N., J., & Dubé, K. (2019). Don't "Just Call the Social Worker": Training in structural competency to enhance collaboration between healthcare social work and medicine. *Journal of Sociology & Social Welfare*, XLVI (4), 77–95.

- Cognet, M., & Montgomery, C. (2007). *Éthique de l'altérité: La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Les Presses de l'Université Laval.
- De Genova, N. (2002). Migrant "illegality" and deportability in everyday life. *Annual Review of Anthropology*, 31, 419-447. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.31.040402.085432>
- Díaz Polanco, H. (2007). *Elogio de la diversidad: Globalización, multiculturalismo y etnografía*. Siglo XXI.
- Donald, C., Fernández, F., Hsiang, E., Mesina, O., Rosenwohl-Mack, S., Medeiros, A., & Knight, K. R. (2019). Reflections on the intersection of student activism and structural competency training in a new medical school curriculum. En *Structural competency in mental health and medicine*, 35-51. Springer.
- Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305-325.
- Farmer, P., Nizeye, B., Stulac, S., & Keshavjee, S. (2006). Structural violence and clinical medicine. *PLoS Medicine*, 3(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>
- Fassin, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes et Migrations*, 1225(1), 5-12.
- Fassin, D. (2002). Discrimination et santé: enjeux politiques et signification sociale. *Profession Banlieue*, 4(11), 1-22.
- Frank, J. R., Snell, L. S., Cate, O. T., Holmboe, E. S., Carraccio, C., Swing, S. R., Harris, P., Glasgow, N. J., Campbell, C., Dath, D., Harden, R. M., Iobst, W., Long, D. M., Mungroo, R., Richardson, D. L., Sherbino, J., Silver, I., Taber, S., Talbot, M., & Harris, K. A. (2010). Competency-based medical education: Theory to practice. *Medical Teacher*, 32(8), 638-645. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>
- Freire, P. (1979). *Conscientização: Teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. Cortez y Moraes.
- Freire, P. (2012). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191.
- García, J. C. (1972). *La educación médica en América Latina* (Scientific Publication No. 255). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Gee, G. C., & Ford, C. L. (2011). Structural racism and health inequities: Old issues, new directions. *Du Bois Review*, 8(1), 115-132.
- Hale, C. R. (2002). Does multiculturalism menace? Governance, cultural rights and the politics of identity in Guatemala. *Journal of Latin American Studies*, 34(3), 485-524.
- Hirtt, N. (2008). La ofensiva de los mercados sobre la universidad en el Norte como en el Sur. *Universitas*, 1(9). <https://doi.org/10.17163/uni.n9.2007.03>
- Hirtt, N. (2009). El planteamiento por competencias: una mistificación pedagógica.
- Holmes, S. (2013). *Fresh fruit, broken bodies: Migrant farmworkers in the United States* (Vol. 27). University of California Press.
- Liberona, N., & Mansilla, M. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520.
- Lemos, C. L. S. (2010). *A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde*. [PhD, Universidade Federal de Goiás].
- Liberona, N., & Piñones Rivera, C. (2020). *Violencia en la toma: Segregación residencial, injusticia ambiental y abandono de pobladores inmigrantes en La Pampa, Alto Hospicio*. RIL.
- Liberona, N., Piñones Rivera, C., Corona, M., & García, E. (2021). *Diagnóstico de salud de la población migrante venezolana irregularizada en Iquique*.
- Martín-Baró, I. (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Psicología sin Fronteras: Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1(2), 1.
- Menéndez, E. L. (1984). El modelo médico hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D'etnografia de Catalunya*, 3, 84-119.
- Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo*. Bellaterra.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1, 9-32.
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Paidós.
- Neff, J., Holmes, S. M., Knight, K. R., Strong, S., Thompson-Lastad, A., McGuinness, C., Duncan, L., Saxena, N., Harvey, M. J., Langford, A., Carey-Simms, K. L., Minahan, S. N., Satterwhite, S., Ruppel, C., Lee, S., Walkover, L., De Avila, J., Lewis, B., Matthews, J., & Nelson, N. (2020). Structural competency: Curriculum for medical students, residents, and interprofessional teams on the structural factors that produce health disparities. *MedEdPORTAL*, 16, 10888. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10888
- Neff, J., Holmes, S. M., Strong, S., Chin, G., De Avila, J., Dubal, S., Duncan, L. G., Halpern, J., Harvey, M., Knight, K. R., Lemay, E., Lewis, B., Matthews, J., Nelson, N., Satterwhite, S., Thompson-Lastad, A., & Walkover, L. (2019). The Structural Competency Working Group: Lessons from iterative, interdisciplinary development of a structural competency training module. En *Structural Competency in Mental Health and Medicine*, 53-74. https://doi.org/10.1007/978-3-030-10525-9_5
- Piñones Rivera, C., Mansilla, M., & Arancibia, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: La política de salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e Sociedade*, 26, 751-763.
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., & Leiva, S. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: Determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*, 30(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200310>
- Ramos, M. (2001a). A pedagogia das competências e a psicologização das questões sociais. *Boletim Técnico do SENAC*, 27(3), 26-35.
- Ramos, M. (2001b). Os limites da noção de competência sob a perspectiva da formação humana. *Movimento-Revista de Educação*, 04.
- Rivera Colón, E. (2019). This ain't no tool, this ain't no toolbox. En *Structural Competency in Mental Health and Medicine*, 27-33. Springer.
- Touchie, C., & Ten Cate, O. (2016). The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. *Medical Education*, 50(1), 93-100. <https://doi.org/10.1111/medu.12839>

CAPÍTULO 10

Supuestos ideológicos de la Política de salud de migrantes internacionales de Chile. Un análisis crítico de discurso³²

Carlos Piñones Rivera, Nanette Liberona,
Wilson Muñoz Henríquez
y Seth M. Holmes

Introducción

La Política de salud de migrantes internacionales (en adelante, la Política) fue publicada en octubre del año 2017, al término del segundo mandato presidencial de Michelle Bachelet. Durante su primer gobierno se acuñó el eslogan “Chile, país de acogida”, buscando redefinir la imagen de Chile ante el incremento de la inmigración desde mediados de los años ‘90, producto del aumento de la migración sur-sur en el continente, como consecuencia del cierre y securitización de fronteras en destinos más tradicionales (como USA y Europa) (Canales, 2019) y de la imagen de Chile como paraíso neoliberal y democrático propagada en el exterior. No obstante, los avances en la materia fueron más bien discursivos, pues a pesar de haber constituido un Consejo Consultivo Migrante, no hubo cambios legislativos concretos, llegándose a elaborar dos proyectos de ley de migraciones que no prosperaron, manteniendo una legislación anacrónica e injusta.

Posteriormente, un par de situaciones emblemáticas evidenciaron el racismo de Estado chileno a través de los medios de comunicación. La primera es la muerte de Joanne Florvil, mujer haitiana acusada de abandonar a su bebé y que fue detenida por la policía sin informarle en su idioma el motivo de la acusación, siendo brutalmente golpeada en su encierro hasta encontrar la muerte. La segunda es la

³² Publicado originalmente en inglés en 2022, “Ideological assumptions of Chile’s international migrant healthcare policy: A critical discourse analysis”, *Global Public Health*, 17(12), 3353–3367.

polémica generada por la diferencia en el tratamiento de la inmigración haitiana y venezolana. Diversas medidas dificultaban la regularización de haitianos en el país, llegando incluso a promover “vuelos humanitarios” de retorno en 2018, verdaderas expulsiones encubiertas que imponían la condición de no regresar a Chile en 9 años. Por el contrario, la población venezolana fue recibida con mucho entusiasmo, interpretándose como una muestra del fracaso del socialismo bolivariano y del éxito del neoliberalismo chileno. Esta tendencia se reforzó en 2018 al implementarse la visa de Responsabilidad Democrática, dirigida exclusivamente a venezolanos que huían del gobierno chavista.

En lo que a salud respecta, desde inicios de los años 2000 se levantaron diagnósticos y análisis sobre el derecho a la salud de los/as migrantes desde la sociedad civil, consultoras y la academia. Por parte del Estado, el principal antecedente de la Política es el Programa Piloto Migrante, que desde el 2003 fue implementado en las 5 comunas con mayor proporción de población migrante. Esto derivó en iniciativas que sirvieron para hacer más accesible la atención de salud, focalizándose en ciertos grupos vulnerables de la población migrante, aunque no siempre han sido respetadas y un grupo importante de migrantes queda sin garantía de derechos en salud.

Con todo, son escasos los trabajos que han realizado un análisis crítico de la política de salud migrante chilena. Las investigaciones de Correa (2018), Frías et al (2017) y Padilla (2019) abordan el problema. Otros lo hacen tangencialmente, explorando temas como el acceso de los migrantes a la atención u otros problemas específicos de salud (Benítez & Velasco; Cabieses & Oyarte, 2020; Chepo, Astorga-Pinto, & Cabieses, 2019; Lampert Grassi et al, 2018; Rosende et al 2019). Pero ninguno de ellos utiliza una perspectiva teórica crítica, lo que permitiría develar su dimensión ideológica y ciertas implicancias prácticas del problema.

Nuestro análisis busca ser una contribución en el campo del análisis crítico de políticas públicas (I. Fairclough, 2015; N. Fairclough, 2012; Norman Fairclough, 2013; Fischer; Jessop, 2010; Mulderrig, Montesano & Farrelly, 2019; Palacios, Hidalgo, Cornejo & Suárez 2019), dirigidas concretamente a la población migrante y su salud. Para esto aplicamos la propuesta analítica de Fairclough a la Política de salud migrante chilena, identificando sus componentes, premisas argumentativas y supuestos ideológicos, los que contribuirían a la reproducción de los procesos de determinación social de la salud de los/as migrantes. Finalmente cerramos nuestro escrito reflexionando sobre el rol de la academia en la reproducción ideológica y en la exclusión de la dimensión estructural que caracterizaría a la Política, con las consecuencias prácticas que esto supone.

Consideraciones teórico-metodológicas

Nuestro análisis parte de los supuestos teóricos y metodológicos del análisis crítico de las políticas públicas de Fairclough, donde los discursos son considerados como procesos sociales de carácter histórico que operan como fuerzas contrapuestas en la lucha hegemónica. Los discursos participan de la estructuración parcialmente semiótica de la realidad social y política (Palacios Díaz et al., 2019, p. 9), teniendo un rol central en la producción de sentido común mediante la construcción de presupuestos y elementos implícitos. Así, la capacidad de ejercer el poder social, dominación y hegemonía dependen de la capacidad de dar forma a este sentido común, tanto a nivel de formas como de contenido (Norman Fairclough, 2003, p. 55).

Fairclough concibe la política como un campo social eminentemente práctico, donde “se construyen y defienden juicios y decisiones desde formas de deliberación y toma de decisiones que tienen base en el razonamiento práctico” (Palacios et al., 2019, p. 14), típicamente orientado a “encontrar soluciones a determinados problemas para así decidir ciertos cursos de acción” (Palacios et al., 2019, p. 14). Dado que el espacio político está constituido por marcados antagonismos, en los procesos argumentativos hay asunciones, supuestos y elementos implícitos cuya presencia juega un rol estratégico en la producción de hegemonía, estando normalmente vinculados con los valores morales y políticos. Así, existe un “trabajo ideológico de los textos” (Fairclough, 2003, p. 58) presente no solo en lo que se establece como realidad incuestionable, sino también en la economía discursiva que define qué puntos de vista son incluidos/excluidos y en la jerarquía en que son posicionados discursivamente.

Una de las tareas centrales de este análisis es la reconstrucción del argumento, es decir, identificar sus premisas, conclusiones y la relación entre ellas (Fairclough, 2012, p. 11). Dichas premisas son de 4 tipos:

1. Premisas circunstanciales: representan el estado actual de las cosas y los problemas que plantea, definiendo generalmente el “contexto de acción” de los agentes sociales.
2. Premisas de objetivos: describen e “imaginan” el estado futuro que los agentes quieren generar.
3. Premisas de valor: expresan los valores y las preocupaciones que subyacen a los objetivos de los agentes (pero que también afectan a la forma en que representan el contexto de acción).
4. Premisas de la relación medios-fines: representan la línea de acción propuesta como un medio (hipotético), que presumiblemente llevará desde el estado actual al estado futuro de cosas (objetivo).

Trataremos a la Política de salud de migrantes internacionales chilena como un discurso político. Y nuestro análisis mostrará los distintos niveles de articulación que dan origen a la Política, exponiendo las herramientas conceptuales,

reconstruyendo críticamente su argumento propio y mostrando las exclusiones ideológicas que resultan de la movilización de sesgos.

Un abordaje neoliberal de la salud de los migrantes

La Política está estructurada en base a una serie de premisas. Sintéticamente, los primeros cinco apartados presentan las premisas circunstanciales, indicando el estado actual de cosas. Así, luego de una breve introducción, se incluye una sección de antecedentes, donde se presentan el desafío que supone la migración para la salud, las directrices de la OMS y las experiencias nacionales previas. El tercer apartado revisa los principales datos sobre migración y salud en Chile. El cuarto apartado funciona como legitimación procedimental: expone una síntesis del proceso de construcción de la Política de Salud de Migrantes Internacionales, enfatizando su carácter “participativo”. El quinto apartado expone la “Base normativa del derecho a la Protección de Salud” y opera como argumento de autoridad legal.

Los siguientes apartados exponen los elementos centrales del abordaje del problema. El sexto apartado (marco conceptual) y el séptimo apartado (principios rectores) ocupan el lugar de las premisas de medios-fines y de premisas de valores (morales-políticos). Finaliza el documento con el propósito de la Política (apartado octavo), los objetivos (apartado noveno) y los lineamientos estratégicos (apartado décimo), organizados todos ellos en torno a la siguiente estructura: “deberíamos hacer A” (N. Fairclough, 2012, p. 4).

Esta estructura sostiene un argumento común: la salud de los migrantes sufre de inequidad porque está afectada por una serie de condiciones o determinantes sociales en salud, las cuales deben ser abordadas utilizando un enfoque de derechos y respetando la diversidad cultural. La inequidad, junto a la triada de determinantes sociales, derechos humanos y diversidad cultural, forman el núcleo de categorías que da coherencia al discurso. A su vez, esto se expresa explícitamente en su propósito y se traduce en una serie de lineamientos estratégicos, supuestos de ser encarnados por los distintos programas y experiencias que se enmarcarán en la Política. Veamos estas categorías en detalle.

Herramientas conceptuales

Inequidad

La Equidad aparece en el propósito de la Política: “Contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos”. Estaría consagrada como un principio abstracto de “justicia distributiva”, que se operacionaliza orientándose a la “identificación y reducción de diferencias injustas, modificables y prevenibles entre grupos sociales,

que habitualmente se describen como brechas” (MINSAL, 2018, p. 31); o “como gradiente, vale decir, la distribución desigual de acceso o resultados de salud en una población según alguna variable social de interés, como por ejemplo ingreso del hogar” (MINSAL, 2018, p. 31). La inequidad se explicaría principalmente por una diferencia en los determinantes sociales (apartado “Caracterización socioeconómica”) y específicamente por una serie de barreras que dificultan el acceso a la atención de salud (apartado “Acceso a la atención de salud y uso del sistema de salud”).

Diversidad cultural

Esta categoría permite especificar el tipo de población implicada. Los migrantes son considerados una población “culturalmente diversa”. De ahí que se incluya un enfoque específico (interculturalidad), y que su lineamiento estratégico (“transversalización”) implique “implementar el enfoque intercultural considerando y reconociendo que la diversidad cultural es un valor y como tal constituye un recurso y no un obstáculo” (MINSAL, 2018, p. 42).

Este enfoque entiende la interculturalidad como una relación entre culturas tendiente a la simetría y al respeto de la diversidad cultural, conformando un espacio de aprendizaje en común. Esto autoriza y fundamenta el despliegue de un cortejo de términos e institucionalidad basados en el concepto de cultura. De hecho, el apartado sobre aceptabilidad en el derecho a la salud (lineamiento estratégico 2) señala que las acciones están orientadas a la “consideración de aspectos culturales”, incluyendo “concepciones culturales relacionadas con elementos que inciden en el proceso salud-enfermedad” (MINSAL, 2018, p. 38-39). Así, se deben desarrollar “estrategias culturales” específicas como: estrategias de “comunicación intercultural”, desarrollo de “competencias culturales”, servicios de “mediación intercultural”; con el fin de disminuir las “barreras culturales” y generar un “diálogo” que facilite la “convivencia intercultural” (MINSAL, 2018, p. 39).

Determinantes sociales

La categoría “determinantes sociales” aparece en distintos niveles y define las “condiciones” que inciden en la salud y la enfermedad, siendo el centro de la propuesta. Su definición replica a la OMS:

“son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud, y estas están definidas por la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, dependiendo además de los sistemas políticos adoptados por los países”. (MINSAL, 2018, p. 24)

Los determinantes sociales cumplen la función retórica de responder a la pregunta por los elementos productores de inequidad, para lo cual la Política in-

cluye una serie de condiciones: vivienda, trabajo, educación, discriminación, edad, medioambiente, estratificación social, etnicidad, familia, barrio, cohesión social, sistema de salud.

Derechos humanos

Los Derechos Humanos (DDHH) definen el horizonte de formulación de las acciones para abordar la inequidad y están estrechamente relacionados con el enfoque de determinantes sociales: mientras estos orientan el diagnóstico, los DDHH definen los abordajes. Más allá de operar como marco conceptual, organizan las acciones del aparato público confiriendo protección jurídica,³³ estableciendo la progresividad y no regresividad del reconocimiento de derechos. Para comprender su función discursiva hay que entender que este enfoque articula su campo de acción con los acuerdos asumidos en el sistema de Naciones Unidas. Algo relevante para esta política, pues las últimas formulaciones de la OMS sobre la salud de los migrantes buscan articular sus orientaciones con los objetivos del desarrollo sostenible (OMS, 2017a, 2017b, 2017c).

Complementos: cohesión social e intersectorialidad

Existen además dos elementos complementarios que queremos destacar: el principio de cohesión social y el enfoque intersectorial de la Política presente en la reciente iniciativa “Salud en todas las políticas” de la OMS. En primer lugar, la cohesión social jugaría un rol clave en el andamiaje conceptual. Diagnosticándose que los migrantes presentan problemas de cohesión social con el resto de la población, y estableciéndose que ella tiene relación con la salud, se concluye que las estrategias de salud deben permitir el diálogo intercultural, para favorecer la cohesión social. La importancia de la cohesión social se refleja en que está elevada a nivel de principio de la Política y constituye además el núcleo del último de sus objetivos: “8. Promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas con la finalidad de favorecer la cohesión social”. Este concepto es invocado además para abordar el racismo, unificando dos tipos de acciones: aquellas destinadas a fortalecer la participación y redes sociales, y aquellas destinadas a combatir el racismo comunicacionalmente. Se nos dice:

“es fundamental incorporar a la sociedad civil y a los mismos migrantes en este proceso, fortaleciendo la cohesión a través de procesos participati-

³³ El enfoque de derechos humanos es “un marco conceptual para el desarrollo humano, basado en la dignidad intrínseca de todos los seres humanos. Se encuentra consagrado en normas internacionales que gozan de protección jurídica para su realización, siendo los Estados sus garantes...” (MINSAL, 2018, p. 22).

vos, redes sociales y enfoques positivos de la migración. La salud es una construcción colectiva y deben desarrollarse acciones que disminuyan la xenofobia y la estigmatización que generan vulnerabilidad, para aportar a la integración de esta población en sus comunidades”. (MINSAL, 2018, p. 44)

El concepto de intersectorialidad está incluido en el principio de integralidad como una forma de abordar no solo la “multicausalidad de los complejos problemas sociales” (MINSAL, 2018, p. 32) que caracterizan un proceso migratorio, sino también los “complejos procesos de exclusión” (MINSAL, 2018, p. 32). La Política se alinea con la iniciativa Salud en todas las Políticas (STP) de la OMS para evidenciar dicha intersectorialidad. Su objetivo específico es: “Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales desde el concepto de ‘Salud en Todas las Políticas’, con la finalidad de buscar soluciones conjuntas que respondan a la complejidad de la migración” (MINSAL, 2018, p. 36). Desde esta mirada “se aspira a mejorar la responsabilidad de tomadores de decisiones de sus impactos en salud en todos los niveles” (MINSAL, 2018, p. 32).

Estructura argumentativa

A continuación, realizaremos un análisis crítico de los componentes de la Política y sus interrelaciones. La premisa objetivo es un llamado a la acción: debemos reducir las brechas existentes en la realidad de la salud de los migrantes, utilizando el enfoque de derechos. No obstante, este objetivo sufre una serie de limitaciones visibles al realizar un análisis crítico de los conceptos y sus supuestos, según su ubicación en las distintas premisas que componen el argumento.

Nos detenemos primero en la premisa circunstancial, pues en ella se define el estado de cosas problemático, estableciendo sus elementos como incuestionados e inevitables. Para este caso serían:

- i. Existen brechas de inequidad en salud de los migrantes,
- ii. Que son generadas por ciertas condiciones (determinantes sociales),
- iii. Entre las que destacan las barreras culturales, derivadas de la diversidad cultural de los migrantes.
- iv.
- i. En la Política, la inequidad es fetichizada como dato de la realidad y no se analiza su raíz estructural. Más allá del acotado recuento histórico de su proceso de construcción, el texto luce un marcado ahistoricismo: se nos habla de un “fuerte incremento de la migración internacional”, pero no se especifica cuál es el proceso histórico donde se inserta dicho incremento, introduciendo el cliché de que la migración ha existido desde la antigüedad. Así, el uso del concepto de inequidad se mantiene en los

- registros del multiculturalismo neoliberal, donde se opaca sistemáticamente su nexa con el capitalismo (Díaz-Polanco, 2007; Piñones et al 2017).
- ii. Los determinantes sociales constituyen la premisa causal por excelencia de la Política, siendo asumida como incuestionada e inevitable. La enumeración de los determinantes sociales aparentemente coincide con todos los ámbitos de la vida, produciendo un efecto de naturalidad que oculta su origen reciente (Cornwall & Nyamu-Musembi, 2004, 2005). El texto reifica los determinantes sociales tratándolos como “condiciones”, entidades cuya eficacia operaría con independencia del proceso histórico concreto en que se insertan. Por ejemplo, la vivienda constituiría una condición de la mala salud de los migrantes, sin nunca mencionar el proceso de mercantilización de la vivienda ocurrido en el Chile neoliberal (Imilan, 2016; Imilan et al 2016), ni que el racismo del Estado chileno produce accesos exclusionarios y racistas a la vivienda (Contreras, Ala-Louko, & Labbé, 2015) Yasna</author><author>Ala-Louko, Veera</author><author>Labbé, Gricel</author></authors></contributors><titles><title>Acceso exclusionario y racista a la vivienda formal e informal en las áreas centrales de Santiago e Iquique</title><secondary-title>Polis</secondary-title></titles><periodical><full-title>Polis</full-title></periodical><pages>53-78</pages><volume>14</volume><number>42</number><keywords><keyword>formal e informal y</keyword><keyword>inmigrante</keyword><keyword>mercado de la vivienda</keyword></keywords><dates><year>2015</year></dates><urls><pdf-urls><url>file://C:\Users\Carlos\Documents\POSTDOCTORADO\Bibliografía Postdoctorado\acceso exclusionario.pdf</url></pdf-urls></urls></record></Cite></EndNote>. Como correlato de esta reificación, la aproximación factorial de los determinantes sociales integra procesos muy disímiles (algunos sin punto de comparación) en un cuadro de sumatoria de factores (de riesgo y protectores), asumiendo que no existe ningún orden estructurante en la multiplicidad de causas, o que dicho orden no es el económico-político (Breilh, 2013; Krieger, 1994). Así, los determinantes sociales no solo son deshistorizados, sino también despolitizados.
- iii. En este esquema pasa a primer plano una explicación en torno al concepto de diversidad cultural, que es utilizada para especificar aquello distintivo del migrante: un sujeto diverso (un alter), cuya diversidad sería esencialmente cultural. Así, la Política produce una alterización del migrante, estableciendo diferencias constitutivas propias del racismo (Quintero & Hoffmann, 2010, p. 80). Aquí la nacionalidad funciona como rasgo de indudable diferenciación: porque es de otra nacionalidad, es culturalmente diferente; ecuación que es cuestionable, sobre todo si conside-

- ramos la existencia de culturas que trascienden las fronteras del Estado nación (Baumann, 2012; Oommen, 1997; Wallerstein & Balibar, 1988). La implementación de este concepto, bajo el pretexto de disminuir las discriminaciones, obliga a los grupos minoritarios (migrantes, indígenas) a esforzarse por demostrar su especificidad para enriquecer la diversidad, facilitando su dominación (Liberona, 2012).
- iv. En la *premisa de medios fines* identificamos dos niveles. En un nivel abstracto se establece que es posible disminuir las brechas a través de la aplicación de determinados “enfoques”. En un nivel más concreto se establece que el bienestar de la población estará garantizado principalmente por la adopción de un enfoque de derechos humanos. Este supuesto es uno de los menos cuestionados, alcanzando el consentimiento de la totalidad de los actores sociales (políticos, académicos, burócratas, activistas etc.). Aquí se omite que su contracara es una serie de obligaciones jurídicas que restringen el campo de lo posible en las políticas de los países, alineándolos a los acuerdos internacionales (CEPAL, 2018; OMS, 2017a).
- Además, la adopción de este enfoque incorpora un lenguaje abstracto que permite enunciar las propuestas de abordaje en términos maximalistas, como ideales de estándares elevados, a la vez que pragmáticamente se definen exigencias mínimas, impotentes para detener o aminorar los principales procesos vulneradores de derechos. Asimismo, se supone que la mejor forma de abordar dichas brechas es a través de una serie de programas que consideren los determinantes sociales, con enfoque de derechos humanos e interculturalidad. La complejidad de dicha articulación contrasta con lo restrictivo de los medios que se disponen, todos de orientación culturalista: capacitación, campañas publicitarias, “tecnologías interculturales”, entre otras.
- Entre los medios que dispone la Política, destacamos el de cohesión social. Aunque su definición contempla procesos microsociales e institucionales, se inclina hacia una concepción micro (Barba Solano & Cohen, 2011, 77-78) y se vincula con la noción de capital social. Utiliza una propuesta liberal de la cohesión, vinculada a Putnam (Ramírez 2005), entendida como inserción en el mercado (un ámbito supuestamente neutro donde distintos grupos humanos pueden jugar con las mismas reglas). Aquí la inclusión consiste en la asistencia focalizada a quienes son incapaces de lograr su propia seguridad, a través de una reasignación controlada de recursos para dotarlos de activos mínimos (capital humano, infraestructura social, ingresos monetarios mínimos, etc.), excluyendo la redistribución de riquezas o ingresos por vías fiscales o institucionales (Barba Solano & Cohen, 2011, 77).
- En su versión más psicologicista, la Política propiciaría experiencias de contacto como mecanismo facilitador de la cohesión social, donde el contacto directo y positivo entre personas de distintos grupos permitiría desarrollar actitudes más

favorables hacia los primeros (González et al., 2017, 6-7). De esta manera, el concepto de cohesión social que aparece en la Política recuerda la advertencia realizada por Cattani: “es necesario analizar si la expresión [cohesión social] está asociada con posibilidades reales proporcionadas por la sociedad capitalista dentro del marco de la democracia representativa o si es solo una expresión insidiosa que oculta los procesos de dominación.” (Barba Solano & Cohen, 2011, p. 54) [traducción de los autores].

Algo similar ocurre con el concepto de intersectorialidad. El problema central del concepto es:

“si las acciones están encaminadas a lograr las reformas sociales y económicas que buscan abordar los determinantes sociales estructurales; es decir, intervenir sobre los verdaderos mecanismos de generación de las inequidades, o solo se limitan a paliar las consecuencias de dichas inequidades” (OPS, 2015, p. 4).

Dado que el objetivo de la Política no es abordar las causas de la inequidad, las acciones se centran principalmente en la prestación de servicios y el acceso a ellos, donde la relación con los otros sectores se basa en la optimización de esos resultados para aliviar las consecuencias. Así, el concepto de integralidad es reducido a la integralidad en la atención, según el “Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)”, poniendo en el centro de la definición a la persona (MINSAL, 2018, p. 33).

Hasta aquí dejaremos este análisis, pues las premisas de valores solo podremos retomarlas luego de revisar los procesos de exclusión de la Política, ya que los valores tienden a ser ocultados como parte de la estrategia en la lucha por la hegemonía, según desarrolló Fairclough. Una mirada retrospectiva y de conjunto nos muestra que existe una articulación orgánica entre estos componentes: mientras que al nivel de las premisas circunstanciales la inequidad se nos presenta como el gran problema, el enfoque de derechos humanos se presenta como horizonte conceptual de abordaje; ahí donde lo que se subraya es la diversidad cultural, se despliega la tecnología intercultural y se problematiza la cohesión social desde el concepto de capital social; a la complejidad del problema definido en términos de Determinantes Sociales se responde con el discurso de la intersectorialidad.

Pero el análisis de los supuestos ideológicos no se agota aquí. Así como las premisas circunstanciales y de medios fines han definido el problema a tratar y la forma idónea de abordarlo, también existe un trabajo ideológico del texto (Norman Fairclough, 2003) que consiste en omitir parcial o totalmente ciertos conceptos y problematizaciones, como veremos a continuación.

Exclusiones e inclusiones subordinadas

Lo excluido es tanto o más importante que lo incluido. En esta línea, la Política “moviliza sesgos” para producir “no decisiones” sobre cuestiones que podrían presentar desafíos a los valores e intereses de los tomadores de decisiones [*decision-makers*] (Bachrach & Baratz, 1963). En lo que sigue veremos una serie de procesos que, teniendo legitimidad para ser incluidos en la Política, son excluidos de manera sistemática, pues su inclusión interpela directamente al marco neoliberal en que se desarrollan los procesos migratorios en Chile.

Omitir lo estructural

La Política evita sistemáticamente el uso del calificativo “estructural” para referirse a los procesos, causas, etc. que son su objeto de interés. No es una cuestión meramente lexicológica. Muchos de los determinantes estructurales del modelo de la OMS son dejados fuera de la Política: el contexto socioeconómico y político, el gobierno, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales (mercado de trabajo y de vivienda), las políticas públicas (educación, salud, protección social). Pero también otros elementos que la literatura ha identificado como estructurales, como la violencia estructural, la estructuración patriarcal de las relaciones de género, la segregación residencial o el encarcelamiento discriminatorio, etc. (Bailey et al., 2017; Bourgois et al. 2017; Castañeda et al., 2015; Ford & Airhihenbuwa, 2010; Gee & Ford, 2011; Karandinos & Bourgois, 2019; Piñones Rivera et al. 2019; Quesada et al 2011). De hecho, en la adaptación restrictiva que se hace en la Política del esquema de Determinantes Sociales, desaparece toda la sección referida al “Contexto socioeconómico y político” de la OMS (Ver esquemas 3 y 4).

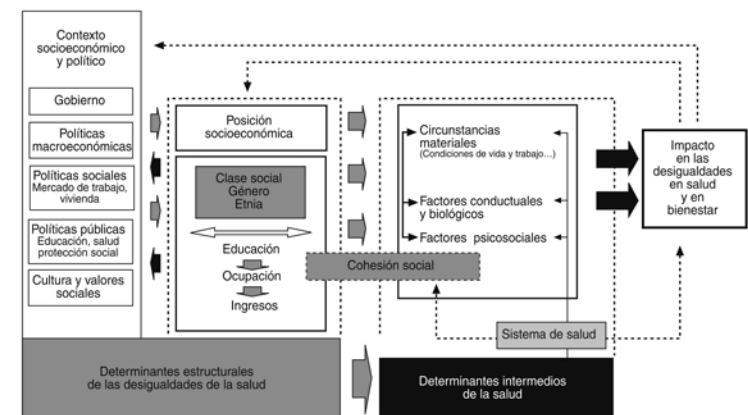
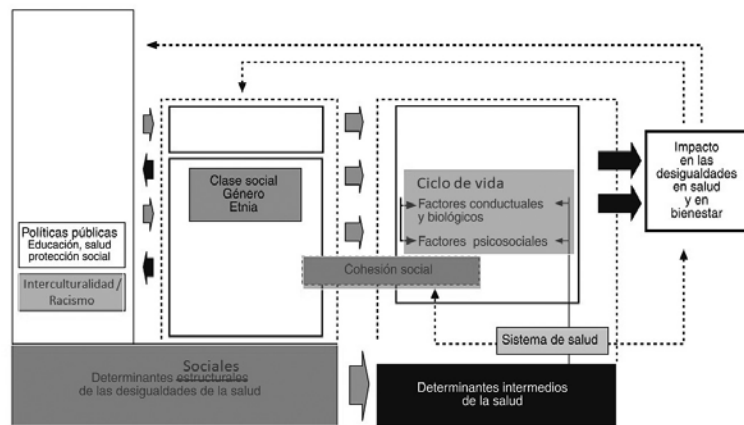


Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales según la OMS



Fuente: elaboración propia en base al esquema de Solar e Irwin, citado en Borrel y Artaco (2008)

Figura 2. El modelo fragmentario de los Determinantes Sociales de la Política

Esto se corresponde con un modelo epidemiológico según el cual “los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud, pero invisibiliza las fuerzas en tensión y relaciones de poder de la sociedad” (Morales-Borrero et al. 2013, 800-801). Al contrario, la epidemiología social (o crítica) latinoamericana “releva las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia” (Morales-Borrero et al., 2013, 800-801).

No es raro entonces que nada se diga sobre los determinantes políticos, a saber: “cómo las diferentes constelaciones de poder, instituciones, procesos, intereses y posiciones ideológicas afectan la salud dentro de diferentes sistemas políticos y culturas y en diferentes niveles de gobierno” (Kickbusch, 2015, p. 1) [traducción de los autores]. Esto no es una obviedad, si se considera que forman parte del discurso de la OMS y que las organizaciones migrantes han denunciado cómo las instituciones gubernamentales y los intereses y posiciones ideológicas del gobierno, afectan a la salud de los migrantes por el racismo que contienen (Tijoux, 2016).

Otra exclusión importante se refiere al racismo. Si bien la Política lo incluye bajo la noción de discriminación, este nunca es situado como estructural, institucional, ni sistémico, a pesar de la amplia literatura que existe al respecto (Acevedo-

García et al. 2012; Bailey et al., 2017; Ford & Airhihenbuwa, 2010; Gee & Ford, 2011; Holmes, 2017; Morey et al. 2018; Viruell-Fuentes, Miranda, & Abdulrahim, 2012). En su lugar sólo se señala el carácter sistemático del racismo, pero concibiéndolo como interpersonal. El Estado nunca aparece como fuente de racismo, restringiendo las posibilidades de transformar importantes elementos estatales que están en su base y que afectan a los migrantes en su salud, como muchas de sus leyes.

Negación del neoliberalismo como fuente de inequidad

Existe una negación del neoliberalismo como fuente de inequidad en la salud de los migrantes, propio del multiculturalismo neoliberal (Díaz-Polanco, 2007; Piñones Rivera et al., 2017). Esta omisión no es solo del campo de los determinantes sociales. Como ha mostrado la producción crítica sobre Migración y Desarrollo (Delgado, 2018; Márquez, 2012; Márquez & Delgado 2012) existe una corriente en el campo de los estudios migratorios que, al centrarse en el eje horizontal constituido por el origen, destino y tránsito; excluye el eje vertical constituido por las “múltiples violaciones de los derechos humanos y laborales que sufren los migrantes y sus familias [a causa de] las complejas relaciones que se generan entre la migración y el desarrollo con fundamento en la égida neoliberal” (Delgado, 2018, p. 18). Así, ambas omisiones son paralelas y correlativas, una en el campo de los procesos de determinación de la salud/enfermedad y otra en el abordaje de las migraciones.

Esta negación impide diagnosticar y abordar importantes procesos que afectan a la salud de los migrantes. El neoliberalismo supone una relación compleja entre migración y desarrollo basada en operaciones y cadenas de subcontratación que extienden parte de los procesos productivos, comerciales, financieros y de servicios de las grandes corporaciones multinacionales hacia el Sur Global, donde encuentran dos de sus condiciones de acumulación: la fuerza de trabajo barata, abundante, flexibilizada, precarizada y socialmente desorganizada, y la extracción de recursos naturales (Delgado, 2019). Dicha relación produce un impacto directo en la vida, la salud y los derechos humanos de las personas migrantes. No obstante, sus impactos son invisibilizados teóricamente a través de la consideración horizontal y de las aproximaciones culturalistas (Viruell-Fuentes et al., 2012).

Inclusión subordinada: DDHH acomodaticios

En virtud de lo anterior, no puede resultar indiferente que en un abordaje neoliberal de la salud se introduzcan los derechos humanos. Varias perspectivas han analizado esta relación, aquí solo revisaremos las que nos parecen más pertinentes.

En primer lugar, se ha mostrado que el naturalizado “Enfoque de Derechos Humanos” tiene una genealogía clara en el sistema de Naciones Unidas, situada en la lucha anticolonial impulsada por los países independientes del Sur Global que ingre-

saron a ella en los años 60 y 70. Mientras su proyecto apuntaba al establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional, la oposición de las grandes potencias condujo al sepultamiento de dichas pretensiones y al establecimiento de un nuevo consenso hegemónico que articuló derechos humanos y desarrollo, siendo uno de sus principales productos el “Enfoque de Derechos Humanos para el Desarrollo” (Cornwall & Nyamu-Musembi, 2004, 2005). Desde ahí, el carácter de obligatoriedad jurídica expandió el consenso para todos los países miembros, funcionando como base en las políticas públicas en el mundo y específicamente en América Latina (Sepúlveda, 2014). En su versión actual, y luego del fracaso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el desarrollo se proyecta en base a unos nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se supone que los problemas sociales disminuirán en la medida que los países alcancen el desarrollo sostenible basado en una “buena gobernanza”, garantizando el simultáneo “desarrollo sostenible” y el cumplimiento de los “derechos humanos”.

No obstante, autores como Anghie (2004) sostienen que dicho programa encarna una contradicción, pues los ajuste estructurales propugnados por las instituciones financieras de Breton Woods (Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial), lejos de realizar los derechos económicos, sociales y culturales, han significado su socavamiento y violación. Además, dicha violación siempre es atribuida a la mala gobernanza de los países y no a las características propias de las políticas impuestas por estas instituciones.

En segundo lugar, se ha observado una relación acomodaticia entre los DDHH y el neoliberalismo (Moyn, 2018). Los DDHH no supondrían equidad distributiva y por eso son compatibles con el neoliberalismo y su brutal producción de inequidad (Moyn, 2018). Desde los 70 los DDHH se han ajustado a la economía política basada en el fundamentalismo de mercado (Moyn, 2018), siendo suplantados por los derechos colectivos del capital global (Baxi, 2009). Así, los DDHH perdieron su aspiración igualitarista, o su “fin redistribucionista” (Baxi, 2009), centrándose en la lógica de la provisión de mínimos “suficientes” (Moyn, 2018). Estos derechos soslayan el abordaje de los problemas de equidad distributiva, pues la equidad material no se puede conseguir dentro de un sistema neoliberal, al punto que entidades como Amnistía Internacional o Human Rights Watch lo dejan fuera de su abogacía (Whyte, 2017).

En tercer lugar, se ha cuestionado la relación de los DDHH con los movimientos sociales y sus demandas políticas radicales, pues cumplen una función regulatoria, operando como un medio de obstrucción o cooptación de demandas políticas más radicales (Baxi, 2009). Partiendo de la base que el Estado no es un árbitro neutral, sino un productor de perjuicios, se ha mostrado que, al estar los DDHH modelados por el Estado, terminan profesionalizando, descolectivizando y atomizando los movimientos que luchan contra dichos perjuicios (Baxi, 2009).

En cuarto lugar, si bien el lenguaje de los DDHH es usado por un amplio espectro de actores, que va desde los Estados hasta los movimientos radicales, los sentidos y propósitos con que se usan, así como los alcances que se le atribuyen, son muy distintos; cuestión que ha sido identificada como la “política de la locación” (Cornwall & Nyamu-Musembi, 2004). Restrindiendo el alcance de los derechos humanos y gozando de su poder discursivo, lo que se obtiene es una buena herramienta retórica para vender un concepto de desarrollo, “sin pretender soportar el peso de la totalidad de las consecuencias que se derivan de eso” (Cornwall & Nyamu-Musembi, 2004, p. 1433) [Traducción de los autores].

Así la condición acomodaticia de este discurso constituye una dimensión eminentemente paradójica. Esto es ocultado en el discurso del desarrollo, siendo cubierta por una imagen ilusoria y apologetica de la migración que desconoce sus efectos perversos y sus causas profundas, que son siempre las causas de la migración forzada. Más preocupante aún es que, mientras se excluye e invisibiliza lo estructural, el Enfoque de Derechos hace las veces de un abordaje de los problemas estructurales. Para esto, basa su lectura de las causas estructurales en el diagnóstico propio de la Agenda para el desarrollo sostenible, la cual no considera el potencial lesivo del capitalismo y deja al arbitrio de las grandes potencias la definición de las alternativas a seguir. Ya que los países subordinados deben adoptar parcial o totalmente las sugerencias, se produce un imaginario de consenso donde hay asimetrías de poder que están a la base de la miseria y violación de los derechos que dicen proteger.

Las premisas de valor

Retomemos nuevamente la pregunta por las premisas de valor presentes en la Política. Mientras ella explicita como un “valor social ineludible del país” al “derecho humano de acceso a atención en salud”, “el valor del respeto a todo ser humano, a sus derechos y su dignidad intrínseca”, así como el valor de la “diversidad cultural”; estos elementos operan como premisas circunstanciales, es decir, elementos declarativos que forman parte del consenso social, independientemente si existe un correlato motivacional o no. Por esto es importante ir más allá de lo explícito en la comprensión de las premisas de valor. Y lo que observamos es que el propósito de contribuir a la salud invocando la equidad y enfoque de derechos, está animado por una serie de valores que estratégicamente se mantienen ocultos y que se descubren en las reducciones y exclusiones discursivas analizadas.

En general, la Política está articulada por valores neoliberales que operan como una fuente de normatividad, especificando la imaginación de estados futuros, definiendo cuáles son las alternativas de acción deseables, las permisibles y las negadas (N. Fairclough, 2012, p. 43). Según esos valores, el problema no está nunca en la estructura, sino en las relaciones interétnicas o interpersonales; nunca en el mo-

delo económico, sino en las restricciones que el Estado impondría a la libertad económica, así como en las decisiones y características individuales. En la imaginación neoliberal, se proyecta un orden futuro de cosas donde los siguientes elementos funcionan como directrices necesarias y suficientes:

- La mejora de las condiciones en base al esfuerzo individual o a la ayuda estatal para la inserción en el mercado (y no en la distribución de la riqueza).
- La superación de barreras culturales propias de la condición de migrante y de su ontológica “diversidad cultural” (y no de barreras estructurales).
- El desarrollo de iniciativas para favorecer la cohesión social a través de experiencias de “encuentro” y procesos de participación (y no el abordaje del racismo estructural, incluyendo el racismo de Estado).
- La entrega de información a la sociedad civil o a los equipos de salud (y no la transformación de las condiciones materiales y políticas de existencia).

De esta manera, el migrante aparece como un sujeto culturizado, afectado por condiciones de las cuales es corresponsable, y domesticado para exigir o esperar que los altos estándares de los derechos humanos se realicen a través de las políticas públicas estatales. Lo que esta concepción excluye es, sobre todo, que la inequidad que afecta al migrante en general no se debe a su diferencia cultural (Castañeda et al., 2015; Viruell-Fuentes et al., 2012), sino a procesos estructurales, muchos de los cuales son excluidos por la Política y donde muchas veces es el Estado el agente lesivo. Por esto, las acciones a tomar para reducir la inequidad deben superar la relación acomodaticia que el “enfoque de derechos humanos” ha tejido con el neoliberalismo, junto con problematizar el rol del Estado como productor de una violencia que afecta la salud de los migrantes.

Conclusiones

Nuestro análisis crítico del discurso de la Política ha evidenciado no solo su racionalidad práctica, sino también el rol de los componentes conceptuales en su estructura discursiva. También explicitamos el trabajo ideológico del texto fundado en el triple proceso de movilización de sesgos, exclusión de elementos de las problematizaciones e inclusión subordinada (fragmentaria, acomodaticia, culturalista). Este discurso opaca así la determinación estructural, el lugar de los migrantes en la división social del trabajo, la violencia y el racismo estructural, así como el potencial lesivo del neoliberalismo. Al mismo tiempo, enfatiza diagnósticos reificados de los determinantes sociales, despliega una tecnología culturalista, hace un uso acomodaticio de los derechos humanos y consagra un abordaje interpersonal del racismo. De esta forma, el discurso fija la interpretación del contexto de acción, según el cual los actores sociales se orientarán en su comprensión y acción en el mundo, definiendo

una de las más importantes fuentes del sentido común de una gran cantidad de actores (clase política, trabajadores de la salud, dirigentes, ciudadanos en general, etc.).

Contra este tipo de aproximaciones, consideramos importante analizar los procesos de salud/enfermedad desde una mirada centrada en el lugar que ocupa el migrante en la división social del trabajo. Desde ahí, procesos como la precarización, la flexibilización laboral, la irregularización cíclica, o el empuje al tránsito clandestino, permiten entender y abordar más directamente sus problemas de salud. Si bien la diversidad cultural es importante, no debería funcionar como sustituto del abordaje estructural. Y el Enfoque de Derechos Humanos tampoco puede ni debe ocupar este sitio, como ya hemos mostrado.

Este soslayo de la dimensión estructural en el discurso de la Política es replicado y legitimado por un sector de la academia. Y lejos de problematizar dicha omisión, entrega los elementos técnicos para su armazón argumentativa. Debemos problematizar esta relación entre la academia con el discurso estatal, pues cuando exige la consideración de más interculturalidad, más enfoque de derechos humanos y más determinantes sociales, se mantiene en el territorio ideológico que excluye la dimensión estructural y caracteriza a la Política. En dicho espacio, los conceptos mencionados tienen validez solo si son considerados de manera fragmentaria, reduccionista, ahistoricista, interpersonal. Aquí surge la inquietud de si es deseable problematizar e historizar los conceptos; o bien avanzar hacia otro lenguaje para el cual el Estado no tenga ya sus respuestas ideológicamente prediseñadas. Más larga es aún la tarea de avanzar hacia un sistema económico y político que permita y promueva la salud (no solo la atención de salud) para todas y todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo-García, D., Sánchez-Vaznaugh, E. V., Viruell-Fuentes, E. A., & Almeida, J. (2012). Integrating social epidemiology into immigrant health research: A cross-national framework. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2060-2068. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.040>
- Anghie, A. (2004). *Imperialism, sovereignty and the making of international law*. Cambridge University Press.
- Bachrach, P., & Baratz, M. S. (1963). Decisions and nondecisions: An analytical framework. *The American Political Science Review*, 57(3), 632-642.
- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: Evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453-1463. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X)
- Barba Solano, C., & Cohen, N. (2011). *Perspectivas críticas sobre la cohesión social: Desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina*. CLACSO.
- Baxi, U. (2009). Voices of suffering and the future of human rights. En W. Twining (Ed.), *Human rights, southern voices*, 162-204.
- Benítez, A., & Velasco, C. (2019). Desigualdades en salud: Brechas en acceso y uso entre locales e inmigrantes. En I. Aninat & R. Vergara (Eds.), *Inmigración en Chile: Una mirada*

- multidimensional*. Fondo de Cultura Económica.
- Bourgois, P., Holmes, S. M., Sue, K., & Quesada, J. (2017). Structural vulnerability: Operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Academic Medicine*, 92(3), 299-307.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Cabieses, B., & Oyarte, M. (2020). Acceso a salud en inmigrantes: Identificando brechas para la protección social en salud. *Revista de Saúde Pública*, 54, 20. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001501>
- Canales, A. I. (2019). La inmigración contemporánea en Chile: Entre la diferenciación étnico-nacional y la desigualdad de clases. *Papeles de Población*, 25(100), 53-85.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 375-392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- CEPAL. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Chepo, M., Astorga-Pinto, S., & Cabieses, B. (2019). Atención inicial de migrantes en Chile: Iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e71. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.71>
- Contreras Gatica, Y., Ala-Louko, V., & Labbé, G. (2015). Acceso exclusionario y racista a la vivienda formal e informal en las áreas centrales de Santiago e Iquique. *Polis*, 14(42), 53-78.
- Cornwall, A., & Nyamu-Musembi, C. (2004). Putting the 'rights-based approach' to development into perspective. *Third World Quarterly*, 25(8), 1415-1437.
- Cornwall, A., & Nyamu-Musembi, C. (2005). Why rights, why now? Reflections on the rise of rights in international development discourse. *IDS Bulletin*, 36, 9-18.
- Correa, M. (2018). Migraciones y políticas de salud en Chile: Cronología de los principales hitos 2000-2018. *Academia y Crítica*, 1. <https://doi.org/10.25074/07199147.2.886>
- Delgado Wise, R. (2018). Reflexiones en torno a la teoría y a la práctica de la relación entre migración y desarrollo: Una perspectiva del Sur. *Migración y Desarrollo*, 16(31).
- Delgado Wise, R. (2019). Reflexiones en torno a la teoría y la práctica de la relación entre migración y desarrollo: Una perspectiva del sur. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16357.24800>
- Díaz-Polanco, H. (2007). *Elogio de la diversidad: Globalización, multiculturalismo y etnofagia*. Siglo XXI.
- Fairclough, I. (2015). Evaluating policy as argument: The public debate over the first UK austerity budget. *Critical Discourse Studies*, 13(1), 57-77. <https://doi.org/10.1080/17405904.2015.1074595>
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse: Textual analysis for social research*. Routledge.
- Fairclough, N. (2012). *Political discourse analysis*. Routledge.
- Fairclough, N. (2013). Critical discourse analysis and critical policy studies. *Critical Policy Studies*, 7(2), 177-197. <https://doi.org/10.1080/19460171.2013.798239>
- Fischer, F. (2015). *Handbook of critical policy studies*. Edward Elgar.
- Ford, C. L., & Airhihenbuwa, C. O. (2010). Critical race theory, race equity, and public health: Toward antiracism praxis. *American Journal of Public Health*, 100(1), 693-698. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.171058>
- Frías Ortega, C., Galaz Valderrama, C., & Poblete Melis, R. (2017). Políticas públicas y salud en

- materia de inmigración: Puntos críticos en la accesibilidad del sistema público chileno. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (37). https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2017372188
- Gee, G. C., & Ford, C. L. (2011). Structural racism and health inequities: Old issues, new directions. *Du Bois Review*, 8(1), 115-132. <https://doi.org/10.1080/10810730902873927>
- González, R., Bargsted, M., Miranda, D., Carvacho, H., Tropp, L., Van Laar, C., & Cheyre, M. (2017). *Resultados Primera Ola Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC): Módulo 1: Cohesión Social y Migración*. COES.
- Holmes, S. M. (2017). Marking "Preemptive Suspects": Migration, bodies, and exclusion. *Latin American Perspectives*, 44(3), 0094582X17699915. <https://doi.org/10.1177/0094582X17699915>
- Imilan, W. (2016). *Políticas y luchas por la vivienda en Chile: El camino neoliberal*. Working Paper Series Contested_Cities.
- Imilan, W., Olivera, P., & Beswick, J. (2016). Acceso a la vivienda en tiempos neoliberales: Un análisis comparativo de los efectos e impactos de la neoliberalización en las ciudades de Santiago, México y Londres. *Revista INVI*, 31(88), 163-190. <https://doi.org/10.4067/S0718-83582016000300006>
- Jessop, B. (2010). Cultural political economy and critical policy studies. *Critical Policy Studies*, 3(3-4), 336-356. <https://doi.org/10.1080/19460171003619741>
- Karandinos, G., & Bourgois, P. (2019). The structural violence of hyperincarceration—A 44-year-old man with back pain. *New England Journal of Medicine*, 380(3), 205-209.
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine*, 39(7), 887-903.
- Lampert Grassi, M. P. (2019). *Salud y migración en la Región de Arica y Parinacota*.
- Larenas, D., & Cabieses Valdés, B. (2018). Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular: La respuesta del sector salud en Chile. *Cuadernos Médicos Sociales (Chile)*, 58(4), 97-108.
- Liberona Concha, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: Conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales (Chile)*, 28(1), 19-38.
- Márquez Covarrubias, H. (2012). *Diccionario crítico de migración y desarrollo*. Editorial Porrúa.
- Márquez Covarrubias, H., & Delgado Wise, R. (2012). *Espejismos del río de oro: Dialéctica de la migración y el desarrollo en México*. Editorial Porrúa.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2018). *Política de salud de migrantes internacionales*. Santiago: MINSAL.
- Morales-Borrero, C., Eslava-Castañeda, J. C., Borde, E., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808.
- Morey, B. N., Gee, G. C., Muennig, P., & Hatzenbuehler, M. L. (2018). Community-level prejudice and mortality among immigrant groups. *Social Science & Medicine*, 199, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.020>
- Moyn, S. (2018). *Not enough: Human rights in an unequal world*. Harvard University Press.
- Mulderrig, J., Montesano Montessori, N., & Farrelly, M. (2019). *Introducing critical policy discourse analysis*. In N. Montesano Montessori, M. Farrelly, & J. Mulderrig (Eds.), *Critical policy discourse analysis: Advances in critical policy studies*. Edward Elgar.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017a). *Health of migrants: Resetting the agenda*.

- Report of the 2nd global consultation.*
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017b). *Health, health systems and global health. Thematic discussion paper. 2nd global consultation on migrant health: Resetting the agenda.*
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017c). *Vulnerability and resilience. Thematic discussion paper. 2nd global consultation on migrant health: Resetting the agenda.*
- Oommen, T. K. (1997). *Citizenship, nationality and ethnicity: Reconciling competing identities.* Polity Press.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: Una aproximación analítica.* OPS.
- Padilla Rubio, C. (2019). Análisis de la política de salud y migrantes internacionales en Chile, 2015-2019. En A. Abreu & M. B. Herrero (Eds.), *El buen gobierno en salud. Miradas desde Suramérica*, 21-24. FLACSO.
- Palacios Díaz, D., Hidalgo Kawada, F., Cornejo Chávez, R., & Suárez Monzón, N. (2019). Análisis político de discurso: Herramientas conceptuales y analíticas para el estudio crítico de políticas educativas en tiempos de reforma global. *Education Policy Analysis Archives*, 27. <https://doi.org/10.14507/epaa.27.4269>
- Piñones Rivera, C., Mansilla Agüero, M., & Arancibia Campos, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la política de salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 751-763.
- Piñones Rivera, C., Quesada, J., & Holmes, S. M. (2019). Structural vulnerability: New perspectives in social medicine on the health of immigrants. *Salud Colectiva*, 15, 1-11.
- Pon, G. (2009). Cultural competency as new racism: An ontology of forgetting. *Journal of Progressive Human Services*, 20(1), 59-71. <https://doi.org/10.1080/10428230902871173>
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>
- Quintero, O., & Hoffmann, O. (2010). *Estudiar el racismo. Textos y herramientas. Legacies*, 8, 1-212.
- Ramírez Plascencia, J. (2005). Tres visiones sobre capital social: Bourdieu, Coleman y Putnam. *Acta Republicana: Política y Sociedad*, 4(4), 21-36.
- Rosende. (s.f.). Acciones que ha realizado el Gobierno de Chile en temas migratorios entre 2006 y 2017.
- Sepúlveda, M. (2014). De la retórica a la práctica: El enfoque de derechos en la protección social en América Latina.
- Tijoux, M. E. (2016). *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración.* Editorial Universitaria.
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099-2106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>
- Whyte, J. (2017). Human rights and the collateral damage of neoliberalism. *Theory & Event*, 20(1), 137-151.
- Zepeda Vega, C. V., & González Campos, M. C. (2019). Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno: Una revisión sistematizada. *Salud & Sociedad*, 10(2), 188-204. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-012>



TERCERA PARTE

**Problemáticas de salud
intercultural en la región
de Tarapacá**



Este apartado reúne tres experiencias muy distintas de trabajo investigativo, que desembocaron en un informe y dos textos. Se trata de tres ejemplos del abordaje regional de la salud intercultural con migración transfronteriza e internacional. En los tres se recogió información sobre la salud de las personas migrantes en la región de Tarapacá desde metodologías diferentes. Si bien se parte de distintos objetivos, los tres estudios fueron analizados bajo los marcos teóricos presentados en el apartado anterior.

El primer capítulo es un informe diagnóstico de la situación de salud de la población que ocupó informalmente la ex plaza Brasil de Iquique, durante los meses de enero a septiembre de 2021, en plena pandemia de COVID-19. Es el resultado de la sistematización del seguimiento etnográfico colaborativo, realizado en conjunto con AMPRO Tarapacá hacia personas en desplazamiento forzado. En este trabajo recopilamos las vulneraciones de derechos experimentadas por esta población, principalmente venezolana, que acampaba en el lugar durante el invierno de 2021. Se trata de un informe diagnóstico de salud en el que plasmamos la violencia estatal hacia una población dejada al abandono.

El masivo ingreso irregular a Chile de esta población desde 2020 fue totalmente desatendido por las autoridades del país, por lo que quienes recién llegaban a la región estaban obligados/as a improvisar campamentos en espacios públicos de la ciudad, como playas, sitios eriazos y plazas, como la ex Plaza Brasil. Esta solución habitacional causó mucha molestia en la población local, nacional e incluso residentes

migrantes. Las autoridades entonces organizaron un violento desalojo, que generó mayor sufrimiento y dio paso a la violencia civil antimigrante.

Este diagnóstico es parte del proyecto de investigación del cual nace este libro, por lo que surge de una iniciativa propia buscando responder a nuestros objetivos de investigación. Es así como, a partir del trabajo colaborativo con la organización AMPRO Tarapacá, realizamos observaciones, acompañamientos y asesoría migratoria. Esto nos permitió recoger información sobre el estado de salud de esta población, al mismo tiempo que entregar ayuda para sobrellevar la injusta y precaria situación en la que se encontraba.

El principal objetivo de este informe fue denunciar las consecuencias en la salud de la violencia nacionalista. Por lo que constituyó principalmente un insumo para AMPRO. De esta manera, se pudo, por un lado, difundir las condiciones de vida de las personas en desplazamiento forzado que, en su tránsito irregularizado por el norte de Chile, y en particular por Iquique, quedaban al abandono, viviendo en la calle. Así, AMPRO logró recibir más aportes para seguir ayudando a las personas en tránsito y seguir fortaleciéndose en tanto actor político incidente a nivel regional y nacional, en materia de migración.

Por otro lado, recopilamos valiosos datos que demuestran la violencia a la que se vieron enfrentadas familias completas, empobrecidas por el sistema de explotación de la movilidad clandestina, irregularizadas por la institucionalidad fronteriza y migratoria, humilladas y rechazadas por el fervor nacionalista. Una situación que abarcó el ámbito de la salud, pues los servicios públicos de salud comenzaron a exigir un documento de “autodenuncia” sobre los ingresos irregulares al país como requisito para las atenciones de salud. En el informe detallamos las consecuencias en la salud de estas múltiples violencias.

El segundo capítulo analiza la producción de nuevas corporalidades de personas en búsqueda de refugio, en tránsito por el norte de Chile. Una particularidad de este texto radica en la metodología utilizada para el levantamiento de información, pues queríamos ir más allá del tradicional abordaje de la salud intercultural a nivel regional, que sabíamos era insuficiente. Además de analizar este abordaje como desconectado de la realidad migratoria del colectivo estudiado y reproductor de racismo e inequidad. Es por eso que consideramos necesario dar una continuidad al trabajo desde el cuerpo y sobre el cuerpo para indagar en fenómenos migratorios bajo una interpretación antropológica.

Así, utilizamos técnicas y juegos dramáticos del teatro aplicado en una intervención de tres días, bajo la figura de un “Encuentro con caminantes”, al que fueron invitadas personas migrantes que se encontraban viviendo en la calle durante el mes de noviembre de 2021. Esta metodología fue creada para este proyecto, por tanto, tenía el objetivo de permitirnos observar la corporalidad de estas personas y conversar colectivamente sobre la experiencia del tránsito. En el texto demostramos que la violencia estructural a la que se exponen, producto de la densidad del tránsito,

genera un impacto en su salud, que analizamos desde la perspectiva de la vulnerabilidad estructural.

Este ejercicio analítico tiene como objetivo ser un aporte al desarrollo de una salud intercultural que integre la dimensión estructural en su aplicación cuando se trate particularmente a personas en desplazamiento forzado.

El apartado finaliza con un artículo que resulta del trabajo colaborativo con la Cooperativa Apacheta. El artículo fue originalmente publicado en la revista *Health and Human Rights*, de la universidad de Harvard y hace visible todo el proceso de vulneración de derechos que sufrió una mujer de la comunidad de Wilque, en la región de Tarapacá en el contexto del COVID y que le condujo a la muerte. El artículo muestra además como la misma respuesta de la institución, en vez de buscar reparar el daño producido reprodujo el racismo y la violencia estructural contra la familia y contra la totalidad del saber médico andino. La publicación del artículo en tan connotada revista fue parte de la estrategia definida por la Cooperativa Apacheta para dar visibilidad y hacer algo de justicia ante la indolencia y la violencia de un sistema que no está a la altura del bello desafío que supone el trabajo con comunidades indígenas.

CAPÍTULO 11

Diagnóstico de salud de la población migrante venezolana irregularizada en Iquique

Investigadores responsables:

Nanette Liberona, antropóloga y doctora en antropología y sociología, académica Universidad de Tarapacá.

Carlos Piñones Rivera, psicólogo, doctor en antropología médica, académico Universidad de Tarapacá.

Equipo de trabajo:

Marioly Corona, egresada de antropología, Universidad de Tarapacá y Eduardo García, estudiante de antropología, Universidad de Tarapacá.



Fuente: Agencia Causa - Johann Berna (IG: Johan.Berna)

Este diagnóstico fue realizado en el marco del proyecto de investigación UTA Mayor 6733-21 en colaboración con la Asamblea Abierta de Migrantes y Promigrantes de Tarapacá - AMPRO. Y difundido el 27 de septiembre de 2021.

Contextualización

Dimensiones del desplazamiento forzado venezolano

Según la Agencia de la ONU para los refugiados, 5,4 millones de personas venezolanas han sido reportadas como refugiadas y migrantes. Las niñas y los niños representan el 30% de la población mundial, pero son el 42% del total de las personas desplazadas por la fuerza. El desplazamiento venezolano se ubica en el segundo lugar en el mundo, en magnitud, después del de personas provenientes de Siria. Son familias enteras en desplazamiento, huyendo principalmente del hambre, de problemas de acceso a salud, trabajo y educación y de la falta de oportunidades, así como en algunos casos de la persecución política. Han migrado principalmente a los países del continente americano y, en gran medida, a Sudamérica. Chile se ha convertido, por lo tanto, en uno de los países de inmigración de este grupo, el que ha aumentado considerablemente durante la pandemia.

La política migratoria chilena, desde 2018, ha incrementado las restricciones para el ingreso a Chile, fomentando de esta manera la criminalización y la irregularización de la migración (Stang y Stefoni, 2016; Thayer, 2016; Stang et al, 2016). Esto se ha llevado a cabo mediante la creación de visas consulares, y en el caso de la población venezolana, luego de la suspensión de la visa de Responsabilidad Democrática y la exigencia de la Visa Consular de Turismo, oficializada mediante Resolución Exenta N° 1542, del 28 de abril de 2020, dictada por el Ministerio de Relaciones Exteriores y publicada en el Diario Oficial con fecha 14 de mayo de 2020.

El aumento de los ingresos irregulares a partir de entonces ha generado una presión en las fronteras del norte del país y en las principales ciudades, como Iquique, donde se ha concentrado un importante número de familias venezolanas irregularizadas. El gobierno, en lugar de asumir un rol protector ante la vulnerabilidad en la que se encuentra esta población, ha desplegado una política de militarización de las fronteras, a través del Plan Colchane, y de expulsiones colectivas. No obstante, el máximo tribunal de justicia en Chile declaró que los y las migrantes venezolanos/as están protegidos/as por el derecho internacional de los derechos humanos. Así, la Corte Suprema declaró ilegal la expulsión de venezolanos/as que ingresaron de forma irregular, reconociendo el principio de No retorno y No devolución declarados en la convención de Cartagena.

Además, el Ministerio Público planteó que las personas que han ingresado a Chile como objeto de tráfico en el último año (que es el caso de gran parte de esta población), son consideradas víctimas de tráfico agravado, ya que el hecho de cruzar la frontera pone en peligro su salud y su vida.

En síntesis, se han ignorado estándares nacionales e internacionales de derechos humanos y no se ha considerado la necesidad de aplicar los criterios de la Convención de Cartagena de 1984, que reconoce como refugiados a quienes hayan huido de su país por amenazas a su vida, seguridad o libertad.

Marco normativo sobre salud y migración en Chile

La labor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se guía por el principio de que la salud es un derecho humano fundamental del que deben disfrutar todos los seres humanos sin discriminación alguna. Los grupos vulnerables y marginados de la población requieren atención prioritaria. En el contexto de la migración, esos grupos incluyen a los migrantes forzados e indocumentados que carecen de acceso a los servicios esenciales de salud.

El actual abordaje de la OMS respecto de la salud de los migrantes es el modelo de los determinantes sociales, junto con un esquema del “ciclo migratorio”. Así el panorama incluye a las vulnerabilidades y resiliencias que surgen de los determinantes sociales a lo largo de todo el ciclo migratorio (origen, tránsito, destino y retorno) en un marco de acciones que tributan a la Agenda 2030 de las Naciones Unidas (WHO, 2017 citado en Piñones, Liberona y Leiva, 2021). En Chile, existe una Política de Salud de Migrantes Internacionales (2017) cuyo propósito es: “contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos” (MINSAL, 2017, p. 35), y se traduce en una serie de lineamientos estratégicos supuestos de ser encarnados por los distintos programas y experiencias que se enmarcarán en la Política. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Lineamientos Estratégicos de la Política
1. Armonización y adecuación del marco normativo
2. Sistema sensible a las personas migrantes: accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud
3. Abordaje integral de la salud de migrantes internacionales: sectorial e intersectorial
4. Transversalización de la salud de los migrantes internacionales en los programas e intervenciones de salud
5. Monitoreo, seguimiento e información de salud
6. Trabajo, salud y migración
7. Comunicación y desarrollo de acciones en contra la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes

Fuente: Elaboración propia en base a la Política (Piñones et al. 2022)

De acuerdo a lo señalado en la Política:

“El enfoque de derechos humanos es un marco conceptual para el desarrollo humano, basado en la dignidad intrínseca de todos los seres humanos. Se encuentra consagrado en normas internacionales que gozan de

protección jurídica para su realización, siendo los Estados sus garantes y obligados de: respetar, absteniéndose de intervenir en el disfrute del derecho, proteger, adoptando medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho y cumplir, incorporándolos en su legislación y adoptando medidas positivas para dar plena efectividad del derecho”. (MINSAL, 2017)

La Política además señala que “en una situación *ideal*, todas las personas alcanzan *un grado máximo de salud* y *ninguna* se ve en situación de *desventaja* por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales como la nacionalidad o la situación migratoria” (MINSAL, 2017, p. 31)

Asimismo, la Política se alinea con la iniciativa *Salud en Todas las Políticas* (STP) de la OMS, para reflejar la intersectorialidad, mediante un objetivo específico que se propone: “Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales desde el concepto de ‘Salud en Todas las Políticas’, con la finalidad de buscar soluciones conjuntas que respondan a la complejidad de la migración” (MINSAL, 2017, p. 36). Se señala que lo específico del enfoque “Salud en todas las políticas” es que toma en cuenta en forma sistemática el impacto de las decisiones en la salud y los sistemas de salud, y enfatiza las consecuencias de las políticas públicas en los determinantes de la salud. Desde esta mirada se aspira a mejorar la responsabilidad de tomadores de decisiones de sus impactos en salud en todos los niveles. (MINSAL, 2017, p. 32)

En el Servicio de Salud Iquique existe el Programa Migrantes, implementado desde el año 2015 en la región, cuyo objetivo principal es brindar atención a la población migrante, dado que es considerada dentro de las más vulnerables. Los y las trabajadores/as sociales instalados/as en cada uno de los establecimientos de salud, tienen como función principal la atención de todos/as los/as usuarios/as migrantes, pero en especial de los/as que se encuentran en situación administrativa irregular. Esto debido a que el Sistema Público de Salud chileno solicita un número de identificación (el NIP) para acceder a todas las prestaciones de salud en cualquier establecimiento de salud de la red asistencial, incluyendo el hospital. Las personas migrantes en situación administrativa irregular pueden acceder a un NIP provisorio, en tanto “carentes de recursos”. No obstante, las personas que tienen un NIP como carentes de recursos, FONASA (Fondo Nacional de Salud) solo cubre los gastos médicos básicos. El problema aparece cuando se trata de problemas de salud mayores, crónicos o de salud mental, por ejemplo, no incluidos en esa cobertura médica, ni en programas especiales (GES), para los cuales se requiere desembolsar mayores montos.

Por su parte, la Unidad de Promoción y Participación Ciudadana de la Seremi de Salud de Tarapacá, también ha incluido en sus objetivos la atención de salud para la población migrante, por ejemplo, realizando capacitaciones sobre la Política

de Salud de Migrantes Internacionales o talleres como el de “Estrategia de integración y sensibilización hacia en buen trato del paciente migrante en APS”.

Por último, en contexto de pandemia y de aumento de los ingresos de migrantes a Chile, la OPS/OMS en conjunto con el MINSAL puso en marcha una “Consultoría de Apoyo a Migrantes”, que básicamente consiste en apoyo humanitario a la población migrante con derivación a ONG’s presentes en la ciudad, desde las residencias sanitarias y control de salud por la dupla sanitaria a la población en tránsito, NNA y gestante en situación de calle, en plazas y borde costero.

Determinantes Sociales

Impacto del tránsito hacia Chile en la salud

El tránsito desde Venezuela hacia Chile tiene un impacto directo en la salud de las personas migrantes, debido principalmente a las condiciones en las que este se produce. El análisis de este tránsito es que se atraviesan “senderos ilegales”, como las llamadas “trochas”, cuyo peligro para la vida ha llevado a calificarlos como “zonas de sacrificio humano” del régimen fronterizo. Esto se debe a que se transita por zonas geográficas extremas, como la Cordillera de los Andes, además de que se es víctima, en muchos casos, del abuso en contexto de tráfico de migrantes. Asimismo, la mala y escasa alimentación, el “mal de altura” y el frío se conjugan para alterar considerablemente el estado de salud de esta población y provocar, hasta la fecha la muerte de 12 personas en la frontera entre Bolivia y Chile, entre noviembre del 2020 y agosto de 2021.

La constante exposición a la violencia en el tránsito es un elemento que conlleva a la pérdida de salud, particularmente, de salud mental. Se evidencia la violencia policial, la violencia de coyotes (secuestros, agresiones sexuales) y la violencia de género de manera generalizada (Liberona, Piñones y Dilla, 2021; Liberona y Salinas, Romero y Veloso, 2021; Salinas y Liberona, 2021).

El trayecto lo realizan principalmente caminando aproximadamente 45 km diarios, es frecuente que descansen cada 5 kilómetros, aunque a veces no descansan. Y algunos tramos los realizan en camiones, sobre todo cuando hay familias enteras, los camioneros se apiadan de los niños y las niñas. Y algunas personas se subían simplemente a los camiones cuando éstos se detenían.

Se demoran entre uno y dos meses en llegar a Chile, aunque varios han vivido anteriormente en otros países de Sudamérica, como Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia. En ninguno de estos países han estado en condición de calle y en condiciones tan extremas de pobreza como en Chile. Por este motivo es muy común que los niños, niñas y adolescentes (NNA) hayan adquirido nacionalidad colombiana o peruana.

Durante el trayecto enfrentan todo tipo de riesgos y violencias. El trayecto es mucho más peligroso para los niños, las niñas y las mujeres, ya que están más expuestas a violaciones, malos tratos, secuestros.

También enfrentan la hipotermia, que puede provocar la muerte, esto último debido a las condiciones geográficas y climáticas del altiplano. Se protegen del frío con frazadas que reciben de las personas que les ayudan en el camino, se cubren con varias capas de ropa, propia y encontrada en el camino, de otros “caminantes” (como se autodenominan) que se van deshaciendo de sus pesados equipajes. Se abrigan con sus mascotas para dormir. Pernoctan en lugares abandonados. Hay testimonios de jóvenes muertos de frío en el altiplano, que no han sido reportados por la prensa. Y señalan que es común encontrar cuerpos de personas fallecidas en el trayecto.

Ingreso a Chile e irregularización como barrera para el acceso a la salud

Todas las personas venezolanas que se encuentran en situación de calle en Iquique ingresaron por paso no habilitado a Chile, debido al cierre de las fronteras por la pandemia, pero también a una política migratoria que se ha esmerado en securitizar las fronteras (Dufraix, Ramos y Quinteros, 2020). Cabe mencionar que la gran mayoría emprendió su viaje hacia las ciudades caminando y un porcentaje mucho menor realizó el ingreso por buses, combis o autos, pero siempre durante el trayecto iban combinando tramos caminando y tramos en vehículo, priorizando a mujeres, niños y niñas.

Esta población instala en Iquique un campamento a inicios de 2021 en la ex plaza Brasil, luego de ser expulsada de la playa y de otros espacios públicos de la ciudad. La plaza tiene una llave de agua lo que permitió la sobrevivencia de las familias en este lugar. Carpas tras carpas, familias enteras, de 4 personas en promedio, viviendo en espacios reducidos y dos carpas pequeñas que se usaban como baño común para toda la plaza, las cuales se encontraban en la esquina de Obispo Labbé y Vicente Zegers. Se estima que llegaron a vivir simultáneamente más de 300 personas y que en momentos llegó a haber hasta 80 carpas. Es importante señalar que la población rotaba mucho, la gente llegaba y se marchaba, no se quedaban en este lugar por más de dos meses. En unos inicios, los y las migrantes que acampaban en la plaza recibieron bastante ayuda de vecinos y vecinas, así como de organizaciones sociales, y de algunas instituciones, pero la ayuda fue disminuyendo con el tiempo hasta ser mucho más escasa. Lo más preocupante, es la cantidad de menores de edad que se encontraban acampando, casi la mitad de la población total.

También identificamos que hay menores de edad, adolescentes, que están solos y que trabajan para enviar dinero a sus familias. Entre ellos se acompañan y cuidan.

Al ingresar de manera irregular, no pueden acceder a ningún tipo de regularización en el país, quedando en una situación “en tránsito”, a la espera de alguna solución, que ha sido opacada por las expulsiones masivas, en lugar de recibir protección internacional. Las personas en tránsito son expuestas a la pérdida de sus derechos sociales, sufriendo el abandono de las autoridades de países de origen, tránsito y destino (Álvarez Velasco, 2011). Particularmente, la irregularización a la

que se han visto forzadas estas personas produce barreras concretas en el acceso a la salud, ya que si bien tienen derecho a solicitar un número provisorio (equivalente al rut) a través del CESFAM, para atenciones de urgencia médica, este trámite está siendo mediado en algunos casos por la presentación de la “autodenuncia”. Esto quiere decir que deben presentarse en la PDI y declarar que han ingresado de manera irregular al país, lo que implica un registro que ha sido utilizado para localizar a las personas que posteriormente han sido expulsadas. Por lo tanto, hay mucha desconfianza y miedo de acercarse a los centros de salud, evitando tratar las enfermedades y otras dolencias.

También se ve afectado el derecho a la salud, el que ha sido cuestionado por autoridades chilenas en contexto de pandemia, al anunciar que la población migrante en situación irregular, no sería vacunada contra el virus (Stefoni, Cabieses y Blukacz, 2021).

Incumplimiento del derecho a la vivienda adecuada y salud

Al llegar a Chile, tienen la intención de arrendar un lugar para vivir, pero se les niega el arriendo debido a que tienen hijos/as, a su condición migratoria, a que tienen mascotas o simplemente porque son venezolanos/as. Asimismo, se encuentran con elevados precios y no pueden hacer uso de las ayudas para arrendar que entregan algunas ONG's, por la exigencia de un contrato de arriendo, que no se les hace por las condiciones ya señaladas.

La irregularización tiene como consecuencia la exposición a pésimas condiciones de habitabilidad, lo que se traduce en un incumplimiento por parte del Estado del derecho a la vivienda adecuada. Las personas migrantes son empujadas a vivir en precarias condiciones; hacinamiento, contaminación, tomas de terreno (asentamientos informales), campamentos provisorios o viviendas en mal estado, son algunas de las características. Sin acceso a agua potable, alcantarillado, servicios higiénicos, electricidad, etc.

En la ex plaza Brasil, se identificaron problemas de hacinamiento; cuando alguien no tenía carpa, se compartía el espacio en las carpas entre familias para protegerse del frío, pero algunas personas dormían a la intemperie. Para enfrentar el frío, se cubrían las carpas con cobertores, bolsas de basura, ropa, etc. Estas condiciones de habitabilidad tienen un impacto directo en la salud de la población, lo que se ve agravado por los problemas de insalubridad e higiene.

Insalubridad e higiene

Había dos carpas que se utilizaban con fines higiénicos, en una se bañaban y en la otra realizaban sus necesidades, que hacían en bolsas o botellas y luego tiraban al basurero.

Una forma de bañarse era llenando cubetas con agua (las mismas que utilizan para trabajar limpiando los autos). También usan las duchas de la playa, a pesar del frío invernal.

Sus desechos los trataban de amontonar en los basureros que se encuentran en la plaza, en donde también dejaban sus heces y orina, esperando que el camión de la basura los retirara, no obstante, emanaba un constante olor a orina. Para obtener agua, la sacaban de la manguera de la plaza, con la que regaban constantemente el suelo del lugar para intentar mantener limpio.

Problemas de inserción laboral

Al no estar regularizados/as, sólo pueden optar al trabajo informal. Trabajan principalmente estacionando y lavando autos o vendiendo dulces para comprar alimentos, pero dicen que cada vez es más difícil por la cantidad de personas que está en la misma situación. Algunas mujeres trabajan ocasionalmente como trabajadoras domésticas y algunos hombres han trabajado como cargadores en ZOFRI.

No obstante, los primeros días no pueden trabajar, pues llegan con heridas en los pies, quemaduras en el cuerpo, alergias.

Muchos tienen oferta de trabajo como temporeros en la zona centro del país, ocupación que únicamente los hombres solos pueden asumir, embarcándose sin contrato y exponiéndose a explotación laboral e incluso trata de personas.

Muchos empleadores exigen la autodenuncia pensando que con eso podrán regularizar su situación y podrán hacer un contrato, lo que en la práctica es irreal. Por otro lado, muchos han sido víctimas de estafas o explotación, en donde les han prometido sueldos por determinados trabajos que no han sido recompensados con lo prometido o que simplemente no han sido pagados.

Estas condiciones han provocado la generalización y, a la vez, naturalización de la mendicidad o del comercio ambulante y de la “situación de calle”, lo que ha implicado una mayor presencia de familias con niños y niñas ejerciendo estas labores en espacios públicos. Es importante considerar que para las familias es mucho más seguro permanecer con sus hijos/as cuando están trabajando, ya que no tienen la confianza de dejarlos con otras personas en el campamento. Esto no se puede simplemente traducir como una situación de trabajo infantil, como ha sido señalado, por lo que se debe considerar cuidadosamente.

Problemas de acceso a la educación

A pesar de que algunos NNA han obtenido su rut provisorio mediante la ayuda de organizaciones sociales como AMPRO, los colegios y jardines están saturados, dificultando el acceso a la educación. A esto se suma la ausencia de clases presenciales, algunos colegios tampoco tienen clases online, y de todas formas los

NNA en situación de calle no tendrían los medios como para seguirlos. No tienen las condiciones mínimas de conexión, de acceso a computadores, entre otros.

Si bien las autoridades señalan que la normativa asegura el acceso a la salud y la educación, existe mucha desinformación en torno a la obtención de los rut provisorios, tanto en los migrantes como en funcionarios públicos y en las mismas autoridades.

Problemas de salud

Debido a las extensas caminatas del trayecto, adultos y NNA presentan un frágil estado de salud, el que se puede observar a simple vista, como quemaduras y heridas en la piel, especialmente entre las piernas o en los pliegues del cuerpo. Asimismo, muchos/as de ellos/as han tenido pulmonía, resfrío y síntomas de hipotermia, a la vez todos sufren quemaduras por el frío y los labios se les parten hasta sangrar debido a las oscilaciones de temperaturas a las que se han visto expuestos/as, además de la deshidratación. Y, en muchos casos, las heridas en los labios se tratan de herpes, que han aflorado en base al debilitamiento inmunológico.

Los niños y niñas en el trayecto y en ex plaza Brasil han estado expuestos/as a precarias condiciones de higiene y de salud, especialmente, señalan que los bebés se encuentran enfermos por el frío y la humedad que significa permanecer mojado, porque no tienen recursos para comprar pañales.

Todas las mujeres y niñas con las que hablamos están con infección urinaria por usar el baño improvisado en la carpa. Señalan tener miedo de acudir a los servicios de salud, porque les dicen que deben pagar multa o realizar la autodenuncia. Así que las infecciones no están tratadas.

A muchos de los NNA les suena el estómago a pesar de haber recibido comidas.

Si bien, algunos problemas de salud se pueden identificar a simple vista, otros dan cuenta de la urgente necesidad de diagnósticos médicos especializados.

La fragilidad de los estados de salud se exagera en los casos de personas que vienen con problemas previos de salud, e incluso cuya motivación para migrar es la falta de atención y de tratamiento de salud en su país de origen.

Algunas personas que tienen problemas de salud aseguran llevar sin medicamentos y sin controles de salud desde antes de venirse de Venezuela. Un hombre que tiene una fractura de cadera, por ejemplo, está solo con ibuprofeno y señala que el dolor que experimenta es insoportable. Otras personas mencionan que llevan meses o incluso años sin control, a pesar de tener problemas que exigen controles frecuentes, como son los problemas de hemoglobina o el tratamiento de la epilepsia.

La mayoría tiene miedo a las expulsiones, por eso no se tratan y se rehúsan a ir a los Centros de Salud, porque a algunas personas que fueron les pidieron la autodenuncia. Señalan que la autodenuncia se presenta como un requisito de atención

en todos los centros de atención de salud, a excepción del consultorio Cirujano Videla. Una minoría puede acceder a la salud, específicamente las mujeres embarazadas o con bebés pequeños y señalan que no fue fácil ni expedito.

Problemas de malnutrición

Las carencias nutricionales que hoy podemos identificar en esta población se arraigan desde el país de origen, pues uno de los motivos de la emigración es huir del hambre. Esta es una de las principales razones por las cuales se habla de migración o desplazamiento forzado.

Según la OMS, el término “malnutrición” se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. La malnutrición afecta el estado nutricional de las personas. En particular, según la OMS, numerosos estudios demuestran que las consecuencias de la desnutrición no son sólo las alteraciones del crecimiento físico e intelectual de los individuos. La desnutrición determina mayor susceptibilidad a las infecciones, disminución de la actividad espontánea y desaceleración del crecimiento lineal.

Según la FAO y la OMS, una dieta sana para adultos incluye lo siguiente:

Frutas, verduras, legumbres (tales como lentejas y alubias), frutos secos y cereales integrales (por ejemplo, maíz, mijo, avena, trigo o arroz moreno no procesados).

Al menos 400 g (o sea, cinco porciones) de frutas y hortalizas al día, excepto papas, batatas, mandioca y otros tubérculos feculentos.

Menos del 10% de la ingesta calórica total de azúcares libres, que equivale a 50 gramos (o unas 12 cucharaditas rasas) en el caso de una persona con un peso corporal saludable que consuma aproximadamente 2000 calorías al día. Los azúcares libres son todos aquellos que los fabricantes, cocineros o consumidores añaden a los alimentos o las bebidas, así como los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes y los zumos y concentrados de frutas.

Menos del 30% de la ingesta calórica diaria procedente de grasas. Las grasas no saturadas (presentes en pescados, aguacates, frutos secos y en los aceites de girasol, soja, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, la mantequilla clarificada y la manteca de cerdo), y las grasas trans de todos los tipos, en particular las producidas industrialmente (presentes en pizzas congeladas, tartas, galletas, pasteles, obleas, aceites de cocina y pastas untables), y grasas trans de rumiantes (presentes en la carne y los productos lácteos de rumiantes tales como vacas, ovejas, cabras y camellos). Se sugirió reducir la ingesta de grasas satura-

das a menos del 10% de la ingesta total de calorías, y la de grasas trans a menos del 1%. En particular, las grasas trans producidas industrialmente no forman parte de una dieta saludable y se deberían evitar.

Menos de 5 gramos de sal (aproximadamente una cucharadita) al día. La sal debería ser yodada.

Para lactantes y niños pequeños:

En los dos primeros años de la vida de un niño, una nutrición óptima impulsa un crecimiento sano y mejora el desarrollo cognitivo. Además, reduce el riesgo de sobrepeso y obesidad y de enfermedades no transmisibles en el futuro.

Debería alimentarse a los lactantes exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida.

La lactancia materna debe continuar al menos hasta los dos años.

A partir de los seis meses de edad, la lactancia materna se debería complementar con diferentes alimentos inocuos y nutritivos, como los mencionados para los/as adultos/as. En los alimentos complementarios no se debería añadir sal ni azúcares.

Sin embargo, la población diagnosticada está muy lejos de estos parámetros. Durante el trayecto hacia Chile señalan que consumen generalmente una comida diaria, basada principalmente en galletas y golosinas. Algunas personas aseguran haber pasado a veces dos o tres días sin comer. Además, durante el trayecto muchos sufrieron deshidratación.

Indican que sobrevivieron gracias a la ayuda de las personas en el trayecto y en la plaza también. Acá tampoco pueden asegurar tres comidas diarias, realizando fogatas para cocinar, y su alimentación se basa en carbohidratos, específicamente fideos o arepas (masa de maíz). Los/as adultos/as consumen una comida diaria e intentan dar más de una comida a los niños y las niñas.

La incertidumbre respecto a la cantidad de comida que puedan tener cotidianamente es una constante, ya que dependen de las donaciones.

Es importante considerar la baja calidad de los alimentos, compuestos en gran medida por snacks y conservas, y la nula ingesta de proteínas y vegetales.

La población adulta mayor se sacrifica por los niños y las niñas, cediendo a sus nietos y nietas los alimentos que les entregan. Así, una señora que tenía 64 años, durante el trayecto estuvo tres días sin comer. Hay gente que afirma no haber comido ni bebido agua durante dos días.

Problemas de violencia

Además, podemos identificar diversos tipos de violencias que afectan a este grupo específico, comenzando por la violencia que significa el cruce de la frontera de forma irregular; el tener que esconderse, el que se sientan perseguidos/as, el miedo a caerse del camión, el miedo a caer a los bofedales con agua, el miedo a morir atropellados/as, etc. En estas situaciones, el miedo al contagio de COVID 19 pasa a último plano.

La violencia intrafamiliar también está presente y especialmente la violencia hacia las mujeres, son situaciones recurrentes y parecen ser normalizadas, afectando indirectamente a niños y niñas. Es así como una mujer migrante denunció VIF en la Tercera Comisaría de Alto Hospicio y a criterio de Carabineros las lesiones no eran graves. Sin embargo, tenía un tajo abierto en la frente, moretones en ambos ojos, moretones en el cuerpo, además de las heridas que tenía en su vagina debido a que dio a luz hace menos de un mes, momento en que la esterilizaron, no obstante, seguía teniendo dolor en su vagina. A esto se suman las agresiones sexuales a las que se vio expuesta por parte de su cónyuge.

Identificamos además violencia de género, que afecta a mujeres que declaran haberse sentido víctimas de discriminación y acoso por parte de chilenos/as. Pero también afecta a la población que se autodenominaba “LGTBI+”, o disidencia sexual, la que se ha sentido más expuesta y violentada en la ex plaza Brasil, debido a la transfobia y homofobia existente tanto en Chile como en Venezuela. Declaran ser violentados/as por sus mismos connacionales.

Problemas de salud mental

Una de las principales consecuencias de la migración forzada e irregularizada es el deterioro de la salud mental (Becerra y Altimir, 2012; Lara, 2019) por lo que es posible identificar estados ansiosos generalizados en la población, problemas emocionales y de conducta e incluso intentos de suicidio. Una mujer reconoce que toda la situación la supera y que hay veces que quiere acabar con todo el cansancio, el hambre, el frío y el temor de que algo les pase.

En adolescentes los problemas de salud mental han sido más notorios, pues tienen comportamientos más problemáticos según sus padres y madres; se hacen preguntas tales como, por qué los trajeron a este país, por qué los hacen vivir así o dicen que quieren volver a sus países. Culpan mucho a sus padres y madres y tratan de escapar de la realidad jugando con niños y niñas más pequeños.

Los/as adultos/as intentan convencerse de que esto es mejor a lo que estaban expuestos en el país de origen y lo normalizan. Pero las personas señalan sufrir dolores de cabeza durante días y hasta semanas, teniendo como único refugio la religión.

Además, las personas señalan sufrir un permanente estado de temor debido a los insultos y amenazas que reciben de transeúntes. Este temor se ve reforzado por los discursos de las autoridades, que plantean el drama de estas personas en un lenguaje criminalizador y que presentan como única solución la posible expulsión.

El desalojo violento del pasado 24 de septiembre, realizado por el gobierno, con la participación de la Policía de Investigaciones (PDI), Carabineros y funcionarios de la Municipalidad de Iquique, vino a incrementar este clima hostil y es una forma más de la violencia estructural antimigrante (Liberona y Piñones, 2020). El operativo desarmó el campamento con retroexcavadora, les rompieron y botaron las pocas pertenencias que tenían, abrigos, juguetes, ropa, maletas, carpas, colchones, además del poco alimento que poseían.



Fuente: Agencia Causa - Johann Berna (IG: Johan.Berna)

En este mismo desalojo, Carabineros detuvo a una pareja que tiene un hijo de 4 años, quien al presenciar la detención de su padre y su madre estuvo perdido por más de 4 horas en la ciudad. En el mismo contexto, un adolescente de 12 años fue golpeado violentamente por la misma fuerza policial y otro de 15 años fue detenido. Y, mientras esto sucedía, parte de la sociedad civil celebró este desalojo, con gritos, consignas e himnos nacionalistas que humillaban y ofendían a la población migrante en situación de calle.

Este clima de violencia se agravó aún más el día 25 de septiembre, cuando se realizó la marcha antimigrantes en Iquique. La marcha fue más bien una caza de brujas de migrantes venezolanos/as. En esta marcha, cientos de manifestantes buscaron familias para golpearlas, quemar sus pertenencias, hostigarlas hasta más no poder, sin importar la presencia de NNA, sucesos que definitivamente exponen

a graves traumatismos psíquicos, que se suman a la vulnerabilidad ya señalada. Es importante señalar que, si bien la marcha no estaba autorizada, contó con presencia policial, la que, al no impedir el despliegue del odio racista, ni el atentado contra los bienes e integridad de las personas, devienen cómplices de estos actos cobardes y vandálicos. Debido a estos constantes episodios de odio los y las migrantes se encuentran actualmente escondidos/as y con miedo, lo más preocupante son los NNA quienes aún se encuentran en estado de shock e incertidumbre con respecto a sus vidas.



Fuente: Radio Paulina.

Problemas de drogas

Por último, identificamos que, en varios casos, llegan a conocer la pasta base de cocaína en Chile; tres niños que migraron con sus madres y pasaron por la ex plaza Brasil fueron internados en la Huayca en un centro de rehabilitación debido a la pasta base, a la que no tenían acceso en Venezuela.

Este detalle, puede ser considerado como un indicio de lo que pueda pasar en el futuro con los NNA que hoy en día se encuentran atemorizados/as por la violencia de la que han sido objeto. Afirmamos esto, ya que una sociedad que no da oportunidades y menos cumplimiento de derechos fundamentales sólo genera rechazo. Recordemos a jóvenes de segundas, terceras y más generaciones de migrantes en Francia o Bélgica, o jóvenes descendientes de esclavos africanos en el caso de EE.UU., que se han revelado violentamente contra las sociedades que nunca los han reconocido como ciudadanos/as con los mismos derechos (Wieviorka, 1998).

Recomendaciones para el cumplimiento del derecho a la salud

Es evidente que nos encontramos ante una grave vulneración de derechos y, especialmente, de los derechos de NNA. En este sentido, y en relación con las acciones que ha llevado a cabo el gobierno de Chile referidas a expulsiones, es importante recordar, que el párrafo 47 de la Observación General N° 3 (2017) del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y N° 22 (2017) del Comité de los Derechos del Niño sobre los principios generales relativos a los derechos humanos de los niños y niñas en el contexto de la migración internacional, indica que:

“Los Comités recuerdan que el artículo 22, párrafo 1 de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos prohíben las expulsiones colectivas y exigen que cada caso que a la larga pueda terminar con la expulsión sea examinado y decidido individualmente, asegurando el cumplimiento efectivo de todas las debidas garantías procesales y el derecho de acceso a la justicia. Los Estados parte deben adoptar todas las medidas necesarias para impedir las expulsiones colectivas de niños y familias migrantes”.

Es preciso considerar también el pronunciamiento que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos realizó a principios de este año. A través de su cuenta de Twitter expresó su preocupación por la tensión social en pasos migratorios en la frontera Norte chilena. Reiterando la necesidad de que el gobierno de Chile asegure la “protección de personas en #MovilidadHumana, el acceso a territorio y procedimientos de asilo y con atención a la aplicación de protocolos sanitarios. Ello, conforme sus Resoluciones 01/20 y 04/20 y Principios Interamericanos”.

Es decir que, desde el punto de vista de los Derechos Humanos, se están vulnerando derechos fundamentales de las personas en desplazamiento forzado y, sobre todo, de NNA.

Asimismo, hemos identificado una vulneración evidente del derecho a la salud, tal como lo entiende la OMS y se establece en la Política de Salud de Migrantes Internacionales del MINSAL (2017), cuyo propósito es “contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos” (MINSAL, 2017, p. 35)

Las descripciones que plasamos en este diagnóstico dan cuenta de que el impacto en la salud sostenido en el tiempo que tiene esta población desde que ingresa al territorio nacional es responsabilidad de las autoridades, según el derecho migratorio internacional. Específicamente, la Convención internacional sobre la

protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, ratificada por Chile en 2005 y que establece en el Artículo 7:

“Los Estados Partes se comprometerán, de conformidad con los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, a respetar y asegurar a todos los trabajadores migratorios y sus familiares que se hallen dentro de su territorio o sometidos a su jurisdicción los derechos previstos en la presente Convención, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición”.

Y la Convención incluye en su Artículo 5 a quienes se encuentren no documentados o en situación irregular. Asimismo, el artículo 28 señala:

“Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo”.

El Estado de las políticas migratorias y fronterizas puestas en marcha en el país constituyen las causas fundamentales (Phelan y Link, 2015) del deterioro en la salud de la población migrante venezolana, al reforzar y contribuir con la vulnerabilidad estructural que les afecta (Carruth et al, 2021), produciendo un entorno sociopolítico negador y violador de los derechos humanos.

Esto ha sido identificado en la literatura reciente, que señala que

“el estrés causado por la amenaza de un entorno sociopolítico que apunta específicamente a excluir y privar de derechos a grupos enteros de la población puede acumularse con el tiempo para causar un mayor ‘desgaste’ en sus cuerpos, lo que lleva a niveles más altos de enfermedades crónicas, comportamientos de salud riesgosos y mortalidad prematura” (Morey, 2018, citado en Piñones et al. 2021).

El informe aquí emitido solo busca visibilizar la situación, pero en ningún caso pretende ser exhaustivo de los problemas de salud que puede tener la población migrante venezolana irregularizada en Chile. Para esto se requieren diagnósticos integrales de salud, capaces de identificar los efectos producidos por la concurrencia de múltiples problemas de salud, sostenida en el tiempo (incluso antes del

inicio de la migración) y el acceso a atención coherente con dichos diagnósticos. La responsabilidad tanto de los diagnósticos como de la provisión de la atención de salud recae en las autoridades sanitarias a nivel regional y nacional.

A pesar de ello, nos parece importante destacar la urgencia de la situación vivenciada por niñas y mujeres con quienes hablamos, quienes manifiestan estar todas con infección urinaria no tratadas, debido al miedo de acudir a los servicios de salud, donde dicen que les pedirán la autodenuncia, iniciando el proceso de expulsión.

Esto es de máxima preocupación, puesto que los equipos de salud han sido capacitados, en reiteradas instancias, de acuerdo con la política de Salud y migración, que promueve la salud de los y las migrantes con enfoque de derechos humanos, con perspectiva de salud pública, y acceso equitativo a la atención de salud, de manera integral e inclusiva y, a pesar de ello, se continúan negando atenciones de urgencia.

Además, es necesario señalar la situación particular de NNA, debido al sometimiento de vivir día y noche en la calle, sin cubrir sus necesidades alimenticias y sin contar con espacios físicos ni temporales de cuidado, educación, ocio y menos diversión, ni donde suplir sus necesidades biológicas básicas (como ir al baño), exponiéndose a infecciones y otras enfermedades.

Son problemas que exigen la intervención del sistema de salud. Sin embargo, creemos que son insuficientes los abordajes focalizados en patologías, que no consideran los determinantes estructurales y que culturalizan (exotizan) los problemas de salud que les afectan.

Por lo tanto, desde un abordaje de “Salud en todas las políticas”, se debería:

- Prohibir las expulsiones de estas personas
- Regularizar a la población afectada a través de la Ley de Refugio
- Abolir la exigencia de autodenuncia, porque constituye uno de los principales obstáculos al acceso a la atención
- Asegurar la ingesta diaria necesaria para el restablecimiento del estado nutricional de esta población
- Garantizar el acceso a vivienda adecuada y al trabajo
- Garantizar el acceso a la educación de los y las NNA
- Atender a los problemas de salud mental presentes en la población
- Intervenir en planificación familiar, entregando anticonceptivos y condones
- Intervenir en casos de VIF y de violencia de género en general
- Identificar necesidades de población LGTBI+

No obstante, no se debe olvidar que el horizonte de las vulneraciones de derecho que aquí se da cuenta es un racismo de Estado que la literatura contemporánea ha categorizado como racismo estructural. Dicho racismo, funciona como causa

fundamental en el sentido de que está a la base de distintas formas históricas a través de las cuales el Estado nación chileno ha ejercido su violencia sistemática contra grupos específicos, como han sido los pueblos originarios y en este caso las poblaciones migrantes. El Estado debería hacerse cargo de la profunda contradicción que se genera al pretenderse garante de derechos, cuando juega un rol activo en que este tipo de realidades se generen en su territorio. Por lo mismo, situaciones inaceptables de vulneración de derechos como estas, deberían interpelar profundamente el rol del Estado en la conformación del sufrimiento y la vulnerabilidad estructural.



Fuente: Archivo personal Eduardo García

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Velasco, S. (2011). *Migración indocumentada en tránsito: La cara oculta de los procesos migratorios contemporáneos*. CLACSO.
- Becerra, M., & Altimir, L. (2012). El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental. En *Niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile* (p. 191).
- Carruth, L., Martinez, C., Smith, L., et al. (2021). Structural vulnerability: Migration and health in social context. *BMJ Global Health*, 6, e005109.
- Lara, A. (2019). Perspectiva de atención psicoterapéutica a personas en situación de refugio. *REMHU: Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*, 27, 97-112.
- Liberona Concha, N., Piñones Rivera, C., & Dilla Alonso, H. (2021). De migración forzada a tráfico de migrantes: Migración clandestina en tránsito de Cuba hacia Chile. *Migraciones Internacionales*, 12, 1-23. <https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales/article/view/2319>
- Liberona Concha, N., & Piñones Rivera, C. (2020). Violencia en la Toma: Segregación residencial, injusticia ambiental y abandono de pobladores inmigrantes en La Pampa, Alto Hospicio. *Revista de Investigaciones Latinoamericanas*.
- Liberona Concha, N., Salinas, S. G., Veloso, K., & Romero, M. (2021). Tipología de cuerpos traficados desde América del Sur y el Caribe hacia Chile. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 44, 167-193.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2018). *Políticas de salud migrante internacionales*. Disponible en <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3633>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Determinantes sociales de la salud*. Ginebra. Disponible en <https://bit.ly/39x09Vz>
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., Henríquez, W. M., & Holmes, S. M. (2022). Ideological assumptions of Chile's international migrant healthcare policy: A critical discourse analysis. *Global Public Health*, 17(12), 3353-3367.
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., & Leiva, S. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: Determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*, 30(1), e200310. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200310>
- Phelan, J. C., & Link, B. G. (2015). Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annual Review of Sociology*, 41(1), 311-330.
- Ramírez, J., & Álvarez, S. (2009). Cruzando fronteras: Una aproximación etnográfica a la migración clandestina ecuatoriana en tránsito hacia Estados Unidos. *Confluente*, 1(1), 89-113.
- Salinas, S., & Liberona, N. (2021). Violencia de género en el tráfico de migrantes: Efectos psicosociales y agencia de las mujeres migrantes clandestinas. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 10(2). <https://doi.org/10.25115/riem.v10i2.4885>
- Stang, M. F., & Stefoni, C. (2016). La microfísica de las fronteras: Criminalización, racialización y expulsabilidad de los migrantes colombianos en Antofagasta, Chile. *Astrolabio*, 17, 42-80.
- Stang Alva, F., Lara Edwards, A., & Andrade Moreno, M. (2020). Retórica humanitaria y expulsabilidad: Migrantes haitianos y gobernabilidad migratoria en Chile. *Si Somos Americanos*, 20(1), 176-201.
- Stefoni, C., Cabieses, B., & Blukacz, A. (2021). Migraciones y COVID-19: Cuando el discurso securitista amenaza el derecho a la salud. *Simbiótica. Revista Eletrônica*, 8(2), 38-66.
- Tapia, R. D., Rodríguez, R. R., & Rojas, D. Q. (2020). "Ordenar la casa": Securitización y producción de irregularidad en el norte de Chile. *Sociologías*, 22, 172-196.
- Thayer, E. (2016). Migración, Estado y seguridad. *Polis (07176554)*, 44.
- Wieviorka, M. (1998). *Violence en France*. Seuil.

CAPÍTULO 12

La densidad del tránsito en la producción de nuevas corporalidades de caminantes en búsqueda de refugio

Nanette Liberona Concha

Introducción

El desplazamiento forzado de más de 7 millones de personas venezolanas en los últimos años vio emerger una nueva categoría de movilidad humana en el contexto sudamericano: las personas caminantes. En otras latitudes, ciertamente, este tipo de movilidad no es una novedad. Incluso en las Américas existe desde 2018 la figura de las caravanas de migrantes, caracterizada por numerosas personas que caminan en grupos, animadas por el deseo de encontrar un refugio en la migración hacia México y Estados Unidos (Varela-Huerta y París Pombo, 2023). Sin embargo, Sudamérica vive inéditamente, desde el año 2017, el masivo éxodo venezolano (Gandini et al. 2019), producido por la gran crisis política y económica que ha devastado Venezuela, con personas caminando por nuevos corredores migratorios hacia el sur (Álvarez Velasco, Pedone y Miranda, 2021; Álvarez Velasco y Liberona, en prensa).

Esta situación ha sido catalogada por organismos internacionales como una Crisis de Emergencia Humanitaria (Consejo de Derechos Humanos de la ONU, sesión del 27/09/2018), por su carácter multifacético y de responsabilidad política estatal. Sin embargo, se atribuye unilateralmente al gobierno venezolano la responsabilidad, sin considerar que la economía venezolana está inserta en la globalización neoliberal. Siguiendo a Delgado Wise y Márquez Covarrubias (2012), entendemos que la migración forzada es una característica intrínseca del modelo de desarrollo desigual impuesto por la globalización neoliberal. Por lo que la movilidad de la población



Escanea este código
y podrás escuchar
el podcast Caminando
hacia el sur,
basado en este capítulo.

venezolana es también producto de estas relaciones de desarrollo desigual entre países y de las brechas de desigualdad económica internas de los países.

La pandemia de COVID 19 agudizó la crisis y evidenció una tensión entre control y movilidad (Álvarez Velasco, 2022) con el cierre de fronteras, haciendo más visible el tránsito irregularizado de personas caminantes por Sudamérica (Álvarez Velasco y Liberona, en prensa). Como ya hemos comentado en capítulos anteriores, el tránsito implica riesgos para las personas, desde cruzar por trocha, atravesando páramos, selva, montañas, hasta involucrarse en redes de tráfico. Particularmente, en las fronteras del norte de Chile con Bolivia, las personas caminantes se exponen a condiciones extremas que afectan directamente sus cuerpos, como el frío altiplánico, la altura (4000 msnm) y la intensa radiación solar.

Nos interesa focalizarnos en esta situación desde la antropología del cuerpo, considerando en primer lugar la concepción de Merleau-Ponty (1945) de cuerpo vivido y experimentado en primera persona, que da pie a su contribución sobre la percepción, para repensar la experiencia como fenómeno pre-objetivo, dando cuenta de la importancia de la corporalidad. Para el autor, el cuerpo humano es la base de la conciencia y una condición permanente de la existencia. Asimismo, tomamos el concepto de *embodiment* de Csordas, quien lo define como un campo metodológico indeterminado definido por experiencias perceptuales y por el modo de presencia y compromiso con el mundo (Csordas, [1993]2010, p.83). Este concepto lo utilizamos para analizar el impacto de la densidad del tránsito (Liberona et al. 2021) en los cuerpos de personas caminantes. Csordas plantea que “la experiencia corporizada es el punto de partida para analizar la participación humana en el mundo cultural” ([1993]2010, p. 83). Es por esto que nos interesa captar la experiencia corporizada del tránsito irregularizado transfronterizo.

Concebimos la densidad del tránsito (Liberona, Piñones & Dilla, 2021) como la experiencia corporizada de un tipo de movilidad irregularizada que ha sido conceptualizada por la literatura como tránsito.

“Más allá de ser una estancia temporal o el trayecto ilegalizado entre dos países (OIM, 2020), a este tipo de movilidad la concebimos como disputas espaciales, heterogéneas, densas y multi-dimensionales en la nueva geografía de las migraciones en las Américas” (Álvarez Velasco y Liberona, en prensa) [Traducción de la autora].

El tránsito es también una estrategia de movilidad clandestina y a la vez, una migración forzada, por políticas migratorias globales que producen violencia estructural (pauperización, racismo ambiental, entre otras) (Bourgois, 2005; Spener, 2008; Osorio y Phélan, 2022).

La experiencia corporizada que aquí analizamos es densa porque está constituida por múltiples dimensiones (sociales, culturales, políticas, económicas, emocionales, corporales, temporales, espaciales) que se despliegan en esta movi-

lidad. Por tanto, la densidad del tránsito permite analizar el impacto del tránsito a escala corporal.

En este capítulo analizamos la producción de nuevas corporalidades provocadas por la densidad del tránsito en personas en desplazamiento forzado, que se han autodenominado “camnantes”. Asimismo, analizamos el impacto de la densidad del tránsito en la salud de las personas caminantes a partir de la perspectiva teórica de la vulnerabilidad estructural. Se entiende por vulnerabilidad estructural una posición que impone sufrimiento a grupos específicos, producida tanto por la explotación económica basada en la discriminación racial, étnica, de clase, sexual y de género; así como por la violencia simbólica y formación de subjetividades depreciadas (Quesada et al., 2011; Piñones, Quesada & Holmes, 2019). A la base de esta noción se encuentra lo que Galtung (1969) llamó violencia estructural, que es una forma generalizada y sistematizada de violencia que opera de manera inadvertida, respecto de la cual no es fácil identificar un agente individual, pues está instalada e imbuida en la estructura social. Ya se ha analizado cómo este daño impacta a la salud de determinadas poblaciones (Farmer, 2004), de ahí se desprende la concepción de vulnerabilidad estructural, la cual permite repensar este tipo de violencia en ámbitos de salud. Así, el concepto de vulnerabilidad estructural enfoca la mirada en la estructura cuando abordamos la salud, contraponiéndose a la noción individualista de riesgo (Holmes, 2011), convirtiéndose en un elemento crucial para el análisis de las disparidades en salud (Holmes, 2011) e igualmente crucial para el análisis del binomio salud/migración (Piñones et al., 2021).

Metodológicamente, recurrimos a la antropología del cuerpo y la performance (Citro, 2009) que permite extender los límites de la investigación social, cuyas metodologías tradicionales no alcanzan a comprender la experiencia sensorial y corpórea de la migración y, en particular, de las personas caminantes. En este sentido, y siguiendo a Citro, organizamos una intervención basada en técnicas del teatro aplicado (descrita en el apartado anterior), buscando lograr transformaciones micropolíticas que favorezcan maneras alternativas de comunicación (no verbal) y reflexividades más corporizadas.

El análisis lo realizamos a partir de las dimensiones preestablecidas en nuestro árbol de códigos, que asociamos a los objetivos de la investigación, que son “describir y analizar la densidad del tránsito irregularizado transfronterizo de migrantes que llegan a las ciudades de Iquique y Alto Hospicio solicitando refugio”. Además, agregamos categorías emergentes, asociadas a una tipología de cuerpos desarrollada en el artículo “Tipología de cuerpos traficados desde América del sur y el Caribe hacia Chile” del año 2021, pero finalmente no la tomamos a cabalidad para organizar de otra manera los resultados. Específicamente, interesa describir cómo las múltiples dimensiones del tránsito transforman las corporalidades y producen un impacto en la salud de los cuerpos de las personas caminantes. Para lograr esto, el manuscrito se organiza dividiendo el proceso unitario que es el tránsito irregula-

rizado desde un país de origen - Venezuela, Colombia, República Dominicana - hasta Chile, en las distintas etapas y procesos que lo constituyen. Las etapas y procesos son 1) El tránsito irregularizado por el corredor migratorio al sur de Sudamérica; 2) Caminantes por trocha en la frontera chileno-boliviana; 3) Cuerpos alterizados; 4) Cuerpos precarizados; 5) El deterioro de los cuerpos explotados; 6) El humanitarismo y la deshumanización.

Desde una perspectiva crítica de salud intercultural se deben considerar los cuerpos no como dados (biologicismo), sino como producidos por procesos económico-políticos (incluyendo los procesos ideológicos), así como los procesos que competen a la movilidad humana (Piñones, Liberona y Mansilla, 2020). Es decir, debe ser capaz de pensar más allá de los reduccionismos presentes en el modelo médico hegemónico (biomedicina), para pensar la producción política de las corporalidades colectivas, y el rol que en dicha producción juega, por ejemplo, el control de la movilidad de personas (Piñones, Liberona y Mansilla, 2020). Este ejercicio analítico tiene como propósito ser un aporte al desarrollo de una salud intercultural que integre la dimensión estructural en su aplicación, integrando la experiencia corporizada del tránsito irregularizado.

El tránsito irregularizado por el corredor migratorio al sur de Sudamérica

Desde el paradigma del *embodiment*, consideramos que la experiencia de tránsito irregularizado transfronterizo genera una transformación en los cuerpos de las personas caminantes. En nuestra investigación con caminantes, a partir del levantamiento de información resultante de la intervención con teatro aplicado, identificamos que los cuerpos son expuestos a la deshidratación, al frío, a accidentes, a la malnutrición, a la humillación, a los insultos, a vivir en la calle y a pedir limosna/ayuda humanitaria, a trabajar informal, a morir en soledad, etc. Esta exposición, siguiendo lo que plantea la perspectiva de la vulnerabilidad estructural, es una forma de violencia estructural (Galtung, 1969; Farmer, 2004) que opera a través de la producción de posicionalidades. En este caso, la imposición de ciertas categorías migratorias produce posicionalidades asociadas a procesos de racialización, de irregularización migratoria, de criminalización, de precarización. Los que a su vez influyen en cómo las personas caminantes se perciben a sí mismas, produciendo nuevas corporalidades.

En este sentido, identificamos al racismo como productor y reproductor de irregularidad migratoria, pues es a partir de una alterización racializada que se establece la diferencia entre nacionales y extranjeros, así como entre extranjeros de distintos países.

La irregularización migratoria o ilegalización como fue propuesta inicialmente por De Genova (2002) es un proceso administrativo y jurídico que impide a las personas migrar de forma regular, mediante la imposición de visados y los altos costos para acceder a la documentación exigida en ciertos países, así como mediante las medi-

das de seguridad nacional y de control de fronteras. El análisis de la producción de corporalidades a partir de esta categoría migratoria impuesta permite dar cuenta de las distintas dimensiones del tránsito, ya sean políticas, económicas, sociales, culturales, etc. Así, las personas migrantes son irregularizadas por las estructuras políticas y económicas de los países de origen, de tránsito y de destino, pero también por las estructuras culturales y sociales que las sostienen.

La producción de nuevas corporalidades va apareciendo claramente en los relatos y expresiones de la experiencia corporizada de las personas caminantes, sin embargo, las transformaciones corporales comienzan en el país de origen, como lo describe Jennifer:

“Yo lo tenía todo en Venezuela con mis hijos, pero cuando el país se vino abajo, no es fácil porque yo trabajaba tres turnos, pero ya sabes cuando decidí venir, tenía un mes que no me cepillaba la boca y trabajando todos los días del mes, ¿pero sabes por qué? Porque lo que ganaba no me alcanzaba, llegábamos a quince y ya lo debía todo. A veces llegaba del trabajo y mi hijo mayor me guardaba una arepa y yo le decía que ya comí, ¡mentira! Porque mi hijo mayor dejaba de comer para que yo comiera. [comienza a llorar] Entonces no es fácil, cuando llegué a Colombia, llevaba más de dos meses que [inaudible] me ponía ropa mía cuando me venía la menstruación, que nunca en mi vida me había pasado, ¡mis hijos lo tenían todo! Mi ropa, mi franela, como yo usaba uniforme, así como los médicos, se me caían las pantaletas de lo flaquita que estaba, la ropa se me caía y lo que me ponía abajo mi cuerpo no lo sostenía, era horrible, era horrible”.

La nueva corporalidad a la que se refiere esta mujer es producida por la sistemática vulneración de derechos en Venezuela, que generó finalmente la huida de su país. El cuerpo desnutrido, enflaquecido es una expresión corporizada de la violencia estructural que está al origen del desplazamiento forzado, el que se realiza entonces por una situación de desesperación y emergencia.

Las personas caminantes, a pesar de ser en su mayoría de nacionalidad venezolana, son también de otras nacionalidades, principalmente colombiana, que huyen del conflicto armado en ciertas zonas de su país. En el caso específico de quienes participaron del encuentro de Teatro Aplicado con caminantes, podemos identificar claramente estos cuerpos desplazados por la violencia del conflicto armado:

Carolina: salimos por una situación obligada, iban a matar a mi esposo [comienza a llorar] no fue decisión de nosotros, no fue que nos quisimos ir por una mejor vida, no fue eso, fue por la vida de mi esposo, el papá de mi hijo, las personas nos empujaron a esta decisión, fue más difícil todavía.

Angela: Yo soy colombiana, soy de Cali. Mi barrio es un barrio de [...] y

empezó una migración interna, la migración de la costa a la ciudad, empezó a movilizarse la guerrilla. Y mi barrio queda en la mitad del río Cauca y en [...], al lado del río Cauca, uno de los principales ríos de Colombia, allá en ese pedazo hay mucha droga también.

Aprovechando la buena tierra [interrumpe joven de gorra negra].

Claro [continúa Ángela]. Entonces, con esta migración, movizaron la guerrilla y se tomaron mi barrio, empezaron a [...] matar a todos los narcos [...]. Empiezan a llegar al barrio los sicarios. El colombiano es una persona que es muy, le gusta vivir bien, le gusta vestirse bien ¿cierto? Y el muchachito [con un gesto de manos] ¡plata fácil! Zapatillas, moto ¿cierto? Empezó a [inaudible] los chicos de mi barrio, y entre esos estaba mi hijo, mi hijo estaba creciendo, tenía dieciséis, diecisiete años.

[...] Y bueno, desafortunadamente, al llegar nosotros acá, ninguno de los amigos de mi hijo está vivo, a todos los mataron.

Hombre colombiano, Juan: me tocó salir huyendo del país por cuestiones de guerra, yo soy víctima del conflicto armado en Colombia (ineludible)... fui declarado objetivo militar, por querer negarme a participar, participar en qué sentido... Los jóvenes son tomados para la guerra y cuando uno se niega a dejarlos ir persiguen al grupo familiar de los niños. [...] está la experiencia de la muerte de mi hijo, entonces estoy en ese punto de ir de país en país buscando la forma de refugiarme, solicitar el refugio y pues estoy haciendo eso.

El desplazamiento contiene la dimensión espacial del tránsito, sin embargo, la condición forzada de realizarlo nos lleva a considerar las otras dimensiones que emergen. Primeramente, la dimensión política. A pesar de que estos colectivos huyen de distintos tipos de violencia, en algunos países como Chile no se les reconoce como refugiados, por lo tanto, quedan confinados a la irregularidad migratoria, ya que la ley de migraciones (N° 21.325) no permite el cambio de categoría migratoria al interior del país. Solo tienen la posibilidad de solicitar algún tipo de visa fuera del territorio chileno. De esta forma, se les fuerza a vivir en la clandestinidad, lo que es equivalente a precariedad y marginalidad.

Así, en las experiencias corporizadas de caminantes reconocemos el tránsito como un proceso de múltiples dimensiones, a la vez política, económica, temporal, emocional, etc. Sin dinero, el tránsito se realiza a pie e implica muchas horas caminando, y, en algunos casos, durante la noche, como se describe en el siguiente relato:

Daily: Y me tocó con una niña de cinco años y mi hija caminó toda la frontera, de Colombia, de Perú me fui a Desaguadero y cruzamos Desaguadero a las tres de la mañana con una niña, en Bolivia pasamos, no daba abasto

porque llegaron policías. Cruzamos y una moto nos pidió veinte soles por cada uno, la moto nos cruzó [inaudible]... La moto nos dejó en un lugar donde no había nadie, no había nadie, nada y nos tocó caminar esa noche cinco horas y nos pararon los policías y nos pidieron cincuenta por persona, luego llegamos a Oruro.

En el esfuerzo de desplazarse caminando durante varias horas, la presencia policial aparece como ambigua, por un lado, devela la condición de clandestinidad de esta madre y su hija, pero también el abuso policial de cobrar por dejarlas pasar. Las personas caminantes, muchas veces son familias completas integradas por distintas edades, especialmente muchos/as niños y niñas pequeños/as, como en el caso de Daily. Durante ese tiempo, se alimentan con escasos alimentos que llevan y van adquiriendo dentro de sus posibilidades, asimismo escasea el agua para beber. La experiencia de pasar hambre es parte de la experiencia migratoria, como lo comenta una de las facilitadoras migrantes durante el taller:

Lorena: “uno aquí pasa de hambre, pasa de todo, entonces volver a allá y empezar, yo creo que nadie quiere.”

Por otra parte, la exposición que implica caminar bajo el sol va quemando la piel, produciendo visibles quemaduras en sus rostros y resequedad en los labios. El caminar durante períodos prolongados, con sandalias o zapatillas, va produciendo heridas en los pies, ampollas e irritaciones. Por eso, las nuevas corporalidades están directamente relacionadas con el impacto en la salud que produce su vulnerabilidad estructural.

La densidad del tránsito resulta de los marcos jurídicos y políticas migratorias que a lo largo del continente castigan a la migración forzada, criminalizándola (Correa, 2020). Esto explica el foco en la estructura cuando abordamos la salud de este colectivo, contraponiéndose a la noción individualista de riesgo (Holmes, 2011). Así, nos encontramos con el rechazo generalizado hacia este colectivo criminalizado. Su posicionalidad es equivalente a la de personas en falta e incluso delincuentes, sin posibilidad de regularización migratoria, por tanto, se impone una valoración negativa que genera rechazo y apela a la expulsión del territorio (De Genova, 2002; Domenech, 2017).

La duración del tránsito entre el lugar de origen y el de destino es muy heterogénea, desde algunos días hasta años, por eso planteamos la temporalidad como una dimensión más que contribuye a su densidad. Algunas personas permanecen en países de tránsito como Colombia, Perú, Bolivia, por distintos periodos. Generalmente se quedan para trabajar y reunir dinero para seguir avanzando en tránsitos irregulares. Así, lo ilustran los siguientes relatos:

Genesis Mujer dominicana: Mi travesía es, de República Dominicana llegué a Colombia, en Colombia estuve cuatro horas, porque me vengo en avión, en mi país no hay forma de salir por tierra, llegué en avión a Colombia y de Colombia a Ecuador en avión. Después, la misma noche salí rumbo a Chile, duré quince días en el camino.

Daily, desde Venezuela: “Dos meses, más de dos meses me demoré, y cuando llegué, me quedé seis días en la calle.”

Gabriela: “viví cinco meses en Perú [...] Tengo cuatro años fuera de mi país, y doy las gracias a mi dios el que estoy viva, pero cuando yo venía por (inaudible) yo casi me muero”

Jennifer: “era primera vez que iba a salir de mi país pero ya cuando pasaban los días sentía tristeza porque mi hijo cumplía ese día y bueno, me puse una meta, llegué a Colombia, intenté ayudar a mis hijos y a los meses hice el dinero y fui a buscar a mis hijos, hasta ahora que están conmigo”

Se observa, por tanto, una fragmentación en los tránsitos, interrumpidos por estancias laborales, a diferencia de las ventajas de viajar con dinero, que hace más expedito el viaje:

(Ronald) No hubo un paso difícil porque veníamos con Donald Trump [refiriéndose al dólar]. Y ese fue la que nos salvó en todo el camino hasta que llegamos [a Chile], y aquí fue donde me golpearon a Donald Trump no sé por qué... [interrumpe su pareja] aquí ya no tiene mucho valor, aquí el peso chileno es el que vale”.

Generalmente, cuando se retoma el viaje luego de una temporada en un país de tránsito, comienzan su nuevo periplo a pie, aunque a veces piden ayuda a las “mulas”, como denominan a los camiones que circulan en las carreteras, tal como nos comentó Juan de nacionalidad colombiana:

“Yo, cuando pasé Perú, verdad, venía en una mula y en esa mula venían venezolanos, dos parejas, y un hombre soltero venía con una niña como de ocho, tenía una de nueve y otra como de diez”

Esta forma de avanzar más rápido y menos agotadora es también riesgosa, pues estos vehículos no cuentan con las condiciones de seguridad apropiadas para transportar pasajeros y se producen accidentes como el que aquí se relata, de una pareja que se cayó del camión que les transportaba: “el muchacho que se quedó cuidando los bolsos tuvo un accidente terrible con su esposa embarazada, la señora que se quemó y él se partió la pelvis. [...] tuvo un accidente, el se atrapó la pierna y ella salió volando y el poquito que le cayó al asfalto le quemó”

Estas experiencias corporizadas de la densidad del tránsito producen nuevas corporalidades que identificamos como cuerpos dañados, heridos o accidentados. El tránsito continúa mientras no hay posibilidad de regularización ni la obtención de un permiso de residencia estable, mientras no se encuentra un “refugio”, que en el sentido común es un lugar para protegerse y sobrevivir.

Caminantes por trocha en la frontera chileno-boliviana

Desde 2018 Chile estableció medidas administrativas particulares para el ingreso de población venezolana, desconociendo el desplazamiento forzado que da origen a esta migración. Medidas en consonancia con las nociones de *migration management* o gobernabilidad migratoria, migración ordenada, entre otras, que sostienen Araujo Gil y Santi (2019), en las dos últimas décadas, han pasado a ser determinantes en el tratamiento político de las migraciones en el mundo. Es por eso que desde antes del cierre fronterizo debido a la pandemia, este colectivo ya tenía las fronteras cerradas en Chile (Liberona et al. 2022). Otros países de tránsito fueron tomando medidas similares, especialmente durante la pandemia, a pesar de que en un inicio le habían abierto las puertas al colectivo venezolano, generando visas humanitarias en Colombia y Perú, o reconociendo a esta población como refugiada en Brasil. Sin embargo, en Chile, este proceso de irregularización convierte a los cuerpos migrantes en cuerpos ilegalizados. Esto les obliga a cruzar la frontera por trocha el altiplano andino chileno-boliviano, esquivando los controles migratorios.

La descripción que hacen los caminantes de este cruce por trocha da cuenta de que se trata de una de las fronteras más extremas de Sudamérica, en muchos sentidos, comenzando por las condiciones climáticas y geográficas. Las descripciones mencionan a los cuerpos helados y mojados, pues se cruzan humedales que parecen campos y muchas personas caen en algún momento al agua:

“Mojado, estaba todo mojado con un frío insoportable, los pies los sentía tan helados, tenía que poner el pie en una caldera, ponía el pie (inaudible) ponía el pie, chala, literal, chala con las medias en la caldera y metía el pie al fuego así (hace un gesto juntando las manos) y el pie ya lo estaba medio sintiendo, en la caldera así viva, así calentando porque hacía frío”.

“yo iba caminando... y se me trancaba (interrupción) no alcanzaba a respirar (hace un gesto forzando la respiración)...No, cuando respiraba... que no estaba acostumbrado por el frío que hacía y caminaba más rápido para poder estar más (interrupción)”.

Como podemos apreciar en los relatos, el frío es extremo, a tal punto que afecta la respiración, lo que se conjuga negativamente con el “mal de altura”. De hecho, la descripción más impactante sucede cuando cuentan lo que sintieron en sus

cuerpos al cruzar la frontera y se les pide que lo muestren con gestos. Así, aparece el frío como principal causa del sufrimiento, los cuerpos se paralizan en la frontera en el altiplano entre Pisiga bolívar (Bolivia) y Colchane (Chile):

Otra mujer, menciona que ella se paralizó y su pareja la tuvo que llevar, cuenta como en el trayecto se cayó en agua fría en la madrugada, a las cinco de la mañana, quedando en shock, tuvieron que ayudarla y abrirla entre quienes iban con ella. Menciona que no le salía la voz, que no podía pedir ayuda debido al peligro de muerte.

Alexander cuenta que él también quedó paralizado, sintió una presión en el pecho por el frío y el miedo, que nunca antes había sentido. Quienes iban con él le daban ánimo y pudo llegar a salvo.

Los múltiples riesgos del cruce fronterizo por trocha producen cuerpos expuestos a la muerte:

Jennifer: “Mira no es fácil, pero nosotros estamos vivos porque tenemos a dios en nuestro corazón, porque yo voy a una iglesia cristiana y gracias a eso estamos vivos, porque nosotros cuando veníamos de Perú casi nos matan, nos metimos por unas trochas y casi nos matan, yo le decía a dios, “dios mío protégeme”, pasamos por medio de un río y las piedras, se me cayó un zapato”.

La experiencia liminal es mayor cuando se presencia la muerte de otras personas cuyos cuerpos han sido expuestos a morir en soledad.

Daily: “Hubo mucha gente que se quedó, y de verdad me afecta, pero yo no puedo hacer nada, se quedaron tirados, mi hija con cinco años pasó todo eso. En los casi cinco años que estuve en Perú fui a tres velorios donde estábamos velando a alguien que ni siquiera conocíamos, solamente porque era venezolano, para que no estuviera solo”.

Hemos visto que los cruces por trocha de la frontera altiplánica, a los que son expuestas las personas en tránsitos irregularizados, producen cuerpos mojados, congelados, paralizados, expuestos a la muerte y, como veremos a continuación, esta exposición se vincula a procesos de imposición de categorías que alterizan y contribuyen a la producción de estas nuevas corporalidades.

Cuerpos alterizados

La llegada a un país del cual no se es ciudadano/a transforma categóricamente la corporalidad de las personas migrantes, que llegan pauperizadas y maltratadas por las mismas condiciones del tránsito irregularizado. Sus relatos dan cuenta

de la violencia simbólica que viven por su condición migrante y de la formación de subjetividades depreciadas (Quesada et al., 2011) producto de las humillaciones y agresiones experimentadas:

Carolina: “solo le íbamos a pedir agua, mas na’, ella pensó que le íbamos a pedir comida o pa’ quedarnos, no me dejó que dijera nada, pues no le dije nada. Yo me acerqué a la puerta y cuando me vio me dijo, -no, no, no, no, aquí no hay nada, no damos nada, váyanse, váyanse- y ¡pum! cerró la puerta. (Habla la pareja de la señora anterior) Más adelante, nosotros veníamos y... (interrupción) caminando tranquilos y con intención de llegar a su destino para poder... estar estable y muchos andaban y pararon el carro y nos gritaban - regresa a tu país- y lo único que yo le decía era, dios te bendiga y con eso como que ellos se sentían ofendidos”.

Jennifer: “A él muchas veces le tiraron el carro porque andaba limpiando vidrios, le pasaron el caucho por el pie pa’ que no le toquen el vidrio no más.

Alexander: “Me dio rabia, pero uno no hace nada, se queda quieto”

Las humillaciones y agresiones se repiten incansablemente en la experiencia de ser caminante, así la corporalidad toma mucha relevancia y se vincula con insultos, como contó una familia durante el taller a la que le dijeron mientras caminaba “Mueranse, pa’ que no sufran”. Ante la pregunta de Karen para saber cómo reaccionaron, su respuesta fue:

“No, es que, qué voy a hacer, pasaron en un carro y nos dijeron eso. Entonces... nos molesta, pero...”

K: pero cuando escuchaste eso...

Demasiado claro, obvio, susto, decíamos “cómo decirle eso a un inmigrante caminando por ahí, nada de eso”... es fuerte.

K: es muy fuerte

Las violencias que viven en el tránsito son también resultado de la alterización racializada y esto lo tienen muy claro algunas personas caminantes, como el caso de Ronald que cuenta cómo reaccionó mal ante un insulto, mientras descansaba luego de haber cruzado la frontera caminando:

“No es solo aquí, hay personas que son demasiado ignorantes. Como se creen que están en su país, pueden mirar en menos a las otras personas. Y somos muchas personas que venimos, estamos demasiado agotados, el frío... si saben que venimos estresados y qué hace uno con esa rabia que trae ahí... [interrupción de niños] Yo estaba acostado en la playa y estoy

descansando y viene un muchacho y me dice [no se entiende que dice: un insulto] uno ahí descansando y en ese momento de rabia le dije - “qué querés, querés un par de puñetes, quieres puños” - y ahí se quedó quieto”.

Como vemos, nunca dejan de ser cuerpos alterizados, categorizados como “migrantes” para siempre, tal como sucede en países del Norte global, en los que se ha naturalizado la categoría de “segundas o terceras generaciones de migrantes”. Los hijos/as de migrantes nacidos/as en los países donde migran son igualmente categorizados/as como migrantes, a pesar de que en algunos casos, como el de Chile, adquieran por ley la nacionalidad del país donde nacen. De esta manera se impone la categoría de migrante, marcando muchas veces el cuerpo por el color de piel, por la forma de los ojos o de cualquier parte del cuerpo, o por la forma de vestirse, colores y formas que se asocian a cuerpos alterizados. Tal como lo expresan estas dos mujeres:

Lorena: [...] porque no es lo mismo ser migrante, siempre vamos a ser migrantes. Por más medios que tu tengas, nunca vamos a dejar de ser migrante, nunca es “la persona”

Daily: Te acostumbras a estar afuera, te acostumbras a ser migrante, nunca vas a ser parte del país tampoco, siempre vas a ser la venezolana, la colombiana, la ecuatoriana, nunca vas a ser “común” por más que la gente sea muy buena, porque si tu vas a un lugar y te escuchan y dicen “aah la venezolana”, siempre vas a ser, nunca es Daily, no. Es como estar ahí pero nunca vas a llegar.

La densidad del tránsito transforma la corporalidad de personas caminantes, que de ciudadanos/as pasan a ser migrantes cuyos cuerpos son agredidos y rechazados. Por lo tanto, se trata de la corporización de la alterización que se caracteriza por importantes procesos de violencia directa, exclusión social y por el desconocimiento de las identidades individuales.

Cuerpos precarizados

Una vez que logran cruzar la frontera y sobrevivir a la trocha, los cuerpos que ya vienen heridos, congelados, paralizados, se ven rápidamente expuestos a vivir en la calle, pedir limosna/ayuda humanitaria y a trabajar informalmente. En definitiva, en este punto mostraremos cómo la densidad del tránsito contribuye a la precarización de la vida, en los lugares -como el norte de Chile- donde las personas llegan y se les niega toda posibilidad de regularización migratoria.

Daily: “¿Sabes cómo vivía yo?, en la playa, me despertaba todas las mañanas, mojaba una camisa de mi hija y me lavaba yo y salía a vender. Cinco mil pesos, lo mucho que me hacía en un día. Y llegaban estos desgraciados y contaban monedas, contaban billetes, porque se les ponían a llorar a la gente y yo no puedo.”

Sofía: “A mí sí me ha tocado pedir [...] Si no tengo nada más que hacer, tengo que pedir, pero igual me gusta trabajar y me gusta ganarme lo mío, ganar mi platita, para ayudar a mi mamá y a mi familia.”

Este empobrecimiento está asociado al desplazamiento forzado, sin embargo, al no haber un reconocimiento legal de la condición de refugiado, las personas caminantes se exponen permanentemente a humillaciones, como se lee en el siguiente relato de una mujer que vendía caramelos en una calle de restaurantes:

“Una señora, fue la única, nos dijo “no nos moleste que yo estoy comiendo, no me molestes, no, no, no”. Yo quedé así (hace un gesto de impresionada). De ahí, no vendimos en toda la calle.” (Jennifer)

Producto de la extensión de la densidad del tránsito, es decir, de la imposibilidad de regularizarse en otros países de tránsito o de no haber superado el empobrecimiento antes de llegar a Chile, los colectivos de caminantes que llegan al norte de Chile se instalan en playas y plazas de forma esporádica. Aunque también existieron campamentos improvisados en espacios públicos de la ciudad de Iquique, que perduraron durante varios meses el año 2021. Esta situación -que ya analizamos en el capítulo anterior- da cuenta de que la densidad del tránsito produce cuerpos expuestos a vivir en la calle, pues enfrentan dificultades para arrendar una vivienda. Es el caso de Emilio, que relata la dificultad de arrendar una vivienda, como una consecuencia de la racialización y la criminalización de esta población, pues incluso pudiendo pagar varios meses de garantía, la persona que arrendaba le niega la posibilidad:

“Si... sí, es verdad que para arrendar es difícil... en todos lados, una persona me dijo que tenía que darle dos meses de garantía, y yo le dije, - yo tengo pa’ darte hasta cinco meses de arriendo- y no... - yo tengo plata, tengo pa’ darte hasta cinco, seis, siete, ocho, nueve, diez meses de arriendo- y me dijo que no”

Esta dificultad de acceder a una vivienda empuja a las personas, sobre todo las más empobrecidas, a quedarse viviendo en la calle, soportando la inclemencia del clima:

Jennifer: “cuando estábamos en la calle, allá... durmiendo en un colchoncito, primero en un cartón después un colchoncito y sin nada excepto el cielo y las estrellas, y ese frío que nos aturdí porque... no, el venezolano no está acostumbrado a tanto frío, es que hace mucho frío pa’ uno y entonces las dos nos acurrucamos así (se encoge como protegiéndose del frío) y yo decía, dios mío, porque tanta prueba dios mío”.

Al intentar poner de relieve el cuerpo, comprendemos que la experiencia corporizada de vivir en la calle a la intemperie se asocia a múltiples procesos de deterioro corporal, como la deshidratación producida por la exposición al sol y por la dificultad el acceso al agua y a una vivienda. Asimismo, vivir o trabajar en la calle expone a las personas a posibles accidentes, así como a enfrentar el rechazo permanente de las poblaciones locales.

Por otra parte, el hecho de vivir en la calle y de no tener redes de apoyo para el cuidado de los/as hijos/as, lleva a las mujeres principalmente a trabajar con ellos/as, lo que es criticado desde el desconocimiento e incluso ha sido catalogado como “trabajo infantil”. Pero, las palabras de Sofía son categóricas para entender a una madre que lleva a sus hijos/as a trabajar a la calle:

Sofía: “yo, a ella la cargo de arriba para abajo, ella va conmigo, ella no me la toca nadie. No sé cómo va a ser cuando vaya a trabajar, porque yo no se la dejo a nadie, sea paisano, sea lo que sea.”

Además de las políticas migratorias -que ya hemos mencionado como productoras de sufrimiento-, las políticas de gestión de los colectivos en búsqueda de refugio también violentan a las personas caminantes. La experiencia del desalojo de la plaza Brasil -que ya mencionamos en el capítulo anterior - vuelve a surgir en los relatos; principalmente la violencia policial y la dificultad de encontrar una vivienda:

“Bueno, viví en la plaza Brasil más de seis meses, si no me equivoco, y con unas familias decidimos tomarnos una casa por ahí por la plaza Prat, vivimos unos cuatro meses, pero la gente de ahí no estaba de acuerdo con que nosotros viviéramos... como yo siempre he dicho (ineludible) pero por uno pagan todos, por lo menos tu puedes ser bueno, esa otra puede ser mala, pero pagamos todos por igual...”

“cansado de tantas humillaciones, que droga, que esto y que todos son iguales. Bueno pues, pasó todo esto, llegó la policía, a agredir a los niños... ya pasó todo esto y [...] salimos de ahí.”

Identificamos entonces una gestión de los colectivos en desplazamiento forzado que se impone ejerciendo violencia policial, lo que contribuye a densificar la

experiencia del tránsito. Los cuerpos expuestos a vivir en la calle son además violentados transversalmente, marcados por esa misma experiencia de vivir y trabajar en la calle. Estas experiencias de notorias transformaciones corporales se viven desde el deterioro de los cuerpos, lo que como veremos a continuación genera un impacto en la salud.

Deterioro de los cuerpos explotados

Una vez que los cuerpos se recuperan un poco de las extenuantes caminatas por trochas y carreteras y del cruce de la frontera, las personas caminantes tienen la urgente necesidad de trabajar. Sin embargo, la desvalorización de la fuerza de trabajo migrante no autorizada (Heyman, 2012), da rienda suelta al abuso de empleadores/as. Esta explotación económica está basada en la racialización de los cuerpos, en un proceso de producción y reproducción de la diferencia racial, que contribuye a la “apropiación capitalista de las fuerzas corporales”, como proponen Tijoux y Riveros (2019, p. 399). En reiterados relatos, la explotación laboral de este colectivo aparece como el principal motivo del deterioro de los cuerpos. Esto último se observa cuando analizamos la explotación laboral que se viene repitiendo en los distintos lugares de tránsito donde han trabajado.

Daily comenta sobre el horario de salida de su trabajo en Perú:

“Bueno, era de dos a tres de la mañana, a veces hasta las cuatro de la mañana. Yo hacía mis pollos broaster, hacía mi salchipapa, hamburguesa, o sea trabajar por treinta soles... Por eso se nos ocurre ya viajar a Chile, porque... por lo menos una calidad de vida...”

Jennifer también trabajó en Perú antes de viajar a Chile, ahí, al igual que Daily, sus horarios eran extenuantes:

“En un restaurante, pero a mí me dijeron, tú vas a freír el pollo (inaudible) y cuando estés desocupada puede que me ayudes a hacer las ensaladas y me daban mis veinte soles (5 USD aprox.), trabajaba de las dos de la tarde hasta la una de la mañana”.

No solo el clima produce cuerpos congelados, también la explotación laboral, como el caso de María que, en su primer día de trabajo, supuestamente contrata para lavar los platos, las ollas y el piso, le pidieron que lave dos neveras con hielo:

dos refrigeradoras (hace un gesto para referirse al tamaño abriendo los brazos) [...] le dije, -no tiene un guantecito para el hielo, por favor, si fuera tan amable... - Guantes no hay... ya está bien. Pa’ que no me fueran a botar, agarré todo ese hielo con mis manos, congelados, congelados...

Luego, María cuenta que la explotación laboral vivida fue sin límites, ya que la hicieron trabajar sin comer durante muchas horas:

“ya eran la una, las dos, tres de la tarde... no había almorzado, no había desayunado, le digo yo a ella - usted sabe que si no echa combustible no arranca- y me dice - por qué me dices eso - porque no he desayunado, ni siquiera almorzado y ya van para las tres de la tarde, casi las cuatro de la tarde y sigo y sigo... entonces ella me dice - puedes comer cuando termines esto - O sea, después de que fregara todo ese montón de platos que habían allí y las ollas que estaban pegadas con arroz, y la basura que tenía que botar”.

Este tipo de abuso, de forma reiterada, conlleva sin duda a un deterioro en los cuerpos.

En esta ocasión, María no permitió extender un abuso de este tipo, pero en otros casos, la necesidad lleva a las personas a aceptar la explotación laboral y se vuelve una costumbre de empleadores/as. El problema es que, poco a poco, entre tantas violencias vividas, los cuerpos comienzan a ser autopercebidos como sobrepasados de los límites de su propia corporalidad y se produce una desconexión con el propio cuerpo:

“Eran más de la tres de la tarde y sin almuerzo, ya acabé mareada por no comer nada y estaba cansada... porque llegamos el día sábado, el domingo no pude descansar y el lunes ya... demasiado... demasiado, ya estaba agotada, mi cuerpo no era yo, pero lo estaba haciendo para conservar el empleo” (María).

Así, tanto el daño como el sufrimiento producido por la explotación económica basada en la discriminación racial, étnica, de clase, sexual o de género dan cuenta de la posicionalidad que revela su vulnerabilidad estructural, la que lleva a que incluso estas personas no se reconocen en sus propios cuerpos que progresivamente comienzan a percibirse como ajenos, tal como señala María “mi cuerpo no era yo”.

Humanitarismo y deshumanización

La llegada masiva de personas caminantes condujo a la instalación de organismos humanitarios en el norte de Chile. La creación de un “refugio” o “dispositivo transitorio” a partir de octubre de 2021 en la frontera de Colchane tuvo como objetivo acoger transitoriamente a caminantes luego del cruce fronterizo. Oficialmente la medida fue diseñada para controlar la propagación del COVID 19 y proteger la salud de la población local y migrante, sin embargo, la medida ha servido para controlar la movi-

lidad de esta población, ejecutando controles de identidad por parte de la Policía de investigaciones (PDI) y monitoreos por parte de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Biondini et al. (2023) plantean que “los dispositivos transitorios” dispuestos en el norte de Chile tienen por objetivo contener la movilidad más que detenerla, correspondiendo a los nuevos modos de control de la movilidad a través de la movilidad. Si bien la OIM, ACNUR, la Cruz Roja y otros organismos internacionales tienen como misión entregar asistencia humanitaria de emergencia en la frontera y en las ciudades de llegada de este colectivo, su trabajo, en la práctica, permite al Estado incumplir en la protección de sus derechos (Liberona et al. 2024). Las personas caminantes están menos expuestas a la muerte en la frontera, la existencia de estos albergues permite la sobrevivencia precaria y marginal que venimos describiendo en el tránsito por el corredor oeste sudamericano (Biondini et al., 2023).

Además, detectamos que en los espacios del humanitarismo, las personas eran categorizadas por sexo en la entrega de asistencia humanitaria. Las políticas con enfoque de género se traducían en separar a las mujeres con niños/as de los hombres, independiente de la identidad de género de las personas. Esta acción tenía como fin “proteger a la población más vulnerable”, por lo que sólo a ellas se les entregaba agua (una botella pequeña de agua o jugo) y algo de comer (una barrita de cereal o un galletón). Esta separación arbitraria dejaba únicamente a la madre a cargo de los cuidados de los niños/as, reproduciendo los patrones patriarcales de género. Por otra parte, personas de sexo masculino adultas, jóvenes y adolescentes quedaban desprovistas de la asistencia humanitaria mínima para sobrevivir, generando de esta manera una desigualdad a partir de la producción de cuerpos sexualizados. En otras palabras, la vulnerabilidad estructural de estas personas categorizadas como de sexo masculino, es producida por la identificación sexo-genérica en los espacios del humanitarismo.

Así como la gestión humanitaria y los espacios del humanitarismo son utilizados para controlar la movilidad de esta población, y en ellos se producen discriminaciones y distintas formas de violencia (Liberona et al. 2024), de manera general, observamos que la experiencia de la densidad del tránsito en este colectivo produce una deshumanización.

Como vimos anteriormente, los procesos de ilegalización, racialización, alterización, sexualización, la imposición de cierto tipo de identificación, van haciendo que las personas no se reconozcan a sí mismas ni física ni emocionalmente. Identificamos cuerpos deshumanizados, sin identidad; algunos relatos de caminantes manifiestan sentir que ya no son nadie ni en su país, ni en el país donde llegan:

Carolina: llegar aquí y saber que delante de la gente somos nadie, y haber dejado atrás una vida donde teníamos nuestra cama, nuestra cocina, nuestras cosas y llegar aquí como si uno fuera un bicho raro.

Daily: cuando llegas no eres nadie, no eres nadie en tu país y fuera de tu

país. Es mala la palabra, pero te acostumbras a vivir acá, te acostumbras a muchas cosas distintas, y uno se muere. Siento mucho vacío por dentro porque siempre vas a querer regresar, pero cuando regreses no te va a servir porque, fuera de tu país no eres nadie pero puedes trabajar, puedes salir adelante [...] ya dejaste un poco de ti fuera del país y un poco de ti dentro de tu país, nunca, nunca, se va a volver a juntar todo eso.

Karen: ¿Cómo resistes a esa sensación de estar como muerta?, ¿Qué es lo que te saca a flote?

Daily: Suena mal, pero uno se hace el loco, el que nada hace, aplaude y sigue caminando.

Gabriela: Uno lleva como un vacío en el alma por las cosas que uno ha pasado, pero uno tiene que seguir para adelante.

Sor Angela: Pero yo creo que con el tiempo eso no sale, eso nunca sale porque uno vive del camino, echa raíces, eso se queda ahí nomás adentro. Y yo creo que en este espacio uno lo suelta, pero el recuerdo siempre está ahí y eso es lo que a uno le da la fuerza para salir adelante.

En este proceso de producción de nuevas corporalidades se difumina la identidad, “no somos nadie”; “como si uno fuera un bicho raro”, se reconoce una deshumanización, un vacío por dentro o en el alma, una transformación entre quien se era antes de migrar y quien se es hoy. La idea de vivir o morir del camino es parte del proceso de transformación de la corporalidad que produce la densidad del tránsito. Es un proceso doloroso, sentimientos que se guardan en alguna parte del cuerpo, para que no obstaculicen el camino que viene por delante, porque siempre se plantea seguir caminando o salir adelante. Y esto es importante, porque da cuenta de la fuerza de la movilidad que está motivada por la voluntad de vida, que tomamos del pensamiento de Dussel para quien, “la voluntad de vivir es la esencia positiva, el contenido como fuerza, como potencia que puede mover, arrastrar, impulsar. En su fundamento la voluntad nos empuja a evitar la muerte, a postergarla, a permanecer en la vida humana...” (Arteta, 2010, p.95, en su análisis de la obra “20 Tesis de Política” de Enrique Dussel (2009)).

El impacto de la densidad del tránsito se hace evidente, los cuerpos están extenuados, sin embargo, siguen caminando. Los riesgos y esfuerzos por transitar a pesar de todas las barreras administrativas, jurídicas, geográficas, físicas, climáticas, culturales, sociales; la dificultad de atravesar esas múltiples capas que son las dimensiones de la densidad del tránsito produce cuerpos sobrevivientes, y también un sentimiento de gratitud:

Sofía: Gracias a dios, una señora me regaló una carpa, ahora me invitaron acá y me sentí hasta más relajada porque tenía algo aquí [en Chile]. Yo llegué aquí [a Chile] y dije “¿ahora qué hago yo?”, porque yo no tengo quien me reciba acá.

Carolina: Sabemos que, si dios nos acompañó en todo este camino, tantas cosas que uno vivió, de estar sin techo y pasando tantas dificultades, aquí sabemos que podemos darle todo a nuestros hijos y de alguna manera, cuando pensamos en todo lo que vivimos, “te acuerdas de esto, el calor y el hambre”, ahora estamos en una situación tan bendecida y vamos a poder sobrevivir.

Juan: Como decía recién, sin fe es imposible, lo que movió a mi hijo, lo que me movió a mí... es la fe. Venganse los obstáculos, pongan las fronteras que se pongan, pero yo paso... yo paso.

La vida es lo que queda cuando no murieron en sus países de origen ni en el tránsito. Daily señala que en Venezuela se mueren de hambre, por eso mejor salieron del país y prefieren exponerse a la muerte en el tránsito, en lugar de quedarse sin posibilidad de sobrevivir.

Daily: si a uno le dicen ¿te acostumbras a ser migrante? Es difícil, pero te acostumbras, y ¿qué vas a hacer?, ¿después de todo lo que has pasado vas a volver con las manos vacías?, yo para regresar con las manos vacías me quedaría afuera, me moriría afuera antes que llegar con las manos vacías. Nos morimos de hambre adentro o me quedo afuera, por eso me quedo afuera y mejor me muero afuera.

La esperanza, en la mayoría de los casos, y simplemente la voluntad de vida, en otros, está por sobre todos los esfuerzos, riesgos, penurias y violencias del tránsito. La idea de “mejor me muero afuera” es finalmente buscar una posibilidad de vida afuera. Y en este intento, el impacto en la salud de estos cuerpos sobrevivientes es evidente, hay un daño concreto producto de su vulnerabilidad estructural.

Sin embargo, la voluntad de salir adelante y seguir caminando es la fuerza de una movilidad que quiere ser controlada, pero que no se deja atrapar; es la voluntad de vida que caracteriza a la humanidad, la que buscamos enaltecer por sobre toda deshumanización.

Conclusiones: la voluntad de vida por sobre toda deshumanización

En este capítulo quisimos enfocarnos en la producción de corporalidades a partir del impacto que genera la densidad del tránsito en los cuerpos de personas caminantes. Para esto nos propusimos mostrar cómo se expresan las múltiples dimensiones del tránsito, desde la dimensión política, con la económica y la social, también relacionadas con la espacial, la temporal, la cultural, la corporal y la emocional. De esta manera, quisimos demostrar que están totalmente entrelazadas unas con otras en los distintos procesos que van produciendo exposición al riesgo,

imposición de categorías, transformando las corporalidades, lo que contribuye a la vulnerabilidad estructural de las personas caminantes.

A partir del análisis de los relatos que surgieron en la intervención de teatro aplicado del año 2021 en Iquique, fuimos identificando una gran producción de corporalidades; desde los cuerpos expuestos a la deshidratación, al frío, a accidentes, a la malnutrición, a la humillación, a los insultos, a vivir en la calle y a pedir limosna/ayuda humanitaria, a trabajar informal, a morir en soledad; hasta los cuerpos que son ilegalizados, alterizados, desplazados por la violencia, categorizados, sexualizados; y también autopercebidos como paralizados, congelados, extenuados, desconocidos, sobrevivientes. Todos estos tipos de cuerpos resultan de la violencia estructural ejercida por las políticas migratorias racistas que están a la base del tránsito irregularizado.

Este análisis nos permitió demostrar que la experiencia corporizada del tránsito permanece mientras no se logra una regularización y se transita entre categorías migratorias (Liberona, Piñones & Dilla, 2021). El tránsito es una estrategia de movilidad clandestina y a la vez, una migración forzada, por políticas migratorias globales que jerarquizan a las poblaciones y las someten a múltiples formas de violencia estructural (pauperización, racismo, entre otras).

Hablamos de cuerpos, para poner el acento en que se trata de experiencias corporizadas de una movilidad irregularizada. Y planteamos que los distintos procesos asociados a esta movilidad pueden producir distintos tipos de cuerpos, como, por ejemplo, el proceso de ilegalización puede producir cuerpos deshidratados, humillados, vacíos, sexualizados. Por lo que una persona va a experimentar distintas corporalidades en función de los procesos que nos propongamos resaltar. Sin embargo, una persona vive los distintos procesos como una única experiencia de extranjeridad permanente (Varela, 2015) que incluye la exclusión, el abandono, la violencia, el daño físico, etc. Aunque también planteamos que lo que finalmente identificamos como la fuerza de la movilidad, es lo que Dussel llama la voluntad de vida. Esto permite comprender que tales procesos si bien pueden ser deshumanizantes y deben ser denunciados y penalizados internacionalmente, mientras haya vida, darán pie a una oportunidad de seguir adelante en la vida.

Ahora, al enfocarnos en el impacto de la densidad del tránsito en la salud, las diferentes corporalidades, resultantes de un proceso multidimensional, nos llevan a visibilizar el deterioro generalizado de los cuerpos. Es decir, se evidencia la corporización de la vulnerabilidad estructural (Holmes, 2016; Farmer, 2004). Por lo tanto, la densidad del tránsito no es un mero detonante de problemas de salud, sino que los produce. Consideramos que la inclusión del concepto de densidad del tránsito en el análisis de la vulnerabilidad estructural puede abrir nuevas perspectivas de intervención al superar abordajes centrados en el proceso de inserción en destino.

Incluir la densidad del tránsito enfatiza la relevancia de incorporar la experiencia corporizada de la movilidad irregularizada, en sus múltiples dimensiones

y no solo en el trayecto entre dos o más países. Una política de salud intercultural debe comprender la envergadura de los problemas de salud que pueden derivar de una experiencia de tránsito como la descrita en este trabajo. Este abordaje de salud migrante debería resultar del análisis sistemático de las estructuras que gobiernan a los cuerpos en movilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Velasco, S., Pedone, C. G. L., & Miranda, B. (2021). Movilidades, control y disputa espacial: La formación y transformación de corredores migratorios en las Américas. *Périplos*, 5(1), 4–27.
- Álvarez Velasco, S. (2022). En búsqueda de un lugar. En *Movilidades, derecho a migrar y control fronterizo en América Latina y el Caribe*, 1–37. CLACSO-Siglo XXI.
- Álvarez Velasco, S., & Liberona Concha, N. (en prensa). Tránsitos irregularizados al Sur: Una fuerza social en la disputa espacial transfronteriza en América del Sur. *JLACA*.
- Biondini, V., Domenech, E., Hinojosa, A., & Peñaranda Espinosa, R. (2023). Movimientos de migración y políticas de movilidad en el espacio sudamericano: La producción de Bolivia como “zona precaria de tránsito”. En *Migrar en el siglo XXI: Conflictos, políticas y derechos*, 185–248. CLACSO.
- Bourgois, P. (2005). Más allá de una pornografía de la violencia: Lecciones desde El Salvador. En *Jóvenes sin tregua: Culturas y políticas de la violencia*, 11–34.
- Citro, S. (2009). Cuerpos significantes: Travesías de una etnografía dialéctica. *Revista Colombiana de Antropología*, 48(1), 289–305.
- Correa Álvarez, A. (2020). Deportación, tránsito y refugio: El caso de los cubanos de El Arbolito en Ecuador. *Périplos: Revista de Investigación sobre Migraciones*, 3(2), 52–88.
- Csordas, T. (2010). Modos somáticos de atención. En S. Citro (Coord.), *Cuerpos plurales: Antropología de y desde los cuerpos*, 83–104. Editorial Biblos.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5–47.
- De Genova, N. (2002). Migrant “illegality” and deportability in everyday life. *Annual Review of Anthropology*, 31, 419–447. <https://www.jstor.org/stable/4132887>
- Domenech, E. (2017). Las políticas de migración en Sudamérica: Elementos para el análisis crítico del control migratorio y fronterizo. *Terceiro Milênio: Revista Crítica de Sociologia e Política*, 8(1).
- Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325. <https://doi.org/10.1086/382250>
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191.
- Gandini, L., Lozano Ascencio, F., & Prieto, V. (2019). *Crisis y migración de población venezolana: Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gil Araujo, S., & Santi, S. (2019). El gobierno de la migración en América del Sur: Regímenes, controles y fronteras. *Périplos*, 3(1), 2–10.
- Heyman, J. (2012). Capitalismo, movilidad desigual y la gobernanza de la frontera México-Estados Unidos. En A. Aquino, A. Varela, & F. Décosse (Eds.), *Desafiando fronteras: Control de*

- la movilidad y experiencias migratorias en el contexto capitalista*, 25–40. Sur Ediciones.
- Holmes, S. M. (2011). Structural vulnerability and hierarchies of ethnicity and citizenship on the farm. *Medical Anthropology*, 30(4), 425–449. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576728>
- Holmes, S. (2016). *Fruta fresca, cuerpos marchitos: Trabajadores agrícolas migrantes en Estados Unidos* (O. León, Trad.). Ediciones Abya-Yala.
- Liberona-Concha, N., & Piñones Rivera, C. (2020). *Violencia en la toma*. RIL Editores.
- Liberona, N., Piñones Rivera, C., & Dilla, H. (2021). De migración forzada a tráfico de migrantes: Migración clandestina en tránsito de Cuba hacia Chile. *Revista Migraciones Internacionales*, 12.
- Liberona Concha, N., Romero Quezada, M., Salinas, S.-G., & Veloso, K. (2022). Tráfico de migrantes en las fronteras del norte de Chile: Irregularización migratoria y sus resistencias. *Derecho PUCP*, 89, 9–36. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.202202.001>
- Liberona, N., Ramos, R., Piñones Rivera, C., & Corona, M. (2024). En tránsito por el norte de Chile: Desplazamiento forzado venezolano bajo el control fronterizo y sanitario. *JLACA*.
- Osorio, E., & Phélan, M. (2022). Aproximación al estudio de la violencia estructural, la emigración forzada y el modelo político venezolano. *TraHs Números Especiales*, 8, Movilidad Humana.
- Piñones Rivera, C., Quesada, J., & Holmes, S. M. (2019). La vulnerabilidad estructural y las nuevas perspectivas en medicina social sobre la salud de los migrantes: Entrevista a James Quesada y Seth M. Holmes. *Salud Colectiva*, 15, e2146. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2146>
- Piñones Rivera, C., Liberona Concha, N., & Mansilla, M. Á. (2020). Itinerarios terapéuticos transfronterizos: Hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana transfronteriza. *Si Somos Americanos*, 20(2), 9–37. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482020000200009>
- Piñones Rivera, C., Liberona Concha, N., & Leiva Gómez, S. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: Determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*, 30. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200310>
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., Arancibia, R., & Jiménez, V. (2022a). Indigenous border migrants and (im)mobility policies in Chile in times of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9728. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159728>
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., Henríquez, W. M., & Holmes, S. M. (2022b). Ideological assumptions of Chile's international migrant healthcare policy: A critical discourse analysis. *Global Public Health*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2111452>
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., Jiménez, V., Corona, M., & García, E. (2023). Beyond the classroom: The development of collective structural competency in pro-migrant activism. *Global Public Health*, 18(1), 2203732. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2203732>
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339–362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>
- Spener, D. (2008). El apartheid global, el coyotaje y el discurso de la migración clandestina: Distinciones entre violencia personal, estructural y cultural. *Migración y Desarrollo*, 10, 127–156. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-75992008000100006&lng=es&tlng=es
- Tijoux, M. E., & Riveros Barrios, J. (2019). Cuerpos inmigrantes, cuerpos ideales: El racismo y la educación en la construcción de la identidad. *Estudios Pedagógicos*, 45(3), 397–405. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052019000300397>
- Varela, A. (2015). Movimientos sociales protagonizados por migrantes: Cuatro postales desde México, España, Francia y Estados Unidos. *Journal of Transborder Studies: Research and Practice*, 1–18.
- Varela-Huerta, A., & París Pombo, D. (2023). Confinos migratorios y devenires post-caravaneiros en el norte de México. *Revista Mexicana de Sociología*, 85(1), 199–228.

CAPÍTULO 13

Derecho a la salud desde el paradigma de investigación indígena. Vulneración de derechos de una warmi sabedora aymara en la región de Tarapacá, Chile³⁴

Adimelia Moscoso García,
Carlos Piñones Rivera, Rodrigo Arancibia
Campos, Bárbara Quenaya Montecino

Introducción

“Llegan y la sacan en contra de su voluntad con engaños, dijeron que le van a sacar agua y la traerán de vuelta ... y mi mamá nunca más volvió... se la llevaron. Mi mamá se sentía mucho más cómoda siendo atendida por un qulliri, una persona con amplia experiencia heredada de sus ancestros que curan con hierbas y otros” (Berna, 2021)

Relatos como estos día a día van quedando en las memorias e historias de las comunidades indígenas alrededor del mundo, en el marco de la atención de salud sin pertinencia cultural con pueblos indígenas. Dichas experiencias en el ámbito de la salud son en general entendidas como vulneraciones de derecho. No obstante, desde un punto de vista indígena esto hace emerger dos preguntas relacionadas ¿Quién determina el contenido del derecho a la salud de los pueblos indígenas? ¿Dentro de qué sistema de saberes establecemos la evidencia que permite identificar la vulneración de derechos como tal?

34 Publicado originalmente en inglés en 2023. “The right to health care viewed from the indigenous research paradigm: Violations of the rights of an Aymara Warmi in Chile’s Tarapacá Region”, *Health and Human Rights* 25(1), 81.

Ambas preguntas fundamentales son en general soslayadas en la reflexión sobre la vulneración de derechos humanos en salud. Y esto porque hay una respuesta tácita a ambas preguntas. Los órdenes jurídico y epistemológico serían los eurocéntricos, por lo que para constatar la vulneración de derechos solo basta con producir la evidencia científica eurocéntrica, respecto de derechos formulados en una matriz eurocéntrica.

En casos como los que aquí analizaremos la aparente obviedad del argumento se ve cuestionada al menos en tres aspectos. Primero en el ámbito del derecho, porque aún si consideramos las dos referencias principales para abordar el problema del derecho a la salud (el Derecho biomédico y el Derecho a la salud reconocido a los pueblos indígenas³⁵), aún estamos en el terreno de un monismo jurídico, que asume al Estado, como el único ente que produce normas jurídicas, las emite y aplica. En el caso de los Pueblos Indígenas, no obstante, lo jurídico también corresponde a un sistema propio de representaciones, valores y principios, que permiten regular las formas de convivencia y organización social (Artículos 5°, 34° y 40° Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas DNU DPI). En el ámbito específico de la salud, esto abre la posibilidad de ver el reconocimiento del derecho a la salud ya no desde el punto de vista del Estado nación dominante, sino desde el indígena. Asimismo, permite que dichas formas y sistemas jurídicos identifiquen otras vulneraciones al derecho a la salud de los Pueblos Indígenas, no consignadas y en casos como el nuestro, no identificables desde un punto de vista eurocéntrico. Surge entonces el problema de la interculturalidad en el ejercicio del derecho.

En segundo lugar, es posible que la producción de evidencia requiera supuestos que no son compartidos por la ciencia occidental moderna. Mientras la ciencia se asienta en el supuesto naturalista, es decir, el supuesto de la existencia de un ámbito de la realidad (la naturaleza) que está regido por leyes propias (las leyes naturales) y que operaría de manera separada, autónoma e independiente de los dominios en los cuales opera la intencionalidad, la acción humana, la agencia, o la historicidad como esfera de las decisiones humanas (De Martino, 2004; Descola, 2012; Viveiros Castro, 1996), en la cosmovisión aymara existe una reciprocidad con entidades no-humanas (ej. los *mallkus* o montañas sagradas) que escapa y desborda el naturalismo (Carlos Piñones Rivera, Muñoz, & Mansilla, 2018). Problema más importante cuando constatamos, desde un punto de vista historiográfico, que la ciencia occidental se ha preocupado de perseguir, destruir y colonizar otras formas de conocimiento (Arévalo, 2013; Iño Daza, 2017; Tuhiwai Smith, 2016). ¿Cómo producir evidencia respecto de procesos y fenómenos que no son correctamente interpretados desde una base naturalista? ¿Cómo legitimar esa evidencia en un contexto de

35 Artículos 21, 23, 24, 31 de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

deslegitimación sistemática respecto de todo saber que no comparte los supuestos naturalistas de la ciencia occidental moderna? Surge entonces el problema del pluralismo epistémico (y ontológico).

En tercer lugar, considerando que estamos en el campo de la salud, en la realidad de los Pueblos indígenas se constata que la norma no es el monismo biomédico, sino la articulación de saberes médicos (en especial del saber biomédico y el propio) (Freyermuth & Sesia, 2006; E. Menéndez, 1994; E. L. Menéndez, 2003, 2005; Carlos Piñones Rivera, 2015; Carlos Piñones Rivera, Mansilla Agüero, & Muñoz Henríquez, 2016). Entonces, ¿restringiremos el análisis de la vulneración de derechos a la evidencia que sea presentada de acuerdo a la mirada biomédica?, ¿Qué pasa con la vulneración que opera sobre cuerpos que no son solo concebidos y producidos desde lo biomédico? Surge entonces el problema del pluralismo médico.

La complejidad que estos tres problemas presentan no se puede abordar de manera adecuada desde cualquier paradigma. Adoptamos por lo mismo el paradigma de investigación indígena (Arévalo, 2013; Iño Daza, 2017; Moscoso, 2020), ya que es el único que permite de manera sistemática el abordaje del pluralismo ontológico, epistemológico, metodológico y axiológico, sin jerarquías entre ellos, destacando la naturaleza relacional y dinámica con el territorio. En el ámbito de la salud esto permite considerar que los sujetos vulnerados no son solo las personas sino también entidades territoriales no-humanas. Así, se puede hablar de vulneración de derechos a la madre tierra, de afectación a los *mallkus* (montañas). Todo esto nos habla de una concepción que trasciende al individuo y se centra en los ámbitos familiares, comunitarios y territoriales (Palechor Arévalo, 2010).

En términos de relevancia científica, la adopción del paradigma de investigación indígena ya supone una contribución pues si bien existe ingente literatura referida a la salud de los pueblos indígenas (Gracey & King, 2009; King, Smith, & Gracey, 2009) y dentro de ella referidos específicamente al derecho a la salud, existe poquísima investigación de casos referidos al derecho a la salud desde este paradigma.

El presente estudio pretende dar cuenta de la vulneración del derecho a la salud, desde un caso concreto vivido por una *warmi*³⁶ sagedora aymara, su familia y comunidad de la región de Tarapacá. A raíz de su muerte, nuestra cooperativa (Cooperativa Apacheta) inició un trabajo colaborativo interdisciplinario que tuvo como finalidad presentar una reclamación administrativa respecto de los hechos que aquí se narrarán (Cooperativa Apacheta, 2021). La reclamación tiene por finalidad evitar que hechos negativos derivados del funcionamiento estatal se repitan. En términos metodológicos, y de acuerdo al paradigma de investigación indígena, adoptamos una postura de descolonización de las metodologías (Tuhiwai Smith, 2016), es decir, buscamos que nuestras acciones se guíen por los más altos estándares éticos de investi-

36 Ay. Mujer (García, 2005).

gación, no solo desde el punto de vista académico sino desde el de las comunidades. Por esto, continuamos desarrollando la propuesta metodológica de Moscoso (2020) que incorpora prácticas metodológicas propias del pueblo Aymara. Estas incluyen el cuidado por la vinculación, la dimensión tiempo-espacio, el *lurjipan uñasiña* (observación), el archivo de la palabra, el uso de pauta temática amplia en el territorio (in situ), el consentimiento informado oral y la reciprocidad, responsabilidad y respeto con las comunidades e individuos, todos resguardos necesarios para generar confianza, seguridad y atención.

El capítulo tiene la presente estructura: primero presentaremos los principales hechos del caso de Doña Francisca. Luego realizaremos un análisis de los acontecimientos desde la perspectiva del Paradigma de Investigación Indígena. Quienes escribimos este artículo somos miembros de la Cooperativa Apacheta, que trabaja por el derecho de los Pueblos Indígenas y que está compuesta por personas indígenas y no indígenas. Dicho análisis reflejará también un trabajo interdisciplinario, que se nutre de la antropología médica, del derecho indígena, de la sociología, la psicología y las ciencias de la educación. Por último, extraeremos las principales conclusiones del caso, buscando precisar algunos aspectos sobre la relevancia que tiene el paradigma de investigación indígena en el análisis del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

El caso de Doña Francisca

La señora Francisca es parte de una familia de ganaderos y artesanos de la comunidad de Willq'e, que desde tiempos ancestrales practican el saber médico andino (Gavilán et al., 2009; Piñones Rivera, 2015). Para ellos su medicina no es una medicina "alternativa", sino que es la medicina principal, ya que la prefieren frente a la biomedicina, por los efectos secundarios indeseados que produce. Ella es considerada una sabedora indígena, ya que era una de las pocas personas que en vida aún portaba los saberes propios de su cultura. Como tal, asumió la responsabilidad de transmitir estos conocimientos a las nuevas generaciones, siendo uno de los principales objetivos de la Asociación Indígena Aymara Hijos de Willq'e, de la que fue socia fundadora.

La señora Francisca solía controlarse permanentemente en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) del pueblo de Pica por sus diagnósticos de Diabetes Tipo 2, Hipertensión Arterial, Insuficiencia renal crónica etapa V (bajo control) y tratamiento farmacológico de Insulina. Sin embargo, desde julio del 2019, ella dejó de asistir debido a que los medicamentos le producían una serie de molestias y a que los médicos del servicio le indicaron que debía ponerse un catéter, cuestión a la que ella no consintió, manifestando además a la familia su voluntad de no ser dializada.

En articulación con la atención biomédica, se trataba desde el saber médico andino con su pareja, el *yatiri* y *qulliri* Don Francisco, originario del pueblo de

Caquena, comuna de Putre. Según el testimonio de su familia y de Don Francisco, el tratamiento en base a una serie de plantas (pingo pingo, corteza de queñua y marancela, perejil y apio, entre otras), así como la atención brindada en el espacio doméstico, con la compañía y cuidados complementarios que conlleva, permitieron abordar varios episodios de salud críticos previos.

No obstante, el viernes 28 de agosto del año 2020, se presenta la ambulancia en el domicilio de Doña Francisca sin que ninguno de los habitantes de la casa lo haya solicitado. El equipo de salud se lleva a la Sra. Francisca con engaños, pues se les señala que solo la llevarán al Centro de Salud Familiar (CESFAM) local para hacer algunos controles y que luego la traerían de vuelta. Ella y su pareja se oponen y, no obstante, se la llevan bajo la excusa de que sólo debían sacarle agua de los pulmones, que pronto la traerán de regreso al domicilio, afirmando que llamarían a sus hijos para informar de la situación. Ese mismo día le practican un test PCR (polymerase chain reaction) y a pesar de no tener el resultado, pues este recién llegaba el lunes siguiente, la conducen a la ciudad de Iquique (a más de 117 kilómetros de distancia) sin consultar e informar a su familia. Don Francisco informa al hijo quien, gracias a la ayuda de un conocido que trabaja en el hospital de Iquique, se entera que su madre estaba en una sala de sospecha de COVID-19. Una vez que se comunica con la unidad y el profesional a cargo, le informan que está estabilizada y que habían determinado que se mantenga en dicha sala hasta el día lunes.

El día lunes 31 del mes de agosto, los resultados del PCR resultan positivos para COVID-19. Simultáneamente se pone en cuarentena a la familia, a pesar de que al hijo por razones laborales se le practican PCR de manera regular. El hijo solicita que se le aplique un PCR, a lo que le responden negativa y prepotentemente, dejándolos en cuarentena y amenazándolos de cursar multas si desobedecen la orden. Esto produjo un impacto emocional, pues se le impidió acompañar y atender la salud de su madre.

Al día siguiente, martes 1 de septiembre, se realizan gestiones para que la señora Francisca vuelva a su domicilio y siga con su cuarentena, logrando que el día miércoles 2 la trasladen desde el Hospital a su domicilio. Sin embargo, ella llega en muy malas condiciones, sin reconocer a nadie, ni siquiera poder hablar. Esa noche nadie pudo dormir por los dolores y malestares que la aquejaban.

Con fecha jueves 3 de septiembre, luego de solicitar la presencia de un médico de urgencia, se diagnostica que debe volver a la ciudad de Iquique, siendo trasladada ese mismo día. Durante el transcurso de la tarde llaman a la familia señalando que estaba muy grave y sus expectativas de vida eran mínimas. Al día siguiente, aproximadamente a las 02:00 a.m. se comunica a la familia el deceso de la señora Francisca.

Debido a que tanto su hijo como Don Francisco se encontraban en cuarentena, una hermana de la señora Francisca tuvo que hacerse cargo de todos los trámites relacionados con su fallecimiento. De esta forma, se pudo gestionar con la

funeraria que la carroza pasara por afuera de la residencia de cuarentena, de modo que de alguna forma se pudiera despedir de su pareja e hijo. Sin embargo, tanto el personal de salud como Carabineros negaron esta posibilidad, por lo que tuvieron que esperar que terminara el tiempo de cuarentena, y luego de ello, que reabrieran los cementerios para poder despedirse, lo que solo ocurrió en la penúltima semana de octubre.

Actualmente, la familia se encuentra consternada por lo ocurrido abruptamente a doña Francisca, sienten que no era su tiempo. Debido a esta situación algunos de ellos se encuentran recibiendo asistencia psicológica, pues dadas las circunstancias de los hechos no ha sido fácil sobrellevar el duelo.

Todos los antecedentes aquí narrados fueron comunicados en una reclamación al prestador institucional de salud por falta de pertinencia cultural. Sin embargo, esta ha sido rechazada por la autoridad del recinto, negando la existencia de alguna vulneración. En la actualidad el caso se encuentra en conocimiento de la Superintendencia de Salud, aún a la espera de ser resuelto. Parte de las respuestas entregadas por el prestador de salud pública se analizarán en los siguientes apartados.

La vulneración del derecho a la salud desde el Paradigma de Investigación Indígena

Los hechos narrados constituyen claras vulneraciones al derecho a la salud. Hay aspectos que son vulneratorios del derecho de cualquier persona. Entre ellos los más claros son la entrega de información de salud poco clara, la imposición de intervenciones sin consentimiento de la paciente, la exposición a riesgos derivados de la atención aun sin tener un diagnóstico claro. Otros hechos vulneran específicamente el derecho a la atención de salud de los pueblos indígenas, consagrado en el derecho internacional (artículos 7°, 24° y 25° del Convenio 169 de la OIT³⁷ y artículos 21°, 23°, 24°, 31° de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas³⁸). En lo que sigue profundizaremos en este último aspecto.

La ausencia de atención con pertinencia cultural

Todo el análisis que sigue puede ser sintetizado a través de este punto: la ausencia de atención con pertinencia cultural. Por lo mismo, es revelador que el propio sistema de salud reconozca que no hubo atención con pertinencia cultural, a la vez que busque responsabilizar a la señora Francisca de dicha falta. El argumento institucional es que “durante el estudio de la ficha clínica de la paciente Francisca Lucas Bello, no es posible apreciar que se realizara algún tipo de solicitud por pertinencia

37 En adelante C169.

38 En adelante DNU DPI

cultural” (Departamento Comunal de Salud Ilustre Municipalidad de Pica, 2021). Esto es vulneratorio de los estándares internacionales de protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas: “El derecho a la atención de salud básica es un derecho fundamental de la vida y los Estados tienen la obligación de suministrar los servicios adecuados a todos los ciudadanos” (Feiring, 2009, p. 146). De esta forma, para garantizar el acceso a la salud, resulta determinante contar con servicios integrales que tengan un enfoque de salud intercultural. Para ello no sólo es relevante el desarrollo de estos programas, “sino también la capacitación de los operadores de salud para identificar caso a caso la pertenencia étnica y las posibles implicancias que dicho hecho tendrá para la propuesta de un examen y tratamiento” (Contesse, 2012, p. 152). En la normativa chilena la pertinencia no queda sujeta a la solicitud de los pacientes, sino que es responsabilidad del prestador. Más aún en casos en que se conoce la pertenencia de la paciente a un pueblo indígena, como ocurrió en este caso.

Asimismo, en un contexto de salud intercultural, el personal de salud no puede suponer que la paciente tiene manejo de los conceptos necesarios para hacer una solicitud de pertinencia cultural. Resulta relevante la detección y toma de medidas especiales respecto de personas pertenecientes a pueblos indígenas, ya que la aplicación del principio de igualdad y no discriminación en el acceso a los derechos humanos, presente en los artículos 2° y 3° del C169, artículos 1° y 2° de la DNU DPI y los artículos 1°, 2 y 26° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), no significa que haya que dar un trato idéntico a las personas. Al contrario, se ha remarcado lo relevante de tomar medidas especiales para eliminar aquellas condicionantes que llevan a la discriminación.

La ignorancia de la articulación de saberes médicos

En el caso que se analiza, uno de los argumentos utilizados por la institución de salud para justificar su forma de actuar, consistió en afirmar que la atención con pertinencia cultural no sólo no fue solicitada, sino que era innecesaria: “tanto es así que durante años asistió a nuestro Centro de Salud Familiar, por diversos tratamientos y prestaciones”. Sobre el punto, lo primero a establecer es que la asistencia de una persona indígena a un centro de atención biomédica, aun prolongada en el tiempo, no exime de una atención con pertinencia cultural. Al contrario, es justamente el hecho de que los pueblos originarios hacen uso simultáneamente y de manera articulada de los dispositivos de atención biomédicos e indígenas, el que lo hace imperativo. Esto ha sido estudiado desde hace más de 50 años por la antropología médica bajo el acápote de pluralismo médico, subrayando que, en el caso de los pueblos indígenas, lo propio es la *articulación* de saberes médicos, no su uso excluyente (Crandon-Malamud, 1991; Leslie, 1977; Montecinos, Yáñez, & Catata, 2006; Press, 1969). Lo mismo ha sido sostenido en la región de Tarapacá (Gavilán et al., 2009; Carlos Piñones Rivera, 2015; Carlos Piñones Rivera et al., 2016).

Si nos preguntamos cuáles son los aspectos que pueden facilitar u obstaculizar dicha articulación, desde el punto de vista indígena podemos señalar varios aspectos. Primero, que si el malestar se presenta dentro del seno de la familia y está controlado por un agente de salud indígena, difícilmente se va a concurrir a un centro de salud biomédico. La atención biomédica deviene imperiosa solo en ciertas situaciones. Por ejemplo, cuando se siente que se apronta la muerte y dicha atención puede prolongar la estadía en el *Aka Pacha* o plano terrenal.³⁹

Segundo, que el distanciamiento se debe muchas veces a que las intervenciones propuestas son muy invasivas, desde el punto de vista de una concepción distinta sobre el cuerpo, según la cual este debe mantenerse cerrado para cuidar la salud, por lo que se ve con malos ojos su apertura (Fernández Juárez, 1998; Gavilán et al., 2009)

Tercero, se relaciona con los *efectos secundarios de los medicamentos*. En las comunidades indígenas de la región, se entiende que los medicamentos de patente hacen bien para una parte del cuerpo, pero hacen mal para otra, simultáneamente. Esto se sostiene en una concepción relacional del cuerpo humano. A diferencia, se entiende que el tratamiento en base a plantas medicinales siempre hace bien y para todo el organismo, sin contraindicaciones (Gavilán et al., 2009; Carlos Piñones Rivera, 2015).

Notemos que, frente a esta diversa concepción de los pueblos indígenas, no existen dentro del sistema biomédico, protocolos relacionados con la entrega de tratamientos con pertinencia cultural. Desde el punto de vista indígena se hace necesaria una consideración especial, sobre todo en el caso de las personas mayores, pues están acostumbradas al tratamiento en base a hierbas medicinales y entienden que su cuerpo tiene menos resistencia a la ingesta de elementos químicos.

Cuarto, en cualquier caso, la disposición a atenderse dependerá mucho del *recibimiento*. El *recibimiento* es la forma cómo se forjan lazos de confianza y familiaridad. Permite la expresión de cómo se vive y siente el malestar, emocional, físico y espiritual. Si no existe un acercamiento respetuoso sobre todo con una *jachamama*⁴⁰, difícilmente habrá una disposición a relatar sus malestares reales, que pueden tener relación con el no cumplimiento de promesas ante seres pertenecientes a la propia ontología (seres tutelares del *Alak Pacha*, *Manqha Pacha*, santos, entre otros). En este marco, el rol del facilitador intercultural, quien entiende la lengua materna y la cosmovisión es indispensable. Pues debería no solo estar atento a estos procesos “culturales”, sino también a la historia que ha perseguido y subordinado sus saberes, y que hasta el día de hoy se expresa en prejuicios, descalificaciones y sanciones de parte de los equipos de salud (Fernández Juárez, 1999; Piñones Rivera, Liberona Concha, & Montecino Quenaya, 2019)

39 *Araj Pacha*, *Aka Pacha*, *Manqha Pacha* constituyen los tres elementos centrales de la cosmovisión aymara. Su definición es extremadamente compleja, por lo que las traducciones suelen ser parciales y tergiversadoras (Bouysse-Cassagne & Harris, 1987).

40 *Ay*. Abuela (García, 2005).

Por lo mismo, el juicio de que asistía al CESFAM “siempre de forma intermitente, lo que no es recomendable cuando se trata de patologías crónicas, rechazando una operación a la vista, así como también diálisis”, es un juicio construido desde un monismo médico, que establece una lógica excluyente en el abordaje de la salud de los pueblos indígenas. Más aún, esta forma de concebir la atención de salud deviene en una vulneración de derechos, ya que la política de salud y pueblos indígenas chilena señala “el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo oficial como el único deseable y válido.” (Minsal, 2006).

En términos más profundos, ontológicos, desde el punto de vista indígena se plantea un relacionalidad en todo lo que existe, incluyendo también entre los saberes médicos. Al negar insistentemente la contribución que el saber médico originario ejercía en la atención de los problemas de salud de doña Francisca, se presenta como interrupción de un tratamiento (*intermitencia*) lo que en realidad era la *alternancia* entre uno y otro saber médico. Es decir, una situación de pluralismo médico concreto es mirada *negativamente* desde una mirada de monismo médico.

La imposición de acciones del Saber Biomédico sin consentimiento de la paciente

La contracara de la falta de pertinencia cultural fue una atención basada en la imposición de una atención biomédica, para la cual no existió un consentimiento libre ni informado. La reclamación establece de manera clara y fundamentada que la Sra. Francisca fue engañada sobre los procedimientos que se le iban a aplicar, el lugar donde la llevarían y el tiempo que estaría alejada de su hogar. Esta información se entregó sin la asistencia de un facilitador intercultural, a pesar de que la normativa local lo establece así.

Uno de los elementos de la violencia simbólica que se ejerció contra Doña Francisca fue que, en un momento de mucha tensión, se le pidió que firmara un documento donde rechazaba el tratamiento que se le estaba imponiendo. Cuestión que la paciente no hizo por razones histórico-estructurales que pasaremos a analizar. Ahora bien, en la respuesta entregada por el centro de salud a la reclamación, intentan configurar una expresión *tácita* de voluntad en base que no existe un documento firmado de rechazo. No obstante, la inexistencia de dicha acta firmada en este caso solo refleja la negativa a firmar y no una “expresión tácita de voluntad” de su parte.

Desde el punto de vista indígena somos sensibles a los efectos negativos que la firma de documentos ha tenido en la historia nuestros pueblos (Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato, 2008). Este trasfondo histórico da sustento a la desconfianza de la Sra. Francisca y debería llevar a considerar legítimo que la voluntad se exprese oralmente y desde la lengua materna. Teniendo presente que los saberes de

los pueblos originarios son archivados de acuerdo a sus sistemas de saberes propios (tejidos, tallados, nombres, etc.) y sistematizados en las memorias de los seres, y no en documentos, la oralidad ha sido la forma histórica por la cual los pueblos transmiten, comunican, dialogan y legitiman sus experiencias presentes y pasadas. Por esto, para la mirada indígena, la expresión oral tiene tanto o más valor que la expresión escrita, pues tiene un sentido axiológico: pone en juego el *valor de la palabra* (Moscoso, 2020).

La negativa expresada de manera oral debería haber conducido a la búsqueda de vías alternativas tendientes a agotar la entrega de información con pertinencia cultural. El no hacerlo así cuestiona profundamente el procedimiento de consentimiento pues ¿cómo se puede consentir válidamente respecto de algo que no se comprende a cabalidad? La vulneración de este punto es clave, incluso desde el punto de vista del derecho hegemónico, pues como señala Fajreldin :

“como en dicha relación [médico-paciente] también se encuentra la asimetría de poder, el debate internacional ha cristalizado en el modelo de autonomía, que en cuanto principio general plantea la defensa de las libertades individuales, como la del derecho de los pacientes a tomar las decisiones sobre su propio cuerpo ante una medicina muchas veces tecnocrática y deshumanizada”. (2010, p. 195)

Desde el paradigma de investigación indígena surge una crítica a la naturalización de las acciones protocolares. Los protocolos se entienden desde una mirada universal (es un bien para todos) y dicha universalidad (solo supuesta) hace que parezcan incuestionables. Pero esta pretensión de universalidad corresponde a un monismo cultural (biomédico), que en muchos aspectos se contraponen a las formas indígenas. Así, las intervenciones pueden producir daño, no obstante, desde el punto de vista biomédico difícilmente serán considerados como tales, pues están concebidos con el explícito propósito de hacer un bien. Por esto resulta fundamental la consideración del punto de vista indígena, para visibilizar los daños no percibidos por la mirada biomédica.

Más importante aún, deberían resguardarse las condiciones contextuales que permitan que la voluntad se exprese sin coacciones ni coerciones. Desde el punto de vista indígena esto supone un contexto de respeto, responsabilidad y reciprocidad. Y como señala Tuhiwai Smith (2016), el consentimiento es relativo, no existiendo un plazo determinado para la generación de dicha confianza con las *jachamana* y *jacha tatas*⁴¹ (puede tomar desde minutos hasta meses o años) pues se otorga dependiendo de la credibilidad que demuestre quien lo solicita. Asimismo, la confianza concedida se asume como recíproca, dándose en un contexto de negociación, por lo

41 Ay. Abuelo (García, 2005).

que no es una decisión estática. Por lo tanto, la calidad de la interacción es mucho más importante que la firma de un documento. En efecto, como se comprueba una y otra vez, esta resulta ser más bien una barrera para el diálogo y el entendimiento, por lo que se ha planteado la importancia en la investigación de la incorporación del *consentimiento informado oral* (Moscoso, 2020).

La descalificación del *Qulliri*

La respuesta a la reclamación produce una doble afectación a la familia, pues además de todo el daño producido, se deslegitima la persona y el saber médico de uno de sus miembros, Don Francisco. La deslegitimación es realizada por el facilitador intercultural del CESFAM a través del siguiente argumento: “se adquiere la calidad de *Qulliri* o *Yatiri* a partir del reconocimiento que le otorga la comunidad indígena del sector, y en el caso puntual de don Francisco Pacaje Calle, *no es conocido en Pica bajo esa calidad*” [cursivas nuestras].

Sobre el punto, Don Francisco sí es reconocido como *qulliri* y *yatiri* por la comunidad. Prueba de esto es el acta de la reunión N°16 con fecha 2 de marzo de 2021 de la Asociación Indígena Aymara Hijos de Willq’e, donde se señala que “La asociación y en acuerdo con la asamblea reconoce que Don Francisco [...] es Colliri (Médico Andino) de acuerdo a sus conocimientos ancestrales en la materia, quien, desde años anteriores ha dado servicio de sus conocimientos [...] además también reconocidos en nuestra comunidad como Yatiri es quien realiza diferentes actividades, tales como, ceremonias Machaq Mara, La Ph’awa, Floreo de ganado entre otros y enfermedades del alma como el susto, llamar ánimo, agarraduras de tierras, entre otros” (Asociación Indígena Hijos de Willqe, 2021, p. 1). Según entrevista personal realizada a Don Francisco con fecha 12 de junio del 2021, él cumple con este rol desde hace casi 60 años, y lo ha realizado de manera ininterrumpida durante los casi 30 años que lleva viviendo en la comuna de Pica.

Establecido el punto, cualquier desconocimiento de dicho estatus constituye un acto de violencia simbólica en el contexto de la interculturalidad en salud (Albó, 2004). La violencia simbólica es “una violencia que se ejerce sin coacción física a través de las diferentes formas simbólicas que configuran las mentes y dan sentido a la acción”. (Fernández, 2005, 14-15). Y dado que desde el punto de vista indígena el saber médico no se desconecta de los otros ámbitos de la vida, al deslegitimar su saber en salud se está cuestionando su saber también respecto de otros ámbitos culturales y sociales: ceremonias, rituales, música, canto, tejido, lengua materna, etc.

“El principio y fin del conocimiento indígena es la integralidad, en tanto está relacionado con distintos y fundamentales aspectos de la existencia de la comunidad en armonía con la naturaleza, por no decir que con todos. La vida en el mundo indígena la concebimos integral y el conocimiento corre la mis-

ma suerte, es decir, en ningún momento se construye y se aplica por partes. Dicho de otra manera, nuestro médico, no trata únicamente la parte física o fisiológica de la persona, sino que también trata la parte espiritual, todo esto en un contexto de relación con la familia, la comunidad y la naturaleza, en un proceso de armonización” (Palechor Arévalo, 2010, p. 200)

En el marco del paradigma de investigación indígena, la descalificación adquiere un sentido claro desde la historia oral de las comunidades. En ella, acciones de este tipo han constituido la tónica de un proceso histórico de genocidio que se inicia con la colonia (extirpación de idolatrías) y que luego se ha traducido en procesos de asimilación. Lo más preocupante es que la persona que realiza dicha descalificación es un agente del Estado, que cuenta con el monopolio de legitimación y deslegitimación en la sociedad occidental. Por cuanto no solo se vive como una afrenta moral sino como un acto más de “epistemicidio” (De Sousa Santos, 2010; Prada Alcoveza, 2014).

Esta acción contradice en efecto el espíritu mismo de la política estatal, en el cual hay, al menos nominalmente una valoración de los saberes médicos indígenas “es urgente asumir que los pueblos originarios tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes y que existen especialistas tradicionales para enfermedades que el sistema de salud oficial nunca sabrá curar, pues no tiene códigos para entender su etiología y por tanto para su rehabilitación, y menos aún para su prevención.” (Ministerio de Salud Chile, 2006b, p. 9).

Por lo mismo, uno de los objetivos de la Política de Salud y Pueblos Indígenas es “Apoyar procesos orientados al reconocimiento, salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas”. Para esto la Norma 16 establece que “El Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y demás organismos del sector salud velarán porque sus actuaciones aseguren el respeto, reconocimiento y protección de los sistemas de salud de las agrupaciones indígenas y sus agentes tradicionales reconocidos comunitariamente” (Ministerio de Salud Chile, 2006a, p. 7).

El Estado goza de un poder simbólico reforzado por una estructura legal. Por lo mismo, el hecho de que un agente del Estado realice este tipo de descalificaciones constituye una forma de violencia simbólica inaceptable. Desde el punto de vista del paradigma de investigación indígena, además, contraviene los valores comunitarios, en tanto una persona perteneciente a la comunidad debe respetar a sus mayores. Esto se funda en un reconocimiento del saber acumulado durante años, así como de la contribución que cada una de estas personas ha realizado al cuidado y desarrollo de la comunidad total. Más aún en el caso de una persona como Don Francisco, en que su contribución como Yatiri no es sólo respecto de la comunidad humana, sino también respecto de los miembros no-humanos de dicha comunidad y territorio.

La descalificación del saber médico andino

En la misma línea, resulta inaceptable que el facilitador intercultural sea el portavoz de una mirada que pone en cuestión la eficacia del saber médico andino. La respuesta a la reclamación señala que el facilitador intercultural

“destaca que desgraciadamente la medicina indígena no evolucionó producto de la colonización, tecnología, globalización, etc. Reconoce que la medicina indígena, en particular la Aymara es buena, sin embargo, *su conocimiento es limitado a un tratamiento preventivo o paliativo, pero no existe la posibilidad de que una persona con enfermedades crónicas como las que tenía doña Francisca, pudiese haber sido estabilizada o tratada solo con un tratamiento de medicina natural*” (Departamento Comunal de Salud Ilustre Municipalidad de Pica, 2021) [cursivas nuestras].

Al respecto, primero es importante aclarar que desde el punto de vista de la antropología médica es insostenible que la medicina indígena no evolucionó. Científicamente los saberes médicos son definidos como procesos de transformación (E. L. Menéndez, 1996; Carlos Piñones Rivera, 2015), por lo que están en permanente cambio y ajuste a las necesidades de salud de las comunidades y los territorios. Más aún, considerando que los saberes médicos no están aislados, la literatura científica del pluralismo médico ha dado cuenta consistentemente de las múltiples transformaciones que han ocurrido en los saberes médicos originarios, principalmente por la articulación con el saber biomédico, que en muchas ocasiones ha consistido en la incorporación de distintos aspectos, preventivos, diagnósticos o terapéuticos.

Más aún, la investigación reciente sobre el tópico (Carlos Piñones Rivera, Muñoz, & Liberona, 2020) muestra que los procesos de movilidad transfronteriza conectan los procesos de transformación del saber médico andino en el territorio del norte de Chile con los cambios que están ocurriendo en los países vecinos (Bolivia y Perú). Así, un nuevo impulso a dicha evolución se ha producido desde el 2013, cuando empezó a regir en Bolivia la Ley de medicina tradicional ancestral.

Desde el Paradigma de Investigación Indígena, parece importante subrayar que la defensa de la integridad cultural no significa necesariamente mantener las formas de vida atadas al pasado. Lo propio de una cosmovisión es el establecimiento de ciertos principios que articulan la vida en sus distintos planos, simbólico, social, cultural, económico, político, espiritual y territorial, entre los más importantes. Pero la aplicación de dichos principios no se restringe al pasado, por lo mismo, hay una transformación recíproca de la cosmovisión en base a la realidad y de la realidad en base a la cosmovisión.

Y segundo, la discusión contemporánea sobre la eficacia de los saberes médicos indígenas, ha puesto de relevancia que su complejidad no puede ser tratada

adecuadamente en base a juicios apriorísticos, llegando a cuestionar que el problema se pueda zanjar de manera unilateral desde la tradición del saber científico occidental (Waldrum, 2000). El juicio de valor emitido por el facilitador solo reproduce los prejuicios presentes dentro de la ideología biomédica, que a priori subordina los saberes médicos indígenas suponiendo que son paliativos (no curativos), o ineficaces y en el peor de los casos iatrogénicos. En la literatura internacional, este tipo de juicios ha sido expuesto como parte de los “valores ocultos” (Kirmayer, 1988), que operan como “supuestos tenaces de la biomedicina” (Gordon, 1988), uno de los cuales es el supuesto de la ineficacia de los saberes no científicos. Esto ha sido documentado y analizado profusamente por la literatura de antropología médica, incluso para el caso concreto del territorio tarapaqueño (Piñones Rivera et al., 2019).

Al contrario, desde un punto de vista científicamente fundado, la cuestión de si “*una persona con enfermedades crónicas como las que tenía doña Francisca, pudiese haber sido estabilizada o tratada solo con un tratamiento de medicina natural*” es cuestión de indagación y presentación de evidencia, lo que abre la posibilidad también de que dicha evidencia sea acorde con los supuestos del paradigma de investigación indígena.

Por todo esto, los juicios emitidos por el facilitador intercultural parecieran más develar el “colonialismo interno” propio (Rivera Cusicanqui, Domingues, Escobar, & Leff, 2016). Al respecto, la literatura en ciencias sociales ha problematizado el rol que ciertas personas indígenas juegan en la estructura del Estado multiculturalista neoliberal, denunciando la figura del indio permitido: “aquel que asume un papel ornamental en el nuevo estado” (p. 67) y que en la esfera política, “hablan en términos modernos, traducen sus prácticas en un discurso políticamente aceptable y dejan lo inaceptable fuera de la escena pública, sin necesariamente abandonarlos” (De la Cadena, 2020, p. 292). Desde el punto de vista indígena consiste, además en un ataque a la cultura producido por alguien de la propia cultura, lo que en la axiología andina supone una falta de lealtad, una traición a la propia comunidad y una afrenta a la propia identidad cultural.

Por último, el uso que se hace de la autoridad conferida al facilitador intercultural para descalificar al Saber Médico Andino es arbitrario, pues el facilitador no obtiene la legitimidad ni desde la ciencia antropológica, ni del saber biomédico, ni de un reconocimiento comunitario. Por lo mismo, su juicio comparativo según el cual el conocimiento del saber médico andino “*es limitado a un tratamiento preventivo o paliativo*” no tiene fundamento ni en el saber científico, ni en la autoridad comunitaria, y pervierte las funciones que se le asignan en el marco de la institucionalidad de salud intercultural chilena.

El deterioro de las relaciones entre el saber biomédico y el saber indígena

Desde el Paradigma de Investigación Indígena es importante descentrar el análisis del nivel individual, pues los pueblos miran desde lo comunitario, familiar y luego individual. Desde esta perspectiva, hechos como los que aquí se analizan producen un daño no solo a la salud individual sino a la salud colectiva del pueblo Aymara, pues constituyen las formas como se reproduce el dominio del saber biomédico sobre el saber médico indígena, que ha sido diagnosticado tanto por académicos como por instancias políticas (Cfr. la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato), como uno de los pilares del mantenimiento de la identidad cultural (Gundermann Kröll & González Cortez, 2009). De repetirse este tipo de vulneración de derechos, se condena a la práctica desaparición a saberes médicos que tienen una especificidad territorial y que son cultivados y resguardados por personas como don Francisco. En efecto, la negativa de parte de los equipos de salud a reconocer el saber de personas como él, forma parte de la violencia simbólica que está a la base de las dificultades de transmisión de estos saberes a las nuevas generaciones. Así, se produce un perjuicio colectivo y transgeneracional, que debiera ser evitado desde el punto de vista intercultural.

Conclusiones

Una primera conclusión jurídica extraíble de este trabajo es que los Estados deben asegurar una mayor voluntad y una mejor gestión de la política pública para elaborar estructuras eficientes que logren garantizar realmente, y no solo simular, el respeto de los derechos humanos de los pueblos indígenas. Las autoridades deben asumir activamente la promoción de estos derechos más allá de los formalismos que durante tantos años han usado para no permitir su verdadero ejercicio.

Desde el punto de vista del Paradigma de Investigación Indígena, el campo de la salud intercultural se muestra como una esfera más en la cual se observa operando la colonialidad del saber y del poder. Y la necesidad de sostener un paradigma indígena radica justamente en que muchos de los aspectos que aquí se problematizan no sólo no son perceptibles, sino que no adquieren el carácter de evidencia validada.

El problema de la evidencia pasa al primer plano, tanto en el ámbito del conocimiento científico como en el del derecho, y específicamente en el derecho a la salud. Primero, porque los procedimientos de validación del conocimiento están culturalmente determinados; pero segundo porque en la interpretación de lo que constituye una vulneración de derechos, debe incluirse cabalmente el punto de vista indígena. No solo como un contenido que luego será interpretado en los marcos del derecho y la ciencia eurocéntrica, sino como un punto de vista con una ontología, epistemología, metodología y axiología propia.

Es la única forma de que no se repitan ciertos supuestos tenaces, de los cuales hemos dado ejemplo a lo largo de todo este texto: el supuesto de que la única verdad es la naturalista, de que los saberes no biomédicos son inferiores, de que lo ideal es el monismo médico en la atención de salud, de que el conocimiento indígena se opone al científico, de que el único referente para evaluar el derecho la salud es el derecho eurocéntrico.

En suma, lo que sostenemos a lo largo de todo este artículo es que la consideración del derecho a la salud se puede nutrir si es que se aborda el problema desde un paradigma de investigación indígena. Más aún, es importante subrayar que sus contribuciones no son restrictivas al abordaje de problemas indígenas, sino que a todos los aspectos en los cuales el punto de vista del actor deviene relevante, en su consideración ontológica, epistemológica, metodológica y axiológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arévalo, G. A. (2013). Reportando desde un frente decolonial: La emergencia del paradigma indígena de investigación. *Experiencias, luchas y resistencias en la diversidad y multiplicidad*, 51-78.
- Asociación Indígena Hijos de Willqe. (2021). *Acta N°16*.
- Berna, J. (Writer). (2021). *Pertinencia cultural para el buen vivir* (Corto Documental). Chile.
- Bouysse-Cassagne, T., & Harris, O. (1987). Pacha: En torno al pensamiento aymara. En *Tres reflexiones sobre el pensamiento andino*. Hisbol.
- Contesse, J. (2012). *El Convenio 169 de la OIT y el derecho chileno*. Ediciones Universidad Diego Portales.
- Cooperativa Apacheta. (2021). *Documento de Reclamo expediente N°5001417, de fecha 04 de marzo de 2021, ante la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud*. Iquique.
- Crandon-Malamud, L. (1991). *From the fat of our souls: Social change, political process, and medical pluralism in Bolivia* (Vol. 26). University of California Press.
- De la Cadena, M. (2020). Cosmopolítica indígena en los Andes: Reflexiones conceptuales más allá de la «política». *Tabula Rasa*, 33, 273-311.
- De Martino, E. (2004). *El mundo mágico*. Los libros de la Araucaria.
- De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ediciones Trilce.
- Departamento Comunal de Salud Ilustre Municipalidad de Pica. (2021). *Respuesta a reclamación ante el prestador de salud N°1404711 de fecha 18 de febrero de 2021*. Iquique.
- Descola, P. (2012). *Más allá de naturaleza y cultura*. Amorrortu.
- Fajreldin, V. (2010). Problemas bioéticos de la investigación biomédica con pueblos indígenas de Chile. *Acta Bioethica*, 16(2), 191-197.
- Feiring, B. (2009). *Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica: Una guía sobre el Convenio 169 de la OIT*. Organización Internacional del Trabajo.
- Fernández Juárez, G. (1998). Enfermedad, moda y cuerpo social en el altiplano aymara: Un «bo-ceto» de inspiración colonial sobre modelos de identidad en los Andes. *Revista Española de Antropología Americana*, 28, 259-281.
- Fernández Juárez, G. (1999). *Médicos y yatiris: Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*. CIPCA.
- Freyermuth, G., & Sesia, P. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: Viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos*, 20, 9-28.
- García, P. (2005). *Aru pirwa: Diccionario Aymara-Castellano y Castellano-Aymara*. Consejo Nacional de la Cultura y las Artes.
- Gavilán, V., Madariaga, C., Morales, N., Parra, N., Arratia, A., Andrade, R., & Viguera, P. (2009). *Conocimiento y prácticas en salud: Patrimonio cultural de los pueblos originarios tarapaqueños*. CONADI.
- Gordon, D. R. (1988). Tenacious assumptions in Western medicine. En *Biomedicine examined*, 19-56. Springer.
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374(9683), 65-75.
- Gundermann Kröll, H., & González Cortez, H. (2009). Sociedades indígenas y conocimiento antropológico: Aymaras y atacameños de los siglos XIX y XX. *Chungará (Arica)*, 41(1), 113-164.
- Íño Daza, W. (2017). Epistemología pluralista, investigación y descolonización: Aproximaciones al paradigma indígena. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 9(9), 111-125.
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76-85.
- Kirmayer, L. J. (1988). Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. En *Biomedicine examined*, 57-93. Springer.
- Leslie, C. (1977). *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. University of California Press.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (1996). El saber popular como proceso de transformación: Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular. En *Creer y curar: La medicina popular*.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 185-207.
- Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.
- Ministerio de Salud de Chile. (2006a). *Norma General Administrativa N°16: Interculturalidad en los servicios de salud* (Resolución Exenta N°261). MINSAL.
- Ministerio de Salud de Chile. (2006b). *Política de Salud Pueblos Indígenas*. MINSAL.
- Montecinos, I. T., Yáñez, R. R., & Catata, T. C. (2006). *Mentisán, paracetamol o wira wira?: Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí* (Vol. 14). Fundación Pieb.
- Moscoso, A. (2020). *Q'ipa o trama como camino con lógicas aymara desde el paradigma indígena de investigación en la región de Tarapacá* (Tesis de maestría). Universidad Arturo Prat, Iquique.
- Palechor Arévalo, L. (2010). Epistemología e investigación indígena desde lo propio. *Revista Guatemalteca de Educación*, 2(3), 195-227.
- Piñones Rivera, C. (2015). *La mala hora: Articulaciones en el pluralismo médico de agricultores precordilleranos aymaras chilenos* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Piñones Rivera, C., Mansilla Agüero, M. Á., & Muñoz Henríquez, W. (2016). La agarradura me la atiendo en la iglesia: El diablo como símbolo hegemónico en el pluralismo médico aymara pentecostal. *Chungará (Arica)*, 48(4), 645-656.
- Piñones Rivera, C., Muñoz, W., & Liberona, N. (2020). Te mueves o te mueres: La movilidad del saber médico andino en la triple frontera Bolivia, Chile y Perú. En *Fronteira, território e*

- ambiente: Diálogos entre América Latina e Europa*, 443-480. Edunioeste.
- Piñones Rivera, C., Muñoz, W., & Mansilla, M. Á. (2018). Mal paraje and mala hora: Remarks on the naturalistic violence towards Andean medical knowledge. *Salud Colectiva*, 14, 211-224.
- Piñones Rivera, C. D., Liberona Concha, N. P., & Montecino Quenaya, B. (2019). La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena. *Polis (Santiago)*, 18(54), 224-244.
- Prada Alcoreza, R. (2014). Epistemología pluralista. En *Pluralismo epistemológico: Reflexiones sobre la educación superior en el Estado Plurinacional de Bolivia*, 13-54. Funproeib.
- Press, I. (1969). Urban illness: Physicians, curers and dual use in Bogotá. *Journal of Health and Social Behavior*, 209-218.
- Rivera Cusicanqui, S., Domingues, J. M., Escobar, A., & Leff, E. (2016). Debate sobre el colonialismo intelectual y los dilemas de la teoría social latinoamericana. *Cuestiones de Sociología*, 14, 1-22.
- Tuhiwai Smith, L. (2016). *A descolonizar las metodologías*. LOM.
- Viveiros de Castro, E. (1996). Perspectivismo y multinaturalismo en la América indígena. En A. Surrallés & P. García Hierro (Eds.), *Tierra adentro: Territorio indígena y percepción del entorno*, 37-79. IWGIA.
- Waldram, J. B. (2000). The efficacy of traditional medicine: Current theoretical and methodological issues. *Medical Anthropology Quarterly*, 14(4), 603-625.



CUARTA PARTE

¿Qué hacer?



CAPÍTULO 14

Hacia una propuesta teórica de salud intercultural crítica

Carlos Piñones Rivera
y Nanette Liberona Concha

Pensar la salud intercultural de manera crítica supone pensar la producción de asimetrías de poder en el campo de la salud (Breilh, 2010; Menéndez, 1994b, 2018; Piñones Rivera, 2015b; Piñones Rivera et al., 2017, 2019). Evidentemente, la totalidad histórica en la cual se producen dichas asimetrías es el capitalismo racializado. Y es por esto que la salud intercultural se focaliza en poblaciones históricamente racializadas y se define desde una lógica racializada: el indígena y el migrante.

Aunque parezca paradójico, el racismo se ejerce a través de las políticas dirigidas específicamente a migrantes y pueblos originarios, ya que forman parte de los procesos de racialización, y por lo mismo de subordinación, en el marco del capitalismo contemporáneo (Liberona, 2012; Liberona, Piñones, Stefoni, 2023; G. B. Boccara, 2007b; G. B. Boccara & Bolados García, 2008; G. Boccara & Bolados, 2008; Bolados García, 2012). Procesos que han permitido la reproducción del capital gracias al desarrollo desigual de los territorios y países, desencadenando entre otros fenómenos, desplazamientos forzados y migraciones (Delgado Wise y Márquez Covarrubias, 2012; Sassen, 2007).

Denunciar dichos procesos de racialización constitutivos del campo de la salud intercultural supone pensar su relación íntima con el racismo presente en todas las estructuras sociales desde la colonia (Breilh, 2003; Dussel, 1994; Quijano, 2014). O lo que es lo mismo, dado que el racismo está entramado en las estructuras sociales, debe ser concebido como racismo estructural (Bonilla-Silva, 1997; Ford & Airhihenbuwa, 2010a, 2010b; Gee & Ford, 2010; Metzl & Roberts, 2019), y debe reconocerse ampliamente que una de sus principales manifestaciones es el racismo de Estado (Liberona et al., 2023; Piñones Rivera, Liberona, Henríquez, et al., 2022).

En lo que sigue propondremos cuáles son los aspectos teóricos fundamentales que deberían formar parte de una aproximación crítica de salud intercultural relevante para el contexto chileno, específicamente para el norte de Chile. Al hacerlo buscamos distanciarnos de las aproximaciones culturalistas y neoliberales presentes en general en las concepciones hegemónicas de la salud intercultural (Piñones Rivera et al., 2017; Piñones Rivera, Liberona, Henríquez, et al., 2022).

Superar el multiculturalismo neoliberal a través de una mirada estructural

Una aproximación crítica a la salud intercultural debe pensar en términos económico-políticos las consecuencias del modo de producción capitalista en las condiciones materiales de la existencia, en la precarización del trabajo, en la mercantilización de todos los ámbitos de la vida, así como en la producción de relaciones de hegemonía/subalternidad en el terreno ideológico, todos aspectos de la misma totalidad que constituye el capitalismo contemporáneo (Breilh Paz y Miño et al., 2023; Menéndez, 1983b, 1984b; Piñones Rivera, 2015b). Estos aspectos deben ser pensados como determinaciones del Proceso Salud/Enfermedad/Atención (Breilh Paz y Miño et al., 2023; Rodríguez, 1994) y no como meros determinantes sociales (Harvey et al., 2022).

En términos económico-políticos, nuestro punto de partida es el reconocimiento de que en nuestros territorios se despliega una configuración específica de gobierno que se ha conceptualizado como multiculturalismo neoliberal (G. B. Boccarra, 2007b; Díaz-Polanco, 2007; Hale, 2002b; Piñones Rivera et al., 2017). El mismo se caracteriza por un reconocimiento y validación superficial de la diferencia cultural, por un gobierno de dicha diversidad cultural a través de una tecnología de la participación social, y por una invisibilización de los procesos de acumulación capitalistas como fuente global de la producción de inequidades sociales, incluyendo las del campo de la salud (G. B. Boccarra, 2007b; Piñones Rivera et al., 2017). Este multiculturalismo neoliberal constituye “el brazo izquierdo” de un Estado que, hacia los mismos pueblos y colectivos, niega los derechos de autodeterminación, la propiedad ancestral de los territorios, incentiva y legitima proyectos extractivistas, militariza territorios indígenas (ej. en wallmapu y en las fronteras del norte habitadas principalmente por pueblos aymaras y quechuas), niega el derecho a la regularización de los colectivos migrantes, niega el refugio a quienes lo merecen y les encierra en dispositivos de campo equivalentes a los campos de concentración (Liberona et al., 2024) entre otros procesos.

Ninguno de estos últimos procesos es abordado por las políticas de salud intercultural. Y esto responde a un proceso ideológico que niega parte importante de la realidad y reinterpreta el problema de manera reduccionista, solo en términos “culturales”. Ya hemos explicado este proceso en otro lado (Piñones Rivera et al.,

2017), pero sintéticamente, en el marco del multiculturalismo neoliberal las brechas epidemiológicas son interpretadas como resultado de un problema en última instancia cultural: dificultades para cambiar prácticas o costumbres patológicas; problemas de incomprensión entre actores culturalmente diversos; la falta de pertinencia cultural, lingüística o simbólica, etc. Dicha diferencia cultural pasa a ser el comodín que explica genéricamente las inequidades reflejadas en los perfiles de morbimortalidad, invisibilizando el rol que el capitalismo racializado juega en la producción de dichas inequidades.

Debemos, por lo tanto, posicionarnos desde una perspectiva crítica que vaya más allá del señuelo de lo cultural en el abordaje de los problemas de salud de los colectivos racializados. La tradición más amplia que tenemos en América Latina la constituye la propuesta de la Medicina Social Latinoamericana (Salud Colectiva), así como los diferentes movimientos y conceptualizaciones que se han desarrollado en su seno o en diálogo con ella, como la Epidemiología Crítica (Breilh, 2010; Breilh Paz y Miño et al., 2023) o la Antropología Médica Crítica (Menéndez, 1983b, 1984b, 2018; Piñones Rivera et al., 2017, 2019). La medicina social latinoamericana/salud colectiva ha enfatizado que el proceso SEA debe ser pensado como determinado dialécticamente por la totalidad que constituye el modo de producción capitalista. Ha propuesto el paradigma de la determinación social para mostrar la insuficiencia de una aproximación cartesiana, que fragmenta dicha totalidad en factores (determinantes sociales), cuyo abordaje sectorizado nunca aborda la lógica global de acumulación de capital, explotación humana, destrucción de los territorios y subordinación ideológica de las propuestas contrahegemónicas, intrínseca al modo de producción capitalista. Desde ese mismo referente sostiene que todo esfuerzo de transformación de las condiciones materiales e ideológicas del proceso SEA solo puede darse en el seno y con la fuerza de los movimientos sociales (Breilh, 2010; Breilh Paz y Miño et al., 2023).

Otra forma de conceptualizar dicho más allá de la cultura (Piñones Rivera et al., 2021; Viruell-Fuentes et al., 2012), especialmente desarrollada en contextos anglófonos, es la propuesta de la Vulnerabilidad Estructural (Piñones Rivera et al., 2019; Quesada et al., 2011), que lleva al terreno del PSEA el concepto de Violencia Estructural (Farmer, 2007; Galtung, 2015; Holmes, 2013). Su gran valor consiste en descentrarse de las propuestas culturalistas tan propias del multiculturalismo neoliberal, a la vez que denuncia el carácter de violencia presente en el ejercicio del dominio (violencia directa), así como en el ejercicio de la hegemonía (violencia simbólica) (Bourdieu & Passeron, 2001; Holmes, 2013). También consiste en mostrar al Estado como uno de los principales agentes de la violencia al interior de la lucha de clases, en la tradición sostenida por el marxismo.

A través de la Violencia Estructural se han pensado una serie de procesos contemporáneos que atañen a la población general como la precarización laboral, la mayor exposición a condiciones de inseguridad laboral, la segregación residencial, hacinamiento, e injusticia ambiental (insalubridad, falta de acceso a agua potable),

entre otros. Y también procesos que atañen específicamente a la población migrante como la irregularización a través del control migratorio (Domenech, 2017), la irregularización cíclica (Cortés, 2007), la extranjería permanente (Varela, 2015), la condición de deportabilidad (De Genova, 2002) y el racismo en el sistema educativo (Tijoux, 2013), entre otros.

Valoramos el fructífero diálogo contemporáneo que se está dando entre ambas propuestas (Harvey et al., 2022, 2023). Si bien entre ambas existen diferencias, comparten un énfasis en los aspectos estructurales, y permiten realizar un necesario desplazamiento desde lo cultural hacia lo estructural (Sommer & Parker, 2013; Viruell-Fuentes et al., 2012).

Una perspectiva crítica en salud intercultural pertinente para nuestra realidad no debe reducir la salud de los pueblos originarios ni la de los migrantes a problemas del sector salud. El modo de producción capitalista opera como una totalidad que busca transformar todos los ámbitos de la vida en espacios de reproducción y acumulación del capital, con la consecuente afectación del metabolismo naturaleza sociedad que destruye los territorios y explota, empobrece e incluso acaba selectivamente con la fuerza de trabajo (Breilh, 2003, 2010, 2023).

Como hemos mostrado en nuestro análisis, la violencia estructural del avance del capitalismo contemporáneo se expresa en el avance de proyectos extractivistas, la destrucción de los territorios, el epistemicidio, el racismo ambiental, la violencia de estado, la irregularización cíclica, la precarización laboral de migrantes, y la mercantilización de la salud, entre otros procesos. Todos ellos forman parte del despliegue histórico de una única totalidad. Por lo mismo, no se pueden resolver los problemas de salud, sin abordar la violencia estructural propia del avance del capitalismo. Afirmar esto es muy distinto de indicar que debe haber “salud en todas las políticas” o que debe haber un abordaje intersectorial. La gran diferencia está en que en dichos abordajes nunca se señala ni confronta al capitalismo como la totalidad histórica en la cual todos esos procesos adquieren su sentido, función y patrón de distribución. En esto, las políticas de salud intercultural demuestran su sentido profundamente ideológico, de ocultación de los aspectos estructurales (Piñones Rivera et al., 2017; Piñones Rivera, Liberona, Henríquez, et al., 2022). Una política de salud intercultural crítica debería reconocer al capitalismo racializado como la totalidad de la cual los distintos procesos, aquí rápidamente señalados, son parte.

Abordar la complejidad de la salud intercultural

El pluralismo médico

El estudio del Proceso Salud Enfermedad Atención debe asumir radicalmente que la producción de asimetrías de poder también se da a través de las relaciones de hegemonía/subalternidad de los saberes médicos. Una perspectiva crítica

de salud intercultural debe distanciarse del monismo médico colonial eurocéntrico que asume que el saber biomédico es el único saber válido y legítimo en el ámbito de la salud. No puede naturalizar a la biomedicina como el único fundamento ideológico para la toma de decisiones estatales en el ámbito de la salud. Por lo mismo, un abordaje crítico de la salud intercultural debe mostrar la contribución que los distintos saberes médicos hacen a la reproducción ampliada de la vida, debe tomar lo mejor de los saberes médicos en todas las dimensiones del proceso S/E/A y estar abierto a reconocer los efectos iatrogénicos que surgen de la biomedicina a nivel individual y colectivo. Más aún, debe luchar contra una biomedicina que ideológicamente entendida como neutra, ha servido para legitimar procesos de mercantilización de la salud, monopolización de la producción y de los mercados de fármacos, ha reducido el PSEA a su dimensión cuantificable y validado como racionalidad solo a la lógica de costo-beneficio, y ha legitimado un abordaje de la prevención que traduce los riesgos como efectos de decisiones individuales, invisibilizando el rol del avance de la desposesión y acumulación del capital en la destrucción de los ecosistemas y el deterioro de la vida vegetal, animal y humana (Menéndez, 1983b, 1984b, 2005b).

El énfasis en el pluralismo médico es una forma concreta de luchar contra el eurocentrismo en el campo de la salud y esto es necesario porque necesitamos detener la destrucción de los saberes no eurocéntricos que avanza rápidamente junto con el capitalismo, y porque esos saberes otros constituyen espacios ontológicos, epistemológicos, metodológicos y axiológicos que históricamente han mostrado la posibilidad de relacionarse con la realidad de manera distinta a la del capitalismo racializado. Esto no supone romantizar a los otros saberes como si no hubieran sido impactados por más de 500 años de colonialidad. Pero sí supone reconocer que en varios aspectos su lógica es no-solo capitalista y que mientras ese exceso a la lógica capitalista ha sido frecuentemente producido como un no-ser o retrotraído al tiempo pasado como un primitivismo, constituyen formas de ser afirmativas, que no solo existen en el presente, sino que albergan la posibilidad de un futuro colectivo distinto en base a la lucha contrahegemónica.

Salud, movilidad y transfrontericidad

Una propuesta crítica de salud intercultural en nuestros territorios debe abordar dos grandes aspectos que se cruzan, pero son analíticamente distinguibles: la movilidad humana y los procesos (trans)fronterizos. Debe abordarlos porque el control fronterizo de los flujos de movilidad humanos, de mercancías, capitales y saberes constituye una práctica más de subordinación que produce mano de obra explotable subproletaria, al margen de la exigibilidad del cumplimiento de derechos humanos, criminaliza insumos necesarios para la salud de los pueblos (ej. hoja de coca) (Piñones Rivera, Liberona, Arancibia, et al., 2022; Piñones Rivera, Muñoz-Henríquez, et al., 2022), desvía capitales que deberían nutrir las arcas fiscales de los países

y limita el mutuo enriquecimiento de los saberes médicos al establecer jurisdicciones nacionales para los saberes médicos transfronterizos.

En el vínculo entre movilidad humana y salud, nos encontramos igualmente con las reflexiones de Didier Fassin (2018) respecto de la antropología política de la vida, del cuerpo y de la moral. En particular, sus análisis sobre las políticas de inmigración nos convocan a pensar cómo ellas transforman las vidas, actúan sobre los cuerpos y ponen en movimiento la moral de las instituciones y poblaciones locales. Fassin analiza en profundidad la producción política de pobreza e irregularidad para entender el deterioro de los cuerpos a partir de privaciones y obstáculos a los tratamientos. En esta línea, la salud intercultural crítica requiere problematizar la moral presente en las instituciones a cargo del control de la movilidad humana y la salud migrante.

Es un hecho que el modo de producción capitalista se ve favorecido por la precarización de la mano de obra migrante (Burawoy, M., 1976; Holmes, 2013; De Genova, 2002; Heyman, 2012; Delgado Wise y Cobarrubias, 2012). La precarización se produce a través de las políticas restrictivas de inmigración, que operan tanto para las personas que logran superar las barreras burocráticas fronterizas como para quienes esquivan los controles migratorios. No obstante, según hemos mostrado extensamente, la irregularización migratoria expone a formas más brutales de violencia estructural, a mayores niveles de explotación, así como a nuevas barreras en la atención, y por lo tanto a un mayor deterioro de la salud. Por ejemplo, expone a tránsitos transfronterizos mucho más densos y marcados por la violencia directa; la explotación laboral se asemeja en algunos casos a la esclavización; e incluso no se puede distinguir de la trata de personas (Dufraix y Ramos, 2022).

Una política de salud intercultural debería abordar todos los procesos que generan esa precarización de la mano de obra migrante, como, por ejemplo, las políticas que encarnan el régimen fronterizo global (Mezzadra, 2005), la gobernabilidad migratoria en América del Sur y la criminalización de las poblaciones migrantes (Domenech, 2015; 2018), entre otros. Los sistemas de salud y sus equipos deberían conocer y comprender estos procesos, pues forman parte de la producción concreta de los problemas de salud que tienen que enfrentar cotidianamente en la clínica.

En este sentido, una política de salud intercultural crítica debería abogar por una política migratoria que facilite y generalice los procesos de regularización duraderos. Por ejemplo, defendiendo un sistema de visados que impida la irregularidad cíclica. Desde la salud intercultural se debería apoyar un sistema de visados que promueva la regularización. Pero no basta con un sistema de visados, es necesario salir de las lógicas capitalistas de reproducción del capital a costa de las migraciones (Sassen, 2007) y del desarrollo desigual que produce migración forzada (Delgado Wise y Márquez Covarrubias, 2012), lo que se logra mediante procesos de regularización migratoria.

Recordemos que la migración no autorizada sufre permanentemente la condición de deportabilidad (De Genova, 2012) que implica el temor permanente a ser deportado/a en cualquier momento. Esto condiciona, entre otros, el sometimiento a situaciones de explotación laboral, marginalización y procesos de ilegitimación en el acceso a la salud. Esto último se expresa en que pacientes en situación migratoria irregularizada tienen mayores barreras en el acceso y a su vez son responsabilizados de no contribuir económicamente en el funcionamiento de los servicios de salud, reproduciendo el desconocimiento de la participación económica que tiene la población migrante como contribuyentes en las sociedades de recepción. Esto afecta particularmente a los y las pacientes migrantes, que son considerados ilegítimos (Liberona y Mansilla, 2017) o deudores (Liberona, Piñones Rivera y Álvarez, 2023).

Por lo tanto, una medida básica debería ser sancionar los actos y procesos a través de los cuales se realice dicho desconocimiento, pues las consecuencias son la inequidad y la violencia hacia estos/as pacientes. No obstante, se requieren medidas de fondo para abordar el problema que suscita la mercantilización de la salud, que ha generado insuperables inequidades en el acceso y la atención. Esto ha sido denunciado por décadas desde movimientos sociales y políticos, ya que incumbe a toda la población, sin embargo, la mercantilización persiste, y la inequidad que produce germina en el nacionalismo de la población local, produciendo a los colectivos migrantes como enemigos que acaparan los recursos públicos.

En el plano ideológico, los nacionalismos sirven como sustento para los procesos de criminalización hacia la población migrante, por lo que es urgente penalizar los discursos de odio contra ella. Agentes y autoridades de salud, que estén conscientes de estos procesos pueden optar por reproducir esos discursos de odio o bien desmentir las interpretaciones criminalizantes, conectando además dicha criminalización con el impacto que tienen en la salud, según ha demostrado la literatura contemporánea sobre la salud migrante (Castañeda et al., 2015; Holmes, 2013; Liberona Concha et al., 2023; Morey et al., 2018).

En el mismo frente, una política de salud intercultural crítica debería considerar nociones como “ciudadanía universal”, utilizada, por ejemplo, en la constitución ecuatoriana (aunque su aplicación sea dudosa) o proclamar una política de libertad de circulación y de trabajo, como en el marco de Mercosur.

Junto con la violencia que se ejerce dentro de los estados-nación, una política de salud intercultural debería considerar un diagnóstico de la violencia estructural que se ejerce a lo largo de la trayectoria migratoria. 1) En el país de origen, donde generalmente se viven vulneraciones sistemáticas a los derechos humanos, que son las que fuerzan la emigración. 2) Asimismo, debieran considerarse las condiciones del tránsito migratorio, que en algunos casos implica involucrarse en sistemas de explotación de la movilidad clandestina, como el tráfico de migrantes (Liberona, Piñones y Dilla, 2021), o que exponen a condiciones climáticas y geográficas de riesgo vital (Capítulo 12 de este libro). Considerar la extrema variabilidad de la temporalidad

dad del tránsito, con estancias que profundizan los procesos de irregularización. 3) Debería también considerar el actuar del Estado en los distintos países de tránsito, pues en muchas ocasiones, son los Estados los que producen las vulneraciones de derecho a partir de la violencia política o han ejercido violencia sistemática contra grupos específicos, como los pueblos originarios y las poblaciones desplazadas. Esto da cuenta del racismo de Estado que la literatura contemporánea ha categorizado como racismo estructural (Capítulo 12 de este libro).

En este sentido, se debería incluir la densidad del tránsito en un diagnóstico de salud intercultural, para relevar la experiencia corporizada de la movilidad irregularizada, en sus múltiples dimensiones y no sólo como un trayecto entre dos o más países. Esto permite comprender la envergadura de los problemas de salud que pueden derivar de una experiencia de tránsito transnacional estructuralmente violento. Asimismo, permite considerar que el tránsito se vive mientras no existe regularización migratoria, por tanto, la temporalidad es relevante para entender el deterioro de la salud de quienes experimentan su densidad. Por ejemplo, considerando el no reconocimiento del estatus de refugiado de una persona, trámite que puede durar varios años en países sudamericanos, como Chile.

No obstante, una política de salud intercultural desde una perspectiva crítica debería estar atenta a todos los procesos de flujos transfronterizos, incluyendo aquellos no humanos. Su relevancia se entiende mejor desde una mirada de pluralismo médico. Por un lado, los insumos que se utilizan para cuidar la salud desde la medicina tradicional generalmente corresponden a elementos de origen mineral, vegetal o animal que no han sido domesticados por los estándares de exigencia propios de la sanitización del flujo fronterizo (SAG, Aduanas, etc.). Por lo mismo, son elementos sometidos a intensos procesos de criminalización que dificultan u obstruyen el acceso a elementos fundamentales para el cuidado de la salud desde el punto de vista de otros saberes médicos subalternizados (Piñones Rivera, Liberona, Arancibia, et al., 2022; Piñones Rivera, Muñoz-Henríquez, et al., 2022; Van Schendel & Abraham, 2005). Y por lo mismo, deben ser considerados como procesos que de manera directa producen un impacto en la salud individual y colectiva.

Ahora bien, estos procesos no afectan solo a los insumos, sino que también a las personas que protegen y desarrollan estos conocimientos y que a través de su movilidad mantienen vigente en el territorio transfronterizo la eficacia terapéutica que le es propia. Por lo mismo, una política de salud intercultural debería tener presente la movilidad de insumos, de personas y de los conocimientos médicos en general.

Sabemos que todo saber médico está situado no solo en un movimiento, sino en una territorialidad. No se puede por lo tanto sostener una política de salud intercultural que no contribuya a la reproducción de la vida en los territorios. Y dicha reproducción de la vida debe ser tanto la de los humanos, no-humanos y más que humanos (Breilh, 2010; Breilh Paz y Miño et al., 2023; Menéndez, 1983; Piñones Rive-

ra, 2015, en prensa). Por lo mismo, no puede basarse en la lógica de un capitalismo racializado que destruye los territorios, explota a las personas y trata a los saberes sobre los más-que-humanos como creencias superfluas o meros fenómenos culturales. Esto como ya se ha demostrado ha conducido al ecocidio, genocidio y epistemicidio, que producen de manera integral y directa los procesos de salud/enfermedad/atención, que luego de manera impotente tratamos de abordar a través de políticas de salud culturalistas.

La producción política de las corporalidades

Por último, una perspectiva crítica de salud intercultural debería ser capaz de considerar los cuerpos no como dados (biologismo), sino como producidos por procesos económico-políticos (incluyendo los procesos ideológicos), entre los cuales se encuentran los que competen a la movilidad humana y la transfrontericidad. Es decir, debe ser capaz de pensar más allá de los reduccionismos presentes en el modelo médico hegemónico (biomedicina), hacia la producción política de las corporalidades colectivas, y el rol que en dicha producción juegan procesos como la destrucción extractivista de los territorios, el epistemicidio de los saberes originarios, el control de la movilidad de personas, insumos y saberes para la salud, la criminalización de la transfrontericidad propia de los pueblos originarios, así como las barreras materiales o administrativas resultantes de los procesos de irregularización cíclica de personas migrantes.

En la actualidad, las políticas y programas de salud intercultural, al interior del sistema de salud chileno asumen implícita o explícitamente, que la corporalidad relevante para considerar en todas estas acciones es la corporalidad reducida a su lectura biomédica. Por lo tanto, en una política de salud intercultural crítica, las acciones de prevención, promoción, diagnóstico, e intervención deben incluir análisis de todos estos procesos de producción de corporalidades, en la medida que sean pertinentes para los casos concretos, individuales y colectivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boccará, G. B. (2007). Etnogubernamentalidad: La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará (Arica)*, 39(2), 185-207.
- Boccará, G. B., & Bolados García, P. (2008). ¿Dominar a través de la participación? El neoindigenismo en el Chile de la posdictadura. *Memoria Americana*, 16(2), 167-196.
- Bolados García, P. (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: La política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungará (Arica)*, 44(1), 135-144.
- Bonilla-Silva, E. (1997). Rethinking racism: Toward a structural interpretation. *American Sociological Review*, 62(3), 465-480. <https://doi.org/10.2307/2657316>
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (2001). *Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica*.

- En *La reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, 15-85. Popular.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad* (Vol. 17). Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2010). *Epidemiología, economía política y salud*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Breilh Paz y Miño, J. E., Krieger, N., & Breilh Ayora, M. C. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/9720>
- Burawoy, M. (1976). The functions and reproduction of migrant labor: Comparative material from Southern Africa and the United States. *American Journal of Sociology*, 81(5), 1050-1087. <https://doi.org/10.1086/226185>
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 375-392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Concha, N. P. L., Rivera, C. P., & Stefoni, C. (2023). "Raza" y racismo en el abordaje estatal de la diversidad cultural. *Polis: Revista Latinoamericana*, 22(64), 1.
- Díaz-Polanco, H. (2007). *Elogio de la diversidad: Globalización, multiculturalismo y etnofagia*. Siglo XXI.
- Dussel, E. (1994). *El encubrimiento del otro: Hacia el origen del mito de la modernidad*. <https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=5466507&publisher=FZP877#page=267>
- Farmer, P. (2007). Una antropología de la violencia estructural: El caso de Haití. *Temas*, 52, 63-73.
- Ford, C. L., & Airhihenbuwa, C. O. (2010a). Critical race theory, race equity, and public health: Toward antiracism praxis. *American Journal of Public Health*, 100(SUPPL. 1), 693-698. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.171058>
- Ford, C. L., & Airhihenbuwa, C. O. (2010b). The public health critical race methodology: Praxis for antiracism research. *Social Science & Medicine*, 71(8), 1390-1398. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.030>
- Galtung, J. (2015). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gee, G. C., & Ford, C. L. (2010). Structural racism and health inequities: Old issues, new directions. *Journal of Health Communication*, 14(4), 384-399. <https://doi.org/10.1080/10810730902873927>
- Hale, C. R. (2002). Does multiculturalism menace? Governance, cultural rights and the politics of identity in Guatemala. *Journal of Latin American Studies*, 34(3), 485-524.
- Harvey, M., Piñones Rivera, C., & Holmes, S. M. (2022). Thinking with and against the social determinants of health: The Latin American social medicine (collective health) critique from Jaime Breilh. *International Journal of Health Services*, 52(4), 433-441.
- Harvey, M., Piñones Rivera, C., & Holmes, S. M. (2023). Structural competency, Latin American social medicine, and collective health: Exploring shared lessons through the work of Jaime Breilh. *Global Public Health*, 18(1), 2220023. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2220023>
- Holmes, S. M. (2013). *Fresh fruit, broken bodies: Migrant farmworkers in the United States*. University of California Press.
- Liberona Concha, N., Piñones Rivera, C., & Álvarez Torres, C. (2023). Consecuencias del orden estructurante de las relaciones interétnicas: Barreras en el acceso a la atención de salud de mujeres migrantes y sus familias en Tarapacá. *Chungará (Arica)*, 55(2), 321-334.
- Menéndez, E. L. (1983). Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión en salud). *Cuadernos de la Casa Chata*. CIESAS.
- Menéndez, E. L. (1984). Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. *Nueva Antropología: Revista de Ciencias Sociales*, 23.
- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(9), 9-32.
- Menéndez, E. L. (2018). *Poder, estratificación social y salud*. Publicacions Universitat Rovira i Virgili. <https://doi.org/10.17345/9788484246879>
- Metzl, J., & Roberts, D. (2019). Structural competency meets structural racism. *The Social Medicine Reader, Volume II*. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=j6SDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT120>
- Morey, B. N., Gee, G. C., Muennig, P., & Hatzenbuehler, M. L. (2018). Community-level prejudice and mortality among immigrant groups. *Social Science & Medicine*, 199, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.020>
- Piñones Rivera, C. (2015). *La mala hora: Articulaciones en el pluralismo médico de agricultores precordilleranos aymaras chilenos* [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili].
- Piñones Rivera, C., Liberona Concha, N., & Montecino Quenaya, B. (2019). La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena. *Polis (Santiago)*, 18(54), 224-244.
- Piñones Rivera, C., Mansilla Agüero, M. Á., & Arancibia Campos, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: La política de salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 751-763.
- Piñones Rivera, C., Concha, N. L., & Gómez, S. L. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: Determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*, 30, e200310.
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., Arancibia, R., & Jiménez, V. (2022). Indigenous border migrants and (im)mobility policies in Chile in times of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9728.
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., Henríquez, W. M., & Holmes, S. M. (2022). Ideological assumptions of Chile's international migrant healthcare policy: A critical discourse analysis. *Global Public Health*, 17(12), 3353-3367.
- Piñones Rivera, C., Muñoz-Henríquez, W., & Rodríguez-Valdivia, A. (2022). Entre ferias, curanderos y remedios: La red asistencial popular andina en el espacio transfronterizo del norte de Chile. *Estudios Atacameños*, 68.
- Piñones Rivera, C., Quesada, J., & Holmes, S. M. (2019). La vulnerabilidad estructural y las nuevas perspectivas en medicina social sobre la salud de los migrantes: Entrevista a James Quesada y Seth M. Holmes. *Salud Colectiva*, 15, e2146.
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>
- Quijano, A. (2014). *Cuestiones y horizontes: De la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*.
- Rodríguez, M. (1994). *Lo biológico y lo social* (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 101).

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3095/Lo%20biologico%20y%20lo%20social.pdf?sequence=1>

Sommer, M., & Parker, R. G. (2013). *Structural approaches in public health*. Routledge. <https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9780203558294&type=googlepdf>

Van Schendel, W., & Abraham, I. (2005). *Illicit flows and criminal things: States, borders, and the other side of globalization*. Indiana University Press.

Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099-2106.

CAPÍTULO 15

Síntesis de propuestas metodológicas

Nanette Liberona Concha
y Carlos Piñones Rivera

En el ejercicio de pensar qué hacer desde la salud intercultural crítica ante la violencia estructural que se ejerce en los contextos en los que venimos investigando hace más de una década, es que surgen algunas propuestas metodológicas a la luz de las exigencias que nos pone la realidad a investigar, que consideramos fundamentales y que queremos sintetizar en este apartado. En el presente apartado hacemos una síntesis de dichas propuestas.

Primeramente, es primordial señalar que la realidad en la que investigamos tiene ciertas características que la distinguen, comenzando por el contexto económico-político neoliberal que se introdujo a la fuerza en Chile y en el marco de relaciones asimétricas de poder entre el centro del país y la región fronteriza, donde nos situamos. Por las razones políticas que ya hemos analizado, la realidad fronteriza produce sistemáticamente violencia estructural en la población, y particularmente en poblaciones indígenas y migrantes del territorio. Asimismo, se trata de una realidad que reproduce y legitima el racismo a través de las políticas basadas en el multiculturalismo neoliberal.

Las relaciones de poder entre Estado y comunidades han producido, por otra parte, un epistemicidio de los conocimientos ancestrales presentes en estos territorios, negándolos y criminalizándolos. Y se han afianzado procesos de fragmentación comunitaria e individualización que atacan las lógicas colectivas de toma de decisiones y resolución de conflictos.

Ante esta realidad, nos posicionamos metodológicamente desde una etnografía colaborativa, la que permite apoyar procesos colectivos. Siguiendo a Guber, entendemos por etnografía:

el conjunto de actividades que se suele designar como “trabajo de campo”, y cuyo resultado se emplea como evidencia para la descripción. Los fundamentos y características de esta flexibilidad o “apertura” radican, precisamente, en que son los actores y no el investigador, los privilegiados para expresar en palabras y en prácticas el sentido de su vida, su cotidianeidad, sus hechos extraordinarios y su devenir (Guber 2001, p. 16).

Lo colaborativo de este abordaje metodológico se basa en apuestas como la “investigación militante” o la «investigación etnográfica activista en colaboración» que se entiende como un estudio sistemático basado en el trabajo y la cooperación con otros, utilizando el yo como instrumento de conocimiento para alcanzar la “profundidad” de la etnografía, en un proceso sociopolítico particular, con el que los investigadores se identifican y comprometen (Stephen, 2012). La investigación activista o colaborativa nos sitúa “en una relación contractual y un compromiso político con un actor colectivo” (Paris Pombo, 2012, p. 258). De esta manera, se establece un vínculo que facilita la recolección de información. Stephen afirma que «la colaboración produce conversaciones, aportaciones y foros que propician intercambios adicionales» (2012, p. 232), mejorando la cantidad y calidad de la información recopilada.

Nuestro trabajo investigativo se basa en los vínculos con las organizaciones con las que trabajamos, en concreto la Cooperativa Apacheta y AMPRO. Estos vínculos son previos y surgen de la urgente necesidad de hacer algo frente a las violencias que evidenciamos ocurrían en nuestra realidad. Ambos somos miembros fundadores de las respectivas organizaciones y como miembros de esos colectivos (pero también por fuera de ellos, en tanto tenemos intereses académicos que no necesariamente son compartidos por las organizaciones de las que formamos parte), hemos tratado de compatibilizar nuestro quehacer investigativo y hemos encontrado apoyo en ellas. Sobre ese trasfondo, llegamos a pensar y, luego, formular una propuesta metodológica compuesta por una metodología etnográfica colaborativa que surge de nuestro compromiso político con las comunidades migrantes e indígenas.

El carácter colaborativo de la investigación es muchas veces más desde las organizaciones que desde nosotros hacia ellas. Esto quiere decir que la colaboración que hacen las organizaciones en la investigación es muy valiosa y va desde el establecimiento de confianzas, contactos directos, conocimiento profundo de las problemáticas hasta, por ejemplo, la participación de dirigentas en el levantamiento de información como facilitadoras u organizadoras de talleres. Por lo tanto, no nos interesa escribir desde una retórica que posiciona al/la investigador/a heroicamente.

Lo colaborativo se basa en el trabajo que podemos hacer con estas organizaciones, más allá de la investigación, de distintas maneras: formando estudiantes en esta misma línea, quienes realizan en algunos casos sus prácticas profesionales en las organizaciones; redactando documentos o proyectos para fondos concursables; participando en denuncias y otras acciones legales; elaborando informes técnicos para dichas denuncias; participando en asambleas y actividades. Asimismo, los resultados de las investigaciones permiten generar insumos para las propias luchas, que ayudan a analizar la realidad o a defenderse.

En este trasfondo, hemos tenido la necesidad de incursionar en nuevas propuestas metodológicas que surgen de nuestra búsqueda por lograr una mejor comprensión y una mayor profundidad, y en lo posible ayudar a transformar situaciones y procesos injustos.

Análisis crítico de discurso en las políticas de salud

La metodología de análisis crítico de discurso que hemos estado desarrollando en el análisis de políticas públicas de salud surge justamente del posicionamiento en contra de la reproducción de la violencia estructural. Tanto en el caso de pueblos originarios como de migrantes nos aparece de primera urgencia el abordaje del rol del estado como agente de la violencia estructural.

La propuesta inicial tenía como fundamento teórico general la concepción gramsciana de la ideología, buscando comprender la política de salud como una producción ideológica, en estrecha relación con un trasfondo económico-político que en este caso sería la ofensiva multiculturalista neoliberal (Piñones Rivera et al., 2017). Por lo mismo, se identificó el supuesto ideológico culturizante como el principal elemento estructurante de la política, mostrando cómo la retórica culturizante explicaba cada uno de los aspectos de la inequidad, invisibilizando la producción capitalista de la misma, a la vez que las políticas características del multiculturalismo formulaban un lenguaje del reconocimiento y la participación que en la práctica solo admitía a los sujetos funcionales para el Estado, o los “indios permitidos” (Rivera Cusicanqui, 2004)

En el segundo artículo, centrado en la política de salud de migrantes, el fundamento teórico metodológico se hizo más específico al adoptar la propuesta de Fairclough de Análisis del Discurso Político. Con esas herramientas nos propusimos analizar las apuestas conceptuales en base a las cuales se construyó la política, pero también cuáles eran las premisas circunstanciales, premisas de objetivo, premisas valóricas y las de medios-fines (Piñones Rivera et al., 2022). Con eso ya claro mostramos, por tanto, como el Estado omite selectivamente los aspectos estructurales en el abordaje de la salud de pueblos originarios y migrantes, y mostramos cómo conceptos tan aparentemente inocentes o progresistas como los de “diversidad cultural”, “determinantes sociales”, “enfoque de derechos”, constituyen los elementos

ideológicos en base a los cuales se omite la problematización de los aspectos estructurales.

El estudio de la migración clandestina

Otra de las exigencias que nos movilizó fue el abordaje de la migración clandestina y sus consecuencias en la salud. Metodológicamente, se enmarca en una crítica al reduccionismo culturalista de la salud intercultural, pues considera los problemas estructurales que afectan a la salud y a su acceso, en este caso la situación administrativa de las personas migrantes. La migración clandestina implica encontrarse con distintas barreras, de partida, el estatus migratorio ilegalizado, es decir criminalizado, que hace que las personas sean reacias, no quieran ser entrevistadas, contabilizadas, ni descubiertas cometiendo una “falta o delito”. Esto la hace ser una población de difícil acceso, es por eso que una de las formas que encontramos para acercarnos fue un *seguimiento etnográfico colaborativo* (Liberona y Riquelme, 2020; Liberona et al., 2021). Es una forma de seguir a los actores, tal como la elaboró Marcus (2001) para la etnografía multilocal, pero en este caso, el seguimiento es de otro tipo. Se hace a través de lo que podemos denominar una “observación acompañante”, que incluye la asesoría a personas migrantes en los procesos de regularización migratoria y en los trámites de acceso a derechos sociales, pero va más allá, pues consiste en acompañarla en este periodo de inserción en una sociedad que vulnera sus derechos.

Esta técnica no sería posible sin AMPRO, y ha sido un gran aporte para nuestras investigaciones, ya que permite establecer confianzas mediante conversaciones informales y acceder a espacios donde solo llegan las organizaciones migrantes y promigrantes o las personas migrantes. El desafío es estar permanentemente en un proceso de reflexividad, que contribuya desde la labor investigativa a denunciar la vulnerabilidad estructural.

Incursionando en metodologías corporales

Otra apuesta metodológica ha sido incluir el trabajo corporal, lo que ha sido fundamental para indagar de manera sensible en la experiencia corporal de la migración clandestina y los desplazamientos forzados. Ya hemos señalado que consideramos los cuerpos no como dados, sino producidos por procesos económico-políticos, por lo que tuvimos como desafío integrar el cuerpo en los procesos investigativos, para comprender cómo es afectado por las políticas migratorias. A esto se suma la necesidad de incorporar formas sensibles de acceder a esas experiencias de migración clandestina, para lo cual tuvimos que pensar en una metodología que desde el propio cuerpo permitiera considerar la experiencia corporal.

Es así como llegamos a integrar metodologías participativas, que confluyen con la etnografía y con la desindividualización de la relación entre Estado y población migrante. Las técnicas y juegos dramáticos del teatro cumplían con esos requisitos, porque permiten jugar, salir del rol que generalmente asumimos, lo que supone establecer confianzas y relaciones en un espacio colectivo. En nuestro caso, las intervenciones realizadas en dos investigaciones en las que recurrimos a esta herramienta se basaron en generar un espacio protegido frente a la violencia estructural que se ejerce en los desplazamientos forzados, para lo cual el rol de las facilitadoras migrantes fue fundamental. En ambas intervenciones, además, se realizaron dinámicas terapéuticas centradas en la representación corporal de las experiencias de movilidad.

Sobre estos dos puntos es importante señalar que forman parte de la estrategia etnográfica colaborativa, pues implican un doble compromiso con la comunidad: incluir en los equipos de investigación a personas migrantes, que permite reflexionar en conjunto, actuar en conjunto, escribir en conjunto, crear en conjunto. Y generar un espacio terapéutico para la comunidad, el que se logra puntualmente en las intervenciones/encuentros, pero también en trayectorias más profundas, como hemos tenido la oportunidad de vivir.

Ahora, respecto a las técnicas, podemos afirmar que tanto las del teatro espontáneo (Liberona y Riquelme, 2020) como las del teatro aplicado (utilizada para el capítulo 12 de este libro) son propicias para este tipo de objetivos investigativos. Ambas permiten observar las corporalidades y hablar sobre ellas. Ambas permiten poner en escena situaciones vividas, rememorar, reconstruir un relato y también reconocer a las personas en sus hazañas, esfuerzos, valentía y debilidades, así como sanar heridas. En el teatro espontáneo esto sucede gracias a la “catarsis integrativa” y los “regalos” que se expresan en canciones, poemas, bailes y otras expresiones de cariño y reconocimiento que hace la Compañía hacia los/as participantes. En el caso del teatro aplicado sucede cuando se trabaja en ejercicios colectivos, juegos, masajes y conversaciones en las que se reflexiona en conjunto sobre la temática trabajada.

A través de estas metodologías corporales de investigación hemos podido comprender, desde un posicionamiento crítico, la experiencia corporal de distintos tipos de movilidad clandestina o irregularizada, como la que se asocia al tráfico de migrantes y al desplazamiento forzado. Estas metodologías nos han facilitado la devolución de los resultados a las comunidades con las que trabajamos, al hacerla parte de los encuentros de teatro. Con esto afirmamos nuestro compromiso con la comunidad en general, poniendo como principales participantes a las propias comunidades migrantes.

La dimensión transfronteriza en la salud intercultural

La metodología de los Itinerarios Terapéuticos Transfronterizos surge en respuesta a dos problemas reales de la salud intercultural. Por un lado, todo abor-

daje monista médico en el ámbito de la salud naturaliza a la biomedicina como única forma de saber en el contexto de la salud, y reproduce el avance del epistemicidio. Por otro lado, el pensar la salud intercultural mirando cómo el Estado, desde la lógica del estado nación, invisibiliza la contribución que la dimensión transfronteriza realiza al configurar y al abordar los problemas de salud. Busca por lo tanto, proponer cómo estudiar el pluralismo médico en contexto transfronterizo, cuestión que toda investigación que no quiera reproducir el colonialismo y el racismo propio del nacionalismo metodológico debería tomarse en serio en nuestro contexto.

Como ya señalamos, nuestras propuestas metodológicas se basan en una ética de la investigación que implica un vínculo duradero con organizaciones migrantes e indígenas. Esto ha permitido experiencias de investigación colaborativa y puestas al servicio de las comunidades. El gran desafío es siempre fortalecer y sostener estas propuestas, considerando que la mayoría de estas organizaciones son autogestionadas; se oponen a las propuestas estatales, y por lo mismo, difícilmente son depositarias de fondos públicos; faltan espacios de formación institucionalizados en estas perspectivas teórico-técnicas, lo que supone también un esfuerzo en autoformación. A todo esto, hay que sumar el avance de los procesos neoliberales de legitimación de la explotación, la destrucción y el despojo, así como la persistente renovación de las lógicas e instituciones humanitarias y multiculturales, que hacen parecer como si bastara abordar estos complejos problemas con la cantinela de más interculturalidad, más determinantes sociales en salud y más derechos humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.
- Liberona Concha, N., Salinas, S. G., Veloso, K., & Romero, M. (2021). Tipología de cuerpos traficados desde América del Sur y el Caribe hacia Chile. *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, 44, 167-193.
- Liberona, N., & Riquelme, D. (2020). Una propuesta metodológica corporal para el estudio de la migración clandestina desde la antropología. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5, 103-116. <https://doi.org/10.46652/rgn.v5i24.655>
- Marcus, G. E. (2001). Etnografía en/del sistema mundo: El surgimiento de la etnografía multi-local. *Alteridades*, 22, 111-127.
- Paris Pombo, M. (2012). De la observación participativa a la investigación militante en las ciencias sociales: El estudio de las comunidades indígenas migrantes. En M. Ariza & L. Velasco (Coords.), *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: Por los caminos de la investigación sobre migración internacional*, 241-274. El Colegio de la Frontera Norte.
- Piñones Rivera, C., Mansilla Agüero, M. Á., & Arancibia Campos, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: La política de salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 751-763.
- Piñones Rivera, C., Liberona, N., Henríquez, W. M., & Holmes, S. M. (2022). Ideological assumptions of Chile's international migrant healthcare policy: A critical discourse analysis. *Global Public Health*, 17(12), 3353-3367.

- Rivera Cusicanqui, S. (2004). II. Reclaiming the nation. *NACLA Report on the Americas*, 38(3), 19-23. <https://doi.org/10.1080/10714839.2004.11724503>
- Stephen, L. (2012). Investigación en colaboración y su aplicación a la investigación de género en organizaciones transfronterizas. En M. Ariza & L. Velasco (Coords.), *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: Por los caminos de la investigación sobre migración internacional*, 187-239). El Colegio de la Frontera Norte.



Nanette Liberona Concha es Licenciada en Etnología por la Universidad París 8 y Doctora en Antropología y Sociología por la Universidad París 7. Es académica del Departamento de Antropología de la Universidad de Tarapacá (Chile), profesora del Postgrado de Antropología y Claustro del Doctorado en Ciencias Sociales de la misma casa de estudios. Ha sido investigadora responsable y co-investigadora de diversos proyectos de investigación y ha publicado numerosas publicaciones científicas en revistas indexadas. Es autora de tres libros, el último en co-autoría con Carlos Piñones Rivera titulado *Violencia en la toma*, publicado por RIL editores. Sus líneas de investigación son migración, fronteras, racismo, corporalidad, salud migrante y metodologías participativas y colaborativas.

Carlos Piñones Rivera es Doctor en Antropología Médica por la Universitat Rovira i Virgili (Catalunya). Ha sido *visiting scholar* en el *Berkeley Center for Social Medicine*. Actualmente es académico del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de Tarapacá (Chile), y miembro de los claustros de los Doctorados de Psicología y Ciencias Sociales de la misma universidad. Es investigador responsable del proyecto FONDECYT Iniciación N° 11230358, "SARNAQAÑA. Movilidad, economía y ritualidad del saber médico andino en el extremo norte de Chile". Ha sido editor invitado de importantes revistas internacionales como *Health and Human Rights Journal* y *Global Public Health*. Sus líneas de investigación son: salud de los pueblos originarios, salud intercultural, salud migrante y movilidad por salud.

Gran Chaco

ontologías, poder, afectividad
FLORENCIA TOLA, CELESTE MEDRANO Y LORENA CARDIN
ISBN 978-987-27338-6-5

Arte verbal qom

consejos, rogativas, relatos
CRISTINA MESSINEO
TEXTOS Y COMENTARIOS DE MAURICIO MAIDANA
ISBN 978-987-27338-8-9

El teatro chaqueño de las crueldades

memorias qom de la violencia y el poder
FLORENCIA TOLA Y VALENTÍN SUAREZ
ISBN 978-987-46070-1-0

La vaquerita y su canto

una antropología de las emociones
JUAN JAVIER RIVERA ANDÍA
ISBN 978-987-46070-4-1

Los evangelios chaqueños

misiones y estrategias indígenas en el Siglo XX
CÉSAR CERIANI CERNADAS
ISBN 978-987-46070-9-6

Cañaris

etnografías y documentos de la sierra norte del Perú
JUAN JAVIER RIVERA ANDÍA
ISBN 978-987-4474-14-8

Cañaris II

arquitectura, organología y tradición oral en Incahuasi
y regiones circunvecinas
JUAN JAVIER RIVERA ANDÍA
ISBN 978-987-4474-58-2

Gente de Isla
una etnografía de Apiao, Chiloé, Chile
GIOVANNA BACCHIDDU
ISBN 978-987-4474-36-0

¿Qué es un animal?
CELESTE MEDRANO Y FELIPE VANDER VELDEN
ISBN 978-987-4474-19-3

El Impenetrable chaqueño como construcción etn-cartográfica
MARIANA GIORDANO, MARÍA BELÉN CARPIO, CECILIA QUEVEDO (COMP.)
ISBN 978-987-4474-57-5

www.rumbosur.org/ethnographica/

PALABRA REVERSA
E T H N O G R A P H I C A

Una antropología alterada por la alteridad
Entrevistas a Philippe Descola
FLORENCIA TOLA
ISBN 978-987-4474-15-5

Conversar Mundos
Naturalezas, Culturas y Ontologías
en la Antropología Contemporánea
Conversaciones con Denise Arnold, Bruno Latour, Marcio Goldman, Pedro
Pitarch, Eduardo Viveiros de Castro
EDITADAS POR FRANCISCO PAZZARELLI
ISBN 978-987-4474-22-3

Acción e influencia
en las Tierras Bajas Sudamericanas
JOSÉ KELLY
ISBN 978-987-4474-47-6

www.rumbosur.org/palabra-reversa/