

DESIGUALDADES SOCIALES Y PROCESOS DE

salud-enfermedad-atención en tiempos de COVID-19:

UN ANÁLISIS EN CLAVE ANTROPOLÓGICA

Marisol E. Ruiz

Instituto de Salud Pública,
Facultad de Medicina,
Universidad Austral de Chile

Andrea Álvarez Carimoney

Escuela de Salud Pública,
“Dr. Salvador Allende G.”
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

María Sol Anigstein Vidal

Escuela de Salud Pública,
“Dr. Salvador Allende G.”
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Departamento de
Antropología, Facultad
de Ciencias Sociales,
Universidad de Chile

Ana María Oyarce

Escuela de Salud Pública,
“Dr. Salvador Allende G.”
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Núcleo de Antropología y
Salud, Escuela de Salud
Pública y Colectivo Crítico
Pandemia y Salud.

Las ideas que serán presentadas en este ensayo son parte de un proceso de reflexión conjunta en el marco del núcleo de Antropología y Salud de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Nos caracteriza nuestra formación como antropólogas sociales que hemos trabajado en salud pública e intentamos aportar nuestra visión a la disciplina salubrista.

Nos gustaría partir posicionándonos desde la antropología de la salud, área aplicada de la antropología social que tiene una larga trayectoria (Martínez, 2008). A partir de la perspectiva de la antropología de la salud, y de la salud colectiva, desde donde también bebe la antropología médica crítica (Menéndez, 2018), nosotras creemos firmemente en una antropología aplicada e implicada, movilizadora por aspectos de orden político, presentes en los procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2015) para potenciar la salud y el bienestar de la población. Una antropología aplicada e implicada debiera estar involucrada en el quehacer, posicionada y rescatando los aportes de las iniciativas colectivas, comunitarias y territoriales.

A continuación, realizaremos un análisis crítico sobre algunos elementos de la tradición biomédica, con el objetivo de generar un contrapunto a nuestra propuesta y evidenciar

las dificultades que consideramos ha tenido esta tradición para enfrentar los problemas de salud pública de la población. Posteriormente, daremos cuenta de determinados aspectos de la antropología que nos parecen útiles para nutrir la visión de la salud pública, complejizando y nutriendo la aproximación al proceso actual de salud-enfermedad-atención que estamos viviendo como sociedad, producto de la crisis socio-sanitaria que se ha profundizado a propósito de la pandemia de COVID-19.

La biomedicina como el modelo hegemónico

¿A qué nos referimos cuando hablamos del modelo biomédico-hegemónico? En primer lugar, el discurso científico, que es donde se instala el enfoque biomédico, ha sido validado para explicar la realidad que vivimos por las fuerzas sociales que detentan la autoridad (Sánchez, 1999). Es decir, se ha institucionalizado un saber que es asumido como el verdadero modo de relatar las realidades. Y esta situación conlleva un poder que, para Bourdieu (1999) es un poder invisible, que se ejerce manteniendo la complicidad entre quienes lo ejercen con un conocimiento consciente, y entre quienes se niegan a evidenciar la relación jerárquica, pero contribuyen a ella. Para el antropólogo médico Eduardo Menéndez existen al menos 30 características que estructuran lo que él ha denominando como Modelo Médico Hegemónico, entre las que destacan: “biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, indi-

vidualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica” (Menéndez, 2003: 194).

La biomedicina desde sus inicios se situó en una categoría superior respecto a otras formas de abordar los padecimientos, al generar una articulación estrecha con una ciencia positiva (Foucault, 1963) conformándose como eurocéntrica, colonial y estableciendo relaciones jerárquicas -asimétricas- entre quienes detentan el conocimiento médico y quienes no (Menéndez, 1994, 2003). Asimismo, el enfoque biomédico se caracteriza por ser lineal, que compartimenta y fragmenta la realidad. Esta fragmentación se hace evidente al concebir, por ejemplo, que es posible aislar la causa de una enfermedad (lo que supone que existe una sola causa para esa enfermedad), y que si se neutraliza las personas no se enfermarán (Taussig, 1995). Para este enfoque, la enfermedad es algo separado de la conciencia humana, es un hecho natural y se llama a tomar posesión sobre esa realidad (Good, 2003), cosificando la enfermedad, como si fuera independiente de las personas que la padecen (Taussig, 1995). Otro punto que se releva del enfoque biomédico es la relación “médico-paciente”,ⁱ que además de suponer una relación asimétrica, jerárquica y de activi-

i Se visibiliza esta relación entre comillas para dar cuenta de un concepto que se utiliza de manera recurrente, aunque las autoras no estamos de acuerdo con el uso de ambos términos. En primer lugar, la palabra paciente hace referencia a los sujetos que han sido objetivados, que esperan de manera pasiva e indefinida a ser intervenidos, como la falacia de la vasija vacía a la que hace referencia Trostle: las personas no son vasijas vacías que esperan a ser llenadas con el último conocimiento científico (Trostle, 2005). Pensar a las personas como pacientes significa atribuirles una condición que imposibilita su consideración como personas autónomas, con capacidad de decisión y participación. En segundo lugar, el término médico alude a un personaje masculino con la innegable desigualdad de género que este asunto conlleva.

dad versus pasividad, constituye un choque en términos de cosmovisión y comunicación. En esta relación las personas que padecen están preocupadas de la coordinación y la síntesis, en cambio quienes estudian e intervienen se preocupan (porque así ha sido su entrenamiento) de la localización y el análisis (Castro, 2000). No obstante, las personas que son conscientes de la síntesis no entienden la preocupación por la localización, lo que dificulta enormemente el diálogo y se constituye en una ruptura estructural. Debido a que la estructura lógica y el modo de hacer de la profesión médica ha generado un habitus particular, se constituye un idioma específico que está poco anclado en la experiencia de las personas que conforman otro modo de sentir y construir las distintas expresiones de la realidad. Siguiendo a Bourdieu (1981), el habitus es una formación duradera, producto de una interiorización de principios que se perpetúan, respondiendo a esquemas de percepción, pensamiento y acción (Bourdieu, 1996). Y así, la posibilidad de construir una relación dialógica entre las dos partes que debieran ser protagonistas en un proceso de salud-enfermedad-atención, se aleja cada vez más, llegando a ser un monólogo del Modelo Médico Hegemónico.

Se ha descrito anteriormente que desde el punto de vista de la biomedicina la realidad se analiza de manera fragmentada pues compartimenta y aísla los síntomas de los padecimientos, y así también es como se determina el abordaje de los problemas de salud de la población. En esta pandemia hemos visto que desde el inicio la preocupación central ha sido la saturación de la capacidad hospitalaria, expresada en el número de camas críticas con su equipamiento de soporte, donde rara vez se ha considerado el recurso humano o los equipos de salud que deben tener una capacitación adecuada. El

resto de los problemas de salud que tiene la población, y los potenciales problemas sanitarios a los que se verá enfrentada, no fueron considerados en la planificación inicial del abordaje de la pandemia (Agencia Uno/EP, 19 marzo 2020). De la misma manera, la Atención Primaria de Salud fue relegada de la estrategia de enfrentamiento de la pandemia (Saleh, 28 de mayo 2020), lo cual generó grandes falencias que de a poco se han ido subsanando: primero, por iniciativa de los propios equipos de salud, y luego, por la presión que distintos sectores de la sociedad civil organizada ejercieron sobre el Gobierno (CNNChile, 3 de junio 2020). La fragmentación se hace más evidente al momento de dar cuenta de la incorporación de la comunidad organizada en las acciones destinadas a revertir la situación producto de la pandemia por COVID-19. En este período se ha visto una proliferación de acciones por parte de organizaciones que, en algunos casos se habían gestado antes o durante las movilizaciones iniciadas en octubre de 2019, o que se originaron en respuesta a las falencias sanitarias detectadas en los territorios, al hambre, a la crisis económica, a la falta de trazabilidad y seguimiento de la población en relación al COVID-19 y a la desatención de personas con enfermedades distintas al COVID-19 (Vega, 2020), entre otros problemas.

Los países que están en fases posteriores de la pandemia nos han mostrado la importancia de poner especial atención en los cuidados comunitarios, en la provisión de las necesidades básicas de la población, en los problemas de violencia, en la salud mental con un foco importante en los equipos de salud, en la educación, en las posibilidades reales de asumir las medidas de prevención, como el uso de mascarillas, el teletrabajo, la cuarentena, y la importancia de pensar en el último tramo del ciclo vital: la

muerte. Se ha dicho que ningún sistema de salud es capaz de soportar la carga de atención que genera este virus. Sin embargo, lo que se ha podido evidenciar es que, ante la saturación, la gestión de la muerte ha sido muy improvisada, con todos los riesgos sanitarios y de salud mental para las familias que ven con estupor cómo desaparecen sus muertos frente a la incapacidad de respuesta por parte del Estado, convirtiendo en un privilegio para ciertas familias la realización de los rituales propios del final de la vida (Montes, 23 de junio 2020). Los países que han sido golpeados más rudamente han tenido escaso tiempo para reaccionar. Como país nos encontrábamos ante una ventaja, podíamos prever lo que se venía y pensar en la mejor solución para dar respuesta al proceso de salud-enfermedad-atención en su conjunto, para organizar y gestionar el continuo de la experiencia, su dinamicidad y sus expresiones particulares. No obstante, hemos visto asombradas cómo se han sucedido los meses sin que el Estado haya aprovechado esa ventaja, adentrándonos con velocidad al frío invierno y a las inclemencias que dan cuenta de un mal manejo de esta crisis socio-sanitaria, que ha adquirido las características de una sindemia,ⁱⁱ esto es, la manifestación de más de una epidemia al mismo tiempo. Hoy vivimos una epidemia mundial producto de una enfermedad contagiosa, y al mismo tiempo una exacerbación de la desigualdad por una epidemia de recesión económica mundial (Singer et al., 2017).

Una crisis de larga data

Como parte del escenario, es importante señalar que esta crisis socio-sanitaria actual se sitúa en el contexto del proceso de movilizaciones

que comenzó el 18 de octubre del 2019 (la revuelta social), generando un quiebre entre la institucionalidad y la ciudadanía, que durante meses estuvo dispuesta a paralizar las actividades exigiendo justicia y dignidad (Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 2020; Heiss, 2020). Aún no se abordan los elementos estructurales que posibilitan atender el bienestar propio de las comunidades, exacerbando las desigualdades, lo que ha sido leído como un signo de la displicencia con la que se trata al pueblo.

El análisis de las determinaciones sociales de la salud nos ayuda a comprender los factores estructurales que inciden fuertemente en los procesos de salud-enfermedad-atención. Nuestro sistema de salud es una parte de esos elementos que pueden incidir en mejorar las condiciones de salud, pero si no se abordan los demás factores en su complejidad y en su interseccionalidad el resultado es muy limitado y puede ser contraproducente, justo del modo en que lo estamos experimentando actualmente. Por interseccionalidad (Grabham, Cooper, Krishnadas & Herman, 2009; Carastathis, 2016) nos referimos a que es necesario pensar que las distintas desigualdades se hacen carne en una sola persona, no es la suma, sino es la exponencialidad de la desigualdad. Es decir, una mujer migrante y carente de recursos será discriminada por ser mujer, por ser migrante, y por ser carente de recursos, todo a la vez.

Desde el marco de las determinaciones sociales y de la salud colectiva, vemos que se oculta la existencia de condiciones estructurales y socio-culturales que afectan a las personas y comunidades, y que hacen de Chile un país de realidades extremadamente diversas, fruto

ⁱⁱ El concepto de sindemia fue acuñado por primera vez en el 2009 por Merril Singer (Singer, 2009).

de nuestra historia social, política y cultural, donde han impactado fuertemente las políticas neoliberales en las últimas décadas. Existe un número cada vez mayor de personas que no cuentan con contrato de trabajo, habiendo un incremento considerable de microempresas informales, lo que dificulta considerablemente respetar una cuarentena estricta sin poner en riesgo los ingresos mínimos para su sobrevivencia (Doniez y Gálvez 2020; Sáez, 2020); y aproximadamente un 19% de la población total vivía en situación de pobreza multidimensional con la última medición disponible (CASEN, 2017).

Desde el punto de vista del contexto estructural que enmarca la crisis socio-sanitaria, un factor de gran impacto es la aproximación neoliberal que ha estado presente por décadas, y que ha calado hondo en las políticas públicas, pero también en el discurso mediático y en la opinión pública. Un ejemplo de ello es el discurso que ha prevalecido cuando se ha tendido a culpabilizar a la población, como si ella pudiera elegir no contagiar o contagiarse. Esta mirada del sujeto-individuo-particular que puede elegir, desconoce e invisibiliza la dimensión histórica, social y cultural que atraviesa los fenómenos de salud de los grupos humanos. Parte de ese enfoque se despliega en la bio-política y en la necro-política de la pandemia, en la idea de la uniformidad estadística de los colectivos y las comunidades, lo que se consigue bajo la lógica de los números y el conteo, y que desconoce las particularidades y las necesidades humanas, que también constituyen la salud. Mientras se sigue en este conteo, las personas continúan sus vidas en medio de violencias de todo tipo (económicas, laborales, de género, sexuales, etarias, asociadas a la migración, etc.), incluida la ejercida por un Estado que delega su responsabilidad de cuidado ejecutando políticas perniciosas, indolentes e irresponsables.

Siguiendo a Menéndez (2015), el proceso actual puede servir para dar cuenta de un entramado de procesos de orden sociopolítico, evidenciando las desigualdades que han sido parte estructural de la sociedad chilena. Mirar desde esta perspectiva (desde una crítica a la biomedicina y al enfoque neoliberal de la pandemia) implica, por ejemplo, examinar con ojo crítico cómo se comunica, qué se comunica, quiénes participan de la construcción de esas estadísticas y a qué personas les llega el mensaje.

En este aspecto de las comunicaciones, la perspectiva hegemónica de la biomedicina nos muestra otra de sus aristas complejas: arrogarse la reificación de la ciencia positiva, la capacidad de generar evidencia y ser el depósito de la verdad le otorgan un poder enorme. Esto ha quedado en evidencia durante los últimos meses a nivel global. La palabra de la biomedicina ha paralizado la economía mundial, ha movilizado esfuerzos de todo orden, ha puesto en jaque a gobiernos y a mandatarios. Sin embargo, ha quedado en entredicho cuando a la misma ciencia y a la biomedicina se le ha pedido certezas. En nuestro país, la comunicación desde la autoridad sanitaria no ha logrado abordar en su discurso un formato que sea honesto, transparente, y que genere confianza en la ciudadanía, sin recurrir a la autoproclamación de la certeza científica. En el fondo, se trata de asumir que todo lo que está siendo construido desde el marco científico también es contingente, es un conocimiento que se está produciendo en el momento, implica asumir que tiene cierto grado de fluidez y de incerteza, que no es posible dar por sentado aspectos que aún están siendo estudiados, y que en este momento del desarrollo de la epidemia no todo puede ser categórico.

En este punto nos parece relevante traer una

antigua discusión que, sin embargo, nos recuerda algo importante para esta coyuntura: desde que el filósofo de la ciencia Thomas Kuhn planteó el concepto de Paradigma hace más de 50 años,ⁱⁱⁱ sabemos que la ciencia y su avance se debe a un proceso dialéctico, consensual, histórico y situado, atravesado por intereses diversos y muchas veces ocultos, o al menos invisibilizados. La biomedicina, como tributaria del paradigma de las ciencias exactas, ha apropiado la noción de objetividad, en la que basa gran parte de su legitimidad; desconociendo o ignorando este imprescindible recordatorio del modo en que se construye el conocimiento, es decir, que el conocimiento es un proceso iterativo, recursivo, que va y vuelve, en el que las certezas, si las hay, lo serán sólo por una fracción de tiempo limitado. Esto lo podemos ver concretamente en el discurso público sobre la pandemia en nuestro país, donde se apela recurrentemente a la “certeza” sobre la cual se fundaría la toma de decisiones. Nos parece importante recuperar la noción de que el conocimiento científico es una construcción, y como tal no está ajeno al ensayo y error, y a los intereses de toda clase, puesto que precisamente así es como se produce conocimiento. Transparentar las incertidumbres contribuye a sostener una mayor credibilidad en la población, de lo contrario se genera un ambiente de desconfianza que es nocivo para las estrategias de salud pública.

Urge conocer las condiciones que hacen posible (o imposible) tener los resguardos necesarios para el autocuidado y el cuidado de otros/as en el contexto de esta pandemia, en la que no solo importa el número de contagios y de muertes, sino cómo se experimenta la vida y

la muerte; por ejemplo, cómo se cuida la salud mental de las personas o las situaciones de violencia de género, entre otras realidades y problemáticas complejas.

En momentos donde pareciera que la crisis estructural amenaza con barrer los cimientos de nuestra sociedad, es indispensable volver a reconocer cuáles son los aspectos sobre los que la población o las distintas poblaciones que habitan el territorio nacional quieren poner el foco, para estructurar un nuevo modo de relacionarnos en tanto sociedad.

Con todo esto, creemos que es necesaria y urgente una política participativa, que ofrezca espacios de reflexividad, de información, de transparencia y protagonismo en las estrategias de abordaje de la sindemia.

La mirada en clave antropológica

La reflexividad, característica inherente a la disciplina antropológica (Martínez-Hernández, 2008), aporta la noción crítica que permite dar cuenta de la particularidad del modelo biomédico, pues aunque hegemónico, no es el único que existe, sino más bien uno más de los tipos de medicina posibles. Como el resto de los sistemas médicos, la biomedicina responde a un conjunto de preceptos culturales y morales, que se han transmitido de generación en generación como parte de un proceso de socialización (Menéndez, 1994). Por lo tanto, la lógica y el modo de hacer de la biomedicina se tornan cuestionables y relativos, al mirarse desde otros posibles prismas.

En contraposición al enfoque biomédico hegemónico, creemos que si se tuviera en cuenta el proceso de salud-enfermedad-atención como

ⁱⁱⁱ El libro *La estructura de las Revoluciones Científicas* fue publicado en 1962.

un proceso dinámico y contextualizado, podríamos visibilizar muchos aspectos que continúan ocultos en el abordaje de las políticas públicas. Para esto es crucial reconocer determinadas características propias a la disciplina antropológica, que pueden y deben contribuir a la visión de la salud pública para mejorar su pertinencia.

En primer lugar, consideramos que la mirada de la antropología aporta un componente particular y crucial al comprender los fenómenos desde la perspectiva de los y las actores/as sociales, considerando sobre todo sus contextos. Esta mirada permite dar cuenta de la heterogeneidad dentro de la desigualdad ampliamente extendida que encontramos en nuestro territorio. Chile es un país cruzado por desigualdades estructurales (Narbona y Páez, 2014; López, Figueroa, Gutiérrez, 2013). En esta pandemia, o más bien sindemia, la desigualdad se ha manifestado de manera más descarnada, aumentando la mortalidad en las zonas donde hay menos acceso a la salud (Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, 2020). En estas zonas abunda la pobreza, son las zonas de mayor marginalidad, donde habitan los sectores más desventajados de la población. Esa desigualdad trae aparejada una gran heterogeneidad de situaciones. La visibilización de esa heterogeneidad y la necesidad de desarrollar un análisis territorial, contextualizado, es el aporte necesario de la disciplina antropológica a la salud pública.

La heterogeneidad de situaciones dentro de la desigualdad puede ser ejemplificada a partir de la realidad de los pueblos indígenas (pero también puede pensarse para la población migrante o cualquier grupo de personas que está experimentando una situación de desigualdad estructural), donde se ve clara-

mente la necesidad de contextualizar y situar el enfoque salubrista a propósito del COVID-19. Y esta necesidad se debe a varios motivos: Primero, es importante entender con profundidad la dimensión territorial, donde existe una enorme desigualdad (Ta Iñ Xemotuum, 2020). No obstante, las acciones no han considerado incluir un enfoque que contemple la diversidad y la heterogeneidad dentro de los territorios.

La situación de los territorios que se encuentran colindantes a las ciudades también requiere un análisis específico, donde posiblemente el contagio del virus vaya aumentando a medida que las zonas urbanas incrementen su dificultad para satisfacer las necesidades de trabajo de la población que habita en ellas. Puede ocurrir una migración importante de personas que vuelven a sus comunidades de origen, a sus territorios o a los pueblos cercanos a las grandes urbes donde habían migrado por la oferta laboral. Cuando esa opción ya no existe, la migración de retorno puede implicar posibles focos de contagio pues se movilizan precisamente desde las comunas donde posiblemente existen las tasas más altas de infección.

El abordaje de las comunidades rurales se hace necesario, puesto que hasta el momento han estado protegidas por un patrón de asentamiento disperso y una baja densidad poblacional. No obstante, una vez que la epidemia se vaya expandiendo por los distintos territorios, llegará con mayor fuerza a sectores donde abunda la desigualdad estructural, que puede catalizar en una epidemia endémica (Vega, 2020). En esos territorios hay escasez de agua, pero también las normas colectivas de la vida social son distintas, y a pesar de tener un asentamiento disperso, esos elementos pueden generar una mayor transmisibilidad del COVID-19, con su potencial transformación en enfer-

medad endémica, como ha sido la tuberculosis. Una mirada antropológica podría aportar la necesidad urgente de un análisis territorial, de gestión territorial, que va desde los barrios, desde las comunas de la Región Metropolitana o las demás grandes urbes del territorio nacional, hasta las comunidades rurales aisladas. Esas diferencias no están siendo consideradas al momento de abordar la pandemia/ sindemia, que más bien se está enfrentando como si toda la población del territorio nacional tuviera características similares, cuando no puede haber nada más alejado a ese supuesto.

Sin duda la falencia actual, y donde la antropología puede aportar sustancialmente como ya se ha descrito, es el enfoque comunitario de la gestión territorial, donde el contexto se vuelve la clave para entender los abordajes que se requieren. El enfrentamiento de la sindemia no sólo ha sido monocultural (Ta Ñ Xemotum, 2020), sino también ha tenido como premisa que todos los territorios tienen características similares. Las comunidades aisladas se han protegido cerrando sus accesos, controlando los ingresos y resguardando ese aislamiento. Esas acciones son parte de la memoria histórica de los pueblos nativos y de las comunidades rurales. La memoria histórica de las epidemias está en esos territorios, y otorgarles autonomía les protegerá en un nivel superior que si se determina su destino desde la visión centralista y hegemónica.

En segundo lugar, consideramos que otro elemento que aporta a complejizar la discusión en clave antropológica es la mirada etno-

gráfica. La etnografía es la herramienta metodológica propia de la antropología que en los comienzos de la disciplina consistía en convivir un largo período de tiempo en una comunidad apartada del mundo “occidental”^{iv}, e implicaba una descripción exhaustiva (densa dirían los/as antropólogos/as contemporáneos/as) del territorio y de la sociedad estudiada. Antes de analizar un fenómeno, se va a observar, a mirar con un ojo atento para poder profundizar en la descripción sistemática de lo que se observa, interpretando la realidad considerando en primer término los significados que adquieren los hechos para las personas que los están experimentando. Y es que para elaborar políticas públicas pertinentes existe una necesidad imperiosa de situar a las personas concretas en sus territorios concretos. Esta descripción acabada de la realidad, de la diversidad de realidades, puede ser mejor asimilada por el enfoque etnográfico.

Siguiendo a Martínez-Hernández (2010), la etnografía plantea que “la comprensión relacional y holística de los mundos culturales no es posible desde una prescripción que cercene el sentido nativo. A su vez, el enfoque descriptivo abre las puertas a una posición de no-saber que es la base para una relación dialógica entre sistemas expertos y profanos, entre grupos sociales y entre colectivos culturales” (Martínez-Hernández 2010: 66). Es así como el enfoque etnográfico posibilita el diálogo (Allué et al, 2006), y “se conforma como una especie de macroscopio relacional que intenta devolver a las representaciones, comportamientos y factores sociales su función y su lógica contextual (Martí-

iv Con este término, que además está puesto entre comillas, nos referimos a las sociedades que han sido permeadas por un estilo de pensamiento y modo de hacer ligado a la cultura occidental, propia de la tradición Greco-Romana, donde el contrato social se ha establecido bajo los términos de la Revolución Francesa y los procesos de globalización se han hecho parte de los desarrollos culturales.

nez-Hernández, 2010: 65) e invita a estar entre ambos saberes. Creemos que la antropología puede aportar en crear puentes entre el conocimiento técnico-científico o epidemiológico, y los conocimientos y los saberes de las comunidades no científicas.

Por último, un tercer elemento que quisiéramos relevar y que es propio de la disciplina antropológica es la necesidad del desarrollo de un pensamiento relacional, que puede ser la clave para comprender las estructuras sociales (Deleuze 1987, Bourdieu 1996, 2001, Martínez-Hernández 2008). La perspectiva relacional no solo contiene un aspecto dialógico, sino además da cuenta de las manifestaciones de poder que ocurren a nivel micrológico, y por lo tanto a través de las relaciones (Bourdieu 1981). Entonces, surge la necesidad de tener una aproximación holística, es decir “un esfuerzo de comprensión de la realidad de tipo relacional y no desagregado” (Martínez-Hernández, 2010: 65), que apele a la noción de multidimensionalidad. Pero este concepto no debe ser entendido como una simple suma de factores, sino como un todo articulado y entramado que modifique la teoría explicativa (Martínez-Hernández, 2008).

La cosmovisión mapuche, que centra su atención en el cuidado de la vida con un fuerte componente relacional vinculado al territorio, poniendo sobre la mesa los afectos y los sentimientos (Cuyul, 2020), pone de relieve la importancia de recuperar la memoria de los pueblos que han habitado este territorio llamado Chile desde tiempos ancestrales.

Desde la disciplina de la salud pública, el desarrollo de un pensamiento relacional plantea la posibilidad de repensar un nuevo modo de articularnos y de elaborar políticas públicas participativas e incluyentes. Siguiendo a Cuyul (2020) se deben generar dispositivos de anclaje

a los territorios porque la perspectiva relacional protege de la desconexión, la prepotencia y el autoritarismo. Se requiere con urgencia que las políticas públicas incluyan una mirada desde la realidad local, desde la diversidad y heterogeneidad local, y nuestra propuesta es que las herramientas que se ponen a disposición desde la antropología pueden hacer la diferencia.

Lo descrito hasta acá son los elementos que quisimos destacar considerando los aportes que puede hacer la mirada antropológica. En definitiva, el pensamiento en clave antropológica apela a la contextualización de las realidades diversas, por la necesidad de visibilizar la heterogeneidad de las desigualdades que se despliegan a lo largo del territorio nacional, a la necesidad de situar a las personas en sus territorios, para lo que se requiere la herramienta etnográfica, e impulsar un modelo dialógico con base en una gestión territorial que recoja las voces de todas las personas y comunidades participantes; así como de sus saberes. La prevención se debiera gestar en este pensamiento relacional, con un fuerte anclaje en la gestión territorial.

En este ensayo hemos planteado algunas ideas con respecto al aporte que la antropología puede hacer a la salud pública, especialmente en tiempos de pandemia; hemos querido evidenciar que existe un conjunto de enfoques, miradas y herramientas metodológicas que están a disposición del quehacer salubrista. Proponemos que su incorporación enriquece el abordaje con miras a generar un proceso de salud colectiva, donde las determinaciones sociales se entrecruzan con una mirada interseccional de las desigualdades para dar cuenta de la co-construcción autónoma de la salud, del bienestar y del buen vivir.

Referencias bibliográficas

- Allué, Xavier; Mascarella, Laura; Bernal, Mariola y Comelles, Josep M. (2006). De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud. En *Salud e interculturalidad en América Latina*. Gerardo Fernández (coord.), Ed. Abya-Yala, Quito.
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social (2020). ALAMES frente a la pandemia COVID-19, 1 de abril de 2020. Obtenido en mayo de 2020, de <http://www.alames.org/index.php/2-sin-categorizar/124-alames-frente-a-la-pandemia-covid-19>.
- Bourdieu, Pierre (1981 [1970]). *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Editorial Laia.
- Bourdieu, Pierre (1996 [1987]). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, Pierre (1999). *Intelectuales, Política y Poder*. Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1999.
- Bourdieu, Pierre (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Carastathis, A. (2016). *Intersectionality: origins, contestations, horizons*. EEUU: University of Nebraska Press.
- CASEN (2017). *Resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.
- Castro, Roberto (2000) *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- CNNChile (2020, junio 03). Mañalich anuncia que encargarán a la atención primaria la trazabilidad de casos activos de COVID-19. Obtenido en julio de 2020, de https://www.cnnchile.com/pais/manalich-atencion-primaria-trazabilidad-casos-activos_20200603/
- Cuyul, Andrés (2020). Séptimo seminario APS y COVID-19, Experiencias Comunitarias. Seminario virtual organizado por el Departamento de Atención Primaria de la Universidad de Chile, realizado el 18 de julio, 2020.
- Deleuze, Gilles (1987). *Foucault*. México: Paidós.
- Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud (2020). *Informe Epidemiológico N°35 Enfermedad por SARS-CoV-2*. 20 de julio, 2020, Chile.
- Doniez, Valentina y Recaredo Gálvez (2020). *Reformas en tiempos de crisis. Análisis crítico de la agenda laboral del Gobierno*. Documento de Trabajo, Fundación Sol.
- Saleh, Felipe (2020, mayo 28). El ninguneo a la atención primaria y los errores políticos que marginaron a la salud territorial de la estrategia contra la pandemia. Obtenido en junio de 2020, de <https://www.elmostrador.cl/detacado/2020/05/28/el-ninguneo-a-la-atencion-primaria-y-los-errores-politicos-que-marginaron-a-la-salud-territorial-de-la-estrategia-contra-la-pandemia/>
- Montes, Rocío (2020, junio 23). El funeral de un tío de Sebastián Piñera positivo de Coronavirus abre una polémica en Chile. Obtenido en junio de 2020, de: <https://elpais.com/internacional/2020-06-23/el-funeral-de-un-tio-de-sebastian-pinera-positivo-de-coronavirus-abre-una-polemica-en-chile.html>
- Agencia Uno/EP (2020, marzo 19). Piñera asegura que Chile está preparado para “el escenario más grave” del coronavirus. Obtenido en abril de 2020, de <https://www.europapress.es/internacional/noticia-pinera-asegura-chile-preparado-escenario-mas-grave-coronavirus-20200319150009.html>
- Foucault, Michel (1963). *El nacimiento de la Clínica, una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores.
- Good, Byron (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra.
- Grabham E, Cooper D, Krishnadas J, Herman D (2009). *Intersectionality and beyond law, power and the politics of location*. Abingdon, Oxon: Routledge-Cavendish.
- Heiss, C. (2020). Chile: entre el estallido social y la pandemia. *Análisis Carolina*, (18), 1-4.
- López R, Figueroa E, Gutiérrez P (2013). La ‘Parte Del León’: Nuevas Estimaciones de La Participación de los super ricos en el ingreso de Chile. *Serie Documentos de Trabajo Vol. 379*, pp. 1 – 32.: Departamento de Economía, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Martínez-Hernández, Angel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Rubí Anthropos ed.
- Martínez-Hernández, Angel (2010). *La etnografía como dialógica: hacia un modelo intercultural en las políticas sanitarias*. En *Transitar por espacios comunes Inmigración, salud y ocio*. F. Checa y Olmos, A. Ariona Garrido y J. C. Checa Olmos (eds). Icaria Editorial.
- Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* (8): 71-78.
- Menéndez, Eduardo (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones*

prácticas. *Ciencia & Saúde. Coletiva*. 8(1): 185–207.

Menéndez, Eduardo (2014). Las instituciones y sus críticos o la costumbre de polarizar la realidad: el caso de la Influenza A (H1N1). *Salud Colectiva* 10(1):15–40.

Menéndez, Eduardo (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. *Salud Colectiva* 11(3):301–330.

Menéndez, Eduardo (2018). Antropología médica en América Latina 1990–2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva* 14(3): 461–481.

Narbona, K. & Páez, A. (2014). La acumulación flexible en Chile: Aportes a una lectura socio-histórica de las transformaciones recientes del trabajo. *Revista Pretérito Imperfecto*, 2, 140–172.

Sanchez, Ron JM. (1999). Un nuevo mundo científico. *Revista de Occidente*; 214: 65–68

Sáez, Benjamín (2020). Emprendimiento y subsistencia: Radiografía a los microemprendimientos en Chile. Documento de Trabajo, Fundación Sol.

Singer, Merrill (2009). Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health. Jossey-Bass Ed., San Francisco.

Ta Iñ Xemuam - Centro para la formación y desarrollo de la salud del pueblo mapuche (2020). Coronavirus y multiculturalidad; las pandemias para los pueblos indígenas. Publicado por Comunidad de Historia Mapuche, el 27 de abril de 2020. Obtenido en mayo de 2020, de <https://www.comunidadhistoriamapuche.cl/coronavirus-y-monoculturalidad-las-pandemias-para-los-pueblos-indigenas/>

Taussig, Michael (1995). Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente. Gedisa Editorial, Barcelona.

Trostle, James (2005). *Epidemiology and culture*. Cambridge University Press 122–139.

Vega, Jeanette (2020). COVID-19 ¿Qué viene ahora? Seminario virtual organizado por Advanced Center for Chronic Diseases (ACCDIS), realizado el 24 de julio, 2020.