



Boletín N°2 | Mayo, 2021

Equipo responsable: Francisca de la Maza, Natalia Caniguan, Javiera Chambeaux, Pedro Mege, Luis Campos, Raúl Molina, Claudio Espinoza, Katherine Meneses, Astrid Mandel, Katherine Herмосilla, Francisco Reyes, Tania Robledo, Valentina Pérez, Sofía Roldan, Cristian Beroíza, Cristian Báez, Leyla Noriega, Aranza Fuenzalida, Lafquen Passalacqua, Paloma Gajardo, Emilia Astorga, Juana Cheuquepan y Jessica Pérez.

Índice

1. Resultados emergentes. El efecto del Covid-19 en Pueblos Originarios y Afrodescendiente

2. Nociones y miradas sobre la pandemia y su efecto en Pueblos Originarios y Afrodescendiente.

3. Una mirada internacional. Diagnóstico comparativo continental de la pandemia en el contexto indígena y afrodescendiente.

4. Políticas públicas nacionales. Impactos y alcances de las políticas públicas sobre la pandemia.

5. La prensa en Chile. Dispositivos mediales sobre el Covid-19 en Chile.

6. Relatos de la pandemia. Testimonios sobre la pandemia desde los territorios.

7. Mapas

1. Resultados emergentes. Contar a los Pueblos Indígenas y afrodescendiente: la urgencia y necesidad de las estadísticas

A partir de los avances del estudio, hemos podido constatar la relevancia de conocer las particularidades de las formas en que la pandemia del COVID-19 afecta los territorios indígenas y afrodescendiente. Queremos enfatizar que la pandemia es vivida de forma diferente en cada uno de los territorios, en el cual influyen múltiples condicionantes y factores.

Para graficar esta diversidad de formas, destacamos algunos ejemplos:

- La desigualdad se expresa con mayor fuerza en comunas y familias que de por sí están en condiciones de mayor vulnerabilidad. En lugares de mayor aislamiento o lejanía a

centros poblados o capitales regionales, se percibe un mayor abandono y vulnerabilidad de los efectos locales de la pandemia.

- Se ha profundizado y visibilizado la brecha digital de comunas más aisladas y con menos recursos tanto en el municipio como en las comunidades y familias indígenas.

- Las medidas de cuarentena son definidas de forma centralizada, sin considerar las particularidades territoriales, afectando aspectos esenciales de la vida de las familias como el cese de locomoción colectiva hacia el pueblo o ciudades, imposibilidad de continuar con actividades económicas, dificultad de acceso a servicios básicos y, en especial, de salud.

- Relevancia del autocuidado de las familias y del desarrollo de ceremonias indígenas, especialmente las que se realizan al aire libre.

- Ambivalencia en la aceptación de la vacuna, en algunos territorios se presenta una mayor resistencia y desconfianza mientras en otros son muy bien aceptadas.

- Estrategias locales de funcionarios son claves para generar medidas pertinentes y creativas con los pocos recursos y lineamientos existentes.

- Surgimiento de brotes de contagio en lugares más aislados y que se habían mantenido más protegidos de la pandemia, producto de la circulación de funcionarios y agentes externos a los territorios (tales como de vialidad, salud, minería y salmoneras).

- Procesos de retorno de personas desde grandes ciudades a sus comunidades de

origen por crisis económica y desempleo en urbes.

- Destaca la generación de redes locales comunitarias de apoyo y solidaridad entre familias que permite llevar y contener de mejor forma la pandemia (intercambio, trafkintu, ollas comunes, apoyo psicológico, entre otros).

- Uso de medicina indígena como medidas de prevención y control. Se releva a los agentes de salud indígena como actores claves para la prevención y cuidado asociado a la pandemia, en términos integrales, proactivo y personalizada para las familias y personas indígenas.

2. Nociones y miradas sobre la pandemia y su efecto en Pueblos Indígenas y Afrodescendiente

Las estrategias con las que operan pueblos indígenas y afrodescendientes para significar y afrontar la pandemia de COVID-19 deben ser entendidas en base a su cultura, en tanto incluye valores, símbolos, espiritualidad, filosofía, normas y prácticas. Ella, inserta en una visión de mundo, una explicación sobre cómo el mundo está organizado y significa (Jean Langdon & Braune, 2010). La cultura moldea las concepciones sobre los procesos de salud, enfermedad y atención dotándolos de un paradigma de salud propio que engloban los conocimientos sobre los orígenes, causas y tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en este escenario (...) este sistema es amparado por esquemas de símbolos que se expresan a través de las prácticas, interacciones e instituciones que sirven para definir, clasificar y explicar los fenómenos

percibidos y clasificados como “enfermedad” (Jean Langdon & Braune, 2010, p.182). En este sentido, las clasificaciones de las enfermedades, los especialistas, los diagnósticos y terapias son organizadas según criterios propios de la visión de mundo que, aunque a su vez dialogan y se complementan con concepciones biomédicas, aún se conservan como alternativa que persiste y resiste en los diversos territorios con presencia indígena.

En tanto mantienen sus propios sistemas de salud, los pueblos indígenas realizarán diagnósticos, orígenes y etiologías propias a cada enfermedad. Por ejemplo, para el caso mapuche, se desprende una visión dialéctica del mundo en el que predominan elementos sobrenaturales por sobre los naturales (Grebe 1975, en Flores-Guerrero, 2004). Es este caso, la relación de lo humano con lo divino y lo sobrenatural es estructurado por medio de un vínculo de reciprocidad entre ambas esferas del mundo. Por lo que mantener la reciprocidad o intercambio y devolución de dones hacia las divinidades posibilita reestablecer los equilibrios entre órdenes divinos y humanos, mientras que al transgredir esta reciprocidad conlleva como consecuencia calamidades, catástrofes y enfermedades (Citarella, 2018), el desatender a la reciprocidad supone desequilibrios del entorno, de la organización social y particularmente en la salud de las personas.

De igual manera para el mundo aymara, la enfermedad se presenta como un desequilibrio fisiológico y social que puede ser originado por un cuerpo extraño o por la

voluntad divina, a consecuencia de las faltas o transgresiones cometidas o por acciones de las personas o por el influjo de hechiceros. En el mantenimiento del Suma Qamaña o forma de vida en armonía integral, supone un vivir y convivir con el mundo de las deidades, animal, vegetal y mineral, el que también se sostiene en las relaciones de correspondencia recíproca o ayni de cuidado mutuo, en una cosmo-convivencia que articula la energía de los diversos mundos sagrados y profanos (Yampara, 2011). El suma Qamaña, no solo refiere a vivir, sino también a vivir y convivir con la muerte, ya que entre la muerte y la vida está Suma Qamaña como acción intermedia (Yampara, 2011), se ahí la importancia de la celebración de los ritos funerarios de pasaje colectivos, que permiten el tránsito de las almas de los difuntos al mundo de los muertos indispensable para su descanso, hoy vedados por las restricciones de la pandemia.

En Rapa Nui, a su vez, persiste una vinculación persona-comunidad con el mundo sobrenatural y ecológico. En él, el mana, poderosa fuerza antigua se encuentra presente en ciertos lugares, objetos y personas que los convierte en sagrados, por lo que están bajo las restricciones y prohibiciones del tapu, y no deben ser sometidos a transgresiones ya que a ellos se asocian normas de comportamiento en las que su no cumplimiento lleva a un desequilibrio en la salud, medio social o natural (Weisner & Fajreldin, 2001). Los espíritus tutelares de los antepasados “varúa” presentes en todo el territorio, castigan a los transgresores de las normas del tapu enviándoles dolencias y enfermedades de

origen sobrenatural (Weisner & Fajreldin, 2001, p.123).

Para estos desequilibrios de las energías del universo, los pueblos tienen sus propios especialistas y autoridades médicas que desempeñan un rol clave frente al tratamiento de determinada enfermedad, tales como machi y lawentuchefe en el caso mapuche, yatiri en el aymara o taote en Rapa Nui.

En base al propio sistema de creencias y de salud, las comunidades han podido sortear de maneras diversas el COVID-19, donde confluyen el acatamiento a normas sanitarias acordes a lo propuesto por el modelo médico alópata (occidental o biomédico), pero también con sus propios modelos médicos ancestrales. En ocasiones éstas acciones y prácticas entran en pugna, por ejemplo, la celebración de rogativas y ceremonias tradicionales como una forma de reactualización de la relación recíproca con los ancestros, las divinidades y el medio ecológico, se presenta como una necesidad en disputa con las medidas de distanciamiento social y cuarentenas. Así mismo, la conversación, la palabra necesaria para la mantención de las relaciones indígenas, expresadas, por ejemplo, en el nüttram, conversación-diálogo, mapuche, el visitarse y el juntarse, que conserva y renueva las relaciones de reciprocidad entre los vivos y la divinidad, se ve impedido con las medidas de distanciamiento social y cuarentenas. La búsqueda de alimentos, mantención de huertas y recolección de hierbas medicinales necesarias para el mantenimiento de la salud también se ven afectadas.

Pese a los diversos impedimentos frente al choque de culturas y modelos de salud, las prácticas ancestrales perseveran y se traducen en, por ejemplo, la solidaridad comunitaria manifestadas en el keyuwun mapuche y el ayni aymara, en el liderazgo y respeto por las autoridades tradicionales y en el cuidado a los mayores como fuente de conocimiento que es traspasado a las nuevas generaciones, como acción necesaria para la reproducción y mantención de su visión de mundo.

Bibliografía:

Citarella, L. (2018) *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Pehuén.

Flores-Guerrero, R. (2004) *Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural*. Revista Mad (10).

Langdon, E.J. & Wiik, F.B. (2010) *Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud*. Rev. Latino-Am Enfermagem, 18(3)178-185.

Weisner, M. & Fajreldin, V. (2001) "Mi Remedio Pascuense": *Cultura Médico-Política en Rapanui*. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.

Yampara, S.Y. (2011) *Cosmovivencia Andina. Vivir y convivir en armonía integral*—Suma

Qamaña. Bolivian Studies Journal/Revista de Estudios Bolivianos, 18:1-22.

3. Una mirada internacional. Variable indígena en estadísticas Covid-19. Entre la invisibilización y la subrepresentación de indígenas y afrodescendientes

El llamado a informar de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-ACNUDH respecto de la situación de los pueblos indígenas y afrodescendientes fue acogido por 18 países en las Américas, 16 de estos latinoamericanos¹. En este conglomerado, se constató que sólo 7 de los 16 informantes latinoamericanos incorporan la variable étnica en las fichas destinadas a la vigilancia epidemiológica del COVID 19.

La pregunta por la pertenencia étnica se realiza cuando el usuario accede a los servicios de atención primaria o es derivado por juntas de vigilancia locales a algún centro hospitalario. Tanto en Panamá como en Argentina cuentan con agentes sanitarios que acuden a los territorios indígenas para la pesquisa activa de casos, mientras que en Colombia y Costa Rica ha sido fundamental el rol de las organizaciones comunitarias (ONIC, PCN y ADIS² para la detección de casos y una adecuada vigilancia epidemiológica.

Los criterios de identificación (fig.1) operativos en los países que incluyen la variable en los registros de salud son los siguientes:

¹ Antecedentes recopilados en el documento Contribución Continental al Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas sobre el Impacto de COVID-19 en los pueblos indígenas

presentado por la RISIU (Red de Investigaciones sobre Indígenas Urbanos) en junio del 2020

² Siglas para Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), Proceso de las Comunidades Negras (PCN) y Asociaciones de Desarrollo Integral Indígena (ADIS), Costa Rica

- Autorreconocimiento: Argentina, Chile, Colombia; Guatemala y Costa Rica
- Lengua: México
- Territorialidad: México, Panamá. Brasil
- Rasgos físicos (color de piel): Brasil

La consideración del color de piel, la lengua y la territorialidad son ADSCRIPCIONES, en tanto quien atribuye la identidad es un externo al pueblo indígena (en este caso, un funcionario de la salud o equivalente).

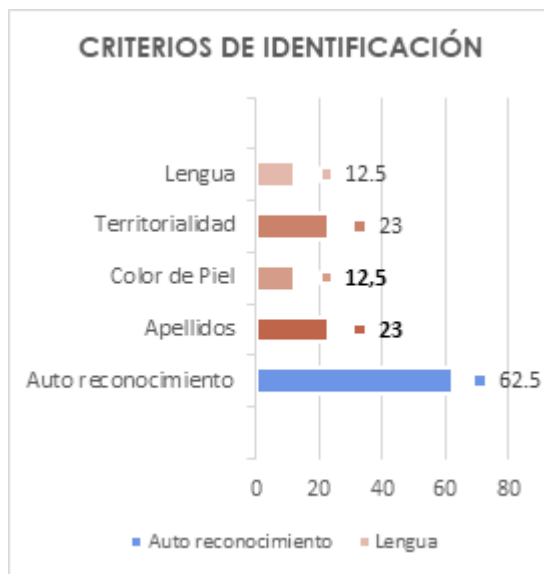


Fig 1. Pertenencia étnica en países consultantes (Fuente: elaboración propia)

La **modalidad adscriptiva** resulta ser la más problemática a nivel estadístico, pues se asocia a la **subrepresentación estadística** de estos grupos, pues el funcionario puede ceñirse a un rasgo muy acotado para definir la pertenencia indígena (tal es el caso de México, con 27,5 millones de personas que se autoidentifican como indígenas y sólo 7,4 millones de hablantes de lenguas originarias) o porque el gobierno de turno necesita subrepresentar estadísticamente a los grupos afectados para no dar cumplimiento a partidas

de financiamiento, tal como sucede en Brasil, donde los indígenas que han migrado a las ciudades son desconocidos al momento de acceder a la atención de salud, aun cuando presenten sus credenciales

En cuanto a la **autoidentificación**, la posibilidad de subrepresentación es particularmente importante en grupos afrodescendientes, y no es casualidad que sólo Colombia y Brasil consideren el registro de personas afrodescendientes en sus fichas epidemiológicas.

Por otra parte, si bien gran parte de los países que incorporan la variable de pertenencia indígena cuentan además con sistemas de monitoreo de datos, la **digitalización** de éstos no se da de manera inmediata, en particular en los territorios más agrestes, como la selva, por lo que la actualización estadística va retrasada varias semanas.

En conclusión, los Estados requieren contar con información estadística de calidad sobre los grupos que presentan mayores vulnerabilidades, entre ellos pueblos indígenas y afrodescendientes, por lo que se necesita con urgencia la actualización de la ficha de vigilancia epidemiológica en los países latinoamericanos que aún no incorporan esta variable, así como una sensibilización tanto del personal de salud como de los usuarios respecto de la necesidad de contar con esta información para la focalización y mejoramiento de los canales de ayuda estatal. Esa brecha ha sido cubierta parcialmente por las acciones jurídicas e informativas de agrupaciones indígenas y afrodescendientes a lo largo y ancho del continente, pero esta autogestión no supe las obligaciones suscritas por los Estados latinoamericanos en materias de DDHH y

pueblos indígenas y que los Gobiernos de turno han implementado escasamente.

4. Políticas públicas nacionales

Medidas para enfrentar el COVID desde PESPI

En el marco del Ministerio de Salud existe el Programa especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), cuyo objetivo es buscar resolver las inequidades en salud para personas pertenecientes a pueblos indígenas provocadas por barreras culturales.

A partir de la llegada del COVID-19 a los distintos territorios y debido a que los lineamientos en salud son universales bajo el principio de no discriminación, se genera una ausencia respecto del cómo atender esta pandemia en los pueblos indígenas, por lo cual los funcionarios de este programa ejecutan acciones de prevención y acción sanitaria conforme a mandato ministerial y es a través de este Programa que se aborda la pertinencia cultural para enfrentar la pandemia.

Junto con la adaptación, también hay un margen de creación y/o propuesta de medidas vinculadas a los territorios y a sus habitantes de pueblos indígenas, basadas en documento de Recomendaciones y Orientaciones Técnicas específicas para Pueblos Indígenas, emanadas desde la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción del Minsal.

Esto ha llevado que en este tiempo se diseñen e implementen algunas de gran relevancia para la prevención, control y cuidado durante la pandemia, como las siguientes:

- Traducción a lenguas indígenas del material informativo con medidas de prevención del COVID-19, lo que además va

acompañado del diseño de cuñas radiales u otros mensajes posibles de difundir en radios comunitarias, redes sociales y formas de comunicación que se poseen con dirigentes y miembros de los pueblos indígenas.

- Generación de permisos para atención de personas de pueblos indígenas con sus agentes de salud tradicional, posibilitándoles el traslado entre comunas o regiones que pudiesen estar en fases de cuarentena o con cordones sanitarios. Este permiso se suele acompañar al salvoconducto de atención médica, validándose la atención con agentes de salud, que además en algunos territorios se ha visto incrementada como factor protector y prevención ante el COVID.

- Creación de Protocolos para ceremonias de los pueblos indígenas (ejemplo: eluwun, nguillatun) y planes de contingencia ante actividades masivas en las que participan personas de pueblos indígenas (fiestas patronales en el norte del país), de manera de posibilitar la realización de actividades con resguardos sanitarios y evitar así los contagios entre los participantes.

- Generación de recomendaciones para alimentación pertinente según dieta de pueblos indígenas en residencias sanitarias, para así promover la valoración y uso de estos espacios por parte de personas de pueblos indígenas.

- Visitas domiciliarias en la cual los facilitadores interculturales promueven la entrega de información sobre prevención del COVID-19 junto a la entrega de elementos de protección personal. Por medio de las visitas, conversaciones y confianzas establecidas, se vuelven un agente válido y de confianza para transmitir el mensaje preventivo ante esta enfermedad. Situación similar ocurre con el

proceso de vacunación, siendo los facilitadores interculturales agentes de promoción de éste.

- Junto con la entrega de información, el conocimiento de las condiciones de vida de los territorios en que opera este programa, ha permitido que en la medida que poseen recursos puedan dar apoyos sociales (cajas de mercadería o similares) a familias en las que se adquiere el contagio, generándoles una ayuda en momentos de cuarentena y que por tanto no pueden conseguir recursos con sus actividades económicas que desarrollan cotidianamente

- Hay casos puntuales, en que los equipos PESPI, han podido generar mediación entre servicios hospitalarios y necesidades de personas de pueblos indígenas sobre atención de agentes de salud, permitiéndose la visita a enfermos por parte de estos agentes de salud, todo bajo protocolos sanitarios de los centros de salud en los que se realiza y en atención a las restricciones que requiere la pandemia.

El Programa Especial de Salud para Pueblos Indígenas, ha permitido un acercamiento de la política pública hacia los pueblos indígenas, aún con brechas y supeditado a voluntades y el hacer sobre la marcha, toda vez que los lineamientos generales de las medidas orientadas a la pandemia poseen un enfoque altamente centralista y urbanizado, desconociendo o invisibilizando realidades locales de ruralidad, aislamiento y de otras concepciones para entender contextos de salud y enfermedad.

5. Covid-19 y Pueblos Indígenas y Afrodescendiente en prensa

Uno de los medios para conocer las medidas y la incidencia asociadas a la llegada del Covid-

19 a los territorios afrodescendientes es la prensa regional y local, que permiten acercarnos y a visibilizar estas formas propias que en muchos casos no han sido tomadas en cuenta. A esto también se suma, la realización online de seminarios y conversatorios.

A continuación, daremos cuenta de algunos

ejemplos de situaciones que se presentaron en la prensa desde el inicio de la llegada del COVID 19 a Chile en los territorios indígenas y afrodescendientes.

- En el caso de la comunidad Mapuche se presentan casos de llamados a hacer rogativas por los contagiados de Coronavirus y por la pandemia.

- Se puede apreciar una falta de protocolos y de seguimiento real de los casos de Covid-19 en las distintas localidades indígenas y afrodescendientes.

- Al inicio de la pandemia, a lo largo del país, diversas comunidades indígenas se vieron afectadas por la llegada de turistas a sus territorios, como, por ejemplo, San Pedro de Atacama. Esta situación los llevó a tomar diversas medidas para protegerse de los contagios y de una posible propagación del virus.

- En diversos lugares del país, comunidades y localidades se han organizado para donar alimentos y bienes de primera necesidad ante la escasez y el desempleo.

Algunas de estas son: La mesa Covid-19 de Ancud, Agricultores de la Cooperativa Mapuche "Gente de Tierra" de Tirúa, la Unión comunal de Juntas de Vecinos de Visviri (Aymara) y las comunidades mapuche de Temuco.

- Cierre de zonas y cuarentenas voluntarias en el territorio mapuche ante el aumento de los contagios por coronavirus. Un ejemplo, es la Comunidad Mapuche Lof Pílinhue-Hueninca, (Coñaripe y alrededores, Lago Calafquén), donde se instaló una barrera o cordón sanitario por 60 días para evitar que turistas y personas con segundas viviendas ingresaran al sector.

Los puntos más relevantes a apreciar y que se presentan mayoritariamente en la prensa son tres. El primero, tiene que ver con los escasos protocolos y seguimientos de parte de las autoridades sanitarias a los casos de Covid-19 que se presentan en las localidades indígenas y afrodescendientes. En el segundo, se destaca la ayuda comunitaria de donación de alimentos y bienes de primera necesidad hacia los pobladores indígenas que más lo necesitan. Por último, las barreras protectoras y las cuarentenas voluntarias se han desarrollado en diversos territorios indígenas del país.

6. Relatos de la pandemia

"Cuando comenzó la pandemia la única que se acercó fue la alcaldesa y funcionarios de la atención primaria de salud a hacer una charla sobre los cuidados que debíamos tener por el COVID, pero no nos entregaron nada. Solo a unos dirigentes les dieron mascarillas y alcohol gel y luego repartieron 100 mililitros a cada

familia, una burla. Una empresa nos entregó 10 mascarillas para toda la población. Así que entre nosotros no más conseguimos jabón y comida, entre familiares y amigos. Nunca hemos sido contactados, no somos apoyados por la oficina de pueblos originarios por ser changos, menos desde CONADI, para ellos no existimos. No hemos recibido ninguna ayuda, nada. Ahora hay un brote en Barranquilla, pero no ha ido nadie de salud para trabajar con la comunidad, para cuidarnos. Tenemos contaminada la caleta, lo único que hacen es que el municipio da una bolsita con comida y desde salud los van a controlar, les toman la temperatura, les dejan mascarillas y alcohol gel; y si hay alguien muy complicado se lo llevan a una residencia sanitaria en Caldera.

Nosotros teníamos barreras el año pasado, era nuestra forma de protegernos, pero nos obligaron a bajarlas, no nos preguntaron si queríamos levantar las barreras, a nosotros se nos sometió a contaminarnos. Nosotros habríamos permanecido con la caleta cerrada, pero el Estado no hizo nada con el tema de la segunda vivienda. A ellos les permitieron venir y así quedamos expuestos a contaminarnos.

Estamos reconocidos ante la ley como etnia, pero no desde las entidades del Estado. Nosotros hablamos de que somos originarios. Hablamos con la CONADI, nos meten a todos en el mismo saco, pero además al pueblo chango no lo consideran en ninguna cosa".

Luis Castro Álvarez, Chango de Barranquilla.

7. Mapas. Mirando la pandemia en territorios con alta población indígena y afrodescendiente

Los gráficos que a continuación se presentan, se basan en el número de casos confirmados

de Covid-19 por comunas, publicados por el Ministerio de Salud entre los meses de marzo de 2020 y febrero de 2021 (siempre se tomó como referencia el informe más cercano al 15 de cada mes).

es necesario tener a la vista distintos factores tales como: cantidad de población total, porcentaje de población indígena, ubicación, aislamiento, ruralidad, entre otros. De manera de entender los datos en contexto.

En este caso, representamos la incidencia del COVID 19 en tres comunas de las Región de Arica y Parinacota, como una forma de representar las formas diversas de comportamiento e incidencia de la pandemia en los territorios indígenas. Al mirar los datos,

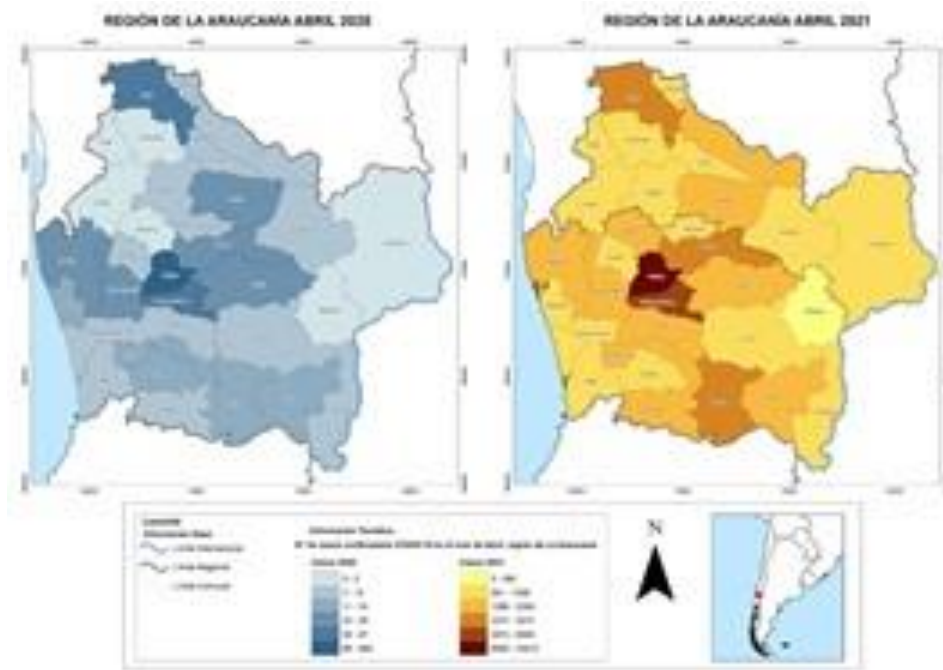


Figura 2: Comparación casos activos abril 2020 y abril 2021 Región De La Araucanía.

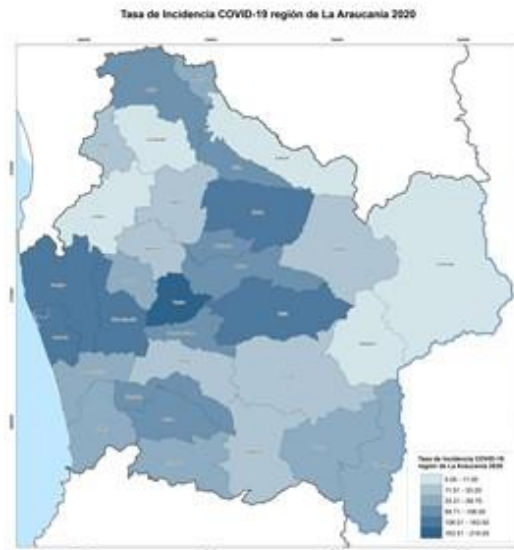


Figura 3: Tasa de Incidencia abril 2020 Región de La Araucanía.

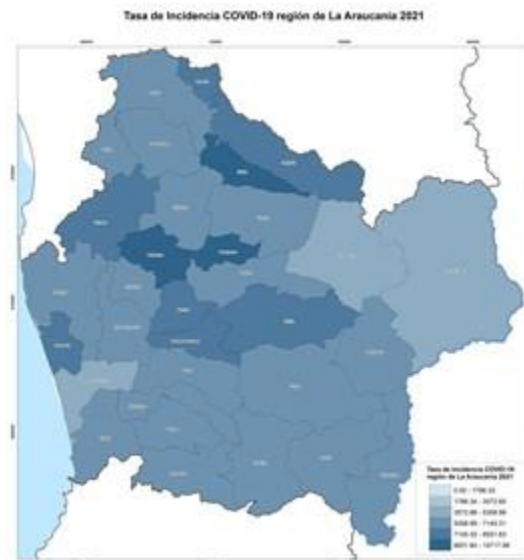


Figura 4: Tasa de incidencia abril 2021, Región de la Araucanía

Para visualizar la pandemia a partir de mapas, presentamos a modo de ejemplo una comparación de casos activos y de incidencia del COVID-19 en la Región de La Araucanía del período abril 2020 y 2021. Diversos factores pueden explicar la persistencia de casos en

algunos territorios como son los centros urbanos y comunas cercanas a ellos, notándose una mayor concentración e incidencia de casos en el centro de la región, y también hacia la costa. También es relevante constatar que los centros urbanos,

en este caso, la capital regional presenta una gran cantidad de casos, pero que, en comunas de menor población, el número de casos puede ser menor pero su tasa de incidencia puede ser muy alta debido a la menor cantidad de habitantes. Por lo cual, es necesario analizar la evolución de la

pandemia según las características de cada comuna y territorio, considerando las condiciones históricas y las determinantes sociales que afectan a la población.

Acerca del CIIR

El **Centro de Estudios Interculturales e Indígenas** es un centro de investigación que busca aportar al país con estudios de alto nivel a la problemática de las relaciones interculturales, con una perspectiva interdisciplinaria, integral y orientada al diálogo y el respeto por la diversidad cultural.

CIIR

Av. Vicuña Mackenna 4860, Campus San Joaquín,
Antropología UC, 2do piso
Macul, Santiago 7820436

[+562 2354 7200](tel:+56223547200)

ciir@uc.cl

@CentroCIIR