

Volumen 5 - Número Especial - Enero/Marzo 2018

REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

ISSN 0719-4706

Salud y Bienestar Colectivo

REVISTA INCLUSIONES

EDITOR NÚMERO ESPECIAL

ALEX VÉLIZ BURGOS

UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS, CHILE

Portada: Felipe Maximiliano Estay Guerrero / Alex Véliz Burgos

221 B

WEB SCIENCES

CUERPO DIRECTIVO

Directora

Mg. © Carolina Cabezas Cáceres
Universidad de Los Andes, Chile

Subdirector

Dr. Andrea Mutolo
Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda
Universidad Católica de Temuco, Chile

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda
Universidad de Los Lagos, Chile

Editor Científico

Dr. Luiz Alberto David Araujo
Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Cuerpo Asistente

Traductora Inglés

Lic. Pauline Corthorn Escudero
221 B Web Sciences, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón
221 B Web Sciences, Chile

Portada

Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero
221 B Web Sciences, Chile

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Carolina Aroca Toloza
Universidad de Chile, Chile

Dr. Jaime Bassa Mercado
Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Heloísa Bellotto
Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dra. Nidia Burgos
Universidad Nacional del Sur, Argentina

Mg. María Eugenia Campos
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Lancelot Cowie
Universidad West Indies, Trinidad y Tobago

Lic. Juan Donayre Córdova
Universidad Alas Peruanas, Perú

Dr. Francisco José Francisco Carrera
Universidad de Valladolid, España

Mg. Keri González
Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Pablo Guadarrama González
Universidad Central de Las Villas, Cuba

Mg. Amelia Herrera Lavanchy
Universidad de La Serena, Chile

Dr. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev
Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Mg. Cecilia Jofré Muñoz
Universidad San Sebastián, Chile

Mg. Mario Lagomarsino Montoya

Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Claudio Llanos Reyes

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Werner Mackenbach

Universidad de Potsdam, Alemania

Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Mg. Rocío del Pilar Martínez Marín

Universidad de Santander, Colombia

Ph. D. Natalia Milanesio

Universidad de Houston, Estados Unidos

Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Ph. D. Maritza Montero

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Mg. Julieta Ogaz Sotomayor

Universidad de Los Andes, Chile

Mg. Liliana Patiño

Archiveros Red Social, Argentina

Dra. Eleonora Pencheva

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira

Universidad de La Coruña, España

Mg. David Ruete Zúñiga

Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dr. Andrés Saavedra Barahona

Universidad San Clemente de Ojrid de Sofía, Bulgaria

Dr. Efraín Sánchez Cabra

Academia Colombiana de Historia, Colombia

Dra. Mirka Seitz

Universidad del Salvador, Argentina

Dra. Leticia Celina Velasco Jáuregui

*Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores
de Occidente ITESO, México*

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Comité Científico Internacional de Honor

Dr. Adolfo A. Abadía

Universidad ICESI, Colombia

Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Martino Contu

Universidad de Sassari, Italia

Dr. Luiz Alberto David Araujo

Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Dra. Patricia Brogna

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Horacio Capel Sáez

Universidad de Barcelona, España

Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar

Universidad de Los Andes, Chile

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo

*Universidad Popular Autónoma del Estado de
Puebla, México*

Dr. Adolfo Omar Cueto

Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dr. Miguel Ángel de Marco

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Emma de Ramón Acevedo

Universidad de Chile, Chile

Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia

Universidad Autónoma de Madrid, España

Dra. Patricia Galeana

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Manuela Garau

Centro Studi Sea, Italia

Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg

Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia
Universidad de California Los Ángeles,
Estados Unidos

Dr. José Manuel González Freire

Universidad de Colima, México

Dra. Antonia Heredia Herrera

Universidad Internacional de Andalucía, España

Dr. Eduardo Gomes Onofre

Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel León-Portilla

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel Ángel Mateo Saura

Instituto de Estudios Albacetenses “don Juan
Manuel”, España

Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros

Diálogos en MERCOSUR, Brasil

Dr. Álvaro Márquez-Fernández

Universidad del Zulia, Venezuela

Dr. Antonio-Carlos Pereira Menaut

Universidad Santiago de Compostela, España

Dr. José Sergio Puig Espinosa

Dilemas Contemporáneos, México

Dra. Francesca Randazzo

Universidad Nacional Autónoma de Honduras,
Honduras

Dra. Yolanda Ricardo

Universidad de La Habana, Cuba

Dr. Manuel Alves da Rocha

Universidade Católica de Angola Angola

Mg. Arnaldo Rodríguez Espinoza

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Dr. Miguel Rojas Mix

Coordinador la Cumbre de Rectores Universidades
Estatales América Latina y el Caribe

Dr. Luis Alberto Romero

CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Maura de la Caridad Salabarría Roig

Dilemas Contemporáneos, México

Dr. Adalberto Santana Hernández

Universidad Nacional Autónoma de México,
México

Dr. Juan Antonio Seda

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Saulo Cesar Paulino e Silva

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Universidad de Salamanca, España

Dr. Josep Vives Rego

Universidad de Barcelona, España

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Comité Científico Internacional

Mg. Paola Aceituno

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

Ph. D. María José Aguilar Idañez

Universidad Castilla-La Mancha, España

Mg. Elian Araujo

Universidad de Mackenzie, Brasil

Mg. Romyana Atanasova Popova
Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Ana Bénard da Costa
Instituto Universitario de Lisboa, Portugal
Centro de Estudios Africanos, Portugal

Dra. Alina Bestard Revilla
Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte, Cuba

Dra. Noemí Brenta
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ph. D. Juan R. Coca
Universidad de Valladolid, España

Dr. Antonio Colomer Vialdel
Universidad Politécnica de Valencia, España

Dr. Christian Daniel Cwik
Universidad de Colonia, Alemania

Dr. Eric de Léséulec
INS HEA, Francia

Dr. Andrés Di Masso Tarditti
Universidad de Barcelona, España

Ph. D. Mauricio Dimant
Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel

Dr. Jorge Enrique Elías Caro
Universidad de Magdalena, Colombia

Dra. Claudia Lorena Fonseca
Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Dr. Francisco Luis Giraldo Gutiérrez
Instituto Tecnológico Metropolitano, Colombia

Dra. Carmen González y González de Mesa
Universidad de Oviedo, España

Mg. Luis Oporto Ordóñez
Universidad Mayor San Andrés, Bolivia

Dr. Patricio Quiroga
Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Gino Ríos Patio
Universidad de San Martín de Porres, Per

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Arrechavaleta
Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. Vivian Romeu
Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. María Laura Salinas
Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Dr. Stefano Santasilia
Universidad della Calabria, Italia

Mg. Silvia Laura Vargas López
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

Dra. Jaqueline Vassallo
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Evandro Viera Ouriques
Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez
Universidad de Jaén, España

Dra. Maja Zawierzeniec
Universidad de Varsovia, Polonia

Editorial Cuadernos de Sofía

221 B Web Sciences

Santiago – Chile

Revista Inclusiones

Representante Legal

Juan Guillermo Estay Sepúlveda Editorial

REVISTA
INCLUSIONES
REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL

221 B
WEB SCIENCES

Indización y Bases de Datos Académicas

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:



Information Matrix for the Analysis of Journals



CATÁLOGO



DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS





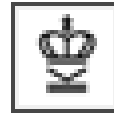
WZB

Berlin Social Science Center



uOttawa

Bibliothèque
Library



REX

BIBLIOTECA ELECTRÓNICA
DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA



Ministerio de
Ciencia, Tecnología
e Innovación Productiva



Uniwersytet
Wrocławski



Stanford University
LIBRARIES



PRINCETON UNIVERSITY
LIBRARY

WESTERN
THEOLOGICAL SEMINARY



ROAD

DIRECTORY
OF OPEN ACCESS
SCHOLARLY
RESOURCES

**ARTICULACIÓN DE SABERES EN DOS EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
COLECTIVA: NOTAS SOBRE PREVENCIÓN, INTERCULTURALIDAD Y AUTOATENCIÓN¹**

**KNOWLEDGE ARTICULATION IN TWO COLLECTIVE HEALTH CARE INITIATIVES:
NOTES ON PREVENTION, INTERCULTURALITY AND SELF-DETERMINED HEALTH CARE**

Dra. Natalia Picaroni Sobrado

Österreichische Akademie der Wissenschaften, Austria
natalia.picaroni@gmail.com

Fecha de Recepción: 30 de noviembre de 2017 – **Fecha de Aceptación:** 09 de diciembre 2017

Resumen

El objetivo de este trabajo es desarrollar una reflexión teórica en torno a la atención sanitaria a partir de dos fuentes: la etnografía de dos experiencias de atención primaria en zonas apartadas de Uruguay y Chile, y mi inmersión como antropóloga en el área sanitaria durante los últimos diez años. Las experiencias de atención primaria incluyen atención médica y de otros/as sanadores en espacios comunitarios, junto a actividades no asistenciales. A partir de inicios más bien autónomos, estas experiencias se han institucionalizado y transformado en parte marginal del aparato sanitario local. Retomo aquí parte del material etnográfico (2007-2012) y del análisis desarrollado en mi tesis doctoral (2015) con el fin de localizar el potencial innovador y crítico de estas experiencias que identifico como atención primaria colectiva. En primer lugar, describo los contextos de investigación para promover la comprensión crítica de mis reflexiones y su posible alcance. Luego, abordo diferentes significaciones y aplicaciones de la atención primaria. Finalmente, procuro dar cuenta del potencial innovador y crítico de las experiencias en el contexto general de la articulación de saberes que en ellas tiene lugar, que toma como punto de partida la simetría y horizontalidad de los saberes y sus representantes. De esta manera promueve la construcción local de conocimiento y ciudadanía con implicaciones notorias para la prevención, la interculturalidad y la autoatención. Retomo aquí aspectos de mi intento de pensar teóricamente cuya relevancia radica en que pueden indicar una dirección hacia la cual encaminar los esfuerzos profesionales en la búsqueda de equidad, autodeterminación y justicia social. Se trata de un camino que promueve, en primera instancia, la transformación del saber profesional para posibilitar su mejor articulación con otros saberes.

Palabras Claves

Antropología cultural – Medicina social – Saberes locales – Chile – Uruguay

Abstract

The aim of this paper is to think theoretically about health care based on two main sources: the ethnography of two primary health care initiatives in remote, underserved areas of Uruguay and Chile, and my immersion as an anthropologist in the field of health services for the last ten years. In these “collective primary health care initiatives” physicians and other healers work in community facilities. At the beginning rather autonomous, both initiatives underwent an institutionalization process becoming a marginal part of the local health services. Based on ethnographic fieldwork (2007-2012) and the analyses carried out for my doctoral thesis (2015), I aim to elucidate the critical, innovative potential of the initiatives. First, I describe the research context to support a critical understanding of my reflections and its scope. Then, I present different applications and meanings of the concept of Primary Health Care. Finally, I discuss the critical, innovative potential of the collective health initiatives examining the way in which different healing knowledges and practices relate to each other. The articulation of knowledges takes, in both cases, symmetry and horizontality as a departure point. Knowledge and citizenship are locally produced in the fields of prevention, interculturality and self-determined health care (autoatención). This analysis can provide an orientation for professional efforts that seek to promote health equality, self-determination and social justice. A first step in this road is the transformation of professional knowledge itself so that a better articulation to other knowledges take place.

Keywords

Cultural anthropology – Social medicine – Local knowledges – Chile – Uruguay

¹ la investigación más relevante para el artículo se desarrolló en el marco del proyecto de investigación doctoral sobre *impacto del proyecto Escuela Latinoamericana de Medicina en Uruguay y Chile*. La misma se financió a través de una beca de investigación de la Universidad de Viena (2009) y de otra de la Academia Austríaca de las Ciencias (2010-2012).

Introducción

En este artículo propongo una reflexión teórica a partir del trabajo etnográfico en dos experiencias de atención primaria en salud en el marco de investigaciones desarrolladas desde las áreas de la antropología del desarrollo y de la antropología médica (2006-2015). Se trata de experiencias que combinan atención de la salud-enfermedad en espacios comunitarios con actividades no asistenciales en zonas apartadas de Uruguay y Chile cuyos habitantes son considerados, en su mayoría, de nivel socioeconómico bajo. A partir de inicios más bien autónomos ambas iniciativas se han institucionalizado y son actualmente parte marginal del aparato sanitario local. Esto permite el acceso a medicamentos y tecnologías consideradas apropiadas para el nivel primario y la conexión con otras instancias sanitarias, además de cubrir una parte de los honorarios de quienes en ellas se desempeñan y aportar recursos para transporte, actividades no asistenciales, etc. En ambos casos, los conjuntos sociales organizados son los actores centrales en el surgimiento y evolución de la atención primaria colectiva.

Estas experiencias pueden ser abordadas desde diversas perspectivas y en relación a aspectos diferentes; admiten asimismo interpretaciones distintas respecto de distintos momentos. El recorte temático de este trabajo surge a partir de una versión preliminar preparada para la mesa de “Salud Colectiva” del *Congreso Salud, Territorio e Interculturalidad* de la Universidad de Los Lagos que tuvo lugar en octubre de 2017 en Puerto Montt, Chile. Sus organizadores propusieron abordar cuatro ejes temáticos: “prácticas sanitarias insurgentes; epistemologías ‘otras’ hacia la construcción de un nuevo paradigma en salud; rol de los profesionales en el proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado; re-pensando el territorio desde la salud colectiva”². El recorte, se fundamenta además en mis diez años de inmersión como antropóloga en el ámbito sanitario en distintos lugares y desde distintas posiciones: investigadora, asesora, coordinadora de proyectos, paciente, etc. Se trata de un intento de pensar teóricamente a partir de prácticas concretas y de las reflexiones que sobre esas prácticas desarrollan sus protagonistas. Una parte de estas prácticas y reflexiones han sido sistemáticamente registradas en el marco de las investigaciones antes mencionadas.

La más relevante para este artículo, incluyó trabajo de campo en Uruguay y Chile. Las dos experiencias de atención primaria constituyeron los contextos centrales de investigación seleccionados para explorar las posibilidades y limitaciones de la atención primaria a partir de reconocer factores promotores e inhibidores de transformaciones consideradas necesarias a nivel local y global. En etapas sucesivas registré etnográficamente la experiencia seleccionada en Uruguay —durante un total de siete meses en los años 2007 y 2011-2012— y en Chile —durante en total diez meses en 2009 y 2010-2011. Las principales herramientas investigativas fueron la observación, las conversaciones informales, las entrevistas en profundidad y la investigación en archivos y bibliográfica³. La información fue registrada en protocolos, diarios de campo, grabaciones, transcripciones, fotografías y videos, y analizada en relación al marco conceptual y los objetivos de aquella investigación. A partir de lo cual propuse considerar a esas experiencias respecto de momentos específicos de su desarrollo como atención primaria colectiva para dar cuenta de diferencias significativas que presentan respecto de otras

² Universidad de Los Lagos, Convocatoria Congreso Internacional Salud, Territorio e Interculturalidad (Universidad de Los Lagos, 2017).

³ Bettina Beer, ed., *Methoden und Techniken der Feldforschung*, Ethnologische Paperbacks (Berlin: Reimer, 2003).

prácticas de atención primaria. La denominación surgió de las características particulares de mi investigación; su relación con el campo académico de la salud colectiva⁴ es indirecta y marginal para mi análisis. Lo central es que encierran un potencial innovador y crítico tensionado por procesos de institucionalización y por las relaciones interpersonales e interinstitucionales en las que se desarrollan⁵.

En este trabajo retomo parte del material etnográfico y de su análisis buscando responder a la interrogante respecto de dónde radica ese potencial innovador y crítico. Los aspectos de mi intento de pensar teóricamente que aquí retomo pueden indicar una dirección hacia la cual encaminar los esfuerzos profesionales en la búsqueda de equidad, autodeterminación y justicia social en el campo de la salud. Se trata de un camino que promueve, en primera instancia, la transformación del saber profesional para posibilitar su mejor articulación con otros saberes y tiene el potencial de modificar las concepciones dominantes sobre el proceso salud-enfermedad-atención, lo cual puede actuar como base para alternativas de vida que promuevan la felicidad y dignidad humana.

Un supuesto básico para mi abordaje es que las concepciones y prácticas hegemónicas, el saber hegemónico en el área sanitaria, en las ciencias médicas y sociales, expresa el contexto sociocultural en el cual se produce y reproduce. Es decir, el contexto sociocultural y económico-político es parte constitutiva del saber técnico. Esto, como proponen Menéndez y Di Pardo, continúa una trayectoria socioantropológica de abordaje de saberes específicos y sus representantes⁶. En las sociedades en las que trabajé, el saber sanitario actualmente hegemónico tiende a reproducir inequidades, abusos y violencias que atentan contra la dignidad individual y colectiva. Esto constituye otro punto de partida básico para este trabajo que se sustenta en mis investigaciones, entre muchas otras⁷.

Desde esta perspectiva, paralelamente al saber hegemónico se desarrollan otras propuestas y saberes de oposición o resistencia algunas de las cuales pueden disputar la hegemonía. Pensar en términos de un saber hegemónico es una abstracción teórico-explicativa que debe entenderse a ese nivel de análisis y que implica la existencia de procesos de hegemonización/subalternización, resistencia, oposición y contrahegemonía. Se trata de un marco referencial anclado en las propuestas gramscianas sobre la

⁴ Naomar Almeida Filho and Jairnilson Silva Paim, 'La Crisis de La Salud Pública y El Movimiento de La Salud Colectiva En Latinoamérica.', Cuadernos Médico Sociales, no. 75 (1999) y Alan Osorio and Lilia Blima Schraiber, 'O Campo Da Saúde Coletiva No Brasil: Definições e Debates Em Sua Constituição', Saúde e Sociedade 24, no. suppl 1 (June 2015): 205–18.

⁵ Natalia Picaroni Sobrado, 'De prácticas y saberes médicos: la inserción de egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina en Uruguay y Chile' (Universidad de Viena, 2015), 207-247.

⁶ Eduardo Menéndez and Renée Di Pardo, *De Algunos Alcoholismos y Algunos Saberes: Atención Primaria y Proceso de Alcoholización*, 1. ed, Colección Miguel Othón de Mendizábal (México, D.F: Ciesas, 1996). p. 53-54.

⁷ Sonia Romero Gorski, *Madres e hijos en la Ciudad Vieja: apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil* (Montevideo: Ed. Nordan-Comunidad, 2003); Michelle Sadler, María Elena Acuña, and Alexandra Obach, *Nacer, educar, sanar: miradas desde la antropología del género*, 1. ed, Género, cultura y sociedad (Santiago de Chile: Catalonia, 2004); Yuri Carvajal et al., 'Propuesta Para El Desarrollo de La Salud En El Ámbito Rural', *Cuad Med Soc* 47, no. 3 (2007): 139–154; Anne-Claire Defossez, Didier Fassin, and Mara Viveros, eds., *Mujeres de Los Andes: Condiciones de Vida y Salud*, *Travaux de l'Institut Français d'études Andines*, t. 65 (Colombia Instituto Frances de Estudios Andinos: 1992) y Paul Farmer, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, California Series in Public Anthropology 4 (Berkeley: University of California Press, 2003).

dinámica de los procesos de dominación de central influencia para la corriente que Martínez-Hernández en su discusión sobre tendencias actuales en antropología médica denomina “neomarxismo periférico”⁸. Finalmente, señalo que me centraré en el saber médico porque constituyó el núcleo de mi investigación, pero considero que las reflexiones que propongo son en líneas generales extensibles a otros saberes profesionales en el área sanitaria, en especial al de la antropología y las ciencias sociales.

En este trabajo, comienzo por plantear algunos rasgos de los contextos de investigación para promover la comprensión crítica de mis reflexiones y su posible alcance. Luego, abordo las significaciones y aplicaciones de la atención primaria que es posible identificar en esos contextos y que enmarcan la propuesta de denominar atención primaria colectiva a las experiencias centrales para este artículo. Finalmente, procuro dar cuenta del potencial innovador y crítico de estas experiencias en el contexto general de la articulación de saberes que desarrollan y en relación a la prevención, la interculturalidad y la autoatención. A partir de las reflexiones de participantes en las experiencias de atención sanitaria y mis observaciones de la práctica médica, establezco conexiones con propuestas reiteradas en varias oportunidades desde la medicina, la salud pública, la epidemiología y las ciencias sociales. Es decir que no se trata de ideas novedosas, sin embargo, encontrarlas en la práctica hoy en día nos permite valorar su vigencia y también los desafíos y dificultades que enfrentan.

De esta manera me sumo a tendencias que consideran que desde los territorios y desde las prácticas y reflexiones que en ellos tienen lugar, podemos construir explicaciones teóricas pertinentes. Lo que implica en buena medida recuperar propuestas desarrolladas anteriormente.

1.- Consideraciones sobre los contextos de investigación

Las experiencias de atención colectiva comparten algunos rasgos que permiten contextualizar mis reflexiones y estimar su posible alcance. En primer lugar, se trata de iniciativas de atención sanitaria en zonas “marginales” de regiones apartadas e históricamente concebidas como fronteras: tres barrios, uno rural y dos suburbanos, de la región de Bella Unión en Uruguay ubicada en la triple frontera entre Uruguay, Brasil y Argentina; y dos sectores rurales de la Isla Grande de Chiloé, en Chiloé, un archipiélago ubicado en la Región de Los Lagos de Chile, y, desde una perspectiva territorial mapuche, en territorio williche⁹. Hay un dicho similar en ambas zonas que dice: “Chile termina en Puerto Montt”; “Uruguay termina en Salto”. Puerto Montt y Salto son ciudades capitales ubicadas a unos 100 km de distancia. Este dicho expresa la sensación de abandono y marginación respecto de los Estados, pero también la relativa autonomía de las

⁸ Angel Martínez-Hernández, *Antropología Médica: Teorías Sobre La Cultura, El Poder y La Enfermedad*, 1 ed, Autores, Textos y Temas de Antropología 43 (Barcelona: Anthropos Editorial, 2008), 162-169.

⁹ Respecto de la condición de frontera de Chiloé en la división territorial mapuche se puede consultar: Pablo Marimán, ‘Los Mapuche Antes de La Conquista Militar Chileno-Argentina’, en *¡...Escucha, Winka...! Cuatro Ensayos de Historia Nacional Mapuche y Un Epílogo Sobre El Futuro*, Mariman, Pablo, Sergio Caniuqueo, José Millalén and Rodrigo Levil (Santiago: LOM Ediciones, 2006).

instituciones y los sujetos respecto de las instancias estatales centrales determinada en parte por su litoralidad, como señalan varias investigaciones¹⁰.

Ambas zonas son caracterizadas como de nivel socioeconómico bajo, la mayoría de sus habitantes se atiende en las instituciones estatales y algunos no tienen oficialmente cobertura sanitaria¹¹. Hacia la mitad de la primera década del siglo XXI, el descontento con las instituciones sanitarias, entre otros factores, promovió que se instauraran estas iniciativas de atención primaria en instalaciones comunitarias con participación protagónica de médicos/as y de colectivos organizados en torno a diversos reclamos, entre ellos los de atención médica. En el caso estudiado en Uruguay, la crisis económica y sanitaria de comienzos del siglo XXI en cuyo marco se multiplicaron las tasas de mortalidad infantil y de extrema pobreza en Bella Unión, fue un factor fundamental. En el de Chile, la autoafirmación indígena y sus reclamos históricos se entrecruzan con la promoción estatal de la salud intercultural como mecanismo de “etnogubernamentalidad” basado en el control y clasificación de la población en clave étnica¹² para dar lugar a una iniciativa que se denominó “atención complementaria williche” y que combina atención médica, de otros profesionales y de sanadores/as no biomédicos, es decir no formados en instituciones biomédicas ni legitimados en primera instancia por el Estado.

En ambos casos, desde inicios más bien autónomos y autogestionados estas experiencias enfrentaron un proceso de institucionalización con momentos de mayor y menor control institucional, en el marco de reformas sanitarias que buscan impulsar la atención primaria integral, la participación comunitaria y, en Chile, también la salud intercultural. Análisis de las reformas coinciden en señalar la divergencia entre las intenciones manifiestas en los textos y las acciones y normativas concretas que siguen promoviendo una atención primaria selectiva y médica y manteniendo, y a veces acentuando, las inequidades y la verticalidad características de la atención hospitalocéntrica, fragmentada y asistencialista que pretenden transformar¹³.

La institucionalización significa mayores recursos monetarios, humanos y tecnológicos. En el caso uruguayo también una mejora notoria de la articulación con los niveles secundarios y terciarios. En el caso chileno, permite la remuneración de los

¹⁰ Silvina Merenson, ‘El “Rincón de La Rinconada”: Lecturas de La Frontera, Narrativas de La Nación, Bella Unión, República Oriental Del Uruguay’, *Papeles de Trabajo* 1, no. 2 (2007): 1–19; Rodolfo Urbina, ‘Chiloé, Foco de Emigraciones - Memoria Chilena’, *Memoria Chilena: Portal*, 1988 y Carlos Hidalgo et al., ‘Affordance of Landscapes and Economic Socio-Spatial Networks in the Quinchao Archipelago, Chile: A Contribution to Landscape Research and Island Studies.’, *Island Studies Journal* 10, no. 1 (2015): 49–70.

¹¹ Departamento de Estadística e Información en Salud, Población inscrita de FONASA 2011, n.d., Disponible <http://www.deis.cl/estadisticas-poblacion/> e Instituto Nacional de Estadística, República Oriental del Uruguay - Usuarios ASSE, Disponible 30 mayo de 2015, <http://www3.ine.gub.uy:82/Anda4/index.php/catalog/316>.

¹² Guillaume Boccara, ‘Etnogubernamentalidad: La Formación Del Campo de La Salud Intercultural En Chile’, *Chungará* 39, no. 2 (2007): 185–207.

¹³ Felipe Cárdenas and Douglas Marticorena, *Reflexiones Sobre Salud Rural y Reforma de La Salud* (Osorno, Chile: Universidad Austral, 2007), Joaquín Montero, Alvaro Tellez, and Herrera, ‘Reforma Sanitaria Chilena y La Atención Primaria de Salud: Algunos Aspectos Críticos.’, *Políticas Públicas*, Pontificia Universidad Católica de Chile., 5, no. 38 (2010): 3–12 y Guillermo Fuentes, ‘El Sistema de Salud Uruguayo En La Post Dictadura: Análisis de La Reforma Del Frente Amplio y Las Condiciones Que La Hicieron Posible.’, *Revista Uruguaya de Ciencia Política* 19, no. 1 (2010): 119–42.

participantes no profesionales y su formación en áreas específicas que mejora el estatus socio-económico, especialmente de algunas mujeres. Simultáneamente, la institucionalización conlleva burocratización, aumento de la dependencia respecto de los recursos monetarios y una merma del control comunitario. En resumen, ambas experiencias se encuentran tensionadas por su relación con las instituciones sanitarias y estatales en general, con ONG y otros actores relevantes con lineamientos, normativas e intereses propios, que pueden promoverlas o también inhibirlas y contradecirlas.

Las médicas y los médicos encargados de la atención médica en estas experiencias así como quienes funcionan como sus referentes centrales se caracterizan por una forma de ser y hacer que difiere en aspectos significativos de la hegemónica. Cuatro aspectos de esa forma de ser-hacer en medicina son centrales para el desarrollo de la atención colectiva. Primero, el posicionamiento más horizontal y simétrico frente a pacientes, trabajadores sanitarios, otros/as sanadores y otras personas en general. Segundo, la visión más integral de la salud y la medicina concebida como derecho humano y bien social y colectivo. Tercero, la sensibilidad respecto de la inequidad social y de sus expresiones en el ámbito sanitario. Cuarto, la sensibilidad hacia las diferencias y similitudes culturales en el manejo cotidiano de las relaciones interculturales.

Estos aspectos, como dije, se expresan en la práctica tanto de quienes asumen cotidianamente la atención médica como de quienes apoyan las experiencias y actúan como sus referentes. En el primer caso, se trata de profesionales formados entre finales del siglo XX y la primera década del siglo XXI en Cuba, en el marco de un proyecto de cooperación internacional denominado Escuela Latinoamericana de Medicina. En trabajos anteriores abordé algunas de las implicaciones de este proyecto para la práctica médica¹⁴. Sus referentes y puntos de apoyo en los contextos de su inserción laboral son, sobre todo, profesionales formados durante los '60 y '70, antes y/o durante la dictadura militar que en ambos países se instauró en 1973 y que se caracterizaron por su oposición a ella. Además, algunos/as médicos y médicas graduados/as recientemente en instituciones uruguayas y chilenas se suman a las experiencias comunitarias aprehendiendo una forma de ser-hacer que consideran no les fue transmitida en su formación pero que incorporan en mayor o menor medida a partir de sus habilidades personales.

Aunque los médicos son actores muy relevantes, los actores centrales son los habitantes de la zona organizados en colectivos: una comunidad williche en un caso y los comités de salud de cada barrio en el otro. Los profesionales han sabido respetar y promover su protagonismo. Este es uno de los aspectos que me lleva a definir estas experiencias como atención primaria colectiva.

2.- Consideraciones sobre las aplicaciones y los significados de la atención primaria

El desarrollo histórico de la atención primaria es un asunto ampliamente discutido en antropología, salud pública y otras disciplinas por lo cual es suficiente un breve recorrido por sus aplicaciones y significados más extendidos para explicar a qué me

¹⁴ Natalia Picaroni Sobrado, 'Aspectos Destacables Del Proyecto ELAM (Cuba) y Su Impacto En El Uruguay', Anuario de Antropología Social y Cultural En Uruguay 2008, 2008, 187-98 y Natalia Picaroni Sobrado, 'Trabajo Médico e Identidad Profesional. Inserción de Médicos/as de La ELAM (Cuba) En Uruguay y Chile', Rev. Urug. Antropología Etnografía 1 (2017): 27-40.

refiero con atención primaria colectiva y con qué otras variantes se articula en los territorios.

La atención primaria fue desarrollada en los '60 y '70 simultáneamente como intervención técnica y como concepción filosófica del proceso salud-enfermedad-atención basada en una crítica profunda a la biomedicina hegemónica. En 1978, la propuesta fue sintetizada en la Declaración de Alma Atta¹⁵ que exigía un cambio radical en la forma de actuar de la biomedicina: ampliar el espectro de la atención médica incorporando aspectos económicos, sociales, culturales y adoptar un enfoque de salud pública con orientación preventiva e intersectorial¹⁶.

Inmediatamente muchos actores relevantes sostuvieron que esa atención primaria integral no llegaría a funcionar pues sería idealista, ingenua e impracticable y propusieron, en su lugar, a la atención primaria selectiva: un paquete de medidas médicas ante las enfermedades más importantes orientada a grupos de riesgo. Se redujo así la atención primaria a unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, determinadas no por las comunidades sino por expertos internacionales. Intervenciones biomédicas convencionales comenzaron a denominarse atención primaria despojándola de su contenido eminentemente político y de sus pilares fundamentales¹⁷. La biomedicina, propone Menéndez, reconoció nuevamente el papel central de los factores socioeconómicos en la salud/enfermedad al tiempo que abdicó, otra vez, de sus posibilidades de promover una actuación sobre ellos reafirmando la creencia de que sólo el progreso científico-técnico biomédico traería soluciones¹⁸.

La atención primaria se constituyó desde entonces en el núcleo ideológico-técnico de la salud pública latinoamericana que adquiere significados y aplicaciones diferentes de acuerdo a los sectores que se hagan cargo de aplicarla¹⁹. A nivel internacional y regional se afirma que la atención primaria constituye el eje de la intervención sanitaria y en todos los países latinoamericanos se han emprendido reformas basadas en ella. Sin embargo, como observan Menéndez y Di Pardo, el proceso técnico-político tiende a impulsar en la práctica una atención primaria médica, básicamente asistencialista, cuya aplicación condujo a logros puntuales, pero implicó una reducción del papel de la participación comunitaria y del uso de los recursos populares autóctonos. Se trata de un tipo de atención primaria que asume *a priori* la superioridad del saber biomédico y que en la práctica tiende a funcionar como filtro que restringe el acceso a niveles de mayor complejidad²⁰.

Resumiendo, la atención primaria integral fue una idea profundamente transformadora desarrollada a partir de fuertes luchas sociales que, paradójicamente a partir de su aceptación internacional, fue despojada de sus contenidos centrales en favor de una atención primaria selectiva que permitió a la biomedicina internacional conservar

¹⁵ The Declaration of Alma Ata (World Health Organization, 1978).

¹⁶ Menéndez and Di Pardo, De Algunos Alcoholismos y Algunos Saberes... 25 y Donald Joralemon, Exploring Medical Anthropology (Boston: Allyn and Bacon, 1999), 76.

¹⁷ Joralemon. Exploring Medical Anthropology... 76-77 y David Werner and David Sanders, 'Cuestionando La Solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil', 2000.

¹⁸ Eduardo L. Menéndez, 'Modelos de Atención de Los Padecimientos: De Exclusiones Teóricas y Articulaciones Prácticas', *Ciência & Saúde Coletiva* 8, no. 1 (2003): 185–207. p. 192.

¹⁹ Menéndez and Di Pardo, De Algunos Alcoholismos y Algunos Saberes... 23.

²⁰ Menéndez and Di Pardo. De Algunos Alcoholismos y Algunos Saberes... 25-26, 59.

su hegemonía. Además, se puede reconocer una atención primaria médica que se caracteriza por ser básicamente asistencialista y que reproduce las inequidades socioeconómicas, de territorio, étnicas, etc. a partir de funcionar como un filtro que, en lugar de garantizar acceso oportuno, restringe el acceso de algunas personas a niveles asistenciales secundarios y terciarios. Esta es hoy en día la hegemónica en los aparatos sanitarios de Uruguay y Chile. Aunque en ambos países se habla de impulsar la atención primaria integral, las prácticas concretas siguen impulsando las líneas selectiva y médica.

Las experiencias de Bella Unión y Chiloé que denomino atención primaria colectiva se diferencian de estas dos líneas. Ambas parten de la base de que en un territorio todos saben de salud y todos pueden aportar y apuntan a compartir y construir conocimiento localmente articulando saberes y formas de atención de manera más horizontal que la dominante. En ellas la práctica médica apoya la construcción de ciudadanos, de sujetos que ejercen su derecho a la ciudadanía. Los médicos son actores relevantes, pero hay un reconocimiento implícito del rol central de los conjuntos sociales y de su racionalidad.

Estas características son similares a las que Granda considera fundamentales para la salud colectiva en el siglo XXI²¹. Sin embargo, en la salud colectiva como campo académico y de práctica tienden a dominar salubristas o epidemiólogos en actividades de planificación, investigación o intervención en salud pública. En los casos que aquí comento, participan médicos y médicas fundamentalmente desde su rol clínico y desde una forma de ser-hacer que modifica a la atención primaria en la misma labor asistencial, sin que se den las transformaciones profundas en la organización y desarrollo de las actividades del sector salud que permitirían hablar de una atención primaria integral o de una orientación del aparato sanitario como tal hacia la salud colectiva. Esto requeriría, por ejemplo, del acceso equitativo a todos los niveles y formas de atención. En la Figura 1 presento de manera esquemática los significados y aplicaciones de la atención primaria relevantes para este trabajo.

| ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL | ATENCIÓN PRIMARIA MÉDICA |
|---|---|
| intervención técnica y concepción filosófica del proceso salud-enfermedad-atención | básicamente asistencialista; funciona como filtro que restringe acceso a otros niveles |
| núcleo ideológico-técnico de la salud pública latinoamericana incluye, entre otros aspectos no realizados, el acceso equitativo a todos los niveles y formas de atención | asume la superioridad del saber médico y fue la más impulsada en Latinoamérica logros puntuales junto a reducción del papel de la comunidad y del uso de recursos autóctonos |
| ATENCIÓN PRIMARIA SELECTIVA | ATENCIÓN PRIMARIA COLECTIVA |
| paquete de medidas que apunta a grupos de riesgo intervenciones biomédicas de alta prioridad determinadas verticalmente por expertos internacionales responde a una lógica mayormente economicista de costo-beneficio a corto plazo | racionalidad individual y colectiva del proceso salud/enfermedad/atención busca articulaciones con la racionalidad médica en el marco de un proceso socio-político de construcción de ciudadanía reconocimiento del rol central de los conjuntos sociales |

Figura 1

Significados y aplicaciones de la atención primaria [elaboración personal]

²¹ Edmundo Granda, '¿A Qué Llamamos Salud Colectiva, Hoy?', Rev Cubana Salud Pública 30, no. 2 (2004).

3.- Articulación de saberes para la prevención, la interculturalidad y la autoatención

En todos los contextos actuales coexisten saberes médicos diferenciados por lo cual la articulación de saberes médicos es un proceso que se da más allá de la intencionalidad de llevarlo a cabo y que no necesariamente es positivo. En muchos casos conlleva pérdida de conocimiento y subordinación, también equivocaciones, malos usos y distorsiones que pueden afectar negativamente la salud²². La coexistencia de saberes médicos diferenciados que se relacionan en distintos contextos y situaciones se denomina pluralismo médico. Para abordarlo se proponen clasificaciones de sistemas o sectores médicos. Algunas muy influyentes desembocaron en interpretaciones más bien estáticas o dicotómicas²³. Sin embargo, las clasificaciones son útiles en tanto las manejemos como abstracciones a un nivel teórico-explicativo.

Menéndez desarrolla una propuesta de formas y saberes en relación —a partir de la cual elaboré la Tabla 2— que se sustenta en tres conceptos interrelacionados: “formas de atención” que refiere a trayectorias individuales o colectivas a nivel de las experiencias; “saberes” que da cuenta de un grado de síntesis de representaciones y prácticas a nivel de los conjuntos sociales; y “modelos” como construcción hermenéutica referencial que establece características y funciones de los saberes en su relación con el contexto sociocultural, económico-político y teórico-práctico. Las categorías deben manejarse como dinámicas, en permanente construcción, transformación y en relación dinámica con las otras.

| SABERES Y FORMAS | MODELOS | SUBMODELOS |
|---|--------------------|------------------------------------|
| biomédicas | médico hegemónico | individual privado |
| | | corporativo público |
| | | corporativo privado |
| “populares” o “tradicionales” alternativas o paralelas | médico subordinado | derivado de tradiciones académicas |
| otras medicinas académicas | | derivado de otras tradiciones |
| autoatención | | autoatención |
| | | grupo de pertenencia |
| | | grupo de padecimientos específicos |

Figura 2

Saberes, formas y modelos de atención [elaboración personal a partir de Menéndez²⁴ ²⁵ y Menéndez y Di Pardo²⁶]

²² C. Leslie, 'Theoretical Foundations for the Comparative Study of Medical Systems. Introduction', *Social Science & Medicine* 12, no. 2B (1978): 65–67; Arthur Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, 1 st., *Comparative Studies of Health Systems and Medical Care* 3 (Berkeley: University of California Press, 1981) y Eduardo Menéndez, 'Le Enfermedad y La Curación. ¿Qué Es Medicina Tradicional?', *Alteridades* 4, no. 7 (1994).

²³ George M. Foster, 'Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems', *American Anthropologist* 78, no. 4 (1976): 773–82 y Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*...

²⁴ Eduardo Menéndez, *Morir de Alcohol: Saber y Hegemonía Médica*, 1. ed, Los Noventa 48 (México, D.F: Alianza Editorial Mexicana : Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1990).

²⁵ Menéndez, 'Modelos de Atención de Los Padecimientos'.

²⁶ Menéndez and Di Pardo, *De Algunos Alcoholismos y Algunos Saberes*...

Desde esta perspectiva, los saberes reconocibles en un territorio o situación se relacionan en procesos en los que algunos actores imponen o intentan imponer su forma de entender y organizar el mundo a otros que la van aceptando y reproduciendo, oponiendo o resistiendo de manera que otras formas de entender y organizar, se van definiendo cada vez más en su articulación con la hegemónica. Sin embargo, Menéndez considera que en antropología así como en salud pública y en epidemiología domina una visión antagonista y excluyente entre saberes, especialmente entre la biomedicina y los demás. Ante esto propone enfocarse en las articulaciones reales o potenciales ya que los diversos saberes comparten características comunes y se relacionan dinámicamente²⁷.

En las experiencias de atención primaria colectiva, los saberes en relación y sus principales representantes que propongo diferenciar analíticamente incluyen por lo menos los siguientes:

- saber biomédico: médicos, psicólogos, kinesiólogos/fisioterapeutas, paramédicos, parteros/matrones, odontólogos, etc.
- saber médico de curadores especializados: lawentuchefe, sanadores williche, curanderos, etc.
- saberes derivados de otras tradiciones médicas académicas o de otras medicinas: digitopuntura, acupuntura, reiki, herbolaria
- saberes de autoatención de los grupos domésticos y otros grupos

La articulación entre saberes en estos casos es intencionada y consciente ya que es parte fundamental de la postura filosófica que sustenta a la atención primaria colectiva y uno de sus objetivos explícitos compartidos por sus protagonistas. La articulación de saberes en ellas se diferencia de otras articulaciones observables en los mismos contextos y en el plano macrosocial, por la relativa horizontalidad con la que tiene lugar. Se da a partir de una relación de reconocimiento mutuo y respetuoso entre los/as actores que sustentan saberes diferentes que no son considerados *a priori* más válidos o verdaderos unos que otros. Cada situación particular determina tanto lo válido o inválido de una opinión o creencia (biomédica, tradicional o popular) como las modificaciones necesarias para un abordaje, manejo o solución de esa situación específica, a veces complementando, otras corrigiendo, modificando, adaptando, etc. Se trata en definitiva de un proceso situacional de construcción de conocimiento en el cual se transforman todos los saberes en cuestión.

Si bien este proceso se encuentra tensionado y enfrenta serias contradicciones, se expresa en la práctica por lo menos en algunos momentos y situaciones en los cuales el potencial innovador y crítico de la atención colectiva se manifiesta con mayor claridad, ya que ese potencial radica justamente en el tipo de articulación de saberes que estas experiencias promueven. Desde esta manera de articular saberes hay tres áreas que manifiestan diferencias sustanciales con la forma hegemónica de abordadas: la prevención, la interculturalidad y la autoatención.

3.1.- Prevención

En el área de la prevención para el saber hegemónico lo central es el autocuidado individual o del micro grupo respecto de factores biológicos a través de estrategias

²⁷ Eduardo Menéndez, De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva, 1. ed, Colección Salud colectiva (Buenos Aires: Lugar Ed, 2009), 26.

puntuales basadas sobre todo en algún fármaco o tecnología diagnóstica. En cambio, las concepciones y acciones preventivas de los grupos sociales son parte de procesos colectivos e incluyen factores ambientales, socioculturales y económicos.

La tendencia dominante en biomedicina asume una carencia de concepciones y acciones preventivas y una actitud reacia de los conjuntos sociales hacia la prevención. A nivel discursivo se acepta que los factores sociales, ambientales, económicos, etc. son decisivos y domina la multicausalidad; mientras que a nivel de las prácticas se busca algún tipo de unicausalidad que permita establecer estrategias preventivas puntuales y sencillas que apunten hacia el individuo y en especial hacia su estilo de vida²⁸. De manera que el autocuidado individual o del microgrupo es lo dominante en el saber biomédico, a pesar de las intensas búsquedas que procuran superar este enfoque²⁹.

Buena parte de las personas que habitan los territorios donde se desarrollan las experiencias de atención colectiva, incluido el personal de salud, reconocen entre las causas fundamentales de los desequilibrios que afectan su salud, a la ocupación del espacio socionatural de reproducción de la vida por la agroindustria o por industrias extractivistas orientadas al mercado internacional. Desde este reconocimiento, desarrollan estrategias y acciones que van desde ofrendas y ceremonias para apaciguar al mar o pedir salud, hasta suspender el consumo de ciertos alimentos o hierbas antes muy utilizados.

Lo central aquí es que la forma en que los territorios son incorporados al capitalismo global y a los respectivos estados, afecta la salud de las personas que los habitan, pero actuar consistentemente desde este reconocimiento requiere la capacidad de efectuar transformaciones sociales profundas a nivel local, estatal y global. Los colectivos organizados localmente enfrentan serias dificultades para ello. Sin embargo, articular el saber biomédico con otros saberes desde una perspectiva crítica —desde una ética que apunte a la construcción de un saber sobre la salud y la enfermedad, sobre la vida y la muerte que deje de ser funcional a la forma de organización socioeconómica imperante— puede actuar como horizonte de las acciones preventivas y promotoras de salud.

De esta manera, no sólo se amplía el espectro de acciones preventivas y promotoras posibles, sino que las prioridades y estrategias se transforman. Adquieren sentido como prácticas preventivas y se incorporan como centrales y prioritarias —no subordinadas a lo asistencial y biomédico— actividades asumidas en conjunto desde la realidad local que pueden incluir actividades de expresión, comunicación y recreativas, intercambios de semillas, actividades productivas comunitarias y de autosustento, gestiones ante las instituciones responsables del saneamiento, del control de las empresas y cumplimiento de las disposiciones estatales, visitas domiciliarias y talleres sobre temáticas de salud, entre otras.

²⁸ Menéndez. De sujetos, saberes y estructuras... 121-128.

²⁹ Naomar Almeida Filho, 'Por Una Etnoepidemiología. Esbozo de Un Nuevo Paradigma Epidemiológico', Cuadernos Médico Sociales 61 (1992): 43-47; Jesús Armando Haro, Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances (Buenos Aires: Lugar editorial, 2011) y Luz Arenas-Monreal, Jazmín Jasso-Arenas, and Roberto Campos-Navarro, 'Autocuidado: Elementos Para Sus Bases Conceptuales', Global Health Promotion 18, no. 4 (2011): 42-48.

3.2.- Interculturalidad

De manera similar a lo anotado en relación a la prevención, el reconocimiento de la diversidad cultural y su relevancia para la salud y la vida desde una perspectiva de derechos y justicia social, en la mayoría de los contextos no puede ir más allá del nivel discursivo. Este reconocimiento cuestiona la estratificación social, la cual fundamentada en conceptos raciales y/o étnicos desde su raíz colonial hasta su expresión neoliberal³⁰ y articulada con diferencias de clase, género y territorio³¹ continúa siendo el núcleo de la constitución de nuestras sociedades.

En el área sanitaria, pueden distinguirse distintas líneas de concepción y manejo de la interculturalidad³², entre las cuales la dominante tiende a esencializar lo cultural y lo étnico y a responsabilizar neoliberalmente a los sujetos por su salud o la de sus pacientes³³. De esta manera opaca el papel que las condiciones estructurales de desigualdad, marginación, pobreza y discriminación juegan sobre la salud, al tiempo, que enfatiza mediadas educativas que apuntan a cambios conductuales en los sujetos para fomentar relaciones interculturales más respetuosas y la eficacia médica³⁴. Sin embargo, las discriminaciones, estigmatizaciones y el racismo son intersticiales y atraviesan tanto el saber biomédico como los demás saberes en procesos en los que la dimensión étnica se articula de manera compleja con otras dimensiones en las diversas áreas de la vida cotidiana³⁵.

En los contextos en los que se desarrollan las experiencias de atención colectiva, las estigmatizaciones, discriminaciones y el racismo tiene lugar en la práctica, por ejemplo, a través de la dedicación de menos tiempo y recursos para la atención de la población rural o en el establecimiento de criterios diferenciados para las urgencias, diagnósticos y tratamientos, más allá de que en los programas y documentos oficiales se “garantice” igual tiempo e iguales recursos y se estandaricen los procedimientos para casi todo. También con frecuencia se dan situaciones violentas entre personal sanitario y personas que se atienden en los establecimientos o situaciones en las que los prejuicios mutuos impiden un reconocimiento simétrico del otro con repercusiones negativas para la salud, demoras para el acceso a tratamientos entre otras.

Considero que el potencial más crítico del reconocimiento de la diversidad cultural en las experiencias de atención colectiva consiste en la oposición consistente a la discriminación y al racismo en las relaciones entre instituciones sanitarias y población. Ambas experiencias reclaman atención biomédica de calidad y equitativa y desarrollan, con mayor o menor éxito, estrategias para alcanzarla que tienen que ver, por ejemplo, con negociaciones con otras instancias del aparato sanitario. También, con brindar atención a

³⁰ Aníbal Quijano, ‘Colonialidad del poder, globalización y democracia’, Utopías, nuestra bandera: revista de debate político, no. 188 (2001): 97–123.

³¹ Silvia Rivera Cusicanqui, Violencias (re) encubiertas en Bolivia (Ciudad de Panamá: Otramericá, 2012).

³² Eduardo Menéndez, ‘Interculturalidad, “Diferencias” y Antropología “at Home”: Algunas Cuestiones Metodológicas.’, in Salud e Interculturalidad En América Latina. Antropología de La Salud y Crítica Intercultural, Fernández Juárez, Gerardo (Quito: Ediciones Abya-Yala, 2006), 51–66.

³³ Boccara, ‘Etnogubernamentalidad’...

³⁴ Kleinman, Patients and Healers in the Context of Culture...

³⁵ Eduardo Menéndez, La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo (Barcelona: Bellaterra, 2002), 121-124.

migrantes indocumentados en uno de los casos, o, en el otro, a personas que recurrieron a las instituciones sanitarias por problemas graves de salud mental sin obtener respuesta oportuna debido a la ausencia de especialistas, largas listas de espera u otros factores.

Hay tres factores identificables en estas experiencias que indican un cuestionamiento práctico a las inequidades socioeconómicas, étnicas y de territorio: el respeto como base de las relaciones interpersonales; la capacidad de escuchar, observar y procurar entender los procesos históricos y sociales que están en la base de los procesos de salud-enfermedad-atención; y una actitud firme de oposición a la discriminación y estigmatización de personas y conjuntos sociales.

Los tres implican una actitud autocrítica y reflexiva respecto del saber propio, tanto del saber médico y profesional en general como de los demás saberes en tanto asumen las representaciones y prácticas racistas, misóginas, xenofóbicas, etc. A pesar de que esta actitud se dificulta en el marco de políticas públicas asistencialistas que tienden a acentuar ciertas diferencias como forma de distribuir “beneficios”, el cuestionamiento antes señalado puede convertirse en la base de una interculturalidad más simétrica y no esencializante de lo étnico. Una interculturalidad que permita reconocer la significación de la dimensión simbólica y de los aspectos étnicos articulados con otras dimensiones que reflejen la complejidad de la vida individual y colectiva.

3.3.- Autoatención

La articulación de saberes en las experiencias de atención colectiva tiene como uno de sus aspectos más interesante el lugar protagónico del aprendizaje para la autoatención como aspecto central e intencional de las relaciones interpersonales ya sea en la consulta clínica, la consulta con y entre sanadores, las conversaciones informales, encuentros organizados en torno a temas de salud u otras actividades.

La autoatención entendida como el cuidado y restablecimiento relativamente autónomo de la salud es un proceso estructural básico, es la actividad nuclear y sintetizadora que los sujetos y grupos realizan respecto del proceso salud-enfermedad-atención. Es el primer nivel real de atención desde el cual se articulan todas las demás formas de atención incluyendo la biomédica, se decide, por ejemplo, consultar o no curadores profesionales entre muchas otras actividades y decisiones. La biomedicina es actualmente uno de los principales referentes de las actividades de autoatención, sin embargo, domina, “una especie de escotomización respecto del proceso de autoatención, en términos de escindir la autoatención considerada ‘buena’ de la ‘mala’, no asumiendo que ambas son parte de un mismo proceso, y que tienen los mismos objetivos desde las decisiones y acciones de los grupos sociales”³⁶.

Al menos una parte de los malentendidos, frustraciones y críticas mutuas entre trabajadores y representantes de las instituciones sanitarias y quienes en ellas se atienden en Bella Unión y Chiloé tiene que ver con las dificultades de los primeros para comprender cómo funciona el proceso de autoatención, del cual es parte central la articulación con el saber biomédico. Las personas se apropian y aprenden del saber médico en sus relaciones con las instituciones. Por ejemplo, en la consulta los pacientes aprehenden indicadores diagnósticos que luego utilizan autónomamente para decidir por ejemplo consultar o no ante otro evento. Este proceso se da sin importar que la consulta

³⁶ Menéndez, ‘Modelos de Atención de Los Padecimientos’... 203.

dure sólo unos minutos y que no haya intencionalidad de parte del personal sanitario de promoverlo. Cabe notar que la corta duración de la consulta y la falta de intencionalidad y/o habilidad para explicar la perspectiva biomédica, tienden a favorecer distorsiones y confusiones en la incorporación del saber biomédico por parte de los conjuntos sociales.

En las experiencias de atención primaria colectiva se procura contribuir a que las personas puedan autoatenderse mejor a partir de actividades puntuales —campañas de recolección de los medicamentos y de discusión sobre sus usos y efectos, talleres educativos, etc.— pero también y, sobre todo, en la relación persona a persona entendiendo que todo contacto con sanadores es un espacio de aprendizaje para la autoatención. Igual que para la prevención y la interculturalidad, el contacto interpersonal es lo fundamental.

En estas experiencias los/as médicos/as han procurado intencionalmente contribuir a que las personas aprendan cuándo deben recurrir a las instituciones de salud desde la perspectiva biomédica, y cuándo no. Partiendo de la base de que toda una serie de asuntos cotidianos no requieren de intervención médica y pueden ser bien atendidos en el hogar, han contribuido a que las personas aprendan a solucionar sin recurrir al médico una serie de problemas. También a que reduzcan el consumo de medicamentos alopáticos o bien los utilicen en los casos en los que se recomiendan y para los cuales no haya alternativas mejores. Los/as pacientes consideran que han aprendido mucho para cuidar de su salud y la de su grupo doméstico, abordando mejor sus procesos de salud-enfermedad-atención y recurriendo más oportunamente a las instituciones sanitarias, es decir, logrando una mejor articulación con la atención biomédica, lo cual, en algunos casos fue corroborado por las instituciones. También, se han revalorizado conocimientos y técnicas terapéuticas que habían caído en desuso o descrédito, y se han incorporado otras para apoyar las respuestas y soluciones locales ante el desafío de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Referencias

Almeida Filho, Naomar. 'Por Una Etnoepidemiología. Esbozo de Un Nuevo Paradigma Epidemiológico'. Cuadernos Médico Sociales 61 (1992): 43–47.

Arenas-Monreal, Luz, Jazmín Jasso-Arenas y Roberto Campos-Navarro. 'Autocuidado: Elementos Para Sus Bases Conceptuales'. Global Health Promotion 18, no. 4 (December 2011): 42–48.

Beer, Bettina, ed. Methoden und Techniken der Feldforschung. Ethnologische Paperbacks. Berlin: Reimer, 2003.

Boccaro, Guillaume. 'Etnogubernamentalidad: La Formación Del Campo de La Salud Intercultural En Chile'. Chungará 39, no. 2 (2007): 185–207.

Cárdenas, Felipe y Douglas Marticorena. Reflexiones Sobre Salud Rural y Reforma de La Salud. Osorno, Chile: Universidad Austral, 2007.

Carvajal, Yuri, Jaime Carvajal, E. Figueroa, Jaime Ibacache, Fabiola Jaramillo y Mónica Winkler. 'Propuesta Para El Desarrollo de La Salud En El Ámbito Rural'. Cuad Med Soc 47, no. 3 (2007): 139–154.

Articulación de saberes en dos experiencias de atención primaria colectiva: notas sobre prevención, interculturalidad y... pág. 25

Defosse, Anne-Claire, Didier Fassin y Mara Viveros, eds. *Mujeres de Los Andes: Condiciones de Vida y Salud*. Travaux de l'Institut Français d'études Andines, t. 65. Colombia Instituto Frances de Estudios Andinos, 1992.

Departamento de Estadística e Información en Salud. 'Población Inscrita de FONASA 2011', Disponible. 28 de noviembre de 2017. <http://www.deis.cl/estadisticas-poblacion/>.

Farmer, Paul. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. California Series in Public Anthropology 4. Berkeley: University of California Press, 2003.

Filho, Naomar Almeida y Jairnilson Silva Paim. 'La Crisis de La Salud Pública y El Movimiento de La Salud Colectiva En Latinoamérica.' Cuadernos Médico Sociales, no. 75 (1999).

Foster, George M. 'Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems'. *American Anthropologist* 78, no. 4 (1976): 773–82. Disponible. 29 de noviembre de 2017.

Fuentes, Guillermo. 'El Sistema de Salud Uruguayo En La Post Dictadura: Análisis de La Reforma Del Frente Amplio y Las Condiciones Que La Hicieron Posible.' *Revista Uruguay de Ciencia Política* 19, no. 1 (2010): 119–42.

Granda, Edmundo. '¿A Qué Llamamos Salud Colectiva, Hoy?' *Rev Cubana Salud Pública* 30, no. 2 (2004). Disponible. 28 de noviembre de 2017. http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm.

Haro, Jesús Armando. *Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2011.

Hidalgo, Carlos, Francisco Ther, Gonzalo Saavedra y Asunción Díaz. 'Affordance of Landscapes and Economic Socio-Spatial Networks in the Quinchao Archipelago, Chile: A Contribution to Landscape Research and Island Studies.' *Island Studies Journal* 10, no. 1 (2015): 49–70.

Instituto Nacional de Estadística. 'República Oriental Del Uruguay - Usuarios ASSE'. Disponible. 30 de mayo de 2015. <http://www3.ine.gub.uy:82/Anda4/index.php/catalog/316>.

Joralemon, Donald. *Exploring Medical Anthropology*. Boston: Allyn and Bacon, 1999.

Kleinman, Arthur. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. 1 st. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care 3. Berkeley: University of California Press, 1981.

Leslie, C. 'Theoretical Foundations for the Comparative Study of Medical Systems. Introduction'. *Social Science & Medicine* 12, no. 2B (1978): 65–67.

Marimán, Pablo. 'Los Mapuche Antes de La Conquista Militar Chileno-Argentina'. In *¡...Escucha, Winka...! Cuatro Ensayos de Historia Nacional Mapuche y Un Epílogo Sobre El Futuro*, Mariman, Pablo, Sergio Caniuqueo, José Millalén and Rodrigo Levil. Santiago: LOM Ediciones, 2006.

Martínez-Hernández, Angel. *Antropología Médica: Teorías Sobre La Cultura, El Poder y La Enfermedad*. 1 ed. Autores, Textos y Temas de Antropología 43. Barcelona: Anthropos Editorial, 2008.

Menéndez, Eduardo. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. 1. ed. Colección Salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Ed, 2009.

Menéndez, Eduardo. 'Interculturalidad, "Diferencias" y Antropología "at Home": Algunas Cuestiones Metodológicas.' In *Salud e Interculturalidad En América Latina. Antropología de La Salud y Crítica Intercultural*, Fernández Juárez, Gerardo., 51–66. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2006.

Menéndez, Eduardo. *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra, 2002.

Menéndez, Eduardo. 'Le Enfermedad y La Curación. ¿Qué Es Medicina Tradicional?' *Alteridades* 4, no. 7 (1994).

Menéndez, Eduardo. 'Modelos de Atención de Los Padecimientos: De Exclusiones Teóricas y Articulaciones Prácticas'. *Ciência & Saúde Coletiva* 8, no. 1 (2003): 185–207. Disponible. 28 de noviembre de 2017. doi:10.1590/S1413-81232003000100014.

Menéndez, Eduardo. *Morir de Alcohol: Saber y Hegemonía Médica*. 1. ed. Los Noventa 48. México, D.F: Alianza Editorial Mexicana: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1990.

Menéndez, Eduardo y Renée Di Pardo. *De Algunos Alcoholismos y Algunos Saberes: Atención Primaria y Proceso de Alcoholización*. 1. ed. Colección Miguel Othón de Mendizábal. México, D.F: Ciesas, 1996.

Merenson, Silvina. 'El "Rincón de La Rinconada": Lecturas de La Frontera, Narrativas de La Nación, Bella Unión, República Oriental Del Uruguay'. *Papeles de Trabajo* 1, no. 2 (2007): 1–19.

Montero, Joaquín, Alvaro Tellez y Herrera. 'Reforma Sanitaria Chilena y La Atención Primaria de Salud: Algunos Aspectos Críticos.' *Políticas Públicas*. Pontificia Universidad Católica de Chile., 5, no. 38 (2010): 3–12.

Osmo, Alan y Lilia Blima Schraiber. 'O Campo Da Saúde Coletiva No Brasil: Definições e Debates Em Sua Constituição'. *Saúde e Sociedade* 24, no. suppl 1 (June 2015): 205–18. Disponible. 28 de noviembre de 2017. doi:10.1590/S0104-12902015S01018.

Picaroni Sobrado, Natalia. 'Aspectos Destacables Del Proyecto ELAM (Cuba) y Su Impacto En El Uruguay'. *Anuario de Antropología Social y Cultural En Uruguay* 2008, 2008, 187–98.

Picaroni Sobrado, Natalia. 'De prácticas y saberes médicos: la inserción de egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina en Uruguay y Chile'. Universidad de Viena, 2015.

Articulación de saberes en dos experiencias de atención primaria colectiva: notas sobre prevención, interculturalidad y... pág. 27

Picaroni Sobrado, Natalia. 'Trabajo Médico e Identidad Profesional. Inserción de Médicos/as de La ELAM (Cuba) En Uruguay y Chile'. Rev. Urug. Antropología Etnografía 1 (2017): 27–40.

Quijano, Aníbal. 'Colonialidad del poder, globalización y democracia'. Utopías, nuestra bandera: revista de debate político, no. 188 (2001): 97–123. Disponible. 1 de noviembre de 2017. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2349909>.

Rivera Cusicanqui, Silvia. Violencias (re) encubiertas en Bolivia. Ciudad de Panamá: Otramericá, 2012.

Romero Gorski, Sonia. Madres e hijos en la Ciudad Vieja: apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil. Montevideo: Ed. Nordan-Comunidad, 2003.

Sadler, Michelle, María Elena Acuña y Alexandra Obach. Nacer, educar, sanar: miradas desde la antropología del género. 1. ed. Género, cultura y sociedad. Santiago de Chile: Catalonia, 2004.

'The Declaration of Alma Ata'. World Health Organization, 1978. Disponible. 28 de noviembre de 2017. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

Universidad de Los Lagos. 'Convocatoria Congreso Internacional Salud, Territorio e Interculturalidad'. Universidad de Los Lagos, 2017.

Urbina, Rodolfo. 'Chiloé, Foco de Emigraciones - Memoria Chilena'. Memoria Chilena: Portal, 1988. Disponible. 1 de noviembre de 2017. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-68548.html>.

Werner, David y David Sanders. 'Cuestionando La Solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil.', 2000. Disponible 28 de noviembre de 2017. <http://www.healthwrights.org/content/books/CLS/index.htm>.

Para Citar este Artículo:

Picaroni Sobrado, Natalia. Articulación de saberes en dos experiencias de atención primaria colectiva: notas sobre prevención, interculturalidad y autoatención. Rev. Incl. Vol. 5. Num. Especial, Enero-Marzo (2018), ISSN 0719-4706, pp. 11-27.

221 B
WEB SCIENCES

CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.