

soberanía
s a n i
t a r i a

Diálogo con
Axel Kicillof

EL DERECHO A LA SALUD
EN CONTEXTOS DE CRISIS

Interculturalidad

Nociones sanitarias

Dora Barrancos. Jorge Herce. Nila Heredia. Mario Rovere. Daniel Gollan.



Fotografía: Ministerio de Salud de Bolivia

“El pueblo es digno cuando su Estado lo protege. Y ahora el Estado tiene que ser digno porque protege a su pueblo. Esta ley es para eso.”

· Evo Morales, presidente de Bolivia ·

Con la promulgación de la Ley 1152, se creó en Bolivia el Sistema Único de Salud (SUS), universal y gratuito. El SUS, enmarcado en la Constitución Política del Estado, rige desde marzo y permitirá al 51% de la población que no contaba con cobertura gratuita acceder a diagnóstico, tratamiento, medicación y cirugías.



Editorial

Interculturalidad o colonia

*Cuando no recordamos lo que nos pasa,
nos puede suceder la misma cosa.
Son esas mismas cosas que nos marginan,
nos matan la memoria, nos queman las ideas,
nos quitan las palabras... oh...
Si la historia la escriben los que ganan,
eso quiere decir que hay otra historia:
la verdadera historia,
quien quiera oír que oiga.
Nos queman las palabras, nos silencian,
y la voz de la gente se oirá siempre.
Inútil es matar,
la muerte prueba
que la vida existe...*

Quien quiera oír que oiga, Litto Nebbia

La búsqueda de una Soberanía Sanitaria capaz de ser producto, y a la vez productora de un justo derecho a un buen vivir, precisa de un esfuerzo analítico mayor. Las formas en que cada individuo -con su historia, su devenir, sus éxitos y fracasos- encuentra el modo de mejorar las maneras de desarrollarse y vivir son variadas y se encuentran determinadas por múltiples factores. Incluso las comunidades tienen trasfondos históricos y culturales que condicionan su relación con la vida y la salud. Es decir, el proceso vital de la salud/enfermedad/cuidado es complejo y variopinto. Sin embargo el “sistema” de salud suele ofrecer un solo costado, un solo modelo validado y legal. Quienes trabajamos en él también nos afanamos por comprenderlo cabalmente, pero difícilmente podemos hacerlo.

Como toda construcción histórica, el sistema de salud, el sistema científico y, especialmente, la medicina son productos de un devenir histórico que refleja la victoria de las perspectivas de los más poderosos. Sin embargo, el sistema es más homogenizador y brutal con las particularidades de lo que es la vida en sí para los individuos y las comunidades. ¿Cómo desnaturalizar los aspectos coloniales de un sistema centralmente eurocentrista, blanco y patriarcal?

Dirección General

Daniel Gollan

Dirección Editorial

Nicolás Kreplak

Edición

María Victoria Anadón

Coordinación

Salvador Giorgi, Federico Paruelo.

Consejo Editorial

Jorge Hoffmann, José Carlos Escudero,
Enio Garcia, Silvia González, Jorge Kohen,
Jorge Rachid, Mario Rovere.

Coordinadores de sección

Políticas sanitarias- Nicolás Kreplak

Ciencia y soberanía- Enio García

Dossier Interculturalidad en salud

Jorge Herce Heubert, Romina Duarte

Género y diversidad sexual- Sabrina Balaña

En la vida cotidiana- Jonatan Konfino

Participación comunitaria- Alexia Navarro

Colaboran en este número

Axel Kicillof, Leonel Tesler, Alejandro Dávila, Daniel Couselo, Marita Fernández, Dora Barrancos, Flavia Sacerdoti, Rosa Liascovich, Laura Sacchetti, Romina Casali, Alicia Torres, Zulema Enriquez, Luciana Mignoli, Nila Heredia Miranda, Roberto Campos Navarro, Daniel Esteban Manoukian, Ana Fuks, Libia Tujuay, Ana Cicchitti, Ezequiel Varela, Marcela Corin, Carolina Remorini, docentes y estudiantes de la Carrera de Medicina de la UNCAus.

Redacción Martín Miño

Corrección Melina Maira

Diseño y diagramación

Matías Bastino (web), Ma. de los Ángeles Pérez Soto, Micaela Jazmín.

Fotografía

Fernando López, Patrick Haar, Paula Lobarías (tapa/dossier).

Consejo Directivo Provincial ATE Santa Fe

Jorge A. Hoffmann, Ricardo M. Delfor, Adolfo Avallone, María Eugenia Flores, Mario S. Tirelli, Alejandro Esquivel, Elsa L. Splendiani, Darío H. Galarza, Diego G. Vandembergher, Carlos Meloni, Analía Puntillo, Patricia M. Rudel, Marcelo R. Martini, Mónica Ghiglia.

Los editores no son responsables por las opiniones vertidas por los colaboradores, entrevistados y las notas firmadas.

Una de las dificultades mayores en desentrañar los hilos de una posible respuesta radica en la ausencia de correlaciones de fuerza con algún grado de equilibrio. Entonces, solamente una fuerte convicción de soberanía, apoyada en un maduro movimiento sanitario como parte de un proyecto político transformador puede y debe iniciar el camino contracultural de desnaturalizar lo naturalizado y resaltar lo invisibilizado. Esta tarea no será suficiente, pero sí necesaria hasta que todo comience a avanzar. Las universidades, la ciencia, las experiencias comunitarias, el modelo de atención y los equipos de salud deben empezar a preguntarse si la respuesta a las necesidades de salud de todo el pueblo -en toda su diversidad- son las mejores o las únicas visibles. Tal vez, una primera y simple actitud para comenzar a andar ese camino consista en ponernos, por un rato más no sea, en el lugar de los otros, en sus contextos y en sus circunstancias.

Cabe preguntarse entonces, y aunque pueda sonar doloroso, ¿somos, quienes nos desempeñamos en el sistema de salud, reproductores de un colonialismo que arrasa con la diversidad y esconde mejores avances sanitarios?

El camino que nos proponemos en este número 6° de la Revista Soberanía Sanitaria no tiene respuestas unívocas, tan solo la invitación a abrir no solo las mentes, sino también el corazón.

Nicolás Kreplak, Daniel Gollan & Jorge Hoffmann

Dirección Editorial
Soberanía Sanitaria

Dirección General
Soberanía Sanitaria

Secretario General
ATE CDP Santa Fe

También en este número ...

La Universidad en blanco y negro



Políticas sanitarias | **Por Leonel Tesler**

Salud y Trabajo



Por Marita Fernández

Por acción u omisión

22

Soberanía sanitaria en genética



Ciencia y Soberanía

Por Rosa Liascovich

Reconocernos desde la diversidad cultural



Género y Diversidad sexual

Entrevista a Libia Tujuay | Por Sabrina Balaña

En la vida cotidiana



Los efectos de la aculturación

Por Jonatan Konfino

Habitando la interculturalidad

Por Marcela Corin

108

Participación comunitaria



sumario

Políticas sanitarias

6 **“La salud no puede estar en manos del mercado”**- Entrevista a Axel Kicillof

10 **La Universidad en blanco y negro**
Por Leonel Tesler

15 **Argentina ya no sonrío**
Por Alejandro Dávila

Salud y trabajo

20 **Presente de lucha**
Por Daniel Couselo

22 **Por acción u omisión**
Por Marita Fernández

Ciencia y soberanía

26 **“Hoy el feminismo es un dato inexorable”**
Entrevista a Dora Barrancos

32 **Soberanía sanitaria en genética**
Por Rosa Liascovich

Dossier INTERCULTURALIDAD EN SALUD

38 **Apuntes sobre fronteras**
Por Jorge Herce Heubert

40 **Culturas aplastadas, saberes robados**
Por Laura Sacchetti

44 **De culpas y soluciones**
Por Romina Casali

49 **Turistas en su propia casa**
Por Alicia Torres de Torres

53 **Logros plurales**
Por Zulema Enriquez

55 **¿Se puede construir una salud indígena y feminista?**- Por Luciana Mignoli

59 **“Hay que permear todos los niveles del sistema con la perspectiva intercultural”**
Entrevista a Nila Heredia Miranda

65 **Profundizando en el empacho y otras nosologías**- Por Roberto Campos Navarro

69 **Neuquén y el primer hospital intercultural**
Por Daniel Esteban Manoukian

73 **Hacia la construcción de sociedades inclusivas**- Por Romina Duarte

75 **Más que un conflicto entre lenguas**
Por Ana E. Fuks

80 **Reflexiones desde una práctica situacional**
Por Mario Rovere

85 **Las políticas de inclusión como base de la interculturalidad**- Por Daniel Gollan

Género y diversidad sexual

90 **Reconocernos desde la diversidad cultural**
Entrevista a Libia Tujuyliya Gea Zamora

96 **El lugar de las mujeres indígenas**
Por Ana Cicchitti

En la vida cotidiana

102 **Los efectos de la aculturación**
Por Jonatan Konfino

104 **Cargado de xenofobia**- Por Ezequiel Varela

Participación comunitaria

108 **Habitando la interculturalidad**
Por Marcela Corin

115 **Un largo camino**- Por Carolina Remorini

119 **Repensar la formación médica**
Por docentes y estudiantes de UNCAus

DE CULPAS Y SOLUCIONES

■ Por Romina Casali

A continuación se proponen una serie de postulados que contribuyen a una reflexión, desde una mirada histórica, acerca de ciertos reduccionismos, falacias e interpretaciones sobre el tratamiento y la comprensión de los pueblos indígenas y su vínculo con las prácticas sanitarias desde el surgimiento del Estado-Nación. A la luz de estas ideas, ¿cuáles son los desafíos del Estado para una salud intercultural en la actualidad?

Lo arbitrario de las periodizaciones historiográficas se atenúa o acentúa cuando se escoge la figura del *Estado-Nación*. Apelada y denegada, tan artificial como atractiva, de gravitación factual y conceptual, centralidad disciplinar y una complejidad tal que no hace sino traducirse en ductilidad analítica. Las reflexiones sobre *salud intercultural* solo muy recientemente han emulado las trayectorias intelectuales que matizan la idea de *Estado-Nación* como exclusivamente hegemónico, incluso en el marco de la renovación de los estudios indigenistas. Lógicamente, una parte de la explicación refiere a que las prácticas y teorizaciones sobre interculturalidad y salud fueron ejecutadas desde la antropología, mientras que las preocupaciones en torno a las estatalidades anidan en la bitácora de nos, los historiadores. Lo cierto es que la otredad es tan inherente a la interculturalidad como a la hegemonía y la consolidación de los Estados-Nación; lo sanitario es una de las transversalidades insoslayables.

Ni excluyente ni exclusiva, la cualidad de dispositivo de poder de la *salud* y la *enfermedad* en escenarios de contacto interétnico se erige como primordial y si de estereotipos se trata, *el poder de las enfermedades* es asociado exclusivamente a situaciones de conquista (por caso de los territorios incas y aztecas), y *la enfermedad como poder* es reducida a los focos epidémicos y lo concluyente de su impacto demográfico. Pero las capas coloniales pueden ser infinitas, variadas, subrepticias o grotescas, explícitas o tácitas, además de que lo sanitario -se sabe- es multifacético, polimorfo y sinérgico. Y si bien todo es proceso y continuidad, la historia no sería tal sin el conflicto que fecunda y que la consolidación del *Estado-Nación* tiene de primigenio, adjetivación que legitima lo abrumador de ciertos impactos, más habiendo comunidades originarias involucradas.

Primero. La avanzada de fines del siglo XIX sobre las poblaciones indígenas fue certera y total. No se trata de negar el dominio preexistente y mucho menos las implicancias y efectos de los diversos dispositivos de poder que ya incluían dislocamiento y grado variable de concentración demográfica -con su correlato en dispersión de enfermedades- o de alteración sanitaria: reducciones, mita y encomienda, repartimientos y “servicio de indios”, reservas y “reales pueblos de indios”, desarraigo y relocalizaciones de comunidades enteras, prisioneros de campañas

La otredad es tan inherente a la interculturalidad como a la hegemonía y la consolidación de los Estados-Nación; lo sanitario es una de las transversalidades insoslayables.

militares, víctimas de confinamientos, etc. Pero, la conquista republicana tuvo las suficientes aristas catastróficas como para merecer el rótulo de genocidio, con base en un cambio rotundo en la lógica relacional anterior que más allá de las violencias, comprendía convivencia, negociaciones, intercambios pacíficos y transacciones. La ofensiva no solo incluyó campañas militares, fusilamientos y masacres como la *de Pozo del Cuadril* (1878, San Luis) que en su momento fue calificada como *crimen de lesa humanidad*. El Estado-Nación en ciernes, con premura de recursos explotables y exportables, exacerbó la sujeción: humana, civil, étnica. El arco de los dispositivos de poder fue desde el bautismo y la argentinización/omisión censal hasta el trabajo esclavo y los campos de concentración. Los indígenas -incluidos mujeres y niños- fueron distribuidos en el servicio doméstico y fundamentalmente enviados a trabajar como mano de obra semiesclava a los obrajes y a las zafras azucarera, algodónera y yerbatera: aún en 1936 la Comisión Honoraria de Reducciones de Indios informaba que “*el indio trabaja de sol a sol, sin descanso, mal alimentado, casi desnudo, viviendo en huetes hechas de paja, llenas de piojos y donde se reproducen las más grandes enfermedades infecciosas (...) terminada la zafra los despide dándoles unos trapos viejos y unas moneditas*”. A su vez, las almas indígenas se contaron por miles y las condiciones sanitarias óptimas nunca fueron prioridad, incluso a sabiendas de que se perdía mano de obra.

Si bien hechos como las masacres de Napalpí (1924) y Rincón Bomba (1947) sobrepasaron toda forma de violencia republicana, pretendemos remarcar los aspectos reduccionales que antecedieron por décadas a estos grotescos y que hacen a la salud: viviendas en pésimo estado, inexistencia de agua potable, desnutrición, ausencia total de atención médica, etc.; condiciones materiales de vida aciagas devenidas estructurales y, por ende, estructurantes. Pero además, las campañas militares acarrearón un factor epidemiológico crucial, siendo la viruela artífice de la crisis demográfica en 1879 de la población nativa². Los indígenas reducidos por el ejército fueron clasificados, seleccionados y deportados hasta los cuarteles de Retiro o hacia la isla Martín García donde esperaban un nuevo destino, por ejemplo en la distribución en la capital como servicio doméstico, en muchos casos estando ya enfermos y en otros sin ser vacunados. Fue en la isla Martín García donde se luciera la viruela, como así lo expresan los libros de defunciones y de bautismos, la mayoría efectuados en situaciones de urgencia ante la epidemia que se expandió en la isla entre enero y marzo de 1879³.

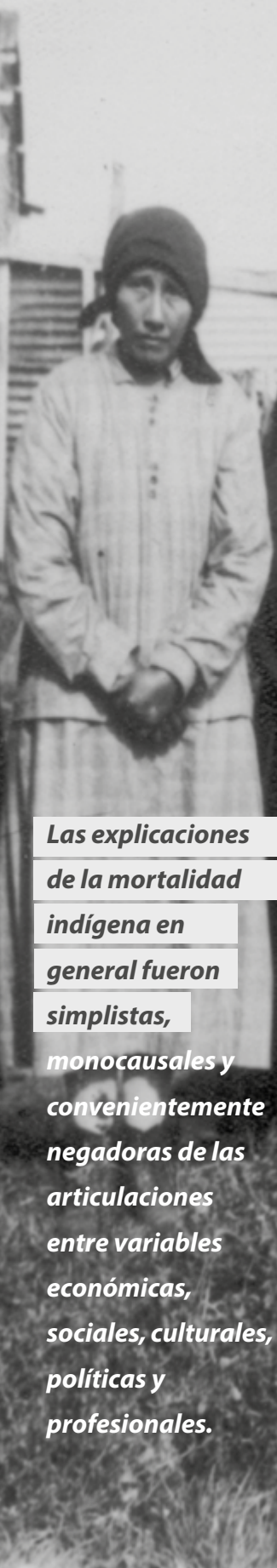
Pero, como dijimos, lo sanitario no es solo linealidad y la morbilidad no se mide exclusivamente en infecciones. La *salud-enfermedad* como poder se activó también vía la sedentarización, las desarticulaciones étnicas, los desmembramientos familiares, el desarraigo y los consecuente “abatimiento moral”, “desgano emocional” e impacto psicológico y sus múltiples secuelas que la perspectiva tradicional y biologicista recuperó especialmente en términos de disminución de la tasa de reproducción.

Segundo. La consolidación del Estado fue efecto y causa de la euforia capitalista y el ingreso a la División Internacional del Trabajo, y su modernización -con base en el auge demográfico y económico del litoral- conllevó la planificación de *políticas sociales* acordes. El Estado moderno constitutivamente ejecuta una protección social distintiva, ya no a modo de respuesta a situaciones extremas sino desde un posicionamiento ideológico, con un diseño normativo e institucional útil a la integración social en función de las “degeneraciones” propias del devenir capitalista. El paradigma de la caridad comenzaba a ser cuestionado y los sistemas mutualistas o de protección social comunitarios eran insuficientes ante la necesidad de una masa trabajadora saludable o las consecuencias cotidianas del acelerado proceso de urbanización. Además, a la emergencia y urgencia de las epidemias (entre las que sobresalieron la mencionada de viruela en 1879 y la de fiebre amarilla en 1871 que die-

**Lo sanitario no
es solo linealidad
y la morbilidad
no se mide
exclusivamente
en infecciones.**



Fotografías: Mujeres selk'nam sedentarizadas en La Candelaria. Archivo del Museo del Fin del Mundo.



ra origen al cementerio de la Chacarita) se sumaba lo estructural de las endemias: la prédica higienista de prevención (evitar el hacinamiento, crear espacios al aire libre y alejar posibles lugares de contagio como hospitales, cementerios, mataderos e industrias) debía complementarse con la puesta en práctica de obras de saneamiento urbano (agua potable, cloacas, recolección de residuos, etc.), campañas de desinfección, de vacunación y -lógicamente- con la constitución de un sistema sanitario.

La consolidación del Estado implicó demandas, debates y acciones en pos de la gestación de una estructura sanitaria más o menos centralizada, de impacto portuario y federal, más o menos eficiente y eficaz, más o menos perdurable, preventiva e integral, donde -por caso- la creación del Departamento Nacional de Higiene (DNH) en 1880 fue tan solo una expresión -aspiracional y concreta- de la institucionalización de la salud pública, de una burocracia sanitaria.

Tercero. Una de las posibles vinculaciones entre los ítems antedichos radica en la articulación entre lo biológico y lo social en cuanto a cómo opera la mortalidad como indicador de salud (en términos de *transiciones*), en situaciones de aparente alto impacto étnico y en escenarios de lábil alcance de la estructura sanitaria, con la correspondiente incidencia de la no existencia de medicalización o tratamiento.

Al último cuarto del siglo XIX aplicaría la generalización empírica de la *transición demográfica* según la cual las sociedades adquieren el control social de la mortalidad y la natalidad en su proceso de desarrollo económico-social, en su paso de lo “tradicional a lo moderno”. En Argentina este modelo no se dio de modo ortodoxo puesto que mortalidad y natalidad descendieron paralela y no sucesivamente, porque la inmigración compensó lo antedicho y mantuvo el crecimiento demográfico, impactando urbana y sanitariamente, y porque las enfermedades infecciosas sostuvieron su gravitación y retrasaron hasta 1900 la estabilización de la ya iniciada tendencia declinante en mortalidad. Así, la mortalidad -aunque como factor aislado reviste escasa complejidad analítica-, para este lapso histórico constituye un indicador de relevancia desde el tamiz de la inevitabilidad y la homogeneidad de la *transición epidemiológica*⁴, justamente por la incidencia de patologías infecciosas y las epidemias, característicos de la primera etapa transicional. Pero además, en los territorios de reciente incorporación al Estado-Nación, la accesibilidad al entramado sanitario nacional era reducida o nula y la *no/inadecuada atención*, determinante.

En los Territorios Nacionales la atención dependía casi exclusivamente de un solo médico, el *de la gobernación*, de la *medicalización itinerante* -cuyo auge se dio entre 1904 y 1916 y especialmente desde la asunción como director del DNH en 1910 de José Penna- y de las *asistencias públicas* creadas mayormente recién en 1912-1913.

Las interpretaciones de los *cómo* y los *por qué*, en este caso desde perspectivas tales como la *transición sanitaria* o la *transición en la atención sanitaria*, son de utilidad para vislumbrar los determinantes sociales de la enfermedad, pero no logran neutralizar necesariamente la impronta de lo étnico y las explicaciones de la mortalidad indígena en general fueron simplistas, monocausales y convenientemente negadoras de las articulaciones entre variables económicas, sociales, culturales, políticas y profesionales.

En algunas áreas, la consolidación del Estado-Nación se profundizó paralela y articuladamente con el contacto interétnico, otorgando un cariz iniciático a la conquista republicana que se reflejó capciosamente en la aprehensión biologicista de los efectos sanitarios de la misma. El ejemplo paradigmático es el de Tierra del Fuego, donde la crisis demográfica de la población selk'nam y el rol de la tuberculosis se leyeron hasta hace muy poco desde la responsabilidad étnica y la negación de fac-

Las explicaciones de la mortalidad indígena en general fueron simplistas, monocausales y convenientemente negadoras de las articulaciones entre variables económicas, sociales, culturales, políticas y profesionales.

tores como el hacinamiento, el estrés nutricional o la sedentarización en general⁵. Insistimos, no se trata de ubicar la antítesis de lo social ante la tesis de lo biológico, sino de no descuidar la síntesis: la ductilidad de las categorías *contextualización* -que no es fragmentación- y *social*, se refleja además en la posibilidad de contener el sustrato biológico de la *salud* y la *enfermedad*, de “la historia natural de la enfermedad”⁶ y de no descuidar la perspectiva inmunológica. Más allá de la trayectoria y co-evolución entre hospedador y patógeno, en estos casos de contacto interétnico, la historia inmunológica y la estructura genética de la población hospedadora adquieren tanta dificultad de análisis como relevancia, y cabe remarcar que reconocer la homogeneidad inmunológica de las poblaciones como facilitadora de la dispersión y/o virulencia de los patógenos no es incompatible con la visualización de la causalidad social en el desarrollo, dispersión y contagio de una patología o el impacto de lo social en el sistema inmunológico de las poblaciones⁷.

Cuarto. Y derivado de los anteriores. El arraigo de la “comunidad imaginada” requería de seres nacionales, ciudadanos que configuraran una patria con diversas acepciones de sanidad, no solo la concerniente a la masa trabajadora. Al “caos racial” de la realidad inmigratoria contraria a la planificada que validaba una psicología social con clave eugenésica, se sumaba la extrema otredad de los sujetos/objeto recientemente anexados y que exultaba al darwinismo social imperante. El halo civilizatorio convirtió al indígena en una figura científicamente ambigua, pero ideológicamente coherente: como expresión de lo prístino y exótico, caía víctima de estudios antropométricos y biotipológicos; de una conveniente estigmatización arqueologizante, compatible con su presencia en los museos. Como ente homogeneizable, mimetizable, “a mejorar”, se le aplicó una “especie de inclusión por asimilación no desprovista de violencia”⁸.

La coetaneidad de las simbolizaciones de raíz positivista del Estado-Nación y la teoría del germen vía bacilo de Koch imprimió al período una soberbia biologicista dialécticamente conjugada con la profesionalización y jerarquización de la medicina. El entusiasmo del progreso eterno y el dominio de las enfermedades devino control biopolítico de los cuerpos y la racionalidad médico-científica hegemónica -estatal y nacional-, proscripción de las prácticas y terapias curativas de las comunidades. Como parte de la desvalorización sistemática de las prácticas culturales de los vencidos, sus concepciones sanitarias -“atrasadas y bárbaras”- fueron invisibilizadas, sus remedios y terapias “conquistados” en pos de la universalización de la biomedicina y la homogeneización de lo patológico, ya no en términos de transiciones epidemiológicas sino de *culturas médicas*. La desarticulación de las redes sociales implicó además la ausencia de las personas encargadas de efectuar las prácticas curativas, potenciando el pinzamiento mediante el cual se limitó a las comunidades en el acceso a los recursos necesarios para desenvolverse étnico-sanitariamente, a la vez que no se les garantizó el acceso a los servicios “occidentales”.

A modo de cierre. Que el momento aquí esbozado tuviera tanto de taxativo y de irrefutablemente disruptivo fundamentó una realidad de genocidio y una narrativa de extinción que el siglo XX no hizo más que potenciar. No es el filtro de la historización lo que lo vuelve estereotipado y grotesco, sino su innegable cariz fundacional. Pero así como el *Estado-Nación* ya ha sido descalificado como figura exclusivamente hegemónica, la *salud intercultural* -avanzando el siglo XXI- comienza a recibir pinceladas que alteran su cromos romántico. En el medio, el lento y tenaz resistir de las comunidades, su empoderamiento y su reemergencia en el marco de un retorno democrático que -justamente- habilita aprehender al Estado como fluctuante. Una vez más, lo dicotómico esteriliza y la homogeneización -sincrónica y diacrónica-simplifica. Y así, con todo lo negativamente determinante que fue el Estado-Nación



El entusiasmo del progreso eterno y el dominio de las enfermedades devino control biopolítico de los cuerpos y la racionalidad científica hegemónica, proscripción de las prácticas curativas de las comunidades.



Los límites entre

lo biológico

y social se

desdibujan,

**anulando muchos
sentidos comunes
y jaqueando
incluso certezas
etiológicas o
definiciones de
alopático.**

en su etapa de consolidación, obtiene la posibilidad de resarcirse en una América Latina de inmutable matriz capitalista, pero de alternancias gubernamentales. El rigor del neoliberalismo del siglo XXI, su extractivismo exacerbado en un milenio de recursos agotados y su expropiación transnacionalizada autora de ambientalistas asesinados, redimen al que en los 90 por omisión favoreciera la visibilización de la *salud intercultural*. Allende la astucia discursiva legitimadora de los organismos internacionales -con sus indígenas pintorescos y multiculturalidades fragmentadoras- el margen de reemergencia incluyó lo sanitario como práctica y como concepto: “*la cobertura de los servicios de salud en las comunidades indígenas adquirió resonancia pública (...) y el estado de salud de la población indígena ingresó paulatinamente en los ámbitos de gestión como asunto que debía ser atendido*”. Los propios indígenas se configuraron como actores políticos involucrados en la implementación de agendas públicas, y la conformación de una red de agentes sanitarios indígenas o el diseño de acciones sanitarias y el armado de áreas programáticas específicas discurrieron orquestadamente con el *enfoque intercultural en salud*, con la operación reflexiva y conceptualizadora.

Si bien la aproximación etnográfico-antropológica lleva presente más de medio siglo en los textos académicos y discursos oficiales, y como materialidad la *salud intercultural* es tan antigua como el contacto interétnico mismo, la potenciación facto-intelectual del *enfoque intercultural en salud* de los últimos años permitió ajustar criterios, relaciones, juicios y nociones. Si bien los vínculos entre las *saludes* y las *medicinas* –como todos los vínculos- son fluidos y fluctuantes en verticalidad y absolutismo, valoración del *otro* o su sujeción, apropiación de saberes o consideración altruista, el presente nos pilla en el punto justo de la autoconciencia disciplinar y política.

Y entonces, sin desestimar ni subestimar lo que de antagonismo poseen las esferas “occidental” e “indígena”, se trata de no condenar al Estado-Nación y no romantizar todo lo potencialmente rotulable como indígena. Porque las hegemonías son multidireccionales y las otredades también, y la soberbia de lo biomédico no aplica solo a sujetos clasificables étnicamente, del mismo modo que la organización comunitaria no implica democratización de saberes, ausencia de jerarquías y conflictos o asepsia occidental. Porque hay tantas racionalidades como sociedades, pero que además se mimetizan con la fluidez de la cultura portadora e incurrir en intersecciones étnicas o mestizajes. Porque lo intercultural se solapa con lo económico, lo político, lo ecológico y lo social, pero también con lo demográfico y epidemiológico, “lo de clase” y “lo de Nación”, pero también “lo de género” y “lo de corporativo”. Porque en definitiva todo es cambiante, complejo, multifacético, social y sinérgico y ya no quedan tipos ideales a los cuales responder. Y entonces las interacciones inter e intra bloques no son estériles, pero tampoco estáticas y más en una arena dilemática y grotescamente ética como la salud. Porque étnico no es genética y social no es a-inmunológico -como inmunológico no es a-social-, del mismo modo que los límites entre lo biológico y social en términos amplios se desdibujan, anulando muchos sentidos comunes y jaqueando incluso certezas etiológicas o definiciones de alopático. Porque es el Estado el que en el marco de decidir planificar, ejecutar y jerarquizar la *salud pública*, adquiere la capacidad de asegurar el respeto de lo intercultural y en este sentido, de regular los modos y el impacto del accionar médico, pero también de estimular su formación intercultural y dignificar su rol material y simbólico de diagramar y financiar programas y solventar instituciones adecuados, entre tantas acciones. Porque la salud como dispositivo de poder ha trocado sus agentes de dominación y de normativización y entonces la mano medicalizadora y biomédica ya no es algo tan vasto y vacío como “occidente”. Urge recuperar –material y conceptualmente- al Estado-Nación como antagonista relativo del capital, lógico garante de derechos y ente decisor y gerenciador horizontal y vertical de epidemiologías críticas y medicinas sociales.