



Dossier Bioética después de la COVID-19

La salud de los pueblos indígenas entre el *hacer vivir* y el *dejar vivir*. Reflexiones desde la pandemia de COVID-19

The health of indigenous peoples between making live and letting live:
Reflections from the COVID-19 pandemic

MARÍA EMILIA SABATELLA¹

Resumen: En el marco de la propuesta de la convocatoria, este artículo reflexiona sobre las tensiones que la pandemia agudizó entre la salud como un derecho universal, los derechos particulares de los pueblos indígenas y las prácticas autonómicas en salud de dichos pueblos. Desde allí, se propone analizar la forma en la cual a través de las normativas y protocolos para evitar la propagación de la COVID-19, sancionados por el Estado argentino, se administraron, en términos foucaultianos, formas de gobierno para *hacer vivir* (y su contraparte de dejar morir) que entraron en tensión y excluyeron otras formas de vivir pertenecientes a los pueblos indígenas (y los respectivos marcos normativos que garantizan el derecho a sus formas de vida). Para problematizar estas exclusiones, nos centraremos principalmente en los reclamos enunciados desde el movimiento indígena y, en particular, por comunidades y organizaciones mapuche, los cuales fueron articulando un pedido por que los dejen vivir. El *dejar vivir* implicó una denuncia respecto a la implementación de las medidas sanitarias las que, tal como estaban siendo gestionadas, no garantizaban ni el acceso a la salud de estos pueblos dentro del sistema biomédico, ni la continuidad de sus prácticas y sistemas de salud propios.

Palabras Clave: COVID-19; salud; derechos; Estado; pueblos indígenas.

Abstract: Within the framework of the call for proposals, this article reflects on the tensions that the pandemic exacerbated between health as a universal right, the particular rights of indigenous peoples, and the regional health practices of these peoples. From there, it seek to analyze the way in which through the regulations and protocols to prevent the spread of COVID-19, sanctioned by the Argentine State, forms of government were administered in Foucauldian terms to make people live (and their counterpart of letting die) that came into tension and excluded other ways of living belonging to indigenous peoples (and the respective normative frameworks that guarantee the right to their ways of life). To problematize these exclusions, we will focus mainly on the claims made by the indigenous movement and, in particular, by Mapuche communities and organizations, which were articulating a request for them to let them live. Letting live implied a complaint regarding the implementation of health measures which, as they were being managed, did not guarantee access to health for these peoples within the biomedical system, nor the continuity of their own health practices and systems.

¹ Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio, Universidad Nacional de Río Negro- CONICET (Bariloche, Río Negro, Argentina).

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2364-8849>. mesabatella@gmail.com

Key Words: COVID-19; health; rights; State; indigenous peoples.

Cómo citar: Sabatella, M.E. (2021). La salud de los pueblos indígenas entre el hacer vivir y el dejar vivir: Reflexiones desde la pandemia de COVID-19. *Cuadernos Filosóficos*, 18. <https://doi.org/10.35305/cf2.vi18.133>

Publicado bajo licencia Creative Commons Atribución-SinDerivadas 4.0 Internacional [CC BY-ND 4.0]



Fecha de recepción: 16/10/2021
Fecha de aprobación: 19/11/2021

I. Introducción

Este artículo parte de reflexionar sobre las tensiones que la pandemia agudizó entre la salud como un derecho universal, los derechos particulares de los pueblos indígenas y las prácticas autonómicas en salud de dichos pueblos. El acceso a la salud se plantea como un derecho humano, siendo su fundamento la universalidad. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) “Toda persona tiene derecho, así como su familia, a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios”. De acuerdo con esta declaración de las Naciones Unidas –que luego fue ratificada por legislaciones nacionales y provinciales—, esta universalidad remite, en sentido restringido, a la igualdad de oportunidades de acceso al servicio médico, y, en un sentido más amplio, a la igualdad en el acceso a viviendas dignas, agua potable, en las posibilidades de nutrición y en una distribución justa del ingreso.

Esta afirmación de universalidad es insoslayable a la hora de enfrentar las situaciones de marginalidad y pobreza en la que viven varios de los pueblos indígenas de nuestro país. Sin embargo, frente a los imperativos de tratados y convenios internacionales² y ante los reclamos de los movimientos indígenas de las últimas décadas, se fue afianzando también una perspectiva de la salud como un derecho particular de los Pueblos Indígenas a ser desarrollado de acuerdo a sus “pautas culturales” y “visiones de mundo”.

2 Como, por ejemplo, las Iniciativas de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas y el Programa de Salud de Pueblos Indígenas de la Organización Panamericana de la Salud del año 1998, como el convenio 169 de la OIT, de 1989, sobre pueblos indígenas y tribales de países independientes que exige garantizar el mejoramiento de las condiciones de vida, trabajo, nivel de salud y educación.

Desde la década de 1980, en el Estado argentino existe un marco legislativo que habilita el desarrollo de políticas orientadas al “mejoramiento” de la situación de salud de los pueblos indígenas, así como al respeto por las pautas de los sistemas médicos indígenas. Por otra parte, Argentina ha ratificado el Convenio 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales, de la Organización Internacional del Trabajo, que exige a los gobiernos brindar a los pueblos indígenas servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control.

A pesar de la existencia de estas leyes, la incorporación de estas prerrogativas dentro de los sistemas de salud pública fue muy heterogénea y conflictiva. Motivo por el cual muchas de las comunidades y organizaciones indígenas han denunciado tanto procesos de estigmatización, racismo, malos tratos, desentendimientos dentro del sistema biomédico que vulneran de su derecho a la atención en salud, como la imposibilidad de desarrollar sus prácticas autonómicas en salud tanto por el prejuicio hacia esas prácticas vigentes, como por las leyes nacionales que postulan a la biomedicina como la única práctica autorizada³.

Durante la pandemia del COVID-19 (que aún no ha mermado sus efectos), estas problemáticas se han agudizado. El 30 de enero del año 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró como emergencia de salud pública de importancia internacional al brote del COVID-19. Unos meses después, el 4 de marzo del año 2020 se detectó en la Argentina el primer caso de COVID-19 positivo. Atendiendo a las declaraciones internacionales, y frente al surgimiento de nuevos casos de COVID-19 en nuestro país, el 12 de marzo de 2020 el gobierno nacional realizó un decreto de necesidad y urgencia (260/2020) estableciendo un grupo de medidas y protocolos de prevención para evitar el contagio del COVID-19 dirigidas a la totalidad de la ciudadanía. El mismo se complementó posteriormente con la sanción del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) (Decreto 297/2020). A estas medidas les siguieron otras tantas que abarcaron diversas áreas: seguridad, desarrollo social, políticas fronterizas, entre otras.

3 En el año 1967, mediante la ley nacional 17.132, se regula el ejercicio de la medicina y las actividades de colaboración de la misma. Mediante esta ley el estado asume su responsabilidad sobre la regulación de la disciplina y establece que todos los profesionales de la salud deben contar, para ejercer su profesión, con título habilitante. Asimismo se dispone que los espacios destinados para la práctica del sistema médico deberán atenerse a los controles, la regulación y las exigencias estatales. Aquellos que pongan en práctica formas de atención médica sin contar con la certificación oficial y los que lo hagan fuera de los ámbitos habilitados —como el hospital— serán considerados responsables de ejercicios ilegales y serán penados por la ley. Esta legislación fue otro factor importante mediante el cual se clandestinizó y se penalizó a otros sistemas de salud que no fueran los hegemónicos.

Como respuesta particular a las medidas sanitarias, que enfatizaban prioritariamente la atención biomédica y la responsabilidad individual en la prevención de la enfermedad, así como reforzaban la figura del Estado como administrador de la vida de la población (Rose, 2012), han surgido reclamos y demandas elaborados desde el movimiento indígena. Por un lado, éstos han denunciado que la implementación de medidas de profilaxis y protocolos particulares elaborados para el tratamiento de este virus --ambos planteados desde una supuesta “universalidad” que interpela a toda la ciudadanía--, han profundizado las desigualdades y las exclusiones de estos pueblos en el sistema de salud público: falta de comprensión, falta de recursos para implementar medidas de prevención, separación de las personas padecientes de su comunidad y su familia, afianzamiento de la autoridad y el conocimiento médico, descalificación de sus prácticas ancestrales de atención y cuidado, entre otras. Por otro, distintas organizaciones y comunidades indígenas han reclamado su derecho a ejercer sus propias prácticas de salud y la continuidad de sus tratamientos --interrumpidos por el aislamiento, el cierre de fronteras nacionales y el corte de circulación interprovincial-- que imposibilitaron la vinculación entre las personas y sus agentes de salud.

Siguiendo estas tensiones, este artículo entonces se propone analizar la forma en la cual a través de las normativas y protocolos para evitar la propagación del COVID-19, sancionados por el Estado argentino, se administraron, en términos foucaultianos, formas de gobierno para hacer vivir -y su contraparte de *dejar morir*- (Foucault, 1997), que entraron en tensión y excluyeron otras formas de vivir pertenecientes a los pueblos indígenas (y sus respectivos marcos normativos que garantizan el derecho a estas formas de vida). Para problematizar estas exclusiones, nos centraremos principalmente en los reclamos enunciados desde el movimiento indígena, y en particular por comunidades y organizaciones Mapuche, los cuales fueron articulando un pedido por que los dejen vivir. El *dejar vivir* implicó una denuncia respecto a la implementación de las medidas sanitarias las que, tal como estaban siendo gestionadas, no garantizaban ni el acceso a la salud de estos pueblos dentro del sistema biomédico, ni la continuidad de sus prácticas y sistemas de salud propios.

2. Aproximaciones históricas y teóricas a la problemática de la salud indígena en Argentina

Este trabajo parte de una reflexión acerca de la pandemia de COVID-19, como un acontecimiento novedoso y urgente, para pensar al Estado y al abordaje de la salud de los pueblos indígenas en nuestro país. Mientras que la salud es una de las arenas de disputa en la

que más ha intervenido el Estado produciendo lenguajes y vocabularios (Roseberry, 1994) de interculturalidad, la pandemia nos ha mostrado que, en lo concreto, han sido pocos los avances con respecto a la inclusión y ampliación de derechos indígenas en el campo de la salud. Interesa aquí centrarse en la forma en la cual las políticas estatales en salud --y en particular aquellas dirigidas a los pueblos indígenas-- han permitido al Estado argentino gestionar subjetividades, y al hacerlo administrar criterios de universalidad, de inclusión y de exclusión de la ciudadanía, para posteriormente indagar en la administración de las vidas que ha propuesto la pandemia.

Philip Abrams (1988), Rosana Barragan y Fernanda Wenderley (2009) entienden que un estudio antropológico del Estado debe partir por considerar al mismo desde una doble caracterización. Por un lado, en términos de su materialidad, esto es, poniendo atención a su desagregación, concreción y encarnaciones en oficinas, prácticas burocráticas y funcionarios. Por otro lado, en su representación cultural, es decir, en función de la construcción situada e ideológica de y sobre el Estado. Como sostienen Aradhana Sharma y Akhil Gupta (2006), el Estado no es un objeto con contornos delimitados, por el contrario, es una formación cuyos contornos son producidos histórica y socialmente (Corrigan & Sawyer, 1985). Es en la producción de estos contornos y fronteras que el Estado administra la diferencia y la igualdad, en particular al delimitar modelos de ciudadanía y grupos de sujetos que quedan por fuera de la misma.

En esta línea, Claudia Briones definió el proceso de formación del Estado Nación como la construcción paradójica de un espacio social de ciudadanos (nosotros nacional) con ciertos encapsulamientos de *otros internos* (Briones, 1998; 2005), donde han sido ubicados los Pueblos Indígenas en general y el pueblo Mapuche en particular. Para dar cuenta de este proceso de construcción de nación y alteridad, Briones explica que, al producirse como tal, el Estado constituye tanto geografías de inclusión --aquellas en las que se enmarcan las definiciones de ciudadanía y los derechos asociados a la misma--, como cartografías de exclusión. Para el caso del Estado Nación Argentino, estas geografías de inclusión y exclusión se fueron materializando en una serie de políticas que buscaron fortalecer la homogeneidad cultural paralelamente a la diferenciación social. El resultado de esta administración estatal de las diferencias redundó, en Argentina, en que la fuerza performativa de las políticas integracionistas y sus prácticas normalizantes crearan conjuntamente matrices discriminadoras y estigmatizadoras de las personas indígenas y sus conocimientos, que se fueron construyendo como otro a la par que fueron modelándose formas apropiadas de ser ciudadanos. En este

marco, las políticas de salud y la institucionalización de la biomedicina como práctica oficial también tuvieron un rol homogeneizador y modelador de subjetividades (Rose, 2003). Ésta fue la razón por la que muchas personas indígenas optaron por dejar de transmitir experiencias y conocimientos que los “marcaban” como “diferentes”, o que se desplazaran a la clandestinidad aquellos saberes y prácticas asociados con sus formas de ver el mundo (Carrasco y Briones, 1996), entre ellas centralmente aquellos vinculadas a la salud y a la curación de enfermedades que solían ser vinculados a lo prohibido, a la brujería o a la magia (Sabatella, 2011).

A partir de la apertura democrática iniciada en la década de 1980, y de las movilizaciones y procesos de organización indígenas, el Estado Nación argentino fue incorporando los marcos de derecho internacionales (como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo) que postulan a los colectivos indígenas como sujetos de derecho, así como los discursos que ponen en valor a la diversidad cultural --muchos de ellos impulsados por los organismos internacionales de crédito y sus financiamientos. En este contexto de “valorización de la diversidad”, los reclamos indígenas y la inclusión de sus derechos específicos se materializaron en leyes y políticas nacionales y provinciales, las cuales reorganizaron los contornos de la inclusión y exclusión estatal. Dentro de este marco legislativo se encuentran ejes que habilitan el desarrollo de políticas orientadas al “mejoramiento” de su situación de salud. Tal es el caso de la Ley Nacional N ° 23.302/85, la cual se aplica en 1989 mediante el decreto 155/89, que declara de interés nacional el apoyo a las comunidades indígenas del país, su defensa, desarrollo y participación. Esta ley insta la necesidad de coordinación con los gobiernos provinciales de planes de prevención, diagnóstico y tratamiento de la salud, la formación de personal especializado, así como el saneamiento ambiental de las zonas en donde se encuentran asentadas las comunidades indígenas. Por otro lado, plantea la necesidad de respetar las pautas de la medicina tradicional indígena, y su integración tanto en la conformación de los programas de las comunidades como en la formación de promotores sanitarios indígenas.

La Ley 24071/92, en la que se acepta el artículo 169 de la OIT, ratificada en la Argentina en el año 2000, indica dos cuestiones, por un lado, refuerza que los Estados deben garantizar sistemas de salud acordes para la atención de los pueblos indígenas, por otro, que estos pueblos tienen derecho a la organización de sus propios sistemas de salud y que los Estados deben garantizar los medios para hacerlo. En términos del acceso a la salud, el Convenio postula a los pueblos indígenas como protagonistas y participantes de las decisiones y las definiciones de todo aquello que les atañe.

En la década del 90', de acuerdo con las prerrogativas de estas normativas, se conformaron a nivel nacional distintos programas específicos de salud dirigidos a Pueblos Indígenas. Este fue el caso del programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas ANAHI y el Programa Nacional de Médicos Comunitarios, la red de agentes sanitarios indígenas en la Atención Primaria de la Salud, el Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Indígenas, entre otros. En la actualidad, estas líneas de acción se encuentran mayormente nucleadas en el Programa de Salud para los Pueblos Indígenas, dependiente de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación, creado en 2016, con el fin de aunar las intervenciones sociosanitarias hacia los Pueblos Indígenas (Lorenzetti, 2010; 2017).

Estas inversiones hegemónicas del Estado en temas de salud indígena fueron analizadas por distintos autores (Boccaro, 2004; 2007; Boccaro & Bolados, 2007; Cuyul, 2008; Estrella, 2017; Hirsch & Lorenzetti, 2016; Lorenzetti, 2010; 2017; Sabatella, 2016; Stival, 2018, entre otros), quienes identificaron dos tensiones centrales. Por un lado, la contradicción entre un vocabulario con énfasis en “el diálogo de saberes” y una práctica reproductora de las asimetrías de poder que son constitutivas de esos intercambios. El hecho de que estos lenguajes de inclusión se basaran en traducciones simplificadas y descontextualizadas de las concepciones indígenas de salud y enfermedad redundó en definiciones folklorizadas, en la ausencia de replanteos en las lógicas hegemónicas y, por ende, en la imposición de estas sobre las prácticas indígenas. Por otro lado, la tensión entre ampliar los espacios de participación en las esferas estatales y aumentar el control del Estado en las esferas cotidianas en las que los indígenas administran su salud.

Como contracara de este proceso, en el cual se abrieron espacios de participación de los sujetos en la puesta en marcha de políticas, los sentidos de las demandas y las posibilidades de acceso a sus derechos fueron limitados por la falta de apertura de esa supuesta participación a nivel estatal (Rose, 2003; Sieder, 2004). En estas formas de inclusión-exclusión, la “participación” funcionó como un dispositivo de Estado para operar la forma en que se incluye, pero también como mecanismo de control sobre los criterios hegemónicos que determinan qué tipo de sujetos indígenas puede participar y cuál no (Lenton & Lorenzetti, 2005)⁴. Más allá de las críticas particulares hacia estas políticas y sus forma de administrar la alteridad, las

4 Tanto en un caso como en el otro, el lenguaje utilizado para dar cuenta del acceso a la salud de los pueblos indígenas fue la categoría de “salud intercultural” que en muchas oportunidades se basaron en lógicas de “inclusión” y “reconocimiento”, que impusieron participaciones banalizadas y transformaciones cosméticas dentro del sistema de salud.

mismas fueron planteando un piso de discusión que en la pandemia, al menos en un primer momento, no fue siquiera considerado.

En esta dirección, la emergencia del COVID-19 implicó un nuevo capítulo en el marco de estas formulaciones de las políticas sanitarias. La “emergencia sanitaria” impuso nuevamente una lógica de atención de la salud en términos universales, para toda la ciudadanía. En la situación de excepcionalidad, las políticas que se implementaron a nivel general reforzaron el desconocimiento de los derechos, así como las condiciones, modos de vida de muchos colectivos (migrantes, personas trans, entre otras) entre los cuales se encuentran los pueblos indígenas. Es decir, los primeros meses en los que se desarrolló la pandemia fueron un claro ejemplo del desconocimiento de estos colectivos y de sus derechos, donde la “universalidad” en la implementación de protocolos y medidas de prevención, se impuso sin tener en cuenta las perspectivas diversas acerca de la salud y el acceso diferencial a recursos y servicios. Esta coyuntura también visibilizó la falta de consideración de las prácticas indígenas en salud por fuera del sistema médico. Con el ascenso en la pandemia del discurso biomédico, se afianzaron las desautorizaciones de estos sistemas de salud, ya sea por considerarlos inverosímiles o creencias infundadas desde la ciencia moderna.

Siguiendo los aportes hasta aquí caracterizados, este trabajo retoma la perspectiva biopolítica foucaultiana para pensar la implementación de medidas durante la pandemia, en diálogo con las demandas indígenas producidas en este contexto frente a dichas medidas. Siguiendo a Foucault, su propuesta productiva del poder se enfoca en la reproducción de la vida. De acuerdo con la lectura de Eduardo Mendieta, “el poder se legitima en proporción directa a como provee por las condiciones de sobrevivencia y la propagación de la vida.” (Mendieta, 2007, p. 147). En función de esta perspectiva, el control de la vida de la población, en este caso de la ciudadanía, más aún frente a la amenaza tangible de una pandemia, se constituyó en una fuente de construcción de poder, y el discurso médico en una de las tecnologías más privilegiadas para hacerlo. Foucault introduce el concepto de *dejar morir* en paralelo al *hacer vivir*, reflexionando desde el racismo de Estado, es decir, desde la forma en la que el Estado construye “otros” a los que deshumaniza y cuya vida es desechable. En este sentido, la muerte marca los límites de la universalidad, aquellos que mueren son los que no pueden modificarse a partir de las políticas de *hacer vivir*, en definitiva, los que no importan.⁵ En esta dirección, este trabajo propone repensar la forma en la que el Estado argentino ha

5 A diferencia del poder soberano, guiado por una política de “hacer morir”, el poder biopolítico se centra en “dejar morir”.

planteado políticas del *hacer vivir* dirigidas a la ciudadanía, asumiendo una administración de la vida frente a la amenaza de la pandemia. Sin embargo, al hacerlo, fue paralelamente definiendo exclusiones y vidas que importan menos, principalmente la de aquellos que por sus condiciones de existencia no alcanzaban a cumplir o ser abarcados por las medidas propuestas.

En esta coyuntura, distintas organizaciones y comunidades indígenas denunciaron el haber sido invisibilizadas en estas medidas de prevención universales a partir de las cuales se busca *hacer vivir, dejándolos morir*: no se sabe ni cuántos son, ni por qué no pueden cumplir con dichas medidas, si tienen o no acceso al sistema de salud pública, se prohíben sus prácticas de salud comunitarias, no se tienen en cuenta sus posibilidad de cuidado y de atención de la salud. En estos contextos, sus demandas buscaron visibilizar estas exclusiones y reclamaron que se les permita llevar adelante sus proyectos autonómicos en salud. En definitiva, frente al *hacer vivir* y al *dejar morir*, enunciaron su derecho a que *se los deje vivir*. A continuación, introduciremos entonces las políticas por el *hacer vivir* que se impusieron a través de las medidas de prevención de la pandemia

3. De los protocolos a las recomendaciones: Las políticas del *hacer vivir* en el contexto de pandemia

La pandemia es un hecho social que trastocó por completo los modos de vida cotidiana de las personas. A través de los protocolos y de las medidas de prevención, se impusieron sobre la población nuevos ritmos, dinámicas, formas de socialización y trabajo. Como ya hemos mencionado, la declaración de la OMS como emergencia sanitaria, implicó que los Estados definieran medidas propias para evitar la multiplicación de casos y los efectos de la COVID-19 en la vida de sus ciudadanos. En el caso de Argentina, a partir de marzo del año 2020 —y continúa en la actualidad— se han sancionado distintos decretos y medidas administrativas que fueron guiando el rumbo del abordaje de la pandemia.

El Decreto de Necesidad y Urgencia 260, sancionado en el mes de marzo de 2020, declaró la emergencia sanitaria por COVID-19 en nuestro país y dispuso medidas para adoptar frente a la situación epidemiológica con el objetivo de mitigar el impacto sanitario. En dicho decreto, se estableció que el Ministerio de Salud sería la autoridad de aplicación sanitaria para disponer medidas y protocolos (centradas en la definición y el aislamiento de casos sospechosos, contactos y confirmados, en la declaración de medidas preventivas de distanciamiento y de higiene para evitar la propagación del virus, entre otras), así como en la creación de Comités

Específicos de Emergencia de trabajo interinstitucional. Desde su conformación, las medidas contra la pandemia se orientaron frente a la excepcionalidad de la situación a dar lineamientos que se basaron en una lógica de derechos⁶, desde la perspectiva de un acceso digno y sin discriminación a la salud de toda la ciudadanía nacional. Y se sustentaron en un discurso científico occidental moderno.

Durante el mismo mes de marzo, y frente al crecimiento de casos, el gobierno nacional sancionó otro decreto, el 297/2020, que determinó el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio para toda la población, dándole atribuciones al Ministerio de Seguridad para sancionar a toda persona no autorizada a circular en la vía pública. En este decreto, se determinaron un grupo de ciudadanos exceptuados de dicha medida (personal de salud, autoridades gubernamentales, trabajadores de comercios expendedores de alimentos, farmacias, entre otros), que fueron denominados “trabajadores esenciales”. Posteriormente, se definió el cierre de los pasos fronterizos y el cierre de la circulación de los territorios provinciales y municipales.

Este grupo de medidas, que fueron repetidamente confirmadas y posteriormente modificadas de acuerdo a las condiciones epidemiológicas de la población, tuvieron ciertas características: apelaron a la responsabilidad individual por sobre la social (traslapando en muchos casos una sobre otra), en esta dirección, los “protocolos” determinaron formas correctas de hacer que constituyeron rutinas que fueron cimentando no sólo formas correctas de “hacer”, si no formas apropiadas de “ser” que se fueron anclando en una perspectiva moral⁷, con sus consecuentes impugnaciones en caso de no cumplirlas. Se fueron encadenando así significaciones acerca de la falta de responsabilidad con la falta de compromiso y de solidaridad, la criminalidad, la sospecha, entre otras. Y dieron poder a las fuerzas de seguridad para penalizar al traspaso de las mismas. Sin embargo, las normas no se establecen sobre espacios vacíos, si no que lo hacen sobre condiciones de vida muy disímiles y sobre asimetrías de poder, las cuales no siempre fueron tenidas en cuenta para relativizar la posibilidad de cumplimiento de las mismas y las sobrecarga de penalizaciones sobre ciertos grupos de la

6 En el artículo 21 de dicho decreto, se estableció que las medidas sanitarias debían ser lo menos restrictivas posible y tener su base sobre criterios científicamente aceptables. Posteriormente en el mismo se detalla que las personas afectadas por las medidas tendrán garantizados sus derechos, entre los que se encuentra el derecho a estar informados sobre su estado de salud, el derecho a la atención sin discriminación y al trato digno.

7 Gabriel Noel describe una categoría operativa de moral, entendiéndola como “los lenguajes, las retóricas, los repertorios socialmente disponibles (Noel, 2013), habituales, legítimos, que los actores sociales movilizan en situaciones concretas para disputar determinados recursos cruciales en y para los colectivos de los cuales forman parte.” (Noel, 2014, pp. 20 y 21).

población que se fueron constituyendo como “propagadores” del virus⁸. En su libro “Políticas de la Vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI”, Nikolas Rose siguiendo la perspectiva biopolítica foucaultiana describe que la “política vital” del siglo XXI, se encuentra abocada a “nuestra capacidad cada día mayor, de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos en cuanto a criaturas vivas” (Rose, 2012, p. 25).

De acuerdo con el autor, esta política vital —estrecha y necesariamente vinculada a la salud de la población— es una política de “la vida en sí”. Las transformaciones producidas en este siglo, con respecto a otras etapas vinculadas al mejoramiento de la población o al manejo de la salud o la enfermedad, se encuentran asociadas a nuevas tecnologías de gobierno y sus respectivas racionalidades que se resumen en términos de mercantilización, autonomización y responsabilización. Respecto al campo de la salud, las tecnologías y racionalidades, se orientan a la responsabilización de los individuos sobre su bienestar y seguridad. Estos sujetos responsabilizados emergieron en el marco de la pandemia, en el momento en que las medidas sanitarias los hizo responsables del cumplimiento de las normativas y los protocolos (ya sean tanto ciudadanos no esenciales como esenciales, los cuales sumaron a su cargo los protocolos específicos de sus cargos y lugares de trabajo).

En este sentido, esta serie de medidas apuntaron a transformar y administrar las capacidades de las personas para transitar la pandemia. Al centrarse en las capacidades y no en las condiciones en las que los sujetos afrontaron la misma, las medidas acentuaron las desigualdades existentes en el acceso a la salud previas. De allí que, respetar el aislamiento para personas cuya vida estaba centrada en prácticas comunitarias, o cuyos trabajos se realizaban en el marco de la informalidad, impactaron en las posibilidades de realizar las medidas de aislamiento. A su vez, los efectos propios de estas medidas repercutieron desigualmente. Este fue el caso de muchos de los pueblos indígenas de nuestro país, los que se encuentran distantes de instituciones sanitarias, en condiciones habitacionales vulneradas, cuya economía doméstica y del cuidado se encuentra sostenida por vínculos comunitarios, y que históricamente se encontraron en una condición de desigualdad en el sistema sanitario. En muchos casos, fueron estos pueblos culpabilizados por sus acciones de propagar la COVID,

⁸ Si bien en determinado momento fueron los jóvenes, tomando como ejemplo a la provincia de Río Negro donde trabajo específicamente personas pertenecientes al pueblo mapuche han denunciado persecución de las fuerzas de seguridad. En particular, en la ciudad de Bariloche, han surgido denuncias de barrios vulnerados (como el San Cayetano) que fueron militarizados por la detección de un crecimiento de los contagios.

desobedecer a las pautas o ser el foco de los contagios, impactando sobre ellos los discursos sobre la pandemia desde la estigmatización⁹.

Por otro lado, el discurso cientificista y biomédico funcionó como el marco de autoridad para imponer estas nuevas formas de administración de la vida sobre las cuales se sustentó el tratamiento de la COVID-19. En este camino, el discurso científico se encontró sumamente entrelazado al discurso político, operando en la constitución de estas equivalencias entre formas de comportamiento y valoraciones que afianzaron subjetividades responsables y responsabilizadas. Por otra parte, la pandemia fue un insumo para la multiplicación de discursos sociales, que buscaron desautorizar a las explicaciones científicas. Para afianzar su autoridad, el discurso médico descalificó cualquier otra explicación acerca de la pandemia. Entre estas, por ejemplo, las explicaciones indígenas fueron banalizadas y los agentes de salud indígenas apartados de los espacios de definición –aún cuando existen legislaciones que indican, por ejemplo, el derecho de estos pueblos a participar y dirimir de las formas de atención en salud que les competen.

Esta falta de escucha hacia otras perspectivas, de espacios de participación y formas de afrontar la pandemia fueron advertidas dentro del mismo ministerio de salud. En el mes de mayo, se produjeron una serie de contagios en la provincia de Chaco, principalmente localizados en el Barrio Toba de Resistencia, entre población perteneciente al pueblo Qom. Como respuesta a este brote, las áreas del Ministerio de Salud vinculadas a la problemática de salud indígena, la Dirección de Epidemiología e Información Estratégica del mismo ministerio y el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas gestionaron dos documentos de recomendaciones para el abordaje de la COVID-19 en territorios indígenas que “complementaron” las medidas adoptadas para toda la ciudadanía. Su carácter complementario puede leerse en dos direcciones: por un lado, en tanto eran recomendaciones, con una jerarquía inferior a los decretos y, por el otro, a que la realización de las acciones era optativa, cada jurisdicción podía retomar o no a las mismas, evaluando la presencia de población indígena y su situación epidemiológica.

El primero de estos documentos, llamado “Abordaje integral para el cuidado de la población indígena”¹⁰, tuvo como objetivo generar recomendaciones para el manejo/abordaje

⁹ Un caso resonante fue el planteado por el Gobernador de Jujuy, Gerardo Morales (Serra, 2020).

¹⁰ De la elaboración de este documento participaron las siguientes áreas del Ministerio de Salud de la Nación: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles, Dirección Nacional de Salud Comunitaria, Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas- y Dirección Nacional de Articulación de Coberturas, Coordinación de Atención Primaria.

de la COVID-19 en territorios indígenas, tomando en cuenta las características socioculturales y territoriales de dichos pueblos. Estas recomendaciones estuvieron dirigidas a distintos destinatarios (comunidades, decisores políticos y equipos de salud). Ateniéndose a los derechos particulares de los pueblos indígenas (y principalmente al convenio 169 de la OIT), las mismas apuntaron a redefinir las pautas de prevención y atención a dinámicas comunitarias, a consultar e informar a las autoridades indígenas sobre las medidas a implementarse; y a abrir espacios de participación dentro de los gobiernos locales y provinciales para la definición de medidas sanitarias.

El segundo documento, elaborado a partir de la propuesta de la Fundación Napalpí e Integrantes del Consejo de Participación Indígena (CPI) de la provincia de Chaco¹¹, se propone la conformación de Mesas de Emergencia Sociosanitaria Interculturales (MESI) a nivel provincial. Frente a la ausencia de participación en los Comités Específicos de Emergencia, las MESI planteaban la apertura de espacios de gestión para el diseño e implementación de estrategias de intervención en las comunidades indígenas que reconozcan a las autoridades e instituciones de los pueblos indígenas en tanto “representantes legítimos junto con sus saberes, representaciones, prácticas y cultura”.

Ambos documentos ponen sobre la mesa que la COVID-19 fue un fenómeno que ha sido entendido en términos exclusivamente biomédico, y que una perspectiva de ampliación del derecho a la salud debería garantizar que en los territorios indígenas se tengan en cuenta de los sentidos que estos colectivos tienen de la salud y la enfermedad, así como entender que los sujetos indígenas deben participar de las instancias de definición de las medidas de prevención. Esto se hace presente, por ejemplo, cuando al finalizar el primer documento de recomendaciones, el equipo encargado de este trabajo menciona que:

Es fundamental extremar las medidas de protección de los derechos humanos de los Pueblos Indígenas en el marco de la pandemia del COVID-19, tomando en consideración que estos colectivos tienen derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, que tome en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Por lo anterior, para trabajar en la prevención y atención del COVID-19, es fundamental que los grupos de trabajo integren saberes médicos indígenas y occidentales que posibiliten la conexión entre la cosmovisión

¹¹ De la elaboración de esta propuesta participaron la Fundación Napalpí, el Consejo de Participación Indígena (CPI) de la provincia de Chaco, el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, la Dirección Nacional de Salud Comunitaria, el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas y la Salvaguarda Social dependiente de la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo (DGPFE); dependencias pertenecientes al el Ministerio de Salud de la Nación.

indígena y la prevención de enfermedades, para así formular mensajes con pertinencia cultural. (Ministerio de Salud, 2020a, p. 7)

La implementación de estas acciones dependió de los contextos provinciales, aún así, comparados con otros marcos normativos y pautas de prevención disponibles, las mismas quedaron sólo en el plano de las recomendaciones. Hace varios años, Eduardo Menéndez (1990) dio cuenta de la vinculación entre la biomedicina con el discurso cientificista. El autor diferenció el Modelo Médico Hegemónico, entendido como los saberes, ideologías y prácticas de la medicina científica, de otros modelos médicos que quedaron subordinados frente a la biomedicina. Entre estos modelos médicos se encuentran las medicinas indígenas. En la producción de su poder el modelo biomédico –a través del cual se constituyen las pautas, rutinas y definiciones para *hacer vivir*-, deja a las medicinas indígenas en una relación donde las transacciones entre ambas están condicionadas hegemónicamente (Menéndez, 1990). Las medidas establecidas por decreto afianzaron el lugar de la biomedicina y con ella, el lugar del Estado en la administración de la vida. Esta decisión se manifestó incluso al interior del mismo ministerio, en el que las definiciones del área de salud indígena quedaron subordinadas a las medidas aprobadas por decreto. En definitiva, la producción de estos documentos y su optativa implementación fue un ejemplo de las exclusiones que pautaron estas medidas, las cuales se acentúan incluso en estas sutiles apariciones.

4. La salud más allá de pandemia: Los reclamos indígenas por el que los “dejen vivir”

En la coyuntura emergente y urgente de la pandemia, el acceso al derecho a la salud de los pueblos indígenas se vio vulnerada. Diversos organismos de derechos humanos (CELS, CIDH, entre otros)¹², instituciones y grupos académicos (Abeledo et al., 2020), comunidades y organizaciones indígenas han denunciado la forma en que la pandemia implicó modificaciones que afectaron sus condiciones de vida y su acceso a la salud. El movimiento mapuche, en el que nos centraremos en este trabajo, ha logrado instalar en la arena pública planteos y reclamos, inscriptos en rearticulaciones de conocimientos propios --otrotra estigmatizados-y en marcos que interpretan la pandemia desde formas particulares de “ser y hacer en el mundo” (Ingold, 2011; Ramos, 2010). Las mismas se inscribieron dentro de reclamos por que los *dejen vivir*, ya sea al exponer las exclusiones de las políticas de *hacer vivir* estatales (que paradójicamente los *dejan morir*), como al solicitar permiso para poder vivir y atender la pandemia en sus propios

¹² Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020, mayo, 20); ANDHES et al. (2021, febrero, 12).

términos. Nos centraremos en dos experiencias para sustentar este punto. Por un lado, la experiencia del Tejido de Profesionales Indígenas y la comunidad mapuche Epu Bafkeh en torno a la incorporación de la variable étnica para la producción de datos respecto al COVID-19. Por otro, en el comunicado elaborado por diversas *Lof* (Comunidades) mapuche pertenecientes a las provincias de Chubut, Neuquén y Río Negro pidiendo que se respeten sus propias formas de movilidad por el territorio mapuche para la atención autónoma de su salud.

4.1. Saber cuántos son para visibilizar las ausencias: la propuesta del Tejido de Profesionales Indígenas y la Comunidad Epu Bafkeh

En el mes de abril del año 2020, el Tejido de Profesionales Indígenas a través de una de sus integrantes, Verónica Azpiroz Cleñan, realizó una propuesta al Ministerio de Salud para incorporar la pregunta por la pertenencia étnica de la población en la ficha epidemiológica de la COVID-19. La organización conformada en el año 2018, reúne a profesionales de distintas disciplinas pertenecientes a diversos pueblos indígenas. La propuesta del Tejido retoma y se vincula con las demandas de la comunidad mapuche Epu Bafkeh de Los Toldos, provincia de Buenos Aires, quien desde el año 2006 se encuentra trabajando en distintas propuestas vinculadas a la salud y la actualización de prácticas y conocimientos medicinales mapuche, de la que Azpiroz Cleñan es referente. En el marco de la pandemia, la estrategia de esta red de profesionales y la comunidad fue resaltar la falta de datos acerca de las condiciones de salud de la población indígena y demandar a los Ministerios de Salud nacional y provinciales la modificación de sus prácticas institucionales para poder establecer una herramienta que permita conocer su situación frente al COVID-19 como pueblos. Al hacerlo, esta red marcó algunas deudas históricas que tiene el Estado argentino con respecto a la salud indígena:

El Ministerio de Salud desde hace décadas tiene una deuda pendiente con los pueblos originarios. Las políticas sanitarias se implementan de acuerdo con la perspectiva biomédica, careciendo de pertinencia cultural y lingüística para comunicar sus planes y programas a los pueblos originarios que cuentan con una lengua y una medicina propia. No es la actual gestión (aunque aún no ha dado señales al respecto), sino son las cuatro décadas de deuda pendiente de la democracia argentina respecto al derecho a la salud dirigido a los pueblos indígenas, no sólo en términos de acceso al único servicio público reconocido, que es la biomedicina, sino en el derecho a la información en términos etnoepidemiológicos, así como en la incorporación de los derechos indígenas en las políticas socio-sanitarias. (Propuesta de incorporación de la

variable étnica en el sistema de información de salud pública en tiempos de COVID-19, abril de 2020)

Por otra parte, indicaron que la falta de información y de conocimiento acerca de la situación de salud de la población indígena tras haberse iniciado la pandemia continúa con las políticas de despojo y genocidio del Estado como nación argentino. La matriz nación estado territorio (Delrio 2005a) ha ubicado en posiciones diferenciales, no sólo espaciales sino también temporales, a los indígenas, afrodescendientes, criollos y europeos, y más recientemente a los migrantes latinoamericanos. Se ha tendido a crear, desde el discurso oficial de nación, la representación de un “crisol de razas” que actúa en un doble sentido: quitando de esta formación cualquier particularidad diferenciadora que pudiera obstruir la construcción de esta “homogeneidad nacional” y “des etnicizando” a la nación, situándola como el núcleo neutro de estas múltiples identidades (Briones, 1998). Es decir, en este proyecto de nación se ha expulsado a las alteridades racializadas (entendidas en términos de marcaciones no transformables, que son descritas como ontológicas “los indígenas siempre serán indígenas”), mientras que se ha etnicizado ciertas procedencias, como las europeas, generando la posibilidad de que “los europeos” en territorio nacional puedan argentinizarse y los “criollos argentinos”, con la presencia de estas olas inmigratorias, europeizarse (Briones, 1998).

Los pueblos indígenas, expulsados desde el discurso, continuaron en el territorio argentino fuera de la consideración del nosotros ciudadano nacional, entre la incorporación violenta, la negación y estigmatización de su identidad que marcaron las políticas genocidas las cuales se materializaron diferencialmente a nivel regional, pero que fueron sostenidas sistemáticamente a nivel regional. Tanto la Comunidad Epu Bafkeh, como el Tejido de Profesionales Indígenas identificaron que la exclusión de la situación de la salud de la población indígena de los datos producidos a nivel ministerial, se encadenaban con otros procesos de exclusión que en otros momentos históricos los habían dejado morir. En esta dirección, la incorporación de esta variable:

no es otra cosa que la reparación del desconocimiento y silenciamiento en políticas de salud de los pueblos originarios. El empobrecimiento de las naciones preexistentes no fue casual, ni fortuito, es parte del despojo territorial que nos obligó a las personas originarias a migrar a las grandes ciudades con trabajos informales, mal remunerados, engrosando las zonas marginales o periurbanas. Es en el proceso de desterritorialización donde —en contextos urgentes como el que estamos atravesando— se visibiliza la combinación de los determinantes sociales de la salud con las barreras lingüísticas que implicarían la posibilidad de acceso a los servicios sanitarios. Nuestra propuesta, por lo tanto, apunta a visibilizar estadísticamente

cuánto y dónde afecta el COVID-19. (Propuesta de incorporación de la variable étnica en el sistema de información de salud pública en tiempos de COVID-19, abril de 2020)

Asimismo, en el marco de su propuesta -que fue presentada en el Ministerio de Salud de la Nación e incorporada finalmente en las fichas de test rápido a partir del mes de mayo de 2020--, trataron de dar cuenta de que es necesaria la adaptación de las medidas sanitarias sancionadas para toda la población porque “los inmunoprotectores no son ni universales, ni homogéneos, sino que se construyen culturalmente”, ya que:

La enfermedad/padecimiento es particular en cada cultura. Todas las culturas tienen construcciones y explicaciones teóricas (modelos médicos), saberes y prácticas médicas propias (materia médica) y roles y expertos (especialistas), esto es formas particulares de enfermar, pensar esa enfermedad, curarse y prevenirla. El mundo cultural que se naturaliza en la Argentina tiene raíz occidental y cristiana, se basa en el modelo de la medicina académica, que desconoce o subordina otras miradas que contribuyen igualmente a la prevención, elaboradas desde otras perspectivas culturales. Por este motivo, en las estructuras estatales, tanto en las políticas sanitarias como en la práctica profesional en salud, se tienen grandes falencias para atender la diversidad cultural y lingüística. Por lo dicho hasta aquí, la propuesta del Tejido de Profesionales Indígenas es achicar la brecha de desigualdades entre los equipos de biomedicina y los pueblos vulnerados en términos de derechos colectivos. (Propuesta de incorporación de la variable étnica en el sistema de información de salud pública en tiempos de COVID-19, abril de 2020)

De alguna manera, y siguiendo a William Roseberry (2004) el Tejido de Profesionales Indígenas retoma los vocabularios y herramientas estatales para discutir las exclusiones que las medidas sanitarias produjeron. Volviendo a las tecnologías del *hacer vivir*, las estadísticas en salud fueron una tecnología de saber/poder que hacia principios del siglo XX permitió controlar a la población en el marco de otras pandemias y del crecimiento de las grandes urbanizaciones (Armus, 2000), para esta agrupación y comunidad es una herramienta fundamental para comenzar el largo camino de revertir las desigualdades existentes en salud. Por un lado, de acuerdo a la perspectiva de los mismos, los datos epidemiológicos tal como estaban siendo construidos al inicio de la pandemia brindaban una información parcial sobre la situación epidemiológica de una población “universal”. En su propuesta buscaban visibilizar lo invisible dentro de los registros epidemiológicos, lo que dentro de las políticas sanitarias se encuentra ausente. Por otra parte, no hacen sólo un planteo apelando a las herramientas producidas por el mismo Estado, si no que retoman epistemologías propias para producir conocimiento de estas formas de vida ausentes en las políticas sanitarias:

Registrar la existencia de formas del padecer y de comprender el proceso salud-enfermedad desde perspectivas culturales no hegemónicas, ni castellano parlante, es la nueva agenda que debe instalarse en investigación en salud. Las etnonarrativas del padecer deben ser puestas en valor por lxs investigadores en salud colectiva a fin de proveer al Estado de análisis contextualizados que reflejen a cada cultura y a cada territorio, con el objetivo de que se guíen y elaboren políticas de prevención de esta y nuevas epidemias. Va siendo tiempo de acciones transversales para que la legislación nacional se ponga a tono con las demandas históricas del movimiento indígena en la Argentina y que garantice tanto en la partida de nacimiento como en la de defunción que sepamos quién es quién en este «suelo argentino». (Propuesta de incorporación de la variable étnica en el sistema de información de salud pública en tiempos de COVID-19, abril de 2020)

En este sentido, las etnonarrativas -las narrativas indígenas acerca de los padecimientos de la COVID- se postulan como marcos de interpretación-otros para comprender la pandemia. Hablar el lenguaje del Estado ha sido una estrategia que esta organización ha retomado “para hablar de la dominación, confrontarla, entenderla, acomodarse o resistir a ella” (Roseberry, 2002, p. 220), para señalar los vacíos y ausencias dentro de la información y los datos elaborados durante la pandemia, pero también para completarlos. Volviendo a la perspectiva foucaultiana, en el marco de estos reclamos estas organizaciones buscan demostrar las lógicas excluyentes del *hacer vivir*. Volver a aparecer en los registros epidemiológicos no superará la desigualdad en salud, pero al menos permitirá dar cuenta de las ausencias en el universo de la ciudadanía. Por otra parte, el reclamo por *dejarlos vivir* desde esta perspectiva mostrará a través de los datos las desigualdades en el acceso a la salud que los *dejan morir* y los hará visibles para que su vida cuente.

4.2. Las fronteras de la autonomía: El *dejar vivir* en los reclamos mapuche por la libre circulación para ejercer su derecho en salud

Durante los primeros meses de la pandemia, diversas organizaciones y comunidades de pueblo Mapuche fueron indicando situaciones problemáticas en sus territorios que se produjeron tras la sanción de las medidas de profilaxis. En particular, para muchas *Lof* (comunidades), el cierre de fronteras devino un problema ya que interrumpió tratamientos médicos y de formación de agentes de salud mapuche que se estaban realizando en *Ngulumapu* (territorio mapuche al oeste de la Cordillera, actualmente Chile).

En los apartados anteriores se han presentado los efectos que tuvieron las políticas genocidas del Estado como nación argentino para los Pueblos Indígenas. Para el pueblo Mapuche en particular, estas políticas implicaron el avasallamiento de sus modos de organización y de vida antes y después del proceso militar, hegemónicamente denominado como “Campaña del Desierto”, marcado por el despojo de sus territorios y la imposición de múltiples desplazamientos, reubicaciones y reasentamientos mediante diferentes mecanismos: colonias, reservas, regímenes de inclusión en el ejército, campos de concentración (Delrio, 2005). Y por la implementación de distintos mecanismos de disciplinamiento que buscaban la asimilación a las pautas nacionales a partir de instituciones educativas, religiosas y sanitarias. En el marco de estos dispositivos de control y violencia, las ceremonias políticas y espirituales fueron prohibidas y censuradas. Y sus autoridades, perseguidas. Entre estas autoridades encontramos a las y los *machi*, quienes se encargan dentro del pueblo mapuche –junto con diversos agentes, como *Lawentuchefe* (encargadas del trabajo con hierbas medicinales), *Puñanelchefe* (Parteras), entre otros—de la atención de los procesos de salud, enfermedad y curación. Esto tuvo como consecuencia la ausencia del rol de machi en el territorio de *Puelmapu* (territorio mapuche del Este, actualmente Argentina).

En estos últimos años, muchas personas mapuche deciden atender su salud con un o una *machi* en *Ngulumapu*, realizando largos recorridos para sostener sus tratamientos, así como muchos machi viajan para atender en este lado del territorio. Actualmente también existen muchas personas mapuche que han recibido el llamado para ser *machi* y están realizando su formación guiadas por machi del otro lado de la cordillera. El cierre de fronteras implicó la interrupción de tratamientos, de los procesos de formación y el acompañamiento de proyectos de salud autónoma mapuche –es decir, aquellos que se formulan más allá del sistema biomédico. Por este motivo, en septiembre del año 2020, un grupo de *Lof* (Comunidades) decidieron organizarse y emitir un comunicado público denunciando la interrupción y la imposibilidad de sostener sus sistemas autónomos de salud. En este sentido, este colectivo vinculó las políticas estatales de clandestinización y de imposición de prácticas y territorialidades (como el cierre de las fronteras) durante la pandemia, con otras políticas de imposición del Estado, como la conformación de las fronteras en la formación de los Estados argentino y chileno:

Cuando los estados se reparten el Wallmapu, se nos impuso un escenario fronterizo de constantes humillaciones, requisas hacia nuestras autoridades ancestrales (*machi*, *lawentuchefe*) y hacia sus pacientes que hacen cientos de km. para atenderse. A mediados de marzo del corriente año, por la pandemia del coronavirus se cerraron

las fronteras estatales. Nuevamente se mutila la dinámica de nuestro Pueblo, las Pu Machi (médicas/os Mapuche) no pueden cruzar desde la Puelmapu a Gulumapu y viceversa (argentina-chile). Cientos de pacientes quedaron a medias con sus tratamientos. (Comunicado Público de comunidades del Pueblo Mapuche Tehuelche, 18 de Septiembre del 2020)

La imposibilidad de llevar adelante sus prácticas de salud, de continuar con sus tratamientos les permitió establecer una continuidad entre las políticas que los *hacían morir* constituidas en las campañas militares, con las que los *dejan morir* durante la pandemia por omisión:

Transcurrieron los meses y, sin embargo, muchas actividades “esenciales” se protocolizaron para su apertura, entre ellas todas las prácticas de la medicina estatal. Es acá donde los estados argentino y chileno materializan sus políticas supremacistas y racistas, nos omiten perversamente, ya que esa omisión significa la muerte de muchos pacientes que esperan el mapu lawen (medicina natural) preparado por pu Machi o pu Lawentuchefe y la continuación de su tratamiento. (Comunicado Público de comunidades del Pueblo Mapuche Tehuelche, 18 de Septiembre del 2020)

En trabajos previos, se ha señalado que a la hora de definir sus formas de enfermar, curar y “estar bien” las personas mapuche encuentran una relación ineludible con el territorio (Sabatella, 2011). El territorio no es un simple escenario que contiene sus prácticas, si no que es el lugar desde el cual se comprenden sus prácticas, en el que se encuentran entrelazados sus vínculos con los antepasados, las relaciones con la naturaleza, con los conocimientos, con los *newen* (fuerzas de la naturaleza) y los *lawen* (plantas y preparados medicinales). Los procesos organizativos mapuche han buscado actualizar los conocimientos acerca de la salud y el territorio, y al hacerlo, reconstruir los mundos de sus antepasados, previos a la consolidación estatal. La atención de su salud con los machi, por ejemplo, forma parte de la reivindicación de sus prácticas en salud, pero también de las formas de ser y hacer en el mundo que las mismas traen aparejadas. Las normativas implementadas frente a la COVID-19 reafirmaron la territorialidad estatal (las fronteras, la propiedad privada) y, con ella, al sistema biomédico, también impactando sobre estos procesos de organización colectiva:

La alianza con la naturaleza es la base de nuestras lealtades políticas, porque en ese vínculo fundamos nuestra organización social hacia dentro y entre pu lof. La desvinculación con las fuerzas del wallmapu (pu ñen, pu newen, pu futacheyem, pu chiway) nos deja expuestos no solo a la ideologización foránea que plantea al ser humano como dueño y propietario, y al territorio como recurso a ser explotado. Sino además a sufrir un profundo desequilibrio en nuestro ser mapuche exponiéndonos a la enfermedad. Existen varias formas de enfermarse que solo pueden ser diagnosticadas

por el Mapuche kimun (el saber). (Comunicado Público de comunidades del Pueblo Mapuche Tehuelche, 18 de Septiembre del 2020)

Las *Lof* explicitan que el mapuche *kimun*, es decir, los conocimientos mapuche acerca de los procesos de salud-enfermedad distan de las prerrogativas modernas occidentales a partir de las cuales se fueron encauzando los marcos de interpretación de la pandemia, las mismas que históricamente avalaron su subordinación dentro del Estado. En esta dirección, las demandas enunciadas en el comunicado no sólo buscan exponer las desigualdades en salud términos sociales y políticos, sino principalmente en términos epistémicos y ontológicos, ya que discuten los marcos para interpretar, recategorizar y resignificar la pandemia desde sus producciones de mundo, más allá de las lógicas impuestas. A través de este comunicado, han demostrado que las normativas implementadas para prevenir el contagio de la COVID-19 en la ciudadanía, no solo hizo visibles las exclusiones existentes en el universo de la población al que se aplica, la ciudadanía, sino lo que por esta se entiende: para unos el acceso a la salud (el Estado), para otros la imposibilidad de acceder a sus propios sistemas de atención (las *Lof*). Volviendo a la propuesta foucaultiana, estas comunidades sacan el eje de la tensión entre el *hacer vivir* y el *dejar morir*, y lo reubican en un proyecto propio para que *los dejen vivir* en el que la salud, la enfermedad y los procesos de curación remiten más a una forma de “ser y vivir en su mundo”, que a una práctica concreta escindida de esas ontologías que les dan sentido.

5. Conclusiones

A lo largo de este artículo se ha propuesto analizar la forma en la que el Estado argentino a través de la definición de un marco normativo para prevenir el contagio de la COVID-19 implementado para toda la ciudadanía, ha constituido ausencias y exclusiones, en particular de los pueblos indígenas. En el campo de la salud estas exclusiones –identificadas en las políticas estatales y en las demandas caracterizadas desde el movimiento indígena-- responden al modo en que la tensión entre derechos universales y derechos específicos se conjugan con los mecanismos de gubernamentalidad del *hacer vivir* y los reclamos indígenas de autonomía, es decir, que *los dejen vivir*. Esto nos lleva a repensar aquello que se considera *universal*, y por ende, de ciudadanía, que se encuentran presupuestas en los posicionamientos divergentes que se dieron en la pandemia. De esta manera, las experiencias caracterizadas, las cuales surgieron desde el Pueblo Mapuche, pueden permitirnos ver esta tensión conjugándose de maneras distintas.

Por un lado, desde el proyecto elaborado por el Tejido de Profesionales Indígenas y la Comunidad Epu Bafkeh, se solicitó al Ministerio de Salud nacional la incorporación de la variable étnica en la ficha de test de la COVID-19. Desde el punto de vista de ambas organizaciones, saber cuántas personas indígenas padecieron el COVID-19 permitiría visibilizar y disminuir la desigualdad en el acceso a la salud de los pueblos indígenas. En este reclamo, estas organizaciones manifestaron que la falta de datos sobre la situación de la salud de pueblos indígenas frente a la pandemia y la falta de adaptación de las políticas sanitarias a los derechos indígenas, muestran más una intención del Estado por *dejarlos morir*, que *hacerlos vivir*. Frente a esto, sus demandas reclaman aparecer en los datos para visibilizar las desigualdades como un proyecto que los *dejará vivir*.

Por otro lado, el colectivo de *Lof* mapuche de las provincias de Chubut, Río Negro y Neuquén que solicitaron a través de un comunicado el libre acceso por su territorio para concretar sus prácticas autónomas de salud, las que se vieron coartadas a partir de la interrupción de la circulación. En este marco, la disputa por la ampliación de derechos fue una lucha para visibilizar sus desacuerdos en términos ontológicos y epistemológicos, es decir, en términos de sus formas de ser y ver el mundo, que la normativa de prevención de la COVID estaba soslayando. Es en este planteo que las *Lof* inscribieron denuncias de desigualdad en la distribución de la ciudadanía e incompatibilidades en torno a lo que por esta se entiende: para unos el acceso a la salud (el Estado), para otros la imposibilidad de acceder a sus propios sistemas de atención. Frente a las políticas de *dejarlos morir*, que marcan una continuidad con otras políticas de Estado que los han excluido, silenciado y hecho morir, ellos plantean que los *dejen vivir* en sus propios términos.

Siguiendo la propuesta de la convocatoria, estas demandas nos permiten generar reflexiones que surjan para incorporar aprendizajes en el período de post pandemia. Si las medidas universales buscaron disminuir el impacto de la pandemia sobre la población, estas demandas constituidas desde las organizaciones y comunidades indígenas indican los enconciamientos que la imaginación de universales continúa planteando al invisibilizar condiciones y concepciones de ciudadanía desiguales. En la forma particular en la que plantearon sus demandas en esta coyuntura, los movimientos indígenas en general, y el pueblo mapuche en particular, buscaron correr los contornos del reconocimiento de sus derechos y, paralelamente, los alcances en torno a aquello que puede ser reclamado --aun cuando, en determinadas situaciones, no parecen estar dadas las condiciones para que esos reclamos sean escuchados. Sin lugar a dudas las medidas implementadas se hicieron en el marco de la

urgencia y la excepcionalidad de una emergencia sanitaria, aún así, este evento particular expuso nuevamente desigualdades históricas. Posiblemente, el Estado y el sistema de salud pública para ser menos excluyentes y más igualitarios deberán cuestionar sus propias lógicas de lectura e inteligibilidad acerca de las concepciones de salud, enfermedad y atención, así como sus rutinas a través de las cuales administran las vidas y definen lo que es vivir.

6. Referencias

- Abeledo, S., Acho, E., Aljanati, L., Aliata, S., Aloí, J., Alonso, M., Altman, A., Álvarez, M., Aragon, G., Ávalos, A., Barandela, A., Balazote, A., Barbosa Becerra, J., Benedetti, C., Bensi, A., Brac, M., Brosky, J., Brown, A., Buttori, N., Cantore, A... (2020). Informe ampliado: efectos socioeconómicos y culturales de la pandemia COVID-19 y del aislamiento social, preventivo y obligatorio en los Pueblos Indígenas en Argentina –Segunda etapa, junio 2020–. <https://drive.google.com/file/d/16OgXpoBn2EHtg8KcqaSCR3WBzjuyAxkf/view>
- Abrams, P. (1988). Notes on the Difficulty of Studying the State, *Journal of Historical Sociology*, 1, 58-89.
- ANDHES, CELS, APDH, APCD, EDIPA y ASOCIADA (2021, febrero, 12). Comunidades Indígenas: las desigualdades se profundizaron durante la pandemia. CELS. <https://www.cels.org.ar/web/2021/02/comunidades-indigenas-las-desigualdades-se-profundizaron-durante-la-pandemia/>
- Armus, D. (2000). El Descubrimiento de la Enfermedad como Problema Social. En M. Lobato (ed.), *Nueva Historia Argentina. La Modernización y sus Límites, 1880-1916* (pp. 505-551). Sudamericana.
- Azpiroz Cleñan, V. & Tejido de Profesionales Indígenas (2020). Propuesta de incorporación de la variable étnica en el sistema de información de salud pública en tiempos de COVID-19. Observatorio de DDHH y Pueblos Indígenas. <https://observatorioregionaldeddhhypueblosindigenas.wordpress.com/2020/04/17/argentina-propuesta-de-identificacion-etnica-en-los-reportes-epidemiologicos-covid-19>
- Barragan, R., & Wanderley F. (2009). Etnografías del Estado en América Latina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 34, 21-25.
- Boccaro, G. (2004). Del Buen Gobierno en Territorio Mapuche. Notas acerca de una experiencia en salud complementaria. *Cuadernos de Antropología Social*, 20, 113-129.
- Boccaro, G. (2007). Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Revista Chungara. Revista de Antropología Chilena*, 39, 185-207.
- Boccaro, G., & Bolados, P. (2008). ¿Dominar a través de la participación? El neoindigenismo en el Chile de la posdictadura. *Memoria Americana*, 16, 167-196
- Briones, C. (1998). *La alteridad del "Cuarto Mundo". Una deconstrucción antropológica de la diferencia*. Ediciones del Sol.

- Briones, C. (2005). Formaciones de alteridad: Contextos globales, procesos nacionales y provinciales. En C. Briones (Comp.) *Cartografías argentinas: políticas indígenas y formaciones provinciales de alteridad* (pp. 9-36) Antropofagia.
- Carrasco, M., & Briones, C. (1996). *La tierra que nos quitaron: reclamos indígenas en Argentina*. IGWIA-Asociación Lhaka Honhat.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020, mayo, 20). La CIDH alerta sobre la especial vulnerabilidad de los pueblos indígenas frente a la pandemia de COVID-19 y llama a los Estados a tomar medidas específicas y acuerdos con su cultura y respeto a sus territorios. OEA. Más derechos para más gente. <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/103.asp>
- Comunidades Mapuche Tehuelche (2020, septiembre, 18). Comunicado Público de Comunidades del Pueblo Mapuche Tehuelche. Resumen latinoamericano. <https://www.resumenlatinoamericano.org/2020/09/18/nacion-mapuche-puelmapu-la-alianza-con-la-naturaleza-es-la-base-de-nuestras-lealtades-politicas-por-un-libre-transito-en-nuestro-territorio/>
- Corrigan, P., & Sawyer, D. (1985). *The Great Arch. English State Formation as Cultural Revolution*. Basil Blackwell.
- Cuyul, A. (2008). La burocratización de la salud intercultural en Chile. Del Neo-asistencialismo al Autogobierno Mapuche en Salud. *Documento para la discusión entre organizaciones mapuche*. Puelmapu, rimü.
- Delrio, W. (2005). Memorias de expropiación. *Sometimiento e incorporación indígena en la Patagonia (1872-1943)*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Estrella, P. (2017). La salud pública en territorio mapuche: Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas en torno a las políticas de reconocimiento en la Comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, Pcia. de Neuquén. Tesis Doctoral. Universidad de Buenos Aires. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/4592>
- Foucault, M. (1997). *'Il faut défendre la société': Cours au Collège de France (1975-1976)*. Gallimard/Seuil.
- Hirsch, S., & Lorenzetti, M. (2016) Biomedicina y pueblos indígenas en la Argentina. Un recorrido por las políticas de salud. En S. Hirsch & M. Lorenzetti (Eds.), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp.19-50) UNSaM edita.
- Ingold, T. (2011). *Being Alive. Essays on movement, knowledge and description*. Routledge.
- Ingold, T. (2011). *Essays on movement, knowledge and description*. Routledge.
- Lenton, D., & Lorenzetti, M. (2005). Neoindigenismo de necesidad y urgencia: la inclusión de los pueblos indígenas en la agenda del Estado neosistencialista. En C. Briones (Ed.), *Cartografías argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad* (pp. 293-325). Antropofagia.
- Lorenzetti, L. (2017) Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11, 148-176.
- Lorenzetti, M. (2010). *Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas*. Tesis Doctoral. Universidad de Buenos Aires. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1315>

- Mendieta, E. (2007). Hacer vivir y dejar morir: foucault y la genealogía del racismo. *Tabula Rasa*, 6, 138-152.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. Ediciones de la Casa Chata.
- Ministerio de Salud de la Nación (2020a). Abordaje integral para el cuidado de la población indígena. Ministerio de Salud. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/covid19-abordaje-integral-para-el-cuidado-de-la-poblacion-indigena.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020b). Mesas de Emergencia Sociosanitaria Interculturales. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/covid19-mesas-emergencia-sociosanitarias-interculturales-abordaje-poblaciones-indigenas.pdf>
- Noel, G. (2013). De los Códigos a los Repertorios: Algunos Atavismos Persistentes Acerca de la Cultura y una Propuesta de Reformulación. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 3(2), 36-65.
- Noel, Gabriel D. (2014). Presentación. Las dimensiones morales de la vida colectiva. Exploraciones desde los estudios sociales de las moralidades. *Papeles de Trabajo*, 8(13), 14-32.
- Poder Ejecutivo Nacional (2020, marzo, 12). Decreto de Necesidad y Urgencia 260 de 2020 Coronavirus (COVID-19). Disposiciones. 12 de marzo de 2020. D.O. No. 34327.
- Poder Ejecutivo Nacional (2020, marzo, 20). Decreto de Necesidad y Urgencia 297/2020 Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. 20 de marzo de 2020. D.O. No. 34334.
- Ramos, A. (2010). *Los pliegues del linaje. Memorias y políticas mapuches-tehuelches en contextos de desplazamiento*. EUDEBA.
- Rose, N. (2003). Identidad, genealogía, historia. En S. Hall, S. & P. Du Gay (Comps.), *Cuestiones de identidad cultural* (pp. 214-250). Amorrortu.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPÉ Editorial Universitaria.
- Roseberry, W. (2002). Hegemonía y lenguaje contencioso. En J. Gilbert & D. Nugent (Comps.), *Aspectos cotidianos de la formación del Estado* (pp. 213-226). Era.
- Sabatella, M.E. (2011). *Procesos de subjetivación política: reflexiones a partir de un proyecto de medicina mapuche en Los Toldos*. IIDyPCa-UNRN-CONICET.
- Sabatella, M.E. (2016). De la foto al rechazo. El proyecto de un centro de salud intercultural en la Provincia de Buenos Aires. En S. Hirsch & M. Lorenzetti (Eds.), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp. 163-180). UNSaM edita.
- Serra, C. (2020, julio, 17). Gerardo Morales: "El virus llegó desde Bolivia con las hojas de coca". <https://www.todojujuy.com/jujuy/gerardo-morales-el-virus-llego-jujuy-bolivia-las-hojas-coca-n136720>
- Sharma, A., & Gupta, A. (2006) *The Anthropology of the State*. Blackwell Publishing,
- Sieder, R. (2004). Del indigenismo institucional integracionista a la gestión pluralista de las políticas públicas. *Memorias del Cuarto Congreso de la Red Latinoamericana de Antropología Jurídica (RELAJU)*. Quito.

MARÍA EMILIA SABATELLA
La salud de los pueblos indígenas entre el hacer vivir y el dejar vivir
Dossier Bioética después de la COVID-19

Stival, M. (2018). *Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural: Un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario*. Tesis Doctoral. Universidad de Buenos Aires. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/9980>