



El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Revisión crítica a una experiencia de vinculación entre la Universidad y el Territorio en el sur de Chile



MARCELO CARRASCO-HENRÍQUEZ • marcelo.carrasco@ufrontera.cl

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

CAROLINA RAMÍREZ-CAMPOS • carolina.ramirez@ufrontera.cl

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

INGRID MAGNA-YOUNG • ingrid.magna@ufrontera.cl

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

ANDY TORRES-HIDALGO • andy.torres@ufrontera.cl

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

GONZALO INFANTE-GRANDÓN • gonzalo.infante@ufrontera.cl

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

REBECA CORREA-DEL RÍO • rebeca.correa@ufrontera.cl

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Fecha de recepción inicial: 06/10/2023

Fecha de recepción final: 26/01/2024

Esta es mi Universidad, como yo la quiero. Sin Murallas, en medio de la gente, con y para la comunidad.

Jaime Serra Canales, diario El Insular, invierno 2003, Chiloé.

RESUMEN

El presente documento da cuenta de una experiencia de vinculación universitaria, con carácter de situada, denominada Programa de Internado Rural Interdisciplinario

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

(PIRI). Refiere al campo de la formación profesional en salud, particularmente en el ámbito de la salud pública comunitaria y el desarrollo local. En el primer apartado, se describe el territorio en el cual se implementa y desarrolla el PIRI, dando cuenta de sus características sociohistóricas, en clave cultural. Posteriormente, se comparte el recorrido histórico, desde el origen hasta las principales dimensiones que configuran los enfoques epistémico y metodológico y los/as actores/as involucrados/as. En un tercer momento, se da cuenta de las relaciones territoriales, locales e internacionales, que el PIRI ha establecido a lo largo de los años, destacando las características del territorio como escenario de aprendizaje. En la parte final, se plantea y desarrolla el papel reversivo del programa, entendido como una contrapropuesta creativa, que enfrenta escenarios de empresarización universitaria, para finalmente reflexionar acerca de su aporte decolonial y contrahegemónico, como un espacio de revitalización de la salud colectiva, con especial énfasis en la influencia latinoamericana que lo define.

Palabras clave: Salud Comunitaria, Interdisciplinariedad, Educación Superior, Territorio Sociocultural, Reversión.

The PIRI Rural Interdisciplinary Internship Program: critical review of an experience of linking the University and the Territory in southern Chile

ABSTRACT

This document gives an account of a university bonding experience, with a situated character, called the Interdisciplinary Rural Internship Program (PIRI). It refers to the field of professional training in health, particularly in the field of community public health and local development. In the first section, the territory in which the PIRI is implemented and developed is described, giving an account of its socio-historical characteristics, in a cultural key. Subsequently, the historical journey is shared, from the origin to the main dimensions that make up the epistemic, methodological approach and the actors involved.

In a third moment, he realizes the territorial, local and international relations that the PIRI has established over the years, highlighting the characteristics of the territory as a learning scenario. In the final part, the reversive role of the program is proposed and

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

developed, understood as a creative counterproposal, which faces university business scenarios, to finally reflect on its decolonial and counter-hegemonic contribution, as a space for the revitalization of collective health, with special emphasis on the Latin American influence that defines it.

Keywords: Community Health, Interdisciplinarity, Higher Education, Sociocultural Territory, Reversion.

El escenario sociohistórico de la experiencia de Universidad en el territorio: los fenómenos y problemas sociales que configuran La Araucanía

La *Salud Pública* es un constructo entendido como la respuesta social organizada, que tiene como finalidad satisfacer las necesidades de salud de las personas de un territorio determinado; involucra a todos los actores públicos, privados, comunitarios que intervienen directa o indirectamente en la satisfacción de esta necesidad fundamental. Este concepto dinámico y entendido como proceso (Laurell, 1982) está ligado y cambia de acuerdo con estructuras de poder presentes en la sociedad, por lo que la salud no se entiende como un proceso únicamente biológico, sino que es fundamentalmente social (Solar, 2015).

Entender la salud como un proceso social implica considerar una serie de elementos del entorno, en el que se desarrollan las vidas de las personas y comunidades, los que –ineludiblemente– influyen en su salud y enfermedad. Desde América Latina se ha propuesto el enfoque de “determinación social de la salud”, fundado en la *Epidemiología Social*, que aporta, no solo una nueva conceptualización crítica respecto de los determinantes sociales, propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sino también una postura ético-política (Breilh, 2013). Si bien existe consenso entre ambos enfoques respecto de la importancia de la cuestión social en el campo de la salud y de la relevancia de la pobreza, el trabajo y las condiciones de vida como elementos clave del proceso salud-enfermedad, las diferencias emergen al analizar los supuestos ético-políticos en los que cada uno se funda. La determinación social –como enfoque de análisis– interpela, no solo a comprender que las condiciones de vida se entiendan como factores de riesgo sin historia, cuya relación con el individuo está dada por la probabilidad, en un lugar y tiempo definidos, sino que los/as sujetos/as

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

están subsumidos/as en los modos y condiciones de vida impuestos por un todo social (Morales-Borrero *et al.*, 2013).

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI) se ha desarrollado en la macrozona sur de Chile, principalmente en la región de La Araucanía, territorio al que se le ha denominado de distintas maneras. Primero fue Arauco, luego Frontera, más tarde Araucanía y Vieja Frontera, desde el punto de vista hispano-criollo; Wallmapu para el pueblo mapuche, que correspondería al amplio territorio que, desde el Pacífico al Atlántico, en la zona centro sur de Chile (Gulumapu) y la Argentina (Puelmapu), ocuparon los mapuche y que hoy reclaman como el amplio espacio en que se desarrollaron, antes de la llegada del español en el siglo XVI.

La construcción histórica del territorio, en el caso de La Araucanía, es fundamental para la comprensión de las tensiones y conflictos que hoy se expresan en la región; en este sentido, se pueden identificar cuatro etapas del proceso (Pinto-Rodríguez, 2020), que se describen a continuación. La primera corresponde a la llegada del español, la resistencia del pueblo mapuche y la incorporación de elementos provenientes de la cultura europea (siglo XVI hasta 1641). La segunda es la conocida como la época de los parlamentos, producto del desgaste de la guerra y la necesidad de establecer acuerdos que postergaron la violencia (1641 a 1850). La tercera etapa corresponde a la llegada del Estado y los desajustes que provocó en la sociedad fronteriza (1850 a 1920); nuevamente fue una etapa en la cual predominaron la violencia y los abusos cometidos contra las comunidades. Durante este período, el Estado de Chile inició un plan de ocupación militar progresiva del espacio transfronterizo (1860-1883); esta invasión territorial y desplazamiento forzado de su población se desencadenó por una serie de elementos tanto internos como externos, que, en resumen, tuvieron como uno de sus objetivos principales disponer de tierras productivas, tanto para la oligarquía chilena como para los colonos extranjeros que se pensaba llevar a Chile, para, de este modo, consolidar el sistema de producción capitalista primario exportador. Una vez implementada la violenta ocupación de La Araucanía, se va mensurando el territorio para que, una vez dividido, se proceda a su remate y adjudicación en subasta pública a colonos y particulares, quienes –con el apoyo de los cuerpos militares en la Frontera y el Cuerpo de Alguaciles armados– expulsaron violentamente a los/as ancestrales habitantes; en esta etapa, los mapuche perdieron sus tierras y su dignidad, dando origen al actual conflicto que sacude a La Araucanía.

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

Finalmente, la cuarta etapa corresponde al resto del siglo XX y lo que va del siglo XXI; en esta época, el Estado ha demostrado su incapacidad para resolver el conflicto que provocó al invadir la región. En este período se ha estimulado la instalación de empresas forestales, mineras y otras vinculadas al manejo de recursos hídricos.

En este sentido, por ejemplo, con el Decreto Ley 701, promulgado en 1974 para desarrollar el sector forestal en Chile, se proporcionó protección a las tierras forestadas contra la expropiación, se entregaron subsidios para el costo de la forestación y aunque se adoptaron medidas para proteger a los ecosistemas nativos, al no aplicarse exhaustivamente dichas protecciones, en la práctica, el Estado subsidió la sustitución de bosques nativos por plantaciones de especies exóticas, comercialmente más rentables, así como la pérdida de la biodiversidad (Heilmayr *et al.*, 2020). La presencia de las empresas forestales, con monocultivos de especies foráneas (pino y eucalipto), ha generado diversas consecuencias y conflictos respecto al uso de las tierras. La contaminación local (producto de los pesticidas), el agotamiento del recurso hídrico, la destrucción de caminos, la contaminación y la pérdida de ecosistemas y biodiversidad son solo algunos de los problemas que afectan a las comunidades de la región.

Por otro lado, las normativas vigentes en el país en materia de aguas, como el Código de Aguas, tras décadas de aplicación, han resultado en la privatización de las aguas superficiales y la concentración de su propiedad en pocas manos. Esto ha tenido implicancias adversas para el territorio ancestral del pueblo mapuche, como consecuencia de la proliferación de proyectos productivos forestales, salmonícolas, hidroeléctricos, que afectan la utilización y acceso al agua, su contaminación y disponibilidad (Silva, 2017).

La escasez de agua potable y la falta de su abastecimiento formal son situaciones que afectan al 47,2% de la población rural en Chile; esta situación se concentra en la zona sur del país, y se considera a la La Araucanía entre las regiones con menor acceso al agua, con un 71% de la población rural afectada. Esta es una variable que se correlaciona fuertemente con los índices de vulnerabilidad, particularmente de género, social, económico y ambiental, relacionados con la perpetuación de la pobreza y el alto gasto público para proporcionar abastecimiento, a través de camiones aljibes (Amulén, 2019).

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

Otro impacto de este modelo de desarrollo centralizado y extractivista ha sido la desvalorización de la vida campesina. La pequeña y mediana agricultura han ido desapareciendo; entre 1990 y 2015 disminuyeron de 93 mil a 40 mil los hogares agrícolas, con una tasa anual promedio del 2% a nivel país (Oficina de Estudios y Políticas Agrarias-ODEPA, 2017). Las dificultades de acceso al agua, a bienes y servicios, a educación y a tecnologías y a instancias de comercialización justas, entre otras, han agudizado este aislamiento geográfico y cultural, aumentando el éxodo del campo a la ciudad y el decrecimiento demográfico en las comunas históricamente con mayor ruralidad, situación que ciertamente se ha manifestado en la región de La Araucanía (Oficina de Estudios y Políticas Agrarias-ODEPA, 2017; Mieres Brevis, 2020).

Estas políticas extractivistas se han centrado en el comercio exterior y en tratados internacionales, con ganancias a costa de la vulnerabilidad socioeconómica de las familias campesinas y mapuche, de la precarización del trabajo y la explotación de los bienes comunes esenciales para la producción de alimentos; así, en forma paulatina, se van perdiendo los/las productores/as y la producción local.

La historia de las comunidades mapuche en La Araucanía es compartida por los pueblos originarios latinoamericanos, que han sido afectados por el proceso de colonización; experiencia que, *per se*, es insuficiente para comprender el daño que este genera, ya que continúa desarrollándose en la actualidad (Mitchell, 2019). Esto ha sido descrito como *trauma colonial* (Evans-Campbell, 2008), para explicar el proceso activo de agresión política, que comprende eventos históricos y contemporáneos, que reflejan prácticas coloniales para subyugar y perpetrar etnocidio y genocidio. Este concepto reconoce que los impactos psicológicos, sociales y culturales del colonialismo se extienden a nivel colectivo, presentando además la persistencia de intrusiones sistémicas de colonización, las que son responsables de la actual disparidad en los ámbitos social y de salud entre la población indígena y no indígena (Mitchell, 2019). La colonización de la nación mapuche y el papel colonizador de la nación chilena se materializan al momento de la ocupación militar del territorio mapuche, agenciando la subyugación de esa nación en las tres esferas de poder: el control de la economía (confinamiento de la población en un sistema de reservas indígenas), el control de la autoridad (abolición del poder formal de las autoridades tradicionales mapuche) y el control militar en las áreas de las reservas indígenas (Calbucura, 2013).

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

En la actualidad, la región de La Araucanía tiene una población de 957.224 habitantes, según el Censo de Población y Vivienda (Instituto Nacional de Estadísticas-INE, 2017), lo cual equivale al 5,4% de la población total del país. Es la segunda región con mayor ruralidad (29% de población rural) aunque, como se señaló anteriormente, este porcentaje ha ido bajando paulatinamente en los últimos años (según el CENSO de 2002, la población rural en la región era de un 32,3%). Además, es de las regiones con mayor porcentaje de población de pueblos originarios (34%), mayoritariamente mapuche.

Desde que se tiene medición oficial de la pobreza, persistentemente la región de La Araucanía ha destacado por tener los indicadores más altos del país, tanto en ingresos como en factores multidimensionales. En la medida de pobreza por ingresos, según las encuestas de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), en 2006 La Araucanía obtuvo un 48,5% con respecto al 29,1% a nivel país; en 2017, el porcentaje de pobreza por ingreso fue de 17,2%, doblando el promedio nacional (8,6%) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017); y en los resultados de la CASEN de 2020, durante la pandemia, respecto a pobreza extrema, la región pasó de 4,6% en 2017 a 5,9%, ubicándose como la segunda región con mayor pobreza extrema. También, en la medición de pobreza multidimensional, hay marcadas diferencias entre la correspondiente a la región de La Araucanía (28,5%) comparada con la pobreza a nivel nacional (20,7%). En el marco de la región, cabe mencionar que hay más pobreza en la población con pertenencia a pueblos indígenas (14,5%), lo cual evidencia condiciones sociales y económicas peores que las de la población no indígena del país (8%).

Aun cuando los indicadores de pobreza a nivel país han ido mejorando en los últimos años, las desigualdades se han mantenido casi sin variación, especialmente en el período 2013-2015, incluso algunas regiones aumentan el índice Gini, a través del cual se mide la desigualdad. Según este coeficiente de 2017, la región de La Araucanía se posiciona como la segunda región más desigual del país (Mieres Brevis, 2020).

Teniendo en cuenta los aspectos históricos que involucran a esta región y estos indicadores, se visualiza a La Araucanía como una región fragmentada, política, social y culturalmente. La pobreza, las brechas que se perpetuaron o agudizaron con la situación de pandemia y las desigualdades que históricamente persisten, parecen ser consecuencias más que causas. Consecuencias de una profunda centralización de Chile; de la concentración de la riqueza; de un desarrollo desigual, con costos medioambientales y sociales críticos; de un neoliberalismo desenfrenado, y políticas

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

extractivistas, como la instalación y desarrollo de las empresas forestales; del no reconocimiento por parte del Estado chileno de la nación mapuche y de sus demandas históricas. Distintos gobiernos han implementado diversas políticas públicas, que buscan abordar las temáticas sociales tanto del país como de la región; sin embargo, no han tenido la capacidad de considerar los problemas de fondo y la naturaleza de estas inequidades y conflictos. Según señala Francisco Huenchumilla han sido “miradas miopes y ahistóricas”, que aluden a problemas solamente sociales, de orden público y delincencial, sin considerar la interpelación política e histórica del pueblo-nación mapuche al Estado de Chile (Huenchumilla, 2021).

Este escenario complejo, exige que distintos actores, Estado, instituciones, empresas, sociedad civil y universidades, adquieran compromisos, reflexionen críticamente, aporten miradas profundas que consideren las raíces de estas inequidades y conflictos. Existen demandas históricas del pueblo mapuche que habita esta región, que –tarde o temprano– habrá que poner sobre la mesa: la recuperación de tierras y la autonomía jurisdiccional, el reconocimiento de la identidad cultural y los beneficios económicos, la representación política, la aplicación completa del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2008), entre otros. Para alcanzar este mayor nivel de desarrollo y por ende el mejoramiento de la calidad de vida de toda la población de esta región, es necesario que el proceso hacia la equidad considere las diferencias territoriales del país (Mieres Brevis, 2020).

En este territorio de La Araucanía, con su complejidad y riqueza, es donde se despliega el programa PIRI. Se trata de la Universidad que se encarna y hace parte del territorio, acoge y se involucra en los procesos sociohistóricos que conforman esta región, la realidad sociosanitaria que se configura, y se vincula con los actores locales y las comunidades desde el reconocimiento y el diálogo de saberes, en torno a recursos propios de las localidades y a las carencias que ellas mismas visibilizan.

El PIRI: la historia de la Universidad en el territorio/De la hepatitis viral a la salud y el desarrollo local

En un recorrido de lo particular a lo general, corresponde partir señalando que el PIRI surge en 1991, desde el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera, “como respuesta a una crisis de un modelo

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

docente-asistencial, que cumple parcialmente su misión de formar profesionales para trabajar en equipo y producir desarrollo integral” (Serra-Canales, 1992).

El PIRI representa un modelo de aprendizaje-acción en salud pública comunitaria y desarrollo local, orientado al despliegue interdisciplinario e integral de la práctica profesional. Se basa en el desarrollo de pasantías de estudiantes universitarios/as, organizados/as en equipos de trabajo en los que confluyen diversas áreas del saber, en múltiples localidades del territorio sur de Chile y en colaboración con entidades municipales de salud y otros actores del desarrollo local. En este sentido, se trata de un ejercicio territorial desde la Universidad pública regional, en vinculación con comunidades en situación de vulnerabilidad de la zona sur (Carrasco-Henríquez *et al.*, 2019).

La Universidad de La Frontera se encuentra en la región de La Araucanía, al sur de Chile, caracterizada por un alto porcentaje de población rural, que representa un 28% según proyecciones para 2021 (Instituto Nacional de Estadísticas, 2020). Además, según registros disponibles (Biblioteca del Congreso Nacional-BCN, 2020), la región se mantiene desde 1990 como la de más bajo nivel en el índice de desarrollo humano (IDH), elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); dando cuenta de profundas inequidades, las que se ven fuertemente determinadas por los cambios políticos, económicos y sociales que se desarrollan en el país, que a su vez se encuentran influenciados por procesos globales de carácter político multilateral, económico, financiero y comercial (Carrasco-Henríquez y Serra Canales, 2009).

Durante 1991 se desata una epidemia de hepatitis viral en la zona cordillerana de la región de La Araucanía, más específicamente en la comuna de Cunco, ubicada a 60 km de la capital regional Temuco, que rápidamente se propagó a las comunas vecinas. La realidad de la época daba cuenta de una baja cobertura de servicios básicos, como agua potable o red de alcantarillado en contextos rurales, además de un sistema de salud muy centralizado y cuyos recursos humanos y tecnológicos se encontraban en las grandes ciudades lo que, sumado a problemáticas de conectividad, redujeron aún más las oportunidades de acceso a atención oportuna y especializada de los/as habitantes de comunas periféricas a la capital regional.

Con motivo de encarar el enfrentamiento a la epidemia, la Universidad se implicó en la problemática. Este proceso fue liderado por el médico salubrista, pediatra y

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

epidemiólogo, Dr. Jaime Serra Canales, académico y director del Departamento de Salud Pública en ese período, quien había producido numerosa investigación en hepatitis viral durante sus años de permanencia en Centroamérica. Mientras vivió su exilio en Costa Rica, el Dr. Serra participó de manera activa en el desarrollo de una experiencia de trabajo comunitario denominada “Hospital sin Paredes”, en el Cantón de San Ramón, iniciativa que proponía cambiar el sistema tradicional de hospital cerrado y con misión puramente curativa, por un hospital de puertas abiertas proyectado a la comunidad, con plena participación comunitaria y con un enfoque preventivo, así como con una visión de mayor apertura para abordar las necesidades de salud, educación, vivienda, recreación y trabajo. Junto con ello, esta experiencia promovió la investigación epidemiológica con la comunidad, con la finalidad de producir conocimientos sobre el proceso de salud/enfermedad, logrando empoderar a la población para plantear soluciones ante la realidad sociosanitaria que la afectaba. Este contexto permitió la afluencia de profesores/as y estudiantes universitarios/as, especialmente de ciencias sociales y de la salud, estableciéndose como ámbito de docencia y práctica sobre la realidad, quienes articularon con otras instituciones y organizaciones en este proceso de experiencia-aprendizaje, como los Comités de Salud, Puestos de Salud y otras instancias (Arias-Sobrado, 2015).

Una vez de regreso a Chile, el Dr. Serra se vinculó profesionalmente con la Universidad de La Frontera, como académico del Departamento de Salud Pública y encargado de la práctica rural de la carrera de Medicina; fue en ese rol que volcó toda su experiencia al enfrentamiento de esta situación sociosanitaria, acompañando al grupo de estudiantes en su práctica profesional (internos/as) para que estudiaran y generaran estrategias de lucha contra la epidemia.

A partir de esto se desarrolló una valiosa experiencia comunitaria que se expresó en el compromiso solidario de la Universidad, el Municipio local, instituciones de educación, organizaciones sociales del territorio y el Servicio de Salud Regional. Se desplegó una exitosa lucha que dejó en evidencia la conveniencia de reunir bajo un mismo espacio social, físico y territorial, a estudiantes del último año de carreras como Medicina, Enfermería, Obstetricia, Nutrición y Kinesiología, lo que conllevó a que los/as académicos/as de la Universidad también se involucraran en el acompañamiento y supervisión de dichos estudiantes. Por lo tanto, la Universidad se insertó en el territorio, saliendo de las paredes de las aulas y laboratorios, involucrándose directamente con la

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

comunidad, espacio en el que realmente se conocen las necesidades de la población, aquellas que es imprescindible abordar (Carrasco-Henríquez y Serra Canales, 2009).

A poco andar, se sumaron docentes y alumnado de la Facultad de Educación y Humanidades, de las carreras de Psicología y posteriormente de Trabajo Social. Así tomó cuerpo el propósito común que guió esta apuesta integral desde la Universidad: “Crear un modelo docente asistencial en atención primaria en Salud, que sirva como territorio comunitario de prácticas de Internado Interdisciplinario y que, tomando como eje articulador al subsistema salud, genere Desarrollo Local” (Serra Canales, 1992).

La implementación del PIRI significó un desafío pedagógico y metodológico de gran magnitud, que requirió decodificar previamente, o durante el proceso de su construcción, los conceptos de interdisciplinariedad y desarrollo local. En el campo del conocimiento, la interdisciplinariedad ofrece una forma para superar la fragmentación del saber, que la especialización exhibe como inevitable, permitiendo realizar una cierta unidad del saber, no como una “reducción a la identidad” sino como toma de conciencia de la complejidad de las realidades que nos rodean. El análisis “desde distintas miradas científicas, a problemas o conjuntos de problemas, cuya complejidad es tal, que con el aporte (o la disponibilidad) de cada una de las disciplinas a la interdisciplinariedad, ayudaría a desentrañar las distintas dimensiones de la realidad social” (Esther *et al.*, 2008). Por otra parte, entendemos que el desarrollo local pretende situar como punto central al ser humano y a los intereses colectivos, potenciando en su esfera diaria las capacidades de los/as individuos. Constituyen un enfoque y una práctica que persiguen impulsar el desarrollo endógeno, la autoorganización y el bienestar social, por lo que requieren tanto de la participación colectiva como de la intervención individual (Juárez-Alonso, 2013).

El programa se estructura a partir de la articulación entre las asignaturas de práctica profesional de Salud Pública y otras afines, con las diferentes carreras de las Facultades de Medicina, Odontología, Educación y Humanidades, así como con la Facultad de Ciencias Agropecuarias y Forestales. Constantemente, incorpora también a estudiantes de otros países de América Latina y de Europa, motivados por su interés de tener una experiencia de trabajo interdisciplinario en Chile.

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

Dimensión	Práctica Tradicional No PIRI	Práctica PIRI
Espacio de Formación (preferente)	Clínico asistencial	Territorio comunitario
Objeto de estudio	Individuo Proceso salud-enfermedad	Comunidad y variables sociales, ambientales, etc.
Perspectiva de abordaje de los problemas de salud	Disciplinaria	Interdisciplinaria
Entorno institucional	Establecimientos de salud	Interinstitucional intersectorial
Relación con la comunidad	Asimétrica	Simétrica, participativa

Tabla N°1. Comparativa de un internado tradicional y la práctica PIRI (elaboración propia).

El accionar del PIRI se materializa en un plan de trabajo construido participativamente en cada territorio, por el equipo de profesionales y técnicos/as, el equipo docente universitario, estudiantes, representantes de las instituciones y de la comunidad local, procurando la convergencia que permita el cumplimiento de los objetivos específicos de cada disciplina, los objetivos generales y el gran propósito del Programa Internado Rural Interdisciplinario. Se establecen ejes de trabajo que se denominan Líneas Articuladoras Interdisciplinarias (LAI), que corresponden a áreas que movilizan sinergia entre las competencias representadas en el conocimiento formal del mundo académico, el saber vivencial y/o tradicional de actores/as del territorio y la estructura programática y técnica de las políticas públicas en los ámbitos de salud, educación, desarrollo económico, entre otros. Las LAI son áreas y estrategias, a la vez, que permiten la integración de distintos saberes y competencias para el abordaje desde una visión longitudinal de la vida humana (desde el nacimiento hasta la muerte) y la relación del ser humano con el medio ambiente, incorporando las variables sociales y culturales. Responden a la realidad local; sus potencialidades y necesidades incluyen lo técnico y lo valórico con visión de globalidad. Entre las LAI que se han implementado para dinamizar el trabajo en salud y el desarrollo local se encuentran: Promoción y Educación en Salud; Atención Clínica a nivel descentralizado; Salud, Arte y Cultura; Salud, Deportes y Recreación; Salud Integral del Pre Escolar y Escolar; Salud y Medio Ambiente; Salud e Interculturalidad; Salud de la Mujer; Salud Ocupacional; Salud del Adulto Mayor; Desarrollo Comunitario; Desarrollo Sustentable; Desastres y Emergencias; Discapacidad e Inclusión; Soberanía Alimentaria; Salud del Adolescente (Carrasco-Henríquez *et al.*, 2019).

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río



Gráfica N° 1. Líneas Articuladoras Interdisciplinarias (LAI). Articulación de institucionalidad, saberes y necesidades de la comunidad y conocimientos académicos disciplinarios (elaboración propia). Las tres esferas que representan las competencias de la comunidad (necesidades sociales, saberes locales y realidad sociosanitaria), las instituciones (políticas públicas y recursos) y la Universidad (objetivos académicos disciplinarios e interdisciplinarios, metodología). La intersección de las tres esferas se denomina Líneas Articuladoras Interdisciplinarias.

Descripción de imagen: gráfico de conjuntos de tres círculos con unión entre los tres. Un conjunto es 'Comunidad: necesidades sociales, saberes locales, realidad sociosanitaria'; otro conjunto es 'Instituciones: políticas públicas, recursos'; otro conjunto es 'Universidad: objetivos académicos, disciplinarios e interdisciplinarios, metodología'. La unión de los tres conjuntos son las Líneas Articuladoras Interdisciplinarias: salud del escolar, salud de la mujer, salud medioambiental, interculturalidad, salud del adulto mayor, cultura, deportes y recreación.

Territorios PIRI

El territorio no es solamente una porción de tierra delimitada con su complejidad biofísica (relieve, condiciones ambientales, biodiversidad). Es, sobre todo, un espacio construido socialmente, es decir, histórica, económica, social, cultural y políticamente.

Sosa Velásquez, 2012: 7

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

El PIRI se abocó en sus primeras fases a definir los territorios específicos en que se insertarían los/as docentes y los/as estudiantes. Cabe mencionar, que el principal centro de práctica de la Facultad de Medicina es el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, un establecimiento autogestionado en red, ubicado físicamente frente al edificio de la facultad en el que, debido a que proporciona una gran capacidad formadora, los/as estudiantes realizan sus prácticas desde los inicios de su formación hasta las prácticas profesionales. El Programa PIRI abre nuevos espacios de prácticas, dando relevancia a la Atención Primaria en Salud (APS) y sobre todo a los territorios como espacios de aprendizajes, donde prima el diálogo y la acción de la Universidad con las personas de la comuna donde se inserta, trabajando en conjunto para dar respuesta a las necesidades sociosanitarias identificadas en el espacio común de abordaje comunitario: el territorio. El proceso de ampliar nuevos espacios de aprendizaje no ha sido fácil, el impacto del programa ha logrado vencer muchas resistencias, que se manifiestan hasta el día de hoy y que serán descritas más adelante.

La experiencia de Cunco fue el punto de partida para que más comunas de la región de La Araucanía quisieran replicar esta alianza virtuosa entre Universidad y Municipio. A este primer convenio, le siguieron, cercanos en el tiempo, las comunas de Nueva Imperial y Angol; en los años posteriores se sumaron: Collipulli, Galvarino, Curacautín, Puerto Cisnes (Región de Aysén, Patagonia chilena), Puerto Saavedra, Quemchi (Región de Los Lagos, Isla Grande de Chiloé), Freire, Melipeuco, Lonquimay, Carahue, Gorbea, Pucón, Renaico, Curarrehue, Los Sauces, Vilcún, Teodoro Schmidt, Cañete y Lumaco. A estos convenios con municipios se deben añadir los establecidos con organizaciones territoriales del pueblo mapuche, tales son los casos de la Asociación Makewe Pelale para la Salud (del territorio de Makewe) y el de la Asociación Boroa Filulawen, responsable del Centro de Salud Intercultural del territorio de Boroa.

El despliegue del PIRI ha tenido un alcance en lo que se conoce como la Macro Región Sur de Chile, en cuatro áreas, la Región de La Araucanía, la Región del Biobío, la Región de Los Lagos y la Región de Aysén. Esta inserción, que abarca un espacio geográfico que se extiende por más de 1500 km de norte a sur, representa la habilitación de observatorios pedagógicos, que expresan diferentes contextos sociales, étnicos, culturales, ambientales y económicos.

La experiencia ha tenido un alcance internacional, lo que fue intencionado desde la perspectiva de la necesaria integración a nivel de América Latina y de la proyección de

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

relaciones internacionales para la movilidad estudiantil y académica en general. Esto ha redundado en una serie de convenios que han permitido que estudiantes de otros países del continente y de Europa vivan la experiencia PIRI. Se han establecido convenios con universidades de la Argentina, Colombia, Suecia, Bélgica, entre otros países. Un impacto de estas relaciones internacionales lo representa la creación del Programa PIRI en el Departamento de Nariño en Colombia, en el que confluyen tres universidades de ese país.

En los territorios rurales los/as estudiantes viven, trabajan, aprenden, crean, enseñan, comparten valores e inquietudes entre sí, con sus docentes y con las comunidades. En cada lugar se cuenta con hogares habilitados para la residencia de estudiantes, a quienes se les entregan equipos y materiales para el desarrollo de sus labores académicas y profesionales. Son lugares de encuentro en los que se comparte de manera cotidiana, desplegando creatividad, reflexionando, generando confianza y compromiso, construyendo la base para la interdisciplinariedad. Esto último permite que quienes trabajan en realidades geográficas y culturales particulares avancen en la comprensión de que los problemas de salud van más allá del trabajo en un hospital, pues involucran diferentes dimensiones de la vida que determinan el proceso salud-enfermedad, como la educación, la economía local o las relaciones sociales (Carrasco-Henríquez *et al.*, 2019).

Hoy, el Programa encarna un modelo de universidad comprometida con la sociedad de la cual forma parte, con sus problemas, desafíos y potencialidades, y con un rol asumido como promotor del compromiso social de las/os futuras/os profesionales, que incluye la visión territorial, interdisciplinaria, interinstitucional, intersectorial, de participación comunitaria y de redes descentralizadas de actores sociales.

El papel reversivo del PIRI: una contrapropuesta frente a la empresarización universitaria

En los años noventa, con la transición a la democracia en Chile –así como en diversos países de América Latina–, se inicia un proceso de profundización del modelo neoliberal, lo que marcó fuertemente el comportamiento de los Estados, llevándolos con gran velocidad a establecerse como estados subsidiarios (Diehl y Mendes, 2020). Tal es el caso de Chile, que experimentó transformaciones que disminuyeron la intervención del Estado en el campo social, instalándose la participación de privados

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

en sectores que tradicionalmente estuvieron bajo su responsabilidad, como la salud, la seguridad social y la educación. Este contexto de neoliberalización de la sociedad chilena impuso el cumplimiento del ciclo que va desde el cambio político al cambio cultural, entendido como transformación de la mentalidad colectiva (Nohlen, 2008), “cultura” que también se apostó en las lógicas institucionales de las universidades.

Estas iniciaron un tránsito a la instrumentalización de sus funciones, en razón de salvaguardar su funcionamiento, a partir de privilegiar tareas y procedimientos que favorecieran el acceso a financiamientos, haciéndose preeminente el economicismo en su conducción (Organización Panamericana de la Salud-OPS y Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades-Escuelas de Medicina-FEPAFEM, 1994). De este modo, el incremento de la matrícula –entendida como la preferencia de postulantes interesados/as en ingresar a los planteles de Educación Superior–, como el aumento de la producción científica en revistas de alto impacto, se constituyeron en prácticas académicas excluyentes.

En Chile, se produce una apertura para el funcionamiento de universidades privadas, que se emplazan a lo largo de todo el país, del mismo modo que se consolidan los mecanismos de financiamiento estatal universitario (Alonso, 2018), con un fuerte énfasis en la productividad científica y captación de matrícula (alumnado); en palabras de Souza Santos, “el paradigma institucional de la universidad ha sido sustituido por un paradigma empresarial, al que deben estar sujetas tanto las universidades públicas como las privadas” (De Sousa Santos, 2007), lo que agudiza la unilateralidad que caracteriza el modelo de relaciones de la Universidad con la sociedad –asimetría que la marca desde su origen hasta la actualidad–, y que provoca un distanciamiento que ha dejado en la opacidad su relación con los nudos críticos, que se expresan en los distintos ámbitos de la vida.

García Galván (2021) pregunta: “¿cómo es que hasta cierto punto el sistema universitario se ha desentendido de abordar y atender las problemáticas sociales en correspondencia a su sustento social?”. El mismo autor propone la respuesta y expone las siguientes razones: a) quienes dirigen las universidades portan la miopía del pragmatismo y el utilitarismo; b) pedir a las universidades mayor compromiso social y esfuerzo para el desarrollo social –sin más financiamiento– es algo incongruente; c) desentendimiento de la Universidad en asuntos que deben ser de su incumbencia. Ejemplo de ello es el término de la existencia de hospitales universitarios, como centros de formación docente y asistencial, cuestión evidenciada ante la emergencia propiciada por el COVID-19; d) ausencia de

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

liderazgo social y político de quienes administran o conducen las universidades; y e) paradójicamente, la Universidad, como centro de excelencia para la producción de conocimiento no es capaz de anticiparse a los problemas.

El PIRI, como experiencia de formación integral de profesionales de salud en el territorio local, surge en tiempos de reinstauración de la democracia y afianzamiento del modelo económico social derivado de la dictadura, modelo que reproduce una democracia limitada, promueve el comportamiento individualista y la competencia en los distintos ámbitos de la sociedad (Garretón y Garretón, 2010).

Contra estos vientos ha navegado el PIRI, como propuesta y experiencia que ha instalado a la Universidad en el territorio, en localidades de la región más empobrecida de Chile. Se reproduce así lo que Hernández define como “Estilo Semilla”, denominado de esta manera porque busca “los resquicios que deja la pesada losa de las burocracias, de la historia, de la costumbre y de los intereses ocultos, e imita a esas pequeñas hierbas que rompen la solidez de una capa de cemento y son capaces de florecer” (Hernández, 2010).

En un entorno que incrementa la distancia entre la Universidad y la sociedad, el PIRI emerge como espacio de formación de carácter reversivo, en tanto pone a la Universidad en coherencia con su misión de institución comprometida y al servicio de su territorio. El concepto de reversión, a partir de los planteamientos del sociólogo español Jesús Ibáñez, refiere a la restitución de algo al estado que tenía (Real Academia Española-RAE). Sintetiza las formas en que los colectivos sociales –que demandan transformaciones– pueden, de manera creativa, desbordar planteamientos conservadores o sistémicos por un lado y levantamientos subversivos-revolucionarios por otro. Ir más allá de una posición u otra, rompiendo el eje dilemático que significa estar del lado de lo establecido, o estar en el extremo de lo que propone un cambio radical y absoluto (Carrasco-Henríquez e Infante-Grandón, 2016).

En este escenario, a partir de la interpretación del sentido universitario al servicio de la sociedad, concitando la movilización y organización de académicos/as, estudiantes, líderes sociales e instituciones locales, se logra instalar y luego hacer funcionar – durante treinta años– un Programa que compromete a la Universidad estatal, con una formación de profesionales de la salud aplicada en territorios; movilizándolo para ello aportes financieros municipales, centrando su discurso en los deberes éticos que implican a estos/as actores/as institucionales: procurando la formación de profesionales

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

comprometidos/as con la sociedad a la que servirán y brindando una atención integral a las poblaciones, con la contemplación de sus características sociales, culturales y económicas, respectivamente. Dicho de otra forma, el PIRI, ha colocado a los actores universidad y municipio en una posición de coherencia entre su declaración y sus prácticas.

La dimensión concreta en que el PIRI expresa la reversión de la Universidad hacia el desempeño de sus funciones –en sintonía con su territorio– es el de la Salud Pública; campo político y simbólico de profundo arraigo en la sociedad chilena. En su experiencia, el PIRI ha propugnado y puesto en práctica lo sostenido en los enfoques de la Salud Colectiva y la Medicina Social, según los cuales variados/as autores/as sostienen que se debe considerar, entender y comprender los procesos de salud/enfermedad/atención-cuidado, desde un enfoque relacional (Carrasco *et al.*, 2019). Consecuentemente, es esencial contemplar que las expresiones biológicas de la desigualdad social refieren a cómo la población las incorpora en su cuerpo biológico, desde el útero, el nacimiento y hasta la muerte, generando desigualdades sociales en la salud, en una amplia variedad de indicadores (Krieger, 1994).

Un ejemplo en que la salud colectiva se ha materializado en el quehacer universitario, a través del PIRI, por intermedio del trabajo con la infancia rural, predominantemente indígena mapuche, en el caso del territorio de La Araucanía. Esta línea de trabajo, denominada Salud Integral del Escolar, despliega la estrategia de acompañamiento a una “Escuela Apadrinada”, como una “forma de actuación permanente de los equipos interdisciplinarios de estudiantes, desplegados en los diferentes territorios y espacios de trabajo, particularmente, en la escuela municipal” (Carrasco-Henríquez *et al.*, 2019).

En la escuela se toma contacto y dialoga con la comunidad, adentrándose en la comprensión de sus problemas y potencialidades, relacionándose con los sujetos, poniendo en juego lo biomédico y lo sociocultural. La aproximación del equipo interdisciplinario de estudiantes universitarios/as se concreta mediante la realización de diagnósticos integrales de salud, dirigidos a niños/as y adolescentes; por medio de educación en salud y bienestar, gestionando derivaciones para la atención de los problemas identificados en centros especializados. En contrapartida, la comunidad comparte visiones sobre sus formas de vida, tradiciones y creencias, configurando de este modo un diálogo de saberes y conocimientos.

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

Esta estrategia ubica a la escuela como el motor comunitario, como un espacio de acción, en el que las personas, independientemente de su condición social y económica, pueden expresar su potencial, en tanto sujetos/as de derecho. En este sentido, experiencias como la de Salud Integral del Escolar, admiten demostrar que –por sobre la retórica académica y de los organismos internacionales– pueden impulsarse acciones y procesos que permiten a las comunidades incrementar el control sobre su salud, desarrollando prácticas promotoras de bienestar, efectivamente abordadas desde el espacio local, con participación activa de los sujetos e instituciones presentes en el territorio (Carrasco-Henríquez *et al.*, 2019), entorno en el cual la Universidad encuentra espacio y sentido.

Tránsito decolonial y contrahegemonía en la formación sanitaria

Para el ejercicio universitario en el territorio, cuando se trata del campo de la salud y, en particular, considerando la articulación con el sistema sanitario, se debe tener en cuenta la existencia de paradigmas dominantes que han perdurado en las realidades asistenciales, en los cuales el Programa PIRI ha intentado un tránsito desde lo biomédico (predominante) hacia lo social (secundario).

La biomedicina, entendida como campo de acción y conocimiento, es imperativa respecto de otros saberes; en tanto se despliega como pilote de los sistemas y modelos de atención en salud, con una intención expansionista y colonial, que se expresa en forma consistente y sostenida, pese a que diversas voces la consideran en crisis (Menéndez, E. L., 2020).

Los aportes teóricos, prácticos y analíticos que emergen como pilares de la biomedicina se vinculan con el Informe Flexner, publicado por Abraham Flexner (1910), por encargo de John D. Rockefeller; en el citado informe se sientan las bases de la medicina occidental que actualmente conocemos, con un marcado énfasis en lo biológico; la división funcional del cuerpo y su atención por especialistas, además del desarrollo farmacológico, para un universo amplio de patologías (Narro-Robles, 2004). Esto da lugar a la configuración del Modelo Médico Hegemónico (MMH), descrito lúcidamente por Eduardo Menéndez (1983).

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

Con respecto a la formación en Salud Pública, particularmente en Estados Unidos, la participación de la Fundación Rockefeller fue preponderante, escogiendo y apoyando financieramente –bajo la recomendación experta de Flexner– la propuesta presentada por la escuela de John Hopkins, que tenía como eje la investigación científica, con énfasis en estadística, epidemiología, bacteriología y relación con el Hospital-Escuela (Paim, 2021). En ese contexto, la escuela de John Hopkins fue el modelo a seguir por las Escuelas de Salud Pública en América Latina, formando a varias generaciones de sanitaristas, que se diseminaron por el continente, incluidos chilenos (*ibídem*).

En el escenario descrito, el carácter social de los padecimientos y su raigambre comunitaria no emergen como relevantes hasta la aparición e influencia de Juan César García (Galeano *et al.*, 2011) que, en su calidad de responsable del programa de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recupera y revitaliza los alcances de la Medicina Social –atribuida a Guérin, Virchow y Neumann (Paim, 2021)–, posibilitando el desarrollo de la Medicina Social Latinoamericana, en la década de 1970 (Waitzkin *et al.*, 2001).

El movimiento de Medicina Comunitaria/Salud Comunitaria, sin una acabada distinción de sus preceptos (Silva Paim, 2009), se operacionaliza en el campo académico, a través del desarrollo de actividades experimentales, particularmente con prácticas externas a las unidades de salud (acciones extramuros) (Almeida Filho y Silva Paim, 1999); esto incluyó conceptos estratégicos, tales como integración docente-asistencial y participación de la comunidad y regionalización (Paim, 2021). Asimismo, la Conferencia de Alma Ata (1978) sienta las bases para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS), definiendo como horizonte y lema alcanzar “salud para todos en el año 2000” (Tejada de Rivero, 2018).

La operación de la biomedicina en los países del mundo occidental se articuló fuertemente con el Estado, de manera independiente de si los países contaban con sistemas privados, públicos o mixtos (Menéndez, E. L., 2020), pese a los posicionamientos cuestionadores planteados por la Medicina Comunitaria/Salud Comunitaria (Jarillo Soto y López Arellano, 2015); manteniendo confinados a los/as trabajadores/as de la salud en sus boxes de atención, en centros de salud llamados a impulsar e implementar los planteamientos de Alma Ata. Esta oficialidad fue persecutoria de los agentes de salud tradicional, que fueron obligados/as –en su gran mayoría– al oscurantismo, o a una participación subalterna y folclorizada, en

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

los aparatos institucionales biomédicos, en tanto etnogubernamentalización (Cuyul Soto, 2014).

Esta coacción, instalada por la biomedicina, confirmó a la enfermedad como la protagonista y referente de la Salud Pública tradicional, lo que se ha denominado como “enfermología pública” (Granda, 2004). De esta manera, la formación de profesionales y técnicos/as de la salud ha transitado lejos de entender y conocer los procesos protectores de la salud, que surgen en la cotidianeidad de la vida social.

Es así como el PIRI aparece como una bocanada de aire fresco, que no responde a las lógicas de formación sanitaria tradicional sino, por el contrario, es resultado de una sociedad entendida como un sistema hiperreflexivo (Villasante, 1995), cuyo origen está en el encuentro con la otredad, sustentado en la claridad que emerge desde las propuestas de la epidemiología sociocultural, superando el reduccionismo causal, instalado por la colonización epistémica norte-sur (Breilh, 2003).

De esta forma, el PIRI propone superar lo Normativo/Institucional, para adentrarse en lo Habitual/Comunitario, configurando escenarios de aprendizaje, promotores de la articulación local-local. Esto supone deconstruir la formación medicalizada de la fuerza de trabajo, que entiende el cuerpo como máquina (Fuster Sánchez, 2013), dando lugar al encuentro con una ontología de la práctica sanitaria, que comprende el cuerpo múltiple, en tanto enacción (Mol, 2021), revitalizadora de nuestras representaciones y prácticas.

El reto ha sido desplegarse en este escenario contradictorio, en un territorio complejo y desafiante, que encuentra un sin número de barreras culturales y operacionales en su camino. La práctica de una salud colectiva superadora de la tradición biomédica debe emparentarse con el conocimiento de la realidad social, histórica y cultural del territorio del que hace parte, de sus problemas, de las causas de sus problemas, avanzando en el recorrido de hacer salud y bienestar.

Bibliografía

- Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75: 5-30.

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

- Alonso, Y. (2018, mayo). *Privatización y mercantilización de la educación superior en Chile: génesis y desarrollo de una educación excluyente y desigual*. Medium. Disponible en: <https://medium.com/@yunioralonso/privatización-y-mercantilización-de-la-educación-superior-en-chile-génesis-y-desarrollo-de-una-7df708c93624>
- Amulén. (2019). *Pobres de agua. Radiografía del agua rural en Chile: visualización de un problema oculto*. Disponible en: <http://derechoygestionaguas.uc.cl/es/documentos/new/135-informeamulenpobresdeagua/file>
- Arias-Sobrado, J. (2015). Hospital sin paredes, estrategia pionera de la Atención Primaria de salud en Latinoamérica. *Revista hispana de Ciencias de la Salud*, 1 (1). Disponible en: <https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/86/49>
- Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). (2020). *Indicadores sociodemográficos y económicos, Región de La Araucanía*. Disponible en: <https://www.bcn.cl/siit/nuestropais/region9/indica.htm>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (Supl.): 13-27.
- Calbucura, J. (2013). La decolonización del saber y el ser mapuche: un caso de estudio al celebrarse el bicentenario de la construcción de la República de Chile [The decolonisation of knowledge and the being a Mapuche: a case study in the commemoration of the bicentennial of the building of the Republic of Chile]. *Polis, Revista Latinoamericana*, 12 (35): 405-427.
- Carrasco-Henríquez, M. e Infante-Grandón, G. (2016). Participación ciudadana en Salud ¿Cómo la hacemos vinculante? *Salud en Todas*. Disponible en: <https://medium.com/salud-en-todas/participación-ciudadana-en-salud-cómo-la-hacemos-vinculante-2e1b6a550d75>
- Carrasco Henríquez, M. y Serra Canales, J. (2009). La interdisciplinariedad y la participación social a partir de una experiencia universitaria sobre salud comunitaria y desarrollo local en la Región de La Araucanía: el desafío de la formación de profesionales de la salud, desde el territorio, comprometidos con la realidad social y cultura local, regional y nacional. En Subsecretaría de Redes Asistenciales (ed.).

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

Participación social en salud: reflexiones y herramientas para la acción desde Chile, pp. 271-292. Ministerio de Salud.

- Carrasco-Henríquez, M.; Ramírez-Campos, C.; Magna-Young, I.; Torres-Hidalgo, A.; Infante-Grandón, G. y Correa Del Río, R. (2019). Sistematización de una experiencia en Salud Integral en establecimientos educativos rurales, en el marco de un Programa Universitario de Prácticas Interdisciplinarias en el sur de Chile. En Araque-Suárez, G. (ed.). *Educaciones rurales Geografías y fronteras*, pp. 47-78. Bogotá: Ediciones desde abajo.
- Cuyul Soto, A. (05/02/2014). Machi terrorista o Machi esterilizada. *Rebelión*.
- De Sousa Santos, B. (2007). Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad. *Revista Umbrales*, 15: 22-22.
- Diehl, R. C. y Mendes, J. M. R. (2020). Neoliberalismo y protección social en América Latina: salvando el capital y destruyendo el social. *Revista Katálisis*, 23 (2). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n2p235>
- Esther, N.; Matos, P.; Setién, E. y Ii, Q. (2008). La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: una mirada a la teoría bibliológico-informativa. *ACIMED*, 18 (4).
- Evans-Campbell, T. (2008). Historical Trauma in American Indian/Native Alaska Communities. *Journal of Interpersonal Violence*, 23 (3). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260507312290>
- Flexner, A. (1910). *Medical Education In The United States And Canada*. The Carnegie Foundation (ed.). The Merrymount Press. Disponible en: http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
- Fuster Sánchez, N. (2013). *El Cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Santiago de Chile: Ceibo Ediciones.
- Galeano, D.; Trotta, L. y Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*, 7 (3). Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2011.267>
- García Galván, R. (28/05/2021). Una mirada crítica a la responsabilidad social de las instituciones de educación superior (¿universidades?) - Educación Futura. *Educación Futura*. Disponible en: <https://www.educacionfutura.org/una-mirada-critica-a-la-responsabilidad-social-de-las-instituciones-de-educacion-superior-universidades/>

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

- Garretón, M. A. y Garretón, R. (2010). La democracia incompleta en Chile: La realidad tras los rankings internacionales. *Revista de ciencia política (Santiago)*, 30 (1). Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-090X2010000100007>
- Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009
- Heilmayr, R.; Echeverría, C. y Lambin, E. F. (2020). Impacts of Chilean forest subsidies on forest cover, carbon and biodiversity. *Nature Sustainability*, 3 (9). Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41893-020-0547-0>
- Hernández, L. (2010). *Antes de empezar con metodologías participativas* (CIMAS). Observatorio Internacional de ciudadanía y medio ambiente sostenible. Madrid: Cuadernos CIMAS.
- Huenchumilla, F. (2021). La trágica realidad de La Araucanía. *El Mostrador*. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/destacado/2021/01/09/la-tragica-realidad-de-la-araucania/>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2017). *¿En qué etapa del post-censo estamos? Primeros Resultados Definitivos Entrega completa de resultados definitivos Entrega de Base de microdatos*.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2020). *Censo de Población y Vivienda*. Disponible en: <https://regiones.ine.cl/araucania/estadisticas-regionales/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda/censo-de-poblacion-y-vivienda>
- Jarillo Soto, E. y López Arellano, O. (2015). Salud Pública, Salud Colectiva, Objeto, Práctica y Formación. En Llambías Wolff, J. (ed.). *La enfermedad de los sistemas de salud*, pp. 139-160. Santiago de Chile: Ril editores.
- Juárez-Alonso, G. (2013). Revisión del concepto de desarrollo local desde una perspectiva territorial. *Revista Líder*, 23.
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine*, 39 (7): 887-903. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90202-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90202-X)
- Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19: 1-11.

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

- Menéndez, E. (1983). Modelo Médico Hegemónico, Modelo alternativo subordinado y modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. *CIESAS, 1*: 1-21. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a14.pdf>
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva, 16*. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Mieres Brevis, M. (2020). La dinamica de la desigualdad en Chile: Una mirada regional. *Revista de análisis económico, 35* (2). Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-88702020000200091>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN)*. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
- Mitchell, T. (2019). Colonial Trauma: Complex, continuous, collective, cumulative and compounding effects on the health of Indigenous Peoples in Canada and beyond. *International Journal of Indigenous Health, 14* (2): 74-94. Disponible en: <https://doi.org/10.32799/IJIH.V14I2.32251>
- Mol, A. (2021). *El cuerpo múltiple*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Morales-Borrero, C.; Borde, E.; Eslava-Castañeda, J. y Concha-Sánchez, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública, 15* (6): 797-808. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
- Narro-Robles, J. (2004, febrero). III. La herencia de Flexner: Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gaceta Médica México*. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000100009
- Nohlen, D. (2008). Instituciones y cultura política. *Revista POSTData: Revista de Reflexión y Análisis Político, (13)*: 27-47. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=52235601002>
- Oficina de Estudios y Políticas Agrarias (ODEPA). (2017). *Panorama de la Agricultura Chilena*. Disponible en: www.odepa.gob.cl

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2008). *Convenio 169 OIT*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/convenio-169-oit>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM). (1994). Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica. Edimburgo, agosto de 1993. *Educ. Med. Salud*, 28 (1): 125-138.
- Paim, J. S. (2021). *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Lanús: Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/9789874937810>
- Pinto-Rodríguez, J. (2020). *La Araucanía. Cinco siglos de historia y conflictos no resueltos*. Temuco: Pehuén.
- Serra-Canales, J. (1992). Proyecto de Internado Rural Interdisciplinario. Comunas de Cunco y Nueva Imperial. En Universidad de La Frontera (ed.). *Desarrollo Rural en La Araucanía*. Temuco: Ediciones Universidad de La Frontera.
- Silva, H. (2017). El derecho humano al agua de los pueblos indígenas y el proyecto de reforma al Código de Aguas. En Observatorio Ciudadano (ed.). *Derechos Humanos y pueblos indígenas en Chile hoy: las amenazas al agua, a la biodiversidad y a la protesta social*. Temuco: Editorial Observatorio Ciudadano.
- Silva Paim, J. (2009). Medicina Comunitaria. Introducción a un análisis crítico. *Salud colectiva*, 5(1): 121-126. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2009.v5n1/121-126/es>
- Solar, O. (24/10/2015). *Determinantes sociales: teorías, debates y reflexiones*. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=rxP_7QdiGGE
- Sosa Velásquez, M. (2012). *¿Cómo entender el territorio?* Ramos Muñoz, B. (ed.). Guatemala: Cara Parens.
- Tejada de Rivero, D. A. (2018). La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64 (3). Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

- Villasante, T. (1995). Los Nuevos Movimientos Sociales: Una reflexión metodológica y praxiológica. En *Marxismo y Sociedad. Propuestas para un debate*, pp. 13-41. Sevilla/Bogotá: Muñoz Moya y Montraveta.
- Waitzkin, H.; Iriart, C.; Estrada, A. y Lamadrid, S. (2001). Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *The Lancet*, 358(9278). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05488-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05488-5)

Marcelo Carrasco-Henríquez

Trabajador Social, Universidad de La Frontera, Chile. Magíster en Investigación, Gestión y Desarrollo Local, Universidad Complutense de Madrid. Doctorando en Estudios Sociales de América Latina, Universidad Nacional de Córdoba. Académico del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. Contacto: marcelo.carrasco@ufrontera.cl

Carolina Ramírez-Campos

Matrona, Universidad de La Frontera, Chile. Magíster en Salud Pública, Universidad Andrés Bello. Académica del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. Contacto: carolina.ramirez@ufrontera.cl

Ingrid Magna-Young

Kinesióloga, Universidad de La Frontera. Magíster en Gerencia Pública, Universidad Mayor. Académica del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Chile. Contacto: ingrid.magna@ufrontera.cl

Andy Torres-Hidalgo

Nutricionista, Universidad de La Frontera, Chile. Magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local, Universidad de La Frontera. Académico del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. Contacto: andy.torres@ufrontera.cl

El Programa de Internado Rural Interdisciplinario-PIRI

Carrasco-Henríquez, Ramírez-Campos, Magna-Young, Torres-Hidalgo, Infante-Grandón, Correa-Del Río

Gonzalo Infante-Grandón

Matrón, Universidad de La Frontera, Chile. Magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local, Universidad de La Frontera. Doctorando en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús. Académico del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

Contacto: gonzalo.infante@ufrontera.cl

Rebeca Correa-Del Río

Psicóloga, Pontificia Universidad Católica de Chile. Master of Philosophy in Public Health, Melbourne University. Académica del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Chile. Contacto: rebeca.correa@ufrontera.cl