

II Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, 1995.

# **La Importancia de la Etnomedicina para la Atención Médica en Arica: Marco Conceptual para una Medicina Intercultural. .**

María Inés Arratia.

Cita:

María Inés Arratia. (1995). *La Importancia de la Etnomedicina para la Atención Médica en Arica: Marco Conceptual para una Medicina Intercultural. II Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ii.congreso.chileno.de.antropologia/49>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7nO/Z4g>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# SIMPOSIO ANTROPOLOGÍA MÉDICA

## LA IMPORTANCIA DE LA ETNOMEDICINA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN ARICA<sup>[205]</sup>. Marco Conceptual para una Medicina Intercultural.

María Inés Arratia, Ph. D.<sup>[206]</sup>

Arica, como ciudad fronteriza y por su propia historia, es una ciudad en la que conviven grupos culturales diversos. Además, las migraciones rural-urbanas a través del tiempo han incrementado la presencia Aymara de manera tal que hoy en día las estadísticas más conservadoras nos arrojan una cifra de 9.215 personas sobre la edad de 14 años que se auto-identifican como Aymara (solamente en Arica)<sup>[207]</sup>. Si partimos de la base que los establecimientos de atención médica existen para proveer servicios a la población, y que en la provisión de dichos servicios es necesario conocer las necesidades de la población objetivo, por lógica, los servicios de atención médica tendrían que conocer las necesidades de la población Aymara. Sin embargo, tal como indica un diagnóstico inicial de la Corporación Norte Grande de Arica (1995), no tenemos mucha información respecto a la dimensión etno-cultural de los servicios médicos de las Provincias de Arica y Parinacota y las cifras que existen al interior del servicio tampoco dan una cuenta confiable de los servicios prestados en la zona rural<sup>[208]</sup> que es mayoritariamente Aymara.

### Censo de 1992

Población Arica Total	169.456
Población Aymara estimada	10.000

En un medio multi o pluricultural como es Arica, coexisten varios sistemas de conocimiento, diversas interpretaciones de lo que son los síntomas de posibles dolencias orgánicas, es decir existe todo un repertorio de distintas visiones de lo que es un "malestar," lo que implica una visión diferente de lo que es "salud" o "bienestar," y de la forma en que se deben utilizar los medios disponibles para la solución de lo que bajo dichas visiones constituyen un problema de salud. No podemos pensar que todos los habitantes de Arica se suscriban completamente al sistema de salud oficial, pero sí podemos proyectar que aquellas personas que tengan acceso a dichos servicios los integrarán en su repertorio de posibles soluciones.

### Salud para todos en el Año 2.000 (OMS)

#### Elementos de un Sistema de Salud

1. Bases Culturales
2. Instituciones
3. Contexto

La Organización Mundial de la Salud en su agenda programática "Salud para Todos en el Año 2000," ha adoptado la definición antropológica de Sistema de Salud que identifica los siguientes elementos de tal sistema:

[205] Esta ponencia se basa en una presentación realizada en Junio de 1994 al personal del Hospital Juan Noé y que fuera publicada posteriormente en la revista *Temas Regionales de la Corporación Norte Grande*. Su fase de elaboración corresponde a documento preliminar.

[206] Centro de Investigaciones para América Latina y El Caribe, CERLAC - Universidad de York, Canadá.

[207] Tenemos objeciones con la forma en que se recopiló la información del Censo, pero en vista de la ausencia de otra fuente fidedigna, hacemos una estimación "conservadora" de 10.000 habitantes, considerando que en el censo no se tomó en cuenta a la gran población Aymara infantil.

[208] En el caso de una comuna, por ejemplo, se anotan 6 nacimientos. Sabemos por contactos en terreno que hubo por lo menos 8 alumbramientos en el período contemplado.

1. Las bases culturales (conocimiento y creencias) que fundamentan lo que es salud y lo que es enfermedad y que determinan las acciones a seguir para mantener la salud y para sanar las enfermedades
2. Las instituciones que se establecen para llevar a cabo esas acciones y
3. El contexto físico, político y socioeconómico de dichos conocimientos e instituciones (IDRC 1994).

Lo que desearía recalcar aquí son los fundamentos de los dos principales modelos médicos que nos preocupan en la construcción de una orientación **intercultural** en salud: por un lado, el modelo biomédico occidental, que estructura al Servicio Nacional de Salud y que forma parte de la cultura dominante, y por otro, el modelo etnomédico, dentro del cual podemos situar a la medicina Aymara, históricamente subordinada desde la penetración hispana.

Pero antes de proseguir, quisiera aclarar una posible confusión en torno a mi terminología. He adoptado la diferenciación entre lo que es un Sistema de Salud y a lo que es un Sistema Médico - a lo que llamo **MODELO MEDICO**. Este último vendría a ser "el conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios específicamente destinados al desarrollo y práctica de una medicina para la atención de la salud individual y colectiva" (Pedersen 1989).

El concepto de **sistema de salud** es más amplio y vendría a incluir opciones como la participación de la familia en el cuidado del enfermo y los elementos relacionados con la mantención de la salud, como ser nutrición, nivel socio-económico, ocupación, condiciones medio-ambientales etc.

Como vemos en la Figura 1, un **sistema de salud** contempla una variedad de elementos que deben analizarse para un cabal entendimiento de la salud de la población. Vemos que hay dos grandes sectores que se preocuparían de estas necesidades: el sector privado y el sector público, al interior de los cuales existen diversos agentes y factores que inciden en el sistema. Al centro tenemos al paciente y su familia y a su alrededor vemos los círculos concéntricos que señalan primero el contexto de la comunidad y más hacia afuera los contextos local-municipal (district), regional, nacional. Cruzan los círculos los factores contextuales de los cuales debería ocuparse el Estado.

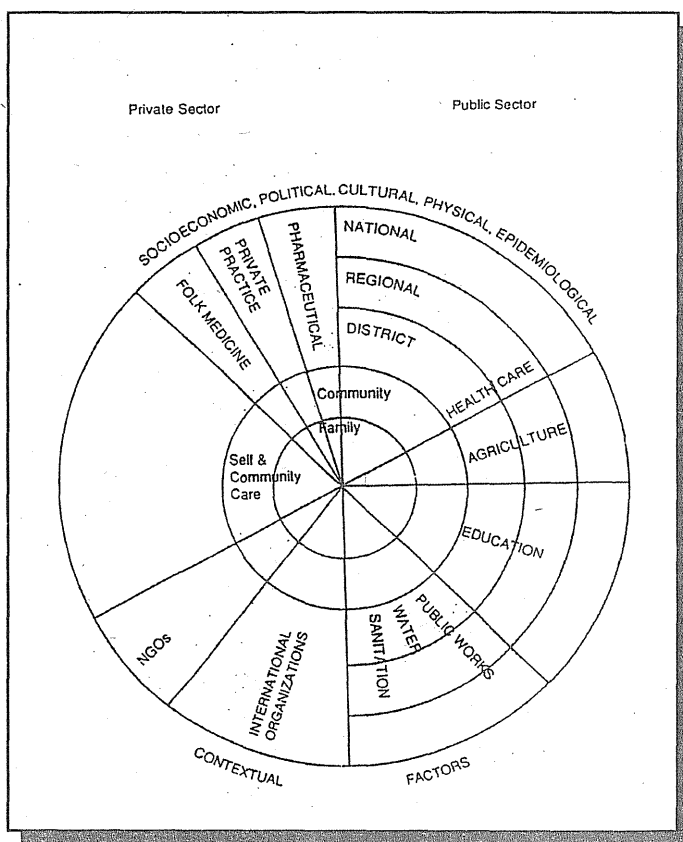


Figura 1. Sistema de Salud

La salud no puede separarse de los niveles de "desarrollo" de la población. Y aunque todos los elementos que aquí vemos también deberían preocuparnos si nos preocupa la salud, en este espacio quisiera enfocarme en la construcción de un puente intercultural, para lo cual necesito entregarles sus fundamentos o pilares: el occidental y el Aymara (del Norte de Chile).

El modelo biomédico vendría a ser una instancia dentro del sistema de salud en Arica, una de las formas institucionales que forman parte del repertorio local de atención. Pero como podemos ver en el cuadro y como es el caso en Temuco (Traffin 1994) y en tantas otras ciudades, existen diversas formas de atender los problemas de la salud. Muchas decisiones que se toman por parte de la población dependerán del tipo de problema que se les presente. El diagnóstico antes citado<sup>[209]</sup> indica que en el único caso en que queda clara la preferencia por el sistema biomédico es en el caso de las emergencias. Pero, como ya hemos visto, las posibilidades son muchas y el proceso de decisión no es simple.

## SISTEMA DE SALUD ARICA

1. *Modelo Biomédico*
2. *Modelo "Popular"*
3. *Alternativas*
4. *Modelo Etnomédico Aymara*
5. *Tratamientos caseros*

- *Diversidad de usos*

Por ejemplo, existe la llamada "medicina popular", cuyos elementos no están muy claros, y existe un sistema etnomédico Aymara que aún opera en algunos ámbitos urbanos, aunque generalmente se piensa que más bien subsiste en la zona rural. Pero todo esto requiere mayor investigación. ¿Cuáles son los sistemas vigentes? ¿Quiénes y a quiénes se atiende en cada cuál? ¿Qué ventajas ofrece un servicio por sobre otro? ¿Existe una variable de género en el uso de diversos servicios? En resumen, ¿cuál es la realidad de la oferta en salud dentro de nuestra ciudad? Necesitamos conocer más claramente la forma en que se institucionalizan **todos** los recursos de salud en el contexto físico, político y socioeconómico local y regional.

Utilizando los mismos elementos que se incluyen en la definición quisiera establecer un paralelo conceptual entre ambos modelos de atención médica. La idea central de este ejercicio es demostrar que si situamos a ambos modelos en términos comparativos como **sistemas** podremos entablar un diálogo que reconozca la pluralidad de recursos que existe en nuestro contexto y que nos permita avanzar hacia la complementación de tecnologías y de prácticas.

[209] A través de una encuesta a 143 familias de migrantes Aymara (residentes en la ciudad de Arica) se obtuvieron los siguientes datos en torno a sus necesidades de salud y a los servicios del Sistema Nacional de Salud.

<i>Primera opción ante enfermedad</i>		
<i>Opción</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>%</i>
<i>Acude Hospital o Consultorio</i>	83	56,8
<i>Acude Médico Particular</i>	8	5,7
<i>Acude Médico Tacna</i>	24	16,4
<i>Utiliza Remedios Caseros</i>	22	15,0
<i>Acude Especialista Tradicional</i>	4	2,7
<i>No se atiende</i>	5	3,4
<i>Total</i>	146	100

<i>Frecuencia de uso Servicios Públicos</i>		
<i>Frecuencia</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>%</i>
<i>No aplica / No responde</i>	3	2,1
<i>Siempre</i>	53	36,6
<i>A veces</i>	71	48,6
<i>Nunca</i>	19	13,0
<i>Total</i>	146	100

<i>Motivo Uso Servicios Públicos</i>		
<i>Motivo</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>%</i>
<i>No aplica / No responde</i>	1	0,8
<i>Tratamiento médico</i>	12	9,7
<i>Control Hijos</i>	21	16,9
<i>Emergencias</i>	54	43,6
<i>Atención Gratuita</i>	36	29,0
<i>Total</i>	124	100

## I. EL SISTEMA OCCIDENTAL

Nos dicen los historiadores, que antes de la institucionalización de la ciencia, el mundo occidental se regía por una lógica dialéctica que no fragmentaba el pensamiento y que no aislaba al ser humano de la naturaleza. Por el contrario, la naturaleza viva tenía su propio ritmo que afectaba también al ser humano y por lo tanto requería contemplación.

Las bases culturales de la medicina occidental o biomedicina, que fundamentan lo que es salud para las Escuelas de Medicina universitaria surgen a partir de los planteamientos científicos del Siglo 17 y se institucionalizan en la Europa del Siglo 18 y 19. Estos se nos imponen a través de los procesos históricos e instituciones de colonización, como ser el sistema occidental de conocimientos organizados bajo las Ciencias Naturales que dividimos en: Biología, Química y Física. En la estructuración de dichos conocimientos, se separó claramente la concepción de lo físico y de lo metafísico; de lo humano y lo divino; de lo religioso (o sagrado) y lo secular (o profano). Pero sabemos que esta separación **analítica** no siempre rige en las **prácticas humanas**. Desafortunadamente, la dualidad dio origen a una dicotomía que ahora atraviesa todas las ciencias occidentales.

Para contextualizar la imposición del modelo tenemos que dar cuenta de lo que ha sido la "epistemología" o estudio del conocimiento, desde el punto de vista occidental. Por ejemplo, la visión de la persona dentro de la medicina occidental responde al método científico empírico propuesto por Francis Bacon, que se enfoca en la necesidad de conocer la naturaleza en todos sus elementos para **controlarla** y utilizarla. Este fundamento metodológico se une a la lógica cartesiana que separa la mente del cuerpo y que exige que para **conocer** (o **saber**) es necesario subdividir a un todo en partes componentes, conocer cada parte y establecer su función. Se impone así una conceptualización mecánica del cuerpo como asimismo del universo.

René Descartes planteó una clara separación entre el ser humano y la naturaleza, por ser solamente el "hombre" que tenía el poder de la razón. El perfeccionamiento de la racionalidad entonces es prioritario al conocimiento de la naturaleza. En ambos casos, empero, rige un criterio matemático para el entendimiento (la lógica del razonamiento). Estos dos filósofos, Bacon y Descartes establecieron los **MÉTODOS** de la ciencia que continúan en vigencia hasta la actualidad (Berman 1987) a pesar de numerosas críticas desde la filosofía del conocimiento (por parte de Popper y Kuhn, por ejemplo).

En cuanto a la institucionalización del sistema biomédico, los estudiosos en la materia han concluido que la medicina occidental constituye una "Cultura" que se expande hacia otros campos, como la ética, lo legal, lo estético (Kleinman 1978, 1980; Lupton 1994). La biomedicina es un sistema simbólico que responde a su propia historia, que tiene su propio lenguaje, su propia organización social interna, sus propios espacios, y que depende cada vez más de la tecnología. Como tal, sus practicantes son mayoritariamente etnocéntricos por lo que suelen excluir la posible legitimidad de sistemas alternativos. Es un sistema que no acepta críticas desde afuera, sino solamente innovaciones por "descubrimientos" científicos. Más aún, la estructuración institucional del sistema en el siglo 18 (en la clínica y el hospital) ha sido vista como una forma más de controlar y "domesticar" al cuerpo bajo la autoridad del Estado (Foucault 1984).

Sin embargo, a lo largo de tres siglos de investigación y trabajo institucionalizado, se han venido produciendo una serie de variables en los enfoques biomédicos principalmente por la problemática que presenta la dicotomía cuerpo/mente. Si bien es cierto nunca se ha llegado a integrar completamente la concepción de la persona como un ente de dimensiones múltiples que se manifiestan en formas diversas en la dinámica constante de la vida, se han realizado ensayos de integración en algunas de las especialidades, reconociéndose, por ejemplo, las enfermedades con causas (o etiología) psicosomáticas y también las alteraciones psicológicas y afectivas que producen algunas enfermedades como la diabetes y los trastornos endocrinos.

Claramente, existe una dinámica compleja entre la mente y el



Figura 2. Visión dualista de la persona

cuerpo que por supuesto no se desconoce, pero que usualmente se considera en última instancia. Pero nos falta aún otra dimensión importante para gran número de pacientes. Me refiero a la dimensión espiritual, que rara vez se incorpora al tratamiento biomédico.

Siguiendo una visión mecanicista del funcionamiento del cuerpo la biomedicina ha organizado especialidades que responden a la fragmentación inicial del cuerpo humano en sistemas. Tenemos así una diversidad de especialistas que se encargan solamente de las partes de nuestra máquina biológica y del buen funcionamiento de nuestros órganos.

Por un lado, esta división nos brinda las ventajas de esclarecer muchas cosas con respecto al cuerpo humano, a su constitución y a sus necesidades. Pero también se han visto graves desventajas en la fragmentación del cuerpo y en la separación de lo biológico y de lo social. De esta preocupación surgió en los años 70 una fuerte crítica al modelo biomédico y comenzaron a surgir posibles cambios de orientación. Una de ellas fue la medicina holística que tuvo gran vigencia en los países desarrollados, pero que tan sólo logró penetrar en el ámbito de la medicina general, donde se comenzó a dar mayor importancia a los aspectos sociales y psicoafectivos en la vida del paciente. En la década de los 80 se originó el paradigma "nuevo" o "alternativo" que aún mantiene vigencia en algunos círculos alternativos y que en parte adoptaron los naturópatas en Norteamérica. Hoy en día se ensayan otras formas de integración de modelos médicos en contextos pluralistas.

<b>DOS PARADIGMAS EN LA SALUD</b>	
<b>Concepción del Antiguo Paradigma de la Medicina</b>	<b>Concepción del Nuevo Paradigma de la Salud</b>
Tratamiento de síntomas	Además de tratar los síntomas, interés por detectar pautas y causas
Cuerpo considerado como una máquina	Cuerpo considerado como un sistema dinámico, como un contexto o como un campo energético
Énfasis sobre la eficacia	Énfasis sobre los valores humanos
Neutralidad emocional del profesional	La actitud del profesional es un factor de curación
Enfermedad e incapacidad vistas como entidades	Enfermedad e incapacidad vistas como procesos
El dolor y la enfermedad son totalmente negativos	El dolor y la enfermedad son fuentes de información sobre el conflicto y la desarmonía subyacentes
El cuerpo y la mente están separados; la enfermedad psicosomática es mental (psiquiátrica)	Continuo cuerpo-mente, la enfermedad psicosomática entra en el cuerpo de todos los profesionales de la salud
Confianza principalmente en la información cuantitativa (diagramas, pruebas, datos)	Confianza primariamente en la información cualitativa, que abarca las informaciones dadas por el paciente y la intuición del profesional; los datos cuantitativos son auxiliares.
Preocupación por eliminar los síntomas, la enfermedad	Preocupación por alcanzar un máximo de bienestar, una "meta-salud"

Además de los aspectos epistemológicos propios, la institucionalización de la medicina occidental tiene fundamentos históricos de índole político y se impone a través de las relaciones de poder a medida que se organizan los estados. En las políticas de todo estado-nación que se considere "moderno" existen políticas de salud del estilo occidental. Pero la OMS ha podido constatar que no siempre son éstos los sistemas más apropiados. A modo de ejemplo, puedo señalar que en algunos países del Sudeste Asiático (India, Bangladesh, Pakistán y Burma) y en la China sí se han integrado elementos etnomédicos al sistema oficial. De ahí la preocupación por la diversidad cultural y nuestra discusión y este evento.

## II. LOS SISTEMAS NO-OCCIDENTALES O ETNOMÉDICOS

Aunque lo que nos preocupa principalmente en Arica es el **sistema médico Aymara**, mi papel es dar cuenta de las diferencias conceptuales entre el modelo etnomédico (no-occidentales) y el modelo biomédico. En este marco el sistema Aymara se inserta dentro del modelo etnomédico, que es materia de estudio de la antropología médica.

Generalmente, los estudios de la antropología médica nos demuestran que los sistemas no-occidentales son producto de una larguísima experiencia humana (por cierto más larga que la biomédica). De partida, la base epistemológica es experiencial y no propiamente "empírica," como lo entiende la ciencia occidental. Los sistemas etnomédicos no consideran tanto al individuo como una entidad aparte de la sociedad, ni tampoco se subscriben a la fragmentación del cuerpo y de la mente. Los sistemas etnomédicos más bien conceptualizan a la persona de manera más integrada. En las etnomedicinas del Oriente, de la India, del África, del Pacífico y de los Pueblos Originarios de las Américas, se considera a la persona como una entidad primordialmente social. Como tal, todo individuo es producto de sus relaciones sociales, está inserto en un contexto sociocultural que lo liga a sus antepasados, a sus congéneres y a fuerzas naturales que guardan relación estrecha con el grupo social. Además, los sistemas etnomédicos integran el concepto de **harmonía** (o equilibrio) al interior del grupo y entre lo social y lo biológico como un requisito para lograr dicha armonía. Es decir en su epistemología no existe una dicotomía entre cultura y naturaleza, ni una visión mecánica del funcionamiento del cuerpo.

Al no hacer la separación dualista, los sistemas etnomédicos tampoco aíslan al ser humano de la naturaleza ni postulan su dominio sobre ésta. Más bien consideran que el ser humano es parte de la naturaleza y tiene una relación interactiva con ella y con las fuerzas naturales. En algunos casos éstas entran a conformar parte del sistema de creencias en espíritus naturales que están en relación constante con el ser humano, de aquí la importancia del rito como parte del tratamiento etnomédico. Es así como se postulan interacciones entre el organismo humano y otros elementos como: el movimiento de los astros; las variaciones climáticas (o ciclos naturales); la falta de armonía interna en la persona y la carencia de armonía social. En primera instancia esto pudiera parecer algo insólito, pero si pensamos los elementos sociales en términos afectivos actuales y los efectos naturales a los procesos de contaminación ambiental, por ejemplo, comenzamos a ver que la relación tiene relevancia. Tal vez no la expresamos en iguales términos y de aquí que no nos entendamos. Ciertamente no incorporamos ésta dimensión de la misma manera dentro de los ordenamientos "científicos" del conocimiento.

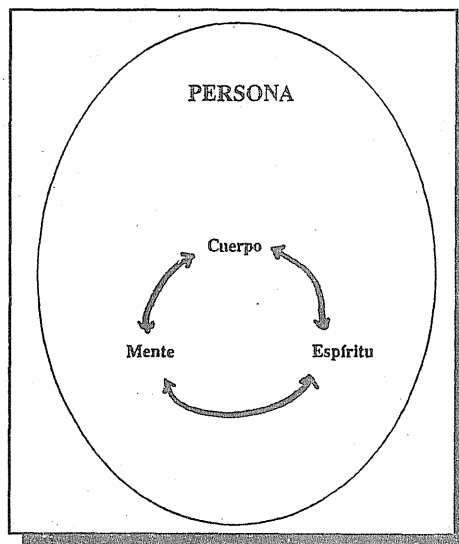


Figura 3. Persona íntegra

La institucionalización de la etnomedicina varía dependiendo del grupo social, de su forma de vida y de su organización social. En algunos grupos, los especialistas médicos tienen atribuciones de tipo religioso (como es, por ejemplo en el sistema Andino). A veces existen especialistas de tipo "chamáni-

co." en el que se percibe al chamán como una persona dotada de poderes especiales por un poder mayor al humano (deidad o espíritu) y que le confiere poderes de sanación (como podría ser vista la Machi Mapuche). Otras veces se separa la especialización ritual del manejo del cuerpo, existiendo cargos diferenciados de "sacerdote" y "médico". También se ha podido observar que en algunos casos las prácticas etnomédicas se organizan de manera jerárquica, marcando la importancia relativa del tratamiento (por ejemplo, curanderos vs. acupunturistas en la medicina china) y muchas veces determinado por las relaciones de género (la existencia de parteras/matronas) y la distribución del conocimiento<sup>[210]</sup>.

Una de las preocupaciones de la OMS y su visión global de los problemas de salud guarda relación con la calidad, el costo y la pertinencia de la asistencia médica a nivel mundial. Por ejemplo, se ha suscitado un problema en los programas de inoculación infantil en culturas que consideran que la enfermedad se produce por la penetración de un agente externo al cuerpo afectado y que por supuesto rechazan que a sus hijos se les inocule precisamente con sustancias desconocidas y "sospechosas." En otros casos, la sola presencia de un agente externo a la comunidad puede llegar a producir desequilibrios peligrosos para la población, lo que ha impedido que agentes de salud occidental puedan llegar a algunos lugares recónditos.

### Lineamientos para una Agenda Investigativa

En resumen Nos preocupa principalmente el choque cultural entre dos sistemas médicos, que he denominado el modelo biomédico occidental y el modelo etnomédico del resto del mundo, cada cuál con su propia fundamentación epistemológica frente a dos grandes tipos de relaciones:

1. La relación del ser humano con su entorno (social y natural)
2. La concepción del cuerpo y de su bienestar-malestar (o dolencia)

Existen algunos indicios en el sistema de salud biomédico de la necesidad de construir un puente entre "cultura" y "naturaleza" como vemos en situaciones ecológicas extremas (el caso de Santiago). Tenemos la necesidad de entender mejor cómo relacionarnos con nuestro medio ambiente, lo que concierne nuestro BIENESTAR tanto para necesidades de SALUD como para necesidades de SUPERVIVENCIA DE NUESTRA ESPECIE.

Para abrirnos a un diálogo verdaderamente intercultural en salud necesitamos

- 1° **reconocer que el modelo biomédico es producto de una cultura específica** y que por lo tanto se basa en un sistema simbólico y valórico particular y que en esto no difiere en absoluto de los sistemas etnomédicos. Es decir, necesitamos reconocer la relatividad del sistema biomédico
- 2° **incorporar la variable sociocultural** en los procesos de atención biomédica primordialmente en la relación paciente-doctor pero además para los efectos de datos estadísticas

Un importante aporte hacia la integración de elementos culturales en la medicina occidental que busca relativizar y promover un mejor entendimiento mutuo, es el concepto de "Modelos Explicativos" (Kleinman 1978, 1980). Este se utiliza en programas que promueve la OMS y es ampliamente reconocido en la Antropología Médica a nivel internacional. Este es un enfoque simbólico, es decir, conceptualmente integrado.

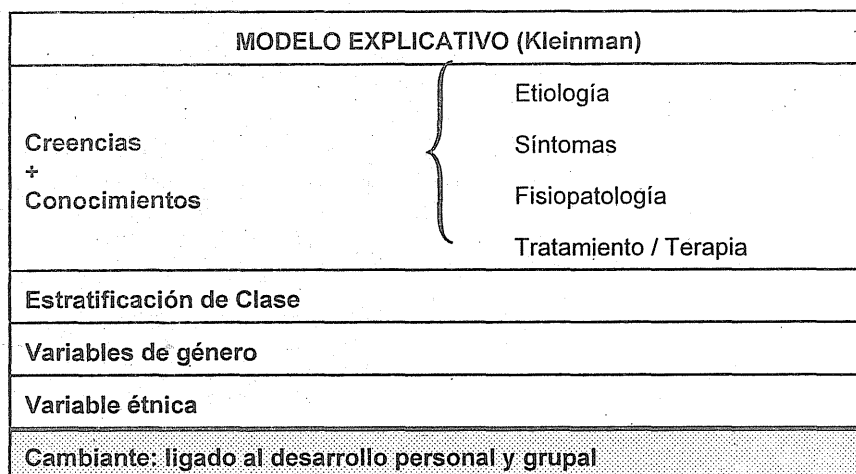
Las creencias y conocimientos se integran en la persona e informan sus percepciones respecto a todos los aspectos relacionados con el cuidado de su cuerpo. Las variables a considerar en el modelo serían

---

[210] *Aquí vale recordar la situación de las mujeres que prestaban servicios de atención a los enfermos en la Europa medieval y que luego fueron perseguidas durante casi dos siglos en lo que se ha llamado la "Caza de Brujas." Algunas estudiosas feministas han llegado a ver ésta acción como un caso de imposición de patrones patriarcales en la institucionalización de la atención médica que privaron a la Mujer de sus poderes adquiridos a través de la experiencia (cf. B. Ehrenreich)*



(principalmente): clase, género, etnicidad o identidad social. Lo interesante del modelo de Kleinman es que no sólo ofrece una manera de integrar los elementos socioculturales que son parte de todo ser humano y que influyen en su toma de decisiones, sino que además Kleinman considera que todo ser humano puede ir variando en sus orientaciones según sea su desarrollo personal y del contexto que lo rodea.



De la misma manera en que he intentado ubicar a los sistemas etnomédicos al mismo nivel conceptual que el sistema biomédico, este modelo incorpora la diversidad de conocimientos que conforman la percepción de lo que es salud y de lo que es enfermedad y que por lo tanto informan las conductas frente a problemas de salud.

Y, siguiendo el pensamiento antropológico de que en la diversidad tenemos más elementos para el futuro de la humanidad, creemos que en vez de descartar lo que no es biomedicina, necesitamos investigar la diversidad, viabilidad y efectividad de los sistemas médicos que existen en nuestra ciudad y en nuestra región. En particular, necesitamos conocer las bases epistemológicas de la etnomedicina Aymara, lo que significa rescatar, analizar y valorizar conocimientos milenarios para buscar formas complementarias de conocimiento (el puente intercultural) a nivel teórico y de su utilización en la práctica, como otro recurso importante dentro de nuestro sistema de salud, particularmente en cuanto a las necesidades de la población de raíces pre-colombinas, cuyos conocimientos ya tan fragmentados tanto por la dominación cultural como por la penetración de la "modernidad" podrían enriquecernos a todos.

*Agradecimientos. Mis investigaciones en terreno están financiadas por el Consejo de Ciencias Sociales y Humanidades de Canadá (SSHRCC). Cuento con el apoyo institucional y logístico del Área Educación Social de la Corporación Norte Grande de Arica. Deseo reconocer este importante apoyo y agradecer a ambas organizaciones.*