



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

### Between markets, healers and remedies. The traditional Andean healthcare network in northern Chile's cross-border area

Carlos Piñones-Rivera<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-4771-3345>

Wilson Muñoz-Henríquez<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-6496-500X>

Alan Rodríguez-Valdivia<sup>3</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-8063-004X>

<sup>1</sup> Universidad de Tarapacá. Escuela de Psicología y Filosofía. Arica, CHILE.  [carlospinonesrivera@gmail.com](mailto:carlospinonesrivera@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidad de Tarapacá. Facultad de Educación y Humanidades. Arica, CHILE.  [wilsonsocio@gmail.com](mailto:wilsonsocio@gmail.com)

<sup>3</sup> Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Departamento de Antropología, Historia y Humanidades. Quito, ECUADOR.  [geoculturaluta@gmail.com](mailto:geoculturaluta@gmail.com)

#### Resumen

En un contexto de creciente neoliberalización económica y precarización del sistema de salud chileno, las poblaciones migrantes del norte de Chile no solo cruzan las fronteras para buscar atención dentro del sistema sanitario formal, sino que también hacen uso de una economía popular transfronteriza, que resulta clave para satisfacer sus necesidades y demandas particulares. A partir de un estudio etnográfico sobre el proceso de movilidad transfronteriza por salud de personas bolivianas y peruanas indígenas (aymaras y quechuas) desde la histórica región de Tarapacá (Chile) hacia las ciudades de Oruro (Bolivia) y Tacna (Perú), mostramos las respuestas socioespaciales específicas que la población andina ha generado al respecto. Observamos que en un escenario donde interactúan dinámicas estatales y populares en el manejo de la espacialidad transfronteriza, emerge una red asistencial popular de salud que evidencia la presencia de un territorio circulatorio. De esta forma, se recrea un histórico saber médico andino en un contexto neoliberal caracterizado por la vulnerabilidad estructural.

**Palabras clave:** migración, movilidad, salud, economía informal.

#### Abstract

Given the growing neo-liberalization and precariousness of the Chilean healthcare system, migrant populations in northern Chile cross borders to seek formal healthcare and make use of a traditional cross-border economy that is key to meeting their needs and demands. Based on an ethnographic study of the cross-border health mobility of indigenous Bolivians and Peruvians (Aymaras and Quechuas) from the historical region of Tarapacá (Chile) to the cities of Oruro (Bolivia) and Tacna (Peru), we show the Andean population's specific socio-spatial responses. A traditional health care network emerges where state and traditional dynamics interact to manage cross-border spatiality. This network serves as evidence of the circulatory nature of the territory and recreates traditional Andean medical knowledge in a neoliberal context characterized by structural vulnerability.

**Keywords:** migration, mobility, health, informal economy.

Recibido: 03 julio 2021 | Aceptado: 12 noviembre 2021

## 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 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 Liberona 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 (Tarrus, 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.

**Tabla 1.** Especialistas andinos

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

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 (pp. 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, *quilliris*, 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)<sup>1</sup>. Aún hasta fines del siglo XX se ha registrado su itinerancia en Bolivia hacia lugares como Oruro, Potosí y Cochabamba, así como también hacia el sur de Perú y norte de Argentina (Ver Tabla 2).

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

Comunidades de origen	Número de <i>Kallawayas</i>	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).

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 mesas<sup>2</sup> (Fernández Juárez, 2002), *sullus*<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Girault comentaba que las salidas de los *Kallawayas 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 *Kallawayas de Chajaya* venían y presentaban sus mejores trajes nuevos traídos de Chile (ponchos, botas, pañuelos)” [traducción de los autores] (Girault, 1984, p. 31)

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> *Sullus* son los fetos de uso ritual. Cfr. Fernández Juárez (1993).

(Fernández Juárez, 1993) y lectores de hoja de coca y cartas (naipe 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 naipe, 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 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). Izquierda: *Sullus* (ay. fetos) de llamo. Derecha: Misterios de las mesas. Fuente: Fotografía de 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'uwa*<sup>4</sup>, de 12 espinas, etc.), *sullus* (de llama, de vicuña, de oveja, de chancho), una infinidad de *misterios*<sup>5</sup> (Fernández Juárez, 2002), sahumerios, 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 sahumerios: “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”.

<sup>4</sup> 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 aimara *q'uwa*, cuyo verbo es *q'uwachaña* (Layme Pairumani, 2004, p. 160).

<sup>5</sup> 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).

## 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 *kallawaya*. Esto último se aprecia 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 chancho), 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 detalles de los diferentes tipos de servicios que ofrece el local Antares en el Mercadillo Bolognesi (Tacna). Fuente: Fotografía de 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, encuentra todo ahí. Y si no encuentra ya directamente de Puno. No, pero aquí hay harto, harto 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 *millu*. 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 crujir: “¿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. katjata*<sup>6</sup>) (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 naipe, 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 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).

---

<sup>6</sup> 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).



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

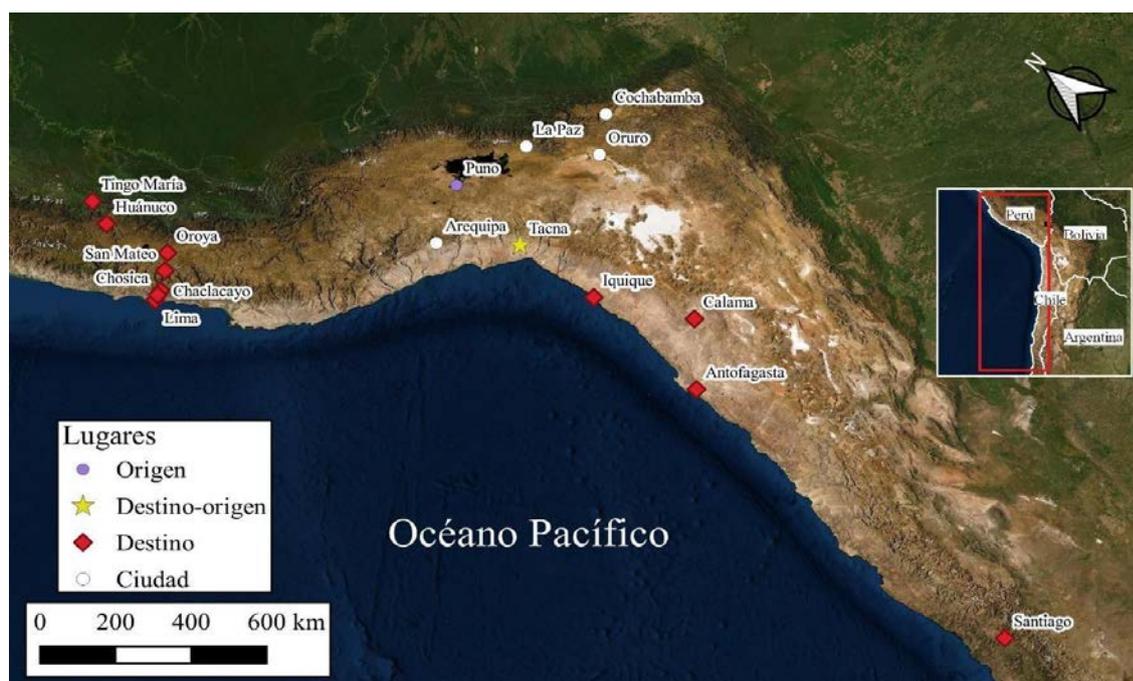
Según el curandero, con aquel trabajo a la tierra Bernardo pagaría el derecho de impuesto a la *Pachamama*, por lo que se le devolvería la posibilidad de triunfar en diferentes ámbitos personales, familiares y de trabajo.

## 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, Chaclacayo, 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 de los autores.

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. Llareta, Chachacoma, Queñoa, Poposa), así como desde Perú (Uña de gato, Hercampuri, Achioté, 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



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

complejas que integran elementos como el millo, copal, incienso, *q'uwa*, unto de llama, *sullus*, hoja de coca, hilo negro, cigarros Inka, etc., muchos de los cuales provienen de Perú o Bolivia.

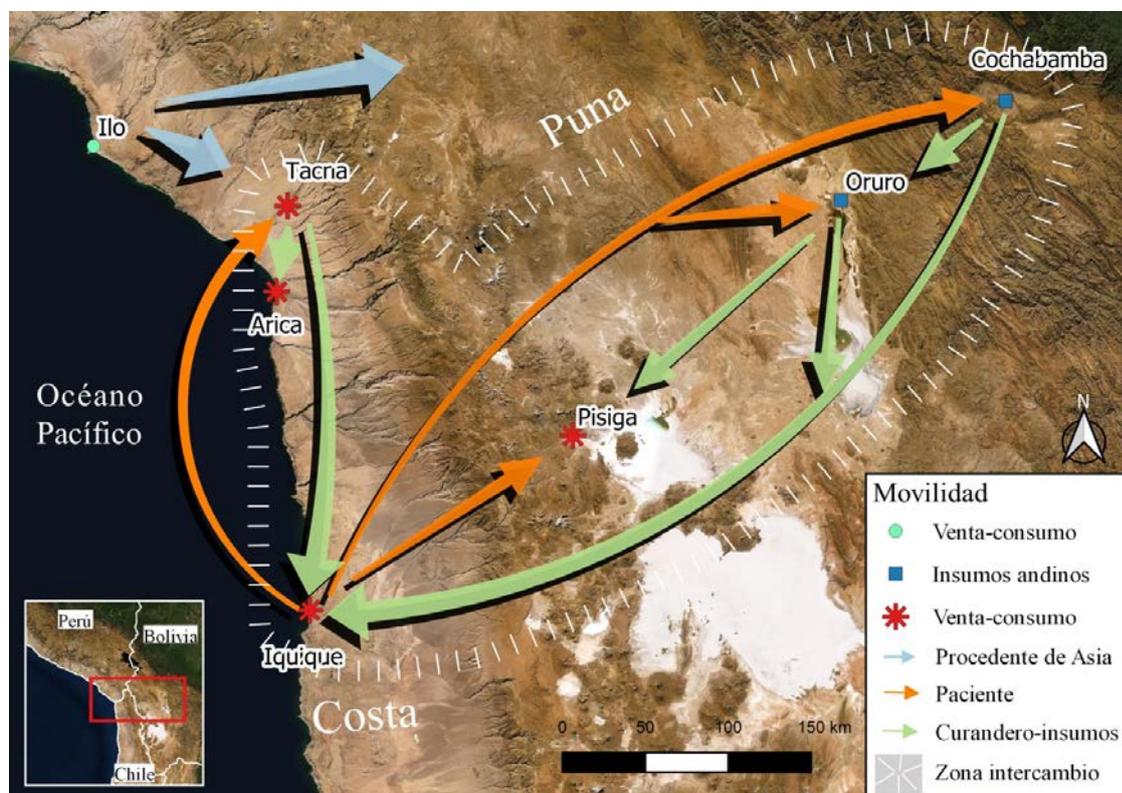


Figura 6. Movilidad de personas y bienes. Fuente: Elaboración de los autores.



Figura 7. Insumos para mesas rituales. Izquierda: Mesa *Q'uwa*. Derecha: Mesa Almas. Ambas provenientes de Cochabamba para venta en el Mercado Central (Iquique). Fuente: Fotografía 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

proviene 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 SAG?

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:

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

---

<sup>7</sup> 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>

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-prevención 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 afincado 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.

## **Agradecimientos**

Este artículo ha sido financiado por la Universidad de Tarapacá a través del proyecto UTA Mayor 3767-21.

## Referencias citadas

- Alba Vega, C., Lins Ribeiro, G. y 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. y Loza, C. (2014). Medicinas tradicionales andinas y su despenalización: entrevista con Walter Álvarez Quispe. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 21(4), 1475-1486. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000400012>
- Álvarez, R. y 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 movilidades comerciales en el sur sudamericano. Una aproximación multiescalar. En E. A. Costa, G. V. L. Costa y M. A. M. Oliveira (Eds.), *Fronteiras em foco* (pp. 33-55). UFMS. <https://bit.ly/3APGcaa>
- Berganza Setién, I. y 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/jbjh>
- Cabieses, B., Bernal, M. y 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. y 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. y Martínez Castillo, D. (2012). Contrabando: importancia en la región trinacional frente a la estructura espacial. *Espacio y Desarrollo*, (24), 75-88. <https://bit.ly/3cRNySv>
- 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. y 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/RPSP.2017.170>

- 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. y Murra, J. (1987). La teoría de la complementariedad vertical ecosimbiótica. HISBOL. <https://bit.ly/3TItFxQ>
- 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. y 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. y Vásquez Rodríguez, M. E. (2007). *Niños y niñas migrantes*. Colectivo Sin Fronteras.
- Dilger, H., Kane, A. y 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/rntp.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 aymarás: mesas y yatiris*. [Tesis de doctor en Antropología] Repositorio Institucional- Universidad Complutense de Madrid. <https://bit.ly/3wWc8U>
- 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* (pp.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. y 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 y E. Cardín (Eds.) *Fronteras y dinámicas transfronterizas en América Latina* (pp. 305-332). Universidad de Quintana Roo. <https://bit.ly/3qgLF1r>

- Garcés, A., Moraga, J. y Maureira, M. (2016). Tres movilidades para una ruta. Espacio, comercio y transnacionalidad boliviana en Tarapacá. *Estudios Atacameños*, (53), 205-220. <https://bit.ly/3T0snBA>
- García, M., Gili, F., Echeverría, J., Belmonte, E., y 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. y 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). Kallawayas: 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. y 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. y 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 Studies in Health and Illness*, 32(5), 417-432. <https://doi.org/gg3q2f>
- Hsieh, H. y 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. y 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. y Piñones-Rivera, C. (2019). *Informe técnico encuesta vida de inmigrantes*. Universidad Arturo Prat.
- Liberona Concha, N., Tapia Ladino, M. y 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. y J. Zalles. (s.f.). *La medicina tradicional boliviana y su cronología*. <https://bit.ly/3cR6KzQ>
- Madaleno, I. M. y 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 de Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo]. Repositorio Institucional- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. <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 colonia: Boticarios, ciencia y sociedad*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Ovando, C. y 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 identitaria en Tacna (1940-2017). La tensión entre "tacneños" y "puneños" por su afirmación cultural en la ciudad* [Tesis de magíster en Estudios Latino-Americanos]. 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 chileno*. [Tesis de Ph.D en Antropología]. Repositorio Institucional- Universitat Rovira i Virgili. <https://bit.ly/3KNzeHg>
- Piñones-Rivera, C. y 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. y 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/jbkn>
- Piñones-Rivera, C., Liberona Concha, N. y 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. y Muñoz Henríquez, W. (2016). "La agarradura me la atiende 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. y 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. y 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. y 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. (2 de septiembre de 2020). *SAG intercepta más de 200 kilos de productos de origen animal y vegetal en Chungará*. <https://bit.ly/3TJEobl>
- Sosa Joaquín, Y. (2017). *Dinámica proyectacional de las migraciones fronterizas y su incidencia en la recaudación del arancel de Zofratacna, periodo 2010-2016* [Tesis de Magister 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. Lumbreras, A. Menéndez-Carrión, G. Ramón, y E. Tandeter (Eds.), *Los Andes. El camino del retorno* (pp. 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”. Los nuevos hábitos de la identidad. *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. y I. Abraham. (2005). *Illicit flows and criminal things*. Indiana University.
- Vialard, L., Squiban, C., Riveau, G., Hermann, E., Diop, D., Fournet, F., Salem, G. y 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>

Para citar este artículo bajo norma APA 7a ed.

Piñones-Rivera, C, Muñoz-Henríquez, W. y Rodríguez-Valdivia, A. (2022). Entre ferias, curanderos y remedios. La red asistencial popular andina en el espacio transfronterizo del norte de Chile. *Estudios Atacameños (En línea)*, 68, e5008. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-1043-2022-0020>

