



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Sebastián Medina Gay

¿QUÉ PUEDE UNA CIENCIA?
EPIDEMIOLOGÍA, SABERES POPULARES Y CRISIS
ECOSOCIAL EN EL SUR DE CHILE

Tese de no âmbito do doutoramento em Pós-colonialismos e Cidadania
Global orientada pelo Professor Doutor João Arriscado Nunes,
coorientada pelo Professor Doutor Paul Hersch Martínez e apresentada à
Faculdade de Economia da Universidade de
Coimbra.

Junho de 2020

Esta investigación fue financiada gracias a una Beca doctoral otorgada por la Fundación para la Ciencia y la Tecnología (FCT) de Portugal. Número de Referencia: PD/BD/113921/2015

Dedicatoria

Dedico este trabajo a las familias de Chiloé que me enseñaron a compartir y mantener encendidas las memorias del fogón.

A mi compañera de tantos viajes Lorena.

A mi madre, padre y hermanos, siempre cómplices.

A mis antepasados que me acompañan sobre cada viento.

A Jaime por la pasión, la música y los sueños que se vuelven caminos.

Agradecimientos

A más de cuatro años del inicio de este trabajo ya son innumerables las personas que hacen parte de este proceso de investigación, aportando su inmensa generosidad, sabiduría y cariño.

Empezando puertas adentro, agradezco a mi compañera de vida Lorena, por todo su amor y apoyo en cada proyecto. A mi familia que siempre me impulsa a seguir mis extrañas intuiciones. A mis grandes amigos de múltiples vuelos sur-sur: Diana, Pepe y Maíra.

Al Centro de Estudios Sociales de la Universidad de Coímbra, un lugar inesperadamente amable, donde pude estudiar e investigar como en una segunda casa. En su Biblioteca Norte/Sur agradezco toda la paciencia de Maria José, Inês y Acacio. En su enseñanza agradezco toda la sabiduría, pasión y humildad de Boaventura de Sousa Santos, María Paula Meneses y Antonio Sousa Ribeiro. A todos mis compañeros de generación del programa doctoral en “poscolonialismos y ciudadanía global” y sus programas hermanos: nuestras densas conversas, comidas, risas y bailes son ahora parte de un camino colectivo.

Por su dedicada compañía a mi proceso personal y académico agradezco al orientador de este trabajo João Arriscado Nunes y a mi co-orientador Paul Hersch Martínez. Dentro del mismo proceso de creación agradezco a Marcelo Firpo Porto, Magno Araujo, Patricia Ferreira y Mauro Serapioni.

En el archipiélago de Chiloé se me quedarán cortas las letras para agradecer a todos los vivientes que me invitaron generosamente a compartir sus mates, memorias y sueños. En un lugar precioso guardo los momentos con Patricia, José Edgardo, Ciceto, la tía Icha, Renato, Alejandra, Miriam, Erica, Flor, Andrés, Javier, Daniela, Marite, Arnaldo, Sebastián, Sindy, Daniel, Valentina y Simón. Y por supuesto, los imprescindibles y cariñosos apoyos de Jaime y Sol, cuya familia kaleuchina extensa, es ahora también la mía.

TODO O CONHECIMENTO CIENTÍFICO VISA CONSTITUIR-SE EM SENSO COMUM

BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS (1987)

O NOVO SE CONSTRÓI PELAS PRÁXIS, DA QUAL POR DEFINIÇÃO NÃO SE PODE TER UMA RECEITA COMO A DE UMA TORTA, NEM A ELA SE PODE IMPOR DIREÇÕES. NO MÁXIMO, SERÁ POSSÍVEL EXPERIMENTAR, PORÉM NADA SE PODE FAZER SENÃO VERIFICAR QUE O NOVO TERÁ CHEGADO QUANDO CHEGAR, POR SEUS EFEITOS. JÁ QUE NÃO É POSSÍVEL PLANIFICÁ-LO DIRETAMENTE, ACREDITO QUE UMA IMPORTANTE TAREFA É JUSTAMENTE AUMENTAR A CAPACIDADE DOS SUJEITOS DE RECONHECER O NOVO

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO (2000)

RESUMEN

La epidemiología sociocultural es una corriente teórico-metodológica que emerge del pensamiento sanitario latinoamericano a partir de la crítica a la epidemiología convencional, considerada ineficaz para articular respuestas sociales transformadoras frente a las persistentes injusticias sanitarias. A pesar de sus interesantes desarrollos epistemológicos, conceptuales y metodológicos se encuentra prácticamente ausente del campo disciplinario.

El objetivo de esta investigación fue comprender y acompañar las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural en el archipiélago de Chiloé, un grupo de 42 islas ubicadas al sur de Chile. A través de una aproximación etnográfica se realizó un trabajo de campo de 11 meses de duración (2017-2018) donde se hizo observación participante en sus espacios de investigación-acción-pedagógica, entrevistas semiestructuradas a sus principales actores y análisis de sus producciones.

La epidemiología sociocultural de Chiloé emerge durante las dos primeras décadas del S.XXI entre crisis ecológicas, sociales y sanitarias producidas por un dañino modo de extractivismo. Retoma los principios políticos de la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericana y los combina pragmáticamente con las propuestas teórico-metodológicas de la antropología médica culturalista. Sus prácticas de conocimiento se basan en la constitución de espacios de diálogo integrados por pacientes, terapeutas, funcionarios de salud y organizaciones comunitarias donde se traducen y articulan saberes relacionados con los procesos de salud y enfermedad desde diversas experiencias vitales y tradiciones (indígenas, populares y biomédicas). Dos de sus “modelos explicativos fundamentales” (equilibrio/desequilibrio-transgresión y autonomía/dependencia), cuyas raíces se encuentran en la cosmovisión Mapuche, aparecen como críticos para hacer inteligibles sus procesos de transformación ético-onto-epistemológica, sus proyecciones y sus límites.

Palabras clave: epidemiología sociocultural; proceso de salud-enfermedad; extractivismo; traducción intercultural; archipiélago de Chiloé.

RESUMO

A epidemiologia sociocultural é uma corrente teórico-metodológica que emerge do pensamento sanitário latino-americano com base numa crítica da epidemiologia convencional, considerada ineficaz na articulação de respostas sociais transformadoras às persistentes injustiças sanitárias. Apesar dos seus interessantes desenvolvimentos epistemológicos, conceptuais e metodológicos, está praticamente ausente do campo disciplinar.

O objetivo desta pesquisa foi compreender e acompanhar as práticas de conhecimento da epidemiologia sociocultural no arquipélago de Chiloé, um grupo de 42 ilhas localizadas no sul do Chile. Recorrendo a uma abordagem etnográfica, foi realizado um trabalho de campo de 11 meses (2017-2018), onde foi feita uma observação participante levada a cabo em espaços de pesquisa-ação-pedagógica, com entrevistas semiestruturadas aos seus principais atores e análise das respetivas produções.

A epidemiologia sociocultural de Chiloé emerge nas duas primeiras décadas do século XXI entre crises ecológicas, sociais e sanitárias produzidas por um modo nocivo de extrativismo. Retoma os princípios políticos da Medicina Social/ Saúde Coletiva latino-americana e combina-os pragmaticamente com as propostas teórico-metodológicas da antropologia médica culturalista. As suas práticas de conhecimento baseiam-se na constituição de espaços de diálogo integrados por doentes, terapeutas, agentes de saúde e organizações comunitárias onde os conhecimentos dos processos de saúde-doença das diversas experiências e tradições (indígenas, populares e biomédicas) são traduzidos e articulados. Dois dos seus “modelos explicativos fundamentais” (equilíbrio/desequilíbrio-transgressão e autonomia/dependência), cujas raízes estão na visão de mundo Mapuche, aparecem como indispensáveis para tornar inteligíveis os seus processos de transformação ético-onto-epistemológica, as suas projeções e os seus limites.

Palavras-chave: epidemiologia sociocultural; processo saúde-doença; extrativismo; tradução intercultural; Arquipélago de Chiloé.

ABSTRACT

Socio-cultural epidemiology is a theoretical-methodological approach that emerges from Latin American from a critique of conventional epidemiology, considered ineffective in articulating transformative social responses to persistent health injustices. Despite its interesting epistemological, conceptual and methodological developments, it is practically absent from the disciplinary field.

The objective of this research was to understand and accompany the knowledge practices of sociocultural epidemiology in the Chiloé archipelago, a group of 42 islands located in southern Chile. Through an ethnographic approach, an 11-month field work (2017-2018) was carried out where participant observation was made in its research-action-pedagogical spaces, semi-structured interviews with its main actors and analysis of their productions.

The socio-cultural epidemiology of Chiloé emerges during the first two decades of the 21st century among ecological, social, and health crises produced by a harmful mode of extractivism. It takes up the political principles of Latin American Social Medicine/Collective Health movement and combines them pragmatically with the theoretical-methodological proposals of culturalist medical anthropology. Their knowledge practices are based on the constitution of spaces for dialogue integrated by patients, therapists, health officials and community organizations where knowledges related to health-disease process are translated and articulated from diversity of life experiences and traditions (indigenous, popular and biomedical). Two of his "fundamental explanatory models" (balance/imbalance-transgression and autonomy/dependency) whose roots lie in the Mapuche worldview, appear critical to make intelligible their processes of ethico-onto-epistemological transformation, their projections and their limits.

Keywords: sociocultural epidemiology; health-disease process; extractivism; intercultural translation; Chiloé archipelago.

Índice de Figuras y Tablas

<i>Figura 1:</i> Fases y territorios iniciales.....	16
<i>Figura 2:</i> Fases y territorios finales.....	17
<i>Figura 3:</i> Actores participantes de un perfil epidemiológico sociocultural	18
<i>Figura 4:</i> Al fondo centro comercial en construcción, adelante venta de paquetes y cholgas	32
<i>Figura 5.</i> Recorte de la prensa local sobre el hundimiento	34
<i>Figura 6.</i> Fotografía de la prensa nacional sobre el hundimiento.	34
<i>Figura 7:</i> Marea roja en playa de Chiloé.....	36
<i>Figura 8:</i> Camino rural hacia el mar interior.....	47
<i>Figura 9:</i> Astillero chilote.....	55
<i>Figura 10:</i> Registro audiovisual corral de pesca.	56
<i>Figura 11:</i> Ferry-boat rumbo a Chiloé.....	70
<i>Figura 12:</i> Rio Trainel contaminado con pintura antifouling.....	72
<i>Figura 13:</i> Estanque para reparto municipal de agua potable	74
<i>Figura 14:</i> Activismo en la zona de proyección de la mega-central eólica.....	75
<i>Figura 15:</i> Epidemiología y fitoterapia popular en Isla Caguach.	83
<i>Figura 16:</i> “Jenner inoculant la vaccine”, Gaston Mélingue (1879)	110
<i>Figura 17:</i> Mapa de Chiloé, en destaque “grupo de islas Chaulinec” de la comuna de Quinchao.....	152
<i>Figura 18:</i> Mapa turístico "ruta de las islas" de Quinchao	152
<i>Figura 19:</i> Iglesia, escuela, cancha y cementerio de Isla de Alao	154
<i>Figura 20:</i> Imagen de una epidemiología sociocultural en la isla de Alao.....	156
<i>Figura 21:</i> Cruce en ferryboat rumbo a Quinchao.....	158
<i>Figura 22:</i> Embarcando en Achao.....	159
<i>Figura 23:</i> Navegación a Isla Alao	160
<i>Figura 24:</i> Entrevista en Posta Rural, tras la cámaras Luis Ciceto y Jaime Ibacache.. ..	162
<i>Figura 25:</i> Entrevista en Posta Rural (Quicaví), frente a la cámara TPM Roberto Bahamonde.. ..	162
<i>Figura 26:</i> La cocina-fogón de Chiloé como un espacio metodológico natural.....	169

<i>Figura 27: “Susto” en el corazón de gallina</i>	<i>171</i>
<i>Figura 28: Marea baja en Isla Alao</i>	<i>173</i>
<i>Figura 29: Vacas del mar.....</i>	<i>177</i>
<i>Figura 30: Bote hecho con restos de la industria salmonera</i>	<i>178</i>
<i>Figura 31: Arpillera en auditorio.....</i>	<i>179</i>
<i>Figura 32: Exposición de la Unidad Epidemiología Sociocultural en el Seminario de Cáncer.</i>	<i>181</i>
<i>Figura 33: Gráfico de Mortalidad por Grandes Grupos de Causas en Chiloé 2007-2015.....</i>	<i>181</i>
<i>Figura 34: Diapositiva final que resume la ponencia Tumores Malignos en Chiloé</i>	<i>183</i>
<i>Figura 35: Señora Fresia y su relato sobre el cáncer-pulpo.....</i>	<i>185</i>
<i>Figura 36: Mar interior espejo y centro de mitilicultura..</i>	<i>186</i>
<i>Figura 37: Desplazamientos en la participación de la Unidad Epidemiología Sociocultural</i>	<i>191</i>
<i>Figura 38: Camino explicativo y de sanación del caso.....</i>	<i>203</i>
<i>Figura 39: Enfoque socioespiritual-psico-biológico 1</i>	<i>207</i>
<i>Figura 40: Enfoque socioespiritual-psico-biológico 2.....</i>	<i>208</i>
<i>Figura 41: Modelo equilibrio/desequilibrio-trasgresión y enfoque socioespiritual psico-biológico.....</i>	<i>209</i>
<i>Figura 40: Comité Kuyen Lawen presentando en Jornada Salud Complementaria Curaco de Vélez.....</i>	<i>221</i>
<i>Figura 41: Equipo de epidemiología sociocultural en Frontis Hospital de Achao.</i>	<i>222</i>
<i>Figura 42: Mujer riendo con su bicicleta frente al antiguo Hospital de Achao..</i>	<i>223</i>
<i>Figura 43: Antigua imagen de la Virgen del Carmen en la entrada del nuevo hospital de Achao.</i>	<i>223</i>
<i>Figura 44: Algunas mujeres del Comité Kuyen Lawen preparando remedios con hierbas entre risas.</i>	<i>227</i>
<i>Figura 45: Comité Kuyen Lawen en su invernadero de plantas medicinales.</i>	<i>228</i>
<i>Figura 46: Flor y Jaime en entrevista-reencuentro.....</i>	<i>230</i>
<i>Figura 47: Colectivos, prácticas y conocimientos de la epidemiología sociocultural de Chiloé N°1.....</i>	<i>232</i>
<i>Figura 48:Colectivos, prácticas y conocimientos de la epidemiología sociocultural de Chiloé N°2.....</i>	<i>234</i>
<i>Figura 49:Colectivos, prácticas y conocimientos de la epidemiología sociocultural de Chiloé N°3.....</i>	<i>236</i>
<i>Figura 50: Colectivos, prácticas y conocimientos de la epidemiología sociocultural de Chiloé N°4.....</i>	<i>236</i>
<i>Figura 51: Colectivos, prácticas y conocimientos de la epidemiología sociocultural de Chiloé N°5.....</i>	<i>238</i>

<i>Tabla 1:</i> Actividades acompañamiento de la observación participante.....	22
<i>Tabla 2:</i> Diferencias entre epidemiología hegemónica y epidemiología socio-cultural.....	137
<i>Tabla 3:</i> Factores agresores y factores protectores en diversos territorios de Chiloé.....	215

Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Resumen	vii
Resumo	viii
Abstract	ix
Índice de Figuras y Tablas	x
Introducción	1
Capítulo I. Una etnografía de prácticas de conocimiento sociosanitario	9
1.1. Principios metodológicos	12
1.1.1. Flexibilidad y acompañamiento	12
1.1.2. Territorios y fases	15
1.1.3. Colectivos de conocimiento y vinculación	17
1.1.4. Prácticas de conocimiento	21
1.2. Aspectos éticos	26
Capítulo II. Una Crisis Ecosocial: Chiloé	29
2.1. De hundimientos y salmones	33
2.1.1. “Está todo de dueño ya el mar”	37
2.1.2. “¿Qué sucede si revienta?": daño, riesgo e historia	40
2.2. Transgresiones al mar interior	44
2.2.1. Una historia a través de las olas	46
2.2.2. Ola de primeros pobladores chonos y veliche	48
2.2.3. Ola de la conquista y colonización española	59
2.2.4. Ola de ocupación por la República de Chile	65
2.3. De redes y derrames	71
2.3.1. Sangra el río	71
2.3.2. Una crisis de múltiples crisis	73
2.3.3. Redes de resistencia territorial	75

Capítulo III. Una crisis disciplinar: la emergencia de la epidemiología sociocultural	81
3.1. Pluralidades disciplinarias	86
3.1.1. Una epidemiología dominante y múltiples alternativas	86
3.1.2. El pluralismo epidemiológico como arena política	88
3.1.3. Una geopolítica de las prácticas epidemiológicas	91
3.2. Definiciones e indefiniciones	94
3.2.1. Objetos visibles e invisibles	94
3.3. Una historia disciplinar	100
3.3.1. Entre Hipócrates y Snow	100
3.3.2. Epidemiología, población y biopolítica	104
3.3.3. Viruela, vacuna y epidemiopoder	106
3.4. La emergencia de la epidemiología sociocultural en Chile	115
3.4.1. Entre mundos	115
3.4.2. Epidemiología, sociedad y revolución	120
3.4.3. Epidemiología, interculturalidad y reforma	128
3.4.4. Epidemiologías socioculturales	135
3.4.5. Epidemiología sociocultural en México	138
3.4.6. Historias cruzadas y vertientes de la epidemiología sociocultural	143
Capítulo IV: Itinerarios de la epidemiología sociocultural de Chiloé	147
4.1. Güen pañiwe	149
4.2. Hacia la Isla Alao	151
4.2.1. Isla Alao y epidemiología sociocultural en Chiloé	154
4.2.2. Navegaciones	157
4.2.3. En la Posta de Salud Rural	161
4.2.4. En el fogón	167
4.2.5. En el bordemar	172
4.3. Un Seminario en Castro	178
4.3.1. Epidemiología del cáncer en Chiloé	180
4.3.2. Casi como una plaga	184
4.3.3. Un cinema epidemiológico	187
4.3.4. ¿De expertos-espectadores a actores posicionados?	188
4.4. Materias del arte	191
4.4.1. Instituciones, actores y territorios	191
4.4.2. Salud Colectiva de Chiloé	195
4.4.3. Sistemas Médicos de Chiloé	200
4.4.4. Itinerarios de Atención	201
4.4.5. Modelos Explicativos Fundamentales	203

Capítulo V. Tejidos Colectivos, Traducciones y Cuidados desde el Chiloé Profundo	219
5.1. Un tejido de mujeres, plantas y programas sanitarios	220
5.1.1. En el Hospital de Achao	221
5.1.2. Una conversación con el Comité Kuyen Lawen	224
5.1.3. Entre plantas y tejidos circulares	228
5.2. Colectivos de conocimiento en práctica: un proceso de traducciones	231
5.1.4. Colectivos-de-conocimiento-en-práctica	232
5.1.5. Artefactos	234
5.1.6. El proceso de traducciones	236
5.1.7. Actores no-existentes y traducciones problemáticas	240
5.1.8. ¿Una traducción intercultural o múltiples traducciones?	243
Conclusiones	249
Referencias bibliográficas	255
Anexos	280

INTRODUCCIÓN

Este trabajo deriva de algunas preguntas que quedaron abiertas al finalizar la investigación que realicé durante los años 2008 y 2010 en el contexto de la maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco de México (Medina, 2013). En aquel trabajo, exploré la relación entre la política sanitaria chilena y los Procesos de Salud/ Enfermedad/ Atención (PSEA)¹ de los habitantes de algunas localidades de “alta ruralidad y aislamiento” del sur de Chile. A partir del análisis de los discursos políticos y del marco jurídico-normativo, junto con entrevistas a distintos actores locales en la comuna de Cochamó, concluí que se podía denominar como “no-política” la forma en que el Estado de Chile desatendía las necesidades sanitarias de este tipo de poblaciones alejadas de los centros urbanos. La denominé no-política inspirándome en las ideas de Boaventura de Sousa Santos (2003a, 2007) porque era una forma de *exclusión radical*² sostenida en la negación sistemática de la diversidad de modos de vida rurales por parte de las estructuras político-administrativas estatales, lo cual se cristalizaba en una serie de acciones y omisiones del sistema de salud público. En síntesis, las acciones sanitarias estatales en aquellos lugares eran: minimalistas, medicalizadas e inadecuadas para sus contextos geográficos, sociales, culturales y sanitarios. Lo anterior se explicaba porque la política sanitaria chilena –así como el resto de la política social– era diseñada centralmente en la capital (Santiago) por un Estado que imaginaba la nación como una homogeneidad de características urbanas. De este modo aquella no-política se vinculaba a la tendencia progresiva al despoblamiento de estos extensos territorios a partir de la década de 1970 y se ligaba, a su vez, al desarrollo de megaproyectos extractivos (hidroeléctricos y mineros).

¹ El concepto de Proceso de Salud/Enfermedad/Atención puede ser entendido como la ampliación de una de las principales construcciones teóricas de la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericana: el proceso social de salud/enfermedad trabajado inicialmente por Asa Cristina Laurell (1982). Esta conceptualización tendría la capacidad de desplazar los análisis centrados en la enfermedad como único objeto del estudio y acción sanitaria, para orientarse al análisis de su carácter relacional, interdependiente y dinámico. “Es decir que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.” (Menéndez, 1994, p. 71).

² Santos identifica dos formas principales de exclusión producidas por la modernidad: radicales y no radicales. El pensamiento occidental moderno sería un “pensamiento abismal” que genera un sistema de divisiones visibles e invisibles, donde las segundas se sostienen en las primeras. Desde ahí “todo aquello que é producido como inexistente é excluído de forma radical porque permanece exterior ao universo que a própria concepção aceite de inclusão considera como sendo o Outro.” (Santos, 2007, p. 4). Mientras que “hay producción de no existencia siempre que una entidad dada es descalificada y tornada invisible, ininteligible o descartable de un modo irreversible” (Santos, 2003, p. 744).

El cuadro parecía coincidir con las profecías marxistas de Bolívar Echeverría donde “la gran ciudad capitalista se considera así mismo absoluta, necesita del campo pero sólo como un apéndice suyo; se plantea a sí misma como capaz de improvisar un campo artificial hecho a su medida” (2013, p. 76).

Tiempo después de aquella investigación continué explorando sobre las dinámicas de la ruralidad en Chile. En su extenso territorio: una larga (4.270 km) y estrecha (180 km) franja de tierra franqueada por el Océano Pacífico y la Cordillera de los Andes, en el margen suroccidental de América del Sur, entre los 17° 30' y 56° 30' de latitud sur (Biblioteca del Congreso Nacional, 2019), viven oficialmente 17.574.003 personas las cuales en su mayoría (62,4%) se acumulan en sólo tres regiones del centro del país (Región Metropolitana, donde están la capital Santiago, Bio Bio y Valparaíso) (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017) (*Mapa 1*).



Mapa 1: División administrativa de Chile con destaques en Regiones de mayor población. Fuente: modificado de Biblioteca del Congreso Nacional, Chile (2019)

El resto de este extenso y diverso territorio correspondía a una ruralidad invisibilizada, colocada en “vías de extinción” por un modelo de desarrollo económico derivado de una

inserción altamente dependiente dentro de la *globalización neoliberal*³. Esto era uno más de los resultados de los arreglos de poder de la “transición democrática” que dejó al Estado en manos de una oligarquía conservadora centralista, luego de la salida pactada del dictador Augusto Pinochet, en 1990. Recordemos que uno de los primeros experimentos mundiales de un “Estado neoliberal” fue, precisamente, el Chile dictatorial (desde 1975) que impuso un aparato legal, político y de poderosos campos de influencia socio-económica (Harvey, 2015, pp. 14 y 15) que facilitaron una forma de *extractivismo*⁴ basada en la explotación privada y desregulada de la naturaleza —entendiéndola como una “acumulación ociosa de recursos” (hídricos, forestales, mineros, acuícolas, etc.)— que fue progresivamente despojada de los habitantes de estos territorios para ser masivamente exportada hacia los mercados globalizados (Gudynas, 2015, pp. 13–21)

Paradójicamente, dentro de mi marco de análisis centrado en la crítica a la política pública quedaban sin abordarse las formas de resistencia local a estas dañinas dinámicas de la globalización. Apenas alcancé a esbozar cómo dentro de esta ruralidad se ocultaban modos de vida altamente autónomos, no solo en ámbitos sanitarios, sino también en torno a cuestiones fundamentales como alimentación, educación, economía y relaciones con la

³ Para Santos (2001) es necesario “bajar” la globalización desde la altura supra-cultural y omnipresente donde ha sido retratada. Esto implica volverla a entender como múltiples procesos sociales, donde “producción de globalización: es el conjunto de intercambios desiguales por el cual un determinado artefacto, condición, entidad o identidad local extiende su influencia más allá de sus fronteras nacionales y, al hacerlo, desarrolla la capacidad para designar como local a otro artefacto, condición, entidad o identidad rival” (p. 69). Aquella globalización asociada al neoliberalismo tiene un auge a partir de la década del 1980, momento en que las potencias económicas imperiales (principalmente EEUU, Inglaterra y China,) deciden adscribirse a “una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano, consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo, dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada, fuertes mercados libres y libertad de comercio” (Harvey, 2015, p. 8). Ciertamente, este tipo de globalización es una forma de continuidad del patrón de poder que se habría inaugurado mucho antes, a través de las conquistas imperiales del “nuevo mundo” (América) y su anexión al sistema-mundo moderno (Quijano y Wallerstein, 1992). Una de sus consecuencias más lamentables ha sido el aumento de las injusticias sanitarias para millones de personas, como ha sido ampliamente dimensionado y criticado tanto desde el Sur (por ejemplo, en Basile, 2018) como desde el Norte (por ejemplo, en Birn et al, 2017, pp. 377–424).

⁴ Siguiendo la definición comprensiva de Acosta (2013), el extractivismo sería un modo de acumulación de que nace hace 500 años asociado al mismo nacimiento a la economía mundial (capitalista). A través de la conquista y colonización de América, África y Asia, las demandas de las nacientes metrópolis determinan los roles de las regiones especializadas en la extracción de materias primas (el Sur) mientras otras se especializan en su procesamiento (el Norte). Para el análisis contemporáneo, el extractivismo puede ser entendido como: “those activities which remove large quantities of natural resources that are not processed (or processed only to a limited degree), especially for export. Extractivism is not limited to minerals or oil. Extractivism is also present in farming, forestry and even fishing” (Acosta, 2013, p. 62). Debiendo tener presente que su definición no responde a un interés disciplinar particular sino, como destaca Gudynas (2015): “una conceptualización de extractivismo debe siempre tener presente ese vínculo íntimo con las movilizaciones ciudadanas (...) la denuncia del extractivismo no implica estar en contra de todo tipo de uso minero o agrícola, sino de una forma específica de llevarlo adelante” (p.14). En ese sentido es necesario delimitar el concepto: “los extractivismos siempre deben cumplir *simultáneamente* tres condiciones: un alto volumen y/o intensidad en la extracción, ser recursos sin procesar o con escaso procesamiento, y donde se exportan el 50% o más de esos recursos” (p.17, cursivas del original).

naturaleza. Además, sus comunidades, crecientemente organizadas, habían hecho públicos algunos de sus reclamos, logrando incluso detener (al menos provisoriamente) grandes proyectos extractivos que ya se encontraban en fases avanzadas de diseño⁵. Trabajar con estas formas de reconfiguración histórica de las resistencias locales y cómo iban transformando también los PSEA, requería de otro tipo de abordaje.

Asociado a estas búsquedas conocí la propuesta de la *epidemiología sociocultural* que llevaba varios años trabajando dentro del Archipiélago de Chiloé, un grupo de 42 islas al sur de Chile donde la ruralidad y el aislamiento eran también formas históricas de invisibilización de su diversidad y formas de resistencia. Uno de los elementos más significativos de esta propuesta de investigación-acción se relacionaba con la convicción de que las injusticias sociosanitarias eran también resultados de *injusticias cognitivas*⁶, es decir, de pérdidas progresivas de las capacidades autónomas de individuos, familias y comunidades para conservar los modos de vida saludables, y para prevenir y sanar la enfermedad dentro de sus propios términos. La epidemiología sociocultural de Chiloé intentaba articular distintos saberes y prácticas sobre los PSEA para revertir aquella nociva dinámica que se ligaría, a su vez, a la mercantilización de la vida y a la medicalización de la salud.

El objetivo general del presente trabajo fue comprender y acompañar las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural de Chiloé a través de un abordaje etnográfico basado en los principios de *flexibilidad* y *acompañamiento*. La idea fue aprender-con sus propios actores, saberes y prácticas de forma situada. Más que una “opción metodológica”, este recorrido fue una consecuencia de mi posicionamiento ético y político –que buscó comprender y potenciar sus construcciones– y de los compromisos y experiencias que se dieron durante el proceso de investigación.

El presente texto, que pretende expresar parte de aquel proceso y abrir una serie de cuestionamientos críticos, está organizado en cinco capítulos.

⁵ Como la hidroeléctrica Mediterráneo S.A. que sostenía varios proyectos en la Comuna de Cochamó, los cuales fueron fuertemente rechazados tanto por las comunidades locales como por asociaciones ambientalistas (Medina, 2013, pp. 401–409).

⁶ El concepto de *justicia cognitiva* aparece hoy como un imperativo ético-político para la creación de futuros alternativos al capitalismo. Según la investigadora mozambicana Maria Paula Meneses, la justicia cognitiva “busca de um tratamento igualitário de todas as formas de saberes e daqueles que o possuem e trabalham [...] reconhecer a diferença que faz a diferença, desmascarando as estruturas de poder que ainda caracterizam o relacionamento científico com outros saberes, ao mesmo tempo que se procura transformar essas estruturas e, conseqüentemente, os termos do diálogo” (2009, p. 235).

El primer capítulo llamado *Una etnografía de prácticas de conocimiento sociosanitario*, tiene como objetivo introducir algunos de los cuestionamientos que surgieron en torno a la delimitación del “objeto de estudio” y sus consecuencias en el diseño de la investigación. Lejano a la epistemología formalista, acá los conocimientos son entendidos como productos dinámicos de prácticas sociales situadas, cuya diversidad es potencialmente infinita. Las prácticas de conocimiento sociosanitario de la epidemiología sociocultural de Chiloé, entonces, se intentan apreciar acá “desde dentro”. Para esto los principios de *flexibilidad* y *acompañamiento* fueron abonando un camino de observación y participación dentro de sus espacios íntimos de investigación-acción-pedagogía, de comprensión de sus memorias, utopías y contradicciones, y de apoyo crítico a sus construcciones.

El segundo capítulo titulado *Una crisis ecosocial: Chiloé*, pretende ser una rápida inmersión al contexto crítico donde emergen y se desarrollan las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural de Chiloé: un archipiélago diverso y profundo, con silenciosas historias que habitan su presente. Este territorio, entendido también como *maritorio* dada la importancia de su mar que le da forma y significado, es en realidad una plétora de entidades animales, vegetales y mitológicas, simbióticamente asociadas y cuya supervivencia se encuentra hoy constantemente amenazada. Dentro de este complejo marco se dan las tensas relaciones entre una extranjera modernidad y las propias tradiciones culturales; entre el despojo extractivista y la resistencia de distintas organizaciones territoriales.

El tercer capítulo, *Una crisis disciplinar: la emergencia de la epidemiología sociocultural*, ofrece una revisión crítica al campo disciplinar epidemiológico a través de un heterodoxo análisis de la “epidemiología dominante y/o hegemónica”, sus definiciones y objetos de estudio convencionales, así como de algunas de las principales alternativas desarrolladas en el Sur. Dentro de una jerarquizada *geopolítica del conocimiento sanitario*, las denominadas “epidemiologías alternativas” son todavía hoy incapaces de aparecer como formas relevantes de conocimiento epidemiológico tanto para el campo académico como para las formulaciones de las políticas sociosanitarias. Así, las principales formas de opresión asociadas al sistema-mundo moderno (el capitalismo, colonialismo y heteropatriarcado) continúan inscriptas en las prácticas epidemiológicas convencionales, perpetuando sus dinámicas nocivas sobre los territorios en que operan. Así, también son formas de saber/poder que se vuelven blancos de críticas radicales desde nuevos actores sociales movilizados para su deconstrucción. En relación con estas tensiones emergería la

Epidemiología Sociocultural en el sur de Chile desde un trabajo cercano a las transformaciones de las instituciones sanitarias estatales y a las comunidades locales, pero lejanos a los campos académicos convencionales.

En el cuarto capítulo, *Itinerarios de la epidemiología sociocultural de Chiloé*, hago una descripción de las principales prácticas de conocimiento que pude observar y participar dentro del trabajo de campo. Desde un fogón en la Isla Alao hasta una sala de seminarios de la ciudad de Castro, la diversidad de paisajes, diálogos, actores y saberes, ponen en tensión y dinamizan estas prácticas, renovando su misión articuladora y traductora. En relación con estos procesos, sus marcos teórico-conceptuales y metodológicos van transformándose hasta decantar en dos “Modelos Explicativos Fundamentales”: el Modelo Equilibrio/Desequilibrio-Transgresión y el Modelo Autonomía/Dependencia. Ambos son utilizados para interpretar colectiva y complementariamente distintas miradas sobre los problemas sociosanitarios locales y buscar posibles soluciones.

Posteriormente, en el capítulo cinco, *Tejidos colectivos, procesos de traducciones y cuidados en el Chiloé Profundo*, realizo una interpretación contextualizada de cómo la epidemiología sociocultural de Chiloé a través de su corta historia ha logrado vitalizar la emergencia de una diversidad de colectivos cuyas *derivas* ya no responden a sus afiliaciones conceptuales, metodológicas e institucionales originales, pero que se vuelven a vincular, cada cierto periodo de tiempo, trazando una forma de *circularidad*. Así, sus prácticas de conocimiento pueden ser esquematizadas como una serie sucesiva de constituciones de colectivos-de-conocimiento-en-práctica que construyen *artefactos* capaces de *traducir* sus producciones hacia otros colectivos. Dentro de estas prácticas se lograrían visibilizar un buen número de entidades que habitualmente son omitidas del campo epidemiológico y que aportan no apenas “una voz más” sino una agencia concreta para la transformación y búsqueda de un buen vivir colectivo.

Finalmente, en *Conclusiones*, recopilo los principales hitos del proceso de investigación, abordo sus limitaciones, e identifico algunas de las líneas de fuga que emergen con relación al trabajo de escritura. Se destaca que, a pesar de las promisorias construcciones de conocimiento que pude acompañar dentro del archipiélago de Chiloé, las exclusiones del campo epidemiológico se siguen reproduciendo desde una jerarquizada geopolítica del conocimiento sanitario cuyas herencias coloniales son ineludibles. Los serpenteantes caminos de transformación disciplinaria criadas en el Sur Global, como en el caso de la epidemiología sociocultural de Chiloé, serían reflejos de estas contradictorias tensiones. En

ese sentido se hace necesario continuar explorando críticamente el “para qué” y “para quién” de las prácticas de conocimiento epidemiológico: el cómo los contextos de crisis social, ecológica y sanitaria dejan de ser un oscuro telón de fondo y se van convirtiendo progresivamente en la sustancia misma que dota de *sentido común* a estas prácticas, orientando la acción colectiva.

**CAPÍTULO I. UNA ETNOGRAFÍA DE PRÁCTICAS DE CONOCIMIENTO
SOCIOSANITARIO**

1. Una etnografía de prácticas de conocimiento sociosanitario

De la caja de herramientas a las prácticas de conocimiento

Es frecuente que dentro de los apartados metodológicos se ocupe la denominación metafórica “caja de herramientas” para referirse a las distintas técnicas de levantamiento de datos que se utilizaron durante el trabajo empírico. Este tipo de metáforas sugiere que aquellas técnicas tienen roles neutros y capacidades de agencia marginales sobre los datos, sobre los investigadores y, en definitiva, sobre los hallazgos científicos. En oposición a esta idea convencional sobre los métodos científicos, este trabajo sostiene la premisa de que aquellas técnicas en rigor no levantan datos desde *la realidad*, sino que hacen parte de un complejo entramado simbólico-material de humanos y no-humanos que *construye realidades*. Esta premisa constructivista⁷ en ningún caso pretende desvalorizar los productos de la investigación científica ni menos las diversas formas en que se practica, sino todo lo contrario. Porque importan, e importan aún más en momentos de crisis, me parece esencial detenerse en ellas. Siguiendo la propuesta “para ampliar el canon de la ciencia” de Santos, Meneses y Nunes (2004), una forma crítica y a la vez pragmática de aprehender estos complejos entramados científicos contemporáneos sería entenderlos como tipos específicos de prácticas sociales: prácticas de producción de conocimientos, o simplemente, *prácticas de conocimiento*. Esto permitiría acercarlas desde los lugares a-sociales donde la epistemología formalista las ha ubicado, y así permitirnos volver a observarlas en toda su imbricación contextual. Bajo ese marco podemos reconocer que estas prácticas de conocimiento, por más sofisticadas que se nos aparezcan, representan en realidad una pequeña parte de una potencialmente infinita “diversidad epistémica del mundo” (ídem, p 46). En otras palabras, dado que todas las culturas se sostienen sobre una multiplicidad de conocimientos, habría también, por lo tanto, múltiples prácticas de conocimiento. Esta diversidad de prácticas de conocimiento, sin embargo, no sería un simple reflejo de su diversidad ontológica (a través de las diversas cosmovisiones) sino que, más allá, las prácticas de conocimiento serían creadoras de esta diversidad ontológica, dado que “el propio acto de conocer... es una intervención sobre el mundo, que nos coloca en él y aumenta su heterogeneidad” (ídem, p. 36).

⁷ O más precisamente *materialista constructivista*, en el sentido que proponen los llamados “nuevos materialismos” o “neo-materialismos” surgidos a partir de la crítica feminista a las ciencias contemporáneas (Dolphijn y Tuin, 2012).

Retomando las problematizaciones sobre las prácticas científicas contemporáneas, sus datos de “la realidad” serían en rigor partes constitutivas de las técnicas que los producen. Así es como, sin determinadas técnicas no serían posibles determinados datos, a la vez que sin determinados datos no serían posibles determinadas técnicas. La expresión hoy muy común de “tecnociencia” intenta, precisamente, destacar la estrecha implicación mutua entre los elementos tecnológicos y científicos dentro estas prácticas (ídem, p. 33). Algo similar se puede decir para los mismos científicos: sin determinadas técnicas (y datos) no serían posibles determinados investigadores y viceversa⁸.

Dentro de los PSEA contemporáneos estas consecuencias resultan todavía más evidentes. Desde finales del siglo XX hay una invasión progresiva de múltiples entidades científicas (devenidas en *tecnociencia mercancía*) hacia diversos ámbitos de la vida, la enfermedad y la muerte. Un pasillo de un supermercado del Norte Global sirve como ejemplo: desde “alimentos *healthy*” que prometen larga y feliz vida, pasando por “grajeas naturales” para mejorar funciones cotidianas, hasta un aparato electrónico que midiendo la presión arterial en menos de un minuto nos promete revelar qué tan sanos o enfermos nos encontramos. Considerando estas cuestiones, para Anne Marie Mol la tecnociencia contemporánea es cada vez más una *política ontológica* creadora de nuevas realidades capaces de coexistir en relaciones complejas y conflictivas con otras múltiples realidades alternativas (Mol, 1999, 2002). Por ello la autora critica fuertemente la idea de que las decisiones dentro de los ámbitos biomédicos son tomadas por medio de “elecciones individuales racionales”, sin profundizar en cómo las diversas realidades que las sustentan (que incluyen aquellas tecnociencias mercaderías, pero van mucho más allá de ellas) se entrelazan, generando constelaciones complejas, interdependientes y caóticas de cursos de acción posibles. Inmersos dentro de estas ontologías múltiples, las decisiones clínicas (y añadiríamos para este apartado, las decisiones metodológicas del campo sociosanitario) son además actos morales que integran una compleja *lógica del cuidado* (Mol, 2008).

⁸ La explosión de la genómica contemporánea pueden ser un buen ejemplo de ello. El desarrollo de las tecnologías de procesamiento y manejo masivo de datos permitió potenciar las técnicas relacionadas con las PCR (Polimerase Chain Reaction) lo cual, en pocos años, multiplicó tanto los hallazgos de esta disciplina emergente como la cantidad y diversidad de sus investigadores (biomedicina, bioinformática, bioingeniería, etc.) y viceversa. Por ello en las prácticas científicas no existen métodos neutros ni pasivos, así como tampoco investigadores neutros ni pasivos. Trabajando juntos, métodos e investigadores (y una gran cantidad de otras entidades) construyen sus hallazgos y provocan consecuencias concretas (Law y Mol, 2002).

1.1. Principios metodológicos

1.1.1. Flexibilidad y acompañamiento

Volviendo a las prácticas de conocimiento que desarrollé durante el proceso de investigación, el preludio anterior sugiere que, por discutirse acá cuestiones relacionadas precisamente con la salud y la enfermedad, se trató de un abordaje basado en cierta lógica del cuidado. Evocando de nuevo a Mol (2008), más que opciones racionales metodológicas, la utilización de determinadas técnicas de producción de datos (como la observación participante, las entrevistas individuales y el análisis documental, acá considerados también prácticas de conocimiento) fueron el resultado de una serie de actos morales y políticos ligados, entre otras cuestiones: a mi propia posición respecto al tema de investigación; al carácter emergente del “objeto de estudio”; a las formas de relación que pude efectivamente establecer dentro del trabajo de campo y, especialmente; a los compromisos con sus actores.

Un buen número de estas cuestiones aparecieron precozmente durante el periodo de delimitación del objeto de investigación. Aquellos problemas iniciales podrían ser sintetizados en las siguientes preguntas: ¿Cómo establecer relaciones con los actores de esta práctica de conocimiento más allá de este proceso de investigación? ¿Cómo incorporar mi propia posición de compromiso con su desarrollo sin perder el sentido crítico? ¿Cómo convertir en objeto de investigación a una práctica de conocimiento emergente, es decir, que no se encuentra completamente configurada y cuyo futuro es, incluso, incierto?

Durante aquel periodo de problematización –muy influido tanto por las conversaciones con mi orientador, Prof. Dr João Arriscado Nunes, como por las lecturas de los sugerentes textos *Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências* (Santos, 2003a) y *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (Passos et al., 2009)– llegué a la intuición (casi apodíctica) de que parte del camino de esta investigación se iría mostrando durante su mismo proceso. Lo anterior porque tratándose de un proyecto de pesquisa que parte de la tradición científica moderna, operaría acá también una monocultura que, siguiendo a Santos (2003a), generaría activamente exclusiones radicales. Un tipo de exclusiones que impide establecer relaciones significativas, porque estas parten de una copresencia imposibilitada *a priori* por la negación del Otro. Para el autor “hay producción de no existencia siempre que una entidad dada es descalificada y tornada invisible, ininteligible o descartable de un modo irreversible” (p. 744). Dentro de la epidemiología convencional se producirían

constantemente este tipo de exclusiones, siendo, precisamente, uno de los puntos de partida para su crítica y construcción de alternativas como la epidemiología sociocultural. Por tratarse entonces de una “alternativa a la invisibilidad”, era poco lo que se podría conocer de ella fuera de sus contextos de producción local. En ese sentido, de mayor utilidad era permanecer próximo a sus procesos, a través de un trabajo de campo basado en la reciprocidad, en un “aprender-con”. En otras palabras, lo más relevante dentro de este proceso de investigación sería la calidad de las relaciones que se pudieran (o no) establecer con sus actores. A través de estas relaciones sería posible identificar cuáles prácticas de conocimiento podríamos desarrollar en conjunto.

Siguiendo esa línea, como una estrategia operativa, durante la formulación del proyecto inicial intenté explícitamente alejarme de la imagen típica del método como un camino que, avanzando sobre sucesivas fases lógicas, llegaría hacia una meta científica predefinida (un *metá-hódos*⁹). Asumí que la incertidumbre en torno a la delimitación del objeto de estudio respondía a mi propia ignorancia y expectativas sobre él. Por lo tanto, era necesario dejar abiertas distintas partes del proyecto para que, durante el mismo proceso de investigación, y especialmente durante el trabajo de campo, se pudieran transformar algunos de sus objetivos, métodos y alcances (convirtiéndose en un *hódos-metá*). En vez de identificar ciertas técnicas de producción de datos pertinentes, entonces, identifiqué algunos principios metodológicos que intentaría sostener durante el proceso de investigación.

El primer principio fue el de *flexibilidad*, inspirado en una de las características que considero más importantes de las denominadas “metodologías cualitativas de investigación”: adaptarse a una realidad dinámica (Mendizábal, 2006). Siguiendo este principio realicé un primer contacto (on-line) con el médico e investigador pionero de la epidemiología sociocultural en el sur de Chile, Jaime Ibacache Burgos, que a la larga se convirtió en parte fundamental de todo el proceso. Conocía personalmente a Jaime desde mis experiencias profesionales anteriores en el sur de Chile y nos unía (y une) una relación de gran amistad y compromiso con las luchas por la salud y el buen vivir. Sin embargo, esta sería la primera vez que trabajaríamos tan estrechamente. En conjunto concordamos

⁹ “A metodologia, quando se impõe como palavra de ordem, define-se por regras previamente estabelecidas. Daí o sentido tradicional de metodologia que está impresso na própria etimologia da palavra: *metá-hódos*. Com essa direção, a pesquisa é definida como um caminho (*hódos*) predeterminado pelas metas dadas de partida. Por sua vez, a cartografia propõe uma reversão metodológica: transformar o *metá-hódos* em *hódos-metá*. Essa reversão consiste numa aposta na experimentação do pensamento— um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude” (Passos et al., 2009, pp. 10 y 11).

que un *acompañamiento* dentro de las investigaciones que estaba llevando a cabo junto al Equipo de epidemiología sociocultural de Chiloé¹⁰ podría ser un buen comienzo para la formulación colectiva de nuevas preguntas, objetivos y acciones. Así, llegué al segundo principio de acompañamiento: “conhecer a realidade é acompanhar a seu processo de constituição” (Passos *et al.*, 2009, p. 31).

De este modo se planteó una etnografía *ad-hoc*, en el sentido que debía acompañar no solo a los grupos de la epidemiología sociocultural en Chiloé, sino a sus problemáticas ecosociosanitarias territoriales, a sus campos disciplinarios, a sus modelos conceptuales, a sus metodologías pasadas y actuales, en fin, a distintos niveles y dimensiones que se enredaban en su emergencia y desarrollo. Para ello era preciso una etnografía alejada de la herencia malinoswskiana que producía un aislamiento de las distintas prácticas sociales dentro de “un” lugar y “su” cultura. Había que desplazarse a través de distintas escalas, localidades y culturas, semejante a lo que Marcus llamó una *etnografía multisituada* (Marcus, 1995; 1999). Un tipo de etnografía enraizada en procesos locales pero que continuamente extiende sus ramas para ver el carácter histórico, interdependiente y dinámico de las transformaciones sociales, culturales, ecológicas y sanitarias que se encuentran en la base y dan sentido a las prácticas de conocimiento asociadas a la epidemiología sociocultural de Chiloé. Es decir, observarla como parte del sistema-mundo moderno (Wallerstein, 2009).

A partir de la intersección entre epidemiología y la antropología en Brasil, una propuesta de trabajo similar a la que desarrollé (es decir, una etnografía de las prácticas epidemiológicas) había sido años atrás denominada como *Etnoepidemiología tipo III* (Almeida *et al.*, 2012). Destacando la necesidad de comprender en profundidad cómo se construían en el trabajo cotidiano los “hechos epidemiológicos”, cuál era su cultura. En concreto: una etnografía que tuviera la capacidad de mostrar “os diversos atores, interesses, conflitos e linguagens que circulam no cotidiano de produção científico-epidemiológica, [e] passa-se a problematizar a existência de limites precisos ou fronteiras rígidas que separam e organizam saberes e práticas (científicas e não científicas)” (p. 390). Los ejemplos de este tipo de abordaje, sin embargo, eran prácticamente inexistentes dentro del campo epidemiológico al momento que inicié este trabajo, con excepción de la interesante

¹⁰ En adelante mencionado simplemente como “el Equipo”

y crítica investigación doctoral del guatemalteco Alejandro Cerón titulada *Neo-Colonial Epidemiology: Public health practice and the right to health in Guatemala* (2013).¹¹

1.1.2. Territorios y fases

Siguiendo los principios de flexibilidad y acompañamiento también fui progresivamente acotando la extensión territorial de la investigación. Como muestro en la *Figura 1*, el proyecto original pretendía comenzar el trabajo de campo en Chile a través de una “Fase 1” que tenía el objetivo de producir una cartografía inicial de los distintos grupos que realizaban prácticas de investigación y/o acción utilizando la epidemiología sociocultural, en una área bastante extensa del sur del país. Aquella área, pensé, debía seguir las formas de colonización y resistencia histórica de este territorio, es decir, tendría un límite norte en el “Río Biobío” y uno sur en los “Campos de Hielo Norte”, y se justificaba tanto por elementos histórico-culturales como por el aumento progresivo de los conflictos ecosociales durante los últimos 30 años.

¹¹ De la cual me encargo de revisar con detención en el Capítulo III.

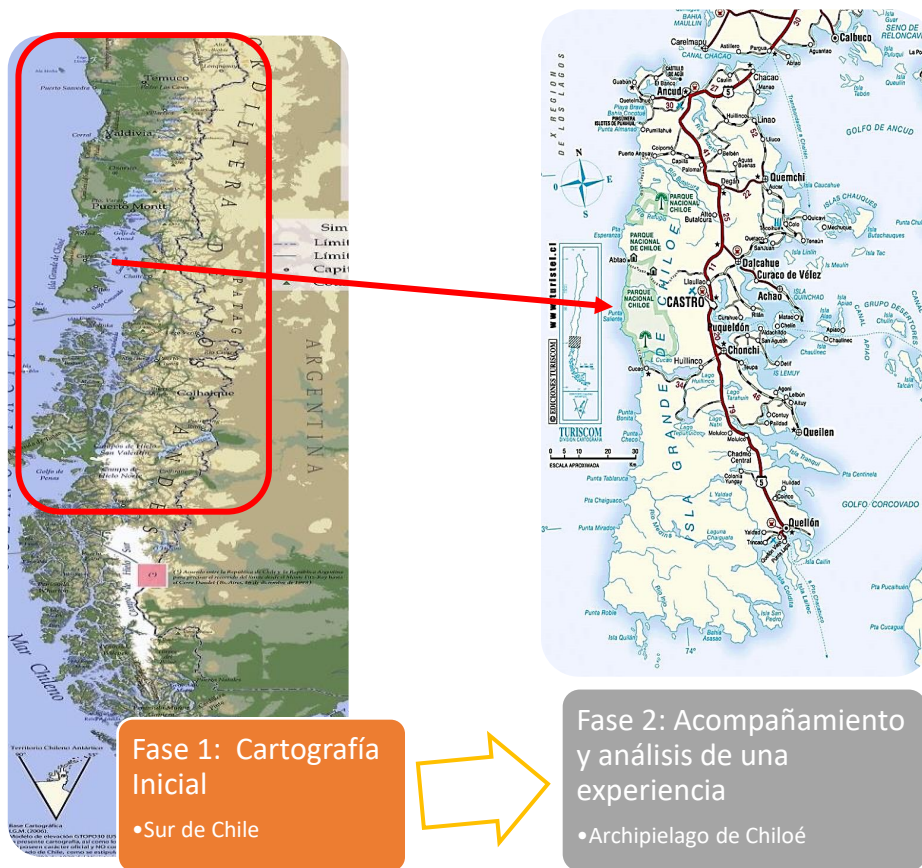


Figura 1: Fases y territorios iniciales. Fuente: elaboración propia para proyecto de investigación original, Mayo 2017.

Siendo escasos los estudios publicados en esta zona, fue precocemente necesaria una estrategia alternativa. Cambié el orden de las fases originales, para iniciar directamente en el Archipiélago de Chiloé con la idea que, a través del acompañamiento a las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural en Chiloé, y especialmente, dentro de las entrevistas individuales con sus participantes, pudiera establecer contactos con los grupos que trabajaban en el resto del sur de Chile. Esta decisión terminaría por modificar nuevamente el proyecto original. A los pocos días de comenzar el trabajo de campo, una serie de acontecimientos me llevaron a ser testigo directo de la gravedad de las crisis ecosociales por las que atravesaba Chiloé: un barco salmonero hundido frente a una playa del mar interior se convertía en una “bomba de tiempo” que amenazaba con destruir varios ecosistemas, confrontando a actores sociales posicionados desde experiencias históricas radicalmente distintas¹². Profundizar en estos momentos críticos, apoyar a la comunidad movilizadora, e intentar comprender cómo la epidemiología sociocultural de Chiloé se

¹² Momento que describo e interpreto en profundidad durante el Capítulo III.

relacionaba con esta tensa realidad se convirtió en un eje prioritario del proceso de investigación y, por lo tanto, la idea –acaso panóptica– de realizar una cartografía de todos los grupos de la epidemiología sociocultural en el sur de Chile, aunque de enorme utilidad para la comprensión de estas prácticas de conocimiento, debería necesariamente pasar a un segundo plano. De todas formas, luego de casi 11 meses de trabajo de campo en el Archipiélago de Chiloé, realicé entrevistas semiestructuradas en 4 ciudades del Chile continental (Puerto Montt, Valdivia, Temuco y Santiago), pero ya no con intención de realizar aquel mapeamiento general, sino con la idea de trazar las conexiones históricas en relación específicamente con la emergencia y desarrollo de la epidemiología sociocultural en Chiloé. En otras palabras, el objetivo de la nueva Fase 2 quedó reducido a complementar con información fuera de Chiloé los hallazgos de la Fase 1 (*Figura 2*).

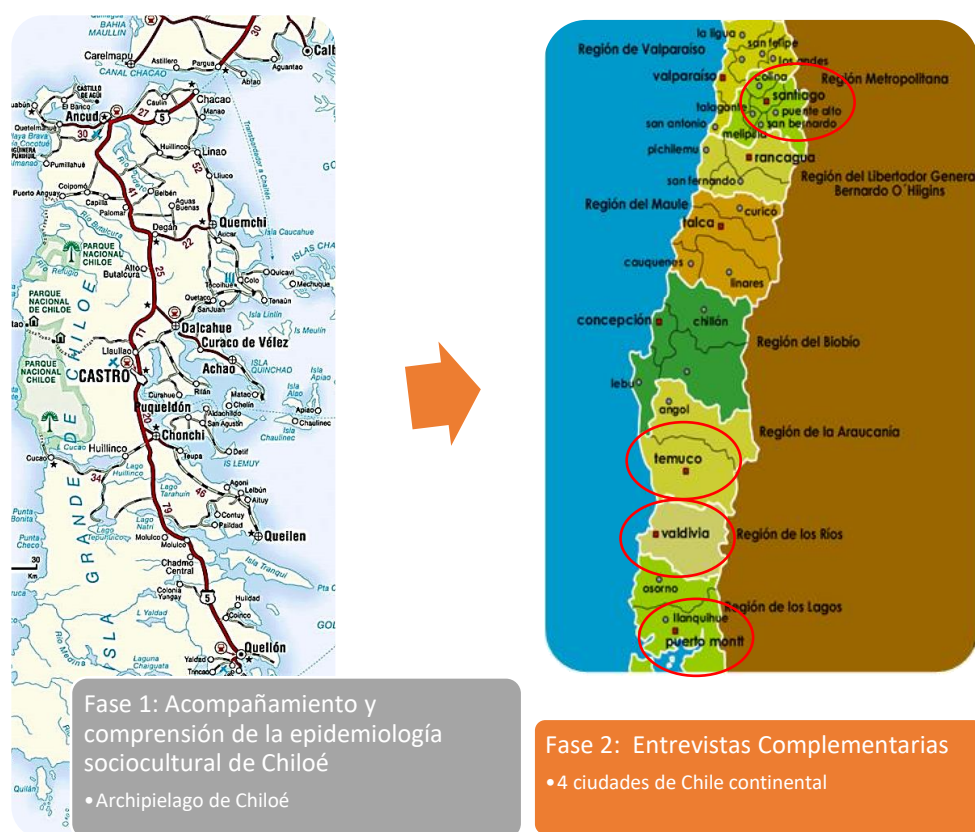


Figura 2: Fases y territorios finales. Fuente: elaboración propia.

1.1.3. Colectivos de conocimiento y vinculación

Una orientación metodológica básica de la epidemiología sociocultural recomendaba que “la generación de conocimientos rigurosos” debía ser sustentada en la participación de la totalidad de “los actores sociales significativos” para cada problema estudiado (Menéndez,

2008, pp. 17 y 18). Según Hersch (2013a) esta orientación traducía la necesidad de una ampliación y diversificación de las fuentes de información que constituían los indicadores típicos de la epidemiología convencional (aquellos acotados apenas a las enfermedades biomédicas de las estadísticas oficiales): construir un “perfil epidemiológico sociocultural” era ir más allá y lograr articular y vincular a distintos actores que tuvieran una voz relevante sobre los procesos de salud/enfermedad/atención que los afectaban, como los que se observan en la *Figura 3*.

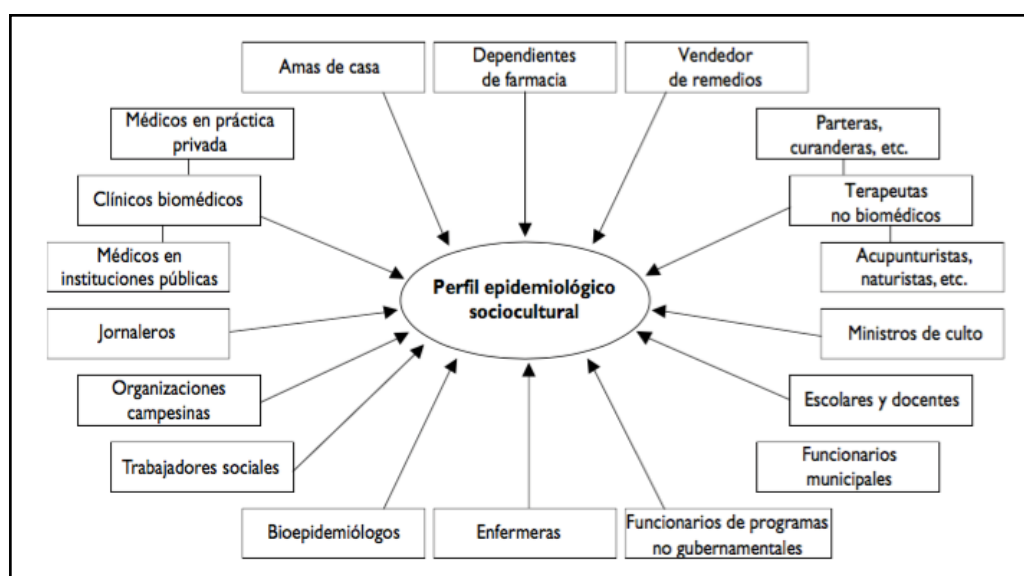


Figura 3: Actores participantes de un perfil epidemiológico sociocultural. Fuente: imagen reproducida de Hersch (2013, p. 514)

El trasfondo era también operativo. Es decir, no solo generar una interpretación más integral sobre los problemas sociosanitarios locales, sino además, dentro del mismo proceso de investigación que articula distintos actores, intentar solucionarlos de forma colectiva (Hersch, 2013a; Hersch y Sedano, 2013). Evidentemente, este trasfondo obligaba a vincular actores que provenían de diversas experiencias históricas. Precisamente aquel contraste radical de experiencias y conocimientos alrededor de los PSEA era uno de los elementos más destacables en las publicaciones de la epidemiología sociocultural de Chiloé. En ellas, habitualmente eran citados testimonios de pacientes y terapeutas de origen chono-williche (con sus experiencias singulares y conocimientos de medicina casera, popular e indígena) junto con profesionales de salud mestizos (formados en biomedicina y de orígenes fuera de Chiloé). Un ejemplo desde el artículo titulado *Nacer en*

Chiloé: articulación de conocimientos para la atención del proceso reproductivo es el siguiente (Leighton, Monsalve, y Ibacache Burgos, 2008):

"Yo nunca me controlé mi embarazo, se trabajaba hasta la hora de venir, sembraba papa, hacía mi huerta, hacía todo, ningún cuidado y nunca tuve problemas, y la guagua nacía en la casa. La tuve sola... hice lo que tenía que hacer nomás" (testimonio mujer Chiloé rural) (p. 179)

"Aquí se usa mucho la papaverina... y a las matronas les gusta porque a las mujeres les relaja el cuello del útero al parecer. A veces te dicen 'te vamos a colocar una anestesia'... el resto es placebo" (Médico Gineco Obstetra, Hospital de Chiloé) (p. 187)

En relación con esta diversidad de voces, una de las preguntas centrales de mi proyecto de investigación original era, precisamente, cómo la epidemiología sociocultural de Chiloé lograba (o no) articular distintos "actores sociales significativos", y, además, quiénes eran, y cómo ellos tenían (o no) expresión dentro de sus producciones científicas y no-científicas (por ejemplo, desde las tablas de frecuencias, los gráficos, las ponencias y los materiales audiovisuales). La intención de fondo era "abrir su caja negra", es decir, realizar un desmontaje de los procesos sociales y las diversas interacciones entre humanos y no-humanos que habitaban bajo un trabajo científico que habitualmente solo mostraba sus "entradas" y "salidas" exitosas (Latour, 2001, pp. 208-256). Con esa intención procuré ampliar el espectro de actores que consideraría incluidos dentro de estos procesos de producción de conocimiento, es decir, generé una definición operativa que me permitiera la vinculación con agentes que aparecían como secundarios o incluso invisibles dentro en sus productos finales. De este modo, inspirándome en el lenguaje de Fleck (1986), definí como un *colectivo de conocimiento* a:

Todos los actores sociales provenientes de instituciones (académicas, estatales y no gubernamentales), organizaciones (indígenas, comunitarias, sindicales y activistas) y personas pacientes, terapeutas y concedores (de tradiciones biomédicas, populares e indígenas) que se articulan en torno al enfoque teórico-metodológico de la epidemiología sociocultural en Chiloé¹³.

Dada la diversidad de este colectivo, las formas de vinculación fueron variables de acuerdo con cada actor, institución u organización con la cual se trabajó. La vinculación principal, sin duda, fue la precoz colaboración con el médico e investigador pionero de la epidemiología sociocultural en el sur de Chile, Jaime Ibacache Burgos. Jaime coordinaba

¹³ Como muestro más adelante, esta definición inicial debió durante el trabajo de campo abrirse para incluir también a un buen número de entidades no-humanas, cuya agencia es imprescindible para comprender la constitución de estos colectivos de conocimiento (desde barcos salmoneros, seres mitológicos, hasta artefactos audiovisuales).

la Unidad de Epidemiología Sociocultural dentro del Servicio de Salud Chiloé, institución estatal cuya misión explícita era y es: “Satisfacer las necesidades de Salud de los usuarios de la Provincia de Chiloé, con un trabajo en Red, manteniéndolos saludables y resolviendo sus problemas de salud” (Servicio de Salud Chiloé, 2019). Conocía personalmente a Jaime desde mis experiencias profesionales anteriores en el sur de Chile, cuando él hacía parte de la denominada Unidad de Salud Colectiva (2003-2010), utilizando también la epidemiología sociocultural en varias de sus investigaciones¹⁴. Desde un primer momento Jaime aceptó generosamente trabajar en conjunto sobre la propuesta de investigación y así confluimos en la necesidad de profundizar una serie de aspectos epistemológicos relacionados con las propias prácticas de conocimiento que estaban realizando con distintos equipos de salud, familias, comunidades y profesionales en el Archipiélago de Chiloé. Así, me incorporé como participante activo dentro de sus procesos de investigación y se me facilitó el acceso a documentación y a vincularme con otros actores. No obstante, dada una serie de dificultades del ámbito burocrático, no logré establecer un vínculo oficial con el Servicio de Salud de Chiloé, al no existir convenios de colaboración activos que permitieran incorporar a investigadores externos. La dificultad fue soslayada a través del establecimiento de un convenio intermediado por la organización Ashoka-Chile directamente con Jaime, quien había sido uno de sus *fellows* destacados por sus experiencias de innovación social en los campos de salud y cultura¹⁵. De este modo se acordó que el trabajo de acompañamiento se realizaría dentro de las prácticas de investigación de la epidemiología sociocultural de Chiloé que tuvieran un carácter público, es decir, que no implicaran tareas, acciones y espacios exclusivos de los funcionarios del Servicio de Salud. No existiendo un vínculo directo con aquella institución, tampoco se tuvo acceso a información de carácter privado a través de él (como registros clínicos o documentación interna sensible). Si bien en la primera mirada esta cuestión puede ser considerada una limitante del proceso de investigación, creo, me facilitó la vinculación con una serie de actores locales que realizan procesos críticos de conocimiento y acción sociosanitaria y ecológica de forma paralela e incluso en confrontación con las apoyadas por el aparato estatal.

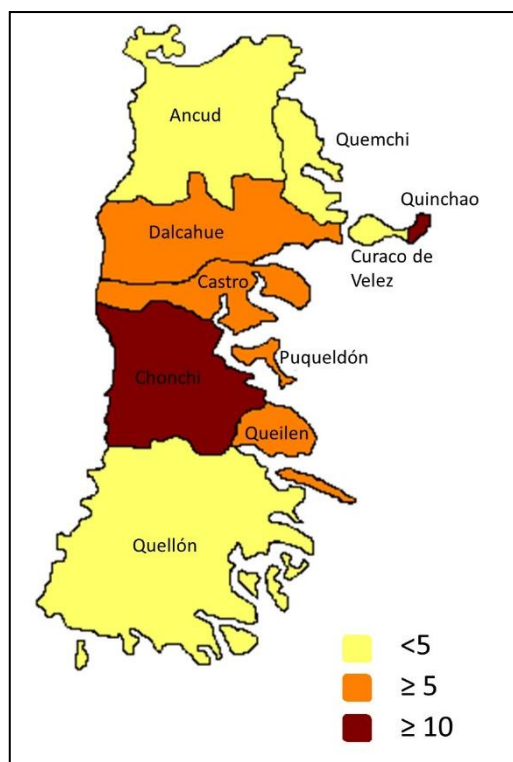
¹⁴ En las cuales profundizo especialmente durante los Capítulos IV y V.

¹⁵ <http://chile.ashoka.org/jaime-ibacache-emprendedor-social-2008>

1.1.4. Prácticas de conocimiento

a. Observación participante

La principal práctica de conocimiento que realicé fue una observación participante a lo largo de un periodo de trabajo de campo de casi 11 meses de duración en el Archipiélago de Chiloé (24/09/2017 al 23/08/2018). Se trató de acompañar integralmente las actividades en terreno del Equipo de epidemiología sociocultural, además de habitar por aquel periodo en dos localidades de la Isla Grande (Canaan en la comuna de Chonchi y Nercón en la comuna de Castro). En relación con las actividades junto al Equipo, éste ya venía trabajando proyectos de investigación, acción y pedagogía junto a diversos colectivos en distintas localidades de Chiloé. Así, pude visitar 31 localidades predominantemente rurales y costeras de las 10 comunas del Archipiélago. La mayoría de estas actividades se desarrollaron en las comunas de Chonchi (32,8%) –de gran extensión territorial– y Quinchao (19,4%). Le siguieron en frecuencia Dalcahue (8,9%), Castro (8,9%) y Queilen (8,9%), especialmente en sus localidades frente al mar interior (*Mapa 2*).



Mapa 2: Frecuencia de visitas en terreno a las distintas comunas del Archipiélago de Chiloé. Fuente: elaboración propia.

Clasifiqué el tipo de actividades desarrolladas durante la observación participante en: 1) registros contextuales audiovisuales que se realizaban en las localidades rurales visitadas y

sus alrededores; 2) visitas domiciliarias donde se realizaban entrevistas-conversaciones con grupos familiares; 3) entrevistas individuales con funcionarios de salud (técnicos y profesionales) en sus Centros de Salud y especialmente en Postas de Salud Rural; 4) reuniones de trabajo interno donde el Equipo planificaba futuras actividades, se orientaba a pasantes, se establecían vínculos con distintas organizaciones académicas y comunitarias, y se trabajaba analizando los registros y construyendo distintos materiales audiovisuales; 5) seminarios/talleres/jornadas donde el Equipo se reunía tanto con organizaciones comunitarias como con funcionarios de salud, y 6) acompañamiento a pacientes en tratamientos con terapeutas tradicionales (*Tabla 1*).¹⁶

Tabla 1: Actividades acompañamiento de la observación participante

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Registro Contextual Audiovisual	31	31,63%
Visita Domicilio con Entrevista Familiar	26	26,53%
Entrevista Individual Funcionario Salud	15	15,31%
Trabajo Interno Equipo	12	12,24%
Taller/Seminario/Jornada	11	11,22%
Acompañamiento Terapéutico	3	3,06%
Total	98 ^a	100%

Nota: ^a Habitualmente se realizaban varias de estas actividades durante una misma jornada de trabajo en terreno en una misma localidad.

Fui registrando las observaciones y experiencias de este trabajo en diarios de campo que, finalizado el periodo en Chiloé, sumaron un total de 5 cuadernos (9 x 14 cm.) de 190 páginas cada uno. Identifiqué cada entrada de estos diarios de campo de acuerdo con su origen en: 1) notas directas del trabajo de campo (con datos desde el territorio y observaciones sobre personas, prácticas y lugares), 2) notas reflexivas del proceso de investigación (que incluían resúmenes comprensivos de las actividades semanales e hipótesis de interpretación en proceso), 3) planificación de actividades, 4) apuntes desde entrevistas individuales y 5) revisiones bibliográficas a partir de materiales del terreno¹⁷. Además, fui tomando fotografías y/o grabando videos cortos en formato digital (JPG y

¹⁶ Una descripción densa de algunas de estas actividades hace parte del Capítulo IV (apartado *Itinerarios de una investigación*).

¹⁷ Evidentemente, cada uno de estos registros aspiraba a poder recopilar de forma ordenada cada una de las experiencias del acompañamiento en Chiloé. A pesar de que inicialmente durante el trabajo de campo intenté una pulcra separación entre los aspectos más “subjetivos” y “emotivos” respecto a los “objetivos” y “racionales”, procurando una tipología para cada una de ellas (por ejemplo, una entrada inicial del trabajo se titulaba: “nota reflexiva personal”), luego de un par de meses decidí simplemente aceptar que mi forma de razonar era fundamentalmente emotiva, y cada una de las observaciones, por más racionalmente estructuradas que fueran escritas, estaba permeada por lo anterior.

AVI respectivamente) con una cámara semiprofesional (Nikon 1 J1). Cuando consideré pertinente también registré audios digitales (formato WAV en una Sony IC Recorder ICD-IX523F) especialmente dentro de los talleres/seminarios/jornadas donde el Equipo realizó intervenciones centrales. Escuché atentamente estos registros al menos dos veces y luego los transcribí personalmente de forma parcial según los fragmentos más pertinentes a los objetivos de la investigación.

b. Entrevistas individuales y diálogos en el trayecto

Realicé un total de 18 entrevistas semiestructuradas individuales con actores claves para comprender algunos aspectos históricos, epistemológicos, metodológicos y sociopolíticos relacionados con la emergencia y el desarrollo de la epidemiología sociocultural de Chiloé. La mayoría de estas entrevistas se desarrollaron en el Archipiélago de Chiloé (11 de ellas) durante el mismo periodo en que realicé la observación participante, y la totalidad de sus contactos y vinculaciones fueron establecidos dentro de sus mismos espacios de investigación, acción y pedagogía. En aquel lugar utilicé intensamente el método “bola de nieve”, donde a medida que el trabajo de campo avanzaba, cada actor me iba facilitando los contactos con otros actores pertinentes para profundizar sobre los ejes temáticos que se estaban explorando (Minayo, 2010). Las 7 entrevistas restantes se realizaron en 4 ciudades del Chile continental (Puerto Montt, Valdivia, Temuco, Santiago) con carácter complementario, siguiendo la misma estrategia de contactos y vinculación. Así entrevisté a investigadores de distintas disciplinas, gestores sanitarios y terapeutas biomédicos y tradicionales que habían participado (y/o estaban participando) activamente dentro de los procesos de investigación y acción de la epidemiología sociocultural de Chiloé. (ver *Anexo 1: Entrevistas Individuales*)

El formato de entrevista semiestructurada, entendida como una “conversación con finalidad”, me permitió abordar ejes temáticos claves a través de una serie no totalmente predefinida de preguntas abiertas y cerradas que los entrevistados podían o no profundizar según su propio interés. La ventaja de este tipo de entrevista semiestructurada respecto a otras formas de entrevista es el “asegurar que las hipótesis y presupuestos sean cubiertos por la entrevista en un tiempo razonable, sin dejar de lado aspectos subjetivos o temas emergentes que surgirán desde las preguntas” (Minayo, 2010, p. 267). Cada entrevista fue planificada en relación con la historia personal y profesional de cada actor y, especialmente, en relación con la forma de vinculación específica con la epidemiología sociocultural de Chiloé. No obstante estos énfasis diferenciales, mantuve 5 ejes básicos de

conversación: 1) elementos biográficos (sociales, políticos y vocacionales), 2) experiencias en investigación, acción y/o gestión de la salud en zonas rurales e interculturales, 3) reflexiones críticas sobre límites y desafíos de la investigación-acción en salud dentro de los campos de saber/poder contemporáneo, 4) memorias y utopías en torno a la salud de los territorios y, 5) principales referentes y fuentes de inspiración desde la cultura, academia o biografía.

Las entrevistas se prolongaron entre una y dos horas de duración, y con dos actores fue necesario una nueva entrevista, dado que durante el primer momento habían quedado sin abordar temáticas consideradas relevantes. Previo un consentimiento informado oral, registré la totalidad de estas entrevistas en audio digital (formato WAV captada con una Sony IC Recorder ICD-IX523F), luego las escuché atentamente al menos dos veces, y finalmente transcribí personalmente de forma completa (11) o parcial (7), priorizando las entrevistas y/o fragmentos más pertinentes a los objetivos de la investigación. Con la mayoría de estos actores, además, pude establecer formas de relación más allá de la entrevista, es decir, dar continuidad a la vinculación a través de las redes sociales de internet, que facilitaron complementar lo conversado y realizar diversas formas de devolución y proyección futura.

Adicionalmente, realicé una serie de conversaciones breves en clave reflexiva durante los momentos de traslado hacia las distintas localidades con el Equipo de epidemiología sociocultural de Chiloé en el contexto del acompañamiento de la observación participante¹⁸. Estos diálogos-en-el-trayecto tocaron diversos tópicos con relación a las prácticas de investigación en curso y de forma central se expusieron algunas “ideas en proceso” por parte del investigador y médico Jaime Ibacache Burgos. Fue en realidad un formato improvisado donde a veces yo llevaba temas específicos que emergían desde la escritura de mis notas reflexivas o la revisión de materiales bibliográficos, y en su mayoría parecían pensamientos en voz alta sobre las experiencias vividas durante cada jornada: localidades, familias, organizaciones y problemas ecosociosanitarios que se habían trabajado. En total registré 11 de estas conversaciones en audio digital (formato WAV captada con una Sony IC Recorder ICD-IX523F) y luego los transcribí personalmente de forma completa.

¹⁸ Traslados que describo con detalle durante el Capítulo IV (apartado *Itinerarios de una investigación*).

c. Fuentes secundarias

Realicé una recopilación, clasificación y análisis de fuentes secundarias enfocado prioritariamente en las producciones académicas y no académicas realizadas por la epidemiología sociocultural de Chiloé a través de su historia. Este trabajo también ocurrió paralelamente a la observación participante y las entrevistas individuales en el Archipiélago de Chiloé y fue en gran medida facilitado por esta experiencia. Dado que gran parte de estas producciones tenía un primer objetivo operativo, escasamente habían sido publicadas y divulgadas fuera de los espacios donde originalmente se ocuparon (como en congresos, talleres y seminarios). Fue necesario, entonces, acceder a ellas a través de sus mismos autores, que muchas veces las tenían acumuladas en rincones olvidados de sus oficinas, hogares y computadores. A partir de las referencias explícitas e implícitas de aquellas producciones fui ampliando esta recopilación (como una “bola de nieve” de fuentes secundarias) con la idea de trazar una genealogía de algunos elementos epistemológicos, conceptuales y metodológicos centrales para la comprensión de su emergencia y desarrollo.

Finalmente recopilé 45 de estas producciones abarcando desde el año 1998 hasta el 2019 y las clasifiqué en: 1) libros, 2) artículos científicos publicados, 3) cortometrajes, 4) artículos de congresos académicos, 5) presentaciones para talleres/seminarios/encuentros, 6) documentos e informes de trabajo. En base a esta recopilación, pude generar un repositorio de materiales que será parte de la devolución hacia las y los participantes de esta investigación (ver *Anexo 2: Producciones de la epidemiología sociocultural de Chiloé*).

d. Recopilación y análisis computarizado

En función de realizar una recopilación y análisis integrado de las diversas fuentes de información derivadas del trabajo de campo (notas de campo, transcripción de entrevistas, documentos, audiovisuales, etc.), me apoyé en el software de análisis cualitativo *Atlas.ti.7.5.2* (Syncom Systems, 2015). Este programa me permitió generar unidades hermenéuticas basadas en categorizaciones comunes que atravesaban los distintos materiales. Estos ejes categoriales fueron en rigor “categorías operacionales”, es decir, abstracciones elaboradas durante el proyecto original (dimensiones ético-políticas, epistemológicas, metodológicas y consecuencias sociosanitarias de la epidemiología sociocultural de Chiloé) cuya función era permitir la construcción de cierta “mirada” específica para aproximarme al trabajo empírico (Minayo, 2010, p. 93). Siguiendo los principios de flexibilidad y acompañamiento, estas categorías iniciales fueron

progresivamente transformadas y se añadieron otras que se ajustaban mejor a las emergencias del trabajo de campo (crisis ecosociales, instituciones sanitarias, entidades mitológicas, colectivos de conocimiento, artefactos de traducción, redes de cuidado, etc.). Basándome en estas nuevas categorías realicé una codificación manual de los distintos fragmentos de sentido desde cada material (diálogo, frase, párrafo, fotografía, escena, etc.), siguiendo las recomendaciones convencionales de las metodologías de investigación cualitativa (Minayo, 2010; Vasilachis, 2013).

De aquella forma, el software de análisis cualitativo facilitó parte del proceso de acopio, clasificación y asociación de los diversos materiales y, por tanto, presentó cierta agencia dentro de la investigación. Sin embargo, su utilización fue en realidad parte de un proceso que intentó alejarse de la idea esencialista del material empírico entendido como una serie de datos-fetiches desde dónde sería posible aprender una verdad. El proceso de análisis y construcción de esta narrativa se asemejó más a una artesanía, porque fue tejiendo diversas historias emergentes *desde* la experiencia etnográfica (entendida como relaciones sociales productoras de conocimiento y realidad) *hacia* los materiales que resultaron más apropiados para dar inteligibilidad científica a aquel tejido.

1.2. Aspectos éticos

Este proceso de investigación se desarrolló dentro de un contexto donde frecuentemente chocaban posiciones opuestas sobre las causas y consecuencias de las transformaciones sociales, culturales, ecológicas y sanitarias territoriales. Como ya mencioné, los diversos actores sociales que participan y han participado con la epidemiología sociocultural de Chiloé sostienen no solo miradas distintas sobre un mismo objeto (la salud, la enfermedad o la muerte) sino que, sobre todo, se encuentran en distintas posiciones de hegemonía/subalternidad en relación con las principales formas de opresión del sistema-mundo moderno (capitalismo, colonialismo y heteropatriarcado). Usando un ejemplo contrastante: una entrevista realizada a un médico, hombre, mestizo y funcionario del Estado tendrá un grado muy distinto de impacto de la que pueda acontecer a una campesina, mujer, indígena y temporera. Especialmente considerando mi propia condición como médico-investigador, hombre, mestizo y doctorando de una universidad europea. Por ello, las posibilidades de ejercicio de violencia y consecuencias negativas potenciales relacionadas con la participación dentro de este proceso de investigación debieron ser analizadas caso a caso.

En relación con la observación participante junto al Equipo, era notable que habían establecidas formas de relacionamiento históricas con diversos colectivos que implicaban una serie de supuestos sobre cuáles eran los objetivos de cada espacio de trabajo y cuáles eran los roles de cada actor dentro de ellos. Además de observar estas cuestiones, procuré que mi propio rol violentara lo menos posible estos procesos en marcha, teniendo claro que en rigor aquello era una tarea imposible dado que mi sola presencia trastocaba en parte los espacios de intimidad constituidos. Especialmente, en los espacios donde se trataban temas dolorosos como la enfermedad y la muerte de personas cercanas. No obstante mis reparos iniciales, al poco de iniciar el trabajo de campo ya me encontraba bien acoplado en el rol de médico-investigador colaborador del Equipo. A grandes rasgos dentro de estos espacios de investigación, acción y pedagogía, las condiciones de participación y confidencialidad fueron similares a las que habitualmente eran ocupadas por este mismo Equipo. Es decir, no se divulgan el tipo de información personal y sanitaria que pueda afectar la privacidad de los participantes, a no ser que explícitamente se acuerde lo contrario. Siguiendo esa línea, para efectos de este documento, los nombres propios de la totalidad de los actores que participaron de estos espacios de investigación-acción en Chiloé fueron reemplazados por nombres ficticios. En cambio, para el caso de las entrevistas individuales se realizaron consentimientos orales y definiciones de confidencialidad y devolución específicas. Puse un código de las siglas iniciales de sus nombres, y en casos especiales los nombres completos dado que facilitaría relacionarlos con las producciones científicas de su propia autoría, sin comprometer información potencialmente sensible. Las formas de devolución fueron variadas: desde participación directa en iniciativas locales hasta la promesa de dejar en distintas bibliotecas del sur de Chile una copia de esta tesis impresa.

CAPÍTULO II. UNA CRISIS ECOSOCIAL: CHILOÉ

2. Una Crisis Ecosocial: Chiloé

*La Chaquihua está llamando,
buen peñi levántate
que son tres traiciones,
¡vendieron a Chiloé!*

*Se repartieron la plata
se pusieron a tomar
se comen ricos asados
y pa' nosotros no hay ná.*

*Con todos los extranjeros
vendieron a Chiloé
todas las montañas ricas
con sus lagunas y ciprés.*

José Santos Lincoman Inaicheo (Lonko Mayor Butahuillimapu, 1910-1986)¹⁹

Entre los paralelos 41°, 45" y los 43°, 39 de latitud Sur se ubica un conglomerado de más de 42 islas llamado Chiloé²⁰, palabra que evoca al afuerino idílicas imágenes: territorio de rústica y abundante naturaleza donde mujeres y hombres (lana, fuego y mito mediante) logran superar las inclemencias del duro invierno. Con esas imágenes también llegué yo por primera vez a la Isla Grande, hace más de veinte años durante unas vacaciones juveniles. Recuerdo que una lluvia sorpresiva en el sector de Cucao dejó mi campamento completamente anegado. Frío y mojado caminé hasta la casa de tejuelas más cercana donde me recibió una cara amable con un: “pasen, caloren, sirvan”. Al calor de la cocina de leña conversamos unos *mates*²¹ por varias horas con la señora Amanda, como dentro de un cálido sueño. Varios años después, ya como médico rural volví a visitar la Isla Grande y la encontré cambiada. En la ciudad de Castro los vivientes andaban preocupados, tensos y enojados por las calles. Había gran actividad comercial y turística y me pareció que la gente se había puesto a correr, pero nadie sabía hacia dónde ni para qué. Ese año 2009 mi

¹⁹ Una excelente compilación de su trabajo que articula la oralidad con la escritura y la política con la literatura en García y Galindo (2004, pp. 67–142).

²⁰ Palabra del mapudungun (lengua del pueblo mapuche) que derivaría de CHILLE “una gaviotilla” (*Larus serranus*, muy común en la zona) + el sufijo -HUE “lugar” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 52).

²¹ Infusión hecha con hojas de “yerba mate” (*Ilex paraguariensis*, planta originaria de Sudamérica de uso común en los espacios de conversación tanto en Chiloé como en todo el sur de Chile y Argentina).

visita era para participar en el “Encuentro Movilizando Salud y Comunidad” convocado por algunos compañeros de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) Sur-Patagonia²². El Encuentro reunió a diversas organizaciones comunitarias y varios profesionales relacionados con la salud de la Región de los Lagos y se centró en avanzar el trabajo que ya venían realizando para identificar y debatir acerca de los cambios territoriales que estaban impactando en los procesos de salud-enfermedad de Chiloé y, sobre todo, cómo a través de la acción comunitaria era posible hacerles frente. Dentro del diagnóstico colectivo se evidenciaba que cierta “modernidad neoliberal” había llegado sin ser llamada, y se había impuesto violentamente con sus formas ajenas de trabajo, alimentación y consumo. El relato común en sus zonas rurales era que, ante la crónica falta de dinero, muchas familias se habían incorporado a las industrias salmoneras (a quienes prometía puestos de trabajo estables) cambiando progresivamente sus modos de vida y abandonando la agricultura, ganadería menor, pesca y recolección artesanal de mariscos. Chiloé estaba siendo velozmente integrado a un tipo de globalización que hasta hace poco tiempo se veía muy lejos de sus costas. Al momento que escribo estas líneas, casi veinte años después de mi primera visita, me parece obvio que el Archipiélago cambió radicalmente. Aquella tensión y apuro que una vez percibí en Castro me parece parte de su ritmo natural. Un enorme centro comercial sigue construyéndose en medio de su centro histórico, a pesar de ser rechazado por buena parte de la ciudadanía y presentar diversas irregularidades en los procesos burocráticos que permitieron su instalación. Las caras amables hoy miran más a sus teléfonos portátiles que al vecino. Sin embargo, persisten en sus calles ventas de algas secas, peces y mariscos frescos, junto con artesanos nómades que tejen finos canastos de quilineja (*Luzuriaga radicans*). Elementos de la tradición chilota y cierta modernidad parecen chocarse y luego abrazarse, luchan a muerte y luego se trenzan amorosos, sin llegar nunca a poseerse completamente (*Figura 4*).

²² Durante el Capítulo IV reviso algunas de las bases políticas y teóricas del movimiento de Medicina Social/Salud Colectiva representado en ALAMES (en la página 134).



Figura 4: Al fondo centro comercial en construcción, adelante venta de paquetes y cholgás, en medio, una “familia chilota moderna” mirando sus teléfonos móviles. Fuente: trabajo de campo (Terminal de Castro, marzo 2018)

Aquella modernidad no se instaló como se esperaba: las resistencias surgieron desde lugares imprevisibles y los daños fueron mucho más profundos. El mar sobreexplotado con industrias salmoneras se pronunció con la muerte de numerosas especies y muchos vecinos lo escucharon. Las transversales movilizaciones sociales de mayo del 2016 fueron quizás ese punto de inflexión para que la incipiente desconfianza sobre el modelo de desarrollo extractivista se convirtiera en certeza y dolor: “Chiloé está privao”²³ fue la consigna. Pasados dos años de aquella “primavera chilota”, no parece haber grandes cambios en la institucionalidad y empresariado, sino todo lo contrario. Nuevos proyectos extractivistas en energía, minería, turismo, y explotación forestal y pesquera se han hecho públicos y nuevas formas de resistencia se articulan en la profundidad de este territorio.

Denomino “una crisis ecosocial” a este espacio-tiempo en que se encuentra hoy el Archipiélago de Chiloé. Profundizar en esta crisis es también comenzar a entender desde dónde, cómo y por qué emerge acá la epidemiología sociocultural y cuál es su rol en estos procesos de transformación territorial. Esto implica preguntarse primero: ¿Por qué es una crisis? ¿Cómo se observa cotidianamente? ¿Qué significa acá lo “ecosocial”? ¿Se trata de una sola crisis o son múltiples crisis? ¿Cuándo comenzó? ¿Cuáles son sus diferencias y

²³ La consigna jugaba con el doble significado local y nacional del adjetivo “privao”. Para el habla local, cuando alguien está “privao” se encuentra enojado, furioso, lo embarga la ira. Para el habla del norte del país, en cambio, lo “privao” es una forma coloquial de referirse a lo privado, lo que está sujeto a propiedad personal.

semejanzas respecto otros territorios? Durante este Capítulo pretendo abordar estas cuestiones, dando por supuesto que no hay respuestas únicas y que mis intentos son parciales, temporales y fragmentarios. Lo anterior sería, precisamente, uno de los núcleos de esta crisis: la disputa activa y radical sobre sus mismas causas, consecuencias y futuros alternativos. De este modo a continuación hago una descripción e interpretación en primera persona, a partir de la experiencia de campo y revisión documental, acerca de algunas de sus dimensiones y nexos sociohistóricos, destacando sobre todo, sus consecuencias en los procesos de salud-enfermedad colectivos.

2.1. De hundimientos y salmones

La mañana del miércoles 18 de octubre del año 2017 el barco “Seikongen” se hundía frente a Pilpilehue²⁴, una bella playa de la Isla Grande de Chiloé. Este wellboat²⁵ trasportaba aproximadamente 200 toneladas de salmones vivos desde varios centros de acuicultura de la misma bahía, además de 65.000 litros de petróleo. Era la segunda semana de mi trabajo de campo acompañando al Equipo de epidemiología sociocultural de Chiloé en diversas entrevistas con familias y equipos de salud primaria, en un sector perteneciente a la misma bahía. Por la prensa local se destacaba que los once tripulantes de la embarcación habían sido evacuados ilesos, mientras que la autoridad marítima (la marina chilena) declaraba que no se habían producido derrames de petróleo ni escape de los salmones hacia el lecho marino. De todas formas, se había activado un protocolo de seguridad para evitar el esparcimiento de una cantidad no precisada de “oleo-elementos” desde la cubierta del barco y además, se declaraba que las autoridades se encontraban a la espera de los planes de manejo que la misma empresa dueña del barco debía presentar a la brevedad. Se desconocían las causas del hundimiento de un wellboat casi nuevo y que trasladaba, de forma aparentemente rutinaria, un gran número vivo de “productos de cosecha”²⁶ hacia las plantas de faenado en el continente (*Figura 5 y Figura 6*).

²⁴ En lengua veliche (mapudungún de Chiloé): conjugación de PILPIL que derivaría de PILPILEN (*Haematopus leucopodus*, una hermosa ave que habita estas costas marinas) y HUE “lugar” (Cárdenas Alvarez, 2017).

²⁵ Wellboat o well-boat es un tipo de embarcación con capacidad de transportar y controlar grandes cantidades de especies marinas vivas en su interior.

²⁶ Cosecha de casi 200 toneladas del exótico Salmón del Atlántico (*Salmo salar*). A través de un tecnificado proceso productivo, estos peces antes habían sido “sembrados” en el agua marina (como *smolts* o formas juveniles) y se encontraban finalizando su periodo “de engorda” (de 14 a 19 meses) en los centros de acuicultivo instalados en la misma bahía (para más detalles de la empresa directamente involucrada ver: Salmones Camanchaca S.A., 2019).



Figura 5. Recorte de la prensa local sobre el hundimiento. Fuente: Diario Estrella del Mar (30 de octubre 2017).



Figura 6. Fotografía de la prensa nacional sobre el hundimiento. Fuente: El Mostrador (19 de octubre 2017a).

Se trataba de un lamentable accidente que, sin embargo, tenía entre sus protagonistas nuevamente a la industria salmonera. Ya años antes ésta industria se había colocado en el centro de las críticas respecto al modelo de desarrollo económico extractivo impuesto en el Archipiélago, llegando a un punto cúlmine en el denominado “mayo chilote” el 2016. Durante todo ese mes, la Isla Grande estuvo movilizadada como protesta contra la masiva mortalidad de especies marinas y aves producidas por floraciones algales nocivas, a lo que

se sumó el brote de *marea roja*²⁷ más violento y prolongado registrado en la historia de este territorio. Ambos hechos obligaron al cierre sanitario preventivo de una extensa zona costera. Se declaró entonces a toda la Región de los Lagos como “zona de catástrofe”, ya que en pocas semanas el fenómeno se había extendido por más de 5.000 kilómetros de borde costero, afectando a diversas especies de gran importancia económica y alimentaria (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2016, p. 12). Las movilizaciones de mayo comenzaron inicialmente desde organizaciones sindicales pesqueras y marisqueras, quienes consideraban insuficientes las “soluciones de reparación”, mediante bonos en dinero por parte del gobierno, pero rápidamente lograron sumar el apoyo de comunidades indígenas, asociaciones estudiantiles, trabajadores acuícolas y ecologistas, así como también un buen número de familias cuyo modo de vida se relacionaba de alguna u otra forma con el mar. Las perturbadoras imágenes de muerte masiva de especies marinas en distintas localidades costeras fueron velozmente compartidas a través de las redes sociales y llegaron incluso hasta los medios informativos internacionales (por ejemplo, en la BBC, en la *Figura 7*). Reflexionaba al respecto un vecino que se había movilizad

Fue la explosión de una imagen aterradora, grotesca, de algo que es como tocarle el corazón al chilote, la recolección porque es un espacio comunitario que todo chilote puede echar mano cuando no tiene nada para echarle a la olla, sale a mariscar [...] entonces el ver esos mariscos muertos de esa manera tan dramática, playas enteras, bancos que habían preparado hace cuatro años los macheros, todo muerto de un momento a otro todo [...] y que no se podía trabajar las algas ni del mar interior ni del exterior y que todo estaba contaminado de esa manera [...] hizo que la gente se alzara y golpeará la mesa... (JM, Nercón, entrevista personal, 04/12/2017)

²⁷ El termino “marea roja” históricamente hace referencia a una coloración “fosforescente y rojiza” de las aguas del mar que presentan altas concentraciones de microalgas, organismos esenciales en las cadenas tróficas de los ecosistemas marinos. El uso más común hoy en Chile, sin embargo, se asocia a los técnicamente denominados Fenómenos Algales Nocivos (FAN) que no necesariamente involucran cambios en la coloración del mar. Estos FAN se caracterizan por un aumento excesivo del número de microalgas productoras de diferentes “toxinas marinas”, capaces de afectar tanto al ser humano como otros animales al ser consumidas a través de los mariscos: “Estas sustancias, en su mayoría resistentes al calor de la cocción habitual, pueden interferir, en muy bajas concentraciones, con procesos fisiológicos normales como la conducción de los impulsos nerviosos, la absorción de agua y de alimentos en el intestino o el procesamiento de la memoria [...] Las floraciones de algas nocivas ocurren con frecuencia creciente y con compromiso cada vez mayor de extensas áreas costeras del planeta, incluyendo Chile, informándose cada año de más de 2000 casos de intoxicaciones en humanos con un 15 por ciento de mortalidad asociada” (Suarez y Guzmán, 2005, p. 12).



Figura 7: Marea roja en playa de Chiloé. Fuente: BBC Mundo (2016)

Así, la denominada “Comuna de Chiloé” sostuvo durante 18 días una movilización pacífica que cortó sus vías de acceso y estableció asambleas populares en Ancud, Castro, Chonchi y Quellón, responsabilizando directamente a la industria salmonera e indirectamente a las autoridades de gobierno y marítimas por el desastre ecosocial en la zona (Cárdenas, 2017). Se denunciaba el vertimiento de 4.659 toneladas de salmones en descomposición (mortalidad también por floraciones algales en distintos centros de acuicultivos regionales) a 75 millas de las playas de Chiloé durante marzo, como antecedente implicado en las posteriores FAN de toda la Región. Sin embargo, estos nexos causales fueron descreditados públicamente tanto por los representantes del gobierno y las empresas salmoneras, como por varias asociaciones científicas del país (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2016, pp. 13-14). Más allá de las controversias mediáticas y científicas²⁸, lo que estaba en el fondo de aquellas movilizaciones no era el hecho puntual del vertimiento masivo de salmones, ni tampoco el mal manejo estatal de la emergencia sociosanitaria posterior. Era fundamentalmente una sensación colectiva de vulneración y desprotección frente al progresivo proceso de degradación social, cultural y ecológica que desde hace 30 años se había instalado en Chiloé. Para ese malestar colectivo, la llegada de la globalización neoliberal era sinónimo de la industria salmonera, ya que durante su

²⁸ Controversia que según Cárdenas (2017) implicaba en realidad una alineación del “establishment científico sectorial” con la industria salmonera, dado que las exculpaba precozmente de los fenómenos de FAN despreciando los argumentos de las comunidades locales. Respalda estas suspicacias las formas agresivas de difundir ciertas declaraciones científicas por parte de medios informativos vinculados a las corporaciones salmoneras (como puede observarse, por ejemplo, en AQUA, 2016).

crecimiento se habían modificado drásticamente tanto los paisajes ecológicos como los modos de vida para buena parte de los chilotes (cf. Torres y Montaña, 2018). De este modo, la movilización cuestionaba de fondo: 1) una política de desarrollo territorial creada por y para intereses “afuerinos” (poderosos *holdings* ubicados en Santiago y empresas transnacionales) que fomentaba un único modelo extractivista en desmedro de posibilidades ecológicamente sustentables y culturalmente pertinentes de desarrollo local y, 2) una política social estatal virtualmente ausente reflejada, en las cada vez más precarias instituciones de asistencia en salud, educación, transporte, pensiones y cultura (Cárdenas, 2017). Más allá, el movimiento social de mayo también aparecía como un “despertar de la pasividad insular”²⁹ capaz de reconocer un acumulado histórico de tratos injustos y denigrantes por parte del continente, exigiendo transformaciones profundas. En esos términos lo interpretaba también el Centro de Estudios Sociales de Chiloé³⁰:

[...] el archipiélago se enfrenta a un proceso complejo, de carácter político, institucional e ideológico, guiado por la ejecución cotidiana e histórica de un “patrón colonial de poder” que incluye y potencia a un modelo económico extractivo con amplias actividades de saqueo territorial, guiándose por una lógica de sobreexplotación o despojo de bienes comunes naturales (recursos naturales) y sociales (trabajo, cultura, memoria, saberes, entre otros). Se incluye en esta respuesta [del mayo chilote], por tanto, una variable nueva, ausente en no pocas ocasiones de los análisis sociales: la variable colonial. Una estructura de poder mayor que determina un trato específico con Chiloé: un trato colonial. Que determina una particular consolidación del modelo económico extractivo en la actualidad insular. (Mondaca, 2018, pp. 25–26)

2.1.1. “Está todo de dueño ya el mar”

Pasado más de un año, no obstante, la industria salmonera continuaba operando sin mayores cambios en la zona ya que gran parte de los costos económicos y ecológicos visibilizados durante la movilización habían sido traspasados a las comunidades locales, a la vez que los costos económicos y políticos habían sido minimizados por la institucionalidad estatal³¹ (Cárdenas, 2017). Con esos antecedentes podía entenderse que la

²⁹ Pasividad, apatía y displicencia con la cual históricamente se ha caricaturizado al habitante del Archipiélago de Chiloé por parte de la sociedad del Chile continental y la Patagonia argentina (cf. Rodríguez, 2005). El proceso de construcción de esta “otredad radical” estaría ligado, a su vez, a una historia territorial específica donde las sucesivas formaciones coloniales y sus diversas resistencias son constantemente reactualizadas. A lo largo de este Capítulo me encargo de profundizar esta interpretación.

³⁰ El Centro de Estudios Sociales de Chiloé (CESCH) es una organización no gubernamental formalizada el año 2014 y que agrupa a científicos jóvenes, en su mayoría nacidos o habitantes de Chiloé. Sus publicaciones sostienen una interesante postura de corte crítico y local. Según su página web “Emerge como una instancia teórico-práctica de investigación social en materias que competen soberanamente a los habitantes y comunidades del archipiélago” (Centro de Estudios Sociales de Chiloé, 2018).

³¹ Esta minimización se habría logrado por el control y la reducción de las demandas chilotas a través de: 1) el manejo discrecional de la entrega de bonos en dinero del gobierno, 2) el bombardeo sistemático por la prensa nacional sobre la falta de evidencia entre el vertimiento masivo de salmones y el FAN y, 3) una importante cooptación de varios líderes del movimiento social por parte de partidos políticos variopintos y la

reacción comunitaria inicial frente al hundimiento del wellboat en Pilpilehue en octubre del 2017 fuera de gran suspicacia respecto a esta industria y los representantes de las instituciones del Estado, y especialmente, sobre los vínculos de interés entre ellos –como expresaba uno de sus lienzos: “No más mentiras/ Queremos solución inmediata” (recuadro arriba a la derecha en la *Figura 5*).

A través de una red de organizaciones y personas relacionadas con la Comuna de Chiloé tomé contacto precozmente con la Comunidad Indígena de Pilpilehue³² en función de prestar mi apoyo como profesional solidario. La Comunidad había sido formalizada cuatro años antes y en su seno sostenía la aspiración de reconocimiento de las raíces indígenas (esencialmente mapuche-huilliche) de varias generaciones que habían nacido y habitado esta localidad. Según su presidenta “nos sentíamos pasados a llevar en todos los sentidos, [nos organizamos] por la defensa de nuestras tierras, del mar, del modo de vida, trabajo y cultura” (entrevista personal 09/03/2018). La formalización dentro del sistema estatal como “comunidad indígena con registro oficial y número” formaba parte además de una estrategia pragmática destinada a contener la invasión de empresas salmoneras y mitilicultoras³³ afuerinas que, desde la década de 1980 obtenían las concesiones de las mejores zonas costeras, apoyada en el entramado legislativo neoliberal heredado de la dictadura cívico-militar de Pinochet. La Ley 20.249 del año 2008 que creaba un “Espacio Costero Marino de los Pueblos Originarios” (denominada coloquialmente como Ley Lafkenche³⁴) abriría al menos una posibilidad teórica para que las organizaciones indígenas residentes demandaran al Estado chileno el restablecimiento de aquellas zonas de espacio marino delimitado “cuyo objetivo será resguardar el uso consuetudinario de dichos espacios, a fin de mantener las tradiciones y el uso de los recursos naturales por parte de las comunidades vinculadas al borde costero”³⁵ (Art.3° Ley 20.249). De este

institucionalidad estatal. Como resumía un vecino movilizad: “la negociación [posterior a la movilización] no tocó el modelo que las comunidades habían denunciado, el verdadero cáncer” (entrevista persona, Nercón, 04/12/2017).

³² Para el resto del Capítulo “la Comunidad”.

³³ Mitilicultura o miticultura es el cultivo industrializado del marisco comestible mejillón (que incluye varias especies, siendo la más representativa en Chiloé el *Mytilus edulis chilensis*), llamado popularmente en Chile continental “choro o chorito” y tradicionalmente en Chiloé “quilmahue” desde la lengua mapuche-huilliche (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 109).

³⁴ Lafkenche, del mapudungun LAFKEN “mar, lago o río” y CHE “gente”. Es una de las denominaciones más claras de identidad territorial colectiva dentro del Mundo Mapuche. Fue de especial importancia para el reconocimiento propio y del otro antes de la invasión por la corona española (Millalén Paillal, 2006, p. 35).

³⁵ Esta ley ya había recibido críticas desde distintos ángulos (cf. Zelada Muñoz y Park Key, 2013), entre otras, se destacaban las sucesivas barreras burocráticas que encontraban las comunidades para acceder al convenio, lo cual se reflejaban en que a los 10 años de promulgada la Ley había 43 solicitudes paralizadas en el proceso, 81 en trámite y apenas 2 con el convenio de uso firmado (Meza-Lopehandía, 2018).

modo, la Comunidad intentaba recuperar la autonomía en la administración y uso de su propia costa, aquella que tradicionalmente les había traído sustento a sus familias y hoy se encontraba ocupada por empresas externas, como bien describía un dirigente vecinal:

Cuando hay buenas mareas vamos a buscar los marisquitos que los tenemos ahí [...] es esta la única libertad que nos va quedando porque al rato que queremos nosotros vamos a buscar mariscos. En cambio, estando ellos ya no es libertad porque si pasa uno muy cerca de la chorera o la salmonera nos salen a correr altiro [inmediatamente]. Entonces eso *está todo de dueño ya el mar*. (entrevista personal, Pilpilehue, 02/11/2017, cursivas mías)

Estas posibilidades de recuperación se veían realmente frustradas en ese momento, sin embargo, por el hundimiento del wellboat y sus consecuencias a largo plazo en los ecosistemas marinos. Pero al mismo tiempo, de forma paradójica, el accidente comenzaba a transformarse también en una oportunidad inesperada de visibilización pública de esta lucha. Así, la lectura local de los daños y riesgos relacionados con el hundimiento se encontraba ligada a procesos de recuperación territorial, cultural y, en definitiva, de luchas históricas por la autodeterminación.

Ningún integrante de la Comunidad habría imaginado lo que ocurriría a escasos metros de su playa, frente a sus casas, ni menos el rol que su organización iba a tener que asumir en los meses sucesivos. “Era una cosa para no creer. Lo que veía nuestro ojo, aquí mismo, era para no creerlo. Pasaban los días y nada. Nadie se acercó a hablar con nosotros, ni la gente de la salmonera, ni los dueños del barco, nadie” (entrevista personal, Pilpilehue, 09/03/2018). Ante este incierto panorama se comenzó a recibir el apoyo de varias comunidades indígenas provinciales y más tarde se sumaron asociaciones ecologistas y de defensa territorial. Había una percepción extendida de que “cualquier sector, cualquier comunidad está expuesta a una cosa parecida. Hoy nos tocó a nosotros y el otro mes le puede tocar a otra, y así” (entrevista personal, Pilpilehue, 02/11/2017). Se convocaron una serie de movilizaciones que incluyeron marchas por las principales ciudades, comunicados públicos, puntos de prensa, e incluso cortes de carreteras. Además, se comenzaron a elaborar demandas de protección ambiental, civiles e incluso criminales. Eran días de progresiva agitación social y el aumento de la presión de la movilización y atención por parte de la prensa local, nacional e incluso internacional³⁶ estaba obligando a que tomaran

³⁶ Registré a modo de bitácora una gran cantidad de notas de prensa (principalmente regionales, pero también nacionales) donde se pueden identificar los diversos actores movilizadores, así como también el largo itinerario que recién comenzaba (y que duraría más de un año) para el retiro del barco y el destino final de su tóxica carga. (Algunas de las más significativas se pueden ver en Ascencio, 2018; Díaz, 2018; El Mostrador, 2017b; Radio Chiloé, 2017a, 2017b, 2018a, 2018b; Roa, 2018)

un rol activo tanto las instituciones estatales como las empresas involucradas (una, dueña de los salmones y otra, dueña del barco).

Para la Comunidad Indígena había una conexión histórica evidente entre el hundimiento del wellboat y las formas violentas de instalación y permanencia de estas empresas en la localidad. Mediante un comunicado público, pasados cinco días del hundimiento, declaraban:

La empresa responsable de esta emergencia ambiental no solo NO se ha presentado a dar alguna explicación a nuestra gente, sino que ayer, con absoluto desprecio de nuestra existencia, se desentendieron del barco hundido y se dedicaron a cosechar sus otros centros. Acá vemos cómo la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) de la que tanto habla esta industria no es más que un mero discurso populista que basta una situación como ésta para que se ponga a prueba. [...] estas empresas trabajan con absoluta irresponsabilidad sin tener planes de contingencias para estas situaciones y que además cuentan con la complicidad de las autoridades, quienes aprueban estos proyectos con evaluaciones ambientales de papel, donde no se mide ni evalúa estas contingencias. Es decir, con todas las *“contingencias”* que esta industria ha tenido, una de las más graves fue la ocurrida el año pasado que dio como resultado la mal llamada *“marea roja”*, no es posible que la autoridad competente siga autorizando este tipo de proyectos con solo una Declaración de Impacto Ambiental, sin evaluar debidamente todas las variables, que, como se ha visto por esta nueva emergencia, no son ya ajenas a esta industria y más bien son parte del ADN de la industria salmoneras, porque solo como información general, hay que decir que en los últimos 45 a 50 días han tenido 3 naufragios en la región, cada una con daños que ni siquiera se conoce su magnitud [...] tenemos sospechas fundadas de que no estamos solo frente a un lamentable *“accidente”*, sino que acá hay responsabilidades mayores que deben ser investigadas. (Declaración Pública Comunidad Indígena, 23 de octubre del 2017. Negritas, cursivas y subrayado del original)

Dos días después de este Comunicado se realizaron dos reuniones convocadas por la Comunidad, donde se citaron públicamente tanto a los representantes del gobierno (y sus instituciones con responsabilidad en la emergencia) como a las empresas. Se convocaban para pedir explicaciones públicas “cara a cara” sobre las acciones de prevención de mayor daño y retiro del barco y su carga. Hasta aquel momento se conocía de las actividades de contención apenas a través de los escuetos informes reproducidos por la prensa y principalmente por comunicaciones informales de trabajadores vinculados a las empresas acuícolas. Para la Comunidad se trataba realmente de una “bomba de tiempo”, ya que, al peligro de un derrame masivo de petróleo en el mar, se sumaba la posible generación de gases y elementos tóxicos volátiles producto de la descomposición a gran escala de los salmones (a esa altura ya muertos por anoxia) en el interior del barco hundido.

2.1.2. “¿Qué sucede si revienta?”: daño, riesgo e historia

A continuación, transcribiré con relativa extensión fragmentos de estas dos reuniones –efectuadas sobre la misma arena contaminada de Pilpilehue– ya que creo son altamente

ilustrativos de al menos tres aspectos: 1) las tensiones sociohistóricas y políticas subyacentes entre las comunidades locales, los representantes del Estado y las empresas extractivistas, 2) el tono emocional de las comunidades como reflejo de un cuerpo-territorio-colectivo sufriente que irrumpe con violencia³⁷ y, 3) la creación de un verdadero campo de disputa epistemológico sobre el daño y el riesgo: literalmente una arena donde diversos sentidos, símbolos y lenguajes sobre la salud humana y territorial eran confrontados. Dentro de este campo, fue posible distinguir dos posiciones básicas de legitimidad (que parecían, a su vez, habitar mundos radicalmente opuestos) cuyas formas de relacionamiento y negociación se encontraban en ese momento fracturadas. Con ese tono comenzaba un dirigente indígena la primera reunión:

...acá ese buque, así como lo señala la gente es una bomba de tiempo y debió haber sido abordado así desde un principio y si las leyes no están construidas para abordar este problema debieron haberlo tratado en este caso a quienes les corresponde tratar los problemas más graves. Porque esa carga de peces viene siendo como el detonador del petróleo que está al lado y ¿qué sucede si revienta? [alzando la voz] ¡¿qué sucede si revienta? ¡toma el petróleo y se crea una nube de gas una nube tóxica que alcanza a la población! ¿Está el Estado preparado para responder a una situación así, por ejemplo, de responder rápidamente ante una emergencia de ese tipo? (Pilpilehue, 25/09/2017)

La evaluación de un riesgo inminente para la vida humana era central para las acciones comunitarias. Era una evaluación de riesgo encarnada. Sentida desde un cuerpo-territorio-colectivo violentado. Lejos de un razonamiento pausado, era un pensar con las vísceras: desde el mismo instante de peligro que obliga a la acción para la sobrevivencia. Esta evaluación de riesgo estaba basada, a su vez, no solo sobre la observación directa del enorme barco hundido frente a la playa, sino que sumaba la ambigüedad de la información disponible con la poca confiabilidad que históricamente ofrecían las instituciones estatales que debían actuar ante este tipo de emergencias. Pero, sobre todo, estaba teñida por una suspicacia basal sobre el rol que la empresa salmonera involucrada estuviera jugando: un plan oculto cuya preocupación central, sí se sabía con certeza, sería “solo la de los billetes”. Decía la presidenta de la Comunidad ante el intendente:

En este lugar estamos pasando dificultades, estamos muy angustiados porque ha pasado el tiempo y vemos un buque dado vuelta acá con una cantidad de pescado dentro ya en putrefacción, que son como 200 toneladas y 60 mil litros de petróleo o más. Tampoco sabemos qué más tiene este buque porque nosotros no manejamos esa información, entonces para nosotros es una incertidumbre. Puede

³⁷ Expresiones quizás cercanas al grito fanoniano a partir del cual Santos (2018) ligará a la idea de un *cuerpo sufridor* cuyo dolor es inseparable de la injusticia invisible que lo genera (en tanto cuerpos no-existentes, al otro lado de “la línea abismal” de la matriz capitalista, colonial y patriarcal). Así, esta irrupción impertinente, este grito de dolor social encarnado, sería “el regreso de un sujeto vivo” que desafía y desestabiliza las expresiones ideológicas dominantes quizás como “primer paso en la dirección de la resistencia” (pp. 167-172).

haber químicos, no lo sabemos, estamos muy angustiados por eso. Tampoco sabemos cómo un buque de esta envergadura se hunde acá, tampoco sabemos con qué orden trabaja esta salmonera [...] este buque lo vinieron a dejar acá donde hay un mariscadero, donde hay un banco de cholgas y donde hay un corral antiguo de nuestros ancestros... [emocionándose] eso a mí me parte el alma. Como autoridad le pido que hagan justicia, que les marquen todas las fuerzas de la ley a estas salmoneras. Nosotros no ganamos nada, ellos ganan sus seguros ¿quién nos asegura a nosotros nuestras cosas que tenemos acá? ¿quién nos asegura? [...] con todo respeto le digo, nosotros lo que exigimos es algo lógico, claro y transparente para nosotros: que nos aseguren nuestro bienestar acá. (Pilpilehue 26/10/2017)

En contraste, para los representantes de las instituciones del Estado (tanto de la autoridad marítima como de las distintas secretarías de gobierno) el hundimiento se trataba de un hecho puntual desafortunado cuyos daños a la salud humana y ambiental habían sido mínimos, y cuyos riesgos se encontraban controlados a través de una serie de protocolos y normativas técnicas “pertinentes” que ya se encontraban activas o en estudio. Se instaba a las comunidades a hacer una “evaluación objetiva” del accidente y, al mismo tiempo, la aceptación de una secuencia lógica y normatizada de acciones de manejo. A través de esta retórica intentaban establecer un presente-pragmático desconectado de cualquier vínculo con la historia social y ecológica del territorio, y también, desconectado de las temibles consecuencias sobre su futuro. Dentro de este presente-pragmático, los representantes del Estado podrían imponer su lenguaje técnico como única vía legítima de interlocución y, ligado a este, una serie de acciones también de dominio estrictamente técnico, especializadas, ajenas a todo contraste, debate y politización. Declaraba, por ejemplo, el representante de la autoridad marítima (marina chilena):

Aquí se han escuchado algunas palabras que a mí me gustaría que las cambiaran en cierto aspecto porque hay un poco de desconocimiento y es natural cuando no se les ha contado cómo funcionan estas [cosas]. Cuando hablan de que hay un riesgo de explosión yo les quiero decir que el combustible que está ahí no tiene riesgo de explosión [...] No hay riesgo porque es un petróleo que está contenido bajo el agua, es un diésel por lo tanto el riesgo que aquí sí, tanto ustedes deben tener como nosotros, es un riesgo de con-ta-mi-na-ci-ón [marcando cada sílaba]. Respecto a los peces que hoy día no son peces, son residuos orgánicos, yo los invito a que hablemos con esa palabra porque es una palabra técnica, residuos orgánicos [marcando esa palabra]. Está en la legislación, el proceso de transformación técnica lo podrán explicar los expertos del área, pero finalmente hoy día son residuos orgánicos y efectivamente pasan por un proceso de putrefacción y terminan siendo una masa con gases ácidos sulfuros que ustedes ya mencionaron acá que son mortales. Para esos términos solamente señalar que hay tratamientos para trabajar con ellos, tratamientos especializados con equipos especializados de los cuales se les está exigiendo a la empresa que debe tenerlo al momento de iniciar trabajos [...] (Pilpilehue 26/10/2017)

La secretaría regional ministerial de salud³⁸, por su parte, destacaba que ya había comenzado un cierre sanitario preventivo, es decir, que se había declarado oficialmente la prohibición temporal de recolección de bivalvos³⁹ en un rango de 7 kilómetros del hundimiento. Llamaba la atención a la Comunidad que esta prohibición no incluyera las empresas salmoneras y sus cosechas, en cambio, sí para las empresas mitilicultoras locales y los vecinos en general. Era evidente para la Comunidad que poco importaba si hubiera o no información oficial sobre el estado de los mariscos. Como elocuentemente decía una de sus mujeres más ancianas: “ya está contaminado eso todo, así quién se va a atrever a sacar un puñado de marisco, yo por lo menos no, porque todavía no me quiero morir” (entrevista personal, Pilpilehue, 02/11/2017). Con esa percepción, la medida de cierre preventivo les parecía realmente una forma solapada de trato preferencial para que la empresa salmonera involucrada no aumentara sus pérdidas. Según la Comunidad, debía ser precisamente esta empresa la primera en paralizar sus labores a fin de concentrar esfuerzos en la reparación de los daños causados por su barco hundido.

En relación con este último punto, se dio uno de los momentos más tensos de ambas reuniones. Por lo ilustrativo de la diferencia radical entre las dos posiciones, por lo limitado de las acciones concretas de protección ecosanitaria planteadas, por la retórica paternalista y de infantilización desde los funcionarios del Estado frente a la Comunidad, y por reflejar bien el tono emocional del momento, creo cabe acá su transcripción integral, a pesar de la extensión:

Dirigente comunidad indígena: disculpe, yo le estaba escuchando acá hablar de la medida del cierre preventivo. Yo le voy a pedir que sean bien asequibles en este tema en señalar si es transitoria o es indefinida, el perímetro que abarca y usted iba a señalar que solamente va a afectar a los bivalvos ¿qué pasa con los salmones?

Representante secretaría de salud: la resolución de salud va específicamente lo que abarca a mariscos que se puedan extraer de la zona y la mayoría se va a mantener hasta que no se asegure que están libres de hidrocarburos específicamente en este caso por lo cual ya se partió con el monitoreo. Se están esperando los resultados de las muestras que se tomaron de agua y mañana [...] aprovechar la marea que hay de aquí a mañana para poder mostrar un producto que hay ahí en la orilla, no solamente muestrear los cultivos que están allá dentro, sino trabajar directo con ustedes que son los que están y van a estar recolectando mariscos

Dirigente comunidad indígena: ¿o sea está diciendo que levantaron la prohibición para los salmones sin haber hecho las muestras para eso?

³⁸ En adelante solo “secretaría de salud” para simplificar la narración.

³⁹ Bivalvos: del latín *bi*: “dos” y *valvia*: “valva o placa”. Clasificación dentro del Filo *Mollusca* con más de 13.000 especies. Probablemente los de mayor importancia en Chiloé: almeja (taca, *Argopecten purpuratus*) mejillón (chorito o quilmahue, *Mytilus chilensis*, *Choromytilus chorus* y *Aulacomya ater*), macha (*Mesodesma donacium*) y ostra (*Tiostrea chilensis* y *Crassostrea gigas*) (cf. Daughters y Pitchon, 2018, p. 29).

[interrumpiendo] **Representante secretaría de salud:** nosotros no hemos hecho prohibición de extracción de salmones. Nosotros solamente podemos abarcar desde los mariscos que van directo al consumo...

[interrumpiendo] **Dirigente comunidad indígena:** entonces está abierta la cosecha ¿usted dice que no han hecho las muestras y está abierta la cosecha?

[interrumpiendo] **Representante secretaría de salud:** yo no he dicho que esté abierto [...] nosotros como Salud no podemos hacer un cierre de un área que a nosotros no nos compete...

[interrumpiendo] **Representante servicio nacional de pesca:** mira yo quiero precisar en esa línea que el servicio el día de ayer ofició a las empresas productoras de productos acuícolas de que debe contar con análisis en origen y destino de presencia de hidrocarburos, acá uno puede decir "no se ha demostrado que existe", pero tampoco se ha demostrado que no existe [...] la implementación de esta medida indirectamente ocasionó inmediatamente una paralización de las cosechas, por lo tanto esa medida persiste, está recién implementada y en este momento no hay actividades de cosecha [...] ahora bien si es que técnicamente necesitamos explicar mejor, podemos llamar a un especialista que tenemos, un profesional, para que nos explique las implicancias de la medida

Dirigente comunidad indígena 2: ahora yo le voy a hacer una pregunta para que todos entendamos aquí sin perder tanto en protocolos ni nada ¿entonces la empresa [salmonera] puede seguir cosechando?

Representante servicio nacional de pesca: en este momento no

Dirigente comunidad indígena 2: ¿por cuánto tiempo?

Representante servicio nacional de pesca: bueno hasta que demuestren que lo que sacan...

[interrumpiendo] **Presidenta Comunidad:** ¿pero no están cosechando? porque es indignante ver cómo ellos trabajan viendo lo que tienen acá. ¡Es indignante!

Representante servicio nacional de pesca: yo entiendo el sentido de sus palabras [...] pero como le digo yo no puedo decir "vamos a cerrar porque la comunidad me pidió que cerremos", lamentablemente las instituciones no podemos funcionar con esa línea de acción...

[interrumpiendo] **Persona Comunidad:** ¡pero sí se puede hacer lo que dice la empresa! [comuneros que reafirman y alzan la voz todos al mismo tiempo] ¡lo que dice la empresa sí hacen ustedes!

[interrumpiendo] **Representante servicio nacional de pesca:** estamos haciendo lo que técnicamente nos mandan nuestras funciones, no podemos ir más allá de lo que las leyes nos permiten [...] la verdad es que es un tema superior a nosotros, que lamentablemente yo no debería estar explicando [...] la decisión de cosechar de una empresa [salmonera] que tiene en este momento no es una responsabilidad nuestra. Estamos haciendo las facultades que tenemos, y que como le digo, o sea, con el fondo de garantizar la inocuidad provocó indirectamente un cierre, sin embargo, yo creo que la empresa debería tener un mínimo de empatía y decir "sabe qué, en este mes de estos centros yo no voy a cosechar" (Pilpilehue, 25/10/ 2017).

2.2. Transgresiones al mar interior

Luego de las reuniones en Pilpilehue comencé una serie de acciones en conjunto con la Comunidad⁴⁰. Entre ellas iniciamos una acotada "investigación sociosanitaria emergente" cuyo objetivo inicial era explorar las percepciones del daño actual y futuro que podría traer

⁴⁰ Para lo cual conté con el apoyo de mi programa doctoral, de varios académicos solidarios de forma virtual, y de forma presencial una académica de la Universidad de Chile quien reside de forma estacional en la Isla Grande. Fundamental resultó también el apoyo continuo del equipo de epidemiología sociocultural de Chiloé.

el hundimiento del barco para los habitantes de las localidades afectadas (que además de Pilpilehue incluía a Terao y Agoní)⁴¹. Sin embargo, pronto, a través de entrevistas con las personas más ancianas, se fue instalando la idea de que este barco hundido representaba una *continuidad histórica* de daños hacia el mar y no una verdadera interrupción del devenir de estas localidades. Lo que parecía estar en la base de estas memorias era una noción del tiempo y del territorio bastante lejanas al relato que ofrecían tanto la prensa como la bibliografía histórica convencional⁴².

Como en una rueda, las *transgresiones*⁴³ hacia el mar acá se repetían de forma cíclica, apareciendo en un mismo plano relatos que hablaban de “hace 500 años cuando un barco holandés llegó ahí mismo” producto de la disputa entre las potencias coloniales para establecerse en estas zonas estratégicas de navegación, o de las correrías marítimas del “pirata indio Ñancupel”, que ponía en jaque mediante sus ataques a los grandes empresarios de la extracción maderera durante el S.XIX, o las historias sobre el arribo de las empresas salmoneras “que nunca hablaron con nadie”, estableciendo sus herméticos centros de cultivo hace 30 años, dejando un “mar todo podrido”.

En tanto tejido sin costuras de eventos sucesivos de exploración, conquista, resistencia, estabilización y exilio, la memoria histórica de esta bahía del mar interior⁴⁴ parecía

⁴¹ Este proceso investigativo caminó de la mano con la investigación doctoral. La mejor fórmula que hallé en ese momento fue plantear una “subinvestigación” acotada al problema ecosocial contingente con participación de la Comunidad y profesionales de apoyo en su diseño y ejecución. Me parecen borrosos, a esta altura, los límites entre ambos procesos investigativos a pesar de sus claramente diferentes objetivos, metodologías y tiempos.

⁴² Siguiendo esta intuición la temporalidad pasó a ser cada vez más relevante también dentro de las distintas entrevistas y observaciones que realicé junto al Equipo de epidemiología sociocultural en otros sectores rurales del Archipiélago. Santos (2003a) había propuesto que una de las grandes lógicas de creación de no-existencias de la racionalidad occidental-moderna era justamente la “monocultura del tiempo lineal” que, para este caso, impedía observar cómo Pilpilehue, esta pequeña playa al sur de Chile, guardaba un relato de los procesos de globalización de gran importancia cosmopolítica ya que mostraba con claridad las continuidades/discontinuidades de las estructuras de opresión y las formas de resistencia/apropiación desde los actores locales. Según el mismo autor un procedimiento para desmontar estas lógicas opresivas sería la denominada “ecología de las temporalidades” donde se procura encontrar las diversas reglas y subjetividades sobre el tiempo, muchas de ellas regidas por cosmovisiones y escalas valóricas diferentes, por ejemplo, en varias culturas del Sur Global donde el tiempo se relaciona con la circularidad, la recirculación y la permanencia (ídem, pp. 744-748).

⁴³ El concepto de *transgresión* es fundamental para la interpretación de los procesos de salud y enfermedad colectivos que utiliza la epidemiología sociocultural de Chiloé. Este se integra a un modelo explicativo que fue construido en interacción con el *kimün* (conocimiento ancestral) mapuche. Cuestión que detallo durante el Capítulo IV.

⁴⁴ A partir de la denominada “Antropología del Territorio”, Ther (2011, 2012) había trabajado también sobre un tipo similar de “configuraciones del tiempo” en las islas menores del Archipiélago, donde reconocía en su generación una imbricación íntima con las dinámicas históricas del mar interior. Para el autor: “las configuraciones del tiempo en el Mar Interior de Chiloé se comportan al menos de dos maneras posibles: a) como un conjunto de relaciones (de simultaneidad, de sucesión –antes y después–, de interposición –entre–, topológicas –finitud e infinitud); b) como métricas (series cronométricas). En su conjunto estas configuraciones del tiempo develan distintos imaginarios sobre el mar interior de Chiloé, y proyectan el

construida sobre diversos relatos que incluían al menos, los denominados “hechos objetivos” (respaldados por las crónicas del archivo colonial y republicano), los “hechos mínimos” (historias locales de la tradición oral), así como también los “hechos mitológicos” (cuyas entidades no son reconocidas como existentes por la racionalidad moderna).

Reconstruir parte de esta historia larga de transgresiones se convirtió, a partir de ese momento, en uno de los objetivos inicialmente no formulados en el proyecto de investigación doctoral. Las profundas transformaciones ecosociales que el barco hundido trajo en los meses sucesivos a Pilpilehue hasta su retiro definitivo (casi un año más después), así como también los violentos cambios en los modos de vida que habían sufrido en los últimos 30 años distintas localidades rurales del Archipiélago (relatos que emergían con cada vez más fuerza y frecuencia también dentro del acompañamiento en terreno junto al Equipo de epidemiología sociocultural), gritaban que había una historia larga y compleja que determinaba el modo cómo la globalización neoliberal acá se producía, así como sus diversas formas de resistencia, apropiación y negociación.

2.2.1. Una historia a través de las olas

Dice el mito que la formación inicial de Chiloé es consecuencia de la lucha entre las enormes serpientes TenTen Vilú (de la tierra) y CaiCai Vilú (del mar) ⁴⁵ :

La serpiente marina hace subir el nivel de las aguas, inundando el territorio de Tentén y ahogando con eso a los humanos. Entonces la serpiente terrena levantó la superficie creando cerros y alturas donde la humanidad se refugió. La disputa continuó y los humanos que no alcanzaron las alturas se volvieron peces, animales marinos o rocas. Al final Caicai se retiró, dejando al Millalobo y a otros seres custodiando los mares. Se salvaron unas cuantas parejas las cuales dieron continuidad a la humanidad. (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 263)

Ya desde los primeros momentos luego de cruzar el Canal de Chacao para desembarcarme en la Isla Grande, percibí uno de sus sentidos: innumerables montes verdes crecían curvilíneos hasta cierta altura para luego bajar súbitamente hasta sumergirse por completo en el mar y, un poco más allá, mirando hacia el mar interior, resurgían desde el fondo

maritorio hacia el futuro [...] De la misma manera, el maritorio chilote permanece – aún y cuando modificado – para varias generaciones: lo cual permite en definitiva que un pescador, por ejemplo, imagine a sus antepasados ocupando el mismo espacio que él habita actualmente (aunque ya no estén ahí), y a sus descendientes apropiándose del mismo (aunque todavía no estén aquí)” (Ther Ríos, 2011, p. 74).

⁴⁵ Se trata del mismo relato mítico fundacional del pueblo mapuche que se encuentra vigente (pero transformado) en Chiloé. En el *epew* de Xeg-Xeg y Kay Kay del Mapuche *kimün* (que sintetiza elementos fundamentales de su cultura y habría sido transmitido de forma oral entre innumerables generaciones desde un tiempo ancestral) se destacan “fuerzas y energías que luchan, que se combaten”, pero que a la vez parece no haber “triunfadores” ni “vencidos” en el desenlace sino más bien una nueva condición complementaria entre fuerzas opuestas que “se hallan siempre presentes” y que serían esenciales “para la existencia de todo el sistema de vida” (Millalén Paillal, 2006, p. 24).

marino, levantándose altaneros, convertidos en una de las innumerables islas de este archipiélago (*Figura 8*).



Figura 8: Camino rural hacia el mar interior. Fuente: trabajo de campo (San José, octubre 2017).

Más allá de lo geográfico, este hecho mitológico permite hacer inteligible su propia historia cíclica de eventos de creación, destrucción y recreación. Además, permite comprender que este no es apenas un “territorio” sino una unidad inseparable y dinámica con su mar: en rigor se trata de un territorio-maritorio. A través del mito se puede leer que la relación entre fuerzas propias (de la tierra) y fuerzas ajenas (del mar), que en cada ciclo se encuentran violentamente, es la que inunda toda la realidad conocida obligando a su transformación continua y recíproca –como las olas inscriben su fuerza en las rocas y viceversa. Así, son comprensibles los sorprendentes y destructivos arribos de diversos agentes foráneos desde el mar (comenzando por navegantes del sur austral, pasando por conquistadores españoles, militares independentistas, corsarios holandeses, hasta barcos salmoneros transnacionales) que van mutando conflictivamente a estas localidades en conjunto con sus habitantes (humanos y no humanos) al tiempo que mutan también los que arriban. El nuevo estado, posterior al choque de fuerzas radicalmente opuestas, no es, sin embargo, un estado de paz⁴⁶. Es un tenso equilibrio que se acumula a través de los sucesivos ciclos, una incesante acumulación de elementos conflictivos en constante reacomodo. Quizás por eso hoy se ve un claro abigarramiento de entidades, símbolos,

⁴⁶ Si bien puede aparecer como una relación “dialéctica” entre fuerzas opuestas, al contrario de la idea hegeliana, acá no se comprendería como una superación evolutiva.

saberes y prácticas provenientes distintos mares y tierras que acá parecen abrazarse, pero sin llegar nunca a la fusión⁴⁷. Esta temporalidad circular-mítica como un guion de fondo permite, a su vez, reconocer grandes ciclos históricos. A partir de los seis momentos que Ther (2011) identifica como esenciales para “reconstruir los juegos de memorias e imaginarios que han impregnado tradiciones en el Mar Interior de Chiloé a lo largo de los tiempos” (p.69)⁴⁸, destaco tres fundamentales que, ocupando una metáfora pertinente, identifico como grandes olas; enormes marejadas transformadoras. A saber:

- Ola de primeros pobladores chonos y veliches,
- Ola de conquista y colonización por la Corona española,
- Ola de ocupación por la República de Chile.

Dando por supuesto que: 1) el orden cronológico es simplemente para facilitar una primera aproximación, 2) no hay cortes pulcros entre tales oleajes —por debajo las corrientes continuamente trasladan agua desde la superficie hasta el fondo y desde la orilla hasta el mar adentro y, 3) fueron relevadas estas y no otras, dada su relevancia con los objetivos y las emergencias planteadas durante el proceso de investigación. A continuación, hago una descripción breve de ellas procurando destacar, sobre todo, las interacciones locales-globales, los cambios socioculturales y económico-ecológicos, y los sucesivos procesos de invisibilización.

2.2.2. Ola de primeros pobladores chonos y veliche

Las primeras presencias humanas documentadas por los hallazgos arqueológicos datan aproximadamente del 13.000 AP en el sitio de Monte Verde II (cerca de la ciudad de Puerto Montt, en el llamado “Chiloé continental”⁴⁹) y correspondería a establecimientos de pueblos que habrían domesticado plantas y animales, edificado sus viviendas, y habrían tenido cierta división del trabajo, logrando adaptarse a un medioambiente singularmente

⁴⁷ Como describo en el Capítulo siguiente, estas fuerzas radicalmente opuestas derivan en una trama de tensos equilibrios socioeconómicos, políticos y culturales. Lo anterior explica en cierta medida el aspecto “abigarrado” de elementos contrapuestos entre los que navegan hoy los habitantes de estas zonas y determina en gran medida sus modos de vivir y de enfermar y morir. La conceptualización es de una zona de contacto que no busca la síntesis, asemejando el espacio que Silvia Rivera Cusicanqui (2010) denomina “Ch’ixi” que en aimara designa un tipo de tonalidad aparentemente gris, pero solo por efecto de la distancia, ya que al acercarse se observa que en realidad está formado por manchas blancas y negras entrelazadas pero sin fusión completa.

⁴⁸ Para el autor estos 6 momentos históricos del Mar Interior de Chiloé serían memorias e imaginarios de: 1) La Prehistoria, 2) Siglo XVI, 3) Siglo XVII, 4) Siglo XVIII, 5) Siglo XIX y 6) Siglo XX y presente (Ther, 2011, pp. 69–74).

⁴⁹ Territorio mal delimitado geográficamente, ya que se asocia a las relaciones socioambientales y culturales establecidas históricamente con el Archipiélago de Chiloé, como centro. Para algunos corresponde apenas a la parte cordillerana hoy administrada por la provincia de Palena, y para otros incluye las zonas costeras del mar interior dentro de la provincia de Llanquihue. Yo me inclino por esta última tesis.

duro durante el pleistoceno tardío (Dillehay et al., 1986). Es posible que estos grupos hayan circulado por los canales patagónicos australes y fueran poblando las zonas costeras, desde el Seno del Reloncaví hasta la Península de Taitao. Quizás un poderoso cataclismo, correspondiente con un periodo de grandes cambios climáticos que ponen fin al pleistoceno, haya inundado violentamente extensas zonas de tierra transformando en sendos lagos buena parte de los glaciares de la Cordillera de los Andes. Por supuesto, estos hallazgos parecen ser apenas fragmentos mínimos que demuestran una presencia humana diversa y de data bastante anterior (por ejemplo, desde 33.000 AP se ha registrado en el sitio de Monte Verde I) lo que pone en jaque las teorías convencionales sobre el poblamiento de las zonas más australes de Abya Yala⁵⁰ (cf. Ocampo y Rivas, 2004). En cualquier caso, lo que me parece destacable es que los primeros humanos que poblaron estas zonas debieron transformarse y desarrollar un modo de vida en relación estrecha a la omnipresencia de Cai Cai Vilú, la serpiente marina.

a. Chonos

En la zona específica de la Isla Grande de Chiloé, las evidencias arqueológicas más antiguas datan de más o menos 5.500 años atrás, momento en que ya se encontraba separada del resto del continente, pero con una configuración de masas glaciares muy diferente a la actual. Por ello se estima que los grupos humanos que hasta ahí arribaron correspondían a “pueblos de expertos canoeros y recolectores de hábitos nómades” que habrían logrado navegar de forma continua por el Mar Interior de Chiloé y desde ahí hacia la Patagonia insular (Legoupil, 2005). “Es aquí donde comienza el mundo de las poblaciones canoeras que se extiende hasta el estrecho de Magallanes”, donde el pueblo denominado *chono* navegando en sus versátiles embarcaciones, las *dalcas*⁵¹, logró transportarse y explorar los diversos ecosistemas de este maritorio (Lira, 2016, p. 91). ¿Quién fue este pueblo chono, que ya para mediados del siglo XVIII se reconocía casi extinto? ¿Cuáles procesos etnocidas operaron sobre él? ¿Es posible observar hoy parte de su legado en Chiloé?

⁵⁰ Dudas que también se repiten para autores del pueblo mapuche de los territorios más al norte, quienes insisten en que la memoria oral releva una datación muy anterior de la presencia humana y sus orígenes respecto a las teorías clásicas de poblamiento del sur del continente (cf. Millalén Paillal, 2006, pp. 43–48).

⁵¹ Dalca es una embarcación de origen indígena parecida a una canoa hecha de tres tablones de alerce o ciprés. A fuerza de fuego y agua la madera era doblada y adquiría la forma de una tajada de sandía. Las habían de hasta 25 personas de capacidad y fueron utilizadas hasta el siglo pasado no solo por chonos y huilliche sino también por misioneros y soldados españoles (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 290). Por las condiciones tanto climáticas como marítimas, y estrechez de los canales del Archipiélago, las grandes y pesadas embarcaciones españolas eran inútiles, mientras las dalcas indígenas eran perfectas para tal propósito. Por ello habrían sido adoptadas y transformadas por el español (Lira, 2016, p. 95).

Poco puede responderse de las anteriores preguntas a partir de fuentes primarias: hoy no se encuentran habitantes en Chiloé que se autodenominen chonos ni que sean capaces de recordar sus relatos. Las comunidades indígenas en Chiloé, por ejemplo, reivindican las tradiciones y ancestralidad mapuche-huilliche, pero escasamente mencionan el origen chono⁵². Buena parte de los habitantes actuales del Archipiélago, incluso los más ancianos, en realidad desconocen el origen y significado de sus apellidos, de sus tradiciones y de sus ritualidades. Para ellos hay cierta uniformidad en torno a todo “lo indígena” y/o “lo indio”: es una memoria borrosa que casi desaparece en diversas localidades y que, apenas durante los últimos 20 años, se comienza a reapropiar:

Comunero: [para ayudarnos a las ceremonias] de otros lados vinieron, de Santiago, otros *peñis*⁵³ de por acá arriba, de Huicha que en este momento está con nosotros

Comunera anciana: de Aituy sería, de Leibun, porque ellos ya estaban hace tiempo con eso, nosotros ni idea teníamos. Ni se escuchaba de hablar de los indígenas antes, hasta ahora en los últimos tiempos nomás [...] no sé qué habrá pasado, antes supuestamente dicen que había [ceremonias indígenas] años atrás. Pero desde que yo tuve juicio no supe nada de eso, hasta ahora nomás. (entrevista personal, Pilpilehue 02/11/2017)

Dentro de las fuentes secundarias, por otro lado, la bibliografía sobre el pueblo chono también es limitada tanto en número como en profundidad. Se trata realmente de un pueblo ausente de la historia oficial chilena. En ese mismo sentido parece declarar el *Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas*, encomendado por el gobierno de Ricardo Lagos Escobar (2000-2006):

Respecto a los chonos, es escasa la información que se maneja acerca de su estilo de vida, origen o aspecto físico. Fundamentalmente se trataría de un *pueblo nómade*, dedicado a la pesca, caza de lobos marinos y recolección de mariscos. Los chonos desaparecen de las crónicas y relatos de viajeros a mediados del siglo XIX, pero ya se registra su alejamiento de las rutas de los canales hacia fines del siglo XVII. Se consideran que desaparecen del registro histórico al mezclarse con la población mapuche de Chiloé (2008, p. 516, cursivas mías.)

Resulta evidente que bajo la etiqueta “pueblo nómade” se oculta no tanto una ignorancia como todo un *programa de ausencias* producido por el proyecto moderno⁵⁴ (Santos,

⁵² La organización más antigua de este ámbito es el Consejo General de Caciques Williche de Chiloé fundada en el año 1934 en el sector de Trincao. Entre otras reivindicaciones, la organización de autoridades ancestrales comenzará un largo proceso para la restitución de extensas áreas de territorio despojado por el creciente latifundio chileno durante los siglos XIX y XX (ver por ejemplo en: Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas, 2008, pp. 472–475).

⁵³ “Hermanos” en mapudungun.

⁵⁴ Dentro del binomio sedentario/nómade, al igual que en muchos otros asimétricos binomios de la modernidad, se observa por un lado la (re)afirmación de que el surgimiento de una sociedad (con división del trabajo, instituciones de reproducción cultural, etc., “como la nuestra”) presupone un asentamiento, una territorialidad, y un modo de vida ligado a la agricultura, y por el otro lado, en cambio, apenas se esboza un pasado borroso por lo irreversible, un modo de ser y habitar que solo puede ser relacionado con la oscuridad y la barbarie: lo nómade, lo transitorio, lo provisional.

2003a). En rigor, con el concepto chono⁵⁵ los españoles colonizadores nombraron genéricamente un conjunto de “varias parcialidades esparcidas por distintas islas” al sur del Archipiélago de Chiloé. Estos se emparentaban, a su vez, tanto en sus costumbres como en su fenotipo con los diversos grupos humanos genéricamente denominados “canoeros australes”, que poblaban las regiones marítimas al sur del continente durante los primeros contactos coloniales (esencialmente con los kawéskar y yaghanes) (Urbina Carrasco, 2016b, p. 104). El escaso interés inicial del español por contactarse con estos pueblos guardaba relación con que eran considerados “gente de poquísima capacidad” y número para ser convertidos en mano de obra útil, así como por la gran dificultad que el español tenía para acceder a una extensa área donde la “crudeza de los vientos” y “los peligrosos golfos” constituían un laberinto ininteligible de canales, islas y viento (ídem.). El reino de CaiCai Vilú les era totalmente hostil. Había una diferencia ontológica radical entre el mundo que habitaban los chonos, ligado fundamentalmente al mar y sus ciclos y entidades, respecto al español, que mantenía su vínculo espaciotemporal en la tierra y sus hitos. No obstante alianzas esporádicas y algún reconocimiento de sus capacidades de navegación⁵⁶, la mayor parte del pueblo chono sufrió el genocidio masivo luego de la

⁵⁵ Para Cárdenas Álvarez, Montiel Vera y Grace Hall (1991) no hay claridad respecto al significado de la palabra “chono” y si realmente tuviera algún sentido anterior para los grupos humanos designados con ese nombre por el colonizador español. Así, un informe misional del siglo XVIII declara que significaría “alzados” en su misma lengua. En cambio, para otros informes, pertenecería al vocablo “Tshon” traducido como “gente”; derivaría del mapudungún “Chonin” traducido como “pereza”; aún más en veliche significaría “navegante” u “hombre de canoa”; o por otra parte, podría provenir de los Chonos del Ecuador, en cuyo caso derivaría del quechua “Chhokn” traducido como “legaña” en español (ídem. 1991, p. 98). La confusión anterior, sirve para reafirmar el fuerte proceso de invisibilización de esta alteridad radical.

⁵⁶ Para la Corona española los conocimientos de los chonos se tornaron relevantes solo a partir de la expansión de los rumores sobre poblamientos ingleses hacia al sur de Chiloé (s.XVII y s.XVIII), cuestión que ponía en peligro el dominio español en estas latitudes. Algunos funcionarios coloniales reconocerán con sorpresa que “estos indios barbaros” mostraban un conocimiento profundo de los canales, fiordos y miles de islas patagónicas: “llevan un mapa en la mente”, comentaban (W. Hanisch citado en Urbina Carrasco, 2016, p. 111). Algunos chonos en ese contexto se transformaron en informantes y mediadores (políticos y sobre todo culturales, por su manejo de varias lenguas) entre las autoridades coloniales y los desconocidos pueblos de indios y territorios de más al sur. Destaca en este rol Cristobal Talcapillán, “cacique chono” que sorprendió a las autoridades provinciales y nacionales con el dibujo de sus precisos mapas y además por ser muy influyente en las decisiones de exploración de la Corona hacia el sur de la Isla Grande de Chiloé. En un interesante episodio que rescata de las crónicas coloniales la historiadora Ximena Urbina (2016), Talcapillán convence al español de la presencia de asentamientos ingleses al sur de Chiloé (lo cual podría ser el inicio de la leyenda de la “Ciudad de los Cesares”) y se embarcan en una larga navegación hacia el sur para su comprobación. Al llegar finalmente al lugar indicado, Talcapillán se retracta de sus dichos, dejando ver una suerte de tensión, acaso juguetona entre verdades y mentiras, sostenida fundamentalmente en la asimetría de información eco-socio-cultural que tenía el chono respecto a las autoridades coloniales y en la obsesiva violencia que los fines político-económicos de estos últimos les imponían. “El intérprete dijo: “señor, dice [Talcapillán] que este general [Vea] va de veras, y que él quería decir la verdad” (...) Se le preguntó “por qué nos había traído engañados”, y dijo, “que por miedo del general Gallardo, y su hijo (...) Dijo, que le preguntaba que si había visto navíos, y que dijo que sí, y que si había visto molinos, que también, y pueblos, que sí, y que si había visto vino como aquel que le daban a beber, que también. Y que pintase las poblaciones, que lo hizo con su caletre (...) y que todo esto lo había dicho porque le parecía que gustaban los

llegada del español, el cual continuó golpeándolos durante los siglos siguientes mediante prácticas ilegales de captura humana, esclavización⁵⁷ y destrucción permanente de sus asentamientos dentro de las denominadas *malocas*, *corredurías* y *campeadas*, entre otras formas de violencia y despojo (Urbina Burgos, 1988, p. 30). Se describe también su venta y traslado forzado hacia el norte de la capitanía de Chile, con la burda excusa burocrática de que en Chiloé “no se disponía ni de curas ni misioneros suficientes para su conversión”, negocio que habría sido altamente lucrativo para los vecinos españoles de la floreciente ciudad de Santiago de Castro⁵⁸ (Urbina Burgos, 2007, p. 329).

El año 1710 se produce un hecho inesperado para las autoridades coloniales: “166 individuos de todas las edades y ambos sexos, y en ocho embarcaciones «voluntariamente y de paz» se presentaron en el fuerte de Calbuco” (testimonio del capitán Alejandro Garzón, 1710, citado en: Urbina Burgos, 2007, p. 337). Las razones para tal decisión de migración masiva del pueblo chono (se cree que representaban el 20% del total de ellos, y que para tal efecto debían haber establecido una forma de organización que, se pensaba, no poseían) eran unos “grandísimos deseos de cristianizarse” y de “matrimoniarse”, los cuales parecen poco creíbles a esa altura; sin embargo, las autoridades coloniales lo atribuyeron a un “favor especial de Dios” y comenzaron rápidamente los procesos para ser destinados a un territorio acotado y ser oficializada una relación de apadrinamiento por parte de la Corona (ídem). Se inician así las misiones evangelizadoras de los chonos (primero jesuitas y luego franciscanas) con su sistema de *reducciones*. Si bien estas reducciones habrían sido importantes para explicarnos la aculturación de este pueblo (Urbina Burgos, 1988, 2007) —o mejor dicho, su traslado forzado a la vida sedentaria-cristiana y la pérdida de su autodeterminación frente a las autoridades coloniales—, en rigor, los sucesivos intentos de arreduccionamiento misional en pequeñas y poco adecuadas islas (como las de Huar, Caylín y luego Chaulinec) fracasaron, ya que la mayoría de sus habitantes en pocos años habían muerto (posiblemente por los cambios en la forma de trabajo y alimentación) o las

españoles de esto, y que nunca creyó que llegásemos tan adelante” (...) Desengañados los españoles, ese fue el fin de la búsqueda” (Vea, 1675, citado en Urbina Carrasco, 2016, p. 109).

⁵⁷ Formas de mercantilización de los indígenas americanos que se establecieron precozmente en la conquista y luego fueron legitimados a través de distintas instituciones coloniales (como lo expone con maestría Reséndez, 2019).

⁵⁸ Es imposible establecer hoy el número de chonos que fueron vendidos como mano de obra hacia el norte de Chile entre los siglos XV y XVII (cuando ya diezmaba la población encomendada de la zona central). Dado que era considerado comercio ilegal, pero permitido de facto por las autoridades provinciales, no hubo un registro oficial de estas “grandes partidas” de barcos con 400 y hasta 500 indígenas chonos, veliches y payos, genéricamente denominados “indios de Chiloé” (Urbina Burgos, 2007, pp. 329-330).

abandonaron, volviendo a sus formas de vida itinerantes⁵⁹; a partir de ese momento, desplazándose por las diversas islas del mar interior:

Las primeras experiencias en Guar hicieron comprender a los chonos que debían vivir alejados de los españoles y tomaron una actitud contraria a la interacción, optando por la separación residencial y el aislamiento. Pero aprovecharon las ventajas que les ofrecía el Mar Interior de Chiloé, acomodándose en distintos parajes e islas desiertas apartadas del tráfico (Urbina Burgos, 1988, p. 40)

Para el año 1743 el Cabildo de la Ciudad de Castro declaraba que “la nación de chonos” estaba casi completamente desaparecida. La razón esgrimida no era, sin embargo, la esclavización y sedentarización forzada, ni tampoco la escasez de alimento producto de la sobreexplotación del español sobre el Lobo Marino (*Otaria flavescens*), parte fundamental de su dieta⁶⁰. Según las autoridades coloniales, la razón “que por hoy tiene acabada a la nación de los chonos, los que siendo ya muy pocos, [es que] no hallan mujeres con quienes casarse”, supuesto resultado del “perjudicial hábito del buceo” ampliamente practicado por sus mujeres (Urbina Burgos, 2007, p. 344). Sin descendientes ni legado, los chonos precozmente fueron tornados invisibles para el imaginario homogéneo y dócil del indígena que poblaba Chiloé. Desapareció así, bajo la plana etiqueta nómada, todo un modo de vida complejo que circulaba en una extensión marítima de límites bastante precisos, con canales, islas y fiordos denominados como propios y vinculados a ciertos clanes y familias, con itinerancias cíclicas y estacionales, asociadas a sus conocimientos sobre los ciclos lunares, mareas y los diversos ecosistemas marinos de los cuales dependían (Trivero Rivera, 2018, p. 25). Se invisibilizaron también formas de organización familiar, comunitaria, alimentación, vivienda y espiritualidad quizás muy alejadas de lo que hoy intentan englobar estos mismos conceptos (Cárdenas Álvarez et al., 1991, pp. 98–157). Se sorprendía, por ejemplo, el inglés John Byron cuando forzado por un naufragio (aprox. en 1740) tuvo que convivir con algunas “supersticiones” de los chonos:

...de pronto, uno de ellos me vio que iba tirando las conchas al mar, dirigió la palabra a los demás con gran violencia, en seguida se levantó i se fue sobre mí

⁵⁹A partir de ese momento se registran algunas *malocas* de los mismos chonos hacia las poblaciones de los asentamientos del sur de la Isla Grande de Chiloé. Actuaban rápidamente por la noche y se llevaban principalmente mujeres y herramientas. De esta manera: “El nombre chono llegó a ser sinónimo de «corsante», porque sus *razzias* recordaban los ataques corsarios; o «aves de rapiña», porque no dejaban casa o choza sin robar; o «alzados», porque habiendo dado reiteradas muestras de fidelidad al rey ante los misioneros y capitanes españoles que expedicionaban a sus islas, actuaban como rebeldes” (Urbina Burgos, 2007, p. 336, énfasis del original).

⁶⁰ “Durante todo el siglo XVIII y buena parte del XIX, hubo una enorme demanda de aceite de lobo marino y de ballena de parte de las administraciones de las principales ciudades europeas, sobre todo Londres y París, que competían entre ellas para destacarse como “ville lumière”. La caza del Lobo Marino fue tan intensa, que en poco más de un siglo lo llevó a riesgo de extinguirse. Las etnias canoeras perdieron su fuente fundamental de proteínas, pues solamente les quedó como fuente de alimentación el marisco” (Trivero Rivera, 2018, p. 63).

aferrándome de un viejo pañuelo andrajoso que llevaba al cuello i con el cual casi me ahorcó [...] Durante todo este tiempo yo me hallaba enteramente ignorante del motivo que los había ofendido, hasta que observé que los indios, después de comerse el marisco, colocaban cuidadosamente las conchas en un montón en el fondo de la canoa. (J. Byron, 1901, citado en :Trivero Rivera, 2018, p. 50)

Este y otros relatos sugieren que el pueblo chono poseía una forma de espiritualidad ligada al mar, cierta *Dea Mater marina*, que quizás habría mutado con los siglos hasta integrarse a la conocida entidad mitológica la Pincoya⁶¹ que hoy persiste en Chiloé (Trivero Rivera, 2018, pp.48-51). Aunque mucho de especulación puede haber en esos nexos, al igual que en las observaciones etnográficas de Nuñez (2018) en torno a los denominados Guaitequeros de Chiloé⁶², durante mi trabajo de campo pude observar complejas dinámicas temporales de trabajo (especialmente en las Islas de Alao y Caguach) en relación con el mar, como recolección de algas, mariscos, peces y sus respectivas ritualidades, cuyos vínculos son evidentes con las descripciones del pueblo chono. Al menos una parte de sus conocimientos habría sido transmitida por canales acaso más silenciosos que la tradición oral y escrita, y habría sido incorporada en forma de saberes-prácticos ligados al *modo de vida de bordemar* que hoy, por cierto, es reivindicado como parte esencial de la “identidad chilota”, tanto por comunidades indígenas como por diferentes organizaciones de defensa territorial. Entre algunos ejemplos ilustrativos de este modo de vida, se pueden identificar: la forma de construcción de embarcaciones, que habría empezado con las *dalcas*, fruto del encuentro entre la embarcación original chona y los mapuche-huilliche y que luego fue apropiada y transformada en los astilleros mestizos de los siglos posteriores a la colonización (*Figura 9*); los singulares modos de recolección, conservación y procesamiento de alimentos del mar (pescados, mariscos y algas) vigentes en varias poblaciones costeras, como los *corrales de pesca*⁶³ (*Figura 10*) o el *curanto* (“pedregal” en mapudungún) para la conservación de los alimentos mediante su cocción dentro de un

⁶¹ “Patrona protectora de los mariscos y peces de la costa. Las encantadoras con sus poderes la mantenían bajo su control y, mediante siembras mágicas y otros rituales, lograban que la Pincoya fertilizara una playa, un estero o un sitio de pesca o marisca” (Cárdenas Álvarez, 1998, p. 130).

⁶² Guaitequeros se denomina a hombres y familias habitantes de la zona central de la Isla Grande de Chiloé (entre Chonchi y Queilen) que viajaban tradicionalmente todas las primaveras hacia el sur, cruzando el Golfo de Corcovado y hacia diversas islas como las Guaitecas para ocuparse en diversas faenas productivas que han ido cambiando durante la historia de este maritorio: “... la cholga y el pescado secos, las pieles de nutrias y lobos marinos, la madera de ciprés de las Guaitecas. No hay familia al sur de Chonchi que no tenga algún antepasado Guaitequero, más aún, no tememos afirmar que prácticamente todos lo fueron, salvo aquellos que migraron a la Argentina y Magallanes” (Nuñez, 2018, p. 50).

⁶³ En los cuales antiguamente “[con] ramas espesas o de piedra que suelen hacer en las mismas ensenadas [...] se lanzan al agua y salen con buen acopio de peces en canastillos pendientes del cuello”(Diego Torres (s.XVI) y Nicolás del Techo (s.XVII) citados en Cárdenas Álvarez et al., 1991, p. 107).

hoyo en la tierra con piedras calientes que se tapan con grandes hojas de Pangué (*Gunnera tinctoria*)⁶⁴.



Figura 9: Astillero chilote. Fuente: trabajo de campo (La Estancia, febrero 2018).

⁶⁴ A su vez el Pangué presenta una variedad de usos y propiedades tanto comestibles como medicinales. Su peciolo comestible es “una de las frutas silvestres predilectas de los chilotes; la base se consume machacado; la substancia gelatinosa que se forma en la base de la nalca refresca las quemaduras y las lubrica; en infusión el cuero de nalca para el resfrío; para la diarrea: hervir durante media hora trozos de nalca y beber ese líquido. Jugo de nalca para detener hemorragias internas de origen pulmonar (hemoptisis) y hemorragia uterina. Para las hemorroides tomar baños de asiento diarios con pangues y nalca hervidas en infusión”(Cárdenas Álvarez y Villagrán, 2005, p. 250). El investigador y escritor chilote Renato Cárdenas destaca en entrevista personal (abril 2018), que las combinaciones de los ingredientes dentro de las recetas tradicionales de alimentación de Chiloé tienden a equilibrar sus propiedades: “esos equilibrios raros”. Así, el efecto de la cocción de pescados, mariscos y carne animal dentro de las hojas de pangué (en el curanto) podrían haber aportado a la dieta chilota las vitaminas que no llegaban al archipiélago mediante los “alimentos clásicos”. Por ejemplo, los cítricos (limón, naranjas, limas) solo llegaron masivamente a estas latitudes a partir de los años 1980. Declara también que falta investigación sobre el valor tanto patrimonial como nutricional de estas recetas ancestrales, que se estarían perdiendo a partir de la llegada violenta de la globalización neoliberal (el mismo autor ha avanzado en ese programa, por ejemplo, en Cárdenas Álvarez y Muñoz Arias, 2008; Cárdenas Álvarez y Villagrán, 2005).



Figura 10: Registro audiovisual corral de pesca. Fuente: trabajo de campo (Isla Caguach, febrero 2018).

Destaca la bibliografía que, desde varios siglos antes de la llegada del español el pueblo chono venía transformándose drásticamente ante la poderosa influencia de los mapuche-huilliche de Chiloé, los llamados *veliche*. Así también sus relaciones de parentesco se tornaron cada vez más frecuentes durante la colonización. ¿Quiénes fueron los *veliche* de Chiloé? ¿Qué relación establecieron con el pueblo chono y luego con el español? ¿Cómo se integraron a este territorio-maritorio y lograron perdurar hasta la actualidad?

b. Veliche

El *veliche* sería “la prolongación de la etnia mapuche” hasta estas latitudes⁶⁵: “un pueblo que arrastró esas tradiciones hasta la orilla del mar y les imprimió un nuevo carácter” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 6). Su llegada, como otra de las grandes olas esta vez desde el norte⁶⁶, transformó profundamente la fisonomía del maritorio durante los siglos sucesivos, a través de un modo de vida de rasgos principalmente sedentarios y una cosmovisión

⁶⁵ Para autores como Trivero Rivera (2018, pp. 57-60), en cambio, el denominado “horizonte *veliche*” justamente sería el resultado de la interacción sincrética entre el pueblo mapuche-huilliche y el chono.

⁶⁶ La temporalidad exacta de su llegada al Archipiélago de Chiloé, sin embargo, no es del todo clara; incluso los hallazgos arqueológicos antes mencionados del sitio de Monte Verde II podrían corresponder a esta migración desde el norte, principalmente por las características semi-sedentarias de este asentamiento humano (Dillehay, Pino, Sanzana, Muñoz y Saavedra, 1986). Por otro lado, los primeros registros coloniales ya destacan que los mapuche de la zona de la Araucanía, tenían conocimiento de la existencia de personas y tierras que habitaban más el sur (los *williche* o *huilliche*, en el *willimapu*). Lo anterior indicaría una presencia territorial aún más antigua de lo que se tiene certeza por la arqueología (Millalén Paillal, 2006, p. 37). Así para Cárdenas Alvarez, Montiel Vera y Grace Hall (1991), no hay evidencias suficientes para pensar que el pueblo chono haya habitado primero que los *veliche* el Archipiélago de Chiloé ni viceversa.

compleja vinculada estrechamente a la *mapu*⁶⁷ y sus diversas entidades. A su vez, esta *mapu* del sur con sus islas, montes y canales transformó a este pueblo y su identidad, el *che*, dada su integralidad humano-naturaleza sin fisuras, reconocida desde tiempos ancestrales por los mapuche como parte esencial de su filosofía de vida (cf. Ñanculef Huaiquinao, 2016).

Según el antropólogo Nuñez (2018) durante el periodo precolonial entre chonos y mapuche se dieron al menos tres fenómenos: 1) intercambios tecnológicos y culturales mutuos, 2) una “mapuchización” de algunos chono, evidente en la adopción de nombres mapuche, y 3) el surgimiento de un nuevo grupo (invisible inicialmente para el español), los *Payos*, que provendrían de chonos que adoptaron precozmente una vida semi-sedentaria (o semi-nómada) asentándose en diversas localidades sur-orientales⁶⁸ de la Isla Grande e islas menores de Chiloé (ídem, p. 48-49).

Esta dinámica de contacto interétnico, probablemente no tan pacífica ni simétrica como retratan estos autores, se habría acelerado y tensionado con la llegada del colonizador español, para el cual había una gran diferencia entre uno y otro natural. Sobre esta nueva y violenta ola histórica, la supervivencia del veliche se habría producido, por un lado, a través de maximizar la incorporación de diversos saberes-prácticos del mundo chono que les eran útiles a su modo de vida (a partir de entonces semi-sedentario), y por otro, mediante el establecimiento de una relación basada en la cooperación subordinada frente al español⁶⁹, dos transformaciones⁶⁹ que habrían sido imposibles para el caso del pueblo chono. Una de estas supervivencias se produjo a través de la lengua veliche, una forma local del mapudungún —en rigor del chesüngun (o chedungun o tsesungun) hablado por los mapuche-huilliche en las zonas continentales al sur del Río Bueno. Para Cárdenas (2017), a pesar de que esta lengua dominó las relaciones interétnicas antes y durante la

⁶⁷Dos conceptos esenciales para la cultura mapuche: *mapu* (tierra, tanto en sus componentes materiales como inmateriales, es decir, en las múltiples dimensiones de la vida en el universo) y *che* (gente, persona), están estrechamente relacionados. Por ello, cada *che* tiene necesariamente una adscripción singular espacial, una *mapu* que a su vez lo sostiene. Así, los primeros cronistas coloniales describen que los mapuche reconocían la existencia de cuatro espacios (Meli Wixan Mapu) que eran reproducidas dentro de sus ceremonias: Puelmapu (tierra del este), Pikunmapu (tierra del norte), Lafkenmapu (tierra del mar, oeste) y Willimapu (tierra del sur), “las que a su vez daban origen a la existencia de las poblaciones puelche, pikunche, lafkenche y williche respectivamente” (Millalén Paillal, 2006, p. 37).

⁶⁸ Lo mismo consideran Cárdenas Álvarez et al (1991), para quienes la “tierra de los Payos” (que comenzaba en Queilen y se extendía hacia el sur de la Isla Grande) era habitada por un grupo de chonos que habría asimilado diversas formas de producción y cultura de los veliche. “Tal vez sus descendientes, que hasta el día de hoy podemos encontrar en el área de Queilen, son los herederos de un pueblo que consideramos racialmente extinguido por más de un siglo” (p. 97).

⁶⁹ Hay bastante en este punto que profundizar más adelante. Por lo pronto me interesa destacar que el colono español recién llegado tenía una necesidad imperiosa de adaptarse a un clima y maritorio que le eran totalmente ajenos, por lo que el exitoso modo de vida veliche habría sido su principal referente.

colonización española, hoy ya casi no es utilizada para comunicarse dentro del Archipiélago de Chiloé. Sí continuó presente, no obstante, en la numerosa y sofisticada toponimia de lugares, plantas comestibles y medicinales, y en la diversa flora y fauna marina y terrestre con la cual el chilote mantiene estrechas relaciones hasta la actualidad. Persiste así una valiosa fuente de saberes:

Para los chilotes [el bosque] fue la casa, la embarcación, las herramientas y la medicina o lahuén [...] cerca del 80 % de la flora nativa es reconocida todavía con nombres vernaculares y utilizada en la vida diaria para resolver diferentes necesidades [...] Esto nos habla de supervivencias. El padre Wilhelm de Moesbach, en su Botánica Indígena, de las 750 especies que registra, más de 620 tienen nombres propios en la lengua vernácula. Esto nos habla de una integración. De diálogos, de alianzas del ser humano y su medio. (Cárdenas Álvarez y Villagran, 2005, pp. 7-8)

En sus formas de organización espacial, los veliche ocupaban áreas bastante definidas y estables de territorio principalmente costero. Las zonas boscosas del interior, los montes de la Isla Grande, fueron respetados y sólo se utilizaban ocasionalmente para recolectar frutos y plantas medicinales específicas, el *lawüen*. Con una marcada disposición de frente al mar, “vuelto hacia la marea”, no formaron villas o poblamientos concentrados, “sino más bien se distribuyeron en asentamientos, es decir, grupos humanos que ligados por algún grado de parentesco compartían un área común aun cuando cada familia poseía su vivienda independiente, ubicadas a una respetable distancia. Estos poblamientos reunían entre tres y ocho familias y obedecían a un jefe o *lonko*” (Cárdenas Álvarez et al., 1991, p. 195). Según los primeros cronistas coloniales esta lejanía entre las viviendas se debía a cierta protección para las distintas formas de brujería y a que les dejaba terreno suficiente para sus actividades independientes de agricultura y ganadería menor. En ese mismo sentido la denominada “domesticación de animales y vegetales”, base de su subsistencia, se encontraba bastante lejos del sentido de propiedad. Para los veliche, se trataba más bien del establecimiento de un vínculo de interdependencia, de un dialogo inter-especies:

El *huilliche* [veliche] y el canoero *chono* habían establecido un código de relaciones con la naturaleza que hasta el presente nos sorprende. Practicaron este vínculo en la vida diaria, viviendo con el bosque, entendiéndolo a partir de una visión mágica, mítica, afectiva y racional de la vida. El bosque, el mar, el arroyo, el Camahueto, o el *pudú*, al igual que cada uno de los seres humanos, estaba integrado a un sistema mucho mayor que es el universo, el cosmos. Ellos trazaron los principios de una disciplina que hoy llamamos ecología (Cárdenas Álvarez y Villagran, 2005, p. 4).

Dentro de esta domesticación se encuentra en un lugar principal tanto hoy como el periodo prehispánico el tubérculo llamado *papa*⁷⁰ (en España *patata*): piedra angular de la

⁷⁰ Existe todavía la controversia si esta papa tiene un origen propio en Chiloé o si fue introducido por el pueblo Inca, en algún pasado hoy borroso. En cualquier caso, la papa de Chiloé hoy se ha transformado en un

alimentación chilota que es posible encontrar en las más diversas variedades de colores y sabores. Al respecto el Jesuita V.P. Rosales anotaba en 1670 que "en Chiloé todo mantenimiento de naturales se reduce a unas raíces de la tierra que llaman papas, y destas se siembra en gran cantidad para coger lo necesario, y sirven de pan" (citado en Cárdenas Álvarez et al., 1991, p. 165). Se estima que a la llegada del español los veliche contaban con aproximadamente 1000 variedades distintas de papas cultivadas (*poñi*) y otras tantas más de origen silvestre (*malla o aquina*). Además, se enumeran una serie de cultivos que luego perderán prioridad por imposición colonial, hasta prácticamente desaparecer, como "el madi, la oca (*Oxalis* sp) traída desde Perú, la quinua, el mango o magu, la teca, el maíz, (wa) y el langco o lanco"⁷¹ (ídem, p.164). El principal animal domesticado para consumo humano y ritual fue la llama o hueque o chilihueque (camélido sudamericano presente desde Ecuador), que fue completamente desplazado por las variedades ovinas luego de la llegada del español. El otro animal domesticado fue el perro, con fines de compañía y apoyo en distintas tareas cotidianas. Había de "dos tipos: el *quiltro* que era pequeño, de patas cortas y pelo largo, y el *thregua* mediano, de patas más largas y pelo corto" (ídem, p.182). Las actividades de pesca y recolección de mariscos y algas complementaban la dieta de los veliche. Allí se encontraba una diversidad de especies que hasta hoy se reconocen en lengua veliche como los mariscos: taca, navajuela, huepo, come, culegne, conquiubn, melogne, gran variedad de moluscos, crustáceos como centolla, pancora y cangrejo, además de algas como el cochayuyo y luce (ídem, p.185)⁷².

2.2.3. Ola de la conquista y colonización española

Las riquezas fabulosas descubiertas en algunos países americanos, excitaron de tal modo la ambición que las imaginaciones impresionables dejáronse atraer por los relatos fantásticos que andaban de boca en boca. (Barrientos, 2013, p. 2)

Con aquel imaginario de plena expansión colonial una serie de navegantes castellanos, extremeños y gallegos se lanzaron a la búsqueda de concesiones reales y financiamiento

producto "gourmet" de gran aceptación y venta entre los turistas y mercados del Norte, al igual que un buen número de actividades gastronómicas y culturales tradicionales que han virado sus rumbos para sobrevivir a la llegada del neoliberalismo a partir de la década de 1980.

⁷¹ "Cuando la agricultura adquiere una importancia, en estas comunidades aparece un sistema comunal que se practica extensamente en América con el nombre de **minka, mingaco o minga**, como se conoce y se practica aún en Chiloé. Consistía y consiste en la unión de un grupo de vecinos especialmente para sus actividades de siembra y cosecha, actividad que es retribuida al final de cada faena con abundante comida y mucho licor" (Cárdenas Álvarez et al., 1991, p. 172, negritas del original).

⁷² Mariscos que precisamente son los más afectados con los FAN, que cada vez con mayor intensidad y frecuencia azotan a Chiloé. Es destacable cómo este vínculo inter-especies (que posibilita a su vez una sociabilidad específica familiar y comunitaria desde tiempos ancestrales) cuando se ve violentado, hoy todavía es capaz de generar explosiones colectivas como se observó inicialmente en mayo del 2016.

para exploraciones navales que les daría “honra y provecho”. Francisco de Camargo⁷³, mediante la influencia del Obispo de Plasencia, pariente suyo, obtiene del Rey Carlos V la gobernación de Nueva León, que se extendía en las zonas del Estrecho de Magallanes desde el Atlántico al Pacífico. El mandato real le imponía explorar y fundar ciudades y fuertes por las mencionadas costas, empresa que nunca efectuará. En cambio, Francisco de la Rivera pocos años después logra hacerse con el encargo y salir en 1539 desde el puerto de Sevilla con tres naves hacia el Estrecho, llegando apenas una de sus embarcaciones a cruzar hacia el Océano Pacífico, producto de las penosas condiciones climáticas y el pobre conocimiento de las rutas. Capitaneada por Alonso Camargo en el año 1540 se encuentran por primera vez con las costas de Chiloé (ídem. pp. 2-10). Se sucederán a este una serie de expediciones impulsadas por Francisco de Ulloa (1553) y Francisco de Villagra (1562) quienes saliendo de las recientemente fundadas ciudades al sur de la Capitanía de Chile (Valdivia y Osorno) ya recorrerán con intenciones colonizadoras el Archipiélago de Chiloé, encontrándose en la isla de Quinchao con los primeros enfrentamientos bélicos contra los habitantes indígenas, posiblemente chonos. La percepción inicial de los españoles sobre estas zonas será inicialmente muy auspiciosa, exaltada probablemente para ganar el favor de sus autoridades y financiamiento:

Las dichas provincias de Chillué é las demás a ella comarcas é islas, que hay gran multitud de ellas pobladas de muchos naturales, tierra útil é abundante de bastimentos de ganados y legumbres, é donde se entiende hay mucha riqueza de metales de plata, é asimismo oro, por las buenas señales é apariencia de la tierra, donde se entiende se le seguirá a S.M. mucho interese y el patrimonio real será muy acrecentado. (Medina, citado en Torrejón et al., 2004, p. 665)

Un par de años después, Martín Ruiz de Gamboa logra cruzar el canal de Chacao sin mayor resistencia, incluso apoyado activamente por los indígenas habitantes de estas zonas, penetrando la costa interior de la Isla Grande⁷⁴. Así se fundará el poblado de Santiago de Castro (1567) —todavía hoy la capital provincial— y luego la villa de San Antonio del Chacao, ambos poblados estratégicos para la seguridad de las ciudades continentales de Osorno y Valdivia, ya que cerraban el dominio de la Corona española en

⁷³ La historiografía desde este punto será profusa en nombres de “valientes navegantes” y “osados expedicionarios y militares”, a diferencia de las olas anteriores donde a lo más se mencionan “pueblos”, “naciones”, y “gentiles” de forma genérica (salvo contadas excepciones de hombres combatientes mapuche). Este contraste es típico del archivo colonial y evidencia los procesos de invisibilización que estaban operando.

⁷⁴ Fue bastante notable que los indígenas acudieron con sus “piraguas” (dalcas), llevando frutas silvestres, pescado, mariscos y carne de guanaco a los extranjeros. Es probable que no se tratara del mismo pueblo que años antes se habían topado los españoles. El soldado-poeta español Alonso de Ercilla incluso escribirá “que la codicia no había penetrado en aquella tierra. El robo, la injusticia y la maldad, fruto ordinario de las guerras, no habían inficionado allí la ley natural” (Alonso de Ercilla, 1558, citado en Barrientos, 2013, p. 12).

la parte más austral del continente, impidiendo la llegada de otras potencias coloniales por este flanco:

Con lo anterior, la conquista de Chiloé quedaba de hecho terminada e incorporadas al dominio de España las islas del archipiélago, sin derramamientos de sangre, ni siquiera tener que recurrir a las amenazas o castigos corporales como en las provincias del norte. Sometieron de grado los naturales desde los primeros momentos, ofreciendo su ayuda. (Barrientos, 2013, p. 25)

Uno de los primeros dispositivos que impone el español en Chiloé fue la institución de la *encomienda*. Básicamente se trataba de un sistema regulado de repartición de tierras e indígenas que las autoridades coloniales concedían entre los suyos como recompensa por los servicios militares y financieros proporcionados durante la etapa de conquista del territorio. Cada encomendero, que debía ser un “vecino respetable”, estaba autorizado de percibir tributos de la población indígena asignada y, a cambio, se les obligaba a su “protección y evangelización”. Sin embargo, desde la fundación de Santiago de Castro, así como en otras partes del sur de Chile, la tributación fue virtualmente impracticable (los veliche no poseían el tipo de riquezas tributables, sólo su propio trabajo) por lo que en rigor los indígenas fueron utilizados en el servicio doméstico y en la economía de subsistencia de los colonos (agricultura, ganadería, pesca y recolección de mariscos para autoconsumo), lo cual incluía ilegalmente a niños y mujeres. Trabajaban para sus encomenderos 52 días al año para pagar su tributo, según la ley, pero en la práctica estaban obligados a servir todo el año por costumbre introducida desde la conquista (Urbina Carrasco, 2016a, p. 134).

El número de indígenas disponible era bastante más bajo de lo que habían creído los inicialmente conquistadores (aprox.10.000). El resto de los indígenas fue de muy difícil manejo, no tanto por una resistencia violenta, sino por la alta dispersión geográfica y por la reticencia a concentrarse en poblados y villas, donde eran más fáciles de encomendar. Por un lado, el pueblo chono, como ya mencioné, fue desplazándose cada vez más a hacia el sur y evitando todo contacto con el español. En tanto que los veliche fueron prácticamente durante todo el periodo colonial, refractarios a las distintas estrategias de las nuevas autoridades para reducirlos en poblados y/o villas: su organización comunitaria (el *caví*) y su disposición con el paisaje de bordemar, les hacía reticentes a alejarse de sus tierras ancestrales. Esta resistencia, además de sustentada en argumentos económicos, estaba ligada a una cosmovisión vinculante con el territorio-maritorio y sus entidades visibles y no visibles, estableciendo una serie de compromisos entre distintas especies y entidades

hoy denominadas “mitológicas”, que no debían ser transgredidas y cuyas normas de relación eran traspasadas sistemáticamente por sucesivas generaciones⁷⁵.

En los años sucesivos a la colonización de la Isla Grande los rumores sobre la abundancia de plata y oro en Chiloé fueron comprobados como falsos y la persistencia de la Corona española en estos territorios solo tendría justificaciones estratégicas soportándose, sobre todo, en la “dócil y pacífica” mano de obra indígena, la cual comenzó paulatinamente a ser vendida a los centros de explotación de la zona central de la Capitanía de Chile, ya que ahí mermaban en número, producto de la sobreexplotación y epidemias consecuentes. Como ya mencioné, más al sur de la Isla Grande de Chiloé los españoles prácticamente no establecieron asentamientos. Se formó una suerte de “frontera sur del Chile civilizado”, *finís terrea* colonial que, según Ximena Urbina, respondía tanto a los pocos recursos económicos que encontraron (no había oro, plata ni piedras preciosas) como a una población indígena canoera (chonos, kaweskar y yaganes) que se pensaba “no era atractiva como para trasladarla y ocuparla en el servicio” (2016b, p. 103).

En 1598 se da la sublevación generalizada del mundo mapuche en tierras continentales de la Capitanía de Chile, situación que se prolongó hasta la batalla (“desastre”) de Curalaba (en 1608). Esta victoria propinada por los toquis mapuche Anganamón y Pelantaro (entre muchos otros) obligó al abandono completo de las ciudades y fuertes españolas al sur del río Bío Bío hasta el canal de Chacao, con la sola excepción de la “aislada Plaza de Valdivia”. Así, un extenso territorio quedaría sustraído a la autoridad española para pasar a conformar una zona de frontera interna, la denominada “frontera de arriba” (Urbina Carrasco, 2009, p. 16). Chiloé quedaba de facto aislado geográficamente y políticamente del resto del Reino, y sus autoridades provinciales y eclesiásticas tendrán cada vez más dificultades tanto para frenar la disminución de la mano de obra indígena por la sobreexplotación y venta de los encomenderos españoles, como para fomentar ciertos valores de civilidad que debían tener como cristianos. “La dificultad impuesta por la naturaleza y el clima para la agricultura y ganadería, sumado a la falta de hierro, herramientas, novedades y estímulos debido al aislamiento, hicieron de Chiloé una provincia pobre y periférica” (Urbina Carrasco, 2016a, p. 137). Este contexto de aislamiento, pobreza y cohabitación estrecha entre españoles e indígenas sería una de las

⁷⁵ En el Capítulo IV profundizo sobre algunos compromisos y transgresiones de relevancia para los procesos de salud-enfermedad contemporáneos. Cabe mencionar acá que estas formas de vinculación y reciprocidad se verán drásticamente trastocadas desde la “apertura” de Chiloé a la globalización neoliberal (a partir de la década de 1980).

principales bases de la formación sociocultural identitaria que actualmente se conoce como “chilote”, y en especial, sus tensas relaciones con la sociedad del Chile continental:

La distancia y el tiempo diluyen el ligamen con el Reino y en el siglo XVIII subsiste el vínculo político, frío e indiferente; mientras tanto la figura del Monarca conserva la significación de los primeros tiempos de la conquista [...] vasallos perdidos en lo que ellos llaman “recoveco del mundo”. Chile les resulta tan extraño como cualquier otro reino de las Indias: “ir a Chile”, “el Reino de Chile”, “Chiloé y Chile” etc., son expresiones referidas a dos realidades distintas. (Urbina Burgos, 1983, p. 30)

Tanto es así, que luego de varios siglos de colonización española, éstos no habían podido establecer algún tipo de ciudad o poblado que hablara de “civilización”⁷⁶ (a excepción de Santiago de Castro, que en realidad era concurrida sólo para ciertas festividades). Las prácticas abusivas de los encomenderos al no cumplir las leyes ni las disposiciones reales convirtieron la encomienda en una suerte de “esclavitud feudataria” que no era supervisada por el Protector de Indios ni autoridad competente. Esto se sumó a que a mediados del s. XVII el mercado de Perú se vuelve un importante destino para el creciente negocio maderero de Chiloé (el preciado Alerce, *Fitzorya chilensis*, que se transformará en la moneda de cambio del Archipiélago hasta el término de la ocupación española), por lo que los hombres veliche encomendados fueron obligados a trabajar de hacheros en infatigables turnos y jornadas. Precisamente esta sobreexplotación sacrificial (dado que con ella los encomenderos españoles en Chiloé buscaba una inviable “vida hidalga”), sumado a la captura y venta indiscriminada que diezmaba a la población indígena, fueron algunos de los antecedentes que decantan en la insurrección masiva del pueblo veliche en el año 1712. Este sangriento levantamiento, que logró incluso ocupar la ciudad de Santiago de Castro exigiendo el término de las encomiendas y sus crueles abusos, fue sofocado con relativa rapidez y cruel respuesta⁷⁷. No obstante, las autoridades españolas empujadas por los

⁷⁶ Hay una descripción del expedicionario español José de Moraleda y Montero (escrita entre 1786 y 1788) enviado por el Virrey del Perú, que según Saavedra Gómez (2015) sería de gran valor para entender la singular relación de cohabitación entre “españoles e indios” durante la colonia y, en especial sobre las condiciones de dispersión del denominado paisaje insular: “...esta situación [la ocupación dispersa del espacio] les obliga a los dueños su pereza e indigencia, pues una y otra son tales, que me parece imposible pudiesen subsistir sin el auxilio que incesantemente les ofrecen las playas con su portentosa abundancia de mariscos de varias clases que producen, y al mismo tiempo muy difícil que por sí mismos puedan avenirse jamás a morar desviados de ellas en lo interior de la isla, ni reducirse a formar poblaciones para hacer vecindad estable en ellas, como medio el más apropiado o más bien indispensable para lograr, uniéndose en sociedad, la civilización de que carecen [...] ese sistema bárbaro de dispersión, origen de tantos males, que creo no ha habido casi en todos los siglos soberano, magistrado ni hombre de algún juicio que no lo deteste” (Moraleda y Montero, 1888, citado en: Saavedra Gómez, 2015, p. 171).

⁷⁷ La tesis de Saavedra Gómez (2015) sobre los sangrientos hechos perpetrados por los supuestos “dóciles y pacíficos” veliche de Chiloé durante el levantamiento de 1712 (que incluyeron canibalismo ritual), significarían mucho más que una simple respuesta puntual a las condiciones abusivas de la encomienda. La reafirmación de lo indio en Chiloé, su condición ontológica respecto a la diferencia colonial, pasaría por comprender la importancia de relacionar este levantamiento con las condiciones de violencia y otredad que le

misioneros ordenarán en los años sucesivos regular el trabajo en las encomiendas, disminuyendo la carga tributaria y prohibiendo el trabajo de niños, entre otras medidas (Cárdenas Álvarez *et al.*, 1991, p. 25). Si bien los números son poco expresivos para describir etnocidios larvados como el que se dio en el Chiloé colonial, cabe destacar que el primer recuento de indígenas a la llegada del español en la Isla Grande en el año 1567 era de 50.000 “distribuidas en unas 50 tribus independientes” mientras que para el año 1714 apenas quedaban 6.120 según los registros oficiales (*ídem*, p. 160).

En 1766 la provincia deja de pertenecer a la capitanía general de Chile, incorporándose por cuestiones estratégicas (islas, canales y bahías donde podían ocultarse las escuadras de guerra) y de falta de financiamiento directamente al Virreinato del Perú (Barrientos, 2013, p. 64). Sin embargo, el conflicto con los veliche durará varios años todavía, hasta que estos realizan una suerte de “resistencia pacífica” destinada a sumir en una crisis a la economía colonial chilota, abandonando el trabajo agrícola para los encomenderos y negándose a transportar alimentos hacia las haciendas e islas. “Dichas acciones se mantuvieron hasta el 26 de marzo de 1783, fecha en que la encomienda es abolida en Chiloé”⁷⁸ (Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas, 2008, p. 465).

Entre los fuertes cambios ecológicos que los siglos de colonización española impulsaron sobre el territorio-maritorio de Chiloé, fue notable la introducción de especies exóticas para alimentación y ropaje como ovinos, bovinos, cerdos y aves de corral, lo cual, sumado al cultivo de vegetales con buena adaptación al clima de Chiloé, como trigo, manzana, cebolla, ajo y zanahoria, fueron reemplazando las formas de alimentación tradicional

antecedentes y siguen. También la respuesta “ejemplificadora” por parte de las autoridades coloniales reflejaría esta profunda disputa: mientras el total de españoles muertos durante el levantamiento fue de 30, los indígenas asesinados durante la sofocación y ajusticiamiento habría sido cercano a los 800, incluyendo torturas y crueles ejecuciones para los caciques insurrectos.

⁷⁸ Si la encomienda significaba la “policía del cuerpo” de la formación colonial española, hay que sumar la “policía del espíritu” que en Chiloé fue expresada a través de la institución de las misiones circulares destinadas a evangelizar a la población indígena, inicialmente llevada a cabo por los Jesuitas (desde 1595) y, luego de su explosión en 1767, por los Franciscanos. “...iba recorriendo los archipiélagos catequizando a los indígenas y creando puntos de referencia en pequeñas capillas y asentamientos de caseríos ya misionados. La estrategia era ir avanzando concéntricamente desde los islotes más próximos hasta los más remotos de Chonos y Guaitecas [...] sistema que exigía la permanente movilidad de los sacerdotes, que andaban en las canoas –dalcas– llevando el mensaje evangélico” (Gutiérrez, 2007, p. 52). Montados sobre la dinámica trashumante indígena lograron acceder a ellos y sus territorios. Forzosamente evangelizados, muchos debían trabajarles bajo una “encomienda simulada” que, aunque no era permitida para miembros del clero, a través del subterfugio del “depósito y amparo” podían prolongar indefinidamente la estada de indígenas bajo custodia misional (Renato; Cárdenas Álvarez *et al.*, 1991, p. 23). “Así, poco tiempo después de la llegada de los jesuitas, hubo hechas 40 iglesias en diferentes islas junto a la playa [...] desde entonces, su número, sencillez y el cuidado puesto en ellas han sido la manifestación más elocuente de la religiosidad chilota: en 1758 había en Chiloé 77 capillas” (Urbina Carrasco, 2016a, p. 140).

indígena que habían equilibrado durante los siglos anteriores las relaciones ecosociales (cf. Cárdenas Álvarez y Villagrán, 2005). Al mismo tiempo los colonos españoles fueron adoptando varias de las costumbres indígenas para siembra y cultivo (ej. uso del *gualato* y alga *lamilla* para abono), y de recolección de peces y mariscos (corrales de pesca y días de *pilcanes*) entre muchas otras (Daughters y Pitchon, 2018, pp. 6–8). A la tala del bosque nativo, en principio para la edificación de los escasos poblados, para el “despeje” de zonas de cultivo y para calefacción doméstica, se sumó a mediados del s. XVII la exportación del Alerce (*Fitzroya cupressoides*) al Virreinato del Perú, lo cual produjo que ésta y otras especies ya sólo se encontraran en las zonas altas para el principio del 1700. Sin embargo, las características de este intercambio exportador (basada en la permuta directa o trueque de productos importados como sal, azúcar, aguardiente, vinos, tabacos, etc., mediante una embarcación anual, monopolizada por Lima⁷⁹) habrían producido un límite a los volúmenes de explotación maderera durante toda la colonia (Torrejón et al., 2004, p. 669). Lo anterior, sumado a la característica dispersión del modo de vida de bordemar tanto de españoles como indígenas, habría protegido cierta biodiversidad de Chiloé, de modo que “...tanto el poblamiento como el tipo e intensidad de las actividades económico productivas, desarrolladas durante la intervención colonial, produjeron solo transformaciones locales, no afectando regionalmente al paisaje ecológico de Chiloé” (ídem, p. 674).

2.2.4. Ola de ocupación por la República de Chile

Según el historiador conservador Pedro J. Barrientos (1867-1958), los movimientos revolucionarios en Santiago de Chile del año 1810, que terminarían con la independencia respecto a la Corona española, llegaron muy tarde a unos habitantes de Chiloé “relegados en sus viviendas, sin noticias del exterior” y con una “fuerte influencia desde el Perú” (2013, p. 100). En efecto, recién para el año 1826 el territorio del Archipiélago es anexado a la naciente República de Chile, cuando ya era el último bastión de la Corona española en Sudamérica y había resistido varios intentos de invasión por parte de las fuerzas independentistas chilenas. Es destacada en diversas recopilaciones locales la “bravura y lealtad del chilote” a la Corona al enfrentar al ejército chileno, por ejemplo, en la batalla de

⁷⁹ Relata en tono de denuncia Barrientos en su *Historia de Chiloé* (2013) sobre esta asimétrica relación “comercial” con Lima: “El intercambio de productos, como ser maderas, ponchos, jamones, pescado, marisco, etc., a la llegada a Ancud de buques procedentes del Perú, se convertía en el más vil engaño y estafa. Eran inútiles los ruegos y lamentos de las víctimas. El monopolio, erigido en sistema, anticipadamente se los había arrebatado haciéndose dueño de la mercadería, que pasaba a pocas manos, manchadas con el sudor y esfuerzo de los infelices. Ningún isleño, de esta suerte, podía equilibrar sus gastos con sus entradas. Siempre resultaban deudores” (p.85).

Mocopulli (en el año 1824) donde con tan solo 291 hombres, los chilotes realistas aplastaron la tentativa chilena dirigida por el mismo Ramón Freire (Director supremo de Chile) al mando de 2.149 militares independentistas (Urbina Carrasco, 2016a, p. 163).

¿Cuáles fueron las razones de fondo para que Chiloé se alineara —casi con desmesura— a la agónica resistencia de la Corona española en el continente? ¿Por qué intentó bloquear la venida cada vez más poderosa de las olas independentistas desde todo el continente americano? ¿Cómo se puede relacionar estos eventos y sus consecuencias con las dinámicas actuales de imposición/resistencia frente a la globalización neoliberal?

Parece claro que no hubo en Chiloé sólo cierta “inercia realista” en la falta de adopción de las ideas revolucionarias —y en algún grado menor el resultado directo del aislamiento de las noticias del continente. Al contrario, hubo un apoyo activo por parte de las autoridades de la gobernación-intendencia de Chiloé y de la mayoría de sus habitantes a la continuidad en contra de la independencia: “Chiloé actuó como provincia, con un sentido de un pasado común y fidelidad a la monarquía” (ídem, p.156). Ello se concretó mediante grandes donativos financieros privados y de incorporación de hombres en edad productiva, quienes fueron enlistados, combatieron, sufrieron y murieron para fortalecer al ejército realista en sus expediciones hacia el continente chileno (1811-1818) y luego en la defensa del Archipiélago de Chiloé (1818-1826)⁸⁰ (cf. Barrientos, 2013, pp. 101–147).

Más lógico es pensar que una mayoría influyente de chilotes haya evaluado como positiva la forma en que la colonización española se había adaptado a esta provincia en los últimos años (y viceversa). Efectivamente, la dependencia administrativa directa hacia el virreinato del Perú había mejorado progresivamente las condiciones de intercambio comercial de madera; ya que llegaban embarcaciones más frecuentes con productos importados y se habían inyectado nuevos recursos en función de fortalecer las defensas militares del Archipiélago. Al menos en el poblado de Ancud, la provincia era “más activa” que cuando se dependía de la gobernación de Chile⁸¹ (Urbina Carrasco, 2016a, pp. 154–155). En lo

⁸⁰ Es destacable en ese sentido la introducción con la cual el célebre historiador liberal Diego Barros Arana (1856) abre su *Memoria Histórica: las campañas de Chiloé (1820-1826)*: “La independencia americana, proclamada i sostenida en las colonias españolas del nuevo mundo en el segundo decenio de este siglo, no halló en principio eco alguno en aquellas islas, i más tarde encontró en sus habitantes los más tenaces i decididos enemigos. En sus pueblos se organizaron los primeros cuerpos con los que partidarios de España quisieron someternos de nuevo al coloniaje. De allí salieron frecuentes i numerosos refuerzos para auxiliar al ejército realista. Cuando fue necesario emprender la conquista de aquella provincia, se opuso en ella una tenaz resistencia al pabellón chileno” (p. iv). El mismo autor estima que un 20% de la población de Chiloé fue armada para tal efecto.

⁸¹ Imagen que contrasta radicalmente con la visión externa de los intelectuales criollos independentistas, como comentó Diego Barros Arana (1856): “Los virreyes del Perú, por su parte, trabajaron mui poco para

político se dejaban espacios relativamente autónomos para que las autoridades locales y vecinos tomaran sus decisiones sin mediar grandes consultas a un lejano Perú —cuyo interés por el Archipiélago crecía a medida que se tornaba estratégico como enclave militar para el dominio del Océano Pacífico frente a diversas tentativas de conquista por parte de Inglaterra y Francia. Por otro lado, las fuerzas revolucionarias chilenas pensaban centralmente⁸²: desde Santiago y Valparaíso hubo un completo desinterés por hacer participar de las nuevas formas de gobierno y sus ideas “al país que estaba más allá de Concepción”. En rigor “se les consideraba mundos aparte [...] vinculados más al Perú que a Chile” (idem, p.156). Chiloé aparecería en el mapa político sólo cuando sea evaluado, tanto por la Corona española como por las fuerzas revolucionarias (incluido Simón Bolívar y luego por la naciente República de Chile) como un enclave militar estratégico para el control de todo el continente.

Casi dos décadas de guerras finalizaron con la inevitable derrota militar en Bellavista en 1826 y la consecuente firma del denominado Tratado de Tantauco, donde el gobernador realista Antonio Quintanilla capitulaba y entregaba Chiloé a la República de Chile. Las consecuencias de la guerra para los vecinos del Archipiélago fueron penosas. El fragmento de Barrientos es aclarador:

Había caído por fin el último reducto español en el sur de Chile y el archipiélago era incorporado a las leyes de la república; pero se hallaba convertido casi en un cadáver [...] Obra previsor y patriótica era venir en su auxilio, sacándolo del estado mísero a que lo condujo su propia buena fe. Por desgracia, los hombres de gobierno, ocupados en problemas que dejó pendientes la guerra, no vieron en estas islas sino algunas pulgadas más de suelo con que se ensanchaba el patrimonio chileno y ciudadanos que ahora respetarían las autoridades republicanas. (2013, p. 151)

Como era de esperarse, la anexión a la flamante República de Chile y la llegada de sus nuevas autoridades continentales no se tradujo en una actitud positiva por los chilotes. El fuerte desfinanciamiento obligó a nuevos impuestos, a individualizar las tierras fiscales, a revisar los títulos de propiedad, etc. Entre 1829 y 1837 se dio una masiva redistribución de tierras, donde el reconocimiento de tierras indígenas de uso ancestral (a través de la Ley de Freire del 1823), la subasta pública y la apropiación por el Estado de las “tierras sin uso”, terminó por definir la estructura agraria del Chiloé republicano: el minifundio basado

sacar a aquella provincia de la postración en que yacía: fundaron una plaza militar, levantaron fuertes i construyeron baterías; pero nada hicieron para procurar su adelanto moral e industrial...” (p.v).

⁸² En el mismo texto *Las campañas de Chiloé (1820-1826)* Barros Arana (1856) expresa repetidamente aquella actitud centralista (e iluminista) cuando se refiere al “retraso” tanto industrial como de educación formal, como las razones de fondo por la cual Chiloé “no maduró” junto con sus ideales independentistas. En verdad para el intelectual liberal, los chilotes se comportaron como niños ingenuos (“sencillos habitantes”) que obedecieron sin pensar las órdenes del virreinato del Perú.

esencialmente en la economía de subsistencia (agricultura de baja escala y crianza de ganado menor) que se combinaban con la ancestral recolección de productos del mar y los crecientes viajes estacionales de los hombres al continente (Urbina Carrasco, 2016a, pp. 166–170). Para 1840 “la provincia superaba los 43.000 habitantes, desapareciendo, de paso, la distinción entre españoles e indios. Ahora todos eran chilenos en la ley, aunque en la práctica la distinción entre blancos e indios continuó.” (ídem, 167). Con el avance del siglo, además, comenzaron a llegar a Chiloé un número importante de colonos extranjeros, que se fueron radicando primero en el norte de la Isla Grande y luego progresivamente en el área centro y sur. Así, personas y sociedades establecieron extensas propiedades, lo que generó fuertes discusiones por el dominio de las tierras veliche, “inaugurando con ello una relación de demandas y conflictos que se mantiene hasta el presente” (Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas, 2008, p. 467). Es destacable que las autoridades del Estado de Chile, a pesar de la intención inicial explícita de proteger las tierras indígenas de Chiloé (tanto en el Tratado de Tantauco como en la citada Ley Freire), precozmente comienzan a declarar normativas y a gestionar en favor de los *colonos afuerinos*, fomentando las formas de acumulación extractiva del territorio. En el año 1900, por ejemplo:

El Fisco inscribió a su nombre -como “Dominio sin Título”- gran parte de los predios mapuche-huilliche, dejando como propiedad indígena sólo algunos retazos ubicados en el bordemar, sectores en donde las familias tenían ubicadas sus viviendas y huertos. Todo lo demás, correspondiente a las tierras del interior, sectores de antigua ocupación indígena en ganadería, ramoneo y recolección de leña, fueron declarados fiscales. (Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas, 2008, p. 468).

Los terrenos de mayor valor extractivo por su potencial maderero y ganadero fueron vendidos masivamente por el Estado a propietarios y asociaciones explotadoras privadas, los cuales en los años sucesivos cambiaron de nombres, sociedades, propietarios, fueron vendidas y revendidas, etc. Todo esto a espaldas de las comunidades veliches que ahí todavía habitaban⁸³. El rentable negocio maderero comenzó a crecer en dimensiones nunca vistas durante los tiempos de la colonia. Después de la independencia y ante el explosivo aumento de la demanda de madera de Alerce en la naciente República de Chile, la

⁸³ Aclara de manera significativa el mismo Informe: “El procedimiento de inscripción fiscal contempló el otorgamiento de un plazo para que se presentaran las oposiciones de los particulares que se sintieran perjudicados en sus derechos. Ciertamente los mapuche-huilliche no presentaron oposición dado el desconocimiento que tuvieron del proceso, la incomprensión del mismo, la lejanía y el difícil acceso a los *centros de información*. Esta inscripción abrió paso a lo que algunos autores han denominado “la segunda usurpación de los indígenas huilliche-chilotes”. La tierra declarada fiscal fue luego adjudicada a las empresas (privadas) que iniciaron la explotación de los recursos naturales en Chiloé, especialmente del recurso forestal” (Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas, 2008, p. 468, énfasis y paréntesis míos).

producción de tablas creció exponencialmente, pasando de 200.000 tablas anuales durante los últimos años de la colonia a casi un millón de tablas anuales para inicios del 1900. Lo anterior se concretó mediante un modo de producción mecanizado que incorporó herramientas más eficaces y una tala no selectiva (o mejor dicho, indiscriminada), es decir, derribando árboles de menores dimensiones para su extracción y venta, lo cual era impensado durante la colonia. La consecuencia de esta intensificación extractiva fue una rápida deforestación tanto del Chiloé insular como continental, quedando Alerzales sólo en los sectores poco accesibles (cf. Torrejón *et al.*, 2011).

En 1927 se produce una más de las muchas decisiones autoritarias de parte del Gobierno de Chile, al decretar la fusión de la provincia de Chiloé con la de Llanquihue y, acto seguido, trasladar la capital provincial a la ciudad continental de Puerto Montt, que comenzó a ganar relevancia como ruta de tránsito de las navegaciones, en desmedro de la tradicional Ancud. “Mezquina concesión”⁸⁴ que además de traer perjuicios a la economía local, forzaba a los habitantes de Chiloé a realizar grandes trayectos para hacer sus gestiones burocráticas (Barrientos, 2013, pp. 191–192). Así mismo, comienza cierta integración regional ya a inicios del s.XX cuando se inaugura una serie de infraestructuras que conectarían progresivamente a Chiloé con el continente: el tren de Chiloé (1912 hasta 1960, destruido por un fuerte terremoto y luego abandonado), el camino de ripio por Caicumeo (1954) y el moderno *ferry-boat* que comienza a cruzar el Canal de Chacao (1964) (Urbina Carrasco, 2016a, p. 174).

Al mismo tiempo, cada isla mantenía una dinámica familiar volcada hacia las largas tardes de fogón, y laboralmente continuaba similar a los tiempos coloniales, una economía basada en la agricultura de subsistencia, ganadería menor, pesca artesanal y recolección de mariscos y algas del bordemar. Notables también son las salidas estacionales de hombres chilotes hacia las estancias magallánicas para trabajar en ganadería ovina (y minería al norte), sumándose también una fuerte migración al sur de Chile para poblar la recién fundada ciudad austral de Punta Arenas: “Cuando emigraban al sur llevaban su cultura consigo: su hablar, su música, sus costumbres, las tejuelas en la construcción, su mitología, etc.” (ídem, p.174).

⁸⁴ Barrientos nuevamente es elocuente al respecto: “Ancud quedó convertido en simple gobernación, con sus servicios públicos desquiciados, destruida su unidad geográfica, porque no solamente sufrió con esta medida el mecanismo administrativo, político y social, sino también la enseñanza con el alejamiento de muchas familias, el comercio, las industrias, la economía propiamente dicha. La reforma hecha con tanta premura y sin un estudio serio, produjo desconcierto.” (Barrientos, 2013, pp. 191-192).

a. “Extraño en tu propia tierra”

Ya avanzado el siglo, dentro de aquel contexto republicano de decisiones centralizadas, durante las décadas de 1960 y 1970 comienza a instalarse una serie de carreteras que van realmente a transformar en profundidad tanto el paisaje como los modos de vida de la Isla Grande de Chiloé. Destaca en ese sentido la proyección de la carretera Panamericana Sur, que hoy atraviesa de norte a sur la Isla Grande de Chiloé (Ruta 5), pasando por sus principales ciudades (desde Chacao a Quellón), ramificándose en distintos poblados. A su vez, esta interconexión terrestre se liga a la carretera que une a Puerto Montt con Parga en el continente, y esta, con el sistema de *ferry-boats* que progresivamente irá aumentando su frecuencia y capacidad de carga para la navegación sobre el Canal de Chacao (*Figura 11*). Senda infraestructura vial ligada con uno de los proyectos más emblemáticos de la dictadura militar de Pinochet, la denominada Carretera Austral⁸⁵.



Figura 11: Ferry-boat rumbo a Chiloé. Fuente: trabajo de campo (Canal de Chacao, noviembre 2017).

Esta nueva configuración del sistema vial, además de producir un aumento explosivo del parque vehicular privado, la generación de un controvertido sistema de transporte público suburbano y un aumento de turistas continentales, trajo importantes cambios socioeconómicos en la mayoría de los poblados cercanos a la carretera, los cuales dejaron

⁸⁵ Proyecto todavía en marcha que pretende unir el tránsito terrestre de toda la Patagonia Chilena. Si bien se inició durante la década del 1970, fue dentro de la dictadura militar de Pinochet (1973-1990) que se convirtió en una línea estratégica para el Estado chileno, con objetivos tanto económicos como militares a mediano y largo plazo. Su construcción fue ejecutada principalmente por el “Cuerpo Militar del Trabajo” (dependiente directamente del Ejército de Chile) utilizando una gran cantidad de recursos fiscales. Urrutia (2020) ofrece un interesante trabajo de recopilación histórica, reconociendo a la Carretera Austral como una de las claves territoriales de la organización autoritaria del país durante la dictadura.

de disponerse hacia el mar y sus actividades, para dirigir sus funciones hacia la fuente de recursos y flujos de la carretera. Hoy es posible ver, por ejemplo, incontables “mercados particulares” rodeando estas vías, donde los vecinos venden productos del continente, cambiando sus formas de ingresos y de paso dando acceso a formas de alimentación-cultura prácticamente desconocidas hace unas décadas. Con esa misma brusquedad se irán transformando las estéticas del Archipiélago, porque con las carreteras también llegaron una serie de infraestructuras diseñadas desde otro lugar y con otros propósitos. Las líneas rectas y el concreto gris comenzaron a invadir la mirada, sintiéndose en cada parpadeo la imposición centralista, hasta naturalizarse. Como bien lo describe el escritor chilote Renato Cárdenas:

Yo veo aquí en Chiloé toda la base de modelos de desarrollo físico de la ciudad no tienen nada que ver con acá, lo hacen en base a Santiago, Valparaíso, Viña del mar, Miami. O sea, desde el rey al virrey [riendo de forma irónica], y ese es el tema. Eso no le hace bien a la gente, porque ese modelo no es el modelo que surge de acá [...] es una imposición. La imposición es la modernidad. Y todos los días nos dicen que tenemos que ser modernos [...] Entonces nuestro escenario natural e histórico, que de alguna manera representa el mapa mental de nosotros, entendiéndolo como el primer mapa mental desde donde te has nacido, esa geografía, esa cultura genera una forma de ver. Los conceptos salen de ahí, desde tu primera infancia. Ese mapa mental se te empieza a agredir todos los días cuando hay una imposición. La estética es una cuestión básica. Hegel decía la ética es la estética del porvenir. Uno se espanta con esas plazas llenas de fierro, en vez de árboles, un fierro. Con esos faroles de fierro cada dos metros que pusieron en Dalcahue. Eso en todo orden de cosas [...] Son estéticas que también te van dañando, porque *tú comienzas a sentirte extraño en tu propia tierra*. Entonces ese es el principio fundamental de la salud, de que tú respires, tú mires, y tus cinco sentidos vayan enlazándose con una tradición. (entrevista personal, 03/04/2018, énfasis míos)

Además de forma cada vez más frecuente, este sistema vial es monopolizado por enormes camiones de la industria extractivista instalada en el Chiloé, permitiéndoles un tránsito continuo de todo tipo de cargas peligrosas y recursos que salen de estas zonas.

2.3. De redes y derrames

2.3.1. Sangra el río

Mientras se encontraba todavía el wellboat sumergido con gran parte de su carga en Pilpilehue, el día 26 de marzo del 2018, otro desafortunado accidente despertaba a Chiloé. Relacionado al uso intensivo de esta red de transporte vial, se volcó un camión que transportaba 10 mil litros de pintura *antifouling* utilizada para el tratamiento de las redes de la industria salmonera. La pintura se derramó casi en su totalidad hacia el pequeño río

Trainel⁸⁶, que ese día se tiñó de rojo entregando una imagen impactante rápidamente difundida por la prensa nacional (*Figura 12*).



Figura 12: Río Trainel contaminado con pintura antifouling. Fuente: La Tercera (2018)

De alta toxicidad, la acción del líquido antifouling impide que diversas formas de vida marina crezcan en las redes, frenando así su “deterioro precoz”. Las concentraciones en las que se ocupa habitualmente para el tratamiento tanto de los cascos de diversas embarcaciones, como en las redes de pesca y acuicultura –considerando su contenido tóxico, que puede ir desde el peligroso tributilo de estaño (TBT) hasta metales pesados como el óxido de cobre⁸⁷–, se encuentran controladas en función de evitar afectar a los ecosistemas circundantes (y especialmente a los peces de las mismas jaulas de cultivo). En cambio, para el caso del derrame masivo hacia el río Trainel, las concentraciones del antifouling en su lecho y las formas de difusión hacia las napas subterráneas y hacia el turístico Lago Huillinco (del cual el río Trainel es uno de sus afluentes), eran bastante difíciles de precisar. De forma similar al caso del barco hundido en Pilpilehue, las comunidades afectadas se organizaron y movilizaron, mientras que las instituciones

⁸⁶ Posiblemente del mapudungun *TRAI*: “cierto sonido, como en la montaña” + *NGËLN* “juntarse, reunirse”, o quizás derivación de *TRAIQEN*, *TRAYEN*: “la cascada; chorrillo que viene de arriba” (Cárdenas Álvarez, 2017, pp. 33 y 46).

⁸⁷ Un ejemplo más donde el rol de la ciencia es clave para el desarrollo de tecnologías altamente destructivas de los ecosistemas con el único fin de mejorar la productividad del negocio pesquero. Dentro de la Región de los Lagos, además, es destacable que la cantidad y concentración de redes de piscicultura masiva (y las versiones antiguas, probablemente más tóxicas) tratadas con estos componentes desde hace más de 30 años, hace suponer que el daño acumulativo en los ecosistemas marinos está muy lejos de poder dimensionarse. Para lo cual, lamentablemente, la comunidad científica y sus financiadores no parecen tener interés en determinar.

estatales conformaron un “Comité de Emergencias” el día después del accidente (que incluso trajo a la flamante ministra del medioambiente a la zona). A pesar de las medidas de contención que se alcanzaron a instalar, a los pocos días varias fuentes de agua potable rural de las poblaciones cercanas (por ejemplo, Tara) estaban contaminadas y el líquido tóxico llegó finalmente al Lago Huillinco. Luego comenzaron acciones judiciales y una secuencia de protocolos de acción y erráticas formas de contingencia entre las instituciones estatales y las empresas involucradas en el hecho (nuevamente sin involucrar directamente a las salmoneras). A las pocas semanas –quizás ante la baja organización comunitaria frente a un daño a esa altura ya irreversible e invisible– la aparición de la prensa era mínima y quedando virtualmente silenciados los efectos que el vertimiento tendría en estos ecosistemas y sus habitantes a mediano y largo plazo.

2.3.2. Una crisis de múltiples crisis

La contaminación del Río Trainel, y en especial su configuración como emergencia ecosocial, espacio de disputa sobre el daño y riesgo, y posterior control institucional e invisibilización, me parecía un patrón que se presentaba de forma repetitiva. Quizás esta crisis ecosocial, este espacio-tiempo del Chiloé contemporáneo se configura con múltiples episodios críticos que se acumulan y tensionan. Durante mi trabajo de campo pude registrar al menos otros tres graves episodios:

- 1) En mayo del 2018, se prohibió oficialmente el consumo de agua desde la red potable pública en la localidad de Queilen por su alto contenido en sodio y otros elementos potencialmente peligrosos (*Figura 13*). Éste hecho se vincula con la progresiva escasez hídrica en distintas localidades del Archipiélago. Según el Cabildo del Agua de Chiloé, en el 2015, un 35% de las localidades rurales estarían afectadas por desabastecimiento de agua durante los veranos. Esta escasez sería el resultado, entre otros, de los siguientes procesos: la extracción masiva y desregulada de la turba y del musgo llamado “pompón” (*Sphagnum*, parte fundamental ecosistema de homeostasis hídrica del suelo); la deforestación de árboles nativos; el aumento de la densidad poblacional en las nuevas áreas semiurbanas-industriales, y el cambio climático global (que, aunque no disminuye el total de lluvia, de 2.300mm/año, tiende a concentrarlas en el invierno) (cf. Villarroel, 2018);



Figura 13: Estanque para reparto municipal de agua potable. Fuente: trabajo de campo (Queilen, julio 2018)

- 2) En junio del 2018, se hizo de conocimiento público la instalación inminente e inconsulta de varias megacentrales de energía eólica sobre humedales, sitios arqueológicos, zonas de protección ambiental y viviendas (por ejemplo, en la playa de Mar Brava, en la *Figura 14*, denunciada por el Movimiento de Defensa de Mar Brava-Lacuy) (Durán et al., 2018, pp. 144–160), a las que se sumó el conocimiento de múltiples concesiones de terrenos para exploración y explotación minera en estos mismos lugares (que, sin embargo, ya llevaban varios años adjudicadas), dando cuenta que la generación de “economías verdes” se liga a nuevas formas extractivas de alta conflictividad socio-ambiental (Gajardo et al., 2016);



Figura 14: Activismo en la zona de proyección de la mega-central eólica. Fuente: trabajo de campo (Mar Brava, Ancud, julio 2018)

- 3) En julio del 2018, se informó de un escape de aproximadamente 800 mil salmones en crianza desde un centro de acuicultivo cercano a la Isla Huar, lo que representaba una catástrofe en los ecosistemas marinos, considerando el carácter depredador del tipo de especies exóticas en fuga. A pesar de las multas y obligaciones que las empresas debieron pagar ante las instituciones estatales reguladoras, apenas pudieron recuperar un 5% de estos salmones, y cuyo consumo humano y animal fue oficialmente prohibido por el estado activo de sus tratamientos antibióticos y antiparasitarios (Torres y Montaña, 2018, pp. 79–81).

2.3.3. Redes de resistencia territorial

Cada uno de estos episodios, como adelanté, presentaba una configuración de posiciones de poder y saber más o menos similar a la del barco hundido en Pilpilehue. Es decir, emerge un campo de disputa que emplaza a las comunidades locales que deben modificar sus formas de organización y modo de vida para hacer frente a los daños y la incertidumbre que surge en cada emergencia, en contraparte con las instituciones estatales que procuran contener, desactivar e invisibilizar la movilización social a fin de proteger al modelo de desarrollo y los intereses empresariales. Así también lo comprendían diversas organizaciones de base que luego del mayo chilote en 2016 habían decidido que, no obstante sus diferentes actividades locales (desde recuperación de la cultura bordemar, pasando por la música, lengua huilliche, gastronomía, medicina tradicional, economías

locales y sustentables, huertos orgánicos y autoformación política), se encontraban enfrentados a un modelo de desarrollo altamente destructor, evidenciado en la mayor frecuencia y daño de estas emergencias ecosociales. Con ese tono, los días 3 y 4 de marzo del 2018 se realizó en la localidad de Quellón el “II Encuentro de Redes Territoriales” organizado por el Centro de Estudios Sociales de Chiloé (CESCH) y el medio de comunicación Mapuexpress⁸⁸. A partir de mi participación en el encuentro⁸⁹ destaco el trabajo ya avanzado de elaboración de un marco crítico capaz de potenciar la reflexión y la acción colectiva en redes. Marco sustentado en dos pilares básicos: 1) una remirada con intención descolonizadora de la historia de Chiloé y 2) una comprensión de la situación del Archipiélago en el marco de una geopolítica más amplia de despojo de la macrozona sur-patagónica.

a. Colonias de ayer y hoy

Sobre el primer pilar, desde el CESCH el politólogo chilote Eduardo Mondaca (2017, 2018) ha desarrollado la hipótesis socio-histórica según la cual el proceso de anexión obligada al proyecto independentista chileno (sellado con el Tratado de Tantauco en 1826) habría potenciado las relaciones coloniales antes establecidas con el proyecto español. En rigor, se había anexado un territorio de “indios enemigos” con “ciudadanos de segunda categoría” que además habían osado enfrentarse a “la eurocéntrica nación chilena” (Mondaca, 2018, p. 27). Ciertamente, el Estado chileno fue activo en desconocer y prohibir diversas instituciones autónomas chilotas en ámbitos como gobierno, justicia, economía y sanación⁹⁰. Además, perfeccionó la estructura de explotación extractivista a partir de ese momento, destinada a ensanchar la riqueza de las elites republicanas de la capital, Santiago

⁸⁸ Uno de los medios de comunicación que considero más consistentes en sostener un posicionamiento ético y político “al servicio de la defensa de los territorios, la autodeterminación de los pueblos y la transformación del mundo dominado por el capitalismo, el extractivismo, el patriarcado y el individualismo” (como puede leerse de su propia web en: Colectivo de Comunicación Mapuche Mapuexpress, 2019).

⁸⁹ Participamos junto con un grupo de profesionales ligados a los temas de la salud y el buen vivir asociados a la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) Red Sur-Patagonia. Asociación ligada al movimiento continental de la Medicina Social/Salud Colectiva que durante el Capítulo III me encargo de revisar.

⁹⁰ El ejemplo mejor documentado de estas imposiciones se dio durante el popularmente denominado “Proceso a los Brujos de Chiloé” del año 1880 destinado a desarticular una organización autónoma y con raíces indígenas que impartía la justicia y formas de sanación y enfermedad en gran parte del Archipiélago (“La Recta Provincia” y/o “La Mayoría”) (para dos estudios en profundidad ver: Marino Martinic y Osorio Araneda, 2014; Rojas Flores, 2002). El caso de las parteras tradicionales y su persecución durante los siglos XIX y XX también ha sido documentado por los mismos profesionales relacionados hoy a la Epidemiología Sociocultural (Leighton, Monsalve, y Ibacache, 2008; Leighton y Coll, 2010; Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010), investigaciones que comentaré durante el Capítulo IV.

de Chile. Ergo, el concepto de *colonialismo interno*⁹¹, según sus autores, sería de utilidad para comprender este proceso por el cual el Estado chileno profundiza y extiende las asimetrías de poder ya antes instituidas por el patrón colonial del poder⁹². Formas que se evidenciarían también, por ejemplo, en la producción simbólica de los rasgos culturales/idiosincráticos con los cuales se identifica al habitante de Chiloé:

El propio gentilicio “Chilote” tiene una raíz ofensiva que los chilenos usaban asociándolo a pobreza y elementalidad de vida que explicaban como nacidas – claro está- de la desidia o flojera. “Mientras más opuesto a la vida propiamente urbana, más chilote”, indicaría el imaginario oficial. “Patronímico rebajante”, señalaba el periódico La Industria de la ciudad de Castro en 1906, y sugería erradicar “ofensivo nombre”. (Mondaca, 2018, pp. 28–29)

Sobre el segundo pilar, sería con mayor fuerza a partir de la dictadura cívico-militar (1973-1990) que el rol del Estado chileno sufriría una progresiva transformación desde un rol “burocrático-autoritario” hasta uno neoliberal y “compensador”⁹³ que se encargaría de administrar los conflictos ecosociales internos derivados de su subordinación a las directrices neocoloniales de las grandes potencias económicas y militares (EE. UU. y China principalmente). A través de la firma de distintos tratados internacionales y otras formas de integración económica, se compromete con los intereses neoliberales supranacionales, aceptando implícitamente una serie de diversos “daños colaterales” y/o “externalidades” a nivel interno⁹⁴. Para el caso específico de la denominada “macrozona sur” que integra a la Patagonia chilena y argentina, sus abundantes reservas minerales, hídricas, marinas y forestales aparecerían hoy como necesarias para sostener la dinámica de aceleración del capital transnacional. Así, la denominada “Iniciativa para la Integración de la Infraestructura Regional Sudamericana” (IRRSA) sería la concreción de este tipo de

⁹¹ Concepto originalmente definido desde los años sesenta por Pablo González-Casanova (1965, 2006) y en paralelo por Rodolfo Stavenhagen (1963) que hace referencia a la persistencia de una estructura de relaciones sociales coloniales de dominio y explotación entre grupos culturales distintos al interior de un mismo Estado luego de su independencia política de las potencias coloniales. De este modo, los sectores criollos y mestizos dominan culturalmente y explotan materialmente a los pueblos indígenas, reproduciendo internamente las dinámicas coloniales globales.

⁹² Patrón trabajado también con el nombre de “colonialidad del poder” por Aníbal Quijano (1992, 2014a).

⁹³ “Estado compensador” que según Gudynas (2012) habría surgido bajo algunos gobiernos progresistas durante la década recién pasada en Latinoamérica que no cuestionaron las bases del modelo extractivista, sino al contrario, habrían aprovechado las alzas de los precios internacionales creando un “neoextractivismo progresista” donde el mismo rol del Estado es trastocado. A través del aumento de la captación fiscal de los excedentes de los *commodities*, les fue posible financiar diversas políticas asistenciales para paliar los efectos del mismo modelo extractivo. Sin embargo, advierte el autor: “Surge así un círculo vicioso: los planes contra la pobreza requieren de nuevos proyectos extractivistas, y estos a su vez generan nuevos impactos sociales y ambientales, que requerirán de futuras compensaciones” (2012, p. 138).

⁹⁴ Chile es uno de los países con más tratados de libre comercio (TLC) vigentes para las principales potencias económico-militares mundiales. Al momento de la escritura hay dentro del país una organización ciudadana movilizadora para evitar la firma del “Acuerdo Integral y Progresista de Asociación Transpacífico” (CPTPP) ya que generaría nuevas formas de vulneración de las corporaciones transnacionales a distintos ámbitos de la soberanía nacional (como alimentación, salud y conectividad, entre otros).

planes subordinantes de integración, diseñados a espaldas de las comunidades y que hace entendible la terca insistencia estatal en proyectos de infraestructura no-prioritarios localmente, con independencia de los partidos que asuman el gobierno central⁹⁵. El ejemplo de la red vial y de intercomunicaciones que avanza implacable por esta zona haría parte de una planificación macrozonal cuya función real es aumentar la cantidad y valor de la extracción de recursos, disminuyendo los costos privados asociados a la exportación a través de la inversión pública entendida como estratégica por los distintos gobiernos regionales. Dentro de ese rol se entiende el controvertido proyecto del Puente del Chacao, que uniría a la Isla Grande con el continente, y que desde casi 20 años es rechazado por diversas organizaciones que lo entienden como el último paso para convertir a Chiloé en la puerta abierta del neoliberalismo hacia el resto de la Patagonia.

b. Remedios y venenos

Dentro del Encuentro de Redes referido, también se dio espacio para el trabajo de cada red temática. La red de salud se conformó con participantes de organizaciones de Chiloé, Temuco y Arauco, con una diversidad de aproximaciones y actividades sobre los procesos de salud-enfermedad. Desde Chiloé participaron integrantes de organizaciones de defensa de la salud pública, comunidades williches con experiencias en salud intercultural, colectivos feministas autónomos y organizaciones ecologistas con interés en el área.

Se trataba ante todo de un espacio de encuentro y reconocimiento de posibles convergencias y también divergencias. Entre las convergencias, se destacó una dura crítica al rol del Estado en materias de salud, enfermedad y buen vivir en los diversos territorios. Las divergencias, si bien partían también de la crítica al rol del Estado, eran profundas. Mientras algunos participantes denunciaban la insuficiencia de la infraestructura, recursos y participación en el sistema público de atención en salud del Archipiélago y la necesidad de mejorarlos⁹⁶, otros denunciaban la excesiva medicalización y farmacologización frente a la enfermedad y sus factores de riesgo, especialmente en las

⁹⁵ Como se destacó en los resultados de la *Primera Encuesta Provincial CESCH: Chiloé y sus prioridades* (Centro de Estudios Sociales de Chiloé, 2015) donde las tres primeras prioridades ciudadanas fueron: 1) la construcción de un hospital de alta complejidad con especialistas, 2) la construcción de un campus universitario estatal y 3) solucionar el problema de la sequía y la pérdida del bosque nativo. Además, muestra que un 86,5% de los encuestados declara que los recursos gastados hasta ese momento en el proyecto de Puente sobre el Canal de Chacao deberían haber sido usados en cuestiones más urgentes.

⁹⁶ A partir de la toma de la ciudad de Quellón en mayo del 2013, su Asamblea Ciudadana había visibilizado la precariedad de la atención estatal en toda la provincia. El movimiento surgió inicialmente como reacción desesperada ante la muerte de dos mujeres jóvenes asociadas a demoras en diagnóstico y tratamiento. Logró además comprometer al gobierno de turno en una serie de aumentos en la dotación e infraestructura de su hospital (para un resumen desde un medio independiente ver Prensa Gráfica Callejera, 2013).

areas cardiovascular, mental y reproductiva que este mismo sistema de salud ha implementado (de la mano de frases como: “nos estan envenenado con medicamentos” y “tenemos que volver a la medicina de nuestra abuela”). Lo anterior reflejaba una sensación de violencia persistente frente a formas alternativas de atención a la enfermedad y el deseo de darles nuevo valor (especialmente las medicinas indígenas, ancestrales, populares, caseras pero también formas “alternativas” y “complementarias”). Por último, había un grupo de participantes que destacaban la escasa visibilidad y protección estatal frente a los impactos ecosociales negativos que el modelo neoliberal estaba generando en Chiloé: desde el abandono de los campos y las personas ancianas producto de la migración hacia el trabajo proletariado en industrias extractivas, pasando por el aumento del alcoholismo, depresión, violencia domiciliaria y sexual, hasta la contaminación y degradación de los diversos ecosistemas.

Esta heterogeneidad de aproximaciones, que reflejaba a su vez diversos posicionamientos y experiencias respecto al proceso de salud-enfermedad en Chiloé, eran apenas una muestra mínima de las distintas formas de resistencia territorial frente a la ola neoliberal que sacudía al Archipiélago. En realidad bajo estas discusiones facilitadas por el Encuentro de Redes se encontraba una red bastante más antigua, extensa y capilar de organizaciones, personas, saberes y prácticas en salud que constantemente estaban (re)encontrándose entre sí y estableciendo vínculos y tensiones dinámicas con las instituciones del Estado (especialmente con el sistema público de salud y sus subdivisiones administrativas). Esta “red invisible” era la que se movilizaba solidaria y silenciosamente cuando ocurrían emergencias ecosociales como la de Pilpilehue o la de Trailén. También era la red que se vinculaba al trabajo en terreno de la epidemiología sociocultural de Chiloé. Vinculación construida a través de un proceso largo de relaciones de diálogo, aprendizaje y reciprocidad con características complejas e influencias recíprocas. Proceso que, a su vez, se daba como una expresión singular y local de un movimiento científico-político sanitario mayor que en Latinoamérica, a partir de los años 1970, inició un fuerte y productivo cuestionamiento a las bases teóricas y metodológicas por las cuales se producía de manera dominante el conocimiento y la acción en salud pública.

**CAPÍTULO III. UNA CRISIS DISCIPLINAR: LA EMERGENCIA DE LA
EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL**

3. Una crisis disciplinar: la emergencia de la epidemiología sociocultural

*Cada uno aferrado a sus dioses,
productos de toda una historia,
los modelan y los destruyen
y según eso ordenan sus vidas;
en la frente les ponen monedas,
en sus largas manos les cuelgan
candados, letreros y rejas.*

Eduardo Gatti Benoit (cantautor chileno)

Entre ecuaciones y hierbas

El editor de Cuadernos Médico Sociales iniciaba el encuentro destacando la rigurosidad de la ciencia moderna para modelizar y predecir. Casi 40 personas ocupaban el auditorio Salvador Allende del Colegio Médico de Chile ubicado en la capital, Santiago. Sorprendía la cantidad de asistentes, en especial por la presencia de jóvenes estudiantes de posgrado, ante un tema que yo consideraba, a lo menos, “árido”. Se comentaba el recién publicado libro *Introducción a la Epidemiología Matemática* del destacado médico, biólogo y epidemiólogo Mauricio Canals. Comenzaba el editor Yuri Carvajal diciendo que los debates sobre “lo social” en la epidemiología habían sido superados hace largo tiempo, al igual que las tediosas tensiones entre “lo cualitativo” y “lo cuantitativo”. Era evidente que lo social y lo biológico estaban íntimamente ligados, más allá, era posible y necesario reconocer cómo se comportaba la enfermedad en distintos conglomerados humanos y, especialmente, era posible y necesario hacer predicciones certeras para poder controlarlas. En este rol “la epidemiología encuentra acá a su aliado natural: la matemática” –declaraba. Dos académicos más jóvenes le siguieron en los comentarios y yo comenzaba a percibir un tono triunfalista que, de pronto, llenó todo el auditorio. Uno comentó sin ironía “me aburre la gente que habla mucho y no se puede traducir en una ecuación”, mientras los asistentes respondían con risas. Más adelante el autor del libro declaraba “no basta el cómo sino el cuándo y, especialmente, el cuánto”, agregando luego con cierto sarcasmo que “el ébola es la epidemia perfecta...desde el punto de vista matemático”, sacando más risas cómplices del auditorio. Cerraba su presentación recalcando que “el método matemático es robusto, no debería fallar, lo que sí falla son los *inputs*, la información que entra y depende siempre de la calidad de los registros, de los humanos...”. Anoté en mi cuaderno de campo que el auditorio asentía, reía, comentaban unos con otros. Parecían disfrutar y aprender. En cambio, yo me sentía ahogado, nauseabundo, irritado con todo y todos. Quizás las 15 horas

de insomne viaje desde Castro, estaban haciendo sus efectos sobre mi ánimo. No obstante, intuía que se trataba de algo más profundo: una sensación de soledad me invadía, de extrañeza dentro de aquel espacio. Los que debían ser mis pares, estudiantes de las complejidades de la salud pública que dedicaban gran parte de sus vidas a construir, acumular y difundir conocimientos para enfrentar las principales enfermedades del país, me parecían totalmente ajenos e indiferentes a una realidad como la de Chiloé. No tuve el valor de levantar mi mano para decir algo. ¿Qué sentido tenía opinar ahí? Era evidente que yo me encontraba un poco en otro lado. Mis pensamientos y emociones estaban ligados a una forma de “hacer epidemiología” distinta, una posicionada justamente donde nacían aquellos *inputs* que la epidemiología matemática caracterizaba como humanamente imperfectos. Llegaron a mi memoria imágenes –como en un *flashback*– de una semana atrás en la Isla de Caguach junto al Equipo de epidemiología sociocultural del archipiélago de Chiloé. Nos encontrábamos compartiendo unos mates en la cocina de la familia Levin-Peranchigay. La conversación había sido un espiral donde enfermedades nuevas y antiguas se enredaban con nuevas y viejas formas de vivir y sobrevivir en esta pequeña isla del Mar Interior. Perdí la noción del tiempo y, de pronto, la mesa se encontraba llena de hierbas que servían para tratar diversos males, algunos de ellos causados por fuerzas sobrenaturales cuyos nombres no se encontraban dentro de los manuales de medicina (*Figura 15*).



Figura 15: Epidemiología y fitoterapia popular en Isla Caguach. Fuente: Fotograma de cortometraje "Güen pañiwe" (Ibacache, Medina y Tapia, 2018).

“Para el *empacho*⁹⁷ se usa *hualco*⁹⁸ con azúcar por ocho días, bota todos los bichos esos de adentro, por comer cosas crudas [...] El *ajo de campo* para el *guatún de frío*⁹⁹ de los niños recién nacidos porque la madre toma muchas frutas y bebidas frías, y se le cierran los gases”—decía Doña Fresia. Ese día habíamos participado de una intensa aula de fitoterapia popular y de medicina casera insular, en plena cocina. El conocimiento que compartimos, sin embargo, no tenía un fin acumulativo y sus fuentes eran diversas y heterodoxas. Saberes chonos y veliche traspasados desde tiempos ancestrales se entrelazaban sin contradicciones con los más diversos consejos *new age* vistos en la T.V. satelital. Se trataba de conocimientos pragmáticos cuya finalidad era ser efectivos en el momento preciso para explicar, evitar y aliviar las enfermedades. La insularidad de Caguach era un modo de habitar rebotante de estas formas de autonomía donde las unidades familiares debían responder permanentemente a las más diversas enfermedades¹⁰⁰. Quizás

⁹⁷ Empacho: “enfermedad popular” altamente presente en Latinoamérica. Afecta principalmente a lactantes quienes comienzan con molestias gastrointestinales difusas hasta vómitos, inapetencia, diarrea y decaimiento general. Puede llevar hasta la muerte. Su origen sería una combinación de saberes y prácticas tanto amerindias como europeas. Su terapéutica incluye y mezcla una diversidad de hierbas e intervenciones físicas y espirituales, como la famosa “quebradura del empacho” en la zona lumbar. Según los trabajos del antropólogo médico mexicano Roberto Campos, el empacho muestra continuidad dentro de textos académicos y folclóricos desde por lo menos el siglo XVII hasta hoy; sin embargo, no es reconocida por la nosotaxia biomédica contemporánea: “Por lo general, los doctores [médicos] intentan la desaparición gradual del conocimiento popular, considerándolo propio de pueblos “primitivos”, “atrasados”, que se oponen a la “alta tecnología” y a la “modernidad”, e ignorando las realidades que viven cotidianamente los grupos sociales subalternos y sus ancestrales estrategias de sobrevivencia” (Campos, 2016, p. 11). Así, la existencia (hasta fines del XIX dentro de tesis universitarias) y luego la no-existencia del Empacho dentro de la medicina hegemónica es una muestra de cómo la realidad terapéutica es en realidad una construcción social específica, en otras palabras, cada enfermedad posee cierta “biografía cultural”. Para Hersch y González (2011), el problema de estos tipos de enfermedades que hoy son no-existentes dentro de la nosotaxia biomédica sería que, de todas formas, son generadoras de “sufrimiento y muertes objetivos y evitables” para extensos grupos poblacionales. Por lo tanto, su exclusión por parte de los sistemas médicos oficiales sería una forma persistente de reproducción de la dominación social y cultural (p.27-33). Cabe destacar, todavía, que dentro de esta “realidad terapéutica formal, academizada”, desde inicios del s.XX se desarrolla “una preeminencia del medicamento-mercancía, que en su extremo supedita la representación del proceso patológico hasta amoldarla a su medida y alcance” (Hersch, 2018, p. 367).

⁹⁸ *Hualco, culle, mude* o trébol de campo (*Oxalis rosea*): “Es una hierba nativa, común en barrancos costeros y, en general, en sitios abiertos. Este vinagrillo silvestre es una plantita primaveral, de flores rosadas. El tallo comestible, de sabor ácido, es usado como acompañante de ensaladas. También es remedio contra las lombrices y deshace las nubes de los ojos. Con grasa de cordero efectivo para reventar postemas. En infusión es tomado para el resfrío, como purgante y como bebida refrescante para precaver infecciones. También empleado como febrífugo, emenagogo y abortivo.” (Cárdenas Álvarez y Villagrán, 2005, p. 150).

⁹⁹ Relacionado con el *guatún, huatún, hueutún, huentún* y/o *bautún* que describe Cárdenas Álvarez (2017), aunque acá más asociado a un *mal tirado* que a transgresiones alimentarias: “Mal digestivo que acarrea fuerte dolor de estómago o hígado y, en algunos casos, vómitos. Se supone es un mal de brujos y se recomienda beberse una cucharada de orines. // Acción de botar agua por la boca, por efecto del frío al estómago o por enfermedad al hígado.” (p. 284). En tanto marcador múltiple (Hersch y González, 2011, p.27-49), este tipo de *mal tirado* habla también de un contexto comunitario, familiar y/o territorial que atraviesa fuertes conflictos y tensiones entre sus miembros.

¹⁰⁰ La pequeña Posta de Salud Rural de Caguach se encontraba casi al otro lado de la isla y su Técnico Paramédico, aunque de buena formación y experiencia, sólo contaba con un reducido arsenal terapéutico cuyos medicamentos, además, se podían comprar fácilmente en los dispersos mercados particulares. El hospital más cercano para acudir ante las enfermedades graves era el de Castro, accesible sólo a través de un

precisamente debido a su carácter pragmático y heterodoxo, eran conocimientos que no presentaban gran interés para el estudio folclórico ni para cierta antropología médica culturalista: eran “saberes impuros”.

Ya avanzada la tarde caminamos por la playa, donde Don Roberto nos contó cómo y por qué mantenía, al igual que sus ancestros, un *corral de pesca*¹⁰¹ desde un tiempo que hoy se perdía en la memoria. Mientras, sus hijos acumulaban grandes cantidades de la *Luga*¹⁰² para secar sobre la arena. El alga seca luego será comprada por una cadena de intermediarios que la llevarán a los países del Norte, donde grandes factorías extraerán la preciada *carragenina*, componente esencial (espesante) de variados productos comestibles y cosméticos. Precisamente, una de las ideas centrales que nos había llevado a la Isla de Caguach era intentar comprender, a través de esta metodología basada en el diálogo familiar y la observación en terreno, cómo las aceleradas transformaciones de la globalización neoliberal estaban impactando en las dinámicas de salud y enfermedad. Acá encontramos mucho más de lo que veníamos a buscar: aquellas complejas formas de apropiarse y resistir la modernidad no operaban enfrentándose directamente a la globalización, sino que parecían más bien trazar un camino silenciosamente paralelo que los llevaba, sin embargo, a otros lugares. El dinero incorporado a la familia con la práctica extractiva del alga *luga* era reinvertido para potenciar su propio modo de vida autónomo; por ejemplo, era utilizado para la compra de herramientas de trabajo en la huerta familiar o para sustentar la continuidad de la pesca artesanal y, sobre todo, era usado para permitir la educación escolar de los hijos en la ciudad de Castro. Al finalizar el viaje, quedamos con más dudas que certezas. De forma paradójica, en un lugar de mayor aislamiento geográfico, la globalización neoliberal parecía no generar (todavía) las transformaciones nocivas en los modos de vida y de enfermar que habíamos observado, por ejemplo, en las familias ligadas a la industria salmonera dentro de la Isla Grande. Habían “factores protectores” acaso invisibles de este tipo de insularidad que debían ser al mismo tiempo mejor comprendidos y potenciados, le parecía a Jaime Ibacache Burgos, jefe de la Unidad de Epidemiología Sociocultural de Chiloé y uno de los primeros en desarrollar este tipo de

trayecto de casi medio día de viaje, en el cual se debía pasar por intrincadas combinaciones de transportes por tierra y mar.

¹⁰¹ En el Capítulo II describí en qué consiste un corral de pesca y parte de su historia, incluyendo una fotografía de su registro audiovisual (*Figura 10*).

¹⁰² Luga: “Nombre de ciertas algas rojas estacionales del género *Iridaea*, provistas de grandes láminas y muchos órganos reproductores circulares (esporangios y gametangios). El *llapín* es una de ellas, aunque en la actualidad las más preciadas son las comercializadas para la fabricación de agar-agar, un ficocoloide empleado en la cosmetología, bacteriología y farmacia.” (Cárdenas Álvarez y Villagrán, 2005, p. 216).

investigaciones en el país. El registro audiovisual de este encuentro en Caguach –quizás el más importante *input* de ese día– se convertiría más adelante en fragmentos de un cortometraje, construcción clave para facilitar diálogos comunitarios sobre el proceso de salud-enfermedad en otros lugares del Archipiélago de Chiloé¹⁰³.

Si actividades como la que había experimentado en Chiloé también eran formas de hacer epidemiología —pensaba ya de vuelta a la realidad del Santiago nocturno, al terminar la Conferencia del Colegio Médico— había que intentar responder cómo era posible aquella distancia entre una “epidemiología matemática”, que buscaba predicción y control preciso de algunas enfermedades, y una *epidemiología sociocultural*, que buscaba comprender las causas sociales y culturales de las enfermedades para potenciar las formas autónomas de protección de la salud. Pero también había que intentar responder cómo era posible aquella cercanía, es decir, que ambas prácticas científicas pudieran caber bajo el mismo paraguas disciplinar de la epidemiología.

3.1. Pluralidades disciplinarias

Intentando analizar las notables diferencias de las diferentes prácticas epidemiológicas de las cuales tenía conocimiento (entre las cuales, dado su alto contraste, destacué a la epidemiología “matemática” frente a la epidemiología “sociocultural”), llegué a identificar cinco grandes dimensiones de diferencia: 1) en sus posicionamientos éticos y políticos, 2) en sus caminos epistemológicos, 3) en sus modelos teórico-conceptuales, 4) en sus metodologías y, sobre todo, 5) en las consecuencias sociosanitarias, tanto de sus actuaciones como de sus hallazgos. Estas dimensiones me servían como guía inicial para navegar dentro de esta pluralidad disciplinar que los textos pedagógicos de epidemiología terminaban siempre por señalar como positiva, aunque nunca profundizaran en ella. En ese último sentido, parecía más útil revisar los debates de finales del siglo XX, en que un número acotado de autores clave, tanto desde el Norte como desde el Sur, habían levantado sobre cierta forma hegemónica, dominante, biomédica, positivista y/o convencional de la epidemiología, proponiendo formas alternativas.

3.1.1. Una epidemiología dominante y múltiples alternativas

Una de las autoras probablemente más influyentes dentro de estos debates desde el Norte fue la epidemióloga estadounidense Nancy Krieger (1994, 2001b, 2001a) quien a partir de

¹⁰³ Durante el Capítulo IV describo esta metodología.

la tradición anglosajona de la epidemiología social desarrollará su propia *perspectiva ecosocial*, intentando soslayar las críticas sobre la ausencia de una concepción firme sobre “lo social” dentro de la que denominó “epidemiología dominante”. En publicaciones posteriores donde sintetiza sus críticas en relación con las teorías de la epidemiología moderna (Krieger, 2011, 2014), la autora propone que la diversidad de posturas teóricas en la producción científica de la epidemiología contemporánea se podría dividir en dos grandes grupos: dominante y alternativo. Ampliamente usada, pero generalmente implícita, la postura teórica del grupo dominante estaría ligada a los paradigmas de la “biomedicina” y a las conceptualizaciones sobre los “estilos de vida”; es decir, utilizaría un enfoque individual y biológico sobre las características, la exposición y los comportamientos humanos, prescribiendo la mayoría de las veces intervenciones individualistas medicalizadas y de cambio comportamental, con lo cual ignora o minimiza como variables simples las dimensiones sociodemográficas y contextuales. Además, suele utilizar el concepto de “población” como un mero agregado de individuos, sin mayor vinculación que la estadística (2014, p. 46). Este marco teórico habría sido prácticamente incuestionado hasta la última década del siglo XX, momento en que se retoman las discusiones sobre el vaciado de la complejidad de lo social y la renuncia a observar las características estructurales e históricas de los diversos grupos humanos. Según Krieger, estos argumentos habrían obligado a un número cada vez mayor de epidemiólogos con formación interdisciplinaria (y especialmente en ciencias sociales) desde distintos centros de investigación sociosanitaria, a crear “formas alternativas”, las cuales:

Although differing in their emphases, they nevertheless all (1) are explicit about their theoretical premises, and (2) posit that socially-structured exposures, ranging from macroeconomics to psychosocial stress, drive population patterns of health. (Krieger, 2014, p. 46)

Al contrario del grupo dominante, la forma explícita con que este grupo alternativo trata a sus marcos teóricos permitiría, a su vez, hacer una “útil división” dentro de él. Así la misma autora define tres grupos: *sociopolítico*, *psicosocial* y *ecosocial*. La división está centrada en destacar qué dimensión de la complejidad social ha desarrollado mayores esfuerzos teóricos dentro de cada grupo. El *sociopolítico* pondría en el centro la relación del poder, la política y la economía con la distribución de las enfermedades; el *psicosocial* tendería a enfatizar las diversas percepciones de las personas en relación con el entorno social, mientras que el *ecosocial* pretende integrar explícitamente a la ecología en función de destacar la integración multiniveles e historicidad de diversas vías patogénicas (ídem, p.48). Sumando a su argumentación, Krieger destaca que el grado de dominación teórica es

bastante más poderosa y estable de lo que uno supondría dentro de la celebrada pluralidad disciplinaria de la epidemiología contemporánea. Un análisis simple sobre el número total de premios monetarios (*grants*) entregados por la US National Institutes of Health y la cantidad de publicaciones incluidas en PubMed según cada uno de estos dos grandes grupos teóricos, revela que los artículos del grupo dominante (“biomedical OR lifestyle”) oscurecen completamente a los del grupo alternativo (“social epidemiology OR health disparities”) en una proporción de 230:1 en premios (activos a julio del 2013), y de 410:1 para el caso de los artículos publicados (entre los años 2000 y julio del 2013) (ídem, p. 48).

La diferencia entre ambos grupos parece indiscutible en los términos observados por la autora; sin embargo, a partir de su planteamiento esquemático surgen varias preguntas: ¿Cómo y por qué se conforma y estabiliza tal dominancia? ¿Son los distintos grupos, dentro del grupo de formas alternativas, igual de subalternos? Observar la heterogeneidad de este grupo alternativo el día de hoy, sus hegemonías internas y sus subordinaciones en múltiples niveles, conduce a sugerir que la realidad del campo parece ser más compleja que un puñado de opciones teóricas —ligadas más o menos a ciertas ideologías en disputa—. El problema con la propuesta analítica de Krieger es que dibuja un solo plano de dispersión disciplinaria —donde cada teoría alternativa se ubica frente a un poder disciplinar dominante— lo cual, si bien permite destacar el tamaño de la forma dominante y los grados de alejamiento de cada una de las formas alternativas, oculta por lo menos tres cuestiones problemáticas: 1) que las diversas formas epidemiológicas (tanto las dominantes como las alternativas) no operan de forma desagregada entre sus dimensiones éticas, políticas, epistémicas, teóricas y metodológicas, sino que tienden a cierta coherencia interna, 2) que dentro del grupo alternativo existen distintas formas de subalternidad y, más allá, de exclusión radical, que convierte a algunas de ellas en no-existentes científicamente¹⁰⁴ y, 3) que a través de estas relaciones de hegemonía/subalternidad¹⁰⁵ entre distintas formas de hacer epidemiología, van también circulando, negociándose y (re)apropiándose personas, contenidos y formas, lo cual produciría desplazamientos de la totalidad del campo.

3.1.2. El pluralismo epidemiológico como arena política

Más luces sobre estos últimos puntos críticos se habían ofrecido varios años antes desde el Sur. Por ejemplo, el ecuatoriano Jaime Breilh Paz y Miño en el año 1979 publicó el texto

¹⁰⁴ Como sucede con cierta parte de las prácticas de la epidemiología sociocultural en Chiloé.

¹⁰⁵ Para ser más fiel a las ideas de Gramsci (2011) sobre esta relación dialéctica.

Epidemiología, Economía política y salud: Bases estructurales de la determinación social de la salud (2010a) y más adelante el brasileño Naomar Almeida Filho publicará su texto *Epidemiología sin números* (1992) –probablemente uno de los más influyentes en la reflexión disciplinar en Latinoamérica de fin de siglo–. Ambos desarrollaban una singular deconstrucción del aparato conceptual y metodológico que sostenía a la epidemiología moderna y en particular a sus “objetos de estudio convencionales” –que por ser tales (productos de una convención) deberían ser sometidos a la crítica–. En particular, en estos trabajos, la crítica está permeada por la perpetua desigualdad sanitaria y social de la región y la necesidad de una “epidemiología de la desigualdad”, pero también por la necesidad de una “epidemiológica dura”, es decir, una práctica científica capaz de influir en el devenir de la política social de los distintos proyectos de estado-nación que a esa altura atravesaban procesos de transición democrática y, además, capaz de sintonizar con las “fuerzas movilizadas frente a los problemas de salud” (Breilh, 2010a, p. 40). La crítica a las bases epistemológicas de la epidemiología convencional era en principio similar pero más profunda que las planteadas desde el Norte:

La epidemiología se fundamenta en un modo calificado de organización del pensamiento, que revela la fuerte influencia del marco teórico positivista. El llamado "raciocinio epidemiológico" está típicamente basado en la reducción de lo real a través de modelos teóricos, constituidos por proyectos de cuantificación de los procesos y de los eventos y evaluados según raciocinios inductivos de base estadística. De esta forma, el espacio de la teoría en la epidemiología es ocupado por modelos cuantificados de la distribución de enfermos en poblaciones, que se tienen como supuestos modelos teóricos de la determinación de enfermedad en la sociedad. Con inquietante frecuencia, estos modelos son de tal modo asumidos como verdaderos que hasta llegan a no ser explicitados. Desde el punto de vista epistemológico, tal omisión es evidentemente indeseable, dado que imposibilita el ejercicio de la crítica teórica sobre una investigación dada. (Almeida, 1992, p. 75)

Sería precisamente a través de este ocultamiento de los modelos explicativos de distribución de la enfermedad que una sola forma epidemiológica se torna hegemónica. Esta epidemiología, paradójicamente, es capaz de producir un tipo de evidencia incuestionable sobre una diversidad de procesos fundamentalmente desconocidos y con múltiples posibilidades interpretativas. El ocultamiento generado por este rígido modelo teórico sería en rigor un ocultamiento de disputas aún más básicas sobre el rol mismo de la epidemiología como ciencia y como política en plena interfaz entre el conocimiento sobre sociedad y biología humana. Siguiendo esa línea deconstructiva, se reconoce en la tradición del movimiento de Medicina Social/ Salud Colectiva Latinoamericana (sobre el cual me extiendo más adelante) una plataforma no sólo para la crítica a la forma

epidemiológica convencional, sino también para elaborar una remirada de la misma historia disciplinar, una donde los aspectos sociopolíticos no podían ser soslayados:

Históricamente la epidemiología se ha estructurado sobre un trípode: la clínica, la estadística y la medicina social. De hecho, ya lo sabemos, sin la clínica no puede existir epidemiología, pero lo mismo acontece con la estadística y con la perspectiva de lo colectivo en la salud, que puede ser sintetizada en el movimiento de la medicina social. En esta medida, sin una concepción de lo colectivo, de lo social y, en fin, de lo político, es imposible pensar la epidemiología. (Almeida, 1992, p. 2)

En ese sentido será clave la recuperación de los primeros referentes de la Medicina Social europea y de sus ideas sobre la “producción social de la enfermedad” que los llevaron a examinar con detención las disputas sobre la causalidad de la enfermedad que a mediados del siglo XIX enfrentó a los que defendían una doctrina “contagionista” (ligados al poder autoritario) versus “anti-contagionistas” (ligados a las ideas liberales), cuya figura más emblemática habría sido el patólogo y político Rudolf Virchow¹⁰⁶ (1821-1902) (Breilh, 2010a, pp. 84–85). Desde esta remirada histórica se desprende una lucha polarizada y cíclica entre conservadores (como Koch y Bismarck) y progresistas sanitarios, que termina por decantar hacia los primeros (y hacia el poder del capital) ligado al desarrollo de la teoría microbiológica, ya casi finalizado el siglo XIX. La epidemiología hegemónica contemporánea será interpretada, entonces, como un producto histórico de esta silenciosa pero aplastante victoria del conservadurismo social introyectado a esta emergente ciencia sanitaria. De esta forma, será menester entre las líneas más progresistas de la epidemiología regional recuperar y desarrollar aquellas elaboraciones primarias médico-sociales sobre el carácter social de la salud y de la enfermedad para crear en Latinoamérica una “nueva epidemiología crítica social” capaz de hacer frente a la “epidemiología convencional y hegemónica” y su reduccionismo, linealidad y afiliación con el capital (Breilh, 2010a, p. 37).

Sin duda, este relato elaborado desde el Sur pone énfasis en la relación no pacífica (a diferencia de la pluralidad disciplinaria del Norte) de cierta práctica epidemiológica hegemónica (o del capital) a través de la creación de una práctica epidemiológica contrahegemónica, capaz de sostener un sentido crítico de lo social. En ese sentido politiza la comprensión del campo disciplinario. El problema ahora es que dentro de estas dicotomías rígidas (conservadores vs progresistas, capital vs estado, hegemonía vs contrahegemonía, incluso con toda la complejidad dialéctica involucrada) una remirada a

¹⁰⁶ De cuyo legado en la Medicina Social latinoamericana reviso más adelante en este mismo Capítulo.

la historia disciplinar se vuelve ciega a otras formas de opresión (como el colonialismo y el patriarcado), las cuales, conectadas a la emergencia del capitalismo a nivel global, también son parte de la constitución disciplinar, y por ello, deberían ser también criticadas. Por otro lado, desde este marco interpretativo es prácticamente imposible observar la diversidad de relaciones y dependencias entre las distintas formas de la epidemiología contemporánea, es decir, cómo cada una de estas produce *in vivo* sus conocimientos y cuáles son las consecuencias de sus producciones en la reconfiguración dentro del campo epidemiológico y fuera de él. Esto es especialmente relevante dentro del heterogéneo grupo que declara sostener alguna postura alternativa y/o contrahegemónica. En otras palabras, ni la enunciación de una posición contrahegemónica ni la utilización de un marco teórico crítico nos permiten conocer cómo determinada forma de la epidemiología emerge y se estabiliza y, en particular, cuáles producciones de conocimiento y consecuencias sociosanitarias tendrán en su práctica concreta.

Para abordar estas cuestiones se requería una mirada que fuera al mismo tiempo capaz de: 1) hacer una fotografía panorámica de estas disputas disciplinares y políticas en su contexto histórico-cultural y, 2) retratar un primer plano de estas praxis epidemiológicas tal como se dan en el Sur.

3.1.3. Una geopolítica de las prácticas epidemiológicas

Siguiendo los anteriores cuestionamientos, encontré un buen ejercicio comprensivo en el trabajo etnográfico del epidemiólogo y antropólogo guatemalteco Mario Alejandro Cerón titulado *Neo-Colonial Epidemiology: Public health practice and the right to health in Guatemala*, en el cual “in order to understand normal epidemiological work, it is necessary to look at epidemiology as the product of constantly competing discourses and practices situated in space and time, rather than looking at it as a monolithic discipline” (Cerón, 2013, p. 119).

Con esa mirada crítica, Cerón observa que tras el celebrado pluralismo disciplinar hay en rigor una reconfiguración de las jerarquías internas por las cuales se constituye la misma disciplina. En otras palabras, detrás de cada apellido de la epidemiología (social, clínica, mainstream, teórica, académica, de campo, etc.) hay una posición de disputa y una asignación del valor relativo de cada una de sus formas. Formas que no sólo se expresan en cierta elección teórica y/o metodológica, sino fundamentalmente en cuanto praxis producida por la acción integrada de todas sus dimensiones (éticas, políticas,

epistemológicas, teóricas y metodológicas) en un tiempo y lugar concreto, de forma situada. El ejemplo de la práctica de la epidemiología en Guatemala sería altamente ilustrativo de esta producción social de la diferencia y de la asignación de valores que cruzan el terreno de lo científico, de la ideología y de la cultura para decantar en determinada capacidad de influir dentro de las políticas sanitarias locales. En ese país, observa el autor, la práctica disciplinar estaría rígidamente dividida entre una “epidemiología de campo”, practicada principalmente por epidemiólogos nacionales (*ladinos* o mestizos) y una “epidemiología teórica” y/o “académica”, practicada por epidemiólogos extranjeros afiliados a las agencias de cooperación internacional. Los primeros subordinados a los segundos, tanto social, cultural, como intelectualmente (Cerón, 2013, pp. 98–125).

Ergo, sería íntimamente relacionado a las macroestructuras sociales de dominación (capitalismo, colonialismo y patriarcado), que las diferentes prácticas epidemiológicas concretas, en tanto constelaciones microsociales, desarrollan sus procesos propios de identificación y se disponen frente a o en contraste con otras prácticas. Cerón termina por denominar “neocolonial” a la conformación general de este campo, ya que reproduciría las relaciones sociales asimétricas tanto entre los distintos tipos de epidemiólogos (nacionales versus extranjeros) como en sus subdisciplinas (de campo versus los teóricos-académicos), y quizás más importante, por sus lamentables consecuencias tanto en los resultados de sus investigaciones como en las políticas sociosanitarias que se derivan de ellas: la invisibilización de las relaciones sociales de opresión que más impactarían en los procesos de salud y enfermedad de ese país. Su cruda caracterización es notable:

Neo-Colonial Epidemiology serves the purpose of the national and international powerful elites, and dismisses the interests of the excluded, marginalized people who receive the worst of health inequalities. Neo-Colonial Epidemiology is not set up for challenging health inequalities but to justify them. Neo-Colonial Epidemiology co-opts some of the most humanist-inclined health professionals and turns them into a semiacademic elite unable to live up to its dreams of explaining health problems, at the same time that becomes part of the maintenance of the status quo. Neo-Colonial Epidemiology, in a word, goes against the construction of the right to health. (Cerón, 2013, p. 32)

De las formulaciones de Cerón se desprende que existe una *geopolítica del conocimiento*¹⁰⁷ que atraviesa profundamente al pluralismo disciplinar del campo, un configuración de

¹⁰⁷ Utilizo acá este concepto inspirado en las elaboraciones del grupo de pensamiento decolonial latinoamericano que iniciaría con Quijano (1992, 2014a) y su “colonialidad del poder y del saber” y luego sería atravesado por la “transmodernidad” de Dussel (2005) y (re)elaborados tanto por Mignolo (2003, 2011), Castro-Gómez (2000, 2007) y Catherine Walsh (2002, 2005) (y además, en Mignolo y Walsh, 2018; Walsh, Schiwy y Castro-Gómez, 2002). En palabras de Walsh “entendemos las geopolíticas del conocimiento como

prácticas de la epidemiología que dependerá más de quiénes están involucrados dentro de su producción, de qué grupos humanos y territorios son su centro de interés y de qué tipo de intereses globales/locales son afectados por el modo cómo realizan sus investigaciones, sus resultados concretos y las acciones políticas que se deriven de ellas¹⁰⁸.

No obstante, reconocer cómo las diversas formas de la epidemiología se relacionan conflictivamente entre sí y cómo ellas son atravesadas y reproducen/resisten las formas de dominación social en el sistema-mundo moderno (Wallerstein, 2009), apenas sirve para trazar una cartografía de su dispersión y/o para sintetizar una idea general de sus consecuencias. Si bien ya no es el plano unidimensional que a finales del siglo XX trazaban desde el Norte (entre una práctica dominante versus un gran grupo de prácticas alternativas) ni tampoco la lucha bipolar que se dibujaba desde el Sur (entre una epidemiología hegemónica ligada al capital versus una forma combativa de epidemiología crítica ligada a las fuerzas sociales movilizadas), todavía este marco es relativamente ciego ante un punto quizás anterior, tan básico como paradójico: que la práctica social denominada epidemiología (con toda su geopolítica, hegemonías, convenciones y reduccionismos, críticas, apropiaciones y contrahegemonías, declaradas e invisibles) continua hoy siendo un gran campo donde caben prácticas de conocimiento altamente disímiles e incluso contradictorias. Profundizar en esta paradoja básica, pensé, era menester previo para remirar estos debates disciplinares y poder avanzar hacia una marco interpretativo “a la medida” que me permitiera describir la emergencia de la epidemiología sociocultural de Chiloé.

una estrategia medular del proyecto de la modernidad; la postulación del conocimiento científico como única forma válida de producir verdades sobre la vida humana y la naturaleza –como conocimiento que se crea “universal”, oculta, invisibiliza y silencia las otras epistemes. También oculta, invisibiliza y silencia los sujetos que producen este “otro” conocimiento [...] Implícita en este pensar está la idea de que la colonialidad es constitutiva de la modernidad, es decir que la modernidad en general, pero particularmente con relación a América Latina, no puede ser entendida sin tomar en cuenta sus nexos con los legados coloniales y las diferencias étnico-raciales que el poder moderno/colonial ha producido en esta parte del mundo.”(Walsh, 2005, pp. 17–18).

¹⁰⁸ Es conocida la dominación histórica de los E.E.U.U. dentro de las políticas sociosanitarias en distintos países de “El Caribe” a través de una interfaz que vincula estrategias de seguridad nacional con la investigación y acción epidemiológica. Este antecedente hace poderosa resonancia cuando se observa el comportamiento contemporáneo del campo en toda la región (ver por ejemplo las notables recopilaciones de Birn, 2006 y García, 1981).

3.2. Definiciones e indefiniciones

Entre diferencias: dos *indiferencias*

Para comprender la configuración actual de las diferentes prácticas epidemiológicas, habría que ir más allá de ellas o, mejor dicho, habría que indagar “entre” ellas. Esto implicaba que, en vez de continuar profundizando en sus diferencias, debía profundizar en sus *indiferencias*: cierta esencia ambigua y común que posibilitaba al campo de la epidemiología contemporánea incluir sin grandes controversias a prácticas de conocimiento radicalmente distintas, pero que, durante este mismo movimiento, transformaba a algunas de ellas en prácticas subalternas e incluso invisibles. Del latín *indifferentia*, la palabra indiferencia significaría “cualidad de no distinguir” o simplemente “similar”, pero, además, a partir del francés antiguo *indifferent* tendría otro significado como “imparcial” o “que no prefiere uno sobre el otro” (Coromines y Pascual, 1980, pp. 632–633). A partir de estas dos dimensiones de la indiferencia, sería posible observar dos caras de ella: una ligada a la percepción limitada frente a lo diferente (*indifferentia*) y otra ligada a una valoración negativamente neutra frente a lo diferente (*indifferent*). Para el campo de la epidemiología esta dos caras permitirán explorar, a su vez: 1) lo similar y básico entre distintas prácticas de la epidemiología, es decir, la construcción objetual que las estabiliza como “una sola disciplina”, y 2) los grados posibles de divergencia y complementariedad entre distintas prácticas de la epidemiología, es decir, cierto “límite de campo” o de tolerancia máxima que no produce exclusión explícita, pero sí subalternidad e invisibilidad. Indiferencias que no se producen por grandes disputas conceptuales y/o teórico-metodológicas, sino que surgen como consecuencias de la ocupación política de espacios de gobierno, de instancias institucionales (incluidas las académicas) y de territorios concretos de acción sanitaria.

3.2.1. Objetos visibles e invisibles

Estas dos dimensiones de la indiferencia deberían estar inscritas de alguna manera dentro de las definiciones disciplinarias actualmente aceptadas¹⁰⁹, quizás unas veces de forma explícita y otras tantas más de forma implícita:

¹⁰⁹ Una síntesis de las distintas definiciones de “epidemiología” de los principales textos en el contexto anglosajón entre 1950 y 2007 puede revisarse en el excelente libro *Epidemiology and the people's health: theory and context* de la influyente epidemióloga social Nancy Krieger (2011, pp. 34–41). Otro ejemplo destacado de una definición –acaso la más “consensual” disponible hoy– se encuentra en *A dictionary of epidemiology* de Miquel Porta et al. (2014) encargado por la International Epidemiological Association (IEA); ahí “epidemiología” es definida como: “The study of the occurrence and distribution of health-related

A good starting point is to define epidemiology. Unfortunately, there seem to be more definitions of epidemiology than there are epidemiologists. Some have defined it in terms of its methods. Although the methods of epidemiology may be distinctive, it is more typical to define a branch of science in terms of its subject matter rather than its tools. MacMahon and Pugh (1970) gave a widely cited definition, which we update slightly: Epidemiology is the study of the distribution and determinants of disease frequency in human populations. [...] Recognizing the broad scope of epidemiology today, we may define epidemiology as the study of the distribution of health-related states and events in populations. With this definition we intend to capture not only disease and illness, but physiologic states such as blood pressure, psychologic measures such as depression score, and positive outcomes such as disease immunity. (Rothman, Greenland y Lash, 2008, p. 32)

La cita corresponde al libro *Modern Epidemiology* (2008), uno de los textos introductorios disciplinares más usados hoy por los estudiantes de pregrado y posgrado en epidemiología, salud pública y disciplinas similares¹¹⁰. Lo primero que me llamó la atención son sus tres cortas frases antes de iniciar la definición propia de la disciplina. Estas pueden ser interpretadas al mismo tiempo como una crítica y una celebración de cierta pluralidad disciplinaria de difícil aprehensión —y en cualquier caso me parecen una apología de la indiferencia—. Luego se desmarca de las definiciones centradas en las cuestiones metodológicas, que más bien dificultarían encontrar cierta “esencia” de la disciplina. Posteriormente cita una definición desde el texto clásico de MacMahon y Pugh (1970) *Epidemiology: principles and methods*, cuya virtud es ser suficientemente amplia para albergar a diferentes prácticas de conocimiento, y a la vez, suficientemente específica para excluir a otras. La función principal de este tipo de definiciones “convencionales”¹¹¹ es, precisamente, destacar la especificidad de su objeto estudio y/o de conocimiento, delimitando así un *campo*¹¹² disciplinario, es decir, lo que hace especial y necesaria a la epidemiología respecto de las otras denominadas ciencias de la salud.

events, states, and processes in specified populations, including the study of the determinants influencing such processes, and the application of this knowledge to control relevant health problems.” (p.95).

¹¹⁰ Encontré el texto de esta 3ª edición con bastante uso en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en Santiago, así como también en la Universidad Austral de Chile, al sur, en la ciudad de Valdivia, y también se encontraba disponible en la Universidad de Coimbra y la Universidad de Porto, Portugal.

¹¹¹ Siendo evidente que toda definición, y especialmente refiriéndonos a disciplinas científicas, es resultado de una convención, acá destacué el término en función de señalar la apertura que muestra para una crítica. Sigo acá la idea de Naomar Almeida-Filho (2000) sobre “... a necessidade de uma epistemologia capaz de tomar a ciência como uma prática social, cultural, histórica e, fundamentalmente, um jogo de linguagem, na qual a discussão sobre o sentido dos termos seria crucial para reconhecer o que é formal o convencional e por isso necessita ser objeto de crítica” (p.132).

¹¹² La noción de “campo” que utilizo durante todo este Capítulo es ciertamente subsidiaria del clásico “campo intelectual” de Pierre Bourdieu (2002). Dejo para más adelante, durante el Capítulo V, una discusión teórica sobre sus límites y posibilidades en este tipo de investigaciones.

a. Objeto y mirada: la población humana

El objeto de estudio esencial de la epidemiología queda claramente explicitado en la definición de otro texto también de amplio uso docente, *Epidemiology*, de Leon Gordis (2014):

Epidemiology is the study of how disease is distributed in populations and the factors that influence or determine this distribution. Why does a disease develop in some people and not in others? The premise underlying epidemiology is that disease, illness, and ill health are not randomly distributed in human populations. (Gordis, 2014, p. 2)

Es posible ya notar, a partir de las definiciones anteriores, la complejidad de la construcción del objeto de estudio epidemiológico. En ningún caso se trata de una realidad evidente, de fenómenos que por sí solos salten a la vista. Al contrario: aquella premisa nuclear de que “la enfermedad, la dolencia y la salud no se distribuyen al azar en las poblaciones humanas” sería más bien el resultado de *una mirada* –similar a aquella foucaultiana desde el *Nacimiento de la Clínica* (1966)– marcada por cierto “dominio de la experiencia y estructura de su racionalidad” cuyas condiciones de posibilidad estarían marcadas por el “espesor de lo histórico” (pp. 9-15). No sería posible, por ejemplo, pensar en la idea de una “distribución” sin antes tener la capacidad de recopilar, agregar y comparar masivamente “casos” de enfermedad. La mera observación de que ciertos sujetos desarrollan ciertas enfermedades mientras otros no, es ciertamente, parte de la tradición de estudio de cualquier tipo de medicina. La diferencia de esta nueva ciencia epidemiológica es que es capaz de articular distintas tecnologías (aquellas que miden el tiempo, el espacio y el individuo enfermo) dentro de un ideario panóptico: una mirada totalizadora y vigilante sobre su objeto. Así, dentro del mismo objeto de estudio epidemiológico ya se encuentra introyectada una mirada que implica una construcción conceptual y metodológica. En otras palabras, su método se encuentra fusionado al objeto de estudio, volviéndose acaso prescindible para una definición convencional. Quizás eso nos advertía las primeras líneas de la definición desde el texto de Rothman (2008) cuando se refería a la dificultad de encontrar una definición que no estuviera basada en lo metodológico (ver más atrás en este apartado). A su vez, esta mirada enfoca al objeto “población humana” que tampoco es evidente por sí mismo, sino que es producto y productor de la modernidad misma.

b. Enfermedad humana y más allá

Hay otro componente indefinido en el objeto de estudio epidemiológico convencional que resulta importante para explorar la indiferencia: la enfermedad humana. En efecto, hablar

de enfermedad humana no es lo mismo que hablar de dolencia y/o de patología¹¹³. Más lejos todavía se encuentran aquellos “estados y eventos relacionados con la salud” de las definiciones disciplinares contemporáneas. Esta ampliación progresiva del objeto revelaría al mismo tiempo una esencia ambivalente y dinámica de este campo. Por ejemplo, para las formulaciones iniciales de la epidemiología, la enfermedad era básicamente la definida en términos biomédicos. Es decir, la manifestación somática que atacaba a una población en un tiempo-espacio determinado, conduciéndola a la muerte y/o invalidez. Sobre todo, se trataba de la enfermedad infecciosa y transmisible, aquella que llegaba bruscamente y “caía sobre” un conjunto de humanos que la padecían: la *epidemia*. Esta afiliación aun hoy es evidente dentro de su propia etimología:

Epidemiology is derived from the Greek *epi* meaning “upon,” *demos* meaning “the populace or common people,” and *logos* meaning “word.” Epidemiology is literally the study of what is upon the populace, referring specifically to the burden of disease. Because epidemics were once the most obviously burdensome of diseases, the two words overlap. (Trostle, 2005, p. 4)

Avanzado el siglo XIX y posiblemente producto de la disminución de esta “carga” de la enfermedad epidémica en los países del Norte, el objeto de estudio de la epidemiología fue progresivamente ampliado, primero hacia las enfermedades no transmisibles, y luego hacia todo un espectro de objetos mal delimitados, relacionados con la afectación de la salud humana. Entre líneas es posible notar también que tras esta ampliación progresiva de sus preocupaciones, no sólo hubo un cambio en las necesidades sociopolíticas que sustentaban a la disciplina, sino que además se observa cierta tendencia a una construcción autónoma de sus objetos de estudio, sin tener que acudir obligatoriamente a la biomedicina, que definía la enfermedad dentro de su propia especificidad —aquella con etiologías, síntomas, signos y pronósticos más o menos conocidos— en el cuerpo del individuo. En torno a la construcción de los objetos de estudio epidemiológicos, entonces, también se estarían disputando sus propios grados de autonomía respecto de las otras ciencias de la salud, ciencias sociales (como demografía, sociología de la salud y geografía social), pero especialmente, respecto de la propia biomedicina. Ya para finales del siglo XX, la explosiva capacidad de las tecnologías de procesamiento masivo de datos, junto con las teorías modernas de asociación estadística, fueron cada vez más capaces de hacer aparecer

¹¹³ Desde la antropología médica anglosajona ya se han trabajado algunas definiciones sobre estos conceptos, aunque su traducción al español es difícil. En el hoy clásico texto *Patients and Healers in the Context of Culture*, Arthur Kleinman (1980) desarrolla una distinción entre *illness* (dolencia) y *disease* (patología) basándose en sistemas explicativos y de sentido diferenciales entre pacientes y médicos. A estos conceptos luego Allan Young (1982) sumará la necesidad el estudio de un *sickness* (enfermedad) en tanto dimensiones sociales que condicionan la producción de sentidos en torno al *illness* y *disease*.

un número creciente de objetos de estudio que no se encontraban anteriormente definidos dentro del ámbito de la biomedicina. Los estrictos criterios de asociación causal entre exposición y enfermedad¹¹⁴ debieron ceder ante la necesidad de saber precozmente, de anticiparse incluso a la enfermedad misma. Nace así la noción de *riesgo* ligado a la enfermedad. La naciente “medicina preventiva” comienza a observar numerosos *factores de riesgo*, exposiciones tan inevitables como la edad o el sexo que se conjugan con otras supuestamente “opcionales”, como el ingreso económico y la alimentación. La misma “sociedad del riesgo” (Beck, 1998) se desarrolla en íntima asociación con una *epidemiología del riesgo* que descubre múltiples nuevas entidades nosológicas, no-todavía-enfermedades que, a su vez, irán permeando y transformando a la misma biomedicina. Así, un número creciente de fenómenos vitales poblacionales pasan por complejas transformaciones ontológicas (donde la lógica terapéutica, sin embargo, aún mantiene cierta dominancia) y se transforman en factores de riesgo epidemiológico¹¹⁵.

c. Intervenciones y actores invisibles

Hay todavía otro elemento de interés, otra indefinición dentro de las definiciones convencionales. Se trata de la afirmación explícita hacia la intervención social en función de evitar la enfermedad. Es decir, la utilización de aquel conocimiento acumulado sobre la determinación y distribución de la enfermedad, a fin de generar acciones racionales concretas cuyo objetivo sería reducir la morbilidad y mortalidad producida por ella:

What are the specific objectives of epidemiology? First, to identify the etiology or cause of a disease and the relevant risk factors—that is, factors that increase a person’s risk for a disease. We want to know how the disease is transmitted from

¹¹⁴ Los textos clásicos de epidemiología de la primera mitad del siglo XX declaraban que para que una asociación entre una exposición y un efecto tuviera el adjetivo de “causal”, precisaría poseer la mayoría de los siguientes requisitos de Bradford Hill (1965): asociación fuerte; significancia estadística; efecto dosis-respuesta; temporalidad; consistencia de los hallazgos en diferentes estudios; especificidad de la asociación; coherencia de los resultados con teorías preexistentes; plausibilidad biológica. Ya para finales del mismo siglo, Almeida aduce: “En vista de las dificultades de aplicación de modelos de determinación causal en el abordaje de su objeto de conocimiento, la epidemiología moderna se estructura en torno de un concepto fundamental: riesgo. Riesgo es el correspondiente epidemiológico del concepto matemático de probabilidad. Por lo tanto, el riesgo puede ser definido como la probabilidad de que uno de los miembros de una población definida desarrolle una enfermedad dada en un período”. (1992, p. 26).

¹¹⁵ Es de destacar que esta nueva medicina preventiva se torna extremadamente individualista en el contexto actual de abandono de las tareas estatales sanitarias. El resultado, según el destacado bioeticista chileno Miguel Kottow, sería desastroso: “El cuerpo en riesgo es una construcción de probabilidades indeterminadas por establecer puentes de construcción liviana entre predisposición y enfermedad, entre riesgo impredecible y daño establecido, con una gigantesca maraña de intereses corporativos empeñados en aumentar la percepción social de riesgo y el temor individual de amenazas inminentes [...] Cada individuo es llamado a poner en su balanza existencial acaso está dispuesto a fortificar su adaptación corporal por consejo de disciplinas que hablan desde colectivos sociales –epidemiología–, desde mecanismos moleculares poco conocidos –genética– y desde indeterminaciones insalvables –medicina predictiva–. Es cada cuerpo singular el que ha de evaluar su situación de riesgo y la credibilidad, plausibilidad y factibilidad de enfilarse su existencia hacia una “vida saludable””. (Kottow, 2015, p. 59).

one person to another or from a nonhuman reservoir to a human population. Our ultimate aim is to intervene to reduce morbidity and mortality from the disease. We want to develop a rational basis for prevention programs. (Gordis, 2014, p. 2)

De facto, esta intencionalidad fuertemente operativa es un elemento que también genera una distancia respecto de las ciencias de la salud y ciencias sociales identificadas con la idea de ciencias básicas. Es decir, cuya preocupación esencial, en su concepción positiva, es “descubrir leyes que gobiernan la naturaleza y/o sociedad”, pero que no necesariamente están vinculados a las futuras formas de aplicación de sus hallazgos. Esta vinculación con lo operativo se hace más explícita, y no por casualidad, en los textos producidos desde el Sur (dentro del contexto irreductible de amplias injusticias sociosanitarias), por ejemplo, en *Epidemiologia y Saúde* (2013), también de amplio uso en la docencia de Brasil:

Uma definição precisa do termo epidemiologia não é fácil: sua temática é dinâmica e seu objeto, complexo. Pode-se de maneira simplificada, conceituá-la como: *a ciência que estuda o processo de saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações de saúde.* (Rouquayrol y Silva, 2013, p. 11, cursivas del original)

Dejando por ahora de lado el cambio del objeto de estudio que ofrece esta definición —con la aparición del concepto “proceso de salud-enfermedad en colectividades humanas” que, siendo significativo, lo abordaré más adelante—, acá se aclara que el conocimiento sobre la distribución y determinantes de la enfermedad tiene como finalidad no apenas un deseo de reducirlas sino, más allá, un mandato específico de proponer medidas de prevención, planificación, administración y evaluación. Así aparecen, por fin, algunos de los actores implícitos de la mayoría de las prácticas epidemiológicas: aquellas organizaciones sociales que cuentan con el suficiente poder para emprender estas formas de “planeamiento, administración y evaluación de las acciones de salud”. Básicamente, para la epidemiología convencional serían las diversas formaciones del Estado y las empresas del complejo tecno-farmacéutico y de aseguramiento privado en salud. Estos actores y sus devenires dentro de la espesura histórica han moldeado y han sido moldeados por la emergencia del campo epidemiológico. Una remirada de estas relaciones recíprocas, creo, es un apartado imprescindible para su comprensión integral.

3.3. Una historia disciplinar

3.3.1. Entre Hipócrates y Snow

En los textos pedagógicos de epidemiología más usados hoy, suele ser pobre o nula la descripción de aspectos históricos ligados al desarrollo de la disciplina. La misma Nancy Krieger (2011) destaca a partir de su extensa revisión de los textos disciplinares anglosajones, cómo desde la década de 1980 comienzan a disminuir o simplemente desaparecer los apartados históricos (pp. 34-41). Es evidente que son textos sin un propósito estrictamente histórico; aun así, su ausencia es bastante similar a la que ocurre cuando uno lee un texto de medicina contemporánea: son puro presente y futuro. Mientras más contemporáneas las referencias, mejor. Mientras más avanzada la tecnología requerida, mejor. La historia (cuando aparece) es siempre lineal y anecdótica. Habitualmente esta narrativa sigue a una cronología de hombres blancos y sabios, que van empujando en la soledad de sus descubrimientos batallas incansables frente a la irracionalidad de sus contemporáneos, frente a los antiguos dogmas, frente a toda clase de inútiles creencias populares y religiosas. Lo que me parece más grave, sin embargo, es que tanto los textos de epidemiología como los de medicina general, además, tienden a reivindicar algunos nexos históricos de dudosa veracidad. Un ejemplo clásico es el denominado “padre de la medicina”, el griego Hipócrates de Cos (460-385 A.C.) quien habitualmente es destacado como el antecedente más antiguo de la epidemiología. Esto debido a que dentro de la serie de textos que componen su *Corpus Hipocrático* –que en rigor es una compilación de diversos tratados de la llamada “escuela naturalista”, no todos escritos por Hipócrates– y especialmente dentro del tratado *Sobre Aire, Aguas y Lugares* (Hipócrates, 1983) se habría hecho la primera distinción entre dos tipos de enfermedades: *endémicas* y *epidémicas*. Las primeras, relacionadas con el lugar donde residen las personas (sus dietas, climas, tierras, vientos y aguas) y sus efectos diferenciales según cada constitución personal de los “cuatro humores”, y las segundas, que llegaban desde afuera del lugar de residencia, afectando a todos por igual. Sin embargo, Hipócrates no habría hecho ninguna referencia a alguna epidemia concreta. Tampoco aparece la noción de contagio, que en cambio sí puede leerse entre líneas desde otros importantes textos y normativas antiguas, por ejemplo, dentro de la Biblia, el Corán, el Talmud “y diversos libros chinos e hindúes [que] recomiendan numerosas prácticas sanitarias preventivas, como el lavado de manos y alimentos, la circuncisión, el aislamiento de enfermos y la

inhumación o cremación de los cadáveres” (López-Moreno, Garrido-Latorre y Hernández-Avila, 2000, p. 134).

Posteriormente, se suele hacer un largo salto histórico desde esta antigüedad griega (siglo V A.C.) hasta ya avanzado el siglo XIX, donde se describe una modernidad en pleno desarrollo industrial y científico. Londres aparece como el nuevo centro de la actividad global, y las deplorables condiciones de vida operarias han desatado (una vez más) una epidemia de cólera (*Vibrio cholerae*). En ese contexto aparece la figura del médico anestesista John Snow, hoy denominado el “padre de la epidemiología moderna”:

By far the most renowned example is the elegant study of cholera in London conducted by John Snow. In London during the mid-19th century, there were several water companies that piped drinking water to residents, and these companies often competed side by side, serving similar clientele within city districts. Snow took advantage of this natural experiment by comparing the cholera mortality rates for residents subscribing to two of the major water companies: the Southwark and Vauxhall Company, which piped impure Thames River water contaminated with sewage, and the Lambeth Company, which in 1852 changed its collection point from opposite Hungerford Market to Thames Ditton, thus obtaining a supply of water that was free of the sewage of London. (Rothman *et al.*, 2008, p. 94)

Ainda que efetivamente Snow tenha descoberto que a água é o mecanismo de transmissão do cólera, não resta também dúvida de que sua obra não se restringe a esse fato. Pelo contrário, Snow busca precisar a rede de processos que determinam a distribuição da doença nas condições concretas de vida da cidade londrina. A leitura restrita sobre o trabalho de Snow fixa a atenção nos achados a respeito dos mecanismos de transmissão em detrimento do significado do olhar do autor sobre o cotidiano, os hábitos e modos de vida, os processos de trabalho e a natureza das políticas públicas. É pensando a doença em todas as suas dimensões que o autor consegue integrar essas expressões do social em seu raciocínio sobre o processo de transmissão. (Costa y Costa (2011) citado en: Rouquayrol y Silva, 2013, p. 11)

Más allá de los matices diferenciales entre los textos epidemiológicos escritos desde el Norte y los de Sur acerca de Snow, lo que me parece realmente notable es que a través de su figura parece cerrarse la historia de la disciplina. Esto porque en Snow ya aparecen los grandes objetos de estudio y las bases metodológicas que hasta hoy se encuentran epidemiología. De este modo, parecen ser “causas suficientes”¹¹⁶ para la emergencia disciplinaria: Hipócrates en Grecia, por un lado, representando la emergencia del pensamiento lógico-empírico sobre las condiciones que provocan la enfermedad y la salud humana (la razón); y John Snow en Londres, por otro lado, representando las formas metódicas e institucionales de observación, recolección y comparación de fuentes y casos de enfermedad (la ciencia y el Estado moderno). Esta mirada reduccionista de la propia

¹¹⁶ Uno de los conceptos más utilizados por la epidemiología moderna: “A cause is termed “necessary” when it must always precede an effect. This effect need not be the sole result of the one cause. A cause is termed “sufficient” when it inevitably initiates or produces an effect. Any given cause may be necessary, sufficient, neither, or both”. (Porta et al., 2014, pp. 39–40).

historia disciplinar genera, a mi juicio, un verdadero muro para una comprensión integral de la epidemiología contemporánea, no solo en términos historiográficos sino también epistemológicos.

En primer lugar, hay evidencia histórica bastante amplia sobre las distintas formas de pensar y actuar en torno a la prevención y curación de las enfermedades provenientes de diversas civilizaciones, a través de distintas épocas:

Preoccupation with public health started thousands of years ago in ancient Andean, Chinese, Egyptian, Ethiopian, GrecoRoman, Hindu, Khmer, Mesoamerican, Moorish, Persian, and other civilizations. All of these societies developed healing approaches, theories of disease causation, and specific tools to address health problems. Each had sophisticated engineering capacity (as evidenced in the palaces, pyramids, and temples they left behind) and many devised elaborate systems of water supply (e.g., artesian wells and aqueducts), irrigation, garbage disposal, and sewage [...] Observational and empirical skills enabled the development of botanical remedies and surgical techniques, oftentimes dispensed in combination with supernatural practices. (Birn, Pillay y Holtz, 2017, p. 2)

La antigüedad griega, entonces, fue sólo una forma más de muchas otras en desarrollo y, al igual que otras, cristalizaba dentro de su pensamiento sanitario: creencias místicas y espirituales (cosmovisión y deidades), diferenciaciones de clase (normalización de la esclavitud), formas de gobierno ideal (democracia), modelos de búsqueda y convención de la verdad (las diversas escuelas filosóficas), y una forma de observación contemplativa de la naturaleza de la enfermedad en su contexto ambiental (que generalmente no sugería intervenciones terapéuticas radicales para el caso de la escuela naturalista) (cfr. Sigerist, 1961). Además, como destaca también Krieger (2011), el pensamiento hipocrático no realizó un tránsito directo desde la antigua Grecia hacia los nuevos próceres del pensamiento epidemiológico moderno en Europa, sino todo lo contrario:

With the decline of the Roman empire, however, and the rise of the authority of the Catholic church and contingent emergence of monasteries as centers of knowledge and learning, both Hellenistic and Roman scholarship became not only less relevant but also suspect, in part because of their pagan origins. The preservation, interpretation, and extension of Hippocratic and Galenic medicine (and other scientific works) subsequently and consequently shifted to Arabic countries, where the texts were translated into Arabic and informed the development of Islamic medicine, which both built upon and extended the discoveries of its Hellenic predecessors [...] Starting in the eleventh century CE, Latin translations of Islamic medical texts and other Greek and Roman scientific writings preserved and amplified by Arabic scholars were re-introduced to Western Europe [...] Thus, no unbroken lineage in Hippocratic thought extends from ancient Greece to contemporary epidemiology. (2011, p. 48)

Hubo realmente muchas más fuentes de las que se nutrió la epidemiología moderna. Siguiendo cierto legado hipocrático, por ejemplo, hay numerosos pasajes de la época medieval europea que suelen ser omitidos o minimizados. Esta época suele ser retratada en

los textos epidemiológicos contemporáneos “como un largo periodo de oscuridad”, donde la iglesia cristiana y la fe dominan sobre la razón, por lo tanto, ningún conocimiento verdadero podría allí ser generado (cft. López-Moreno et al., 2000, p. 134). Sin embargo, un buen número de interesantes investigaciones sobre los modos de vida colectivos y otras tantas más formas de intervención masiva con motivos sanitarios fueron desarrolladas. De gran relevancia fueron las Topografías Médicas que precozmente se realizaron en la Península Ibérica (s. XII) y tuvieron su auge entre los siglos XVIII y XIX¹¹⁷. Estas se caracterizaban por una detallada exposición de las principales enfermedades de la ciudad, examinando directamente en terreno las formas de vida que las generaban, incluyendo: “la descripción física del punto —situación, clima, suelo, hidrografía— y la del entorno biológico —flora y fauna— [...] el temperamento físico y el carácter moral de sus habitantes, las costumbres, las condiciones de vida, los movimientos demográficos...” (Casco, 2001, p. 213). Destácase el fuerte uso de los sentidos, como el caso del olfato, que luego tendrá poderosa influencia tanto en la investigación como en las propuestas medidas higiénico-sanitarias desde la teoría de los *miasmas* (Larrea Killinger, 1994, 2005, 2010). Acompañando esta sinuosa tradición Hipocrática dentro de la Europa medieval, las formas de actuación organizada frente a las “grandes plagas” parecen aún más relevantes para comprender la epidemiología moderna¹¹⁸. A partir de una base socio-material prácticamente incuestionada, es decir, asociado a las paupérrimas condiciones de higiene y disposición de aguas y basuras de las ciudades medievales europeas¹¹⁹, se dieron las más extensas *pandemias*¹²⁰ hasta hoy conocidas, que se difundieron mediante el tránsito

¹¹⁷ Pero que habrían comenzado varios siglos antes y tienen sus raíces probablemente en médicos formados dentro de la tradición medica árabe (como, por ejemplo, en la *Sevillana Medicina* (1885) del médico Juan de Aviñón [Moses ben Samuel de Roquemaure] escrita entre 1381 y 1418). Luego de la expulsión de Árabes y Judíos, habrían sido continuadas por una serie de médicos formados en ya en la España cristiana, tornándose importantes difusores de la teoría miasmática en toda Europa (Larrea Killinger, 1994).

¹¹⁸ Epidemias que sin duda estaban descritas desde mucho antes, por ejemplo, en el Papiro de Ebers, como “fiebres pestilentes” que masivamente afectaban cada cierto tiempo a las comunidades que habitaban alrededor del Nilo (alrededor del 3000 AC), y luego su legado es tan profundo que suele trenzarse con partes esenciales de la misma “historia de occidente” –como dentro de la migración judía de Egipto (permitida por el faraón Minephat como respuesta a grandes plagas en 1224 AC) o las grandes guerras de la antigua Grecia (como la “plaga de Atenas” durante la Guerra del Peloponeso en 430 AC) (López-Moreno, Garrido-Latorre y Hernández-Avila, 2000, p. 134).

¹¹⁹ Lo cual no deja de llamar la atención, porque son condiciones de vida colectivas acaso “involuntivas” respecto a las formas de protección de la higiene de civilizaciones mucho más antiguas, como las del Imperio Romano (como lo revisa en profundidad Koloski-Ostrow, 2015), pero también son profundamente “deficientes” cuando se comparan con formas contemporáneas a ellas, como dentro de las grandes ciudades Mexicas prehispánicas, que contaban con sistemas de disposición diferencial de aguas limpias y sucias que les permitieron sostener un gran densidad de habitantes (Birn et al., 2017, p. 5).

¹²⁰ Pandemia: “An epidemic occurring over a very wide area, crossing international boundaries, and usually affecting a large number of people. Only some pandemics cause severe disease in some individuals or at a population level. Characteristics of an infectious agent influencing the causation of a pandemic include: the

constante de mercancías y personas entre Asia, Europa y África. Probablemente el ejemplo más conocido es el de las penosas experiencias para frenar la “peste negra” o “the black death” (*Yersinia pestis*) que se estima mató a más de 100 millones de personas entre los siglos XIV y XVII, es decir, aproximadamente un cuarto de la población mundial (Birn et al., 2017, p. 3). En este contexto se habrían experimentado y refinado diversas medidas públicas para impedir el desarrollo de la enfermedad dentro de las abarrotadas ciudades del mediterráneo, especialmente en los centros del intercambio comercial como Venecia, Génova y Marsella. Masivas cuarentenas de embarcaciones, lazaretos y cordones sanitarios regionales, entre otras medidas preventivas, fueron enérgicamente ejercitadas, incluso mediante el uso de la fuerza militar (Slack, 2012, pp. 74–93). La medicina individual se ve obligada a crecer en escala y la enfermedad se vuelve cada vez más una materia de gobierno. En ese sentido son destacables las experiencias exitosas de los cordones sanitarios durante el brote de peste negra del año 1720, donde se utilizó casi un cuarto del ejército Francés para impedir el tránsito hacia Provenza (ídem, p.87) y se creó en España una burocracia estable, centralizada y laica (la Junta de Sanidad del Reino) para realizar acciones preventivas similares, cerrando los canales comerciales marítimos en toda la península (Casco, 2001, p. 218). Se trata de medidas masivas que nos hablan del nuevo rol político-militar del problema médico y, a la vez, de un nuevo ejercicio de gobierno basado en el control de los cuerpos y sus flujos.

3.3.2. Epidemiología, población y biopolítica

La epidemiología contemporánea contendría estas formas de gobierno de los cuerpos comandada por cierta “razón de Estado”, cuestión que ahora se vuelve evidente cuando reflexionamos en cómo están contruidos sus objetos de estudio (especialmente “la población”), y aún más en sus acciones concretas: sus formas de “intervención” para evitar la enfermedad en grupos humanos “en riesgo”. En otras palabras, la epidemiología contemporánea no puede comprenderse sin el Estado moderno, y a su vez, este Estado no puede comprenderse sin la epidemiología. No por azar Foucault recuperó inicialmente el concepto de *biopolítica* (y lo transformó en la forma crítica como hoy es más utilizado) al analizar los orígenes de la medicina social europea dentro de dos conferencias dictadas en 1974 en el mismo Instituto de Medicina Social de la Universidad do Estado do Rio de Janeiro:

agent must be able to infect humans, to cause disease in humans, and to spread easily from human to human” (Porta et al., 2014, p. 209).

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica. (Foucault, 1977, p. 5)

Para Foucault (2002b, 2002a, 2008) este concepto posibilitaba comprender la transformación radical de las formas de gobierno a partir del orden disciplinar soberano sobre el individuo (antes del siglo XVIII) hacia uno completamente nuevo mediado por un conjunto de instituciones, procesos, análisis y cálculos modernos (durante el siglo XIX) en el cual comienzan a operar cada vez con mayor fuerza las tecnologías de control y seguridad de los ámbitos biológicos, corporales, del conjunto de individuos: la población.

Desta forma, o liberalismo dessa época, fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, gera uma metamorfose do poder que se torna biopoder e se modaliza especificamente em termos de, por exemplo, planejamento e gestão de saúde, enfocando higiene, alimentação, controle de natalidade, regulação da sexualidade. (Castiel, Sanz-Valero y Vasconcellos-Silva, 2011, p. 76)

Pero lo que no alcanza a observar Foucault –o quizás sí, pero que no es centro de su atención–, es que estas transformaciones en las formas de gobierno están atravesadas profundamente por la condición imperial y colonial de estos mismos Estados en mutación. Siguiendo las formulaciones críticas de Gurminder Bhambra (2007, 2014, 2016), aquí parece que Foucault se suma a la fuerte tradición eurocéntrica de las ciencias sociales que ha reflexionado sobre el Estado y la modernidad concibiéndolos como fenómenos intrínsecos de Europa (igual que Weber y Marx), omitiendo y/o minimizando sus múltiples conexiones (pasadas y presentes) con el resto del mundo, y especialmente, olvidando que estos Estados en mutación en rigor son Estados coloniales e imperiales, cuyo “legítimo uso del monopolio de la violencia” (como los definió Weber) “se extendió fuera de sus fronteras y sostuvo también a una serie de actores no estatales” (como las diversas compañías extractivas) con gran agencia en el desarrollo de las tecnologías asociadas a la modernidad (Bhambra, 2016, p. 337). Para el caso de la formación de la epidemiología moderna, seguir estas formulaciones significaría revisar críticamente las múltiples y conectadas historias que posibilitaron la construcción del conocimiento y la acción disciplinar. Dejar de observar a Europa como creador intrínseco de la epidemiología para indagar, por ejemplo, cuáles de las técnicas de seguridad y control en clave sanitaria que inicialmente fueron ejercitadas solo “externamente” (posibilitadas por las condiciones de subhumanidad de las zonas coloniales) se volvieron luego formas rutinarias de “gobierno interno” en las metrópolis, y posteriormente en su refinamiento y especialización, se transformaron en bases de la práctica epidemiológica moderna. Obviamente, este programa

de investigación histórica disciplinar inspirado en la crítica *Postcolonial de la Ciencia y la Tecnología* formulada por Harding (1998, 2011), en la denominada *Connected Sociologies* de Bhambra (2007, 2014)¹²¹, y también en la *Postcolonial Technoscience* de Anderson (2002, 2009, 2018), excede ampliamente el propósito de este trabajo. De todas formas, me permite abrir una arista más para continuar ahora deconstruyendo el objeto básico epidemiológico de “la población”.

3.3.3. Viruela, vacuna y epidemiopoder

Es innegable que hay un alto grado de violencia cuando la epidemiología moderna concibe a una comunidad (con todas sus complejidades socioculturales e historias y futuros posibles) como una “población” definida meramente por el “número de habitantes de un país o un área” o como “el universo” desde donde “se deben recolectar las muestras” (Porta et al., 2014, p. 2018). La riqueza de la vida colectiva es transformada en objeto de investigación epidemiológica – “una población en riesgo de enfermedad” sin ser, además, consultada sobre aquello– y luego, como una consecuencia directa, se transformará en objeto de intervención político-sanitaria. Ergo, emergen las siguientes preguntas: ¿Cuándo y cómo se llegó a una articulación de saber/poder con tal grado de violencia? Considerando que apenas se nos ha contado una historia (eurocentrada) de las múltiples historias en torno a estas articulaciones: ¿Qué otras historias aparecen cuando ponemos en el centro las diversas experiencias de colonialismo, imperio, desposesión y esclavización que conectaron (y conectan) al mundo? ¿Cuáles de estas historias interconectadas permiten observar en clave deconstructiva la práctica contemporánea de la epidemiología? En las próximas páginas intento una breve reinterpretación de una de aquellas historias interconectadas de alta relevancia para la epidemiología moderna: la llegada de la técnica de variolización a Europa y la posterior difusión global de la vacunación para prevenir la infección por viruela.

El mismo Foucault (2008), en una de sus últimas conferencias en el College de France, se encargó de analizar cómo asociado al procedimiento denominado “variolización” (o

¹²¹ Perspectiva que según la misma autora: “recognizes a plurality of possible interpretations and selections, not as a ‘description’, but as an opportunity for reconsidering what we previously thought we had known. Mere contingencies from one perspective become central features in another [...] The different sociologies in need of connection are themselves located in time and space, including the time and space of colonialism, empire and (post)colonialism. They will frequently arise as discordant and challenging voices and may even be resisted on that basis (a resistance made easier by the geo-spatial stratification of the academy) [...] Put another way, engaging with different voices must move us beyond simple pluralism to make a difference to what was initially thought; not so that we come to think the same, but that we think differently from how we had previously thought.” (Bhambra, 2014, pp. 4–5).

“inoculación”) que prevenía la letal y difundida infección por viruela (*Variola virus*) se comienzan a constituir las nuevas tecnologías de gobierno durante el siglo XVIII en Europa. La variolización según Foucault, presentaba cuatro caracteres absolutamente insólitos para la medicina de la época: 1) era decididamente preventiva, 2) mostraba un éxito casi total, 3) podía generalizarse sin grandes problemas materiales a la totalidad de la población y, sobre todo, 4) era completamente ajena a la teoría médica existente (ídem, p.64-66). El procedimiento, que consistía básicamente en la introducción por vía subcutánea de una pequeña cantidad de líquido vesicular desde una persona infectada hacia una persona sana, era altamente efectivo para prevenir la enfermedad, pero se desconocía su mecanismo de acción. Basta recordar aquí que la existencia del mundo microbiano y su teorización sólo logran estabilizarse asociados a la figura de Pasteur recién durante el siglo XX (Latour, 2001, pp. 174–207). Así, la técnica de variolización tal como se conoció inicialmente en Europa fue realmente un producto de intrincadas circulaciones, apropiaciones y difusiones de conocimientos médicos extraeuropeos que comienzan a darse con cada vez más fuerza a partir de la expansión imperial europea¹²². Apenas en las notas de pie de página de la edición española de las conferencias de Foucault se hace breve mención a este hecho. En rigor, la variolización era parte de una serie de técnicas de las que ya se tenía conocimiento de su uso extendido en China por lo menos desde el siglo XVII y sobre todo en Turquía, desde donde Lady Montagu, esposa del embajador británico en Estambul en el año 1724, las habría reconocido y luego promovido a través de su influencia política para ser importadas hacia las metrópolis del imperio británico. Se rescata de sus propias cartas: “las viruelas tan fatales y frecuentes entre nosotros, son aquí inofensivas gracias al descubrimiento de la inoculación [...] Hay aquí un grupo de ancianas especializadas en esta operación” (en Anne Marie Moulin (1979) citada en Foucault (2008) p. 66-67). Más allá del origen de la técnica y de sus singulares formas de circulación y difusión por diversos y extensos territorios, Foucault en esta conferencia está más preocupado en argumentar cómo a través de la extensión posterior de la variolización en diferentes ciudades europeas se comienza sistemáticamente a construir las primeras bases de datos estadísticos de mortalidad, morbilidad y contagio, al tiempo que se comienzan a establecer las primeras nociones de “riesgo”, “ peligro”, crisis” y “caso” alrededor de ellas (ídem, p.71). Sería también el momento del surgimiento de lo que se encuentra en la base de estas nociones: es decir, una nueva concepción de “población”

¹²² Al igual que muchos otros procedimientos médicos modernos, como notablemente lo describen Bastos y Barreto (2013) en relación con el imperio colonial portugués.

como un conjunto ya no tanto de enfermos, sino como “una totalidad de cuerpos sujetos de medición y control”. Población en la cual se deberán detectar ciertos patrones “normales”, ya no desde una norma externa a ellas, sino a través de su comparación interna, de formas “naturales de enfermar y vivir”. Se comienza así a hablar, por ejemplo, de “índices de mortalidad normal” (ídem, p.72). Es a través de estas concepciones que se comienza a elaborar una racionalidad de lo normal distinta a las ya conocidas de la ley y la disciplina: un “patrón natural” que luego será comparado con otros patrones, los cuales, por defecto, serán entendidos como desviaciones. Estos patrones desviados, fuera de la norma, son los que en su crisis (de normalidad) exigirían una acción “artificial”, una intervención externa y masiva, como el caso concreto de las campañas de variolización:

La medicina preventiva, que no era aún la epidemiología, la medicina de las epidemias, actuaría en ese nivel de juego de las normalidades diferenciales, su discriminación y su asimilación recíprocas. (Foucault, 2008, p. 72)

Pero a pesar de que la difusión de la técnica de variolización por distintas ciudades europeas redujo rotundamente sus índices de mortalidad, era un procedimiento que no se consideraba totalmente seguro ni efectivo. La historia de la estabilización de este procedimiento, con todas sus consecuencias tanto para la teoría médica dominante como para la construcción de las nuevas tecnologías implicadas en su difusión masiva, fue bastante más tortuosa y confrontada de lo que describió Foucault:

Violent medical disputes raged for the next eighty years on its risks and benefits [...] While mortality for smallpox acquired by natural infection was fifteen to thirty-three percent, the mortality rate for inoculation in the late eighteenth century was less than one fifth of a percent, one to two hundred times less. The method was not innocuous, however. Critics of inoculation argued that it contributed to the spread rather than to the prevention of smallpox; its protective efficacy was uncertain and depended on the specific method used. It exposed the individual to some risk of injury (blindness, disfigurement) or even death, when it was possible that the person would never contract natural smallpox. (Mark y Rigau-Pérez, 2009, p. 65)

Las experiencias en torno a la variolización apoyaron la construcción de un nuevo aparato conceptual capaz de hacer comparaciones (con la legitimidad de los grandes números) respecto a la eficacia de diferentes intervenciones sanitarias masivas sobre esta nueva población-objeto. Sin embargo, para que estas formulaciones lograran estabilizarse y refinarse en el tiempo dependían, además, de una estructura burocrático-sanitaria-policial con el suficiente poder y legitimidad para imponer este nuevo abordaje sobre diversos y extensos territorios con costumbres higiénico-sanitarias heterogéneas y, a la vez, comprobar su utilidad a través de este ejercicio de poder. A mi juicio, esta articulación entre saber y poder epidemiológico no habría logrado una estabilización completa en

relación a la variolización en sí, sino que se habría producido asociada a la técnica que hoy se presenta como “su sucesora natural”: la vacunación¹²³.

En el texto básico *Epidemiology* de Gordis (2014), por ejemplo, se hace una breve revisión del “descubrimiento de la vacunación” realizado por el médico rural británico Edward Jenner (1749-1823)¹²⁴ en función de encontrar una mejor solución que la variolización para prevenir la viruela (p. 11-13). Jenner habría observado que los trabajadores que extraían leche manualmente desde vacunos usualmente no desarrollaban la infección. En rigor, eran en su mayoría mujeres rurales pobres quienes sabían, por experiencia propia, que aquellas que desarrollaban una infección asociada a su trabajo con animales (el “virus de la viruela bovina”, “cowpox” y/o CPXV) luego eran capaces de no enfermar de viruela:

In 1768 Jenner heard a claim from a dairy maid, “I can’t take the smallpox for I have already had the cowpox.” These data were observations and were not based on any rigorous study. But Jenner became convinced that cowpox could protect against smallpox and decided to test his hypothesis [...] The cowpox material is being administered by Jenner to an 8-year-old “volunteer,” James Phipps. Jenner was so convinced that cowpox would be protective that 6 weeks later, in order to test his conviction, he inoculated the child with material that had just been taken from a smallpox pustule. The child did not contract the disease [...] The important point is that Jenner knew nothing about viruses and nothing about the biology of the disease. He operated purely on observational data that provided him with the basis for a preventive intervention. (Gordis, 2014, p. 12)

Hay diversas obras artísticas que se encargaron de retratar este momento. La más elocuente es una pintura del francés Gaston Mélingue hecha en 1879, casi 90 años después de la supuesta primera vacunación efectuada por Jenner en 1796 (*Figura 16*). En el óleo se puede ver al lado derecho a la mujer lechera (Sarah Nelmes) con la mano vendada de donde fue extraída la muestra de cowpox. Al centro de la imagen aparece el médico Jenner haciendo el procedimiento de vacunación al niño James Phipps que es contenido por un adulto (quizás su propio padre).

¹²³ “Sucesora natural” entre comillas, porque esta formulación se enraíza en la mirada evolucionista-científica como lo concibe la historiografía médica dominante.

¹²⁴ Para otros autores este “descubrimiento” se habría realizado varios años antes por otros investigadores, quienes no lograron difundir finalmente sus técnicas (cft. Pead, 2006). Independiente de la autoría, este conocimiento habría transitado por un camino similar donde fueron apropiados saberes que eran comunes para agricultores, trabajadores rurales, y/o integrantes del ejército en estrecho contacto con vacas y caballos, y lo habrían combinado con las experiencias ampliamente conocidas provenientes de la “inoculación” asiática.



Figura 16: “Jenner inoculant la vaccine”, Gaston Mélingue (1879). Óleo sobre tela. Fuente: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Melingue_Jenner_peint.jpg

Me detendré en esta obra porque creo permite examinar críticamente las relaciones sociales tras el descubrimiento de la vacunación. Melingue se encargó de retratar las diferencias sociales a través de las expresiones faciales de los distintos personajes, que a la vez se funden con el contraste entre las vestimentas y elementos asociados al trabajo (la cubeta para extraer la leche y el yugo para sujetar la vaca que aparecen abajo a la derecha). Hay una clase social trabajadora, pobre, descalza, que aparece como verdadero objeto de la investigación-intervención: el niño James es claramente forzado a participar del experimento del médico. Con algo de imaginación uno podría decir que momentos antes se opuso con fiereza al procedimiento, pero ya en el instante que se retrata parece estar entregado, ofreciendo una expresión facial de sombría resignación. Esta expresión facial es esencialmente la misma que la de la mujer lechera, que parece mirar con impotencia la herida vendada de su mano. Mientras, la seriedad de la cara del médico se asocia al buen corte de su sobria vestimenta, y contrastan con la ajena curiosidad, algo incrédula y juguetona, del hombre y la mujer testigos en segundo plano, portadores de un linaje aristócrata que se irradia del blanco tanto del peluquín de aquel como del vestido de aquella. Así el pintor en vez de sumarse a la celebración moderna del descubrimiento de la

vacuna, a través de su obra parece denunciar el carácter sacrificial tras de él: la clase social campesina es obligada a ofrendarse para que esta nueva ciencia de descubrimientos sobre la enfermedad humana pueda nacer. El médico es, no obstante, un personaje intermedio, no completamente asimilado a la aristocracia, pero mucho menos al campesinado; parece estar montado, con una complicidad ganancial, sobre una relación de opresión social, cultural, étnica y de género ya establecida. Esta relación es la que le permite a la vez expropiar un conocimiento basado en una experiencia encarnada y una mirada particular sobre el mundo (la de las mujeres campesinas), y también ejercer sobre esta misma clase social un experimento imposible de ejercer sobre otras. Por cierto, la nueva ciencia médica preventiva que acá emergerá con cada vez más ímpetu buscará el bien de la “sociedad entera” y, sin embargo, este deseo estaría realmente montado sobre una relación social fundada en una violencia de características coloniales. Es una experiencia de conocimiento solo posible porque existe una *zona del no-ser* (Fanon, 1986). Está atravesada por una *línea abismal* (Santos, 2003) de características sacrificiales. En otras palabras, el emergente capitalismo y sus ciencias nacen asociados a la producción de estos grupos humanos dispensables, una sub-humanidad, que posibilita a su vez, que otros grupos humanos aumenten sus expectativas de vida y prevención de la enfermedad. Siguiendo esa línea de (dis)continuidades históricas, no es el hecho puntual del descubrimiento de la vacuna el que interesa, sino aquella lógica sacrificial que lo atraviesa. Esta misma lógica parece tener todavía justificación hoy¹²⁵, por ejemplo, cuando leemos dentro del mismo texto *Epidemiology* de Gordis (2014) que se exalta la figura de Jenner y luego se ofrece una bizarra justificación *ex post* de la violencia sacrificial tras el descubrimiento de la vacuna:

We shall not deal in this chapter with the ethical issues and implications of this experiment. (Clearly, Jenner did not have to justify his study before an institutional review board!) In any event, the results of the first vaccination and of what followed were the saving of literally millions of human beings throughout the world from disability and death caused by the scourge of smallpox. (Gordis, 2014, p. 12)

¹²⁵ Esta lógica sacrificial estaría intrínsecamente vinculada al patrón de opresión capitalista, colonial y patriarcal y se mantiene hasta hoy en la práctica epidemiológica de la globalización neoliberal. Un ejemplo pertinente para ilustrar su extensión son los estudios farmacológicos auspiciados por las grandes industrias farmacéuticas que persistentemente son realizados en los países del Sur Global. “Despite the existence of codes requiring that human subjects receive at least the same protection abroad as at home, they are still honored partly in the breach. The fact remains that many studies are done in the Third World that simply could not be done in the countries sponsoring the work. Clinical trials have become a big business, with many of the same imperatives. To survive, it is necessary to get the work done as quickly as possible, with a minimum of obstacles” (Angell, 1997, p. 848). Similares lógicas se pueden observar también dentro de los asimétricos efectos sanitarios de la globalización neoliberal y las formas de “cooperación” (o cooptación) techno-financiera Norte-Sur en diversas áreas de la salud pública (como revisa críticamente Kottow, 2014).

Retomando la historia de interconexiones, para el año 1798 el procedimiento de vacunación de Jenner había sido ampliamente difundido y requerido por las distintas potencias imperiales. Se habían realizado algunas notables primeras campañas de vacunación por parte de los británicos en sus colonias, aunque el procedimiento también había encontrado resistencia en otros, por ejemplo, en la India donde ya se tenía una larga tradición autónoma de ejercicio de la antigua variolización:

Smallpox was an “old”, endemic disease in India. Both the illness and its treatment had long figured in customs and beliefs and were associated with specific deities. Inoculation was an established practice in parts of the subcontinent; attempts to replace it with vaccination had both economic and quasi-religious implications and therefore met with more resistance there than it did in Spanish America. (Mark y Rigau-Pérez, 2009, p. 85)

Entre los años 1799 y 1804, luego de que la traducción al castellano del método de vacunación de Jenner apareciera en el *Semanario de Agricultura y Artes* en España, se comienzan progresivamente a reportar numerosas vacunaciones exitosas en Cataluña, Madrid y Navarra. Estos reportes comienzan a circular por todo el Imperio Español y desde distintas periferias coloniales se comienza a requerir la vacuna. En ese contexto el Rey Carlos IV encarga al Consejo de Indias estudiar cómo extender el procedimiento a sus dominios en América, donde por más de 300 años los brotes de viruela habían diezmando especialmente a la población indígena, base de la riqueza del tesoro real. Se sumaba a esta costosa empresa el hecho de que un hijo del mismo Rey había anteriormente muerto por la enfermedad, por lo cual había un apoyo directo de la corona a esta gran campaña de vacunación. Finalmente, el año 1803 se embarca desde la Coruña la denominada “Real Expedición Filantrópica de la Vacuna” bajo la dirección del médico Francisco Xavier de Balmis, con la misión de realizar una vacunación masiva de todas las poblaciones coloniales españolas en América y Filipinas. A bordo del barco *María Pía* iba un pequeño número de médicos, enfermeros y practicantes, además de 21 niños huérfanos españoles que transportarían la vacuna dentro de sus propios cuerpos a través de un ciclo donde era traspasada “brazo-a-brazo” por los casi dos meses que duraba la travesía —no está de más hacer notar, nuevamente, el carácter sacrificial de este hecho—. Llegando finalmente a América, la recepción de las autoridades políticas y médicas locales habría sido diversa. En algunas ciudades como en Caracas eran recibidos con gran alegría, procesiones, música y fiesta, dándose comienzo a enérgicas vacunaciones masivas acompañadas de enseñanza del procedimiento, reparto de material impreso y, especialmente, de la formación de una institucionalidad local permanente para el cuidado y difusión de la vacuna (las Juntas de Vacunación). En otros territorios, en cambio, se evaluó con recelo la medida, por la forma

autoritaria como el director Balmis dirigía la empresa, desde un inapelable nivel de “experto” frente a las autoridades políticas y médicas locales. A esto se sumaba que la vacuna ya había llegado tiempo antes a diversas ciudades a través de su difusión por parte de las colonias vecinas y se habían establecido formas locales de administración, conservación y distribución, las cuales debían ser reconocidas y “diplomáticamente transformadas” por parte de la Expedición para ajustarse a los nuevos planes sanitarios de la Corona (como en Cuba y Veracruz inicialmente, pero luego también en Lima, Montevideo, Buenos Aires y Santiago, entre otros) (Mark y Rigau-Pérez, 2009, pp. 65–84). Posteriormente, la expedición debió ser dividida en dos subexpediciones para abarcar el territorio previsto a ser cubierto: una hacia el norte a cargo de Balmis, que luego viajará hacia Asia, y otra hacia al sur, dirigida por su subdirector, el cirujano José Salvany. En el sur se dan los ejemplos más notables tanto de tenacidad y flexibilidad de los expedicionarios para afrontar las dificultades geográficas y contingencias diversas respecto del plan inicial, como también formas de resistencia locales a la vacunación, según sus propios reportes enviados a Madrid:

Salvany experienced such incredulity in Chocote, a “pueblo de indios” near Lambayeque (Peru) in January 1806. Although the inhabitants had invited him to come vaccinate them, the simplicity of the operation they saw made them doubt its effects. They accused Salvany of lying and being “the anti-Christ”. He tried to convince them of the efficacy of the vaccine but reported, “although Indians are very simple and satisfied with little, they doubt everything, and especially that which the White Man proposes” so they remained “not very satisfied” by his explanations”. (ídem, p.91)

Aun así, al terminar el periodo de 10 años destinado para la Real Expedición en América, se estima que un 20% de su población habría sido vacunada (por lo menos 500.000 personas registradas), lo cual contrasta con esfuerzos contemporáneos, por ejemplo, en Rio de Janeiro, donde en más de 20 años de operación su Consejo de Vacunación apenas sobrepasó los 100.000 personas (ídem, p. 90). La importancia de destacar aquí esta expedición de vacunación es, sin embargo, otra: sería en rigor la primera campaña exitosa de vacunación masiva con características epidemiológicamente modernas. Con relación a esta historia de interconexiones multicéntricas, se encuentran en plena construcción, estabilización y comprobación la efectividad y legitimidad de algunos de los componentes básicos de este tipo de mirada y actuación sobre la población, entendida como una gran “unidad de riesgo de enfermar” sin importar su localización geográfica ni su diversidad sociocultural:

The expedition in fact represented the world’s first vaccination campaign in that it possessed the modern characteristic of such a project: it was centrally planned

and executed by specialized staff assigned exclusively to the subject, with goals that included short-term broad coverage of populations and geographic areas and long-term institutionalization of vaccine services. (ídem, p. 84)

Pero la campaña de vacunación da cuenta también de estos diversos problemas sociales, políticos y culturales que acarreó un proyecto de esta envergadura en el marco de la diversidad y extensión geográfica del Imperio Español en América. La naciente mirada epidemiológica debe lidiar con estas “barreras a la difusión de la razón” mediante la implicación activa de distintos actores de la estructura jerárquica de la administración colonial (tanto política como religiosa) basándose, entre otras estrategias, en la fidelidad de cada uno de los “súbditos” del Rey:

Spain's three-century-old political authority was firmly established, and its well-organized military, ecclesiastical, judicial, and medical infrastructures equipped it for carrying out such a campaign. The king and the Council of the Indies considered that administrative control of vaccine distribution on the overseas territories was a responsibility of the state, to be supported by its institutions at all levels. To broaden the spatial and temporal scope of vaccine distribution, from the beginning the plan included establishment of permanent institutions for disease control in the form of centrally organized and supervised vaccination boards, each of which had regulations adapted to local needs and circumstances. (ídem, p. 86)

De este modo, el establecimiento de un orden centralizado de decisiones expertas pero que dejaba cierta autonomía de ejecución a las autoridades médicas locales, fue afianzado mediante distintas formas de capacitación hacia el personal sanitario y legal, demostraciones en vivo del procedimiento, documentación traducida al español y, especialmente, mediante la extensión de pagos salariales por un periodo de tiempo mayor a la Expedición, con la idea de establecer continuidad a largo plazo de las Juntas de Vacunación local (ídem, p. 87-89). En conjunto, estas medidas procuraban lograr un ordenamiento alrededor de la vacunación bastante lejano a la forma como había sido traída años antes a estos territorios por medio del intercambio local con los enclaves coloniales holandeses y británicos. Así, el éxito de la Real Expedición puede pensarse también como una reafirmación de la autoridad imperial española en clave sanitaria, donde se comprueba que la mejor forma de implementación de esta nueva tecnología, es decir, la mejor forma de mantener a la población sin la temible viruela, era precisamente continuar y potenciar la estructura jurídica, económica y sanitaria que asegurara el flujo monopólico de conocimientos y recursos por parte de la corona española como metrópolis imperial hasta sus periferias coloniales.

Luego de esta experiencia exitosa, esta historia de interconexiones globales en torno a la prevención extendida de la infección por viruela, se terminaría estabilizando aquella articulación entre un saber técnico-sanitario de poblaciones y un poder burocrático-colonial

que ya se observaba de forma incipiente en relación con la introducción de la tecnología de variolización en Europa durante el siglo XVIII. Quedaba afianzada así también una estricta *geopolítica del conocimiento sanitario* (aquella controlada por la metrópolis y aplicada en las periferias) que será básica para el desarrollo posterior de las diversas intervenciones epidemiológicas globales para el “combate” de las enfermedades infectocontagiosas, y entre ellas, como ejemplo emblemático, los “programas de inmunización extendida” promovidos por la flamante Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la segunda mitad del siglo XX. Mi hipótesis básica tras este breve *excursus* histórico, es que a grandes rasgos esta misma geopolítica del conocimiento sanitario continua hoy operando fuertemente dentro del campo disciplinar global y ha provocado la emergencia y moldeado el desarrollo de la epidemiología sociocultural en una periferia como el sur de Chile.

3.4. La emergencia de la epidemiología sociocultural en Chile

3.4.1. Entre mundos

Ana María Oyarce es una de las investigadoras pioneras en combinar epidemiología y antropología médica trabajando en zonas mapuche al sur de Chile desde finales de la década de 1980. Después de varios intentos fracasados para reunirnos, finalmente logré viajar a Santiago para entrevistarla en su misma oficina de la Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende Gossens”¹²⁶ de la Universidad de Chile. A pesar de haber trabajado juntos casi 3 años antes en diversos proyectos dentro de la misma Escuela, en realidad yo poco sabía de su historia de vida y de cómo ésta se trenzaba con la historia de la epidemiología sociocultural en Chile. A través de su relato me parece posible intentar reconstruir el tránsito (nunca lineal, mayormente tortuoso y plagado de puntos ciegos y contradicciones) desde una crítica general a cierta epidemiología convencional hegemónica hacia intentos activos de transformación disciplinar que decantarán posteriormente en la propuesta de una epidemiología sociocultural:

Estudié salud pública y después, bueno, siempre vinculada con la salud empecé con la epidemiología y obviamente no me parecía, no me parecía, por así decirlo, una verdad única la epidemiología que se enseñaba en ese momento [1981], que es una epidemiología muy convencional, que es una epidemiología que es

¹²⁶ Especialmente para el lector no familiarizado con la historia latinoamericana contemporánea, Salvador Allende Gossens fue uno de los políticos chilenos más relevantes del S. XX. Médico y fundador del Partido Socialista de Chile. Presidente de la República al frente a la Unidad Popular entre 1970 y 1973, año en que fuerzas militares conservadoras mediante un golpe armado determinan la ruptura democrática y su inesperada muerte. Antes: senador por cuatro períodos, presidente de senado (1966-1969), diputado (1937-1941) y Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social (1939-1942) durante la presidencia de Pedro Aguirre Cerda. (más detalles de su vida política en: Vásquez Vargas y Serani Pradenas, 2008).

posiblemente la misma que se enseña hasta ahora en esta Escuela, de riesgos relativos, basado en un modelo estadístico inferencial que también es una representación, pero que nunca se cuestiona como una representación (AMO, 22/03/2018, Santiago, entrevista personal).

Recientemente licenciada en antropología, a Ana María le resultaba sorprendente que dentro del flamante Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile (en su primera generación, el año 1981) no se reflexionara respecto a los supuestos etnocéntricos sobre los cuales estaban contruidos sus objetos de investigación e intervención¹²⁷. Al contrario, la epidemiología cuantitativa basada enteramente en la descripción e inferencia estadística se presentaba como la única opción válida dentro del espectro científico. ¿Por qué debía ser de otra manera? —le pregunté al escuchar su relato. Porque tanto tiempo, lugar y persona — me respondía con seguridad— son categorías ligadas a cierta concepción del mundo ¿Cómo podían ser aplicadas igual para todos los contextos? Después me aclaraba que estas elaboraciones no eran las suyas iniciales, sino que en realidad en aquellos tiempos se trataba de meras intuiciones, incomodidades vagas de alguien que venía formada no tanto para explicar como para observar. Estas primeras inquietudes frente a la disciplina que iba estudiando luego crecerán y se transformarán progresivamente en relación con su trabajo de campo:

Empecé a salir a terreno, empecé a estudiar el modelo médico mapuche, me instalé en una comunidad mapuche, iba, me instalé en la casa de los Rainman, y de ahí iba a la comunidad, acompañaba a la gente a la Posta y yo creo que ahí como que empecé a entender que realmente era otro mundo lo indígena, y que no tenía mucho que ver cómo nos habían enseñado la salud, como algo universal y como algo que era científico solo en términos de lo que se podía probar o medir o estimar con métodos estadísticos (AMO, 22/03/2018, Santiago, entrevista personal).

No eran sólo “etnológicos” estos cuestionamientos, sino sobre todo sanitarios. Las limitaciones etnocéntricas de la epidemiología hacían simplemente desaparecer distintas formas de enfermar y morir que las comunidades mapuche tenían bien identificadas. Eran metodologías arraigadas en cierta idea “universal de salud” que dejaban completamente excluidas otras formas de comprensión. Por esos mismos años —seguía contándome Ana María— la epidemiología empezaba también a ser criticada por investigadores que trabajaban con diversos grupos humanos excluidos, desde distintos países del Sur. Crecía así de forma multicéntrica una crítica antropológica a la epidemiología convencional. Una crítica vinculada directamente a las necesidades de investigación y acción sanitaria con estos grupos:

¹²⁷ No parece sorprendente hoy, dado el contexto dictatorial y su repercusión tanto en el pensamiento sanitario como en la totalidad de la institucionalidad universitaria nacional.

Yo me di cuenta cuando andaba haciendo esas encuestas [sobre la medicina mapuche], el que fue después mi profesor de antropología médica, el Mark Nichter, andaba haciendo algo muy similar en la India y en Sri Lanka. Yo creo que eran preocupaciones, porque él es antropólogo también y salubrista, yo creo que eran preocupaciones de personas que tenían los pies muy puestos en la realidad y que, por supuesto, que para eso toda la formación de salubrista digamos convencional o positivista, o como quiera llamarse, se te hacía muy estrecho para poder entender lo que estaba pasando con la salud de la gente (AMO, 22/03/2018, Santiago, entrevista personal).

¿Cuál era aquella “realidad” que volvía limitadas las formas epidemiológicas convencionales obligando a quienes tenían “los pies muy puestos en ella” a lanzarse a diversas búsquedas interdisciplinarias? Se trataba fundamentalmente de tortuosas experiencias, tanto de enfermos como de terapeutas, que cotidianamente se hacían cargo de diversas enfermedades dentro de sus comunidades. Eran mundos bastantes lejanos al que las estadísticas epidemiológicas centradas en las tasas de mortalidad y morbilidad mostraban. Mundos donde persistía una diversidad de saberes y prácticas para la prevención y curación enraizados en lo indígena y en lo popular, que se vinculaban de forma compleja a las precarias instituciones sanitarias estatales y al creciente complejo médico-farmacéutico privado. Nuevamente se trataba de un mundo prácticamente desconocido y, en rigor, negado y estigmatizado por parte de los planificadores y gestores de las políticas sanitarias. Estos profesionales centraban, en cambio, sus esfuerzos en intentar satisfacer las enormes demandas hospitalarias de una urbanización caótica, y en cumplir con las recomendaciones y protocolos de las agencias sanitarias internacionales¹²⁸. En síntesis, entre estos dos mundos (el de la realidad de las comunidades excluidas versus el de la realidad de las políticas sanitarias informadas por la epidemiología convencional-positivista) parecía haber una verdadera *línea abismal*¹²⁹.

Al igual que Ana María, eventualmente, a finales de la década de 1980 varios investigadores con formación interdisciplinaria habrían comenzado progresivamente a alcanzar cierto grado de influencia dentro de las estructuras académicas y burocráticas sanitarias de sus países. Sin embargo, sus propias historias de vida y formación profesional los llevarían a reconocer que se encontraban en una incómoda posición “con un pie en cada

¹²⁸ Donde entidades como el Banco Mundial (BM) o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) comienzan a tener cada vez mayor peso en las políticas sanitarias nacionales, vinculados a la firma de Tratados de Libre Comercio (Ugalde y Jackson, 1995).

¹²⁹ Aquí utilizo esta metáfora de Boaventura de Sousa Santos para caracterizar al pensamiento moderno occidental: “Consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que as invisíveis fundamentam as visíveis. As distinções invisíveis são estabelecidas através de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos: o universo “deste lado da linha” e o universo “do outro lado da linha [...] A característica fundamental do pensamento abissal é a impossibilidade da co-presença dos dois lados da linha. Este lado da linha só prevalece na medida em que esgota o campo da realidade relevante. Para além dela há apenas inexistência, invisibilidade e ausência não dialéctica”. (Santos, 2007, pp. 3–4).

uno de estos mundos”. En otras palabras, si continuaban haciendo una epidemiología como les habían enseñado, ellos mismos terminarían borrando realidades de gran relevancia sanitaria. Se hacía necesario, entonces, visibilizar estas experiencias, saberes y prácticas comunitarias a través de una nueva forma de investigación capaz de integrar las metodologías cuantitativas y generalistas de la epidemiología convencional con las cualitativas y particularistas de la antropología. Por esa vía, imaginaban, sería posible aumentar cierta “sensibilidad” de la disciplina a estas experiencias de exclusión y, en consecuencia, se podrían “ajustar” las políticas sanitarias en su favor.

La tarea, evidentemente, era más difícil que su imaginación. Si bien las experiencias de trabajo interdisciplinar entre antropología y epidemiología habían comenzado alrededor de los años 1950 a crecer progresivamente en extensión y heterogeneidad en diversos países (Janes, Stall y Gifford, 1986; Massé, 1995a; Trostle, 1986), estas habían estado en su mayoría vinculadas a dos grandes vertientes:

- 1) a las campañas oficiales internacionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, donde tenían por función intentar sortear las diversas “barreras culturales” para lograr intervenciones exitosas dentro de los complejos e injustos contextos sociosanitarios donde se desenvolvían. Acá la complementariedad disciplinar se encontraba en la capacidad de la antropología para adaptar algunas herramientas del campo epidemiológico a las especificidades culturales locales:

Estoy hablando el tiempo de las encuestas que se llamaban CAP, de los conocimientos, actitudes y prácticas, o sea, nosotros estábamos formados en estas metodologías que trataban de combinar, que también estuvo el RAP y todos estos procedimientos de diagnóstico rápido de situaciones de salud, que también hablan un poco de la historia de la antropología médica, que nació como para en el fondo adecuar los programas de salud pública a las agencias internacionales y a solucionar problemas de implementación. (AMO, 22/03/2018, Santiago, entrevista personal)

Era en rigor una *antropología aplicada* que se subordinaba tanto a los fines como a los objetos de estudio de la epidemiología convencional (cft. Trostle, 2005, pp. 38 y 39). Se trataba de intervenciones fuertemente centralizadas en sus decisiones, herederas del carácter imperial-colonial tras el éxito las grandes campañas de erradicación de enfermedades infecciosas. Sus intervenciones se basaban en el denominado “modelo monológico” que se sostenía sobre dos estereotipos acerca de las comunidades: “o bien el colectivo de usuarios es percibido como un «vacío» de conocimientos que los sistemas de expertos deben colmar, o bien como un recipiente «lleno» de prejuicios, supersticiones y errores que los profesionales

deben erradicar mediante la información y persuasión”. (Martínez-Hernández, 2008, p. 177)

- 2) a la antropología médica académica de corte culturalista, que según Menéndez (2018) había sido una parte mayoritaria de los estudios etnográficos centrados en temas de salud y enfermedad durante las últimas décadas del siglo XX en contextos indígenas de Latinoamérica. Estas investigaciones, en cambio, se habían preocupado de documentar finamente las “cosmovisiones” indígenas, destacando sus distancias e incompatibilidades frente a las actividades de la biomedicina, omitiendo en la mayoría de los casos la gran cantidad de interconexiones, apropiaciones y negociaciones entre los distintos saberes y prácticas relacionados con la salud, enfermedad y atención. Además, habían despreciado información relevante sobre las pésimas estadísticas de morbimortalidad y condiciones de vida de estos grupos:

Si bien una parte de los estudios antropológicos, incluidos los estudios sobre medicina tradicional, tenía que ver con la afirmación de la identidad y diferencia cultural de los indígenas mesoamericanos, así como con cuestionar la visión degradada, estigmatizante, racista y clasista que la sociedad dominante tenía —y sigue teniendo— hacia los grupos étnicos, la recuperación exclusiva de los aspectos «tradicionales» mitificados o no, redujeron no solo la posibilidad de entender lo que pasaba con los grupos étnicos desde la perspectiva de empoderar y movilizar a dichos grupos, sino de enfrentar y eliminar algunos de los aspectos más negativos que afectaban la vida cotidiana de los mismos. (Menéndez, 2018, p. 37).

Con estos antecedentes interdisciplinarios, era evidente que no bastaba con la simple voluntad de complementariedad¹³⁰ sino que era menester avanzar una crítica más profunda a la investigación sociosanitaria en estos contextos de desigualdad en función de proponer una nueva forma de abordaje epidemiológico capaz de vincularse con cada uno de estos mundos. Es decir, que fuera capaz de dialogar respetuosamente tanto con los “conocimientos legos” de las diversas comunidades como con los “conocimientos expertos” del resto de las ciencias de la salud. Que este diálogo además se diera de forma

¹³⁰ Para el mismo Menéndez (1998b, 1998a, 2008) la construcción de complementariedades entre disciplinas con historias y tradiciones divergentes (entre epidemiología y antropología) no sería todavía un proceso acabado. Las asimetrías de poder disciplinar producirían asimilaciones acríticas en el orden conceptual y metodológico que acaban por disminuir el poder de profundización y acción respecto a los problemas estudiados (2008, p. 3). Antes de plantear complementariedades pragmáticas, es menester emprender una exploración crítica de cómo se relacionan las prácticas científicas disciplinares, cómo establecen jerarquías conectadas con la institucionalidad y las diferentes clases sociales, y más allá, cómo estas relaciones de poder son reproducidas sobre los distintos saberes, prácticas y sujetos “legos” (no-científicos) a través de los sistemas de atención y las investigaciones sociosanitarias. Todo lo anterior, comprendiendo el contexto latinoamericano constituido por extremas desigualdades sociales, el racismo y las reducciones progresivas de las (ya reducidas) políticas sociales estatales (ídem, p. 40).

simétrica, sin embargo, obligaba a reconocer que tras la actuación centralizada y verticalista de la mayoría de las políticas sanitarias (sustentadas en una monopólica forma de hacer epidemiología) se encontraban, en realidad, heridas sociales mucho más profundas.

3.4.2. Epidemiología, sociedad y revolución

Al escuchar el relato de Ana María, me pareció que estas críticas progresivas frente a las limitaciones de las formas oficiales de investigación e intervención sanitaria no nacían simplemente como algo “natural y espontáneo”¹³¹ desde estas experiencias particulares ligadas al trabajo en terreno con grupos excluidos. Estábamos obviando que de fondo se encontraba una compleja historia social y política cuyo peso parecía irreductible en relación con estas reflexiones. Por lo menos tres generaciones nos encontramos profundamente marcadas por las aspiraciones igualitarias del Estado socialista democrático de Salvador Allende (1970-1973), la posterior represión de la dictadura cívico-militar conservadora de Augusto Pinochet (1973-1989) y las continuas luchas y negociaciones por la recuperación de la democracia, mientras se imponía un neoliberalismo implacable (de 1990 hasta hoy). Así, dialogando dentro de la misma entrevista, surgió una fuerte intuición: una crisis siempre se compone de muchas crisis. Quizás a la crisis sobre el rol de la epidemiología que se venía avanzando desde diversos centros del Norte y el Sur, en Chile se sumaba este acumulado histórico de contradictorias fuerzas de conservación/cambio social. Más tarde comprobé desde otras entrevistas que pude realizar a investigadores vinculados con estas transformaciones disciplinarias, que hay una mirada común, un posicionamiento cuestionador no sólo sobre el rol social de la epidemiología, sino más allá, un cuestionamiento crítico sobre el Estado y sus instituciones respecto a la estructuración desigual de nuestras sociedades. En ese orden no me parecía azar que buena parte de los entrevistados, tal como Ana María, hubiesen participado en diferentes experiencias político-activistas antes incluso de involucrarse con temas sanitarios:

¹³¹ Hay un supuesto evolucionista en este tipo de interpretaciones de la historia científica cuando tienden a bascular apenas sobre el eje de insuficiencia-transformación de tal o cual abordaje (epistémico, conceptual y/o metodológico) sobre su objeto de estudio. Este tipo de interpretaciones son observables incluso en las incipientes reflexiones sobre la necesidad interdisciplinaria de la epidemiología que se dan desde el Norte (donde destacan Kark, Susser y Cassel como bien revisa Trostle, 2005, pp. 26–38) y de otro modo también se repiten desde el Sur: “Frente a esta persistente reducción y parcelamiento de la realidad [la que dicotomiza y fracciona lo social y lo biológico en la epidemiología], la escuela latinoamericana insurgente, pese a sus tremendas limitaciones y dificultades, como *una alternativa de mayor objetividad*, utiliza el enfoque contrario, y *devuelve a la mirada científica la capacidad* de reflejar la compleja y dinámica unidad de los procesos y articularse ricamente a la praxis.” (Breilh, 2010a, p. 214, cursivas mías).

Algo que yo intuyo en estas primeras salidas a terreno con la gente de las juventudes socialistas y allendistas que salían a hacer trabajo voluntario, trabajo voluntario era en ese tiempo [con énfasis], a las escuelas y a las comunidades, yo lo intuyo y me interesa y después como que se me va sistematizando porque había estudiado antropología y después había estudiado salud pública, como que se me va haciendo más claro que eso es un camino también, por así decirlo, no sé cómo decirlo, pero también es revolucionario, también es cambiar las estructuras de poder y también es de alguna manera, estar a favor de la gente más pobre, más aplastada, más marginal. Hay que pensar que en la Araucanía los mapuche era mirados [...] eran personas que prácticamente eran seres inferiores, eran hombreritos que cuidaban el jardín, mujercitas que eran las nanas. (AMO, 22/03/2018, Santiago, entrevista personal)

Empezamos un trabajo con la población, alguien hizo un contacto con una organización que no sé si existirá con el mismo nombre ahora, que se llamaba "comunidad eclesial de base" que era una cuestión que estaba asentada en una parroquia que había ahí y había un grupito de activistas políticos, llamémoslo así, en resistencia. O sea, en la época de la dictadura armaban unos cuentos [...] íbamos a hacer entrecomillas educación para la salud. Y además hacíamos atenciones los fines de semana. Me acuerdo haber andado con la mochila con aparte de unos fierros con papelógrafos, caminando para allá. Ese fue un momento super interesante que además obviamente siendo yo estudiante [de medicina], te va marcando, o sea vas pensando en otras dimensiones de esta cosa que estábamos conversando de ver la salud no desde dentro del hospital sino desde afuera. (JNR, investigador, docente y gestor, 04/10/2018, Temuco, entrevista personal)

En el fondo de estas ideas que cruzan revolución, democracia y salud se encontraba la ineludible figura de Salvador Allende. Como Ministro de Salubridad (1939-1945) –antes de ponerse al frente de la Vía Chilena al Socialismo¹³²– Allende había denunciado que en las clases subalternas casi la mitad de los nacimientos terminaba en muerte y abundaba la desnutrición calórico-proteica. En su influyente texto *La Realidad Médico-Social Chilena* publicado en 1939, destacaba con claridad las bases sociales, económicas y políticas de los estados de salud y enfermedad humanas. Además, declaraba como deber central del Estado y sus instituciones hacerse cargo de esta realidad social:

Se puede afirmar que las bases fundamentales que determinan el bienestar y el progreso de los pueblos son precisamente un buen standard de vida, condiciones sanitarias adecuadas y amplia difusión de la cultura en los medios populares [...] no es posible dar salud y conocimientos a un pueblo que se alimenta mal, que viste andrajos y que trabaja en un plano de inmisericorde explotación. (Allende, 1939, p. 8)

Con esas ideas Allende iniciaría un fuerte proceso de expansión y unificación de los dispositivos de atención sanitaria estatales, lo cual permitiría ya para el año 1952 constituir

¹³² Como se denominó a la posibilidad revolucionaria chilena durante los años 1970 al 1973 que se basaba idealmente en la utilización de las mismas instituciones democráticas del Estado liberal burgués. El mismo presidente Salvador Allende se encargó de aclararlo durante su Mensaje Presidencial al Congreso el 21 de mayo del año 1971: “No vemos el camino de la revolución chilena en la quiebra violenta del aparato estatal. Lo que nuestro pueblo ha construido a lo largo de varias generaciones de lucha, le permite aprovechar las condiciones creadas por nuestra historia para reemplazar el fundamento capitalista del régimen institucional vigente por otro que se adecúe a la nueva realidad social...” (Allende, 1971, p. 2).

el Servicio Nacional de Salud (SNS), institución que progresivamente se convertirá en el principal soporte de la medicina chilena por su capacidad de atención curativa y preventiva, una fuerte concentración de recursos y el énfasis en la investigación y enfoque salubrista para sus acciones y gestión (Tetelboin y Salinas, 1984). Sobre esta institucionalidad se expandieron los centros de sanidad pública hacia los sectores más rurales y aislados de Chile, y específicamente hacia los territorios del sur del país y el Archipiélago de Chiloé, zonas donde por primera vez comienzan a llegar las formas de “medicina moderna” y las “campañas sanitarias masivas” ligadas a las reformas sociales y económicas de los gobiernos de corte desarrollista¹³³. Dentro de esta creciente institucionalidad sanitaria comenzarán también a tener un fuerte rol médico-social algunos médicos recién egresados que ingresan al programa de Médicos Generales de Zona (MGZ)¹³⁴.

a. La Medicina Social/ Salud Colectiva Latinoamericana

El pensamiento sanitario revolucionario de Allende se enlazaba, a su vez, con las crisis regionales sobre el rol de las acciones de salud pública en relación con las necesarias transformaciones de la sociedad y viceversa. Para Allende era claro que no podía haber revolución sin condiciones mínimas de vida y salud para las grandes masas proletarias y campesinas¹³⁵. Pero, además, no podía dejarse a las potencias imperiales (E.E.U.U) dirigir en relación con sus propios intereses (económicos y militares) las acciones sanitarias de toda la región. En ese sentido un ejemplo para fortalecer lo que hoy podría denominarse un “pensamiento sanitario tercermundista”¹³⁶ se pueden situar en el trabajo alrededor de “las

¹³³ Las reformas desarrollistas en Chile habrían comenzado el año 1924 cuando se crea la primera legislación social e instituciones básicas del Estado chileno y se suspenden el año 1973, con el inicio de las “contrarreformas” liberales tras el golpe militar de Pinochet (Draibe y Riesco, 2009; Olmos y Silva, 2009; Salinas y Tetelboin, 2005).

¹³⁴ El programa pionero contratava a médicos recién egresados de las principales facultades de medicina del país y mediante concurso los destinaba al sistema de salud público de diversas zonas a lo largo del mismo. Ejemplos notables del desarrollo del pensamiento y acción médico-social en relación con este programa en zonas del Sur han sido recopilados por Carvajal et al. (2007) y Claudio Merino (2016, pp. 56–76).

¹³⁵ Idea, por lo demás, que ya marcaba una diferencia respecto a algunos marxismos que sostenían que la revolución sería empujada por los que “ya no tenían nada que perder”.

¹³⁶ En el contexto político internacional, es posible establecer una conexión histórica entre la emergencia de estos movimientos con las experiencias de solidaridad tercermundista a nivel global, donde la creación de espacios de diálogo y pensamiento alternativo a las grandes potencias de la guerra fría (como el “Movimiento de los Países No Alineados”, MOPNA) se concretaron a través de las Conferencias de Bandung (1955), expandiéndose progresivamente en número e influencia, y llegando a 96 miembros durante la Conferencia de la Habana (1979), y actualmente continuando en vigor (el 2016 Venezuela celebró la 17° Cumbre (MOPNA, 2016). Estos movimientos no sólo visibilizan a nivel internacional la importancia de los países “subdesarrollados” respecto a “las grandes decisiones de la humanidad”, sino que, tendrían diversos y todavía poco explorados efectos sobre cómo los grupos científicos-activistas de estos países comenzarán a entender

necesidades urgentes en materias sociosanitarias de Latinoamérica” de la *III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*, celebrada en el Chile de la Unidad Popular durante el año 1972, cuyas conclusiones habrían sido determinantes para la posterior expansión del contenido mismo del concepto de salud y para la visibilización de la importancia de los “terapeutas empíricos” (del saber popular e indígena) dentro de la Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO). En relación con estas propuestas, se planteará a nivel global la “necesidad urgente” de profundizar las estrategias sanitarias estatales integrales. Varios de estos puntos se plasmarán posteriormente en la famosa *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de la OMS* celebrada en la localidad de Alma Ata (periferia de la URSS) el año 1978. Esta conferencia marca un contrapunto respecto a la geopolítica del conocimiento sanitario y logra visibilizar problemas sociosanitarios más profundos y estrechamente ligados al patrón de acumulación y dependencia a nivel global. Finalmente se establece una vinculación con los derechos universales en salud y el deber del Estado frente a ellos, emergiendo una visión utópica compartida: “salud para todos en el año 2000”¹³⁷ (WHO, 1978).

Volviendo a Latinoamérica, estas y otras ideas decantarán en el crecimiento progresivo de las corrientes de Medicina Social y Salud Colectiva¹³⁸ que ganarán terreno tanto en el ámbito académico como dentro de las políticas sanitarias, teniendo un auge los años 1970 y 1980. Me parece pertinente comprender el lugar conceptual de estas elaboraciones, ya que continuarán como marco de fondo dentro las sucesivas transformaciones disciplinarias de la epidemiología a nivel regional. Uno de los autores habitualmente citados como antecedente fundacional de estas corrientes es el médico, antropólogo y político alemán Rudolf Virchow quien, a mediados del siglo XIX declaraba que la “medicina es una ciencia social” y que “la política no es más que medicina a gran escala”, destacando así la

críticamente la relación entre sus realidades socioculturales y las teorías explicativas eurocentradas, tanto del bloque capitalista como del bloque socialista, generando vertientes propias de desarrollo.

¹³⁷ Sin embargo, estas ideas que potenciaban el rol de la Atención Primaria de Salud como integralidad basada en un campo amplio de derechos sociosanitarios, fueron progresivamente minadas, reinterpretadas y reducidas a múltiples estrategias de “bajo costo y paquetes mínimos para pobres” durante las décadas sucesivas, por las presiones del gobierno de los EE.UU y la creciente influencia de organizaciones internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional dentro de la agenda de salud internacional (Tejada de Rivero, 2003).

¹³⁸ Aunque no son conceptual ni históricamente iguales, durante este trabajo ocupo los términos de Medicina Social y Salud Colectiva como sinónimos sólo por fines heurísticos. A pesar de sus diferencias, todavía creo que son derivaciones locales —especialmente la Salud Colectiva que se desarrolla fuertemente en Brasil— de un mismo pensamiento crítico regional y original sobre las relaciones entre sociedad, salud y enfermedad. Así también lo entienden la mayoría de sus revisores (cft. Breilh, 2003; Granda, 2004; Iriart, Breilh, Waitzkin, Estrada y Merhy, 2002; Labra, 2004; Silva y Almeida, 2000; Tetelboin y Farfán, 2004; Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid, 2001).

relación estructural entre organización social y formas de enfermar y morir del ser humano (Rosen, 1985; Waitzkin, 2006). Serán también relevantes las elaboraciones de la incipiente sociología francesa y sus indagaciones sobre el tipo de organización social en relación con las dinámicas de mortalidad, como en el ahora clásico estudio *El suicidio* de Durkheim de 1897, y especialmente el pensamiento marxista sobre las formas de vida y muerte de las clases sociales en el modo de producción capitalista, tanto en *The conditions of the working class in England in 1844* de Engels (1973) como en Marx, en la *Contribución a la crítica de la economía política* (2005) y en el mismo *Capital* (1980). Estos trabajos, al entender la relación dialéctica del humano con la naturaleza (a través del trabajo) permitirán posteriormente en cuanto los fenómenos de salud y enfermedad humanas explorar el carácter histórico de esta relación: si la enfermedad humana es determinada en gran medida por “fuerzas naturales” (biológicas), estas fuerzas a su vez son susceptibles de transformación por el mismo humano (sociedad) (Levins y Lewontin, 1985). La naturaleza, de esta manera, siempre es forma “humanizada” que determinará históricamente nuevas formas de salud y enfermedad en las distintas formaciones sociales (Laurell, 1982). En vez de pensar una naturaleza externa y estática al ser humano, pasará a ser entendida como parte de una relación íntima, por ejemplo, como un “metabolismo interdependiente de la vida”, y por ello, susceptible a transformación mutua (Breilh, 2010b, 2010c).

Sobre estas referencias fundacionales eurocéntricas, las corrientes de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas fueron capaces de apropiarse –problemáticamente– de algunas de estas ideas para trasladarlas y transformarlas en herramientas útiles dentro de un contexto histórico-político radicalmente distinto, donde el peso de la larga historia colonial por las potencias europeas, la fuerza de las élites conservadoras en estados oligárquicos (aquellas pequeñas Europas), y las prácticas imperialistas de EE.UU hacia “su patio trasero”, fueron (y son) resistidas mediante permanentes luchas de cada pueblo en defensa de sus condiciones de subsistencia (cft. Mariátegui, 2007; González Casanova, 1965, 2006; Quijano, 2014b; Todorov, 1998 Galeano, 2004). Por ejemplo, dentro de las instituciones regionales de salud internacional, como el caso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Juan César García (1932-1984) impulsó nuevos abordajes para reconocer la estrecha vinculación de las transformaciones de la medicina y de la incipiente sanidad pública respecto a las necesidades del tipo de capitalismo extractivista latinoamericano, fuertemente controlado por el capital extranjero. En su “nueva misión” capitalista, la medicina, criticaba García,

debía encargarse de las condiciones y enfermedades que frenaban la producción extractivista:

Así, surge la interpretación de la enfermedad como variación cuantitativa de una norma, y la de la salud como algo cuantitativamente perfeccionable [...] [La medicina va a] intervenir sobre el individuo para llevarlo a los más altos niveles posibles de productividad y señalar a la fatiga o agotamiento de la fuerza de trabajo como generadora de casi todo tipo de enfermedad. (García, 1981, p. 76)

En ese mismo tono, Asa Cristina Laurell, desde los crecientes centros de pensamiento médico-social en México, planteaba que era menester para continuar comprendiendo el carácter social de la enfermedad, entenderla como un proceso histórico y dinámico, donde los distintos grupos humanos presentarían su propio *perfil patológico y de mortalidad* en relación directa con su forma de inserción dentro de la estructura de producción capitalista y con las formas de organización productiva y sanitaria de cada Estado:

En la sociedad capitalista, por ejemplo, el concepto de enfermedad explícito está centrado en la biología individual, hecho que la desocializa [...] [pero lo] que subyace a la definición social de qué es enfermedad, se refiere a la *incapacidad de trabajar*". (Laurell, 1982, p. 7, cursivas del original)

Entender la salud y la enfermedad como un proceso social vinculado a la extracción de plusvalor abrió un campo activo de investigaciones sobre las formas de vivir y morir de las clases subalternas y progresivamente se comienza a trabajar mediante formas participativas de investigación y acción vinculadas a sindicatos, agrupaciones de mujeres, campesinos, coaliciones indígenas y organizaciones comunitarias, quienes podían construir conocimiento con “respaldo científico” acerca de la realidad de sus experiencias de sufrimiento físico y muerte precoz, los cuales servirán de instrumentos para las acciones colectivas de lucha (Iriart, Breilh, Waitzkin, Estrada y Merhy, 2002). Este carácter militante, sin embargo, llevaría también al exilio, tortura y muerte de varios de sus principales impulsores en el contexto de las dictaduras cívico-militares conservadoras que irrumpieron durante la década de 1980 por toda la región (Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid, 2001).

Las dolorosas experiencias de ruptura democrática durante las dictaduras cívico-militares de las décadas de 70 y 80-tuvieron efectos profundos –y todavía poco explorados– en las reflexiones de la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericana. Aquella loable aspiración de “revolucionar las instituciones estatales desde dentro” había chocado de frente con muros bastante más gruesos de lo esperado. Junto con el intervencionismo político-militar de los E.E.U.U en toda la región, había también poderosas fuerzas internas desde el mismo campo sanitario y sus instituciones estatales que operaban cotidianamente

para mantener un *statu quo* de desigualdad y conformismo¹³⁹. Así, a partir de esa década será posible observar que en distintos autores y prácticas de investigación-acción el Estado deja de ser el actor central para las transformaciones en materias sociosanitarias, aunque mantendrá una posición dominante. Un ejemplo de ello puede encontrarse en las críticas del médico salubrista ecuatoriano Edmundo Granda (2004, 2009) sobre la salud pública regional. Ésta, para el autor se trata en rigor de una “enfermología pública” sostenida básicamente en 3 pilares: “a) El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la comprensión de la salud, b) El método positivista como base explicativa de la “verdad” sobre el riesgo, c) La aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada [o única] para asegurar la prevención” (Granda, 2009, p. 115). Esta crítica también será relevante para la epidemiología que, como “brazo científico de la salud pública”, deberá intentar deconstruir sus propios aparatos conceptuales y metodológicos vinculados estrechamente a cierta “razón de Estado”. Al mismo tiempo, nuevos actores sociales se movilizan y comienzan a sacudir las agendas políticas regionales post-dictatoriales: son precisamente diversos grupos humanos quienes, con sus saberes y prácticas habían sido históricamente invisibilizados por las instituciones sanitarias estatales. Así, por ejemplo, desde el mismo centro de investigación ecuatoriano (el Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS) será el epidemiólogo Jaime Breilh quien desarrollará sus pioneras críticas a la epidemiología desde una lectura de la economía política (Breilh, 2010a) para proponer una nueva “epidemiología (social) crítica” (Breilh, 2003, 2008, 2010b). Esta vertiente se declarará abiertamente contrahegemónica respecto a la epidemiología positivista y pondrá énfasis en los procesos macrosociales que determinarán la enfermedad en los distintos grupos humanos diferencialmente, según su clase, género y etnia. Se comienza a inspirar una serie de reflexiones epistemológicas,

¹³⁹ Algunas de las reflexiones más interesantes “desde la pérdida” fueron las realizadas por el ex ministro de Economía y presidente del Banco Central del gobierno de Salvador Allende, el ingeniero Carlos Matus (1931-1998) durante su exilio en Venezuela. Matus (1980, 1985, 2007, 2014) profundizó los análisis sobre la cantidad, tipo e intencionalidad de los actores, las estructuras y las herramientas involucradas en los procesos de transformación institucional estatal y en las mismas organizaciones populares. Entre otras, sus teorías sobre la planificación de organizaciones partían de un nuevo supuesto epistemológico: ningún actor (y menos los estatales) se encuentran fuera o por encima de la realidad social; por lo tanto, no hay un análisis “objetivo” de los problemas porque cada actor se encuentra dentro de la realidad junto con otros actores que también planifican (Matus, 2014, pp. 66–71). Rompiendo con las teorías de planificación normativa que en Latinoamérica conducían a los distintos gobiernos (tanto conservadores como revolucionarios), la denominada Planificación Estratégica Situacional (PES) de Matus obligaba a observar, por lo menos: 1) los problemas sociales concretos como realidades colectivamente constituidas, 2) los actores y la distribución del poder con relación a estos problemas concretos y 3) las estrategias y situaciones posibles para transformarlos (Matus, 1980). La influencia de estas aproximaciones llegará a las corrientes de la Medicina Social/Salud Colectiva posiblemente con más fuerza a través de los análisis del médico argentino Mario Testa y su influyente texto *Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud* (2007).

teóricas y metodológicas que pronto serán apropiadas y transformadas por distintos grupos de investigación-acción regionales, cuya preocupación central serán los crecientes daños causados por la globalización neoliberal a diversas comunidades históricamente excluidas. Desde esas experiencias en terreno emergerán críticas amplias frente a los “modelos de desarrollo malsanos” impuestos por las empresas transnacionales, siempre en complicidad con el Estado. Además, comienzan a visibilizarse con cada vez más fuerza algunas concepciones indígenas y populares que intentan dialogar (de forma problemática e incompleta) con las concepciones sanitarias:

El buen vivir es una idea potente, una de esas ideas que son indispensables en épocas de inconformidad y transformación social para orientar la lucha de las colectividades. Es así, porque, si el sistema social imperante nos ha impuesto un mal modo de vivir, un modo de vivir injusto, un modo de vivir malsano, culturalmente discriminador, un modo de vivir destructivo para la naturaleza, tenemos que anteponerle, y elevar a categoría de principio rector de la lucha y de la convivencia social, el buen vivir, es decir, tenemos que impulsar la multiplicación de modos de vivir económicamente equitativos, saludables, interculturales, ecológicamente sustentables; en suma un modo de vivir en proceso de emancipación [...] Pero es también cierto que la noción del buen vivir no existe únicamente en la cosmovisión indígena, puesto que nociones similares están presentes en otras formaciones culturales y está presente desde los años '70 en el movimiento de la medicina social de América Latina [...] Esta afinidad que encontramos en el camino de la lucha por sociedades distintas, nos demuestra a gritos que el camino hacia ciudades saludables, necesita integrar las ideas fuerza, las ideas potentes de cambio procedentes de distintas culturas (Breilh, 2010b, p. 97).

Lejos de las afinidades que encontraba Breilh, en rigor gran parte de las prácticas tanto de investigación como de gestión sanitaria conducidas por las corrientes de la Medicina Social/Salud Colectiva en las últimas décadas (al igual que la salud pública hegemónica) habían minimizado la importancia de las luchas indígenas y afro latinoamericanas tanto para defender un modo propio de vida como para revitalizar sus formas de comprender y actuar frente a la enfermedad. Las transformaciones conceptuales basadas en un marxismo ortodoxo terminaban siempre por establecer la necesidad de una lucha solidaria y amplia contra el enemigo común del capital y el Estado liberal, soslayando las largas experiencias de opresión y resistencia asociadas a la diferencia étnica. Como en la cita, emergían afinidades conceptuales y programáticas entre actores sociales diferencialmente atravesados por las dinámicas de dominación colonial, desconociendo así: 1) el carácter asimétrico de sus lugares de enunciación, 2) la multiplicidad de historias invisibles de opresión y lucha y, 3) cierta ininteligibilidad e imposibilidad de traducciones simples entre conceptos enraizados en ontologías distintas, entre mundos que se habían desarrollado sin una real copresencia. A partir de algunos de estos puntos problemáticos era necesario reconocer que, salvo contadas excepciones, la Medicina Social/ Salud Colectiva no

contaba con herramientas tanto en el ámbito conceptual como en el metodológico para poder apoyar las aspiraciones transformadoras que se enunciaban¹⁴⁰.

3.4.3. Epidemiología, interculturalidad y reforma

El problema de “la cultura” irrumpía así en el escenario político en la mayoría de los países de Latinoamérica durante la década de 1990¹⁴¹ y, para el ámbito sanitario, implicaría reconfiguraciones en las prácticas de investigación y acción sanitaria con pueblos indígenas. En Chile estos procesos de cambio coincidieron con las masivas movilizaciones sociales y subsiguientes negociaciones políticas que terminaron con la salida pacífica, vía plebiscito, de Augusto Pinochet tras 17 años de dictadura militar. El gobierno y las instituciones estatales pasaban a ser administradas por la coalición de fuerzas democráticas de centroizquierda (la Concertación de Partidos por la Democracia) y nuevos actores comienzan a moldear políticamente el problemático periodo denominado “transición democrática” (Delamaza, 2005; Huneus, 2003; Huneus, Berríos, y Gamboa, 2007; Ominami, 2010).

En el ámbito sanitario, el SNS visionado por Allende había logrado sobrevivir la dictadura, pero había sido fuertemente golpeado por la disminución de sus recursos y atribuciones en diversos ámbitos, a la vez que había sido fracturado en pequeños Servicios de Salud provinciales dentro de un nuevo Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), y a la vez, se le había quitado el poder de administración de los centros de salud primarios¹⁴² (Homedes y Ugalde, 2002, 2005; Plataforma Interamericana de Derechos Humanos y ALAMES, 2005; Tetelboin, 2007; Tetelboin y Salinas, 1984). No obstante, con los cambios administrativos de la transición, arribará un buen número de investigadores y gestores sanitarios que se orientan bajo ideales de democratización institucional y justicia social, algunos de ellos, además, conectados a las corrientes de Medicina Social/Salud Colectiva. En este marco comienza una serie productiva de experiencias de diálogo y trabajo con distintas organizaciones indígenas del país.

¹⁴⁰ Deficiencia todavía observable, por ejemplo, en la ausencia de programas docentes que permitan profundizar el análisis, la reflexión y la acción colectiva sobre las dinámicas culturales y sus impactos en los PSEA dentro de los currículos tradicionales de pregrado y posgrado en Medicina Social/Salud Colectiva (cft. Medicina Social UAM-X, 2020).

¹⁴¹ Siendo evidente que la historia de estas luchas es mucho más larga y compleja, es también claro que durante esa década se comienzan a levantar de nuevo, mediante nuevos marcos de interpretación y respuestas políticas (cft. González Casanova, 2006).

¹⁴² Esto con la idea de favorecer la creación y desarrollo del sector privado en salud, con la consiguiente mercantilización de todas sus acciones asociadas (cuyas consecuencias hemos trabajado en: Carrasco y Medina, 2019; Medina y Kottow, 2015; Medina, Mendonça y Manrique, 2015; Carolina Tetelboin, Zúñiga, Medina y Zúñiga, 2013).

En la Región de la Araucanía (donde habitan algunas de las comunidades mapuche políticamente más activas) se comienzan a explorar nuevas posibilidades de transformación, tanto de la epidemiología como del sistema de salud público, a través de la presencia activa de representantes indígenas en diálogo con estos nuevos investigadores y gestores. Varios de los investigadores que entrevisté relatan como un hito dentro de estos procesos el *Primer Encuentro de Nacional de Salud y Pueblos Indígenas* realizado en la localidad de Puerto Saavedra, el año 1996 (Ibacache Burgos *et al.*, 1998). Ahí se habrían establecido algunas de las bases para la actuación posterior del programa ministerial de “Salud y Pueblos Indígenas” en el resto de los servicios de salud del país. A partir de ese encuentro se realizará luego el taller *Salud, Cultura y Territorio: Bases para una Epidemiología Intercultural* (1997) en Lincayán, que reunió por 3 días “a 45 personas entre representantes de pueblos indígenas, Servicios de Salud, equipos locales, Universidad de la Frontera, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena y Ministerio de Salud” (Saéz y Jelves, 1998, p. 12). El Ministerio de Salud difundirá luego internamente un pequeño libro donde se recuperan las transcripciones de las ponencias y se resume el trabajo grupal efectuado durante el taller. En el poco difundido texto –que recuperé de la biblioteca personal de Jaime Ibacache en Chiloé– aparecen interesantes pasajes para contextualizar esta transformación disciplinaria, por lo que me detendré en algunos de ellos.

En la presentación al taller, efectuada por el entonces Subsecretario de Salud Fernando Muñoz Porra, es posible ya observar cómo a través de la aspiración de transformación disciplinar e institucional se estaban dando conflictivas articulaciones entre reivindicaciones indígenas, el restablecimiento del régimen democrático y cierto progresismo sanitarista regional:

Después de muchos años Chile está saliendo de su letargo frente a una realidad que se negaba a ver: *la existencia de grupos humanos originarios*.

Desde la llegada de la democracia, hemos visto como el tema aflora desde distintos puntos, particularmente desde sectores de gobierno. Hoy son muchos los que reconocen su existencia, valoran su cultura y aceptan sus derechos.

[...] A pesar de la brevedad del tiempo transcurrido, lo avanzado no ha sido poco. Las estrategias en desarrollo se sustentan en un trabajo colaborativo que se ha propuesto desde un comienzo, trabajar “con” las organizaciones indígenas, a un mismo nivel, sin caer en paternalismo y evitando discriminaciones de cualquier tipo. Su propósito es introducir un profundo cambio de actitud desde dentro del sistema. Todo lo anterior ha despertado interés tanto en OPS como en otros países americanos, que miran con atención nuestra experiencia.

En el contexto de modernización y cambio que caracteriza la situación que atraviesa actualmente el sector salud, la epidemiología se ha constituido en una herramienta fundamental para determinar los problemas prioritarios de salud pública del país y seleccionar las estrategias más adecuadas para su abordaje. El estudio de las desigualdades asociadas a origen étnico de las personas y el

desarrollo de un enfoque intercultural en salud no se podían quedar atrás. (Saéz y Jelves, 1998, p. 9)

En realidad, estas intenciones de transformación disciplinaria se encontraban fusionadas con otras necesidades mucho más apremiantes de profundización, extensión y transformación del sistema de salud público en zonas habitadas por pueblos indígenas. Por esos años se estaban recuperando ciertos recursos públicos en el sector tras el término de las más asfixiantes medidas de austeridad fiscal heredadas de la agenda dictatorial, combinadas con un crecimiento económico inesperado. En ese contexto, había una intención política explícita de parte del gobierno democristiano de Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000) para “caminar hacia una nueva relación basada en el respeto del Estado chileno con sus pueblos indígenas” (ídem, p.17). Así, esta serie de encuentros, talleres y diálogos eran también parte de una respuesta estatal frente a las múltiples y profundas exigencias políticas y sociales que estaban demandado distintas organizaciones indígenas movilizadas (cft. Boccara, 2004; Boccara, 2007; Boccara y Bolados, 2010; Bolados, 2012; Cuyul, 2012, 2013).

Dentro de lo específicamente epidemiológico, en el Taller se justificaba la necesidad de transformación disciplinar en términos similares a lo que ya se había propuesto desde otros lugares (Norte y Sur): insuficiencia y limitación ante las nuevas complejidades sanitarias. Estas parecían ser, a primera vista, las fuerzas motrices para la creación de una nueva aproximación epidemiológica:

A pesar de los innumerables avances que ha tenido esta disciplina en el último tiempo, el modelo epidemiológico ha sido cada vez más insuficiente para recoger la complejidad y los múltiples factores que influyen en la aparición de la enfermedad.

Esto se relaciona también con la aparición de nuevas enfermedades y condiciones que tienen un componente sociocultural mucho más claro que las enfermedades infecciosas que fueron las que dieron nacimiento a la epidemiología.

Pensamos que una nueva epidemiología, más amplia, más comprensiva, con una teoría de causalidad de la enfermedad más integral, que reconozca la historia y distintas maneras de entender la salud y la enfermedad, así como también sus determinantes, especialmente los aspectos socioculturales, se hace cada día más necesaria para la transformación de una sociedad más equitativa en salud. (Saéz y Jelves, 1998, p. 11).

Cruzado por intereses y ánimos disímiles, emergía una singular propuesta de “epidemiología intercultural” que sostenía elementos altamente novedosos:

En este contexto proponemos la Epidemiología Intercultural como el estudio de la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferente cultura, así como la incorporación de las propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de la gente.

La Epidemiología Intercultural no la entendemos como el agregado de variables socioculturales a una epidemiología clásica, sino por el contrario, un enfoque

intercultural supone un nuevo marco para la epidemiología, donde se reflexione en conjunto respecto de temas tales como la definición de la pertenencia étnica, la participación de la gente en la investigación, la validez de los estudios, la propiedad intelectual de las investigaciones, el tipo de capacitación necesaria, el tipo de metodología, etc. (ídem, p. 11)

En esa línea se problematizaban las pobres interacciones que impedían complementar conocimientos biomédicos e indígenas sobre la interpretación de los fenómenos de salud y enfermedad. Se aspiraba entonces —al estilo de la razón comunicativa habermasiana— a un diálogo simétrico que fuera capaz, incluso, de aumentar la capacidad metodológica de la epidemiología:

En ese aspecto [del poder], creemos que una epidemiología intercultural, implica, no sólo un cambio de enfoque donde se reviertan estas desigualdades en el poder entre el investigador y el investigado sino que una nueva manera de plantear, generar, producir y compartir el conocimiento epidemiológico entre personas de distinta cultura. Nuestra propuesta es buscar un equilibrio entre las distintas concepciones de salud-enfermedad y su relación con la identidad étnica, así como lograr un acercamiento que considere en igualdad las formas de categorizarlas y medirlas.

Esto no es solo un cambio de enfoque hacia uno intercultural, horizontal y respetuoso; sino que desde un punto de vista metodológico, al considerar la perspectiva del otro, aumenta la validez interna de los estudios. En otras palabras, uno se acerca más a la realidad que quiere medir porque parte del contexto y la conceptualización de la realidad tal como la ven las propias personas. (Saéz y Jelves, 1998, p. 45, autoría de Ana María Oyarce)

En este marco se demandaba una apertura al encuentro y a la exploración de la diversidad y de la confluencia cultural no sólo para los investigadores del área, sino en general para los equipos de salud y las comunidades involucradas:

[...] nos parece importante el desarrollo de una *actitud epidemiológica* con enfoque territorial, social y cultural de los problemas y las soluciones que aportan tanto la gente con los técnicos. Esto pasa por la *actitud de participar*, entendida como el *ser parte del espacio* de la gente y sus estrategias de salud y desarrollo; para allí socializar conocimiento y aprender del conocimiento y anhelos de las comunidades.

El desarrollo de una actitud epidemiológica a partir de los datos que tenemos, será nuestro insumo necesario para avanzar hacia el desarrollo de *una actitud para el nuevo conocimiento*. Esto supone generar una manera diferente de acercarse a la realidad a través de un conocimiento y una nueva cultura que valore, potencie y respalde la diversidad cultural. Un nuevo conocimiento emergente que incorpore los saberes tanto occidentales como de los pueblos originarios; y que fortalezca los puntos comunes y respete los diversos. (Saéz y Jelves, 1998, pp. 22–23, énfasis del original, autoría de Jaime Ibacache Burgos)

Algunos de los más interesantes y problemáticos de estos elementos provenían, en rigor, de una serie de reflexiones colectivas realizadas durante los primeros años de la transición democrática, a partir de experiencias mucho más silenciosas y puntuales de investigación y acción con comunidades mapuche urbanas y rurales de la región de la Araucanía. Un puñado de estos nuevos sanitaristas que habían ingresado a las estructuras de gestión de los servicios de salud, dentro de un ambiente de cierta “efervescencia democrática” tras la

caída de la dictadura, habían logrado abrir parte de la gestión sanitaria local hacia distintos actores sociales de base (equipos de salud local, organizaciones comunitarias e indígenas, terapeutas diversos) que hasta entonces habían sido marginados de estas instancias. El relato sobre estos años de Jaime Neira Rosas, uno de estos jóvenes profesionales, es elocuente:

Ya habían pasado casi 10 años de que empezamos con la chicharra¹⁴³, y en todo este proceso además uno iba conociendo más gente, a los equipos de salud que estaban en los hospitales más periféricos, nosotros hacíamos harto terreno, salíamos harto a las Postas, hacíamos reuniones con los equipos locales, entremedio ocurrieron todas las cosas que pasaron en el programa de salud mapuche, estos encuentros nacionales de salud y pueblos indígenas, todas estas cosas estaban pasando en ese ambiente [...] armamos como un paquete de capacitación que era, ¡mira la weá [cosa] que hacíamos! agarrábamos como dos o tres fuentes de datos, me acuerdo mortalidad infantil, enfermedades de notificación obligatoria, enfermedades no transmisibles, egresos hospitalarios, entonces construíamos todo eso para una comuna y nos íbamos a la comuna a discutir con la comuna a ver qué ellos pensaban de esos datos. Entendiendo también un poco de esto que el Jimi [Jaime] Serra llamaba los análisis de caso clínicos en la comuna. Entonces ahí se armó una metodología que el Jaime Ibacache bautizó como talleres Territorio y Realidad. (JNR, médico, investigador, docente y gestor, 04/10/2018, Temuco, entrevista personal)

La figura de Jaime Serra, médico pediatra y sanitarista que recién retornaba luego de un largo exilio político fuera de Chile, habría sido fundamental para posibilitar esta apertura institucional, llevando hacia la Región de la Araucanía parte de sus experiencias en el “Hospital Sin Paredes”¹⁴⁴ de la localidad de San Ramón, Costa Rica (Serra y Brenes, 1983; Serra y Ramírez, 1988). En Chile, Serra se vincularía a la docencia en pre y posgrado dentro de la Universidad de la Frontera y el Servicio de Salud, generando equipos de trabajo donde desarrollaría una estrategia interdisciplinaria para la investigación

¹⁴³ Juguete infantil sonoro. Acá hace referencia a que habían ingresado con cierto poder a la gestión del Servicio de Salud.

¹⁴⁴ El nombre de aquel proyecto sanitario progresista reflejaba su claro posicionamiento respecto al rol social de los centros asistenciales estatales dentro de los territorios rurales y sus comunidades sosteniendo “una visión no compartimentalizada de las necesidades de salud, educación, vivienda, recreación y trabajo” (Serra y Ramírez, 1988, p. 101). Entre otras estrategias, en el Hospital Sin Paredes, Serra y sus colaboradores lograron construir poderosos instrumentos para el análisis colectivo de las situaciones de salud, por ejemplo, las denominadas “Auditorías de fallecimiento, de menores de un año por comunidad y equipo de Salud con enfoque integral” donde se buscaba reconstruir los pasos consecutivos que llevaron a la defunción de casos reales con el fin de distinguir si se trataba o no de una muerte *evitable*, y entonces “poder enfrentar y transformar colectivamente la realidad negativa” (Serra y Brenes, 1983, pp. 295–299; Serra y Ramírez, 1988, pp. 104–105). La noción de “daños evitables” a la salud como productos de la “disección y radiografía de la sociedad, tanto como productora de problemas, como frente a su capacidad o incapacidad de dar respuesta a estos” (Serra y Ramírez, 1988, p. 105), posicionaba un concepto clave capaz de reunir la investigación con la acción y la epidemiología con la política: “El daño evitable, sostuvo Serra, es aquel daño que ocurre pese a que existe el conocimiento, los recursos económicos y sociales capaces de enfrentarlo de manera positiva y superarlo [...] la evitabilidad refleja la desigualdad social” (Hersch, 2013b). Años más tarde la epidemiología sociocultural en México retomará el concepto, añadiendo que “la figura operativa del *daño evitable* pone el acento en la enfermedad como un hecho entero, total y globalizador que presenta diversas facetas: como un proceso de múltiples implicaciones, como un marcador de cultura, pero también de economía, de sanidad, de biología” (Hersch y Haro, 2007a, p. 8).

y docencia epidemiológica en conjunto con los diversos actores comunitarios en la comuna rural de Cunco, que en esos momentos era azotada por un intenso brote de Hepatitis A. Ahí el denominado “Centro Interdisciplinario para Desarrollo Local” logró articular con éxito una estrategia integral comunitaria de prevención de la enfermedad, lo cual validaría su continuidad luego como Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI) que hasta hoy trabaja con estudiantes de distintas carreras que se incorporan a diversos territorios rurales de las regiones de la Araucanía, Bio Bio y Aysén (PIRI, 2013).

El PIRI se convertiría progresivamente en una de las plataforma para estos pioneros experimentos de apropiación y transformación de la epidemiología que habrían sido capaces de vincular a distintos actores del sistema de salud público, universidades, municipios y comunidades locales, bajo algunos de los ideales democráticos de la precoz transición y, por cierto, vinculado también a mejoras concretas tanto en la cobertura como en la integralidad de las atenciones de los centros de salud primarios locales y las medidas de prevención de la enfermedad. La misma antropóloga Ana María Oyarce fue parte de estas experiencias:

Íbamos a las comunas, yo iba cuando podía porque yo no trabajaba en el Servicio, íbamos a las comunas, iban con el computador, y con el Epi-Info [software estadístico], y la gente daba información y sacábamos gráficos [...] Territorio y Realidad se llamaban, te estoy hablando del año de la pera mota [¿1990?], no existía el programa mapuche todavía, y ya, y con este profundo convencimiento que todos, nos venía de Jaime [Ibacache] de haber trabajado en salud rural, a mí de haber estado en las comunidades [mapuche] y ver esos mapas, y una profunda convicción de que la salud se produce en el territorio, que el bienestar se produce en el territorio, y que el hospital o el centro de salud o la posta ya es como el último pelo de la cola pero no: es donde uno tiene que invertir toda la energía, porque la gente vive su vida en la comunidad, en el territorio, no vive en el servicio de salud ni vive en la posta ni vive en el hospital. (AMO, 22/03/2018, Santiago, entrevista personal)

Tras estas primeras experiencias democráticas postdictatoriales, se impondrá ya iniciado el s. XXI una reforma al sector sanitario orientada fundamentalmente a la contención de sus gastos a través de la priorización y focalización centralizada. La reforma, además, incorporaba cambios profundos en la estructura del sistema de salud, dividiendo las funciones de planificación de las de gestión. Los equipos de trabajo de los servicios de salud son fracturados en diversas funciones supeditadas a metas cuantificables de producción de servicios y se reduce progresivamente el margen de maniobra para la vinculación con actores externos al sistema. Los relatos tanto de la antropóloga Ivonne Jelves como del médico Jaime Neira, ambos testigos directos de estas mutaciones tecnocráticas, son elocuentes:

...ese tiempo era antes de la reforma de salud [2000], entonces no estaban separadas las funciones, entonces desde el Servicio de Salud se hacía mucha acción preventiva, mucha investigación, mucha reflexión y era como que se estaba en una etapa de exploración, no sé, una etapa de sensibilización... entonces había como mucha más libertad, no estábamos tan metidos en la onda de conocer el sistema, yo creo que ni siquiera sabíamos lo que era un REM¹⁴⁵ los que no éramos del área de la salud [risas]... ignorábamos muchas cosas porque no era tema, visitábamos mucho las casas, las comunidades, teníamos un tremendo acercamiento con los especialistas de la medicina. (IJM, antropóloga, investigadora, gestora, 05/09/2018, Valdivia, entrevista personal).

Ya no era lo mismo a fines que a fines de los 80, o sea esta lógica del *management*, de la gestión pública ya estaba bastante más, se había avanzado esas cuestiones y del 2000 en adelante eso empezó a profundizarse; entonces era más notorio el contracorriente, o sea esta lógica de trabajar por metas, por gestiones asociadas a incentivos económicos, la separación entre lo municipal y los establecimientos del servicio era como más evidente; empieza a aparecer con más fuerza la toma de decisiones desde lo económico en la gestión financiera, y todo el discurso sanitario como a nivel país yo creo que pierde relevancia, se supone que entrecomillas volvíamos a la normalidad después de la década del 2000 y es cuando comienzan a introducirse con más fuerza contrarreformas neoliberales, o sea, que ya venían pero en algún momento uno visualizaba en la década de los noventa a principios, la posibilidad de recuperar, que uno veía que habían más recursos públicos, más inversión en recursos humanos públicos y blablablá y uno se imaginó que iba para allá y no: empezó aparecer esta lógica de la relación público privada y de las herramientas de la gestión privada, de la gestión económica al interior del sistema público. (JNR, médico, investigador, docente y gestor, 04/10/2018, Temuco, entrevista personal)

Sin embargo, las reflexiones y propuestas condensadas en el taller de Lincarray el año 1997 continuarán por distintos caminos dentro de esta nueva reforma sanitaria neoliberal. El Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) se mantendrá a través de diversas formas de “salud intercultural” financiadas por el sistema de salud público y se expandirán por todos los servicios del país, aunque de forma cada vez más descontextualizada, minimalista y lejana a los cuestionamientos estructurales sobre los procesos de salud y enfermedad locales (cfr. Boccara, 2004, 2007; G. Boccara y Bolados, 2010; Bolados, 2012; Cuyul, 2012, 2013; Picaroni, Medina y Vásquez, 2019). Mientras, las actividades de investigación epidemiológica (y especialmente las de carácter interdisciplinario) perderán progresivamente interés institucional y se volverán discontinuas, acotadas y con poco impacto real en las formas de gestión sanitaria:

Una cosa que me complica a mí cuando se citan esos 8 estudios que hicimos de epidemiología de pueblos indígenas¹⁴⁶ que hicimos con la Malva [Pedreros], que es un estudio que siempre se pensó que era un inicio, era abrir una ventana a lo que podía ser la epidemiología sociocultural, pero nunca desde los Servicios de Salud se hizo nada, entonces nos quedamos en la epidemiología convencional, o sea, hacer diagnóstico a partir de los registros de defunción de las personas

¹⁴⁵ REM: Registro Estadístico Mensual. Plantilla donde cada funcionario de la red asistencial incorpora el tipo y cantidad de prestaciones que ha efectuado durante un mes. Mediante estos registros se mide la productividad de cada uno de los centros de salud.

¹⁴⁶ Se trata de una serie de investigaciones financiadas y coordinadas por el Ministerio de Salud, que más adelante se detallan.

indígenas fallecidas y compararla con el resto es una epidemiología de lo más convencional. (AMO, 22/03/2018, Santiago, entrevista personal)

3.4.4. Epidemiologías socioculturales

A pesar de los embates de la reforma sanitaria y un creciente multiculturalismo de corte neoliberal que comienza a ganar terreno avanzando las décadas del 2000-2010, algunos grupos de investigación-acción sociosanitaria interdisciplinaria continuarán trabajando en relación con las estructuras del sistema de salud público chileno. Por ejemplo, es el caso de las investigaciones, reflexiones y acciones que emergerán desde centros asistenciales de la red administrados por asociaciones mapuche, como el Hospital de Makewe (Ibacache Burgos, Chureo, McFall y Quidel, 2001; Ibacache Burgos, McFall y Quidel, 2001), el de Nueva Imperial (Cuyul, 2014) y el Centro de Salud Intercultural Boroa-Filulawen (Cuyul, 2012). Posteriormente será posible también observarlos (con menor asociación a la salud intercultural) en la creación y desarrollo de las Unidades de Salud Colectiva del Servicio de Salud Llanquihue y del Reloncaví (Carvajal et al., 2007), y también en las Unidades de Salud Colectiva y de Epidemiología Sociocultural del Servicio de Salud Chiloé¹⁴⁷ (Leighton y Monsalve, 2015).

La investigación titulada *Rume Kagenmew ta Az Mapu: epidemiología de la trasgresión en Makewe-Pelale* (2001) de Ibacache Burgos, McFall, y Quidel me parece un ejemplo central para observar cómo la epidemiología estaba siendo apropiada y transformada. Partiendo del mismo marco de la propuesta de epidemiología intercultural del Taller de Licanray de 1997, en este caso surgirá algo muy diferente. Se mezclarán datos etnográficos (como citas de fragmentos de entrevistas de diversos actores comunitarios con énfasis en los sanadores tradicionales, *machi*), estadísticas de morbilidad local, resultados de una encuesta de causas de consulta de morbilidad en el Hospital (con preguntas específicas sobre enfermedades mapuche y no mapuche y sus formas de atención), información territorial con énfasis en la extensión de la industria forestal, y revisiones bibliográficas de cosmovisión mapuche. Es una compleja mixtura que parece ir y venir desde una a otra fuente de información, y termina transformando el sentido de lo que muestran. Lo anterior, estrechamente vinculado al proceso de apropiación comunitaria del hospital y la propuesta clínico-terapéutica que se encontraba en su base, cuyos propósitos explícitos eran: “[el] desarrollo de un enfoque integral de lógica mapuche que produzca conocimiento para el abordaje de los problemas de salud que afectan a la

¹⁴⁷ Del cual me encargo de profundizar durante el Capítulo IV.

persona, la familia y la comunidad” (Ibacache Burgos *et al.*, 2001, p. 42). En la práctica, la morbilidad era atendida en un consultorio externo por un médico con formación occidental, pero hablante de *mapuchezugún* y con conocimiento epidemiológico, cultural y territorial (el mismo Jaime Ibacache) el cual era acompañado por un técnico auxiliar paramédico, también hablante y conocedor tanto de la biomedicina y como de la medicina mapuche, procurando un espacio cálido, respetuoso y pertinente para el diálogo sincero y también con la presencia de la familia del enfermo (ídem, pp. 43-45). A partir de la centralidad de esta experiencia clínico-comunitaria, resulta inteligible el florido abanico de informaciones epidemiológicas y socioculturales que se abre para buscar una comprensión integral de las causas de salud y enfermedad locales. Dentro del trabajo parecen encontrar esta comprensión, finalmente, a través del denominado *Modelo Equilibrio-Desequilibrio* que ordena desde una lectura de la cosmovisión mapuche diversos “factores agresores y protectores”:

Cuando la persona vive en armonía consigo mismo, su familia, su comunidad, el medio ambiente y los seres espirituales en que cree, está en equilibrio completo y por tanto no aparece síntoma ni signo de enfermedad.

Cuando existe transgresión en alguna de esas dimensiones la persona pierde sus capacidades de equilibrio y enferma.

Esta situación se evidencia cotidianamente a través de los motivos de consulta de las personas tanto a los hospitales, consultorios urbanos, centros de salud integral rurales, en sus domicilios, etc. [...]

Esta tensión o distress se origina básicamente en la transgresión que experimenta la persona ya sea por su comportamiento con las leyes del AD MAPU en el caso mapuche o por acción de una tercera persona que le “envía” un “mal”. Así la persona pierde su condición de “che” y queda expuesta a la “entrada de la enfermedad” que desencadena el proceso de enfermedad que se expresa finalmente en síntomas y signos en el cuerpo físico (kalül). (Ibacache Burgos *et al.*, 2001, p. 17, énfasis del original).

Un año después, y relacionado a los mismos procesos de investigación y acción en la Araucanía, aparece el libro *Salud Colectiva y Medio Ambiente* compilado por Mario Castro (2003) y publicado por el Ministerio de Salud/ Servicio de Salud Araucanía Sur. A pesar de su escasa difusión, el libro integraba interesantes reflexiones sustentadas en una singular versión de la Salud Colectiva creada en el Sur de Chile, que ayudaba a observar y actuar crítica y colectivamente frente a los crecientes problemas medioambientales de las comunidades mapuche. Dentro del capítulo titulado *¿Qué podemos hacer en forma colectiva?* el mismo Jaime Ibacache retomará algunos de los elementos del trabajo con Makewe, pero a partir de este momento comenzará ya a hablar de una *epidemiología socio-cultural*, diferenciándola radicalmente de una epidemiología hegemónica (Tabla 2):

Tabla 2: Diferencias entre epidemiología hegemónica y epidemiología socio-cultural. Fuente: Ibacache Burgos (2003, p. 12)

Epidemiología Hegemónica	Epidemiología Socio-cultural
<ul style="list-style-type: none"> -Métodos Inductivo e Hipotético Deductivo. -Define prioridad probabilísticamente. -Reduce necesidad al plano fenoménico -Reduce la realidad a “factores de riesgo” 	<p>Contexto: Urgencias socio-sanitarias de pueblos sobre-explotados</p> <ul style="list-style-type: none"> -No se reduce a uso progresista de conceptos, técnicas y líneas de acción convencionales, tampoco de adaptación tercermundista del saber de los centros hegemónicos. -Surge alrededor del pensamiento científico emancipador. -crecimiento y profundización de la revolución filosófica que estuvo en la periferia de los campos técnicos.

Es posible notar también a partir de este trabajo cierto desmarque respecto a las formas de “salud intercultural” centradas en la atención curativa pero, que no incorporan una observación crítica sobre la *determinación social de la salud* en el territorio. Este último concepto provenía directamente de los desarrollos regionales de la Medicina Social/Salud Colectiva, a diferencia de las elaboraciones anteriores. Además, se observa una gran cercanía (aunque no explícitamente citada) tanto en lo conceptual como en lo retórico con los trabajos desde la epidemiología crítica de Jaime Breilh (2003, 2010a). Más allá, el rasgo que me parece relevante destacar es que, a partir de este trabajo, el ahora denominado *modelo de armonía-desarmonía* inicialmente elaborado en Makewe-Pelale aparece como herramienta útil para ser extrapolado hacia otros contextos similares. Es decir, la conceptualización de la *transgresión* como modelo explicativo de la generación colectiva de enfermedades deja de ser un particularismo de algunas comunidades mapuche para transformarse en una guía orientadora tanto para el trabajo de investigación como de acción sociosanitaria general¹⁴⁸:

Es necesario asumir, como parte de un nuevo enfoque epidemiológico, todos los procesos que participan en la determinación de la salud. Es decir, en cada situación se requiere conocer cuáles son los procesos que protegen la vida y la salud versus cuáles son los que la destruyen y deterioran. (Factores protectores y Factores agresores).

¹⁴⁸ En los dos Capítulos siguientes me encargaré de profundizar en el carácter problemático y a la vez productivo de este tipo de *traducción intercultural* (Santos, 2003a, 2013, 2018, 2007). Y especialmente, me enfocaré en cómo estos primeros desarrollos conceptuales de una epidemiología sociocultural llegarán posteriormente hacia el Archipiélago de Chiloé y serán, de nuevo, transformados.

Es el conocimiento que aportan los técnicos como las comunidades (rurales y urbanas) en la identificación de los factores agresores y protectores que inciden en la relación armonía-desarmonía. (Ibacache Burgos, 2003, p. 16).

Por otro lado, y más ligados a las estructuras centrales de planificación sectorial, se encontraba la serie de estudios epidemiológicos encargados por el Ministerio de Salud a través de su Programa de Salud y Pueblos Indígenas durante los años 2003 al 2014, bajo el título *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile*. Éstos nacían como una obligación sectorial en relación con los mismos Encuentros Nacionales de Salud y Pueblos indígenas ya mencionados (en la página 128). No obstante, además de producir información sanitaria esencial sobre las diferencias de morbilidad y mortalidad entre grupos indígenas y no-indígenas de diferentes zonas del país con la idea de detectar y priorizar “brechas de atención”, las autoras desplegaban también otras inquietudes interdisciplinarias. De este modo, en el libro N° 2, titulado *Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque sociocultural. Guía básica para equipos de salud* (Oyarce y Pedrero, 2006), ya aparece una idea clara de qué debía ser una epidemiología sociocultural¹⁴⁹ dentro de los centros de salud públicos en zonas indígenas:

una epidemiología sociocultural [...] en tanto componente de un modelo intercultural de salud, es una estrategia teórico-metodológica de investigación, que se articula a partir de la negociación de significados culturales entre equipos de salud y comunidades indígenas, en torno a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, la curación y la atención. Se trata, entonces, de un enfoque específico a cada situación y a cada territorio indígena, que surge del diálogo interdisciplinario e intercultural entre medicina y antropología, por una parte, y entre personas de distintas culturas, por otra. (Oyarce y Pedrero, 2006, p. 9)

3.4.5. Epidemiología sociocultural en México

Procesos similares de transformación disciplinaria se estaban dando en otros países de la región. Sus contextos claramente serán diferentes, al igual que las divergencias en sus elaboraciones teórico-metodológicas. En México estos procesos se desarrollarán predominantemente dentro de una configuración de actores ligados más al mundo académico, en el marco de cierto compromiso social de algunas universidades e institutos de investigación públicos¹⁵⁰. Precisamente por esta afiliación la epidemiología sociocultural que emergerá en México tendrá un grado de elaboración conceptual y difusión científica muy superior al caso de Chile. Mantendrán, no obstante, diversas conexiones, las cuales creo irán marcándolos en sus divergencias y convergencias. Por lo

¹⁴⁹ Además de observarse ya dentro de este trabajo referencias explícitas a los trabajos de la epidemiología sociocultural en México, como González y Hersch (1993) y Menéndez (1990a).

¹⁵⁰ Entre los cuales puedo mencionar, entre otros: Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-Xochimilco) y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

anterior me parece imprescindible un breve *excursus* por algunas de sus producciones, aceptando el riesgo de ser excesivamente sintético.

Según el antropólogo argentino-mexicano Eduardo Menéndez, la epidemiología sociocultural sería una “tendencia teórico-metodológica” caracterizada por tres rasgos principales: 1) plantear la necesidad de incluir en los estudios de los “Procesos de Salud/Enfermedad/Atención (PSEA)¹⁵¹ no sólo los aspectos sociales, sino también los culturales y los económico-políticos junto con los biológicos y ecológicos; 2) utilizar una combinación metodológica capaz de reunir información cuantitativa y cualitativa y; 3) trabajar sobre un “enfoque relacional” que además de procurar por incluir todos los factores involucrados en los problemas sanitarios estudiados, incorpore el conjunto de “actores sociales significativos que los viven, sufren y transforman” (Menéndez, 2008, p. 5). A estos tres rasgos habría que sumar por lo menos otros dos que también pueden observarse en otras producciones: 4) una fuerte intencionalidad operativa y no apenas como marco analítico, y 5) el énfasis en el denominado “eje atención-desatención” como herramienta analítica y operativa ligada orgánicamente al “eje salud-enfermedad”¹⁵² (Hersch y Haro, 2007; Haro, 2011; Hersch, González y Sedano, 2012; Hersch, 2013b; Hersch y Pisanty, 2016).

Los dos primeros rasgos se derivarían más o menos directamente de las críticas que ya antes revisé sobre las limitaciones conceptuales y metodológicas de la epidemiología convencional, realizadas durante las décadas 1970 y 1980 tanto desde el Norte como el Sur. No obstante, desde un México donde las injusticias sociales son históricamente perpetuadas por el Estado y sus instituciones (y por la relación neocolonial con los E.E.U.U y su contigüidad geográfica), acá se sumará también una fuerte crítica a la efectividad tanto de las investigaciones desde la epidemiología convencional como de la antropología culturalista para llevar a cabo transformaciones reales en las comunidades donde se ha trabajado. Comunidades donde las condiciones sociales, culturales y políticas

¹⁵¹ El concepto de “Proceso de Salud/Enfermedad/Atención” puede ser entendido como la ampliación de una de las principales construcciones teóricas la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericanas: el *proceso social de salud/enfermedad* inicialmente trabajado por Asa Cristina Laurell (1982). El concepto ampliado tendría la capacidad de desplazar los análisis centrados en la enfermedad como único objeto del estudio y acción sanitaria, para orientarse al análisis de su carácter relacional, interdependiente y dinámico. “Es decir que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.” (Menéndez, 1994, p. 71).

¹⁵² La profundización sobre la construcción conceptual alrededor de estos ejes se toca con mayor profundidad en relación con la práctica de epidemiología sociocultural en Chiloé, durante el Capítulo IV.

que determinan muchos de los problemas sanitarios habían sido (en el mejor de los casos) bien caracterizadas, pero escasamente abordadas en función de superarlas. De este modo, las 3 últimas características del enfoque mexicano, parecen ser transformaciones conceptuales y metodológicas que se derivarían de una búsqueda para que cierta rigurosidad analítica en el enfrentamiento de distintas versiones de los problemas locales se convirtiera, además, en un momento estratégico para la generación de procesos colectivos de mejoramiento sanitario, es decir, se busca una “epidemiología implicada” en los procesos que estudia. Ideas que, según comentario personal del investigador mexicano Paul Hersch, estarían inspiradas en las experiencias del “Hospital Sin Paredes” de San Ramón en Costa Rica y, especialmente, en sus “auditorías de fallecimientos” impulsadas por el chileno Jaime Serra desde los años 1970 (que ya comenté en la página 132). A través de esta intención operativa adquiriría real sentido las transformaciones de la epidemiología:

¿Por qué planteamos a la epidemiología sociocultural como un referente de carácter operativo, como un campo transdisciplinar comprometido en generar además propuestas relativas a problemas epidemiológicos, entendidos éstos como expresiones de un contexto de múltiples facetas? Porque si bien pretendemos comprender los fenómenos y contextualizar nuestras técnicas, sean cualitativas o cuantitativas, lo que importa más aún y de manera central, a nuestro parecer, es contextualizar nuestro propio desempeño considerando sobre todo las derivaciones operativas que pueden surgir al ampliar y profundizar nuestra comprensión de los problemas sanitarios mediante una mejor reflexión y práctica. En este sentido, bien podemos señalar que la propuesta de una epidemiología sociocultural no constituye precisamente una novedad, sino que emana de una preocupación común: la posibilidad de incidir integralmente en las realidades que intentamos comprender. (Hersch y Haro, 2007, p. 6)

Como revisa también Hersch (2008, pp. 165–175 y 209–212), ya se encontraba en marcha un proceso progresivo de menciones a “factores socioculturales” entre los principales temas y problemas de salud dentro de la literatura biomédica especializada por lo menos desde el año 1963, con diversas e interesantes experiencias. En esa línea, la primera publicación en México utilizando un enfoque de epidemiología sociocultural (aunque sin nombrarlo) habría sido, según su propio autor, el estudio titulado *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán* de Eduardo Menéndez (1981). Con motivo de su reciente redición en España corregida y aumentada el autor explica:

En *Poder, estratificación y salud*, y en función de los objetivos señalados, desarrollé algunos aspectos que más tarde iba a precisar en otros textos, pero que ensayé y puse a prueba tanto a nivel metodológico como de trabajo de campo en esta investigación. Me refiero a la propuesta de «epidemiología sociocultural», que no pretendió desplazar a la epidemiología biomédica, sino complementarla, cuestionando algunos de sus enfoques, y sobre todo incluyendo no solo los procesos y relaciones sociales, sino también los culturales, ideológicos y de

poder, así como analizarlos en términos de relaciones de hegemonía, subalternidad y contra-hegemonía. (Menéndez, 2018, p. 18)

Los referentes teóricos de este primer estudio mezclaban algunos autores clásicos de la antropología médica anglosajona que habían hecho etnografías centradas en los temas de salud y enfermedad en contextos indígenas (como Foster, Holland, Lewis, Lopez Austin y Redfield) con formulaciones críticas desde las ciencias sociales europeas como Bastide, De Martino (2013), Devereux, Durkheim (2004) e incluso Fanon (1983). A partir de ellos, continúa Menéndez, habría propuesto algo “obvio” y sin embargo “excluido por los salubristas”:

[...] que en toda comunidad los sujetos y grupos saben sobre sus enfermedades, ya que generan y manejan formas de diagnóstico y de explicación de los padecimientos que reconocen como amenazantes. Es decir, todos los sujetos tienen un saber epidemiológico, y no solo los actores sociales encargados profesionalmente de atender y/o prevenir los padecimientos. Llegaba a la conclusión que los diferentes actores sociales, a partir de su inserción social y ocupacional, desarrollan perfiles epidemiológicos de los padecimientos que más los afectan real e imaginariamente. Dichos perfiles incluyen signos y causas de las enfermedades, criterios de gravedad o levedad de las mismas, incidencia diferencial de los padecimientos en términos de edad, de género y de ocupación, pero también en términos étnicos y de clase social. (Menéndez, 2018, p. 18)

Durante los años sucesivos se darán experiencias de trabajo en terreno, la conformación de grupos de investigación con interés en este abordaje, y ricas reflexiones en el orden teórico y metodológico (sintetizadas en publicaciones como González y Hersch, 1993; Hersch, 1992, 1995, 1996; Hersch y Haro, 2007; Menéndez, 1990b, 1994, 1995, 1998b, 1998a). Se comienza a describir, por ejemplo, que “otras formas de entender” la enfermedad necesariamente determinan “otras formas de atender” y organizar colectivamente la mantención de la salud en coherencia con una diversidad de modos de existencia que se relacionan cotidiana y conflictivamente entre sí (Osorio, 2001). En esa línea destaca el tratamiento de los denominados “síndromes culturalmente delimitados”¹⁵³ y/o “complejos patológicos prehispánicos” que permitirían visibilizar la importancia y extensión de concepciones no-biomédicas en salud y enfermedad de las comunidades, y además, tendrían capacidad para integrar en sus cadenas causales o fuentes de determinación las condiciones sociales, económicas, culturales, comunitarias, ecológicas y/o espirituales que las reproducen (González y Hersch, 1993; Hersch, 1995; Hersch y Haro, 2007). Más allá, mediante estas experiencias colectivas de investigación y reflexión se muestra posible, en

¹⁵³ Estas formas de utilización lo diferenciarían de los primeros abordajes fuertemente culturalistas y puramente analíticos de los “culture-bound syndrome” de la antropología médica y etnopsiquiatría anglosajonas, aunque son construcciones inspiradas en algunos de sus trabajos (Kleinman, 1980; Young, 1982). También, tendrán cierta influencia en la epidemiología sociocultural de Chiloé, como muestro en el Capítulo IV.

ciertos casos, vincular a diversos actores comunitarios e institucionales para establecer compromisos y acciones concretas en algunos de los territorios indígenas más excluidos del país. Algunos ejemplos de estas experiencias son: a) la inclusión de estos temas en un manifiesto presentado al candidato a la presidencia de México en el 2006, firmado por 500 académicos y profesionales de salud (Hersch y Haro, 2007b); b) la inclusión en el marco de la epidemiología sociocultural a la perspectiva de los denominados “itinerarios de desatención nutricional” en comunidades Mepha y Nasavi (Hersch y Pisanty, 2016); y c) la inclusión a procesos concretos de relevancia sanitaria pero invisibilizados, como es el caso del endeudamiento por gastos catastróficos en atención médica, en comunidades afroamericanas (Hersch y Rodríguez, 2017).

La propuesta de transformación disciplinar mexicana era, sin duda, cercana a otras que ocurrían en Latinoamérica. Por ejemplo, en relación a los desarrollos de la Salud Colectiva de Brasil, se proponía una *etnoepidemiología* (Almeida-Filho et al., 2012; Almeida-Filho, 2000; Fernandes, 2003) que sostenía elaboraciones interdisciplinarias semejantes, al igual que los enfoques participativos de investigación-acción enraizados en las luchas socioambientales quilombolas e indígenas (Martínez-Alier et al., 2014; Porto, 2015; Porto et al., 2016; Porto, Rocha y Finamore, 2014; Porto y Martínez-Alier, 2007). Igualmente se asemejará en ciertos aspectos a la ya mencionada “epidemiología crítica” de Jaime Breilh (2003, 2008, 2010a) de Ecuador. La idea de realizar cierta síntesis de algunos de los elementos más relevantes de estas experiencias regionales era, quizás, lo que decantaba en México para creer que, si es que debía denominarse a través de un “apellido” su propuesta de transformación de la epidemiología, esta debía ser la de “sociocultural”¹⁵⁴.

Un hito con relación al desarrollo del enfoque en México se da el año 2006 en la ciudad de Cuernavaca mediante el Seminario titulado *El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, organizado por los médicos con posgraduación en ciencias sociales y antropología Paul Hersch y Jesús Armando Haro. Durante 3 días del Seminario se juntaron 24 investigadores de distintos países que “habían incursionado en diversas temáticas sanitarias mediante la integración de enfoques epidemiológicos y aportes de las ciencias sociales” (Haro, 2011, p. 12). El

¹⁵⁴ A su vez, con este nombre se destacaban algunas inspiraciones, tanto programáticas como conceptuales, con la llamada “Escuela de Quebec” desde donde investigadores como Gilles Bibeau (1992) y Raymond Massé (1995a, 1995b) habían generado interesantes reflexiones sobre el rol de la antropología en la salud pública. Del mismo Raymond Massé (1995a) se tomará una idea clave en ese sentido: “En la medida en que el ambiente físico y social, al igual que las conductas y actitudes que los sustentan, se encuentran profundamente condicionados por la organización social y anclados en la cultura, la epidemiología deberá ser sociocultural o no será epidemiología”. (citado en Haro, 2011, p. 11).

propósito de este encuentro era, según comentario personal del mismo Paul Hersch, “formar un grupo de trabajo que pudiera impactar de manera articulada en las políticas públicas, de investigación, de operación sanitaria y educativas” y, como segundo objetivo, poder consensuar, a través de la discusión colectiva de las distintas experiencias, una propuesta capaz de distinguirse de otras combinaciones metodológicas entre antropología y epidemiología que no tocaban, a juicio de los participantes, los puntos más sensibles de esta crítica disciplinaria (tanto a la antropología como a la epidemiología) y el desarrollo de sus alternativas teóricas y metodológicas. Un resumen de esta propuesta puede leerse en la presentación del libro que posteriormente reunió los trabajos del Seminario¹⁵⁵:

Existen, por lo tanto, diversos grados y maneras de concebir lo que debe ser un enfoque epidemiológico sociocultural, el cual puede resumirse en tres elementos mínimos: la integralidad del abordaje (con la atención a los variados ámbitos en los que se distribuyen los determinantes de la salud y la enfermedad), la combinación de estrategias metodológicas (cuantitativas y cualitativas) y el recurso de otorgar voz a los actores significativos. En particular, la adscripción política de la propuesta de una epidemiología sociocultural como una herramienta de emancipación y empoderamiento ciudadano, es un elemento pendiente de abordaje, en tanto para algunos de los asistentes al Seminario es un aspecto que no debería formar parte sustancial del enfoque, sino una consecuencia política derivada de acciones técnicas, lo cual admite ciertamente diversas lecturas. (Haro, 2011, pp. 27–28).

Divergencias políticas aparte, el libro será editado tanto en México como en Argentina y será difundido con relativa extensión hacia distintos núcleos de investigación y acción ligados a la Medicina Social/Salud Colectiva. Será ésta una de las tantas conexiones con los procesos de transformación disciplinaria que ocurrían en Chile.

3.4.6. Historias cruzadas y vertientes de la epidemiología sociocultural

Después de casi dos horas de entrevista con Ana María, en que pudimos recorrer parte de su historia vital y profesional, ya casi al final, nos invadía una sensación de perplejidad. Es que alrededor de la emergencia de la epidemiología sociocultural en Chile había muchas más historias de las que inicialmente intuíamos. Estas parecían cruzarse una y otra vez, intercambiándose actores, conceptos, proyectos y utopías de transformación. Algunas de ellas quedaban en solo buenas intenciones, mientras que otras tomaban caminos de desarrollo inicialmente impensados. Agotarlas parecía una tarea imposible y carente de sentido.

¹⁵⁵ Antes de este libro habían sido ya publicados en un número especial de la revista *Región y Sociedad* de Hermosillo 8 artículos y 4 reseñas derivadas de este mismo Seminario (ver presentación del número especial en Haro, 2008).

La emergencia y desarrollo de la epidemiología sociocultural en Chile, aun considerando los escasos 15 años desde su primera mención y un número bastante reducido de publicaciones y equipos de investigación formales, se mostraba más prolífico y divergente de lo que superficialmente parecía. Cada experiencia de trabajo en terreno era potencialmente capaz de generar nuevos procesos de investigación-acción con relativa autonomía –como lo estaba observando cotidianamente por esos mismos días en el trabajo de campo en el Archipiélago de Chiloé–. Evidentemente, en relación con estas dinámicas de continuidad y divergencia, los vaivenes de la institucionalidad sanitaria chilena habían tenido un gran impacto. Por ejemplo, varias de las comunidades indígenas con las cuales inicialmente se había trabajado tanto en la Araucanía como en Chiloé, posteriormente preferirán ser autónomos en sus procesos de investigación-acción respecto a las instituciones del Estado. Otros actores relevantes en los momentos de creación posteriormente abandonarán no sólo el sistema sanitario, sino todos los temas relacionados con la salud. Sin duda las reformas sanitarias neoliberales desfiguraron gran parte de aquellas incipientes confianzas depositadas en la democratización y transformación institucional.

En todo caso, si hubiera que llegar a una conclusión– continuábamos pensando en voz alta junto a Ana María– esta sería que no parece haber acá procesos cerrados, sino continuas crisis e intentos de reparación. Cada ciclo inaugura viejos y nuevos cuestionamientos respecto al quién, para qué, cómo y por qué de la tarea epidemiológica sociocultural. De ahí también quizás sus vertientes:

Mira, yo podría distinguir dos vertientes, Seba, una que es construir buenos instrumentos epidemiológicos a partir de investigaciones antropológicas, que sería como lo que se hizo con las preguntas del censo de población; te estoy hablando del censo de población del 2002, donde nosotros trabajamos precisamente con el CELADE visitando los 8 pueblos indígenas que habían en ese momento, para preguntarles a ellos cómo querían que se hiciera la pregunta para incorporarla al censo¹⁵⁶ [...] y la otra, es a partir de la, por así decirlo, combinación de maneras de entender la salud y la enfermedad, que también puede tener distintas variantes este diálogo. Una puede ser por ejemplo lo que hicimos en Ercilla¹⁵⁷ que es que a partir de las fuentes oficiales, de la pérdida de agua, del avance de la invasión forestal, de todo el tema de deterioro del medioambiente se hace un diagnóstico que es sociocultural pero ecológico, o de economía, no quiero decir de economía política porque es demasiado pretencioso, pero en el fondo es vincular lo que sucede en el medio ecológico en la ecología política con cómo eso se expresa en la salud de las personas; es otra manera de hacer epidemiología sociocultural también.

¹⁵⁶ Investigación que posteriormente se extenderá y profundizará en relación con las formas de registro étnico en salud para el pueblo mapuche (publicadas en Oyarce, 2008; Oyarce y Del Popolo, 2008; Oyarce, Sánchez y Huirican, 2010).

¹⁵⁷ Publicado bajo el título *Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos* (CEPAL, CELADE y ATM, 2012)

Y hay una tercera manera de hacer epidemiología sociocultural, que es entender las dos miradas como mundos en sí mismo, por ejemplo, un poco lo que hace Jaime [Ibacache] que no trata de traducir uno al otro, sino, por decirte cualquier cosa, en el mundo mapuche la enfermedad es principalmente una cosa ética, moral, de transgresión, de relaciones, relacional, y uno puede entenderla como enfermedad sólo haciendo un máximo esfuerzo de conceptualizar sacando del contexto, pero para ellos es una cosa totalmente integrada y da lo mismo que se llame mal, *weküfü*, diabetes, riñón, no importa, lo importante es el conflicto relacional que está mostrando detrás. (AMO, 22/03/2018, Santiago, entrevista personal).

CAPÍTULO IV: ITINERARIOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL DE CHILOÉ

4. Itinerarios de la epidemiología sociocultural de Chiloé

*Por el litoral
de mi tierra austral
mi barca se mece
en la oscuridad
tras la cruz del sur
guiándome va
navegando voy
por el litoral*

Humberto Soto Pérez (cantautor y fotógrafo chilote)

Itinerarios de una investigación

Las “salidas a terreno” acompañando a la Unidad de Epidemiología Sociocultural de Chiloé fueron una de las partes centrales de mi trabajo de campo. Registré 47 de estas salidas hacia distintas localidades del archipiélago con amplia predominancia de los sectores rurales y de la isla grande¹⁵⁸. El itinerario era más o menos el siguiente: cada martes y jueves nos juntábamos temprano por la mañana en la ciudad de Castro o Chonchi para desplazarnos por los serpenteantes caminos insulares. Dependiendo de la localidad de destino, el trayecto podía durar hasta 2 horas a través de intrincadas rutas de asfalto, tierra y mar. Así, estos trayectos paulatinamente se convirtieron para mí en un espacio central de aprendizaje, diálogo y reflexión con el Equipo de epidemiología sociocultural de Chiloé¹⁵⁹. El Equipo básicamente era Jaime Ibacache Burgos, quien coordinaba las acciones en terreno, entrevistaba y además realizaba atenciones médicas; Luis Ciceto Tapia, quien hacía el registro audiovisual tanto de las entrevistas como de las localidades; y yo, que además de tomar notas de campo y registros audiovisuales para la investigación, podía aportar con preguntas dentro de las entrevistas y realizar atenciones médicas cuando se requería¹⁶⁰. En ocasiones se nos sumaron invitados externos, como por ejemplo la enfermera pasante Lorette Piagay de Francia o el antropólogo médico Roberto Campos¹⁶¹ de México. Pude registrar varios de estos momentos de diálogo-en-el-trayecto en formato audio, los que luego se transformaron en fuentes relevantes para esta investigación. Usualmente las conversaciones estaban teñidas de los paisajes por los cuales íbamos

¹⁵⁸ Más detalles en la sección “prácticas de conocimiento” del Capítulo I.

¹⁵⁹ En adelante como “el Equipo”.

¹⁶⁰ Otro integrante de la Unidad de Epidemiología Sociocultural era Andrés Calderón, quien no participó durante mi estancia de estas salidas a terreno, sino que debía permanecer físicamente en las oficinas del Servicio de Salud. Quizás “cubriendo” los constantes requerimientos de datos epidemiológicos por las burocracias central y local. Más adelante en la sección “Montajes” comento esta división de funciones.

¹⁶¹ Quien fue a Chiloé a presentar su interesante libro *Si no se le despega eso, ¡se le muere el niño! El empacho en Chile: 1674–2016* (Campos, 2016).

transitando. “Hay muchos mundos en el Chiloé profundo” solía decir Jaime cuando hablábamos de la diversidad de formas de vivir, enfermar y morir en estos territorios. Las historias llevaban un sello de admiración y también de nostalgia al recordar a los maestros y maestras del saber popular que “hacían su universidad desde el fogón, desde la huerta”. Así fluían los tiempos de ruta por Chiloé: entre el sabor fuerte de una hierba mate bien compartida¹⁶² y el sonido del jazz fusionado al ronroneo grave del motor.

4.1. Güen pañiwe

Este tipo de salidas a terreno formaban parte de un proceso de investigación que ya estaba avanzado al momento de mi llegada al archipiélago. Había comenzado en octubre del año 2016 y respondía a la línea de trabajo oficial de la Unidad de Epidemiología Sociocultural del Servicio de Salud Chiloé:

Desarrollar una línea de investigación-acción epidemiológica que incorpore el enfoque psicosocial y cultural para contribuir a la pertinencia de los Planes y Programas de Salud. Especial énfasis se hará en el estudio de los itinerarios terapéuticos y en las formas propias de mantener y reproducir salud y bienestar que tienen las personas y familias en sus territorios. (Unidad Epidemiología Sociocultural, 2018, p. 1).

Dentro de este mismo Informe –cuyo objetivo era presentar la investigación a los nuevos directivos del Servicio de Salud y pedir apoyo para su continuidad– se contabilizaba hasta septiembre del 2018 (casi dos años) un total de 178 salidas a terreno. Se había entrevistado y registrado en audio y video a: “familias, personas, grupos comunitarios, sanadores tradicionales, Técnicos Paramédicos (TPM) e Integrantes de Equipos de Salud” (ídem, p.1). Además, el Informe explicitaba brevemente la estrategia metodológica:

Es la Investigación-acción-participativa y pedagógica con un enfoque de interpretación de la realidad y facilitador de la gestión final. Es participativa en la medida que hay un diálogo de saberes y conocimientos entre los actores del encuentro; y es pedagógica pues en el encuentro todos aprenden del otro (Unidad Epidemiología Sociocultural, 2018, p. 2).

A lo largo de la progresión de mi acompañamiento a este proceso de investigación en terreno, terminé convencido de que este tipo de documentos oficiales ocultaban más que lo que mostraban respecto a las prácticas de la epidemiología sociocultural en Chiloé. De hecho, el título real de esta investigación era *Güen Pañiwe* y no aparecía como tal en ningún documento oficial. Aquella palabra mezclaba de forma poco ortodoxa el castellano

¹⁶² Tomada a la manera de ritual para la conversación en Chiloé: “La yerba mate se introduce procesada a Chiloé desde Argentina, Brasil y Paraguay. Las prolongadas migraciones chilotas hacia las patagonias reforzaron esta tradición. Su consumo es alto en el medio campesino y constituye un refuerzo social, como lo es también la chicha de manzana. Generalmente el hombre de campo inicia su día con un matecito.” (Cárdenas Álvarez y Villagrán, 2005, p. 233)

con el veliche, no aparecía en ningún diccionario y, según Jaime Ibacache Burgos, lo había escuchado de uno de los “maestros del Chiloé profundo”, don Aníbal Panichine del sector playa de Chanquín, para referirse a personas, familias, lugares, con “características de ser personas amables, ser personas cariñosas, y que también estaban siempre devolviendo, haciendo reciprocidad, o sea, en el fondo estaban manteniendo la cultura” (Jaime Ibacache Burgos en Seguel, 2019). Aquellos que, como el otro maestro Don Eugenio Guichaquelen de Isla Alao a sus 107 años, cuando se les preguntaba una receta para vivir largos años de buena vida respondían: “no ofender a ningún prójimo”, “¿cómo va a estar puro ocioso?”, “yo atiendo a los animalitos, saca papas, pica leñita, trae agua” (Ibacache Burgos, 2007).

De este modo la investigación *Güen pañiwe* tenía varios objetivos, y uno de ellos era precisamente rescatar experiencias, saberes y prácticas de personas del Chiloé rural que en ese momento ya estaban en la fase final de sus vidas. El presupuesto era que había un grado creciente de interrupción en el traspaso intergeneracional de esos conocimientos por las imposiciones del modelo socioeconómico neoliberal en el archipiélago. Por lo tanto, muchos adultos mayores que antes habían sido reconocidos terapeutas locales (como hierbateros, *méicas*, quebradores de empacho y susto, componedores de huesos y/o parteras de gran relevancia para la reproducción del modo de vida de las localidades rurales y aisladas) ahora se encontraban en una situación de franco abandono: despreciados por las nuevas formas de medicalización, relegados al silencio de lo obsoleto por sus propias familias, y totalmente invisibles para las instituciones del Estado. De este modo el rescate de estas ricas experiencias desde sus mismos actores a través de un registro audiovisual de alta calidad trascendía, quizás, al mismo Equipo y lo que ellos pudieran producir con estos materiales: era una manera de conservar la memoria sociosanitaria de estos territorios.

Lo anterior incluía a los TPM más antiguos de las Postas de Salud Rural que se encontraban ya jubilados o muy cercanos a su retiro de la actividad oficial. Estos tampoco eran considerados como fuentes de conocimiento válido por los nuevos TENS¹⁶³ ni por la mayoría de los jóvenes equipos de profesionales de la salud que realizaban las “rondas

¹⁶³ Técnico en Enfermería de Nivel Superior. Carrera universitaria de 5 semestres de duración que otorga un grado técnico y habilita para realizar acciones básicas preventivas, curativas y de rehabilitación. Se diferencia de los anteriores Técnicos Paramédicos (TPM) quienes habían sido formados directamente por los Servicios de Salud y que, según varias entrevistas, estaban capacitados para una gama de acciones relacionadas con el desarrollo rural, como veterinaria, agricultura y planificación comunitaria, entre otros. Así, la fractura intergeneracional era expresión también de dos racionalidades contradictorias sobre la atención sanitaria: los TENS consideraban pocos profundos los conocimientos biomédicos de los TPM, mientras que, para éstos últimos, los nuevos TENS ignoraban y despreciaban las varias dimensiones del modo de vida rural y sus efectos en la salud. Más adelante profundizo este punto.

médicas” en estos sectores. Sin embargo, dentro de los procesos de investigación-acción de la epidemiología sociocultural de Chiloé aparecían constantemente como actores centrales, entre otras cosas porque “ellos viven la ruralidad desde su doble rol de vecino-funcionario y más aún, muchos de ellos son junto a sus familias, los actores protagónicos de la historia de la formación de estas comunidades” (Carvajal et al., 2007, p. 145). En palabras del mismo Jaime Ibacache:

... en esos lugares trabajan unos técnicos paramédicos que son los mayores que hay en Chiloé, gente con muchos años de experiencia y que por alguna razón han quedado por ahí permanentemente trabajando en esos lugares y nos interesa empezar a entrevistarlos un poquito desde la perspectiva de la salud colectiva para ver cómo ellos han desarrollado su trabajo, qué piensan hoy día sobre la atención primaria de salud, cómo ven que se está llevando a cabo, cuáles son sus propuestas, y en el fondo es como parte de este rescate de diferentes personajes de la salud y el desarrollo en Chiloé. (JIB, entrevista personal, 26/09/2017).

4.2. Hacia la Isla Alao

Allá hacia el Este aparece Isla Alao, nombre chono que tiene que ver con una “caleta protegida” o también con “lugar donde resplandece la luna”. Una isla pequeña pero profunda. Es lo que yo llamo el Chiloé Profundo. Aquel territorio que tiene en su seno historias de profundas inequidades, pero también profundas historias de sabiduría por donde se mueve la vida y la muerte. (Ibacache Burgos, 2014).

Una de las salidas a terreno que creo puede servir para describir varias dimensiones de las praxis que componían la investigación *Güen Pañiwe* fue la salida a terreno hacia la Isla Alao realizada los días 14 y 15 de febrero del 2018, casi en la mitad de mi periodo de trabajo de campo en Chiloé.

La Isla Alao es una de las 10 islas de la comuna de Quinchao y junto con las islas Chaulinec y Apiao forman el denominado grupo Chaulinec¹⁶⁴ (*Figura 17* y *Figura 18*). Cuenta con 8,8 kms² de superficie y según una encuesta del año 2012 hecha por su departamento de salud municipal tenía 397 habitantes (197 mujeres y 200 hombres) en su mayoría autoidentificados como pertenecientes al pueblo mapuche (82,87%) o williche (3,64%), los cuales habrían disminuido fuertemente respecto al anterior censo del año 2002 (que contaba 462 habitantes) (Gajardo, 2014, p. 10).

¹⁶⁴ Como adelanté en el Capítulo II, la mayoría de las islas del mar interior poseen una toponimia de origen chono, hoy difícil de traducir con seguridad al castellano. Para el caso de Chaulinec, una posible interpretación es la unión de: CHAU “chico, pequeño” + LIN “cerro, monte” + EC “isla sin refugio del viento Noroeste” (Cárdenas Álvarez et al., 1991, pp. 151 y 152).



Figura 17: Mapa de Chiloé, en destaque “grupo de islas Chaulinec” de la comuna de Quinchao. Fuente: modificado de <http://artesaniachiloe.wordpress.com>



Figura 18: Mapa turístico "ruta de las islas" de Quinchao con sus 10 islas pegado en las tejuelas de la iglesia de Caguach (Fuente: trabajo de campo Chiloé, 2018)

Territorialmente Alao se divide en 7 sectores (Capilla, Cumblelo, la Vega, Miraflores, Lagual, Duo y Apao) donde, fuertemente dispersas, se distribuyen sus familias. Una especie de centro cívico (Capilla) reúne las escasas infraestructuras públicas, destacando la moderna Posta de Salud Rural que contrasta frente a una desatendida escuela primaria, cancha deportiva, antigua iglesia de madera tradicional y su respectivo cementerio (*Figura 19*). Paloma Gajardo (2014) en su trabajo etnográfico realizado en Alao durante los años 2012-2013 describe también una falta casi total de servicios básicos como agua potable, alcantarillado y electricidad, y un alto índice de pobreza, que dejaba a Alao como la más pobre de las islas de Quinchao. Para la autora esto se ligaba a un “aislamiento subjetivo y [la] exclusión social debido a políticas descontextualizadas, un municipio e instituciones lejanos” (p.12). El modelo de desarrollo impuesto y basado en intereses externos, criticaba Gajardo, estaría sostenido en relaciones históricas de discriminación interétnica. Lo anterior se evidenciaba en que, a pesar de estos bajos “indicadores de urbanidad”, existía también un muy bajo índice de criminalidad y hechos policiales en la Isla, y más allá, los habitantes de Alao se consideraban altamente satisfechos con sus vidas:

“Somos de la isla, acá uno tiene lo suyo”, la valoración que hacen sus habitantes del entorno y de las potencialidades que tiene es significativa, de acuerdo a la encuesta de salud familiar de 2012, el 91,30% de las familias se siente satisfecho de vivir en el territorio (Gajardo, 2014, p. 74)

La mayoría de sus familias mantenían un modo de vida altamente autónomo basado en la agricultura familiar de tubérculos y hortalizas, la recolección de mariscos y algas (que temporalmente vendían a otras islas), complementados con trabajos estacionales en la acuicultura y pesca de las islas cercanas, o recibían dinero de familiares que vivían fuera (ídem, p. 10 y 11). Así Alao asomaba como un ejemplo extremo de una “ruralidad insular” que parecía haber chocado de frente con los procesos de modernización impuestos por la globalización neoliberal, generándose a su vez contradictorios procesos de reconfiguración de sus propias identidades étnicas, comunitarias y de relaciones con su territorio y maritorio (ídem, p. 72-96).



Figura 19: Iglesia, escuela, cancha y cementerio de Isla Alao. Fuente: trabajo de campo (Alao, Chiloé, 2018)

4.2.1. Isla Alao y epidemiología sociocultural en Chiloé

Quizás debido a esta violencia con que se manifestaban en Alao las dinámicas de exclusión radical y de resistencia sociocultural, fue que en este lugar se dieron algunas de las experiencias iniciales de investigación-acción de la epidemiología sociocultural de Chiloé. Dos de las integrantes de la hoy desaparecida Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud Chiloé¹⁶⁵, Erica Viera y Alejandra Leighton, me relataron (en el contexto de entrevistas en profundidad) que habría sido en la Isla Alao donde por primera vez se habían sumergido en profundidad en problemáticas que cruzaban ámbitos como la economía, la cultura, el género y la etnia, y que tenían expresión en enfermedades de alto impacto comunitario pero escasa comprensión y atención por las instituciones estatales tradicionales, como el alcoholismo y el abuso sexual. La historia de este proceso de investigación-acción comienza con un polémico informe-denuncia elaborado por Alberto Trivero, quien habría (quizás inadvertidamente) reproducido y actualizado algunos de los estereotipos racistas que históricamente se hallaban operando entre las islas del mar

¹⁶⁵ El Servicio de Salud Chiloé conformó una Unidad de Salud Colectiva durante los años 2005-2010 contando con 5 integrantes: una antropóloga (Alejandra Leighton), una asesora cultural williche (Miriam Torres), una facilitadora comunitaria (Erica Viera), dos psicólogas (Carolina Duarte y Evelin Alvarado) y un médico (Jaime Ibacache Burgos). Habría sido desmantelada producto de las orientaciones productivistas biomédicas del primer gobierno de derecha de Piñera durante el año 2010. Una de mis tesis principales es que este enfoque habría logrado sobrevivir, asumiendo un rol marginal respecto a las decisiones de la burocracia sanitaria provincial, a través de la pequeña Unidad de Epidemiología Sociocultural (desde el año 2010 hasta hoy) que cuenta con solo dos integrantes: un bioquímico (Andrés Calderón) y un médico (Jaime Ibacache Burgos). Un buen resumen de algunos de los desarrollos y derivaciones comunitarias de este largo proyecto de Salud Colectiva en Chiloé puede leerse en el Informe de “Buenas Prácticas en Fitoterapia” encargado por el Ministerio de Salud (Leighton y Monsalve, 2015, pp. 139–175).

interior, sustentados en un supuesto origen étnico diferencial¹⁶⁶. Por tanto, era frecuente, en este contexto, que los *afuerinos*¹⁶⁷ percibieran de forma negativa a los habitantes de Alao y en especial sus capacidades de organización y trabajo, refiriéndose peyorativamente a ellos como “indios”, “borrachos” y “violentos” (Gajardo, 2014, p. 73). No pude acceder al documento original, sin embargo, una breve citación desde la misma etnografía de Gajardo es clarificadora:

Los habitantes presentan un consumo abusivo de alcohol (...) el cien por ciento de las mujeres han sido víctimas de violación en donde se reproducen prácticas de incesto a nivel transgeneracional (Trivero citado en Gajardo, 2014, p. 73).

Las conclusiones de este informe habrían sido difundidas por la prensa local, obligando a que las instituciones estatales provinciales se posicionaran. Así, habría llegado como un espinoso problema hacia la Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud quienes, intentando comprender con mayor profundidad estas denuncias, iniciarán un largo proceso de investigación-acción utilizando el enfoque de la epidemiología sociocultural. Erica Viera, una de las investigadoras que más estrechamente trabajó durante esos años con las comunidades de Alao (principalmente en el sector de Apao), me relató:

...hubo una denuncia, de un tipo que hizo todo un reportaje y todo y hablaba de que en Alao poco menos que “todos con todos”, que no había valores, o sea, el desastre, y después vimos que no era tan así, o sea que si bien es cierto habían problemas sociales como en todas partes, pero también había una carga de discriminación y de arbitrariedad enorme [...] hicimos jornadas de reflexión [...] también tratamos de verificar esa información que habían mandado porque era super arbitraria, entonces la primera percepción que tuvimos de los TENS es que no era tanto, fue lo primero que nos cercioró a nosotros que el tema no era así. Entonces nosotros empezamos a trabajar ahí, trabajamos los temas que a ellos [las comunidades] les interesaba (E.V., investigadora y facilitadora comunitaria, entrevista personal 17/01/18).

Este proceso de investigación-acción en un contexto de exclusión, ruralidad e insularidad como Alao, creo, fue determinante para afianzar una serie de metodologías de trabajo colectivo que hoy aparecen como “naturales” dentro de las praxis de la epidemiología sociocultural de Chiloé. Por ejemplo, el trabajo en terreno obligaba a una serie de actuaciones concretas frente a algunos de los problemas más apremiantes identificados con las comunidades. Para esto el equipo de investigación debía movilizar sus redes e implicar a las instituciones estatales pertinentes:

¹⁶⁶ Alao y Apiao, dentro de este estereotipo, serían más indígenas, por ejemplo, que Achao o Quenac, donde las personas se identificaban como mestizas e incluso españolas.

¹⁶⁷ Para el experimentado funcionario de la Posta de Salud Rural de Alao Carlos Hueicha (desde la entrevista que más adelante describo): “afuerino” es alguien que proviene desde fuera de la isla y nunca llega a ser integrado completamente a esta comunidad. En Alao sería especialmente difícil esta integración por razones históricas, a pesar de que alguien llevara muchos años viviendo ahí.

...mostrando todo el rato que la salud es más que el sistema, abocándonos al tema de los determinantes [sociales de la salud], por ejemplo, trabajamos con SERVIU¹⁶⁸, trabajamos con Bienes Nacionales, qué significa trabajar, significa que él iba a terreno a una playa a revisar caso por caso, o sea, abocándonos a las cosas, por ejemplo, en Alao vimos el tema del furgón para los niños, se amplió el camino, se puso rampa en Apao, se consiguió, o sea también trabajando para que las cosas se resolvieran (E.V., investigadora y gestora salud comunitaria, entrevista personal 17/01/18).

Además, esta experiencia de trabajo con las comunidades de Alao habría abonado la persistente idea de que en rigor no hay “una cultura chilota” monolítica, sino diversos modos de vida que cotidianamente se reproducen y resisten en cada uno de los bordes costeros insulares. Pero, a diferencia de otras investigaciones de corte folclórico o culturalistas, acá estas formaciones culturales enraizadas en sus territorios y maritorios no se entenderán como resabios del pasado, sino más bien serán considerados por los investigadores como “múltiples presentes situados” en silenciosa resistencia frente a las imposiciones de un modelo de desarrollo externo. Un ejemplo notable de la fuerza con que emergían estas convicciones desde el trabajo en Alao las presenta condensadas en una breve entrada del blog *Salud Colectiva en el Chiloé Profundo*¹⁶⁹ con fecha 20 de octubre del 2010, donde aparece una fotografía (*Figura 20*) seguida por un breve escrito de Jaime:



Figura 20: Imagen de una epidemiología sociocultural en la isla de Alao. Fuente: Ibacache Burgos (2010b)

Compartiendo con la gente, el sentido común de las causalidades de los desequilibrios. Inequidades e injusticias, discriminaciones y penas. Pero también hay energías ancestrales que rompen el silencio. Que gritan que hay conocimiento y propuestas. Epidemiología sociocultural le llaman... esa hecha por la gente. Epidemiología de la liberación. (Ibacache Burgos, 2010b)

Estos antecedentes hacían que mi acompañamiento al trabajo en terreno de la investigación *Güen Pañiwe* en la Isla Alao durante febrero del 2018, estuviera cargado de expectativas y

¹⁶⁸ Servicio de Vivienda y Urbanización del gobierno de Chile.

¹⁶⁹ El “blog salud colectiva Chiloé” (<https://saludcolectivachiloe.blogspot.com/>) fue una forma de difusión amplia de las investigaciones y acciones de la Unidad de Salud Colectiva que funcionó entre los años 2007 y 2015 a través de las (entonces incipientes) redes sociales de internet. Hoy permanece *online*, pero sin nuevas actualizaciones y la mayoría de sus *links* reportan fallos.

preguntas, especialmente en relación con los reencuentros y cambios que podríamos observar en esta localidad a casi 10 años desde las primeras investigaciones de la epidemiología sociocultural de Chiloé en estas localidades.

4.2.2. Navegaciones

Más que en otras salidas a terreno, para llegar a la isla de Alao dependíamos de que el clima estuviera de acuerdo con nuestros planes. Era necesario realizar una ruta marítima de más de dos horas de navegación que solía suspenderse ante la amenaza de tormentas, marejadas o vientos fuertes. Por eso habíamos decidido dejar estas salidas a las denominadas “islas menores” para una de las estaciones (teóricamente) más benignas en términos de frío y lluvia: febrero¹⁷⁰. Aun así, en pleno verano, se había anunciado por la Autoridad Marítima que algunos puertos iban estar cerrados para embarcaciones menores debido a la presencia de fuertes vientos, lo cual contrastaba con el bello día que veíamos nacer. Como teníamos ya realizados los contactos de las personas que nos recibirían en Alao, decidimos igualmente hacer el intento. Además, sabíamos que era normal un cambio súbito de las condiciones meteorológicas en el transcurso del mismo día, e incluso, que algunos capitanes de embarcación zarparían de todas formas, más confiados en sus experiencias con el viento y el mar que en los reportes oficiales. La primera parte del trayecto por tierra era conocida: 20 kilómetros por una moderna carretera que unía a la capital Castro con la ciudad de Dalcahue¹⁷¹. En menos de 30 minutos estábamos en aquella ciudad que lucía su restaurada iglesia de madera, sus famosos mercados gastronómico y de artesanías, y su minimalista costanera¹⁷². Por esas fechas había una intensa presencia de turistas nacionales y extranjeros. Llegando a “el pasaje” debíamos hacer un cruce de 15

¹⁷⁰ Esto claramente limitaba el mismo proceso de investigación reproduciendo cierta nociva dinámica centro-periferia entre la capital Castro y las islas menores del archipiélago de Chiloé. No obstante, la estrategia sería de una estadía más intensiva en entrevistas y registros contextuales. Durante el Capítulo V reflexiono sobre estas y otras limitaciones metodológicas.

¹⁷¹ Derivaría del veliche DALLCA “balsa, dalca” + HUE “lugar”. Ciudad y comuna de aproximadamente 7.500 habitantes que sirve de enlace hacia la isla de Quinchao (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 63).

¹⁷² Para el historiador chilote Renato Cárdenas, la iglesia Nuestra Señora de los Dolores de Dalcahue sería una de las “iglesias barbies” de Chiloé, calificadas como Monumento Nacional de Chile y reconocidas como Patrimonio de la Humanidad por la Unesco, pero que habrían sido más bien “clonadas” de las arquitecturas originales, perdiendo materiales históricos de gran valor patrimonial y además sin mayor participación comunitaria (Cárdenas Álvarez, 2009). Lo mismo con la arquitectura moderna de su costanera: “uno se espanta con esas plazas llenas de fierro, en vez de árboles, un fierro. Con esos faroles de fierro cada dos metros que pusieron en Dalcahue. Eso en todo orden de cosas [...] son estéticas que también te van dañando, porque tú comienzas a sentirte extraño en tu propia tierra, entonces ese es el principio fundamental de la salud, de que tú respires, tú mires, y tus 5 sentidos vayan enlazándose con una tradición” (entrevista personal, 03/04/2018).

minutos por el canal de Dalcahue sobre un *ferryboat* transbordador hacia la isla de Quinchao¹⁷³ (Figura 21).



Figura 21: Cruce en ferryboat rumbo a Quinchao. Fuente: trabajo de campo (Canal de Dalcahue, Chiloé, 2018)

Una vez en Quinchao debíamos continuar ruta por otros 21 kilómetros de carretera asfaltada hasta llegar a la localidad de Achao¹⁷⁴. Achao se había convertido en los últimos años en un creciente centro urbano, principalmente por ser el puerto principal del archipiélago de Quinchao y sus 10 islas. Virtualmente todas las embarcaciones que hacían recorridos regulares de pasajeros y cargamento zarpaban desde ahí, y un gran proyecto de ampliación del embarcadero y la costanera estaba llevándose a cabo por esos días, lo cual parecía una declaración de las intenciones del desarrollo que se proyectaban sobre esta localidad¹⁷⁵. Cuando llegamos a su embarcadero, cerca de las 15 horas, fue evidente que se había levantado el cierre oficial del puerto, dado que había una gran actividad de carga en las lanchas de recorrido. Familias con sendas compras de comestibles y menaje,

¹⁷³ Es la segunda isla más poblada del archipiélago de Chiloé después de la Isla Grande con 8.088 habitantes (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017) y un área de 160 kms². Aunque en mapudungún existe el concepto QUIMN “saber, entender, conocer” parece ser muy abstracto para un lugar concreto. Así, posiblemente la toponimia sería de origen chono cuya prótesis ACH describe “una playa arenosa” y -AO, “un sitio para recalar, protegido de los vientos del noroeste” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 95).

¹⁷⁴ “Centro urbano más importante del archipiélago interior por poseer la mayor población [aprox. 3.500 habitantes] y ejercer la administración y comercio de esta comuna” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 41). La toponimia más probable es la misma de la cita anterior, de origen chono.

¹⁷⁵ Según algunos autores esta forma de planificación centro-periferia habría sido efectuada “a puerta cerrada” por las entidades estatales, respondiendo más a los intereses de las empresas salmoneras (que cada vez tendían a difundir sus centros en este archipiélago luego de la saturación de las aguas de la isla grande) que a la forma tradicional de uso comunitario de estas rutas de navegación. La tendencia era similar a la observada con las iglesias, un desarrollo que tendía a monopolizar las rutas marítimas posibles y los embarcaderos oficiales con escasa participación comunitaria en estas decisiones (cft. Cárdenas Álvarez, 2009; Gajardo, 2014; Mondaca, 2017; Ther, 2011).

camionetas con sacos de cemento, harina y trigo, sillas, mesas y un sinfín de artículos de construcción eran subidos y acomodados rápidamente sobre las cubiertas. La mayoría de los pasajeros con apuro hacían sus últimas compras o comían algo antes del zarpe (*Figura 22*).



Figura 22: Embarcando en Achao. Fuente: Trabajo de campo (Achao, Chiloé, 2018)

Nuestra carga era moderada, ropa para dos días, algo de comida para el viaje, cuadernos de campo, instrumentos de diagnóstico médico y Terapia Neural¹⁷⁶. Para los registros audiovisuales llevábamos algo más de peso: una cámara profesional (Canon 6D), dos semiprofesionales (Canon T3i y Nikon 1 J1), dos objetivos (un polivalente Canon EF 28-300mm y otro fijo Canon EF 50mm), un trípode (Manfrotto MT055XPRO3 con cabezal 705 HDV), una captadora profesional de audio (Zoom H4n) y un pequeño *drone* con cámara 4k (DJI Mavic 2 Pro) bautizado “Cherkan” como la curiosa avecilla que habita estas zonas (*Troglodytes aedon*)¹⁷⁷.

¹⁷⁶ Esta terapia consiste esencialmente en inyecciones sucesivas de una dilución anestésica a nivel subdérmico en distintos puntos anatómicos, los cuales suelen coincidir con algunos de la acupuntura y medicina china. Las bases del funcionamiento de la Terapia Neural son esencialmente eléctricas, es decir, se produce un bloqueo transitorio de la transmisión de señales irritativas hacia los centros nerviosos. Según la teoría más difundida en el Sur de Chile, estos bloqueos permitirían que el “propio cuerpo” encuentre nuevos equilibrios a través del establecimiento de una relación médico-paciente basada de trabajo colaborativo que se interroga sobre las causas y persistencias de ciertas heridas y cicatrices corporales y psicológicas que se tienen su expresión en dolores crónicos diversos y múltiples enfermedades (como en el difundido texto de Payán de la Rocha, 2010). También puede ser utilizada, simplemente, para bloquear un dolor agudo de forma transitoria. Dentro del trabajo de campo esta terapia fue una herramienta muy útil, rápida y económica para aliviar dolores osteomusculares crónicos y que no respondía al uso de analgésicos orales.

¹⁷⁷ El detalle de marcas y tipos tiene la intención de mostrarlos como entidades relevantes que, de alguna manera, performan las producciones de este proceso de investigación. Silenciosos y presentes, causan efectos en cada uno de los espacios donde actúan. Son integrantes de nuestro equipo.

Dejamos estacionado nuestro automóvil en la costanera y lo vimos hacerse pequeño y luego desaparecer a bordo de la lancha de recorrido hacia a la Isla Alao. La mayoría de los pasajeros se distribuía entre la cubierta sentados sobre las cargas (*Figura 23*), en un espacio interior oscuro con butacas y olor a bencina donde intentaban dormir, o una pequeña cocina-comedor cercana al puente de mando donde algunas mujeres y niños conversaban y comían. En ese lugar Jaime era rápidamente reconocido por algunas de sus antiguas pacientes, quienes lo saludaban con entusiasmo y lo invitaban a pasar por sus casas. Para Jaime, viajar a Alao era un momento de reencuentros: el año 2007 había comenzado a trabajar en estas islas interiores como parte de un equipo multidisciplinario *sui generis* de rondas de atención de salud familiar, dentro de un proyecto pionero de salud complementaria en la comuna de Quinchao (Ibacache Burgos, 2008). La navegación hizo que las más de dos horas sobre el mar interior pasaran lentamente, sentía que de alguna forma se suspendían mis ansiedades frente a este esperado viaje, progresivamente se me hacía más fácil simplemente sentir el viento frío y su comunicación eterna con las olas. Rítmicamente iba meciéndose la lancha, empujada por un potente motor diésel que parecía cantar un monótono mantra. Un sol inesperado picaba puntadas exquisitas sobre nuestras pálidas pieles. El resto del viaje, en este estado contemplativo, me dediqué a descifrar entre los perfiles verdes que aparecían en el horizonte por cuáles de las islas íbamos navegando. De pronto, como rompiendo violentamente este embrujo de mar, aparecieron dos sendos centros de acuicultura de salmones rodeados de gaviotas, y más atrás, por fin, la isla Alao. Los pasajeros rápidamente despabilaban y comenzaban a alistarse para desembarcar, era una extraña bienvenida.



Figura 23: Navegación a Isla Alao. Fuente: trabajo de campo (Mar Interior, Chiloé 2018)

Al arribo un par de camionetas estaban ya a la espera para descargar las lanchas, y algunas familias y parejas de enamorados se reencontraban con abrazos y risas. Descendimos con una alegría expectante, pero nadie nos esperaba en la rampla. A pesar de que éramos los únicos afuerinos que llegábamos ese día, no generábamos mayor interés para los tímidos habitantes. Esta relación de indiferencia, muy distinta a la que uno siente en el resto del archipiélago, sería una constante por los caminos de Alao¹⁷⁸. Una vez desembarcados, aprovechamos de realizar los primeros registros contextuales, Luis enfocando hacia la bella bahía que luego del alboroto inicial por la llegada de nuestra lancha rápidamente quedaba desierta. Después avanzamos a pie unos 500 metros por un camino arenoso que bordeaba la costa con destino a la Posta de Salud Rural, lugar donde nos encontraríamos con el experimentado técnico paramédico Carlos Hueicha, quien nos hospedaría y sería también entrevistado para la investigación. Nuestra recepción fue especialmente cálida: acá Jaime también era un viejo amigo.

4.2.3. En la Posta de Salud Rural

Uno de los objetivos del viaje a Isla Alao era poder registrar audiovisualmente una entrevista en profundidad con el mismo TPM Carlos Hueicha, quien estaba cercano a su retiro y había trabajado por más de 40 años en distintas localidades de las islas de Quinchao. Se trataba básicamente de actualizar y profundizar un diálogo que en rigor ya se venía dando desde el año 2005, momento en que Jaime y su equipo habían comenzado a trabajar en estos territorios a través de un pionero curso teórico-práctico con los TPM (donde se introdujo, entre otras cosas, la epidemiología sociocultural), y luego mediante atenciones con equipos multidisciplinarios y visitas domiciliarias (2006-2008) (experiencias detalladas en: Ibacache Burgos, 2008; Ibacache Burgos y Leighton, 2008).

La producción del registro audiovisual era similar a la que ya había presenciado en otras localidades: se entrevistaba al técnico paramédico en su propio box de atención, sentado tras su mesa de trabajo (típicamente llena de fichas clínicas e instrumentos diagnósticos), bajo la luz blanquecina de los tubos de neón, y rodeado de estantes con fármacos y paredes repletas de imágenes de antiguas campañas sanitarias. Luis comenzaba instalando un micrófono de solapa y se aseguraba una buena recepción del audio. La cámara principal era montada frente al entrevistado mientras Jaime y yo, fuera de cuadro, realizábamos la entrevista portando las otras dos cámaras listas para fotografiar detalles. Ambos

¹⁷⁸ Como ya adelanté en este mismo Capítulo, esta forma de relacionamiento tendría sus raíces en la conflictiva historia de discriminación, racismo e imposición entre estas islas del mar interior.

anotábamos en nuestros cuadernos y Luis seguía la entrevista atento al enfoque y sonido con audífonos puestos (*Figura 24* y *Figura 25*).



Figura 24: Entrevista en Posta Rural, tras la cámaras Luis Ciceto y Jaime Ibacache. Fuente: trabajo de campo (Chiloé 2017).



Figura 25: Entrevista en Posta Rural (Quicaví), frente a la cámara TPM Roberto Bahamonde. Fuente: trabajo de campo (Chiloé 2017).

En los primeros minutos se hacía evidente que todo este despliegue tecnológico y de funciones ponía al entrevistado en tensión. Mi fotografía de la *Figura 25* resulta significativa en ese sentido, dado que (quizás inconscientemente) enfoqué a la registradora de audio digital y sólo en segundo plano al entrevistado. Aquella registradora había

centralizado la puesta en escena hasta ese momento: micrófono, prueba de sonido, chequeo de baterías y memoria. Así, en principio el entrevistado hacía expresiones y gestos inusuales y comenzaba a hablar con un lenguaje bastante más formal que lo habitual. A medida que la entrevista avanzaba, sin embargo, era notable cómo se comenzaba a soltar, dejándose llevar quizás por su propio personaje que se narra. Pronto aparecían las risas, las espontaneidades, las declaraciones sinceras, las penas, el llanto y las agudas críticas. Era evidente a su vez, que la confianza que Jaime generaba a los TPM entrevistados estaba relacionada con sus historias compartidas y admiraciones recíprocas. En ese sentido me parecía que el resto de nuestro equipo (de humanos y no-humanos) éramos testigos y participantes circunstanciales de un diálogo antiguo que, de esta nueva forma, con esta nueva tecnología, adquiriría capacidades nuevas de difusión hacia otros lugares y de proyección hacia el futuro ¹⁷⁹.

a. Un guión invisible

Usualmente este tipo de entrevistas duraba casi dos horas, pero la sensación era que pasábamos volando rápido por memorias, proyecciones y sueños. No había un guión fijo y las preguntas dependían más de las experiencias del técnico paramédico y de las características de la localidad que visitábamos. Aun así, después de haber participado de varias entrevistas, observé que había una especie de “guión invisible” sostenido en grandes ejes, clústeres de dimensiones que tendían a repetirse: un patrón reconocible de temas y reflexiones que quizás eran una forma de sintetizar las conversaciones que se habían sostenido durante largos años. Usualmente la entrevista comenzaba con Jaime preguntando por aspectos biográficos. Más que una detallada historia laboral, el énfasis estaba puesto en descubrir con el entrevistado de dónde había emergido su vocación por la sanación, por la terapéutica, por ayudar a los enfermos. Era sorprendente escuchar que generalmente tenían historias de familiares con generaciones sucesivas de sanadores tradicionales, conocedores de la medicina indígena, popular y casera, y también, de penosas memorias de parientes cercanos con enfermedades graves que desde pequeños marcaron sus caminos vocacionales. En su gran mayoría los entrevistados pertenecían a una pionera generación de TPM que había nacido y crecido dentro de estas mismas localidades rurales e insulares y que habían sido capacitados en biomedicina (con complementos de veterinaria, agricultura y desarrollo rural) entre los años 1960 y 1980 en las principales urbanizaciones de la región (Castro, Ancud, Puerto Montt), becados por el Estado con el compromiso

¹⁷⁹ Más adelante detallo cómo observé estas nuevas capacidades de difusión y proyección.

explícito de volver a hacerse cargo de la continuidad de la atención sanitaria en las incipientes Postas de Salud Rural que por esos años se estaban recién construyendo. Algunos se convertirían así en los primeros agentes sanitarios del sistema público de salud en sus localidades. En esos primeros años se trataba, sin duda, de un rol contradictorio respecto al propio origen: “cuando nosotros estudiamos salud nos enseñaban a perseguir a los sanadores, a las parteras, hueseros y machi [que a veces eran sus mismos familiares], se nos obligaba a denunciarlos incluso a carabineros” (cuaderno de campo, 15/02/18)¹⁸⁰.

Luego la entrevista comenzaba a construir una especie de comparativa diacrónica de la epidemiología local. Se instaba a recordar cuáles eran las enfermedades y causas de muerte más importantes durante los primeros años que el TPM había comenzado a trabajar en la localidad y luego se confrontaban con las causas de morbimortalidad más importantes en el momento actual. Usualmente la comparativa trazaba un paralelo de más de 30 años de diferencia, y virtualmente en la totalidad de estas entrevistas los cambios aparecían como radicales: desde desnutrición calórico-proteica se había pasado a obesidad, desde parasitosis externas y enfermedades respiratorias se había pasado a enfermedades crónicas cardiovasculares (principalmente diabetes e hipertensión). Paradójicamente en cuanto a la mortalidad —excluyendo el recuerdo de mayores mortalidades durante la infancia, pero también mayor número de nacimientos— para el periodo de vida adulta la mayoría de los TPM tenía la impresión de que antiguamente la gente se moría a mayor edad, de causas desconocidas (“naturales” o de “ancianidad”), mientras que ahora había más muertes en edades todavía productivas. De nuevo el culpable era el pobre control de las enfermedades crónicas como la diabetes y especialmente el cáncer, que en algunas localidades era evaluado “casi como una plaga” (Ibacache Burgos, 2017)¹⁸¹.

A partir de esa comparativa epidemiológica se pasaba a una nueva dimensión que exploraba las causas de estas nuevas enfermedades, ligándolas a los cambios socioculturales territoriales. Las preguntas en ese sentido tendían a instar la reflexión de cómo la historia de la localidad se conectaba con estos cambios epidemiológicos y cuáles serían sus principales hitos. En la mayoría de los casos, la primera causa mencionada eran las transformaciones alimentarias que se habían producido con la llegada masiva de productos industrializados ligados al aumento de la capacidad de compra por parte de las

¹⁸⁰ Lo mismo aparecía con claridad en otras investigaciones a partir del mismo enfoque. Por ejemplo, respecto a la persecución de las parteras tradicionales por parte del flamante Sistema de Salud en Chiloé ver en: Leighton, Monsalve, y Ibacache Burgos (2008, pp. 181–183) e Ibacache Burgos (2009a).

¹⁸¹ Lo cual dará el nombre a un documental de 15 minutos elaborado especialmente para generar discusiones colectivas en torno al tema, como describo en la sección siguiente.

familias, que comenzaban a incorporarse a los nuevos trabajos en los centros de cultivo del salmón. Desde comer diversos de productos del mar a través de la recolección familiar y comunitaria (que incluían pescados, mariscos y distintas especies de algas) complementado con una huerta básica con la papa como piedra angular, buena parte estas familias habían comenzado a alimentarse predominantemente de harinas refinadas, conservas y, en el mejor de los casos, de carnes rojas y blancas industriales. Buena parte de los TPM destacaba lo nocivo de estas formas de alimentación que tendrían tanto las frutas y verduras, como las carnes y pescados que provenían del continente (tienen “hormonas”, “químicos”, “transgénicos”, “no naturales”). A esto se sumaba un cambio en el uso del propio cuerpo: antes se caminaba kilómetros para hacer cualquier cosa, se solía trabajar largo tiempo en labores agrícolas o de recolección en bordemar, en cambio, ahora no se caminaba para nada, se movía en automóvil o transportes públicos, luego de trabajar con rutinarios movimientos apenas se llegaba a la casa para sentarse y mirar la televisión hasta el otro día laboral.

En relación con estas modificaciones nocivas en los modos de vida locales, se preguntaba a los TPM cuáles alternativas verían posibles, si lograban vislumbrar “alguna salida”. Era ante estas interrogantes que se solía producir un prolongado silencio o, como intentando zafar, se repetían algunas de las afirmaciones y críticas anteriores. Anoté en mi cuaderno de campo: “hasta este punto llega una entrevista más o menos convencional”. Porque hasta ese punto los entrevistados habían hablado cuestiones que ya sabían de antemano, pero a continuación (olvidadas ya las cámaras y los roles fijos) la entrevista se convertía en un espacio distinto que combinaba más la reflexión colectiva y la búsqueda de utopías compartidas. Jaime me parecía que se ponía a pensar en voz alta, cuestionando partes de lo que antes habíamos escuchado, comparaba, devolvía, invitaba soñar. Así la conversación era llevada hacia un punto donde no había más certidumbres: el futuro del territorio. Las miradas se volvían introspectivas, las manos se frotaban con cierta ansiedad, en un incómodo silencio esperábamos que alguien ofreciera una respuesta luminosa, pero ésta nunca llegaba. Posiblemente nadie antes les había preguntado por el futuro, la misma modernidad había dejado a estos experimentados TPM en un lugar folclórico: imágenes de un pasado irreversible que solo se podía mirar con nostalgia. Me pareció que ni ellos mismos se habían considerado como portadores de ideas valiosas acerca de cómo escapar del inminente naufragio sociocultural que dibujaban. “Está difícil doctor” era una típica respuesta inicial, y luego, como en una rueda, se repetían las mismas críticas frente a las

empresas poderosas, a las decisiones centralistas de desarrollo, a la falta de organización social. Recién una vez agotado este movimiento circular, esta forma de rumiar lo que ya todos conocíamos, ese lugar conocido de víctimas de una modernidad implacable, a veces, florecían ideas de escape: la necesidad de una política de desarrollo territorial sustentada en decisiones autónomas, aprovechando los recursos propios y tradicionales, pidiendo apoyo externo en las debilidades, poniéndole frenos a los elementos externos considerados nocivos: combinando lo mejor de lo propio y tradicional, con lo extranjero y moderno. “La cultura de Chiloé es dinámica, navegante e inquieta. Cambia de paradigmas cotidianamente”, parecía un buen resumen de aquellas ideas (Ibacache Burgos y Calderón, 2016, p. 2).

Finalizando la entrevista, con el mismo tono de reflexión, Jaime preguntaba por las transformaciones del modelo de atención en salud rural. Las respuestas eran relativamente unánimes: a pesar del mayor número de profesionales de salud y frecuencia de las rondas, la atención estaba cada vez más centrada en el cumplimiento del número de atenciones de morbilidad y una creciente medicalización irreflexiva para los pacientes con enfermedades crónicas. Al técnico paramédico se le había llenado de tareas burocráticas (para la evaluación de la productividad del sistema) y limitaciones en cuanto a su accionar terapéutico (ya no podía indicar antibióticos, por ejemplo) y especialmente, se habían limitado sus tiempos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Las visitas domiciliarias y actividades comunitarias fuera de las Postas habían sido reducidas al mínimo y dependían en gran parte del voluntarismo del técnico paramédico y su capacidad “para sacar a terreno” a los equipos profesionales¹⁸². Las propuestas para salir de este modelo de atención en salud rural que, a juicio de los entrevistados no respondía a las necesidades del territorio, implicaba cambiar estas metas sociosanitarias centralistas, hacer una observación sistemática sobre qué enfermedades aquejaban más fuerte a cada localidad y sus vivientes (en Alao, por ejemplo, el alcoholismo era una constante reflejo y causa de muchas otras enfermedades y dinámicas nocivas locales) y de esta forma, ajustar las

¹⁸² Ya a esta altura debería quedar claro que hay una diferencia abismal entre los llamados “técnicos” y los “profesionales de salud” dentro de este modelo de atención en zonas rurales. No solo se trata de una diferencia entre los números de años de enseñanza formal y el grado académico y título correspondiente; se trata realmente de una distinción que está atravesada por la clase, la etnia y el género. En otras palabras, generalmente los técnicos son mujeres de familias indígenas locales que con muchas dificultades lograron acceder a este tipo de formación, aumentando sus ingresos monetarios y siendo a veces la primera generación que se insertaba en un trabajo asalariado. Los profesionales, en cambio, suelen ser hombres y mujeres provenientes de familias mestizas (o sin raíces indígenas reconocidas), que llevaban ya varias generaciones dentro de un modo de vida urbano proletario o pequeño burgués. En mi tesis de maestría analicé en mayor profundidad algunas consecuencias de esta distinción para el caso de las políticas de salud rural en la comuna de Cochamó (Medina, 2013, pp. 389–394).

acciones del sistema de salud. Dentro de estas utopías, el rol de los antiguos TPM parecía ineludible.

Al igual que esta entrevista, la visita que realizamos durante esos mismos días en la isla de Alao a la casa de la señora Enedina Guichaquelen, sintetiza bien otro momento central en la metodología de la investigación *Güen Pañiwe*: las conversaciones de fogón.

4.2.4. En el fogón

La salida del "cuarto oscuro" de la posta hacia las viviendas de las personas, genera en mí un estado especial de aproximación a esas realidades, muchas veces idealizadas, y que he llamado el Chiloé Profundo (Ibacache Burgos, 2008, p. 74)

Partiendo de la Posta de Salud Rural, y por intermedio del mismo Carlos Hueicha, conseguimos que una de las pocas camionetas de la isla nos acercara al terreno de la señora Enedina, matriarca de una de las familias más antiguas de Alao y con la cual Jaime ya había trabajado en investigaciones anteriores¹⁸³. Raudos por los caminos de tierra suelta (pasando entre familias caminantes y alcoholizados jinetes) en menos de 30 minutos nos encontrábamos frente a la entrada de su predio. Como era habitual, los perros y sus ladridos anunciaron nuestra extraña presencia, y poco tiempo después, apareció la señora Enedina con su característica forma de caminar por sus dominios: observando presencias donde nosotros solo veíamos árboles. Con la alegría de un esperado reencuentro, nos invitó a pasar a su cocina. “Ya sabía que venían con ese aparato” nos dijo, refiriéndose a la cámara y trípode con el cual Luis apuraba unos planos amplios hacia el extenso campo que se elevaba sobre el mar interior.

La mayor parte de esta visita transcurrió en la cocina de la señora Enedina, y no por azar. Este era uno de los espacios más importantes dentro de las investigaciones de la epidemiología sociocultural en Chiloé. La cocina chilota actual representa una continuidad histórica del antiguo fogón chono y veliche. Posee una disposición típica de sus integrantes humanos y no humanos alrededor una “fuente madre” de calor central, y múltiples funciones que cruzan los ámbitos biológicos, sociales, económicos, psicológicos, espirituales y, obviamente, de salud. Acá ocurre la preparación y consumo de alimentos, remedios y bebidas, y también se conversa, se calla, se recuerda, se proyecta y se discute. Los investigadores y cocineros chilotes Renato Cárdenas y Lorna Muñoz lo describen con íntima claridad:

¹⁸³ Don Eugenio Guichaquelen (padre de la señora Enedina y recientemente fallecido) había participado desde hace 10 años en investigaciones con la Unidad de Salud Colectiva de Chiloé. Yo recordaba vivamente una serie de materiales audiovisuales donde don Eugenio se había transformado en protagonista y generosamente mostraba su modo de vida y sus recetas para la longevidad (Ibacache Burgos, 2007, 2010a).

La cocina ha sido para nuestra generación el sitio de la comida, del afecto familiar, del encuentro con los vecinos, apoyado con un trago de chicha, un mate, unos churrascos de masa en las interminables frituras. En la cocina vivimos los llantos y risas de la infancia; el lacrado de las encomiendas a los ausentes. La cocina de las tristezas y esperanzas; de las largas esperas patagónicas; de las cartas, de las cartas, de las cartas. La cocina de los temores nocturnos cuando los coo –unas lechuzas de la brujería- nos dejaban los pelos de punta cada vez que se aposentaban en las arboledas de las huertas gritando su presencia. Los espantamos con tizones y quemantes improprios (Cárdenas Álvarez y Muñoz Arias, 2008, p. 4).

Aunque gran parte de las cocinas de Chiloé en la actualidad tiene sofisticadas estufas de fierro que consumen vorazmente leñas de árboles exóticos (por la deforestación autóctona) y en otras simplemente ha sido reemplazada por una cocina a gas o eléctrica (un espacio en “peligro de extinción” para los arquitectos Sahady, Bravo, Quilodrán, y Gallardo, 2011), todavía aquel calor de memorias ancestrales se mantiene vivo en los hogares del Chiloé rural insular. Este permite a la vez cocinar y mantener “una matriz de 22 grados, temperatura ideal para el cuerpo” (Cárdenas Álvarez y Muñoz Arias, 2008, p. 3) que contrasta con el clima frío y lluvioso que vemos tras las pequeñas ventanas. De este modo la cocina-fogón tiene la capacidad de transportarnos hacia un tiempo-espacio de exquisita intimidad. Quizás dejándose llevar intuitivamente por este espacio que las familias rurales ofrecen con naturalidad al visitante, las primeras experiencias de epidemiología sociocultural en Chiloé fueron trabajando desde este lugar y pronto se convertirá en uno de los escenarios privilegiados para la realización de diversas actividades de investigación-acción como entrevistas a familiares, enfermos y sanadores, acciones terapéuticas biomédicas, alternativas y tradicionales, improvisados conciertos de música popular, proyecciones de materiales audiovisuales, etc. Esto es evidente en la mayoría de sus producciones audiovisuales y aparece como un “espacio metodológico natural” desde los primeros minutos de la investigación *Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé: “las historias no contadas”* (Ibacache Burgos, 2009b) donde Jaime junto a la familia Mella Naiman hacen la introducción, precisamente, alrededor del calor de su cocina, compartiendo mate y conversando sobre las enfermedades no reconocidas por la medicina occidental (*Figura 26*).



Figura 26: La cocina-fogón de Chiloé como un espacio metodológico natural. Fuente: fotograma de Ibacache Burgos (2009b, 02:33)

a. El guión de la maestra

A diferencia de las entrevistas con los TPM, en las conversaciones de fogón virtualmente no había guión ni ejes temáticos predefinidos: todo dependía de la experiencia de la familia, de lo que se quería compartir o guardar, y de lo que fuera relevante y preciso pensar, hacer y sentir en aquel momento. Sin embargo, nuestra pertenencia al campo sanitario era siempre conocida, y evidentemente los temas de conversación estaban asociados de una u otra forma con la prevención, curación y causas de las enfermedades. Debido a esto, muchas veces una enfermedad contingente ocupaba la mayor parte de nuestra visita. En esos casos nos dedicábamos a examinar, sugeríamos diagnósticos biomédicos y hacíamos tratamientos simples, principalmente con terapia neural. Todo aquello fomentaba el diálogo con la familia: se comparaban estos diagnósticos y tratamientos respecto a los de la medicina casera y los de los terapeutas tradicionales locales antiguos y actuales. No se trataba, sin embargo, de una “visita médica” convencional, dado que se fomentaba una comprensión integral de la enfermedad en el contexto ecológico, social, comunitario, cultural y espiritual en que se encontraba la familia. Así, más que prescripciones únicas, de nuestras visitas usualmente emergían respuestas complementarias entre formas distintas de entender la enfermedad, “se ampliaba la red de posibilidades de curación”. Dentro de estas conversaciones, la centralidad del registro audiovisual era menor que en las entrevistas con los TPM. Usualmente Jaime

explicaba al inicio su intención de registrar con la cámara partes de la visita con la idea de producir materiales de difusión. A veces se le respondía ¿y para qué? ¿A quién le podría interesar? Dando así pie rápidamente a una conversación sobre los conocimientos caseros y locales que para muchas familias iban desapareciendo a medida que las “pastillas” y la medicina privada avanzaban por el Archipiélago. Así casi siempre había interés en participar de los registros. Luis con la cámara en el trípode se ubicaba rápido y silencioso en un lugar estratégico, espalda a alguna de las paredes, donde los planos permitieran captar a todos los participantes y obtener un buen audio ambiental. Jaime y yo, simplemente, conversábamos.

Pero regresando a la cocina-fogón de la señora Enedina en la Isla Alao, era una muestra clara del abigarramiento con que la modernidad había llegado a estas localidades. La estufa a leña tradicional (ya a esa hora con varias ollas, teteras y *machitunes*¹⁸⁴ humeando) era iluminada por una gran pantalla de LCD que transmitía un melodrama de origen turco en *modo mute*. Secándose en el techo, al calor perpetuo de la estufa, colgaban hierbas, algas, alimentos, pieles y ropa. En las paredes se veían calendarios antiguos de campañas electorales y comercios, y una foto enmarcada color pastel que mostraba a “los mayores”¹⁸⁵ con los retoques típicos de las primeras fotografías. Sobre las repisas múltiples santitos y adornos, llamando la atención unos finos canastillos artesanales, que la misma señora Enedina tejía con fibras vegetales al “modo antiguo”¹⁸⁶ junto a otros multicolores que ingeniosamente tejía con las tiras plásticas que se recolectaba de las playas contaminadas. Luego de saludos iniciales, comenzamos a compartir la primera ronda de mate amargo y luego vendría otra de chicha de manzana arreglada con peras y murtas. Fluía rápido la conversación; la señora Enedina nos contaba que la habían entrevistado varias veces en los últimos años porque ella se recordaba las preparaciones de alimentos al “modo antiguo” y también remedios de campo. De inicio nos contó una singular preparación de varias hierbas del monte que se usaba en el *cotupeye*¹⁸⁷ para curar el “susto

¹⁸⁴ Originalmente: “Tratamiento hecho por la machi que busca extraerle al enfermo el mal que le han introducido”. Pero para el caso de la cocina de la señora Enedina: “Hoy, cualquier tratamiento casero basado en yerbas medicinales” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 176).

¹⁸⁵ Padres o abuelos que, siempre serios, parecen cuidar desde estas paredes (ver un ejemplo en: Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010, p. 235).

¹⁸⁶ “De *quila* o *mimbre* se hicieron canastos fuertes para secar o guardar ropa y las canastas para transportar huevos; de *manila* (*ñocha* o *pitilla*) y de *quilineja* son gran parte de las sogas y cordeles y los canastos para exprimir la manzana molida (*badazo*) en la maja” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 273).

¹⁸⁷ “*Machitún* para sacar el susto o el efecto del *Trauco* [entidad mitológica de Chiloé]. //2 Ritual para recuperar el alma que abandona un cuerpo producto de un fuerte trauma. //3 Tratamiento para sanar el empacho de los niños.” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 240).

del corazón”¹⁸⁸. Con ese tono se extendió la conversación y se convirtió en una verdadera clase de diversos conocimientos y prácticas de salud antiguas. “Todo, casi todo, me lo enseñó mi madre, mi padre, mis hermanos mayores” alcancé a anotar en mi cuaderno. Se notaba que la señora Enedina ya era experimentada en este tipo de registros audiovisuales, hablaba mirando de reojo a la cámara con una mezcla de coquetería y arrogancia, conduciendo la conversación hacia lo que le parecía interesante para ella y para nosotros. De nuevo, acá las conversaciones habían empezado varios años antes: Jaime de pronto le preguntó por el “soplido de la gallina”¹⁸⁹, una forma de curación que él había presenciado hace 10 años atrás en esta misma casa. Básicamente la técnica consistía en que el enfermo debía soplar el pico de una gallina la cual era posteriormente sacrificada y se le examinaban con detención sus órganos, en una especie de autopsia que buscaba la expresión de la enfermedad humana en las carnes del animal. Encontrada la causa de la enfermedad (por ejemplo, en el susto habitualmente se veían anomalías en el corazón de la gallina), era evidente que el tratamiento había funcionado (*Figura 27*). La gallina luego podía ser cocinada y comida por los comensales en forma de nutritiva cazuela: nada en este Chiloé rural insular se perdía.



Figura 27: “Susto” en el corazón de gallina. Fuente: Ibacache Burgos (2014)

¹⁸⁸ Desde la epidemiología sociocultural ya se habían estudiado, años atrás, los tipos de *susto* en Chiloé y algunas variantes de sus tratamientos (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010, pp. 129–161).

¹⁸⁹ Yo también la recordaba, pero porque había leído una crónica escrita por el mismo Jaime, donde describía brevemente la técnica que se utilizaba para diagnosticar y tratar (al mismo tiempo) diversas enfermedades en el “Chiloé profundo”. De forma sarcástica, riéndose de las contradicciones de la modernidad y de los diversos sistemas médicos que acá operaban, la crónica se titulaba “espirogallinometría” (Ibacache Burgos, 2014).

El huevo también era una fuente importante de curación y conocimientos. Varios tratamientos tradicionales lo utilizaban, por ejemplo, como ingrediente esencial de los emplastos de los *componedores* de huesos, para el *sobrepardo*, o para el detectar y limpiar un *mal* de forma similar a la gallina¹⁹⁰ (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010). Pero para la señora Enedina, el huevo además era una fuente adivinatoria, una forma de materializar las fuerzas inmateriales que nos rodean: un medio para ver lo mágico y lo mitológico. Avanzada la tarde nos confesaba que “no tengo duda de nada, porque saco la suerte altiro con un huevo”. En un huevo vertido sobre una tasa había visto que veníamos a su casa “con ese aparato” [la cámara en el trípode] por el camino de tierra “sobre una camioneta”, y por eso nos estaba esperando a nuestra llegada. La conversación entonces volvía a dilatarse y, como atrapados en sus historias y recetas, en la singular cadencia de sus frases y rimas inusitadas, cayó la noche tras las ventanas. Poco antes de nuestra partida, nos haría otra confesión desde la profunda verdad que ella podía observar en el ritual del huevo: “las empresas que ensucian el mar son las culpables de la marea roja”. Luego de una emotiva despedida, caminando de vuelta a la Posta de Salud Rural, pensé que de esto se trataba “la universidad desde el fogón” del cual tanto hablaba Jaime. Una forma cotidiana, alegre y cariñosa de traspasar conocimientos y prácticas tan ancestrales como dinámicas, resistentes y a la vez cambiantes. Eran también “luchas desde el fogón” si es que podíamos observarlas en profundidad, en sus intentos cotidianos de revertir la contaminación de sus territorios-maritorios y la imposición de formas de vida alienantes y dependientes. Era fundamentalmente una lucha contra la imposición del olvido.

4.2.5. En el bordemar

Amanecía lentamente en la Isla Alao y una nube espesa parecía engullir toda la bahía. El sol intentaba abrirse paso con dificultad. Era un espectáculo tan bello como misterioso. Luis decidió levantarse rápido y lo vimos perderse entre la blanca niebla con la cámara al hombro. Él sabía que los mejores planos, los colores más intensos e inesperados, “la hora dorada”, se capta justo antes del amanecer. Este tipo de registros audiovisuales, que Jaime denominaba “contextuales”, eran también parte esencial de la investigación *Güen Pañiwe*. Acá era necesario dejarse guiar tanto por la intuición como por las pistas de las conversaciones en el fogón. Los planos procurarían captar cómo los modos de vida que cotidianamente se daban en cada localidad (que incluían trabajo, fiesta, religiosidad,

¹⁹⁰ Esta función diagnóstica del huevo en México, muy extendida en la medicina originaria y popular, depende de su vertimiento en un vaso de agua como parte del procedimiento de la “limpia”, en que el huevo se pasa por diversas partes del cuerpo para atraer con él los males o los aires enfermantes.

alimentación y sanación) se inscribían en un paisaje concreto que los determinaba y, a su vez, este paisaje era determinado por estos modos de vida. Para obtener estos registros se necesitaba caminar lento¹⁹¹ por el bordemar, demorarse en el paisaje, permitir que nuestros sentidos nos guiaran. Pronto escuchamos algunos vivientes tras la densa niebla que atrapaba nuestra vista: eran risas humanas, pasos sobre la arena mojada, graznidos de gaviotas, un motor que se acercaba lentamente desde el mar. Respirábamos un poco de mar interior, había olor a sal, a leve leña quemada. Unos metros más adelante, como un gran cuerpo agónico, vimos aparecer una lancha varada sobre la arena. Se disipaba algo la niebla y comprendíamos que la marea estaba muy baja, la arena le había ganado varios metros al mar y aquello había convertido a estas dignas embarcaciones flotantes en inmóviles animales de madera seca (*Figura 28*).



Figura 28: Marea baja en Isla Alao. Fuente: Trabajo de campo (Chiloé, 2018)

Más importantes, sin duda, eran los incontables mariscos y algas que ya se encontraban expuestos con la marea baja: un campo fértil que esperaba ser cosechado. Verdadero regalo para los vivientes de la isla. Esta era la razón de tan tempraneros barullos. Al poco andar vimos una familia con varios sacos llenos de alga *luche*¹⁹² y sobre un nylon otro montón

¹⁹¹ En un sentido similar a la propuesta metodológica de los “andares” de Michel de Certeau (2010).

¹⁹² *Porphyra columbina*. “Alga roja de talo laminar, similar a la lamilla, pero de color rojo, cuando está sumergida, y parduzca, cuando se expone a la luz. Con el *cochayuyo*, son las dos únicas algas comestibles en la región [...] El *luche* es apetecido, especialmente para guisos de espinazo de cordero y en el *luchicán*, que es una cocción de esta alga con papas, ajos y aliños [...] Se recomienda su consumo a quienes padecen de

esperando que apareciera el sol para ser secada. Vimos a Luis conversando con la familia, seguramente había pedido permiso para hacer unos primeros planos de sus labores. Nos acercamos lentamente con Jaime y luego nos pusimos a conversar con la familia. Así avanzaba la recién nacida mañana de la Isla Alao. La familia de *lucheros*¹⁹³ había pasado la noche en un improvisado campamento al calor de una fogata constantemente alimentada: era necesario aprovechar a toda costa estas buenas mareas. Al saber nuestra condición de médicos, nos entregaron pistas de la dureza de aquellas jornadas de trabajo y sus consecuencias: dolores osteomusculares por el frío y la humedad en los más ancianos, afecciones respiratorias por el humo de la fogata en los más pequeños, alcoholización en los hombres para hacer valor en la guardia ante la misteriosa noche a la intemperie. Pero también nos hablaron de la libertad de tener su propia “platita”, de la alegría calma del contacto directo con la naturaleza, de lo bueno que era poder trabajar con la familia, con los hijos, muy distinto al trabajo en las empresas de la ciudad. Jaime les compartía unas recetas útiles de medicina casera para calmar los dolores articulares, por ejemplo, el de friegas con agua de romero (*Rosmarinus officinalis*). Pronto se iban interesando y complementando con otras recetas que sabían sus mayores, pero que ellos, por lo fácil de las “pastillas de las farmacias” nunca habían hecho. Finalmente llegaba desde el mar interior la lancha que se llevaría los sacos de alga seca para la venta. La familia debía volver a sus labores. Nos despedimos y seguimos nuestro camino por la bahía, mientras incontables aves (gaviotas, chorlos, playeros y zarapitos) se alimentaban picoteando con paciencia infinita la húmeda orilla. Me impresionaba este ciclo del bordemar chilote. Era esta disputa eterna entre la tierra y el mar¹⁹⁴, en estos metros de fértil caldo orgánico, una de las fuentes más importantes de la vida acá. Los vivientes humanos y no humanos conocían perfectamente cómo acoplarse. Era una sabiduría tan ancestral como práctica: supervivencia pura. Los humanos, con sus tecnologías artesanales de la cultura chilota, como el uso del *gualato*¹⁹⁵ para la marisca, o este mismo tipo de recolección familiar de

gota, inflamaciones y escrófulas. Etim.: voz posiblemente quechua, al igual que *cochayuyo*.” (Cárdenas Álvarez y Villagrán, 2005, pp. 214–215, cursivas del original).

¹⁹³ De *luchear*: “Recolectar luche, un alga café y comestible. Estas faenan congregan a grupos que viajan lejos de sus hogares, y muchas veces, permanecen durante las mareas pernoctando en el lugar. Las algas son sometidas a un cocimiento en *capullis*, luego prensadas, oreadas y cortadas en panes de una cuarta.” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 332, cursivas del original).

¹⁹⁴ Como el mito fundacional de las serpientes Cai Cai y Ten Ten Vilú, que comenté en el Capítulo II (en la página 44).

¹⁹⁵ “GUALATO: m. Azada de hoja ovalada por un lado y como hachita por el otro, inserta en un astil hijo. Sigue siendo hoy la herramienta más usada en Chiloé para sembrar, cosechar y mariscar. Deriva del “palo de plantar” que evolucionó adosando una hoja de piedra; luego un trozo de raíz de luma con forma de media

algas que respetaba sus raíces y limitaba a un volumen prudente las cosechas. Los no humanos, como aquellas aves orilleras, seleccionaban el volumen de los mariscos y crustáceos para comer, y solo comían hasta no tener más hambre. Modos de vida acoplados al territorio permitían que este ciclo de fertilidad se perpetuara¹⁹⁶. No eran relaciones instrumentales destinadas a asegurar la “sostenibilidad” de las formas de reproducción tradicionales. Eran silenciosas relaciones de reciprocidad trenzadas entre múltiples especies y también entre entidades que hoy no son reconocidas como tales, por ejemplo, las denominadas “entidades mitológicas de Chiloé” como la *Pinkoya*¹⁹⁷ para la cual se dispone todavía de una ritualidad que las reconoce y alimenta, protegiendo de este modo la fertilidad del mar¹⁹⁸. El sol ya comenzaba a iluminar a la Isla Alao, y yo seguía dándole vueltas a las formas cómo se reproducían estas antiguas relaciones entre especies y entidades. Recordé una de las primeras historias que escuché en este territorio-maritorio cerca del año 2009¹⁹⁹. Uno de aquellos relatos capaces de combinar la cosmovisión con la historia, los conocimientos con las prácticas, lo mágico con lo mundano y, fundamentalmente, las memorias que entregan una ética para el presente, para el futuro. La historia relataba el enfrentamiento mágico entre dos personajes mitad reales y mitad mitológicos: la *Chillpila*, una anciana indígena chilota, y *Moraleda*, un navegante español. El resultado de aquel enfrentamiento habría fundado la organización secreta de brujos llamada “la Mayoría”²⁰⁰ (o la Recta Provincia), una organización también mitad real y

luna; a comienzos de este siglo es reforzada con una plancha metálica y, finalmente, toda la azada se convierte en una pieza de herrería.” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 291).

¹⁹⁶ “El regulador de nuestro medio ha sido tradicionalmente la marea y los rústicos instrumentos artesanales con que se pesca y marisca. Un periodo al mes hay una marea, con tres o cuatro días para mariscar. Cada marea habilita la playa por un par de horas. El lugareño estaba condicionado a esas normas que impone la naturaleza. Sus herramientas son el *palde* y el *gualato*, arcaicos resabios del palo de plantar. Pero cuando apareció el buzo la naturaleza fue burlada, porque para este anfibio no hay mareas.” (Cárdenas Álvarez y Villagrán, 2005, p. 6).

¹⁹⁷ “La *Pinkoya* reina entre las mareas, la playa y las olas, entre el crepúsculo y el amanecer, cuida a su reino con celo, permitiendo que los hombres y mujeres encuentren su sustento, cuando tratan con respeto sus posesiones. Coludida con la luna, la *Pinkoya* es la dueña del flujo y el reflujo de las aguas marinas, de los huiros, cangrejos y medusas, de los róbalo y de los picorocos y las navajuelas. Ningún hombre o mujer rascarán la arena buscando mariscos con una herramienta metálica que daña su tejido vital. Si lo hacen, la *Pinkoya* ordenará a los mariscos esconderse y la playa fértil quedará como un páramo yermo y desolado.” (Torres Andrade, 2013, p. 17).

¹⁹⁸ Nexos cuyas raíces pueden encontrarse en una mixtura entre antiguas deidades marinas chonas y *gnen* mapuche (como pude comentar brevemente en el Capítulo II). Hoy son entidades altamente problemáticas incluso para una denominación adecuada, pero que cohabitan estos lugares y poseen agencia real, aunque hayan sido progresivamente reducidas a un lugar folclórico y también mercantilizadas para un turismo ávido de lo exótico.

¹⁹⁹ En la primera vez que visité Chiloé, el año 2009; la escuché, al calor de un fogón, del contador de cuentos *Wilki* (“zorzal” en mapudungún) quien también hacía parte de las experiencias de salud colectiva.

²⁰⁰ Al contrario de una traducción literal del término, que se relacionaría con cierta masividad, acá es necesario observar que casi todos los habitantes antiguos de Chiloé, cuando hablan de “los mayores”, se están refiriendo a los habitantes más ancianos. En todo caso la organización habría tenido tanto “Mayores” como

mitad mitológica que habría impartido medicina y justicia durante el extenso periodo de colonización española en Chiloé, cuando la Corona se encontraba muy lejos de éstos “asuntos de indios” (cft. Marino Martinic y Osorio Araneda, 2014; Rojas Flores, 2002). José de Moraleda y Montero habría llegado a la Isla Grande de Chiloé en un barco de bandera española a fines del 1786 asegurando ser un poderoso hechicero. Navegó hacia la localidad de Tenaún²⁰¹ para retar a duelo a “los famosos brujos de Chiloé” haciendo varias demostraciones de su poder: según la tradición se habría transformado en pez, lobo y paloma, entre otros animales. “Impresionados por su poder, los aborígenes hicieron llamar a una afamada hechicera de nombre Chillpila”. La anciana veliche aceptaría el reto, prometiéndole al español que, llegada la tarde, dejaría seco e inservible su barco anclado en la costa. Así lo habría hecho. Estupefacto Moraleda le rogó que reflotara la embarcación para poder volver a España. Al calor del fogón (quizás tomando unos mates o chicha de manzana) iba cayendo la noche en Tenaún, hasta que finalmente la Chillpila aceptó reflotar el barco del español. Y así lo habría hecho. Moraleda quedaría admirado del gran poder de la anciana. “Aceptando su derrota, el español decidió regalar a la hechicera, en señal de reconocimiento, un libro de hechicería para que fuera enseñado a los demás indígenas”. En Quicaví finalmente quedaría escondido aquel “libro del arte” que iniciaría la Mayoría (Rojas Flores, 2002, pp. 73 y 74). La historia entre muchos elementos contenía una explicación sobre cómo estaba construida la sabiduría indígena local: mediante el conocimiento atento sobre los ciclos de del territorio-maritorio, la observación rigurosa, precisa y respetuosa de sus entidades. Además, la violencia soberbia del español representaba una analogía de cómo llegaban los afuerinos: haciendo ostentación de sus conocimientos universales, muchos de ellos inservibles en estos lugares.

Continuábamos luego por un largo camino que salía de la playa y se elevaba, convirtiéndose en una ruta de tierra serpenteante. Habíamos decidido intentar visitar a una antigua partera que vivía a un par de kilómetros de caminata. Ya frente a su casa, perros y niños nos salieron a recibir, y luego una mujer mayor quien nos dijo que la señora no se encontraba ese día en su casa. No fuimos invitados a pasar a la cocina. Algo desanimados, cansados y sedientos, decidimos volver a la bahía, esta vez bordeando la costa caminando

también “Menores” con funciones y espacialidades diferentes, dentro una compleja organización interna que representaba cierta analogía dentro de sus jerarquías con los Cabildos organizados por los jesuitas en estas zonas (para un detalle de esta compleja organización: Rojas Flores, 2002, pp. 123–146).

²⁰¹ “TENAÚN: Punta y villa al extremo Norte de la comuna de Dalcahue. Igualmente paso en la navegación entre la citada punta y las islas de enfrente [...] Deriva de TEN “cerro, símbolo mítico de la lucha entre las serpientes Tentén y Caicai” + AUNA “la ola” <Cerro donde golpean las olas>.” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 99).

sobre unas formaciones rocosas que entregaba una espléndida vista a las islas del frente. El sol brillando hacía distinguir bien los distintos tonos verdes de las islas, las embarcaciones y las balsas de salmones a lo lejos. De pronto, como en una ilusión quizás producto del cansancio y la sed, vimos unas huellas de pasos sobre la arena que salían directamente desde el mar. ¿Acaso se trataba de “vacas marinas”²⁰²? Nos llenamos otra vez de mitología chilota. ¿Quizás ya podíamos *ver*, al menos una pequeña parte, de las múltiples entidades silenciosas que poblaban el bordemar del Chiloé profundo? (Figura 29).



Figura 29: Vacas del mar. Fuente: Trabajo de campo (Isla Alao, Chiloé, 2018)

Siguiendo con el camino notamos un bote de curiosas características. Ya habíamos visto algo semejante en otras localidades, pero cada una era distinta y asombraba siempre el ingenio en su construcción. Hecha con los restos que solían desprenderse de las plataformas de los centros salmoneros y llegaban a las orillas (en rigor era basura que contaminaba estas playas), un viviente de Alao había aprovechado tanto el *plumavit*²⁰³ como los tubos y las mangueras de grueso plástico haciendo un pequeño y ágil bote

²⁰² “VACA MARINA: fr.f. Animal de belleza fabulosa que recorre los canales buscando toros para enamorar, Es considerada la versión acuática de un bovino, con patas que son aletas natatorias, obesa, de cuernos retorcidos y de ojos fulgurantes. Embruja a los toros y los posee con tal pasión que el animal queda nostálgico e impotente, tal como ocurre con la víctima de *La Viuda*.” (Cárdenas Álvarez, 1998, p. 140). Según un relato de investigaciones de la Unidad de Salud Colectiva, “Hace unos 60 años atrás, don Ramiro Oyarzo, buzo de escafandra, se encontró con el Camahueto y la Vaca Marina mientras buceaba en el canal ubicado entre Cheniaio y Aulín. Se salvó apenas, porque los animales lo persiguieron en las profundidades del mar. En ese lugar existía un corral, donde en la hondura vivían los animalitos. Don Ramiro decía que eso explicaba que esa parte del canal sea tan mala para la navegación.” (Leighton, 2010).

²⁰³ Material tóxico también llamado poliestireno, unicel, tergo-pol, según el país.

(Figura 30). Era una brutal imagen de cómo lo que para algunos era una basura sin valor, para otros era un útil elemento. Acá los materiales circulaban, se volvían nuevos artefactos, con nuevas-antiguas utilidades. Los más de 100 años que tardarían en degradarse (en rigor, en dispersarse) en el medio ambiente no serían ociosos. Los planos que tomaríamos de aquella embarcación mostraban un Chiloé que persistentemente había sido borrado de las postales y de las bellas propagandas turísticas. Era un Chiloé invisible que convivía cotidianamente con la toxicidad y la contaminación salmonera. Recordamos a la señora Enedina y sus bellas artesanías tejidas con los plásticos que rescataba de estas mismas playas. En aquellas hábiles manos había un oficio antiguo y sorprendentemente dinámico porque ya se había adaptado a aquellos nuevos elementos foráneos. Los nuevos elementos, sin embargo, habían llegado sin ser llamados y aunque su plasticidad era útil para los vivientes, sus daños eran bastante más extensos y silenciosos: disminución de la recolección de pesca y marisca año tras año, acumulación de tóxicos en las cadenas tróficas, entre muchos otros que seguramente vendrán.



Figura 30: Bote hecho con restos de la industria salmonera. Fuente: trabajo de campo (Isla Alao, Chiloé, 2018)

4.3. Un Seminario en Castro

Anoté en mi cuaderno de campo que un cielo salpicado con nubes demasiado blancas inauguraba la fría mañana de la ciudad de Castro, capital provincial. El auditorio se encontraba en el centro de la ciudad, a un costado del terminal de buses, en una de las

zonas de mayor movimiento comercial. No obstante, en el interior había un silencio de abadía. Un largo e iluminado pasillo dejaba ver por sus ventanas al tranquilo mar interior de noviembre. Al fondo, los montes siempre verdes de la península de Rilán. “Es cálido este lugar”, anoté, varias estufas a leña encendidas y las paredes revestidas de madera. Unas bellas arpilleras hechas a mano decoraban sus paredes. Tenían motivos que mezclaban lo católico con lo indígena, con lo campesino, con una idea de solidaridad continental en Cristo. El que aparecía crucificado era un agricultor semidesnudo y su cruz era una pala y un rastrillo. Abajo se podía leer: “Tu eres mi pueblo/ yo soy tu Dios” (Figura 31). Más allá de las arpilleras, uno podía sentir por toda la piel, que aquel espacio propiedad de la iglesia católica provincial era un testigo mudo de este centro insular chilote: Castro y su abigarrada historia de proyectos contradictorios.



Figura 31: Arpillera en auditorio. Fuente: trabajo de campo (Castro, Chiloé, 2017)

Ese día el auditorio iba a ser testigo de un nuevo proyecto. Había sido arrendado y ocupado por el Servicio de Salud de Chiloé y la SEREMI de Salud provincial, quienes organizaban el Seminario titulado *Cáncer en el Ciclo Vital*, que se extendería por dos días. Era mi primera vez acompañando a la Unidad de Epidemiología Sociocultural de Chiloé en este tipo de instancias²⁰⁴ y tiempo después me resultaría evidente el hecho que, en cada una de

²⁰⁴ En el total del trabajo de campo participé de 7 encuentros similares donde la Unidad era invitada a exponer sus investigaciones.

sus apariciones, la Unidad ajustara estratégicamente sus formas y contenidos a las diferentes audiencias. En esa ocasión el Seminario estaba dirigido a enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, dentistas y médicos que trabajaban en los distintos hospitales y centros de atención primaria del Archipiélago de Chiloé, a los que se sumaban algunos encargados del Servicio de Salud y de la SEREMI de Salud y, además, había un par de invitados de la capital Santiago: “gente del Ministerio” –me susurraban al oído. En total conté unos 20 asistentes.

Con un leve retraso iniciaba la jornada a través de unas escuetas palabras de inauguración del representante de la SEREMI: “este muy importante seminario, que lamentablemente no me puedo quedar, por otras urgencias”, se justificaba porque el cáncer se habría transformado en una de las 3 primeras causas de mortalidad nacional y también en la provincia. Había un rol clave de prevención y detección que el sistema de salud público “debía realizar”.

4.3.1. Epidemiología del cáncer en Chiloé

Ya entrados en materia, la enfermera organizadora del Seminario improvisaba para presentar a la Unidad de Epidemiología Sociocultural de Chiloé: “ahora viene el doctor Ibacache, que casi todos acá conocen... no sé cómo se llama ahora su Unidad doctor, de epidemiología ¿intercultural? ¿social? ¿cultural? bueno algo así...mejor los dejo con ustedes”. Luego Jaime Ibacache ocupaba su lugar al frente del auditorio y de entrada debía aclarar con paciencia (como tantas otras veces) el nombre actual de su Unidad y especialmente cuál era su diferencia respecto del programa de salud y pueblos indígenas. Resumía: “lo sociocultural implica que los datos epidemiológicos cuantitativos típicos se deben combinar con lo que la gente cree de las enfermedades en su territorio”.

Sin demasiados preámbulos, posteriormente comenzaba la ponencia de Andrés Calderón, miembro de la Unidad encargado de la recopilación y manejo de datos estadísticos. Apoyado de un conciso *PowerPoint* compuesto principalmente de tablas y gráficos con información epidemiológica provincial, entregó una mirada general de la distribución de los distintos tipos de cáncer en Chiloé y sus posibles asociaciones con algunos datos socioeconómicos (*Figura 32*).



Figura 32: Exposición de la Unidad Epidemiología Sociocultural en el Seminario de Cáncer. Fuente: trabajo de campo (Castro, Chiloé, 2017)

La narrativa de esta ponencia seguía la secuencia lógica habitual. A modo de introducción se comenzaba con una definición general del cáncer y sus repercusiones diferenciales entre hombres y mujeres a nivel global. Luego se iba “bajando” a los niveles nacional, regional y provincial, lugares donde el cáncer aparecía ya casi como la primera causa de mortalidad, en algunos casos superando a las enfermedades cardiovasculares. El gráfico que ilustraba esta tendencia para los últimos años dentro de la provincia de Chiloé me pareció interesante (Figura 33).

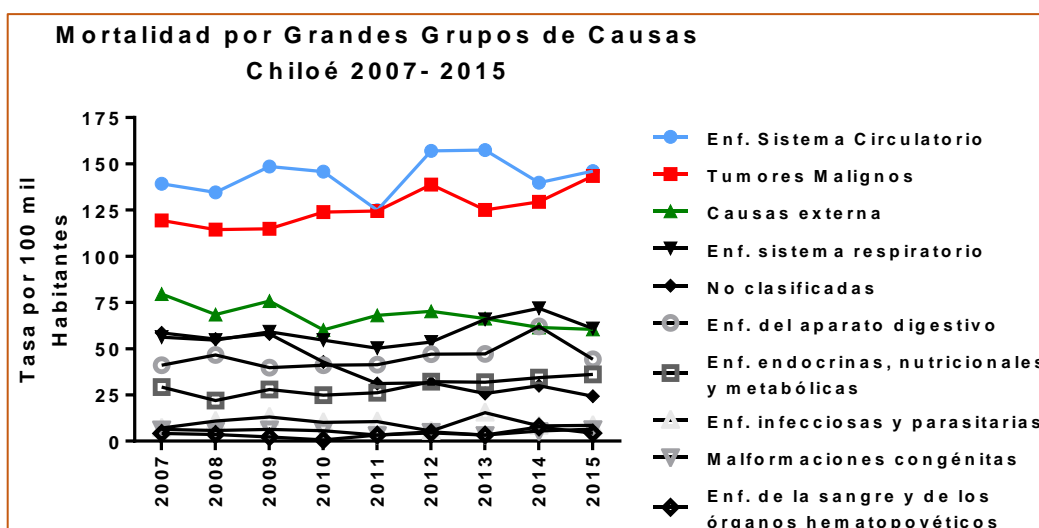


Figura 33: Gráfico de Mortalidad por Grandes Grupos de Causas en Chiloé 2007-2015. Fuente: Unidad Epidemiología Sociocultural (2017)

Lo constituían 10 líneas con diferentes íconos que representaban cada uno de los “grandes grupos de causas de muerte”. Tres de ellas se mostraban en colores para destacar así las más frecuentes: 1) enfermedades del sistema circulatorio (cardíacas y cerebrovasculares principalmente, 2) tumores malignos (de distintas ubicaciones y tipos, como sinónimo del cáncer) y causas externas (donde se incluían los accidentes, traumatismos, homicidios y suicidios)²⁰⁵. En el eje X se mostraba el recorte temporal, desde el año 2007 al 2015. En el Eje Y se mostraba la magnitud, tratándose de tasas (de mortalidad) por 100.000 habitantes. A primera vista las dos primeras causas se alejan notablemente del resto, llegando hasta casi el doble, e igualándose entre ellas los años 2011 y 2015. Siguiendo la idea del presentador Andrés, lo notable era que mientras las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio de uno a otro año se elevaban, mantenían o incluso bajaban (el año 2011), los tumores malignos tendían a la elevación sostenida (excepto el 2013 y 2014).

Como el resto de los gráficos, este había sido construido por la misma Unidad de Epidemiología Sociocultural utilizando las bases de datos centralizadas por el DEIS (Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud). Estos datos provenían a su vez de las “causas básicas” y “causas externas” anotadas dentro de los registros de defunción acumulados por el Servicio de Registro Civil e Identificación en todo el país. Así, la desagregación a los niveles provinciales y comunales, y luego su transformación en una figura más o menos comprensible y estandarizada (como aquel gráfico), era una tarea bastante complicada y artesanal, que demandaba mucho tiempo de escritorio. Más allá, aquel trabajo solía decantar en indicadores de pobre “significancia estadística”²⁰⁶ y por ello de confusa interpretación para apoyar la gestión local del sistema de salud. Otra dificultad se añadía cuando este tipo de datos se intentaban cruzar con otras variables construidas a partir de otras fuentes; por ejemplo, desde los indicadores de morbilidad de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), de productividad provenientes del mismo sistema de salud local (por ejemplo, desde las prestaciones resumidas por los mismos funcionarios dentro del Registro Estadístico Mensual, REM) o con la imprescindible información social y económica que se obtenía a través de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). En ese sentido, el problema básico

²⁰⁵ Formas como son agrupadas las causas de muerte dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10). Para una crítica desde la misma epidemiología sociocultural mexicana de las exclusiones que este sistema de clasificación biomédica ver: Hersch y González (2011).

²⁰⁶ Porque la escasa acumulación de eventos no permitía obtener magnitudes para poder probar asociaciones causales. Además, las posibilidades de subregistro cada vez se hacían más grandes a medida que las poblaciones se alejaban de las grandes urbes y vivían en insularidad, como lo había notado años antes para el caso de Cochamó (Medina, 2013, pp. 497–415).

parecía ser que cada uno de estos “instrumentos” medía a distintas escalas un mismo territorio. Se priorizaba la agregación nacional y regional sobre la provincial y comunal. Según el mismo Andrés Calderón:

yo creo que lo que más limitante tiene, es lo que debería ser más importante, es todos los datos cuantitativos, que vaya aportar a la caracterización socioeconómica del territorio, eso es super difícil obtenerlo de una base de datos válida, fidedigna, todo aquello, eso es super, porque tenemos una que está acorde con el territorio para comparar y todas esas cosas es la CASEN, pero la CASEN tiene un límite de mirada, la última CASEN ya no puede mirar todas las comunas, mira solamente la comuna más grande [Castro], entonces ya en territorios chicos no los puedes mirar, ni saber qué está pasando ahí en esos términos. (A.C., bioquímico, unidad epidemiología sociocultural de Chiloé, entrevista personal, Castro, 11/06/2018)

Finalmente, una epidemiología local del cáncer, construida a partir de todas estas limitaciones, solo podía entenderse según la misma ponencia, como “no perentoria”. Es decir, no concluyente, sino apenas un borrador de la “realidad epidemiológica” de Chiloé y sus comunas. Con todo, la ponencia iba estableciendo una serie de ideas fuerza más o menos respaldada por los datos interpretados. La última diapositiva me pareció lo suficientemente clara como una verbalización sintética de lo antes presentado en forma de gráficos (*Figura 34*).

Resumen.

- 2° causa de muerte en Chiloé, y al alza.**
- 90% de la mortalidad se encuentra luego de los 50 años.**
- Personas con enseñanza básica.**
- Sugieren: Mortalidad CA Gástrico y CA vesicular mayor en Rural. En cambio, CA Próstata y CA de Pulmón y Bronquios mayor en urbano.**
- CA Gástrico es el de mayor letalidad en Chiloé. Aunque otros tipos como el de Próstata, Vesícula Biliar, Mama y Bronquios y pulmón se llevan un porcentaje importante de la carga de mortalidad.**

Figura 34: Diapositiva final que resume la ponencia Tumores Malignos en Chiloé. Fuente: Unidad Epidemiología Sociocultural (2017)

La ponencia había sido quizás demasiado convencional en sus formas, pero altamente precisa y sintética. Había logrado en alrededor de 15 minutos entregar algunas “evidencias epidemiológicas” que parecían claves para entender el comportamiento “a grande rasgos” del cáncer en Chiloé. La mayoría de los asistentes parecían estar de acuerdo con los datos mostrados, o por lo menos no había objeciones. Sin duda, para comprender los gráficos y

tablas mostradas, se requería de una formación (al menos básica) en epidemiología. Asumiendo que la audiencia tenía estas bases, no obstante, era evidente cierta pasividad ante el tema: varios bostezaban y una mayoría miraba compulsivamente sus teléfonos móviles, como si esperaran algún mensaje urgente que los obligara a volver a sus localidades²⁰⁷. La disposición de las sillas y el espacio físico tampoco fomentaban diálogo. Como en una sala de clases antigua, se disponía el orador frente a una audiencia en silencio (*Figura 32*). En este monólogo terminaba Andrés lanzando una cruda crítica al propio sistema de salud público: “habiendo formas de detección precoz para la mayoría de estos tipos de cáncer, el fortalecimiento de las estrategias de detección se podría mejorar”.

No hubo, sin embargo, derecho a réplica por ese momento. La ponencia (luego entendería) funcionaba como un “piso cuantitativo” que debía ser complementado todavía con una segunda parte de la participación de la Unidad, que ya rápidamente Jaime anunciaba frente al auditorio. Se trataba de un material audiovisual con formato cortometraje que se había preparado especialmente para este Seminario. “Ahora mejor que hable la gente”, decía Jaime apretando *play* en su laptop. Las luces se apagaron y comenzó la proyección.

4.3.2. Casi como una plaga

El cortometraje se titulaba “*Casi como una plaga*”. *Epidemiología Sociocultural Archipiélago de Chiloé* (Ibacache Burgos, 2017) y estaba construido en base a tres relatos de experiencias sobre el cáncer contados por mujeres de distintos sectores rurales de la Isla Grande. En un total de 15 minutos, las mujeres filmadas en primeros planos dentro de sus hogares contaban sus experiencias y se entrelazaban planos contextuales de sus mismas localidades: Colo, Contuy y Paildán. El tono era en principio triste, oscuro, se relataban historias de sufrimiento, discriminación, falta de empatía, y un sistema sanitario estatal en crisis. Por ejemplo, la señora Marta contaba a propósito del fallecimiento de su madre:

Muchas veces los doctores no conversan con la gente, lo que pasa es eso, el doctor llega a la posta, sobre todo le pasa a la gente del campo, lo hacen pasar al doctor y le dice “qué tiene” y como la gente de campo es tímida, le dice “me duele aquí” y hacen su receta y se lo dan, entonces no conversan más con el paciente... no así con las personas que van particular, después ven al mismo doctor en su clínica [privada], uno le conversa qué tiene y está rato conversando qué tiene, qué pasa, uno le cuenta su vida completa al médico y ahí ya es diferente... eso yo no me

²⁰⁷ Posteriormente, a través de varias entrevistas con algunos de estos mismos profesionales, se apreciaba una sensación general de estar “sobrepasados” por las funciones asistenciales. En ese contexto resultaba evidente que, si bien se fomentaba oficialmente la asistencia a este tipo de reuniones en la capital provincial, en realidad para los centros de salud locales, quedar con un profesional menos un par jornadas significaba la necesidad de llevar a cabo un buen número de arreglos y reacomodos para hacerse cargo de la demanda asistencial.

explico por qué no atienden lo mismo, si ganan igual un sueldo que les paga el gobierno (Ibacache Burgos, 2017, 3:50-4:40)

Más adelante los relatos eran reflexiones, pensamientos en voz alta sobre la causalidad del cáncer en Chiloé. Subía un poco el tono anímico y se empezaban a relacionar con las transformaciones en las formas de alimentación, en las medicinas, en las emociones. El aumento del cáncer para estas mujeres se asociaba con la contradictoria presencia de la modernidad que cambiaba formas de trabajo y de vida, pero había además otras causas, acaso más oscuras y misteriosas. Con una expresión de picardía y tristeza (*Figura 35*) la señora Fresia relacionaba el cáncer que había provocado la muerte de su hermano con la presencia del mal:

Le pusimos un parche, y cuando le pusimos un parche reventó, reventó la cuestión, y salió pura sangre, y un bicho así sacó él por la boca...un bicho así tipo ¿usted conoce al pulpo? Así idéntico al pulpo, y ese me dijeron que era el cáncer, eso me dijeron a mí, yo no sé...si hacemos antes ese remedio yo digo que se iba a salvar, porque fue un remedio con sapos de la tierra que le hicimos y le plantamos acá y ahí reventó. Me dijeron que eso hacía un poco con ayuda de los hechiceros (Ibacache Burgos, 2017, 7:18-8:08).



*Figura 35: Señora Fresia y su relato sobre el cáncer-pulpo. Fuente: fotograma del cortometraje *Casi como una plaga* (Ibacache Burgos, 2017).*

A continuación, desde Paildad la señora Jenny, presidenta de su comité de salud y del cementerio, explicaba que llevaba un registro propio de defunciones de la localidad, información desde la cual destacaba una gran cantidad de adultos mayores fallecidos por cáncer en el último año (10 u 11). Hacer una reflexión comunitaria sobre un tema tabú le parecía, no obstante, muy difícil:

El tema no deja de ser delicado y la gente se siente con mucho miedo; cuando hablamos de cáncer, es como decir que nos vamos a morir luego, pero nosotros desconocemos qué puede tener nuestro cuerpo, porque muchas veces no sabemos

si podemos tener cáncer o no, porque si no nos hacemos los exámenes, no podemos saberlo. Pero cuando se toca el tema acá, sí es un tema preocupante, y muchas veces no se va a médico porque lo primero que va a decir es “tú tienes cáncer”, entonces, entonces nosotros como sociedad no le damos la importancia ni menos buscamos indagar sobre el tema del cáncer, cómo poder cuidarnos y poder prevenir (Ibacache Burgos, 2017, 11:48-12-40).

Entre los relatos de las mujeres había un breve intermedio donde a través de planos aéreos era posible observar los fuertes contrastes entre la tradición y la modernidad insular. En uno de los planos secuencia iniciales, por ejemplo, el dron Cherkan volaba sobre el mar interior convertido en un espejo del cielo y luego de un breve trayecto este comenzaba a ser invadido por innumerables plataformas grises y boyas de los centros mitilicultura (Figura 36).



Figura 36: Mar interior espejo y centro de mitilicultura. Fuente: fotograma del cortometraje *Casi como una plaga* (Ibacache Burgos, 2017).

La musicalización intentaba reafirmar esta sensación de perplejidad ante contradictorios tiempos que se encuentran y chocan con violencia: un pasacalles tradicional era ejecutado por un dueto inesperado, la alegre melodía de un *violín chilote* artesanal con su rústica afinación era tocada por un músico tradicional (Roberto Panichine), al tiempo que la base armónica la hacía un denso chelo de música docta ejecutada por una profesional (Soledad Guarda). Terminaba con ese tono el cortometraje, agradeciendo en una pantalla negra con letras blancas a las mujeres, músicos y realizadores.

4.3.3. Un cinema epidemiológico

Anoté algunas de las expresiones de la audiencia en el momento de la proyección. Hubo, especialmente en las tres escenas que antes describí, cierta incomodidad. Algunos se movían repetitivamente de sus asientos, otros ponían caras de incredulidad, otros contenían una risa sarcástica, y otros menos se mostraban en franco desacuerdo. Por cierto, eran menos los que continuaban mirando compulsivamente sus teléfonos móviles. La proyección lograba cierta inmersión que contrastaba con la clásica ponencia. Me pareció que este Seminario (típica instancia de corte clínico-administrativo que ya conocía desde mis anteriores experiencias laborales) se había convertido de pronto en una especie de cinema. Un cinema que mostraba una realidad que era al mismo tiempo conocida y extraña para los asistentes. A diferencia de la primera parte de la participación de la Unidad — aquella cuantitativa, sostenida sobre una serie de convenciones formales epidemiológicas que los asistentes manejaban bien por su formación de pregrado ligada a la ciencia positivista— esta segunda parte audiovisual era un formato bastante ajeno a las competencias profesionales de la audiencia. Quizás en esto residía su poder para mostrar y esconder: al mismo tiempo que se mostraba un territorio (geográfico, cultural, sanitario, existencial) a través de los testimonios personales, se escondían sus mismas formas de construcción (narrativas, tonos, ritmos, temas, etc.). Jaime pensaba que en esta transparencia residía una de sus principales virtudes, como me contaría más adelante:

el formato audiovisual aporta personajes que dicen situaciones de su propia realidad, que no hay, se supone, no hay como un intermedio que uno maneja lo que van a expresar las personas, porque en las presentaciones uno escribe cosas que dijeron otros, o lo que uno mismo piensa lo puede plantear en una presentación, pero el formato de audiovideo creo que la gente al mirar ahí a la señora diciendo que el cáncer es un pulpo, tiene su mayor impacto, impacto emocional, como de sorpresivo (JIB, entrevista personal, 31/07/18, Chiloé)

Así, para la audiencia el cortometraje no se presentaba como una construcción científica, sino más como una selección de testimonios populares en un formato cercano al arte. Paisajes, músicas y narraciones en primera persona aparecían tejidos por lanas invisibles para el observador no formado en metodologías de investigación cualitativa y de registro, selección y edición audiovisual. Por ende, ahí “se mostraba una realidad” que hacía o no sentido al espectador más de acuerdo con un juicio emotivo-experiencial de su contenido que sobre una evaluación racional-metodológica de su forma. Siguiendo la misma idea de Jaime Ibacache, el cortometraje tenía aquella capacidad de apelar “sin intermedios” a una forma de verdad que difería de la verdad científica: los testimonios no necesitaban más comprobación que su propia reproducción audiovisual. Era “la magia del cinema” vuelta

hacia un problema epidemiológico. No obstante, aquel documental era también una producción científica. Era el producto de una serie de decisiones “intermedias” sobre qué, cómo y cuándo visibilizar, y qué, cómo y cuándo invisibilizar. De forma semejante a las tablas y gráficos que se habían mostrado momentos antes, había en el cortometraje *Casi como una plaga* ciertos “datos de la realidad” que habían sido editados y puestos en relación con otros a partir de un modelo interpretativo²⁰⁸ que permitía cierta inteligibilidad. Había en él un meticuloso manejo de ciertas *referencias circulantes*²⁰⁹ claves para la producción de sentido de verdad, en una audiencia formada dentro del modelo biomédico. He aquí el carácter problemático de esta participación de la Unidad en este Seminario, al crear esta suerte de división radical entre una ponencia cuantitativa y un cortometraje cualitativo. El total de la participación se observaba como una mixta ambigüedad entre ciencia y arte. Y realmente era eso. Y quizás aquella ambigüedad lograba, finalmente, llegar hacia aquellos profesionales para interpelarlos no solo en su calidad de expertos (racionales y objetivos, como en la primera parte) sino que además en su calidad de espectadores (emocionales) y luego, a través del diálogo, como portadores de opiniones subjetivas legítimas, como actores posicionados (políticos). A través de esta lectura me parece posible comprender los comentarios que al terminar la proyección emergieron desde la audiencia. Estos también eran imprescindibles *feedbacks*, que Jaime y Andrés animaban a compartir en función de ir transformando su propia praxis de investigación-acción-pedagógica.

4.3.4. ¿De expertos-espectadores a actores posicionados?

La primera asistente en comentar, posicionándose desde un rol de experto, fue una representante de la SEREMI, diciendo que en la localidad de Paildad (donde la señora Jenny había encontrado 11 adultos mayores muertos por cáncer en el último año) debían hacerse un estudio de presencia de la bacteria *Helicobacter pylori*²¹⁰. ¿A quién realmente le

²⁰⁸ Aquel sostenido en los dos Modelos Explicativos Fundamentales (equilibrio/desequilibrio-trasgresión y autonomía/dependencia), que ya describí en este mismo Capítulo.

²⁰⁹ Según Bruno Latour en su ya clásico texto de ensayos sobre los estudios de la ciencia, *La esperanza de Pandora* (2001), una *referencia circulante* es un fenómeno que fluye sobre una cadena sucesiva de transformaciones (o mediaciones) que van “de la materia a la forma”. Lo que sostendría en este “salto mortal” (citando a W. James) a la traducción científica del mundo, sería la misma circulación ininterrumpida de estas referencias “transportadoras de la verdad”: “El conocimiento [científico] no refleja un mundo real externo al cual se parece por un acto de mimesis, sino un mundo real interior, cuya coherencia y continuidad contribuye a garantizar” (p. 74). “A través de etapas sucesivas, las ciencias nos vinculan a un mundo alineado, transformado, construido.” (p.97).

²¹⁰ Bacteria gran-negativa que habita el epitelio de la mucosa gástrica humana y que ha sido asociada a múltiples enfermedades derivadas de la inflamación crónica, entre ellas: gastritis, úlcera gastroesofágica y cáncer (linfoma). Su extendida prevalencia asintomática (casi 50% de la población mundial la tendría, y

hablaba? No había en rigor dentro de esa reunión nadie capaz de seguir una idea así, y tampoco parecía el espacio adecuado; sin embargo, alguien replicó rápidamente: al parecer un médico especialista del hospital de Castro le contestó que aquello no tenía sentido. Que la presencia siempre iba a ser alta, pero eso no implicaba un riesgo real de cáncer gástrico.

Ese debate, que a todas luces hablaba más de una historia de conflictos interprofesionales e interinstitucionales que yo a esa altura desconocía, terminó pronto cuando otro médico joven, que atendía en centros de salud de localidades rurales, declaró contundentemente: “me impactó profundamente el nivel de desconocimiento por la población rural sobre el cáncer”, sacando del resto algunos sonidos y caras de aprobación.

En ese mismo tono, un enfermero dijo: “cuidado con las agüitas de hierbas para el dolor de estómago, que pueden retrasar el diagnóstico de un cáncer”, a lo que otros más asentían con la cabeza. Así se sumaban opiniones sueltas, evidentemente descomprometidas y provisorias, desde una cómoda doble posición de expertos-espectadores cuyas opiniones subjetivas todavía se me hacían bastante lejanas a la profundidad de lo que ahí se discutía.

Todo el tono cambiaría, sin embargo, cuando una enfermera joven que se declaró antes que nada “chilota nacida y criada” comenzó agradeciendo la calidad y profundidad del cortometraje, especialmente por que mostraba “la realidad de la gente de la isla”, agregando que “en Chiloé a través de la alimentación se entregaban muchas más cosas, como el cariño, el aprecio, el agradecimiento” y que en la estrategia de Atención Primaria los centros de salud no comprendían eso, y pedían siempre “cambiar la mentalidad de comer sano, pero sin entenderla”. El tono de la enfermera era bastante distinto a los anteriores comentarios: había un grado de implicación diferente en sus palabras, que luego se mostraría con claridad cuando ella rompería en llanto al recordar la experiencia de su propia familia. Ahí había varios casos de distintos tipos de cáncer, lo cual los había obligado como familia a atravesar por tortuosos itinerarios de sanación con distintos sistemas médicos, en función de encontrar una atención digna, muy similar a los que se mostraban en el cortometraje.

Así, abrupta e inesperadamente, varios de los que antes éramos expertos-espectadores, nos convertimos en personas que compartían experiencias como las que el cortometraje era capaz de retratar. Se hacía resonancia con un mundo normalmente negado dentro de este tipo de Seminarios. El llanto quizás era la forma más radical en ese contexto de romper con

especialmente alta en países del Sur) vuelve controversial su relación causal directa con el cáncer. Para una excelente profundización desde los Estudios Sociales de la Ciencia sobre la constitución biomédica de esta entidad, ver Nunes et al. (2013).

la circularidad de la condescendencia del experto-espectador. Era una incómoda intromisión que rápidamente se difundía por todo el auditorio. El sufrimiento ya no se encontraba “allá detrás de la pantalla” sino que se mostraba acá cercano, al lado nuestro, en nuestra colega que lloraba. Y esto generaba un momento de recogimiento total. El tono de desapego inicial ahora se volvía cercano a la empatía.

El incómodo silencio sólo se rompería, después de largos minutos, mediante otra enfermera que supo recoger ciertos tonos de impotencia, y comenzó a hablar furibunda recalcando que en las islas más pequeñas y aisladas la alimentación no era en rigor el problema del aumento de cáncer, sino todo lo contrario, porque la alimentación se mantenía sana, “con cosas naturales”. Lo que determinaba ahí la mortalidad por cáncer, continuaba la enfermera, era una política pública preventiva ausente, plagada de barreras para una atención médica digna. Entonces se requería más autocrítica, más financiamiento, más médicos, más operativos de salud a las islas.

La discusión se encendía, subiendo y bajando de tono por los siguientes 20 minutos, llegando a lados inesperados: externalidad, desprecio, incredulidad, pena, impotencia, rabia, paternalismo, medicalización, indolencia. Todo junto y mezclado.

Pensé que el efecto de la participación de la Unidad en el Seminario había sido profundamente contradictorio. Al mismo tiempo que cierto desplazamiento desde un primer lugar de expertos racionales hacia uno de espectadores emotivos era facilitado, este movimiento estaba en rigor sostenido sobre una separación radical entre dos artefactos que reforzaban esta misma dicotomía: lo cuantitativo-científico (la ponencia) versus lo cualitativo-artístico (el cortometraje) (*Figura 37*).



Figura 37: Desplazamientos en la participación de la Unidad Epidemiología Sociocultural en el Seminario sobre Cáncer. Fuente: elaboración propia a partir de cuaderno de campo.

Terminada la participación de la Unidad, el Seminario luego pasaba a una pausa de “café saludable” en un comedor al otro lado de los largos e iluminados pasillos. Ahí se encontraban ya servidos yogurt, frutas y jugos de la estación de los más variados colores –algo definitivamente ajeno a la alimentación tradicional y popular en Chiloé y que parecía una deliciosa e irónica broma, al contrastarlo con la discusión de solo minutos antes. Los participantes, no obstante, se relajaban, comían y conversaban en grupos pequeños. Me quedé ahí intentando rescatar algunas de las sensaciones que esta participación de la Unidad de Epidemiología Sociocultural de Chiloé había generado en sus propios integrantes. Para Andrés quedaba clara la necesidad de más y mejor epidemiología local como “herramienta de gestión” en función de presionar cambios de las estrategias a las autoridades locales. Jaime permanecía algo más silencioso y meditativo, diciendo que el cortometraje había posibilitado una discusión más desde la emoción y algunos cuestionamientos (quizás no tan profundos como él esperaba) sobre el *statu quo* del sistema de salud público provincial.

4.4. Materias del arte

4.4.1. Instituciones, actores y territorios

Una buena parte de estas prácticas de investigación, acción y difusión de la epidemiología sociocultural en Chiloé están estrechamente asociadas a un sinuoso desarrollo de la

institucionalidad sanitaria estatal chilena en el sur del país desde el retorno a la democracia. Como describí brevemente en el Capítulo III, esta asociación tendría algunas de sus raíces más evidentes en las “experiencias de salud intercultural” en la Araucanía, que luego de traslados, apropiaciones y traducciones sucesivas se habrían convertido en diversos “modelos” para una serie de expresiones contradictorias de la política de salud para pueblos indígenas en el resto del país. En paralelo (desde un lugar quizás menos visible, más al sur del país) al interior del antiguo Servicio de Salud Llanquihue (que dirigía los servicios de salud pública de las provincias de Llanquihue, Chiloé y Palena), se lograrían recuperar algunas de aquellas ideas transformadoras de la epidemiología que habían tenido un desarrollo incipiente dentro de cierta “efervescencia sanitarista” de los primeros años postdictadura. En aquel extenso y diverso territorio (de aproximadamente 39.358 km²) se daba un alto grado de ruralidad y un fuerte aislamiento geográfico-climático, a lo que se sumaban crecientes procesos de reorganización y recuperación cultural-territorial por parte de las comunidades williche, luego de varios siglos de invisibilidad. En el Servicio de Salud Llanquihue este contexto decantaría en una sensación cada vez más clara de inadecuación local de los planes y programas diseñados por el Ministerio de Salud en la capital Santiago. Una buena parte de sus funcionarios consideraban que las estrategias sanitarias planificadas centralmente eran reflejo del desconocimiento e indiferencia ministerial sobre la creciente complejidad de las transformaciones epidemiológicas, sociales, económicas y culturales de aquellos territorios rápidamente etiquetados como “rurales y aislados” (Medina, 2013).

En este fértil campo para la crítica de las estrategias sanitarias centralizadas, una serie de actores con distintas experiencias críticas de gestión sociosanitaria (como el mismo Jaime Ibacache Burgos, Yuri Carvajal, Federico Venegas, Esteban Figueroa y Fabiola Jaramillo, entre otros) lograrían construir colectivamente una propuesta innovadora orientada a producir un cambio profundo en la forma como se comprendía y entregaba atención sanitaria estatal en las zonas rurales del sur de Chile. El artículo *Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural* (Carvajal et al., 2007) condensaría en parte esta aproximación crítica que intentaba alejarse tanto de los contenidos como de las formas que imponía la tecnocracia sanitaria centralista de esos años. En definitiva, proponían que la atención de salud rural debía ser encargada a un “colectivo de humanos” denominados “equipos territoriales autónomos públicos” que estuvieran disponibles localmente en las comunidades, que fueran resolutivos en sus acciones, y que además estuvieran adecuados

social, cultural y territorialmente. Con características multidisciplinarias, flexibles, horizontales y comprometidos, la intención era que estos equipos generaran un “vínculo interpersonal” permanente con las comunidades, lo cual se constituiría realmente en la fuerza solidaria bajo toda la propuesta de transformación de la salud rural (pp. 151-153).

Clásicamente, el abordaje sanitario de los temas de la salud rural basculaba sobre un rígido núcleo conceptual: la dicotomía urbano/rural. A través de esta dicotomía se entendía que “lo rural” era correspondiente con lo tradicional, con lo atrasado, con lo residual, mientras que “lo urbano” correspondía a lo moderno, lo desarrollado, lo contemporáneo²¹¹. Ergo, la ruralidad para la salud pública hegemónica era usualmente entendida como un “acumulado de barreras de acceso” (físicas, económicas y socioculturales) que impedían la adecuada acción sanitaria. Se medía una serie de “brechas de implementación” descontextualizadas, que terminaban por convertirse en “desafíos” perpetuamente pendientes dentro de las recargadas agendas de los planificadores centrales. En ese orden eran invisibilizadas las profundas transformaciones que estos territorios y sus comunidades habían sufrido durante los últimos 30 años por parte de una globalización neoliberal, que consideraba como estratégicas estas zonas en términos extractivos (Medina, Mendonça y Manrique, 2015).

En cambio, para los autores de la *Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural*, había mucho que aprender de esta “nueva ruralidad”. Su construcción teórico-metodológica estaba impregnada por las experiencias de “trabajo de campo” en diálogo presencial con distintas comunidades rurales y equipos que cotidianamente realizaban atención de salud rural en las Postas de Salud Rural. Así se daba una recuperación crítica –acaso como un intento de ruptura radical frente a las formas y contenidos de la salud pública hegemónica– de algunos elementos de la denominada “sabiduría indígena”, haciendo clara referencia a lo que los autores habían aprendido años antes con las comunidades mapuche en la Araucanía y luego con las comunidades williches y mestizas de Chiloé y Llanquihue. El tono con que inicia este texto es notable en ese sentido:

La salud rural parece haber extraviado su espíritu, aquel que animó el acercamiento del estado nacional a la complejidad social de la salud y la enfermedad. La fuerza, los valores y el compromiso que posibilitaron el desarrollo de una salud rural y la obtención de logros cuantitativos en morbimortalidad en nuestro servicio durante décadas, no serán recuperados únicamente mediante aporte de recursos, comando y control de metas o sistemas de gestión recién estrenados [...] El camino que nuestras comunidades tradicionalmente han hecho para llamar al espíritu extraviado que significa enfermedad y muerte, es mediante una ceremonia colectiva. Poniendo en juego

²¹¹ De claros fundamentos epistémicos coloniales: una expresión de la “colonialidad del saber” (Castro-Gómez, 2000).

todo el saber de una comunidad en la llamada del espíritu es posible encontrar la sanación. Este documento propone a la manera de esta sabiduría, efectuar un análisis de la salud rural y ofrecer algunas alternativas para un esfuerzo colectivo que alienten las cenizas de espiritualidad que hoy perviven en esos equipos y en esas comunidades. (Carvajal et al., 2007, p. 140).

Así, la *Propuesta* termina por comprender que estos extensos territorios del sur de Chile mantienen valiosas fuentes de conocimientos, prácticas y agentes que cotidianamente se hacen cargo de los procesos de salud/enfermedad/atención colectivos de formas altamente creativas para combinar “lo tradicional” con “lo moderno”. Dentro de esta diversidad, el sistema de salud público y la biomedicina son apenas una forma más de las variadas estrategias utilizadas localmente para la prevención, curación y rehabilitación. Así, esta “nueva ruralidad” se caracterizaría por:

mantener autonomías o estrategias comunitarias entre los elementos que llegan desde la modernidad, estas estrategias [que] se manifiestan en procesos de a) la multiculturalidad y multifuncionalidad de las áreas rurales, b) Las relaciones basadas en la reciprocidad, evitando las transgresiones que generan servidumbre o destruyen la autonomía (Carvajal et al., 2007, p. 141).

Al contrario de pretender instrumentalizar esta riqueza de recursos cognitivos y humanos en función de “mejorar la implementación” del sistema de salud público –como lo habrían intentado las aproximaciones típicas de la antropología médica aplicada²¹²– los autores aprovechan esta valiosa fuente local para una transformación quizás más profunda de sus propios marcos interpretativos, roles y utopías dentro del campo sociosanitario. De la mano con el tono y la forma declarada al inicio del texto, con esa rebeldía ante las imposiciones de contenido y forma de la salud pública hegemónica, hay un llamado a recuperar, celebrar y expandir la autonomía (individual, familiar, comunitaria, provincial, institucional) frente a los procesos de salud/enfermedad/atención locales.

El reconocimiento de la preexistencia de distintos sistemas médicos con raíces en distintas tradiciones y cosmovisiones, de la violenta introducción de la institucionalidad sanitaria estatal como la única oficial (recién desde los años 1960), de la sucesiva precarización, medicalización y mercantilización de las formas de asistencia médica estatal a partir de las reformas sanitarias (que empezaron en 1980 y se profundizaron a partir del 2005), y finalmente de la condescendiente actuación estatal frente a los nocivos efectos socioeconómicos y medioambientales de globalización neoliberal en estos territorios, obligaba en su conjunto a reconocer con humildad que el pensamiento y rol sanitario emancipador más que “visionario y/o vanguardista”, debía estar dedicado a potenciar y aprender con las formas de autonomía sanitaria que históricamente habían sido mantenidas

²¹² Como lo revisé en el Capítulo III.

por diversas organizaciones, comunidades, familias y personas. Frecuentemente, estas formas de autonomía sostenían intereses, objetivos y estrategias (y también ontologías, epistemologías y éticas) que diferían radicalmente de las impulsadas por las políticas del Estado.

4.4.2. Salud Colectiva de Chiloé

Las investigaciones y reflexiones sobre las que estaba construida la *Propuesta* se asociaban al desarrollo de la Unidad de Salud Colectiva que primero se creó dentro del Servicio de Salud Llanquihue (2005-2008) y que, luego de su división, continuará dentro del Servicio de Salud del Reloncaví y del recién creado Servicio de Salud Chiloé (2008-2010).

En Chiloé, estos desarrollos ocurrirán en paralelo a varias reconfiguraciones de la institucionalidad estatal que habían sido forzadas por una serie de movilizaciones sociales provinciales a finales de la década del 1990. Así, en el 2000 el gobierno del presidente Ricardo Lagos instruyó la conformación de una “Mesa de Trabajo Servicio de Salud Modelo” con la promesa de que se iniciaría un camino para la construcción de un Servicio de Salud exclusivo para la provincia. Principalmente factores económicos y geográficos, pero también sociales, históricos y culturales, justificaban una gestión sanitaria autónoma para la provincia y una planificación de la atención en salud que reflejara las necesidades sentidas por la población. A finales del 2000 se creó la Unidad de Gestión Provincial de Salud (UGPS) que centraría sus esfuerzos en descentralizar la gestión del Servicio de Salud Llanquihue, delegando progresivamente funciones a Chiloé y que además trabajaría sobre tres pilares identificados de forma participativa por la Mesa de Trabajo:

- i. La inequidad en la oferta, oportunidad, accesibilidad geográfica y una adecuada resolutivez en la atención de salud, lo que generaba insatisfacción usuaria; ii. La organización y coordinación insuficiente en los recursos de salud de la red de atención provincial y iii. La escasa participación comunitaria en salud de la población de Chiloé. (Leighton y Monsalve, 2015, p. 142).

La Unidad de Gestión contaría con un pequeño equipo multiprofesional que, al hacerse cargo de los mandatos de la Mesa de Trabajo, también comenzaría una serie de investigaciones y acciones destinadas a implementar un “Modelo de Atención de Salud pertinente a la realidad cultural, geográfica y social de Chiloé”. Luego de acabado su plazo, la UGPS se transformará sucesivamente en Dirección Provincial de Salud de Chiloé (2003), en el Departamento Provincial de Salud (año 2005) y, finalmente, en el Servicio de Salud Chiloé (2008) (Leighton y Monsalve, 2015, pp. 142 y 143).

Asociados a este proceso emergente de diseño de una institucionalidad sanitaria autónoma, se dan algunas experiencias concretas de investigación-acción donde gana progresivamente centralidad y visibilización la existencia viva de distintos saberes y prácticas curativas en Chiloé, las cuales históricamente habían sido invalidadas, perseguidas y omitidas por el sistema público de salud²¹³. Un ejemplo pionero se da en la localidad indígena de *Compu*²¹⁴ creándose una experiencia modelo de salud intercultural alrededor del Centro de Salud *Mapu Ñuke*²¹⁵ que inicialmente incorporaba terapeutas williche de Chiloé y mapuche invitados desde la Araucanía, médicos familiares, terapeutas de tradiciones médicas foráneas como auriculoterapia y Flores de Bach, jóvenes asesores culturales de comunidades, antropólogos y dirigentes indígenas provinciales. Implementado por el Consejo de Caciques de Chiloé²¹⁶ y con financiamiento proveniente del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud²¹⁷, según dos de sus participantes originales (la antropóloga, investigadora y terapeuta Alejandra Leighton, y la dirigente, asesora cultural y terapeuta williche Miriam Torres Millán) las experiencias dentro del modelo de salud intercultural y complementario de Compu habría sido determinante para comprender que a través de un diálogo respetuoso entre distintos sistemas médicos y a partir de casos clínicos concretos, era posible generar una ampliación de la mirada respecto a los procesos de salud y enfermedad para todos los participantes, generando a su vez, vínculos y redes de colaboración que la trascendían:

lo que se hacía era atención de salud a comunidades indígenas y no indígenas. Entonces trabajaba la Señora Rosa, que hasta el día de hoy trabaja, que era de Cailín que hacía hierbas medicinales, entonces atendía y daba hierbas medicinales [...] y esto lo hacía un grupo de asesores interculturales que eran cabros jóvenes de distintas comunidades que llegaban. Con recursos del PESPI se contrató un médico cubano que hacía auriculoterapia [Enrique Villa] y era médico en el fondo igual también había atención de médico, el Jaime [Ibacache Burgos] también hacía atención de médico ahí, con este otro enfoque distinto, familiar y preguntándole a la gente para atrás [su historia de vida]. Trabajaba también la Miriam Torres. Trabajaba con Jaime muchas veces, entonces fue ahí que ellos diseñaron esto del *che* con todas sus dimensiones, a partir de esas atenciones que se hacían ahí²¹⁸ y se hacían pasantías también. Bueno y también había terapia floral, por eso te digo que era más complementario más que solo

²¹³ Como antes destacué en este mismo Capítulo desde las experiencias de los antiguos TPM de Chiloé.

²¹⁴ “Rio, estero y poblado en el margen Norte del fiordo que comparten las comunas de Queilen y Quellón. La población distribuida en ambos márgenes es esencialmente huilliche. Deriva de CONtun “entrar, quien había salido; o retirase, como la marea + PU, interpuesta en el verbo agrega la idea de “llegar allá, alcanzar a llevar la acción a su término” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 60).

²¹⁵ Madre Tierra, en la traducción desde el mapudungún.

²¹⁶ Una breve descripción de este Consejo aparece en el Capítulo II.

²¹⁷ Programa central para la emergencia de la epidemiología sociocultural en Chile, como lo intenté mostrar en el apartado “Epidemiología, interculturalidad y reforma” del Capítulo III.

²¹⁸ Modelo explicativo visual de las distintas dimensiones involucradas en la generación de la enfermedad que más adelante describo.

intercultural. Se traía a una machi de la Araucanía, que hacía atención de machi [Bernardita]. Y bueno pasaban muchos [técnicos] paramédicos y gente, era como un centro de pasantías también, llegaba muchos equipos de salud a ver la experiencia entonces se metían un poco dentro de los box a ver cómo era la dinámica [...] era una experiencia modelo, efectivamente. (AL, entrevista personal, 01/12/2017)

Éramos todos de comunidades, éramos todos referentes de comunidad, en esos años gente joven [risas] por esos años yo te estoy hablando que tenía unos bellos 30 años no sé por ahí más menos [risas], con todas las ganas de luchas hacia delante. Entonces fue en esos años fue un buen movimiento [...] en principio se suponía que el asesor cultural era quien ponía la parte de la cultura en el espacio, que era ese principio, para que como toda la gente era rural, gente de comunidades adyacentes, para que exista una buena comunicación, ese era el objetivo [...] uno debía estar preparado, debía estar a la altura de trabajar con un médico y el médico debía estar a la altura de trabajar con el facilitador, y uno que tenía que tener todos los conocimientos y atender [...] En esa semana habían dos o tres días de atención directamente a enfermos y los otros dos días eran de capacitación, tanto para los terapeutas que estaban, los facilitadores y los equipos médicos que venían en este caso de la comuna, en ese tiempo se recibían a los profesionales de las comunas, se recibían para que ellos estuvieran, creo que eran dos días que estaban ahí, y era una cosa super integral porque pasaba desde el tema de capacitación en política pública o en derechos, pasaba por hacer el tema de salud y los temas alimentarios...(MTM, entrevista personal, 03/01/2018)

Casi dos años después del inicio de esta experiencia modelo, se producirá un confuso y doloroso conflicto entre los asesores del Consejo de Caciques y una parte de sus integrantes fundacionales. El Centro de Salud williche continuará, pero varios de estos integrantes disidentes serán desvinculados. Estos, no obstante, lograrán generar al poco tiempo desde sus propias comunidades de base nuevas experiencias de atención y capacitación intercultural en salud a mediante gestiones más autónomas con formas de financiamiento diverso²¹⁹. Por el lado del naciente Servicio de Salud Chiloé, Jaime Ibacache y Alejandra Leighton (luego de ser obligados por la dirección de dicho servicio a alejarse de los temas de salud indígena) lograrán crear una Unidad de Salud Colectiva que se encargaría de trabajar sobre los mandatos ministeriales relacionados con la implementación del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario²²⁰. El marco normativo ministerial dejaba grandes espacios de maniobra para los gestores sanitarios provinciales, que procurarían reinterpretar dicho marco localmente para que se

²¹⁹ Como por ejemplo, el Programa de Salud Complementaria Williche Koñimo Lamekura (Picaroni, 2011, 2012, 2017, 2018) o la agrupación de mujeres williche Rayen Küyen vinculadas a la Posta Intercultural de Compu y ESR Chaildad (Leighton, 2005).

²²⁰ Marco conceptual que orientaba las reformas para los centros de Atención Primaria de Salud postdictadura. Su construcción, objetivos y normativas pueden ser trazados a partir del documento *De Consultorio a Centro de Salud: marco conceptual* (Ministerio de Salud, 1993) hasta *En el camino a centro de salud familiar* (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008). El Modelo Integral de Salud sería: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2005, p. 9).

ajustara a sus realidades territoriales (lo cual coincidía con el mandato inicial social que había dado origen a la creación misma del Servicio de Salud Chiloé).

A partir de esa estructura organizacional, se iniciarían una serie de experiencias de investigación-acción en distintas localidades del archipiélago de Chiloé. La Unidad de Salud Colectiva crece en número y multidisciplinariedad llegando a tener en su momento de máxima producción (del 2008 al 2010) un médico (Jaime Ibacache), una antropóloga (Alejandra Leighton), una asesora cultural williche (Miriam Torres), una facilitadora comunitaria (Erica Viera), dos psicólogas (Carolina Duarte y Evelin Alvarado) y el apoyo de dos antropólogas como investigadoras externas (Daniela Monsalve y Carolina Izquierdo). Probablemente las acciones en terreno de mayor intensidad que se recuerdan de esos años fueron la capacitación en diversos temas de salud colectiva y epidemiología sociocultural realizadas con los TPM de la comuna de Quinchao (2005 al 2006), la implementación de atenciones de salud complementarias y visitas domiciliarias en esa misma comuna (2006-2007), los numerosos talleres teórico-prácticos sobre el uso y preparación de plantas medicinales con equipos de salud, organizaciones y comunidades en todas las comunas de Chiloé (2003-2010), y la realización de dos investigaciones fuertemente ancladas en los marcos conceptuales y metodológicos de la epidemiología sociocultural: *Nacer en Chiloé. Articulación de Conocimientos para la Atención del Proceso Reproductivo*²²¹ (Leighton, Monsalve e Ibacache Burgos, 2008), y *Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Sobrepeso, Mal, Susto, Corriente de Aire*²²² (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010) financiada por el Fondo Nacional de Investigación en Salud (Leighton y Monsalve, 2015, pp. 143–160).

Cada una de estas experiencias habría combinado la investigación epidemiológica y antropológica con la acción sanitaria directa y con la pedagogía, en un estilo participativo y con el contacto directo en el terreno donde se “hacía salud”. De este modo, según varios de sus participantes, se habría desarrollado un modo singular de comprensión y acción sobre los procesos de salud/enfermedad/atención: la Salud Colectiva de Chiloé. Esta Salud

²²¹ De la cual se produciría el material audiovisual *Abuelas Sanadoras de Chiloé* (Ibacache Burgos, 2009a)

²²² De la cual se producirían los materiales audiovisuales *Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. "Las historias no contadas"* (Ibacache Burgos, 2009b) y *Síndromes Culturales del Archipiélago de Chiloé. Imágenes de un Proceso. Enero 2008- Enero 2010* (Leighton y Coll, 2010).

Colectiva se diferenciará de las conceptualizaciones planteadas desde otros lugares de Latinoamérica²²³:

Entendemos por Salud Colectiva un modelo de atención que se construye en forma colectiva desde el territorio donde éste se va a implementar. En cada territorio existen sistemas de salud que coexisten [...] Se propone un modelo de salud colectiva que tome en cuenta todos los sistemas de recuperación del equilibrio en un territorio, los que al entrar en coordinación crean un modelo dinámico que pueda dar mejor cuenta de la realidad territorial o del espacio local y ofrecer una atención más resolutive a las personas. Este modelo tiene la particularidad de ser socio espiritual psico biológico porque considera a la persona y sus componentes inserta en una red familiar, comunitaria, social y espiritual. La salud colectiva también se desarrolla en el contexto de un espacio local o territorio que en su dinámica cotidiana se encuentra determinado por factores que lo agreden y otros que lo protegen. (Ibacache Burgos y Leighton, 2005, p. 3)

Más adelante esta definición se transformará en estructura institucional, en la Unidad de Salud Colectiva, manteniendo sus elementos centrales y agregando otros:

La Unidad de Salud Colectiva fue creada con el fin de articular un conjunto de Sistemas Médicos o de actores, conocimientos, prácticas, técnicas e ideologías para resolver en conjunto el desequilibrio de personas, familias y comunidades en el Archipiélago de Chiloé; para con esta mirada fortalecer el control social como forma de participación para la recuperación de la autonomía y la identidad en salud. (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010, p. 27)

A través de las palabras de dos de las integrantes de aquella Unidad es posible observar cuáles otras materias se estaban también incorporando a este singular ensamblaje conceptual, institucional, metodológico y utópico:

La salud colectiva era como esta estrategia de investigación-acción, en el fondo era cómo haciendo cosas en el territorio era posible trabajar con todos, con todos como personas, pero también como con los conocimientos de todos, entonces viene este tema de que hay distintos sistemas médicos y de que estos distintos conocimientos se pueden poner en relación [...] O sea, nosotros definíamos esta Unidad de Salud Colectiva como una especie de puente entre los equipos de salud y la comunidad. Y yo siento que siempre estábamos más mirando cómo cambiar o adecuar la mirada y el quehacer de los equipos de salud, para que eso se viera reflejado positivamente en la gente, para que se pudieran establecer mejores nexos (AL, entrevista personal, 01/12/2017).

Salud colectiva según nosotros era como recoger todo lo que la gente sabe en salud, y sin importar y sin discriminar, sin decir "éste es el que es válido y éste no", sino que reconociendo que la gente tiene muchas formas de sanarse y todas son válidas, y cómo nosotros podíamos mirar esas prácticas que tenía la gente como para conversar con los equipos locales y lograr una cosa más humana, más cercana, para no decir pertinente, sino que de verdad, o sea, no estábamos hablando desde el discurso [...] pasábamos de cosas tan concretas a cosas

²²³ Pero que sí la habrían inspirado, como por ejemplo la definición de Salud Colectiva de Paim y Almeida (en Granda, 2004) que es citada dentro del libro *Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Sobreparto, Mal, Susto, Corriente de Aire* (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010): "un conjunto articulado de prácticas técnicas ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. La Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras" (p. 14).

completamente abstractas, como hacer un diagnóstico de recursos de una isla con la gente, un mapeo de recursos, pero también a la vez por ejemplo, horas de médico, colchones de escaras para la ésta [familia], las horas para la persona que quiere hacerse un tratamiento de alcohol, el remedio para esto, o sea era muy diverso (EV, entrevista personal, 17/01/2018).

4.4.3. Sistemas Médicos de Chiloé

Como se desprende de las distintas definiciones y discursos entorno a la Salud Colectiva de Chiloé, constantemente se procura visibilizar la importancia contemporánea de la diversidad de modos de explicar, prevenir y curar los estados de enfermedad dentro el Archipiélago. Pero para llegar a este posicionamiento (que es ciertamente radical para la salud pública y la epidemiología convencionales), previamente debió haberse configurado cierta “mirada” sobre esta diversidad. En ese sentido, dentro de la investigación *Síndromes culturales del Archipiélago de Chiloé. Sobreparto, Mal, Susto, Corriente de Aire* (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010) el concepto de “sistemas médicos” se encuentra ya bien definido, entendiéndose como un “conjunto organizado de instituciones, recursos, prácticas y procedimientos respecto de un modelo cultural dado” el cual se derivaría, a su vez, de varios “modelos médicos” en tanto que “estructuras conceptuales cognitivo-culturales que conllevan una serie de supuestos y asunciones construidas histórica y culturalmente por un grupo social determinado” (p.16). Sobre estas definiciones se identificaban tres grandes sistemas médicos a los que recurría en su mayoría la población de Chiloé ante los estados de enfermedad:

1. El sistema médico originario o tradicional (en el que ubicamos también la ‘medicina casera’ y la ‘medicina popular’). Aquí encontramos las estrategias familiares para resolver a nivel casero los problemas de salud y también se encuentran aquí los distintos sanadores tradicionales que se encuentran a lo largo del Archipiélago. En Chiloé, este sistema médico está plenamente vigente, aun cuando en algunos momentos históricos ha sido invalidado y perseguido por el sistema médico oficial. Podemos sostener que éste es el primer nivel de atención al que las personas recurren dentro de su camino de sanación [...]

2. El sistema médico oficial, biomédico o alopático: Se basa en una visión mecanicista del cuerpo, por lo que se entiende que la enfermedad es producida por agentes infecciosos o un mal funcionamiento fisiológico. El desarrollo de las técnicas de tratamiento va de la mano con los avances científicos occidentales, los cuales se orientan bajo la búsqueda de relaciones comprobables causa/efecto [...]. Bajo esta mirada, los establecimientos de salud legitiman y monopolizan la resolución de los problemas de salud. En Chiloé, el Sistema de salud estatal se conforma por la red de salud primaria y hospitalaria que se extiende en las diez comunas de la Provincia, sumando las consultas privadas que se ubican en las principales ciudades de la Provincia.

3. El sistema médico energético. Hemos denominado de esta forma a todas aquellas terapias que actualmente se ofrecen en Chiloé, incluso al interior de algunos establecimientos de salud oficial, la mayoría de las cuales comparte una visión común de la persona en tanto un ser integral (cuerpo, mente, emociones, espíritu). Entre las terapias que ofrece este sistema se encuentra la acupuntura,

reiki, flores de Bach, masajes, homeopatía, iridología, biomagnetismo, sintérgica, entre otras.” (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010, pp. 17–18, énfasis del original)

4.4.4. Itinerarios de Atención

Estos sistemas [médicos] compiten o se relacionan entre sí, dependiendo de la fuerza validación de cada uno de ellos en el territorio. En un territorio con presencia de pueblo originario con alta identidad cultural, el sistema originario tendrá mayor validación que el biomédico, lo que se reflejará en la mayor consulta y confianza de las personas hacia los terapeutas tradicionales originarios, y en el acercamiento al sistema biomédico ya sea en un itinerario terapéutico simultáneo o secuencial. Probablemente en un territorio urbano las personas asistan en mayor medida al sistema biomédico, en un itinerario exclusivo, ya sea por la mayor medicalización que ha ejercido este sistema sobre la población o por la posibilidad de solucionar problemas concretos [...] frecuentemente las personas inician un camino de sanación basado en un pensamiento socio-espiritual-psico-biológico, buscando en él nuevas respuestas y/o complementar el tratamiento biomédico (Ibacache Burgos y Leighton, 2005, p. 3)

De este modo “itinerario terapéutico”, “itinerario de atención”, “carrera del enfermo” y/o “camino de sanación” se presentan acá como términos operativos equivalentes. Son operativos porque su función es hacer inteligibles (especialmente para el personal biomédico) prácticas sociales que aparecen superficialmente como contradictorias en relación con la búsqueda de curación frente a las enfermedades²²⁴. Esto porque la forma de aproximación típica a este campo tiende más a visibilizar las exclusiones entre los distintos sistemas médicos que las articulaciones. Una impresión derivada, entre otros, producto de partir trabajando por las representaciones propias de cada terapeuta (quienes tienden a ignorar o estigmatizar al resto) en vez de iniciar por “los sujetos y grupos sociales” que hacen uso de ellos. De este modo para Menéndez:

a través de la observación de la “carrera del enfermo” o “carrera del paciente” podemos identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener –por muy diversas razones– si partimos inicialmente de los curadores. Pero además, a través de los conjuntos sociales podemos observar el uso articulado de las diferentes formas que usa cada grupo y no los usos excluyentes (Menéndez, 2003, p. 187).

Con esta construcción operativa sería posible comprender que la experiencia concreta de los enfermos en contextos multiculturales, como los de Latinoamérica, es en realidad

²²⁴ Para el investigador mexicano Paul Hersch (comentario personal) “es necesario reconocer que los itinerarios terapéuticos sin bien hace inteligibles prácticas invisibilizadas, su función no se reduce a ello: en particular pone en evidencia la dinámica de la busca de cura como eje que integra, en la racionalidad del pragmatismo, diversas posibilidades independientemente de su grado de coherencia entre ellas. Y si esa dinámica se ha centrado en la figura de los itinerarios “terapéuticos” o de “atención” o de “sanación”, a su vez soslaya la existencia de *itinerarios de desatención* (...) El énfasis requerido es en la *dinámica de necesidades*, y no primordial o solamente en la dinámica de diversas alternativas de sanación desde una perspectiva de modelos”. Más adelante, en el Capítulo V profundizo en esta perspectiva crítica y su relación con las actuales producciones de la epidemiología sociocultural de Chiloé.

altamente pragmática y complementaria de diversas tradiciones y tecnologías. Aun así, los itinerarios terapéuticos en Chiloé tampoco son decisiones racionales basadas en una lógica riesgo/beneficio calculada individualmente, sino que parecen más bien ser una acumulación de diversas formas de entender la enfermedad y la curación dentro del mismo cuerpo del enfermo que procuraba por una solución en un tiempo y espacio concreto, de forma situada. Por supuesto, no son meros cuerpos (*nuda vida*), sino en realidad familias, colectivos, economías, creencias, culturas, dolores, placeres, memorias y futuros en tránsito por respuestas sanadoras. Dentro de estos tránsitos colectivos de sanación se toma lo que parece útil y prudente, y se desecha lo que parece inútil e inadecuado. Por lo tanto, se estaría acá también hablando de formas de autonomía para enfrentarse a los procesos de salud/enfermedad/atención colectivos con todas sus consecuencias y derivaciones. Estas autonomías debían ser de algún modo defendidas también de las pulsiones hegemónicas del mismo sistema sanitario estatal:

Las decisiones que toman y las acciones que realizan las familias y personas en el cuidado y mantención de su salud, constituyen el camino de sanación que recorren, considerando ámbitos que son propios de ellos y que como Servicio de Salud debiéramos conocer e interpretar, ya que tiene sus dinámicas propias, especialmente en el caso de comunidades que tienen una mayor identidad cultural. Más bien aquí el Servicio de Salud tiene el rol de observar, mirar y aprender de estas dinámicas de protección propias de la gente para que a partir de ellas se puedan generar acciones que fortalezcan estos perfiles protectores y la autonomía en salud con el despertar del “sanador interno de la cultura”. (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010, p. 27).

En el contexto de las distintas actividades pedagógicas (talleres, capacitaciones, seminarios, etc.) que la Unidad de Salud Colectiva y luego la Unidad de Epidemiología Sociocultural de Chiloé realizarían con los equipos de salud locales y funcionarios del Servicio de Salud, se solía utilizar un ejemplo didáctico para explicar qué eran estos itinerarios terapéuticos y cuál era su utilidad e importancia para la gestión y atención de salud por parte del sistema público. Se mostraba un caso clínico real, inicialmente enunciado de la forma biomédica convencional con la idea facilitar un diálogo cercano a la realidad de los profesionales participantes:

Hombre 93 años, sector rural, williche, agricultor, activo. Comienza con síntomas genitourinarios compatibles con hipertrofia de próstata y luego de un par de semanas inicia de forma brusca síntomas y signos de confusión mental, inversión del ciclo sueño-vigilia y un síndrome amnésico. Además, presenta nicturia y edema de extremidades, con ortopnea. Tos con desgarro blanquecino. (Unidad Epidemiología Sociocultural, 2015, pp. 27)

Rápidamente se iniciaba un diálogo donde los participantes formados en biomedicina habitualmente intentaban enunciar nuevas hipótesis causales y entregar diagnósticos diferenciales con sus respectivas argumentaciones. Respetando esas reflexiones, sin

embargo, la próxima diapositiva sobre el caso clínico pretendía dar una verdadera sacudida a los profesionales asistentes:

Explicación de su familia: “él anduvo mucho de a caballo y no se cuidó del frío (tranca de orina) y ahora lo tomó una corriente del *chauko*²²⁵ cuando andaba cortando leña en el bosque. Cuando joven tuvo un susto grande que nunca se trató” (Unidad Epidemiología Sociocultural, 2015, p. 28).

Ante la incredulidad y sorpresa típica de parte de algunos de los participantes, se instaba a comprender y debatir la importancia de comprender estas explicaciones causales y diagnósticos enraizadas en la experiencia sociocultural local y, sobre todo, el lugar central que poseían para el enfermo y su familia. De este modo continuaba la exposición presentando un esquema que intentaba articular esta compleja coexistencia de causas y diagnósticos desde distintas tradiciones (*Figura 38*):



Figura 38: Camino explicativo y de sanación del caso. Fuente: Unidad Epidemiología Sociocultural, 2015, p. 29)

4.4.5. Modelos Explicativos Fundamentales

Para la tradición de la epidemiología sociocultural latinoamericana un *modelo* es un “instrumento metodológico que supone una propuesta construida por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico” (Menéndez,

²²⁵ Aire de chauko o trauco (que derivaría del mapudungun TRAUN “unir dos cosas separadas” + CO “agua”): “Vaho que lanza el trauco, la fiura y algún otro ente mítico para apoderarse de las voluntades de sus víctimas. Este aliento hediondo tuerce o enferma gravemente a quienes lo reciben” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 264).

1983, p.5). Adoptando por ahora esta definición, para la práctica social de la epidemiología sociocultural de Chiloé creo es posible diferenciar con claridad por lo menos dos “Modelos Explicativos Fundamentales”. Se trata de una denominación que propongo con intención meramente operacional y provisoria, para observar cómo se ligan una serie de conceptos estables sobre la enfermedad y la curación, y sobre la sociedad, la naturaleza y el cuerpo en la mayoría de los procesos de investigación, acción y pedagogía de la epidemiología sociocultural de Chiloé.

a. Modelo Equilibrio/Desequilibrio-Transgresión

Este modelo busca básicamente asociar los procesos de salud/enfermedad con dos estados polares (equilibrio/desequilibrio) y una acción negativa que las dinamiza (trasgresión).

El origen de este modelo puede trazarse en los trabajos de traducción de algunos principios filosóficos del pueblo mapuche al castellano y, específicamente, a los marcos conceptuales más cercanos al modelo biomédico. Inicialmente estas traducciones pretendían informar las experiencias concretas de articulación de distintos sistemas médicos dentro de emergentes centros de salud y modelos de atención diseñados y administrados por asociaciones mapuche pero financiadas por el Ministerio de Salud en la Araucanía²²⁶. El ejemplo más visible será el desarrollado en Makewe-Pelale a partir del cual se publicarán los trabajos: *Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Chile* (Ibacache Burgos, Chureo, McFall y Quidel, 2001), *Rume Kagenmew ta Az Mapu: epidemiología de la trasgresión en Makewe-Pelale* (Ibacache Burgos, McFall y Quidel, 2001) y *Salud mental y enfoque socioespiritual-psicobiológico. Una aproximación ecológica al fenómeno de la salud-enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuche de salud* (Ibacache Burgos, Morros y Trangol, 2002).

En ese contexto de intensas traducciones y diálogos entre la medicina mapuche y la biomedicina, el modelo equilibrio/desequilibrio-transgresión se construye a partir del reconocimiento del carácter holístico de la identidad, del “ser”, para los mapuche. El *che* (persona) más que una entidad estable y fija, sería el producto de un estado de equilibrio dinámico entre múltiples dimensiones interrelacionadas²²⁷, y la enfermedad, por tanto, deviene cuando el individuo pierde su equilibrio, la integridad de su propio ser:

²²⁶ Contexto que ya adelanté durante el Capítulo III.

²²⁷ En cambio “El concepto de salud no se encuentra en el repertorio conceptual mapuche, porque la salud está integrada a todos los fenómenos de la vida misma, estar bien o estar mal, es salud” (Quidel, 2001, p. 15).

En qué consiste ese estar bien o estar mal, *kümelkalen* (lit. estoy bien, acción de responder a una pregunta en el *pentukun*²²⁸) o *weza felen* (lit. estar en malas condiciones, poseer una mala calidad de vida, no vivir como se quiere). Consiste en que el individuo como tal esté en equilibrio consigo mismo y además lo esté para con sus pares, su familia, sus seres más cercanos y queridos. También debe estar en equilibrio con su *lof*, es decir, con su entorno social, cultural, político, ambiental, territorial, religioso y cósmico (Quidel, 2001, p. 15, cursivas del original).

Como se puede apreciar, esta traducción del *che*, este concepto de persona mapuche, no se corresponde con el individuo moderno-occidental-capitalista. Esencialmente porque el ser mapuche no puede alcanzar por sí solo un “equilibrio individual”²²⁹, al contrario, el equilibrio de una persona se relaciona recíprocamente con el equilibrio de todo su *lof*. No puede darse uno sin el otro:

“El hecho de que algo o alguien en su comunidad esté en condiciones no deseables, afecta a la persona. Si los cultivos están en malas condiciones, la persona ya no está bien, si los animales no tienen pasto suficiente entonces la persona no se encuentra bien” (ídem, p.15).

Dado que el objetivo de fondo en esos momentos era la construcción de un modelo que pretendía ser una traducción útil para potenciar las experiencias de interculturalidad en salud que ya se venían dando, era menester reforzar este punto, quizás forzando una traducción algo lineal al desagregar los elementos que componían esta diferencia radical:

Küme felen, es estar bien económicamente, es poseer bienes materiales suficientes y recursos como para poder vivir él y las personas que le rodean. Significa también un bienestar social, tener aceptación entre sus pares y reconocimiento en lo que hace. Del punto de vista espiritual implica tener un equilibrio, consigo mismo, en sí mismo, con los diferentes entes ya sean estos concretos o abstractos que componen el universo con el cual nos relacionamos de una forma u otra (Ibacache Burgos, McFall y Quidel, 2001, p. 13, negritas del original)

Más allá de esta desagregación, creo que es finalmente con la adición a este modelo dualista del concepto de “transgresión” que se encuentra una verdadera “llave” para hacer más aprehensibles estos nexos íntimos entre individuo y entorno, vinculándolos a una acción u omisión concreta, reconocible (por sus negativos orígenes y consecuencias), y que eventualmente podría ser también prevenida y reparada:

Muchas enfermedades o *kuxan* (lit. enfermedad) según la cosmovisión mapuche son consecuencia de una transgresión contra las normas del universo o *waj mapu* (lit. tierra, forma de expresar un espacio determinado en el universo). Ese cuerpo de normas, o *az mapu* (normas, costumbres establecidas en un determinado territorio ante lo cual se rigen los grupos que en ellas habitan), regulan la relación entre los seres humanos y su entorno como con los otros seres vivos y fuerzas del *waj mapu* (lit. tierra, forma de expresar un espacio determinado en el universo). Esa relación está basada en una reciprocidad y equilibrio entre los

²²⁸ “Acto posterior al saludo en donde se pregunta acerca del estado de la persona, su familia, comunidad entre otros” (Quidel, 2001, p. 15).

²²⁹ En esto se diferencia radicalmente de las variadas aproximaciones del tipo “new age” que utilizan la terminología de la armonía/desarmonía.

seres, las fuerzas, y cuando una persona transgrede una de las normas, quiebra ese equilibrio y entonces se enferma. La enfermedad puede tener múltiples formas, pero la causa siempre proviene del comportamiento del individuo o de un miembro de su familia. Distinto al pensamiento "occidental" cartesiano, el cuerpo no es una entidad cerrada, por lo tanto la transgresión de uno puede afectar a los demás. (Quidel, 2001, p. 15 y 16, cursivas del original).

Esta transgresión, entonces, puede surgir de distintas formas, dimensiones y escalas. Dentro de este contexto la enfermedad misma sería una entidad con agencia²³⁰, un parásito que llega atraído y perpetuado precisamente por el estado de debilidad (acaso estructural) de los estados de desequilibrio producidos por la transgresión. “La enfermedad es un ente vivo que ingresa hasta el organismo de la persona, se alimenta de ella misma y por tal razón se desarrolla, mientras la persona se debilita” (Quidel, 2001, p. 15).

Para la lógica reduccionista que informa típicamente al modelo biomédico, donde se privilegia una causalidad singular, lineal y predecible (es decir, una noxa específica produce una enfermedad específica), estas concepciones supondrían un problema mayor para una traducción capaz de convertirse en un modelo de utilidad dentro de una práctica terapéutica que aspiraba a ser intercultural. Quizás esto habría obligado a vincular el modelo equilibrio/desequilibrio-transgresión con otra construcción conceptual, esta vez más operativa para la clínica occidental, más cercana a los marcos conceptuales biomédicos –y acaso también pensada en principio como provisoria, hasta el momento que se pudieran dar diálogos realmente simétricos. Así se habría construido el llamado “enfoque socioespiritual-psico-biológico”:

Esto implica aprehender la conceptualización de salud de la cultura mapuche junto a los elementos aportados desde la visión occidental, para de este modo generar conocimientos coronados en un nuevo paradigma que permita entender la integridad del ser mapuche: *el enfoque socioespiritual-psico-biológico*. Desde esta perspectiva, el enfoque recién aludido se explica integrándolo en el Modelo de Armonía– Desarmonía²³¹, el cual concibe la mantención de la salud como una interdependencia entre elementos que apuntan directamente al concepto de persona en la cultura mapuche, y el contexto familiar y territorial primigenios de la persona [...] Con esta postura, se pretende superar el *Enfoque Psicosocial*, centrado fundamentalmente en el individuo y en realizar cambios en él, hacia un *Enfoque Comunitario*, que demanda la comprensión de los problemas cuya causa sería atribuida a las condiciones del contexto de la persona individual (Ibacache Burgos, Morros y Trangol, 2002, p. 4, cursivas del original)

Este enfoque instaba a observar el equilibrio/desequilibrio-trasgresión en por lo menos cuatro dimensiones que se encontraban más o menos bien definidas en conceptos

²³⁰ “La enfermedad es un ente vivo que ingresa hasta el organismo de la persona, se alimenta de ella misma y por tal razón se desarrolla, mientras la persona se debilita. Pero ella tiene un contexto, un origen como todos los seres vivos.” (Quidel, 2001, p. 15).

²³¹ Otra forma de referirse al modelo equilibrio/desequilibrio-trasgresión.

occidentales: dimensiones social, espiritual, psicológica y biológica. Desde cada una de ellas podían venir trasgresiones que desequilibrarían a la persona atrayendo la enfermedad:

Esto nos ha llevado a plantear el llamado Enfoque Socio-espiritual y psicobiológico como camino de la etiología de la enfermedad y por tanto también como estrategia de reparación del equilibrio a través de la complementación de los saberes en salud. Es por esto que en el caso mapuche la participación de los Especialistas propios de la cultura mapuche en coordinación con los Especialistas occidentales en el análisis y tratamiento de un enfermo es la estrategia básica que permite la sanación y por consiguiente el nacimiento de una medicina sociocultural más humana e integral. (Ibacache Burgos, McFall y Quidel, 2001, p. 17).

Y a continuación de esa misma publicación pionera se mostraba un esquema (*Figura 39*) que, por la dirección de sus vectores, permitía interpretar que había una progresión procesual entre estas dimensiones relacionadas con la producción de la enfermedad. En otras palabras: las transgresiones en las dimensiones socioespirituales eran las que producían los desequilibrios psicológicos y estos, a su vez, provocaban los síntomas y signos de la enfermedad biológica.

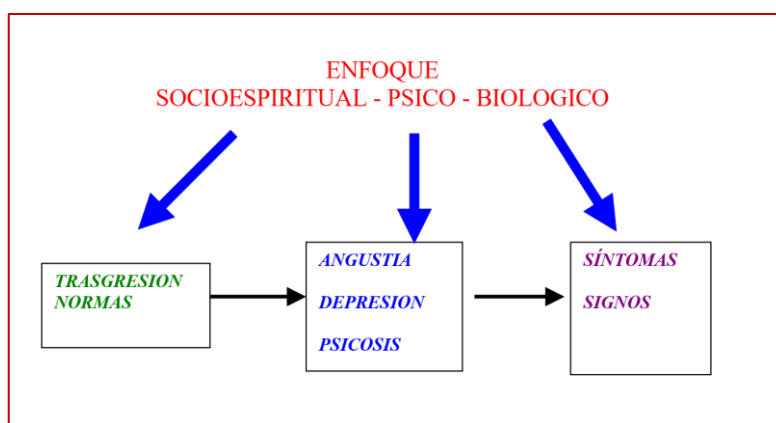


Figura 39: Enfoque socioespiritual-psico-biológico 1. Fuente: Ibacache Burgos, McFall y Quidel (2001, p. 18)

En efecto, el esquema hacía comprensible para cualquiera formado dentro del modelo biomédico aquello de lo que se estaba hablando; sin embargo, me parece que reducía de forma extrema algunas de las conceptualizaciones antes planteadas en el mismo documento. Quizás por esto, el esquema se acompañaba de uno más (*Figura 40*), que en una esfera dejaba inmerso al *che* dentro de las diferentes dimensiones y las ponía bajo el influjo de conceptos mapuche que lo trascendía, muchos de ellos puestos sin traducción al castellano, lo cual aseguraba (a mi juicio) dejar abierta las posibilidades holísticas que sostenía el modelo.

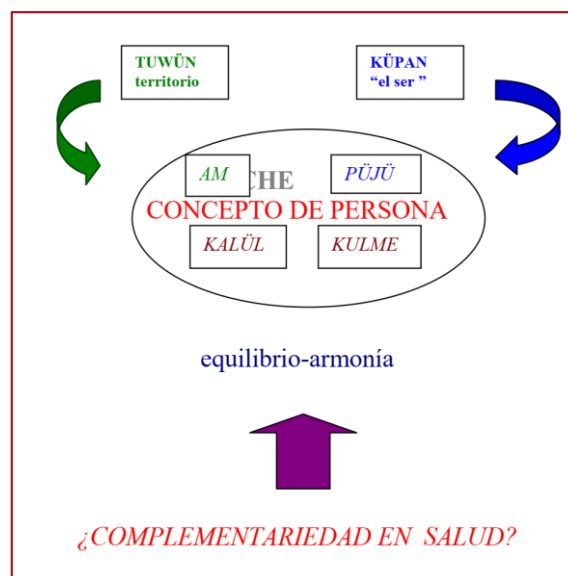


Figura 40: Enfoque socioespiritual-psico-biológico 2. Fuente: Ibacache Burgos, McFall y Quidel (2001, p. 18).

En Chiloé, estas traducciones llegan junto con la participación del mismo Jaime Ibacache Burgos en las emergentes experiencias de salud intercultural de Compu. En ese lugar, este modelo y enfoque son progresivamente integrados dentro del propio modelo de atención con enfoque sociocultural y los cuales, a su vez, comienzan a ser transformados y apropiados dentro de un contexto territorial y cultural distinto al de las comunidades mapuche de la Araucanía donde habían sido creados. Según Alejandra Leighton:

yo creo que esto parte a partir del modelo de atención de Compu, porque en el fondo en ese modelo, o no sé si parte ahí pero para mí es más fácil graficarlo desde ahí, la atención de salud que el Jaime [Ibacache] hacía ahí, él tenía un espacio de atención, un box entrecomillas donde estaba el Jaime y la Miriam [Torres][...] Se preguntaba a la persona "por qué viene usted", "porque me duele la cabeza", "y de dónde viene", " bueno, yo vivo en tal parte", "y a qué se dedica" era la conversa que tenía el Jaime con la persona "yo me dedico a recolectar mariscos", "y cómo le ha ido, y viven de eso", bueno era una conversa de dos amigos o personas que se están conociendo, y luego volvamos sobre su tema del dolor de cabeza, "desde cuando le duele" "hace como cuatro meses" y "como son esos dolores" así y asá" y "qué pasó hace 4 meses que empezó ese dolor de cabeza" [...] "fue cuando se fue mi hijo a estudiar a Quellón" ya y desde ahí empezaba a sacar como el rollo, entonces claro "y qué más generaba eso en la familia" "no en realidad mi marido anda medio triste" y así se puede comenzar a ampliar la mirada y eso eventualmente puede ir más allá. Ahí en el Consejo, por ejemplo, había temas que tenían que ver con tierras, con peleas de comunidades, esos los en el fondo desequilibrios que afectan, y de ahí descubrimos esta categorización que hicimos (AL, entrevista personal, 01/12/2017)

También desde esta experiencia terapéutica, investigativa y pedagógica de Compu provendría el siguiente esquema, elaborado por Jaime Ibacache Burgos y Miriam Torres Millán que intenta graficar la multidimensionalidad involucrada en el desarrollo de las enfermedades en las comunidades de Chiloé a través del modelo equilibrio/desequilibrio-transgresión (Figura 41):



Figura 41: Modelo equilibrio/desequilibrio-transgresión y enfoque socioespiritual psico-biológico en Chiloé.
Fuente, Jaime Ibacache y Miriam Torres, 2003 (citado en: Ibacache Burgos y Leighton, 2005)

Pero al mismo tiempo que el modelo era apropiado –ganando utilidad hermenéutica para el nuevo contexto de utilización y también vinculándose cada vez más profundamente a cierto “sentido común” de la explicación de las enfermedades en Chiloé– esta construcción perdía su adscripción original a comunidades mapuche específicas, transitando por procesos sociales específicos (en este caso las comunidades *wenteche* de Makewe-Pelale²³² construyendo su propio modelo de salud intercultural):

La salud en los pueblos originarios y en poblaciones mestizas se concibe como el bienestar y equilibrio de la totalidad de las dimensiones de la persona: el cuerpo, el espíritu, las emociones y la mente. Asimismo, la salud es entendida no sólo desde la persona o individuo, sino también desde la familia y la comunidad y el entorno en el que ésta se inserta. (Ibacache Burgos y Leighton, 2005, p. 6)

²³² Es una traslación que creo altamente problemática y no se ha reflexionado lo suficiente, especialmente considerando que el mismo autor José Quidel (Logko e investigador mapuche) advertía sobre el carácter situado de toda la conceptualización ya en una de las publicaciones iniciales: “Es importante, señalar que todos estos enfoques responden a una identidad territorial determinada como lo es la *wenteche*. Con ello dejamos claro, de que existen otras identidades territoriales y que en cierta forma el modo como se manifiestan estos términos, conocimientos y acciones difieren según cada territorio.” (Quidel, 2001, pp. 16 y 17).

De este modo, y pasados más de 10 años de su arribo a Chiloé, el modelo equilibrio/desequilibrio-trasgresión pasa a ser entendido como una conceptualización global y multicultural para explicar la enfermedad:

[la trasgresión] es un concepto que es en general de los sistemas médicos originarios, está en la medicina mapuche, en la medicina huilliche, está en la medicina china, que yo después estudié medicina china y me lo volví a encontrar, entonces es como parte de la cosmovisión [...] y conversando con la gente tú te das cuenta de que efectivamente es real, y acá en Chiloé claro cuando la gente te dice que tuvo un *susto* que tuvo un *mal*, está asociado a trasgresión, que quizás la gente no te lo dice así, no se da cuenta que en el fondo está generando una trasgresión, pero cuando tú haces el relato de "por qué" se asocia a eso, que te saliste del esquema, que transgrediste algo (AL, entrevista personal, 01/12/2017)

Durante estos mismos 10 años se aceleró el patrón de acumulación neoliberal (Harvey, 2003), y las crisis ecosociales en Chiloé generaron múltiples movilizaciones sociales²³³, y este contexto también atraviesa las prácticas y conceptualizaciones de la salud colectiva y epidemiología sociocultural. A través del modelo era fácilmente entender la existencia de un extendido desequilibrio territorial-maritorial con consecuencias comunitarias, familiares y personales considerables: las empresas salmoneras transgredían, las políticas de desarrollo local transgredían. Paradójicamente, durante la misma década, las posibilidades de articulación de estas conceptualizaciones innovadoras con el sistema médico oficial mostraron cierto retroceso. Aquel sistema había quedado detenido en una posición positivista, productivista y mercantil: se volvía parte también de aquella trasgresión sobre el territorio-maritorio. Incluso los ímpetus inicialmente contrahegemónicos de los enfoques de salud familiar y comunitaria (muy visibles dentro del sistema público de salud durante la década del 2000) se enfrascaron en una búsqueda de autojustificación constante sobre ciertas formas de "evidencia científica"²³⁴ para cada una de sus acciones clínicas y preventivas, al tiempo que "el control" de las enfermedades cardiovasculares individuales invadió la mayor parte de sus tiempos y energías. Quedaban así cada vez más lejos de las instituciones de atención a la salud (públicas y privadas), dimensiones cada vez más relevantes en Chiloé, como eran los temas relacionados con el daño ecológico. En palabras del mismo Jaime Ibacache:

el modelo de salud occidental, en su afán de poder ser integral habla de lo biopsicosocial, pero yo creo, o creemos que el desequilibrio es socio espiritual psicobiológico porque cada día nos damos cuenta que frente a los problemas de salud que tiene una población, la causalidad de lo social desde lo ambiental

²³³ Como lo intenté describir durante el Capítulo II.

²³⁴ En rigor, asociaciones estadísticas entre riesgos y beneficios para cada acción terapéutica o preventiva, evaluadas de forma totalmente descontextualizada, tal como se había criticado fuertemente por parte de las mismas corrientes de Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericanas (ver Capítulo III).

pasando después a lo psíquico y después al cuerpo se hace cada vez más presente (JIB, diálogos-en-tránsito, 16/11/2017)

En este intenso proceso de transformaciones situadas, creo que la transformación más radical de la epidemiología sociocultural de Chiloé sería precisamente que este modelo equilibrio/desequilibrio-transgresión deja de ser solo “una forma más de explicar la enfermedad” y logra permear en los diversos actores que participan de sus experiencias en terreno. En otras palabras, el modelo se vuelve “el sentido común” que informa sus prácticas, y la mayoría de las veces opera de forma implícita, como una explicación “obvia y natural”, como una verbalización de algo que todos ya saben de antemano. Desde los profesionales de salud hasta los vecinos más ancianos involucrados en estas experiencias de investigación y acción hacen resonancia a través de este modelo. Parece ser parte de una memoria común de Chiloé, que se activa ante su enunciación. Desde él se pueden explicar prácticamente todas las enfermedades, independiente del nombre que cada cultura les imponga:

sin duda alguna que las principales enfermedades tienen que ver con los desequilibrios, y la persona tiene desequilibrios cuando se relaciona mal con otra persona, con la comunidad, con la naturaleza, entonces ahí empiezan a aparecer ciertas dolencias, ciertos síntomas y signos que las culturas le han puesto nombres, por ejemplo el tema de las corrientes de aire o las corrientes del *chauko*, la corriente de la *fiura*²³⁵ que tiene que ver con que acá en Chiloé no se respetan esos espacios donde hay energías y bueno, esa energía invade al ser humano que no entra protegido, que no entra con permiso digámoslo así, y se pueden generar algunos síntomas o signos y que suben la presión, y eso termina en una parálisis o una trombosis (Ibacache Burgos en Seguel, 2019)

Pero todavía hay otro modelo que también creo se encuentra igual de presente en las prácticas de la epidemiología sociocultural de Chiloé, y que cada vez se torna más relevante dentro de los mismos críticos procesos territoriales: el modelo autonomía/dependencia.

b. Modelo Autonomía/Dependencia

De manera similar al anterior, este modelo asocia los procesos de salud/enfermedad con dos conceptos polares: autonomía/dependencia. En otras palabras, la salud se corresponde con un estado de autonomía y, al contrario, la enfermedad sería un estado de dependencia.

²³⁵ FIURA: “*Trauca*. Mujer pequeña, de extraordinaria fealdad, que aparece como acompañante del *Trauco*. Habita, al igual que éste, los bosques y quebradas. Viste ropa colorada, preferida por su pareja. Se apodera con su hálito y su mirada de la voluntad de los humanos, “*tomándoles sus alientos*” para disfrutar sexualmente de ellos. [...] Observaciones: “*Los agarra por las piernas, dejándolos tullidos por toda la vida; a aquel por los brazos, el de más allá por la cabeza- A algunos (a veces toda una familia) les suelta un aire, daña mayor que la más terrible de las epidemias. No solamente tira las enfermedades contra los hombres, sino también contra los animales, especialmente contra los chanchos, perros y gatos*” (Cárdenas Álvarez, 2017, p. 242)

Al contrario del modelo equilibrio/desequilibrio-trasgresión, el modelo autonomía/dependencia nunca es explicitado como tal, sino que es más bien un marco implícito, un ingrediente casi siempre presente pero nunca comentado dentro de un buen número de conceptos dentro de sus producciones, pero especialmente dentro de las praxis en terreno de la epidemiología sociocultural en Chiloé. Operaría de forma independiente pero casi siempre aparece haciendo sinergia con el modelo equilibrio/desequilibrio-trasgresión, produciendo que el marco general sea altamente coherente y evocador. Por lo mismo es difícil trazar sus orígenes y referentes, aunque me parece que muchos de sus elementos fundamentales ya se observan en las publicaciones relacionadas con las mismas experiencias de investigación-acción en Makewe-Pelale de la Araucanía. Resulta lógico también proponer que esta sea una de sus fuentes, porque en aquellas experiencias de terreno hubo numerosos diálogos, entrevistas y reflexiones a partir de discursos y prácticas desde la sabiduría ancestral mapuche (*kimun*) de sanadores (*machi*, *gütamchefe*, *bawehtuchefe*) autoridades tradicionales (*logko* y dirigentes de asociaciones) y gente de comunidad (Ibacache Burgos, Chureo, McFall y Quidel, 2001, p. 5)²³⁶. La mayoría de estos actores se encontraban (al igual que hoy y desde más de cinco siglos) inmersos en luchas para la recuperación territorial, política y cultural del pueblo mapuche. Estas memorias coloniales de violencia, apropiación y despojo, pero también de resistencia, emancipación y lucha, creo, se encuentran siempre presentes en sus discursos y prácticas, y por lo tanto, también permearán a las traducciones y conceptualizaciones derivadas de ellos. Por ejemplo, una de las citas más representativas de estas publicaciones iniciales, y que luego se irá repitiendo en varias sucesivas, será de la *machi* Lucinda Lincoñir de la comunidad de Mahuidache:

ya no usan cultivos limpios, los cultivos tienen veneno y producen enfermedades. Están desapareciendo las aves y ciertas especies de plantas y animales, lo cual trae nuevas enfermedades. Los Mapuche se están entregando mucho a la cultura *wigka*²³⁷, al otro estilo y están apareciendo muchas personas con fallas, con menos capacidad mental, más personas discapacitadas, más mujeres histéricas y personas quienes no se controlan. Es una forma de castigo, la persona se pudre en la vida como producto del comportamiento. En diez años más, vienen enfermedades tan potentes que ninguna forma de medicina las podrá curar, porque las mismas personas están provocando estas enfermedades a través de sus ideas, de cómo sentir, hablar y vestir. Vendrán enfermedades cada vez más destructivas. Las fuerzas de la naturaleza están en contra de la gente. Para que una persona tenga remedio, tendría que estar en su medio, fiel a su cultura y contexto. (10 agosto 2010) (Ibacache Burgos, McFall y Quidel, 2001, p. 10).

²³⁶ También es posible observar una poderosa influencia (otra vez, no explicitada) de la “pedagogía del oprimido” de Paulo Freire dentro de estos procesos, tanto en lo conceptual como en lo metodológico (Freire, 1987).

²³⁷ *Wigka* o *wingka*: “persona o gente no mapuche” (Catrileo, 1995, p. 57).

Esta claridad de la machi para comprender la enfermedad del mapuche como un verdadero castigo producido por la pérdida de su medio, su cultura y su contexto, habla también de la pérdida histórica de la autonomía como pueblo, del camino propio (la propia identidad, el *che* ajustado al *az mapu*) debiendo resignarse (en muchos casos forzada e inconscientemente para las nuevas generaciones) a un modo de vida ajeno, dependiente a la cultura *wigka*. Esto aparece una y otra vez cuando se explora la “morbilidad desde la perspectiva comunitaria” dentro de la misma investigación. Ahí aparecen diversas pérdidas: de formas de alimentación, de rituales protectores, de territorio, de la medicina tradicional, de relaciones sociales, de la lengua, etc. El *logko* Juan Epuleo dirá que “no había presión²³⁸ antes. Es por los cambios en la vida o el *ka mogen* o *winkawiün*, son enfermedades del mundo *wigka*, estrés, mucha sal, todo artificial.” (Ibacache Burgos, McFall y Quidel, 2001, p. 9).

Quizás como un intento de revertir (o por lo menos contener) estas pérdidas en relación con los sistemas públicos de salud en estos territorios, se habrían potenciado estos mismos procesos incipientes de administración y diseño de modelos de atención intercultural por asociaciones mapuche territoriales en la Araucanía. Dentro de ellos ya es posible observar cómo se produce un traslape, y más allá, una contaminación entre los conceptos contenidos en el modelo equilibrio/desequilibrio-trasgresión y el modelo autonomía/dependencia, transformándose en cierto sentido en una sola unidad hermenéutica:

El modelo de atención realizado por Makewe ha suscitado una reacción interesante de las comunidades aledañas, quienes a través de su organización tradicional y los jóvenes dirigentes han comenzado a plantearse que es posible la autonomía en salud, vista ésta como un equilibrio socioespiritual y psicobiológico que tiene riesgos frente a los modelos impuestos por el estado chileno a través de equipos dependientes de las municipalidades, donde no existe el conocimiento ni la actitud de ser partícipe de cómo la propia comunidad piensa y planifica las estrategias para su desarrollo. También esta experiencia hace posible visualizar de cómo la propia comunidad puede ir construyendo indicadores de calidad de atención y por lo tanto ir tomando control sobre las ofertas de salud a las cuales están expuestas (Ibacache Burgos et al., 2002, p. 17).

Trasladado al Archipiélago de Chiloé a través de las experiencias que ya antes describí de salud intercultural y complementaria en terreno (Compu y Quinchao como iniciales durante el periodo 2004-2007), el modelo autonomía/dependencia hará también resonancia en un contexto de crisis ecosociales progresivas, donde se denuncian las violencias de las formas cómo el Estado chileno (históricamente) toma las decisiones sobre la provincia: a través de una rígida estructuración centro-periferia tanto de la actividad política como de la

²³⁸ Hipertensión arterial crónica.

económica, lo cual decanta en que las consecuencias negativas de los modelos de desarrollo impuestos (en salud, educación, economía, agricultura) sean pagadas por los habitantes de Chiloé, mientras las ganancias se drenan hacia afuera²³⁹. En ese contexto el modelo autonomía/dependencia se refuerza a medida que en las comunidades con las cuales se va trabajando, son puestos en evidencia diversos “factores agresores” a la salud que casi siempre hablarán también de fuertes pérdidas (de especies, conocimientos, prácticas, instituciones y personas) desde la llegada de “la modernidad” a Chiloé. Pero también se evidenciarán otros más: “factores protectores” que fuertemente se relacionarán con elementos que posibilitan la mantención de las formas de reproducción sociocultural propias de cada localidad (*Tabla 3*).

²³⁹ Como intenté mostrar durante todo el Capítulo II.

Tabla 3: Factores agresores y factores protectores en diversos territorios de Chiloé. Fuente: Ibacache Burgos y Leighton (2005, p. 8).

FACTORES AGRESORES	FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> • Escasa y mala calidad de la tierra • Pérdida del espacio y cultura rural • Cambios climáticos • Presencia de actividades depredadoras o contaminantes del ecosistema (ej. salmoneras, cultivos marinos ribereños, empresas forestales, construcción de carreteras) • División y pérdida de la organización de las comunidades. • Migración campo-ciudad con soledad de los ancianos • Desapego a la tierra por parte de los jóvenes • Medicalización y bioquimización de la salud • Falta de información para la salud • Crisis de la red asistencial y social occidental • Crisis de la medicina tradicional • Pérdida de la identidad cultural • Invasión de los medios de comunicación • No-valorización de la cultura originaria por el sistema educacional • Pérdida del idioma originario • Pérdida de la propiedad o contaminación de cursos de agua • Excesiva intervención de organismos públicos y privados en el desarrollo de la comunidad, creando dependencia y paternalismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de una red familiar de apoyo • Vigencia del sistema de salud tradicional • Conservación de espacios tradicionales sagrados o rituales (cementeros, espacios de recolección de plantas medicinales, canchas ceremoniales, etc.) • Pertenencia a una comunidad u organización indígena • Existencia de reservas forestales comunitarias • Presencia de autoridades tradicionales reconocidas por la comunidad • Lactancia materna prolongada • Permanencia de la madre junto al hijo • Espacios no contaminados aún • Visión particular del hombre con su medio. Cosmovisión propia. • Existencia de comunidades aisladas y con control cultural • Emergencia de la organización y reivindicación indígena • Existencia de redes sociales de apoyo en el territorio • Presencia y diversidad de cultivos de hortalizas y vegetales con técnicas de fertilización tradicionales y/u orgánicas

Al igual que en la Araucanía, acá también serán las maestras y los maestros sanadores tradicionales, parteras y ancianos una gran fuente de discursos, conocimientos y prácticas para la reflexión, sosteniendo voces críticas:

Si uno conoce su cuerpo, los médicos no pueden llegar y decir: ‘usted es esto lo que tiene’. Uno mismo sabe lo que tiene, uno conoce su cuerpo, ¿cómo otro le va a decir? (...) Está bien, que hayan estudiado, que hayan invertido hartos años en estudio, pero si van a hacer este estudio de mi enfermedad, hagan un estudio más completo. Porque en la isla Chiloé hay tantas cosas que usted no tiene idea”. Sra. C.G., Queilen rural (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010, p. 8).

Así se van fundiendo autonomía y equilibrio, dependencia y desequilibrio, transgresión y enfermedad con las prácticas sucesivas de investigación-acción-pedagógica en Chiloé y van resultando de utilidad para distintos temas, dimensiones y niveles:

[con la medicalización] el proceso reproductivo deja progresivamente de ser un fenómeno natural y colectivo, como era concebido en el modelo de salud-enfermedad-atención del sistema médico tradicional y pasa a estar condicionado por el contexto sociopolítico y cultural actual, basándose en indicadores cuantitativos de logro y en una forma de relacionarse jerarquizada, individual y paternalista. Esta transición tuvo, entre otras consecuencias, el que la mujer pasara de tener un rol activo a uno pasivo en su proceso reproductivo. Por un lado, el equipo de salud es el que adquiere el rol activo, la autoridad en la atención del parto y en las decisiones sobre éste. El parto se realiza en su territorio y bajo sus reglas, siendo la mujer considerada como paciente en el proceso [...] La mujer entonces, pierde autoridad sobre su cuerpo, sobre sus sensaciones y sobre las decisiones que se deben tomar en relación a los procedimientos propios del parto (Leighton, Monsalve, y Ibacache Burgos, 2008, pp. 188 y 189).

Existen aquí milenarios conocimientos sobre los procesos de salud, enfermedad y atención, que son además prácticas dinámicas para mantener el equilibrio en el archipiélago de Chiloé. El sistema occidental ha intentado por años “retar a duelo” a este sistema originario, empleando estrategias muchas veces poco honestas y “tramposas”. Pero se ha encontrado con un sistema de salud dinámico en su conformación y desarrollo, que se sustenta en la vivencia y observación de las relaciones de la persona con su entorno familiar, comunitario, espiritual y ambiental para mantener y entender el equilibrio; así como en la incorporación de conceptos de otros sistemas de sanación. (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010, p. 9).

Luego los modelos permearán por completo las mismas definiciones de la Salud Colectiva y de la epidemiología sociocultural de Chiloé:

[...] se propone enfocar el espacio local desde una epidemiología sociocultural, definida como: “el estudio de los factores que protegen y agreden el equilibrio de las personas, familias y comunidades, incorporando las propias categorías y etiologías (causas) del desequilibrio desde el punto de vista de la cultura de la colectividad” (Ibacache Burgos y Leighton, 2005, p. 7)

Debido a la permanente “llegada” de políticas globales, que no consideran la diversidad local, donde modelos de desarrollo expoliadores del medio ambiente son prioritarios al bienestar de las personas que lo habitan y lo hacen parte de su cosmovivencia, es urgente reflexionar sobre el papel que debe adquirir la epidemiología. De una epidemiología funcional al modelo de “enfermología pública”²⁴⁰, hemos también como Unidad avanzado a una epidemiología más crítica, donde la investigación-acción no escapa ni debe escapar de la historia y los conflictos político sociales y culturales. Es por eso que interpretar dolencias tomando en cuenta estas dinámicas es también el interés de esta investigación, así como poder, desde el aporte de los síntomas y signos de dolencias de filiación cultural, entender y proponer modelos de salud diversos, liberadores y no basados en planes y programas de salud que producen temor en la población. (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010, p. 28).

Pero quizás más importante, es que el modelo de desequilibrio/equilibrio-transgresión junto con el modelo autonomía/dependencia, permearán también las metodologías de la Salud Colectiva y la epidemiología sociocultural de Chiloé, sus posicionamientos ético-políticos, y sus estrategias de acción. De ahí emergerían los cuestionamientos críticos sobre dónde, con quién, para qué y cómo hacer investigación sociosanitaria:

²⁴⁰ Haciendo clara referencia a las críticas de Edmundo Granda (2009).

[...] que el poder vuelva donde estaba, yo manejo la situación desde que nosotros nos quitaron nuestro poder, por lo menos en nuestro territorio de acá, nosotros nos crecimos viendo que quienes movían y promovían el desarrollo desde los pueblos originarios eran los *logkos*, gente que era campesina, que no leía y que no escribía y que ese era el que juntaba todo, pero que habían grandes discursos de futuro, entonces si ellos podían hacer eso, y nosotros ya éramos más letrados, habíamos ido a la escuela, sabíamos leer y escribir, manejábamos básicamente redes, no sé si sociales, internet un poco, computación, ¿cómo nosotros no íbamos a poder aprender y fundar y mantener el movimiento? (M.T., dirigente, asesora cultural y terapeuta williche, entrevista personal, 03/01/2018)

[...] íbamos a las islas como [Unidad de] Salud Colectiva nosotros hacíamos unos diagnósticos epidemiológicos socioculturales que le llamábamos, que era en realidad en cualquier parte conversar con la gente, mapear y hacer cosas, y la gente se quedaba para adentro porque tampoco estaban acostumbrados a que le preguntaran, y cuando conectábamos esto, y qué es salud y que las playas estén sucias, que no hay trabajo, de que hay alcohol, o sea vincular todos los temas, esa cuestión yo creo que es importantísima y a la gente le hace mucho sentido mucho, porque es parte, es parte del diagnóstico, es parte de las soluciones (E.V., investigadora y facilitadora comunitaria, entrevista personal 17/01/18).

[...] en todo mi trabajo comunitario que después se vertió acá en Chiloé lo hice así, con el consejo comunal de salud, que es autónomo, control social de las prácticas de salud y las condiciones, las postas, como estaban construidas, con todas las irregularidades que se veían de inequidad a ciertos sectores que no tenían acceso a salud se empezaron a denunciar, a tomar cartas en el asunto, a empoderarse, empezamos a generar actividades rotativas entre una comunidad y otra, de talleres, de capacitación, de formación de grupos de autoayuda, de hierbas medicinales, para cuidar a los niños, talleres de prevención del abuso, empezó a multiplicarse esas cosas y siempre con una visión política también (J.M., investigador, gestor y psicoterapeuta comunitario, entrevista personal, 04/12/2017)

[...] tenemos que desarrollar la autonomía, desarrollar la autodeterminación, y en ese sentido la salud es un punto clave, es la medicina en la casa, cómo ese conocimiento en la casa, el conocimiento de plantas medicinales, el conocimiento de ciertos rituales, el conocimiento de cuándo ir al sanador tradicional, de cuándo ir a la posta, incluso el buen manejo de algunos medicamentos básicos también nos va a hacer mucho más autónomos y no partir de inmediato a la consulta privada o a la consulta de urgencia o incluso a la farmacia donde ahí tienen tanto poder, que nos venden lo que ellos quieren, no lo que nosotros necesitamos (Jaime Ibacache Burgos en Seguel, 2019).

CAPÍTULO V. TEJIDOS COLECTIVOS, TRADUCCIONES Y CUIDADOS DESDE
EL CHILOÉ PROFUNDO

5. Tejidos Colectivos, Traducciones y Cuidados desde el Chiloé Profundo

*Se va enredando, enredando
Como en el muro la hiedra
Y va brotando, brotando
Como el musguito en la piedra
Como el musguito en la piedra
Ay sí sí sí*

Violeta Parra (1917-1967)

5.1. Un tejido de mujeres, plantas y programas sanitarios

Anoté en mis cuadernos de campo haber asistido a dos presentaciones del Comité *Kuyen Lawen*²⁴¹ de Plantas Medicinales del Hospital de Achao, en encuentros relacionados con los programas de Salud Complementaria e Intercultural del Archipiélago de Chiloé (una en Curaco de Velez y otra en Queilen). En estos encuentros algunas de sus integrantes (generalmente Flor Cheuquepil, su monitora, y Adriana Ulloa, su presidenta) hacían difusión de la experiencia trabajando con fitoterapia basada en “recetas populares y ancestrales” recopiladas por las mismas mujeres de la localidad de Achao (*Figura 42*). El mensaje de fondo era claro: se instaba a las mujeres de las comunidades y a las funcionarias de centros de salud a relacionarse más entre ellas, y de alguna manera intentar influir “desde abajo” sobre estos establecimientos sanitarios para incorporar prácticas “tradicionales y amorosas de sanación”. A través de ese proceso de organización y aprendizaje colectivo, declaraban, muchas de ellas habían logrado sanarse de enfermedades que anteriormente apenas se “empastillaban” por parte del modelo biomédico y las instituciones sanitarias públicas. Su reflexión era profunda y experiencial, era crítica y situada, parecía venir al mismo tiempo desde dentro y fuera del sistema de salud, era propia de la cultura chilota y también exótica: era un singular tejido de mujeres, plantas y programas sanitarios.

²⁴¹ Formado por *Kuyen o küyen*: “luna” y *Lawen*: “remedio o hierba medicinal” (Catrileo, 1995).



Figura 42: Comité Kuyen Lawen presentando en Jornada Salud Complementaria Curaco de Vélez. Fuente: Trabajo de campo (Chiloé, 2018)

5.1.1. En el Hospital de Achao

Un claro día de noviembre nos desplazamos desde Castro hacia la localidad de Achao, en la isla de Quinchao, haciendo un trayecto por una carretera que ya habíamos recorrido varias veces, pero seguía conmoviéndome en su belleza. Nuestro Equipo estaba compuesto por los habituales Jaime Ibacache (coordinador y entrevistador), Luis Ciceto (registro audiovisual) a lo que se sumaba Andrés Calderón (entrevista y apuntes), la enfermera pasante desde Francia Lorette Piagay (observación y apuntes) y yo (entrevista, observación y registro en audio). El objetivo de la visita era realizar una conversación colectiva con el Comité Kuyen Lawen, con la excelente excusa de que pronto lanzarían, en un acto público dentro del Hospital de Achao, la segunda edición de su libro *Uso de Plantas Medicinales en la Isla de Quinchao. Saberes Populares y Ancestrales* (Comité Kuyen Lawen. Plantas Medicinales Hospital de Achao, 2017).

El Hospital de Achao era una construcción bastante distinta al resto de los centros de salud públicos que había conocido en el Archipiélago de Chiloé. Había algo en su antigua construcción, en el grosor exagerado de sus paredes de concreto, en su altura, en la amplitud de sus pasillos, que me hacía pensar en la historia de un Estado en plena modernización y expansión regional (Figura 43).



Figura 43: Equipo de epidemiología sociocultural registrando frontis Hospital de Achao. Fuente: trabajo de campo (Chiloé, 2018)

Según una fuente del propio Ministerio de Salud, la construcción de este hospital había comenzado en el año 1955, y contrastaba fuertemente tanto en materiales como formas con el anterior hospital. El antiguo hospital era de madera y había sido “construido por el pueblo”. Asemejaba una gran casa chilota con solo dos habitaciones (una para mujeres y otra para hombres) donde cabían cinco catres para los enfermos hospitalizados (*Figura 44*). El violento terremoto de 1960 lo había destruido casi completamente y así se había comenzado a utilizar el flamante hospital de concreto (Velásquez, 2011). Una escultura de la Virgen del Carmen (que tendría más de 120 años de antigüedad) habría sido uno de los pocos objetos en permanecer, orgullosa, por estos tortuosos pasillos de la historia (*Figura 45*).



Figura 44: Mujer riendo con su bicicleta frente al antiguo Hospital de Achao. Fuente: Velásquez (2011, p. 2).



Figura 45: Antigua imagen de la Virgen del Carmen en la entrada del nuevo hospital de Achao. Fuente: Velásquez (2011, p. 4)

Durante los últimos diez años, la función del Hospital había pasado a ser principalmente la de un centro de salud de atención ambulatoria (para la retórica del modelo de atención actual un “Hospital Comunitario”). Tenía un reducido número de camas de hospitalización (principalmente para “casos sociales”, es decir, pacientes que no podían llevar a cabo sus cuidados en el hogar por falta de apoyo familiar) y casi ya no se hacían procedimientos de

“mayor complejidad” (como cirugías o partos). Si eran necesarios, estos últimos procedimientos eran derivados hacia el Hospital de Castro, o en su defecto, hacia el hospital de alta complejidad del Hospital de Puerto Montt, siguiendo la racionalidad escalonada del modelo de Redes Asistenciales Integrales (MINSAL, 2011). Relacionado con este cambio de funciones, dentro del Hospital de Achao se habría instalado la necesidad de “acercarse a la comunidad”.

5.1.2. Una conversación con el Comité Kuyen Lawen

La conversación con el Comité fue en el mismo auditorio del Hospital de Achao que ese día se había convertido en un lugar de convivencia. Sentados alrededor de una larga mesa, la conversación obviamente requería de agua caliente para preparar infusiones con distintas hierbas (hinojo, matico, menta, romero, rosa mosqueta, mate, manzanilla, etc.), galletitas dulces y muchas risas. Ese tono amoroso y juguetón, esos gestos pequeños de cariño, fueron de las sensaciones que más profundamente me quedaron del encuentro. Anoté que la primera parte fue una rueda de presentación. El carácter performativo de nuestra visita se hizo evidente desde aquel primer momento. Mientras Luis preparaba el aparato de registro audiovisual en una esquina, las caras más ajenas nos presentábamos: Lorette y yo. Las mujeres del Comité parecían mezclar cierto orgullo con ansiedad al saber que su experiencia podía ser de “interés internacional”. Luego Jaime y Andrés se presentarían desde el Servicio de Salud de Castro, otra institución de gran importancia provincial. A esto se sumaba que Jaime rápidamente era reconocido por una de las mujeres como el “doctor alternativo de varios programas de televisión”. El Comité Kuyen Lawen estaba formado por 30 mujeres de distintas edades, quienes se reunían una o dos veces al mes para compartir experiencias y saberes en relación con la medicina ancestral. Sin embargo, ese día sólo estaban siete de ellas, incluyendo a dos funcionarias del Hospital (Flor Cheuquepil, TPM y lawentuchefe) y Lorena Torres (enfermera). Nos relataron que la mayoría de sus actividades las realizaban asociadas al Hospital de Achao, institución que había promovido inicialmente estos encuentros. Según Lorena (enfermera del hospital) la idea inicial había comenzado el año 2013, creando una serie de talleres exclusivamente para los pacientes del programa cardiovascular: “dijimos vamos a hacer un taller de plantas medicinales, y empezamos a difundir a la comunidad”. Pero a aquellos talleres llegarían bastante más personas de lo inicialmente planeado, por lo cual la idea habría ser extendida. Se invitó a Flor (TPM del Departamento de Salud Municipal de Quinchao) para hacerse parte de estos talleres dada su experiencia en las Postas de Salud Rural y

capacitación en fitoterapia. Según la misma Flor era sorprendente el interés que despertaba la preparación de las plantas medicinales: “nos sentíamos exitosas porque se llenó el auditorio con unas 30 personas, y era una forma de atraer a la comunidad hacia el hospital”. Ella destacaba que la metodología utilizada siempre fue “de enseñanza y aprendizaje, de intercambio de experiencias, al principio fueron con PowerPoint, pero después no más sino pura conversación, empezó a ser un enriquecimiento de la medicina”. Y pronto el Comité ganó vida propia, se formaliza como una organización independiente (2015) con objetivos distintos a los del Hospital: “entonces dijimos vamos a trabajar mejor en la recolección de esto para que no se pierda” (Flor). Así se comenzaron a compartir un gran número de recetas y plantas medicinales: “en los talleres iban comentando las recetas de su abuelita, de su familia, –y luego hay muchas que son secretos todavía (risas de todas) – [...] y ahí se iban escribiendo y desde todo eso se hizo el primer libro y ahora la segunda edición” (Lorena y Flor).

Mientras, se iban dando cuenta que construían poco a poco un espacio de complicidad, de alegría, de reciprocidad y reflexión que iba mucho más allá de aprender sobre la preparación de remedios con plantas: “aprender a escuchar con sus recetas, lo encuentro maravilloso, porque ellas donan el conocimiento sin pedir nada a cambio y las plantas también; acá no hay tanto intercambio, la gente dona, y eso es hermoso, acá hay que escuchar, eran desordenadas, alegres, interrumpían, cada una con sus recetas y uno se da cuenta que solas encuentran la armonía” (Sandra, profesora jubilada). Formaban un lugar donde se permitían también cuestionar críticamente qué significaba para ellas la enfermedad, la salud y la curación:

yo soy bien achacosa entonces es bueno saber qué plantas son buenas, y entonces yo tuve una presión altísima, he llegado hasta 240, y ahora ya sé qué tengo que tomar cuando me sube mucho la presión: toronjil cuyano, ruda, jugo de limón, y con eso controlo la presión o si no estaría todos los días al hospital [risas de todas] (Ofelia)

la sociedad en su conjunto está en desarmonía, porque yo creo que la gente crónica es más adulta y está sola, la gente está sola, no comparte, está sentada frente al televisor pasando el tiempo pero no te enriquece, y por eso lo de escuchar, y que a alguien le importe, es importante, es sanador [...] sabes que esta pastilla que parece una cosa mágica [cuando no la tienes] pasas por este síndrome de abstinencia, [en cambio con las plantas medicinales] es una conexión distinta y no genera la abstinencia y además que es algo rico con miel, te estás dando un gusto, y cuando no tengo una semana o dos semanas no ando con delirios ni nada. Es la cuestión de que tú también te tienes que hacer cargo de tí mismo y no es el doctor, tú decides curarte también de alguna manera, y entiendes que el médico como coadyuvante, porque para mí el psiquiatría era como dios, ¡y ahora gracias a dios no es así! [risas de todas] (Sandra).

[en la biomedicina] se curan los síntomas pero no se están buscando las causas de porqué ésta persona es hipertensa, se está tratando de darle remedios para que

baje la presión, pero detrás de eso está su alimentación, su estilo de vida, sus emociones, temas emocionales que son muy importantes en la vida de las personas [...] el tema del misterio de la enfermedad, violar una ley de la naturaleza como sucede en Caguach [...] la gente se enferma por cosas de envidias, y muchas energías negativas y eso hace que la gente se enferme con esas energías muy densas (Flor).

En relación con este proceso cariñoso y al mismo tiempo crítico sobre las formas contemporáneas de medicalización de la vida, las plantas medicinales también dejarán de ser consideradas solo como portadoras de sustancias químicas que deben extraerse y pasarán a entenderse como entidades con agencia, cuyas “energías” deben hacer sinergia con las sanadoras que preparan los remedios. Un extracto de su mismo libro recién publicado me pareció bastante explícito al respecto:

La recolección debe ser un proceso armonioso, se debe pedir permiso al bosque y a las plantas que vamos a utilizar para que la naturaleza ayude a la sanación de la persona. Debemos ser respetuosos y sacar lo justo para hacer el remedio, haciendo el menor daño posible a la planta. Una vez recogidos los ingredientes, agradecer a la Madre Naturaleza por sus bondades [...] Recuerda mientras haces los remedios poner la mejor intención de sanación y hacerlo con cariño para que tenga buenos resultados. (Comité Kuyen Lawen. Plantas Medicinales Hospital de Achao, 2017, p. 62).

Por su parte, el Hospital y en especial su equipo de Atención Primaria se habían ido nutriendo de las distintas actividades llevadas adelante por el Comité. Sin duda era una de las organizaciones comunitarias más activas relacionadas con la promoción de la salud y la curación de la enfermedad en aquella localidad, además de haber logrado continuidad con los talleres de intercambios de conocimientos, siembra, cosecha y preparado de plantas medicinales; dentro y fuera de la comuna se habían presentado en múltiples ocasiones como una fórmula exitosa de integración entre el Hospital y la comunidad (como lo observé en sus presentaciones en Queilen y en Curaco de Vélez). A lo anterior se sumaba ya la publicación de dos ediciones de su libro *Uso de Plantas Medicinales en la Isla de Quinchao. Saberes Populares y Ancestrales* (Comité Kuyen Lawen. Plantas Medicinales Hospital de Achao, 2017), producción que era muy lejana al funcionamiento normal de este tipo de centros de salud, usualmente centrados en la “producción de prestaciones asistenciales”. Todavía más: el Comité había ganado durante tres años consecutivos los proyectos de “Buenas Prácticas de Promoción de Salud” del Servicio de Salud Chiloé, lo cual implicaba la entrada de dinero para la implementación de un huerto medicinal, un invernadero y compras de distintos insumos para las preparaciones medicinales herbolarias (tinturas madres, maceraciones, aceites, cremas, etc.), además del mismo diseño y publicación de su nuevo libro. Por último, en el año 2017 habían logrado permear en el mismo modelo de atención del Hospital, al incorporar en su “cartera de prestaciones” las

atenciones de una de sus integrantes-funcionarias (Flor) como terapeuta intercultural williche “quien prepara y prescribe hierbas para distintos programas como el de salud cardiovascular, salud mental y el programa de salud de la mujer, siendo un aporte muy bien valorado por nuestros usuarios” (Comité Kuyen Lawen. Plantas Medicinales Hospital de Achao, 2017, p. 7).

Bien avanzada la conversación, Jaime preguntó por una foto de su flamante libro, donde aparecían algunas de las mujeres del Comité en un taller de preparaciones de fitoterapia (Figura 46). Me pareció interesante transcribir ese fragmento del diálogo:



Figura 46: Algunas mujeres del Comité Kuyen Lawen preparando remedios con hierbas entre risas. Fuente: Comité Kuyen Lawen. Plantas Medicinales Hospital de Achao (2017, p. 55)

Jaime: esta foto que está acá es muy interesante porque me parece que esta cosa de vestirse así con gorro y todas estas cosas [para la preparación de las hierbas] ¿cómo fué esta foto?

Sandra: ah porque nos obligaron [risas de todas]... no, en verdad nosotros trabajamos un poco así, pero también estaba el farmacéutica hinchando que esto y que lo otro, así que nos disfrazamos [más risas] y después pensamos que esta cosas de la asepsia y de esto y otro, pero bueno en realidad era por tratar de hacer esto y que llegara un buen producto para los pacientes, pero en realidad también teníamos miedo de la químico farmacéutica que llegara y nos viera así y nos retara, así que nos disfrazamos [más risas]

Jaime: eso es muy importante lo que tú dices de que nos disfrazamos, porque es muy probable que muchas cosas de la cultura acá en Chiloé se tienen siempre que estar disfrazando [...] y los sanadores también se disfrazan en el campo, la gente incluso se oculta, dicen “no yo no sé hacer nada”, ustedes también se disfrazaron para conseguir el objetivo

Todas: (entre risas) ¡sí!

5.1.3. Entre plantas y tejidos circulares

Después de casi tres horas de conversación, pasamos a visitar el invernadero de plantas medicinales. Ahí creciendo con fuerza, en uno de los patios del Hospital de Achao nos encontramos, de pronto, con una nueva conversación esta vez tocando, oliendo y sintiendo melisas, mentas, oréganos, llantenes, romazas, romeros, salvias, siete venas, valerianas y un largo etcétera. Entre risas Flor, Silvia, Adriana, Ofelia y Sandra nos enseñaron algunas propiedades medicinales y contraindicaciones, dificultades y consejos de siembra. Ese fue el alto cierre de la jornada en Achao (*Figura 47*).



Figura 47: Comité Kuyen Lawen en su invernadero compartiendo conocimientos de plantas medicinales.

Fuente: fotograma registro audiovisual Luis Ciceto Tapia (2018)

Durante el trayecto de vuelta a Castro anoté en mi diario lo agradecido que estaba de haber conocido a este grupo de mujeres. Una mata de ruda (*Ruta chalepensis*) que me habían regalado marcaba su presencia olfativa y traspasaba a mis letras. Me parecía sorprendente cómo de alguna manera ellas habían podido sortear esta suerte de abismo que habitualmente se presentaba entre los centros de salud (y sus profesionales) y los agentes comunitarios y familiares ligados a la sanación. El Comité aparecía como una construcción intermedia: no pertenecía completamente al Hospital, pero tampoco pertenecía completamente a la comunidad. Este grupo de mujeres sanadoras poseía un conocimiento estratégico sobre los límites y posibilidades de cada inscripción. Usaban el espacio del Hospital para escapar de los problemas cotidianos, de la violenta rutina urbana, del machismo naturalizado. Luego, volvían con otras ideas a sus casas y huertas, al cuidado de sus familias, al rescate de sus propias identidades. Después otra vez al Hospital, portando

aquellas recetas medicinales ancestrales y secretos que compartirían. Así, idas y vueltas, de forma circular.

Días después, escuchando el alegre registro de audio de aquella conversación colectiva en el Hospital de Achao, noté que dentro de los discursos del Comité Kuyen Lawen había varios de los elementos conceptuales sostenidos por la misma epidemiología sociocultural de Chiloé²⁴². Entre ellos: la enfermedad como manifestación sintomática de un desequilibrio más profundo e integral, como trasgresión a un espacio, persona y comunidad; la sanación, como recuperación de cierta autonomía, de una armonía que se obtenía a través del reconocimiento cariñoso, genuino, con otras iguales, colectivamente.

Lo anterior no parecía una simple coincidencia. Casi un mes más tarde (03/05/2018), en una entrevista del Equipo solo con Flor, en su bella casa sobre un alto que dominaba la bahía de Achao, me enteré que aquella mujer nacida y criada en la isla Alao, de familia de sanadores tradicionales, que había emigrado durante su juventud para estudiar en la ciudad de Castro, y que más tarde volvería como flamante TPM, certificada por el sistema de salud para hacerse cargo de la Posta de Salud Rural de su isla, era una de aquellas funcionarias que habían participado activamente de las capacitaciones efectuadas por la Unidad de Salud Colectiva durante los años 2005 y 2006 en las distintas islas del archipiélago de Quinchao²⁴³.

Aquellas capacitaciones que pretendían entregar herramientas para que los TPM fueran capaces autónomamente de investigar y actuar sobre las dinámicas de salud y enfermedad local, habían logrado además conectarse (quizás de forma inesperada) con complejos procesos personales de reconstrucción identitaria (tensionados entre la tradición, lo propio y la modernidad, lo ajeno) produciendo que en algunos casos (como el de la misma Flor) se potenciara una revalorización de sus propios saberes y prácticas familiares de sanación. De ahí también emergerían (quizás por su fuerte afiliación institucional) nuevas capacidades de negociación/resistencia/apropiación ante el saber biomédico y oficial. Tiempo después ya se podían ver constituyendo colectivos autónomos (como el Comité Kuyen Lawen) capaces de conectarse, a su vez, con nuevos procesos de reconstrucción identitaria (donde el género y lo ecológico ahora ocupan roles claves)²⁴⁴. Esto hablaba de

²⁴² Especialmente podían observarse la fuerte presencia de los dos Modelos Explicativos Fundamentales (descritos en el Capítulo IV).

²⁴³ Que ya mencioné también en el Capítulo IV.

²⁴⁴ Algo bastante similar habría pasado con otros TPM y experiencias desde distintos lugares del Archipiélago, como detalladamente lo describen Leighton y Monsalve (2015, pp. 171–202).

un tejido dinámico de relaciones entre humanos, plantas, saberes y territorios que tendía tanto a la *deriva* como a la *circularidad*.



Figura 48: Flor y Jaime en entrevista-reencuentro. Fuente: Trabajo de campo, (Achoa, Chiloé, 2018).

Así de pronto, casi 15 años más tarde, se reencontraban Jaime y Flor, él ahora con un nuevo equipo (dirigiendo una Unidad con otro nombre, quizás apenas otro disfraz) y el círculo parecía cerrarse, pero solo para abrirse nuevamente y derivar hacia lugares impensados. La fotografía de aquel encuentro me pareció significativa (*Figura 48*). La tomé imaginando una suerte de espejo. Jaime a la izquierda y Flor a la derecha en cierta simetría. Al centro el aparato que registraba las frecuencias sonoras de este intercambio circular. Ellos se miran atenta y directamente a los ojos, pero están relajados. Se reconocen. No parece importar demasiado todo el aparato que construimos fuera de la toma. El resto parecemos simples testigos: Luis y su cámara, Lorette y su cuaderno de apuntes (la nuca de la fotografía, llena de rizos), los preparados medicinales sobre la mesa, un teléfono móvil, un cuaderno garabateado, una televisión demasiado lila, y yo tomando aquella foto. Todo aquello sin duda pertenecía a este escenario que ya se me había vuelto usual dentro de este tipo de entrevistas: acá nuevamente, quienes tenían el papel protagónico estaban en el centro del intercambio circular: Jaime y Flor con sus historias auestas, reencontrándose.

5.2. Colectivos de conocimiento en práctica: un proceso de traducciones

Depende de con quien estés hablando, si tú hablas con directivos, y hablas de lo cuali [tativo], e incluso alguna vez me pasó, porque tengo bien editado mi discurso para ver con quién hablo, porque en algún momento ya me volé y me olvidé de esta *edición del discurso* y hablé de las ciencias sociales y caché [entendí] que los tipos eran como "qué está hablando este gayo". Entonces si tú hablas con directivos se entiende que el discurso de lo cuantitativo es el que va a tener mayor impacto, resultados y todo eso, o sea números, necesitas números. [En cambio], si tú vas a hablar con los psicólogos, hablé hace poquito y entendieron super bien este rollo entre estas dos cosas [cualitativa y cuantitativa] [...] cuando hablas con la comunidad, como que no pescan mucho lo cuanti [tativo], porque le faltan herramientas para entenderlo, entonces ahí tú tienes que olvidarte del grafiquito del número, no, ahí tienes que transformar ese discurso, y ellos recepcionan muy bien lo otro, el hablar desde el yo siento, y desde lo que el otro siente [...] (Andrés Calderón, bioquímico, unidad epidemiología sociocultural de Chiloé, entrevista personal, Castro, 11/06/2018, cursivas mías).

En distintos espacios, con distintos actores, una de las prácticas más constantes de la epidemiología sociocultural de Chiloé era intentar establecer diálogos. Aquella “edición del discurso” que destaque desde la entrevista con Andrés era sólo una de sus estrategias para adaptar cierta información (cualitativa o cuantitativa) respecto al tipo de espacio y actores con los cuales se intentaba dialogar²⁴⁵. Eran espacios y actores tan distantes (geográfica, sociocultural y políticamente) como un Seminario sobre el cáncer en Castro versus un fogón familiar de la Isla Alao. Ergo, aquella modulación discursiva no era sino un reflejo de la *diferencia radical*²⁴⁶ inscrita en ellos, del intento obstinado por establecer diálogos simétricos y recíprocos.

Noté que estos diálogos lograban realmente establecerse cuando había ciertos sentidos y objetivos compartidos por sus participantes. En la mayoría de los espacios donde acompañé al Equipo, estos (sentidos y objetivos compartidos) ya habían sido tejidos hacía largo tiempo. En aquellos lugares bastaba con actualizarlos. Lo anterior no implicaba que el Equipo tuviera un gran repertorio de “sentidos útiles” para distintos espacios, ni tampoco que sus objetivos fueran tan flexibles como para alinearse con cualquier otro, sino todo lo contrario. A través de la descripción detallada (o “densa”) de algunos de estos espacios me di cuenta de algo diferente: en cada uno de ellos se estaba continuamente produciendo una

²⁴⁵ Destaco acá una cuestión relevante relacionada con esta entrevista: Andrés era el miembro más reciente de la Unidad de Epidemiología Sociocultural y no había participado de aquella “historia larga de la Salud Colectiva en Chiloé” (que revisé en el Capítulo IV, en la página 186). Por eso me pareció que en esta entrevista se encontraban menos naturalizadas y más explícitas algunas de las prácticas “normales” de la epidemiología sociocultural.

²⁴⁶ Diferencias que, siguiendo los conceptos de Santos (2003a), implicaba que el pensamiento moderno producía una exclusión de ciertas “entidades y saberes otros” hacia un lugar de completa ininteligibilidad. Aquella diferencia radical era la que producía que el espacio del Seminario en Castro fuera relevante para las políticas sanitarias del territorio mientras que el del fogón en Isla Alao fuera simplemente inexistente.

práctica distinta de “hacer epidemiología sociocultural”. Cada espacio se constituía como un verdadero *colectivo* capaz de producir un *conocimiento* singular. Así pensada, aquella “edición del discurso” que comentaba Andrés era una expresión de las transformaciones simbólicas necesarias para la constitución misma de un nuevo colectivo:

cuando hablo con gente de comunidad es, por ejemplo, cuando yo le estoy hablando de enfermedades y de ahí digo "sí porque yo también cuando era chico, como yo soy chilote, en la casa de mis abuelos nos lavábamos las tripas del animal para hacer prietas y las lavábamos en las vertientes". Como que algo les pasa, "este gayo *conecta conmigo en algo*, no me viene a decir cosas sin saber" [...] eso también noté con los TENS cuando hablé con ellos hace poco también, cuando empecé a hablar de las infecciosas, estábamos hablando de enfermedades transmisibles infecciosas, entonces estaba hablando con ellos y salgo con esto, y chuta, algunos se empezaron a reír y como que el ambiente se distendió y me preguntó alguno de dónde era y qué sé yo, entonces ponerse en el ámbito super frío de los números y de la información cuantitativa verificable y con todas estas características que tiene la ciencia, que sea reproducible, verificable, estandarizada y qué sé yo, es una herramienta para ciertas cosas, pero en otros tienes que meterte en otro tipo, *tienes que estar en otros ámbitos* (Andrés Calderón, bioquímico, unidad epidemiología sociocultural de Chiloé, entrevista personal, Castro, 11/06/2018, cursivas mías).

5.1.4. Colectivos-de-conocimiento-en-práctica

En función de visualizar esquemáticamente estas relaciones entre colectivos, prácticas y conocimientos, tracé un paralelo entre dos espacios de diálogo que acompañé: las “conversaciones de fogón” en la Isla Alao (a la izquierda) y la participación en el “seminario de cáncer en Castro”(a la derecha)²⁴⁷ (*Figura 49*):

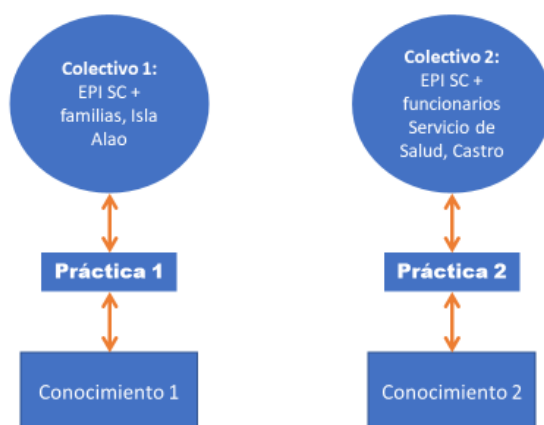


Figura 49: Colectivos, prácticas y conocimientos de la epidemiología sociocultural de Chiloé N°1. Fuente: elaboración propia basado en cuadernos de campo.

²⁴⁷ Espacios que describí en el Capítulo IV.

Así visualizados en sus “relaciones internas”, cada espacio de diálogo aparece como un colectivo-de-conocimiento-en-práctica. Es decir, colectivos constituidos a través de la misma práctica social de producción de conocimientos²⁴⁸. Es posible, además, proponer algunas de sus características: 1) serían históricamente constituidos a través de relaciones de *copresencia*²⁴⁹, 2) estarían atravesados por sus inscripciones sociales, culturales y de género, 3) serían inconstantes, es decir, se constituirían durante un espacio-tiempo acotado y luego desaparecerían o mutarían²⁵⁰ y, relacionado con esta inconstancia, 4) tendrían capacidad de *deriva*²⁵¹, alcanzando formas, contenidos y objetivos inicialmente no imaginados.

Por otro lado, entre distintos colectivos-de-conocimiento-en-práctica hay siempre vinculaciones, que podrían denominarse como “relaciones externas”. Es decir, a pesar de que pueden ser entendidos como singularidades, los colectivos en rigor nunca se encuentran aislados de otros colectivos. Siguiendo el esquema anterior: los diálogos propiciados por el Equipo de epidemiología sociocultural (EPI SC) dentro del Servicio de Salud (Colectivo 2) en el Seminario de Castro (Práctica 2) estaban nutridos por los conocimientos producidos en las conversaciones de fogón familiar de la Isla Alao (Conocimiento 1 de la Práctica 1) –por ejemplo, a través del cortometraje *Casi como una plaga*²⁵². En el sentido contrario, estas conversaciones de fogón familiar de la Isla Alao (Práctica 1 del Colectivo 1) estaban nutridas por los conocimientos producidos por el mismo Servicio de Salud –por ejemplo, a través de las diversas actividades comunitarias de los programas de su Posta de Salud Rural (Conocimiento 2). Incorporé estas nuevas vinculaciones al esquema (*Figura 50*):

²⁴⁸ La inspiración es de Ludwik Fleck desde su pionero análisis sobre la génesis y el desarrollo del conocimiento médico (y científico en general). Específicamente sobre la función y características de los que denominó “colectivos de pensamiento” (Fleck, 1986).

²⁴⁹ Entendiendo esta copresencia más allá de la definición sociológica clásica que se enfoca en las condiciones de interacción con un otro “cara a cara y cuerpo a cuerpo” (Goffman, 1982), añadiendo el mutuo reconocimiento empático (Maturana, 1992) y un compromiso ético basado en la reciprocidad (Ñanculef Huaiquinao, 2016).

²⁵⁰ Pudiendo también hacer, sin embargo, recorridos circulares donde reaparecen sentidos y objetivos similares, pero en otro espacio-tiempo. Como pude observar, por ejemplo, en el diálogo de reencuentro entre Jaime y Flor en Achao, en este mismo capítulo.

²⁵¹ Concepto inspirado en una lectura epistemológica de la idea darwiniana de deriva, para la cual “Darwin había transformado el objeto de la biología, había mostrado que cuando se estudian las poblaciones vivas y su historia, y no ya la de los individuos, es posible comprender cómo la variabilidad individual sujeta a la selección genera una «deriva» de la especie, *una progresiva transformación de lo que, a escalas de tiempo individuales, se impone como dado.*” (Prigogine y Stengers, 1992, p. 26 énfasis míos).

²⁵² Que describí en el Capítulo IV.

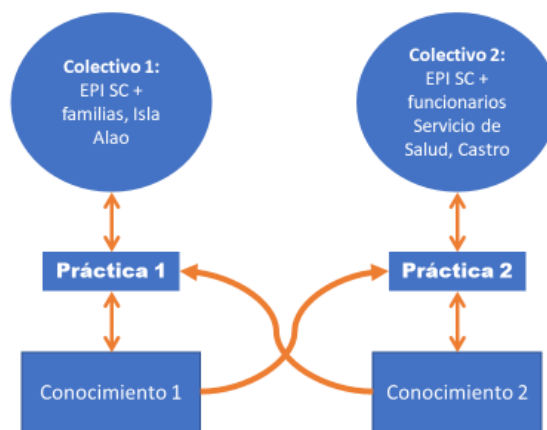


Figura 50: Colectivos, prácticas y conocimientos vinculados a la epidemiología sociocultural de Chiloé N°2.
Fuente: elaboración propia en base a cuadernos de campo.

El nuevo esquema permite destacar que uno de los elementos constantes entre estos colectivos y sus vinculaciones es el mismo Equipo de epidemiología sociocultural de Chiloé. Este, al mismo tiempo constituye cada uno de estos colectivos y, además, se ubica entre ellos, estableciendo una especie de “puente”²⁵³. La pregunta ahora sería: ¿cómo lo logra?

5.1.5. Artefactos

Habría dos procesos principales que posibilitan este doble posicionamiento: 1) el Equipo constantemente está movilizándose (y volviendo) hacia diversas localidades del territorio-maritorio en función de establecer relaciones de copresencia con distintos actores, saberes y prácticas de salud y enfermedad del Archipiélago de Chiloé. Por esto una “práctica de escritorio” o meramente teórica de la epidemiología sociocultural acá no tiene sentido: es necesario *estar* con el colectivo para que el mismo pueda constituirse, y; 2) el Equipo continuamente construye *artefactos*²⁵⁴ que posibilitan cierta inteligibilidad entre los

²⁵³ La metáfora es de una de sus antiguas colaboradoras: “nosotros definíamos esta Unidad de Salud Colectiva como una *especie de puente* entre los equipos de salud y la comunidad [...] para que eso se viera reflejado positivamente en la gente, para que se pudieran establecer mejores nexos (AL, entrevista personal, 01/12/2017, cursivas mías).

²⁵⁴ “Artefactos” en este contexto pueden definirse como las diversas producciones hechas por estos colectivos cuyo destino es ser utilizados por otros colectivos con la función explícita de compartir algún tipo de conocimiento. A saber: materiales audiovisuales, artículos, libros, metodologías, ponencias, etc. (muchos de los cuales he intentado revisar en los capítulos anteriores). La inspiración original viene de la etimología latina *arte factus*, es decir, algo “hecho con arte” (Coromines y Pascual, 1980, p.363). Luego, alejándome de las connotaciones peyorativas y excesivamente mecánicas que pudiera tener, la idea de artefacto muestra los cruces entre la producción simbólica y su materialidad agencial, siguiendo así algunas de las pistas de los

distintos colectivos que constituye. En otras palabras, gran parte de su labor es recopilar algunos de los conocimientos producidos por las prácticas de los colectivos (1 o 2 del esquema) en función de construir *referencias capaces de circular*²⁵⁵ hacia otros colectivos. Básicamente esta sería la razón por la cual (casi con obsesión) se registraban audiovisualmente la mayoría de las actividades en terreno que pude acompañar.

Ahora, aquellos artefactos, para que sean referencias capaces de circular exitosamente entre uno y otro colectivo, deben pertenecer y no pertenecer al mismo tiempo a cada uno de ellos. Es decir, deben explícitamente mostrarse como productos fragmentarios de ciertos conocimientos producidos por un colectivo alterno, de forma que sean aprehensibles como tales por otro colectivo de destino: deben ser *traducciones parciales*. En ese sentido se pueden observar los cortometrajes, las ponencias, los talleres, las publicaciones, las metodologías, etc., que el Equipo continuamente está construyendo. Estos artefactos también serían “puentes” ya que participan, al igual que el resto de los actores, pero de otro modo, en la constitución misma de cada colectivo. Puse estas nuevas relaciones en el esquema que vengo trabajando (*Figura 51*):

Estudios Sociales de la Ciencia y su denominado “giro ontológico” (una buena síntesis en: Nunes *et al.*, 2013, pp. 13–21). En concreto me interesa destacar que estas producciones-artefactos son al mismo tiempo contruidos por los colectivos y también son agentes (o actantes) dentro de su propia constitución. Es decir, son entidades no-humanas que producen interacciones (o intra-acciones) cuyas consecuencias en las prácticas de conocimiento proyectan y trascienden los propósitos originales de sus constructores. Más allá de dispositivos meramente instrumentales, estos artefactos en los espacios dialógicos donde la epidemiología sociocultural de Chiloé se despliega, serían más cercanos (guardando las distancias de la especificidad de los problemas de la física cuántica) a los *apparatus* de Karen Barad: “...there is something fundamental about the nature of measurement interactions such that, given a particular measuring apparatus, certain properties become determinate, while others are specifically excluded. Which properties become determinate is not governed by the desires or will of the experimenter but rather by the specificity of the experimental apparatus.” (Barad, 2007, p. 19).

²⁵⁵ La inspiración acá, de nuevo, son las “referencias circulantes” de Bruno Latour (2001).



Figura 51: Colectivos, prácticas y conocimientos vinculados a la epidemiología sociocultural de Chiloé N°3. Fuente: elaboración propia en base a cuadernos de campo.

5.1.6. El proceso de traducciones

Ahora es posible observar que cada nuevo colectivo-de-conocimiento-en-práctica, a través de la participación de este tipo de artefactos, estaría constituido también por cierta parte inteligible de otros colectivos que les precedieron. Gráficamente, al poner esta idea de una secuencia sucesiva al esquema de constitución de colectivos y construcción de artefactos, se vería como un proceso concatenado (Figura 52):

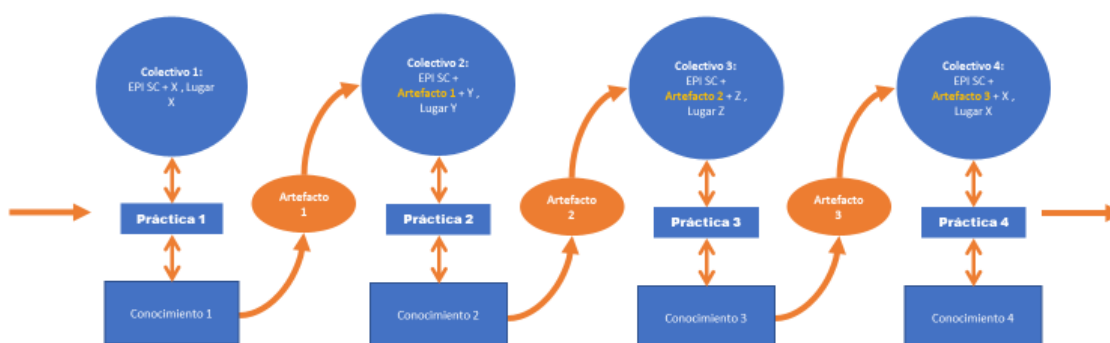


Figura 52: Colectivos, prácticas y conocimientos vinculados a la epidemiología sociocultural de Chiloé N°4. Fuente: elaboración propia en base a cuadernos de campo.

A partir de este nuevo esquema, creo, posible reflexionar sobre algunas continuidades y discontinuidades de las prácticas de la epidemiología sociocultural de Chiloé. Continuamente están constituyendo colectivos y construyendo artefactos. La función esencial de estos artefactos, como ya mencioné, sería transportar hacia un nuevo colectivo traducciones parciales de los conocimientos producidos por los colectivos precedentes. Estos artefactos, en tanto entidades constituyentes de los nuevos colectivos, también participan de algún modo en sus prácticas de conocimiento²⁵⁶. Por lo tanto, estos nuevos conocimientos pueden ser entendidos como *derivadas*: posibilidades divergentes de los colectivos que les precedieron²⁵⁷. Además, las prácticas de conocimiento que un colectivo produce estarán marcadas por la presencia (por más embrionaria que sea) del futuro artefacto que están construyendo. Es decir, dentro de la constitución de este tipo de colectivos se encontraría tanto la necesidad como una forma posible para que sus propios conocimientos puedan ser compartidos con otros colectivos: un nuevo artefacto. Por esto cuando el Equipo registra audiovisualmente, o se toman notas de campo, o se realizan entrevistas sobre los distintos saberes y prácticas en relación con la salud, enfermedad y curación, se trata más de una *performance* que de un retrato. Una forma de actuación autoreflexiva sobre los distintos modos de vivir, enfermar y morir destinada especialmente a circular hacia otros actores con distintas experiencias (o hacia ellos mismos, de forma circular).

Sin embargo, a diferencia de lo que podría interpretarse a primera vista del último esquema, no hay en este proceso de constitución de colectivos y construcción de artefactos linealidad ni progresión. La historia singular por la cual cada colectivo se constituye, y especialmente las inscripciones diferenciales (social, cultural y de género) de sus actores, aseguran cierta discontinuidad y apertura a posibilidades epistemológicas no imaginadas de antemano: las derivadas. El artefacto pasado no determina el artefacto futuro, pero sí influye en él. Esto ocurriría porque la construcción de cada artefacto depende más del Equipo que

²⁵⁶ En un fenómeno que me parece asociado a lo que Karen Barad denomina *intra-action*: “The notion of *intra-action* (in contrast to the usual “interaction,” which presumes the prior existence of independent entities/relata) represents a profound conceptual shift. It is through specific agential *intra-actions* that the boundaries and properties of the “components” of phenomena become determinate and that particular embodied concepts become meaningful. A specific *intra-action* (involving a specific material configuration of the “apparatus of observation”) enacts an *agential cut* (in contrast to the Cartesian cut—an inherent distinction—between subject and object) effecting a separation between “subject” and “object.” That is, the agential cut enacts a local resolution *within* the phenomenon of the inherent ontological indeterminacy.” (Barad, 2003, p. 815 cursivas del original).

²⁵⁷ Un buen ejemplo de estas derivadas pueden ser los caminos que ha recorrido el colectivo de Mujeres Kuyen Lawen (descritos antes en este mismo capítulo).

del resto de los actores que constituyen estos colectivos²⁵⁸. Entonces, habría algunas premisas epistemológicas de la epidemiología sociocultural (su “estilo de pensamiento” para usar el término de Fleck) que son transportados continuamente en cada constitución de nuevos colectivos-de-conocimiento-en-práctica. Denomino a esta forma de continuidad como *circularidad* porque opera entre los sucesivos ciclos de constitución-construcción de colectivos encausando epistemológicamente aquellas derivas más extremas (en un fenómeno similar a la “coerción de pensamiento” de Fleck). Añadiendo estas dinámicas al esquema, la deriva y la circularidad podrían observarse así (Figura 53):

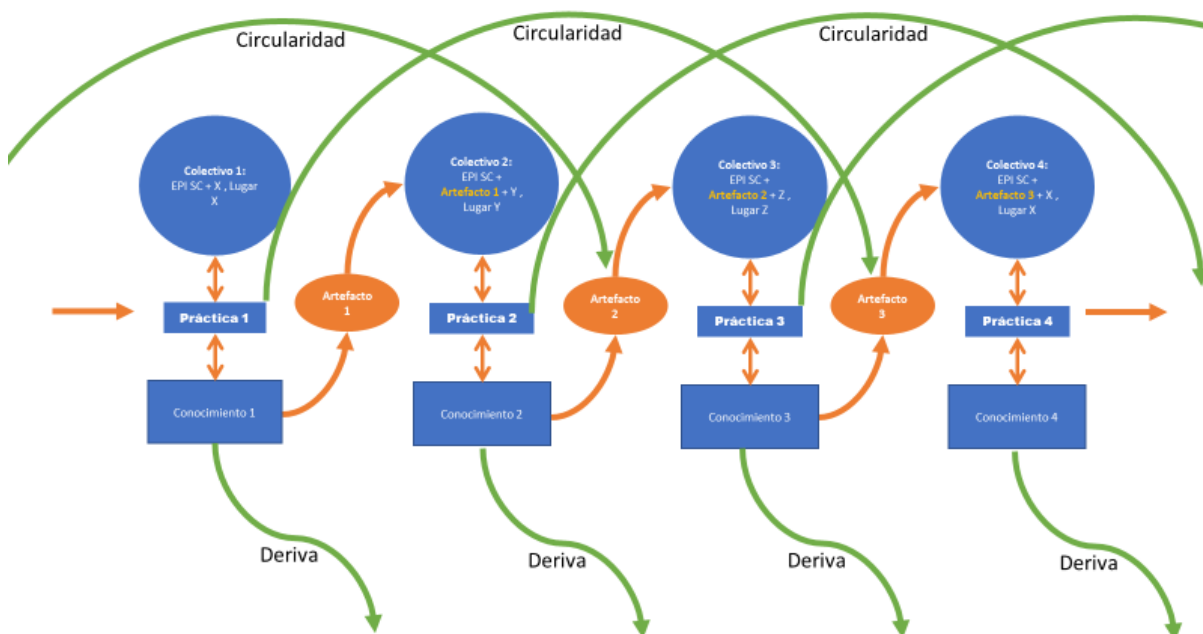


Figura 53: Colectivos, prácticas y conocimientos vinculados a la epidemiología sociocultural de Chiloé N°5.
Fuente: elaboración propia en base a cuadernos de campo.

Algunos indicios de este proceso podrían observarse, por ejemplo, al trazar el recorrido del artefacto-artículo científico llamado *Rume Kagenmew ta Az Mapu: epidemiología de la trasgresión en Makewe-Pelale*²⁵⁹ (Ibacache Burgos, McFall y Quidel, 2001). En un primer momento aparece como una traducción parcial producida por algunos colectivos relacionados con la experiencia del Hospital de Makewe, a principios de la década del 2000 en la Región de la Araucanía. Pero en un segundo momento (casi dos décadas después, y a más de 500 kilómetros de distancia), es posible observar varios de sus

²⁵⁸ Al menos en la construcción de los artefactos que pude acompañar, como por ejemplo dentro del cortometraje *Güen Pañiwe*, donde hubo una serie de elecciones tanto en la selección, edición, tono, ritmo, etc., que tomamos autónoma y arbitrariamente con el Equipo.

²⁵⁹ Artículo que ya comenté en profundidad dentro del Capítulo IV.

elementos conceptuales y metodológicos en las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural de Chiloé. Sin embargo, en este otro tiempo-espacio ya no se presenta como un artefacto (como una traducción parcial de un colectivo particular) sino como una base interpretativa amplia que posibilita la inteligibilidad entre experiencias diversas relacionadas con el proceso de salud/enfermedad/atención desde colectivos constituidos por distintos actores. ¿Cómo ocurrió esta transformación?

Una hipótesis plausible es pensar que se dio a través de un proceso largo de constitución de colectivos y construcción de artefactos donde operaron las dinámicas de deriva y circularidad, las cuales habrían posibilitado cierta “difusión” de algunos elementos hacia nuevos artefactos, teorías, metodologías, y/o modelos interpretativos²⁶⁰. Esta naturaleza procesal explicaría, por ejemplo, cómo varios de los elementos conceptuales de la experiencia de Makewe-Pelale del año 2000 hoy se encuentran en la base de los que denominé “Modelos Explicativos Fundamentales” de la epidemiología sociocultural de Chiloé, así como también el responder por qué son de utilidad para generar diálogos de alta intensidad dentro y entre colectivos constituidos por actores de distintas inscripciones sociales, culturales y de género²⁶¹.

A partir de esta interpretación sobre el proceso de traducciones es posible realizar un breve análisis de una de las producciones más difundidas de la epidemiología sociocultural de Chiloé: el libro *Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Sobreparto, Mal, Susto, Corriente de Aire* (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010). En su apartado metodológico se describe explícitamente la aplicación de encuestas, entrevistas semiestructuradas individuales y grupales, y la participación de distintos actores relacionados con estos síndromes: funcionarios del sistema de salud público de distintos niveles y especializaciones, enfermos y sus familias, así como también sanadores tradicionales²⁶² (pp. 43-46). No obstante, cuando se observa más allá de la metodología explicitada, es decir, al intentar describir concretamente cómo se dieron aquellas prácticas

²⁶⁰ Aunque a esta altura parece muy difícil trazar los sucesivos colectivos y artefactos que integraron este proceso, me parece que un eslabón importante serían los colectivos constituidos en relación con la experiencia de salud intercultural de Compu (entre el 2003 y 2005) que habría generado un tipo de producciones visuales con intención hermenéutica: artefactos como el esquema de Ibacache y Torres (2003) que describí en el Capítulo IV (*Figura 41*).

²⁶¹ Siendo la dialogicidad una característica central de toda la epidemiología sociocultural, según comentario personal de Paul Hersch (24/05/2020) es posible imaginar también que se tratarían de “medios dialógicos en evolución continua”.

²⁶² Esta intención de “obtener una visión más amplia e incluyente del tema” (idem., p.43) a través de la participación de distintos tipos de actores relacionados con la configuración sociocultural de estas enfermedades, ya sabemos, es una característica principal de la epidemiología sociocultural.

de conocimiento —a través de entrevistas que efectué con los propios miembros de ese equipo de investigación y desde fuentes derivadas de aquel proceso de investigación, como los dos materiales audiovisuales: *Síndromes Culturales del Archipiélago de Chiloé. Imágenes de un Proceso. Enero 2008- Enero 2010* (Leighton y Coll, 2010) y *Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. "Las historias no contadas"* (Ibacache Burgos, 2009b)— se me hizo evidente que se realizó un trabajo de traducción muy similar al que hasta aquí he esbozado para las prácticas de investigación-acción-pedagógica de la epidemiología sociocultural en Chiloé. Es decir, aquel equipo constituyó colectivos con distintos actores relacionados con aquellos procesos de salud/enfermedad/atención (funcionarios del sistema de salud o pacientes o sanadores tradicionales) construyendo junto con ellos diversos artefactos que luego fueron capaces de trasladarse (con más o menos éxito) hacia otros colectivos (equipos de salud o pacientes o sanadores tradicionales) los cuales, a su vez, construyeron otros artefactos, y así, en un proceso marcado por las dinámicas de deriva y circularidad. Cada artefacto construido (como recopilaciones de testimonios orales, resultados de encuestas, ponencias académicas, materiales audiovisuales, artículos, libros, etc.) contenía cierta parte de la deriva traducida específicamente para otro colectivo, utilizando los términos de la epidemiología sociocultural (lo cual aseguraba la circularidad). En ese sentido es posible interpretar que el “producto final” en formato libro, es decir, el artefacto *Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Sobreparto, Mal, Susto, Corriente de Aire* (Unidad de Salud Colectiva Chiloé, 2010) no es en realidad el final de un proceso de investigación, sino que sería sólo un artefacto más de traducción parcial dentro de una serie de ciclos sucesivos e indeterminados de constitución de nuevos colectivos y construcción de nuevos artefactos. Un artefacto-libro que, a mi juicio, lograría ser el más adecuado para participar en la constitución de colectivos cuyas inscripciones son más cercanas a las de la ciencia moderna y al conocimiento biomédico.

5.1.7. Actores no-existentes y traducciones problemáticas

Dentro de los esquemas que he trazado hasta ahora, he forzado conscientemente cierta simetría entre los colectivos, prácticas y conocimientos donde participa la epidemiología sociocultural de Chiloé. Pero, en rigor, en sus prácticas de conocimiento concretas, aquella simetría no existe. Hay diferencias radicales atravesando todos los procesos sociales que se dan en este diverso territorio-maritorio llamado Chiloé. De hecho, uno podría pensar que la epidemiología sociocultural acá se desarrolla con fuerza, precisamente, porque existen

estas diferencias y son relevantes en términos de justicia sanitaria. Por eso decidí que el primer paso de este trabajo de tesis era intentar una descripción sintética de las crisis ecosociosanitarias que confluyen hoy en Chiloé dentro de su densidad sociohistórica (durante el Capítulo II). A partir de aquella base y, siguiendo la interpretación del proceso de traducciones que hasta acá he intentado, es posible identificar que estas diferencias radicales operarían (por lo menos) en dos planos: 1) en la *constitución de los colectivos*, donde conflictivamente se encuentran actores con diferentes inscripciones sociales, culturales y de género, 2) en las *relaciones de traducción* entre los distintos colectivos diferencialmente constituidos.

El mismo ejemplo de “alto contraste” entre la conversación de fogón en la Isla Alao frente al Seminario de cáncer en Castro puede servir para ilustrar estos dos planos:

1) Las diferencias radicales implican que dentro de estos mismos espacios hay actores que tendrán más o menos poder para hacer circular sus propios contenidos dentro de la misma constitución de los colectivos. En el fogón de la Isla Alao, la familia de campesinos-recolectores de borde mar de origen chono-williche compartió con nuestro Equipo parte de sus conocimientos en torno a las plantas medicinales²⁶³. A la vez, nosotros le compartimos parte de nuestros conocimientos en biomedicina y realizamos una sesión de Terapia Neural a los integrantes de la familia que padecían de dolores crónicos articulares. Hasta acá parece haber un intercambio simétrico, pero al revisar los tópicos compartidos es evidente que intercambiamos conocimientos de salud, enfermedad y curación, precisamente, porque algunos de nosotros somos médicos-investigadores. Es decir, conscientes o no de ello, impusimos nuestros propios contenidos (e intereses) dentro de la constitución de este colectivo. Claramente la familia se pudo haber negado a compartir lo que compartió o pudimos haber transitado por otros tópicos –como también, ciertamente, lo hicimos. Pero para que la práctica de epidemiología sociocultural tenga sentido, parece ser necesario que el proceso de salud/enfermedad/atención se exponga en un primer plano, cuestión que casi nunca es debatida por los actores de menos poder que constituyen estos colectivos. Así nuestras propias inscripciones sociales, culturales y de género resultan poderosas dentro de este tipo de colectivos, pero no tanto en otros. No estuve presente, por ejemplo, cuando el Equipo debía constituir espacios de diálogo con las autoridades

²⁶³ Como lo describí en el Capítulo III.

directivas de los servicios de salud o de las municipalidades. Pero desde las entrevistas con algunos de sus integrantes es claro que ahí los tópicos tienden a girar en torno a la gestión administrativa, económica o política, y los procesos de salud/enfermedad/atención pasan a un segundo plano, a pesar de que el Equipo los intente exponer²⁶⁴;

2) Las diferencias radicales implican que algunos actores históricamente han visto bloqueadas sus posibilidades de crear inteligibilidad legítima con otros actores. Las formas de opresión constitutivas del sistema mundo moderno (capitalismo, colonialismo y patriarcado como las más evidentes) han hecho desaparecer del horizonte de visibilidad ciertas formas de traducción parcial que tradicionalmente eran de gran relevancia. Estas se siguen generando continuamente, pero se han vuelto en cierta medida ininteligibles para los nuevos colectivos²⁶⁵. Diversas formas de transmisión de conocimientos y prácticas, como por ejemplo, una historia mitológica contada en un fogón, un remedio hecho de plantas sembradas obedeciendo las dinámicas lunares, o un ritual de sanación donde una gallina es sacrificada, ya no aparecen como traducciones parciales legítimas para muchos de los nuevos colectivos constituidos por actores con las inscripciones sociales, culturales y de género hoy dominantes. Por lo tanto, no son capaces de transportar efectivamente los contenidos e intereses de sus colectivos constructores. Aún más, dentro de la globalización neoliberal estos conocimientos y prácticas “tradicionales” (como han destacado reiteradamente las críticas poscolonial y decolonial) son convertidos en meros “objetos de conocimiento” susceptibles a todo tipo de expropiación, despojo, violencia y mercantilización.

Estos dos planos de diferencia implican que los Equipos de epidemiología sociocultural deban tomarse muy en serio su rol de traductores. Tomar en serio significaría aceptar que, tanto en la constitución de colectivos-de-conocimiento-en-práctica junto con actores históricamente invisibilizados, como en la creación de artefactos de inteligibilidad entre ellos, operan siempre las estructuras de opresión capitalistas, coloniales y patriarcales. Esto los vuelve especialmente susceptibles a constituir espacios de diálogo y creación potencialmente capaces de transformarse en nuevas formas de expropiación, dependencia y

²⁶⁴ Estas diferencias radicales explicarían en parte aquella “edición del discurso” entre datos cualitativos y cuantitativos respecto al tipo de audiencia que mencionaba Andrés dentro de la entrevista que destacué atrás en este mismo capítulo.

²⁶⁵ Mucho de esto se entrelaza con la clásica pregunta de los estudios poscoloniales ¿puede hablar el subalterno? (Spivak, 1988).

violencia. Debido a que ningún colectivo es capaz de escapar *a priori* de estas dinámicas opresivas –por más bien intencionado que sea–, cada práctica de conocimiento debe ser cuidadosamente constituida, al mismo tiempo que cada artefacto debe asegurar el transporte de los contenidos que el colectivo considere realmente relevantes y quiera voluntariamente compartir con otros. Por ello creo que una de las cuestiones más destacables dentro de estas prácticas de conocimiento (y que según mi interpretación aseguran continuidad a través de la dinámica de circularidad que integra el “estilo de pensamiento” de la epidemiología sociocultural) es, precisamente, una serie de metodologías críticas y participativas inspiradas en la educación popular freireriana que se enmarcan en procesos sociales más amplios de intención transformadora²⁶⁶. Aun así, las posibilidades de deriva hacia espacios de violencia epistémica y reproducción de las diferencias radicales serían, en rigor, también continuas. Por otro lado, son los artefactos creados por los diversos colectivos-de-conocimiento-en-práctica los que realmente tienen la capacidad de hacer que emerjan al horizonte de visibilidad una serie de conocimientos no-existentes²⁶⁷. Ergo, cuando estos artefactos circulan de forma independiente a sus constructores (como en un canal de *youtube* o dentro de una biblioteca académica del Norte) son susceptibles (otra vez) de ser apropiados por actores con mayor poder –como si fueran representaciones integrales de una otredad que fundamentalmente se desconoce y omite– potenciando intereses que pueden ser, incluso, perjudiciales para los que actores que los crearon²⁶⁸.

5.1.8. ¿Una traducción intercultural o múltiples traducciones?

El anterior rodeo interpretativo, fuertemente inspirado en los elementos conceptuales de los Estudios Sociales de la Ciencia, lo que pretende (entre otras cuestiones) es abrir la “caja negra”²⁶⁹ de un proceso social denso y múltiple que suele aparecer bajo la plana etiqueta de

²⁶⁶ Metodologías que son más visibles dentro de las producciones asociadas a la Unidad de Salud Colectiva (durante los años 2005 y 2010), que ya revisé durante el Capítulo IV.

²⁶⁷ Un ejemplo claro de aquello es, de nuevo, el caso del cortometraje *Casi como una plaga* (Ibacache Burgos, 2017) y sus efectos en el colectivo de profesionales de salud, que describí en el Capítulo IV (en la página 182).

²⁶⁸ Como históricamente han sido utilizados los conocimientos y prácticas indígenas de América para beneficio del proyecto europeo: “[...] thus, the fruits of their own scientific and technologies traditions were turn against them” (Harding, 1998, p. 48).

²⁶⁹ Como la entienden los Estudios Sociales de la Ciencia: referido “al modo en que el trabajo científico y técnico aparece visible como consecuencia de su propio éxito. Cuando una máquina funciona eficazmente, cuando se deja sentado un hecho cualquiera, basta con fijarse únicamente en los datos de entrada y de salida, es decir, no hace falta fijarse en la complejidad interna del aparato o del hecho.” (Latour, 2001, p. 362).

*traducción intercultural*²⁷⁰. La disección esquemática que acabo de realizar a partir de la observación participante de una práctica concreta de investigación-acción-pedagógica (con todas sus limitaciones), creo, me ha permitido llegar a un lugar bastante lejano de las posturas esencialistas tanto sobre el trabajo de traducción como sobre el concepto mismo de cultura que habitualmente es utilizado dentro del campo sociosanitario chileno y latinoamericano, especialmente dentro de los planes y programas de salud públicos destinados a las comunidades rurales e indígenas.

Acompañando las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural del archipiélago de Chiloé he comprendido que la traducción no ocurre entre “dos culturas” radicalmente distintas, como lo concibe la dicotomía hegemónica (tradicional-indígena/moderno-occidental), sino que se da como un proceso de creación activa de inteligibilidad dentro y entre colectivos-de-conocimiento-en-práctica constituidos por diferentes inscripciones sociales, culturales y de género. Estas inscripciones, además, no son polares y fijas, sino que se comportan como una gama de tonalidades con movimientos relacionales²⁷¹. Así, la diversidad de experiencias en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención que emergen de estos procesos de traducción, más que hablar de un “choque entre dos culturas”, revela una contemporaneidad invisible y conflictual de múltiples modos de vivir y morir, incluso en un territorio-maritorio acotado como el del archipiélago de Chiloé. De hecho, creo que la posibilidad misma de un proceso de traducción como el que intenté esbozar está sustentada en la existencia de esta contemporaneidad. En los términos que he ido trabajando: los artefactos traducen porque son construcciones hechas para poder interactuar con una multiplicidad de objetos y sentidos que cohabitan dentro y entre diversos colectivos de distintas inscripciones. Esto, creo, se reflejó bien en los comentarios que el artefacto-cortometraje *Casi como una plaga* (Ibacache Burgos, 2017) posibilitó dentro de un colectivo constituido principalmente por profesionales de salud en el Seminario de cáncer de Castro. En ese caso, a partir del mismo colectivo (que parecía inicialmente ser un mundo homogéneo) emergió una contemporaneidad invisible y conflictual de modos de vivir y morir (múltiples y diversos mundos). El llanto de la enfermera “chilota nacida y criada”, evidenciando sus inscripciones coloniales y de género, rompió la formalidad académico-administrativa de

²⁷⁰ Concepto polivalente y ambiguo que acá intento problematizar, para el proceso específico que me preocupa, inspirado las reflexiones en torno a una “ecología de saberes” de Santos (2003a, pp. 757–775, 2016, pp. 212–235, 2018, pp. 339–401).

²⁷¹ En ese sentido dinámico, fragmentario y relacional serían similares a las *conexiones parciales* descritas por Strathern (2005, pp. 57–120).

aquel espacio, obligando a un reposicionamiento relacional del resto de los actores, a la explicitación de sus diversas inscripciones sociales, culturales y de género dentro del colectivo: a convertirse en actores posicionados. Sería dentro de este tipo de movimientos relacionales que se vuelve más evidente la reducción negadora que opera tras la categoría “cultura”, porque esta multiplicidad de objetos, sentidos, conceptos e intereses diferenciales no responden bien a un programa cultural singular e invariable, sino que continuamente van siendo afectados (y transformados) por los mismos procesos de traducción. Los traductores (sus subjetividades y sus identidades) a través de las dinámicas de comunicación y performatividad a que obligan estos procesos, más que reflejar “la diferencia cultural”, negocian límites y autonomías: *escenifican (staging)* las múltiples diferencias (Bhabha, 1994, p. 227). Especialmente esto se nota en relación a la construcción de artefactos, como por ejemplo, cuando frente a la cámara y el micrófono los vivientes de Chiloé reafirman su diferencia cultural, pero en función de crear un *espacio epistemológico de traducción* (Ribeiro, 2005) que posibilitaría una nueva forma de coexistencia con diversos actores de diversas inscripciones²⁷².

Por otro lado, estos procesos de traducción también operarían entre la denominada “gran separación” de las “dos culturas” del conocimiento eurocéntrico (humanidades frente a ciencias naturales)²⁷³. Separación que, aunque pueda parecer como anacrónica en el contexto de las complejidades sociotécnicas contemporáneas, todavía se reproducen dentro de los espacios de asistencia sanitaria en Chile y Latinoamérica. A contrapelo, gran parte de los artefactos construidos por la epidemiología sociocultural de Chiloé continuamente muestran cómo la diversidad de procesos de salud/enfermedad/atención integran lo “social” y “cultural” dentro de lo “natural” y “biológico”. En estos artefactos el cuerpo es

²⁷² Esta performatividad que ilumina la diferencia, pero para destacar las injusticias que operan a través de ella, quedan especialmente evidentes en los artefactos-cortometrajes *Casi como una plaga* (Ibacache Burgos, 2017) y *Güen Pañiwe* (Ibacache Burgos, 2018). También en mi descripción del trabajo de registro audiovisual en el apartado “Itinerarios de una investigación” del Capítulo IV.

²⁷³ La antigua separación entre humanidades y ciencias se basaba en una concepción fija sobre la “cultura” y la “naturaleza” que tornaba insustentable generar relaciones productivas entre ellas, además de colocar a las ciencias sociales en un lugar bastante incómodo (y subordinado). Aunque para fines del siglo XX varias de las transformaciones paradigmáticas que darían lugar a las “nuevas ciencias” relacionadas con el abordaje de problemas complejos a través del trabajo transdisciplinario recalaban lo arbitrario y limitante de esta tradición, de todas formas se darían varios episodios de las llamadas “guerras de las ciencias” que intentaban, nuevamente (dentro de una elite científica del Norte y bastante minoritaria) desde uno y otro bando, invalidar la legitimidad científica del rival (Nunes, 1998). La excelente recopilación de trabajos de importantes autores contenido en el libro *Conhecimento Prudente para uma Vida Decente: “Um discurso sobre as Ciências” revisitado* (Santos, 2003) aclara, convincentemente, lo fuera de contexto que pueden encontrarse hoy este tipo de polémicas.

susceptible a diversas dolencias porque se concibe como un *cuerpo abierto*²⁷⁴ cuyas relaciones con el medio ambiente (social, cultural, ecológico, espiritual) son fuente tanto de bienestar como del mal (en el sentido más amplio). Los colectivos de destino de estas traducciones serían los constituidos principalmente por profesionales de salud formados dentro de la ciencia positivista y, por ende, sobre la dicotomía cartesiana individuo-mecanicista donde la centralidad del *res cogitans* (pensamiento) se contrapone al carácter residual de la *res extensa* (cuerpo) (Le Breton, 2012, pp. 68–78). Los artefactos construidos especialmente para estos profesionales destacarán cómo la necesidad pragmática de curación ante la enfermedad es generadora de articulaciones terapéuticas que vuelven insostenibles aquellas rígidas dicotomías, abriendo el espacio para otro tipo de traducción. Un ejemplo claro de ello es el artefacto-cortometraje *Poems/ Infintun* (Ibacache Burgos, 2017) donde se muestra parte del itinerario terapéutico que ha debido transitar Don Eugenio y su esposa la señora Brígida para enfrentar una rara patología de origen incierto. Su itinerario los llevará (con apoyo de las redes de la epidemiología sociocultural) a articular el tratamiento de quimioterapia biomédica en el Hospital Base Regional de Puerto Montt con sesiones de Kinesiología en el consultorio de Atención Primaria y con fitoterapia y curación ritual a través de un *machitun*²⁷⁵ efectuado por una *machi* proveniente de la Región de la Araucanía. Sus propios testimonios en el cortometraje junto con la de uno de sus médicos tratantes (como un proceso de traducción ya abierto dentro de la práctica terapéutica) apelan a través del éxito curativo, a la necesidad imperiosa de complementariedad entre los saberes y prácticas de distintas tradiciones médicas, así como también de curaciones que integren “cuerpo y alma”. En ese mismo sentido también operarían el Modelo Equilibrio/Desequilibrio-Transgresión que se encuentra en la base epistemológica de este tipo de artefactos: obligando a observar el carácter integral y dinámico de las distintas dimensiones capaces de producir salud, enfermedad y curación en el humano.

²⁷⁴ A partir de las sucesivas traducciones entre conocimiento mapuche y biomédico, uno de los médicos ligados a la experiencias de salud intercultural de la Araucanía, lo explicaría así: “cuando digo [cuerpo] abierto no digo que sea una especie transparente. Es que ahí yo estoy revelándome respecto al otro concepto imperante, que es el cuerpo cerrado, y como el cerrado ligado al extremo que los psiquiatras consideren la psicosis endógena como si fuese una cosa como un reloj, cuando esa psicosis es reactiva a un mal buscado o hallado. O esa depresión endógena, incluso hablan de “ese esquizofrénico”, ¿me explico? Es como si uno fuera “esa gripe”. Es una reacción. Obviamente están negando que el síndrome es reactivo a una agresión. Interpersonal o biológica, o química o física, que yo reacciono con respecto a ella. Y el mayor problema es la agresión, no el síntoma”. (Miguel Ángel Solar, Médico Hospital Temuco, entrevista personal, 02/10/2018).

²⁷⁵ En este contexto el *machitun* es la ritualidad tradicional mapuche de la Región de la Araucanía—donde el *machi* en trance, junto con su comunidad, ruegan a las entidades espirituales para la curación del enfermo— y no la acepción utilizada más en Chiloé que mencioné dentro del Capítulo IV.

Hay todavía otros tipos de traducciones que pude identificar desde el trabajo de campo, pero que su descripción pormenorizada excede los propósitos de este escrito. Serían similares, ajustando las escalas, a las denominadas traducciones Sur-Sur y Sur-Norte planteadas por Santos (2018, pp. 339–401). Las traducciones Sur-Sur son las que ocurrirían a través de los de redes nacionales e internacionales académico-militantes donde participan algunos de los actores de la epidemiología sociocultural de Chiloé. Estas redes continuamente presentan alternativas críticas a la globalización neoliberal en relación con los temas de la Salud Pública y Salud Colectiva²⁷⁶. Dentro de estos espacios, algunos de los artefactos construidos en Chiloé facilitarían la inteligibilidad entre distintas formas de lucha contra las nefastas consecuencias sociosanitarias diferenciales de las dinámicas de la globalización en los territorios del Sur global. Por otro lado, a través de un tipo de redes de colaboración similar a la anterior, pero con entidades académicas del Norte, también se facilitarían espacios de traducción e intercambio relacionados con la formación de futuros profesionales implicados con estos problemas sociosanitarios²⁷⁷.

A esta altura se me hace evidente que la metáfora de ser “como un puente” –con la que una de las integrantes de estos equipos de investigación-acción intentaba aprehender su propio rol (en la página 234)– aparece como una simplificación excesiva e incluso inapropiada para caracterizar las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural de Chiloé²⁷⁸. En realidad, serían múltiples traducciones las que operan en su seno, cada una de ellas conducida por una forma de carencia, de necesidad de contacto, entre distintos colectivos conformados por diversos actores relevantes dentro de este campo sociosanitario.

La traducción, entonces, más que un fin en sí misma, sería una plataforma necesaria para construir en conjunto: generar intangibilidad recíproca es un primer paso, un avance siempre ambivalente para superar o para reproducir injusticias sanitarias que, a partir de estos mismos procesos, potencian su visibilidad o invisibilidad. Una forma de traducción intercultural que, más allá de un ejercicio intelectual, pretende ser “una herramienta usada para, a partir del reconocimiento de la diferencia, promover consensos sólidos suficientes que permitan compartir las luchas y riesgos” (Santos, 2018, p. 69, traducción mía). Así,

²⁷⁶ Como la “Asociación Latinoamericana de Medicina Social” (ALAMES) o la “Regional Network on Equity in Health in East and Southern Africa” (EQUINET) entre otras.

²⁷⁷ Como por ejemplo con la Universidad de Washington, que suele enviar estudiantes de pregrado a acompañar las prácticas de investigación-acción-pedagógica.

²⁷⁸ Al considerar también que esta imagen se cruza con los cuestionamientos locales sobre la construcción del llamado “puente del Chacao” y la amenaza extractivista que plantea para Chiloé (Capítulo II).

invariablemente, la epidemiología sociocultural de Chiloé (así como toda la práctica epidemiológica reflexiva) está obligada a la discusión “ético-onto-epistemológica” (Barad, 2007) sobre sus propias prácticas de conocimiento.

CONCLUSIONES

Como uno de los serpenteantes caminos de Chiloé. Una senda de tierra que va subiendo con el monte y después baja, súbitamente, convirtiéndose en mar interior. Y más tarde vuelve a emerger sólo para volver a sumergirse. Mar convertido en tierra, tierra convertida en mar, repitiendo un ciclo eterno de elevación y descenso. A partir de esta imagen metafórica (que es al mismo tiempo geografía, historia y mito) me gustaría pensar esta investigación como un retrato parcial: un bosquejo de un camino en marcha. En ese sentido, la construcción del objeto de estudio que denominé “las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural del archipiélago de Chiloé” está fijado íntimamente a aquel espacio-tiempo-mítico donde la etnografía pudo desplegarse. Es aquella fijación la que determinó los vínculos que pude (o no) establecer con la diversidad de actores, saberes y prácticas que acá intenté retratar y, por lo tanto, es también aquella fijación la que determinó los alcances y límites de este trabajo.

Durante el trabajo de escritura entendí que mi intención inicial de comprender y acompañar los serpenteantes caminos de esta práctica de conocimiento era una necesidad ética y política: quería apoyarla, pero más allá, quería proyectarla hacia otros lugares donde podría ser útil. Esta necesidad no era sólo el resultado de mi desarrollo personal y profesional en este campo, sino una pulsión que me atravesaba como parte de un sujeto colectivo mayor. Al igual que yo, un número creciente de investigadores provenientes del Sur Global estaban recorriendo estos caminos. Una fuerza invisible nos empujaba para, obstinadamente, intentar construir plataformas de re-conocimiento y re-validación de la diversidad de formas de investigar y actuar sobre los procesos de salud/enfermedad/atención/desatención que nos afectan²⁷⁹.

Precisamente uno de los presupuestos de este trabajo fue que el Sur Global, en tanto metáfora de las distintas formas de exclusión radical producidas por el sistema mundo-moderno, se sostiene sobre este tipo de *injusticias cognitivas*. Es decir, que los conocimientos y prácticas nacidos y criados con, en y para nuestras realidades, aunque pueden presentar cierta utilidad local, no tienen (ni podrán tener) resonancia a nivel global.

²⁷⁹ Fue lo que pudimos compartir, por ejemplo, dentro de la Mesa Redonda *Epidemiologías del Sur: barreras y posibilidades de la investigación-acción en salud colectiva* que organizamos como parte del *Colóquio 40 años do CES* (Universidade de Coimbra, 7-8 de noviembre del 2018) y que reunió a investigadores de Chile, Brasil, México, Cataluña y Portugal.

Esto representa un poderoso muro cognitivo que, aunque se viene lentamente fisurando, todavía opera con vigor. Así, hoy más que nunca “no existe justicia social global sin justicia cognitiva global” (Santos, 2018, p. 477).

Intentando sortear este obstáculo, ambicioné hacer ocupación del espacio académico de una tesis doctoral, para proyectar las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural de Chiloé por fuera de su circunscripción local. Pretendía convertirlas (corriendo el riesgo reduccionista) en materia de debate para los campos globales de la epidemiología y de las ciencias sociomédicas. Esto me obligaba a construir una narrativa comprensiva destinada a lectores académicos que probablemente desconocían el espacio-tiempo donde habían emergido, se habían desarrollado y prestaban utilidad las construcciones epistemológicas, conceptuales y metodológicas que pude acompañar en Chiloé. En ese sentido este trabajo fue también un ejercicio de traducción: un intento de hacer inteligible, a través del marco de las ciencias sociales contemporáneas, una serie de dimensiones críticas implicadas en las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural de Chiloé.

Siguiendo esa idea, la secuencia de capítulos intentó exprimir aquellas dimensiones críticas. Creo pertinente retomar estas dimensiones porque representan las principales conclusiones de esta investigación y, por lo tanto, desde donde es posible imaginar futuras líneas de trabajo.

Durante el primer capítulo, *Una etnografía de prácticas de conocimiento sociosanitario*, intenté alejarme de la epistemología formalista para comprender la diversidad de conocimientos en el mundo como productos de prácticas sociales siempre situadas. En ese orden, para comprender la epidemiología sociocultural de Chiloé era menester apreciarla “desde dentro” para lo cual recurrí a un par de principios (*flexibilidad y acompañamiento*) que me orientaron en el camino de observación y participación con sus actores, saberes y prácticas. Luego en el capítulo *Una crisis ecosocial: Chiloé*, describí las múltiples crisis ecológicas, sociales y sanitarias que se entrecruzan históricamente en el Archipiélago de Chiloé. La vivencia de tristes emergencias sociales, ecológicas y sanitarias durante el periodo de trabajo de campo me marcó profundamente, lo cual quedó plasmado en la escritura. Desde ahí propuse que el territorio-maritorio de Chiloé debería ser entendido como una plétora de humanos, animales, vegetales, montes, mares y entidades mitológicas que se encuentran simbióticamente vinculados a través de una historia larga y cíclica. A pesar de su singular resistencia a la modernidad, este territorio-maritorio se encuentra

gravemente amenazado hoy por el extractivismo en una de sus versiones más duras: aquella que combina las políticas monoculturales de desarrollo neoliberal con el colonialismo interno.

Desviando un poco la mirada, durante el tercer capítulo *Una crisis disciplinar: la emergencia de la epidemiología sociocultural*, emprendí una revisión crítica al campo disciplinar epidemiológico, sus definiciones y objetos de estudio convencionales. Revisar cómo se ha construido históricamente esta *geopolítica del conocimiento sanitario* me permitió redimensionar su lugar dentro de la reproducción del sistema-mundo moderno. Así comprendí por qué desde la década de 1960 la salud pública y la epidemiología en Latinoamérica se habían convertido en un blanco de críticas y de diversas formas de resistencia y creación de “alternativas”. En esta tensión se inscribe el nacimiento de la *epidemiología sociocultural* como proyección y profundización de las pioneras elaboraciones de la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericana, especialmente, cuando se comienza a trabajar de forma interdisciplinaria con actores, saberes y prácticas que se encontraban fuera de la tradición eurocéntrica: los mundos indígenas y populares.

En el cuarto capítulo *Itinerarios de la epidemiología sociocultural de Chiloé* describí las prácticas de conocimiento que pude observar y participar durante el trabajo de campo. Además, seguí la historia de una serie de conceptos que estaban guiando explícita o implícitamente buena parte de aquellas prácticas. Esta genealogía me llevó a identificar un marco teórico-conceptual que sostenía sus metodologías de trabajo dialógico con diversos actores relevantes a los procesos de salud/enfermedad/atención locales. Aquel marco descansaba en dos construcciones semióticas de gran importancia, por lo que decidí denominarlos –quizás con un tono algo grandilocuente– “Modelos Explicativos Fundamentales”, a saber: 1) modelo equilibrio/desequilibrio-transgresión y, 2) modelo autonomía/dependencia. La comprensión contextual de ambos modelos y su forma de operación sinérgica me parece, permiten hacer inteligible parte esencial de las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural de Chiloé.

Esta última idea fue la que trabajé durante el último capítulo *Tejidos colectivos, procesos de traducciones y cuidados en el Chiloé Profundo*. Ahí mostré cómo los Modelos Explicativos Fundamentales operados a través de metodologías basadas en el diálogo, la copresencia y la reciprocidad, permiten interpretar colectiva y complementariamente distintas miradas sobre los problemas sociosanitarios locales en función de encontrar sus soluciones. A través de una historicidad propia –según mi esquemática interpretación–

representarían un proceso sucesivo de constituciones de colectivos-de-conocimiento-en-práctica que construyen *artefactos* capaces de *traducir* sus conocimientos hacia otros colectivos. Emergiendo, de esta forma, nuevas entidades-agentes (humanos y no-humanos) que habitualmente son invisibles dentro del campo epidemiológico. Además, estos procesos generarían *derivadas*, es decir, nuevos colectivos-de-conocimiento-en-práctica que ya no utilizan necesariamente los marcos conceptuales, metodológicos e institucionales de la epidemiología sociocultural de Chiloé pero que pueden volver, eventualmente, a vincularse en el tiempo, trazando cierta *circularidad* en sus encuentros ético-onto-epistemológicos.

Preguntas incómodas y caminos serpenteantes

Haciendo un retejido de las anteriores dimensiones surgen dos preguntas incómodas que sirven como corolario para este proceso de investigación doctoral y también para imaginar futuras líneas de trabajo: ¿para qué y para quiénes se construyen los conocimientos sociosanitarios?

La revisión genealógica en clave poscolonial de lo que hoy llamamos epidemiología puso en evidencia sus vínculos irreductibles con el nacimiento y la mantención de los Estados-imperios-coloniales. Estas semillas habitan hoy, silenciosamente, esta disciplina. Por ejemplo, en sus conceptos centrales como el de *población*. Por ende, en gran medida el “para qué” y “para quién” de este tipo de conocimientos responde todavía a una lógica colonial: son conocimientos para controlar (la enfermedad de los grupos humanos) destinados a dar continuidad a los proyectos del Estado²⁸⁰.

Sólo a partir de la segunda mitad del siglo XX comienzan a generarse cuestionamientos más profundos sobre estos “para qué” y “para quiénes” desde distintos grupos de investigación del Norte y Sur Global. En Latinoamérica fue la Medicina Social/Salud Colectiva el movimiento que instaló con más fuerza estas críticas dentro de las instituciones sanitarias estatales y académicas. Sin embargo, la deconstrucción de los fines y los destinatarios de este conocimiento ha significado un largo y tortuoso proceso de desaprendizaje. Principalmente porque la racionalidad moderna y el Estado (aunque cuestionados y criticados) han sido dos columnas vertebrales ineludibles dentro de su

²⁸⁰ Trazar fragmentos de esta oscura genealogía a través de la revisión en clave poscolonial de los principales objetos de la epidemiología fue la intención de parte del Capítulo III.

propio desarrollo²⁸¹. Así, el horizonte de las distintas tentativas de transformación disciplinar todavía está muy lejos de mostrarse.

Este trabajo de investigación doctoral, en cierto sentido, versó sobre uno de estos serpenteantes procesos de crisis, crítica y creación²⁸² disciplinar. De cómo han ido transformándose los “para qué” y “para quién” de las prácticas de conocimiento de la epidemiología sociocultural en el contexto del archipiélago de Chiloé. De cómo aquel contexto de crisis social, ecológica y sanitaria deja de ser un telón de fondo y se va convirtiendo en la sustancia misma que dota de *sentido común*²⁸³ a estas prácticas, orientando la acción colectiva. De cómo este nuevo-antiguo sentido común es capaz (o incapaz) de hacer frente a las dinámicas destructivas que amenazan su territorio-maritorio.

En tanto producto político, este trabajo además aspira a ser un insumo de utilidad para los caminos de distintos actores, entre otros:

1) las familias, organizaciones comunitarias y colectivos de Chiloé que han participado de estos procesos; brindando una recopilación de sus propias producciones (en el Anexo 2) junto con una narrativa comprensiva desde donde creo es posible continuar tejiendo memorias, utopías y luchas para la defensa de este territorio-maritorio;

2) los académicos de las ciencias sociales y de la salud; resaltando la vigencia ética, política y epistemológica de este tipo de aproximaciones holísticas y colaborativas para comprender y actuar de forma situada sobre nuestras realidades en permanente crisis, y;

3) los profesionales de la salud que trabajan en localidades rurales del Sur; destacando la importancia tanto epidemiológica como terapéutica de los vínculos entre territorio, cultura y procesos de salud/enfermedad/atención que, como muestra el caso de la epidemiología sociocultural de Chiloé, deberían conducirnos a caminos creativos de investigación-acción-pedagogía basados en posicionamientos críticos frente a las injusticias que impiden hoy la salud colectiva y el buen vivir.

²⁸¹ Argumentar históricamente esta afirmación merecería un nuevo trabajo de tesis.

²⁸² Tres palabras (crisis, crítica y creación) que más allá de su raíz griega común, *kritiké téchné* “arte de enjuiciar” y también *kríno* “separar, distinguir” (Duque, 1998, p. 16), me parece se comprenden mejor (en las lenguas latinas) sintiéndolas a través de su sonido: decimos en voz alta *kri* y nuestra boca imita algo que se rompe, acaso una rama de árbol que se quiebra y su crujido es tan reconocible como sobrecogedor. Como sabemos, la dramática ruptura de la rama será luego fertilidad para nueva tierra.

²⁸³ *Sentido común* en los términos que planteó la pionera tesis de Santos (1987) cuando imaginó un nuevo paradigma prudente para una vida decente (y que es epígrafe de este trabajo de investigación): “Todo el conocimiento científico busca constituirse en sentido común” (p.88, traducción mía).

Como corolario, entonces, la gruesa dirección de un camino todavía con mucho por recorrer. Como apertura, entonces, todo un programa de exploración sobre las transformaciones ético-onto-epistemológicas necesarias para enfrentar las injusticias sociales, cognitivas, ecológicas y sanitarias desde el Sur Global.

Referencias bibliográficas

- Acosta, A. (2013). Extractivism and Neoextractivism: Two Sides of the Same Curse. En M. Lang y D. Mokrani (Eds.), *Beyond Development: Alternative Visions from Latin America* (pp. 61–86). Rosa Luxemburg; Transnational Institute. https://www.tni.org/files/download/beyonddevelopment_extractivism.pdf
- Allende, S. (1939). *La realidad médico-social Chilena*. Santiago de Chile: Ministerio de salubridad de Chile.
- Allende, S. (1971). *La lucha por la democracia económica y las libertades sociales*. Centro de Estudios Miguel Enríquez. Archivo Chile. http://www.archivochile.com/S_Allende_UP/doc_de_sallende/SAd0018.pdf
- Almeida, N. (1992). *Epidemiología sin números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica*. Organización Panamericana de la Salud.
- Almeida, N., Larrea-Killinger, C., Fernandes, R., y Silva, L. (2012). Construyendo a Etnoepidemiología. En N. Almeida-Filho y M. Barreto (Eds.), *Epidemiología y Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações* (pp. 386–394). Guanabara-Koogan.
- Almeida, N. (2000). *A Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Anderson, W. (2002). Introduction: Postcolonial Technoscience. *Social Studies of Science*, 32(5–6), 643–658. <https://doi.org/10.1177/030631270203200502>
- Anderson, W. (2009). From subjugated knowledge to conjugated subjects: Science and globalisation, or postcolonial studies of science? *Postcolonial Studies*, 12(4), 389–400. <https://doi.org/10.1080/13688790903350641>
- Anderson, W. (2018). The history in epidemiology. *International Journal of Epidemiology*. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy247>
- Angell, M. (1997). The ethics of clinical research in the Third World. *The New England Journal of Medicine*, 337(12), 847–849.
- AQUA. (2016, mayo 6). *Colegio de Biólogos Marinos de Chile por marea roja: “Nos preocupa el nivel de desinformación”*. <http://www.aqua.cl/2016/05/06/colegio-de-biologos-marinos-de-chile-por-marea-roja-nos-preocupa-el-nivel-de-desinformacion/#>
- Ascencio, S. (2018, septiembre 22). Armada informa que descarga de desechos desde Seikongen finalizó con éxito. *BioBioChile*. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2018/09/22/armada-informa-que-descarga-de-desechos-desde-seikongen-finalizo-con-exito.shtml>
- Barad, K. (2003). Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 28(3), 801–831. <https://doi.org/10.1086/345321>
- Barad, K. (2007). *Meeting the Universe Halfway. Quantum physics and the entanglement of matter and meaning*. Durham/London: Duke University Press.

- Barrientos, P. J. (2013). *Historia de Chiloé* (3°). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Barros Arana, D. (1856). *Las campañas de Chiloé (1820-1826)*. Santiago de Chile: Imprenta del Ferrocarril.
- Basile, G. (2018). *La salud internacional Sur Sur: Hacia un giro decolonial y epistemológico*. Grupo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria - CLACSO.
http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf
- Bastos, C., y Barreto, M. R. N. (Eds.). (2013). *A circulação do conhecimento: Medicina, redes e impérios*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- BBC Mundo. (2016, mayo 4). Qué es la marea roja por la que declararon una catástrofe en Chile. *BBC*.
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/05/160503_chile_marea_roja_catastrofe_alerta_sanitaria_ab
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bhabha, H. (1994). *The location of culture*. London/ New York: Routledge.
- Bhambra, G. K. (2007). *Rethinking modernity: Postcolonialism and the sociological imagination*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bhambra, G. K. (2014). *Connected sociologies*. London: Bloomsbury.
- Bhambra, G. K. (2016). Comparative Historical Sociology and the State: Problems of Method. *Cultural Sociology*, 10(3), 335–351.
<https://doi.org/10.1177/1749975516639085>
- Bibeau, G. (1992). ¿Hay una enfermedad en las Américas? En C. E. Pinzón, R. Suárez, y G. Garay (Eds.), *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social* (pp. 41–69). Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura.
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2019). *Mapas Biblioteca del Congreso Nacional* [página web]. bcn.cl. <https://www.bcn.cl/siit/nuestropais/mapas-de-chile/>
- Birn, A.-E. (2006). *Marriage of convenience: Rockefeller International Health and revolutionary Mexico*. Rochester: University of Rochester Press.
- Birn, A.-E., Pillay, Y., y Holtz, T. H. (2017). *Textbook of global health* (Fourth edition). New York: Oxford University Press.
- Boccaro, G. (2004). Del Buen Gobierno en Territorio Mapuche: Notas acerca de una experiencia en salud complementaria. *Cuadernos de antropología social*, 20, 113–129.
- Boccaro, G. B. (2007). Etnogubernamentalidad. La formación del Campo de la Salud Intercultural en Chile. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 39(2), 185–207.

- Boccaro, G., y Bolados, P. (2010). ¿Qué es el multiculturalismo? La nueva cuestión étnica en el Chile neoliberal. *Revista de Indias*, 70(250), 651–690. <https://doi.org/10.3989/revindias.2010.021>
- Bolados, P. (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile posdictadura: La política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuche y atacameñas. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 44(1), 135–144.
- Bolívar-Echeverría. (2013). *Modelos elementales de la oposición campo-ciudad. Anotaciones a partir de una lectura de Braudel y Marx*. México: Editorial Itaca.
- Bourdieu, P. (2002). *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Buenos Aires: Montessor.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Breilh, J. (2008). Latin American critical ('Social') epidemiology: New settings for an old dream. *International Journal of Epidemiology*, 37, 745–750. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn135>
- Breilh, J. (2010a). *Epidemiología, Economía Política y Salud: Bases estructurales de la determinación social de la salud* (Séptima). Corporación Editora Nacional / Universidad Andina Simón Bolívar.
- Breilh, J. (2010b). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83–101.
- Breilh, J. (2010c). Las tres 'S' de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos Nogueira (Ed.), *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp. 87–125). Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).
- Campos, R. (2016). *Si no se le despegas eso, ¡se le muere el niño! El empacho en Chile: 1674–2016*. UNAM. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/01/Empacho14junio2016.pdf>
- Cárdenas Álvarez, R. (1998). *El libro de la mitología. Historias, leyendas y creencias mágicas obtenidas de la tradición oral*. Punta Arenas: Atelí y cia.
- Cárdenas Álvarez, R. (2009). *Entrevista a Renato Cárdenas* (R. Mena) [Patrimonio cultural de Chile]. <https://patrimonio.cl/archivo/las-salmoneras-provocaron-chiloe-impacto-mayor-la-conquista/>
- Cárdenas Álvarez, R. (2017). *Diccionario Chilote Mapuche. Léxico chilote de Palena, Llanquihue y Chiloé originado en el mapudungún*. Castro: Gráfica Punto Limitada.
- Cárdenas Álvarez, R., Montiel Vera, D., y Grace Hall, C. (1991). *Los Chono y los Veliche de Chiloé*. Santiago de Chile: Olimpho.
- Cárdenas Álvarez, R., y Muñoz Arias, L. (2008). *Chiloé contado desde la cocina*. Santiago de Chile: Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, Gobierno de Chile.

- Cárdenas Álvarez, R., y Villagrán, C. (2005). *Chiloé: Botánica de la cotidianidad*. Santiago de Chile: LASCAR.
- Cárdenas, J. C. (2017, mayo 8). A un año de “La Comuna de Chiloé”. *El desconcierto*. <http://www.eldesconcierto.cl/2017/05/08/a-un-ano-de-la-comuna-de-chiloe/>
- Carrasco, J., y Medina, S. (2019). El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: Una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280424>
- Carvajal, Y., Carvajal, J., Figueroa, E., Ibacache, J., Jaramillo, F., y Winkler, M. (2007). Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 47(3), 139–154.
- Carvajal, Y., Minguell, J., Vásquez, H., y Yurac, C. (2007). *Calbuco, Castro, Quellón, 1962-73: Memoria y salud en la XII zona*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Servicio de Salud Llanquihue, Chiloé, y Palena.
- Casco, J. (2001). Las Topografías Médicas: Revisión y cronología. *Asclepio*, LIII (1), 213–244.
- Castiel, L. D., Sanz-Valero, J., y Vasconcellos-Silva, P. R. (2011). *Das loucuras da razão ao sexo dos anjos: Biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica*. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413128>
- Castro, M. (Ed.). (2003). *Salud Colectiva y Medio Ambiente*. Ministerio de Salud de Chile; Unidad de Salud con Población Mapuche; PEWU.
- Castro-Gómez, S. (2000). Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la invención del otro. En E. Landier (Ed.), *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 88–98). Buenos Aires : CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100708045330/8_castro.pdf
- Castro-Gómez, S. (2007). Decolonizar la universidad. La hybris del punto cero y el diálogo de saberes. En S. Castro-Gómez y R. Grosfoguel (Eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 79–92). Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- Catrileo, M. (1995). *Diccionario lingüístico-etnográfico de la lengua mapuche: Mapudungun-Español-English* (1. ed). Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Centro de Estudios Sociales de Chiloé. (2015). *Primera Encuesta Provincial CESCH: Chiloé y sus prioridades*. Centro de Estudios Sociales de Chiloé. <https://www.territoriocesch.com/general-1/iad6zwee17/Primera-Encuesta-Provincial-CESCH-CHILO%C3%89-Y-SUS-PRIORIDADES>
- Centro de Estudios Sociales de Chiloé. (2018). *CESCH: ¿Quiénes somos?* <https://www.territoriocesch.com/nuestro-equipo>
- CEPAL, CELADE, y ATM. (2012). *Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de*

derechos. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3974-desigualdades-territoriales-exclusion-social-pueblo-mapuche-chile-situacion-la>

- Cerón, M. A. (2013). *Neo-Colonial Epidemiology: Public health practice and the right to health in Guatemala* [Thesis].
- Certeau, M. (2010). Capítulo VII: Andares de la ciudad. En A. Pescador (Trad.), *La invención de lo cotidiano: Vol. 1. Artes de Hacer* (pp. 103–142). México, D.F.: Universidad Iberoamericana, Departamento de Historia; Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Colectivo de Comunicación Mapuche Mapuexpress. (2019). *Mapuexpress: Nosotras/os*. Mapuexpress: Nosotras/os. http://www.mapuexpress.org/?page_id=2056
- Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas. (2008). *Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. <http://www.corteidh.or.cr/tablas/27374.pdf>
- Comité Kuyen Lawen. Plantas Medicinales Hospital de Achao. (2017). *Uso de Plantas Medicinales en la Isla de Quinchao. Saberes Populares y Ancestrales* (A. Moraga, Ed.; Segunda Edición). Achao, Chiloé.
- Coromines, J., y Pascual, J. A. (1980). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Madrid: Gredos.
- Cuyul, A. (2012). Salud intercultural y la patrimonialización de la Salud Mapuche en Chile. En Comunidad de Historia Mapuche, *TA IÑ FIJKE XIPA RAKIZUAMELUWUN: Historia, colonialismo y resistencia desde el país Mapuche* (pp. 263–284). Temuco: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.
- Cuyul, A. (2013). La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema /Segunda época*, 7(14 Julio-Diciembre), 21–33.
- Cuyul, A. (2014). *De Atender a Entender: Ocho años del Centro de Medicina Mapuche de Nueva Imperial*. mapuexpress. <http://www.mapuexpress.org/?p=189>
- Daughters, A., y Pitchon, A. (2018). *Chiloé. The Ethnobiology of an Island Culture*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-91983-6>
- De Aviñón, J. (1885). *Sevillana Medicina que trata el modo conservativo y curativo de los que Habitan en la muy insigne ciudad de Sevilla, la cual sirve y aprovecha para cualquier otro lugar de estos reinos. Obra antigua, digna de ser leída. (1545)* (N. Monardes y J. de la Vega y Cortezo, Eds.). Sevilla: Imprenta de Enrique Rasco. <https://archive.org/details/sevillanamedicin00juan/page/4>
- De Martino, E. (2013). *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud (1961)* (4ª). Milán: Il Saggiatore S.p.A.
- Delamaza, G. (2005). *Tan Lejos tan cerca: Políticas públicas y sociedad civil en Chile (1º)*. Santiago de Chile: LOM.

- Díaz, C. (2018, agosto 14). Al menos 13 detenidos deja manifestación en contra de Seikongen en Ancud. *BioBioChile*. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-los-lagos/2018/08/14/al-menos-13-detenidos-deja-manifestacion-en-contra-de-seikongen-en-ancud.shtml>
- Dillehay, T., Pino, M., Sanzana, P., Muñoz, G., y Saavedra, J. (1986). Monte Verde: Adaptación humana en el Centro-Sur de Chile durante el pleistoceno tardío. *Journal de la Société des Américanistes*, 72(87–106). <https://doi.org/10.3406/jsa.1986.998>
- Dolphijn, R., y Tuin, I. van der. (2012). *New materialism: Interviews y cartographies* (1. ed). Ann Arbor: Open Humanities Press.
- Draibe, S., y Riesco, M. (2009). *El Estado de bienestar social en América Latina. Una nueva estrategia de desarrollo*. España: Fundación Carolina - CeALCI.
- Duque, F. (1998). *Historia de la Filosofía Moderna: La era de la crítica*. Akal Ediciones.
- Durán, V., Mondaca, E., y Natho, F. (2018). Megaparques eólicos, destrucción de turberas y conflictividad. La urgencia de un ordenamiento territorial democrático. En E. Mondaca, E. Uribe, S. Henríquez, y V. Torres, *Archipiélago de Chiloé: Nuevas lecturas de un territorio en movimiento* (pp. 129–160). CESCH. <https://www.territoriocesch.com/general-1/jtep7rkq17/Archipi%C3%A9lago-de-Chilo%C3%A9-memoria-y-descolonizaci%C3%B3n-entre-acantilados-extractivos>
- Durkheim, É. (2004). *El suicidio. Estudio de sociología (1897): Vol. 1º* (L. Gibaja, Trad.). Buenos Aires: Losada.
- Dussel, E. (2005). World-System and “trans” Modernity. *Nepantla: Views from South*, 2(3), 221–245.
- El Mostrador. (2017a, octubre 19). Barco se hunde con más de 60.000 litros de petróleo y 200 toneladas de peces en Chiloé. *Departamento de prensa El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2017/10/19/barco-se-hunde-con-mas-de-60-000-litros-de-petroleo-y-200-toneladas-de-peces-en-chiloe/>
- El Mostrador. (2017b, octubre 25). Greenpeace tras reunirse con Sernapesca: “Estamos en un momento crítico en la emergencia que vive Chiloé”. *Departamento de prensa El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2017/10/25/greenpeace-tras-reunirse-con-sernapesca-estamos-en-un-momento-critico-en-la-emergencia-que-vive-chiloe/>
- Engels, F. (1973). *The Condition of the Working Class in England in 1844*. Moscow: Progress Publishers.
- Fanon, F. (1983). *Los Condenados de la Tierra (1961)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fanon, F. (1986). *Black Skin, White Masks (1952)* (C. L. Markmann, Trad.). London: Pluto.
- Fernandes, R. de C. P. (2003). Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Ciência y Saúde Coletiva*, 8, 765–774. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300010>

- Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento* (L. Meana, Trad.). Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (F. Perujo, Trad.). México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3–25.
- Foucault, M. (2002a). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)* (H. Pons, Trad.; 2º). México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002b). *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, Territorio, Población. Curso del Collège de France (1977-1978)*. Madrid: Akal.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do Oprimido* (17ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gajardo, P. (2014). *Isla Alao. Ruralidad insular y procesos de modernización* [Tesis para optar al grado de Magíster en Antropología, con mención en Estudios Étnicos y Multiculturales., Academia Humanismo Cristiano]. <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/3085/TMAN%2012.pdf?sequence=1>
- Gajardo, P., Mondaca, E., y Santibáñez, P. (2016). *La minería industrial como una nueva amenaza al espacio marino costero de Chiloé: Bahía de Cucao como caso de estudio*. Centro de Estudios Sociales de Chiloé/CESCH. <https://www.territoriocesch.com/general-1/ilzj34a217/La-miner%C3%ADa-industrial-como-una-nueva-amenaza-al-espacio-marino-costero-de-Chilo%C3%A9-Bah%C3%ADa-de-Cucao-como-caso-de-estudio-RIVALISI>
- Galeano, E. (2004). *Las venas abiertas de América Latina* (76ª ed.). México/Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- García, J. C. (1981). La Medicina Estatal en América Latina (1880-1930). *Revista Latinoamericana de Salud*, 1(Julio), 73–104.
- García, M., y Galindo, S. (Eds.). (2004). *Poesía mapuche: “las raíces azules de los antepasados”*. *Tachi kallfüküpanngen ta pu kuyfikeche. Sebastián Queupul Quintrenil; José Santos Lincomán Inaicheo; Anselmo Raguileo Lincopil*. Universidad de la Frontera.
- Goffman, E. (1982). *Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior* (1st Pantheon Books ed). New York: Pantheon Books.
- González Casanova, P. (1965). Internal Colonialism and National Development. *Studies in Comparative International Development*, 1(2), 27–37.
- González Casanova, P. (2006). Colonialismo interno. Una redefinición. En A. Borón, J. Amadeo, y S. González (Eds.), *La teoría marxista hoy. Problemas y perspectivas*. (pp. 409–434). Buenos Aires: CLACSO.

- González, L., y Hersch, P. (1993). Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. *Salud Pública Mexico*, 35, 393–402.
- Gordis, L. (2014). *Epidemiology* (5^a edition). Philadelphia: Elsevier/Saunders.
- Gramsci, A. (2011). *Antología*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=esytlng=es.
- Granda, E. (2009). *La salud y la vida* (Vol. 1). Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador/ OPS/OMS.
- Gudynas, E. (2012). Estado compensador y nuevos extractivismos. Las ambivalencias del progresismo sudamericano. *Nueva Sociedad*, 237(enero-febrero), 128–146.
- Gudynas, E. (2015). *Extractivismos. Ecología, economía y política de un modo de entender el desarrollo y la Naturaleza*. Cochabamba: CEDIB.
- Harding, S. (1998). *Is Science Multi-cultural? Postcolonialisms, feminisms, and epistemologies*. Bloomington/ Indianapolis: Indiana University Press.
- Harding, S. (2011). Introduction. Beyond Postcolonial Theory: Two Undertheorized Perspectives on Science and Technology. En S. Harding (Ed.), *The Postcolonial Science and Technology Studies Reader* (pp. 1–32). Durham/ London: Duke University Press.
- Haro, J. A. (2008). Presentación. *Región y sociedad*, 20(Esp. 2), 3–4.
- Haro, J. A. (Ed.). (2011). *Epidemiología sociocultural: Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires/ Hermosillo: Lugar Editorial; Centro de Estudios en Salud y Sociedad. El Colegio de Sonora.
- Harvey, D. (2003). Accumulation by Dispossession. En *The new imperialism* (Vol. 1–Book, Section, pp. 137–183). New York: Oxford University press.
- Harvey, D. (2015). *Breve historia del neoliberalismo* (A. Varela Marcos, Trad.). Madrid: Ediciones Akal.
- Hersch, P. (1992). Participación social en salud: Espacios y actores determinantes en su impulso. *Salud Publica de México*, 34(6), 678–688.
- Hersch, P. (1995). Tlazol, ixtlazol y tzipinación de heridas: Implicancias actuales de un complejo patológico prehispánico. *Dimensión Antropológica*, 3(2), 27–59.
- Hersch, P. (1996). *Destino común: Los recolectores y su flora medicinal*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Hersch, P. (2008). Lo sociocultural desde la perspectiva biomédica: Una revisión de publicaciones en torno al tema. *Región y Sociedad*, XX (Especial 2), 166–264.

- Hersch, P. (2013a). Epidemiología sociocultural: Una perspectiva necesaria. *Salud Pública México*, 55(5), 512–518.
- Hersch, P. (2013b). Lecciones imprescindibles de tres maestros chilenos en México: Edgardo Enríquez, Bernardo Baytelman y Jaime Serra. *Pacarina del Sur*, 4(14). <http://www.pacarinadelsur.com/home/amautas-y-horizontes/605>
- Hersch, P. (2018). *Afecciones en juego: Remedios anunciados en El País de 1909 a 1914* (Primera edición). México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Hersch, P., y Gonzales, L. (2011). Alteridad y Nosotaxia. En P. Hersch (Ed.), *Enfermar sin Permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*. México: CONACULTA-INAH.
- Hersch, P., y González, L. (2011). *Enfermar sin Permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla* (1°). México: CONACULTA-INAH.
- Hersch, P., González, L., y Sedano, C. (2012). *Epidemiología sociocultural: Referente operativo en el estudio de los saberes locales relacionados con la salud-enfermedad y la atención-desatención. Una experiencia aplicada en dos municipios de Oaxaca y Guerrero, México*. Congreso ISE XIII.
- Hersch, P., y Haro, J. A. (2007a). *¿Epidemiología Sociocultural o Antropología Médica? Algunos ejes para un debate interdisciplinar*. III Coloquio REDAM: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente.
- Hersch, P., y Haro, J. A. (2007b). La salud pública como suprema ley. Un manifiesto por la salud de los mexicanos. *Diario de Campo*, 95(nov-dic), 116–122.
- Hersch, P., y Pisanty, J. (2016). Desnutrición crónica en escolares: Itinerarios de desatención nutricional y programas oficiales en comunidades indígenas de Guerrero, México. *Salud Colectiva*, 12(4), 551. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.917>
- Hersch, P., y Rodríguez, B. (2017). Un marcador epidemiológico invisibilizado: El endeudamiento en una población afromexicana de Oaxaca. *Salud Pública de México*, 59(2), 1–9. <https://doi.org/10.21149/7841>
- Hersch, P., y Sedano, C. (2013). Las comisiones de salud como espacios dialógicos de relevancia para la epidemiología sociocultural. Ejemplos de caso en comunidades de Guerrero y Oaxaca. *Oxototitlan. Itinerancias antropológicas*, 12 (julio-diciembre), 5–13.
- Hipócrates. (1983). *Tratados hipocráticos. Sobre los Aires, Aguas y Lugares. Sobre los Humores. Sobre los Flatos. Predicciones I. Predicciones II. Prenociones de Cos* (J. A. López Férez y E. García Novo, Trads.; Vol. 2). Madrid: Gredos.
- Homedes, N., y Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: Las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 54–62. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71633-6](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71633-6)

- Homedes, N., y Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71(1), 83–96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
- Huneus, C. (2003). *Chile, un país dividido. La actualidad del pasado*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Huneus, C., Berríos, F., y Gamboa, R. (2007). *Las elecciones chilenas de 2005. Partidos, coaliciones y votantes en transición*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Ibacache Burgos, J. (2003). ¿Qué podemos hacer en forma colectiva? En M. Castro, *Salud Colectiva y Medio Ambiente* (pp. 11–18). Temuco: Ministerio de Salud de Chile; Unidad de Salud con Población Mapuche; PEWU.
- Ibacache Burgos, J. (2007). *Chiloé profundo: Donde la realidad te grita. Empanadas Cocidas en Pureo* [Documental; Cortometraje]. youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=7xsxYqzGFEO>
- Ibacache Burgos, J. (2008). Navegando el sentido común: Salud colectiva en comuna de Quinchao, año 2007. *Cuadernos Médico sociales (Chile)*, 48(2), 66–76.
- Ibacache Burgos, J. (2009a). *Abuelas Sanadoras de Chiloé* [Documental; Cortometraje]. youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Baabv4wMDXY>
- Ibacache Burgos, J. (2009b). *Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. “Las historias no contadas”*. youtube. https://www.youtube.com/watch?v=b_G_hcOwqYE
- Ibacache Burgos, J. (2010a). *Isla Mechuque sacudida por el viento* [Documental; Cortometraje]. youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=k-Rq5NwXVzo>
- Ibacache Burgos, J. (2010b, octubre 20). Epidemiología Sociocultural en Isla Alao. *Salud Colectiva en el Chiloé Profundo. Por la autonomía y desarrollo sustentable*. <https://saludcolectivachiloe.blogspot.com/search?updated-max=2011-01-18T10:56:00-08:00ymax-results=7ystart=7yby-date=false>
- Ibacache Burgos, J. (2014, abril 10). Espirogallinometría. *Salud Colectiva en el Chiloé Profundo. Por la autonomía y desarrollo sustentable*. <https://saludcolectivachiloe.blogspot.com/>
- Ibacache Burgos, J. (2017). *Poems/ Infintun* [Documental; Cortometraje]. Servicio de Salud Chiloé. <https://www.youtube.com/watch?v=LxS7JQ9MQLcyt=78s>
- Ibacache Burgos, J. (2018). *Güen Pañiwe: Epidemiología Sociocultural Archipiélago de Chiloé* [Documental; Cortometraje]. Servicio de Salud Chiloé. <https://sschi.redsalud.gob.cl/unidad-de-epidemiologia-sociocultural/>
- Ibacache Burgos, J., y Calderón, A. (2016). *Enfoque sociocultural de la Salud y Enfermedad. Pultru Luwün*. Servicio de Salud de Chiloé, Castro, Chiloé.
- Ibacache Burgos, J., Chureo, F., McFall, S., y Quidel, J. (2001). *Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Chile* (Hospital de Makewe; Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale, Ed.). Washington D.C.: OPS.

- Ibacache Burgos, J., Jelves, I., Nahuelcheo, Y., Neira, J., Oyarce, A. M., Pezoa, S., y Saéz, M. (Eds.). (1998). *Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud (4 al 8 de Noviembre, 1996, Saavedra)*. Temuco: OPS; Ministerio de Salud Chile. <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/14-Esp%20IND7.pdf>
- Ibacache Burgos, J., y Leighton, A. (2005). *Salud Colectiva: Un Modelo de Atención de Salud Contextualizado*. I Foro Nacional de Salud Pueblos Indígenas Costa Rica, Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/docModelos%20de%20Atencio%20Contextualizados-Chile%20.pdf>
- Ibacache Burgos, J., y Leighton, A. (2008). *Epidemiología Sociocultural Comunas de Quemchi-Quinchao-Puqueldón-Curaco de Velez. Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario*. Castro: Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé.
- Ibacache Burgos, J., McFall, S., y Quidel, J. (2001). *Rume Kagenmew ta Az Mapu: Epidemiología de la trasgresión en Makewe-Pelale*. Ñuke Mapuförlaget. http://www.mapuche.info/wps_pdf/Ibacache020200.PDF
- Ibacache Burgos, J., Morros, L., y Trangol, M. (2002). *Salud mental y enfoque socioespiritual-psico-biológico. Una aproximación ecológica al fenómeno de la salud-enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuche de salud*. Ñuke Mapuförlaget. <http://www.mapuche.info/mapuint/sssmap020911.pdf>
- Ibacache Burgos, J., Trangol, M., Díaz, L., Orellana, C., y Labraña, C. (2002). *Modelo de atención en salud integral rural complementaria: Experiencia sectores de Colpanao y Rañintuleufu*. Temuco: Ñuke Mapuförlaget. <http://www.mapuche.info/mapuint/Editorial%20%20C3%91uke%20Mapu%20ibacache020300.pdf>
- Ibacache Burgos, J. (2017). “Casi como una plaga”. *Epidemiología sociocultural Archipiélago de Chiloé* [Documental]. Güen Pañiwe. <https://www.youtube.com/watch?v=1hsY07-HfIMyt=68s>
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2016). *Informe Misión de Observación Situación Socioambiental Región de Los Lagos*. Instituto Nacional de Derechos Humanos, Chile. <https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/07/Informe-Chilo%20%A9-VF-26072017-2.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *Resultados definitivos Censo 2017*. Santiago de Chile: INE. Gobierno de Chile. http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf
- Iriart, C., Breilh, J., Waitzkin, H., Estrada, A., y Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2).
- Janes, C. R., Stall, R., y Gifford, S. M. (1986). *Anthropology and epidemiology: Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Dordrecht/ Boston/ Norwell: Kluwer Academic Publishers.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
- Koloski-Ostrow, A. O. (2015). *The archaeology of sanitation in Roman Italy: Toilets, sewers, and water systems*. Chapel Hill :The University of North Carolina Press.
- Kottow, M. (2014). *Bioética en salud pública: Una mirada latinoamericana*. Santiago de Chile: Universitaria, S.A.
- Kottow, M. (2015). *Carne y Cuerpo. Un desafío a la bioética*. Santiago de Chile: Ocho Libros Editores.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: Theory and context*. New York: Oxford University Press.
- Krieger, N. (2014). Got Theory? On the 21st c. CE Rise of Explicit use of Epidemiologic Theories of Disease Distribution: A Review and Ecosocial Analysis. *Current Epidemiology Reports*, 1(1), 45–56. <https://doi.org/10.1007/s40471-013-0001-1>
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spyder? *Social science y medicine*, 39(7), 887–903.
- Krieger, N. (2001a). A glossary for social epidemiology. *Journal Epidemiology Community Health*, 55, 693–700.
- Krieger, N. (2001b). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30, 668–677.
- La Tercera. (2018, marzo 27). Derrame de pintura contamina río Trainel en Chonchi. *La Tercera. Diario Digital*. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/derrame-pintura-contamina-rio-trainel-chonchi/113627/>
- Labra, M. (2004). Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950). *Cuad Méd Soc (Chile)*, 44, 207–219.
- Larrea Killinger, C. (1994). *Los miasmas: Análisis antropológico de un concepto médico* [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Larrea Killinger, C. (2005). Ensumar la ciutat: Anàlisi antropològica de la construcció olfactiva sobre les condicions de salubritat a Catalunya en el segle XIX. *Revista d'etnologia de Catalunya*, 26, 60–77.
- Larrea Killinger, C. (2010). La colonización olfactiva de la medicina: Espacios y cuerpos. *Calle 14. Revista de Investigación en el campo del Arte: Arte y Decolonialidad*, 4(5), 24–43.
- Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia* (T. Fernandez, Trad.; 1º en Español). Madrid: Gedisa Editorial.
- Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19(Enero), 1–10.

- Law, J., y Mol, A. (2002). *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices*. Durham/London: Duke University Press.
- Le Breton, D. (2012). *Antropología del cuerpo y modernidad* (P. Mahler, Trad.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Legoupil, D. (2005). Recolectores de moluscos tempranos en el sureste de la isla de Chiloé: Una primera mirada. *Magallania (Punta Arenas)*, 33(1). <https://doi.org/10.4067/S0718-22442005000100004>
- Leighton, A. (2005). *Mujer indígena, cultura y salud. Dos experiencias de investigación-acción con la asociación de mujeres williche "Rayen Küyem". Chiloé, Chile*. I Foro Nacional de Salud Pueblos Indígenas Costa Rica, Costa Rica. <https://ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/mujerindigenaculturaysaludchile.pdf>
- Leighton, A. (2010). *Relatos de Don Arsemio*. [Blog Salud Colectiva Chiloé]. <https://saludcolectivachiloe.blogspot.com/search?updated-max=2012-05-29T07:28:00-07:00ymax-results=7>
- Leighton, A., y Coll, R. (2010). *Síndromes Culturales del Archipiélago de Chiloé. Imágenes de un Proceso. Enero 2008- Enero 2010* [Documental; Cortometraje]. youtube. https://www.youtube.com/watch?v=bFNOHuor_FY
- Leighton, A., y Monsalve, D. (2015). *Documentación en Terreno de Buenas Prácticas en Fitoterapia en la Red Asistencial*. Ministerio de Salud de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/INFORME-FINAL-FITOTERAPIA-30-12-2015.pdf>
- Leighton, A., Monsalve, D., y Ibacache Burgos, J. (2008). Nacer en Chiloé: Articulación de conocimientos para la atención del proceso reproductivo. *Cuadernos Médico sociales (Chile)*, 48(3), 174–191.
- Levins, R., y Lewontin, R. (1985). *The dialectical biologist*. Massashusets: Harvard University Press.
- Lira, N. (2016). Antiguos navegantes en los mares de Chiloé. En M. de A. Precolombino (Ed.), *Chiloé*. Santiago de Chile: Museo de Arte Precolombino.
- López-Moreno, S., Garrido-Latorre, F., y Hernández-Avila, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: Su formación como disciplina científica. *salud pública de méxico*, 42(2), 133–143.
- MacMahon, B., y Pugh, T. (1970). *Epidemiology: Principles and methods*. Boston: Little, Brown.
- Marcus, G. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95–117.
- Marcus, G. (1999). What Is At Stake—And Is Not—In The Idea And Practice Of Multi-Sited Ethnography. *Canberra Anthropology*, 22(2), 6–14. <https://doi.org/10.1080/03149099909508344>

- Mariátegui, J. C. (2007). *7 ensayos de interpretación de la realidad peruana* (Tercera edición con correcciones y adiciones de nuevos textos). Caracas: República Bolivariana de Venezuela, Fundación Biblioteca Ayacucho.
- Marino Martinic, C. M., y Osorio Araneda, C. (2014). *Juicio a los brujos de Chiloé* (Segunda). Ediciones Táchitas.
- Mark, C., y Rigau-Pérez, J. (2009). The World's First Immunization Campaign: The Spanish Smallpox Vaccine Expedition, 1803–1813. *Bulletin of the History of Medicine*, 83(1), 63–94.
- Martinez-Alier, J., Anguelovski, I., Bond, P., Del Bene, D., Demaria, F., Gerber, J.-F., Greyl, L., Haas, W., Healy, H., Marín-Burgos, V., Ojo, G., Porto, M., Rijnhout, L., Rodríguez-Labajos, B., Spangenberg, J., Temper, L., Warlenius, R., y Yáñez, I. (2014). Between activism and science: Grassroots concepts for sustainability coined by Environmental Justice Organizations. *Journal of Political Ecology*, 21, 19–60.
- Martínez-Hernández, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Madrid: Anthropos.
- Marx, K. (1980). Proceso de trabajo y proceso de valorización. En *El Capital. Tomo 1* (Vol. 1, pp. 215–240). México: Fondo de Cultura Económica.
- Marx, K. (2005). Prologo. En X. X. I. Siglo (Ed.), *Contribución a la crítica de la economía política: Vol. 8º en español* (p. 3). México: Siglo XXI.
- Massé, R. (1995a). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan morin éditeur.
- Massé, R. (1995b). Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie: Le cas du rôle étiologique de l'isolement social. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2(1), 102–117.
- Maturana, H. (1992). *El sentido de lo humano*. Santiago de Chile: Ediciones Pedagógicas Chilenas.
- Matus, C. (1980). *Planificación de Situaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Matus, C. (1985). *Planificación, libertad y conflicto*. Caracas: IVE-PLAN.
- Matus, C. (2007). *MAPP, Método ALTADIR de Planificación Popular*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Matus, C. (2014). *Adiós, señor presidente*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Medicina Social UAM-X. (2020). *Programa de Estudios Maestría en Medicina Social. UAM-Xochimilco*. Programa de Estudios Maestría en Medicina Social. UAM-Xochimilco. http://www2.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/licenciaturas-posgrados/ppposg/medicina-social/plan/programa_mms.pdf
- Medina, S. (2013). *La política de salud rural en Chile y su implementación durante los dos últimos periodos de gobierno: Discursos políticos, prácticas institucionales y*

representaciones sociales en la comuna de Cochamó [Tesis Maestría en Medicina Social]. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

- Medina, S., y Kottow, M. (2015). Ética de la protección y ley Ricarte Soto: De heridas y parches. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(3), 305. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2015.37647>
- Medina, S., Mendonça, M., y Manrique, D. (2015). *De discursos y exclusiones: Una mirada a las zonas rurales del Sur de Chile*. 2. <http://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/view/1354/706>
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en investigación cualitativa. En I. Vasilachis (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (1°, pp. 65–103). Madrid: Gedisa Editorial.
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (1983). Modelo Médico Hegemónico, Modelo alternativo subordinado y Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En CIESAS (Ed.), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y Autoatención en Salud.: Vol. primera* (pp. 1–21). México: CIESAS.
- Menéndez, E. (1990a). *Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS/SEP.
- Menéndez, E. (1990b). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica* (1. ed). México: Alianza Editorial Mexicana; Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83.
- Menéndez, E. (1995). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Dimensión Antropológica*, 5(septiembre-diciembre), 7–37.
- Menéndez, E. (1998a). Antropología Médica e Epidemiología. En N. Almeida, M. Lima, R. Peixoto, y R. Barradas (Eds.), *Teoria epidemiológica hoje fundamentos, interfaces, tendências* (pp. 81–104). Brasil: FIOCRUZ. <http://books.scielo.org>
- Menéndez, E. (1998b). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI(46), 37–67.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc.saúde coletiva*, 8(1), 185–207.
- Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: Propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*, XX(Especial 2), 1–49.
- Menéndez, E. (2018). *Poder, estratificación social y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán* (1ª Edición en PURV corregida y aumentada). Tarragona: Publicacions URV.

- Meneses, M. P. (2009). Justiça Cognitiva. En A. Cattani, J. L. ; Laville, L. I. Gaiger, y P. Hespanha (Eds.), *Dicionário Internacional da Outra Economia* (pp. 231–236). Coimbra: Editora Almedina.
- Merino, C. (2016). *Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile: Una aproximación histórica desde los Cuadernos Médico Sociales 1960-1998*. Osorno: Universidad de los Lagos.
- Meza-Lopehandía, M. (2018). *La Ley Lafkenche. Análisis y perspectivas a 10 años de su entrada en vigor*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: Asesoría Técnica Parlamentaria.
- Mignolo, W. D. (2003). *Historias locales/diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Sevilla: Ediciones Akal.
- Mignolo, W. D. (2011). *The Darker Side of Western Modernity: Global Futures, Decolonial Options*. Durham/ London: Duke University Press.
- Mignolo, W., y Walsh, C. E. (2018). *On decoloniality: Concepts, analytics, praxis*. Durham/ London: Duke University Press.
- Millalén Paillal, J. (2006). La sociedad Mapuche prehispánica: Kimün, arqueología y etnohistoria. En P. Mariman, S. Caniqueo, C. Levil, y J. Millalén (Eds.), *¡...Escucha, winka...! Cuatro ensayos de Historia Nacional Mapuche y un epílogo sobre el futuro* (pp. 17–52). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Minayo, M. C. (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saude* (Vol. 12). São Paulo: Aderaldo y Rothschild Ltda.
- Ministerio de Salud. (1993). *De Consultorio a Centro de Salud: Marco conceptual*. Chile. <http://bibliotecaminsal-chile.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=171>
- Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores. (2016). *17° Cumbre del Movimiento de Países No Alineados*. <http://mnoalvenezuela.org/>
- MINSAL. (2011). *Redes Asistenciales Integradas de Salud*. Gobierno de Chile. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b64310d5aaf0070ce04001016401488f.pdf>
- Mol, A. (1999). Ontological politics. A word and some questions. En J. Law y J. Hassard (Eds.), *Actor Network Theory and After* (pp. 74–89). UK: Blackwell.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in medical practice*. Durham/London: Duke university pres.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London/ New York: Routledge.
- Mondaca, E. (2017). The Archipelago of Chiloé and the Uncertain Contours of its Future: Coloniality, New Extractivism and Political-Social Re-vindication of Existence. En D. Rodríguez Goyes, H. Mol, A. Brisman, y N. South (Eds.), *Environmental crime in Latin America: The theft of nature and the poisoning of the land* (pp. 31–55).UK: Palgrave Macmillan UK. <http://www.territoriosch.com/general-1/ijyalka317/El->

archipi%C3%A9lago-de-Chilo%C3%A9-y-los-contornos-inciertos-de-su-futuro-colonialidad-y-saqueo-extractivista-Palgrave-Macmillan

- Mondaca, E. (2018). Archipiélago de Chiloé. Memoria y descolonización entre acantilados extractivos. En E. Mondaca, E. Uribe, S. Henríquez, y V. Torres, *Archipiélago de Chiloé: Nuevas lecturas de un territorio en movimiento* (pp. 19–34). Santiago de Chile: CESCH. <https://www.territoriosesch.com/general-1/jtep7rkq17/Archipi%C3%A9lago-de-Chilo%C3%A9-memoria-y-descolonizaci%C3%B3n-entre-acantilados-extractivos>
- Nunes, J. A. (1998). Para Além das “Duas Culturas”: Tecnociencias, Tecnoculturas e Teoría Crítica. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 52/53, 15–60.
- Nunes, J. A., Santos, T., Brás, O., y Matos, A. R. (2013). Biographies of Objects and Narratives of Discovery in the Biomedical Sciences. The case of the *Helicobacter pylori*. *CES Contexto*, 02, 1–136.
- Núñez, D. (2018). Chonos, Payos y Williche del sur de Chiloé: Pasado y presente de la negación de un pueblo. En E. Mondaca, E. Uribe, S. Henríquez, y V. Torres, *Archipiélago de Chiloé: Nuevas lecturas de un territorio en movimiento* (pp. 39–56). CESCH. <https://www.territoriosesch.com/general-1/jtequhwc84/Chonos-Payos-y-Williche-del-sur-de-Chilo%C3%A9-pasado-y-presente-de-la-negaci%C3%B3n-de-un-pueblo>
- Ñanculef Huaiquinao, J. (2016). *Tayiñ Mapuche Kimün. Epistemología mapuche- Sabiduría y conocimientos*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Ocampo, C., y Rivas, P. (2004). Poblamiento temprano de los extremos geográficos de los canales patagónicos: Chiloé e Isla Navarino 1. *Chungará (Arica)*, 36(suplemento especial). <https://doi.org/10.4067/S0717-73562004000300034>
- Olmos, C., y Silva, R. (2009). El rol del Estado chileno en el desarrollo de las políticas de bienestar. *Expansiva. Serie Indagación*. <http://www.expansiva.cl/media/publicaciones/indagacion/documentos/20100709141427.pdf>
- Ominami, Carlos. (2010). Chile: Una transición paradójica. Notas para un examen crítico. *Chile en la Concertación (1990 - 2010): Una mirada crítica, balance y perspectivas*, II(1), 21–63.
- Osorio, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS; INAH; INI.
- Oyarce, A. M. (2008). *La identificación étnica en los registros de salud: Experiencias y percepciones en el pueblo Mapuche de Chile y Argentina*. OPS; CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3617/1/S2008415.pdf>
- Oyarce, A. M., y Del Popolo, F. (2008). *Taller Binacional Enfoque étnico en las fuentes de datos en salud: Experiencias en el área del pueblo mapuche de Chile y Argentina. Recomendaciones para su desarrollo futuro en el contexto de las Américas*. Santiago de Chile: OPS; CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3617/1/S2008415.pdf>

- Oyarce, A. M., y Pedrero, M.-M. (2006). *Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque sociocultural. Guía básica para equipos de salud: Vol. I*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; Programa de Salud Y Pueblos Indígenas.
- Oyarce, A. M., Sánchez, R., y Huirican, A. (2010). *Desarrollo de un Sistema de Información Integral de Salud Intercultural. Rakin Mongen Filu Lawen Pu che*. Santiago de Chile: CEPAL; Centro de Salud Intercultural Boroa Filu Lawen; OPS. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3796/lcw300.pdf?sequence=1>
- Passos, E., Kastrup, V., y Da Escóssia, L. (2009). *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Brasil: Editora Sulina.
- Payán de la Rocha, J. C. (2010). *Desobediencia vital*. Buenos Aires: Salve Ediciones.
- Pead, P. J. (2006). Benjamin Jesty: The first vaccinator revealed. *The Lancet*, 368(9554), 2202. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69878-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69878-4)
- Picaroni, N. (2011). *Sanadores de Koñimo y Lamekura desde 1900 a la actualidad*. Equipo de Salud Complementaria Williche Koñimo-Lamekura.
- Picaroni, N. (2012). *¿Quién le dijo? Una experiencia de salud en territorio williche* [Documental]. Equipo de Salud Complementaria Williche Koñimo-Lamekura.
- Picaroni, N. (2017). *La salud intercultural entre el multiculturalismo de estado y la promoción de una ciudadanía consciente: Reflexiones a partir de una experiencia de co-labor en Chiloé*. Coloquio “Saberes, territorios, agencias: implicaciones de tres etnografías multisituadas para los estados y las políticas públicas”, Osorno, Chile.
- Picaroni, N. (2018). Articulación de saberes en dos experiencias de atención primaria colectiva: Notas sobre prevención, interculturalidad y autoatención. *Revista Inclusiones*, 5(Número Especial), 11–27.
- Picaroni, N., Medina, S., y Vásquez, J. O. (2019). Küme mongen de bordemar: Contextos y derivas de la salud intercultural en el Sur de Chile. *Latin American Perspectives*, *En prensa*.
- PIRI. (2013). *Historia Programa Internado Rural Interdisciplinario*. UFRO. Historia Programa Internado Rural Interdisciplinario. UFRO. <http://piri.ufro.cl/index.php/piri/historia>
- Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, y ALAMES. (2005). *Derecho a la Salud: Situación en países de América Latina* (M. Torres, Ed.). Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; ALAMES.
- Porta, M. S., Greenland, S., Hernán, M., Silva, I. dos S., Last, J. M., y International Epidemiological Association (Eds.). (2014). *A dictionary of epidemiology* (Six edition). Oxford: Oxford University Press.
- Porto, M. F. (2015). Entre a Prevenção e a Precaução. Riscos complexos e incertos e as bases de uma nova ciência da sustentabilidade. En A. Carvalho, C. Barcellos, J. Costa, y M. Monken (Eds.), *Território, Ambiente e Saúde* (pp. 143–180). Rio de Janeiro:

FIOCRUZ. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004071&ynrm=iso

- Porto, M. F., Cunha, M. B., Pivetta, F., Zancan, L., y Freitas, J. D. (2016). Comunidades ampliadas de pesquisa ação como dispositivos para uma promoção emancipatória da saúde: Bases conceituais e metodológicas. *Ciência y Saúde Coletiva*, 21(6), 1747–1756. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.25802015>
- Porto, M. F., Rocha, D. F., y Finamore, R. (2014). Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: Bases para um enfoque socioambiental crítico. *Ciencia y Saude Coletiva*, 19, 4071–4080.
- Porto, M. F., y Martinez-Alier, J. (2007). Ecología política, economía ecológica e saúde coletiva: Interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. *Cadernos De Saude Publica*, 23, S503–S512.
- Prensa Gráfica Callejera. (2013, mayo 30). *Pequeño resumen del conflicto de Quellon y Acta de acuerdo. Final del conflicto.* <https://prensagraficaenlacalle.blogspot.com/2013/05/pequeno-resumen-del-conflicto-de.html>
- Prigogine, I., y Stengers, I. (1992). *Entre el tiempo y la eternidad* (J. García Sanz, Trad.; Segunda Edición en Español). Argentina: Alianza Editorial.
- Quidel, J. (2001). Cosmovisión Mapuche y etiología Mapuche de la salud. En J. Ibacache Burgos, F. Chureo, S. McFall, y J. Quidel, *Promoción de la medicina y terapias indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los mapuche* (pp. 15–26). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y Modernidad/ Racionalidad. *Perú indígena*, 13(29).
- Quijano, A. (2014a). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina (2000). En *Cuestiones y Horizontes: De la dependencia histórico estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder* (pp. 777–832). Buenos Aires: CLACSO.
- Quijano, A. (2014b). *Cuestiones y Horizontes: De la dependencia histórico estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. Antología.* Buenos Aires: CLACSO.
- Quijano, A., y Wallerstein, I. (1992). Americanity as a Concept or the Americas in the modern world-system. *International Social Science Journal*, 134(Nov), 549–557.
- Radio Chiloé. (2017a, octubre 29). Chonchi: Comunidades costeras se movilizan para exigir retiro de wallboat hundido en costa de Pilpilehue. *Departamento de prensa Radio Chiloé.* <http://www.radiochiloe.cl/?p=50286>
- Radio Chiloé. (2017b, noviembre 16). Chonchi: Avanza faena de retiro de residuos de wellboat hundido en Pilpilehue. *Departamento de prensa Radio Chiloé.* <http://www.radiochiloe.cl/?p=55243y>
- Radio Chiloé. (2018a, julio 11). Chonchi: Comienza maniobra de reflotamiento de wellboat hundido en Pilpilehue. *Radio Chiloé.* <http://www.radiochiloe.cl/?p=55243y>

- Radio Chiloé. (2018b, agosto 2). Chonchi: ¡a flote! *Departamento de prensa Radio Chiloé*. <http://www.radiochiloe.cl/?p=55698>
- Reséndez, A. (2019). *La otra esclavitud. Historia oculta del esclavismo indígena* (M. Miret y S. Mastrangelo, Trads.). México: Grano de sal, UNAM.
- Ribeiro, A. S. (2005). A Tradução como Metáfora da Contemporaneidade. Pós-Colonialismo, Fronteiras e Identidades. En A. G. Macedo y M. E. Keating (Eds.), *Estudos de Tradução/ Estudos Pós-Coloniais, V Colóquio de Outono*. Braga: Universidade do Minho.
- Roa, Y. (2018, septiembre 1). Alcalde de Castro rechaza que descarga de 2 mil toneladas de agua de Seikongen se realice en puerto. *BioBioChile*. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-los-lagos/2018/12/01/alcalde-de-castro-rechaza-que-descarga-de-2-mil-toneladas-de-agua-de-seikongen-se-realice-en-puerto.shtml>
- Rodríguez, M. E. (2005). ¿Indígenas, obreros rurales o extranjeros?: Migraciones chilotas en la literatura de viajes de los años '30. *Nuevo mundo mundos nuevos*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.451>
- Rojas Flores, A. (2002). *Reyes sobre la tierra. Brujería y chamanismo en una cultura insular. Chiloé en los siglos XVIII y XX*. Santiago de Chile: Editorial Biblioteca Americana.
- Rosen, G. (1985). *De la Política Médica a la Medicina Social*. México: Siglo XXI.
- Rothman, K. J., Greenland, S., y Lash, T. L. (Eds.). (2008). *Modern epidemiology* (3. ed). Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams y Wilkins.
- Rouquayrol, M. Z., y Silva, M. G. C. da. (2013). *Epidemiologia y saúde*. Rio de Janeiro: Medbook.
- Saavedra Gómez, J. J. (2015). *1712. El sentido de lo indio en el Chiloé colonial [tesis de magister]*. Santiago de Chile. Universidad de Chile.
- Saéz, M., y Jelves, I. (Eds.). (1998). *Salud, Cultura y Territorio: Bases para una Epidemiología Intercultural. Informe Final del Taller (10 al 12 de Noviembre 1997, Lincaray)* (M. Castro y L. Blatter, Trads.). Temuco: Programa Salud y Pueblos Indígenas. Ministerio de Salud de Chile/ Programa de Salud Con Población Mapuche. Servicio de Salud Araucanía Sur.
- Sahady, A., Bravo, J., Quilodrán, C., y Gallardo, F. (2011). La cocina chilota: El genuino lugar de encuentro de una comunidad bordemarina. *Revista INVI*, 24(67).
- Salinas, D., y Tetelboin, C. (2005). Las condiciones de la política social en América Latina. *Papeles de Población*, 044, 83–108.
- Salmones Camanchaca S.A. (2019). *Proceso Productivo Salmones Camanchaca*. Productos: Salmones. <http://www.salmonescamanchaca.cl/productos/salmon/>
- Santos, B. (2001). A natureza das globalizações. En Santos (Ed.), *Globalização fatalidade ou utopia?* (Vol. 1, pp. 56–76). Afrontamento Edições.

- Santos, B. (2003). Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. En Santos (Ed.), *Conhecimento Prudente para uma Vida Decente. “Um discurso sobre as Ciências” revisitado* (pp. 735–775). Porto: Afrontamento.
- Santos, B. (2003). *Conhecimento Prudente Para Uma Vida Decente*. Porto: Afrontamento.
- Santos, B. (2007). Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, 3–46.
- Santos, B. (2016). *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*. London/ New York: Routledge.
- Santos, B. (2018). *O Fim do Império Cognitivo. A afirmação das epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina.
- Santos, B., Meneses, M. P., y Nunes, J. A. (2004). Introdução: Para ampliar o cânone da ciência: A diversidade epistemológica do mundo. En B. de S. Santos (Ed.), *Semear outras soluções: Os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. (pp. 23–106). Porto: Afrontamento.
- Seguel, A. (2019, enero 20). Entrevista Jaime Ibacache Burgos: Presentación cortometraje “Güen Pañiwe” [Entrevista]. En *Radio Minga*. Radio Minga.
- Serra, J., y Brenes, C. (1983). Recuperación crítica de indicadores socioeconómicos: La experiencia del programa de salud comunitaria “hospital sin paredes”. En F. Rojas Aravena (Ed.), *Centroamérica: Indicadores socioeconómicos para el desarrollo* (pp. 269–314). Costa Rica: FLACSO.
- Serra, J., y Ramírez, G. (1988). La experiencia del programa de salud en la comunidad “Hospital sin Paredes”. *Ciencias Sociales*, 40–41, 101–120.
- Servicio de Salud Chiloé. (2019). *Misión y Visión*. Servicio de Salud Chiloé. <https://sschi.redsalud.gob.cl/plan-estrategico/mision-y-vision/>
- Sigerist, H. E. (1961). *A History of Medicine: Early Greek, Hindu and Persian Medicine: Vol. II*. New York: Oxford University Press.
- Silva, J., y Almeida, N. (2000). *Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador de Bahía: ISC-UFBA.
- Slack, P. (2012). *Plague: A very short introduction*. New York: Oxford University Press.
- Spivak, G. C. (1988). Can the Subaltern Speak? En C. Nelson y L. Grossberg (Eds.), *Marxism and the Interpretation of Culture*. London: Macmillan.
- Stavenhagen, R. (1963). Clases, colonialismo y aculturación en América Latina. *Centro Latinoamericano de Investigaciones en Ciencias Sociales, Rio de Janeiro, año 6(4)*, 63–104.
- Strathern, M. (2005). *Partial Connections (2ª)*. New York: Altamira Press.

- Suarez, B., y Guzmán, L. (2005). *Mareas rojas y toxinas marinas: Floraciones de algas nocivas*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria. <http://catalog.hathitrust.org/api/volumes/oclc/367597053.html>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2005). *Modelo de atención integral en salud*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile. <http://bibliotecaminsal-chile.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=014>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2008). *En el camino a centro de salud familiar*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile. <http://bibliotecaminsal-chile.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=186>
- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud.*, 8(1).
- Testa, M. (2007). *Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tetelboin, C. (2007). Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina. En J. S. E. C. Guinsberg Enrique (Ed.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 49–75). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tetelboin, C., y Farfán, P. (2004, agosto 11). *Vigencia de la Medicina Social como perspectiva de análisis en salud*. IX Congreso ALAMES.
- Tetelboin, C., y Salinas, D. (1984). Estado y políticas de salud en Chile: El proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973-1979. *Estudios Sociológicos*, 11(2–3).
- Tetelboin, Carolina, Zúñiga, C., Medina, S., y Zúñiga, I. (2013). Conflicto de intereses y su expresión en el financiamiento del sistema de salud en Chile. En División de Atención a la Salud (Ed.), *La Salud y su atención: Problemas actuales miradas diversas*. México: UAM-X.
- Ther, F. (2011). Configuraciones del Tiempo en el Mar Interior de Chiloé y su relación con la apropiación de los Territorios Marítimos. *Desarrollo e Meio Ambiente*, 23(jan./jun), 67–80.
- Ther, F. (2012). Antropología del territorio. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 11(32), 493–510.
- Todorov, T. (1998). *La Conquista de América. El problema del otro* (9º). México: Siglo XXI.
- Torrejón, F., Cisternas, M., Alvial, I., y Torres, L. (2011). Consecuencias de la tala maderera colonial en los bosques de Alerce de Chiloé, sur de Chile (Siglos XVI-XIX). *Magallania (Chile)*, 39(2), 75–95.
- Torrejón, F., Cisternas, M., y Araneda, A. (2004). Efectos ambientales de la colonización española desde el río Maullín al archipiélago de Chiloé, sur de Chile. *Revista Chilena de Historia Natural*, 77, 661–677.

- Torres Andrade, M. C. (2013). *Cosmovisión chilota, restaurando urdiembre ancestral*. Valdivia: Universidad Austral.
- Torres, V., y Montaña, A. (2018). Acumulación salmonera en Chiloé: Las tensiones territoriales de una relación desigual. En E. Mondaca, E. Uribe, S. Henríquez, y V. Torres, *Archipiélago de Chiloé: Nuevas lecturas de un territorio en movimiento* (pp. 59–98). Santiago de Chile: CESCH. <https://www.territoriocesch.com/general-1/jtezux8517/Acumulaci%C3%B3n-salmonera-en-Chilo%C3%A9-las-tensiones-territoriales-de-una-relaci%C3%B3n-desigual>
- Trivero Rivera, A. (2018). *Horizonte chono: Los canoeros ausentes*. Wallmapu: Ñuke Mapuförlaget.
- Trostle, J. (1986). Anthropology and Epidemiology in the Twentieth Century: A Selective History of Collaborative Projects and Theoretical Affinities, 1920 to 1970. En C. R. Janes, R. Stall, y S. M. Gifford (Eds.), *Anthropology and Epidemiology* (pp. 59–94). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-009-3723-9_3
- Trostle, J. (2005). *Epidemiology and Culture*. New York: Cambridge University Press.
- Ugalde, A., y Jackson, J. (1995). The World Bank and international health policy: A critical review. *Journal of International Development*, 7(3), 525–541.
- Unidad de Salud Colectiva Chiloé. (2010). *Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Sobreparto, Mal, Susto, Corriente de Aire* (A. Leighton, Ed.). Castro: Servicio de Salud Chiloé.
- Unidad Epidemiología Sociocultural. (2015). *Salud y Cultura: La cultura es dinámica, navegante e inquieta*. Taller en Fuerte Niebla, Valdivia, Chile. https://drive.google.com/file/d/0B4Md_CJWgpQ-dmlXLXB1UEFmU1U/view
- Unidad Epidemiología Sociocultural. (2017). *Mortalidad por Tumores Malignos Chiloé 2007- 2015*. Seminario Cáncer en el Ciclo Vital, Castro, Chiloé.
- Unidad Epidemiología Sociocultural. (2018). *Informe línea de Investigación-Acción-Pedagógica*. Castro: Servicio de Salud Chiloé.
- Urbina Burgos, R. (1983). *La periferia meridional indiana: Chiloé en el siglo XVIII*. Valparaíso: Ediciones Universitarias de Valparaíso.
- Urbina Burgos, R. (1988). Los Chonos en Chiloé: Itinerario y aculturación. *Chiloé 9. Revista de divulgación del centro chilote*, Agosto, 29–42.
- Urbina Burgos, R. (2007). El pueblo chono de vagabundo y pagano alzado a cristiano y sedentario amestizado. *Orbis incognitus: avisos y legajos del Nuevo Mundo*, 1, 325–346.
- Urbina Carrasco, M. X. (2009). *La frontera de arriba en Chile colonial. Interacción hispano-indígena en el territorio entre Valdivia y Chiloé e imaginario de sus bordes geográficos, 1600-1800*. Valparaíso: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.

- Urbina Carrasco, M. X. (2016a). De la Conquista a la República. En Museo de Arte Precolombino (Ed.), *Chiloé* (pp. 124–177). Santiago de Chile: Museo de Arte Precolombino.
- Urbina Carrasco, M. X. (2016b). Interacciones entre españoles de Chiloé y Chonos en los siglos XVII y XVIII: Pedro y Francisco Delco, Ignacio y Cristobal Talcapillán y Martín Olleta. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 48(1), 103–114.
- Urrutia, S. (2020). Hacer de Chile una gran Nación. La Carretera Austral y Patagonia Aysén durante la dictadura cívico militar (1973-1990). *Revista de Geografía Norte Grande*, 75, 35–60. <https://doi.org/10.4067/S0718-34022020000100035>
- Vasilachis, I. (2013). *Estrategias de investigación cualitativa*. Argentina: Gedisa.
- Vásquez Vargas, D., y Serani Pradenas, E. (Eds.). (2008). *Salvador Allende: Vida política y parlamentaria, 1908-1973*. Chile: Ediciones Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Velásquez, H. (2011). *Historia Hospital de Achao*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile. Biblioteca Dr. Bogoslav Juricic Turina. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-de-Achao.pdf>
- Villaruel, F. (2018). Escasez hídrica en Chiloé: Diagnóstico acotado y propuestas para un manejo sostenible del agua. En E. Mondaca, E. Uribe, S. Henríquez, y V. Torres, *Archipiélago de Chiloé: Nuevas lecturas de un territorio en movimiento* (pp. 99–128). Santiago de Chile: CESCH. <https://www.territoriosesch.com/general-1/jtep7rkq17/Archipi%C3%A9lago-de-Chilo%C3%A9-memoria-y-descolonizaci%C3%B3n-entre-acantilados-extractivos>
- Waitzkin, H. (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: Las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, 1(1), 5–10.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., y Lamadrid, S. (2001). Social medicine in Latin America: Productivity and dangers facing the major national groups. *The Lancet*, 358(9278), 315–323.
- Wallerstein, I. (2009). *El Moderno Sistema Mundial*. Madrid: Siglo XXI.
- Walsh, C. (2002). The (Re)articulation of Political Subjectivities and Colonial Difference in Ecuador: Reflections on Capitalism and the Geopolitics of Knowledge. *Nepantla: Views from South*, 3(1), 61–97.
- Walsh, C. (2005). Introducción: (Re) pensamiento crítico y (De)colonialidad. En C. Walsh (Ed.), *Pensamiento crítico y matriz (de) colonial* (pp. 13–35). Quito: Abya Yala.
- Walsh, C., Schiwy, F., y Castro-Gómez, S. (2002). *Indisciplinar las ciencias sociales. Geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. Perspectivas desde lo Andino*. Quito: UASB/ Abya Yala.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11(1), 257–285. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>
- Zelada Muñoz, S., y Park Key, J. (2013). Análisis crítico de la Ley Lafkenche (N° 20.249). El complejo contexto ideológico, jurídico, administrativo y social que dificulta su aplicación. *Universum (Universidad de Talca)*, 1(28), 47–72.

ANEXOS

Anexo 1. Entrevistas Individuales

Lugar	Codigo	Actividad/Disciplina	Fecha
Chiloé-Nercón	AL	Investigadora-Gestora-Antropóloga	01/12/2017
Chiloé-Nercón	AL	Investigadora-Gestora-Antropóloga	07/11/2017
Chiloé-Nercón	JM	Investigador-Gestor-Psicólogo	04/12/2017
Chiloé-Nercón	JM	Investigador-Gestor-Psicólogo	04/12/2017
Chiloé-Compu	MT	Investigadora-Asesora Cultural-Terapeuta Huilliche	03/01/2018
Chiloé-Castro	EV	Investigadora-Gestora-Facilitadora Comunitaria	17/01/2018
Chiloé-Castro	RC	Investigador-Gestor Cultural-Profesor	03/04/2018
Chiloé-Castro	VH	Gestor Sanitario-Médico-Poeta	04/05/2018
Chiloé-Castro	AC	Investigador-Gestor-Bioquímico	11/06/2018
Chiloé-Nercón	DM	Investigadora-Antropóloga	13/06/2018
Chiloé-Koñimó	AC	Asesor Cultural-Machi	14/06/2018
Temuco	MS	Gestor Sanitario-Médico	02/10/2018
Temuco	JN	Investigador-Gestor-Médico-Epidemiólogo	04/10/2018
Puerto Montt	EF	Investigador-Gestor Sanitario-Antropólogo	03/09/2018
Puerto Montt	FV	Gestor Sanitario-Médico Psiquiatra	07/09/2018
Valdivia	MC	Investigadora-Enfermera-Salubrista	04/09/2018
Valdivia	IJ	Gestora Intercultural-Antropóloga	05/09/2018
Santiago	AMO	Investigadora-Antropóloga-Epidemióloga	22/03/2018

Anexo 2. Producciones de la epidemiología sociocultural de Chiloé

Año	Tipo	Referencia	Lugar de publicación/presentación	URL/Link archivo	Síntesis/Comentario
1998	Documento	Ibacache Burgos, J., Jelves, I., Nahuelcheo, Y., Neira, J., Oyarce, A. M., Pezoa, S. y Saéz, M. (Eds.). (1998). Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud (4 al 8 de Noviembre, 1996, Saavedra).	Araucanía-Pto.Saavedra	http://www1.paho.org/hq/dm_documents/2009/14-Esp%20IND7.pdf	Primer Hito en Chile de encuentro de Salud y Pueblos Indígenas que delinearé la propuesta de "salud intercultural" en Chile. Documento rico en ideas fuerza en un contexto de particular apertura institucional.
1998	Documento	Saéz, M. y Jelves, I. (Eds.), Castro, M., y Blatter, L. (Trads.). (1998). <i>Salud, Cultura y Territorio: Bases para una Epidemiología Intercultural. Informe Final del Taller (10 al 12 de Noviembre 1997, Lincaray)</i> . Programa Salud y Pueblos Indígenas. Ministerio de Salud de Chile/ Programa de Salud Con	Araucanía-Lincaray	http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm	Segundo Hito de Encuentro Salud y Pueblos Indígenas. Esta vez más enfocado en las posibilidades de transformación de la epidemiología, siempre ligados a la reforma de la institucionalidad sanitaria. En el link sólo el Capítulo de Ibacache

		Población Mapuche. Servicio de Salud Araucanía Sur.			
2001	Libro	Ibacache Burgos, J., McFall, S. y Quidel, J. (2002). Rume Kagenmew ta Az Mapu: Epidemiología de la trasgresión en Makewe-Pelale.	Araucanía-Makewe	http://www.mapuche.info/wp_s_pdf/Ibacache020200.PDF	Estudio pionero de epidemiología sociocultural en la Araucanía. Investiga desde las propias concepciones de salud y enfermedad de la comunidad mapuche de Makewe-Pelale a través de un equipo de investigación-acción del Hospital de Makewe. Genera un modelo interpretativo que permite una traducción entre sistemas médicos tradicionales y biomédico
2001	Libro	Ibacache Burgos, J., Chureo, F., McFall, S. y Quidel, J. (2001). Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Chile (Hospital de Makewe; Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale, Ed.). Washington D.C.: OPS.	Makewe/Washington	http://fitomedicina.org/old/archivos/aps_mapuches_de_chile.pdf	Documento ampliado, en formato libro publicado por la OPS, de la investigación de epidemiología sociocultural en el Hospital de Makewe en conjunto con la comunidad mapuche Makewe-Pelale. Aparecen elementos en profundidad sobre el modelo de atención integral y la posibilidad de complementariedad entre distintos saberes.
2005	Presentación Congreso	Ibacache Burgos, J. y Leighton, A. (2005). Salud Colectiva: Un enfoque posible	Chiloé/Costa Rica	https://ministeriodesalud.gob.cl/ops/documentos/modelosconceptualizadosschile.pdf	Se expone las acciones y enfoque conceptual-metodológico de las acciones de la emergente Unidad de Salud Colectiva de

		para el Equilibrio. Presentado en I Foro Nacional de Salud Pueblos Indigenas Costa Rica, Costa Rica.			Chiloé
2005	Artículo de presentación Congreso	Ibacache Burgos, J. y Leighton, A. (2005). Salud Colectiva: Un Modelo de Atención de Salud Contextualizado. Presentado en I Foro Nacional de Salud Pueblos Indigenas Costa Rica, Costa Rica.	Chiloé/Costa Rica	https://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/doc/Modelos%20de%20Atencion%20Contextualizados-Chile%20.pdf	Se expone las acciones y enfoque conceptual-metodológico de las acciones de la emergente Unidad de Salud Colectiva de Chiloé.
2005	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2005). Querer es Poder. Salud Integral Posta de Salud Rural Chiloé 2005 [Documental, Cortometraje].	Compu-Molulco	https://www.youtube.com/watch?v=S3isHhzRuJI	Conversación con la TPM de la Posta rural y un grupo de mujeres que hacen una actividad para proteger la salud mental de mujeres con pertinencia cultural
2005	Presentación Congreso	Leighton, A. (2005). Mujer indígena, cultura y salud. Dos experiencias de investigación-acción con la asociación de mujeres williche “Rayen Küyem”. Chiloé, Chile. Presentado en I Foro Nacional de Salud Pueblos Indigenas Costa Rica, Costa Rica.	Chiloé/Costa Rica	https://ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/mujerindigenaculturaysaludchile.pdf	Se expone la experiencia de la antropóloga médica A.Leighton con la comunidad de mujeres williche entorno a recuperación de cultura y sanación

2007	Presentación Congreso	Leighton, A. (2007). <i>Diabetes e Hipertensión. Una mirada desde la Antropología de la Salud y la Salud Colectiva</i> . Presentado en Chiloé. Chiloé.	Chiloé	https://drive.google.com/file/d/1MVX8II_EBCfKhCvf6evNADERG6Wead3H/view?usp=sharing	A partir del marco ya utilizado para la investigación de antropología médica en Chiloé, donde hay importancia de la articulación de distintos sistemas médicos, se analizan algunos discursos de actores entorno al problema de las enfermedades crónicas
2007	Artículo revista académica	Carvajal, Y., Carvajal, J., Figueroa, E., Ibacache, J., Jaramillo, F. y Winkler, M. (2007). Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. <i>Cuadernos Médico Sociales (Chile)</i> , 47(3), 139–154.	Chile-Región de los Lagos	https://drive.google.com/file/d/19-Ppkel-CFKeoX_8WyUs6lfeoUVX4NL-/view?usp=sharing	Hito en relación con generar una propuesta autónoma de modificación de la política y gestión del sistema público en zonas rurales del sur de Chile. Participa un equipo relacionado íntimamente con el desarrollo de la Salud Colectiva y la epidemiología sociocultural en Chiloé
2007	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2007). Chiloé profundo: Donde la realidad te grita!! Sra. Guberlinda, sus hazañas en Isla Llingua [Documental, Cortometraje].	Chiloé-Isla Llingua	https://www.youtube.com/watch?v=t4Vp9H79MC8	Cortometraje enfocado en las historias de la Sra. Guberlinda de la Isla Llingua. Historias de sanación tradicional
2007	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2007). Chiloé profundo: Donde la realidad te grita. Empanadas Cocidas en Pureo [Documental, Cortometraje].	Chiloé-Pureo	https://www.youtube.com/watch?v=7xsxYqzGFEO	Cortometraje de una conversación mientras una maestra de Pureo da una receta de empanadas cocidas y habla de los cambios alimentarios en Chiloé.

2008	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2008). Agua de Chaiguén en Isla Meulin. El Chiloé profundo que nos enseña [Documental, Cortometraje].	Chiloé-Isla Meulin	https://www.youtube.com/watch?v=XYXtRgMQD6o	Cortometraje de una conversación con la Sra. Graciela Teneb de 84 años respecto a un remedio natural que es saludable, se alivia más el ánimo, está sacada de barrancos y se combina con hierbas
2009	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2009). Abuelas Sanadoras de Chiloé [Documental, Cortometraje].	Chiloé	https://www.youtube.com/watch?v=Baabv4wMDXY	Cortometraje sobre la investigación "Abuelas Sanadoras de Chiloé", que rescata las experiencias con mujeres mayores con cocimientos tradicionales de sanación, especialmente en relación al parto
2009	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2009). La lagrimilla. El Chiloé profundo que nos desafía. Isla Meulin [Documental, Cortometraje].	Chiloé-Isla Meulin	https://www.youtube.com/watch?v=S3isHhzRuJI	Cortometraje que habla desde el fogón de la lagrimilla, forma especial de la chicha. Conversación con risas y picardía por la prueba del producto. Se habla de la importancia de la producción natural de la chicha vs otros licores que vienen desde afuera. Su disminución con los cambios modernos
2009	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2009). Salud bajo la Lluvia: Una visita al Chiloé profundo. Estero Puroo [Documental, Cortometraje].	Chiloé-Puroo	https://www.youtube.com/watch?v=u3fKsm09EZ8	Cortometraje de un momento de trabajo de la Unidad de Salud Colectiva. Muestra al equipo de investigación trasladándose en lancha junto al TPM Apeche Azocar de Puroo
2009	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2009). Don Eugenio. 107 años en medio del Chiloé profundo [Documental, Cortometraje].	Chiloé-Isla Alao	https://www.youtube.com/watch?v=6UBGp5oz9qo	Cortometraje de una conversación de fogón con Don Eugenio Guichaquelén de la Isla Alao. Experiencia de vida larga, sabiduría y buen vivir.

2009	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2009). El cacho del camahueto [Documental, Cortometraje].	Chiloé	https://www.youtube.com/watch?v=E1_WfWRbLKE	Cortometraje que se enfoca en la conversación entorno al cacho del camahueto. Parte de una entidad mitológica del "Chiloé profundo". Se raspa y es utilizado en la sanación, especialmente de lesiones y prevención de problemas osteomusculares.
2008	Artículo revista académica	Ibacache Burgos, J. (2008). Navegando el sentido común: Salud colectiva en comuna de Quinchao, año 2007. <i>Cuadernos Medico sociales (Chile)</i> , 48(2), 66–76.	Chiloé/Santiago	https://drive.google.com/file/d/1xsQTpIoH54HUMNebjTQM1omuyeWyUnu/view?usp=sharing	Reflexiones a partir de la experiencia de un equipo multidisciplinario en torno a una implementación de salud complementaria en la comuna de Quinchao, islas menores de Chiloé
2008	Artículo revista académica	Leighton, A., Monsalve, D. e Ibacache Burgos, J. (2008). Nacer en Chiloé: Articulación de conocimientos para la atención del proceso reproductivo. <i>Cuadernos Medico sociales (Chile)</i> , 48(3), 174–191.	Chiloé/Santiago	https://drive.google.com/file/d/13eDycMhvpv4ok3U7Lhjh9NgjIZfjpHUw/view?usp=sharing	Resultados de una investigación utilizando metodologías mixtas y recolección de discursos de diversos actores entorno a la atención del parto en Chiloé 2007-2008
2008	Documento	Ibacache Burgos, J. y Leighton, A. (2008). <i>Epidemiología Sociocultural Comunas de Quemchi-Quinchao-Puqueldón-Curaco de Velez. Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar</i>	Chiloé	https://drive.google.com/drive/folders/16bL8iDb3Sy8mCHkNXcvBXs61JMjPaAaE?usp=sharing	Se detallan los objetivos y estrategias de capacitación a los Técnicos Paramédicos de Postas Rurales dieron lugar a una investigación en múltiples localidades de Chiloé, desde el enfoque de epidemiología sociocultural

		y <i>Comunitario</i> . Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé.			
2008	Informe	Ibacache Burgos, J. (2008). Enfermedades Crónicas. Un lento mortal impacto del consumismo. Cultivar las emociones y el espíritu. La promoción de la vida.	Chiloé	https://es.slideshare.net/ernestoibacache/cronica-de-las-enfermedades	Escrito tipo manifiesto que relaciona las enfermedades crónicas con el consumismo neoliberal.
2009	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2009). Salud Colectiva en Isla Meulin. Chiloé. Una visita familiar en un día familiar [Documental, Cortometraje].	Chiloé	https://www.youtube.com/watch?v=kCwHR6dGI0	Cortometraje de una visita familiar típica de la Unidad de Salud Colectiva. Se atiende y dialoga entorno al fogón a varios miembros de la familia
2010	Cortometraje	Leighton, A. y Coll, R. (2010). Síndromes Culturales del Archipiélago de Chiloé. Imágenes de un Proceso. Enero 2008- Enero 2010 [Documental, Cortometraje].	Chiloé	https://www.youtube.com/watch?v=bFNOHuor_FY	Serie de fotografías y citas desde la Investigación. Pretende reflejar el proceso, especialmente al equipo de Salud Colectiva y todos los colaboradores de la comunidad y equipos de salud

2010	Libro	Unidad de Salud Colectiva Chiloé. (2010). Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Sobrepardo, Mal, Susto, Corriente de Aire (A. Leighton, Ed.). Servicio de Salud Chiloé.	Chiloé	https://drive.google.com/file/d/11YJmKh8WPPC8tmSdmdgHVlv8eil69PXP/view?usp=s_haring	Libro completo de la investigación-acción de epidemiología sociocultural realizada por el Equipo de la Unidad de Salud Colectiva con financiamiento FOSIS. A través de un proceso de constitución sucesiva de colectivos de diálogo y traducciones entre diversas tradiciones, se recopiló y sistematizó las causas, síntomas, prevención y tratamiento de cuatro síndromes de raigambre cultural altamente presentes en Chiloé.
2010	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2010). Isla Mechuque sacudida por el viento [Documental, Cortometraje].	Chiloé-Isla Mechuque	https://www.youtube.com/watch?v=k-Rq5NwXVzo	Cortometraje que junta una serie de imágenes sobre la Isla Mechuque y la presencia de un componedor tradicional desde la buena experiencia de uno de sus pacientes
2011	Informe	Márquez, J., Viera, E. e Ibacache Burgos, J. (2011). <i>Consultorías de Salud con Enfoque Sociocultural</i> . Apeche, Queilen: Consejo Comunal Queilen.	Chiloé-Queilen	https://drive.google.com/file/d/17GzElHd6cG7F76JIURMIJRGWIQPVzjF/view?usp=s_haring	Informe que da cuenta de una jornada de encuentro entre consejos de usuarios y equipos de salud de dos comunidades de distintos municipios en Chiloé: Apeche y Rilán

2011	Presentacion para taller	Ibacache Burgos, J. (2011). <i>Programa Cardiovascular (Personas con sentimientos y pensamientos). Fallecimientos en Archipiélago de Chiloé 2008 y 2009. Comuna de Quinchao.</i>	Chiloé-Quinchao	https://drive.google.com/file/d/16HNSYiXhagPmd9OOxrRvsRAD8bOTnvNm/view?usp=sharing	Exposición principalmente desde la epidemiología cuantitativa sobre una serie de características de la morbimortalidad de las enfermedades Cardiovasculares en la Comuna de Quinchao. 2008-2009. Concluye con unas diapositivas intentando ampliar la mirada hacia la necesidad de comprender la parte emocional y espiritual del problema
2013	Manuscrito	Ibacache Burgos, J. (2013). <i>¿Entra o no entra agua al bote?: Familias que navegan. Reflexiones endoculturales.</i> Chiloé.	Chiloé-Quinchao	https://drive.google.com/file/d/1sLHLEnUocsevlpDSk32HPmJ4QwzGMfcz/view?usp=sharing	Dialoga a través de la experiencia del autor en investigaciones utilizando registros audiovisuales y links, sobre cómo en Chiloé se reproducen practicas ancestrales de prevención y mantención de la salud, entendida también como una relación con las entidades míticas y la naturaleza
2013	Presentacion para taller	Ibacache Burgos, J., Sandoval, P. y Viera, E. (2013). <i>Ruralidad y Enfoque Sociocultural en Chiloé.</i>	Chiloé	https://drive.google.com/file/d/1uIp9L7ML8GsHFqQtX9RwxpciRMlYAKLh/view?usp=sharing	Presentación que se enfoca a dar una mirada desde la epidemiología sociocultural a las enfermedades en la ruralidad de Chiloé.
2014	Presentacion para taller	Ibacache Burgos, J. (2014). <i>Epidemiología Sociocultural en el Archipiélago de Chiloé.</i>	Chiloé	https://es.slideshare.net/ernestoibacache/epidemiologia-sociocultural-en-archipelago-de-chiloe	Escrito extenso que hace una síntesis de los resultados de las investigaciones con el enfoque de epidemiología sociocultural en Chiloé utilizando una combinación de datos cuanti y cualitativos.
2015	Presentacion para taller	Unidad Epidemiología Sociocultural. (2015). <i>Sindromes Culturales.</i>	Chiloé	https://drive.google.com/file/d/179szybLWQGQbPs69pGJE1zf8OF4_LYQh/view?usp=sharing	Síntesis de la investigación de <i>Sindromes Culturales de Chiloé</i> para los médicos EDF que llegan a trabajar a la provincia

		Presentado en Chiloé. Chiloé.		sharing	
2015	Presentacion para taller	Unidad Epidemiología Sociocultural. (2015). <i>Salud y Cultura: La cultura es dinámica, navegante e inquieta</i> . Presentado en Taller en Fuerte Niebla, Valdivia, Chile.	Chiloé/Valdivia	https://drive.google.com/file/d/1VEX4uVojmsq9O50X3NxGqJ3EHenDH8Dm/view?usp=sharing	Presentación donde se expone la propuesta y resultados de la epidemiología sociocultural de Chiloé a través de una discusión sobre la importancia de la cultura en la salud.
2015	Presentacion para taller	Ibache Burgos, J.y Calderón, A. (2015). Epidemiología sociocultural. Presentado en Servicio de Salud de Chiloé, Castro, Chiloé.	Chiloé-Castro	https://drive.google.com/file/d/0B4Md_CJWgpQ-c1N0b0pCSWprWFU/view	Larga presentación que mezcla varias presentaciones anteriores respecto a las investigaciones, acciones y teorías de la epidemiología sociocultural de Chiloé
2016	Presentacion para taller	Ibache Burgos, J.y Calderón, A. (2016). Adolescentes y Determinantes Sociales de la Salud. Presentado en Servicio de Salud de Chiloé, Castro, Chiloé.	Chiloé-Castro	https://sschi.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/06/Adolescentes-Chilo%C3%A9-1.pdf	Presentación básicamente cuantitativa que describe desde el enfoque de los determinantes sociales la morbilidad adolescente en Chiloé

2015	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2015). Detif (el ruido del viento) [Documental, Cortometraje].	Chiloé-Detif	https://www.youtube.com/watch?v=I3C56v0LktQ	Cortometraje sobre localidad, con entrevista a Sra. Gricelda, adulta mayor: resume: "Detif en la Isla Lemuy, donde el viento esta reemplazado por el ruido de maquinas que manejan escasos humanos. Las personas entre sus lardes de casa antiguas, están resistiendo con su espíritu y mantienen así su cultura."
2016	Presentacion para taller	Ibacache Burgos, J. y Calderón, A. (2016). <i>Enfoque sociocultural de la Salud y Enfermedad. Pultru Luwiin</i> . Presentado en Servicio de Salud de Chiloé, Castro, Chiloé.	Chiloé-Castro	https://drive.google.com/file/d/1skoXI12IPsag-z7N8o_dLpmTwn4w9Oq3/view?usp=sharing	Breve presentación enfocada a la comprensión cultural del suicidio o intento de suicidio como una ruptura del equilibrio por transgresión. En Chiloé debería preguntarse siempre por un mal
2016	Informe	Leighton, A. (2016). <i>Informe de resultados diálogo territorial islas Quehui y Chelín</i> . Chiloé: Equipo de Salud Rural. Depto. Salud Municipal de Castro.	Chiloé-Quehui y Chelín	https://drive.google.com/file/d/19amqWdcIH_wjZu5vRfGrksBKaxd3STYn/view?usp=sharing	Resultados de un proceso participativo de investigación sobre el territorio. Se establecieron dos periodos: antes y después de las salmoneras.
2017	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2017). Poems/ Infintun [Documental, Cortometraje].	Chiloe	https://www.youtube.com/watch?v=LxS7JQ9MQLcyt=78s	Cortometraje que explora el caso de un paciente con una enfermedad "rara" Sd. Poems. que fue tratada con la con la combinación de biomedicina y medicina tradicional mapuche. Se rescata discursos de paciente, señora y medico hospital de Castro

2018	Informe	Ibacache Burgos, J. (2018). <i>Consultorías de Salud con Enfoque Sociocultural</i> . Unidad de Epidemiología Sociocultural.	Chiloé	https://drive.google.com/file/d/1319yfySyay3pFHojjsFJ6Hs9znYEktar/view?usp=sharing	Propuesta de trabajo basada en Consultorías por parte de la Unidad de Epidemiología Sociocultural de Chiloé a los Equipos Locales de Salud Rural de las Postas para enfocarse en familias y problemas complejos
2018	Informe	Ibacache Burgos, J. (2018). <i>Política de Salud Intercultural en Hospital de Castro. Archipiélago de Chiloé</i> . Unidad de Epidemiología Sociocultural.	Chiloé	https://drive.google.com/file/d/1bMKVVdUFWIFwH6qjJITtDPXfrPFuDFI/view?usp=sharing	Propuesta Informe en relación con la Interculturalidad en Chiloé pensando en el futuro nuevo Hospital de Castro
2018	Informe	Unidad Epidemiología Sociocultural. (2018). <i>Informe línea de Investigación-Acción-Pedagógica</i> . Castro, Chiloé: Servicio de Salud Chiloé.	Chiloé-Castro	https://drive.google.com/file/d/1vmVxj95LBr-DUne45kRAkoDyR52hE89B/view?usp=sharing	Informe en proceso en relación con los avances de la investigación en terreno "Güen Pañiwe"
2018	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2018). <i>Güen Pañiwe: Epidemiología Sociocultural Archipiélago de Chiloé</i> [Documental, Cortometraje].	Chiloé	https://sschi.redsalud.gob.cl/unidad-de-epidemiologia-sociocultural/	Documental que muestra la Investigación-acción-pedagógica "Güen Pañiwe", centrado en una mirada comprensiva desde la Epidemiología sociocultural de los procesos de salud/enfermedad/atención/desatención
2019	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2019). <i>Rakizuam: Pensamiento para el equilibrio</i> [Documental, Cortometraje].	Chiloé	https://sschi.redsalud.gob.cl/unidad-de-epidemiologia-sociocultural/	Cortometraje centrado en entrevistas a Técnicos Paramédicos de Postas Rurales antiguos, profesionales de equipos de salud, que hablan de las relaciones entre enfermedad, salud mental, pensamientos,

					emociones, y la espiritualidad, OH, etc
2019	Cortometraje	Ibacache Burgos, J. (2019). Kotupeye: Llamada del espíritu [Documental, Cortometraje].	Chiloé	https://sschi.redsalud.gob.cl/unidad-de-epidemiologia-sociocultural/	Cortometraje centrado en las enseñanzas de los antiguos Técnicos Paramédicos de Postas Rurales de Chiloé.