



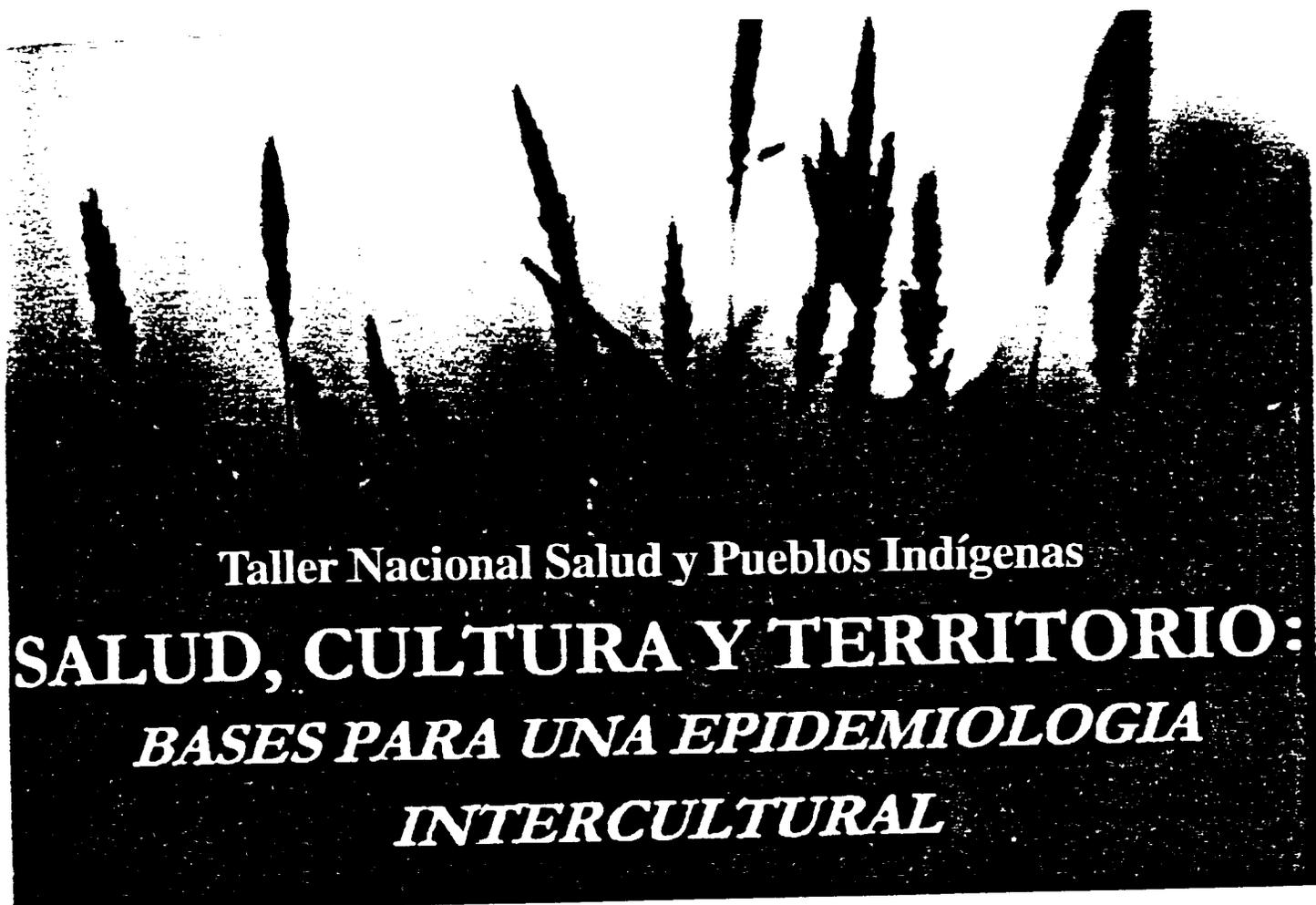
SERVICIO DE SALUD
ARAUCANIA SUR
IX REGION



**MINISTERIO
DE SALUD**

La vida es lo primero

DIVISION ATENCION PRIMARIA



Taller Nacional Salud y Pueblos Indígenas

SALUD, CULTURA Y TERRITORIO:
BASES PARA UNA EPIDEMIOLOGIA
INTERCULTURAL

LIKANRAY - BROTES DE LUNA NUEVA
REGION ARAUCANIA

CHILE
1998

SALUD, CULTURA Y TERRITORIO: BASES PARA UNA EPIDEMIOLOGIA INTERCULTURAL

Informe Final del Taller

Salud, Cultura y Territorio: Bases para una Epidemiología Intercultural

10 al 12 de Noviembre 1997

Chile, Región de la Araucanía, Comuna de Licanray.

DOCUMENTO DE TRABAJO

ENCUENTRO ORGANIZADO POR:

***PROGRAMA DE SALUD CON POBLACION MAPUCHE
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR***

***PROGRAMA SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS
DIVISION ATENCION PRIMARIA
MINISTERIO DE SALUD***

EDICION:

Margarita Sáez Salgado

Ministerio de Salud

Ivonne Jelves Mella

Servicio de Salud Araucanía Sur

Transcripción de ponencias:

Mario Castro Venegas y Lilian Blatter Silva

Servicio de Salud Araucanía Sur

Fotografía Portada:

Jaime Ibacache Burgos

Servicio de Salud Araucanía Sur

CHILE, 1998

INDICE

BIENVENIDA.....	5
PROLOGO.....	6
PRESENTACION.....	7

INTRODUCCION AL TALLER:

Margarita Sáez.....	9
Jaime Ibacache.....	11
Jaime Sepúlveda.....	15

TEMAS Y PRESENTACIONES

I. Historia y Modelos Médicos para una Nueva Epidemiología

Modelo Médico Aymara	Molly Garrido.....	22
Modelo Médico Oficial	Valerio Gonzalez.....	25

II. Investigación, Poder y Cultura

Criterios de Definición de lo Etnico-cultural en Estudios Epidemiológicos	Ana María Oyarce.....	30
Alcoholismo y Etnia: Críticas y Propuestas	Ana María Oyarce y José Ñanco.....	
Algunas Consideraciones para Estudios Epidemiológicos con Población Aymara	Carmen Alarcón.....	

III. Diagnóstico de Salud: Perspectivas de dentro y fuera de la cultura

Salud y Condiciones de Vida de los Pueblos Indígenas de Chile

Victor Toledo (Claudia Padilla).....

Diagnóstico Epidemiológico de Tirua

Magaly Gomez.....

Suicidio en Población Aymara Urbana

Oscar Ochoa.....

Presencia de la Medicina Tradicional en el Area de Influencia de una Posta de Salud Rural

Orlando Quinchavil.....

IV. CLAUSURA

Dr. Miguel Angel Solar.....

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....

ANEXOS

1. PROGRAMA.....

2. LISTADO DE PARTICIPANTES.....

BIENVENIDA

Mari-mari kom pu che fachantü mülepalu tüfachi chi wilngiñ mew tüfachi mapu mew, elkunuyimün tamün ruka tamün pu che tamün mülepayam feytüfa chi winkulentu mapu mew, chew ta ñi trawümüken kuyfi ke che, chew tañi elsungu keyüm tañi chumechi inkayal tañi mapu ka femechi llemay trawületuyiñ fachantü, fentrenma witrumun kuyfi ke che tañi mollfüñ feyengün tañi suam petu müleleyiñ may fantepu, kisuengün afkentu inkañpey tañi mapu feymu may ka fachantü petu trawülemekeyiñ tayiñ inkañpeniam tayiñ kimün, kom pu che mülepalu fachantu, peumangen kom küme chipayay tayiñ sungu.

José Ñanco
Facilitador Intercultural

Buenos días a todos los presentes, les doy la bienvenida a todos en esta tierra, quienes dejaron sus casas y sus familias para estar presentes en esta tierra tan accidentada, donde han estado reunidos nuestros ancianos, donde se hacían acuerdos cómo defender las tierras. Así nosotros también estamos reunidos en este día, también cabe recordar que aquí corrió la sangre de nuestros ancianos y que gracias a ellos todavía seguimos existiendo. Ellos defendieron muchas veces nuestra tierra, es por eso que estamos reunidos hoy día para defender nuestra sabiduría y compartir con la otra sangre. A todos los presentes, Dios mediante que este evento tenga el mayor éxito.

Traducción: Orlando Quinchavil

PROLOGO

Después de muchos años Chile está saliendo de su letargo frente a una realidad que se negaba ver: *la existencia de grupos humanos originarios.*

Desde la llegada de la democracia, hemos visto como el tema aflora desde distintos puntos, particularmente desde sectores de gobierno. Hoy son muchos los que reconocen su existencia, valoran su cultura y aceptan sus derechos.

En el área de la salud, es preciso reconocer la existencia de equipos locales que venían enfrentando el tema y abriendo camino. Sin embargo, fue sólo a partir de 1996 que el Ministerio de Salud, apoyado por iniciativas de OPS, institucionaliza a nivel nacional una línea estratégica de trabajo con los diversos pueblos originarios o indígenas en nuestro país.

A pesar de la brevedad del tiempo transcurrido, lo avanzado no ha sido poco. Las estrategias en desarrollo se sustentan en un trabajo colaborativo que se ha propuesto desde un comienzo, trabajar “con” las organizaciones indígenas, a un mismo nivel, sin caer en paternalismo y evitando discriminaciones de cualquier tipo. Su propósito es introducir un profundo cambio de actitud desde dentro del sistema. Todo lo anterior ha despertado interés tanto en OPS como en otros países americanos, que miran con atención nuestra experiencia.

En el contexto de modernización y cambio que caracteriza la situación que atraviesa actualmente el sector salud, la epidemiología se ha constituido en un herramienta fundamental para determinar los problemas prioritarios de salud pública del país y seleccionar las estrategias más adecuadas para su abordaje. El estudio de las desigualdades asociadas a origen étnico de las personas y el desarrollo de un enfoque intercultural en salud no se podían quedar atrás. La importancia de abrir un espacio de reflexión sobre estos temas entre técnicos y representantes de los pueblos indígenas llevó al Programa de Salud de los Pueblos Indígenas del Departamento de Atención Primaria y al Programa de Salud con Población Mapuche del Servicio de Salud Araucanía Sur a realizar en Licanray, IX Región, el taller nacional “Salud, Cultura y Territorio: Bases para una Epidemiología Intercultural”.

Esta iniciativa, junto a las propuestas del Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, van señalando un camino de enormes desafíos: incorporar un enfoque intercultural en salud. El dinamismo del sector, la fuerza y empuje de los Servicios de Salud y equipos locales con la participación de los pueblos indígenas en estos procesos de cambio, nos hacen ser optimistas sobre el futuro.



Dr. Fernando Muñoz Porras
Subsecretario de Salud

PRESENTACION

La manera de conocer cómo la salud y la enfermedad se presentan en un grupo de personas, las formas que adquiere, y los factores que causan su aparición, se conoce con el nombre de Epidemiología. En términos simples la epidemiología se puede entender como el estudio de las enfermedades que se presentan en un grupo de personas al mismo tiempo y en el mismo lugar. Sin embargo, el campo de interés de la epidemiología no se centra sólo en las enfermedades, sino también en accidentes, suicidios y otras condiciones.

Esto es así porque lo que distingue a la epidemiología, es precisamente la manera de estudiar la enfermedad, lo que se conoce con el nombre de método epidemiológico.

Histórica y tradicionalmente la Epidemiología se ha apoyado mucho en las matemáticas, buscando asociaciones estadísticas entre la aparición de una enfermedad y posibles factores que la producen o inhiben. Para esto se estudian muchas personas y se busca diferenciar qué características tienen los que están enfermos y qué características tienen los sanos, así se llega a establecer asociaciones entre una enfermedad o condición y sus factores de riesgo. Por ejemplo la enfermedad llamada Tuberculosis se asocia con pobreza y malas condiciones de vida o fumar se asocia con el cáncer al pulmón.

A pesar de los innumerables avances que ha tenido esta disciplina en el último tiempo, el modelo epidemiológico ha sido cada vez más insuficiente para recoger la complejidad y los múltiples factores que influyen en la aparición de la enfermedad.

Esto se relaciona también con la aparición de nuevas enfermedades y condiciones que tienen un componente sociocultural mucho más claro que las enfermedades infecciosas que fueron las que dieron nacimiento a la epidemiología.

Pensamos que una nueva epidemiología, más amplia, más comprensiva, con una teoría de causalidad de la enfermedad más integral, que reconozca la historia y distintas maneras de entender la salud y la enfermedad, así como también sus determinantes, especialmente los aspectos socioculturales, se hace cada día más necesaria para la transformación de una sociedad más equitativa en salud .

En este contexto proponemos la Epidemiología Intercultural como el estudio de la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferente cultura, así como la incorporación de las propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de la gente.

La Epidemiología Intercultural no la entendemos como el agregado de variables socioculturales a una epidemiología clásica, sino por el contrario, un enfoque intercultural supone un nuevo marco para la epidemiología, donde se reflexione en conjunto respecto de temas tales como la definición de la pertenencia étnica, la participación de la gente en la investigación, la validez de los estudios, la propiedad intelectual de las investigaciones, el tipo de capacitación necesaria, el tipo de metodología, etc.

Este encuentro entre los epidemiólogos de los distintos Servicios de Salud y los representantes de los pueblos originarios de Chile, es el primer paso para abrir la discusión donde mediante el diálogo y aprendizaje mutuo, se propongan nuevas maneras y metodologías de investigación que sean capaces de recoger los distintos conceptos y explicaciones de la salud y la enfermedad.

Durante los días 10, 11 y 12 de Noviembre de 1997 se llevó a cabo en Licanray el Primer Taller Nacional "Salud, Cultura y Territorio: Bases para una Epidemiología Intercultural", organizado por el Programa de Salud con Población Mapuche del Servicio de Salud Araucanía Sur y el Programa Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud. La reunión que convocó a representantes de los pueblos indígenas y representantes del sistema médico oficial, especialmente a los epidemiólogos de los Servicios de Salud con el fin de definir estrategias y propuestas que apunten a desarrollar una actitud epidemiológica con enfoque territorial, social y cultural de los problemas.

Los objetivos del taller fueron (1) compartir la diversidad de conceptos salud-enfermedad desde una perspectiva histórica y de Sistemas Médicos y (2) definir estrategias y propuestas de trabajo conjunto en áreas de planificación, investigación y modelos de atención en salud.

Participaron 45 personas entre representantes de pueblos indígenas, Servicios de Salud, equipos locales, Universidad de la Frontera, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena y Ministerio de Salud.

Se trabajó con una metodología participativa, se realizaron presentaciones y sesiones plenarias sobre los temas : Historia y Modelos Médicos para una Epidemiología⁽¹⁾; Investigación, Poder y Cultura; y Diagnóstico de Salud: Perspectivas de dentro y fuera de la Cultura. El trabajo grupal se realizó por regiones y contó con una pauta de discusión.

Este documento presenta las áreas de reflexión, ponencias y discusión dada en los grupos de trabajo y las principales conclusiones y sugerencias. Los trabajos expuestos muestran la pluralidad de visiones para abordar los temas y se presentan conservando el carácter coloquial en que se realizaron. Su publicación y difusión espera contribuir a seguir abriendo debate y estimulando la generación de propuestas.

La incorporación de la epidemiología con enfoque intercultural en la investigación, planificación y modelos de atención en salud se constituye en una tarea compleja. Continuar abriendo espacios donde la reflexión entre personas de diferentes culturas sea el pilar para la construcción de una sociedad más justa y equitativa es el desafío que tenemos por delante.

¹ En el bloque de presentación del tema Historia y Modelos Médicos, no se incluye el trabajo expuesto por Armando Marileo Lefio, debido a que no autorizó su grabación y no se contó con un documento escrito a la hora de esta publicación.

INTRODUCCION AL TALLER

HISTORIA DE UN PROCESO EN CONSTRUCCION

Margarita Sáez Salgado (ii)

El proceso iniciado en 1996, en relación a generar condiciones para que se abrieran en el país espacios de encuentro entre el sector salud y los pueblos indígenas tuvo en este primer año como estrategia central, la realización del "Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas" realizado en Puerto Saavedra. Los avances que se constatan a la fecha a nivel de los Servicios de Salud, han tenido una característica particular, se han sustentado en la existencia personas que con gran motivación y esfuerzo han estado dispuestas a producir una mirada distinta, un cambio de actitud... El proceso ha comenzado con un reconocimiento de esta realidad, con una invitación desde salud a representantes de los pueblos indígenas a encuentros, jornadas y talleres.

En la mayoría de los Servicios de Salud, el encuentro iniciado entre técnicos de salud y representantes de pueblos indígenas no sólo ha tenido impacto sobre el sector. También desde el lado de los propios pueblos involucrados: aymaras, atacameños, collas, huilliches, quienes en este proceso han expresado fuertes sentimientos de autoidentificación con su cultura, en algunos casos, han existido personas que se han reconocido por primera vez en espacios públicos como pertenecientes a pueblos originarios. La estrecha relación que ha mantenido el Servicio de Salud Araucanía Sur, con el pueblo mapuche a través del Programa de Salud con Población Mapuche, no lo hacen parte de esta aseveración.

¿Que ha pasado a nivel del país? Los escasos recursos y la enorme disposición de los encargados en los Servicios ha permitido establecer importantes cambios a nivel nacional. El primer año, tres Servicios de Salud abrieron una línea específica en materia de Salud y Pueblos Indígenas, en 1997 ya son once los Servicios de Salud que tienen proyectos específicos funcionando.

La participación en este proceso es una condición ineludible. Se han realizando encuentros en todo el país, tanto en el norte como en el sur se han reunido equipos de salud con representantes de comunidades indígenas, oportunidad donde han surgido propuestas de trabajo conjunto. Un elemento muy importante que se ha ido dando en este proceso, es el respeto, elemento esencial en esta nueva relación. La complejidad de los factores involucrados hace que, no sin dificultades, poco a poco, se vayan construyendo relaciones de confianza recíproca.

ⁱⁱ Encargada Programa Nacional Salud y Pueblos Indígenas, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud.

Otra área importante de abordar, es el análisis de la situación y condiciones de vida de los pueblos indígenas, esto fundamentalmente ha sido realizado sólo por algunos Servicios de Salud. Actualmente, para el Sistema de Salud la preocupación está en lograr situar el tema dentro de lo que son las prioridades de salud, a nivel local, regional y nacional, para lo cual la epidemiología se constituye en una herramienta fundamental.

El esfuerzo realizado por concretar el acercamiento entre salud y los pueblos originarios, fue analizado este año en dos actividades: Servicios del Sur y del Norte del país se juntaron a reflexionar en dos lugares estratégicos, tales fueron los Seminarios Regionales realizados en Puerto Montt e Iquique. Los problemas descritos en ambas reuniones son comunes y se orientan hacia la organización de los Servicios de Salud, donde se expresan problemas vinculados al acceso y a la calidad de atención; y, a la pérdida de los valores y tradiciones en las comunidades indígenas. También se señalaron algunas aproximaciones en materia de problemas de salud asociados a localidades de alta concentración de población indígena, área en la que se constata la escasa información que se maneja a nivel de Servicios de Salud.

Estamos hoy frente al desafío de diseñar estrategias que nos permitan desarrollar un enfoque *epidemiológico intercultural*, donde hacer visibles las fortalezas y saberes de los pueblos originarios, compartir desde la mirada del Sistema Oficial, en qué y donde hay problemas de salud e iniciar el debate. Este taller responde a la necesidad de dar continuidad a un proceso de diálogo y definición de líneas de acción conjunta entre las personas de las distintas culturas que coexisten en el país y los técnicos de los Servicios de Salud.

El propósito final de esta serie de encuentros iniciados en Noviembre de 1996 en Saavedra, es avanzar a una Propuesta de Salud Intercultural para Chile. Esta reunión cierra el año y abre el urgente desafío de definir y operacionalizar propuestas para continuar avanzando.

DESARROLLO DE LA EPIDEMIOLOGIA INTERCULTURAL: MARCO CONCEPTUAL

Jaime Ibacache Burgos⁽ⁱⁱⁱ⁾

INTRODUCCION

Como en la gran mayoría de los países latinoamericanos, la realidad sociocultural de Chile es pluriétnica, conformada mayoritariamente por el grupo hispano y en menor medida por grupos originarios: Aymara, Quechua, Atacameño, Rapa Nui, Colla, Mapuche, Kawashkar. Todos ellos con diferencias socioculturales que se expresan en la cosmovisión, modo de vida, lenguaje y formas particulares de entender y abordar los problemas de salud-enfermedad y el desarrollo.

Todos estos grupos originarios, a partir del contacto hispano-indígena, y fundamentalmente a partir de la consolidación del Estado Chileno en el siglo XIX, coexisten en el territorio nacional en situación de subordinación al grupo occidental. En el ámbito de la salud y el desarrollo, esto se manifiesta en la existencia de conceptos reconocidos como oficiales, dominantes y de prestigio, que representa los anhelos de la sociedad mayoritaria, y que se contraponen a los conceptos de desarrollo y salud que poseen las culturas originarias de nuestro país.

Esta situación se traduce en la existencia de grandes brechas en las condiciones de vida y salud que presentan los pueblos indígenas en comparación con el resto de la población de la sociedad global. Por ejemplo, si tomamos un indicador clásico, como la Mortalidad Infantil, nuestro país se sitúa en el contexto de países desarrollados (Mortalidad Infantil Menor a 20 por mil Nacidos Vivos); sin embargo, en áreas territoriales indígenas, esta cifra llega al doble. La misma situación se presenta en otras patologías, denominadas “del subdesarrollo”, como la Tuberculosis, Bronconeumonía, Hepatitis, etc.

MARCO GENERAL

a) Salud y enfermedad

La enfermedad es universal en la experiencia humana, y es particular a cada cultura. Es decir, todas las culturas desarrollan actividades teóricas (modelos médicos), técnicas (materia médica) y roles (agentes) para enfrentar y tratar de solucionar los problemas relacionados con la enfermedad y la recuperación de la salud (Pedersen, Citarella). Salud y cultura se implican mutuamente, los conceptos de salud y enfermedad nos remiten a la cultura y la cultura nos remite a los conceptos de salud y enfermedad. Por lo tanto lo que se percibe como salud y enfermedad,

ⁱⁱⁱ Subdirector Médico, Coordinador Programa Salud con Población Mapuche, Servicio Salud Araucanía Sur.

sus causas, tratamiento y prevención y quién las trata, están determinados por cada cultura específica.

Para la cultura mapuche por ejemplo, existe un todo conformado por el hombre, el medio ambiente y un conjunto de seres y fuerzas con poder que rigen sobre los dos primeros. El modelo médico se deriva de esta forma holística de concebir el mundo; y así la enfermedad presenta un doble aspecto: objetivo y moral. Las causas de la enfermedad se buscan no sólo en términos éticos o morales, puesto que con seguridad la enfermedad es el producto de un desequilibrio o transgresión. La que no es sólo del individuo enfermo, sino del grupo familiar y, en última instancia, de la comunidad. (Ibacache J., Ñanco J. y Oyarce A.)

b) Desarrollo

Al igual que los conceptos de salud y enfermedad, el desarrollo está determinado por cada cultura específica. En el caso de la cultura mapuche, se concibe el desarrollo como el cumplimiento de un destino ya determinado desde el nacimiento del individuo, quien forma parte también del destino de la familia.

Por otra parte, se concibe el desarrollo como una actitud o comportamiento que no dañe el futuro, no destruya el presente y con un constante aprendizaje del pasado. Conceptos que nos hablan de un respeto al ser humano, la naturaleza, a los seres superiores y a las fuerzas del bien y del mal que pueblan el mundo indígena.

Además aparece como fundamental para el desarrollo o *kelluwam* del pueblo mapuche, el fortalecimiento del conocimiento que se ha venido transmitiendo en forma oral desde los antepasados y los más ancianos de las comunidades y que deberá ser conocido, respetado y aprendido por los jóvenes para lograr un desarrollo que fortalezca la identidad cultural y les permita ejercer *un control cultural* sobre los elementos de la otra cultura que les parezcan “apropiables”.

c) Equidad

En un contexto intercultural es importante comenzar preguntándose qué entienden por equidad las culturas originarias de nuestro país. Puesto que si no hacemos este ejercicio, es posible que lamentemos posteriormente el no logro de objetivos y el dolor de inversiones estériles.

Desde una perspectiva intercultural parece no ser posible poder separar el concepto de equidad del de salud y desarrollo. Los tres se complementan y se sinergizan. Son tres partes de un todo, que es *Equilibrio*. En la cultura mapuche por ejemplo, los tres conceptos se expresan por el término *Küme Mongnen*, el que nos remite al concepto de equilibrio entre la persona, la naturaleza y lo sobrenatural. Este equilibrio es obviamente dinámico, puesto que es el resultado de los necesarios opuestos complementarios que rigen el mundo de las culturas originarias.

Desde una mirada epidemiológica más crítica, podemos decir que este equilibrio o *Küme Mongnen* es el resultado de la influencia tanto de perfiles agresores como de perfiles protectores de la calidad de vida de un grupo humano determinado. Esta compleja interacción entre los factores agresores y protectores nos desafía a desarrollar modelos de atención y desarrollo adecuados a la realidad, que tomen en cuenta tanto las diferencias de acceso a los servicios de salud como las diferencias epidemiológicas y socioculturales, especialmente en territorios indígenas donde se concentran las mayores necesidades y perfiles de riesgo. En este contexto *equidad*, entendida como la focalización de las acciones de salud hacia los menos protegidos, implica no sólo reorganizar los servicios, descentralizarlos y abrir los espacios a la participación de la comunidad; sino además, *reconocer la diversidad cultural e identificar los aportes y necesidades diferenciales que las distintas culturas presentan.*

d) Interculturalidad

Lo Intercultural se refiere a la relación, de al menos dos culturas. Una propuesta de salud intercultural se refiere a la base programática de un modelo de atención de salud entre dos culturas que coexisten en un espacio geográfico y clínico.

Podemos pensar la *interculturalidad en salud como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas* (Ibacache, J. y Oyarce, A. 1996)

Cada día nos parece más necesario el desarrollo de una política intercultural en salud ya que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población. La biomedicina no escapa a esta regla y por ende, la medicina tradicional puede permanecer como una alternativa válida para el restablecimiento del equilibrio, donde su concepto holístico del proceso salud-enfermedad la hace de mayor efectividad que la medicina occidental. Por lo tanto la salud intercultural debería favorecer un proceso de revaloración y revitalización de las culturas médicas tradicionales indígenas (modelo relacional y holístico) y también de la biomédica (modelo biopsicosocial o multicausal). Debería al mismo tiempo favorecer una formación armónica en que conviven e interactúan valores y conocimientos culturales de diferente origen, sin rupturas y abandono de lo propio.

El desarrollo desde la perspectiva intercultural también deberá ser entendido como el logro de una identidad cultural que potencie los elementos comunes entre las culturas y respete los diversos.

f) Epidemiología Intercultural

Tomando en cuenta los aspectos arriba mencionados, aparece como un gran desafío para los integrantes de los equipos de salud que trabajan en áreas de contacto interétnico, el poder desarrollar estrategias, modelos y líneas de acción que apunten al bienestar social con equidad.

El crecimiento de las inequidades, los consumismos exacerbados, el aumento de conductas riesgosas, el mantenimiento de las discriminaciones y la expoliación del medio ambiente, entre otros, son parte del perfil agresor con el cual el sector salud se verá irremediablemente enfrentado en su tarea de promoción.

¿Cómo podemos iniciarnos en el conocimiento del Equilibrio?

En primer lugar nos parece fundamental el desarrollar *actitudes de equidad*, como por ejemplo: el querer preguntarse cosas, el desear buscar respuestas, ser capaz de compartir el conocimiento, querer aprender del saber de la gente, querer transformar la realidad; ser capaz de estremecerse con la diversidad, la magia de la vida, el dolor, la dificultad, la injusticia, la inequidad, etc.

En segundo lugar nos parece importante el desarrollo de una *actitud epidemiológica* con enfoque territorial, social y cultural de los problemas y las soluciones que aportan tanto la gente como los técnicos. Esto pasa por la *actitud de participar*, entendida como *el ser parte del espacio* de la gente y sus estrategias de salud y desarrollo; para allí socializar conocimiento y aprender del conocimiento y anhelos de las comunidades.

El desarrollo de una actitud epidemiológica a partir de los datos que tenemos, será nuestro insumo necesario para avanzar hacia el desarrollo de una *actitud para el nuevo conocimiento*. Esto supone generar una manera diferente de acercarse a la realidad a través de un conocimiento y una nueva cultura que valore, potencie y respalde la diversidad cultural. Un nuevo conocimiento emergente que incorpore los saberes tanto occidentales como de los pueblos originarios; y que fortalezca los puntos comunes y respete los diversos.

Este nuevo conocimiento será la base de futuros materiales educativos, de docencia y capacitación, análisis de historias clínicas y de vida; y de una nueva línea de epidemiología para la equidad en contextos interculturales.

La *Epidemiología Intercultural* es la herramienta analítica que nos permite comprender los eventos relacionados con salud y enfermedad en poblaciones de diferentes culturas.

Entendemos por *Epidemiología Intercultural* el estudio de la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferente cultura, así como el estudio que incorpora las propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de un contexto y/o cultura particular (Ibacache, Jaime; Neira, Jaime; Oyarce Ana María: 1996)

CONSIDERACIONES PARA UNA REFLEXION ESTRATEGICA SOBRE LA EPIDEMIOLOGIA INTERCULTURAL EN EL ESCENARIO PAIS

Jaime Sepúlveda Salinas (iv)

Gracias a los organizadores por darme la oportunidad de pensar en voz alta sobre temas que son de extraordinaria importancia, que no son frecuentes de analizar y que tienen un extraordinario significado para los momentos que vive nuestro país.

En medio de tantas incertidumbres e inquietudes, definitivamente lo que parece faltar son oportunidades como ésta, en que es posible reflexionar acerca de la realidad de salud-enfermedad y de las respuestas que se ofrecen, acercándonos a una mayor comprensión del acontecer y a la posibilidad de sentirnos más seguros en la búsqueda y definición de un proyecto de salud que efectivamente de cuenta de los desafíos que hoy se le presentan a la sociedad chilena.

El tema de la Epidemiología Intercultural para muchos resulta un área poco explorada, situación en que me incluyo, por que he reflexionado poco sobre esta materia. Frecuentemente nos ocurre que estamos un tanto embrollados, por la complicación de estar respondiéndole a la contingencia y tratando de ser coherentes con lo que hacemos en nuestros espacios laborales, lo que no siempre nos da la oportunidad de participar en un taller para expresar ideas y de formular alrededor de esas ideas algunas propuestas que pudiesen ser estratégicamente importantes.

Yo trabajo en el Ministerio de Salud en la División de Salud de las Personas, división que teóricamente tiene una enorme responsabilidad, porque debe representar el giro sanitario, la razón de Salud del Ministerio, cómo órgano rector de políticas planes y programas, y normativo regulador y fiscalizador de las actividades que se llevan a cabo. Supuestamente, tiene el enorme desafío de orientar la gestión sanitaria, es decir establecer hacia donde se transita en materia de salud en este país.

¿En que escenario ocurre este desafío?

La reforma del Estado ocurre como una necesidad histórica de adecuarse a las exigencias del modelo de desarrollo, modelo económico de desarrollo. Los Estados son parte de la sociedad y evidentemente responden a sus circunstancias. Nadie duda hoy de la relación que tienen los procesos de globalización o de internacionalización de las economías, donde se van reposicionando los países en el escenario mundial y lógicamente, dentro de los países se van reordenando los Estados. Los Estados se van adecuando según las exigencias del modelo de acumulación a nivel mundial.

Diez y siete años de dictadura facilitaron el acelerado ajuste estructural de nuestra economía al sistema capitalista mundial, pasando el Estado a asumir un rol subsidiario. De ser un Estado interventor, dueño del capital en muchos aspectos de la economía, controlando fuentes de

^{iv} Jefe Departamento Programas de las Personas, División Salud de las Personas, Ministerio de Salud.

producción, se va desentendiendo de ellas, se retira de los aspectos económicos y lo que es más sorprendente, se retira también del aspecto social, o sea la política basada en el libremercado, se ve reflejada en los aspectos de política laboral, educación, de seguridad social o en el campo de la salud.

En los años 80 se lleva a cabo la reforma previsional, transformando un régimen solidario de reparto en uno de capitalización individual, administrado por empresas privadas (AFP). En esos mismos años se inicia la gran reforma sanitaria (salud al mercado), con la constitución de los seguros privados (ISAPRES) y con el reposicionamiento de lo que es la cotización, facilitando su administración en la lógica de los seguros privados (un cliente compra un seguro-plan según la ley de oferta demanda en el mercado de lo público-privado).

Buena parte de ese dinero, más o menos el 70% de la torta de ese 7% va a las ISAPRES. El Estado se pone con un porcentaje de recursos para la población indigente y el seguro público se queda con los cotizantes de más bajos ingresos. El INP recibe la cotización y FONASA como ente financiero pasa a administrar esos recursos.

Ahora ustedes se preguntarán que tiene que ver todo esto con lo que hoy ocurre en el sector salud. Tiene que ver por qué en realidad estamos en un proceso de transición, de avanzar hacia lo que sería la consolidación de un determinado modelo sanitario y no siempre se tiene claro de qué modelo se trata y cuáles son los determinantes que están detrás.

Es importante, porque justamente la epidemiología ayudaría mucho y la epidemiología intercultural en particular, a ubicar el rol estratégico de la epidemiología como método científico, como la ciencia aliada al campo sanitario para poder orientar la toma de decisiones, para decidir el uso del recurso en función de la salud de la población.

Vamos a hablar de un tema que se suscita dentro de esa encrucijada y desde el punto de vista de la División de Salud de las Personas, en particular del Departamento de Programas de Salud de las Personas, lo que se pretende es identificar el peso que tiene la razón sanitaria, la razón programática y la lógica de plan estratégico en materia de asignación de recursos, lo que es una cuestión fundamental, una verdadera reforma del sector.

De lo que se trata es diferenciar la lógica de la reforma heredada del modelo dictatorial libremercadista, de lo que sería una verdadera reforma sanitaria.

Cuando la razón sanitaria (epidemiología crítica), advierte cuáles son los problemas prioritarios de salud de la población nacional, cuando es capaz de encontrarse con las causas, los determinantes de esos problemas. Cuando se hace la asociación entre muchos factores y se prioriza cuales son esos factores, aparece sin lugar a dudas la fortaleza de la promoción de la salud como gran estrategia de un nuevo proyecto en salud.

Con la promoción y la prevención, aparece muy fuerte el problema de la equidad, esto tiene mucho que ver con el problema de la epidemiología intercultural, a propósito de la situación de los pueblos indígenas.

Aparece la razón del sujeto como ciudadano. Aparece en promoción la población como sujeto, como sujeto histórico, como ciudadano de derecho, aparece la asistencia y la rehabilitación en su exacta dimensión. Y por que digo esto?, porque cuando uno hace ese ejercicio le cuesta mucho no pensar y no dar una respuesta integral. Cuando hace el ejercicio epidemiológico, no es dable pensar que se puede disociar la promoción de la prevención, de la rehabilitación y aparece entonces lo que en las culturas originarias es tan evidente; la integralidad, la visión holística, la comprensión de la relación del hombre con la naturaleza, con fuerzas naturales y sobrenaturales, la asociación del equilibrio, la relación de búsqueda del equilibrio, desarrollo con equidad, pensado justamente como un todo, como algo que tiene contenido, como la razón última de un proyecto integral en salud y bienestar. Por eso la epidemiología es el recurso, la herramienta, es una viga maestra para la reforma del sector salud.

Otra herramienta proviene de la planificación estratégica. Tratar de integrar el raciocinio del análisis de la situación en una mirada a mediano y largo plazo, con la gestión. En una dialéctica de contingencia, no es un asunto disociado, estoy hablando de la racionalidad del plan que es el ejercicio del pensar realidades y pensar acciones en función de esas realidades para conseguir objetivos o metas. En esa perspectiva, en esa lógica, la gestión está inscrita permanentemente en el pensamiento, en el plan. El acercamiento entre el plan y la gestión es un todo y esto no es cualquier cosa, hay que comprenderlo así, por que esa es la integralidad de la gestión.

Una de las cosas mas preocupante hoy en día, es que el mercado ha conseguido establecer esta disociación entre el plan y la gestión. Las exigencias de que operen libremente las leyes de la oferta y la demanda (lucro, competencia, precios) han sacralizado el tema de la división de funciones, no quedando exento de ésta lógica el sector salud.

Cuando uno hace el ejercicio de preguntarse por la epidemiología intercultural y su tarea, piensa en términos de la planificación estratégica, en investigación, en aplicación del conocimiento a un modelo de atención, tratando de rescatar todo lo que ustedes han venido haciendo para ponerlo al servicio de un mejor resultado, de avanzar cualitativamente en el desarrollo de un proyecto sanitario integral. Lo primero que hay que tener en claro es que este ejercicio se hace en un escenario país, en un escenario de reforma del Estado, de cambio. Es un ejercicio en que hay que hacer coherente el discurso con la práctica dándole oportunidad a reforzar la ética con la política. Es necesario hacerlo así, por que es la única manera de inscribir esta experiencia del ejercicio de buscar una epidemiología intercultural, para contribuir al cambio y no quedarnos en una epidemiología reducida a espacios, incluso reducido a espacios de demandas y necesidades de nuestros pueblos originarios.

En general lo que se plantea es, la adecuación del Estado a las exigencias de la lógica del mercado, hay que tenerlo muy claro. La salud publica se da de patadas con el mercado a cada rato. Nos cuesta comprar la pomada del mercado en salud, pero el mercado va a seguir estando en salud, el problema es quien tiene la hegemonía, el control. ¿Va a ser el mercado el que controle la acción sanitaria o es la lógica de la seguridad social y sanitaria la que disciplina el mercado?.

A continuación se muestra el diseño de las relaciones que se dan entre globalización de la economía, modelo de desarrollo libremercadista y su expresión en la infraestructura económica, condiciones de trabajo y de vida, papel del Estado y las políticas sociales y particularmente rol del mercado en la industria de la salud y de los seguros.

Globalización del modelo de desarrollo. Se refiere al modelo en términos económicos, a la lógica del modelo de acumulación capitalista a nivel mundial. En nuestra región estamos en un modelo neoliberal, libremercadista, donde gran parte del producto geográfico bruto es producto de la inversión extranjera.

Las condiciones de trabajo determinan buena parte de la salud de la gente. Si entramos a la epidemiología del trabajo y la salud, lo que es casi subversivo, ponemos en evidencia lo que es el deterioro de salud de la fuerza de trabajo como costo del modelo de desarrollo en la mayoría de nuestros países.

Gran parte de la valorización del capital se hace en función del desgaste y la destrucción de la fuerza de trabajo. La estructura del empleo, precario, informal, el trabajo de la mujer y de los niños, refleja que gran parte de nuestra economía, si bien no tiene tanto desempleo abierto, tiene entonces subempleos y ocupaciones precarias, subcontrataciones, trabajo temporero y trabajo negro, trabajo a domicilio y trabajo informal, todo lo cual se traduce en deplorables condiciones de salud de esa población trabajadora.

Esta parte de lo que son las condiciones laborales lo destaco en particular, por que evidentemente la Epidemiología tiene una debilidad increíble, actúa como que no existieran problemas de salud en los sectores productivos. Los problemas son consecuencia de la sobrecarga física y mental de los trabajadores expuestos a condiciones de trabajo de alto riesgo, no solo de riesgo ambiental. Es la jornada de trabajo, la inestabilidad, el gran desgaste, lo que lleva a una disminución de la vida media útil, de la esperanza de vida de los trabajadores. Esta situación de daño se manifiesta en que la población laboral se queja de dolor de espalda, dolor de cabeza, complicaciones, colon irritable y todo lo que ustedes quieran en relación a stres laboral, el cáncer asociado al trabajo, Se pasa de contrabando como mala salud mental y como enfermedades comunes de la población activa, los problemas del alcohol, consumo de drogas, La asociación de estas patologías es altísima en relación a condiciones de trabajo, condiciones de vida derivadas de las condiciones de trabajo e ingreso. El ingreso (poder adquisitivo), y el deterioro ambiental: contaminación de todo orden y destrucción de los recursos naturales, pesa fundamentalmente sobre la situación de salud de toda la población.

Todo esto tiene un significado impresionante sobre lo que es el perfil de salud-enfermedad de la población. Con acertados criterios epidemiológicos es posible definir las prioridades de salud del país, pero no sólo para decir estos son los problemas de salud , sino cuales son sus causas a fin de proponer las intervenciones razonablemente necesarias

Nos sentamos juntos territorialmente, donde está la población, la gente del sector oficial de salud con los pueblos originarios y su representación, a pensar juntos el diagnóstico, cuáles son los problemas, cuáles son las causas, pero a analizarlas juntos, no que las digamos nosotros. El

diagnóstico lo compartimos, lo discutimos y hacemos juntos las propuestas. Si no hacemos este ejercicio, esto no tiene ninguna historia.

Descentralización, participación, equidad, satisfacción del usuario, esa es la política oficial, por tanto creámonos la participación, creamos, en el caso de este encuentro, en el diagnóstico compartido, en el diagnóstico epidemiológico de los problemas, sus causas y la propuesta de intervención. Cuando tengamos la propuesta de intervención, hay que negociar el presupuesto de las cosas que vamos hacer. No sacamos nada con quedarnos con un diagnóstico, con una propuesta de lo que hay que hacer programáticamente en el programa del niño, del adolescente, del adulto mayor, salud mental, etc. Si nosotros no estamos asociando costos a lo que tenemos que hacer, entonces no tenemos como negociar el cómo y con qué recursos llevaremos a cabo esto que se llama compromiso de gestión.

El compromiso de gestión equivale a un compromiso de salud de la comuna con la salud integral, con un plan que responde a la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación. Este compromiso es posible, con los recursos y el control de los mismos, poner a trabajar el plan, evaluar resultados y demostrar que se ha cumplido.

La regulación son las normas, son los criterios de acreditación. Es un asunto del nivel central, pero también local. Cuando hablamos de división de funciones, vayan pensando a nivel de SEREMI, a nivel de S.S., a nivel de FONASA, que funciones vamos tener en la región en estas tres instancias. Nosotros a nivel central manejamos las orientaciones generales y Uds. son llamados a adecuarlas a sus realidades locales. Esto da el soporte fundamental al diseño de la provisión y al proceso regulatorio.

El ejercicio de la programación supone un ejercicio de epidemiología de gestión, del ajuste de la relación entre el recurso y la acción, cuyos resultados se van a monitorear y a evaluar de acuerdo a indicadores convenidos.

La División de Salud de las Personas entiende que hay un desafío tremendo de posicionar la razón sanitaria en la gestión, y esa razón es una razón epidemiológica, es una razón política. Lo político está en función de intereses y es ahí donde, si la Epidemiología no se hace con la gente, si no es comunitaria, si no se hace y se piensa como lo que estamos haciendo aquí, si no tiene una propuesta y esa propuesta no se gerencia, no se ejecuta, no hay ninguna posibilidad de que se mantenga la integralidad de la razón sanitaria.

En nuestro país se ha avanzado bastante en la imposición del modelo de mercado al estilo de las más modernas HMOs norteamericanas (al amparo de las políticas Banco Mundialistas). En el cauce de la privatización, las Isapres y la libre elección han configurado un mercado en el cual ya controlan el 70% del monto de la cotización del 7% (impuesto obligado, no prima), otorgan el 50% de las prestaciones, controlan tecnología y el recurso humano en salud, especialmente el calificado (determinando el precio de la mano de obra profesional y técnica, y de prestaciones de acuerdo al Arancel FONASA). Lo más serio es que este modelo cabalga sobre una ideología de la enfermedad y no de la salud. Una ideología de medicalización de la sociedad que desplaza a una ideología de la salud y en consecuencia de la promoción y de la prevención.

En síntesis, la medicalización y la mercantilización son dos dimensiones del mercado hoy día que nos ponen a nosotros en dificultad para poder intervenir desde el Estado, pensando en la posibilidad de controlar el comportamiento de una razón no sanitaria. En el caso de las medicinas alternativas, para la integración o complementación de la medicina oficial con aquella de los pueblos originarios, la cosa es mas grave todavía, porque sus prácticas son vistas y tratadas como marginales por la ideología médico mercantil. (en el modelo no resultan rentables). Si el mercado entrara en ellas se transformaría en prácticas rentables para quienes controlen el negocio. Ello rompería con la lógica de beneficios que intrínsecamente tiene la medicina no alopática. Todas las medicinas alternativas y todas las cosmovisiones que manejan las medicinas originarias en general, se ven afectadas por esta mirada mercantilizada en el campo sanitario.

La epidemiología intercultural representa entonces una herramienta estratégica para la teoría y la práctica en función del desarrollo de un proyecto sociosanitario que supere las contradicciones del modelo vigente. Que nos vaya bien. Muchas gracias.

TEMAS Y PRESENTACIONES



I. HISTORIA Y MODELOS MEDICOS PARA UNA NUEVA DISCIPLINA

MODELO MEDICO AYMARA: EL GRAN TAWANTINSUYO

Molly Garrido Reyes(*)

Desarrollo de la Civilización Andina. Nación a la que pertenecemos antes de la llegada de los españoles.

ORIGENES Y FORMACION

La historia oral que nos transmiten nuestros abuelos dice que desde una isla del Titicaca, salieron Manco Kapac y Mano Okllu como hijos del sol y la Pacha Mama. Ellos con sus sabiduría fundaron el Cuzco, es decir el Ombligo de esta gran nación que sería el Tawantinsuyo, que significa cuatro regiones integradas.

Estas cuatro regiones integradas fueron logradas de la confederación de pueblos Andinos. Estas regiones fueron las siguientes: Al sur del Cuzco se llamó "Kollasuyo", los pueblos del oeste del Cuzco se llamaron "Kuntisuyo", los pueblos de la selva es decir al este del Cuzco se llamaron "Antisuyo" y los pueblos al norte del Cuzco se llamaron "Chinchasuyo".

SU ORGANIZACION

El Tawantinsuyo tenía como autoridad principal al INKA y su esposa, quien después de pasar más de 3000 pruebas conseguía ser el hombre más capacitado para dirigir y representar a nuestros pueblos confederados, le seguían muchas autoridades principales, como el consejo supremo de los cuatro suyos.

LA MEDICINA

La medicina se denominó Hampi, nombrándose al médico Hapi Camayoc. El médico actuaba para sanar el enfermo, conociéndose tal hecho como Alliyachini. Aliviar al enfermo era Quespicupini y salvarlo de morir, Causacurini. Cuando el paciente quedaba fuera de peligro lo reconocían Quispichisca, curarse sin médico era Aliyacuni. Lo importante era hallar el alailay o salud perdida para prolongar el causayninchic o duración del vivir, es decir la vida.

* Representante Pueblo Aymara. Consejera Indígena CONADI.

EL CURANDERO

De lo dicho casi todo se ha perdido, salvo lo que aún conserva en su cabeza ese curandero Indio de los valles: tratamientos mágicos y racionales, sorprendiendo a la gente con sus misteriosas medicinas y prácticas inusitadas. Por eso los lugareños lo respetan cuando lo ven merodeando los cementerios en busca de remedios para el mal de la melancolía, o reducir hernias antiguas aplicando animales vivos y abiertos cazados a la luz de la luna. Es la sombra del Hampi que resiste a morir con sus secretos.

LA SALUD

Si hay un factor en que más se denota la dependencia cultural de la urbe, es el ámbito de la salud. Cada día mas vamos cambiando las hierbas por las aspirinas u otro medicamentos que compramos o nos deja la ronda médica.

A cualquier síntoma o malestar, alternamos las rondas con los medicamentos occidentales, de tal manera que si nos mejoramos, no sabemos específicamente cual fue el remedio que nos sanó. Es tragicómico pero es lo cierto. Hoy encontramos más conocedores de la medicina tradicional en las ciudades (Iquique, Arica), y pueblos circundantes. Tal es la situación y merece nuestra preocupación y desafío.

La medicina andina, como parte de la tecnología tradicional, tendría que superar las mismas etapas para ella planteadas, para superar la crisis. En este sentido planteamos que:

El conocimiento de la práctica de la medicina tradicional, abarca desde problemas traumatológicos hasta atención de partos.

En todas estas épocas han habido personas enfermas y dentro de ellas nunca han perdido la esperanza, y siempre han mantenido en un rinconcito de su corazón el anhelo de la curación.

Sabemos que nunca antes este hecho tuvo tanta importancia como lo tiene en esta época presente, y esto es así porque nunca hubo como hasta ahora, tanta gente enferma que lo único que desea es curarse y vivir cargando estas pesadas cadenas y que las arrastra hacia el borde de la tumba.

Hay muchos medios de curación que el ser humano puede emplear para conservarse en perfecto estado o para recuperar la salud perdida. Son muchos los factores curativos naturales. Desde el principio de los tiempos estos medios curativos solamente se emplearon tal como los ofrece la naturaleza, sin adulterar. Por desgracia los avances tecnológicos por un lado y el afán de lucro por otro, han acarreado la transformación de los inmensos bienes naturales en productos artificiales de dudosa eficacia, y a veces perjudiciales.

Ese gran Patrimonio divino de salud sólo puede traducirse en dicha y bienestar y felicidad cuando respetemos a nuestra naturaleza.

Antiguamente los curanderos le enseñaban a sus hijos de 7 años a 10 a recolectar y conocer las plantas medicinales para curar.

El ser humano de hoy piensa haber llegado a un alto grado de civilización, cuando en realidad vive bajo el peso de una terrible maldición propia, por haber quebrantado y violado las leyes de la naturaleza. Ahora únicamente la naturaleza es la que puede devolver al hombre lo que éste ha perdido, quebrantando y despreciando las leyes de la naturaleza. En este sentido presentamos algunas estrategias:

- Se debería reunir a los mejores especialistas practicantes de la medicina tradicional y realizar con ellos un curso de capacitación para jóvenes Auxiliares de la Salud al servicio de sus localidades.
- Formar Auxiliares de Salud con pleno dominio de las técnicas y conocimientos médicos básicos occidentales y andinos, para atender las necesidades sanitarias de las comunidades.
- Exponer y difundir conocimientos de medicina natural a grupos sociales más empobrecidos del país, que no tienen acceso a la medicina oficial por razones económicas, como una manera de solidarizar con ellos y prestigiar el saber Aymara.
- Cultivar y mantener herbarios vivientes.
- Estudiar las principales enfermedades que afectan a la comunidad y coordinar esfuerzos entre todas las instituciones (postas, escuelas, comunidad), para prevenirlas y combatirlas.
- Abrir un espacio en el hospital para que la embarazada rural sea atendida por su partera.
- Entregar a la partera más conocimiento de la medicina occidental y asepsia para hacer un trabajo en conjunto.

Pensamos que el rescate de estos conocimientos, como su especialización, más el aporte occidental en materia de sanar enfermedades infecto-contagiosas, podría garantizar a la población rural y de la ciudad, una vida más sana y tranquila.

HISTORIA DE LA MEDICINA OCCIDENTAL

Valerio González Rodríguez (v)

A mí me ha tocado hablar en las primeras horas de la tarde y la verdad es que quiero decirles que cuando se estaba organizando este encuentro yo acepté hablar de la historia de la medicina occidental, esto no ha sido muy fácil. Para los que no me conozcan yo soy médico de medicina respiratoria, trabajo también en la Dirección del Servicio, tengo aficiones literarias como poeta, los médicos dicen; que como médico soy buen poeta y los poetas dicen que como poeta soy buen médico y yo sólo quisiera ser un poco mejor en ambas cosas.

Vamos a partir con la afirmación que dice "*no existe ningún lugar y ninguna época en la tierra en la que el ser humano se haya visto libre de la amenaza del dolor, la enfermedad y la muerte enfrentándose a ella y a estos fenómenos con todas sus fuerzas y con todos sus medios disponibles*", esto es una afirmación que yo creo que todos reconocemos como extraordinariamente cierta y desde los tiempos más antiguos, la humanidad viene luchando contra la enfermedad y la muerte y curiosamente aún, de las prácticas más antiguas es posible reconocer y encontrar todavía algunos elementos que se conservan.

Para empezar hablar de la medicina moderna u occidental, veremos que su origen se remonta a las escuelas médicas que existían en las colonias griegas especialmente en Italia y en el Asia menor. Estas escuelas fueron influenciadas por el nacimiento de la llamada "Filosofía Natural", entonces su rasgo predominante es observar el antagonismo de principios opuestos del cual surge la materia y la fuerza que la pone en movimiento, esta observación de la naturaleza cambia en los conceptos antiguos que sobre todo eran mágico-religioso, que influencia tanto la interpretación del fenómeno de salud y enfermedad como el arte de curar. De este tiempo es Hipócrates, cuya medicina está basada en la filosofía natural que influyó en toda la medicina posterior estamos hablando de 500 años antes de Cristo, pero que a lo mejor de hecho no lo son, existe bastante consenso entre juramento Hipocrático que probablemente fue obra de grupos de una especie de secta de médicos.

De esta época hay varias teorías que tratan de explicar la aparición de la enfermedad, la de los fluidos por ejemplo; que la enfermedad se producía por un desequilibrio de los cuatro fluidos que existían en el cuerpo, la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla, sin tomar en cuenta la calidad de estas sustancias, si se producía un desequilibrio entre ellas se producía la enfermedad. Otra de las teorías de ese tiempo hablaba de la transposición de los átomos, de una desequilibrio entre los átomos que formaban el cuerpo y que se podían producir en una expresión corporal a través de la rigidez de los poros del cuerpo, y la teoría Pneumatica, que decía que circulaba por el cuerpo una substancia aérea que era la que daba la posibilidad de vivir y que era tomada desde el medio ambiente.

^v Jefe COMPIN, Servicio Salud Araucanía Sur.

Avanzando sobre todo lo que es la evolución de la medicina Griega en el Siglo II D.C. aparece Galeno que influencia más o menos 1500 años la Medicina y su influencia llega hasta la Edad Media, después aparece como un fenómeno importantísimo, el Cristianismo, el cual instala la idea del poder divino en el arte de curar y ve la enfermedad no como una mancha, como un castigo, si no qué es una condición que puede acercar a los hombres al poder de Dios, donde la figura de Cristo es en este aspecto una figura capaz de salvar el escenario, de salvar el alma. Aparecen en esta época santos y mártires que a través de milagros tienen la capacidad de sanar y también aparecen lugares donde la gente acude para conseguir sanidad, como los santuarios de Lourdes y otros. La medicina se practica en los monasterios bajo la orden de los Benedictinos, que aparte de practicar esta caridad, de ofrecer consuelo al enfermo, conocían algunas propiedades de yerbas medicinales. Esta influencia de la medicina monástica dura especialmente hasta el Siglo XII cuando en Salerno y Toledo se traducen textos árabes filosóficos y científicos, los árabes habían mantenido el conocimiento médico griego, habían traducido las obras griegas de Hipócrates, Galeno y otros, al árabe, sirio, arameo y creado un cuerpo de enseñanza que ellos difundían, la medicina árabe había progresado más que otros en Europa.

Desde el 1300 hasta el 1500 nace la medicina Escolástica que es la que se imparte en las escuelas de este tipo, de esta época también se asiste a la aparición de grandes epidemias en Europa que mataban millones y millones de personas, algunas de ellas llegaron a matar al 25 o 30 % de la población de ese tiempo, estas grandes epidemias mostraron las grandes falencias de esos tiempos, fueron capaces de crear algunas instancias de salud pública que todavía tienen validez que en parte trataron de controlar el problema como la creación de la cuarentena, el hecho de aislar a los individuos que estaban enfermos para evitar el contagio, o como se dio en Inglaterra, el poder controlar los alimentos ya sea proveniente de la agricultura o de los animales para poder evitar la propagación de las enfermedades.

Después de Edad Media viene el renacimiento que se caracteriza un poco por la rebeldía en contra de todo lo que había existido antes y se empieza a aceptar la validez simultánea de enseñanzas de prácticas heterogéneas. Se producen profundos cambios en la vida cultural e intelectual de los pueblos, se dan condiciones como un cierto antropocentrismo, la búsqueda de la verdad mediante la observación de la naturaleza y la investigación y todo esto crea las condiciones para el desarrollo del pensamiento científico moderno.

En el Siglo XVIII se asiste a un progreso un tanto más acelerado de la medicina y respecto de disciplinas como la Neurofisiología, se concibe que los médicos tienen que formarse más al pie de la cama del paciente. Se establece en algunos países un sistema de asistencia estatal que tiende sobre todo a solucionar los problemas de salud de las poblaciones más deficitarias en cuanto a poder económico, se señala en gran parte la vacunación antivariólica, pero también se asiste a una medicalización cada vez mayor de gran parte de la población.

Se observa que enfermedades específicas, producen cambios específicos en los tejidos (Virchow). Este conocimiento que separa el fenómeno patológico en sí de su entorno y del paciente, en su relación con el medio puede ser desde el punto de vista programático útil para una actividad curativa específica, pero en mi opinión delimita un poco toda la medicina que sigue posteriormente.

Respecto de cómo se dio la introducción de la medicina occidental en Chile y en la Región de la Araucanía, en un afán de demostrar su dominación, los españoles trataron de introducir su medicina en los nuevos reinos. Habían en esto la necesidad de atender a los heridos que se producían en esta guerra de la conquista. La introducción de la medicina occidental en la Araucanía se hace a través de los médicos militares de los hospitales, de los boticarios y de los misioneros. Todo el país y principalmente la Araucanía, se había enfrentado a la intromisión de una medicina que le era bastante ajena y además, se había demostrado bastante deficitaria en su capacidad de controlar por ejemplo, las grandes epidemias, con el agravante de que quienes la practicaban eran los médicos españoles que llegaron y que no eran los mejores en su especialidad.

El impacto en la zona de la Araucanía fue mínimo al comienzo, no como en el resto del país. Probablemente los primeros que se contagiaron con enfermedades epidémicas fueron indígenas que atendían en hospitales, posteriormente en la Colonia, el establecimiento de la Araucanía como zona fronteriza, permitió un cierto grado de intercambio y fue más desde la medicina indígena a la occidental. Muchos de los conocimientos sobre plantas medicinales fueron adquiridos por los españoles y llevados a España.

En toda la Colonia había una deficiente infraestructura hospitalaria y un deficiente manejo de las condiciones sanitarias, habían hospitales que se crearon en ciudades como Chillán y Talca. En la Araucanía, al parecer el primer hospital se creó en Villarrica, probablemente no tenían más de un médico y a veces un mal médico, un practicante. Yo recuerdo que en Alejandría, en Bizancio habían hospitales; (estamos hablando de 15 Siglos antes), que tenían 35 ó 40 médicos, de los cuales cinco se dedicaban a la docencia. En este tiempo la mayor parte de la medicina se hacía a través de los Jesuitas, quienes estaban imbuidos con la idea de que tenían que combatir a Satanás y de esa manera, también darle sanación a su pueblo.

Durante la República y creación del Estado Chileno, continúan en la Araucanía siendo los misioneros los principales agentes de la salud, quienes siguen introduciendo la medicina mezclada o fusionada con la medicina popular que traían los colonos, con la medicina oficial y con la medicina mapuche. Conformando así una zona caracterizada por un pluralismo médico y la coexistencia de distintas tradiciones y conocimientos en salud, qué es lo que mantenemos hasta hoy día.

Para terminar la medicina Occidental tiene en mi opinión algunos rasgos que son inquietantes:

1. Durante mucho tiempo se tuvo la equivocada convicción que los progresos científicos tecnológicos podían resolver casi todos los problemas .
2. La medicina occidental no ha sido capaz de que estos progresos sean capaces de cubrir a toda la población en todas partes del mundo y en especial, en los países en desarrollo, donde una gran parte de la gente no es alcanzada por los avances de la medicina.
3. Son muy de actualidad una serie de consideraciones éticas como el diagnóstico de muerte, muerte cerebral, muerte orgánica, los trasplantes de órganos, la medicina reproductiva y la

ingeniería genética entre otros problemas éticos que se presentan y que seguramente se irán a seguir presentando. Yo creo que uno debe entender que hay una gran dosis de orgullo, de autosuficiencia, que no se si consciente e inconsciente la entregan las escuelas de medicina. Cuando venía en la mañana par acá me vi obligado por la hora a tomar un taxi hasta el paradero de buses, el chofer me comentó “....Está lloviendo en este momento y esta lluvia le va hacer pésimo a la agricultura...”, mi primera reacción fue decir y por qué, si el agua siempre le ha hecho bien a la agricultura, este gallo esta escapando no más, pero después pensé que con una misma mentalidad muchas veces, especialmente después de recibidos, desestimamos muchos de los conocimientos de la medicina popular, cuando solamente ahí demostramos nuestra ignorancia sobre el tema.

II. INVESTIGACION, PODER Y CULTURA

Marco General

Para construir una nueva epidemiología, es necesario considerar las variables culturales y más aún las diferentes culturas que entran en contacto, “la cultura del investigador” y “la cultura del investigado”. En este contexto, el concepto de poder se puede entender en un doble sentido: en primer lugar, como el poder que otorga el conocer y comprender más acerca de una realidad particular y en segundo lugar, como el poder que tienen los investigadores, -en tanto miembros de la cultura dominante-, de categorizar la realidad del otro sin considerar las particularidades y la diversidad cultural, y en ese sentido, de ejercer etnocéntricamente el poder al influenciar las decisiones que se toman sobre otros.

En este aspecto, creemos que una epidemiología intercultural, implica, no sólo un cambio de enfoque donde se reviertan estas desigualdades en el poder entre el investigador y el investigado, si no que una nueva manera de plantear, generar, producir y compartir el conocimiento epidemiológico entre personas de distinta cultura. Nuestra propuesta es buscar un equilibrio entre las distintas concepciones de salud-enfermedad y su relación con la identidad étnica, así como lograr un acercamiento que considere en igualdad las formas de categorizarlas y medirlas.

Esto no es sólo un cambio de enfoque hacia uno intercultural, horizontal y respetuoso; sino que desde un punto de vista metodológico, al considerar la perspectiva del otro, aumenta la validez interna de los estudios. En otras palabras, uno se acerca más a la realidad que quiere medir porque parte del contexto y de la conceptualización de la realidad tal como la ven las propias personas.

De manera simple se puede decir que no se parte de la categorización del investigador, sino desde una perspectiva étnica,^{vii} es decir, desde las propias categorías de las personas.

Lo anterior implica que una epidemiología intercultural considera no sólo un tipo de datos numérico cuantitativo, sino que requiere necesariamente de información cualitativa, la que básicamente permite conocer los fenómenos en su contexto natural y en las propias palabras de los sujetos.

Vamos a abordar la relación entre investigación, poder y cultura a través de dos estudios que se enmarcan en lo que hemos denominado epidemiología intercultural.

^{vii} El concepto fonémico y fonético vienen de la lingüística, fonético se refiere a lo universal, todos los sonidos que puede hacer el aparato fonador humano y fonémica significa cuales de esos sonidos particulares utiliza cada lenguaje,

El primer trabajo está referido a los criterios de definición de lo étnico-cultural en los estudios epidemiológicos y el segundo se refiere a la construcción de un cuestionario para medir beber problema desde un punto de vista étnico o interno a la cultura.

CRITERIOS DE DEFINICION DE LO ETNICO EN LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

Ana María Oyarce ^{viii}

Fundamentación

Uno de los aspectos más cruciales de los estudios epidemiológicos es lo que se conoce como los criterios de inclusión, es decir, cuando se considera o no se considera en un estudio un cierto número de sujetos. Estos criterios se definen de acuerdo a un objetivo de investigación y por lo general, lo que se trata de conocer es una relación entre un aspecto cultural y un resultado en salud o enfermedad.

En los últimas décadas, los estudios sobre población indígena han aumentado progresiva y proporcionalmente a las necesidades de conocer con mayor precisión las características, distribución y particularidades que los procesos de salud-enfermedad tienen en los pueblos originarios. Esta creciente demanda de información, también es consecuencia de la presión que los propios grupos originarios hacen hacia el Estado, para que este re-defina y adecue los planes y políticas destinados específicamente a esta población.

En este punto, nos encontramos con la primera gran pregunta: ¿cómo se define una persona mapuche? ¿qué hay que considerar para incluir a una persona como perteneciente al grupo mapuche?. Lo fundamental del tema que hoy estamos abordando, sobre investigación poder y cultura, es qué, cómo y quienes definen la pertenencia a un grupo étnico. Esto refleja la manera cómo la sociedad nacional expresa el poder que tiene sobre estos grupos, que por lo general, están bajo la dominación territorial e ideológica de la sociedad occidental no indígena. Quizás habría que reformular la pregunta inicial a ¿quién tiene el derecho de definir quién es indígena o no?, ¿quién es mapuche o quién no lo es ?

Todas las definiciones son difíciles en tanto tratan de describir lo esencial de un fenómeno, y describir lo que se entiende por identidad étnica o la pertenencia cultural es doblemente difícil, ya que no puede definirse sólo desde la perspectiva y cultura del investigador, básicamente porque involucra aspectos subjetivos y objetivos en un proceso complejo multifacético y dinámico. Lo anterior nos lleva necesariamente a plantearnos que si queremos acercarnos a la medición de un fenómeno subjetivo y objetivo, debemos entonces buscar y complementar criterios subjetivos y objetivos .

^{viii} Esta ponencia esta basada en un trabajo realizado por Oyarce A M; Perez, G; Muñoz S y Bustos L. Facultad de Medicina. Universidad de la Frontera.

En las últimas décadas hay cada vez más trabajos sobre la Salud de Los Pueblos Indígenas, por ejemplo, “Suicidio en Población Aymara” o “Mortalidad Infantil en Población Mapuche”. Esta demanda de información por parte de los propios movimientos y organizaciones indígenas se relaciona con el primer sentido que le dimos a la relación poder, investigación y cultura, es decir, conocer para transformar. Sin embargo, lo que más encontramos en estos estudios epidemiológicos, es el segundo aspecto en que analizamos la relación, ya que la mayoría de las investigaciones epidemiológicas sólo consideran la perspectiva del investigador para definir la pertenencia a un grupo originario, usando variables como los apellidos indígenas^{ix}. Según este criterio, si se tiene apellido mapuche como Caniullan o Huentemilla, puede ser considerado mapuche, pero si tiene apellidos como Blanco y Marin, no se podría incluir en el grupo mapuche.

Muchos investigadores definen la pertenencia, por tener un sólo apellido de origen indígena y adicionalmente está el problema que todos sabemos, de la gran cantidad de mapuches que por distintos motivos se cambiaron apellidos. La definición de lo que es ser o no indígena, la gran mayoría de las veces, la decide el investigador. Lo que se plantea desde una perspectiva intercultural, es tener una definición que sea válida y que tenga significado cultural tanto para el investigador como para el investigado. Para contribuir a esta discusión, vamos a presentar algunos datos de un trabajo en que se puede ver la relación entre los criterios de definición de lo étnico por parte de los investigadores, comparado con la propia definición que hacen los miembros de la cultura mapuche desde una perspectiva intercultural.

En la literatura se usan distintas variables o aspectos para definir la pertenencia a un grupo étnico o cultural, entre las más usadas para la población mapuche, están los apellidos (si tienen o no tienen apellidos indígenas), la residencia (si vive en reducción indígena), el uso del lenguaje (si habla el mapudungun), si asiste o no a ceremonias tradicionales (como el nguillatun, machitun, eluwun), la cosmovisión (si cree en los wekufe o los kalkus) y en el último tiempo la autoidentidad o autopertenencia (si la persona se reconoce o se siente perteneciente a la cultura mapuche).

Desde la epidemiología intercultural, la pertenencia a un grupo étnico o una cultura debe basarse en lo que los mismos mapuches consideran ser o no mapuche. Con este supuesto, se trató de construir una definición de mapuche desde la categorización de los miembros de comunidades mapuches, compararla con las otras definiciones y finalmente proponer alguna definición operacional para ser usada en los estudios de salud.

El estudio se propuso como objetivo general, evaluar la precisión de la definición de las variables de pertenencias a un grupo étnico y como objetivos específicos:

- Construir una definición basada en datos de tres generaciones anteriores con personas claves y construir una medida lo más cercana posible, a lo que la propia gente de las comunidades considera ser mapuche.
- Validar las variables o criterios más usadas en la literatura como definición de mapuche: apellidos, lenguaje, creencias, lugar de nacimiento y autoidentificación.

^{ix} Este es el criterio más usado a nivel Latinoamericano

El diseño del estudio fue de corte transversal, es decir, se entrevistó en mismo periodo de tiempo a todos los participantes y se organizó en las siguientes etapas:

Primera etapa: construir un criterio de definición de mapuche, desde el punto de vista de los miembros de las comunidades mapuches^{*}. En esta etapa se trabajó fundamentalmente con técnicas cualitativas, como la observación participante en terreno y la entrevista a personas claves.

Segunda etapa: comparar las otras variables con la variable o criterio construido. Aquí se usó un modelo epidemiológico (tabla de 2 x 2) para calcular sensibilidad y especificidad de cada criterio.

Tercera etapa: calcular el valor predictivo positivo, es decir la capacidad que presenta la definición construida para predecir que la persona se pueda considerar o no mapuche. También en esta etapa se aplicó una técnica epidemiológica de tabla de dos por dos, para ver cual criterio es el más preciso, comparado con la definición mapuche construida émicamente.

La investigación se realizó en cinco distritos que rodean Temuco, entrevistándose alrededor de 147 mujeres, entre 14 y 45 años, de la Región de la Araucanía.

Discusión de los resultados

Primera etapa

Se construyó una definición sobre el origen étnico autodeclarado para tres generaciones. Esta definición se basó en la observación participante en situaciones de contacto interétnico, recogiendo las categorías y criterios de cómo la gente se definía y distinguía como mapuche. También se entrevistaron personas mapuches que trabajan en ámbitos interculturales.

La observación y las entrevistas nos permitieron captar que para la gente de las comunidades lo importante era la ascendencia, es decir, que tuviera padres mapuches, lo que se llama origen étnico autodeclarado. Específicamente señalaron que había que diferenciar entre *mapuche neto* y *no neto*, entonces nosotros recogimos esa pregunta y la hicimos en los mismos términos de la gente y preguntamos: ¿es usted mapuche neto?, ¿fueron sus padres mapuches neto?.

También preguntamos por los abuelos maternos y por los abuelos paternos, es decir, tres generaciones hacia atrás. Si la persona contestaba a todo que sí, entonces esa persona era *mapuche neto*.

* En epidemiología se conoce como gold standar o regla de oro por considerarse una medida lo mas cercana a lo real.

Tabla N° 1

Construcción de una definición de mapuche
Entrevistada
¿Es usted mapuche neta?
¿Fueron sus padres mapuches netos?
¿Fueron sus abuelos mapuches netos? maternos & paternos

Si contesta SI a todas las preguntas, entonces se define como MAPUCHE

Segunda etapa

Luego de haber construido esta definición de *mapuche neto*, desde el punto de vista de la gente, la comparamos con los otros criterios que se usan en los estudios epidemiológicos o en los Censos para definir la pertenencia al grupo mapuche: apellidos, lugar de nacimiento, uso de la lengua, creencias y participación en eventos de la cultura. Usamos una metodología que es típicamente epidemiológica conocida como test diagnóstico, que permite calcular sensibilidad y especificidad.

Sensibilidad significa, que las personas que realmente son mapuches, de acuerdo a la definición, se consideren como tales. La especificidad, por su parte, significa que las personas que no son mapuche de acuerdo a la definición, queden fuera. Esto puede ser un bastante complejo, porque estamos intentando medir un aspecto cualitativo, en un diseño cuantitativo epidemiológico.

Sin entrar al detalle de todas las variables que se validaron, nos parece importante señalar que los apellidos tienen una sensibilidad de 72.6% , esto quiere decir que si hay 100 personas *mapuche neto* en tres generaciones, aproximadamente 72 tienen los dos apellidos mapuches. En cuanto a la especificidad los apellidos tienen un 71.2, es decir de 100 personas que no son mapuche neto, 71 no tienen apellidos mapuches.

Esto es una manera de darse cuenta, que no es tan sencillo como usar los apellidos para definir a un grupo como mapuche, porque siempre estamos dejando fuera *mapuche netos* por parte de padres y abuelos, pero que no tienen los dos apellidos; y al mismo tiempo, estamos incluyendo personas que no son *mapuche neto* de tres generaciones, pero tienen apellidos mapuches.

Tabla N°2

Comparación y validación de apellidos con la definición de mapuche

Apellidos	Definición de mapuche neto	
	Mapuche	No-mapuche
Dos apellidos mapuches	5	15
Un apellido mapuche	20	37

Sensibilidad =72.6%

Especificidad=71.2%

En la tercera etapa, se calcularon valores predictivos, es decir, criterios que nos pueden asegurar en mayor o menor medida, que estamos frente a una persona mapuche de acuerdo a la definición construida desde el punto de vista mapuche. La idea es construir, una definición operacional que nos ayude a aumentar la validez sociocultural y metodológica de cuando habría que considerar como mapuche o no mapuche a las personas.

Tabla N°3

Sensibilidad y Especificidad por cada predictor

Predictor	Sensibilidad	Especificidad
Lenguaje	67.6	58.8
Auto-identificación	100.0	61.5
Apellidos	72.6	71.2
Religión	18.6	76.9
Creencias	93.2	9.8
Participación	78.9	17.6
Lugar de Nacimiento	93.1	11.5
	>90%	70%-80%
	Bueno	Moderado

En la tabla N° 3, vemos que los criterios que uno puede usar como variables predictoras son la autoidentidad y las creencias; es decir, si una persona se declara mapuche y cree que las enfermedades las causan los wekufe o kalku, uno puede tener una probabilidad muy alta de que realmente está en el mundo mapuche, tenga o no tenga el apellido. Con esas variables estamos considerando la parte cultural, ahora el apellido también nos sirve como variable predictora, si se usa con una variable cultural.

Cuando se hace un estudio y quiere medir modo de vida, por lo general, no le sirve el apellido sino que le sirve la autoidentidad. Cuando uno hace un estudio en que uno quiere medir

cosas más genéticas, más biológicas, por ejemplo, malformación o cierto tipo de anemia, entonces si le sirve el apellido. Porque la gente que tiene el apellido, por lo general, lleva también la sangre, pero no quiere decir que viva o tenga un mundo mapuche. Cuando uno pregunta por la autoidentidad, sí tiene el mundo mapuche y lo está defendiendo frente a los otros.

Para concluir, quisiera decir que lo que proponemos en este trabajo y desde una perspectiva intercultural es la autoidentidad más los apellidos, ya que de acuerdo a esto una persona se autodeclara como mapuche, tiene apellidos mapuches y uno puede tener una alta seguridad que esa persona es mapuche, genética y culturalmente. Con esta combinación de variables, uno no impone su criterio como investigador, ya que le reserva el derecho a la persona a identificarse y al mismo tiempo tienen una variable mas objetiva como son los apellidos.

ALCOHOLISMO Y ETNIA: CRITICAS Y PROPUESTAS

Ana María Oyarce y José Ñanco ^{xi}

Fundamentación

Otro de los temas donde se ve el problema de la investigación y el poder es con relación al alcoholismo, lo que vamos a presentar aquí es la primera parte de un trabajo mucho mas extenso^{xii}. El consumo del alcohol es una conducta y como tal está fuertemente influenciada por la cultura, la gente dice éste toma como chileno, éste toma como mapuche. ¿Qué quiere decir esto?. Que hay una percepción, que existen diferentes maneras de beber alcohol entre los distintos pueblos. El estereotipo de que en los pueblos indígenas hay una gran cantidad de alcohólicos ha sido usado desde siempre por la sociedad dominante, ha sido argumento para descalificar y al mismo tiempo ha sido usado como un instrumento de colonización y usurpación por comerciantes, usureros y hasta por los sacerdotes.

Desde la década del 50, ha habido un gran interés por parte de médicos y salubristas por conocer los problemas asociados al consumo de alcohol. En 1970 se hace un estudio llamado "*Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adulto mapuche de la zona rural de Cautin*"^{xiii}. El objetivo de este trabajo era medir la magnitud del Alcoholismo en la población mapuche comparada con la población chilena, en ese tiempo el alcoholismo estaba definido básicamente por tres criterios:

- Se embriaga cada vez que toma
- Se embriaga mas de 12 veces al año
- Cantidad de consumo.

Desde esta perspectiva, el problema del beber anormal estaba claramente categorizado en términos de lo que, para la sociedad occidental, era una conducta inapropiada o anormal en relación al consumo de alcohol. Este trabajo fue el primero y el único que se hizo sobre alcoholismo en más de dos décadas y los datos se recogieron mediante una encuesta en 5 comunidades mapuches de 3 comunas de la Araucanía: 2 de Imperial 1 de Saavedra y 2 de Temuco.

Como ustedes supondrán, los resultados mostraron que las cifras de bebedores clasificados como excesivos y alcohólicos en la población mapuche estaba por encima del promedio nacional y en segundo lugar, que la mitad de los bebedores considerados moderados y casi la totalidad de los considerados excesivos presentaron embriaguez, durante el último año. El tercer hallazgo que

^{xi} La presentación corresponde a un trabajo realizado por Ana María Oyarce, Eduardo Illanes y José Ñanco.

^{xii} El trabajo completo consta de tres partes: 1 Desarrollo de un cuestionario para detectar abuso de alcohol en la población mapuche. 2. Validación del cuestionario mapuche y del EBBA comparando con el DSM III y un criterio comunitario. 3 Validación del Cuestionario mapuche y del EBBA en una población amplia.

^{xiii} Drs Marconi Juan y Medina Eduardo.

llamó poderosamente la atención a los investigadores fue que no se encontraron abstemios entre los hombres adultos mayores de 20 años.

Ahora veamos, desde la perspectiva de una sociedad indígena el beber alcohol es un vehículo importantísimo de comunicación. Hay que pensar en la cultura mapuche, por ejemplo, una persona con un rol que cumplir como un longko o una machi no puede ser abstemio, es decir, culturalmente no tiene cabida. Entonces en muchas sociedades indígenas no existen los abstemios, por supuesto que pueden haber personas que no ingieran alcohol por motivos religiosos o de salud, pero eso es otra cosa.

A la luz de los criterios médicos que se usaban entonces para definir el alcoholismo, el hecho de que no hubieran abstemios, les pareció a los investigadores un indicador de alcoholismo muy importante. Los mismos investigadores señalaron que registraron y anotaron sistemáticamente "se embriaga siempre que bebe" por que les fue muy difícil obtener la cantidad de consumo y la presencia del síndrome de abstinencia.

Sin embargo unos años después, en 1989 uno de los autores, cuestionó el trabajo anterior, sobretodo poniendo en duda los resultados ya que una población con esos niveles de Alcoholismo solo podía estar asociado a un grupo marginal desorganizado y de extrema pobreza y esta situación era muy diferente a la que ellos habían observado en las comunidades. En otras palabras, era imposible que una comunidad con esos niveles de alcoholismo, estuviera organizada, sembrara, cosechara llevara una vida normal, no era lógico.

Otro de los cuestionamientos a los resultados y desde una perspectiva mas antropológica que médica, fue que se dieron cuenta que la norma cultural no sancionaba ni prohibía la embriaguez, y por lo tanto considerarla como conducta de alcoholismo no tenía sentido, era irrelevante y sin ningún significado.

Lo que llama la atención, sin embargo, es que lo que queda como conocimiento colectivo y que se usa hasta la actualidad para confirmar el estereotipo de que los mapuches toman el doble que la población nacional, es precisamente el estudio inicial. Toda vez que se quiere fundamentar la idea que los mapuches son mas alcohólicos que los no mapuches, se cita el primer trabajo, pero nadie cita el cuestionamiento metodológico posterior donde se explica que el instrumento con que se midió el problema no era adecuado a la realidad sociocultural del grupo mapuche.

Esto creemos puede ejemplificar como una la investigación epidemiológica que no ha considerado el contexto cultural, no sólo produce información poco válida, sino ha contribuido a categorizar a una población como alcohólica y además con una categoría cargada de valores negativos que estigmatiza y se usa como parte del poder de la sociedad dominante sobre este grupo.

El beber es una conducta y como tal no puede ser definida fuera del contexto sociocultural, las patologías relacionadas con conductas y que implican definiciones de normal y anormal pueden variar de una cultura a otra. Si bien la ingesta de alcohol puede ser vista como una enfermedad, tampoco hay duda del papel cohesionadora nivel social.

El alcoholismo, la medicina y el patrón de ingesta tradicional

Como se ha abordado, la ingesta de alcohol también puede ser visto como un modelo de lo que han sido los cambios en la propia medicina. En el pasado, el hábito de beber se relacionaba o se estudiaba a través de sus consecuencias orgánicas, había una marcada preocupación por las consecuencias físicas individuales del consumo inmoderado de alcohol que se relacionaba con un enfoque más bien curativo. Sin embargo, el cambio hacia lo preventivo se expresa actualmente en la definición de distintos bebedores en normales y anormales, dejando el consumo inmoderado crónico como indicador de una verdadera enfermedad. En este sentido, hay consenso sobre la enfermedad, sus causas, la evolución y en ciertos tratamientos de la dependencia física. También desde el punto de vista epidemiológico los factores asociados al alcoholismo han demostrado estar relacionados con la edad media, sexo masculino, nivel socioeconómico bajo, nivel de escolaridad bajo y facilidad de acceso a la ingestión.

Desde un punto de vista sociocultural los parámetros elaborados por la medicina moderna para clasificar la normalidad o anormalidad de las conductas de consumo y de sus variables asociadas, por estar básicamente orientados a situaciones propias de la vida urbana moderna, han demostrado que no interpretan adecuadamente ciertas formas de ingestión de grupos tradicionales urbanos y rurales, así como tampoco el de las etnias de los países hispanoamericanos.

Respecto a esto último y para contextualizar el patrón de ingesta de la población mapuche en el resto de los grupos indígenas latinoamericanos, en términos breves este se puede caracterizar por:

- Estar asociado a todos los aspectos de la vida social
- Las pautas de ingestión siguen una especie de protocolo, ceremonial o ritual
- La ingestión de bebidas alcohólicas es una de las tantas actividades colectivas comenzando en edades tempranas y en ambos sexos
- La embriaguez es aceptada, especialmente la masculina y las conductas inconvenientes en ese estado tienden a ser disculpadas
- El consumo, por facilitar los contactos interpersonales y estar ligada a sucesos de importancia colectiva, es un importante medio de cohesión social entre los individuos y el grupo en su totalidad.

En un contexto así no cabe la abstinencia, pues significa el distanciamiento de todo tipo de actividad pública, lo anterior significa que los criterios cuantitativos de cantidad de alcohol y los criterios de embriaguez, no sólo son irrelevantes en esta población, sino oscurecen las posibilidades de medir adecuadamente un consumo considerado abusivo para los propios mapuches. Además, como el enfoque epidemiológico actual está centrado en buscar un modelo multicausal, interdisciplinario para comprender el uso de bebidas alcohólicas en poblaciones indígenas hay que considerar todo el patrón de consumo y no sólo los bebedores excesivos, que son el grupo marginal.

Este cambio de enfoque orientado al contexto, busca identificar las consecuencias del beber problema a nivel de la pareja, la familia y la comunidad. Así se obvian los criterios cuantificables y se pone el énfasis en las definiciones a partir de la percepción de los propios sujetos y el

instrumento que se puede construir a partir de esta perspectiva, será un cuestionario culturalmente apropiado para conocer y medir la conducta que nos interesa, aumentando la validez interna del estudio.

Nuestro estudio se propuso como objetivo *construir un instrumento con una perspectiva intercultural con el que se pueda conocer a los bebedores problemáticos desde el punto de vista de los miembros de la cultura mapuche.*

Metodología

La metodología con que se trabajó esta primera etapa de la construcción del cuestionario para beber anormal desde el punto de vista mapuche, fue desde sus inicios interdisciplinaria e intercultural. El equipo estuvo compuesto por un psiquiatra, un antropólogo y un facilitador intercultural.

La construcción del cuestionario tuvo tres fases:

1. *Recolección de la información*

- Se diseñó una pauta guía de entrevista
- Se realizaron entrevistas grupales (grupos focales) e individuales
- Se administró un cuestionario a antropólogos y médicos conocedores del tema

2. *Organización de la información*

La segunda fase consistió en agrupar por frecuencias las respuestas de los grupos e individuos mapuches, así como de los antropólogos y médicos.

3. *Construcción del cuestionario*

En base a las respuestas, el equipo interdisciplinario construyó el cuestionario final, que fue traducido al castellano y retraducido al mapudungun por otra persona bilingüe, para asegurar su consistencia.

1. Recolección de la información

La pauta de entrevista la trabajó en terreno el facilitador intercultural, en forma bilingüe. Se realizaron 2 reuniones comunitarias una en la Cordillera Comuna de Lonquimay sector Pedregoso donde se entrevistaron alrededor de 20 personas, la segunda reunión comunitaria fue en la Costa, comuna de Puerto Saavedra, sector Nahuelhuapi donde se conversó con 21 personas. En la zona Centro las entrevistas fueron individuales alcanzando a 14 personas: agentes de la medicina tradicional, longkos, ancianos y otras personas de la comunidad. La pauta de la entrevista se presenta en la Tabla N°1

Tabla N° 1

Encuesta sobre percepción de alcoholismo y/o beber problema desde el punto de vista de los mapuche

Versión en Mapudungun	Versión en Español
Preguntas para elicitación de criterio de Normalidad.	
1.- Chem rakisuam ta pulku?	1.- ¿Qué piensa respecto al vino?
2.- Chumnechi duamkeymi putokonmu?	2.¿Cómo se siente al tomar vino?
3. Kūmey pulkutun o kūmelay?	3 ¿Es bueno o malo?
4. Chumngelu kūmi?	4.- ¿Porqué es bueno?
5.- Chumngelu kūmelay¿?	5.- ¿Porqué es malo?
6.- Chunten pulkutun kūmey ka chunten kūmelay?	6.- ¿Hasta cuánto es bueno y desde cuánto es malo?
7.- Tuntepu pulkutukeymūn?	7¿En qué momento (ocasión) se toma?
Preguntas para elicitación de criterio de anormalidad	
8.- Chunten pulkutunmu che wichaleki dungu?	8.- ¿Cuándo es problema(o causa problema) tomar vino?
9.- Chumekenmu ngollilechi che widali?	9 ¿Qué conducta con vino es mala?
10.- Chunten pulkutunmu che widali o echakumuy pingeki?	10 ¿Qué es tomar en exceso o anormal?

Simultáneamente, se envió una encuesta a profesionales que contenía las siguientes preguntas:

Questionario mandado a profesionales:

1. ¿Considera usted que el patrón de ingesta de los mapuches es igual al de los no mapuche?
Fundamente brevemente.
2. ¿En qué contexto sociocultural se dan las conductas de ingestión de alcohol entre los mapuches?
Enumere en orden decreciente los que más frecuentemente dan origen a ingestión de alcohol. Si no hay diferencias por favor explícelo.
3. Según su opinión o experiencia ¿Cuándo los mapuches consideran la ingesta de alcohol como anormal? Conteste considerando las distintas situaciones o contextos en que se da el beber (pregunta N°2)
4. ¿Es igual la situación de ingesta para hombres y mujeres?
5. ¿Es la cantidad de alcohol un buen parámetro del abuso de alcohol? ¿Es la embriaguez?

2. Organización de los Resultados

Tabla N°2

Consolidado de las respuestas de las entrevistas grupales e individuales

<p>Pregunta 1: Tiene que ser medido Tienen cosas buenas y malas Depende de la persona</p> <p>Pregunta 2 Se siente alegre Sirve para compartir Da dolor de cabeza Después se enferma Uno es capaz de hacer cualquier cosa (valiente)</p> <p>Pregunta 3 Es bueno pero poco Medido</p> <p>Pregunta 4 Se pone alegre Bueno porque ayuda a sentirse bien</p> <p>Pregunta 5 Mucho es malo Es malo cuando no se sabe lo que se hace Malo todos los días Malo cuando se gasta toda la plata Es malo cuando produce accidente</p>	<p>Pregunta 6 Es malo cuando es mucho Depende de la persona Depende de cuanto uno tome</p> <p>Pregunta 7 En ceremonias En celebraciones wingkas (no mapuches) Cuando alguno va a la ciudad Después de las cosechas Después de los deportes</p> <p>Pregunta 8 Cuando hay peleas, agresiones y accidentes Cuando uno no se da cuenta de que esta haciendo</p> <p>Pregunta 9 Problemas con la familia Provocar o buscar peleas Perder el sentido y cuando uno no sabe lo que hace Hablar tonteras</p> <p>Pregunta 10 Cuando uno no puede trabajar</p>
---	---

Tabla N°3

Frecuencia de las respuestas relacionadas con problemas de consumo de alcohol

Respuestas	Frecuencia (N° de grupos)
Demasiado es malo	5
Es malo cuando uno no sabe lo que esta haciendo	4
Cuando hay problemas con la familia	4
Cuando hay mal trato o accidentes	3
Cuando alguno provoca o busca peleas	3
Perder el sentido y cuando uno no sabe lo que hace	3
Cuando uno no puede trabajar	3

Tabla N°4

Respuestas dadas por los profesionales

Pregunta 1

Diferente patrón: 4

Fiestas, rituales, ceremonias religiosas, nunca solos, beber hasta terminar el alcohol

Pregunta 2

Cuando se visita la ciudad (only men)

Eventos sociales como fiestas, casamientos,

Ceremonias mapuches(hombres y mujeres)

Juegos de palin y football (jugadores y observadores)

Trabajo comunitario (Mingako)

Pregunta 3

Beber fuera del contexto cultural

En bares

Desperdiciar la plata

En clandestinos

Beber regular y frecuentemente .

Pregunta 4

No es el mismo patrón para hombres y mujeres

Se bebe igual en ceremonias mapuches

La mujer bebe menos que el hombre en los otros contextos

Pregunta 5

La cantidad de alcohol o la embriaguez no es un buen parámetro para medir abuso de alcohol. Debería ser medido por las consecuencias.

3. Construcción del cuestionario

El cuestionario se construyó con las respuestas que se repetían más de dos veces, cabe señalar que hubo gran coincidencia entre lo recogido en terreno por el facilitador y las respuestas de los profesionales conocedores del tema, como se aprecia en las Tablas N°3 y 4.

En esta tercera fase el equipo interdisciplinario e intercultural construyó el siguiente cuestionario

Cuestionario mapuche Mapuche Ramtun			
Preguntas	Siempre Rumelka	A veces Kingechemu	Nunca Chum kauno rume
1. Además de las fiestas mapuches ¿bebe usted en otras ocasiones? Re pekan antu pulku turumekey kay eyimi			
2. ¿Toma usted sólo? Kisu pulkuutukeymi kay			
3. ¿Bebe usted para las fiestas wingkas como 18 de Septiembre, Año Nuevo? Wingka fiesta mu kay pulkutukeymi chumechi			
4. ¿Bebe usted cuando va al pueblo? Waria mew putukeymi			
1. ¿Toma usted en cantina o clandestino? Putukeymi cantina mew o lof mew eyimi famechi menmu fensepel pulku			
6. ¿Toma usted con amigos, parientes o vecinos? Weney ñi ruka mew o karuka tu mew pulkutumekeymi			
7. ¿Ha dejado de trabajar a causa del trago? Tami kidaw kay elaafuyimi pulku ñi duam			
8. ¿Ha tenido problemas o peleas con amigos o vecinos cuando ha bebido? Kewatukeymi kay mi pu weney o ka ruka tulelu famechi ngollinmu eyimi			

<p>9. ¿Ha perdido el sentido cuando ha bebido? Rupa duam keymi kay famechi pulkutum mew ey mi</p> <p>10. ¿Ha dicho cosas inconvenientes o tonteras cuando ha bebido? Eymi kay famechi pulkuuutuleymi welo pi makekeymi o fillpimekeymi</p> <p>11. ¿Ha quedado botado en el camino cuando ha bebido? Tranawkeymi kay ey mi famechi ngollinmu</p> <p>12. ¿Ha tenido problemas con su señora o familia cuando ha bebido? Yafkan dungu niekeymi tami kure ey mu famechi ngollinmu ey mi</p>			
---	--	--	--

Conclusiones

Con la construcción de este cuestionario para medir beber problema desde el punto de vista de los miembros de la cultura mapuche, se ha avanzado desde una concepción netamente biológica, que se preocupaba sólo del beber inmoderado crónico y sus consecuencias orgánicas, medida a través de la frecuencia, cantidad y embriaguez, hacia un enfoque multicausal del problema del abuso del alcohol. Desde esta última perspectiva, es crucial considerar lo es anormal o problemático definido por los propios sujetos mapuches, ampliando la orientación médica a un modelo de abordaje del beber problema intercultural, con sentido para los miembros de la cultura, respetuoso de sus patrones tradicionales y con una validez metodológica.

ALGUNAS CONSIDERACIONES PARA ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS CON POBLACION AYMARA

Carmen Alarcón Rodríguez ^(xiv)

Todo pueblo tiene sus propias creaciones a nivel político económico, social, tecnológico y religioso. Los aymaras como sociedad humana tenemos una vida dinámica, que implica cambios, es decir, procesos de organización socio-religiosos y económico-políticos.

El desconocimiento de "occidente" ha condenado a los pueblos del ABYA YALA, tildándoles de "sociedades primitivas", no en un sentido de "primigenios", sino de retardados, de "arcaicos" en los procesos sociales, políticos y especialmente tecnológicos.

En nuestros días estos argumentos carecen de relevancia, pues entendemos los procesos de desarrollo social de acuerdo al contexto geográfico y especialmente, a la comprensión del hombre como ser social, en cuanto se relaciona con todo su entorno y en cuanto percibe y asigna diferentes valores a los elementos que conforman dicho entorno. Ej. el valor del oro para el hombre hispano (occidental) y para el hombre andino (ABYA YALA) en 1532. Estos últimos eran vistos como "arcaicos" por no codiciar el oro. Tal juicio sobre una determinada cultura es sin duda un juicio errado, ya que para los pueblos andinos su valor era netamente religioso. Las construcciones de Tiwanaku y Machupichu, no tienen nada que envidiarle a las antiguas pirámides de Egipto o similares.

Después de esta breve introducción, donde podemos estar hablando de nuestra cultura horas y horas, quiero que consideren claramente, los criterios que debemos tomar para considerar las labores epidemiológicas, para revertir los índices de salud, y éstas deben ser desde nuestra perspectiva cultural, dependiendo del lugar geográfico a que se va.

La calidad de atención que los aymaras queremos, no se va a revertir y no va a causar ningún efecto de cambio si no consideramos algunos parámetros que les voy a mencionar:

^{xiv} Representante Pueblo Aymara, funcionaria Biblioteca Hospital Arica.

Relación población real versus población censada.

Todos conocemos como referencia de nuestra población, el Censo de 1992, donde la población Aymara arrojó un número de 15.000 habitantes para la primera región, En consecuencia que las comunidades y asociaciones entregamos, para la Primera Región un número de 70.000 aymaras y de 100.000 para todo Chile. Pero hoy no contamos con un documento válido para revertir las cifras que da el censo. En consecuencia figuramos como población minoritaria y en extinción para otros.

También es de todos conocidos que el Censo utilizó el auto-reconocimiento de pertenecer a una etnia. La gran mayoría de nuestros hermanos negó su raíz ancestral y los encuestadores tampoco consideraron los apellidos. Menciono este hecho ya que muchos trabajos del área de la salud si considera los apellidos, aunque a ese respecto debemos dejar muy claro, que éstos han sufrido ciertos cambios, por ejemplo en mi caso, mis apellidos son Alarcón Rodríguez. De no reconocerse podría pasar por no aymara. A todo esto puedo agregar cómo los aymaras hemos sido absorbidos por los occidentales y muchos sienten vergüenza de su nombre y han tratado de dar a su apellido una resonancia europea; así, los Mamani se vuelven Magne, Mani o Lamani; los Condor se vuelven Condorset o Contreras; los Quispe, Quisbert; los Villca, Villegas, y así podríamos seguir viendo cómo se han distorsionado los apellidos aymaras.

Siguiendo con la población aymara, todos mencionan el despoblamiento de las comunidades rurales y la disminución del crecimiento de la tasa de natalidad. Esto no ha sucedido por que sí, sino como consecuencia de las políticas de salud implementadas por el Servicio de Salud. Estas por mandato del Ministerio son contrarias al parto en domicilio que es nuestra forma ancestral de dar a luz y la recepción del nuevo miembro a la comunidad, donde el parto no es una enfermedad, muy por el contrario es un acontecimiento comunal donde participa toda la familia y la comunidad espera con regocijo y alegría al nuevo integrante de la comunidad y con la calidez que sólo sus hermanos pueden darle. como no es un trabajo diario, no están cansados, en cambio el Servicio de Salud, está sólo al cuidado de que sus tasas de natalidad y mortalidad no se disparen, sin preocuparse del calor humano.

Este conservar las tasas, ha bajado o desplazado a las mujeres desde sus comunidades a la ciudad a tener su wawa (españolizado: guagua), despojándolos de todo el acontecimiento comunitario, para después entregarles su comprobante de parto como nacido en la ciudad de Arica en este caso y no en Putre. Los padres aprovechando su estadía en la ciudad, lo inscriben como nacido en Arica. Por supuesto no puede ser de otra manera, decir lo contrario sería mentir. Esto no sólo trae consecuencias de despoblamiento, si no que en el futuro, éste se encuentre entre jóvenes de la ciudad, por creerse nacido en la ciudad puede llegar a desarraigarse de su comunidad.

Para la epidemiología se han considerado los apellidos, como lo vamos a asumir con todo lo que ya he descrito. Si tomamos el genotipo es más difícil, pero más real ya que por lo general revisamos fichas, no a las personas en forma directa, debemos unificar criterios ¿quien se va a encargar?

Prevención de Enfermedades.

Nuestras comunidades no saben la utilidad del uso de la estadística, de cómo se utilizan. Los que ya conocemos debemos asumir un compromiso con ellos, esto puede ser, educarlos, aunque es occidental, es la forma de prevenirla ¿cómo? consiguiendo el apoyo del Servicio de Salud de validar nuestra alimentación ancestral, que la hemos desvalorizado y hemos cambiado nuestros alimentos que pueden ser cultivados incluso en el jardín de nuestra casa.

Tuberculosis.

Como comunidad debemos asumir el compromiso de erradicarla, acercar más las comunidades al sistema, evitar que busque alivio en Tacna por ejemplo, de lograr un tratamiento integro, no a la deserción.

Adolescentes Embarazadas.

Desde el momento de su ciclo menstrual, la mujer está apta para la concepción, pero por lo general nos hacen creer que aún falta para completar su madurez. En nuestro concepto la familia se preparaba para este acontecimiento, e incluso entregaban sus hijas para el Sirwiñaco (matrimonio a prueba), de no resultar este matrimonio, los abuelos maternos se harían cargo del nieto si lo hubiera, de manera que su hija pudiera hacer un matrimonio nuevo, lo que ocurría con poca frecuencia, ya que no era bien visto que ella no lograra consolidar su matrimonio.

En la actualidad los no aymarás lo han copiado muy bien, a diferencia que hoy al existir una mayor población aumentan las madres adolescentes. En otros tiempos también existieron estas madres jóvenes, sólo que terminaban en matrimonio.

Mujer Trabajadora.

Las mujeres aymarás en las encuestas y Censos por lo general no son consideradas en su función de mujeres trabajadoras, ya que generalmente son consideradas como dueñas de casa. En sus comunidades, el trabajo que ellas realizan es igual que el de sus esposos, por tanto si este es agricultor ella también lo es, lo mismo si es ganadero o comerciante. El trabajo es compartido y muchas veces el de la mujer es incluso mayor, ya que se le agregan los quehaceres del hogar.

III. DIAGNOSTICO DE SALUD: PERSPECTIVAS DE DENTRO Y FUERA DE LA CULTURA

NECESIDAD DE LA VISION EPIDEMIOLOGICA

Oscar Ochoa de la Maza^(*)

Recuerdo a unas personas que tienen una idiosincrasia muy particular en Argentina, que son los cordobeses. Tienen un humor característico. Son ocurrentes más que graciosos. Uno de ellos me aconsejó una vez que "la cuestión es embocar el camino: porque después el camino lo lleva solo a uno". La visión epidemiológica, aparentemente, es ese camino. Por allí es donde circula la plata ahora, es por donde nos entienden: es el camino por donde los del Ministerio van a pensar que existen problemas.

La idea que quiero insistir con ustedes es la necesidad de comprometernos con la visión epidemiológica para afrontar las problemáticas inherentes a los pueblos indígenas.

Creo que lo que sucede aquí en estos días, abre posibilidades de enjuiciar algunos paradigmas que traemos, y cerrar cosas que pensamos. En cuanto a epidemiología, lamentablemente, nuestro Programa Intercultural en Arica está todavía en pañales. No conformes con ello, hemos indagado algunos temas a través de una serie de investigaciones realizadas, que deseamos compartir con ustedes.

La primera que tengo noticia, mayo de 1997, fue "Accidentes de tránsito con muerte, homicidios y suicidios en población aymara y no aymara en Arica (1991-1996)". Trabajo que tuvo por objetivo cuantificar la presencia de la población aymara en dichas muertes, por existir sospechas que la misma era mayor a la esperada por proporción poblacional.

Como primer nivel de investigación, informó sobre características de la población estudiada, magnitud del problema planteado y factores asociados al mismo, proponiendo bases para otros estudios descriptivos y sugiriendo algunas asociaciones de variables que pueden ser punto de partida para estudios analíticos.

Fue de resaltar en este estudio el aumento de las tasas de mortalidad por cien mil habitantes de accidente de tránsito con muerte, homicidio y suicidio, para 1996: 16.9, 5.8 y 15.3, respectivamente. Esta última posiblemente la mayor de Chile. Asimismo, dentro de las

^(*) Psicólogo Servicio de Salud Arica, Servicio de Psiquiatría, Hospital "Juan Noé".

E-mail: ochoa@entelchile.n <<mailto:ochoa@entelchile.net>>

asociaciones, se consideró la estimación del riesgo relativo -RR(e)- del factor ser aymara asociado a envenenamiento con organofosforados (código X68 del CIE-10), obteniéndose que los que presentan el factor tienen 4.50 veces más probabilidad de suicidarse con organofosforados que quienes no lo presentan; siendo el cálculo de la Fracción Atribuible del 77.8 por ciento (43.5 a 91.8).

Es de imaginar, que el estudio presentó una visión de la población aymara desde el Servicio de Salud. Percepción quizá diferente a la que se hubiera obtenido desde la comunidad involucrada o desde los pueblos de origen. No obstante, esta perspectiva permitió dar con algunos de los que en salud se llaman "datos duros", como los que termino de contarles; imprescindibles en estos momentos para entendernos, para lograr la comunicación necesaria a los intereses de los pueblos indígenas.

Supimos, además, cosas que desconocíamos: por ejemplo, del Morro de Arica sólo se arroja el 1.5 por ciento de los que se suicidan, si no salieran estas muertes por los medios de comunicación, difícilmente las tendríamos en cuenta. La mayoría lo hace en su casa; y, en población no aymara, ahorcándose.

Pero, no quiero salirme del tema que es la necesidad de una visión epidemiológica para describir las problemáticas que nos afligen.

Retrocedo un poco. Desde el Programa Intercultural suponíamos en Arica un montón de cosas, como que las personas se suicidan arrojándose desde el Morro; pero, no sabíamos ninguna. Esto me parece importante de subrayar. Confundíamos lo que sabemos con lo que suponemos, por lo menos desde nuestra percepción.

Recuerdo un profesor de metodología en un post-título, que la primera vez que se presentó ante quienes seríamos sus alumnos, nos contó que terminaba de leer una investigación "muy seria", que buscaba la relación entre la mucosa de la nariz y el dedo gordo del pie. Sin inmutarse con nuestras sonrisas, continuó impávido resaltando que la misma estaba muy bien hecha y que, después de un exhaustivo estudio, se concluía que no había ninguna relación entre la mucosa de la nariz y el dedo gordo del pie.

Como sonrien ustedes sonreíamos nosotros. No faltó tampoco quien interrumpiera diciendo que "eso ya se sabía"; aprovechando el profesor la oportunidad para darnos la primera lección: "No, no lo sabía: lo sospechaba. Ahora que se investigó lo sabe". Es decir, no probar una hipótesis es también lograr una investigación y, a veces, aunque podamos intuir bien, no necesariamente significa que sea exactamente como lo imaginamos hasta que lo estudiemos. Una segunda investigación tuvo por objetivo cuantificar la presencia de población aymara en las muertes por accidente de tránsito, homicidio y suicidio en menores de 26 años. El banco de datos fue todas las muertes de menores de 26 años notificadas en el Servicio de Salud de Arica, entre 1991 y 1996.

Una tercera fue, después que nos dieran permiso para acceder a todas las notificaciones desde Justicia a Medicina Legal, donde aparecían lesiones infringidas, autoinfringidas y de

delitos sexuales, del año 1996. Más tarde, hicimos otro corte para menores de 26 años, donde supimos que el uso de organofosforados como forma de eliminarse era de uso frecuente en jóvenes aymaras urbanos; población, además, donde era significativa la proporción de los estudiantes más que de los agricultores.

Dentro de estos estudios también intentamos algunos cualitativos. Particularmente sobre la identidad aymara urbana y las estrategias en salud mental que tienen; como hacen para lograr el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes, como definió la Salud Mental, en 1962, la Federación Mundial para la Salud Mental.

En este último trabajo, agosto de 1997, hay cosas que se tocan con el estudio de alcoholismo, recién presentado por el Servicio de Salud Araucanía Sur. Por ejemplo, una de las cosas que cuestionaban los informantes claves aymaras era la asociación que hacemos de alcoholismo a la cantidad de alcohol ingerida o a los gramos de alcohol en sangre. Lo que estos informantes aymaras nos plantearon como indicador de la dependencia, era la frecuencia en que la persona incurría en ausentismo laboral. O sea, no les importaba que se tomara antes, durante, o después de una fiesta; pero si, por la ingesta, no podía alguno ir a trabajar, reconocían en esa persona a alguien con problemas de alcohol. Ustedes saben, de seguro mejor que yo, que en la población aymara es muy importante el trabajo para la estructuración de su identidad.

Volviendo al tema, sinceramente, pienso que no nos vamos a poder salir del cuento de la visión epidemiológica, sea para pedir plata, sea para hacer un proyecto. Esto en un sentido tiene lógica.

Me acuerdo en el 90, cómo nos cambió la cabeza cuando esto de la epidemiología y de los factores de riesgo, fue severamente cuestionado al apreciarse que los paradigmas que parecían tan naturales, eran realmente espantosos, y había que cuestionarlos. Como ustedes, sé de las ventajas de pensar en una etnoepidemiología. Tengo conciencia que los problemas que nos afligen tratan de una temática sociológica que parte de la consideración de lo social como unidad básica de análisis, pero que, además, intenta articular varios aspectos que tienen que ver con las características de los sujetos que intervienen; siendo la más importante, la ideología, estrechamente considerada con los problemas de "constitución" de los actores sociales por un lado, pero también con las prácticas que se realizan tanto como actividad profesional o de trabajo como social y cultural.

Cuando nos preguntamos, por qué se da esta problemática de salud en este momento y en este grupo, estamos determinando la historicidad de los fenómenos salud-enfermedad, estamos comprendiendo que lo que interesa entender es qué problema de salud corresponde a determinado momento histórico de una formación social concreta, y no qué situación social corresponde a una determinada enfermedad como categoría biológica específica; porque son determinados procesos sociales los que causan varias enfermedades biológicamente diferentes y no que una causa social particular cause una entidad patológica definida.

Comparto con ustedes que en la etiología de muchos de los problemas que nos interesan, intervienen factores tanto individuales como socio-culturales, y éstos últimos, en la mayoría de

las veces, tienen especial relevancia. Mas, a riesgo de que me repudien los más intelectuales, no sé si es adecuado en Chile que nos podamos plantear hoy en día, desde un Servicio de Salud, la cuestión de una etnoepidemiología ... el Ministerio no sé si lo va a entender o a querer entender.

Sospecho que ser capaz de acercar datos, aunque sea de la forma más clásica, es un acierto, es mostrar una realidad hasta ahora no vista. Porque en eso cree el Ministerio, eso es lo que más le duele y en eso es lo más perito. Todas cosas como para tener en cuenta. Pienso que, como estrategia, a veces es importante ver donde está parado el otro. Ponderen que con todo lo que estamos hablando en este Encuentro, se está construyendo un enemigo que no está acá, que nos va a leer, que nos va a echar seguramente; no obstante, seamos conscientes a quien le estamos hablando en este instante. Nosotros, aún pensando diferente, no somos enemigos. No sé si tendremos la inteligencia de poder transparentar para los amigos y oscurecernos para los que no lo son. Sin embargo, esta realidad histórica, compleja, fragmentada, conflictiva, dependiente, ambigua, e incierta, que nos toca vivir, nunca empieza ni termina en nosotros. Siempre estamos subiendo a su tren cuando ya partió y vamos a terminar bajándonos antes de llegar a destino. Todo ese proceso tal vez se va a hacer con gente que no somos nosotros.

Los fenómenos de salud-enfermedad no están en orden lógico y en este aspecto yo creo que somos como complementarios con los pueblos indígenas dentro de nuestro sistema de salud, porque esta medicina occidental desarrolló técnicas para lo biológico, pero poco sabe de lo social, del autocuidado en que se basa la medicina tradicional. Para enfermedades como el SIDA, suicidios, alcoholismo, depresión, u otras, donde todo el mundo sabe lo que tiene que hacer, pero no lo hace, nos serviría escuchar a nuestros hermanos.

Estas son algunas percepciones que traía, del esfuerzo común va a depender el avance simultáneo. En otras palabras, siento que necesitamos aprender a movernos con datos Porque los datos hacen variar los indicadores de salud, esas expresiones estadísticas que intentan cuantificar, en forma indirecta o parcial, un fenómeno complejo, y que se utilizan para determinar diagnósticos de situación o para elaborar programas.

Hace algún tiempo me enseñaron que un dato puede ser cualquier cosa: llueve, hay sol, puede estar el día gris o de cualquier manera, puede ser el mar, el lago, la montaña, lo importante es el dato. Si nosotros a un dato le sumamos otro dato, obtenemos una información... Podría tener un dato de que la secretaria salió temprano, puedo tener el dato de que desapareció, entonces podría sospechar. Si a la información le agregamos otro dato, tenemos un conocimiento simple. Por ejemplo, a la secretaria la vieron en tal lado. Y si me encuentro con otro y me dice "yo te cuento lo que sé", esto es, un conocimiento simple más otro conocimiento simple nos da un conocimiento complejo.

Tengo que decir esto: ¿dónde piensan que estamos parados?, ¿estamos hablando con datos?, ¿estamos hablando con informaciones? ¿tenemos conocimientos simples o conocimientos complejos? es importante saberlo para poder tener acciones determinadas: Si yo tengo sólo datos no debería hablar. Si nos movemos con informaciones deberíamos ser terriblemente cautos, porque seguramente haremos algunas asociaciones, mas no vamos a llegar a nada, podemos incubar rumores que no van a conducir a nada, podemos hacer cualquier cosa en cualquier

momento porque no estamos dimensionando los datos. Entonces, si podemos movernos al nivel de conocimientos simples podríamos asociar todo este conocimiento simple con otros datos simples, lo que sería muy respetable, es decir, nos van a escuchar y nos van a respetar. Y cuando podamos, si podemos alguna vez movernos con conocimientos complejos, obtendremos poder.

Quiero terminar con un cuento. Es un de un Premio Nobel, el químico Leloir. Contaba que un médico y un químico iban caminando por la orilla de un lago, cuando ven una persona que ese está ahogando. El médico se arroja, la saca, la reanima, mientras el químico no hace nada. Metros más adelante se encuentran con otra persona en la misma circunstancia; repitiéndose lo anterior. Vuelve a tirarse el médico al agua, a sacarla, reanimarla, etc., mientras el químico no se inmuta. Caminan un poco más y ven dos personas ahogándose. Se arroja el médico y saca a una. Mira al químico que no hace nada. Se vuelve a arrojar saca la otra, reanima a las dos, y, todo mojado, mira al químico y le pregunta: "¿Usted no hace nada?". A lo que el químico respondió: "Estoy haciendo... estoy pensando quién estará tirando tanta gente al lago".

Agradezco la oportunidad que nos dieron de ser "químicos" por un momento, de dejar de correr un rato, de no pensar en qué alivia o cura a un paciente para pensar en qué lo enferma, de poder evadirnos de la urgencia asistencial para meditar sobre lo que hacemos. Algo que valoran mucho quienes quedan diariamente atrapados en sacar gente del agua.

Han sido ustedes muy amables.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PUEBLOS INDIGENAS DE CHILE: UNA APROXIMACION

Víctor Toledo Llancaqueo (xvi)

El estudio presenta una aproximación a la situación de salud de los Pueblos Indígenas de Chile, en él se entregan antecedentes sociodemográficos básicos sobre los pueblos indígenas de Chile e indicadores epidemiológicos contruidos con información de fuentes primarias.

La demanda de las organizaciones indígenas y la experiencia de los trabajadores de la salud, sostiene que los pueblos indígenas presentan una situación desmejorada de salud en comparación con el resto de la población de Chile. Esa es una afirmación comúnmente aceptada, sin embargo, no se cuenta con antecedentes sistemáticos para cuantificar la brecha de equidad.

A diferencia de otros países de América, en Chile no se han hecho hasta ahora estudios de conjunto, que permitan comparar perfiles de salud de los pueblos indígenas, entre sí, y con el resto de la población del país. El propósito principal de la investigación es establecer un *perfil preliminar de salud de los pueblos indígenas de Chile*, que sirva de *línea de base* para medir avances en la situación de salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas de Chile.

La línea de base se construyó desde los datos y conceptos de uno de los actores de la relación intercultural en salud: el sistema oficial. Se escogió como *año base 1992*, correspondiente al Censo Nacional de Población que incorporó una pregunta de autoidentificación étnica aplicada a todos los habitantes del país mayores de 14 años. El año 1992 es también el año base de las políticas de desarrollo indígena promovidas desde el Estado.

POBLACION POR GRUPO ETNICO DECLARADO, CENSO 1992^{xvii}

Grupo Etnico	Población
Aymara	48.477
Rapa Nui	21.848
Mapuche	928.060
Total indígena:	998.385
% Población Indígena:	10,33 %

La información primaria fue obtenida en fuentes oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, Ministerio de Planificación y UNICEF.

^{xvi} La presentación es parte del estudio "Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile" OPS/MINSAL, el que fue realizado por Víctor Toledo Llancaqueo en 1997. Este fue presentado por Claudia Padilla Rubio del Ministerio de Salud, debido a la ausencia del autor y a la importancia que reviste este trabajo en el marco del taller.

Los pueblos indígenas de Chile son ocho: *aymara, atacameños, quechua, mapuche, rapa nui, colla, kawasgar y yámana*. El estudio se concentró en los pueblos que tienen una población superior a las 300 personas, de modo de poder establecer indicadores comparables. Estos pueblos son: aymara, atacameño, mapuche y rapa nui.

METODOLOGIA

En Chile no existe un sistema de monitoreo y registro de hechos vitales de las poblaciones indígenas. Esta restricción limita las posibilidades de investigación y diseño de políticas y programas de desarrollo indígena en general, de promoción y asistencia en salud, en particular.

La comuna es la unidad territorial-administrativa de nivel más desagregado en producción de información oficial periódica y sistemática.

Para la elaboración de un Perfil de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile se recurrió a las siguientes estrategias metodológicas.

La primera de ellas consistió, en la identificación de aquellas comunas administrativas en las cuales residen y se asientan comunidades indígenas y en las cuales representan una población igual o superior al 20 % del total. Para esas comunas se elaboró una base de datos homogénea, con información estandarizada procedente de sistemas nacionales y periódicos de información: Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, MIDEPLAN. Tales fuentes fueron complementadas con informes de organismos internacionales: CELADE, UNICEF y PNUD. Con esa información se elaboró una aproximación general a la situación de salud de los pueblos indígenas.

La segunda estrategia, implementada paralelamente, consistió en trabajo en terreno a Servicios de Salud claves en cuyas jurisdicciones se asientan comunidades indígenas, para identificar, evaluar y procesar fuentes de información básica nominativa, desagregada a nivel de localidades. La investigación se desarrolló en terreno con apoyo de los Servicios de Salud de Arica, Bío Bío, Araucanía, Valdivia y Osorno.

Utilizando los criterios de apellidos indígenas y domicilio de las personas en localidades indígenas, se utilizaron los certificados de defunción como fuente para elaborar algunos indicadores epidemiológicos desagregados por etnia, para los dos principales pueblos indígenas de Chile: Aymara y Mapuche,

Para el conjunto de las comunas del país se construyeron indicadores y se comparó el perfil de comunas indígenas con aquellas no indígenas, a través de mapas epidemiológicos del país.

INDICADORES:

Mortalidad Infantil

Atención Profesional del Parto

Cobertura DPT-3

En los casos de los pueblos más relevantes demográficamente, mapuche y aymara, se construyeron indicadores más refinados, en base al análisis de certificados de defunción y otros registros locales del sistema de salud.

Atención del Parto:

Se compilaron los informes de Auditoría de Parto Domiciliario. En el caso aymara se construyó el listado de *todos* los niños en control en postas y consultorios de la provincia de Parí, luego se clasificaron por etnia y lugar del parto.

Mortalidad infantil según etnia.

En base a certificados de defunción y proyección del Censo de 1992 para estimar nacidos vivos según etnia. Tanto en el caso aymara y mapuche se calcularon dos tasas, correspondientes a dos denominadores, de un máximo y mínimo probable de nacidos vivos de la etnia.

Principales Causas de muerte según etnia y comuna.

Clasificación de certificados de defunción.

Para determinar la pertinencia étnica se utilizaron dos criterios: apellidos y residencia en localidad tipificada como indígena (poblado aymara y reducción mapuche respectivamente). Para clasificar según apellidos se elaboraron listados de apellidos indígenas. Para poder clasificar según localidades de residencia, se elaboraron previamente mapas de localidades para cada provincia.

Para la estimación de *esperanza de vida* (aymara, rapa nui y mapuche) se recurrió a dos fuentes: tablas de mortalidad por provincia publicadas por el CELADE (1993), escogiendo las provincias representativas de población aymara y rapa nui; cálculo de esperanza de vida con base de datos del Censo de 1992 de la región de la Araucanía, para el caso mapuche.

Índice de Swaroop.

Este índice fue posible de construir con exactitud para los pueblos mapuche y aymara. Para establecer comparaciones con la población chilena, las regiones y el país, fue necesario calcular el Índice de Swaroop respectivo, puesto que no existen estudios epidemiológicos publicados que utilicen este índice para Chile.

La cifra que se toma como base es la mortalidad general y la que se utiliza para obtener el índice correspondiente es el número de fallecidos con más de cincuenta años. Si todas las causas evitables de muerte se superasen a temprana edad, antes de los 50 años, el índice llegaría a ser muy próximo a 100; si el número de fallecidos antes de cumplir 50 años fuese tan grande, el índice se aproximaría a cero.

Una ventaja adicional de este índice para el estudio comparado de poblaciones indígenas, radica en la mayor facilidad de construir en donde existe información demográfica deficiente, a diferencia del caso de tablas de mortalidad para calcular esperanza de vida, o el cálculo de tasas de mortalidad infantil.

PERFIL GENERAL DE SALUD. EN BASE A INDICADORES DE COMUNAS SELECCIONADAS

Para una aproximación a un perfil general de salud indígena, se analizaron las comunas seleccionadas de acuerdo a tres índices: Mortalidad Infantil, Esperanza de Vida y el Índice de Swaroop. Tales índices son señales sensibles de *nivel de vida* de un grupo humano.

a) Mortalidad infantil.

Todas las comunas seleccionadas presentan Tasas de Mortalidad Infantil (TMI) superiores a la Tasa Nacional en el quinquenio 1988-1992, que sirve para construir la línea de base.

En particular, las comunas altiplánicas donde se asientan las comunidades aymara y atacameñas, son las que presentan las TMI más elevadas, que triplican la tasa nacional del quinquenio (15/1000).

Asumiendo que la provincia de Parinacota (comunas de General Lagos y Putre) son representativas de la realidad aymara rural, entonces la Tasa de Mortalidad Infantil Aymara se aproxima a 40 /1000 nacidos vivos.

En el caso Atacameño, puede asumirse la TMI de San Pedro de Atacama como representativa de la TMI atacameña, que alcanza al 57, 4/1000 nacidos vivos, en el quinquenio 1988-1992.

En el caso Rapa Nui, la TMI de la Isla de Pascua en el quinquenio 1988-1992 alcanzó al 32,8 /1000 nacidos vivos.

En el caso Mapuche, por su densidad, se ha escogido la comuna de Saavedra como representativa de la realidad mapuche rural, con una TMI de 34/1000 nacidos vivos, en el quinquenio 1988-1992.

b) Esperanza de vida.

Utilizando cálculos de Esperanza de vida por provincia realizados por el CELADE para el año 1993, pueden asumirse los siguiente valores como aproximaciones a Esperanza de vida de diferentes pueblos, que tienen arraigo en provincias específicas.

Provincia de Parinacota: Aymara
Provincia de Isla de Pascua: Rapa Nui
Provincia de Cautín: Mapuche

De esto modo tenemos una esperanza de vida Aymara de 63,39 para ambos sexos, alcanzando a 60,03 en los hombres y a 66,98 en las mujeres. En el caso Rapa Nui, la esperanza de vida en 1993 era de 72,76 años, para ambos sexos; en los hombres alcanza a 69,68 años, y en las mujeres sube a 76,10 años.

Para los mapuches, la aproximación provincial es más imprecisa que en los casos anteriores, pues la población indígena no es tan significativa en Cautín, como lo es el Parinacota e Isla de Pascua. Con todo, puede asumirse provisoriamente una esperanza de vida que alcanza a 67,47 años para ambos sexos.

Lo relevante es que la estimación de esperanza de vida para el país en el mismo año 1993, alcanzaba a 75,6 años para las mujeres y 68,5 para los hombres. De acuerdo a lo anterior, tanto aymaras como mapuches presentan una esperanza de vida inferior a la media del país. En el caso Rapa Nui se verifica una mayor esperanza de vida.

Cabe destacar que la esperanza de vida de la Provincia altiplánica de Parinacota es la más baja de Chile, lo que se corresponde con la elevada Tasa de Mortalidad Infantil.

c) Índice de Swaroop.

Al analizar las defunciones de acuerdo a su distribución proporcional entre mayores y menores de 50 años, obtenemos el Índice de Swaroop.

Si todas las causas evitables de muerte se superasen a temprana edad, antes de los 50 años, el Índice llegaría a ser muy próximo a 100; si el número de fallecidos antes de cumplir 50 años fuese tan grande, el índice se aproximaría a cero.

Utilizando información correspondiente a las Provincias de Parinacota, Isla de Pascua y de la comuna de Saavedra, para los años 1988-1992, los Índices de Swaroop resultantes para cada pueblo resultaron notablemente inferiores al Índice del país en el mismo período (76,16 %). Así, la provincia aymara de Parinacota presenta un Índice de Swaroop de 65,45; Isla de Pascua 52,5 y comuna de Saavedra 68,15.

En otras palabras, la población indígena fallece antes de los 50 años, en mayor proporción que la media nacional. Este resultado se corresponde con las altas Tasas de Mortalidad Infantil y una baja Esperanza de Vida.^{xviii}

^{xviii} El caso de la Isla de Pascua presenta una interesante paradoja que aconseja un análisis futuro más detallado, por cuanto posee una alta tasa de Mortalidad Infantil, un bajo Swaroop, pero exhibe una de las esperanzas de vida más altas del país.

Las brechas en salud se reflejan en los tres índices, y pueden ser representadas en mapas de Mortalidad Infantil y Esperanza de vida, en que las "zonas rojas" coinciden con aquellas comunas y provincias de asentamiento indígena tradicional.

TABLA RESUMEN DE INDICADORES DE SALUD

PUEBLO	Comunas de referencia	TMI/1000 88-92	Esp. de Vida 1993	Swaroop 88-92
Aymara	Parinacota	40	63.39	65.45
Atacameños	San Pedro	57	s/i	s/i
Rapa Nui	Isla de Pascua	32	72.76	52.5
Mapuche	Saavedra	34	67.47	68,15
CHILE		15	72.00	76.16

CONCLUSIONES

Existe una alta concentración de población indígena en 39 comunas del país y una presencia significativa en otras 27, con porcentajes sobre el total, superiores 20 % y al 13% respectivamente. Esa población indígena presenta indicadores de condiciones de vida desmejorados en comparación con otras zonas geográficas del país.

Existe una alta correspondencia entre zonas de pobreza y zonas indígenas. Pero es necesaria una mayor profundización de los estudios de pobreza indígena, con indicadores apropiados, que posibiliten comparaciones válidas de condiciones de vida entre culturas diferentes.

El perfil de salud de las poblaciones indígenas de Chile, comparado con el resto del país revela una brecha sustantiva, expresada en:

- a) **Altas tasas de Mortalidad Infantil**, superiores hasta en 40 puntos a la tasa nacional, en el caso atacameño.
- b) **Menor esperanza de vida**, inferior incluso en 10 años, en el caso aymara.
- c) **Bajo Índice de Swaroop**, equivalente al que poseía Chile a inicios de la década de los ochenta.
- d) **Patrón de Causas de Muerte pre-transición epidemiológica**, en el caso aymara.
- e) **Condiciones de salud indígena - urbana más deterioradas que en el campo.**

Las conclusiones indicadas son aproximaciones a la realidad de las condiciones de salud de los pueblos indígenas. Lo relevante son las tendencias que inequívocamente, indican la existencia de niveles de vida y de salud más desmejorados que la media del país.

BREVE RESEÑA EPIDEMIOLOGICA TIRUA, 1997

Magaly Gómez Salazar ^(xix)

INTRODUCCION

En la descripción de los niveles de vida de las comunas de la Provincia de Arauco, un punto común ha sido señalar que históricamente, la comuna de Tirúa ha presentado los más precarios. Se sabe también de su extrema pobreza, sus deteriorados índices de salud y de los esfuerzos desplegados para superarlos.

La comuna tiene particulares características dadas no sólo por su pobreza, aislamiento geográfico, dispersión poblacional, baja escolaridad y otros, sino también por la historia misma; historia que habla de aquellos primeros habitantes que llegaron a encontrarse (Tirúa en lengua Mapuche significa "lugar de encuentro"), tras haberse visto derrotados y dispersos en la mal llamada "Pacificación de la Araucanía", donde debieron aprender a sobrevivir, sin más armas e instrumentos que ellos mismos, su apego a la vida y lo que la naturaleza les ofrecía.

La Comuna de Tirúa se sitúa al Sur Oeste de la Provincia de Arauco, distante a unos 230 kms. de Concepción, capital regional, y a 74 km. de Cañete, que es el centro de derivación más próximo. Posee una superficie de 716 Kms², limitando al Norte con la Comuna de Cañete, al sur, con la región de la Araucanía, al Oeste con el Océano Pacífico y al este con las Comunas de Contulmo y Lumaco.

Tirua es la 4ª comuna más pobre del país, con alrededor de un 55% de su población en condiciones de extrema pobreza o indigencia. De sus 9.838 habitantes el 85 % corresponde a población rural (INE,1997), y más del 30% tiene vías precarias de acceso a los núcleos más poblados de la comuna, localidades de Quidico y Tirúa), las cuales se vuelven intransitables en la época de lluvias.

La distribución por sexos, muestra un predominio de la población masculina (5.163 = 52,48 %) sobre la femenina (4.675 = 47,52%), con un índice de masculinidad de 110 % lo que concuerda con lo observado, en relación a la alta migración de mujeres jóvenes, que se integran al campo laboral, preferentemente en el servicio doméstico.

La estructura por edad de la comuna es joven, aunque en los últimos 2 a 3 años se ha observado una tendencia a disminución de la natalidad.

De acuerdo a las estimaciones del INE, 2.492 habitantes (25%), corresponde a población menor de 10 años; 4.449 (45%) pertenece al grupo de 20 a 59 años (en teoría, población económicamente activa) y 526 (5,3%) es población senescente.

^{xix} Directora Consultorio de Tirua, Servicio Salud Arauco.

Desde el punto de vista étnico, existe un importante componente poblacional mapuche, que de acuerdo a datos del último censo poblacional (1992), alcanza aproximadamente un 45,76%. Sin embargo, de acuerdo a la estimación del nivel local (Municipio y Equipo de Salud) esta cifra sería no menos de un 65%, con una distribución heterogénea, encontrándose algunos núcleos con alrededor de 90 % de población indígena.

Dentro de la población económicamente activa, se identifica un 5% como “cesante”, sin embargo esta cifra no considera un gran número de agricultores de subsistencia, pescadores artesanales y temporeros, sin empleo ni remuneración fija, que representan alrededor del 90% de la fuerza laboral comunal.

Acorde con su historia y sus características de pobreza, la alfabetización se inició relativamente tarde, habiendo un 23,2% de analfabetos en población general y 62,1% en población adulta.

Para la atención de salud de su población, Tirúa cuenta con un Consultorio General Rural y 4 postas, encontrándose pronta a inaugurar una 5ª. Pese a esto, aún existen bolsones de vacíos de cobertura, mayoritariamente hacia el sur - este de la comuna, que corresponden a aproximadamente un 12% de la población comunal.

Dadas sus particulares características de accesibilidad, ruralidad, dispersión geográfica, etc. los indicadores biodemográficos históricamente fueron muy deteriorados, destacando, por ejemplo tasas de mortalidad infantil cercanas al 60 por mil a fines de los '80, según las estadísticas oficiales (INE); no obstante se presume que existe un sesgo importante.

La presente es una breve revisión de carácter descriptivo, de aspectos relevantes desde el punto de vista epidemiológico y de indicadores de salud, en el que se utilizaron como bases de datos, las estadísticas oficiales del INE, salidas computacionales de informática del Servicio de salud Concepción, Registro Civil de Tirúa y las estadísticas del propio consultorio de Tirúa.

INDICADORES BIOMEDICOS

MORTALIDAD

A. La Mortalidad General

En la comuna, a partir de 1989 se registra una disminución de la tasa de Mortalidad General, mostrando un comportamiento similar al del país, región y el resto de la provincia. Sin embargo, en el año 1995 se registró un aumento en la tasa y si se analiza la mortalidad específica por grupo etareo, se observa que este incremento se ha dado a expensas de la tasa de mortalidad infantil que se presentarán más adelante, y a las defunciones en los grupos de 25 a 44 años y de 45 a 64, donde la causa principal es traumatismos y violencias.

Mortalidad General en el País, 8ª Región, Provincia de Arauco y Comuna de Tirúa, 1990 - 1996.

año	Muertes				Tasa mortalidad			
	País	Región	Provincia	Comuna	País	Región	Provincia	Comuna
1990	78.434	11.316	888	64	5,99	6,61	6,03	7,52
1991	74.862	10.469	825	56	5,62	6,03	5,51	6,44
1992	74.090	9.881	786	65	5,47	5,62	5,17	7,32
1993	76.261	10.047	789	51	5,54	5,63	5,12	5,62
1994	75.445	10.174	810	46	5,39	5,63	5,18	4,97
1995	78.531	10.796	862	59	5,53	5,90	5,44	6,25
1996	*	**	*	** 48	*	*	*	** 4,98

*Datos Oficiales aún no disponibles

**Datos provisorios

Fuente: INE, 1997
Registro Civil de Tirúa

B. Tasa de Mortalidad Infantil

Es notable la carencia de datos fidedignos de mortalidad infantil previos a 1991, debido a varias causas: niños que nunca fueron inscritos en el Registro civil (cuyo nacimiento y defunción fueron por lo tanto "ignorados oficialmente"), la alta rotación y/o inexistencia de miembros del Equipo de Salud y la carencia de un sistema de registro acucioso en Consultorio y Postas locales.

Si consideramos datos estadísticos desde 1990, se observa una tendencia a disminuir la TMI, presentando un aumento desde 1995. En este período también existe un sesgo en la

información, esta vez a expensas de la natalidad, debido a que los datos oficiales presentan una cifra de nacidos vivos inferior al real.

Mortalidad Infantil, País, 8ª Región, Provincia de Arauco y Comuna de Tirúa, 1990 - 1996

año	Muertes infantiles				Tasa Mortalidad			
	País	Región	Provincia	Comuna	País	Región	Provincia	Comuna
1990	4.915	718	78	3	15,98	17,15	20,22	15,73
1991	4.385	693	84	9	14,64	16,85	21,64	44,74
1992	4.209	640	75	8	14,33	16,12	19,85	41,19
1993	3.792	535	62	9	13,06	14,19	17,46	51,22
1994	3.454	469	45	2	11,99	12,77	13,06	9,40
1995	3.107	456	65	7	11,10	12,93	20,37	33,82
1996	*	*	*	** 3	*	*	*	14,9

• Datos oficiales no disponibles

Al analizar la mortalidad infantil por causa, se aprecia una sustancial disminución de la gran causa de mortalidad infantil (infecciones respiratorias agudas), tanto en el país como región y comuna a partir de 1994. El aumento del año 1995 es a expensas del componente neonatal, en nuestro caso, atribuible a malformaciones congénitas.

Si se analizan las muertes infantiles según componente étnico, se observa una tendencia a ser mayor en la población mapuche. La explicación de este fenómeno es compleja, conjugándose factores como nivel socioeconómico, idiosincrasia, barreras culturales, etc.

Distribución de Mortalidad Infantil según Etnia
Tirúa, 1990 - 1996.

Año	Mapuche		No Mapuche		Total	
	N	%	N	%	N	%
1990	3	100	0	0,0	3	100
1991	5	45,4	6	54,5	11	100
1992	6	75,0	2	25,0	8	100
1993	7	77,8	2	22,2	9	100
1994	2	100	0	0,0	2	100
1995	4	57,1	3	42,9	7	100
1996	1	33,3	2	66,7	3	100

MORBILIDAD

Debido a que existe seguimiento específico sólo para algunos tipos de morbilidad, como son las enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades de transmisión sexual, infecciones respiratorias agudas, diarreas agudas y cáncer, no se puede caracterizar el perfil de morbilidad de la comuna de Tirúa con absoluta precisión. Aún si se revisan los informes diarios de atención del consultorio y postas de la comuna, hay un grupo no cuantificado que consulta directamente en hospitales tipo III ó IV o en el extrasistema, siendo esta última circunstancia prácticamente irrelevante.

a) Morbilidad por enfermedades entéricas infecto-contagiosas

Fiebre Tifoidea

La tasa calculada a partir de las notificaciones de los casos de fiebre tifoidea, muestra 11,1 casos por 100.000 habitantes, con una endemia de 1 caso anual. En los últimos 2 años, no ha habido casos clínicos de fiebre tifoidea.

Hepatitis

Presenta una tasa de 66,7 casos por cada 100.000 habitantes, presentándose anualmente 5 a 6 casos considerados endémicos. A fines de marzo de 1994, se inició un brote epidémico, al igual que en otras comunas de la región, llegándose a un total de 104 casos en el año. Este brote se mantuvo hasta noviembre de ese año.

b) Morbilidad por IRA

Las infecciones respiratoria agudas son la primera causa de morbilidad en la infancia. Hemos observado un incremento importante a partir del año 1993, tanto en el número total de consultas, como en las primeras consultas, aparejado con 2 hechos claros: la existencia (a partir de fines de 1992) de un médico más en la comuna (2 en total) y, sobre todo, la intensificación de la labor educativa comunitaria, dirigida a las madres de niños menores de 2 años, orientada a la consulta precoz por enfermedades respiratorias agudas.

Consultas Morbilidad General y Consulta Específica por IRA en Población Infantil, Comuna de Tirúa, 1990 - 1996.

	Consulta por IRA		Consultas por otras causas		Total de consultas	
	N	%	N	%	N	%
	327	6,7	4.544	93,3	4.871	100
	998	12,3	7.121	87,7	8.119	100
	755	12,0	5.543	88,0	6.298	100
	1.354	18,3	6.045	81,7	7.399	100
	1.227	18,2	5.508	81,8	6.735	100
	1.369	21,5	4.990	78,5	6.359	100
	1.519	26,8	4.156	73,2	5.675	100

c) Morbilidad por Tuberculosis

En números absolutos, se ha observado una disminución de casos de tuberculosis (de todas las formas) desde 1993, manteniéndose desde entonces 2 a 3 casos anuales. Excepcionalmente este año han habido 6 casos a la fecha, de tuberculosis pulmonar (Noviembre de 1997), todos de población adulta y 4 de ellos, adultos mayores, todos sin vacuna BCG.

**Casos de Tuberculosis Diagnosticados
Anualmente
Comuna de Tirúa, 1990 - 1996.**

Año	Casos
1990	4
1991	6
1992	8
1993	2
1994	3
1995	3
1996	2

**Morbilidad Específica por
Tuberculosis, según etnia, Comuna
de Tirúa, 1990 - 1996.**

Año	Etnia	Mapuche		No Mapuche		Total	
		N	%	N	%	N	%
1990		1	25,0	3	75,0	4	100
1991		4	66,7	2	33,3	6	100
1992		4	50,0	4	50,0	8	100
1993		2	100,0	0	0	2	100
1994		2	66,7	1	33,3	3	100
1995		1	33,3	2	66,7	3	100
1996		2	100	0	0	2	100

Fuente: Estadística Consultorio Tirúa

Al analizar la morbilidad por tuberculosis, considerando la variable étnica, no existe una tendencia de prevalencia según etnia.

MEDICINA TRADICIONAL EN EL AREA DE INFLUENCIA DE UNA POSTA DE SALUD RURAL DE LA COMUNA DE TEODORO SCHMIDT, IX REGION

Orlando Quinchavil Quilaqueo^(*)

INTRODUCCION

Cuando uno se encuentra cuatro años trabajando como Auxiliar Paramédico en una comunidad rural, y más aún, cuando el 100% de la población es mapuche, es importante preguntarse si realmente su atención es o no bien recibida por la gente. Pasa esto también por la percepción que uno tiene, ya que en repetidas ocasiones uno se va encontrando con pacientes que han ido a consultar a un especialista de la medicina tradicional respecto de su enfermedad, ya sea que por que al parecer tienen más confianza, lo atienden mejor o por que en nuestro sistema de salud occidental no encontraron respuesta a su consulta, o lo atendieron mal o simplemente no funcionó el tratamiento administrado por Médico, Matrona, Enfermera, Asistente Social o el Auxiliar de la Posta.

Es así como uno empieza a cuestionarse a uno mismo y a preguntarse si el sistema es adecuado o no para satisfacer en un 100% las necesidades de la población que le corresponde atender. Yo me pregunto ¿en qué estamos fallando? ¿será el horario de atención, la infraestructura, o el personal humano que los atiende?, ¿qué es lo que está funcionando mal?, ¿qué piensan nuestros pacientes que han tenido que acudir a un Agente de Medicina Tradicional?, pero a la vez, ¿qué piensan nuestros agentes de medicina tradicional del sector?. Son preguntas que están como en el aire y como uno no puede pasarse toda la vida con todas estas interrogantes, surgió en mí la inquietud y las ganas de poder preguntar yo no sé en qué forma, pero de alguna manera, por qué pasa esto, pero no sólo con el afán de saber y nada más, si no que ver la posibilidad de producir un cambio en la atención, que se adecue a la gente ya que para eso fue hecha.

Es así que el Programa de Salud con Población Mapuche, conoce mi inquietud. Soy visitado por ellos en mi Posta. A este equipo dirigido por el Dr. Jaime Ibacache, yo les planteo esta inquietud y ellos me dicen "*tienes que hacer una investigación*". Cuando yo escuché esta palabra "*investigación*", la verdad es que no me gustó mucho, tal vez por que no entendía muy bien el término o por que el pueblo mapuche ya está cansado de ser objeto de investigación por parte de los no mapuches, ya que por lo general la gente nunca obtiene nada. Las personas vienen a hacer su investigación, se van y nunca más se sabe que pasó con la información que la gente les entregó, por lo que es fácil pensar que puede ser mal utilizada. Por estas razones veía muy difícil que yo también fuera uno de esos que viene hacer preguntas, recoger información, ya que muy bien ellos pueden imaginar que puede ser para algo malo y decir: "ya vienen a molestarnos, etc". Pero tenía esperanzas de que la gente iba a entender en alguna medida los objetivos de esta "*investigación*".

^{*} Auxiliar Paramédico de la Posta De Yenhue, Comuna Teodoro Schmidt, Novena Región.

Es así que con otro colega de la Posta de Pichi Chelle, nos propusimos objetivos concretos y construimos una pauta de preguntas para un determinado número de entrevistados, utilizando grabadora y apuntes escritos. Esta investigación la hicimos en dos etapas.

1. Entrevistas al 100% de los agentes de medicina tradicional del sector (Peleco, Yenehue, Malalhue, Llaguepulli, Allipen y Lumahue).
2. Entrevistas a 15 usuarios de la medicina tradicional de los sectores antes mencionados.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

Nos planteamos los siguientes objetivos: Conocer la realidad actual de la medicina tradicional del sector. Conocer las CAP (creencias, actitudes y prácticas) de los usuarios. Adecuar la atención del usuario a la realidad local de los sectores.

Para ello se diseñó una investigación cualitativa, utilizando la técnica de entrevistas en profundidad al 100% de los agentes de medicina tradicional del área de influencia de la Posta de Salud Rural.

PAUTA DEL CUESTIONARIO APLICADO Y RESULTADOS

Aspectos Biográficos:

- 1.- *¿Cómo se dio cuenta de que podía sanar?*
 - Pensando cómo podía hacerlo mejor para ayudar a mi gente.
 - La necesidad, de no tener donde acudir.
 - Por enfermedad para transformarse en médica.
- 2.- *¿De donde le viene el don?*
 - De mi madre. (66.6%)
 - De mi abuelita. (33.3%)
- 3.- *¿Le costó mucho asumir este don?*
 - Me fue fácil. (66.6%)
 - Fue un poco difícil. (33.3%)
- 4.- *¿Cómo aprendió su oficio? (tratar enfermos)*
 - Por mi familia. (ellos lo hacían) (66.6%)
 - Viendo a mi mamá. (33.3%)

Aspectos Terapéuticos:

1.- ¿Qué enfermedades trata?

- El mal de ojo y fiebre
- El mal (daños)
- Quebraduras, Safaduras (dedos, brazos y piernas)
- Hígado (ramo de hiel)
- Empacho en guaguas
- Inflamación del estómago
- Diarrea - Vómitos
- Sobreparto
- Lombrices
- Hemorragias del interior
- Cáncer (senos, matriz, huesos)
- Los ataques
- Arreglos de guaguas
- Atención de partos

2.- ¿Qué cantidad de enfermos atiende normalmente ?

Hay períodos en que acuden más: en Invierno y Primavera por fiebre y en Verano por quebraduras, y safaduras.

Sobre las edades más frecuentes de consultas señalaron las guaguas. No hay diferencias entre población Mapuche y no Mapuche.

3.- ¿Cómo diagnóstica cada una de esas enfermedades?

- Por la orina
- Por la ropa
- Por lo que ellos dicen sentir

4.- ¿Qué elementos terapéuticos usa en los tratamientos?

- Yervas secas y frescas (hojas y cortezas)
- Vendas

5.- ¿Dónde adquiere los elementos terapéuticos ?

- Se compran fuera
- Se buscan por aquí en el campo

Relación con otros Sistemas Médicos:

1.- ¿Tiene algún tipo de relación con otros sistemas médicos?

- Sólo postas y hospitales 100%

2.- *¿Qué piensa de trabajar juntos?*

- Sería bueno (33.3%)
- Por qué no ? (33.3%)
- No sé (33.3%)

3.- *¿Cómo se podría hacer?*

- Bueno al querer la gente.
- En la posta sería mejor
- No sé como.

4.- *¿Qué es lo negativo que usted ve en la Posta?*

- No veo nada
- No nada
- No sé

5.- *¿Qué le agregaría usted a la atención de la posta?*

- En la cuestión de medicina le agregaríamos las yerbitas y lo haríamos mejor.
- Hay yerbitas que ayudan a la inyección y a las tabletas.
- Que a los más viejitos le hablen en mapudungun.

CONCLUSIONES

- Existe una gran cantidad de personas que son consultantes habituales de los agentes de medicina tradicional.
- Hay enfermedades que en el sistema de medicina occidental no tienen la cura definitiva; en cambio en el sistema de la medicina tradicional sí (cáncer - epilepsia).
- Hay un número de enfermedades considerables por las que consulta la población a los agentes de medicina tradicional

Reflexiones Finales:

El estudio me permitió conocer la situación real que se está produciendo en mi comunidad, respecto a las prácticas de medicina tradicional. Pienso que es posible compatibilizar las dos medicinas ya que existe la voluntad y disposición para hacerlo de ambos lados. Con todos los elementos adquiridos pienso que se puede adecuar la atención de la población conforme a su necesidad.

IV. PALABRAS DE DESPEDIDA

Miguel Angel Solar Silva ^(xxi)

Me invitaron escuchar las conclusiones y no sé que es lo que ustedes esperan de mí, yo creo que es una opinión sobre este proceso, en que el Servicio de Salud Araucanía ha sido visto como uno de sus pioneros. Yo fui médico rural muchos años y creo estar representando lo que yo viví con mis pacientes, quienes me contaron sus historias. Mi hipótesis es que en un nivel local como por ejemplo, podría ser Curarrehue o como Tirúa, hay una situación de altísima y progresiva unidad cultural. En ese sentido yo me estaría contradiciendo con el título del Seminario, porque yo creo que una de las cosas que está sucediendo, es que esta masa de pacientes y la gente, están asumiendo valores tradicionales que la cultura indígena ha preservado.

Pensemos en una persona que comienza a tener riesgos, que de repente se enferma. Inicialmente la enfermedad se constituye, la persona puede morir o bien quedar inválida. La mayor invalidez es la muerte. Esa gente nos pide como agentes de salud, conservar y recuperar la salud, o sea, la gente demanda; y esto implica, tener recursos para satisfacer lo que la gente demanda. Hay que tener tiempo, plata y acciones: esto es lo que la gente demanda.

En nuestro discurso de recuperar la salud, y en lo específico, en nuestro deber de salvar la vida, desde la posición de agente de salud; lo que estamos buscando es conservar y recuperar la salud. Cuando uno ve a la gente en lo cotidiano, la ve curándose con la mamá, la abuelita o con la curiosa y esto en todos los medios sociales, acentuado en el medio rural y en el medio poblacional; también los veo consultando a la farmacia, a la medicina tradicional que está muy pegada al medio local, a las comunidades; los veo consultando a los chamanes, al curador espiritualista pentecostal, al médico, al naturista, al componedor, a la comadrona, al quebrador de empacho y otros.

En gran parte de su proceso de salud-enfermedad, las personas van siendo atendidas al interior de la familia, o por los especialistas tradicionales que están cercanos a su entorno y una parte viene hacia nosotros, a buscar una parte también de los servicios que podemos entregarles. Pero reciben también servicios de otros actores que no son exactamente de salud, como son los bomberos en el caso de los accidentes, carabineros, iglesia, etc. Por eso mi hipótesis de trabajo es que estamos frente a una situación en la que una parte de la población reconoce ya en los hechos, la complementariedad, la integración de las medicinas; o dicho de otra manera, estamos frente a una postura cultural que hace que a nivel de la población, haya un reconocimiento de la medicina indígena, donde ésta comienza a tomar más fuerza.

^{xxi} Director Servicio Salud Araucanía Sur

En primer lugar quiero meterme en la palabra “Epidemiología”. Nosotros tenemos en la Epidemiología una tradición de Epidemiología Social. Hace mucho tiempo que la Epidemiología descubrió la diferencia de enfermedad entre ricos y pobres. Hoy día sabemos que los ricos se mueren preferentemente del corazón o diabetes y que a los pobres los atropellan los autos; esas son las grandes epidemias que están ocurriendo y son epidemias sociales.

Yo creo que hay gran potencialidad para asumir la dimensión cultural y no veo por qué no se ha hecho y por qué cuando se ha hecho no se ha comunicado. Yo quiero denunciar eso: hay estudios de epidemiología sobre población indígena que dicen que los mapuches son más sanos y no se han publicado. Yo los invito a recoger esta idea. Hay estudios sobre esquizofrenia y alzheimer, por ejemplo, que demuestran que la población mapuche presenta bajos índices en esto y no se publican. Entonces estamos ante situaciones en que tenemos que recoger lo que tenemos y ponerlo sobre la mesa, yo creo que ahí tenemos tardanzas importantes.

Pero creo que hay sin duda un conflicto, quiero asumir la parte conflictiva de esto para aportar una opinión. Hay un conflicto entre la medicina tradicional indígena y la medicina oficial occidental, para decirlo así derechamente y no eludir nada. La verdad, es que el conflicto lo inició el Sr Hipócrates, él denunció el mal en la aguas, en los vientos y ahí están las fecas, en las aguas que la gente toma, en los alimentos, en el mundo biológico y químico. En ese mundo, denunció Hipócrates la enfermedad, sin embargo no contempló que las enfermedades podían oler a envidia, a odiosidad y que el mal que nos hacemos puede ocurrir por falta de reciprocidad. El Sr. Hipócrates nos prohibió enseñar medicina casera, prohibió fortalecer el autocuidado; esto nos ha sucedido durante 2500 años. La medicina se negó a ver el mal o la dolencia como el mal interpersonal y eso es lo grande, lo que hay que transformar en la medicina actual.

La medicina tradicional indígena pone en el centro de la dolencia el mal interpersonal, y las machi en ese sentido no se equivocan, ellas dicen: “Ud. se enfermó por que le hicieron mal”. Nos hacemos mal todos los días y ese mal se expresa en la psicosis y en todos sus componentes somáticos. Aquí no tenemos ningún problema en reconocer que tenemos que aprender de la medicina tradicional, tenemos que validar al especialista tradicional en mal, y esto se hace complejo pagarlo. El conflicto mayor es financiero. Tal vez FONASA acepte que se pague a los especialistas tradicionales por sus consultas. Al final la historia es ver cómo se financia el recurso.

Debo decir también que las culturas indígenas no mapuche tuvieron su aporte en esta mesa de negociación de la cultura. Las culturas indígenas de América mataban gente en el altar y el cristianismo llevó eso a su máxima expresión simbólica, asumiendo en su representante el dolor y viendo por lo tanto, el dolor como algo bueno.

Yo diría que la negociación a que estamos enfrentados hoy día, es entender que cuando se produce un quiebre de la reciprocidad, el mal aparece primero como un elemento sociopsicológico, seguido de efectos biológicos-químicos o físicos. La etiología es multicausal y es sociopsicobiológica. Cuando se produce el mal, la reacción, o lo que se conoce como síndrome, vale decir, un conjunto de síntomas y signos que constituyen la enfermedad, la medicina occidental u oficial, debe enseñarme a tratar el mal biológico, por ejemplo, el antibiótico para la Salmonella. Pero debemos aprender de la medicina europea-medieval y de la medicina tradicional indígena, a

tomar en consideración el valor del dolor, el valor del síndrome, el valor del conjunto de síntomas y signos que son capaces de hacer la enfermedad.

Creo que la mayor amenaza no está en la medicina occidental moderna Hipocrática, no está en los médicos ni en las enfermeras. La mayor amenaza es el elemento de mayor competencia, yo creo que está en la gran industria farmacéutica internacional, la que está dedicada a disminuir el síndrome. Esta se lleva aproximadamente un 30% del gasto total en salud, y conduce inevitablemente a la adicción. Son gastos que sabemos que están destinados a evitar el dolor, no a evitar el mal. Es como si nos entrara una piedra en el zapato y tomáramos paracetamol en vez de sacar la piedra, ese es el drama de la medicina mundial y nacional en nuestros días. Veamos que sucedería con el ejemplo que les he presentado: el primer día tomamos un paracetamol, al segundo día tres paracetamol, al tercer día cinco, hasta que la piedra nos haga un hoyito y tal vez con el tiempo, nos salga un cayo fibroso; quedaríamos medio crónicos y en invierno nos comenzaría a doler un poquito. Cuando vemos a alguien que consume más comida, no tocamos el mal que provoca eso, solamente usamos ansiolíticos, ¿qué es lo que estamos haciendo?: estamos disminuyendo el síndrome, sin atacar el mal. Por eso es que la gran alianza que tenemos que hacer es entender que el problema que estamos abordando, es una medicina industrial que desconoce completamente el plan psicosocial, que se mete adentro de nuestro organismo, no en las relaciones interpersonales y que sólo pretende disminuir el mal.

Finalmente, voy a decir una cosa concreta que tiene que ver con los compromisos que uno puede asumir: la gracia es que uno se pueda poner con algo. Quiero tomar dos casos que Uds han señalado, tenemos que pasar de facilitador a ejecutor, eso lo conversamos con los facilitadores interculturales de la Araucanía Sur y vimos que era importante. Lo dicen a cada minuto los consultantes: “yo quiero que el facilitador me solucione los problemas, no quiero que solamente sea un mensajero”. La gente quiere que el facilitador decida, que ejecute y que sea auténtico, que vea el problema de salud y enfermedad y que gestione recursos, ese fue el compromiso que tuvimos con los facilitadores.

Yo creo que hemos avanzado con nuestro facilitadores, pero creo que debemos integrarlos plenamente, lo cual significa que tengamos técnicos de salud con plenitud de conocimientos del otro. No trato aquí de disminuir su tradición cultural, por el contrario, es importante acentuarla y aquí me hago una proposición y hasta una crítica, por que creo que tenemos que asegurarnos el éxito en esta operación que ya tiene bastantes años. Creo que hay que salir de la etapa de almáximo, en que la plantita tiene que estar cercada porque puede ser que las malezas la ataquen, yo creo que esto es lo suficientemente grande para asumir la ocupación de todos los espacios.

Con lo anterior, quiero decir que hagamos las cosas, que nos pongamos a trabajar en términos de ocupar todos los espacios: el espacio institucional, el espacio biológico. Mi gran aprendizaje fue ver el video "Vida Entre Dos Mundos", ahí entendí la relación; el segundo caso, fue cuando fui a la reunión de psiquiatras y les dije aquí la machi tiene razón, la machi nos mandó el paciente para esto, hagamos lo que dice la machi. En un caso de esquizofrenia catatónica profunda con gran inmovilidad, produjimos el acuerdo, no hubo ninguna dificultad en los psiquiatras en llegar a un acuerdo, hoy día ese paciente está sano.

Yo los invito entender que todo el espacio es común e invito a discutir las diferencias más que en estos espacios, en el terreno mismo; a ver qué sienten ellos, y eso mismo me llevó a lo siguiente: aquí no se habla del próximo encuentro. Yo creo que estamos en la etapa máxima de la relación, entonces yo diría que cada uno en su programa de salud debiera decir que contactos de tercera generación va a necesitar, y establezcamos todos los mecanismos para que se establezca la información. Me explico: tenemos que ir avanzando con mayor eficiencia. En términos de Sistema de Salud hemos llegado a un factor de crecimiento económico, en parte hemos gozado de los recursos que tenemos, pero hay señales en la economía y en el déficit de salud que me demuestran que tenemos que crecer.

Muchas Gracias.

V. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS TRABAJO DE GRUPOS

Los grupos trabajaron en función de las siguientes preguntas:

1. Definir estrategias regionales y locales de inserción de una epidemiología intercultural en el sistema de salud, en las áreas de investigación y coordinación.
2. Definir actividades de continuidad a nivel regional y nacional.

La discusión en los grupos se centró especialmente en formular propuestas de trabajo intercultural en salud, entendiendo la epidemiología como una herramienta básica para la planificación en salud.

Se constató un escaso desarrollo de la Epidemiología a nivel de los Servicios de Salud en Chile. Los estudios realizados señalan la persistencia de problemas de salud en población indígena, los indicadores muestran que en las áreas de concentración de esta, los indicadores de salud son más deficientes que en el resto de la población, la mayoría de los estudios han sido realizados sólo desde el punto de vista e interés del investigador.

ESTRATEGIAS DE INSERCIÓN DE UNA EPIDEMIOLOGIA INTERCULTURAL EN EL SISTEMA DE SALUD

1. Creación de Unidades de Epidemiología con enfoque intercultural en todos los Servicios de Salud, dado que hay presencia de población indígena a lo largo de todo el país.
2. A nivel de Servicios de Salud, crear sistemas de registros que permitan reconocer la situación de salud de los pueblos indígenas.
3. Constituir a nivel regional equipos con carácter interdisciplinario e intercultural, que combine ciencias de la salud y ciencias sociales, que incorpore los diferentes conceptos de salud-enfermedad y que retroalimente a los programas asistenciales y promocionales que se realizan en zonas de contacto interétnico.
4. Capacitación de los recursos humanos en las temáticas propias de la epidemiología complementando con metodologías cualitativas y cuantitativas, modelos médicos, antropología médica y cosmovisión indígena. Es importante que esta preparación para el desarrollo de una epidemiología intercultural se inicie en el pregrado.

5. Creación de una red de investigación epidemiológica que considere la comunidad, facilitadores interculturales, equipos de salud y la unidad de epidemiología de los Servicios de Salud.
6. Realizar reuniones de coordinación de la red a nivel nacional con participación de delegados regionales.

CONSIDERACIONES PARA AVANZAR HACIA UNA EPIDEMIOLOGIA INTERCULTURAL

1. La epidemiología intercultural a partir de los conceptos de persona, tiempo y territorio, debe ser capaz recoger el significado que éstos tienen para los propios pueblos originarios, avanzando hacia un modelo multidimensional del proceso salud- enfermedad. En otras palabras, validar estos conceptos claves para producir un conocimiento epidemiológico, que sea importante tanto para el investigador, como para el grupo investigado. Por ejemplo, desde el punto de vista del epidemiólogo la unidad de análisis es el individuo, pero si para el grupo social lo relevante es el grupo familiar, debería considerarse *la familia* como la unidad mínima de análisis. Asimismo, la definición de espacios político-administrativos, como podría ser el área de influencia de una posta, debería considerar, otras unidades territoriales relacionadas con el proceso de salud enfermedad donde el individuo o el grupo mantiene sus redes sociales, como la comunidad, el barrio, la población, la comuna, etc. .
2. En esta misma perspectiva, la epidemiología intercultural debe velar porque la investigación se realice con la participación de los propios grupos indígenas en temas relevantes desde su perspectiva, y que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida.
3. Al incluir la variable étnica en los estudios epidemiológicos, hay que considerar que la pertenencia de una persona a un grupo étnico es un fenómeno complejo y multidimensional, en que es requisito imprescindible la autopercepción de identidad indígena. Lo ideal es combinar más de una variable, por ejemplo, autoidentificación y cultura.
4. Es importante clarificar la naturaleza de la variable de definición de lo étnico y la relación de ésta con la pregunta de investigación. Por ejemplo, si se está estudiando la influencia del modo de vida indígena y enfermedad hipertensiva, sólo el apellido no es una buena variable de inclusión, puesto que se relaciona más bien con la ascendencia que con el modo de vida.
5. También es importante reflexionar o llegar a propuestas sobre nuevos indicadores y nuevas metodologías de investigación que den cuenta de la complejidad de estos procesos; en particular, en poblaciones indígenas, por ejemplo, que den cuenta de los procesos de mestizaje.

ANEXO I

PROGRAMA

TALLER SALUD, CULTURA Y TERRITORIO

Lunes 10 de Noviembre de 1997

MAÑANA:

Inscripción de los participantes

Ceremonias Indígenas e Inauguración

Introducción : Dr. Jaime Ibacache
Historia del Proceso: Sra. Margarita Sáez
Bases para una Epidemiología Intercultural: Dr. Jaime Sepúlveda

TARDE:

Historia y Modelos Médicos para una Nueva Epidemiología

Presentaciones:

Modelo Médico Aymara Molly Garrido
Modelo Médico Oficial Valerio Gonzalez
Modelo Médico Mapuche Armando Marileo

Martes 11 de Noviembre de 1997

MAÑANA:

Presentación de Investigaciones:

Bloque I

Investigación, Poder y Cultura

Criterios de Definición de lo Etnico-cultural en Estudios Epidemiológicos
Ana María Oyarce

Alcoholismo y Etnia: Críticas y Propuestas

Ana María Oyarce y José Ñanco

Algunas Consideraciones para Estudios Epidemiológicos con Población Aymara
Carmen Alarcón

TARDE:

Bloque II

Diagnóstico de Salud: Perspectivas de dentro y fuera de la cultura

Salud y Condiciones de Vida de los Pueblos Indígenas de Chile

Claudia Padilla

Diagnóstico Epidemiológico de Tirua Magaly Gomez

Suicidio en Población Aymara Urbana Oscar Ochoa

**Presencia de la Medicina Tradicional en el Area de Influencia de una Posta
de Salud Rural Orlando Quinchavil**

Miércoles 12 de Noviembre de 1997

TRABAJO DE GRUPOS

TEMAS: Planificación, Investigación y Modelos de Atención en Salud.

PLENARIA

CLAUSURA

Dr. Miguel Angel Solar

CEREMONIA DE CIERRE. DESPEDIDA DE LOS PARTICIPANTES Y ORGANIZADORES.

ANEXO II

LISTADO DE PARTICIPANTES

NOMBRE	PROFESION	PERTENENCIA	LUGAR
AGUIRRE REYES, OSCAR	ANTROPOLOGO	S. S. COPIAPO	COPIAPO
ALARCON RODRIGUEZ, CARMEN	SECRETARIA	COMUNIDAD AYMARA	ARICA
ANCAVIL TROYA, MARIA	FACILIT.INTERC.	HOSPITAL REGIONAL	TEMUCO
ARAVENA CERDA, CARMEN	MEDICO	MINISTERIO DE SALUD	SANTIAGO
CANIULLAN SOÑAN, JUAN	PROMOTOR	COMUNIDAD	CAREHUE
CASTRO VENEGAS, MARIO	T. DE CAMPO	PROMAP-SSA. SUR	EMUCO
CERDA SCHUSTER, ANGELINE	A.SOCIAL	HOSPITAL REGIONAL	TEMUCO
CHEUQUEPAN QUEZADA, ANA MARIA	SECRETARIA	FEDERAC.INDIGENA	LAGO RANCO
DAZA CHIPOCO LILIAN	ENFERMERA	S.S. BIO-BIO	BIO-BIO
ESPINOSA JARA, LUIS	INT.MEDICINA	UFRO	TEMUCO
FERNANDEZ ALMONACID, LUCIA	MATRONA	S.S. LOS LAGOS	VALDIVIA
GARRIDO REYES, MOLLY	TECNICA VETERINARIA	COMUNIDAD	IQUIQUE
GOMEZ SALAZAR, MAGALY	MEDICO	CONSULTORIO	TIRUA
GONZALEZ RODRIGUEZ, VALERIO	MEDICO	COMPIN	TEMUCO
HUENTECURA TRUJILLO, ISABEL	ING.CIVIL	FONASA	TEMUCO
IBACACHE BURGOS, JAIME	MEDICO	S.S. ARAUCANIA SUR	TEMUCO
JELVES MELLA, IVONNE	ANTROPOLOGA	S.S. ARAUCANIA	TEMUCO
JOFRE SALAZAR, ANA M.	NUTRICIONISTA	S.S. VALDIVIA	VALDIVIA
MARILEO LEFIO, ARMANDO	HISTORIADOR MAPUCHE	COMUNIDAD	TREN-TREN
MENESES CORDERO, PAMELA	SOCIOLOGA	S.S. ARAUCANIA NORTE	ANGOL
MILLALEN RAPIMAN, DORALIZA	FAC.INTERCULT.	HOSPITAL TEMUCO	IMPERIAL
MUÑOZ MILLALONCO, MANUEL	ANTROPOLOGO	CONSEJO GENERAL CACIQUES	CHILOE

NAHUELCHERO SALDAÑA, YOLANDA	A.SOCIAL	POLICLINICO METODISTA	TEMUCO
NAHUELCURA COILLA, EUSEBIO	TEC.PARAMEDICO	POSTA	TRUF TRUF
NECULMAN NECULMAN, JESSICA	DIRIGENTE	COMUNIDAD	YENEHUE
NOME FARBINGER, CLAUDIO	INT.MEDICINA	UFRO	TEMUCO
NANCO MATAMALA, JOSE	FACIL.INTERC.	PROMAP	TEMUCO
OCHOA DE LA MAZA, OSCAR	PSICOLOGO	S.S. ARICA	ARICA
OYARCE PISANI, ANA MARIA	ANTROPOLOGA	UFRO	TEMUCO
PADILLA RUBIO, CLAUDIA	HISTORIADORA	MINISTERIO DE SALUD	SANTIAGO
PAINECURA ANTINAO, JUAN A.	PLATERO	XEN-XEN	TEMUCO
PAINEQUEO TRAGNOLAO, MARGARITA	DIRIGENTE		SANTIAGO
PEDREROS SANHUEZA, MALVA	ANTROPOLOGA		ARICA
PEZOA BERTONI, SERGIO	ANTROPOLOGO	MINISTERIO DE SALUD	SANTIAGO
PORCILE, VIVIANA	ENFERMERA	S.S. ANTOFAGASTA	ANTOFAGASTA
PORMA ALONSO, MARIA	FACIL.INTERC.	HOSPITAL CARAHUE	CARAHUE
QUINCHAVIL QUILAQUEO, ORLANDO	TECNICO PARAMEDICO	POSTA	YENEHUE
RIQUELME CHIRINO, MARITZA	EDUCADORA	S.S. ARAUCO	LEBU
SAEZ SALGADO, MARGARITA	ANTROPOLOGA	MINISTERIO DE SALUD	SANTIAGO
SANCHEZ CURIHUENTRO, RUBEN	CONTADOR	I.E.INDIGENAS	TEMUCO
SANHUEZA HERNANDEZ, LIGIA	MATRONA	S.S. BIO BIO	TEMUCO
SEPULVEDA SALINAS, JAIME	MEDICO	MINISTERIO DE SALUD	SANTIAGO
SILVA ROJAS, JORGE	ESTADISTICO	FONASA	TEMUCO
VERGARA OLAVARRIA, JOSE A.	MEDICO	S.S. LLANCHIPAL	PUERTO MONTT
VIVACETA DE LA FUENTE, ANIBAL	MEDICO	S.S. VIÑA DEL MAR	VIÑA DEL MAR

COMISION ORGANIZADORA		
ALIAGA	ROSSEL	FELIX
BLATTER	SILVA	LILIAN
CASTRO	VENEGAS	MARIO
GONZALEZ	RODRIGUEZ	VALERIO
IBACACHE	BURGOS	JAIME
IRAZOQUI	BECERRA	ALICIA
JELVES	MELLA	IVONNE
NAHUELCHEO	SALDAÑA	YOLANDA
NANCO	MATAMALA	JOSE
OYARCE	PISANI	ANA MARIA
SAEZ	SALGADO	MARGARITA
SANHUEZA	HERNANDEZ	LIGIA
EQUIPO DE APOYO SECRETARIA		
ZAPATA	MONDACA	URSULA
EQUIPO DE APOYO MOVILIZACION		
AEDO	CONCHA	NELSON
BAEZA	CAMPOS	SERGIO
VENEGAS	SUAZO	RIGOBERTO

