

VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, 2007.

## **Antropología Médica hacia una Epidemiología Sociocultural y del Comportamiento. Introducción al Proceso en torno del Diseño e Implementación de un Instrumento Especial para el control de las Enfermedades de Transmisión Sexual en Chile.**

María Teresa Valenzuela, Gabriel Cavada, Jorge Pantoja y Valentina Fajreldin.

Cita:

María Teresa Valenzuela, Gabriel Cavada, Jorge Pantoja y Valentina Fajreldin (2007). *Antropología Médica hacia una Epidemiología Sociocultural y del Comportamiento. Introducción al Proceso en torno del Diseño e Implementación de un Instrumento Especial para el control de las Enfermedades de Transmisión Sexual en Chile. VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/vi.congreso.chileno.de.antropologia/12>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eCzH/uBr>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# *Antropología Médica hacia una Epidemiología Sociocultural y del Comportamiento. Introducción al Proceso en torno del Diseño e Implementación de un Instrumento Especial para el control de las Enfermedades de Transmisión Sexual en Chile*

María Teresa Valenzuela\*, Gabriel Cavada\*\*,  
Jorge Pantoja\*\*\* y Valentina Fajreldin\*\*\*\*

## **Resumen**

Por mandato de CONASIDA (Ministerio de Salud) un equipo consultor externo diseñó un instrumento electrónico para el seguimiento de pacientes que se atienden en los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual del país (CETS). El trabajo ha sido desarrollado por tres años de forma interdisciplinaria, incorporando la visión y tecnologías biomédicas como las ciencias sociales. En ella, la mirada antropológica ha sido quizás el elemento más novedoso y su inclusión tiene repercusiones teóricas como metodológicas para la epidemiología clásica. La ficha electrónica, tiene diversos alcances y objetivos; que trabajan en niveles diferentes (clínica y salud pública) y apuntan hacia nociones distintas de salud, situándose en el marco de la tríada salud-enfermedad-atención, muy útil para este tipo de aplicación de la antropología médica.

**Palabras Claves:** Diseño de Instrumentos Salud Pública y Clínica; Enfermedades de Transmisión sexual; Interdisciplina, Antropología Médica.

## **Abstract**

For CONASIDA's mandate (Ministry of Health) a consulting external team designed an electronic instrument for the patients' follow-up that is attended in the Centers of Sexually transmitted diseases of the country (CETS). The work has been developed throughout three years and of interdisciplinary form, incorporating both the vision and biomedical technologies and the perspective of social sciences. In it, the anthropologic look has been probably the most new element in the construction of the instrument and his incorporation has repercussions

both theoretical and methodological for the classic epidemiology. The electronic card, it has diverse scopes and aims; that are employed at different levels (clinic and public health) and they appear towards notions different from health, placing in the frame of the trilogy health-disease-attention, very usefully for this type of application of the medical anthropology.

**Keywords:** Design of Instruments Public and Clinical Health; Sexually transmitted diseases; Interdiscipline, Medical Anthropology.

## **I. Introducción**

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en Chile desde el inicio del fenómeno del VIH-SIDA –viéndolas como separadas de este-, sufren un fenómeno de rebrote epidemiológico y de invisibilización mediática y clínica. La asignación de recursos en salud pública está notoriamente ligada a VIH-SIDA, y aunque el fenómeno ocurre también en otros países, en Chile ha venido repercutiendo en un alarmante incremento de la desinformación a nivel de opinión pública.

Por esta razón es que el Ministerio de Salud ha estado incorporando la temática en recientes trabajos, con el apoyo financiero del Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis.

En el marco del interés de Conasida por generar un enfrentamiento de las ETS adecuado a los desafíos epidemiológicos actuales; esta Consultoría se ha desarrollado en torno al eje de un paradigma epidemiológico crítico, centrado en la problemática en tanto fenó-

\* Epidemióloga. Depto. de Salud Pública y Epidemiología, Universidad de los Andes; mtvalenzuela@uandes.cl

\*\* Bioestadístico. División de Bioestadística y Demografía, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y académico del Depto. de Salud Pública y Epidemiología, Universidad de los Andes; gcavada@med.uchile.cl

\*\*\* Psicólogo. Comisión Nacional del Sida, Ministerio de Salud; jpantoja@vtr.net

\*\*\*\* Antropóloga; valentina.fajreldin@gmail.com

meno en los niveles biológico, psicológico, social y cultural.

El instrumento representa un aporte a la visibilización de las ETS en su complejidad, toda vez que recoge información de momento (sincronía) y en el tiempo mediano y largo (diacronía). Al mismo tiempo, permite captar información que puede procesarse en el ámbito local, así como a nivel de región y nacional. Por ello, el instrumento sirve tanto a la clínica como a la salud pública.

El instrumento consiste en una ficha médica electrónica, que tiene diversos alcances y objetivos; que trabajan en niveles diferentes (clínica y salud pública), apuntando hacia nociones distintas de salud, situándose en el marco de la trílogía salud-enfermedad-atención, muy útil para este tipo de aplicación de la antropología médica.

Este texto tiene por objeto entregar algunos elementos específicos sobre el diseño de este instrumento; el carácter participativo e interdisciplinario del mismo; a la par de algunas reflexiones iniciales sobre su proceso de implementación en el sector de trabajadores de la salud ligados a los CETS; haciendo énfasis en las aperturas cognitivas que han sido necesarias de instalar y las dificultades que al respecto hemos observado. Propondremos también una manera de entender la epidemiología sociocultural, y de ponerla al servicio de los problemas tanto de las personas como de las poblaciones.

## ***II. Descripción del proceso y la metodología***

El trabajo ha sido desarrollado a lo largo de tres años y de forma interdisciplinaria, incorporando tanto la visión y tecnologías biomédicas como la perspectiva de ciencias sociales. En ella, la mirada antropológica ha sido quizás el elemento más novedoso tanto en el diseño y construcción del instrumento, como en la fase de implementación. Tal inclusión de la disciplina en el ámbito de la epidemiología local y clásica, tiene repercusiones tanto teóricas como metodológicas, contribuyendo este proceso al necesario cambio paradigmático en el marco de la epidemiología.

Los equipos tanto consultor como la contraparte ministerial del trabajo, han presentado variaciones en el tiempo en cuanto a su composición, pero en términos ge-

nerales el equipo consultor estable ha estado formado por epidemióloga, bioestadístico y antropóloga. Ha trabajado con una contraparte técnica de la CONASIDA, compuesta por un equipo de matrona y psicólogo. Asimismo, el trabajo se ha desarrollado con el concurso y participación permanente de los encargados (mayormente mujeres matronas) de los CETS del país.

La etapa inicial recoge datos con metodología de epidemiología clásica; pero incorporando la técnica de grupos focales a diversos profesionales de la salud involucrados con algunos de los CETS que se entienden, a manera de «muestra». Hasta ese momento no había profesionales de las ciencias sociales en el equipo. La participación de la antropología médica se inicia una vez recogidos los primeros resultados del proceso de consulta bibliográfica y de grupos focales, los cuales sirven de insumo para construir las primeras preguntas del cuestionario inicial.

En ese momento iniciamos como equipo un replanteamiento enriquecedor de los contenidos de la ficha electrónica, acordando incorporar nociones de vanguardia en el ámbito particularmente usado para VIH-SIDA a nivel tanto nacional como internacional, para aplicarlos al campo de las ETS en general.

Etapas posteriores contarán con el trabajo integrado de las encargadas de los CETS de manera personal a través de diversas jornadas nacionales de trabajo con el equipo y la contraparte técnica. También se efectuaron varios viajes de «acompañamiento» del proceso de instalación de la ficha computacional dentro del box de los CETS, los cuales sirvieron para hacer a la par observación en terreno el proceso y las dificultades asociadas, tanto en el manejo del programa computacional en el cual funciona la ficha (completamente nuevo para las encargadas de los CETS) como en la incorporación por parte de ellas de las nociones subyacentes a los ítemes que constituyen el cuestionario.

En varios momentos y participativamente, se rediseñan los contenidos y las preguntas del cuestionario; manteniendo como fundamento el paradigma que soporta al instrumento. El marco teórico es desde la epidemiología sociocultural y del comportamiento. El programa computacional en que funciona es el EPI DATA. El cuestionario final, recientemente entregado, consta de 25 preguntas estables y universales (con validez epidemiológica universal), más otras que son de libre elección de cada CETS.

### ***III. Algunas implicancias teóricas del proceso y del instrumento***

Particularmente relevante es, para una caracterización de puntos de distanciamiento y potencial encuentro disciplinario entre ciencias biomédicas y ciencias sociales, y sobretudo para la antropología médica, analizar la noción de «estilo de vida», que ha sido tomada por la salud pública y entendida como explicación de gran parte de los padecimientos en salud.

Si bien, asegura el antropólogo médico argentino Eduardo Menéndez, como concepto logró ampliar la noción de salud como mero tema de biología y contribuye entonces a visibilizar el vínculo entre lo social y la salud del individuo; la principal crítica que se puede hacer desde la antropología médica es que el mundo biomédico ve el estilo de vida como un asunto ubicado al nivel del individuo. Es este quien estaría llamado a «cambiar» sus «actitudes» negativas para su salud. Así, los estudios epidemiológicos que asocian la noción de riesgo con estilo de vida han entendido la conducta «desviada» o «irracional», «estudiando actitudes individuales ante las prácticas de riesgo en función de rasgos de personalidad de disonancias cognitivas o carencia de información» (Sánchez, 2005). Los mensajes de «promoción de salud» que se sitúan en este plano, no garantizan –como los hechos demuestran– adhesión automática de los individuos; esto, tanto en el ámbito conductual o cognitivo.

Desde la Antropología médica en cambio, la conducta individual es sólo manifestación de rasgos culturales subyacentes que, por constituir una gramática de la vida colectiva en que se inserta el individuo, son difíciles de modificar. De esta perspectiva, los «hábitos» no son «responsabilidad» del individuo, y por ende no pueden ni deben pretender ser modificados a ese nivel. La Epidemiología Sociocultural debe ser capaz de evidenciar lo que es social y cultural en la configuración personal. Los antropólogos médicos se preguntan entonces si el acento debe estar puesto en la modificación de los «hábitos» individuales, o más bien en la intervención a nivel colectivo de los modelos explicativos que subyacen al conjunto de esta población.

Como señala Menéndez, no podemos negar que los individuos tengan recursos particulares para enfrentar los problemas, pero este reconocimiento debe incluirse en una dialéctica grupo/sujeto, «para no recaer en interpretaciones y/o soluciones exclusivamente psicologistas/individualistas o estructuralistas que limi-

tan o directamente impiden soluciones de tipo salubrista en términos colectivos» (Menéndez, 1998).

Para ello, es necesaria, consecuentemente, una estrategia planificada y participativa que a veces se entiende como «negociación cognitiva», entre las nociones de salud/enfermedad que el sistema desee transferir y las nociones de salud/enfermedad prevalecientes en el seno de esa cultura o subcultura.

Una noción ampliamente utilizada por este enfoque sociocultural, es no sólo la identificación de factores de riesgo, sino más bien, la identificación de factores protectores para la salud. Ello nos remite a la necesidad de una metodología cualitativa de acercamiento al discurso y la práctica comunitarias para obtener información rica acerca de prácticas culturales en salud potencialmente utilizables en las estrategias de reducción de daño o de generación de protección, prevención y promoción de salud.

En efecto, las técnicas de recolección de datos desde el terreno deben ser específicas de las ciencias sociales y mucho más cercanas a una indagación en profundidad (entrevistas abiertas, semiestructuradas) que del tipo encuesta.

Esto significa, para la Epidemiología, un desafío de proporciones, toda vez que los tiempos involucrados en la obtención de la data de campo, las técnicas y el contacto con los informantes, los tiempos de procesamiento de los datos y ordenación de los mismos dentro del box, así como el análisis y la demostración de los resultados son diversos de los tradicionalmente utilizados por sus cultores; se requiere de adecuar y crear instrumental técnico específico.

En tal sentido, un aporte sustancial que la antropología médica puede efectuar al ámbito de la epidemiología y la salud públicas en su afán básicamente de conocimiento, prevención y promoción de salud; es la afirmación de que todo grupo social, independiente de su rango de educación formal, siempre tiene prácticas preventivas de salud, sin importar si los padecimientos cotidianos a los cuales pretenden prevenir, son o no «reales». Estos saberes son estructurales a toda cultura, es decir, son decisivos para la producción y reproducción de la misma y la mayoría de estos criterios preventivos son socioculturales, de modo que para los antropólogos lo importante no es considerarlos como comportamientos erróneos o correctos, sino asumir que los grupos sociales los producen (Ibid)

Para el antropólogo, reconocer esto supondría que hacemos un cambio radical en la perspectiva salubrista, partiendo de que son los conjuntos sociales quienes

producen y utilizan prácticas preventivas. En consecuencia, uno de los principales objetivos biomédicos debería ser la descripción y el análisis de los significados de los saberes preventivos de los grupos, *para trabajar a partir de los mismos* en un proceso de acción conjunta salubrista/grupos sociales (Ibid)

El instrumento pretende dar cuenta del carácter relacional del fenómeno, esto es, la Consejería y su efecto en el paciente, como *proceso* (producto entre otros factores de la interrelación con el consejero); y a la par, el carácter relacional del individuo consultante con su mundo cotidiano.

Hemos abordado la dimensión sociocultural del fenómeno, a través de la introducción de algunas variables que dicen relación con el concepto de "Poblaciones Vulnerables Emergentes, toda vez que el esfuerzo mundial en torno a VIH-SIDA ha dado cuenta de la necesidad de particularizar la mirada a través justamente de generalizar la problemática; modelo que está en este momento aplicándose progresivamente, también a otras ETS.

El surgimiento, a nivel de estrategia mundial de prevención, en poblaciones vulnerables emergentes, nos permite acercarnos a la complejidad de la problemática asociada a la adquisición de las ETS, entre personas que por lo general no han sido objeto de acciones de prevención sistemáticas por parte de los agentes de medicina en los diversos niveles de atención<sup>1</sup>. La sensibilidad de la estrategia mundial, en estos momentos, nos permite descubrir que es necesario un avance en poblaciones que se consideran vulnerables por razones de diverso tipo.

El instrumento que presentamos, refleja en este sentido, parte de este contexto: da cuenta, aunque de manera exploratoria, de variables como etnicidad, de migración, de ruralidad/urbanidad. Se indaga además en las dimensiones de género, y el vínculo con sexualidad, poder y reproducción. Del mismo modo, indaga en redes de apoyo o asociatividad y familia, en que se inserta él o la consultante; entendiendo la importancia social de contar con esta información en el tiempo para relacionarla con el complejo sistema de enfrentamiento y prevención de ETS.

La migración puede incidir en una mayor vulnerabilidad del individuo, toda vez que significa distanciamiento de redes de apoyo (familiares, asociativas, comunitarias), con un impacto en su identidad que le dificulta la toma de decisiones en contextos de mayor responsabilidad como miembro de un colectivo; la etnia puede tener impacto en relación al tema, si es que consi-

deramos que pueden existir aspectos de cultura médica indígena que interfieran en las decisiones en torno a prevención de ETS-VIH/SIDA, o, del mismo modo, dificultades en el acceso a servicios de salud por aspectos como discriminación, entre otros; la diferenciación urbano/rural también dice relación con posibilidades o dificultades de acceso. Considerar los estilos de vida propios de cada categoría, ayuda a planificar mejores acciones de prevención en el contexto de la Consejería. El tema de género es también interesante de considerar por cuanto las diferencias sociales construidas en torno a los roles ligados a sexualidad, para hombres y mujeres, condiciona aspectos como la negociación frente a uso de condón, la frecuencia y decisión sobre relaciones sexuales, entre muchos otros.

Parte de esta nueva concepción o paradigma, requiere de una noción accesoria en el sentido de concebir la *conducta* de las poblaciones diversas como riesgosa, y no a las personas que las actualizan. De acuerdo a esta lógica, no ha de persistirse en el modelo castigador de las personas ni en la estigmatización de «grupos de personas» de las cuales se piensa tienen comportamientos riesgosos de por sí. La idea es visualizar en toda la población el riesgo de adquirir una ETS, ampliando sí la actividad preventiva, a aquellas poblaciones que específicamente se han identificado como más vulnerables.

Siguiendo en esta línea, es importante considerar, que el instrumento pretende también, reflejar, en el tiempo y de acuerdo a la sistematicidad con que se aplique, un cambio de comportamiento de riesgo, que pase por la asunción de parte de cada individuo con su particularidad, de que las ETS en general, así como el VIH-SIDA, son enfermedades que requieren del concurso de al menos dos personas, de modo que se trata de enfermedades que se «adquieren»; y que el rol del consultante es, en cada contexto de riesgo, autoprotgerse. De esta manera, la noción de «autocuidado» debiera ser uno de los focos de la consejería, cuyo efecto el instrumento pueda captar en el tiempo.

#### ***IV. La Ficha y sus características***

Así descrita la principal barrera entre sistemas biomédico y quien consulta; referiremos brevemente las características de la Ficha electrónica. La composición de la Ficha en sí, es como sigue:

- 1) Ítems que no requieren ser extraídos de entrevista, siendo aspectos estables (automáticamente



- deben aparecer en cada control para efectos de identificación y seguimiento del consultante)
- 2) Información Biomédica (modificable en cada consulta; no requiere preguntar a consultante)
  - 3) Información socio-demográfica (se indaga a través de pregunta directa a consultante, en cada consulta, puesto que es información modificable; (excepto Lugar de origen, aunque es recomendable volver a preguntar en cada consulta).  
Temas que aborda: cultura rural/urbana; instrucción; pertenencia étnica; redes sociales; ocupación y estrato socioeconómico; movilidad y migración; situación de pareja.
  - 4) Información del Paciente y desde el Paciente: permite conocer autopercepción, concepciones personales sobre su proceso salud/Enfermedad/Atención, ambiente social, eventuales factores facilitadores u obstaculizadores de cambio de comportamiento (Requiere ser conversado con consultante en entrevista, indagado mediante escucha y conversación en ambiente de confianza).  
Temas que aborda: autopercepción de salud emocional; historia y conducta sexual; acceso a recursos de información sobre ETS; percepciones sobre salud/enfermedad/atención; itinerario terapéutico; recursos preventivos asociados a vida sexual; autocuidado; género y empoderamiento; contextos de vulnerabilidad asociados a sustancias; redes de apoyo; familia y pareja; atención ETS; autopercepción de vulnerabilidades frente a ETS.

Su utilidad está puesta en distintos niveles, los cuales se van retroalimentando:

- Atención
- Investigación Diagnóstica
- Gestión
- Seguimiento y Evaluación

El Proceso en el que estamos involucrados tanto consultores, equipo ETS de Conasida, como los equipos locales, plantea el desafío de generar datos cuantificables –medibles- pero aspirando a que éstos sirvan para caracterizar a la población y efectuar una investigación operacional permanente –diagnósticos dinámicos y locales- que posibilite a su vez el mejoramiento de los sistemas de atención y prevención frente a ETS.

Cabe resaltar, entre ellos, el análisis de Determinantes Sociales de la salud para la elaboración de políticas públicas. Algunos de los aspectos de la Estrategia adop-

tada en este tipo de trabajo continúan siendo: Participación e Intersectorialidad; Asociatividad; Descentralización y Equidad.

El instrumento electrónico propone un efecto que puede caracterizarse de la siguiente manera:

#### **Hacia el Paciente:**

- Enfoque Introspectivo: Noción de Autocuidado
- Empoderamiento frente a su Sexualidad

#### **Hacia las Acciones de Prevención**

- Instrumento dinámico, que permite la retroalimentación mediante la consejería y educación
- Capaz de visibilizar nuevos elementos a considerar en la intervención preventiva
- Capaz de visibilizar nuevas poblaciones con quienes trabajar adecuaciones en el tiempo

#### **Hacia la Relación Clínica**

- Proceso metodológico protagonizado por Actores, Escenarios y Roles: tanto el paciente como la matrona
- Sin disonancias cognitivas/carencia de información, sino «gramática cultural» diversa
- Aporte hacia la horizontalidad y su efecto de empoderamiento

Algunos temas que permite descubrir sobre el/la consultante:

- Identidades/Conductas/Prácticas Sexuales Móviles
- Asociatividad/Redes de Apoyo/Familia
- Fuentes de Información/Socialización en ETS y Sexualidad
- Sistemas Médicos, Prevención e Itinerario Terapéutico del y desde el/la consultante

Los temas de la ficha son para hacer un diagnóstico inicial no de los aspectos biológicos de quien consulta, sino más bien de los universos conceptuales que subyacen y explican las prácticas sexuales y contextos en que estas se dan y por ende, la presencia de cualquiera de las ETS por las cuales se acude a pedir asistencia al CETS.

Los temas que tocamos en el instrumento están diseñados entonces a fin de servir al/la tratante para pausar la Consejería y los de la educación más general que la/el tratante debiera abordar para acercarse a su paciente desde la experiencia del mismo sobre su enfermedad, constituyen una invitación a abordar estos temas

en la entrevista con quien consulta, a fin de explorar los dichos mundos conceptuales, culturales y sociales de la persona.

Para ello, la aplicación del instrumento implica una metodología más o menos específica para relacionarse con el/la consultante; y asimismo, los contenidos de cada ítem abordado en la ficha, dan cuenta de la necesidad de integrar el instrumento como una herramienta más de todas las que forman parte de la estrategia de Prevención de ETS usada en el CETS y a nivel de Salud Pública

La ficha es un recurso que permitirá al equipo de atención de ETS en el ámbito local, como a los equipos con visión de Salud Pública regionales y nacionales, conocer además de los aspectos «objetivos», aquellos que derivan de la percepción del propio paciente sobre su proceso.

A través de lo que el paciente cuente a la encargada de ETS, dentro del Box, será posible identificar creencias y prácticas relacionadas con cómo vive el/ella su ETS, y cómo percibe el sistema de atención, y por ende identificar cuáles son las vías o los ámbitos en los cuales hacer énfasis en el proceso de consejería y otras estrategias de prevención.

Por ello es central que la/el tratante, acepte el discurso del/la consultante como «legítimo», porque este discurso da cuenta de su percepción y nos enseñará sobre el/la consultante. Es importante que, en términos metodológicos, la matrona no influya en su paciente señalando la respuesta «correcta», sino más bien dejándolo hablar. En futuros controles, la ficha será trabajada mediante una conversación amplia, a modo de entrevista semiestructurada, en la que la tratante indaga y a la vez orienta y educa, todo lo cual junto con otras estrategias de prevención dentro del box harán que el cambio de comportamiento se refleje en la misma ficha en el tiempo.

En el tiempo (múltiples consultas), el instrumento va por una parte orientando personalmente la consejería y la educación (dimensión de atención individual, relación tratante-paciente); pero por otra sirviendo también para efectuar educación de grupos localmente identificados a través de los hallazgos que permitirá efectuar el instrumento ya que será visible en la base de datos el conjunto de los consultantes y sus características (dimensión de salud pública; diseño y aplicación de política de salud). Enfoque desde, por y para CETS particulares: estimula la elaboración de diagnósticos epidemiológico locales, visibilidad de problemas y poblaciones locales, toma de decisiones descentralizadas

## ***V. Algunos alcances y productos esperados***

Entre los productos esperados de la aplicación de este instrumento, encontramos: Avance hacia trabajos intersectoriales también para ETS;

Por parte de Tratante y Consejeros/as, se espera el involucramiento paulatino de redes familiares y micro/macro sociales del paciente por su importancia en la prevención. Involucramiento activo de instancias evidenciadas como actores reales (sanadores tradicionales, farmacias comunitarias, grupos de barrio, etc); Generación de datos a nivel Nacional, Regional y Local mejorará las decisiones en salud pública frente a ETS y su vinculación con VIH-SIDA;

Avance hacia un Programa de Promoción de Salud frente a ETS, donde sea pertinente el enfoque de Comunicación para la Salud dirigido hacia el conjunto de la población chilena. La nueva forma de enfrentar el diálogo con los pacientes tiene un componente ético relevante, por lo que se requiere el apoyo Bioeticista y consentimiento informado por parte de los pacientes. Si bien, el hecho de que algunos pacientes no aprueben el proporcionar información, generará sesgos de la información (sesgos de selección), sólo la experiencia dará cuenta cual es el porcentaje de pacientes en esta situación.

En la implementación de este nuevo sistema se ha evidenciado, en primer lugar, la gran diversidad de situaciones en cuanto a equipamiento tecnológico (computadores) y horas-profesionales disponibles, existentes entre los distintos Centros. Esto ciertamente constituye una seria amenaza al proceso en curso y no garantiza que, aún siendo incorporado como instrumento de salud pública oficial -mediante algún mecanismo por designar- el instrumento logre consolidarse en la práctica cotidiana de los CETS.

En tal sentido, nos parece de vital importancia destacar que la participación de las ciencias sociales en el diseño de instrumentos de salud pública, debe estar también al servicio de la instalación de ciertos ítems y paradigmas dentro del sistema sanitario; que de alguna manera incida o «presione» hacia un cambio dentro del mismo. Ese objetivo es de suyo relevante, independiente de la efectiva aplicabilidad que tengan en la práctica los instrumentos diseñados.

## ***Notas***

<sup>1</sup> En efecto, para VIH-SIDA y ETS en general, puede verse que entre una población como trabajadoras

sexuales, en la que tradicionalmente se ha focalizado la prevención a través de acciones de control sanitario, la incorporación del preservativo en su actividad laboral es hoy incuestionable. En cambio, la población general no posee suficiente sensibilización ni educación para tomar medidas preventivas adecuadas a sus conductas de riesgo.

## ***Bibliografía***

BAER, Hans ; SINGER, Merrill y Ida SUSSER 1997 *Medical Anthropology And The World System. A Critical Perspective*. USA, Bergin and Garvey

FAJRELDIN, Valentina. «Antropología Médica para una Epidemiología con Enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina», en: *Revista Ciencia y Trabajo* n° 20, año 8, pp 95-102, abril-junio 2006.

MENÉNDEZ, E. 1998. «Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes», En *Estudios Sociológicos*, XVI:46.

OYARCE, A. M. (s/f) «Marco Teórico y Operativo del Modelo de Investigación: Diagnóstico Epidemiológico con Enfoque Sociocultural». Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, MINSAL

SÁNCHEZ, M. 2005 «Anorexia Nerviosa y Perfiles de Riesgo». En *Gazeta de Antropología* N°21. Universidad Complutense de Madrid.

# ***Epidemiología «Clásica», Epidemiología Sociocultural y Etnoepidemiología. Bases para una Epidemiología Intercultural en el desarrollo de Modelos Interculturales de Salud en la región de La Araucanía***

**Francisco Javier Cabellos M.\* y Juan Carlos Quitral N.\*\***

## ***Resumen***

La *Epidemiología Clásica* provee información para el diseño de modelos de atención en salud que, en contextos interculturales, resulta «inválida», pues no considera cualidades socioculturales con que la población legitima acciones curativas. En esto avanza la *Epidemiología Sociocultural*, no obstante hacerlo desde categorías relevantes para el sistema estatal, condición que superaría una *Etnoepidemiología* usando categorías que endoculturalmente distinguen sistemas de representación de los fenómenos agregados de salud/enfermedad.

Se ha ensayado un diseño *Etnoepidemiológico* en 3 etapas: «significatividad» de categorías de *Epidemiología Clásica* con especialistas mapuche, autoridades tradicionales y usuarios; «resignificación» y supresión de categorías «insignificantes»; inclusión de categorías endoculturales.

**Palabras Claves:** Epidemiología Intercultural, Etnometodología, Salud Pública, Salud Colectiva.

## ***Abstract***

The Classic Epidemiology provides information for the design of models of attention in health that, in intercultural contexts, it is invalid, because it doesn't consider sociocultural qualities with which the population legitimates healing actions. In this the Sociocultural Epidemiology advances, nevertheless to make it from excellent categories for the state system; condition that one would overcome Etnoepidemiology using categories that distinguish local systems of representation of the added phenomenons of health/illness.

A Etnoepidemiology design has been rehearsed in 3 stages: sense of categories of Classic Epidemiology with specialist mapuche, traditional authorities and users; modification and suppression of insignificant categories; inclusion of local categories.

**Keywords:** Intercultural Epidemiology, Etnometodology, Public Health, Collective Health.

\* Lic. Psicología, Mg. Ciencias Sociales. AXXIONA Desarrollo Humano. francisco.cabellos@gmail.com – tecnicoaxxiona@surnet.cl

\*\* Lic. Antropología. AXXIONA Desarrollo Humano. jckitral@gmail.com.