

NOTAS HISTÓRICAS Y GEOGRÁFICAS

Artículos

**POLÍTICA PÚBLICA INTERCULTURAL DE SALUD EN CHILE. EQUIDAD DESDE
LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA**

WELL-BEING AS INTERCULTURAL PUBLIC HEALTH POLICY IN CHILE.
RESIGNIFYING EQUITY FROM CRITICAL EPIDEMIOLOGY

Pedro Enrique Villasana López
Universidad de Los Lagos, Chile
pedro.villasana@ulagos.cl

Germán M. Moreno Leiva
Universidad de Las Américas, Chile
kinegerman@gmail.com

Rosalba Mancinas-Chávez
Universidad de Sevilla, España.
rmancinas@us.es

Recibido el 18 de noviembre de 2019

Aceptado el 02 de junio de 2020

Resumen

Se intenta re-significar Equidad, problematizando prácticas interculturales en salud en Chile derivadas de dicha noción; visibilizando condiciones para Políticas Públicas fundamentadas en comprensión colectiva de la determinación social de salud, desde la Epidemiología Crítica; versus la visión de determinantes sociales como riesgo, de la Epidemiología Hegemónica. Analizar Políticas Interculturales en salud, Convenios, Leyes y realidad empírica en Chile y el Wallmapu, revela al discurso oficial de equidad como retórica de contención-legitimación de desigualdad y colonialismo; mostrando cómo podría fundarse en dialogo de saberes, no fundamentalismos y pugna por poder; comprender salud como fenómeno cultural, biológico y espiritual; con políticas vigilantes y reactivas ante la enfermedad y, propositivas en construcción soberana de salud y vida.

Palabras clave: Bienestar, Epidemiología Crítica, Equidad, Política Pública Intercultural, Soberanía.

Abstract

An attempt is made to re-signify Equity, problematizing intercultural health practices in Chile derived from this notion; making visible conditions for Public Policies based on collective understanding of social health determination, from Critical Epidemiology; versus the vision of social determinants as risk, from Hegemonic Epidemiology. Analyze Intercultural Health Policies, Agreements, Laws and empirical reality in Chile and the Wallmapu, reveals the official equity discourse as rhetoric of containment-legitimization of inequality and colonialism; showing how it could be based on a dialogue of knowledge, not fundamentalism and a struggle for power; understand health as a cultural, biological and spiritual phenomenon; with vigilant and reactive policies against the disease and, proposals in sovereign construction of health and life.

Key words: Well-being, Critical Epidemiology, Equity, Intercultural Public Policy, Sovereignty.

Para citar este artículo:

Villasana López, Pedro Enrique; Moreno Leiva, Germán M. y Mancinas-Chávez, Rosalba. Política pública intercultural de salud en Chile. Equidad desde la epidemiología crítica. Revista Notas Históricas y Geográficas, número 25, Julio – Diciembre 2020. pp. 37-69.

1. INTRODUCCIÓN

Legitimidad y naturalización: desigualdad, equidad y colonialismo

“La nueva agenda global al 2030 Transformar Nuestro Mundo, pautada por sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para enfrentar desafíos transformadores sobre las “cinco P” —personas, planeta, prosperidad, paz y partenariado— está inspirada por el compromiso de “garantizar que nadie se quede atrás” reafirmando, con ello, la primacía de la equidad como principio rector de la acción política para el desarrollo y su sostenibilidad: la equidad como un imperativo moral —las inequidades ofenden nuestro sentido de justicia— tanto como un imperativo político —las inequidades amenazan el buen gobierno. La equidad en salud es, en última instancia, alcanzable únicamente por medio de la equidad social; esto es, está inextricablemente ligada a la acción sobre los determinantes sociales de la salud”.¹

El fragmento que tomamos permite hacer visibles algunos elementos fundantes del discurso de la equidad desde los organismos multilaterales; seductor y potente, y que, en primera instancia, deberíamos suscribir. Pero, sin dejar de preguntarnos por los presupuestos e intereses que le podrían estar dando sustento, y al mismo tiempo beneficiándose de su efectividad como dispositivo de Gobernanza, dominación, colonización y exclusión, paradójicamente con la bandera de la equidad en alto.

¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016). Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, D.C.: OPS, 2016. Organización Mundial de la Salud. ISBN: 978-92-75-31922-2. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/manual-moni-desig-sociales-salud-2016.pdf> 20/01/19 p xiii.

Lo primero es dejar claramente establecido que *ya* hay “una nueva agenda global al 2030, Transformar Nuestro Mundo”; “inspirada por el compromiso de garantizar que nadie se quede atrás, reafirmando con ello la primacía de la equidad como principio rector de la acción política para el desarrollo y su sostenibilidad (...), pues las inequidades amenazan el buen gobierno”. Esta declaración exige preguntarnos acerca del sentido de *la nueva agenda global* que se erige de manera excluyente y naturalizante sobre cualquier otra posible agenda, en nombre de la equidad.

Lo segundo es que este discurso presupone, en un afán de estandarización y naturalización, que todas y todos compartimos *la misma idea* de desarrollo y equidad y su aparente interdependencia, que al no lograrse *ofenden nuestro sentido de justicia*, y muy importante *amenazan el buen gobierno*. Pero, ¿de qué justicia estamos hablando?, ¿acaso de la que justifica y garantiza el actual orden globalizado fundado en la desigualdad y el colonialismo?

También resaltamos “el compromiso de garantizar que nadie se quede atrás”, para lo cual es imprescindible la legitimación de *un atrás* y *un adelante*, pues las inequidades, y añadimos, las desigualdades, *amenazan el buen gobierno*. Está suficientemente documentada la dependencia histórica del *adelante* (el Imperio), respecto al *atrás* (la colonia), cuyos recursos lo hicieron posible. Millones de migrantes, víctimas secundarias de la colonización y expoliación de sus naciones, hoy tocan a la puerta *trasera* de Europa y Estados Unidos, y resultan incómodos, a pesar de todos los muros y otros esfuerzos para contenerlos e invisibilizarlos. La idea de la desigualdad *natural*², así como las relaciones de opresión basadas en la naturalización de la inferiorización, sea esta -supuestamente- natural, étnica, cultural o social, parecen perder potencia frente a las consecuencias de miseria y hambre de la grosera desigualdad; y ya no pueden contener a las víctimas, ni invisibilizar los efectos de todas las formas en las que las personas somos constantemente marginadas en cuanto sujetos epistémicos³.

² Pedro Villasana, Rubén Gómez, Pol De Vos. Aproximación crítico-Hermeneútica a la noción de Bienestar en el marco del Neoliberalismo. Utopía y Praxis Latinoamericana. CESA. Año: 23. n°. 83. Octubre-Diciembre, 2018. 148 – 164.

³ Miguel Mandujano. Justicia Epistémica y Epistemologías del Sur. Oxímora Revista Internacional de Ética y Política núm. 10. Ene-jun 2017. ISSN 2014-7708. Pp. 148-164.

Se hace patente el paradójico efecto placebo del potente discurso de la equidad; recurso retórico, dispositivo de contención, de legitimación de la desigualdad, del colonialismo; que promueve con disimulo la integración-asimilación de nuestros pueblos originarios; asimétrica, unilateral, inexorable y *natural*.

Queremos también referirnos al *partenariado*, neologismo importado del inglés, sobre cuya traducción no hay consenso; siendo uno de los pilares fundamentales para la legitimación de este discurso. Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): “partenariado es una manera de entender el desarrollo desde la participación, a través del diálogo y la negociación entre diversos actores que establecen un programa de acciones conjuntas, de manera que los beneficiarios se trasformen en actores de la acción de desarrollo.” Brinkerhoff en un esfuerzo de distinción, añade que “La igualdad en la toma de decisiones y la mutua influencia son las características básicas que diferencian el *partenariado* de cualquier otra forma de relación”⁴ Un concepto empírico (y muy flexible), en permanente evolución. El partenariado transitaría con comodidad los límites de la desigualdad y el colonialismo en pos de la equidad; fresco discurso de la equidad que parece emerger como bálsamo para la desigualdad que, a pesar de ser naturalizada, no desaparece por arte de magia, y tampoco sus secuelas y daños colaterales. De acuerdo con Galeano, “la fuerza del conjunto del sistema imperialista descansa en la necesaria desigualdad de las partes que lo forman, y esa desigualdad asume magnitudes cada vez más dramáticas”.⁵ El discurso de la equidad, sostén de la desigualdad, se nos muestra como dispositivo clave para el neo-colonialismo en desarrollo.

Pero ¿Acaso es posible resignificar la noción de equidad, y construirla desde el respeto y la solidaridad, y no desde la desigualdad y el individualismo? ¿cómo llegamos a la situación que vivimos hoy?

⁴ Brinkerhoff, D. (1999). *State-civil society networks for policy implementation in developing countries*. Review of Policy Research Volume16, Issue1 Pages 123-147. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1541-1338.1999.tb00844.x>

⁵ Eduardo Galeano. *Las venas abiertas de América Latina*. (1971). (Librodot.com). Disponible en línea en: <http://ww2.educarchile.cl/User Files/P0001/File/articles-101858Archivo.pdf> (Acceso 23.12.2018). p 4.

2. **Una aproximación al contexto histórico: del etnocentrismo-eurocentrismo al corpocentrismo. ¿el lugar de los pueblos originarios y la interculturalidad?**

De acuerdo con Quijano,

“el éxito de Europa Occidental en convertirse en el centro del moderno sistema-mundo, desarrolló en los europeos un rasgo común a todos los dominadores coloniales e imperiales de la historia, el etnocentrismo (...) y la clasificación racial universal, que ayuda a explicar por qué los europeos fueron llevados a sentirse no sólo superiores a todos los demás pueblos del mundo, sino, en particular, naturalmente superiores (...) una operación mental fundamental para todo el patrón de poder mundial, (...) y en especial de su perspectiva de conocimiento: los europeos generaron una nueva perspectiva temporal de la historia y re-ubicaron a los pueblos colonizados, y a sus respectivas historias y culturas, en el pasado de una trayectoria histórica cuya culminación era Europa. Los pueblos colonizados eran razas inferiores y -por ello- anteriores a los europeos”.⁶

Históricamente la investigación y lo científico en el campo de la salud, han sido socialmente construidos y entendidos como campo de acción exclusivo *de los científicos y los investigadores*. Esta excluyente premisa convenientemente alimentada desde la Academia como mecanismo de construcción y defensa de espacios de Poder, ha facilitado el usufructo de prebendas y otros beneficios ligados a la investigación. Pero sobre todo ha sido promovida desde intereses económicos que, mediante este mecanismo, con honrosas excepciones, han garantizado tener la investigación a su servicio, y apropiarse de la ciencia, nuevo Dios de la Modernidad.

⁶ Anibal Quijano. “Colonialidad y modernidad-razionalidad”. En H. Bonilla (ed.). Los conquistados: 1492 y la población indígena de América. Bogotá: Tercer Mundo-FLACSO. (1992) Pp. 437-447. p 6.

En el proceso, de manera más o menos explícita, la difuminación de las fronteras y la digestión de los Estados Nación por un Estado Global compuesto por corporaciones con su propia *agenda global*, legitima lo que llamaremos *Corpocentrismo*, en función de hacer la necesaria distinción histórica con el eurocentrismo, término que ya no parece suficiente para dar cuenta de las nuevas realidades. El nuevo sistema-mundo corpocéntrico es resignificado en relaciones “codificadas en un juego entero de nuevas categorías: Oriente-Occidente, primitivo-civilizado, mágico/mítico-científico, irracional-razional, tradicional-moderno (...), los pueblos conquistados y dominados fueron situados en una posición natural de inferioridad y, en consecuencia, también sus rasgos fenotípicos, así como sus descubrimientos mentales y culturales”.⁷ No son *corpociencia*. El botín es la legitimidad del conocimiento por la vía de la naturalización de *este* orden de cosas. Las experiencias, historias, recursos y productos culturales, terminaron articulados en un sólo orden cultural global en torno de la hegemonía europea u occidental y luego a las corporaciones. Europa también concentró bajo su hegemonía todas las formas de control de la subjetividad, de la cultura, y en especial del conocimiento.⁸ Resulta ingenuo o grotesco hablar de interculturalidad en este escenario de imposibilidades naturalizadas. Para ilustrar esta situación tendremos como referencia permanente en esta discusión el *Convenio 169 de 1989 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*.

3. Del camino reciente de la epidemiología en el ámbito de la ciencia.

En este contexto, la epidemiología ha sido construida-constituida progresivamente como dispositivo legal y legítimo que informa y fundamenta las Políticas Públicas de Salud. Resulta incontestable su rol disciplinario como reproductora del Modelo Biomédico hegemónico en relación sinérgica con el Modo de Producción Capitalista *corpocentrista*.

⁷Ibidem. P 2.

⁸ Boa Ventura De Sousa Santos. Capítulo I. La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias: para una ecología de saberes. En libro: *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social* (encuentros en Buenos Aires). ISBN 987-1183-57-7 (2006). Disponible en:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/santos/Capitulo%20I.pdf> p 5.

El conocimiento y saberes “populares”, de los cuales se distingue a lo científico, devienen en marginales e invisibles; en víctimas necesarias de los procesos de colonización continuada que se expresan también en el campo de la salud; sin embargo, este trabajo pretende acercarse al caso de América Latina, en un esfuerzo por aprender de algunas experiencias de vida locales en nuestro subcontinente, y en particular del Pueblo Mapuche en el Wallmapu⁹ y en Chile.

De Sousa Santos enfatiza “la capacidad que tiene el Norte para negar la validez o la existencia misma de los conocimientos alternativos al conocimiento científico –conocimientos populares, indígenas, campesinos, etc.– para transformarlos en materia prima para el desarrollo del conocimiento científico”¹⁰, en una compleja operación de digestión, negación, invisibilización, y naturalización continua, aparentemente irreversible. Caracteriza cinco formas de lo que denomina “ausencia” que produce este mecanismo: “...el ignorante, el residual, el inferior, el local o particular, y el improductivo (...) que no es una alternativa creíble a las prácticas científicas, avanzadas, superiores, globales, universales, productivas (...) y, deja afuera como no existente, invisible, “descredibilizada”, mucha experiencia social. En esta secularización que naturaliza en el marco del Progreso Moderno como atrasado “lo que no existe, que es producido activamente como no existente, como alternativa no creíble, descartable, invisible a la realidad hegemónica del mundo”.¹¹

⁹ Wallmapu o Wall Mapu: nombre dado al territorio ancestral Mapuche habitado miles de años en Cono Sur de América, con diversas identidades territoriales y toponimias. Se entiende como Wallmapu a todos los elementos materiales e inmateriales que son parte de una zona geográfica o geopolítica que va de mar a mar (LafkenMapu a LafkenMapu), de atlántico a pacífico y que mantuvo autonomía o independencia hasta finales del siglo 19 luego de la invasión perpetrada por los estados chileno y argentino, con financiamiento del Imperio Británico. El Estado chileno llegó hasta el Bio Bio y recién en 1881 materializa la oligarquía su expansión al sur mediante la “Pacificación de la Araucanía”, acaparando más del 90 % del territorio ancestral. Lo mismo el Estado Argentino, que llegaba hasta el sur de Buenos Aires y, con la “Campaña del Desierto” materializa en 1883 la extensión fáctica de estos territorios. Previo a esto, el estado chileno había reconocido la autonomía del Pueblo Mapuche del Bio Bio al sur en el Tratado de Tápahué, 1825. El propio Bernardo O’Higgins, en carta de 1819, oculta hasta hace algunos años, reconocía la independencia de los Pueblos del Bio Bio al sur, como también lo hacía la Junta Provisional de José Miguel Carrera a través del escudo patrio chileno el 30 de septiembre de 1812, en un acto público en la Plaza de Armas de Santiago. Unos 29 parlamentos tuvo la Corona Española con el Pueblo Mapuche reconociendo su independencia como parte de acuerdos de paz en medio de las guerras. <http://www.mapuexpress.org/?p=14508>

¹⁰ Ibidem. P 17

¹¹ Ibidem. P 23.

A este festín ha asistido como espectadora la mayor parte de la comunidad académica con el resto de la Sociedad. Podríamos calificar como “expropiación”, al proceso de exclusión en la producción del conocimiento, y la legitimación y legalización del mismo por vía de hecho. El conocimiento para ser válido, y considerado como ciencia, requiere la *bendición* del mundo científico corpocéntrico, el cual establece las condiciones de legitimidad y legalidad para la ciencia. Este perverso mecanismo abarca (por lo menos en salud), desde los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, hasta los modelos de atención y el diseño de los sistemas de salud, como también los modelos educativos y el diseño de los pensum de estudios en ciencias de la salud. Sólo como ejemplo: la *folclorización* y progresiva marginalización de la medicina tradicional y otras prácticas alternativas en salud que no cuentan con la bendición de la industria farmacéutica en occidente y, que a contracorriente, son de uso y aceptación legal y legítima en muchas regiones del mundo. Esto, muy a pesar del extendido conocimiento acerca del origen que tienen cientos de medicamentos en nuestras selvas, y sobre todo en el conocimiento popular. De Almeida Filho lo resume de esta manera:

“Es evidente el efecto dogmatizante y esterilizador que se obtiene a través de esta práctica, que apunta acusadoramente hacia su sentido histórico y social, hacia los intereses que privilegiadamente se benefician del empobrecimiento y de la alienación de la práctica científica. Tales intereses, que encuentran su expresión equivalente en la presentación árida, perentoria y aparentemente indiscutible de las ciencias a sus aprendices, construyen la mitología de la ciencia-verdad, discurso autorizadísimo e indispensable (...), en flagrante contraste con la realidad mucho más rica, incierta y fecunda de la verdadera investigación científica.”¹²

¹² Naomar De Almeida Filho. Epidemiología sin números. Publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud 1992. p XV

4. Interculturalidad y producción de conocimiento; a propósito del pueblo Mapuche; ¿arando el porvenir con viejos bueyes?

El 28 de abril de 2006 el Ministerio de Salud de Chile aprueba y da el ejecútese a la *Norma General Administrativa N° 16, Sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud*, tomando como antecedente lo dispuesto en los artículos 4° números 1 y 2, 6° y 16 del decreto ley N° 2763, de 1979; en el decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud; en la ley N° 18.469; y en la resolución N° 520 de 1996, de la Contraloría General de la República. Este hecho hizo pensar en un cambio de rumbo; en la posibilidad de reconstituir relaciones de respeto e igualdad entre los pueblos originarios y la población de Chile, los wingka¹³, como dos naciones. En un esfuerzo por borrar la memoria de cientos de años de despojo y exterminio desde la llegada de los españoles y por las sucesivas campañas de colonización – pacificación – civilización – integración. Siglos de atropello, desprecio, engaño y desconocimiento de los tratados, primero con la corona española y luego con el novel Estado Chileno, hasta el día de hoy.¹⁴

En su trabajo *El lugar del “indio” en la investigación social*, Hector Nahuelpan enfatiza que:

“la producción de conocimientos entre los mapuche, al igual que en otros pueblos indígenas, acarrea una serie de tensiones y contradicciones no sólo para aquellos investigadores no indígenas, sino también para los propios investigadores que pertenecen a los pueblos y comunidades, (...) la mayoría de los estudios que se realizan sobre las comunidades indígenas -incluso las realizadas por las y los investigadoras/es de estos pueblos-reproducen lógicas “extractivas”.¹⁵

¹³ La palabra *wingka*, proviene del verbo *wingkün* que significa despojo, violación, desgarró. *Wingka*, en su acepción original, remite al agente que ejecuta dicha acción. *Weñefe* es el ladrón, el “pillo” (de pillaje). (Marimán et. al. 2017)

¹⁴ Para ampliar y documentar de manera más completa el proceso histórico vivido por los pueblos originarios en lo que hoy es Chile, tarea que excede los límites y objetivos de este trabajo, resulta indispensable la revisión sistemática de extensa bibliografía y registros históricos disponible en diversas fuentes.

¹⁵ Héctor Nahuelpán. El lugar del “indio” en la investigación social. Reflexiones en torno a un debate político y epistémico aún pendiente. *Revista Austral de Ciencias Sociales* 24: 71-91, 2013. p 78

Caracterizando a la producción de conocimiento acerca de la vida de los pueblos originarios, en nuestra opinión, como un perverso dispositivo al servicio de la colonización continuada, irónicamente con la complicidad de dichos pueblos. En el mismo sentido Cuyul mirando desde la Salud Colectiva y los planteamientos de Breilh, Granda, Laurell, Díaz-Polanco y otras/os, identifica el carácter instrumental a favor del colonialismo en la producción de conocimiento y en las prácticas sociales, particularmente en salud, aportando a la comprensión del fenómeno salud desde la determinación social, tal y como es entendido por la Epidemiología Crítica. Según Cuyúl:

“...la política de salud desplegada en comunidades mapuche no interviene sobre la atención de salud precarizada y de estrato “indigente”, en la escasez de tierras, la contaminación letal de los territorios por la industria extractiva; ni en la pobreza y exclusión determinados por el despojo territorial. Todas estas cuestiones son dimensiones integrantes de un kúme mongen (buen vivir) y que son invisibilizadas por la política de salud en tanto no son problematizadas en tanto integralidad de relaciones que inciden en la salud”.¹⁶

Este enfoque calificado como paternalista, “desconoce el ejercicio de autonomía y el derecho a la autodeterminación mapuche, que desde las experiencias autónomas de salud se pueden traducir en intervenciones sanitarias colaborativas y que no reproduzcan el tutelaje sanitario que han salvaguardado los programas de salud especiales para indígenas.¹⁷ Sin embargo, esta postura soberana que expone Cuyúl, podría interpretarse como negacionista frente a los adelantos de otras culturas y pueblos que se han “integrado”, colocándose en el extremo que desconoce las posibilidades de un encuentro intercultural sano y respetuoso de beneficio y aportes mutuos.

¹⁶ Andrés Cuyul. La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. Salud Problema / Segunda época / año 7 / núm. 14 / julio-diciembre 2013. p27

¹⁷Ibidem. P 27

A este respecto, y argumentando por la *hibridación*, plantea García Canclini: “entiendo por hibridación procesos socioculturales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas”.¹⁸ Trayendo un concepto de la biología que, según él, nos podría ayudar a mostrar otras aristas de este complejo fenómeno social, remarca:

“El énfasis en la hibridación no solo clausura la pretensión de establecer identidades "puras" o “auténticas”. Además, pone en evidencia el riesgo de delimitar identidades locales autocontenidas, o que intenten afirmarse como radicalmente opuestas a la sociedad nacional o la globalización. Cuando se define a una identidad mediante un proceso de abstracción de rasgos (lengua, tradiciones) se tiende a menudo a desprender esas prácticas de la historia de mezclas en que se formaron (...), se absolutiza un modo de entender la identidad y se rechazan maneras heterodoxas de hablar la lengua, hacer música o interpretar tradiciones.”¹⁹

Desde lo empírico responde Cuyul:

“... quiero señalar que no existe per se una interculturalidad en salud, más bien existen acciones desde el Estado y sus políticas que promueven “encuentros”, “diálogos” entre modelos médicos mediante seminarios, o la promoción de “armonización” de sistemas médicos que denominan “salud intercultural” que más bien tiene fines integracionistas de carácter neocolonial. Lo que existe son situaciones interculturales donde el sector salud se inserta, caracterizadas por tensión entre condiciones de vida y salud, inequidades y relaciones de hegemonía/subalternidad”.²⁰

¹⁸ Néstor García Canclini, N. Culturas Híbridas. Editorial Paidós 1ª edición actualizada 2001. ISBN 950-12-5487-9, p 2.

¹⁹Ibidem. P 4

²⁰Ibidem. P 28

Esta afirmación califica la política intercultural en salud como dispositivo encubierto de neocolonización, y señala que la incorporación esporádica o permanente de chamanes indígenas a centros de salud que se ha experimentado a partir del año 2000 viene a descontextualizar su acción socio-terapéutica. Pero es que además llama la atención, la caricaturización de una “práctica intercultural en salud” a tal grado informal que obliga a preguntar ¿Dónde están los registros de las actividades de los lonkos y machis que atienden en los hospitales interculturales? Registros ¿epidemiológicos? que podrían servir de fundamento a una genuina política de salud intercultural, si fuera deseada. Más de veinte años de experiencia en la ejecución de estas “políticas interculturales en salud” parecen no haber sido sistematizadas por el Sistema de Salud de Chile. De acuerdo con un estudio-evaluación encargado por PROMAP-BID del Programa Orígenes (en ejecución desde el año 2000), los resultados fueron:

“El estudio encuentra que los proyectos de la primera fase del Programa Orígenes no funcionaron como se intentó en la práctica, debido, entre otros factores, a la estructura y diseño del Programa, los protocolos rígidos, la distribución lenta de recursos, las ineficiencias financieras y burocráticas, y los constreñimientos de tiempo y recursos. Los proyectos fracasaron en desarrollar considerablemente el tema de salud intercultural, pero el trabajo del Programa Orígenes fue un paso importante para la realización de relaciones interculturales y un proceso de revaloración y recuperación del conocimiento médico Mapuche en Chile”.²¹ (Los detalles de redacción y traducción en el original).

Estos resultados evidencian que este y otros programas “fracasaron en desarrollar el tema de salud intercultural”²²; el Programa de Salud con Población Mapuche (PROMAP) que opera desde 1992, parece reclamar mayor atención.

²¹ Stellberg, S. (2007). "En búsqueda de equilibrio: una evaluación del componente de salud intercultural del programa Orígenes en la primera fase". *Proyecto de estudio independiente por encargo del BID – PROMAP. (ISP)*. 171. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/171 p 1

²² Ibidem.

Resultados que alimentan la sospecha de que sólo se ha tratado de un burdo proceso de domesticación-integración de carácter unilateral; descontando por supuesto la folclórica “experiencia” de las Farmacias Mapuche que encontramos en las principales ciudades de Chile, dedicadas a la comercialización de productos industrializados y cosméticos, seguramente no de exclusiva fabricación mapuche. Esto podría ser interpretado como sincretismo, entendido en su sentido más amplio como la adhesión simultánea a varios sistemas de creencias, no solo religiosas, sobre todo en las multitudes que recurren para ciertas enfermedades a medicinas indígenas u orientales, para otras a la medicina alopática, o a rituales católicos o pentecostales.^{23,24} Pero el fenómeno que nos ocupa no parece ser tan ingenuo.

Hoy día, en medios académicos y de investigación “científica” ligados al Sistema de Salud, la mayor preocupación parece ser por la falta de adherencia de la población mapuche a los programas y tratamientos que les son ofrecidos-impuestos. En lenguaje coloquial, esta *parodia*, en la cual mediante un mecanismo de clinalización se tiende a domesticar tanto el diagnóstico como el abordaje de la machi, otrora determinado por el contexto socio-territorial y espiritual. Parodia en la cual la machi pasa a ser una empleada del sistema de salud, presa de la alienación sanitaria propia del trabajo clínico.²⁵ Esta relación denota la poca seriedad y respeto con que es tomado el trabajo de lonkos y machis en los hospitales interculturales, que el Convenio 169 de la OIT prescribe en estos términos:

“Artículo 25 1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”.²⁶

²³ Rowe & Schelling. Memory and modernity. Popular culture in Latin America. Verso, London, 1991; 243

²⁴ Margaret Bullen. Bulletin of Latin American Research (1993). 12(1), 126-128. doi:10.2307/3338832

²⁵Ibidem. P 25

²⁶ Organización Internacional del Trabajo OIT. (2008). Convenio n° 169 Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=279441>

Sin embargo, como lo describe Menéndez (citado por Cuyul), “mediante estos procesos etnofágicos en salud, el Estado y el Sistema de Salud en particular se apropian de la cultura (subalternizada) a través de la patrimonialización de las prácticas de salud mapuche, enriqueciendo el modelo médico hegemónico haciendo uso de su propiedad acumulativa que le permite y garantiza legitimidad”.²⁷ Esta es la parodia a la cual nos referimos. García Canclini acude a decirnos que *esto ya es así*; que no hay vuelta atrás, que no tiene sentido hablar de identidades que ya no existen. En sus palabras:

“... entiendo por hibridación procesos socioculturales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas. A su vez, cabe aclarar que las estructuras llamadas discretas fueron resultado de hibridaciones, por lo cual no pueden ser consideradas fuentes puras”. (...) “La hibridación, como proceso de intersección y transacciones, es lo que hace posible que la multiculturalidad evite lo que tiene de segregación y pueda convertirse en interculturalidad. Las políticas de hibridación pueden servir para trabajar democráticamente con las divergencias, para que la historia no se reduzca a guerras entre culturas. **Podemos elegir vivir en estado de guerra o en estado de hibridación**”.²⁸ (Resaltado nuestro)

García Canclini nos llama, de manera no tan velada, a la claudicación, en nombre de la modernización, y paradójicamente de la posibilidad de convivir en la diversidad, con la amenaza de *guerra o hibridación*. Mostrando *el fin* de la historia. Nos describe el mecanismo (los medios) y *prescribe la fórmula de claudicar para detener la guerra*, pero no nos habla de los fines. Recomienda desechar las identidades nacionales pasadas de moda, eso sí, de manera selectiva y asimétrica. Podemos preguntar:

²⁷ Ibidem.

²⁸ Ibidem. P 2,4

¿Qué está detrás de la argumentación que presenta a la hibridación homogenizante como inexorable? ¿Acaso es una suerte de dispositivo de chantaje epistemológico para fundamentar-justificar la colonización por vía de hacerla ridícula y pasada de moda como argumento, de invisibilizarla por vía de la naturalización?, ¿Acaso entre los fines no discutidos de la hibridación como Política de Estado, estaría la perpetuación de la relación colonial entre los Wingka y el Pueblo Mapuche, entre muchos ejemplos de subalternización a nivel mundial?

Fuenmayor plantea, en abierta oposición a la concepción unificante, la Concepción Diversificante, sitúa la humanidad en la diversidad cultural y no en la corriente progresiva que se suponía unía las culturas del mundo. Una cultura no es mejor ni peor que otra, sólo es diferente.²⁹ Y con esta concepción diversificante en mente, intentaremos mostrar algunos posibles horizontes para la interculturalidad en la salud y la vida.

5. Despejando caminos para una epistemología del Sur

Santos argumenta que “no es simplemente un conocimiento nuevo lo que necesitamos; necesitamos un nuevo modo de producción de conocimiento. No necesitamos alternativas, necesitamos un pensamiento alternativo de las alternativas”.³⁰ Por esto hablamos de despejar, de descubrir, más que descubrir caminos; de caminos alternativos posiblemente ya andados por nuestros pueblos, y convenientemente poblados de malezas modernizadoras que nos impiden distinguirlos, y seguirlos. La construcción de un nuevo (o alterno) modo de producción de conocimiento en la diversidad, que reivindica los encuentros para el progreso mutuo y respetuoso de los pueblos fundado en la justicia y el respeto, y seguramente descolonizador.

²⁹ Ramsés Fuenmayor. Sentido y Sin Sentido del Desarrollo. 1999. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/14856/sentido_y_sinsentido.pdf;jsessionid=57512C2A7C6F04DF3A3A8A4F7558940D?sequence=1 p. 25

³⁰ Ibidem. P 16

6. **¿Epistemologías Mestizas? ¿Convivencia Epistemológica? Lo híbrido y lo mestizo; un ejercicio de autonomía en la producción de conocimiento y práctica en salud: “*El sueño se hace a mano y sin permiso.*”**

Parece necesario, con humildad, pero con la mínima ingenuidad posible frente a los procesos históricos de encuentro, comprender las hibridaciones, para conjurar la carga de subalternización; es una tarea indispensable para *desmalezar*, y ver posibilidades de una relación de encuentro sana y respetuosa. No rechazar la rueda y, tampoco la espiritualidad; y *con un sentido constructivo y diversificante* reconocer y conocer el mestizaje, con sus límites y posibles beneficios mutuos. Esto es:

“incorporar la noción de “interculturalidad crítica” frente a los procesos asimilacionistas de los colectivos indígenas (...), con profundo sentido transformador de la realidad social, de sus estructuras de determinación que inciden en la vida y la salud. Es decir, que reconozca jurídica y políticamente la multiplicidad de pueblos y nacionalidades en el ejercicio pleno de sus derechos, como el derecho a la salud propia; así como reconocer la pluralidad de conocimientos, modelos explicativos e iniciativas indígenas para abordar el proceso salud/enfermedad/atención de manera autónoma”.³¹

Autonomía fundada en el reconocimiento y revalorización de las identidades particulares, y también de las innegables *nuevas identidades* producto de los encuentros y mestizajes en pleno desarrollo. Esforzándonos por superar la mera lucha por el control epistemológico de las formas de producción de conocimiento, que a veces ignora al conocimiento mismo en función sólo del Poder.³² Pero, ¿es esto posible?

³¹ Ibidem. P 31

³² Ibidem.

Frente al efecto dogmatizante y esterilizador de la alienación de la práctica científica en contraste con la realidad mucho más rica, incierta y fecunda de la verdadera investigación científica; De Almeida Filho³³ reclama, que es necesario buscar reconstruir un estilo de comprensión y de presentación de las ciencias capaz de reconciliar las necesidades de aplicación inmediata de paradigmas teóricos suficientemente consistentes y provisionalmente ciertos con la necesidad de tomarlos sincera y técnicamente como provisorios. Esto puede ser válido, y no necesariamente contradictorio, para todas y todos los actores en escena, si recuperamos *una noción de equidad construida desde el respeto y la solidaridad, y no desde la desigualdad y el individualismo*. Tal como lo prescribe (literalmente) la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 – 2030* de la OMS-ONU, en la Meta 2 de su Objetivo 1, Acceso Equitativo a los Servicios de Salud: “...aumentar la participación de todos los interesados directos, incluida la sociedad civil y las comunidades, en la formulación de políticas y en el proceso de evaluación relacionado con la salud en todas las políticas a fin de reducir las inequidades en materia de salud”.³⁴ Esto parece alinearse con lo establecido por el Estado chileno a través del Artículo N° 7 de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente N° 20.584 del 24 de abril de 2012: “Art. 7°: A recibir una atención de salud con pertinencia cultural. 1) Sólo respecto de prestadores institucionales públicos 2) En territorios con alta concentración indígena 3) A personas de pueblos originarios 4) Mediante modelo de salud validado”³⁵, ³⁶ Así como por la Norma General Administrativa n° 16 Interculturalidad en los Servicios de salud Resolución exenta n° 261 de 2006, que promueve de manera extensa y contundente “la necesidad de avanzar en la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en materia de salud en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud” a lo largo de todo su articulado.³⁷

³³ Ibidem.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Por supuesto, queda pendiente la precisión acerca de lo que se entendería como validado.

³⁶ Ley núm. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud. República de Chile. (2012). Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf>

³⁷ Para ilustrar este punto se recomienda consultar la Norma General Administrativa n° 16 Interculturalidad en los Servicios de salud Resolución exenta n° 261 de 2006. Ministerio de Salud. República de Chile. disponible en <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Norma%2016%20Interculturalidad.pdf>

Ambos instrumentos legales derivados del *Convenio 169 de 1989 de la OIT* suscrito por Chile, antes mencionado. Por su parte, la CEPAL establece:

“el derecho al nivel más alto de salud física y mental, mediante un acceso sin discriminación, adecuado y de calidad; el derecho a la salud integral indígena, que incluye el uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional, así como la protección de sus territorios como espacios vitales; el derecho a participar en el diseño, implementación, gestión, administración y evaluación de las políticas y programas de salud, con énfasis en la autonomía de los recursos”.³⁸ “... la premisa de la CEPAL es considerar el aporte de los pueblos indígenas para la construcción de un nuevo paradigma del desarrollo, basado en un cambio estructural hacia la igualdad y la sostenibilidad, en el que se incluyan los conocimientos ancestrales, las innovaciones y las prácticas tradicionales de estos pueblos para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica, así como el desarrollo de las diferentes modalidades colectivas de las economías indígenas”.³⁹

En el marco de estos y otros instrumentos legales, más allá de quedarnos en calificarlos de *letra muerta* y otros apelativos realistas, pero pesimistas y con improductivos visos de claudicación; la propuesta es seguir trabajando este proceso constructivo con todas las herramientas, y en todos los espacios necesarios. Como lo plantea De Almeida Filho⁴⁰, es necesario operar un proceso de desalienación de la práctica científica que permita alcanzar un estado tal de dominio dialéctico del proceso, que viabilice superar la oposición improductiva entre ciencia normal y revolución científica.

³⁸ ONU-CEPAL (2017). Panorama Social de América Latina 2016. CEPAL Publicación de Naciones Unidas.

³⁹ ONU-CEPAL (2014). Panorama Social de América Latina 2013. CEPAL Publicación de las Naciones Unidas.

⁴⁰ Ibidem.

Y esto ya ha venido ocurriendo de alguna forma, y a contracorriente del pensamiento hegemónico, con “los trabajos de gran cantidad de investigadores e investigadoras, que están contribuyendo a redefinir los modos de “producir” conocimiento sobre/ con los pueblos indígenas u otros grupos marginales y a re-pensar los sentidos que estas prácticas conllevan, aun cuando ocupen en muchos casos un lugar marginal dentro de los espacios académicos donde laboran”.⁴¹

Aunado a esto, constatamos los pobres resultados del discurso promovido por diferentes organismos nacionales e internacionales, que anuncia una visión integral e integradora de la salud que concretaría todo el conjunto de Leyes, Acuerdos, Decretos, etc. que hemos enumerado, y que serían suficientes para facilitar una práctica intercultural en salud autónoma y respetuosa. Vemos como terminan naufragando en un aparato burocrático que desvanece cualquier intento de participación (¿partenariado?), por lo menos en salud, y lo transmuta en utilitarismo, paternalismo, clientelismo, y otras variantes de mecanismos de defensa del poder del conocimiento y su ejercicio desde la ciencia y sus métodos establecidos, poniendo barreras al ejercicio de la autonomía y la diversidad.

Frente a esto, es necesario inundar estos espacios con nuestra Epistemología del Sur, nuestra Epistemología Crítica y Mestiza, incluyente y soberana, que debemos hacer explícita. Teniendo siempre presente que “No es posible hoy una epistemología general (...).

La diversidad del mundo es inagotable, no hay teoría general que pueda organizar toda esta realidad (...), no necesitamos de una teoría general. Estamos de acuerdo en que nadie tiene la receta, nadie tiene la teoría”.⁴²

Esta es la Tarea que Santos propone ejercer a través de: la *Sociología de las Ausencias*, que “torna presentes experiencias disponibles, pero que están producidas como ausentes y es necesario

⁴¹Ibidem. P 83

⁴²Ibidem. P 32

hacer presentes”, y de la *Sociología de las Emergencias*, que “produce experiencias posibles, que no están dadas porque no existen alternativas para ello, pero son posibles y ya existen como emergencia (...), de utopías realistas, suficientemente utópicas para desafiar a la realidad que existe, pero realistas para no ser descartadas fácilmente”. Ambas sociologías con carácter insurgente y transgresivo.^{43, 44} Pero, ¿cómo lo hacemos?

7. La Epidemiología Crítica como traducción de una Epistemología del Sur en la práctica en salud.

Santos argumenta acerca de los enfoques epistemológicos que, “todos tienen problemas, todos están incompletos”, y propone hacer la traducción entre ellos, “mirar su relatividad, su incompletud”. Añade además que “no somos capaces de mirar la espiritualidad porque no hay indicadores para eso, como no hay indicadores para la felicidad (...), pero necesitamos una epistemología que dé cuenta de eso”.⁴⁵ Esta reflexión pudiera darnos algunas pistas para colaborar en la construcción de una práctica en salud que interprete y exprese la interculturalidad desde el respeto a la diversidad. La construcción colectiva de indicadores, y el tránsito hacia políticas y programas de salud con pertinencia y pertenencia, han sido objeto de reflexión durante largos años desde la Medicina Social a la Salud Colectiva, y particularmente por parte de la Epidemiología Crítica en América Latina. Veamos.

La Epidemiología como disciplina que se ocupa del estudio del comportamiento de la salud y la enfermedad en los colectivos humanos, ha transcurrido desde explicaciones místicas hasta la epidemiología de riesgo y sus múltiples variantes de la era positivista; un proceso histórico, determinado social, económica y políticamente. Esto, más allá de la explícita condición

⁴³ Ibidem. P 31

⁴⁴ Boa Ventura De Sousa Santos. Para descolonizar Occidente: más allá del pensamiento abismal. Buenos Aires: CLACSO-Prometeo Libros. (2010 b). P 35.

⁴⁵ Ibidem. P 33,39

“científica” de disciplina neutra o aséptica con la cual es presentada como componente de *la verdad única e indiscutible*; ha sido y es una poderosa herramienta al servicio del poder hegemónico y del logro y sostenimiento de sus intereses, ocupándose de la enfermedad, y casi nunca de la salud, pero siempre tributando a una concepción de la realidad y la vida bien determinadas. Quienes trabajamos en salud, históricamente nos hemos concentrado en esfuerzos por enfrentar la enfermedad sólo como proceso biológico, y no como constructo histórico-social y cultural.

La ausencia o ignorancia de herramientas, el terrorismo colonizador de la “ciencia occidental”, y la “comodidad” de consumir y utilizar recetas, no sólo por el chantaje civilizatorio, sino además por el miedo a la incertidumbre inducida por un paradigma ya instalado en nuestro ser, que nos sigue impidiendo ver otras posibilidades de ver, al tiempo que nos confina a ver, sólo lo que “se nos permite” ver. Seguimos colaborando por medio de las políticas públicas, y como actores del Estado, en la legitimación y reproducción del modelo colonizador. La apuesta - propuesta es por reivindicar las posibilidades y legitimidad de otras miradas y prácticas más allá de la verdad establecida; de otros mundos posibles.

Re-inventarnos. Esto pasa por reconocer, junto a los logros, los vacíos, fracasos e insuficiencias de la ciencia y de la epidemiología hegemónica, a la luz de resultados que nos han conducido a desarrollar políticas públicas, y específicamente políticas de salud, ineficientes e ineficaces frente a los problemas de salud más básicos de la población, y que se han nutrido e inspirado de manera excluyente de *la verdad única e indiscutible*.⁴⁶

A contracorriente, intentaremos poner en discusión un primer *boceto* compuesto por una serie no cerrada de *retos y tareas*, para que lo vayamos enriqueciendo.

⁴⁶ Martha Pernalet, Pedro Villasana. “De la crítica a la práctica en epidemiología, a la práctica de una epidemiología crítica de construcción socio-comunitaria”. Saber, Universidad de Oriente, Venezuela. Vol. 30:37-52. (2018) ISSN: 2343-6468 Digital p 38, 39

8. Balance y perspectivas

Una primera conclusión y a la vez propuesta es la necesidad de emprender un proceso intercultural de sistematización amplia y conjunta de saberes, nociones y representaciones acerca del Bienestar, la salud y la enfermedad, con una visión respetuosa y diversificante. Tomando como antecedentes que parece pertinente promover una práctica intercultural en salud fundada en la *comprensión colectiva* de la determinación social de la salud como fenómeno que emerge en la complejidad de la vida, y no de la visión determinista-reduccionista de los determinantes sociales, que reducen la vida a la exposición al riesgo. El rescate, revalorización y reivindicación de las Cosmovisiones y los saberes populares invisibilizados por las prácticas colonialistas y de autocolonización, pudiera constituirse en alternativa válida a los modelos de aproximación e intervención hasta ahora intentados, esto, más allá de la recuperación de la soberanía en la producción del conocimiento. Aceptar el reto de conocernos y reconocernos en nuestras realidades y, hacer de este saber y esta práctica, eje para la construcción de nuestra cultura, salud y vida. Este esfuerzo debe atravesar todos los ámbitos de la producción y la práctica del conocimiento en salud, incluyendo las políticas públicas, en un acto de profunda democratización y humildad. Vamos a permitirnos ser horizontales, escuchar a las mujeres y hombres de las comunidades y aprender, permitirnos co-laborar, ayudar en la sistematización de esos saberes invisibilizados, y hacer de ellos un método, una epidemiología propia, liberadora y soberana. Este es un reto, darnos permiso para aprender juntos.⁴⁷ El fortalecimiento de equipos interculturales, que en muchos casos ya existen, y la creación de instancias institucionales permanentes de trabajo, puede facilitar el proceso.

Un salto ¿al vacío?, o una ¿primera ruptura? Siguiendo los códigos de Granda, podríamos identificarla con la necesidad de traducir en políticas públicas eso que estamos de acuerdo en llamar “determinación social de la salud” desde la Epidemiología Crítica.

⁴⁷ Ibidem.

Que, de manera más o menos concreta, y con diferentes “ritmos”, ha venido ocurriendo en América Latina en los últimos tiempos, plasmándose en textos constitucionales, leyes, decretos, y hasta en *tímidas* políticas públicas, que han cristalizado en la práctica de manera poco satisfactoria, si somos benevolentes.⁴⁸

Impulsar el diseño y elaboración de registros que puedan servir de base a la construcción de programas y políticas que respondan a indicadores cercanos a la realidad vivida por nuestros pueblos originarios. Cuando calificamos como *parodia* a la actual práctica intercultural en salud, apegada a la *letra* de la legislación vigente, tomamos como ejemplo, entre muchas situaciones, el registro, procesamiento y posterior “utilización”, de la información producto de dichas actividades, llevadas a cabo en el seno de nuestro sistema de salud. Superar esta situación de irrespeto, pasa por: a) entender que la visión estratégica acepta a la salud como fenómeno dinámico, muchas veces imprevisible, e imposible de reducir y explicar. Por lo tanto, eso que podemos resignificar y seguir llamando “indicadores”, debe/puede ser producto de la reflexión cooperativa y democrática; del consenso con las comunidades acerca de la vida, salud, enfermedad, bienestar, felicidad y espiritualidad. Indicadores orgullosamente mestizos, que asumimos como imposibles, quizás porque no queremos verlos; b) diseñar e implantar, en el marco de la legislación vigente, un riguroso sistema de registros epidemiológicos que permita incorporar con visión diversificante los nuevos y viejos indicadores, wingkas y mapuches, con valor complementario para la construcción de las políticas y programas de salud.

Si queremos intentar un “monitoreo de determinantes de salud y vida” en nuestras comunidades, como propone Breilh⁴⁹, estamos obligados a una *apertura-ruptura epistemológica*, que nos permita escuchar y escucharnos; y sistematizar cooperativamente *en y con* las comunidades las experiencias que nos conduzcan a un método de aproximación, investigación y trabajo desde las realidades en que vivimos; que favorezca una interacción efectiva con las

⁴⁸Ibidem.

⁴⁹ Jaime Breilh. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito, Ecuador: Edic. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. CEAS. (1994).

comunidades para un levantamiento de elementos teóricos y prácticos invisibilizados, que configuren *novedosos* (o por lo menos desconocidos para nosotros) modelos de protección de la salud y de rearmonización con la naturaleza; con indicadores de control y seguimiento propios y apropiados. Instituir cooperativamente una sólida y soberana Instancia Intercultural de Investigación y Producción de Saberes. De acuerdo con Granda, “Es lógico suponer que la investigación necesaria para la formulación de políticas alternativas es difícil que se desarrolle, porque las fuerzas sociales dominantes lo impiden, en efecto, ningún sistema apoya su autodestrucción”.⁵⁰ Esta es la realidad con la que debe convivir una propuesta fundada en un diálogo democrático y horizontal de saberes que permita comprender a la salud como fenómeno cultural, y también biológico, a cuya construcción podemos contribuir todas y todos, privilegiando el saber antes que el poder; pues los avances logrados, y los pendientes, no cristalizarán por decreto; en este proceso dialéctico, las conquistas se construyen, no se esperan; partiendo de lo alto del modelo teórico, descender al nivel empírico.”⁵¹

Nuestra tarea de traducción dialéctica, en el sentido que le da Santos, sigue siendo el camino señalado. Porque hay muchos lenguajes para hablar de la dignidad humana, de un futuro mejor, de una sociedad más justa. Creemos que ese es el principio fundamental de la Epistemología del Sur, de esa Epistemología genuinamente Mestiza: no hay justicia social global sin justicia cognitiva global; o sea, sin justicia entre los conocimientos. Desde la Epidemiología Crítica, la propuesta de investigación es evaluar los casos de salud (y sus determinantes protectores) y también los de enfermedad (y sus determinantes destructivos), como procesos individuales, grupales y colectivos. Alcanzar perspectivas metódicas abiertas y de legitimación, para hacer posible la construcción de políticas públicas, vigilantes y reactivas ante el fracaso (enfermedad), y sistematizadoras y propositivas en la construcción de la salud y la vida.^{52, 53}

⁵⁰ Edmundo Granda. Algunos elementos sobre el desarrollo de la salud pública en América Latina. En: La salud y la vida. Ediciones OPS, Quito, Ecuador, (2009). Vol. 1, pp. 41-49.

⁵¹ Ibidem. P 95

⁵² Jaime Breilh. Epidemiología Crítica, Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar. (2003 a).

⁵³ Jaime Breilh. De la vigilancia convencional a la evaluación participativa. Ciênc. Saúde Coletiva. 8(4):937-951. (2003 b).

Instituir y/o fortalecer escuelas de salud intercultural, y promover en conjunto el construir y compartir de saberes. Registrar los conocimientos ancestrales en salud y traducirlos a nuestros días, para promover prácticas genuinamente mestizas y soberanas, pues sabemos que nuestra formación “se la debemos” a los centros de investigación positivista que históricamente han dominado la producción del conocimiento, en los que “aprenderían nuestros técnicos a mirar lo que el imperio necesitaba y a desoír lo que nuestro pueblo quería, (...) para conservar el sistema y retraducir las necesidades populares en dádivas baratas”.⁵⁴ La tarea de resignificación parece interminable, pues se trata de refundar *desde* las identidades wingka, mapuche y los múltiples mestizajes, todas aquellas nociones en las que cobra sentido nuestra práctica en salud, y las posibilidades que podemos constituir como horizonte. Diplomados, cursos de Postgrado y Proyectos de Investigación Interculturales en convenio con Universidades y Grupos de Investigación; en los cuales sea posible comprender y aprender, junto a otras perspectivas, que “la concepción de salud mapuche está arraigada a la categorización del mundo y por tanto entendiendo las nociones de bienestar (küme felen) y enfermedad (kutran) como dualidad, es decir, opuestos complementarios en la cual se define la vida y como parte integral de un buen vivir (küme mongen) más amplio”.⁵⁵ Al tiempo que esta visión alterna, nos permita reflexionar acerca de nuestra visión occidentalizada. Y generar a partir de esto, *programas de estudio e investigación pertinentes*, abiertos y diversificantes en los cuales nos esforcemos por construir una práctica que acepte y defienda que la salud “posee manifestaciones en las dimensiones socio espirituales y psicobiológicas cuyo principal fundamento es la forma de entender el mundo, la cosmovisión, en tanto producto del conocimiento emanado de la interacción con el territorio y las normas sociales, reproducido en las dimensiones individual y colectiva”.⁵⁶ Empezar y/o continuar un trabajo de traducción descolonizadora, de recuperación y revalorización de la soberanía y las formas de vivir *en y con* la naturaleza. En lugar de simplificar y clasificar, nos asomamos a un proceso complejo de convivencia con incertidumbres, complementariedades, consensos, y sobre todo de apertura en

⁵⁴Ibidem p 42

⁵⁵Ibidem.

⁵⁶Ibidem. P 23

el ejercicio de producción desmitificadora, colaborativa, transformadora y liberadora del conocimiento. Esto no constituiría un simple ejercicio académico, sino una colaboración efectiva en el proceso de reapropiación y empoderamiento que es posible en el acto de conocer, de darnos cuenta.⁵⁷ Propiciar lo que Mandujano llama “la ecología de saberes, una epistemología constructivista y realista (...), el conocimiento como intervención en lo real y no como representación de lo real.”⁵⁸ Poniendo como ejemplo a seguir la Universidad Popular de los Movimientos Sociales (UPMS).⁵⁹ Defendiendo que, “en la ecología de saberes, la acreditación de los saberes no científicos no supone la desacreditación del saber científico”. Como lo afirma Santos: “la utopía del interconocimiento es aprender otros conocimientos sin olvidar el de uno mismo”.⁶⁰

Reinventar las experiencias en Salud Intercultural de nuestro Sistema de Salud. Aprovechar las infraestructuras ya construidas, en función de discutir y resignificarlas, estructural y funcionalmente, desde los indicadores construidos en conjunto. Lo que Breilh llama “el control colectivo de la gestión”, aspecto central de una propuesta que se sintetiza en el empoderamiento y el ejercicio de la soberanía, en la posibilidad para las comunidades de reapropiarse su salud en una *apertura-ruptura epistemológica*, en lugar de continuar con esa “colaboración marginal” de carácter instrumental que señala Breilh.^{61, 62}

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ La Universidad Popular de los Movimientos Sociales-Red Global de Saberes, propuesta madurada en el Foro Social Mundial (FSM) en 2003. En su Carta de principios se establece como iniciativa de autoeducación para la emancipación social y espacio de formación política intercultural basado en el interconocimiento y autoeducación para el conocimiento recíproco entre movimientos y organizaciones y hacer posibles alianzas y acciones colectivas (Art. 1). La UPMS toma la tradición de educación popular de Paulo Freire (1970), y las nociones de traducción intercultural e interpolítica y ecología de saberes de Sousa Santos. Véase. <http://www.universidadepopular.org/site/pages/es/en-destaque.php?lang=ES>

⁶⁰ Boa Ventura De Sousa Santos. *Descolonizar el Saber, Reinventar el Poder*. Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay. (2010 a).

⁶¹ Jaime Breilh. La determinación social de salud como una herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013. 31(1):13-27.

⁶² Jaime Breilh. *Investigación agraria: ¿por qué la urgencia de una epistemología crítica. ¿Con qué tipo de ciencia queremos trabajar hacia otra realidad agraria?* Repositorio institucional del organismo académico de la comunidad andina. (2005). Disponible en línea en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644%20/3512/1/Breilh,%20J-CON-137-%20Investigacion%20agraria.pdf>

Romper con la “lógica centralizada” que conlleva mayor costo e ineficiencia, limitando la cobertura, y secuestrando la información en las instituciones, en muchos casos para favorecer intereses comerciales extra-institucionales.⁶³ Asumir los “riesgos” de intentar un control colectivo de la gestión, es un esfuerzo por descolonizar; colocando sobre el tapete el asunto de la legitimidad y la validez de los métodos santificados por la ciencia oficial, frente a las posibilidades invisibilizadas del saber popular. El “argumento” de la *rigurosidad científica*, por ejemplo, se ha estrellado de una manera sistemáticamente ignorada, con el control “popular” de las enfermedades *inspirado* en conocimientos y prácticas ancestrales que ofrecen oportunidades para una relación más armónica con la Madre Naturaleza. Cuando lo que está en juego parece ser el Poder, lo más sano es mantenernos en permanente *Vigilancia Epistemológica*, prudente y a la vez activa. Insistimos en que estas reflexiones hechas desde nuestro profundo respeto, sólo buscan poner en discusión algunas posibilidades para colaborar en la tarea de construir la interculturalidad en salud, sin olvidarnos de la lucha histórica por el territorio, de la cual apenas tocamos en este trabajo algunas aristas que con toda seguridad ya han sido discutidas intensa y extensamente en diferentes ámbitos nacionales e internacionales, con el propósito de ir a contracorriente de la distorsión del sentido-noción de bienestar, y la pretensión subalternizante que ignora la diversidad vs el argumento fácil de la relativización infinita, desde la perspectiva de la gobernanza de los sistemas de salud. Colaborando a una posible y necesaria resignificación de la equidad, como mecanismo social para compensar las desigualdades y no para perpetuarlas e invisibilizarlas en nuestro Chile y Wallmapu de hoy.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Bermedo, Sergio (2015). “Estrategia local para la transversalización del enfoque intercultural en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)- Territorio Río Negro”. En libro “Río Chuelo, espacio de pensamientos y saberes en salud intercultural”. Publicación financiada por Servicio de Salud de Osorno y CONADI X Región. P 20 – 104.

⁶³ Ibidem.

- Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica, Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar. (2003 a).
- Breilh, Jaime. (1994). Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito, Ecuador: Edic. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. CEAS.
- Breilh Jaime. (2003 b). De la vigilancia convencional a la evaluación participativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 8(4):937-951.
- Breilh Jaime. (2005). *Investigación agraria: ¿por qué la urgencia de una epistemología crítica. ¿Con qué tipo de ciencia queremos trabajar hacia otra realidad agraria?* Repositorio institucional del organismo académico de la comunidad andina. Disponible en línea en:
<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644%20/3512/1/Breilh,%20J-CON-137-%20Investigacion%20agraria.pdf>
- Breilh Jaime. 2013. La determinación social de salud como una herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 31(1):13-27.
- Brinkerhoff, D. (1999). *State-civil society networks for policy implementation in developing countries*. Review of Policy Research Volume16, Issue1 Pages 123-147. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1541-1338.1999.tb00844.x>
- Bullen, M. (1993). *Bulletin of Latin American Research*, 12(1), 126-128. doi:10.2307/3338832
- Convenio 169 de 1989 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, disponible en <https://www.mop.cl/asuntosindigenas/Documents/convenio169.pdf>.
- COSUDE. Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación. *Partenariados público-privado para el desarrollo Por un mayor impacto*. Disponible en: https://www.eda.admin.ch/deza/es/home/suche.html?_charset_=UTF-8&searchquery=partenariado (consultado 31-01-2019).
- Cuyul, Andrés. (2013). La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema / Segunda época / año 7 / núm. 14 / julio-diciembre 2013*. p27

- De Almeida Filho, Naomar. (1992) Epidemiología sin números. Publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud 1992.
- Decreto Ley N° 2.763 de 1979, modificado por ley N° 19.937, Ley Orgánica del Sector Salud. Ministerio de Salud. República de Chile. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629>
- Decreto N° 135 de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. República de Chile. Disponible en <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=237230>
- Decreto N° 140 de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud. República de Chile. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=237231>
- De Sousa Santos, Boa Ventura. (2006). Capítulo I. La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias: para una ecología de saberes. En libro: Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social (encuentros en Buenos Aires). ISBN 987-1183-57-7 Disponible en la World Wide Web: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/santos/Capitulo%20I.pdf> p 16
- De Sousa Santos, Boa Ventura. (2010 a). Descolonizar el Saber, Reinventar el Poder. Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay.
- De Sousa Santos, Boa Ventura. (2010 b). Para descolonizar Occidente: más allá del pensamiento abismal. Buenos Aires: CLACSO-Prometeo Libros. P 35.
- Fuenmayor, R. (1999) Sentido y Sin Sentido del Desarrollo. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/14856/sentido_y_sinsentido.pdf;jsessionid=57512C2A7C6F04DF3A3A8A4F7558940D?sequence=1 p. 25
- Galeano Eduardo. (1971). Las venas abiertas de América Latina. (Librodot.com). Disponible en línea en: <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/articles-101858Archivo.pdf> (Acceso 23.12.2018).
- García Canclini, N. (2001). Culturas Híbridas. Editorial Paidós 1ª edición actualizada 2001. ISBN 950-12-5487-9, p 4.
- Gobierno de Chile. Superintendencia de Salud. (2016). Ley de Derechos y Deberes del Paciente. N° 20.584. Disponible en supersalud.gob.cl

- Granda, Edmundo. (2009). Algunos elementos sobre el desarrollo de la salud pública en América Latina. En: La salud y la vida. Ediciones OPS, Quito, Ecuador, Vol. 1, pp. 41-49.
- Gobierno de la República de Chile. Ley N° 19.253 que Establece Normas sobre protección, fomento y desarrollo de los Indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30620>
- Ley núm. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud. República de Chile. (2012). Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf>
- Mandujano, M. (2017). Justicia Epistémica y Epistemologías del Sur. Oxímora Revista Internacional de Ética y Política núm. 10. Ene-jun 2017. ISSN 2014-7708. Pp. 148-164.
- Mariman, P (1996). “Elementos de historia mapuche”. Centro de Documentación Mapuche Ñuke Mapu. Disponible en <http://tinyurl.com/ctoap5k>
- Mariman, P. Caniuqueo, S. Levil, R. Millalen, J. (2017). *¡...ESCUCHA, WINKA...!* Revista anales Séptima serie. N° 13/2017 p 425.
- Nahuelpán, Héctor. (2013). El lugar del “indio” en la investigación social. Reflexiones en torno a un debate político y epistémico aún pendiente. Revista Austral de Ciencias Sociales 24: 71-91, 2013
- Norma General Administrativa n° 16, Sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud. Ministerio de Salud. República de Chile (2006). <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Norma%2016%20Interculturalidad.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo OIT. (2008). Convenio n° 169 Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=279441>
- OMS – OPS. (1998). Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Saavedra, Región de la Araucanía. Febrero 1998 Washington, D.C.

- ONU (2015). Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, disponible en:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- OPS (2016). Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, D.C. : OPS, 2016. Organización Mundial de la Salud. ISBN: 978-92-75-31922-2. Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/manual-moni-desig-sociales-salud-2016.pdf> 20/01/19 p xiii.
- Pernalete, Martha., Villasana, Pedro. (2018). “De la crítica a la práctica en epidemiología, a la práctica de una epidemiología crítica de construcción socio-comunitaria”. Saber, Universidad de Oriente, Venezuela. Vol. 30:37-52. (2018) ISSN: 2343-6468 Digital
- Quijano, A. (1992). “Colonialidad y modernidad-racionalidad”. En H. Bonilla (ed.). Los conquistados: 1492 y la población indígena de América. Bogotá: Tercer Mundo-FLACSO. Pp. 437-447.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En libro: La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas. Edgardo Lander (comp.) CLACSO, Buenos Aires, Argentina. Julio de 2000. p. 246. Disponible en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf> P 2.
- Rowe, W & Schelling, V (1991). Memory and modernity. Popular culture in Latin America. Verso, London, 1991; 243 pp.
- ONU-CEPAL (2017). Panorama Social de América Latina 2016. CEPAL Publicación de Naciones Unidas ISBN: 978-92-1-058591-0
- ONU-CEPAL (2014). Panorama Social de América Latina 2013. CEPAL Publicación de las Naciones Unidas ISBN: 978-92-1-221118-3
- Stellberg, S. (2007). "En búsqueda de equilibrio: una evaluación del componente de salud intercultural del programa Orígenes en la primera fase". *Proyecto de estudio independiente por encargo del BID – PROMAP. (ISP)*. 171. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/171
- Universidad Popular de los Movimientos Sociales (2012a). “Carta de principios de la Universidad Popular de los Movimientos Sociales”. Justicia epistémica y epistemologías del Sur Oxímora revista internacional de ética y política núm. 10. ene-jun 2017. PP. 148-164 164 ³/₄ (2012b).

- Velasco, O. (2009). “Aun nos cuidamos con nuestra medicina” - Inventario sistematizado de las prácticas sanitarias tradicionales existentes en las poblaciones originarias de los países andinos. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue / Comisión Andina de Salud Intercultural Lima: ORAS – CONHU; 2010 361 p.; ilustr.
- Villasana, Pedro. Gómez, Rubén. De Vos, Pol. (2018). Aproximación crítico-Hermeneútica a la noción de Bienestar en el marco del Neoliberalismo. Utopía y Praxis Latinoamericana. CESA. Año: 23. n°. 83. Octubre-Diciembre, 2018. 148 – 164.