

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

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.

Cita:

Francisco Javier Cabellos M. y Juan Carlos Quitral N. (2007). *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. VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/vi.congreso.chileno.de.antropologia/13>

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

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>.

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.

I.- Marco teórico

1) Epidemiología desde el sistema

En el entorno técnico institucional, estatal, se concibe la Epidemiología como el estudio de las distintas formas en que las enfermedades ocurren en distintos grupos y por qué (Coggon, Geoffrey y Barrer, 1997). Algunos de sus propósitos comprenden la determinación de la o las causas de una enfermedad, su fuente, modo de transmisión, quien está en riesgo de desarrollar la enfermedad, y que exposición o no exposiciones predisponen a una persona a adquirir la enfermedad (Gregg, 2002).

Aunque los epidemiólogos realizan distintas operaciones separadas, su trabajo puede decirse que abarca dos ámbitos (Gregg, 2002):

- Descriptivo, en el que se recoge información que define el contexto de la enfermedad y las características que presentaron las personas afectadas. A menudo, conociendo estos hechos (el diagnóstico) se puede determinar la fuente y modo de transmisión del agente y se puede identificar a las personas que se encuentran en riesgo de desarrollar esa enfermedad.

En este ámbito, es frecuente el uso de la tríada caso, lugar y tiempo para la identificación/descripción de los eventos de interés epidemiológico, específicamente, del comportamiento del «agente»¹ y el vector mediante el cual se desplaza o contagia.

Las referencias anteriores se integran en la noción de *población de riesgo*. Ésta se constituye por un grupo de personas, saludables o enfermas, que pueden ser contadas como casos si ellos adquieren una enfermedad que se puede o está siendo estudiada. Se construye en base a criterios de inclusión especificados en un esquema diagnóstico. Busca definir con certeza la correspondencia entre las conclusiones y la población de referencia².

Por otra parte, los criterios de inclusión en esta noción dependen del concepto de *factor de riesgo*, entendido como aquella condición a la que sometido un sujeto puede desarrollar en él una enfermedad y que, por lo tanto, lo hace clasificable dentro de una *población de riesgo*.

Estas características hacen de la epidemiología una disciplina más bien orientada a grupos de personas que a individuos.

- Analítico, dentro del cual las operaciones críticas comprenden determinar tasas y compararlas. Prácticamente todos los análisis epidemiológicos requieren comparaciones de grupos de personas, enfermas y sanas, expuestas y no expuestas. Este fuerte apoyo en comparaciones grupales se construye sobre un sistema de códigos y categorías cerradas e institucionalmente validadas (sistemas de categorización de las enfermedades), así como también a base de diseños estadísticos³.

Para efectos de mediciones compatibles con este enfoque se requiere definir criterios de diagnóstico para la identificación de «casos», entendidos como sujetos, unidades de análisis. Algunos de los criterios para dicotomizar el continuum diagnóstico entre casos y no casos serían de tipo estadístico⁴, clínico⁵, pronóstico⁶ y operacional. Por otra parte, todas las comparaciones recurren a procedimientos como medición de asociación entre variables, datos brutos son «estandarizados», se utilizan regresiones lineales para clarificar relaciones, etc. En este mismo sentido, para los propósitos epidemiológicos, la ocurrencia de casos de enfermedad debe estar relacionada cuantitativamente con la forma en que se dan en una población de riesgo. Una referencia básica a este criterio se demuestra en las nociones de prevalencia e incidencia.

2) Epidemiología clásica v/s otras epidemiologías

Debe tenerse en cuenta que este tipo de epidemiología, que se ha denominado clásica, adquiere sentido y validación en una estructura mayor, de tipo sociocultural, que configura lo que habitualmente se distingue como Sistema Médico (Burgos y Cabellos, 2004, a, b), en este caso Sistema Médico Oficial/Estatal. Dentro de éste es un instrumento cuyos aspectos principales, enunciados en el acápite anterior, no son más que la expresión que un modelo médico -aquel dominante, unilateral y hegemónicamente establecido por el estado- puede tener en la forma de representar, asumir e intervenir los procesos de salud enfermedad. Tanto así que en relación con la salud de los pueblos originarios, socioculturalmente diferentes, en un evento de epidemiología intercultural precisamente, Oscar Ochoa de la Maza, del Programa Intercultural de Arica, señala: «...La idea que quiero insistir con ustedes es la necesi-

dad de comprometernos con la visión epidemiológica para afrontar las problemáticas inherentes a los pueblos indígenas...»; «...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...»⁷

Este testimonio grafica como la epidemiología se ha instalado para hacer frente a asuntos para los que resulta, incluso, socioculturalmente exótica e impertinente; con lo que, de paso, se instaure como artefacto de agresión y debilitamiento de las identidades diversas sociocultural y territorialmente. De hecho, asumir el desafío planteado por Ochoa de La Maza implica también asumir las implicaciones epistemológicas⁸, éticas⁹ y tecnológicas¹⁰ que la epidemiología clásica tiene. Específicamente, y retomando las cualidades distintivas descritas, puede verificarse en ellas conceptos fundantes del modelo médico dominante.

El énfasis en referencias del tipo «Trilogía Caso, Lugar y Tiempo» sobre los fenómenos de salud enfermedad, por ejemplo, obedece a la intención de ubicar¹¹ / estabilizar («congelar») y aislar¹² / descontextualizar («focalizar») el continuum espacio temporal (histórico) en el que ocurre la enfermedad. En esta misma dirección opera la idea de población de riesgo y de factor de riesgo, connotando el enfoque particionista y focalizante de la vida y experiencia humana.

Con estos resguardos, la Medicina y Epidemiología Clásica buscan limpiar de la complejidad sociocultural que todo proceso personal y social, bajo la forma de «subjetividad», induce al conocimiento de las enfermedades. Con ello se conseguiría el control del error y la validación del grado de objetividad de la información o dato.

En el sentido de lo planteado antes, este afán de objetividad implica -además de un sesgo atomista/reduccionista- un énfasis materialista, reconocible en la metáfora del agente (patógeno) y el vector (medio de transmisión / desplazamiento patógeno), por ejemplo. Estas distinciones sostienen la naturaleza material de las causas de la enfermedad al fundamentarse en evidencias físicas.

Sin embargo, el logro de los suficientes grados de «objetividad» en el conocimiento de la enfermedad no se consigue sólo con los resguardos formales descritos, sino que requiere además la concurrencia de un modo específico y especializado de representación de las evidencias físicas, provisto por el manejo estadístico (matemático) de la fiabilidad de las mediciones, comparaciones y juicios. Esta situación determina un siste-

ma de códigos cerrado (técnico), restringido a grupos que manejan un conocimiento específico, por lo cual acaparan grados significativos de poder, el que implementan mediante el ejercicio práctico de esos conocimientos restringidos.

Estas cualidades definen el enfoque que la «ciencia» occidental ha marcado en las prácticas de salud. En este enfoque, las causas y relaciones entre las enfermedades aparecen como elementos objetivos, desligados de las personas y ajenos a la voluntad de la comunidad. Se ha creído, desde un punto de vista «clásico», que el conocimiento científico del proceso de salud/enfermedad es patrimonio de los técnicos que han estudiado y que las cifras de enfermedades y el conocimiento de las causas biológicas de las mismas (patogenia) pueden ser descritas, interpretadas y manejadas desde los técnicos hacia la comunidad. Se instala así la ciencia occidental, y la expresión de sus fundamentos en el sistema médico oficial y Epidemiología Clásica, como artefacto ideológico de validación del poder y autoridad de la clase médico técnica, que generalmente corresponde con aquella clase hegemónica históricamente dominante (Noboa, 1999).

Como plantea Hersch y Gonzalez (1993), el perfil epidemiológico es un aspecto clave para el conocimiento de la situación de salud en una comunidad. Sin embargo, la construcción de éste a partir de un solo modelo interpretativo, el científico-explicativo, introduce un sesgo en el abordaje de la realidad social y de salud al considerar exclusivamente las entidades nosológicas reconocidas en el paradigma médico dominante. Este sesgo se incrementa en comunidades rurales e indígenas, en cuyo contexto cultural opera un conjunto de problemas de salud que, percibidos por la población, carecen de equivalentes en la nosología médica oficial y, por tanto, no son detectados ni tratados por las instituciones de salud.

Así planteada, la Epidemiología Clásica se ha instaurado como una dinámica de anulación -por parte de los grupos dominantes- de los contenidos socioculturales de los grupos minoritarios dentro de una sociedad o estado nacional, adquiriendo la relación intercultural, cuando los contextos son multiétnicos y/o pluriculturales, un valor «asimétrico», produciendo un efecto de aculturación de aquellos grupos minoritarios (Burgos y Cabellos, 2004, a, b). Esta dinámica de relaciones interculturales -además de alejar a las personas socioculturalmente diferentes de los servicios del estado- trae consecuencias relevantes, ya que, como plantea Ibacache y Leighton (2005, a), «esta situación va

produciendo en cualquier grupo humano una frustración y baja de la autoestima, haciéndolos cada día más dependientes de un Estado paternalista, que intenta a través de programas diseñados desde una mirada «integracionista», «asimilacionista» y «extractivista» de recursos hacerlos desaparecer en una homogeneización falsa como país»¹³.

En este escenario, la demanda de los problemas de salud persiste en las comunidades -sea que las instituciones los hayan detectado o no- activando todo el capital sociocultural para la recuperación, uso y fortalecimiento de prácticas curativas ancestrales en eventos específicos de dolencia o enfermedad, distinguiendo un sistema médico sociocultural localmente construido. Se parte del diagnóstico que señala que los pueblos indígenas han desarrollado sus propias prácticas y concepto de salud, en concordancia a su cosmovisión, recursos, valores y estilos de vida. En este sentido, y representando el otro valor que puede adquirir la relación de interculturalidad aludida, se constata que -desde la perspectiva de los grupos minoritarios menos aculturados- se ha instaurado una relación en la que el reconocimiento de problemas y necesidades que no pueden ser resueltas desde sus modelos socioculturales tradicionales, así como la necesidad de vincularse en relaciones de distinto tipo con los grupos dominantes y las herramientas y soluciones producidas por sus modelos socioculturales, han determinado un tipo de relación en la que estos grupos minoritarios alternan en el uso de sus referencias socioculturales y las externas, materializando una dinámica simétrica en la relación con matrices socioculturales diferentes, dentro de las que se opera, no obstante, desde la propia identidad cultural (Burgos y Cabellos, 2004, a, b). Como plantea Terán (1999), cobra sentido entonces trabajar con la comunidad su diagnóstico de salud/enfermedad. Buscar en lo profundo de sus actitudes, de sus creencias y percepciones, de sus relaciones con la naturaleza y con los demás, de sus prácticas y ritos, las claves que expliquen, desde la comunidad y con ella, la existencia de problemas de salud para encontrar, desde la comunidad y con ella, las formas de enfrentar y superar la enfermedad y la muerte, aparentemente inevitables. Las propuestas de la epidemiología comunitaria (estudio de las enfermedades con la comunidad) y de la epidemiología intercultural (conocimiento de la enfermedad de la comunidad desde la diversidad cultural) serían la manera de llegar a nuevas y reales alternativas en las que la comunidad es protagonista del proceso y los técnicos son sus aliados en la búsqueda de soluciones.

Redefinir los actores de la salud es prioritario. Superar las limitaciones será un ejercicio de encuentros sucesivos entre los trabajadores de la salud y la comunidad, entre el sistema formal de atención de salud y la comunidad. De esta manera, más allá de las causas biológicas, se entra en el mundo de la causa social, cultural, económica y política de la salud/enfermedad.

3) Intercultural desde el conocimiento local

Hacer el cambio indicado implica ensayo y crisis paradigmática, tal como narra Oscar Ochoa:

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. ... sé de las ventajas de pensar en una *etnoepidemiología*. ... 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 relevancia¹⁴.

En este mismo sentido, Ibacache (2004) indica que 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, sus causas, tratamiento y prevención y quién las trata están determinados por cada cultura específica.

Resulta curioso, no obstante, que luego de este discurso reflexivo y crítico, lo que más destaca Ochoa de la Maza es la presunta inviabilidad del mismo cuando cierra diciendo: «...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 va querer entender»¹⁵.

Justamente en la dirección de cuestionar este obstáculo virtual (en el sentido de formulado, aparente) desarrollamos el presente estudio, re enfocado, en esta oportunidad, desde la experiencia y cultura de los habitantes de cada territorio. Esta claro que una etnoepidemiología no «calza», ni calzará, con el paradigma de un servicio estatal; siempre va a ser disruptiva/subversiva (plantea otros códigos, reglas y estructura de orden). De hecho el mismo autor, tomando a Berenguer (1993), plantea no olvidar que los estados e imperios no deberán ser vistos como mantenedores, mucho menos como generadores de etnicidad, sino más como manipuladores e incluso como reprimidores de ella (Ochoa, Bustos y Raby, 1999).

Por esa razón se plantea que el lugar de la etnoepidemiología, o lo que en este estudio se denomina epidemiología intercultural, esta en el territorio, en la comunidad o lof, junto a las experiencias, marcos de referencia, formas de representación y códigos creados socioculturalmente por las personas en cada espacio. Desde aquí la epidemiología intercultural (etnoepidemiología) infunde datos, información y conocimiento hacia el sistema de salud del estado para su regulación y adecuación sociocultural, misión que éste tiene la libertad de asumir o no. Sin embargo, el propósito central de la epidemiología intercultural es fortalecer en la propia comunidad de cada territorio los referentes socioculturales que regulan las acciones relativas a los fenómenos de salud enfermedad locales como aquellas introducida desde los sistemas de salud centrales/estatales. En este sentido es una herramienta de empoderamiento sociocultural y regulación del contacto intercultural.

Considerando la idea general de epidemiología intercultural como «...el estudio de los factores que protegen y agreden el equilibrio de las personas, familias y comunidades, incorporando las propias categorías y etiologías (causas) del desequilibrio, desde el punto de vista de la cultura de la colectividad»¹⁶, se realizan precisiones que hacen sostener que la epidemiología intercultural se basa o surge de una Etnoepidemiología. En primer lugar, no se concibe que una epidemiología intercultural «incorpore»¹⁷ a un corpus conceptual e institucional ya existente¹⁸ las «propias»¹⁹ categorías y etiologías del desequilibrio, sino que, por el contrario,

se basa completamente en ellas, creando un corpus distinto, diferente, que sirve de contraparte sociocultural y obliga el contraste con la epidemiología clásica dominante, científica, racional y objetivista.

En segundo lugar y en vinculación con lo afirmado antes, se entiende que lo «intercultural» implica equidad de poder y capacidad de influencia para negociar entre grupos socioculturalmente diversos, eso es lo que construye -en el ámbito de la salud- la etnoepidemiología o, como se entiende aquí, epidemiología intercultural. En este sentido «inter» no describe un intersticio construido por las prácticas de relación entre grupos socioculturalmente distintos, sino que más bien la construcción de un contrapoder, contrarreferencia que entregue a las comunidades y territorios las bases de conocimiento e influencia para negociar y regular la operación en el territorio de los sistemas de salud locales tanto como de los sistemas de salud hegemónicos.

De hecho, lo planteado por Ibacache (2004) al referirse a cómo iniciarse en el conocimiento del equilibrio, modelo base de la comprensión de salud y bienestar en diversos pueblos originarios -en cuanto a que es «...necesario 'desenterrar' datos para avanzar desde los promedios regionales... teniendo siempre en cuenta las especificidades culturales de las comunidades (para lo cual) los equipos deberán capacitarse en el manejo de herramientas... como el Epi-Info y el Epi-Map que les permitan análisis de múltiples variables y compartir los hallazgos...»- demuestra la presencia de nociones propias del sistema de salud dominante en esta idea general de interculturalidad, como lo son: la objetivización estadística del conocimiento, el uso de medios digitales de análisis de datos como los informáticos y la inducción de estos valores mediante metodologías y formas occidentales de intercambio.

Esta comprensión de epidemiología intercultural, que ha sido denominada general, distingue más bien un artefacto para acceder a las representaciones y significados socioculturales locales asociados a la salud y la enfermedad desde el paradigma propio de la medicina oficial, buscando reconocer las referencias «nativas» para las categorías globales (en el sentido de dominantes, centrales u occidentales). Un ejemplo de ello es lo destacado por Ibacache y Leighton (2005), en la nota 9 de su artículo «Estrategias Comunitarias y Autonomía Multicultural. Un aporte desde la Salud Colectiva», en cuanto a que «...en relación a síntomas y signos de alarma en enfermedades respiratorias hemos encontrado palabras en Mapudungun (Idioma del pue-

blo Mapuche) para retracción, tiraje, sibilancias, dificultad respiratoria, etc.»²⁰.

En este sentido, la epidemiología intercultural, así entendida, no representaría más que una nueva forma, más actual y sofisticada, de integrar y subsumir las identidades socioculturales locales en supraidentidades. Esto es lo que hace este enfoque cuando plantea que la epidemiología intercultural implica una metacompreensión de los fenómenos de salud enfermedad que funde conocimiento científico occidental y conocimiento sociocultural local en la idea de complementariedad, desconociendo las bases socioculturales, epistemológica y paradigmáticamente distintas, y por tanto excluyentes, que hacen a este campo de conocimiento complejo. Se borra así con el codo lo escrito con la mano al desconocer, excluir o invisibilizar los contenidos, aspectos o dimensiones de naturaleza cultural determinantes de la comprensión de los procesos de salud enfermedad y de las acciones curativas.

Esta forma de epidemiología intercultural representaría, entonces, un sistema de etnocategorizaciones propio del modelo sociocultural de salud dominante en la sociedad occidental. En ningún caso refiere a un sistema de etnocategorización indígena o local. Sería la respuesta a una necesidad de los estados y sus instituciones más que la respuesta desde las comunidades o territorios a sus propias necesidades. Esto último se vuelve a identificar cuando Ibacache y Leighton (2005) fundamentan la necesidad de conocimiento de los sistemas de salud locales indicando que:

El desconocimiento de otros sistemas médicos por parte de la medicina occidental y la muchas veces excesiva dependencia de ésta por parte de las personas -como resultado de la estrategia hegemónica de la propia medicina occidental- es otro elemento que ha forzado el camino de derivación al sistema oficial, aún cuando no sea necesario, lo que queda de manifiesto a través de evidencias cualitativas, las que dejan ver que, tanto a los policlínicos como a los servicios de urgencia, siempre acuden más personas que las

que realmente necesitan ser vistas. Esto ha creado una espiral viciosa que ha reventado todo: horas médicas, camas, presupuestos de farmacia, etc., lo que causa a los equipos de salud mucha angustia y presión...». Continúan diciendo «...existen además muchas críticas de los usuarios respecto a la falta de horas de atención, al poco tiempo destinado a los consultantes, a la falta de examen físico y de medicamentos, a la falta de efectividad de los tratamientos e inclusive situaciones de maltrato...»²¹.

De este modo, se fundamenta la necesidad de una epidemiología intercultural al servicio de los problemas del sistema de salud estatal.

Se plantea entonces, que una epidemiología intercultural debe construirse desde una etnoepidemiología mas que desde un enfoque de Epidemiología Sociocultural – con el correspondieran las concepciones de Epidemiología Intercultural como las recientemente revisadas. Esto partiendo de la noción que lo «intercultural» implica equiparidad de poder y capacidad de influencia para negociar entre grupos socioculturalmente diversos y que, como se ha señalado antes, entiende que «inter» no describe un intersticio construido por las prácticas de relación entre grupos socioculturalmente distintos, sino que más bien la construcción de un contrapoder, que facilite a las comunidades conocimiento para regular la operación en el territorio de los sistemas de salud locales tanto como de los sistemas de salud hegemónicos.

4) Aproximación cualitativa a la investigación / Etnometodología / Etnoepidemiología

El investigar -acción consustancial a la Epidemiología- tiene al menos dos enfoques: cuantitativo, más propio de la versión «Clásica» y cualitativo, más compatible con la versión «Etnoepidemiológica» o «Intercultural». Un cuadro simplificado de los dos enfoques adaptado de un investigador argentino, Floreal Forni (1992), permite verificar las diferencias más gruesas.

ENFOQUE CUANTITATIVO	ENFOQUE CUALITATIVO
Recolección de datos:	
-encuesta -datos secundarios	-entrevistas -historias de vida -observación
Tratamiento de datos:	
-modelo estadístico (se presume Homogeneidad de las unidades de análisis y "normalidad" de los fenómenos)	-trabajo de campo -doble interpretación (de la población que genera los datos y la del propio investigador)

Como plantea Monsalvo (2002), el estudio cuantitativo en epidemiología entrega un panorama acerca de «lo qué ocurre», entrega una fotografía. Lo que no nos puede dar el enfoque cuantitativo es «el porqué pasa» ni el «cómo pasa». El enfoque cualitativo nos da respuesta a ese «¿por qué?» y a ese «¿cómo?». El enfoque cualitativo nos da la cinematografía²². Forni (1992) señala lo que llama «triangulación», es decir, combinación de ambos enfoques. En su visión, estos dos enfoques deben estar juntos desde el principio, es decir, formar parte de la epidemiología descriptiva. El enfoque cuantitativo es indispensable en epidemiología. El estudio, o investigación cuantitativa en epidemiología, según Forni (1992) permite el conocimiento de datos mensurables útiles a la construcción de tasas, promedios y significaciones. Facilita la visualización de los paisajes de las regiones en las que se quiere conocer «lo que ocurre», proveerá clarísimas fotografías. Lo que no puede decir la investigación cuantitativa es «el porqué pasa», «el porqué ocurre» y el «cómo ocurre». Esto lo puede proporcionar la investigación con enfoque cualitativo. El enfoque cuantitativo nos va indicar en qué partes del paisaje deberemos buscar los datos cualitativos para saber «el porqué pasa lo que pasa».

Esta aparente resolución del problema de coexistencia de enfoque cuantitativo y cualitativo en epidemiología resulta, sin embargo, tan curiosa como la comprometida defensa de Ochoa de la Masa sobre la etnoepidemiología, que inmediatamente después declara inviable.

La consideración de la metodología cualitativa, al abordar un nivel de la realidad de tipo diacrónico - distinto al nivel sincrónico, fotográfico, que permite la metodología cuantitativa- obliga la integración de nociones historiográficas, identitarias, colectivas, intensivas en componentes simbólico culturales, permitiendo el rescate del sujeto y su mundo de significados y representaciones socioculturales, complementando la epidemiología, integralizándola y dándole un valor de equidad y expresión del mundo representacional de las diversidades socioculturales locales. Incorporar datos cualitativos a un estudio epidemiológico aporta una mayor potencialidad al mismo para ofrecer elementos que permitan toma de decisiones ya sea para la intervención profesional cotidiana como para la programación y planificación de la conducción sanitaria y también para la elaboración de las políticas de salud centradas en el interés de la población, mostrando como la investigación cualitativa en epidemiología se afilia, nuevamente, con los intereses del Estado y sistema de salud he-

gemónico, y sus fundamentos epistemológicos e ideológicos. Este hecho refuerza el carácter etnocategorial occidental de estas «salidas» o resoluciones del conflicto cualitativo/cuantitativo en epidemiología.

Por otra parte, esta aparente complementariedad de enfoques, sostenida por la generalidad de quienes aplican enfoques cualitativos en epidemiología, resulta al menos espurea, en tanto obedecen a paradigmas distintos. Existe una suerte de paralelismo cuantitativo cualitativo, determinado por la naturaleza formalista, idealista, abstracta y matematizable del primero y a la naturaleza sustantivista, sensible y empírica del segundo. En el caso del enfoque cuantitativo/formalista se intenta reemplazar la naturaleza por la matemática. Considerando el paralelo de lo Sincrónico (proceso limitado y medible) / Diacrónico (proceso continuo, devenir sin medida) la metodología cuantitativa se asienta en la matematización y la medida, en la dimensión de las cosas limitadas, suponiéndolas siempre paradas, como en reposo. Supone que la diacronía, el proceso, carece de medida (Conde, 1994).

Por el contrario, la perspectiva cualitativa implica una aproximación a la realidad de tipo concreto, empírico, directo, analógico y sensible, que respeta el proceso y describa movimiento. En este sentido, aproximación cualitativa y cuantitativa corresponde a matrices epistemológica e ideológicamente diferentes y su fácil complementación resulta a todas luces forzada y oportunista, interesada en cubrir necesidades de la elite dominante; la complementariedad de enfoque no estaría sino que correspondiendo nuevamente a la fórmula de las elites dominantes y al modelo cultural y etnocategorial del sistema médico oficial, que, desde un punto de vista meramente instrumental, utilitario y reductor, comprende lo cualitativo como paso previo a la «verdadera y científica» aproximación cuantitativa a lo real social.

Sin perder de vista lo planteado, cabe destacar que en Latinoamérica se viene construyendo una epidemiología crítica o epidemiología social de hace más de una década. Tal como plantea Neira (2001) refiriéndose a la epidemiología, en estas perspectivas se enfatiza la dimensión simbólica de las prácticas, la que apunta a comprender que tanto el elemento subjetivo, de conciencia e interpretación sobre la enfermedad, la muerte, el cuerpo, etc., como la respuesta frente a ellos, están determinadas por el conjunto de prácticas simbólicas de los grupos culturales en los que se insertan los individuos. Estas consideraciones suponen afirmar que el conocimiento científico médico, como se le conoce hoy

y en cualquier momento de su desarrollo, no es el único conocimiento posible sobre la salud-enfermedad, y que no alcanza por sí mismo para comprender y explicar este proceso social.

Sin embargo, como plantea Monsalvo (2002) aun cuando toda cultura genera conocimientos y con sus propios métodos, occidente no reconoce a esos conocimientos como científicos sino los valida con sus propios métodos, imponiéndose desde el dominio de lo político obstáculos a la legitimación de otras formas de conocimiento como el indígena. En este sentido se hace una misión ética y políticamente válida consolidar formas locales de representación y valoración de los fenómenos de salud colectiva si se aspira a un ejercicio intercultural, como aquí se ha entendido, de la práctica epidemiológica. A esta aspiración aporta el enfoque Etnometodológico dentro del campo del paradigma de la Investigación Cualitativa.

5) *Etnometodología*

Diversos defensores de la etnometodología han elogiado características de esta perspectiva como: (a) su capacidad para analizar la sociogénesis de conceptos y valores firmemente arraigados en nuestra cultura y en esa medida difíciles de reconocer; (b) su sensibilidad a la variabilidad de formas y procesos en relación; y (c) su potencial reflexivo para dar cuenta de nuestra inserción en entornos que no mucho nos satisfacen, y actuar en consecuencia. En palabras de Rodríguez Bornaetxea (2002, b) pretende describir el mundo social tal y como se está continuamente construyendo, emergiendo como realidad objetiva, ordenada, inteligible y familiar. Desde este punto de vista, la etnometodología recomienda no tratar los hechos sociales como cosas, sino considerar su objetividad como una realización social. Considera además, que esta autoorganización del mundo social no se sitúa en el Estado, la política o cualquier superestructura abstracta sino en las actividades prácticas de la vida cotidiana de los miembros de la sociedad. Estas actividades se realizan conjuntamente en las interacciones; y la gente las realiza ateniéndose a los presupuestos y a los tipos de conocimiento propios de la «actitud natural». Para realizar esta tarea, el sociólogo (epidemiólogo intercultural) debe cuestionar la dimensión de la acción social, debe observar el hecho social no como objeto estable sino como proceso contingente, como producción continua de los miembros que la hacen existir mediante sus acciones e interacciones. Para hacer esto, los actores ponen en práctica una serie de procedimientos,

reglas de conducta y recomendaciones, en resumen una metodología de cuyo estudio se ocupa la etnometodología. La etnometodología se entendería entonces como la investigación empírica (logia) de los métodos (método) que utiliza la gente (etno) para dar sentido y producir, al mismo tiempo, la actividad social cotidiana, es decir, el estudio de los procedimientos constitutivos de la inteligibilidad social (Rodríguez Bornaetxea, 2002, b). Lo que interesa a los etnometodólogos es cómo los actores llegan a identificar una ocasión como una situación en la que se aplica tal regla, es decir, se interesan en las reglas en tanto que recursos de los actores para establecer la situación. En este sentido renunciaría a los análisis estructurales para verificar los fenómenos microsociales.

La etnometodología, en opinión de Medina (2001), parte de dos supuestos:

1. Los hechos sociales no determinan desde fuera la conducta humana, sino que ellos mismos son el resultado de la interacción social que se produce continuamente a través de su actividad práctica cotidiana.
2. Los seres humanos no son «idiotas culturalizados», sino agentes activos capaces de articular procedimientos que les son propios para definir, según las circunstancias y los significados, las situaciones sociales en las que están implicados.

Como plantea Rodríguez (2002, a), estas ideas llevaron a Garfinkel a diseñar una propuesta metodológica que le permitió conocer empíricamente las creencias, teorías, modelos, metáforas y métodos que emplean las personas para construir su mundo social buscando la explicación en los mismos actores que lo producen y en el curso de la propia acción. Para llegar a tal fin, propuso las siguientes herramientas conceptuales:

1. Indicación (indexicality). Se parte de la creencia de que la vida social se construye a través de la utilización del lenguaje y del significado de una palabra o expresión en el marco de un contexto en particular. Es necesario estudiar cuándo se utilizan las palabras y expresiones para comprender la dimensión exacta de lo que se está diciendo, éstas están rodeadas de una situación y de un contexto lingüístico. Por ello se dice que la combinación de palabras y contexto es lo que da sentido a una expresión (Potter, 1998).
2. Reflexividad. Este concepto destaca el hecho de que el lenguaje no solo se utiliza para referirse a algo, sino también, y principalmente, para hacer

algo; es decir, no se limita a representar el mundo, sino que interviene en ese mundo de una manera práctica (Garfinkel, 1967). En otras palabras, la reflexividad destaca el hecho de que una descripción es una referencia a algo y, al mismo tiempo, forma parte de su construcción.

3. Descripciones (accounts). Toda la acción social es descriptible, inteligible, relatable y analizable. Por ello, el concepto de discurso no se limita al uso lingüístico, sino que se refiere a toda la acción social. Es como hacer visible el mundo y hacer comprensible la acción al describirla, ya que el sentido de la acción social se revela en el marco de los procedimientos que se emplean para expresarla.
4. Miembro. Para los etnometodólogos, convertirse en miembro de un grupo o de una organización no supone solo adaptarse, sino también participar activamente en la construcción de éste. Los grupos, organizaciones o instituciones se crean y se recrean en la práctica cotidiana de sus miembros. El miembro es una persona dotada de un conjunto de procedimientos, métodos y actividades que la hacen capaz de inventar dispositivos de adaptación para dar sentido al mundo que la rodea.

Este conjunto de herramientas conceptuales desembocan en la sustitución del método hipotético-deductivo por uno inductivo-ideográfico. El primero utiliza hipótesis dirigidas a buscar leyes universales, mientras que el segundo se basa en la búsqueda empírica de acontecimientos o hechos particulares.

De hecho, y específicamente la noción de indexicalidad, como plantea Rodríguez Bornaetxea (2002), remueve las bases de la psicología «profesional» puesto que pone en el mismo plano los «descubrimientos» de los sociólogos académicos y el conocimiento del sentido común. Hablar de indexicalidad significa, desde este punto de vista y en contra de lo que pretende la ciencia tradicional, que el sentido es siempre local y que no hay generalización posible.

Considerados los aspectos indicados durante este acápite, más todos aquellos otros que no caben en un trabajo con el presente propósito, se convoca los argumentos para plantear que una verdadera Epidemiología Intercultural debe ser siempre una Etnoepidemiología, en el sentido de una Etnometodología de los asuntos de la salud y la enfermedad.

II.- Metodología

1) Objetivo

Considerando lo expuesto, el paso preliminar para confirmar la opción por una Etnoepidemiología implica verificar el grado de pertinencia y referencia que poseen constructos generales de la epidemiología clásica en el mundo simbólico representacional de grupos socioculturalmente específicos, en este caso comunidades mapuche de la Región de La Araucanía. Asimismo, y por otro lado, reconocer la existencia de categorías y constructos endoculturales usados localmente para representar los fenómenos de salud enfermedad colectivo territoriales.

2) Supuestos

Un conjunto de conceptos y nociones axiales en el modelo de Epidemiología Clásica resultan insignificantes en el marco de referencia sociocultural utilizado localmente por los miembros de las comunidades Mapuche, coexistiendo sólo algunas de sus categoría, en una combinación con otras de carácter endocultural, locales, utilizadas en forma extensiva, intensiva y significativa para representar y actuar respecto de los fenómenos de Salud Enfermedad.

3) Procedimiento

Se dispuso la indagación de referencias para un conjunto de dimensiones/distinciones contenidas en el enfoque de la Epidemiología Clásica, considerando en su conceptualización las cualidades distintivas de cada una, enriquecidas con referencias que amplían sus límites para integrar aspectos relevantes dentro de la concepción Mapuche de Salud. Este proceso se desarrolló en base a las formas mapuche de representación (rakizwam), utilizando protocolos tradicionales de interacción social mapuche (güxam, xawün), dentro del campo cultural y de conocimiento colectivo propiamente mapuche (kimün), en un modelo metodológico denominado «Wiño Mapunche Wixam Zugutun» (Cabellos et. al., 2005 y Cabellos y Quitral, 2005).

La operacionalización conceptual en tanto, considera dentro de la epidemiología clásica, la construcción de la representación de la enfermedad sobre la base de las distinciones Causa, Síntoma y Evolución o forma de progresión de éstos. Estos resultarían claramente distinguibles en una secuencia de lógica lineal que da sustento al diseño de las explicaciones y prácticas de-

sarrolladas en el sistema médico oficial. Se considera verificar el grado de representación en los marcos de referencia y significación que estas nociones encuentran localmente. Asimismo, se requiere verificar los aspectos valorativos vinculados a los fenómenos de salud enfermedad como los contenidos en la idea de Incidencia y Prevalencia. En este sentido, es relevante identificar el tipo de referencias al comportamiento agregado de la enfermedad y la forma de su impacto comunitario en los territorios. Los elementos anteriores como Categorías dentro de la Dimensión denominada «Problemas de Salud».

Igualmente central en los modelos epidemiológicos tradicionales resulta la noción de «Factores de Riesgo», constitutiva en este estudio como otra Dimensión. Este concepto remite a las condiciones que facilitan o predisponen la ocurrencia de una enfermedad. Se compone como dimensión de un conjunto de categorías que describen cualidades que se dan siempre que ocurre una enfermedad. Esta idea permite realizar maniobras anticipatorias que ayudan el adelantamiento de las acciones curativas. Se considera observar la existencia y construcción de estas representaciones en cada territorio. Asimismo, la categoría de contagio es otra noción básica en epidemiología considerada en esta dimensión. Remite a la forma en que, mediante un vector o medio, la causa o «agente patógeno» productor de una enfermedad en una persona puede ser transferida a otros provocando en ellos las mismas afecciones que producía en la persona en que este agente patógeno operó antes de ser transmitido, contagiado. Tal como en el caso de las demás nociones resulta relevante identificar la medida en que esta forma de representar la enfermedad y su dinámica encuentra representación y significado en los parámetros socio-culturales locales.

Aunque no necesariamente un diseño epidemiológico considera la noción de Factores Protectores, igualmente resultan relevantes para distinguir la dinámica de una enfermedad en el territorio, ya que compensan aspectos derivados de los Factores de Riesgo, influyendo en la relevancia o capacidad predictora de éstos. No es igual la influencia de un perfil de Factores de Riesgo en presencia de un perfil de Factores Protectores de una configuración u otra. Estos factores protectores, a diferencia de los factores de riesgo, que representan condiciones vinculadas a la aparición de enfermedades, representan condiciones y «Recursos para el Cuidado y Recuperación de la Salud», nombre de la Dimensión que contiene las categorías relativas estos asuntos.

La definición convencional de estas ideas o conceptos considera los principios y supuestos propios del sistema de salud occidental, del cual forma parte y en el que encuentra sentido. Sin embargo, en el afán de verificar referencias socioculturales locales para estas formas de representación, se agregan algunas categorías que permitan incorporar por similitud o familiaridad ideas compatibles con el concepto general de estar o vivir bien en la cultura mapuche (Kvme Felen / Kvme Mongen), o lo que podría asimilarse al concepto occidental de salud. Específicamente, se ha ampliado la cobertura de las categorías desde representaciones biomédicas e individuales, descontextualizadas histórica y socioculturalmente, hacia formas de comprensión de las categorías que consideren, además de representaciones biomédicas individuales, dimensiones psicosociales, espirituales y políticas (formas de ordenar la vida comunitaria). De este modo, se integran en la dimensión nominada Problemas de Salud, además de las referencias a la enfermedad -en términos de causa, síntoma y evolución- y a su valoración -en términos de incidencia y prevalencia- la forma característica de nominación de éstas, en el entendido que existe una manera de hacerlo en el sistema de salud oficial en tanto que existe otra en el sistema de salud mapuche. Esto es lo que se conoce como etnocategorías de enfermedad.

Asimismo, en el caso de las referencias a factores de riesgo -considerando la comprensión colectiva de los problemas de salud enfermedad existente en la cultura mapuche- se ha incorporado referencias a aspectos de tipo social, ecológico y de contacto interétnico. Existe referencias abundantes en cuanto a distinguir en el sistema médico mapuche ámbitos de expresión de la enfermedad o malestar que superan lo material y exclusivamente personal, extendiéndose y retroalimentándose a partir de las formas de relación entre las personas de un territorio, las formas de relación de éstas con el entorno natural, con valor religioso, y con personas de otros territorios, ajenos a la identidad territorial local. En el caso de este último aspecto, existe extensa literatura que describe los impactos sobre la salud y calidad de vida de los pueblos originarios, especialmente del pueblo mapuche, acarreados por el contacto con grupos étnicos y culturales foráneos, el que en todos los caso ha tenido el valor de la expropiación económica, reducción territorial y explotación humana.

Finalmente, además de los Recursos para el Restablecimiento de la Salud como representación de la noción

de Factores Protectores, se agrega, no obstante en una dimensión a parte, la noción de Transmisión Sociocultural, considerando que en el fortalecimiento de la identidad y conocimiento culturales se consolida un conjunto de normas y recursos simbólicos que regulan la relación entre las personas, de éstas con la naturaleza y el mundo espiritual, con lo que se reduce la posibilidad de eventos determinantes de malas condiciones de vida o malestar.

4) Sujetos

Considerando la diferencia de estatus y conocimiento existente en la sociedad mapuche entre reche (persona común) y rechegehochiche (autoridad mapuche), categoría a la que pertenecen parte importante de los agentes de salud y líderes sociopolíticos mapuche, se consideró incluir en la «muestra» sujetos representantes de ambas categorías.

Re che	Rechegehochiche	
	Güencalechiche (autoridades)	Bawehgelu (especialista de salud)
10	3 Logko	4 Gvtamchefe
		5 Machi
		2 Bawehtuchefe

Estas personas pertenecen a comunidades integrantes de dos organizaciones sociopolítico territoriales mapuche tipo lof en las comunas de Vilcún y Nueva Imperial, región de la Araucanía.

III.- Resultados

Se presenta a continuación el proceso de re conceptualización territorial realizado en base al trabajo etnometodológico considerando -en esta oportunidad, como reporte general y preliminar, y para no hacerlo inconvenientemente extenso- sólo las Dimensiones consideradas en la operacionalización conceptual de las nociones relevantes en el modelo de Epidemiología Clásica en combinación con conceptos relevantes en la comprensión Mapuche de Salud. Se prescinde de la descripción detallada del proceso de reconceptualización de las categorías constituyentes de cada Dimensión²³.

1) A modo de síntesis sobre la comprensión de la dimensión Problemas de Salud

Se ha propuesto inicialmente que la dimensión Problemas de Salud sea entendida como «el conjunto de malestares (físicos - psicosociales - socioculturales / Weza Felen - Weza Mongen²⁴) que afectan en forma negativa el desenvolvimiento de un individuo en el conjunto de sus relaciones en la vida cotidiana (económicas, sociales, religiosas, familiares, etc.), los cuales resultan asimilados en un sistema de calificación (cuantitativa) y significación que describe la forma de apropiación simbólica (cultural) de los fenómenos de salud enfermedad». Esta dimensión contiene un conjunto de

categorías que la conforman y para las cuales se han definido una serie de conceptos operativizantes. Las categorías componentes de esta dimensión son: *Enfermedad, Etnocategorización y Valoración*.

Sobre la base de la contextualización de las Dimensiones realizada mediante el análisis de contenido se ha reelaborado la definición de esta dimensión considerando las referencias locales. Se entendería específicamente como:

- Experiencia histórica (diacrónico sincrónica) acerca de cómo una serie de dolencias físicas, sufrimiento psicosocial y transformaciones negativas del medio socio ambiental (muerte de animales, afecciones a cosechas, transformaciones en el agua o el clima, así como también costos socioeconómicos y comunitarios), iniciadas por una inadecuada conducta personal -verificada en malas prácticas alimenticias, esfuerzo excesivo y exposición a condiciones ambientales perjudiciales- tanto como por inadecuada interacción social -expresada en conflictos interpersonales, familiares, así como en formas de relación instrumentales con la naturaleza- interfieren o merman la productividad personal y familiar, las relaciones afectivas de la familia, las relaciones de solidaridad y reciprocidad con la comunidad y la naturaleza, bases del bienestar y/o salud las personas, familias y comunidades que conforman un territorio (como referencia geográfica de una identidad sociocultural colectiva).
- Esta experiencia histórica se estructura sobre una base simbólico discursiva local, elaborada en la historia de relaciones de contacto interétnico a través del uso cruzado de sistemas médicos (Mapuche y Estatal), que se enfoca en definir las for-

mas de tratamiento más que las formas de clasificación de las dolencias o malestares, para lo que se hace uso indistinto de referencias endoculturales tanto como exoculturales, estas últimas, no obstante, resignificadas, apropiadas simbólica y culturalmente.

- Dentro de esta estructura simbólico discursiva resultan colectivamente valoradas –a partir de determinantes etéreos, estacionales y de género que facilitan la mantención histórica y/o aumento eventual- enfermedades mapuche como Ilel, Xafentun, Perimontun, Meulentun, Mal, así como también enfermedades occidentales como el Cáncer, las enfermedades articulares, respiratorias, Hipertensión Arterial y Diabetes.

2) A modo de síntesis sobre la comprensión de la dimensión Factores de Riesgo

Se ha propuesto inicialmente que la dimensión Factor de Riesgo sea entendida como «*todo tipo de condiciones y circunstancias percibidas por un sujeto perteneciente a un grupo sociocultural como aquello que genera alteraciones en las distintas dimensiones de la vida cotidiana, la manera en que se difunden éstas a otros sujetos y su medio ambiente*». Esta dimensión contiene un conjunto de categorías que la conforman y para las cuales se han definido una serie de conceptos operativizantes. Las categorías componentes de esta dimensión son: *Contagio, Conducta Social y Contacto Interétnico*.

Sobre la base de la contextualización de las Dimensiones realizada mediante el análisis de contenido se ha reelaborado la definición de esta dimensión considerando las referencias locales. Se entendería específicamente como:

- El modo en que el impacto de las relaciones de apropiación externa y reducción territorial mapuche, y con ello restricción de las bases ecológico naturales sustento de la religiosidad y medicina mapuche, es reforzado por la exclusión ideológica que impone el estado chileno a través de la normativa jurídica del sistema de salud estatal y sus prácticas, en la dirección de generar vulnerabilidad sociocultural en las comunidades frente a la influencia de entidades públicas (sistema de salud, agencias de desarrollo e instituciones religiosas) y al intercambio del sistema de salud local con personas ajenas al territorio.

- Este impacto se considera con relación a su influencia en el grado y forma de mantención de ceremonias/ritos religiosos y socioculturales en el territorio; en las formas de representación y simbolización con que las personas significan dichas prácticas socioculturales e influencias institucionales y en los grados de compromiso ideológico con ellas, así como también en el grado de asimilación práctica en sus usos cotidianos.
- Este impacto se expresa mediante la difusión de las dolencias y malestares de la enfermedad sufrida por una persona al entorno ecológico natural en el que esta se inserta, así como también las demandas psicosociales derivadas de los cuidados para el restablecimiento de la salud al grupo familiar del enfermo.

3) A modo de síntesis sobre la comprensión de la dimensión Recursos para el Restablecimiento de la Salud

Se ha propuesto inicialmente que la dimensión Recursos para el Restablecimiento de la Salud sea entendida como «*Todos los elementos materiales, sociales e ideacionales valorados y usados en forma socioculturalmente pautaada para cuidar y restablecer la salud*». Esta dimensión contiene un conjunto de categorías que la conforman y para las cuales se han definido una serie de conceptos operativizantes. Las categorías componentes de esta dimensión son: *Formas de Tratamiento, Remedio – Lawen y Criterios para la Elección del Tratamiento*.

Sobre la base de la contextualización de las Dimensiones realizada mediante el análisis de contenido se ha reelaborado la definición de esta dimensión considerando las referencias locales. Se entendería específicamente como:

- Conjunto de procedimientos diagnóstico evaluativos y curativos, de tipo integrativo, destinados al cuidado del bienestar de las personas, en los que criterios y procedimientos de evaluación y tratamiento se conciben simultáneamente, mediante ejercicios racionales tanto como analógicos, en los que se integran acciones de naturaleza ritual basadas en referencias espirituales, tanto como práctico materiales, a la naturaleza y el wajmapu (como universo). Se encuentra socioculturalmente validado, delimitado temporal y normativamente en su operación, ocurriendo que aquellos más especializados y complejos

son patrimonio de personas cuyo origen y naturaleza espiritual lo posibilita, siendo también generalizado el uso, por parte de las personas comunes (reche), de conocimientos y habilidades definidas colectivamente para el cuidado de dolencias simples, contenidas también en una dinámica sociocultural específica. Su valoración es construida sobre la base de la eficacia de las prácticas socioculturalmente desplegadas para el cuidado y restablecimiento de la salud, la que se determina por una oportuna y certera identificación del origen de la enfermedad, generalmente integrado con la definición del tratamiento (de hecho el diagnóstico podría considerarse ritualmente como parte del tratamiento), el compromiso del sujeto que busca bienestar, curación o salud y la identificación ideológica con la operación sociocultural del sistema de salud apelado, referido como «fe». La expresión directa de la eficacia se construye sobre la base del impacto en la sintomatología.

- En términos específicos, la elección de un conjunto de procedimientos u otro se determina fuertemente por la transmisión de conocimientos de tipo empírico experiencial que unos sujetos hacen a otros en el flujo de actividades cotidianas, a partir de los cuales se facilita el acceso a recursos de salud que antes se desconocían. Estos conocimientos, en la medida que provienen de sujetos identitariamente similares y se basan en los marcos de referencia sociocultural locales permiten una apropiación significativo simbólica de los recursos de salud apelados, a diferencia de si no corresponden con las referencias locales, caso en el que la relación de apropiación de los recursos de salud utilizados resulta instrumental.

Notas

- ¹ Elemento patógeno de naturaleza física / material.
- ² Como ejemplo, existe el concepto Floating numerator: número de casos que no se relaciona apropiadamente con la situación de riesgo (Coggon, Geoffrey y Barrer, 1997). Este se refiere al conjunto de personas incorporadas en una población de riesgo cuyas cualidades no corresponden completamente con los criterios de diagnóstico.
- ³ Por ejemplo, el ICD –Internacional Clasificación of Diseases, Injuries, and Causes of Death– publicado por World Health Organization.

⁴ Por ejemplo, la idea de «Normal» define aquellos miembros de una población que se encuentran dentro de dos desviaciones estándar del promedio (media) del grupo. Esta idea gruesa permite disponer de un guía para delimitar lo común y lo «anormal». Entrega una referencia estadística para diferenciar casos de no casos.

⁵ La importancia clínica deriva del nivel en que una variable se encuentra presente más frecuentemente cuando se producen y agudizan síntomas y complicaciones.

⁶ Interesa distinguir el grado de precisión del pronóstico. Hay una serie de casos de pronóstico indefinido o «anormal».

⁷ TALLER NACIONAL SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS. SALUD, CULTURA Y TERRITORIO. Bases para una epidemiología intercultural. Servicio de Salud Araucanía Sur IX Región y Ministerio de Salud, División Atención Primaria, Chile, 1998, *Cap. III Diagnóstico de Salud: Perspectivas de dentro y fuera de la cultura*, pp. 47–51.

⁸ Fundamentos representacionales y cognitivos para describir y explicar los procesos de salud enfermedad.

⁹ Parámetros que orientan la conducta socioculturalmente correcta.

¹⁰ Formas institucionalizadas de prácticas, tipos de códigos, estructuras de roles y estatus, etc.

¹¹ Para ubicar un objeto, distinguirlo con relación a un espacio, es necesario que se encuentre quieto, inmóvil, de lo contrario se rompe la relación de correspondencia sujeto/lugar.

¹² Caso aísla del «Universo» (en el sentido estadístico); Lugar aísla un territorio local de una región a través de sus delimitaciones geográficas o administrativas; y Tiempo, aísla un momento del devenir experiencial cotidiano.

¹³ Ibacache, J y A. Leighton (2005): Perfil Epidemiológico de los Pueblos Indígenas. www.ministeriode.salud.go.cr/ops/documentos/docEpidemiologia%20de%20los%20Pueblos%20Indigenas-Chile.pdf.

¹⁴ Ochoa, O; G. Bustos y Raby, C. (1999): Discriminación y Estrategias de Supervivencia en Migrantes Aymaras. Un enfoque de Salud Mental. Ponencia presentada al Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas. MIDEPLAN / MINSAL. Santiago. <http://ochoa.freeservers.com/ochoa02.htm>

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Ibacache, J y A. Leighton (2005): Perfil Epidemiológico de los Pueblos Indígenas. www.ministeriode.salud.go.cr/ops/documentos/docEpidemiologia%20de%20los%20Pueblos%20Indigenas-Chile.pdf.

¹⁷ Integre. Esto puede incluir sin lugar a dudas la apropiación.

¹⁸ El de la medicina oficial/occidental.

¹⁹ Se implica con esto una aproximación asimilacionista a aquello que pertenece a otros, que les es «propio».

²⁰ Ibacache, J y A. Leighton (2005): Estrategias Comunitarias y Autonomía Multicultural. Un aporte desde la Salud Colectiva. Mapuexpress, Informativo Mapuche. <http://www.mapuexpress.net/?act=publications&id=87>.

²¹ Op. Cit.

²² La cinematografía, si bien agrega la dimensión dinámica a la imagen estática de una fotografía (estabiliza una realidad captada, sin embargo permite referirla en detalle), no deja de representar una construcción comunicacional que implica edición, es decir selección para la conformación de un mensaje intencionado. Representa un mecanismo complejo para representar la realidad. En este sentido no tienen más diferencia que ser, una, la fotografía, sincrónica, y la otra, cinematografía, diacrónica.

²³ La Dimensión Problemas de Salud contiene las Categorías: Enfermedad, y sus sub categorías Causas, Síntomas, Evolución; Etnocategorización de los Problemas de Salud, y sus sub categorías Formal y Local; Valoración, y sus sub categorías Prevalencia e Incidencia. La Dimensión Factores de Riesgo contiene las Categorías: Contagio, y sus sub categorías No transmisible, Transmisible a Través de un vector, Transmisible de persona a persona, Transmisible al Entorno Ambiental, No transmisible con Impacto Social, Transmisible por consanguinidad o Kúpan; Conducta Social, y sus sub categorías Inadecuada Forma de Transmisión de la Normatividad Sociocultural, Fragmentación Comunitaria; Contacto Interétnico, y sus sub categorías Depredación Exógena del Medio, Imposición de Sistemas Tecnológicos Materiales Exógenos, Imposición de Sistemas Simbólicos Externos, Institucionalización. La Dimensión Recursos para el Restablecimiento de la Salud contiene las categorías: Formas de Tratamiento, y sus sub categorías Descripción de la Práctica Terapéutica, Efectividad; Criterios para la Elección de Práctica Terapéutica, y sus sub categorías Posibilidad de Acceso, Descripción el Modelo Médico, Creencias sobre el Origen de la Enfermedad.

²⁴ Ninguno de éstos conceptos significa malestar, hacen más bien referencia a tener una mala vida, una mala forma de vivir, circunstancia en la que se corre el riesgo de realizar trasgresiones socioculturales/espirituales y quebrantar el equilibrio, circunstancia en la que ocurre o aparece kutran/enfermedades.

Bibliografía

AVARIA, Andrea. 2000. «Hacia la Interculturalidad, Propuesta de acercamiento a la Competencia Cultural desde los sistemas locales de Salud y Educación». *Proyecto de Capacitación a Agentes Sociales que trabajan con Minorías Étnicas en Chile*. CIDE. Santiago.

BURGOS, Patricio y CABELLOS, Francisco. 2004, a. «Interculturalidad Ideal v/s Interculturalidad Real, la fi-

gura del Usuario Mapuche en el Discusión sobre Interculturalidad en Salud». Ponencia presentada al Simposio Salud y Pueblos Originarios. *Actas IV Congreso Chileno de Antropología*. San Felipe, Chile.

_____. 2004, b. «Interculturalidad Ideal v/s Interculturalidad Real, la figura del Usuario Mapuche en el Discusión sobre Interculturalidad en Salud». Ponencia presentada al Simposio Identidad, Ciudadanía y Participación. *Actas III Encuentro de Estudios Regionales*. SINERGIA REGIONAL y Agrupación de Universidades Regionales. Talca, Chile. http://www.sinergiaregional.cl/sinergia/biblio/doc/200601101646100.Burgos_Patricio.doc

CABELLOS, Francisco et al.. 2005. «Metodología de la Investigación, Conocimiento Local e Intervención Social Intercultural». Ponencia presentada al Simposio Identidad, Ciudadanía y Participación. *Actas IV Encuentro de Estudios Regionales*. SINERGIA REGIONAL y Agrupación de Universidades Regionales. Antofagasta, Chile. http://www.sinergiaregional.cl/sinergia/biblio/doc/200612181611420.F.Cabellos_Metodologia.doc

CABELLOS, Francisco y QUITRAL, Juan. 2005. «Interculturalidad Crítica, interfase Valorativa entre Interculturalidad Ideal e Interculturalidad Real». Ponencia presentada al Simposio Identidad, Ciudadanía y Participación. *Actas IV Encuentro de Estudios Regionales*. SINERGIA REGIONAL y Agrupación de Universidades Regionales. Antofagasta, Chile. http://www.sinergia.regional.cl/sinergia/biblio/doc/200612181609230.F.Cabellos_Interculturalidad.doc

_____. 2006: «Interculturalidad Crítica y Conocimiento Local, Alicientes del sentido político. Constataciones en el contexto de la Salud Intercultural. Simposio Identidad y Multiculturalidad». Ponencia presentada al Simposio Identidad y Multiculturalismo. *Actas Seminario Internacional de Derechos Indígenas*. Observatorio de Derechos Indígenas (ODPI) – Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago, Chile.

COGGON, D., et. al. 1997. *Epidemiology for the Uninitiated*. BMJ Publishing Group. <http://bmj.bmjournals.com/epidem/epid.html>.

CONDE, Fernando. 1994. «Procesos e Instancias de Reducción/Formalización de la Multidimensionalidad de lo Real, Procesos de Institucionalización/Reificación Social en la Praxis de la Investigación Social». *Métodos y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Ed. Delgado, J y Gutiérrez, J. Editorial Síntesis. Madrid.

GRANADA, Edmundo. 2004. «¿A que llamamos Salud Colectiva, Hoy?». *Rev. Cubana Salud Pública* 2004;30(2). http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm.

FORNI, F. 1992. *Métodos Cualitativos II, La Práctica de la Investigación*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.

GREGG, Michael. 2002. «Conduciendo una Investigación de Campo». *Epidemiología de Campo*. Ed. Gregg, Michael. Oxford University Press. New Cork.

HERSCH, Paul. y GONZALES Lilian. 1993. «Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural». *Salud Pública de México*, Vol. 35 – nº 4. <http://www.insp.mx/salud/35/354-8s.html>

IBACACHE, J. (2004): La Salud, el Desarrollo y la Equidad en un contexto Intercultural. <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/iba1.html>.

IBACACHE, Jaime y LEIGHTON, Andrea. 2005, a. «Estrategias Comunitarias y Autonomía Multicultural. Un aporte desde la Salud Colectiva». *Mapuexpress, Informativo Mapuche*. <http://www.mapuexpress.net/?act=publications&id=87>.

_____. 2005, b. Perfil Epidemiológico de los Pueblos Indígenas. www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/docEpidemiologia%20de%20los%20Pueblos%20Indigenas-Chile.pdf.

MARTÍNEZ, Miguel. _____. «La Etnometodología y el Interaccionismo Simbólico, sus aspectos metodológicos específicos». Universidad Simón Bolívar. Venezuela. <http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.html>.

MEDINA, Raúl. (): «Introducción de la Etnometodología a la Terapia Familiar, conversación terapéutica en torno a preguntas «estúpidas»». Universidad de Guadalajara, México. <http://www.psico.uniovi.es/REIPS/v1n1/articulo4.html>.

MONSALVO, Juan. 2002. «Datos Cualitativos en Epidemiología. Curso Básico de Epidemiología». http://www.altaalegremia.com.ar/ciencias_sociales/DATOS%20CUALITATIVOS%20EN%20EPIDEMIOLOGIA.htm.

NEIRA, Jaime. 2001. «Ciencias Sociales y Salud. Pretextos para el Debate». *Revista Austral de Ciencias Sociales* nº5.

NOBOA, Hugo. 1999: Salud, «¿Derecho, Saber o Mercancía?». *Derechos de Pueblo*. Comisión Ecueménica de Derechos Humanos. http://cedhu.org/html/revista_112.pdf.

OCHOA, Oscar. 1998. «Necesidad de la Visión Epidemiológica». *Taller Nacional Salud y Pueblos Indígenas; Salud, Cultura y Territorio. Bases para una epidemiología Intercultural*. Servicio de Salud Araucanía Sur, IX Región y Ministerio de Salud. Chile. <http://ochoa.freeservers.com/ochoa05.htm>.

_____. 2001. «¿Quién es mi semejante?, ¿Quién es el Otro?». Ponencia presentada al simposio «Cultura e Integración Social». *Actas del VII Congreso Chileno de Salud Mental y Psiquiatría*. Iquique. <http://ochoa.freeservers.com/ochoa01.htm>

OCHOA, Oscar; Bustos, Germaín y Raby, Cynthia. 1999. «Discriminación y Estrategias de Supervivencia en Migrantes Aymaras. Un enfoque de Salud Mental».