

## APROXIMACIÓN CRÍTICA A LOS PROCESOS DE GOBERNANZA TERRITORIAL Y LAS POLÍTICAS DE SALUD EN LA ARAUCANÍA Y LOS LAGOS, CHILE.

CRITICAL APPROACH TO THE PROCESSES OF TERRITORIAL GOVERNANCE AND HEALTH POLICIES IN ARAUCANIA AND LOS LAGOS, CHILE.

Pedro Enrique Villasana López<sup>1</sup>, Marco Rosas-Leutenegger<sup>2</sup>, Yasna Castro Machuca<sup>2</sup>.

### ABSTRACT

*Governance and territory are polysemic and controversial terms, whose meanings and uses seem to mutate and become more complex according to the context in which they are deployed, being both expression and determinants of public health policies in Chile within the framework of interculturality. In this investigation we intend to collaborate in understanding the relationship between Territorial Governance processes and Intercultural Health Policies in the Araucanía and Los Lagos regions of Chile. To do this, a critical narrative review of legal and epidemiological background, available documentary and research sources is carried out, which allows contrasting and analyzing expressions of the phenomenon. It is possible to identify contradictory structuring elements; cultures, cosmogonies and ways of understanding society, health and life, which in a complex synergistic, and at the same time dialectical relationship, constitute meanings and concretions in the territory and in the life of the population; allowing to show possible horizons for equity for the future, and to outline a methodological proposal for the collective construction of health and governance policies.*

**KEYWORDS:** territorial governance, public policies, intercultural health.

### RESUMEN

*Gobernanza y territorio son términos polisémicos y polémicos, cuyos sentidos y usos parecen mutar y complejizarse de acuerdo al contexto en que sean desplegados, siendo expresión y determinantes de las políticas públicas de salud en Chile en el marco de la interculturalidad. En esta investigación pretendemos colaborar en la comprensión de la relación entre los procesos de Gobernanza Territorial y las Políticas de Salud Intercultural en las regiones de la Araucanía y Los Lagos de Chile. Para ello se realizó una revisión narrativa crítica de antecedentes legales, epidemiológicos, fuentes documentales y de investigación disponibles, que permiten contrastar y analizar expresiones del fenómeno. Se logró identificar contradictorios elementos estructurantes; culturas, cosmogonías y modos de entender la sociedad, la salud y la vida, que en compleja relación sinérgica, y a la vez dialéctica, van constituyendo significados y concreciones en el territorio y en la vida de la población, permitiendo mostrar posibles horizontes para la equidad de cara al futuro, y esbozar una propuesta metodológica para la construcción colectiva de políticas de salud y gobernanza.*

**PALABRAS CLAVE:** gobernanza territorial, políticas públicas, salud intercultural.

Recibido: 22 de julio de 2024 Aceptado: 20 de agosto de 2024

### INTRODUCCIÓN

La salud constituye uno de los múltiples escenarios en los cuales se despliegan con fuerza las tensiones, a partir de los procesos de gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas que ocurren en los territorios. Esto, en particular, por los dramáticos e inocultables impactos en la población, y sobre todo por los diversos grados de opacidad y las distorsiones que parecen caracterizar a las prácticas de los diversos actores institucionales, públicos y privados, que

<sup>1</sup>Universidad de los Lagos, Chile. <sup>2</sup>Universidad de La Frontera, Chile.

Pedro Villasana López. **ORCID:** 0000-0001-8713-8202

Marco Rosas-Leutenegger. **ORCID:** 0000-0002-4262-5207

Yasna Castro Machuca. **ORCID:** 0000-0001-5180-0647

Correspondencia: [pedro.villasana@ulagos.cl](mailto:pedro.villasana@ulagos.cl)

participan o no en la construcción, toma de decisiones, ejecución y evaluación de las políticas públicas, pero que en cualquier caso son impactados por ellas, positiva o negativamente.

En esta investigación pretendemos colaborar en la comprensión de la relación entre los procesos de Gobernanza Territorial y las Políticas de Salud Intercultural en las regiones de la Araucanía y Los Lagos de Chile, con la finalidad de esbozar propuestas alternativas para la práctica en el campo de la gobernabilidad, la gobernanza y las políticas públicas de salud. Para ello se realizó una revisión narrativa crítica de antecedentes legales, epidemiológicos, fuentes documentales y de investigación disponibles, que permiten contrastar y analizar expresiones del fenómeno y prefigurar algunos horizontes para la práctica.

### Acerca de la Gobernanza

La Gobernanza es un término polisémico y polémico, cuyos sentidos y usos parecen mutar de acuerdo al contexto en que sea desplegado. En general, el término gobernanza se toma como equivalente de la gobernanza (del inglés "governance"); sin embargo, la indiscriminada y confusa utilización del término por actores locales e internacionales, como equivalente a gobernabilidad, hace necesario algunas precisiones<sup>1,2</sup> que caracteriza a la *gobernanza* como el conjunto de *procesos* de acción colectiva que organizan la interacción entre actores, y la dinámica a través de la cual una sociedad toma e implementa sus decisiones, y determina qué hacer y cómo hacerlo; en tanto que distingue a la *gobernabilidad* como la *capacidad* de un sistema sociopolítico para gobernarse a sí mismo en el contexto de otros sistemas más amplios, entendiendo a la gobernanza como una de las dimensiones que contribuye a explicar las distintas capacidades de gobernabilidad de un sistema. El problema de esta confusión es que falla en distinguir analíticamente entre gobernanza (procesos del entramado institucional y actores sociales) y gobernabilidad (capacidad de gobierno producto de dichos procesos), y conduce al desbordamiento conceptual imperante<sup>3</sup>.

A los efectos de esta investigación entenderemos por gobernanza, a los procesos de interacción entre actores sociales estratégicos y la arquitectura institucional y a la gobernabilidad, como la capacidad que dicha interacción proporciona al sistema sociopolítico para reforzarse a sí mismo; es decir, de transformar sus necesidades o preferencias en políticas

públicas<sup>3</sup>, teniendo muy en cuenta que la relación recursiva en la cual la estructura social (normas y recursos) hace posible la acción social, pero al mismo tiempo, que es la inter-acción constante entre los seres humanos la que crea y recrea la estructura social; requiriendo que el análisis de la gobernanza integral *situado en el territorio*, deba centrarse tanto en los actores y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) implicados en los procesos de toma de decisiones y su implementación, como en las estructuras generadas para que las decisiones se lleven a la práctica<sup>4</sup>, pero sobre todo situado en las particularidades de cada territorio (que intentaremos definir más adelante). La gobernanza es, por tanto, un proceso que contribuye a la generación de gobernabilidad o, dicho de otra forma, la gobernabilidad es un resultado de la gobernanza<sup>5</sup>.

Gobernanza y Políticas Públicas emergerían de este complejo proceso relacional Estado - OSC, constituyéndose en recursividad con las nociones o formas en que los pueblos representan para sí sus territorios y sus caminos a lo que puedan entender por desarrollo. Esto determinaría los eventuales "resultados" y, al mismo tiempo, coloca en cuestión las evaluaciones que hacemos desde la institucionalidad occidentalizada y estandarizadora dominante y coloca en tela de juicio, las diversas interpretaciones de lo que se pueda concebir como .organizaciones de la sociedad civil y , sobre todo, de lo que entenderíamos como participación - acción territorial.

### **Acción territorial, desarrollo, territorio, bienestar y salud. Un marco mínimo de referencia**

La acción territorial se puede entender, en esta investigación, como un proceso de carácter dinámico a partir del cual los actores públicos, colectivos y privados, construyen acciones de diferente índole, institucionalizadas en políticas públicas, planes o proyectos de desarrollo, o no, en vistas a organizar y gestionar sus territorios, en función de un ideario o modelo deseado de futuro, el cual no siempre está explicitado, ni es hegemónico o compartido por el conjunto de los actores<sup>6</sup>. En términos de Sili<sup>7</sup>, las acciones territoriales se estructuran como modelo de gobernanza, y están influidas por normas, tanto formales como informales y el intercambio de recursos. Los actores involucrados en la puesta en marcha de estas iniciativas pueden tener claras divergencias sobre el significado, representaciones

y expectativas en torno al desarrollo y el futuro, y por ende sobre los objetivos que persiguen las acciones puestas en marcha, que torna más confuso los objetivos y el modelo a seguir.

Así mismo, de acuerdo con Haesbaert<sup>8</sup>, el territorio puede ser concebido como producto del movimiento combinado de desterritorialización y reterritorialización de las relaciones de poder construidas en y con el espacio, el espacio como un constituyente, y no como algo que se pueda separar de las relaciones sociales, constituyéndose como asunto político desde la ruptura epistemológica; como teoría, recursivamente desde lo vivido; en resistencia, tensión y contradicciones con una Epistemología del Norte colonialista y desterritorializadora; y desde una Epistemología del Sur posible y necesaria, en la cual las nociones de territorio y desarrollo, así como la de bienestar, van emergiendo desde los pueblos, autónomas, pluriversas y protagonistas del proceso de reterritorialización en marcha<sup>9</sup>. Desde esta perspectiva, develar la/las nociones de territorios *desde los territorios*, se constituye en un paso necesario para comprender el cómo es entendido el/los desarrollos por los actores que hacen vida en dichos territorios; lo que permitiría colaborar en la caracterización de las acciones territoriales desplegadas para lograr dichos desarrollos, en el contexto de dinámicas condiciones de posibilidad, entendidas como facilitadores u obstaculizadores.

### **Territorios, Desarrollo y Bienestar Humano.**

Son evidentes las tensiones en las formas de entender los territorios y los posibles desarrollos, así como los por qué (justificaciones) y para qué (fines) de dichos desarrollos, que bien pudieran estar orientados a la búsqueda del bienestar humano, entendido también de diversas maneras, complejizando, sin relativizar, el fenómeno que nos ocupa. En el caso de Chile, el modelo de desarrollo neoliberal prevalente impone significados que identifican al *bienestar* como Éxito-Consumo, vinculándolo al desarrollo como la posibilidad de lograrlo; todo en el marco de la Modernidad como modelo civilizatorio que asume el desarrollo y consumo sin límites. El proceso de cosificación-mercantilización del bienestar, lo resignifica como No malestar-Éxito individual, calidad o standard de vida; naturalizando recursivamente la desigualdad y el Éxito como dispositivos de colonización y dominación<sup>10</sup>. Sin embargo, los diversos grados de adherencia y resultados de las políticas

públicas institucionales para el desarrollo, evidencian que estas parecen ir a contracorriente de otras formas de entender el bienestar y el desarrollo por parte de los pueblos indígenas originarios, que reivindicarían el carácter colectivo del bienestar, del "vivir bien en grupo", entendido como un estado de Armonía del ser humano-individuo con la Madre Naturaleza, sólo posible en un colectivo-Humanidad armónico, donde las condiciones de posibilidad para el desarrollo y el logro del bienestar serían construidas individual y colectivamente de manera soberana, para el desarrollo de la autonomía y las capacidades humanas, como producto de decisiones de los ciudadanos y las sociedades<sup>11</sup>; evidenciando tensiones entre el bien común y el individualismo como sujeto - objeto de las políticas públicas.

Vale preguntar: ¿cuál es el grado de *sintonía* de los procesos de gobernanza intentados a través de políticas institucionales de salud, con las formas de entender dicho proceso por las Organizaciones Socio-Comunitarias?, y ¿cómo esta sintonía determina la construcción de acciones territoriales por parte de estas organizaciones? Desde la perspectiva de la acción territorial, se puede plantear: ¿qué tipo de facilitadores y obstaculizadores encuentran las organizaciones sociales y comunitarias para un despliegue adecuado de sus acciones territoriales, y cómo éstas construyen estrategias que permitan abordar dichos facilitadores y obstaculizadores? ¿Cómo, en el ejercicio de la Gobernanza, se construye Gobernabilidad?

### **Acerca del contexto de la crisis societal en desarrollo.**

En Chile conviven múltiples etnias y culturas; un territorio cuya heterogeneidad parece determinar la gobernanza y la variabilidad de formas de entenderla y traducirla en políticas públicas como dispositivo operativo, cuyos resultados evidencian niveles diferenciales de éxito y fracaso entre las 16 regiones que componen el país, particularmente en el Sector Salud. Las relaciones de coordinación entre el Estado y diversos actores sociales que han ido ganando terreno como sujetos en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, se han hecho cada vez más complejas. De esta relación se ha intentado dar cuenta a través de la noción de gobernanza; no obstante, el también diverso grado en que se comprometan o no, el Estado, los actores y territorios con este concepto, lo cual configura dinámicos escenarios de crisis societal en pleno desarrollo.

Se ha señalado que resulta ineludible para los gobiernos territoriales lograr la coordinación Estado - Actores Sociales, pues a medida que la situación y relaciones se complejizan es más necesario coordinar la acción pública con ciudadanos y otros actores para lograr sinergias respetuosas, y así mejorar la capacidad de gestión y la adherencia a las políticas públicas<sup>5</sup>.

El Informe Chile 2020, de la Corporación Latinobarómetro, señala que no hay ningún indicador de todos los medidos que tenga evolución positiva, y la caída de muchos llega a un mínimo histórico. Las instituciones caen a su menor nivel de confianza, la política a su mayor nivel de desencanto, y las mediciones llevadas a cabo desde los años 2018, 2019 y 2020 muestran al país en la peor crisis social de su historia. Latinobarómetro da cuenta de una historia de desencuentros entre la ciudadanía y el poder político y económico, revelando una profunda percepción de injusticia e impunidad. Los chilenos no sienten que haya igualdad ante la ley, y faltan garantías para derechos esenciales como salud y educación, diluyéndose la imagen de la autoridad y del gobierno. En ese sentido, se señala que se equivocaron aquellos que habían calificado a Chile como un país exitoso y una excepción en América Latina, porque olvidaron preguntarle a la población qué opinaba, e ignoraron la evidencia que estaba frente a su ventana<sup>12</sup>, en una clara alusión al Estallido Social ocurrido en 2019, y poniendo en cuestión la gobernanza.

Parece que nos encontramos inmersos en una crisis societal, una crisis de gobernanza y de gobernabilidad en diferentes ámbitos de la vida en Chile, en lo particular, esto se refleja en los deteriorados y controvertidos indicadores de salud y en las políticas y programas establecidos, especialmente para Enfermedades No Transmisibles como la Diabetes mellitus tipo II (DMII), la obesidad y el síndrome metabólico (SM), estrechamente asociadas entre sí y con la enfermedad cardiovascular; además, con un alto componente social en su proceso de determinación, que se han ido incrementando progresivamente en el país.

El cumplimiento de los tratamientos médicos, particularmente el farmacológico, resulta gravitante y es de las principales problemáticas sanitarias a resolver dentro de los equipos médicos, comprendiendo que la conducta adherente se define como aquella que se establece al ingerir más del 80% de los medicamentos prescritos. La baja adherencia a los programas, como indicador de gobernabilidad, resulta preocupante, y llama la atención sobre los procesos de gobernanza

(políticas públicas) que han generado dichos programas; siendo reportada especialmente en población originaria<sup>13</sup>, de alta concentración en los territorios que consideramos en esta investigación. Esta baja adherencia parece estar relacionada no sólo con la pertinencia cultural, sino además con los mecanismos verticales y excluyentes a través de los cuales son formuladas y llevadas a cabo las políticas y programas, los cuales adolecerían de la participación de las OSC y los pueblos indígenas, acarreado falta de identificación y de sentido de pertenencia hacia dichas políticas y programas.

### **De la relación Estado - Sociedad Civil. Desarrollo y Gobernanza en salud.**

En Chile está bien documentado el hecho de que la sociedad civil a través de sus organizaciones, y legitimando el modelo de Estado subsidiario, lo valida participando en el ya normatizado y normalizado mecanismo de fondos concursables y licitaciones (tercerización), como usuario o consumidor; en cualquier caso en el marco de políticas públicas siempre articuladas al modelo de desarrollo neoliberal vigente. Las OSC, en forma de ONGs, asociaciones de vecinos, Isapres, filantropía y otras múltiples modalidades, no solo sostienen, sino que constituyen simbióticamente al Estado subsidiario, en una relación darwiniana de competencia parasitaria por los fondos, ejecutando las políticas públicas tercerizadas por el Estado, lo que contribuye a la indefinición y confusión conceptual de lo que entendemos como sociedad civil. Tanto el modo de relacionamiento entre un Estado subsidiario y una sociedad civil instrumentalizada, indefinida y mediatizada, como las representaciones posicionadas en el imaginario colectivo en relación al bienestar/salud como bien de mercado, ocurren en el marco de escenarios y contextos que el modelo de desarrollo genera y sostiene<sup>14</sup>.

La relación asimétrica y unidireccional entre sociedad civil y Estado que vemos en la mayoría de los casos, reproduce y refuerza el orden establecido, funcional al modelo de desarrollo imperante<sup>15</sup>; participación instrumental que genera una legitimidad ficticia y nos hace preguntar ¿cuál es la posibilidad de una participación-acción social territorial empoderada en la construcción de políticas públicas como instrumento de gobernanza?

En el sector salud el Estado, tributando a la instalación del modelo neoliberal, promueve una modalidad de participación instrumental que facilita su reconversión a Estado subsidiario. Si bien podemos

verificar algunas manifestaciones de participación y ciudadanía activa en la construcción de las políticas públicas de salud, en Chile debe decirse que el modelo de relacionamiento que prevalece es la subsidiariedad, instrumentada a través de subsidios, licitaciones y fondos concursables para financiar la ejecución de políticas de salud pre-definidas, provocando la evidente confusión/superposición entre participación y gestión<sup>14,16</sup>, con un mercado de la salud basado en la competencia darwiniana entre OSC por obtener, y a veces lucrar, de los fondos del Estado. OSC restringidas al papel de espectadoras en la toma de decisiones sobre políticas públicas, y ejecutoras de acciones de carácter consultivo, no deliberante, informativo, asistencialista o educativo, donde la comunidad es subordinada por procesos tecnocráticos de gestión, deviniendo en utilitarismo, clientelización, y jerarquización, lejos de los ideales que establecen leyes y normas<sup>15</sup>. Se trata de una perspectiva centrada en la cogestión de la acción pública, especialmente en la ejecución de políticas públicas<sup>16</sup>, limitándose a opinar, y generalmente a ejecutar "proyectos o programas nacionales y regionales que se ajusten a los fines específicos" predefinidos por el Estado; no a diseñar o proponer.

El reto parece ser la necesaria superación de la visión, predominante hasta hoy, de un Estado subsidiario y de una sociedad civil subordinada<sup>17</sup>. Superar ésta situación parece requerir el transmutar la visión economicista y la competencia en solidaridad; resignificar el rol de las OSC en el debate y la generación de soluciones a problemas de interés público, canalizar demandas ciudadanas, profundizando la democracia y la solidaridad<sup>18</sup>. Gobernanza y Políticas Públicas emergerían de este complejo proceso relacional Estado - OSC, constituyéndose recursivamente con las nociones o formas en que los pueblos originarios representan para sí sus territorios y su salud. Esto determinaría los eventuales "resultados" de la política pública, y al mismo tiempo pone en duda la evaluación de los mismos que hacemos desde la institucionalidad occidentalizada y estandarizadora dominante; y cuestiona las diversas interpretaciones de lo que se pueda entender como organizaciones de la sociedad civil, y sobre todo de lo que entenderíamos como participación - acción territorial. Todo ello en un complejo escenario de interculturalidad, en el cual los retos para la gobernanza se amplifican.

Los Fondos Concursables constituyen el eje de la estrategia que el Estado ha implementado para promover y fortalecer las OSC, estableciéndose una relación de competencias entre las organizaciones en su vinculación con el Estado<sup>17</sup>; competencias que en

muchos casos devienen en una relación clientelar; donde las OSC más institucionalizadas y de mayor alcance son las que tienen acceso a los recursos y que parece contradecir la lógica de la solidaridad y el enfoque de derechos; y que posiciona a la salud como un bien por el cual hay que competir. Para financiar esta relación subsidiaria del Estado con las OSC la Ley establece el Fondo de Fortalecimiento de las Organizaciones de Interés Público<sup>19</sup>. Actualmente, año 2024, este Fondo se encuentra adscrito al Ministerio Secretaría General de Gobierno, y su administración la ejecuta la Unidad de Fondos Concursables.

### **Gobernanza y marco legal de la salud intercultural en Chile.**

El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), que se inicia en Chile a partir del año 2000, define a la interculturalidad como *"aquella acción que desarrollan los equipos de salud y los equipos de facilitadores interculturales al interior de los establecimientos para cubrir las necesidades de accesibilidad, oportunidad en la atención, adecuación de la organización de salud y atención de salud apropiada a las necesidades de los pueblos"*<sup>20</sup>, sirviendo ésta definición como un marco mínimo para las políticas públicas y la práctica institucional.

En Chile las políticas y programas interculturales en salud, se derivan de un conjunto de Decretos, Leyes, Resoluciones, y Tratados internacionales. En primer lugar el Decreto Ley N° 2763 de 1979, seguido por el Convenio N°169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1989 que marcó hito a nivel mundial, y que establece en su Artículo 25 que *"los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados 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 fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental"*<sup>21</sup> y que se instrumenta a través del Decreto N° 136 de 2004 del Ministerio de Salud, la Ley N° 18.469, la Resolución N° 520 de 1996 de la Contraloría General de la República, y la Ley Indígena<sup>22</sup>, la Ley de Autoridad Sanitaria 21.053 de 2004, el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud de 2005<sup>20</sup>, y la Ley de Derechos y Deberes de las/los Pacientes<sup>23</sup>; que prescribe en su Artículo 7: *"la obligación de prestadores institucionales públicos en territorios de alta concentración de población indígena a asegurar el*

*derecho de las personas pertenecientes a pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades", replicando el mandato de la OIT. Así como la Norma N°820 / Decreto N°643/2016 sobre Estándares de Información en Salud<sup>24</sup>, que indica a los prestadores de salud registrar la variable pertenencia a pueblos originarios; y la Norma General sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud, que establece orientaciones sobre la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en los Servicios de Salud<sup>25</sup>, configurando en su conjunto la Política de Salud y Pueblos Indígenas, con principios que, en teoría, reconocen la diversidad cultural, el derecho a la participación y los derechos políticos que asisten a los pueblos indígenas.*

Este marco legal sintoniza con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2030 de la Organización Mundial de la Salud- Organización de las Naciones Unidas (OMS-ONU), que recomienda garantizar acceso equitativo a los servicios de salud, mediante "... la participación de todos los interesados directos, en la formulación de políticas y el proceso de evaluación relacionado con la salud en todas las políticas a fin de reducir las inequidades en materia de salud"<sup>23,25</sup>. Un marco legal favorable para el ejercicio de la participación comprometida de los diversos actores de la sociedad civil en la construcción de políticas públicas de salud que favorezcan la gobernanza y la gobernabilidad en Chile<sup>26</sup>.

### **Contexto para la gobernanza y gobernabilidad en el Sector Salud.**

El diagnóstico de la Estrategia Regional de Desarrollo 2010-2022 de la Región de La Araucanía, indica que este territorio presenta los siguientes problemas: a) Decrecimiento de la población rural y urbana; b) Aumento de la pobreza e indigencia; c) Bajo nivel educacional, tanto en cobertura como en calidad; d) Carencia y precariedad de servicios básicos y de vivienda; e) Suelos degradados para la agricultura, que en su mayoría es de subsistencia; f) Escasez hídrica, tanto para consumo humano como productivo; g) Problemas socioambientales, derivados de incendios forestales, baja superficie de bosque nativo o sequías; y h) Problemas de conectividad vial externa e interna, en un contexto en el cual los principales sectores productivos del territorio se encuentran vinculados a la producción forestal, agropecuaria, y en menor medida al turismo, servicios y comercio en general<sup>27</sup>; condiciones compartidas por la región de Los Lagos.

Debemos aclarar que, sin desconocer o restar importancia a los avances o las dificultades ligadas a otras patologías en Chile, a los efectos de éste trabajo haremos foco en la DMII y la obesidad, que creemos pueden servir para ilustrar el fenómeno. De acuerdo a estimaciones realizadas por la International Diabetes Federation (IDF), para el 2021 a nivel global 537 millones de adultos (20-79 años) vivían con DMII, y se prevé que aumenten a 643 millones para 2030. Casi la mitad (240 millones) no están diagnosticados, y 3 de cada 4 adultos con diabetes viven en países de bajos y medianos ingresos. La diabetes causó 6,7 millones de muertes, y acarreó al menos 966 mil millones de USD en gastos de salud: el 9% del gasto total en adultos, destacando que además, 541 millones de adultos tienen un mayor riesgo de desarrollar DMII<sup>28</sup>, un pronóstico catastrófico, y que puede ser peor por tratarse de estimaciones, y dada la calidad discutible del dato; un futuro que se avizora insostenible para los sistemas de salud en términos de gobernabilidad.

En Chile para el año 2015, había 1.372.700 personas con personas con DMII, 11% de la población adulta entre 20-79 años, lo que colocaba al país en el segundo lugar de Sudamérica, con una frecuencia que se había duplicado en solo 30 años. La DMII consumía cerca de 10,2% del gasto sanitario total en Chile<sup>29</sup>; y para 2021, el número de personas con esta enfermedad, se incrementó a más de 1,747.000 personas<sup>28</sup>, lo que representó un incremento de cerca de 22% en apenas seis años, con proyecciones exponenciales y alarmantes para el gasto sanitario. Si consideramos secuelas como nefropatía, retinopatía diabética, pie diabético, insuficiencia renal crónica y la asociación sinérgica con enfermedades cardiovasculares, el panorama luce sombrío.

Igualmente, se ha señalado que, la población chilena ha experimentado un aumento sostenido de sobrepeso y obesidad en todas las edades; entre otras razones como resultado de la *transición nutricional-demográfica-económica y epidemiológica* de las últimas décadas, y de las Políticas Públicas en alimentación y nutrición desarrolladas<sup>30-34</sup>. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, 74% de la población mayor de 15 años presentaba sobrepeso<sup>35</sup> y según la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), el sobrepeso en la población infantil de primer año básico había aumentado progresivamente, ubicándose en 25,1% para el año 2018<sup>36</sup>. Aunado a esto, la prevalencia del SM a escala global ha aumentado en las últimas décadas, asociada al incremento de obesidad y sedentarismo y las personas con SM tienen 5 veces más probabilidad

de desarrollar DMII, y un aumento de 2,4 veces en mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares (ECVs)<sup>37</sup>. Esto, pensando en la baja adherencia de los programas, nos lleva a preguntar ¿qué está ocurriendo con los procesos de gobernanza que debieran generar políticas públicas para lograr en Chile la gobernabilidad en salud - enfermedad - atención?

En cuanto a la composición de la población, Chile contaría en 2017 con 17.574.003 habitantes, tres veces más que a mediados del siglo XX, población constituida por un complejo mosaico de etnias y culturas, donde según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, arroja que 9.5%, 1.694.870 personas se identifican pertenecientes a algún Pueblo Indígena de los 9 existentes en Chile<sup>38</sup>, y el Censo del mismo año, aparentemente más preciso y corrigiendo la discrepancia en los datos oficiales, arroja un 12,4% con 2.185.792 personas pertenecientes a pueblos indígenas<sup>39, 40</sup>. Esta heterogénea población es atendida por un conjunto de políticas y programas de salud al parecer estandarizadas y homogeneizantes, pues el Estado no hace distinciones étnicas al aplicar las políticas, con una política intercultural en salud cuyos procesos de gobernanza y gobernabilidad merecen especial consideración y son objeto de cuestionamiento.

Las regiones de la Araucanía y los Lagos se encuentran en el segundo y cuarto puesto en población confesadamente originaria, reportándose 34,3% y 28,2% respectivamente<sup>40</sup>; ya en 2002 sólo entre la Octava, Novena y Décima regiones sumaban en conjunto 52% del total nacional<sup>41</sup>, lo que justifica poner foco en estas regiones. Esta heterogénea composición de la población estaría determinando tensiones en diferentes ámbitos, entre otros en salud, que van configurando crisis societales territoriales en pleno desarrollo, y son parte del contexto poblacional en el cual Chile atiende al Convenio 169 de la OIT, que en relación con los servicios de salud (entre otros aspectos) prescribe:

Artículo 25. 1. *"Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados 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 fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental"*<sup>21</sup>.

#### **Antecedentes en las Regiones de la Araucanía y Los Lagos. Asimetrías y desigualdades.**

A escala global se han reportado prevalencias muy altas de DMII en comunidades aborígenes, y este

aumento dramático y rápido es atribuido a la aculturación y la adopción de un estilo de vida "occidentalizado". En las últimas décadas la DMII se ubica como la cuarta causa de mortalidad en estas poblaciones, asociada a enfermedad cardiovascular (principal causa de muerte). Además, las tasas de incidencia de enfermedad renal terminal y la amputación de extremidades son hasta 13 y 3 veces más altas, respectivamente, en poblaciones aborígenes con DMII en comparación con población de diabéticos no aborígenes<sup>42</sup>.

Estudios realizados por los Servicios de Salud en poblaciones de las regiones de La Araucanía y Los Lagos, con alta concentración de población indígena, reportan tasas de mortalidad más altas que el resto del país, entre 6,2 y 6,7 por 1.000, siendo la tasa nacional de 5,3 por 1000 habitantes, incluyendo población indígena y no indígena. Sin embargo, las cifras indican que entre 2001-2003 los indígenas tenían 40% más de riesgo de morir que los no indígenas, brecha que se eleva a 60% en el trienio 2004-2006 y a 110% en el trienio siguiente. Esta sobre-mortalidad se expresa tanto en zonas urbanas como rurales, estando mucho mayor en las ciudades, donde el riesgo de morir entre los indígenas es 170% más alto que entre los no indígenas, siendo 100% mayor en el área rural, revelando una profunda brecha en los derechos a la salud y la vida<sup>43-45</sup>. Entonces, ¿Podemos hablar de inequidad, asimetrías y desigualdades frente a las políticas públicas?

Estos antecedentes evidencian la complejidad de los desafíos que debe afrontar la política pública, dada la composición de la población en estas regiones, y que como ha sido reportado, la adopción de estilos de vida urbanos incrementan el riesgo a desarrollar obesidad, SM, ECVs y DMII en la población indígena. Este riesgo sería 3 veces más alto en comparación a lo reportado por la ENS 2009-10 para la población nacional<sup>37</sup>, evidenciando además que individuos de ascendencia indígena presentaron mayor prevalencia de obesidad (53%) en comparación con aquellos de ascendencia europea (44%)<sup>34</sup>. También se han reportado diferencias significativas entre sujetos indígenas y descendientes de europeos en los niveles de insulina y resistencia a la insulina en zonas rurales, 3.28 mol/L (IC 95%: 1.69, 4.87) y 0.81 (IC 95%: 0.43, 1.19), respectivamente; diferencias que fueron más evidentes en áreas urbanas, 14.97 mol/L (IC 95%: 12.20, 17.74), para insulina y 3.41 (IC 95%: 2.52, 4.30) para insulino resistencia<sup>46</sup>. ¿Qué puede explicar (o ayudar a entender) estas brechas, asimetrías y desigualdades?, ¿tendrá la gobernanza en salud alguna

relación con los problemas de gobernabilidad que nos muestran los resultados de las políticas y programas de salud en La Araucanía y Los Lagos? Y, ¿Qué problemas de concepción, diseño e implementación han tenido los modelos de gobernanza aplicados en los territorios en materia de salud colectiva?

### **Balance y perspectivas. Gobernanza, Políticas de Salud y Gobernabilidad. Un posible Marco Analítico.**

En primera instancia debe explicitarse que gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas se manifiestan en un complejo escenario, cuya confusión y opacidades, instaladas en el imaginario colectivo, no parecen casuales en el marco del modelo neoliberal en desarrollo en Chile, especialmente en lo atinente a la Política Intercultural en Salud y los resultados que se reportan. Su análisis crítico revela contradicciones, distorsiones y tensiones que ayudan a entender la falta de sentido de pertenencia y la baja adherencia a las políticas y programas y, el impacto en los indicadores de salud de las poblaciones originarias. El fenómeno, tal y como se manifiesta, es funcional a la instalación y consolidación del modelo neoliberal, con un Estado mínimo y subsidiario, en el cual se normaliza y normatiza el mecanismo de tercerización y fondos concursables a expensas del sacrificio del ejercicio democrático de la ciudadanía en la construcción colectiva y situada de las políticas de salud, tributando a la lógica de la competencia y el mercado, con las consecuencias que parece acarrear.

Identificamos algunos desafíos e interrogantes en relación a lo anterior: ¿Qué está ocurriendo con los procesos de gobernanza que debieran generar políticas públicas para lograr la gobernabilidad en salud - enfermedad - atención? ¿Podemos hablar en los territorios de Chile de inequidad, asimetrías y desigualdades frente a las políticas públicas? ¿Qué problemas de implementación ha tenido los modelos de gobernanza aplicados en los territorios en materia de salud colectiva? ¿Tendrá la gobernanza en salud alguna relación con los problemas de gobernabilidad que nos muestran los resultados de las políticas y programas de salud en La Araucanía y Los Lagos? ¿Cuáles son los desafíos emergentes en materia de gobernanza en salud en los territorios? Éstos podrían ser algunos desafíos/horizontes emergentes y urgentes de investigación pendientes.

La gobernanza, que tributa a la gobernabilidad de los territorios a través de las políticas públicas, se

constituye interseccionalmente en un complejo contexto territorial; que, si se quiere retroalimentar tanto las políticas públicas, como los procesos de gobernanza, pareciera necesario conocer y comprender la visión de actores institucionales y la sociedad civil; así como las estrategias, mecanismos y dispositivos que son puestos en práctica en el desarrollo de los procesos en los territorios, con la finalidad de identificar facilitadores y obstaculizadores de la acción territorial mediante las políticas públicas, desde su diseño, hasta su implementación y evaluación, por ejemplo de Programas para el control de Enfermedades No Transmisibles. Veamos.

Hufty<sup>47</sup>, reivindica la utilidad del término gobernanza en el análisis de los procesos sociales, políticos y de salud y expone una aproximación metodológica para la investigación en políticas y sistemas de salud, como herramienta analítica para la investigación y transformación de los procesos de formulación de políticas y gestión, proponiendo un marco conceptual y analítico para la gobernanza en salud, con la gobernanza como categoría analítica, en contraste con su uso normativo que parte de un valor, un postulado y prescripción social, una certidumbre de lo que es bueno o malo, y compara el caso bajo estudio y valores predeterminados. El uso analítico de la categoría gobernanza nos permitiría describir y explicar las interacciones de actores, procesos y reglas de juego y lograr una mejor comprensión de las conductas y toma de decisiones de la sociedad<sup>47-49</sup>; es decir, del proceso de construcción de las políticas públicas a partir del análisis de la gobernanza, integral y situado en el territorio, centrado tanto en los actores implicados en los procesos de toma de decisiones y su implementación, como en las estructuras generadas (políticas y programas) para que las decisiones se lleven a la práctica<sup>4</sup>.

Analizar la gobernanza como un método o mecanismo que contribuye a la generación de gobernabilidad<sup>5</sup>, pues toda Sociedad está dotada de una "gobernanza", propia y particular entre numerosas formas de gobernanza que evolucionan en el tiempo, y pueden ser objeto de análisis e interpretación. Pueden ser descritas y desagregadas como proceso en sus elementos constitutivos a fin de comprender su funcionamiento, haciendo uso de un marco interpretativo y la observación empírica. De esta forma, el Marco Analítico de la Gobernanza (MAG) toma distancia de la aproximación normativa, basada en la prescripción de modelos institucionales "ideales" y recomendables para las políticas de salud en América Latina<sup>49</sup>. En nuestro caso, esta distinción resulta

importante, dadas las complejidades y particularidades involucradas en los territorios considerados en este estudio.

El MAG "consta de cinco categorías analíticas: problemas, actores, puntos nodales, normas y procesos. Los problemas son los que están en juego. Los actores son individuos o grupos cuya acción colectiva conduce a la formulación de normas que orientan el comportamiento de los actores. Las interacciones se pueden observar en puntos nodales, espacios de interfase en donde convergen los problemas, procesos, actores y normas. Los procesos son sucesiones de estados por los cuales pasan las interrelaciones entre actores, normas y puntos nodales. Procesos, actores y normas pueden ser formales, es decir, reconocidos por los actores portadores de autoridad en la sociedad observada, o informales, definidos por la práctica de los actores"<sup>50</sup>. Estas unidades analíticas pretenden constituir una metodología coherente y lógicamente articulada para la investigación en políticas de salud, para la construcción de metodologías que permitan adelantar estudios de gobernanza y gobernabilidad situadas en los territorios.

Así, reconociendo y asumiendo la complejidad del fenómeno, con-vivir con las subjetividades que van definiendo a la estructura, a partir de matrices socioculturales emocionales dinámicas que puedan ser identificadas en/con/por el resto de actores que habitan los territorios. Este es el punto de partida que posibilitaría otros modos de relaciones situadas, que podrían dar origen a comunidades desde éticas para un mejor vivir y no, para el aumento de la incertidumbre como dinámica normalizada de la vida, *constituyendo* bajo estas premisas un "espacio social significativo para los individuos y los colectivos, y no sólo un marco o una variable, ni una delimitación jurídico-administrativa"<sup>51</sup>. Posibilitar nuevos modos de practicar/reglar la gobernanza, y enfocar estudios territoriales sobre ello, abriendo un abanico para nuevas

comprensiones respecto del valor de ésta. Entonces, y siguiendo las ideas sobre doble hermenéutica de Giddens<sup>52</sup>, estos conceptos "se encuentran con actores comunes que también son productores de conceptos, de modo que lo estudiado desde la ciencia social no puede quedar aislado de su potencial aprobación e incorporación en la acción cotidiana".

Este enfoque nos sitúa en una relación que se presenta como constitutiva de espacios de reconstrucción de derechos sociales, que se articula en el marco de redes multinivel entre los distintos actores que inciden en un territorio, permitiendo: 1- Describir aspectos identitarios o de pertenencia social, como valores y cultura normativa de las organizaciones. 2- Identificar objetivos, procesos y actividades establecidas por las organizaciones con base a la disponibilidad de sus recursos. 3- Consolidar las relaciones que las organizaciones desarrollan con otras instancias públicas y privadas del territorio. 4- Establecer la manera en que los roles y estereotipos de género, clase social, etnia, etc. obstaculizan o favorecen el cumplimiento de los objetivos de las organizaciones. 5- Establecer la forma en que la pertenencia a pueblos originarios, obstaculiza o favorece el cumplimiento de los objetivos de las organizaciones. 6- Identificar desafíos emergentes para la Política Pública como expresión de gobernanza en el Sector Salud en los territorios de las regiones de la Araucanía y los Lagos.

En ese sentido parece pertinente y necesario, dar paso al diseño de estrategias de auto-gobernanza local, desde la caracterización de los procesos de Gobernanza Territorial en el Sector Salud, y los Desafíos Emergentes en las regiones de la Araucanía y los Lagos, contribuyendo desde su sistematización y comprensión a la construcción colectiva de Políticas Públicas de Salud, que promuevan el Bienestar de la población y faciliten el tránsito al futuro y la superación de las incertidumbres que lo caracterizan, con el compromiso de todas y todos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Hufty M, Báscolo E, y Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2006; 22 Sup:535-545. Disponible en <https://www.scielo.org/pdf/csp/v22s0/03.pdf>
- 2) Bazzani R. Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en sistemas de salud. *Rev. salud pública*. 2010; 12 sup (1): 1-7. Disponible en <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2010.v12suppl1/1-7/es>
- 3) Oriol Prats J. El concepto y el análisis de la gobernabilidad. *Revista Instituciones y Desarrollo*. 2003; N° 14-15: 239-269. Disponible en [https://www.ses.unam.mx/docencia/2007II/Lecturas/Mod3\\_Oriol.pdf](https://www.ses.unam.mx/docencia/2007II/Lecturas/Mod3_Oriol.pdf)
- 4) Rodríguez C, Lamothe L, Barten F, Haggerty J. Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. *Rev. salud pública*. 12 (1): 151-159, 2010. Disponible en <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2010.v12suppl1/151-159/es>
- 5) Iglesias A. Gobernanza y redes de acción pública: la planificación estratégica como herramienta de participación. Ponencia presentada el 01 de julio de 2005, en Culiacán, Sinaloa en el Cuarto Seminario Internacional sobre Gobierno y Políticas Públicas. Disponible en <https://web.archive.org/web/20071013022331/http://www.sinaloa.gob.mx/NR/rdonlyres/0545BB14-B81D-4D60-8634-5D35A081D4A7/0/AngelIglesias.pdf>
- 6) Bustos Cara R. Teoría de la acción territorial. acción turística y desarrollo. *Aportes y Transferencias*. 2008; 87-104.
- 7) Sili M. Acción territorial y construcción del desarrollo. La experiencia de zonas rurales de la Pampa argentina. *Revista de geografía Norte Grande*, 2019 (74), 159-186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022019000300159>
- 8) Haesbaert R. Del mito de la desterritorialización a la multiterritorialidad. *Cultura y Representaciones Sociales*. 2013; 8(15): 9 - 42.
- 9) Villasana P. Acerca de la noción de territorio. una contribución a las epistemologías del sur. *Comunidad y Salud*. 2022; 20(2) Jul-Dic Online ISSN 2665-024x - Print ISSN 1690-3293
- 10) Villasana López P, Gómez R, De Vos P. Aproximación crítico-hermenéutica a la noción de bienestar en el marco del neoliberalismo. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 2018; 23(83): 148-164, cesafces-Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela. ISSN 1315-5216 / ISSN-E: 2477-9555
- 11) Villasana P. Una aproximación a la noción de Salud desde los postulados de la Epistemología de la Complejidad de Edgar Morin. *Revista Salud de los Trabajadores*. 2006; 14(1):77-78.
- 12) Latinobarómetro. Informe Chile 2020. Disponible en <https://www.latinobarometro.org/lat.jsp>
- 13) Oliva P ; Narváez C. Cumplimiento de tratamientos farmacológicos: una aproximación cualitativa a la realidad pehuenche. *Pharmacological treatment compliance: A qualitative approach to the Pehuenche reality*. *Medwave* 2013;13(6):e5742 doi: 10.5867/medwave.2013.06.5742
- 14) Villasana López P., Álvarez González E., Ortiz Avilés N. "Sociedad Civil y cáncer en Chile: de la caridad a las políticas públicas". Santiago de Chile: Fundación Foro Nacional de Cáncer. 2022b. Editorial Kurü Trewa. ISBN: 978-956-09519-2-2
- 15) Anigstein M. Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Rev Mad*, 2008; n.º 19, 77-88.
- 16) Vidal Molina P. Para una Crítica de la Sociedad Civil en Chile: una mirada a la historia y algunas de las políticas públicas. 2008. Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122301>
- 17) De la Maza G., Mlynarz Puig D. Ensayo crítico sobre el marco político-institucional de la sociedad civil en Chile: aciertos, limitaciones y desafíos. Centro de Políticas Públicas UC.j. 2021. Disponible en <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/publicacion/ensayo-critico-sobre-el-marco-politico-institucional-de-la-sociedad-civil-en-chile-aciertos-limitaciones-y-desafios/>
- 18) Irrarrázaval I., Sagredo M. y Streeter P. Relación Estado-organizaciones de la sociedad civil. Experiencia internacional y orientaciones para Chile. Centro de Políticas Públicas UC, Fundación Chile +Hoy. 2020. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/341477400\\_RELACION\\_ESTADO\\_ORGANIZACIONES\\_DE\\_LA\\_SOCIEDAD\\_CIVIL\\_EXPERIENCIA\\_INTERNACIONAL\\_Y\\_ORIENTACIONES\\_PARA\\_CHILE](https://www.researchgate.net/publication/341477400_RELACION_ESTADO_ORGANIZACIONES_DE_LA_SOCIEDAD_CIVIL_EXPERIENCIA_INTERNACIONAL_Y_ORIENTACIONES_PARA_CHILE)
- 19) Ministerio Secretaría General de Gobierno de Chile. Ley 20500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública. 2011. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1023143>
- 20) Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Orientaciones Técnicas 2016 Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Guía Metodológica para la Gestión del Programa. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2016. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/030.OT-y-Guia-Pueblos-indigenas.pdf>.
- 21) Ministerio de Relaciones Exteriores. Gobierno de Chile. Decreto 236 que promulga el Convenio n° 169 de la Organización Internacional del Trabajo OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la Organización Internacional del Trabajo, 2008. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=27944>

- 22) Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile. Ley 19253 establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. 1993. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30620>.
- 23) Ministerio de Salud de Chile. Ley 20584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>.
- 24) Ministerio de Salud de Chile. Decreto n° 643 exento, de 30 de diciembre de 2016, que sustituye norma técnica sobre estándares de información en salud. 2016. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1099221>.
- 25) Ministerio de Salud de Chile. Norma General Administrativa n° 16 Interculturalidad en los Servicios de Salud, Resolución exenta N° 261. 2006. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Norma%2016%20Interculturalidad.pdf>.
- 26) Villasana López PE, Moreno Leiva GM y Mancinas-Chávez R. "Política pública intercultural de salud en Chile. Equidad desde la epidemiología crítica". Revista Notas Históricas y Geográficas, número 25, Julio - Diciembre 2020: 37-69.
- 27) Gobierno Regional de La Araucanía. Estrategia Regional de Desarrollo 2010-2022. Temuco: Gobierno Regional de La Araucanía 2010. Disponible en <https://www.subdere.gov.cl/documentacion/araucania-estrategia-regional-de-desarrollo-periodo-2010-2022>
- 28) Federación Internacional de Diabetes. Atlas de diabetes de la FID, 10ª ed. Bruselas, Bélgica: 2021. Disponible en: <https://www.diabetesatlas.org>
- 29) Sapunar J. Epidemiología de la diabetes mellitus en Chile Vol. 27. Núm. 2. Tema central: Diabetes, páginas 146-151 (Marzo 2016). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-epidemiologia-de-la-diabetes-mellitus-S0716864016300037>
- 30) Frenk J, Lozano R, Bobadilla JL. La transición epidemiológica en América Latina [The epidemiological transition in Latin America]. Notas Población. 1994 Dec;22(60):79-101. Spanish. PMID: 12290231. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12290231/>
- 31) Albala C, Vio F, Yáñez M. Transición epidemiológica en América Latina: comparación de cuatro países [Epidemiological transition in Latin America: a comparison of four countries]. Rev Med Chil. 1997 Jun;125(6):719-27. Spanish. PMID: 9580335. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9580335/>
- 32) Albala C, Vio F, Kain J, Uauy R. Transición nutricional en Chile: determinantes y consecuencias. Salud Pública Nutr. 2002; 5(1a): 123-128. [ Enlaces ]
- 33) Uauy R VF. Transición en salud y nutrición en países en desarrollo: el caso de Chile. Ciencias de la Vida Internacional de Nutrición de la Nación. 2007; Washington DC. EE.UU.: 117-28.
- 34) Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti M, Villagrán M, Ulloa N, Nazar G, Troncoso-Pantoja C, Garrido-Méndez A, Mardones L, Lanuza F, Leiva A, Lasserre-Laso N, Martorell M y Celis-Morales C. Desde una mirada global al contexto chileno: ¿qué factores han incidido en el desarrollo de la obesidad en Chile?(Capítulo 1). Revista chilena de nutrición, 2020;47 (2), 299-306.<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200299>
- 35) Ministerio de Salud de Chile. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud de Chile 2016-2017. Gobierno de Chile. 2018; Disponible: <http://inta.cl/wp-content/uploads/2018/01/ENS-2016-17-PRIMEROSRESULTADOS-I.pdf>.
- 36) Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). Mapa nutricional 2018. Resumen Estado Nutricional. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas Ministerio de Educación Gobierno de Chile. Disponible en: [https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/MapaNutricional2018\\_Junaeb\\_21.02.pdf](https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/MapaNutricional2018_Junaeb_21.02.pdf).
- 37) Ibáñez L, Sanzana R, Salas C, Navarrete C, Cartes-Velásquez R, Rainqueo A, Jara T, Pérez-Bravo F; Ulloa N, Calvo C, Miquel J, & Celis-Morales C. Prevalencia del síndrome metabólico en individuos mapuches que viven en medio urbano y rural en Chile. Revista médica de Chile, 2014; 142 (8), 953-960. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000800001>
- 38) Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. Observatorio Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017. [Internet]. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>.
- 39) Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Orientaciones Técnicas 2016 Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Guía Metodológica para la Gestión del Programa. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2016. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/030.OT-y-Guia-Pueblos-indigenas.pdf>.
- 40) Instituto Nacional de Estadísticas. INE-Chile. Síntesis resultados Censo 2017 Instituto Nacional de Estadísticas Junio / 2018. Disponible en <http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
- 41) Damianovic Camacho N. INE (Chile). Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile, Censo 2002. INE. 2005; I.S.B.N.: 956-7952-05-1. <https://bibliotecadigital.ciren.cl/handle/20.500.13082/6246>
- 42) Yu C & Zinman B. Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in aboriginal populations: A global perspective, Diabetes Research and Clinical Practice. 2007; 78(2): 159-170. ISSN

- 0168-8227, <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2007.03.022>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822707002495>)
- 43) Oyarce Pisani A & Pedrero Sanhueza M. "Perfil Epidemiológico de la Población Mapuche Residente en el Área de Cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío". Programa de Salud Intercultural del Servicio de Salud Bío-Bío. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile N° 1, 2011. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Edicion%20Perfil%20Epidemiol%C3%B3gico%20B%C3%A1sico%20de%20B%C3%ADo%20B%C3%ADo.pdf>
- 44) Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile Octubre 2011, N° 008. Disponible en <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%208%20ARAUCANIA%20NORTE.pdf>
- 45) Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. 2°12, N° 009. Disponible en <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%209%20OSORNO.pdf>
- 46) Fernández-Cao J. & Doepking C. Metabolismo de la glucosa en sujetos de etnia mapuche y descendientes de europeos: una revisión sistemática y metanálisis. *Actas de la Sociedad de Nutrición*, 2018; 77 (OCE4), E203. doi:10.1017/S0029665118002094
- 47) Kooiman JP, editor. *Modern governance: new government-society interactions*. London: Sage Publications; 1993. 2. Hufty M. L'objet gouvernance. In: Hufty M, Dormeier-Freire A, Plagnat P, editors. *Jeux de gouvernance: regards et réflexions sur un concept*. Paris: Karthala; 2006. p. 1-11.
- 48) World Bank. *Governance and development*. Washington DC: World Bank; 1992. Disponible en <https://documents1.worldbank.org/curated/en/995041468323374213/pdf/105170REPLACEMENT0WDR01992.pdf>
- 49) Hufty M, Báscolo E, y Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2006; 22 Sup:535-545. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v22s0/03.pdf>
- 50) Hufty M. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Rev. salud pública*. 2010; 12 sup (1): 39- 61, 2010 Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a04.pdf>
- 51) Mac-Clure O., & Barozet E. Judgments on (in) justice in a mature neoliberal regime: Results of an empirical game-based research. *Current Sociology*, 2016; 64(3), 335-352.
- 52) Barozet, Emmanuelle, & Mac-Clure Oscar. Nombrar y clasificar: una aproximación a la epistemología de las clases sociales. *Cinta de moebio*, 2014; (51), 197-215. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2014000300007> Pp. 60