

Modelo Médico Occidental Moderno y Prácticas Otras en salud desde la mirada descolonial: Un estudio de caso respecto de su co presencia y complementariedad.

Susana Solis Gómez.

Cita:

Susana Solis Gómez (2019). *Modelo Médico Occidental Moderno y Prácticas Otras en salud desde la mirada descolonial: Un estudio de caso respecto de su co presencia y complementariedad*. XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-030/1658>



Modelo Médico Occidental Moderno y Prácticas Otras en salud desde la mirada descolonial: Un estudio de caso respecto de su co presencia y complementariedad

Susana Solis Gómez

Resumen

La siguiente investigación tiene como propósito analizar las condiciones que habilitan la relación que existe entre las prácticas autogestionadas de mantención y recuperación de la salud, sostenidas de manera intergeneracional por un grupo familiar habitante de la comuna de Paillaco, Región de Los Ríos, Chile, y el Modelo Médico Occidental Moderno, desde una perspectiva descolonial. Lo anterior con el objetivo de distinguir aportes, problemas y desafíos hacia una práctica de co presencia y complementariedad en la gestión de la salud. Para lograr lo anterior, se acude metodológicamente a los aportes de la investigación familiar en salud y de la investigación Kaupapa Maorí (Tuhiwai, 2016), así como de los Marcos Referenciales (Goffman, 2006). Cabe señalar que solo algunos de nuestros análisis como grupo familiar se incorporan en este documento, dado que la investigación aún se encuentra en proceso.

Palabras clave

Modelo médico occidental, mirada descolonial, Comuna de Paillaco, Chile

Introducción

La presente investigación aborda las condiciones que habilitan la relación entre las prácticas autogestionadas de mantención y recuperación de la salud, utilizadas de manera intergeneracional por un grupo familiar de la comuna de Paillaco, y su relación con el Modelo Médico Occidental Moderno, destacando que estas han sido producidas como “Otras” por el Modelo antes definido, radicando en su desplazamiento, negación e invisibilidad.

Lo antes descrito se destaca como expresión de la modernidad, la que convierte en desecho todo aquello que no es coherente con su forma de significar y representar la realidad. Esto indica las obstrucciones en la co presencia y complementariedad entre el Modelo Médico Hegemónico y las prácticas que se desplazan de su dominio directo. No obstante, también da cuenta de las distintas superposiciones que amplían o reducen esta jerarquía.



La colonialidad que toma forma en torno a estas prácticas Otras, también coacciona los sistemas de salud indígenas, rurales y populares. A continuación, y a modo de síntesis, se caracterizan las formas en que esta se expresa:

Primeramente, cabe señalar que el Modelo Médico Occidental se ha posicionado como hegemónico (Menendez,1988) luego de la invasión de 1492, produciendo la no existencia; subordinación y/o desplazamiento, de las prácticas en salud indígenas ya existentes en Abya Yala, y, por lo tanto, de sus ontologías y epistemes. Parte de esto es lo que relata el historiador Pablo Marimán (2016) respecto a la persecución de Puñeñelchefe en Ngulumapu, además “de quienes practicaban la compostura de huesos, infusiones de hierbas y el conocido Machitún” (Ibíd:39). Lo anterior, amparándose en el argumento de una “superioridad científica occidental” y el autovalidación del método científico como única forma posible de generar conocimiento.

-La prevalencia de una mirada fragmentada- de la existencia, los cuerpos y las experiencias- que habita en el enfoque y en la práctica médica occidental moderna, concibiendo a las personas como seres desligados de su historia, su comunidad, su territorio y de sus propias formas de comprender e interpretar la realidad y generar experiencia.

-La construcción del concepto de salud como contraposición al de enfermedad, dejando fuera el desarrollo de una perspectiva más amplia, que ponga énfasis, por ejemplo, en las prácticas que cobran vida en la propia cotidianidad de las personas y comunidades. Cuyul (2012), a modo de ejemplo, refiere que, en el contexto mapuche, “el tomar mate, contarse los sueños, tener lawen -hierbas medicinales- cerca de la casa o una red familiar de apoyo”, se configuran como prácticas de protección de la salud. (Cuyul, 2012, p. 2)

-La patologización de los comportamientos y padecimientos, donde el Modelo articula respuestas basadas principalmente en la medicalización. Ejemplo de lo anterior son las categorías utilizadas para definir diagnósticos psiquiátricos en el sistema de salud occidental. Así, la hegemonía del saber moderno se ocupa de la habilitación de los cuerpos, pero no de modificar las condiciones estructurales que provocan el “padecimiento” o los “comportamientos”, además de no considerar las formas propias de los grupos y comunidades de vivenciar e interpretar sus comportamientos y/o padeceres.

En este último sentido y a modo de ejemplo, lo que desde la medicina occidental se entendería como una patología de salud mental, desde la ontología mapuche podría



comprenderse como *weda kutran* (Caniullan, 2017). Estas son entendidas como “enfermedades” que emergen como resultado de la acción de un ngen o una persona. Una expresión de lo anterior es el perimontun, entendida como “una experiencia de revelación de la persona en su interacción con el mundo natural” (p.46). Desde la mirada occidental moderna, y específicamente desde la psiquiatría, esta podría ser conceptualizada como un estado de psicosis, patologizando y negando la existencia de Otras formas de comprensión e interpretación de la vida como la mapuche, en donde el perimontun cobra sentido.

- La regulación y control de los sistemas de salud propios indígenas, como sucede en algunos Centros de salud que incorporan la mirada “Intercultural”, por ejemplo, en territorio mapuche. En estos, los agentes de salud propios del pueblo mapuche quedan sometidos a burocracias y formas occidentales de poner en práctica la salud, teniendo un claro carácter “integracionista de carácter neocolonial” (Boccara, 2008 citado por Cuyul, 2013, p.28).

Descripción de la problemática

Es a partir de estas indagaciones y de manera tanto académica como personal, que comienzo a revisar mi propia historia, que es también la historia de mi familia y del territorio en donde nací y crecí, problematizando el concepto de salud convencional desde nuestra propias trayectorias familiares y comunitarias.

Así, pude observar que dentro de mi grupo familiar han existido intergeneracionalmente prácticas que han apuntado a la mantención y recuperación de la salud, y que estas resultan de formas de comprender e interpretar la vida que están desligadas, en alguna medida, de la ontología occidental moderna y las premisas científico-biomédicas. No obstante, no necesariamente, y coloco énfasis en esto, pertenecen a una ontología indígena.

En este contexto me percaté de la existencia de algunas prácticas y procesos (Breilh, 2003) que aportan de manera importante a la mantención y recuperación de la salud, pero que no surgen necesariamente como resultado de la influencia directa del sistema de salud occidental. Algunas de las prácticas a las cuales me refiero son: las cruces de palqui; la ruda; el sahumero, las infusiones de toronjil, las rodajas de papa para bajar la fiebre, el limón con miel para el resfrío, las cadenitas con colgantes de género rojo, etc. A la misma vez, mis vivencias y recuerdos comenzaron a hacerse presentes, recordando algunos relatos en donde mis padres me contaban sobre el uso de otros



remedios caseros que en algún momento utilizaron mi abuela o mi bisabuela, pero que habían dejado de usarse o habían sido reemplazados por medicamentos.

A partir de lo anterior, inicié un camino de búsqueda que me fue conectando con otros marcos explicativos que sostenían lo que en un inicio se forjaba solo en intuiciones. De esta forma comprendí que, en el contexto del Modelo Médico Occidental Moderno, la idea de salud emerge como contraposición a la de enfermedad (Casallas, 2017). Esto explica que el Modelo Médico imperante tenga como eje central la “enfermedad” o el “padecimiento”, sosteniendo una mirada biomédica e individualista respecto de los procesos “salud/enfermedad/atención”.

Así, el Modelo Biomédico responde a la imposición del saber científico. Éste -siguiendo a Sousa Santos (2013)- se transforma en el criterio que determina lo que es verdadero, transformando en falso todo aquello que está más allá de su noción absoluta, produciéndolos como mitos, ritos o prácticas irrelevantes. De esta manera los procesos de colonización provocaron que las comunidades indígenas y afrodescendientes se inscribieran en un lugar de falsedad permanente; estando todo lo que se distancia de la lógica moderna occidental y “civilizada” relegado al espacio de lo “no existente”.

A modo de ejemplo, las prácticas que son más cercanas a las ideas de “Buen vivir” y “Estar bien”, desarrolladas por diferentes pueblos indígenas latinoamericanos y cuyo horizonte es la mantención de la armonía comunitaria, familiar, territorial y social, son invisibles en su complejidad para el Modelo Médico Occidental Moderno. El que, como ya se ha dicho, se posiciona desde una perspectiva fragmentada de la persona, su comunidad y su territorio y centra sus acciones en la “enfermedad” o el “padecimiento” de manera casi exclusiva, basando sus respuestas principalmente en medicalización. Lo anterior, además, genera una relación de dependencia entre el modelo neoliberal y la industria farmacéutica.

Lo antes mencionado permite comprender los sistemas de salud institucionalizados como resultado de la colonialidad del poder (Quijano, 2000) entendiendo ésta como la profundización y expansión de las estructuras coloniales instaladas en Abya Yala con el hecho colonial de 1492 y que empapan nuestra cotidianeidad hasta ahora, bajo formas estructurales hegemónicas de organización social, económica y política que controlan nuestra subjetividad y experiencia.

Lo referido da cuenta de una separación entre ambos modelos, lo que limita su co presencia y complementariedad, radicando en: (1) Familias y/o personas que desechan las prácticas en salud no occidentales, dada la legitimación del modelo médico



occidental como hegemónico; (2) Personas y/o comunidades que optan exclusivamente por el sistema de salud institucional sin comprender que la complementariedad de diferentes prácticas en salud profundiza tanto sus procesos de recuperación como de mantención de estados saludables; (3) Discursos y prácticas inferiorizantes de los profesionales del sistema médico de las prácticas de salud que no responden al modelo médico imperante, impidiendo la construcción de alternativas culturalmente pertinentes; (4) Políticas de atención en salud intercultural, donde la experiencia arroja, para el caso mapuche, que se han llevado a cabo procesos de asimilación de ésta al sistema de salud occidental, repercutiendo en la burocratización de sus procesos culturales; (5) Persistencia de la colonialidad, entendida como la vigencia de la lógica colonialista que produce relaciones de superioridad/inferioridad epistémica.

Específicamente en esta investigación y como ya se ha mencionado, las variables que se ponen en juego son aquellas representadas por el sistema médico moderno y las prácticas autogestionadas de mantención y recuperación de la salud sostenidas de manera intergeneracional por un grupo familiar de la comuna de Paillaco, atendiendo a que existe una relación jerárquica entre ambos. Sin embargo, se reitera, existen también condiciones que han habilitado esta relación, es decir, que han permitido que ambas prácticas estén presentes.

Pregunta y objetivos de la investigación

A partir de lo mencionado, la pregunta de investigación que se formula es la siguiente: “¿Cuáles son las condiciones de encuentro que habilitan la relación entre el Modelo Médico Occidental Moderno y las Prácticas Intergeneracionales de Mantención y Recuperación de la Salud autogestionadas por un grupo familiar de la comuna de Paillaco y sus aportes, problemas y desafíos a una práctica de co-presencia y complementariedad de ambas en la gestión de la salud?”

Con el propósito de dar respuesta a esta pregunta, se formulan los siguientes objetivos:

General:

Analizar las condiciones de encuentro que se habilitan en la relación entre el modelo médico occidental moderno y las prácticas intergeneracionales de mantención y recuperación de la salud autogestionadas por un grupo familiar de la comuna de Paillaco, con miras a visibilizar aportes, problemas y desafíos a una práctica de co-presencia y complementariedad de ambas en la gestión de la salud.

Específicos:



-Distinguir los aportes que la crítica y práctica descolonial brindan a la superación de la relación coactiva entre la episteme hegemónica occidental y otras epistemes no occidentales, destacando las condiciones de encuentro que producen y que aportan a la complementariedad y co presencia de ambas.

-Determinar las principales características del modelo médico occidental de atención en salud, destacando la colonialidad que produce respecto de las prácticas autogestionadas de mantención y recuperación de la salud, así como las prácticas de resistencia que intentan superarles.

-Identificar las prácticas autogestionadas de mantención y recuperación de la salud movilizadas por distintas generaciones de un grupo familiar de Paillaco, distinguiéndolas como prácticas y experiencias descoloniales de respuesta al colonialismo producido por el modelo médico occidental de atención en salud implementado en el territorio.

-Establecer las condiciones de encuentro que se han habilitado en la relación entre las prácticas autogestionadas de mantención y recuperación de la salud de un grupo familiar de la comuna de Paillaco y el modelo médico occidental moderno, determinando aportes, problemas y desafíos hacia una práctica de co-presencia y complementariedad respecto de ambas.

Aspectos teóricos y metodológicos

En términos teóricos y de forma de dar respuesta al primer y segundo objetivo específico se han considerado los desarrollos de diferentes autores.

En esa línea, Quijano (2000) refiere la idea de colonialidad del poder para referir a la existencia de un sistema de clasificación en torno a la idea de raza (luego de la invasión de 1492) y de un sistema de control del trabajo que sostiene el capitalismo mundial. Estos dos ejes cimientan la estructura de dominación moderno colonial, expresándose de diferentes maneras en la relación entre el Modelo Médico Hegemónico y las Prácticas OTRAS, dando forma a un modelo médico funcional al modelo económico imperante.

Otros aportes relevantes son los que menciona Lander (2000) cuando refiere que el proceso mediante el cual el modelo de sociedad moderna se ha naturalizado se debe a dos dimensiones principales, siendo una de ellas las múltiples separaciones que ocupa occidente para construir la comprensión e interpretación de la realidad y la segunda, la articulación del saber moderno con la organización del poder. Ambas, como ha sido dicho, configuran el Modelo Médico, expresándose la primera en una



manera parcelada de interpretar la salud – mirada biomédica– y la segunda en la forma jerárquica en que se posiciona el saber médico occidental.

Esta jerarquía se explica en la “invención mítica de la modernidad”, idea desarrollada por Dussel (2000) y que refiere que la invasión Europea a los territorios de Abya Yala significó el asentamiento de una epistemología hegemónica que se ha perpetuado y profundizado en el tiempo, atendiendo principalmente a la construcción discursiva de la idea de “Europa”, donde esta se ha reconocido a sí misma en términos de máxima validez y desarrollo amparándose en el mito moderno. (Ibíd)

Sousa Santos (2013), en tanto, refiere el concepto de Sociología de las ausencias, que nutre a la visibilización de las prácticas Otras y la manera en que estas han sido producidas como tales por la modernidad. Sousa comenta que la Sociología de las Ausencias es “la investigación que tiene como objetivo mostrar que lo que no existe es, de hecho, activamente producido como no existente, o sea, como una alternativa no creíble a lo que existe” (p. 24). En este sentido indica que existen varias formas de producir ausencia, desarrollando la idea de “Lógicas de Inexistencia”. Al ser aplicadas al contexto de esta investigación, estas lógicas permiten iluminar las diferentes maneras en que se ha producido la No existencia de nuestras propias prácticas como familia:

-Una monocultura del saber: donde el modelo médico occidental moderno se impone ante otras prácticas y saberes que no reconoce y que produce como inexistentes, a partir de una interpretación eurocentrada de la realidad.

-La lógica del tiempo lineal: donde nuestras propias prácticas son comprendidas como prácticas de antaño, poco modernas o “avanzadas”, primando la idea del tiempo espacio moderno (pasado- presente - futuro)

-La lógica de la clasificación social: que posibilita comprender la clasificación de otros sistemas de salud como inferiores desde la mirada eurocéntrica.

-La lógica de la escala dominante donde cualquier práctica que se aleje en mayor o menor medida de aquellas que emanan del modelo médico hegemónico, es invisibilizada o cateogrizada como no válida.

-La lógica productivista, donde es posible comprender el reemplazo de muchas de estas prácticas por medicamentos que se obtienen a través del intercambio de dinero. Lo anterior en un contexto en el que la productividad se vuelve un eje de la vida cotidiana, anclado al sistema capitalista mundial y de instalación del trabajo como eje de la experiencia.



En términos metodológicos y siguiendo el propósito de esta investigación, se optó por la investigación cualitativa, a partir de enfoques, métodos y técnicas que, si bien surgen del seno occidental, se utilizan para relevar términos no hegemónicos. En este sentido, cabe destacar que, en la investigación convencional, el análisis está sometido a la investigadora/ investigador, mientras que en esta investigación se somete a los/las mismos/mismas integrantes de la discusión por medio de la devolución de sus análisis. En este proceso, la investigadora es parte, no de manera externa, sino que también como afectada por el problema que se ha planteado, dado que integra la trama cultural que le conflictúa y dirige su acción.

Existe, a la base, por lo tanto, un proceso de reflexión crítica respecto de las metodologías de investigación tradicionales. Estas se han amparado en principios de objetividad y universalidad para crear representaciones de los “Otros”, amparándose en paradigmas positivistas e interpretativos (Lander, 2000; Dussel, 2000; Espinosa, 2014; Iño, 2017). Así, la misma idea de “objeto de investigación” da cuenta de que este es interpretado como carente de vida propia, de movilización o dinamismo. Lo anterior ha conllevado consecuencias político-sociales importantes reflejadas en prácticas extractivistas en términos epistémicos. Sousa Santos (2013) propone superar lo anterior, dado que un “objeto” no puede ser transformador de su realidad por lo que se debe tender, en términos de justicia social y de justicia cognitiva, a multiplicar los autores/las autoras en el contexto de investigación, cuestión a la que apunta el marco teórico y metodológico del trabajo.

Para concretar lo propuesto, se recurrió a los desarrollos de Linda Tuhiwai (2016), quien hace una crítica a la investigación convencional que históricamente ha considerado al pueblo maorí como objeto de investigación. Al respecto refiere: “A través de nuestra historia la gente mira a los maorí con lupa de la misma manera en que un científico mira a un insecto. Los que miran se dan el poder de definir” (Merata Mita, 1989 citada por Tuhiwai, 2016). A modo de propuesta, la autora refiere la investigación “Kaupapa Maorí”, donde enfatiza la necesidad de relevar los propios términos de los grupos que son parte de la investigación, haciendo que el proceso sea llevado a cabo de manera conjunta.

En base a lo que se ha descrito, esta investigación se plantea como horizontal, siendo los subalternos y subalternas quienes hablan, acorde a sus propias maneras de comprender e interpretar las temáticas que se abordan, en un proceso de control compartido de la investigación.



Como enfoque se utiliza la investigación familiar en salud y la autoetnografía. La primera en tanto que favorece las bases que conectan la familia y sus necesidades con las políticas y los sistemas de atención en salud, iluminando el comportamiento familiar que se implica en la salud, destacando la formación de valores, costumbres, hábitos, aspectos relacionados con los procesos de recuperación y mantención de la salud y de la mediación que habita en el uso de los servicios de salud tradicional, concentrándose, como se ha referido, en las condiciones que habilitan lo anterior, al mismo tiempo que hace visibles, las prácticas en salud que han sido subalternizadas.

En cuanto a la inclusión del método autoetnográfico, este se justifica dado que las situaciones que forman parte de mi propia vivencia son las que han motivado la indagación más profunda dentro de mi grupo familiar respecto de la problemática, por lo que este enfoque posibilita una forma de dialogar con el relato de la familia, siendo ambos relatos co-constitutivos de sí mismos, a la misma vez que son espacios de interpelación.

Para lograr la puesta en práctica de la metodología antes descrita, se recurrió también al método de los Marcos Referenciales (Goffman, 2016), permitiendo concretar la discusión a través de un diagnóstico, un pronóstico y de llamadas a la acción. Las técnicas a utilizar, en tanto, fueron el grupo de discusión, el registro narrativo autobiográfico y la entrevista semi estructurada. Esta última se incorporó con el propósito de complementar la información resultante de nuestros diálogos y conversaciones. Una de ellas fue aplicada a una representante de la trama comunitaria- dirigente de un comité de salud rural- y la otra, que aún está en curso, a un representante del Modelo Médico en la comuna. Para la elaboración de estas se consideraron los nudos y tensiones surgidas en los grupos de discusión

En la etapa de diagnóstico se exploraron las condiciones que habilitan la relación entre el modelo médico hegemónico y las prácticas Otras en salud a partir de un guión semi estructurado donde se cruzaron los contenidos abordados en el marco teórico de la investigación, matriz moderno colonial de poder y lógicas de inexistencia.

Posteriormente se desarrolló un pronóstico, donde se identificaron a priori las problemáticas que emergían en nuestros diálogos. Luego se devolvió la información a nuestra familia para poder validarla, finalizando en la elaboración de llamadas a la acción, las que se construyeron teniendo como guía la siguiente pregunta: ¿Quién o quiénes y cómo deberían involucrarse para dar solución a los problemas



caracterizados?. Como ya se ha mencionado, este proceso se tejió con los componentes autobiográficos a modo de diálogo con los relatos del grupo familiar.

Acercamiento a los primeros análisis y conclusiones

A partir de este proceso metodológico, se ha ido dando respuesta parcialmente a los objetivos metodológicos planteados. Se indica que parcialmente dado que la investigación aún está en curso.

Primeramente, hemos caracterizado nuestras propias prácticas como descoloniales en relación a aquellas que emanan desde el Modelo Médico imperante. Posteriormente, también se definieron algunas de las condiciones que han habilitado esta relación, visibilizando aportes, problemas y desafíos.

Respecto de nuestras prácticas autogestionadas, distinguidas como prácticas y experiencias descoloniales, destacamos su vínculo con nuestra propia memoria familiar y comunitaria, la emocionalidad en la cual se inscriben y el contexto de relaciones horizontales en que se expresan. Lo anterior se distancia la lógica jerárquica y específicamente de clasificación social que se da en los centros de atención de salud. El territorio también emerge como un punto importante, en donde nuestra relación con el mismo ha estado dado a través de la búsqueda de plantas medicinales y/o la cosecha de árboles, diferenciándose de la lógica productiva que ha caracterizado este vínculo desde la mirada capitalista global.

En cuanto a las condiciones que han habilitado la relación de las Prácticas autogestionadas de mantención y recuperación de la salud y el Modelo Médico Occidental, concordamos en que nuestro vínculo familiar y comunal con el territorio se configura como una de ellas así como la reflexión sobre nuestras propias experiencias y las actividades familiares y colectivas. Respecto de los problemas que observamos como familia, destacamos la forma en como el “urbanismo” y la industria han ido generando transformaciones en el territorio. Ante esto, proponemos la apertura de espacios familiares y comunitarios que permitan, por ejemplo, la siembra o el cultivo de la tierra. Otra de las problemáticas que identificamos tiene relación con los ritmos cotidianos de vida que dificultan nuestra vinculación permanente. Respecto de este problema, como grupo familiar proponemos la unión familiar y comunitaria a partir de la generación de procesos de diálogo y de reflexión que sean sostenidos en el tiempo.

Estas son algunas de las cuestiones que hemos ido vislumbrando como familia, faltando algunos elementos por completar dado que la investigación aún se encuentra en curso, como se ha dicho.



En síntesis, esta es una propuesta investigativa que pretende ir caminando hacia la co-presencia de nuestras propias prácticas y de aquellas que provienen del Modelo Médico Occidental Moderno, desde un tránsito que también apela a la co-presencia de otras formas de vida, que cuestionan, por ejemplo, la lógica productiva que cruza nuestra cotidianidad o que piensa la unión de la comunidad y los espacios familiares como condiciones fundamentales en torno a la salud, donde la emocionalidad es un elemento protagonista respecto de la misma, desligándose en alguna medida de la modernidad que todo lo racionaliza.

Lo anterior no puede significar otra cosa – parafraseando nuevamente a de Sousa- que hacer posibles y hacer que existan estas otras formas de vivenciar la salud, las que cobran sentido en nuestras historias Otras de vida y, por lo tanto, en los territorios y comunidades de las que somos parte.

Referencias bibliográficas

- Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciencia y Saúde Colectiva*, vol. 8 (n°4), pp.937-951.
- Caniullan, V., Mellico, F. (2017) Mapuche Lawentuwün. Formas de medicina mapuche en Becerra, R., Llanquino, G (Ed). Mapun Kimün. Relaciones mapunche entre persona, espacio y tiempo. Ed: Ocholibros.
- Casallas, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev. Ciencia Salud*. Vol15 (n°3), pp.397-408.
- Cuyul, A. (2012). Los procesos protectores de la salud y el conocimiento de las comunidades indígenas (4 de julio de 2012). En blog cultura en salud.
- Cuyul, A. (2013). La política de salud chilena y el pueblo mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. Recuperado el 20 de junio de 2018 desde <https://www.comunidadhistoriamapuche.cl/wp-content/uploads/2017/06/Andres-Cuyul-1.pdf>
- Crenshaw, K. (1991). Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra la mujer de color. En Platero, R (Ed). *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. España.
- Dussel, E. (2000). Europa, modernidad y eurocentrismo en Lander, E. (Ed). *Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales, perspectivas latinoamericanas* (42-53). CLACSO. Buenos Aires.
- Espinosa, Y. (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *Revista El Cotidiano*, (n°84), año 29, pp.7-12.



- Goffman, E. (2006). *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*. España. Ed: Siglo XXI.
- Iño, W. (2017). Epistemología pluralista, investigación y descolonización. *REVIISE*. Vol 9 (nº9). 111-125.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal of world System Research. Volumen 1* (nº2). 342-386.
- Lander, E. (Ed). (2000). *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y Ciencias Sociales*. CLACSO. Buenos Aires.
- Marimán, P (Ed) (2016). *Lawentuwün Trürwa Mapu Mew. La salud en el territorio de Tirúa*. Gulumpau. CESFAM Tirúa- I. Municipalidad de Tirúa.
- Menendez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988, pág. 451- 464.
- Sousa Santos, B. (2013). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ed: LOM.
- Tuhiwai, L. (2016). *A descolonizar las metodologías*. Chile. Ed: Cultura y sociedad.