

# BIEN-ESTAR

## Salud Colectiva, Territorio y Ciudadanía



DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA - FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

NUESTRO AGRADECIMIENTO A **NICOLE DROUILLY YURICH**,  
POR SU GENEROSIDAD EN REVISIÓN Y SUGERENCIAS  
REALIZADAS PARA ESTE PRIMER NÚMERO.

**Felipe Aravena I.**  
DIAGRAMACIÓN Y DISEÑO

# BIEN-ESTAR

## Salud Colectiva, Territorio y Ciudadanía

REVISTA EDITADA POR EL MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA COMUNITARIA Y  
DESARROLLO LOCAL, DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE  
MEDICINA, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA. TEMUCO, CHILE

**ISSN 2452 – 4883**

**NÚMERO 1, ENERO 2022**



**Contacto:**

**REVISTA.BIEN-ESTAR@UFRONTERA.CL**

**Ver online:**

**[HTTPS://WWW.MED.UFRO.CL/MAGISTERSALUDPUBLICA/INDEX.PHP/REVISTABIENESTAR](https://www.med.ufro.cl/magistersaludpublica/index.php/revistabienestar)**

# Contenidos

Comité editor ejecutivo .....	6
Comité editorial .....	6
Editorial .....	7

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

<b>Propuesta inicial de formulación de política pública en el ámbito de salud materno perinatal: materialización de la cooperación bilateral entre Chile y Haití.</b>	
<b>Mg. Gonzalo Infante Grandón .....</b>	<b>8</b>
<b>Conceptualización de la discapacidad en el pueblo mapuche y su cosmovisión.</b>	
<b>Mg. Michelle Lapierre Acevedo .....</b>	<b>26</b>
<b>Estrategia participativa e intersectorial para la disminución de la prevalencia de escabiosis en el sector de Epewkura, Currarehue.</b>	
<b>Dr. Hugo Vásquez Vera .....</b>	<b>46</b>
<b>Hipoacusia y género: ¿factores de doble discriminación? Un estudio en La Araucanía.</b>	
<b>Mg. Sandra Henríquez Vallejos, Mg. Angélica Hernández Moreno .....</b>	<b>66</b>
<b>Condiciones de trabajo y empleo, y factores de riesgo cardiovascular en un grupo de conductores de buses interurbanos de una organización social sindical nacional durante el año 2014.</b>	
<b>Dra. Verónica Olate Morales .....</b>	<b>76</b>

## ENTREVISTA “LA VOZ DE”

<b>Esteban Grollmus Muñoz. Presidente de la Federación de Sindicatos del Retail (FESIR), Temuco.</b>	
<b>Dr. Jaime Neira Rozas .....</b>	<b>84</b>

## OPINIONES AL DEBATE

<b>Democracia, derechos de las mujeres, feminismos y luchas: notas para reflexionar con mujeres del sur</b>	
<b>Dra. Lucy Ketterer Romero .....</b>	<b>96</b>

## COMITÉ EDITOR EJECUTIVO

Marcelo Carrasco Henríquez  
Jaime Neira Rozas  
Angélica Hernández Moreno  
Félix Aliaga Rossel

Antonieta Alvear Almendras  
Elga Arroyo Cortés  
Claudio Obando Cid

## COMITÉ EDITORIAL

### **Dra. Ana María Alarcón**

PROFESORA TITULAR UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA. DRA. EN ANTROPOLOGÍA MÉDICA. DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA, CHILE.

### **Dr. Marcio Alazraqui**

ACADÉMICO INVESTIGADOR INSTITUTO DE SALUD COLECTIVA (ISCO) UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS (UNLA). DIRECTOR DE LA ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA. DOCENTE INVESTIGADOR - ÁREA EPIDEMIOLOGÍA. DOCTOR EN SALUD PÚBLICA - INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

### **Dra. Orielle Solar Hormazábal**

MASTER EN SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE. MASTER OF ENVIRONMENTAL SCIENCE AND BIOMEDICINE. FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE. CIMAB. (BA). INVESTIGADOR FLACSO, CHILE.

### **Dr. Hugo Spinelli**

MÉDICO PEDIATRA. DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD COLECTIVA (ISCO) UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS (UNLA) DOCENTE INVESTIGADOR - ÁREA DE PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD. DOCTOR EN SALUD COLECTIVA DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CAMPINAS, SAN PABLO, BRASIL. EDITOR RESPONSABLE REVISTA DE SALUD COLECTIVA (ISCO) UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS (UNLA).

### **Dra. Carolina Tetelboin H.**

PROFESORA INVESTIGADORA. DIRECTORA DE LA REVISTA SALUD PROBLEMA. MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL Y DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD. DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO. MÉXICO.

### **Dr. Mario Parada L.**

PROFESOR TITULAR DE SALUD PÚBLICA, DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO.

### **Dr. Tomás Villasante**

PROFESOR EMÉRITO FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. DIRECTOR DEL MAGÍSTER INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA UCM. ESPAÑA.

### **Dr. Paul Hersch Martínez**

INVESTIGADOR TITULAR EN EL ÁREA DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y ETNOBOTÁNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA, MÉXICO. INTEGRANTE DE LA ACADEMIA NACIONAL DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE FITOTERAPIA CLÍNICA EN COLABORACIÓN CON LA SOCIEDAD FRANCESA DE ENDOBIOGENIA Y MEDICINA. MÉXICO.

### **Dr. Luis Andrés López Fernández**

PROFESOR DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y SALUD INTERNACIONAL. ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA. GRANADA, ANDALUCÍA, ESPAÑA.

# Editorial

**E**n la actualidad no existe un medio que permita compartir sistemáticamente las reflexiones, investigaciones, intervenciones o propuestas en desarrollo sobre los temas que vinculan a la salud pública, la epidemiología, las ciencias sociales, la acción intersectorial en salud, la participación en salud y calidad de vida, y que concite la atención y el interés de actores involucrados en las discusiones sobre la salud, la enfermedad y los procesos de promoción y atención asociados a este fenómeno, recogiendo además las particularidades de la expresión concreta de estas dinámicas en el sur de Chile.

Conocemos en el sur de Chile una gran cantidad de actores interesados en discutir, analizar y mejorar la actuación de la salud colectiva en la región, que desde sus particulares puntos de vista tienen algo que decir de qué y cómo hacer para elevar la calidad de vida, el Bien Estar o Buen Vivir colectivo, y el desempeño de los sistemas y servicios de salud. Parte de estos actores han surgido vinculados a las experiencias del Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI) de la Universidad de La Frontera en la región de La Araucanía, Chile, en las diversas comunas que han participado en esta iniciativa. Adicionalmente, el Magister de Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local, desde el año 2009 ha comenzado a contribuir con la formación de postgrado de una amplia gama de profesionales de diversas disciplinas. En este sentido, ha habido un esfuerzo consciente por discutir y generar una práctica en el campo de la salud que se construye sobre la base de las voces que en los territorios locales expresan sus demandas, plantean sus propuestas y levantan alternativas a las prácticas hegemónicas institucionalizadas.

Las discusiones y debates sobre el proceso salud-enfermedad y sobre las respuestas sociales que se han generado en los ámbitos comunitarios, organizacionales y académicos en La Araucanía

y las regiones vecinas, abarcando a docentes, estudiantes de pre y postgrado, trabajadores/as que se desempeñan en las instituciones de salud, líderes comunitarios y comunidad en general, necesitan entonces ser puestas a disposición de muchas otras voces.

**Bien-Estar** pretende ser un medio que acoja la reflexión crítica de un amplio espectro de voces y actores, tanto de La Araucanía, de otras regiones del norte y sur de Chile, así como de otros países de América Latina que comparten condiciones y preocupaciones similares, con las que existe una historia de relación social, cultural y organizacional, y en las cuales además se han incrementado en las últimas décadas los espacios de formación académica tanto en el área de la salud como de las ciencias sociales.

En este espacio se busca explorar diversos ámbitos de interés, desde la epidemiología social a la antropología y sociología médicas, pasando por aspectos específicos de las ciencias de la salud, de las ciencias sociales y de las ciencias del comportamiento, así como de la intersección entre estos campos disciplinarios a partir de la concepción de la salud-enfermedad como un objeto de conocimiento interdisciplinario que requiere ser abordado desde una múltiples y diversas perspectivas.



# Propuesta inicial de formulación de política pública en el ámbito de salud materno perinatal: materialización de la cooperación bilateral entre Chile y Haití.

**Mg. Gonzalo Infante Grandón**

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS, ARGENTINA. ACADÉMICO DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA.

## **PALABRAS CLAVE**

*Políticas Públicas, Cooperación Internacional, Salud Materno-Perinatal, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Método Delphi, Haití.*





## RESUMEN

**H**aití es el segundo país de América y primero de Latinoamérica que logra independizarse; 213 años después vive una realidad marcada por la inestabilidad socio-política. Este trabajo tiene como objetivo establecer los componentes de una política pública de enfrentamiento integral de la mortalidad materno- perinatal en el contexto político-sanitario de Haití.

En esta investigación sistematizada, cualitativa, exploratoria, descriptiva e interpretativa, se entrevistó a expertos de tres grandes sectores: administración/planificación/gremial, docente/investigador, y asistencial/vivencial, con desempeño en diferentes países Latinoamericanos y del Caribe.

Se utilizó el método Delphi compuesto de dos rondas de preguntas, incorporadas en 2 cuestionarios. Primero se planteó una pregunta abierta (fase exploratoria), donde los expertos/as determinaron los componentes de una política pública de enfrentamiento integral de la mortalidad materno-perinatal. La segunda ronda aplicó un cuestionario de tres preguntas, incorporando las principales categorías del cuestionario n°1.

Respecto de las categorías que definen los procesos de formulación de política pública (PP), surgen las siguientes etapas: agenda pública, diseño, implementación y evaluación. Se proponen abordajes con enfoque de Derechos, Bottom-up, Intersectorial, Multifactorial y Prevención.

## INTRODUCCIÓN

La investigación que se presenta surge a propósito de la solicitud del gobierno de Haití (año 2012), para definir un marco de acción en el ámbito de la salud materno-perinatal, respecto del cual el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) encarga su elaboración al Colegio de Matronas y Matrones de Chile, asociación gremial que conforma un equipo de trabajo elaborador del proyecto, que entrega un primer borrador al MINSAL, en octubre del año 2012. Luego el Colegio de Matronas y Matrones de Chile, se reúne en noviembre del año 2012 con personeros del Ministerio de Salud haitiano en Puerto Príncipe, capital del país caribeño, avanzado sobre tópicos generales que buscan desarrollar líneas de trabajo relacionadas con la reducción de la mortalidad materna, en atención a la búsqueda del cumplimiento de las metas propuestas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015.

En mayo del año 2013 se entrega el proyecto final denominado “Cooperación bilateral Chile- Haití: Propuesta de política pública en Salud Materno-Perinatal”, proyecto de colaboración técnico-asistencial, docente y de promoción de la salud sexual y reproductiva, que estipula una duración de 10 años. Posteriormente se decide profundizar en la conceptualización teórico- metodológica de esta propuesta inicial de PP; para lo cual se adscribe lo desarrollado en el proyecto, a la investigación que en este texto se presenta, en el marco del Magíster de Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera.

La situación haitiana no ha sido estudiada en términos de formulación de estrategias de abordaje; que vayan más allá de la emergencia observada en particulares estadios de aguda cronicidad, y dada la situación de desastre político-sanitario que afecta al país caribeño, que es influida por:

- a) Los determinantes sociales de la salud presentes en Haití;
- b) La falta de acciones coordinadas en salud en Haití;
- c) La falta de un adecuado sistema de salud en Haití;
- d) Falta de personal sanitario calificado en Haití.

Además de las brechas observadas en la búsqueda del cumplimiento del ODM5 y considerando los enumerados recién evocados, se formula la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son los componentes de una política pública de enfrentamiento integral de la mortalidad materno-perinatal en el contexto político-sanitario de Haití?**

El objetivo general propuesto pretende establecer los componentes de una política pública de enfrentamiento integral de la mortalidad materno-perinatal en el contexto político- sanitario de Haití.

Los Objetivos Específicos son:

- a) Definir qué proceso/s de formulación de política pública es/son necesaria/os para un enfrentamiento de la mortalidad materno-perinatal en el contexto político-sanitario de Haití.
- b) Describir las etapas de formulación de la política pública sanitaria necesaria para el enfrentamiento de la mortalidad materno- perinatal en el contexto político-sanitario de Haití.
- c) Proponer enfoques de abordaje de una política pública integral en el contexto propuesto.

## MARCO CONCEPTUAL

### Los ODM (Objetivos de desarrollo del milenio) y el derecho a la salud materna

Observar la realidad de Latinoamérica y el Caribe (LAC) supone encontrar una realidad de contrastes extremos. Escenario que se complejiza aún más por las ostensibles diferencias, expresadas en inequidades, en el seno de los propios países. Por lo tanto dejar la salud al libre curso de la historia natural, supone riesgos asociados a costos individuales y colectivos muy altos; entonces los ODM (Naciones Unidas, 2008) vienen a constituir un “mínimo civilizatorio” para el bienestar de todos los ciudadanos/as de LAC, siendo el combate de las inequidades el foco de abordaje primordial, entendidas estas cómo las diferencias innecesarias, injustas y evitables (Whitehead, 1991).

***“Actualmente la MM en Haití es de 630 por 100.000 nacidos vivos, siendo muy notoria la diferencia con Chile, que presenta una razón de MM de 46 por 100.000 nacidos vivos (OPS, 2013).”***

Los ODM trazan metas de desarrollo que buscan:

- Erradicar la pobreza extrema,
- Erradicar el hambre,
- Asegurar el derecho a la salud.

Será entonces de especial interés el tránsito hacia el aseguramiento del derecho a la salud, enfocado en el ODM 5 que corresponde a mejorar la salud materna, reduciéndose en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, evaluando su cumplimiento a través de indicadores que son la tasa de mortalidad materna y los partos con asistencia de personal sanitario especializado.

En Haití nacen alrededor de 285.600 niños/as por año, constituyendo una población de 10.200.000 habitantes, de los cuales un 55% viven en el sector rural (Ministère de la santé publique et de la population, 2011). Un 71% de las mujeres son asistidas por una partera en el momento del parto. La encuesta nacional de salud realizada en 1991 revelaba que la Mortalidad Materna (MM) era de 457 por 100.000 nacidos vivos. Actualmente la MM en Haití es de 630 por 100.000 nacidos vivos, muy por sobre lo que observamos en los diferentes países de LAC, los que presentan una MM promedio de 82,9 por 100.000 nacidos vivos, siendo muy notoria por ejemplo la diferencia con Chile, que presenta una razón de MM de 46 por 100.000 nacidos vivos (OPS, 2013).

Esta realidad tendiente a la agudización no puede ser escindida del análisis contexto- situacional de Haití; actualmente no existen servicios de salud sexual y reproductiva adecuados, ni en cantidad ni en suficiencia. Las muertes son observadas sobre todo en primigestas y grandes multíparas, de niveles socioeconómicos muy bajos (Ministère de la santé publique et de la population, 2011).

Respecto del contexto antes mencionado y observando el quinquenio 2006–2010, Haití continuó con su situación histórica marcada por la inestabilidad política, acrecentando las limitaciones derivadas del bajo desarrollo económico, de la pobreza generalizada y de la degradación del medio ambiente. El crecimiento económico ha sido negativo en las últimas dos décadas (OPS, 2012). Además, luego de la crisis alimentaria de 2008, y posterior al terremoto de 2010, en octubre del mismo año se inicia un brote de cólera que cobró la vida de alrededor de 4.500 personas, lo que habla de una realidad socio-sanitaria cada vez más flagelada, siendo como consecuencia de esta última la agitación y convulsión social en un escenario de constante inestabilidad (Ministère de la santé publique et de la population, 2011).

La realidad haitiana ha sido objeto de intervención por parte de agencias de cooperación internacional, países vecinos, además de múltiples organizaciones no gubernamentales (ONG'S), quienes han inyectado recursos económicos y humanos al país, sin tener una visión de intervención coordinada, lo que ha generado una suerte de gobierno paralelo, trayendo consigo duplicidad de acciones en varios sectores, con el consecuente menoscabo de la eficiencia, eficacia y efectividad de las mismas. Esto toma un cariz diferente a partir de 2010, en donde la coordinación de Naciones Unidas para la ayuda humanitaria, puso en marcha grupos de acción o clúster, mecanismo de coordinación de la respuesta internacional ante grandes desastres por áreas temáticas (salud, nutrición, agua y saneamiento, y refugios de emergencia, entre otras).

Asumiendo las innumerables necesidades que la nación caribeña enfrenta, se fijan prioridades temáticas, siendo para el ámbito de la salud según el ministerio de la cartera, la formación de enfermeras-matronas un evento determinante, que permitirá alcanzar el cumplimiento de los ODM planteados en el año 2000, que corresponde en el objetivo general a mejorar la salud materna, siendo un primer inciso la reducción de la mortalidad materna, (RMM) en  $\frac{3}{4}$  para el año 2015, e incorporando a partir del 2017 un segundo inciso, que es el acceso universal a la salud reproductiva, (Women Deliver, 2011).

Haití ha ido incluyendo nuevos avances en ese sentido, por ejemplo el proyecto de atención obstétrica gratuita iniciado en julio de 2008, con apoyo de OPS/OMS, permitió aumentar en 26,5% la cobertura de parto en donde se aplicó dicho proyecto. Se estima que en 2006-2007 sólo 25% de partos eran atendidos en establecimientos de salud con parteras capacitadas (OPS 2012), Además en 2011, Haití presentó un plan para garantizar que, para el 2015, al menos el 90% de los menores de 1 año hayan sido vacunados contra las enfermedades de la infancia más frecuentes en el país, lo que constituye un primer esfuerzo

hacia una plan ampliado de inmunización (PAI) nacional.

### **Intercambio bilateral entre Chile y Haití**

Chile es un país con resultados macroeconómicos que le han permitido generar una notable credibilidad internacional. La actualidad saludable de la nación chilena en el contexto regional es observada con admiración, constituyendo esta realidad situacional un modelo conveniente y sugerente de imitar por países vecinos de LAC, en diferentes áreas troncales al avance de un país. Un botón de esta realidad situacional es la ubicación de la nación según el índice de desarrollo humano (IDH, 2013): Chile es clasificado como un país con “muy alto desarrollo humano” en el lugar 40 de 186 países.

Chile se convierte en enero del año 2011 en el primer país de Sudamérica en ingresar a la organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE), lo que trae como consecuencia que Chile ya no es un país receptor de la cooperación internacional, sino que se convierte en un país sujeto de la cooperación constituyéndose en un estado que moviliza capitales (humano, financiero y tecnológico), hacia los países más desventajados, con los que mantenga y establezca convenios de cooperación.

Uno de los países con los que Chile ha establecido estos acuerdos de cooperación bilateral es con Haití, que presenta un IDH que lo clasifica como un país con “bajo desarrollo humano”. La primera relación entre Chile y Haití se genera a partir del establecimiento del destacamento de la Misión de las Naciones Unidas para la estabilización de Haití (MINUSTAH) en el año 2004, del cual Chile forma parte desde su inicio y hasta el año 2017. Un segunda momento surge desde la sociedad civil chilena, que instala diferentes proyectos de trabajo en Haití, principalmente a través de la Fundación Jóvenes por una América Solidaria; situación que hasta el día de hoy se mantiene, incluyendo iniciativas tales como Leche para Haití y Familias Multicolor, todas de origen nacional. Una tercera

relación se establece a través de la formalización de la cooperación bilateral entre ambos estados, siendo los programas que ejecuta la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCI) los siguientes: Centros para la pequeña infancia; Desarrollo rural sustentable; Becas de estudios de AGCI para maestrías en universidades chilenas, y Programas de asistencia técnica con la policía nacional de Haití (PNH).

### **Programa de salud materno/perinatal**

LAC cuenta con importantes y consolidadas redes de asociaciones civiles, profesionales y académicas, de mujeres y de políticos que son importantes aliados para generar estrategias específicas de incidencia y que deben considerarse para garantizar la RMM (GTR, 2010). Desde esta perspectiva se entiende el trabajo y/o la acción intersectorial en salud (AIS) como elemento vital y fundamental para el logro de los objetivos planteados, desde una planificación de trabajo sistemática, consistente y constante.

Un programa de salud materno-perinatal debe incluir acciones sobre el proceso reproductivo, tendientes a incidir sobre indicadores de salud tales como: mortalidad materna, mortalidad perinatal y mortalidad infantil, además de agregar aspectos de la salud circundantes a estos tales como: salud mental; salud laboral, atención en el período peri-menopáusico, entre otros, incorporando un enfoque de respeto por los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), propendiendo a la equidad de género y considerando el abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS). Las acciones básicas incluyen: educación sexual; control de embarazo, parto y puerperio; planificación familiar y prevención, control y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y SIDA. El eje de cada una de las acciones mencionadas debe ser la promoción en salud, dado que la mayoría de los problemas de salud de las mujeres son evitables y/o prevenibles, en las diferentes etapas del ciclo vital.

Todo ello requiere mejorar el derecho a la salud de las mujeres, jóvenes y personas del país, a través del fortalecimiento del ministerio de salud en el área de salud sexual y reproductiva, el trabajo comunitario y la movilización de la sociedad civil. Por lo tanto es necesaria la planificación y la implementación de las actividades relacionadas con el fortalecimiento institucional en el sector obstétrico, ginecológico y de todos los subsectores que dan respuesta a la necesidad de salud sexual y reproductiva de la población.

### **Aspectos a considerar para el levantamiento de políticas públicas**

El diseño institucional de la política pública y social aumenta, disminuye o consolida la protección, seguridad, bienestar y los derechos sociales de los ciudadanos. Situación de directa relación con los derechos humanos de las personas, en tanto “el problema de fondo relativo a los derechos humanos no es hoy tanto el de justificarlos sino como el de protegerlos” (Bobbio, 1991, p 61).

Para entender y mejorar la salud, se requiere centrar la atención en generar políticas públicas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas (Graham, 2004) y pasar del estudio de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud, sino que aquella está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja. Estos factores permiten que las personas permanezcan sanas, mientras la atención médica ayuda a las personas cuando se enferman (London Health Observatory, 2002).

A fin de reducir y eliminar desigualdades y exclusión social, deben primar criterios solidarios que definan políticas públicas dirigidas a espacios sociales específicos, basadas en una lógica transversal donde cuente lo social, lo local y lo biográfico (Rosanvallón, 1995). Por

tanto el énfasis en las respuestas y formulación de la política pública, orientadas a construir un piso basal equitativo para la salud; plantean la modificación de las condiciones materiales de existencia, la elevación de la calidad de vida de los grupos sociales y el principio de ciudadanía como condición suficiente para acceder a la atención a la salud (López y Gil, 1994).

Para poder desarrollar una política de salud pública, en este caso particular de salud de la mujer, debemos entender entonces que las expresiones biológicas de la desigualdad social hacen referencia a cómo la población literalmente incorpora en su cuerpo y expresa biológicamente experiencias de desigualdad, desde el útero hasta la muerte produciendo desigualdades sociales en la salud en una amplia variedad de indicadores (Krieger, 2001).

En términos conceptuales las PP corresponden a la acción de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental. Corresponde a cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; dichos cursos de acción o información son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado (Lahera, 2008; Meny y Thoenig, 1992).

Vital es que la política pública sea de calidad, según Lahera (2008) para esto debería incluir orientaciones o contenidos, pero también instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales, así como la previsión de sus resultados. Respecto de la formulación del PP en LAC, el problema según Lahera (2008) no tiene íntima relación con que estas sean correctas o no; sino fundamentalmente con la debilidad en la implementación de las mismas. Por lo tanto, bosqueja en un primer escenario un déficit de implementación, que reflejaría una incapacidad generalizada de implementar políticas públicas en los más diversos sectores. La implementación es el conjunto deliberado y

secuencial de actividades del gobierno orientadas al logro de los propósitos y objetivos de la política, articulados en declaraciones oficiales de política (Lahera, 2004). En términos más sencillos es el proceso de transformar en resultados los objetivos asociados con una política pública.

Finalmente, como plantea Lahera (2004), el déficit de implementación corresponde a la diferencia entre lo propuesto y lo logrado, más allá de factores sobrevivientes o inesperados. Existe aquí una brecha de resultado, que se traduce y manifiesta en inequidades, que afectan a los sectores más desventajados.

Hoy en LAC la atención de salud está desempeñando un rol limitado en la equidad, por la falta de preocupación por este principio; por un socavamiento de la conciencia de servicio y de la responsabilidad de los gobiernos (Celedón y Noé, 2000).

## DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es definida como cualitativa, exploratoria, descriptiva e interpretativa. Busca la comprensión de la realidad como resultado de un proceso de construcción a partir de las lógicas de sus protagonistas, rescatando su diversidad y particularidad, haciendo especial énfasis en la valoración de lo subjetivo, lo vivencial y la interacción entre los sujetos participantes (Ruiz, 2007).

La recopilación de información de campo se realizó a través del método Delphi, técnica que consiste en la selección de un grupo de expertos a los que se les pregunta su opinión sobre cuestiones referidas a acontecimientos del futuro. Las estimaciones de los expertos se realizan en sucesivas rondas, anónimas, al objeto de tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de los participantes (Linstone y Turoff, 1975).

Es un procedimiento que tiene como objeto la recopilación de opiniones de expertos sobre un tema particular, con el fin de incorporar dichos juicios en la elaboración de un cuestionario que permita llegar a un consenso sobre un tema específico a través de la concordancia de opiniones de expertos sobre un tema específico. Es especialmente apropiado para el estudio de temas en los cuales la información, tanto del pasado como del futuro, no se encuentra disponible de forma clara pudiendo obtener dicha información y hacer uso de ella de un modo más rápido y eficiente que con los métodos tradicionales (Báez y De tudela, 2009; Ruiz, 2007).

Entre las principales características de este método, Báez y De Tudela (2009) destacan los siguientes:

**- El procedimiento de obtención de información.**

El investigador no se encuentra cara a cara con los informantes en el momento en que ellos generan los datos, sino que se utiliza un método diferido, mediante comunicación vía mail o correo postal;

**- Confidencialidad tanto en las respuestas como en los participantes.** Ningún experto conoce las respuestas que ha dado otro participante experto en el estudio, esto lo diferencia de otras técnicas cualitativas de recopilación de información como por ejemplo los grupos focales. El método considera el acceso a los sucesivos informes que vaya elaborando el investigador(es), a partir de las respuestas recibidas por el total de los expertos;

**- El consenso.** Se busca que los participantes lleguen a un cierto nivel de acuerdo respecto del tema que se investiga, para ello, como se explica más adelante, se trabaja en diversas etapas. Esto permite que los expertos profundicen en su punto de vista o por el contrario, se retracten a fin de considerar las opiniones que otros van planteando como relevantes en el proceso;

**- Los contenidos.** Dada la calidad de expertos de los informantes, la técnica considera que sus opiniones pueden dar lugar a la aparición de nuevos aspectos que no estaban previstos inicialmente o que no podían deducirse y que condicionan el rumbo de los resultados de la investigación.

Astigarraga (2003) identifica las siguientes etapas de esta técnica:

**Fase 1: Formulación del problema.** Se trata de una etapa fundamental en la realización de un Delphi. El investigador debe definir qué es lo que quiere saber. En un método de expertos, la importancia de definir con precisión el campo de investigación es muy trascendente, por cuanto es preciso estar ciertos de que los expertos reclutados y consultados poseen todos/as similar noción de este campo.

**Fase 2: Elección de expertos.** La etapa es importante dado que el término de “experto” es ambiguo. Con independencia de sus títulos, su función o su nivel jerárquico, el experto será elegido por su capacidad de visualizar el futuro y por los conocimientos que tenga sobre el tema consultado. La falta de independencia de los expertos puede constituir un inconveniente; por esta razón los expertos son aislados y sus opiniones son recogidas por vía electrónica y de forma anónima; así pues se obtiene la opinión real de cada experto y no la opinión inducida por un proceso de grupo (se trata de eliminar el efecto de los líderes). El tamaño puede oscilar, siendo preferente un panel de expertos reducido con tal que asegure que se encuentran en él representada la diversidad de opiniones posibles.

**Fase 3: Elaboración y lanzamiento de los cuestionarios (en paralelo con la fase 2).** Los cuestionarios se elaborarán de manera que faciliten, en la medida en que una investigación de estas características lo permite, la respuesta por parte de los consultados/as. Será de redacción simple y desestructurada que inste al experto a responder con la mayor libertad.

**Fase 4: Desarrollo práctico y explotación de resultados.** El cuestionario es enviado a cierto número de expertos. El cuestionario va acompañado por una nota de presentación que precisa las finalidades, el espíritu del Delphi, así como las condiciones prácticas del desarrollo de la encuesta (plazo de respuesta, garantía de anonimato). Además, en cada cuestión, puede plantearse que el experto deba evaluar su propio nivel de competencia.

El objetivo de los cuestionarios sucesivos es disminuir la dispersión de las opiniones y precisar la opinión media consensuada. En el curso de la 2ª consulta, los expertos son informados de los resultados de la primera consulta de preguntas y deben dar una nueva respuesta y sobre todo deben justificar en el caso de que sea fuertemente divergente con respecto al grupo. Si resulta necesaria, en el curso de la 3ª consulta se pide a cada experto comentar los argumentos de los que disienten de la mayoría. Un cuarto turno de preguntas, permite la respuesta definitiva: opinión consensuada media y dispersión de opiniones.

En relación a los sujetos participantes, los expertos constituyen el eje central del método Delphi, ya que serán ellos quienes mediante su opinión calificada, entregarán los principales resultados de la investigación. Para la selección de los expertos se tuvo en consideración diversos criterios, entre ellos, la factibilidad de que pudieran aportar información que contribuye positivamente a la consecución del fin que ha motivado la utilización del método Delphi, así como también los recursos personales y profesionales con los cuales cuentan. (Astigarraga, 2003; Ortega, 2008; Ruiz, 2007).

En la selección de los expertos Landaeta (2002) propone que el investigador debe esperar que estos tengan un nivel mínimo de información relativa al tema de investigación, que se encuentren motivados para trabajar en el proyecto, que dispongan de tiempo suficiente para desempeñar las tareas que requiere esta técnica, y especialmente, su opinión personal se encuentre

sustentada más allá que por solo información general propia del sentido común.

En función de la multidimensionalidad y complejidad del problema propuesto en esta investigación y para dar cuenta del objetivo general de la misma, se consultó a 18 expertos de tres grandes sectores:

- *Administración/Planificación/Gremial*
- *Docente/Investigador*
- *Asistencial/Vivencial*

Las y los expertos del sector Administración/Planificación/Gremial son profesionales chilenos con amplia experiencia en el ámbito de la gestión en salud, con experiencia y participación reciente, no mayor de 5 años, en la elaboración de políticas públicas de salud. Se incluyeron considerando su experiencia en el contexto internacional, nacional y regional.

Las y los expertos del sector Docente/Investigador son profesionales chilenos, con amplia experiencia en el ámbito de la docencia universitaria de Pre y Post Grado, con publicaciones de alto impacto recientes, no mayor de 3 años, y con presentaciones en Congresos relativos a la protección y promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, tanto en Chile como en el extranjero, en los últimos 3 años.

Las y los expertos del sector Asistencial/Vivencial son profesionales chilenos y extranjeros, con experiencia en el ámbito clínico, comunitario y de gestión en salud, tanto en Haití como en países de bajo IDH en LAC. Se incluyen de las diferentes disciplinas de la salud que se han instalado en los diferentes proyectos de la ONG América Solidaria, como de otras iniciativas chilenas y extranjeras presentes en la isla.

Respecto de los criterios de validez y confiabilidad del estudio en una investigación cualitativa, la validez se refiere al grado de coherencia de los resultados encontrados y la ausencia de contradicciones con hallazgos obtenidos por



investigaciones similares. Se encuentra asociada a la pertinencia en la forma de recoger los datos. La confiabilidad es la medida en la cual se pueden reproducir los resultados obtenidos en la investigación, de ser estos aplicados en contextos diferentes. (Galeano, 2004). Para ello se implementaron estrategias de triangulación de la información y confrontación de los discursos de los distintos expertos.

Se levantaron categorías descriptivas, concretas y en un lenguaje sencillo que facilitarían la comprensión por parte de todos los participantes en el estudio. Además, tal como plantea Galeano (2004) obtener retroalimentación de los informantes es una fuente de validación insustituible, y esto fue posible de realizar ya que la evaluación por parte de los expertos de los resultados parciales obtenidos en el cuestionario 1, permitió verificar la aceptación de los resultados y de esta forma se realizaron los ajustes necesarios para que la investigación se orientara hacia la búsqueda de la información pertinente para los objetivos propuestos.

Una vez establecido los criterios de selección de expertos, se procedió al contacto previo vía correo electrónico, solicitando la participación en la investigación. Paralelamente, se inicia la recopilación de información, elaborando un primer cuestionario que consideró preguntas abiertas, para obtener respuestas con la máxima amplitud posible, con una finalidad exploratoria. Como plantea Landaeta (2002) cuando el estudio lo permite, es posible comenzar con preguntas abiertas para poder extraer ítems y cuestiones generales sobre el tema a investigar.

Adjunto al primer cuestionario, se envía una pequeña descripción del tema central de la investigación dando a conocer el contexto en el cual surge, así como un plazo límite de devolución de 10 días calendario. Sin embargo, buscando incorporar la visión de todos y todas las expertos, se consideró en el análisis los cuestionarios que retornaron fuera de la fecha prevista. Este primer

acercamiento entregó la perspectiva que tienen los expertos sobre la situación general del pueblo haitiano, permitiendo levantar un primer grupo de categorías, que fueron sistematizadas y devueltas en un segundo cuestionario a fin de que pudieran profundizar sobre los procesos, etapas y enfoque necesarios de implementar en la formulación de políticas públicas en el contexto político-sanitario de Haití.

Respecto del análisis de los datos, Guba y Lincoln (2002) describen este proceso como esencialmente una actividad sintética en la cual las construcciones que han emergido en la interacción investigador-fuentes de información, se reconstruyen en totalidades significativas, siendo esencialmente un proceso de inducción. Dado que el método Delphi considera la recopilación de la información en tres momentos distintos, siendo el primer cuestionario, esencialmente exploratorio, se utilizó la propuesta de Briones (2001) quien recomienda luego del primer trabajo de campo, una codificación preliminar, para ello se utilizó el software atlas ti.

La información obtenida en este primer cuestionario fue sometida a un proceso de codificación preliminar, elaborando una matriz temporal de datos, dando lugar a un listado de 34 códigos, que incorporan una diversidad de consideraciones, que dan respuesta a la primera pregunta abierta enviada a los expertos. Los códigos resultantes fueron analizados en virtud de su frecuencia discursiva, incluyendo las que constituyeron un porcentaje mayoritario en la confección del cuestionario de la segunda ronda.

Las preguntas descritas a continuación, constituyeron el cuestionario 2:

¿Cuáles serían los procesos de formulación de política pública necesarios de considerar en el contexto político-sanitario de Haití?

Describe las etapas de formulación de política pública perentorias de considerar en el contexto

político-sanitario mencionado.

¿Qué enfoque de abordaje propondría Usted, considerando el contexto analizado, para la implementación de una política pública integral?

La información recabada en el cuestionario 2 fue conceptualizada a fin de buscar orientaciones generales de la información y como plantea Briones (2001) generar consenso en torno a las opiniones de los expertos, así como también identificar opiniones de minorías y de esta forma hacer una revisión sobre la codificación preliminar y agrupar las opiniones de ambos cuestionarios en 5 categorías generales de análisis.

Dada la riqueza discursiva encontrada en las respuestas de los expertos, y consecuentemente con los objetivos de la investigación, se decide cerrar la discusión con el cuestionario 2, manifestando que desde el punto de vista del investigador y en consideración de la realidad estudiada, atendiendo también al marco metodológico, se busca la riqueza en la heterogeneidad del discurso más que la búsqueda intencionada de consensos, a pesar de que estos aparecen con fuerza en los resultados.

## RESULTADOS

Respecto de la primera pregunta planteada en el cuestionario n°1, las y los expertos manifestaron los siguientes **componentes de una PP integral**, para el caso de Haití:

- *Contextualización urbano-rural*
- *Diagnóstico de corto y mediano plazo*
- *Participación Comunitaria*
- *Planificación Estratégica*
- *Red Primaria de atención*
- *Sistema básico de atención*
- *Incorporación de otras necesidades sociales.*

Posteriormente y de acuerdo a los tópicos surgidos del cuestionario n°1, se formula el cuestionario n°2. Respecto del cual las y los expertos manifiestan

necesario observar la realidad haitiana, previo al inicio de cualquier planteamiento que trasunta en la implementación posterior de alguna PP, definiendo **condiciones previas del proceso** perentorias de abordar, descritas a continuación:

- *Inestabilidad del Estado y corrupción*
- *Desarrollo de acciones asistenciales básicas*
- *La realidad social de Haití*
- *Participación comunitaria*
- *Consideración y contextualización de la población urbana y rural de Haití*
- *Abordaje intersectorial*
- *Respeto por los Derechos Humanos.*

En paralelo, las y los expertos plantean la necesidad de desarrollar un **Diagnóstico de Salud Integral**, el que debe necesariamente situarse en dos grandes dimensiones a observar:

- *La situación de los servicios de salud*
- *La situación de salud de las personas*

Definiendo además **Intervenciones Estratégicas** con evidencia sensible.

Por otro lado, las y los expertos enuncian una serie de **medidas inmediatas** a implementar en Haití, descritas a continuación:

- *Desarrollo de acciones de Salud Preventiva*
- *Instalación de una Red Primaria de Atención de Salud*
- *Fortalecimiento de los Recursos Humanos*
- *Control durante el embarazo*
- *Apoyo a la lactancia.*

Finalmente y relativo a la **intervención a largo plazo**, los expertos describen las siguientes categorías:

- *Fortalecer el desarrollo de una Red Primaria de Atención Ambulatoria, con foco en lo materno-perinatal*

- *Definir una hoja de ruta, sobre la base de una Planificación Estratégica*
- *Incremento, desarrollo y mejoramiento de la Infraestructura*
- *Protocolos de investigación que propendan al desarrollo de la Medicina Basada en Evidencia.*

### **Etapas de formulación de una PP**

Los expertos plantean en primer lugar, la necesidad de definir una **agenda pública**, que incorpore las brechas sociales identificadas, establezca posibles alternativas en base a la prioridad emanada del análisis de situación y defina una línea de base que dialogue con los diferentes sectores, de acuerdo a la relevancia social y política señalada por los actores que participen del proceso. Para posteriormente avanzar en un **diseño**, que analice experiencias exitosas y replicables, en virtud de una PP territorial, definida de manera colectiva y con participación comunitaria. Luego, plantean una etapa de **implementación**, que requiere presupuestos, capacidades, competencias, instrumentos, institucionalidad, indicadores, monitoreo e instancias de control social. Avanzando en un pilotaje, que posteriormente defina los errores de implementación, las fortalezas, las debilidades y en qué es posible invertir más tiempo y dedicación para alcanzar los objetivos finales de la política pública. Para finalmente desarrollar una **evaluación** permanente y recursiva, con indicadores cuantitativos, que permitan medir la línea de base, analizando indicadores sanitarios trazadores como mortalidad materna, mortalidad infantil, y otros como mortalidad perinatal, agua, higiene y saneamiento, mortalidad de 0 a 5 años, percepción de salud (epidemiología sociocultural), condiciones de vida (vivienda, educación, ingreso, alimentación, entre otros que se hayan definido.

### **Enfoques de abordaje de una PP**

Las/os expertos mencionan 5 enfoques de abordaje, para definir una PP de salud materno-perinatal en Haití. En primer lugar mencionan el enfoque de **Derechos Humanos**, basado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, suscribiendo a las Convenciones Internacionales; como los Derechos del niño, Derechos políticos, económicos, sociales y culturales, con la respectiva adecuación constitucional y respeto por la normativa interna del país. Garantizando la realización del Derecho a la Salud de las personas, familias y comunidades. Luego se plantea un enfoque **Bottom Up**, definido por parte de especialistas encargados de determinar las políticas públicas urgentes y necesarias, para el enfrentamiento de las prioridades emanadas del análisis de situación de salud, avanzando posteriormente en una lógica vertical-horizontal y con participación comunitaria, en la definición de acciones de mediano y largo plazo. Por otro lado las/os expertos consideran vital avanzar desde un enfoque de **Perspectiva Intersectorial**, para la integración de presupuestos y objetivos, que sean compartidos en todos los sectores, siendo para ello necesario identificar claramente el ámbito de posibilidades institucionales existentes.

Se propone también un enfoque de abordaje **Multifactorial**, con énfasis en la necesidad de construir un modelo que garantice la sostenibilidad de una cobertura de Atención Primaria de Salud (APS) y atención hospitalaria materno-infantil amplia y sin exclusiones. Finalmente se propone un abordaje con enfoque de **Prevención**, en el que puedan participar diferentes prestadores de servicios, actores del equipo de salud y de la comunidad. Con definición de acciones sencillas, accesibles y ambulatorias, en los diferentes niveles y de acuerdo a evidencia científica sustentada por la OMS.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una cuestión que se ha dado por hecho al presentar propuestas de política pública para la problemática planteada en esta investigación es la institucionalidad, más o menos afianzada en tanto los países de LAC avanzan en sus democracias internas, siendo quizás la excepción más ostensible la de la nación haitiana. La realidad de Haití no puede dejar de mirarse a la luz de su historia. Es una nación de costumbres muy diferentes, con un idioma construido a partir de la lengua francófona principalmente, pero con componentes anglosajones y por si fuera poco incrustaciones de lenguas tribales africanas, lo que implica un barrera pensando en la integración de LAC.

El relato precedente pone de manifiesto la trascendencia de detenerse a mirar las condiciones previas del proceso mencionada por los expertos, el transitar del país caribeño es vertiginoso, por lo que contextualizar de manera coherente las posibles intervenciones es primordial. A pesar de que esta investigación emerge desde el ámbito de la salud, no podemos ignorar las otras necesidades sociales mencionadas, las cuales impactan en los resultados de salud de los colectivos. En este sentido las investigaciones respecto de la determinación social en salud, han dado claridad sobre la responsabilidad del sector en tan sólo el 25% de los resultados de salud de las personas, quedando un 75% supeditado a otras situaciones y sectores que interaccionan en el proceso salud-enfermedad-atención.

En este sentido, desde una reflexión socio-crítica, esta investigación se sitúa desde la construcción teórica y vivencial de expertos que forman parte de espacios de saber poder hegemónicos, por lo tanto pone como primer desafío posterior la inclusión de la ciudadanía haitiana, en tanto participación comunitaria. Ese momento quizás se convierta en la primera luz, que deje ver las direcciones y

caminos en salud que el país caribeño debe seguir. Respecto de esto, la participación comunitaria se convierte en una herramienta que pavimenta el ejercicio de los derechos humanos de las personas de Haití, observando que hoy más allá de las declaraciones y convenciones que convienen las naciones, los derechos son vulnerados por el mismo Estado, en tanto no asegura derechos básicos como la salud, la educación, la vivienda, el agua; entre otros que pudiésemos mencionar.

Por esto el abordaje intersectorial, compromete las energías de tal manera que fortalece los esfuerzos, los direccionales, de modo que cataliza el robustecimiento del Estado, avanzado hacia una estabilidad de la nación, de manera libre, autónoma y soberana.

Ahora bien estas sinergias de energía, no deben desconocer los espacios en que las decisiones políticas se traducen en acciones concretas, en salud, educación, etc. Me refiero a no compartimentalizar las estrategias, debilitando y acentuando las inequidades, sobre todo desde la contextualización urbano-rural. Hay experiencias, relatos y reflexiones que en esta investigación han emergido, que incorporan inclusive estos espacios peri-urbanos, más cercanos a la urbe en la división política administrativa, pero con un transitar en comunidad arraigado en lo rural.

Respecto del diagnóstico de salud integral, el avance tiene que ir más allá de los datos cuantitativos disponibles, aun considerándolos prácticamente inexistentes Sistemas de Información en Salud (SIS) en Haití. Nos referimos a un trabajo de campo, que se acerca, que comparte los dolores de los haitianos y haitianas, desde una lógica fundada en la investigación acción participativa (IAP) en tanto la co-construcción en salud permite un avance más sólido hacia sociedades más horizontales, equitativas y justas. Respecto de esto, las iniciativas deben ser elaboradas con pertinencia cultural real y efectiva, acercándose desde enfoques etnográficos que dialoguen con el saber popular de las parteras haitianas, entendiendo que las prácticas en salud

aparejan una íntima relación con la cultura vudú, lo que supone que hay espacios que descubrir, sin poner en relieve una cultura respecto de la otra, avanzando hacia una descolonización norte-sur de los procesos en salud, llevándolos además fuera de las paredes del saber médico hegemónico.

En virtud de lo anterior, las reflexiones de esta investigación ponen, según el investigador, a la cooperación internacional en una posición de determinante de la salud estructural, en tanto hoy genera una dependencia social y política, lo que trae como consecuencia un debilitamiento sostenido de las condiciones estructurales que permiten el avance en la estabilidad del Estado, por tanto toda vez que se elaboren propuestas respecto del país caribeño, estas deben apuntar a instalar capacidades definitivas en Haití, con el firme propósito de que la construcción social y política de Haití sea agenciada por la sociedad haitiana en su conjunto.

Finalmente para el levantamiento de objetivos de trabajo, en tanto construcción de colectivo, hay que buscar la coincidencia o acuerdos mínimos sobre las ideas fuerza o misión de la PP (el relato o la épica) entre los actores políticos, tanto en el poder como en la oposición, la burocracia política estatal y la ciudadanía, en su fundamentación y en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las alternativas. Es necesario recordar que las políticas públicas se relacionan con el espacio de la política, por tanto se trata de temas de poder. Siempre considerando que no hay soluciones óptimas sino posibles. Clave en este aspecto es la definición de los marcos presupuestarios disponibles, y los objetivos o metas a obtener, así como la definición e inclusión de determinadas herramientas o instrumentos, pues dependiendo de lo anterior será más o menos factible abordar un cierto espectro de las necesidades. Es también relevante la definición de los flujos de información que se pondrán en marcha, y los indicadores que guiarán el monitoreo y evaluación.

No se puede implementar sin considerar las condiciones de las instituciones responsables, sus tiempos, su cultura organizacional, las capacidades instaladas, etc. Finalmente la política, programa o estrategia ocurre por la voluntad de quienes la “hacen carne”, y allí puede estar el origen del éxito o fracaso de la política. Todo esto en un marco de respeto a la Constitución y leyes de la República de Haití, considerando e incorporando la diversidad de costumbres, etnias, creencias, ideas y prácticas de las personas, grupos y comunidades, propendiendo al desarrollo del máximo de sus potencialidades.

Con una mayor voluntad política y una inversión financiera adecuada en Salud Sexual y Reproductiva, las mujeres y sus recién nacidos podrán vivir más y mejor, para permitir que prosperen sus familias, comunidades y naciones.



## BIBLIOGRAFÍA

Astigarraga, E. (2003). El método Delphi. Consultado el 15 de diciembre de 2013 en: [http://prospectiva.eu/zaharra/Metodo\\_delphi.pdf](http://prospectiva.eu/zaharra/Metodo_delphi.pdf).

Báez, J., y De Tudela, P. (2009). Investigación cualitativa. Madrid: ESIC, Editorial.

Beattie, A., Hek, G., Ross, K., y Galvin, K. (2004). Future career pathways in nursing and midwifery. A Delphi survey of nurses and midwives in South West England. *Journal of Research in Nursing*, (9), 348–264.

Bobbio, N. (1991). El tiempo de los derechos. Madrid: Sistema.

Briones, G. (2001). Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales. Ciudad de México: Trillas.

Celedón, C., y Noé, M. (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8, 99–104.

Dye, T. (2002). Understanding public policy. New Jersey: Prentice Hall.

Galeano, M. (2004). Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín-Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT.

Garavalia, L., y Gredler, M. (2004). Teaching evaluation through Modeling: Using the Delphi technique to assess problems in academia programs. *American Journal of Evaluation*, 25(3), 375–380.

Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution : Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 4(1), 101–124.

GTR. (2010). Oportunidades y retos para la reducción de la muerte materna en América Latina y el Caribe. Fondo de población de Naciones Unidas. Consultado el 15 de diciembre de 2013 en: [http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2010/Oportunidades\\_final.pdf](http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2010/Oportunidades_final.pdf)

Guba, E., y Lincoln, I. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In C. Denman & J. Ha ro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113–145). Sonora: El colegio de Sonora.

Howlett, M., y Ramesh, M. (2003). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. New York: Oxford University Press.

IDH. (2013). Informe sobre Desarrollo Humano 2013. Consultado el 15 de diciembre de 2013 en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2013GlobalHDR/Spanish/HDR2013Report Spanish.pdf>.

**Kraft, M., y Furlong, S.** (2004). *Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives*. Washington DC: CQC Press.

**Krieger, N.** (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal Epidemiol Community Health*, (55), 693–700.

**Lahera, E.** (2004). Economía política de las políticas públicas. *Economía UNAM*, (002), 34–51.

**Lahera, E.** (2008). *Introducción a las políticas públicas. Elementos y aspectos de una política pública de excelencia*. Santiago de Chile: Fondo de cultura económica.

**Landaeta, J.** (2002). *El método Delphi: una técnica de previsión del futuro*. Barcelona: Ediciones Ariel Social.

**Linstone, H. A., & Turoff, M.** (1975). *The Delphi Method. Techniques and applications*. Addison-Wesley Publisher Company.

**London Health Observatory.** (2002). *Health in London 2002*. Consultado el 15 de diciembre de 2013 en: [http://legacy.london.gov.uk/mayor/health/docs/health\\_london.pdf](http://legacy.london.gov.uk/mayor/health/docs/health_london.pdf).

**López, O., y Gil, B.** (1994). Modelos Sociomédicos en Salud Pública: Coincidencias y Desencuentros. *Salud Pública México*, 36(4), 374–385.

**Meny, I., y Thoenig, J.** (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel.

**Ministère de la Santé Publique et de la Population.** (2011). *Curriculum de L'École Nationale D'Infirmières Sages Femmes*.

**Naciones Unidas.** (2008). *Objetivos de desarrollo del milenio: La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y El Caribe*. Consultado el 15 de diciembre de 2013 en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/33064/2008-808-ODMSaludRev-1iindd.pdf>.

**Naciones Unidas.** (2009). *World Urbanization Prospects The 2009 Revision Highlights*. Consultado el 15 de diciembre de 2013 en: [http://esa.un.org/unpd/wup/Documents/WUP2009\\_Highlights\\_Final.pdf](http://esa.un.org/unpd/wup/Documents/WUP2009_Highlights_Final.pdf).

**Oakley, P.** (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

**OPS.** (2012). *Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica N° 636*. Publicación Científica y Técnica. Consultado el 15 de diciembre de 2013 en: <http://www.cridlac.org/digitalizacion/pdf/spa/doc19248/doc19248-contenido.pdf>.

**OPS.** (2013). *Contra la mortalidad materna. Boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud*. Consultado el 15 de diciembre de 2013 en: [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/ah\\_ora04\\_maro04.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/ah_ora04_maro04.htm).



**Ortega, F.** (2008). El método Delphi, prospectiva en Ciencias Sociales a través del análisis de un caso práctico. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, (64), 31-54.

**Rosanvallón, P.** (1995). *La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.

**Ruiz, J.** (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

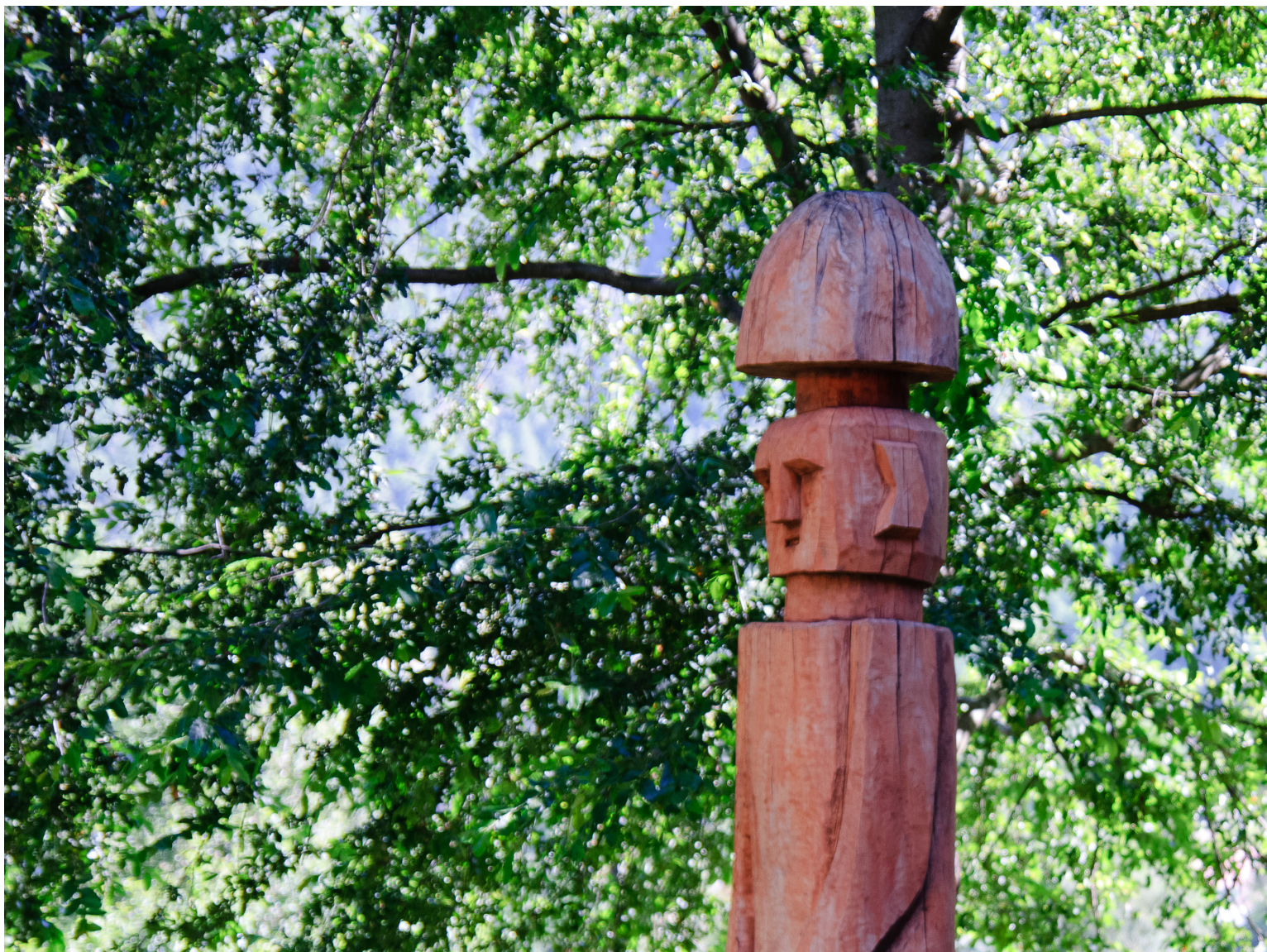
**Scribano, A.** (2007). *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires: Prometeo Libros Editorial.

**Székely, M.** (2005). *Números que mueven al mundo: la medición de la pobreza en México*. México DF: Porrúa.

**Villasante, T.** (2006). *Desbordes Creativos. Estilos y estrategias para la transformación social*. Madrid: La Catarata.

**Whitehead, M.** (1991). *The concepts and principles of equity*. Copenhagen: WHO.

**Women Deliver.** (2011). *Apuntar al 5. La salud de las mujeres y los ODM*. Consultado el 15 de diciembre de 2013 en: [http://www.womendeliver.org/assets/Focus-on-5\(spanish\).pdf](http://www.womendeliver.org/assets/Focus-on-5(spanish).pdf)



# Conceptualización de la discapacidad en el pueblo mapuche y su cosmovisión.

**Mg. Michelle Lapierre Acevedo**

TERAPEUTA OCUPACIONAL, MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA COMUNITARIA Y DESARROLLO LOCAL. DEPARTAMENTO DE PROCESOS TERAPÉUTICOS, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TEMUCO, CHILE. CORREO ELECTRÓNICO : [LAPIERRE.MICHELLE@GMAIL.COM](mailto:LAPIERRE.MICHELLE@GMAIL.COM)

## **PALABRAS CLAVE**

*Discapacidad, pueblo mapuche, salud intercultural.*



## RESUMEN

**E**l objetivo de la investigación fue conocer la conceptualización de la discapacidad en la población mapuche de la región de la Araucanía, Chile, lo que permitiría ampliar la comprensión de los contextos y escenarios poco estudiados desde la perspectiva de los actores mapuche. El estudio se desarrolla mediante **metodología** cualitativa y un despliegue de campo propios del enfoque etnográfico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y no estructuradas y grupos de discusión con personas en situación de discapacidad, sus familiares, agentes de salud mapuche y miembros de la comunidad sin discapacidad. Los **resultados** revelan que no existe una conceptualización propia ni consensuada sobre la discapacidad, así como tampoco una palabra en mapuzungun para definirla y se evidencia que el concepto occidental de discapacidad no es representativo de su cosmovisión. Sin embargo, en la actualidad fenómenos como la aculturación y determinantes sociales como la pobreza se encuentran relacionados con la discapacidad en el pueblo mapuche, tanto para originar, como para la aparición de prácticas como la exclusión o la necesidad de apoyo técnico especializado en dispositivos de salud hegemónicos. Se **concluye** que el concepto actual de discapacidad propuesto por la OMS y la ley 20.422<sup>1</sup> en Chile no es atinente a la cosmovisión y formas de vida del pueblo mapuche, produciéndose una estandarización y tecnificación del tratamiento de la discapacidad en la población general que atenta contra sus prácticas propias, tradicionales y contra su autonomía.

---

<sup>1</sup> Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

## INTRODUCCIÓN: LOS RIESGOS DE IGNORAR

La comprensión de la discapacidad como problemática de salud y de las personas con discapacidad como grupo social ha sufrido variaciones importantes con el paso del tiempo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) hoy presenta una postura clara, comprendiendo la discapacidad en términos de la restricción de la participación y el desempeño de las actividades de una persona, como consecuencia de la relación defectuosa entre las dificultades del entorno y las deficiencias estructurales y funcionales, propias del individuo (OMS, 2011a). Queda explícito en este enfoque comprensivo la responsabilidad del entorno en el establecimiento y desarrollo de la discapacidad y la esencia social del fenómeno. Nuestro país, ajustándose a dicho enfoque, crea en el año 2010 una Ley de discapacidad basada en la igualdad de oportunidades y la no discriminación, y un Servicio Nacional de la Discapacidad, encargado de coordinar la política pública de discapacidad en Chile, centrada en la persona con discapacidad como sujeto de derecho y en la modificación ambiental como forma de equipar oportunidades y posibilitar la inclusión social (Chile, Ley 20.422).

Con el objetivo de lograr la inclusión, se han homologado criterios de intervención para la población en general, los cuales no consideran necesariamente las particularidades y diversidades de la población que se declara perteneciente a algún pueblo indígena. Las culturas y sociedades tienen diversas formas de comprender la discapacidad y, por lo tanto, las actitudes hacia ella dependen significativamente de factores culturales (Balcazar et al. 2010).

En la región de la Araucanía, según datos del CENSO 2002, el pueblo mapuche alcanza un 23,34% de representación en relación a la población total regional, abarcando un total de 202.970 personas. Esta situación de diversidad cultural en la región

trae además aparejado una serie de influencias y préstamos culturales mutuos que representan un desafío importante para la red de salud, relacionado con las manifestaciones y respuesta social frente a la discapacidad, de la mano de la emergencia y proliferación de dispositivos de salud intercultural a nivel nacional.

Si bien la mayoría de las prácticas clínicas con enfoque intercultural aún se encuentran en etapas piloto, de evaluación o han sido ampliamente criticadas desde la academia y el propio pueblo mapuche, “hasta ahora se han limitado a abordar las prestaciones de salud desde la enfermedad y no la discapacidad como fenómeno social complejo” (FONADIS, 2008a). Por esta razón, en la actualidad no existen políticas públicas o programas para abordar la temática de la discapacidad en el pueblo mapuche, por lo que las comunidades y las personas que pertenecen a este pueblo originario han debido adaptarse a las formas de comprensión y abordaje de la discapacidad que ha propuesto la OMS y nuestro país para la población general, desconociendo si se sienten representados. Esta carencia de programas y políticas vinculadas a la discapacidad para la cultura mapuche se debe, entre otras cosas, a la prácticamente inexistente participación de los pueblos indígenas en general, y mapuche en particular, en la reflexión y toma de decisiones respecto a la salud de su propio pueblo. La inexistencia de políticas públicas de salud intercultural o salud indígena que se basen en las necesidades reales del pueblo mapuche y que sean construidas por el mismo, se basa en las relaciones de poder que se establecen en una sociedad (Menéndez, 2005; Parra & Pacheco, 2006; Fernández, 2004; Boccara 2007; Bello & Aylwin, 2008), las que provocan consecuencias de relevancia en relación al fenómeno de la discapacidad, tales como abordajes terapéuticos sin pertinencia para el pueblo mapuche, pérdida de las prácticas culturales propias, minimización de la posibilidad de prevención de la discapacidad o incluso generando la aparición de la misma. No sabemos, realmente, si el concepto de discapacidad, tal y como lo conocemos, es

similar a la comprensión desde la cosmovisión mapuche. No sabemos si existe una palabra en mapuzungun para definirla o si existen prácticas para tratarla. Esta incompreensión expone a la población a intervenciones que pueden ser descontextualizadas, forzadas o poco eficaces, arriesgando su salud y bienestar.

Esta investigación tiene la intención de estudiar la existencia del **concepto de discapacidad** desde la cosmovisión mapuche, contribuyendo así a la discusión sobre la necesidad de un enfoque intercultural o un enfoque mapuche de la discapacidad.

## CULTURA Y DISCAPACIDAD

Vivimos en un mundo en el que en un mismo territorio confluyen personas que pertenecen a diversas culturas, las que presentan distintas cosmovisiones y significaciones sobre la salud, la enfermedad, la muerte y la discapacidad (Castellanos & López, 2009). En la sociedad occidental, la discapacidad tradicionalmente ha sido comprendida desde un modelo médico o clínico, en el que dicha discapacidad debe ser rehabilitada o intervenida hasta cambiar a un estado definido previamente, según formas esperadas para la ausencia de la discapacidad. Sin embargo, en otras culturas las miradas parecen ser muy diferentes. La literatura relacionada describe que en algunos grupos culturales la discapacidad puede ser comprendida como un castigo otorgado por generaciones anteriores, el resultado de una falta contra espíritus o, en un ámbito positivo, un estado que es “regalado” por un ser superior (Gallagher, DiGiorgio, Bennett & Antle, 2008).

La discapacidad es definida por la cultura. La tendencia a categorizar a las personas que tienen alguna deficiencia como discapacitados es un fenómeno reciente que emana de las sociedades occidentales (Coleridge, 1998). No obstante, en muchas culturas el concepto de discapacidad

simplemente no existe o no es reconocido por sus miembros (Hiranandani, 2005; Ingstad & White, 1995; Ariotti, 1999), lo que dificulta y desafía las formas de abordaje sanitario para los estados. En la comunidad Tuareg, en Mali, la presencia de pecas en el rostro o las nalgas de tamaño pequeño son consideradas una situación altamente discapacitante para sus miembros, pues constituye un impedimento serio para poder casarse y desempeñar los roles sociales y culturales que como miembro de la comunidad debe realizar, limitándose en sus actividades y participación (Ingstad & White, 1995). La situación es compleja, pues las formas comprensivas pueden llegar a ser no sólo diferentes, sino claramente opuestas y controversiales, por ejemplo por considerarse violentas o altamente segregadoras, como sucede en algunos pueblos indígenas que aíslan o maltratan a quienes son “corporalmente anormales” (Balcazar et al., 2010).

Le Breton (2004) menciona que todas las culturas a través del tiempo han practicado el *sometimiento* del cuerpo y el *biocontrol*, por ejemplo la reducción del tamaño de los pies de las mujeres en el imperio chino, la deformación del cráneo entre los incas o la obsesión por evitar el envejecimiento en la sociedad actual a través de cirugías, dietas y cosmética. En la sociedad occidental actual el envejecimiento es asociado fuertemente con la discapacidad, “*de hecho, un cuerpo que deja de ser completo y completamente funcional (enfermedad, discapacidad, vejez) debe recibir un tratamiento determinado y, en su caso, estar confinado en lugares especializados: asilos, hospitales, centros de educación, etc.*” (Ibíd:220). Por el contrario, la etnogerontología ha señalado que gran parte de las culturas no occidentales y ancestrales, posicionan a sus miembros ancianos y a la vejez en un estatus social más elevado, asumiendo un rol relevante respecto a la identidad del grupo (Reyes, 2012).

Hasta el momento no existen estudios numerosos sobre la discapacidad y su interacción con las variables culturales (Castellanos & López, 2009), sin embargo se menciona con frecuencia la

necesidad de incorporar factores culturales en la intervención con personas con discapacidad y en la rehabilitación basada en la comunidad, dado que muchos factores socioculturales no sólo aumentan la discapacidad, sino que incluso podrían generarla (Meekosha, 2008; Thomas, 2009). Además de esto, las tasas de acceso a rehabilitación en pueblos originarios son muy bajas en comparación con la población general, lo cual puede estar relacionado con la baja confianza en las acciones de los dispositivos formales de rehabilitación, la ruralidad de las personas con discapacidad y la percepción del respeto de los profesionales de salud hacia las creencias de los pueblos (FONADIS, 2008a; OMS, 2012; Balcazar et al., 2010).

Sin embargo, integrar acciones con pertinencia cultural sin conocer en profundidad la conceptualización de la discapacidad en la cultura en cuestión involucra el riesgo de orientar estrategias y planificación sobre temáticas sociosanitarias no comprendidas totalmente (Stienstra, 2002).

En la actualidad existen numerosos acuerdos y convenciones internacionales vinculantes que buscan proteger a las personas con discapacidad que pertenecen a pueblos originarios, enmarcándose en los derechos humanos (OPS, 2004), sin embargo la OPS ha reconocido la difícil interacción entre ambas variables, dado que tanto las personas con discapacidad como aquellos que, sin tenerla, pertenecen a pueblos originarios, se encuentran en una situación de exclusión e inequidad que impacta directamente en su salud y calidad de vida. Es posible, entonces, hablar de (al menos) doble exclusión y doble inequidad (Planella, 2007; OMS, 2011a, OPS, 2004). En todos los pueblos indígenas, a pesar de la búsqueda que realiza el enfoque de derechos humanos por conseguir el mayor bienestar y ejercicio pleno de la ciudadanía en todas las personas *“se producen en los pueblos indígenas la negación sistemática de los derechos fundamentales, lo que ha conducido a la marginación de la población indígena. Esto se*

*traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, deserción escolar y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles”* (Ibíd, 2004:7). Este perfil que caracteriza a los pueblos indígenas desde la epidemiología social es de relevancia para comprender cómo la discapacidad se desarrolla dentro en estos contextos de inequidad y así discutir su abordaje con la complejidad que requiere el tema.

Tal como se ha mencionado, las brechas de conocimientos entre cultura y discapacidad existentes respecto al pueblo mapuche, arriesgan a este último desde una perspectiva de la salud pública, por situarse en una relación asimétrica de poder respecto al modelo médico hegemónico, la comprensión de la discapacidad y el modelo social que hoy la configura y aborda en la sociedad occidental (Palacios, 2008), exponiéndolos a intervenciones no atingentes. Del mismo modo, se ha señalado (Cuyul, 2012) que la inserción de los denominados dispositivos interculturales de salud en la IX Región no presentan un abordaje a la discapacidad desde la cosmovisión mapuche, la cual se puede atribuir a que la participación de las organizaciones mapuches se limita a la administración de los servicios que siguen siendo determinados bajo un aparato legal y político que no integra al propio pueblo mapuche como principal actor en los temas de relativos a su pueblo.

## DISCAPACIDAD Y CULTURA MAPUCHE

### Antecedentes de una relación compleja.

Los escasos estudios nacionales referidos a la discapacidad e interculturalidad han destacado la necesidad de incluir políticas públicas que legislen y creen programas relacionados, para evitar la discriminación y promover la igualdad de oportunidades en personas con discapacidad que pertenezcan a algún pueblo originario (FONADIS, 2008a), sin embargo hasta el momento estas no han sido creadas y no se ha generado líneas estratégicas concretas para el abordaje. La consecuencia de esta ausencia ha determinado que los pueblos originarios sean marginados por la cultura dominante, no incluyendo sus creencias, costumbres y conocimientos en la generación de programas de discapacidad, que tengan pertinencia para los pueblos indígenas y consideren los derechos humanos y los principios de equidad en salud.

Desde una perspectiva de derechos, es posible señalar que dicha situación infringe la ratificación del Convenio 169 de la OIT en Chile, en cuanto a temas de salud se refiere, donde la disposición de servicios de salud adecuados, la formulación de programas de salud que les transfieran responsabilidad y control, además de la participación plena en los temas de salud indígena son señalados explícitamente. Por otra parte, uno de los principios y obligaciones que impone el Convenio a los estados hace referencia a la participación de los pueblos indígenas en los temas que los afecten, tanto legislativa como administrativamente.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos indígenas del año 2007, suscrita por Chile, afirma que *“los pueblos indígenas son iguales a todos los demás pueblos y reconociendo al mismo tiempo el derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales”* (ONU,

2007a: 4). Respecto a la salud en particular, la misma declaración en su artículo 23 señala que *“los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud [...] y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones”* (Ibíd: 7).

El respeto a la identidad del pueblo mapuche es un elemento que debe ser reforzado en todas las prácticas sociales y sanitarias que se lleven a cabo a nivel nacional, adscribiéndose al Convenio 169, el que en su artículo 25, números 1 y 2, es claro respecto a la necesidad de que los servicios de salud se organicen y planifiquen su atención en un trabajo conjunto con los pueblos indígenas y para los mismos, incorporando sus prácticas tradicionales y considerando su realidad cultural, social y económica, siendo los gobiernos los responsables de que dicha situación se lleve a cabo (CONADI, 2011).

Desde hace algunos años la salud intercultural ha comenzado a ser parte de las políticas públicas en nuestro país, donde se ha incorporado en el abordaje de las diversas condiciones de salud la comprensión de los aspectos sociales y culturales que se encuentran involucrados (OMS, 2001; OMS, 2011a; OMS, 2008; OPS, 2004; Chile Ley Indígena 19.253, 2011; Ministerio de Planificación, 2004; Fernández, 2006). Desde esta perspectiva, la salud en los pueblos indígenas es tema de interés no solo para nuestro país, sino que para la mayoría de los países que tienen entre sus habitantes a aquellos pertenecientes a pueblos originarios (OPS, 2008a; OPS, 2008b).

Sin embargo la dificultad que existe frecuentemente para vincularse entre culturas muy distintas y la hegemonía de algunas culturas por sobre otras, ha relegado el tema a segundos planos, y cuando es abordado, se suele hacer desde la convivencia de dichos saberes y medicinas en ambientes principalmente físicos llamados, arbitrariamente, interculturales (Parra & Pacheco, 2006; Boccara, 2007). Este último concepto hace referencia

al espacio en que dos culturas se encuentran, dialogan y conviven, sin embargo, para objeto de este estudio, y en relación a la hegemonía cultural recién mencionada, comprenderemos que esta definición es cuestionable para los pueblos indígenas en general y el mapuche en particular, por no incorporar en la realidad “los procesos socio-históricos de dominación social, explotación económica y sujeción política” (Boccaro, 2012: 17). Esto agrega mayor complejidad a la incorporación del fenómeno de la discapacidad a cualquiera de los programas de salud intercultural existentes hoy en la Araucanía, dado que no sólo la discapacidad ha quedado rezagada de la discusión (FONADIS, 2008a; Sáez, 2007), sino que además, iniciar dicha discusión en el escenario de salud intercultural actual es, asimismo, controvertible.

Aunque escasas, existen experiencias internacionales de políticas públicas que integran la variable cultural al abordaje de la discapacidad, sin embargo evidencian la complejidad en su formulación, estrategias terapéuticas y medición de resultados (Coleridge, 1998; Kronenberg, Simó & Pollard, 2007; Balcazar et al., 2010). Estas experiencias se han desarrollado principalmente en países como Canadá o Inglaterra en relación a la población migrante, en países africanos o Australia con pueblos indígenas o en países latinoamericanos en el pueblo quechua y maya. Los resultados de estas experiencias se han centrado en los logros terapéuticos, la defensa de los derechos, y la percepción de los usuarios sobre la validación de sus creencias en el sistema de salud (Ibíd). La creación de políticas culturalmente pertinentes han sido contempladas dentro de la llamada “competencia cultural”, la cual ha sido definida como “*el conjunto de comportamientos, actitudes y políticas, que permiten a los sistemas, agentes o individuos funcionar efectivamente con personas y comunidades culturalmente diversos... en el contexto de proveer servicios relacionados con la discapacidad, la competencia cultural requiere un reconocimiento y comprensión de cómo las condiciones económicas, la raza, cultura, etnia y el contexto y entorno social define la salud, la*

*discapacidad y la provisión de servicios*” (Sotnik y Jezewski, citado en Bickenbach, 2009, p. 1116).

Conocer las creencias, los conocimientos y las actitudes del pueblo mapuche acerca de las temáticas vinculadas a la discapacidad es esencial para tomar futuras decisiones sanitarias en el país. Al respecto, el Informe Mundial de la Discapacidad, realizado por la OMS en el año 2010 menciona que “*...es fundamental mejorar la comprensión pública de la discapacidad, oponerse a las percepciones negativas y representar la discapacidad en su justa medida. Recopilar información sobre el conocimiento, creencias y actitudes acerca de la discapacidad puede ayudar a identificar deficiencias en la comprensión pública que puedan superarse mediante educación e información pública*” (OMS, 2010:27).

El alcance, además de sanitario, es sociocultural, ya que la comparación entre población mapuche y no mapuche devela inequidades relacionadas con la educación, empleo, clase social, ingreso económico, etc. (Fernández, 2006; Kliksberg, 2002) y considera, además, el interés del pueblo mapuche por reivindicar la incorporación de sus creencias y tradiciones en la institucionalidad pública, donde incluso han presentado luchas internas sobre la *chilenización* o adaptación a lo “no mapuche” que ha tenido este pueblo con el fin de disminuir el impacto de la hegemonía cultural en la desigualdad y segregación sufrida. La comprensión de su realidad asociada a la discapacidad y la consideración de dicha información en el abordaje de la misma permiten responder a la necesidad del pueblo por validar sus derechos, transitando en su relación con el estado “desde una demanda centrada en la propiedad de la tierra hacia una demanda más amplia que incluye su derecho a un desarrollo político y cultural autónomo al interior de dichos territorios” (OEGS, Región de La Araucanía, 2006:15).

La discapacidad debe ser comprendida desde las propias creencias y experiencias mapuches, para dar respuesta a sus necesidades y entregar



servicios de atención más efectivos, validando tanto el derecho a la igualdad que tiene todo pueblo originario como el derecho a la diferencia (OPS, 2004; Lolas, 2008).

## ESTADO DEL ARTE

**E**l año 2008 el Fondo Nacional de la Discapacidad (hoy Servicio Nacional de la Discapacidad) realizó un estudio cualitativo orientado a iniciar la discusión sobre este tema, a través de la comprensión de la discapacidad desde la población mapuche pewenche del alto Bío-Bío. Los resultados nos indican que desde la cosmovisión mapuche no existe una concepción de la discapacidad homologable al concepto actual que propone la OMS y que la identificación de la enfermedad o la carencia de ciertas funciones orgánicas resultan ser más entendidas en la población mapuche, ajustándose al concepto de deficiencia que es aceptado para la cultura occidental: *“es posible sostener que los pewenche carecen de un concepto propio para referirse a la discapacidad, y que esta carencia se debe a que, según ellos mismos, el fenómeno de la discapacidad en la población pewenche es de aparición reciente. Esta situación tiene una doble implicancia: por un lado hace que se vincule a la discapacidad con la creciente introducción winka en el contexto geográfico y cultural pewenche. Esto se ve ilustrado por el hecho de que, por ejemplo, los pewenche asimilen la aparición de ciertas enfermedades al cambio de dieta inducido por el contacto con los ‘winka’. En segundo término, la ausencia conceptual hace que se vincule a la discapacidad al concepto más afín entre los existentes: el de enfermedad”* (FONADIS, 2008b:53).

Al respecto se puede relacionar la definición de discapacidad de la OMS que ya se ha revisado y que indica que la discapacidad sólo es posible en la medida en que el entorno o ambiente en que vive la persona sea suficientemente adecuado como para desarrollarla en ella, con la estrecha vinculación que tiene el pueblo mapuche con su entorno, abarcando naturaleza, territorio y

relaciones sociales: *“La ruptura de la armonía en la red de relaciones sucede en diversas situaciones, por ejemplo, cuando el ambiente dentro de la familia es de discordia, hay peleas entre vecinos, no hay alimento para los animales, no se respetan los lugares sagrados ni los seres que habitan en ellos, se daña la naturaleza en forma consciente. Cuando esto sucede, los desórdenes y desequilibrios que el individuo provoca traen consecuencias en la salud”* (Marileo, 2002, citado en Díaz, Pérez, González & Simon, 2004). Estas asociaciones indican aspectos culturales similares en el impacto que el entorno puede tener en la salud de una persona.

Es necesario profundizar el cómo esta relación, que establece la CIF, puede o no ser aplicable a las comprensiones mapuches de discapacidad que determine esta investigación.

Otro hallazgo respecto a la conceptualización de la discapacidad indica que *“se ha podido concluir que la discapacidad está entendida dentro del esquema de enfermedad (tipos de kutran), por lo que ésta también estaría asociada al origen de su causa (agenciada, desequilibrios, winkas)”* (FONADIS, 2008a: 28). Lo anterior indica que habría una relación de quiebre entre el entorno y los factores internos o externos de las personas. Este estudio, por lo tanto, establece que la discapacidad se comprende desde la forma en que el mapuche comprende la enfermedad. También se señala que *“las ‘discapacidades’ para los pewenche son enfermedades, pero de un tipo claro: agenciadas o relativas a lo winka”* (Ibíd, 2008b: 53). Dicho estudio, además, agrega que la cultura mapuche tendería a excluir a su población con discapacidad: *“El mismo desconocimiento de una posible conceptualización del término discapacidad en la cultura pewenche, tendría alguna relación con las formas de enfrentar dicho fenómeno social. Se entiende que aparentemente existiría una despreocupación de parte de la comunidad o entorno social hacia la persona discapacitada, no porque se excluya per se, sino porque no existirían aparentemente preocupación por incluirlos”* (Ibid, 2008a: 28).

La comprensión de la exclusión como práctica sólo es posible de establecerla en la medida en que la discapacidad sea claramente definida, pues en caso contrario, la discusión, además de inviable, se vuelve el “caldo de cultivo” de la permanencia del modelo médico hegemónico, y es justamente esta ausencia conceptual lo que complejiza la reflexión, pues no se ha investigado en profundidad sobre estos aspectos y los significados culturales para la población mapuche, pero se han realizado análisis desde las concepciones cognitivas y lingüísticas que existen en la sociedad occidental, pero sobre un pueblo indígena (no occidental). Los diversos estudios internacionales sobre este tema frecuentemente concuerdan en la no existencia de prácticas de exclusión social hacia las personas con discapacidad en los pueblos indígenas (Balcazar et al., 2010; Ingstad & Whyte, 1995; Bañados, 2005), lo cual no sería coherente con el hallazgo del estudio mencionado (FONADIS, 2008a; Ibíd, 2008b).

De igual manera, son escasos los estudios internacionales existentes acerca de la discapacidad y la cultura, pudiendo esto ser el resultado de lo que algunos autores han descrito como una asociación compleja “...en muchas culturas no es posible ser ‘discapacitado’, por la simple razón de que la ‘discapacidad’ no es una categoría reconocida como existente. Existe gente que no ve, gente coja y otros que son ‘lentos’, pero el “discapacitado’ es un término que en general no puede ser fácilmente traducido en muchos idiomas de pueblos indígenas” (Ingstad & Whyte, 1995:7). Podemos mencionar, entonces, que la idea o representación cultural de discapacidad es un constructo social que ocurre en contextos determinados y que, según cada cultura, podría estar definida históricamente, ser un concepto nuevo que aparece tras el intercambio cultural o incluso no existir como tal. Sin embargo, las ideas, representaciones, conocimientos y prácticas relacionadas a ella son de interés para comprender la relación entre salud, discapacidad y cultura.

En un intento (aún conservador) por relacionar de alguna manera a los pueblos indígenas con la discapacidad, a partir de los datos obtenidos del CENSO 2002, se realizó un cruce de información estadística, pudiendo establecer que un 2,2% del total de la población mapuche del país presenta algún tipo de discapacidad, alcanzando exactamente la misma prevalencia de discapacidad que se encontró en la población general. Los ocho pueblos originarios identificados en Chile, siendo el mapuche uno de ellos, mostraron prevalencias de discapacidad homólogas. Para la población mapuche, el tipo de discapacidad más frecuente corresponde a *parálisis/estar lisiado*<sup>1</sup>. La Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2006 indicó que la población con discapacidad entre los pueblos originarios ascendía a 7,1%, triplicando la información entregada por el CENSO. La misma encuesta indica que la discapacidad para la población general es de 6,9%, no constituyendo una diferencia significativa entre la población general y la indígena. Dos años después, en el 2008, la Ficha de Protección Social muestra que el 4% de la población indígena tiene alguna discapacidad, mientras que para la población general ascendía a 20,1%, siendo entonces cinco veces más baja que en la población nacional.

Otro estudio, nos dice que el 80% de las personas indígenas con discapacidad, tendría discapacidad leve<sup>2</sup> (FONADIS, 2008a). Estas estadísticas presentan información muy disímil, principalmente debido a la metodología utilizada para la medición, pero además nos demuestra la necesidad de incorporar la construcción propia sobre la discapacidad en el pueblo mapuche con la participación del propio pueblo mapuche como el actor social principal en la discusión, dado que la prevalencia es medida, hasta el momento, utilizando los mismos parámetros y conceptualizaciones para la población general, sin embargo mostrando resultados confusos y muy diversos, requiriendo mayor conocimiento para tener un perfil más ajustado a la realidad mapuche.

<sup>1</sup> Es importante mencionar que en Chile, el año 2008 correspondiente a este estudio y el 2002, en el que se realizó el CENSO, aún no existía el enfoque actual de la discapacidad, ajustado a la propuesta de la OMS, como lo declara hoy la Ley 20.422, razón por la que el lenguaje utilizado para categorizar la discapacidad (lisiado/parálisis) no es adecuado, por centrarse en la deficiencia individual y contribuir a la discriminación, exclusión e inequidad.

<sup>2</sup> Para dicho instrumento (Ficha de protección social) la discapacidad se clasifica en relación al nivel de dependencia de otro para la realización de las actividades de la vida diaria. En este caso, la discapacidad leve se otorga cuando esa dependencia es ocasional, pudiendo la persona ser autovalente en la mayoría de las actividades (MIDEPLAN, 2010).

## Inequidad, exclusión y discapacidad en la población mapuche

La pobreza está íntimamente relacionada con la discapacidad, debido, entre otras cosas, a los altos gastos en salud, la ruralidad, la falta de empleo y la baja educación. Amartya Sen ha utilizado el concepto de conversión de la discapacidad para explicar cómo estos individuos requieren gastos en salud más altos, propios de sus diagnósticos, pero que a la vez se ven incrementados por sistemas de salud poco accesibles y efectivos, baja disponibilidad y posibilidad de adquisición de dispositivos que favorezcan la participación y de otras condiciones sociales como el menor acceso a empleo o educación. Esto resulta en mayor pobreza para la persona con discapacidad y sus cuidadores, lo que genera, por supuesto, aún mayor discapacidad (Sen, 2004).

El Informe Mundial de la Discapacidad indica *“En promedio, las personas con discapacidad y las familias con un miembro con discapacidad tienen mayores tasas de privaciones como inseguridad alimentaria, condiciones deficientes de vivienda, falta de acceso a agua potable y salubridad, y acceso deficiente a atención de salud y poseen menos bienes que las personas y familias sin una discapacidad”* (OMS, 2011 c: 12). La mayoría de las comunidades mapuche empobrecidas se mantienen en una constante lucha por alcanzar los recursos materiales necesarios para sobrevivir, los cuales a su vez determinan socialmente la salud (OMS, 2011a), por lo tanto, es posible pensar que la discapacidad sea primordial solamente para las personas con discapacidad y sus familias.

## METODOLOGÍA

**E**l objetivo de esta investigación fue **identificar la conceptualización sobre la discapacidad reconocidas culturalmente entre la población mapuche**. Se trata de un estudio de carácter descriptivo, cuyo diseño abraza la tradición cualitativa de la investigación en salud pública. El método a utilizar será el etnográfico, el cual tiene el objetivo, de estudiar grupos humanos desde la dimensión cultural de su realidad social

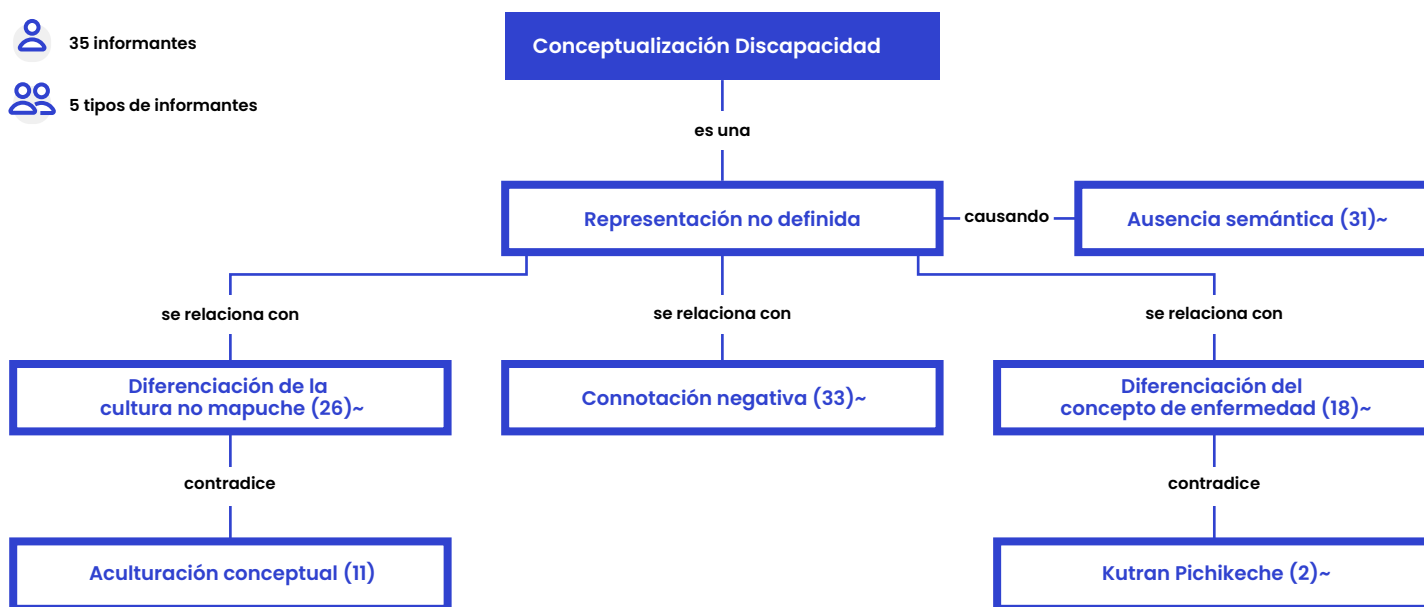
y obtener una imagen lo más real y fidedigna del grupo en estudio, aunque su intención en el largo plazo es contribuir a la comprensión del mismo fenómeno en sectores o grupos poblacionales con características similares (Martínez, 2005). Para ello es que se utilizarán las técnicas propias de dicho método, tales como la *entrevista en profundidad* y *los grupos de discusión*. El enfoque etnográfico será del tipo *etnografía crítica* y su relación con una perspectiva denominada *etnografía estratégica*. La etnografía crítica como concepto es de aparición reciente, sin embargo sus bases comenzaron tempranamente, dentro de una de los siete tipos de estudio etnográfico que definieron Atkinson, Delamont y Hammersley en 1988. Este tipo era el neo-marxista y surgió tras movimientos antropológicos que mostraban su disconformidad con la noción positivista existente y la etnografía objetiva que pretendía crear estudios libres de sesgos (Suárez Valdéz, 2012: 19). *“A pesar de que metodológicamente las técnicas utilizadas son las mismas que en la etnografía tradicional, la diferencia con la etnografía tradicional está radicalmente en la intención política de cambio social, para desenmascarar las estructuras sociales dominantes y sus mecanismos de dominación y represión”* (Ibíd, 19). Esta intención política que se ha definido se relaciona con la perspectiva ya mencionada denominada *etnografía estratégica*, en donde el propósito final del investigador es *“transformar su investigación en una importante herramienta para la implementación del cambio social”* (Sandoval, 1996).

Para conocer las nociones y conceptualizaciones relacionados con la discapacidad en la cultura mapuche, se entrevistarán a personas mapuche de zonas rurales con experiencias de vida vinculada a la discapacidad (personas con discapacidad y cuidadores), miembros de la comunidad mapuche y agentes médicos mapuches. Del mismo modo, se revisarán fuentes secundarias para identificar conceptualizaciones tanto en el pueblo mapuche como otros pueblos indígenas. La información fue procesada con el software *Atlas.ti* y se realizó un análisis de contenido desde una perspectiva crítica.

## RESULTADOS

La conceptualización de la discapacidad hace referencia a la comprensión cognitiva o la representación mental que tiene la cultura mapuche respecto a la discapacidad. Se han establecido los siguientes resultados, expresados en la figura 1, a continuación:

FIGURA 1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA COSMOVISIÓN MAPUCHE



La figura 1 muestra los aspectos relacionados con la conceptualización de la discapacidad de acuerdo a la cosmovisión mapuche. Claramente, es posible identificar que la principal característica respecto a la comprensión cognitiva de la discapacidad es que no existe una representación claramente definida de la misma dentro de la cultura mapuche. Esta inexistencia de una conceptualización del fenómeno de discapacidad es bastante transversal a los diferentes informantes entrevistados (31), considerando las propias personas con discapacidad, sus familias, comunidad y agentes terapéuticos, siendo una idea que se repite en el discurso.

Esta ausencia de reconocimiento genera una ausencia de un concepto semántico que comunique lo relacionado a la discapacidad:

*“no sé, en realidad no sé de ninguna palabra para’ decir así como soy con mi cuerpo... no sé” (Persona con discapacidad (PD) física)*

*“no hay ninguna forma especial de decir eso... no se dice de una forma” (Cuidadora de PD física)*

Por el contrario, la resistencia a la tipificación también se ve revelada en la persistencia a diferenciar individualidades de acuerdo a la persona que lo padece, lo cual responde más bien a una raigambre cognitiva que tiende a complejizar el fenómeno de la discapacidad o bien del fenómeno de enfermedad:

*“mire, es que es diferente porque alguien que está cojo puede ser por una cosa y otro por otra y los dos están cojos po´... o sea que no hay una forma pa´ uno que sea igual pa´ todos, depende de lo que se hizo” (Miembro de la comunidad mapuche (MCM))*

Sin embargo, existe un ámbito donde hay nociones conceptuales más definidas. De los cuatro informantes que indicaron la existencia de un concepto para nombrar a la discapacidad, dos coincidieron en un concepto y los otros dos mencionaron que, por una parte, habían varios conceptos para nombrar las diferentes discapacidades y sus causas y otro mencionó que existía un concepto general pero que no recordaba, sin embargo indicó que no era el concepto nombrado por las otras dos personas.

*“Son varios nombres, se llaman de diferente forma, o sea es que cada cosa tiene su nombre, entonces eso le hablaba yo, le hablaba hasta del mal de ojo” (machi)*

El concepto en que coincidieron dos informantes es el único término lingüístico reconocido en la investigación que se enmarca dentro de un aspecto específico vinculado a la discapacidad, el cual hace referencia a las enfermedades que generan limitaciones físicas desde el nacimiento y que son expresadas, principalmente, a través de malformaciones de distinto tipo. Este concepto es

*Kutran Pichikeche* y se refiere a las condiciones de salud infantil del tipo mencionado. Este concepto se relaciona con la gestación y el nacimiento y se mantiene sólo cuando la persona que lo presenta es niño o niña, pero si este niño se transforma en adulto, el término deja de aplicarse. Esto coincidiría con la mayoría de los informantes (22), que mencionaron que en el pueblo mapuche se cuidaba mucho a la mujer durante el embarazo para que no tuviera hijos con malformaciones.

Por otra parte, si bien no existe una representación clara del concepto de discapacidad, esta está relacionada con tres ejes esenciales. En primer lugar, destaca la **connotación negativa** asociada a la discapacidad. Esta situación se expresa en todos los tipos de informantes y es transversal a diversas situaciones de origen, funcionamiento y relaciones sociales. Después de la ausencia de representación clara del concepto, la connotación negativa ligada a la discapacidad es el componente discursivo más frecuente (33) respecto a lo que es la discapacidad:

*“en realidad la gente siempre te mira no tan bien, y te preguntan poco eso sí, yo pa´ mí es mejor” (PD física)*

*“ah no sé po, es que no es que uno sepa, porque eso ni es de uno, pero si se sabe que hay algo no tan bueno y que por eso se le está cobrando” (MC)*

En relación a este último punto, todas y todos los informantes identifican que, a pesar de no existir una palabra definida, existe una **diferencia conceptual** con la cultura no mapuche. El mapuche reconoce el concepto fuera de su cultura y es capaz de identificar que este no es homologable a la propia. Por supuesto, y tal como se ha mencionado anteriormente, este reconocimiento de “lo que no es” no implica la total claridad de lo que para la propia cultura es. En este mismo análisis, también hay un reconocimiento de que **no hay una homologación con el concepto de enfermedad** (kutran) en la cultura mapuche, según la mayoría de los informantes (18).

*“ya pero es que no es lo mismo po’, yo entiendo la discapacidad que usted me dice pero no es igual po’. Es que en el pueblo mapuche hay cosas distintas, incluso, así como secretas si se pudiera decir” (MC)*

Sin embargo, también hay una apropiación de algunos aspectos del concepto de discapacidad (no mapuche), especialmente en personas mapuche con discapacidad o padres jóvenes, debido a que precisamente han accedido a una respuesta social al problema en el mundo no mapuche, para el cual la conceptualización es condición previa. Este proceso responde a cierta aculturación biomédica, fenómeno común en la relación intercultural, y que relacionado a la conceptualización y aprehensión de conceptos se ha denominado aculturación conceptual, ya que la cultura mapuche integra elementos del concepto winka de discapacidad para explicar la propia, precisamente a partir de la participación terapéutica y de seguridad social que experimenta la persona y familia de la persona con discapacidad; las familias recurren a espacios

terapéuticos biomédicos tales como centros de salud u hospitales, en ausencia de respuesta terapéutica en la propia cultura, por migración o por valoración del apoyo recibido.

*“es como la misma discapacidad no más, porque antes era distinto, cuando yo era chico, pero ahora es cómo lo mismo, yo creo que se dice igual, porque cuando yo estoy en cualquier parte mapuche o no mapuche la gente asume que soy discapacitado y es como igual” (PD visual)*

Los informantes de esta categoría (11) coinciden en que la irrupción de los centros de salud ha tenido beneficios en este sentido. No obstante para efectos de las prácticas en salud propias se identifican desventajas, debido a que promueven la desaparición de sus prácticas médicas, incluso desde el colegio:

*“ayuda igual pero nosotros tenemos nuestras propias formas de sanar y lo que hay que hacer es que cuando nosotros no podemos hacer algo se recurra a los doctores, no antes” (agente médico mapuche).*

## DISCUSIÓN

Contribuir a una mayor comprensión del fenómeno de la discapacidad en el pueblo mapuche ha sido el propósito de este estudio, el que ha situado dicha comprensión desde la propia vivencia de este pueblo. El grupo sobre el cual se recolectó la información fue constituido por diversos actores considerados claves, tales como las propias personas con discapacidad, sus familias, la comunidad y personas que realizan prácticas médicas, tales como machis y lawentuchefe, lo que permitió obtener una visión general desde múltiples perspectivas de quienes se involucran con la discapacidad.

Los resultados del estudio indican claramente que el fenómeno de la discapacidad, tal como es conocido y vivido en la población general no es homologable a la vivencia del pueblo mapuche. La cosmovisión en que se basa su forma de vida no tiene un sitio totalmente reconocido para la discapacidad, y por lo mismo, su comprensión conceptual es disímil entre los distintos actores, pues se ha construido en base a elementos pertenecientes a la salud y la enfermedad, pero también a las relaciones sociales y la aculturación. En ambas culturas los aspectos sociales prácticamente determinan la comprensión de la discapacidad, pero de diferentes maneras. Para el pueblo mapuche el diagnóstico médico no es un elemento trascendental para la definición de la discapacidad en tanto proceso social. Son más bien el conjunto de implicaciones en el medio y su relación con la imposibilidad corporal de participar de roles esenciales para la cultura, como lo son las labores del campo, el cuidado de los niños y ancianos, roles políticos, posibilidad de comunicarse, etc., lo que finalmente se acercan más al concepto de discapacidad. Sin embargo este es un proceso que se alimenta en ambas direcciones, dado que cuando la discapacidad es adquirida tempranamente en la vida, o incluso es congénita, esta conceptualización se relaciona con el aislamiento de la persona, lo que, por

supuesto, determina a su vez, la instauración de la discapacidad como fenómeno de etiología compleja asociado a castigos o problemas en las relaciones de la madre y el medio, lo cual puede redundar en el temprano aislamiento de algunas personas con discapacidad.

Las diversas percepciones e ideas sobre la discapacidad en la cosmovisión mapuche no permiten establecer un concepto lingüístico propio para aludir a dicho fenómeno, sin embargo, se deduce la inutilidad de encontrar una palabra en la cultura mapuche, debido a una conceptualización y comprensión no definida con nuestros límites. Este hallazgo se relaciona con múltiples estudios en el mundo que han revelado que la mayoría de las poblaciones indígenas no conceptualizan la discapacidad, debido a causas variadas, no habiendo un término hablado o escrito que las defina (Gallagher et al., 2008; Sousa et al., 2010; Devlieger, 2005; Ng, 1996; Ariotti, 1999).

Un aspecto interesante de los resultados, indica que la manifestación visual de la discapacidad (anomalías corporales, formas de comunicación extraña o postramiento, por ejemplo) es uno de los aspectos más decisivos de la representación social de la discapacidad en la cultura occidental, en donde la persona con discapacidad se diferencia estéticamente del otro, en tanto aspecto físico y capacidad de independencia. Sin embargo, en la población mapuche estos dos elementos no son relevantes para comprender la discapacidad. En la cultura mapuche, de acuerdo a los hallazgos, podemos encontrar que existirían diferencias en cuanto a las “limitaciones” de la persona con discapacidad, entre ellos las posibilidades que tenga la persona de contribuir al trabajo conjunto del pueblo mapuche para su bienestar comunitario. De esta manera, en un punto específico, la discapacidad representa el resultado negativo o el castigo respecto de un mal actuar de la familia o la propia persona, en tanto que en la población general, la discapacidad no presenta este significado (Céspedes, 2005). En la cosmovisión mapuche, algunos signos que en la cultura

occidental son clasificados como psicopatológicos y son característicos de la discapacidad de origen psíquico, simplemente no están patologizados: entrar en trance, consumo de drogas, oír voces, predecir sucesos futuros, etc. Algunos de ellos son incluso de gran importancia y estatus, como aquellos que ocurren a las/los machis.

En la cultura occidental, la discapacidad presenta un significado negativo asociado a la creencia de que la persona con discapacidad no puede ser competitiva laboralmente o a la dependencia de otras personas. Esto los hace ser subvalorados dentro de una sociedad, que es fundamentalmente capitalista, en la que aspectos como el éxito laboral, la independencia e individualismo son aspectos esenciales de su construcción (Joly, 2007). Respecto a esto, la dependencia no es relevante para la comunidad mapuche, donde ninguno de los entrevistados destacó que el depender de otros fuese un elemento importante para considerar a alguien como “discapacitado”. Se desprende que en la cultura mapuche una persona puede depender de otra por cualquier causa, incluyendo una enfermedad, y este aspecto no se vincula a la discapacidad. La esencia de la comunidad mapuche no se centra en la unicidad, sino en la pareja o “el dos”, como base comprensiva de la necesidad de otro, tanto en el hombre/mujer como en la naturaleza (Citarella, 1995). Esta visión positiva de la interdependencia nos explicaría por qué la dependencia de otros no aparece en ninguno de los entrevistados como un componente a considerar. Para la cultura occidental sin embargo, la dependencia de otros está a la base del ser o no discapacitado. Incluso, los modelos actuales que comprenden a la discapacidad de una forma más social, también aluden a esta idea, la cual no sólo es mantenida, sino reforzada, pues todas las intervenciones actuales apuntan a la funcionalidad y la independencia para cruzar la línea hacia la inclusión o la recuperación funcional (Priestley, 2001). En cuanto a la importancia en el ejercicio laboral, esto es relevante para la cultura mapuche, sin embargo se comprende desde la contribución a la comunidad y el trabajo conjunto

y no desde el exitismo laboral, tan propio de la sociedad occidental.

Respecto a los fenómenos de inclusión y exclusión que se vinculan con la discapacidad de forma cercana, existe discriminación y exclusión hacia personas, pero no es posible considerar el concepto de “minorías” como lo conocemos. No hay segregación de personas homosexuales, mayores, de ciertas religiones, etc. y por lo tanto las personas con discapacidad no constituyen una minoría segregada dentro de la propia cultura. La exclusión se reconoce en la cosmovisión como una práctica posible cuando por alguna de las causas mencionadas se impide que se comprometa con su comunidad y su familia. Muchas formas de exclusión actuales son producto de la mezcla de cultura y no de la cosmovisión mapuche esencial.

Algunas prácticas tradicionales de la rehabilitación, tales como la inclusión escolar comenzaron a existir respuesta a la escolarización forzada que se realizó durante el último siglo. Muchos niños mapuche mostraban “anormalidades” al compararlos con niños mapuche, y se comenzaron a incluir prácticas “normalizadoras” y terapéuticas.

¿Cómo se podía hablar de niños con problemas de aprendizaje o disruptivo del aula, si el aprendizaje se daba en contextos familiares y comunitarios, además de transmitirse a través del diálogo y de la práctica?, denominado Kimeltuwün (educación por reciprocidad) (Quilaqueo & San Martín, 2008).

Tal como la educación, la inclusión/exclusión laboral comienza a existir debido a la aparición de la pobreza, producto del despojo de tierras, la discriminación y el uso abusivo de los recursos naturales. El empobrecimiento marcado del pueblo mapuche ha obligado a que exista la inclusión laboral como respuesta y la aparición del trabajo remunerado e institucionalizado, propio de sociedades capitalistas. Los procesos que determinan a la discapacidad como castigo son variados, y responden a elementos propios de la cultura mapuche, tal como la transgresión



de comportamientos sociales propios o el desequilibrio social y con la naturaleza; pero también responden a procesos de aculturación, la que se ve representada en la aparición de enfermedades no mapuches, pero que aparecen a partir de la adopción del estilo de vida occidental, lo que lo transformaría en un pueblo vulnerable para la enfermedad y la discapacidad, a partir de situaciones como: un contexto político opresor, malas condiciones laborales, presión sobre el territorio, diáspora mapuche (Antileo, 2012) o discriminación por género. Este aspecto se transformaría en uno de los principales orígenes de la discapacidad actual en el pueblo mapuche, pero también en la principal fuente de actitudes y prácticas tan complejas como el abandono o el aislamiento de las personas con discapacidad, porque ocurrirían a partir de la inequidad a la que se enfrenta diariamente el pueblo mapuche y que determina la necesidad de contar con miembros de la comunidad aptos para participar de roles comunitarios, luchar contra la opresión y enfrentar la falta de recursos económicos, inaccesibilidad y discriminación (Van Dijk, 2007).

## CONCLUSIONES

Para el Estado, el abordaje comprensivo y situado de la discapacidad del mundo mapuche rural implica desafíos estructurales, que consideren los elementos sociales, y los determinantes del fenómeno, entre los que se destaca la problematización de la política indígena del Estado, el sistema de salud, la inequidad étnica y de género, así como la pobreza y desigualdad que aparecen como elementos fundamentales para generar y desarrollar la discapacidad. Una reflexión profunda, al respecto, obliga al diálogo y la construcción conjunta, pues se requiere además un aparato legal que lo sustente, equipos con capacidad técnica y un cambio en la forma de pensar la discapacidad en términos exclusivamente médicos o biológicos; en entornos en los que se evidencia una doble exclusión. Ambas se alimentan recíprocamente, y

la existencia de una, de acuerdo a los hallazgos y lo discutido en este estudio, promueve aún más la existencia de la otra.

La exclusión por ser indígena mapuche alimentará aún más la discapacidad, de acuerdo a lo que en este estudio se ha referido como prácticas de exclusión producto de las relaciones de poder sobre la cultura dominante, no indígena. Se requieren escenarios políticos y programáticos reflexivos para pensar y formular políticas públicas para la construcción de una respuesta estatal pertinente en el abordaje de la discapacidad con el pueblo mapuche.



## RECOMENDACIONES

Es tentador para una sociedad no comprometer políticas públicas para la discapacidad en un pueblo indígena que no presenta una conceptualización bien definida de la misma, por considerarlos aún “minorías” o no poseer técnicas ni aparato burocrático pertinente; sin embargo no se debe olvidar que nuestra comprensión respecto a la cultura mapuche será siempre limitada, dado la mirada foránea que se tiene respecto a ella y, por lo tanto, las comprensiones conceptuales se dan a través de la historia, la comunicación y la vivencia comunitaria de cada pueblo. A continuación se presentan algunas recomendaciones a partir de este estudio:

### 1 Línea intercultural

Implementación de una línea intercultural en la política del Servicio Nacional de la Discapacidad y que se encuentre en coordinación con CONADI, Centros de salud interculturales. Servicios de salud y organizaciones mapuche, la cual debe estar dirigida por líderes mapuche.

### 2 Espacios de reflexión

Generar espacios de reflexión respecto a la discapacidad, donde el pueblo mapuche sea actor clave en su coordinación y desarrollo.

### 3 Mesas de trabajo

Para esto se recomiendan las iniciativas de mesas de trabajo que integren el trabajo intersectorial y la perspectiva de salud en todas las políticas, generando talleres de reflexión teórica e intervención práctica, guiados por organizaciones mapuches.

### 4 Orientación académica

A nivel académico, se deben incluir mejoras en las mallas curriculares de las carreras de salud que no estén orientadas a mantener circuitos de dominación a través del aprendizaje folclórico de las técnicas médicas mapuches o la mantención de la gestión de los servicios desde los profesionales no mapuches, sino a la capacidad analítica, la necesidad de participación indígena y la comprensión de la justicia con el pueblo mapuche respecto a la posibilidad de incidencia en las políticas públicas. Para esto se sugiere que las organizaciones mapuches tengan participación en las etapas de consultorías que se realizan ante la creación o renovación de una malla curricular y posteriormente en la elaboración técnica de la misma. También en esta línea académica, se recomiendan desarrollar fondos que promuevan la investigación en este tema, a través de iniciativas conjuntas con instituciones estatales y organizaciones mapuche.

### 5 Autogestión

Considerar la posibilidad de la autogestión y autodeterminación del abordaje de la discapacidad en el pueblo mapuche. Este puede ser el punto más controversial, dada la contingencia y posturas del estado chileno frente a este tema, sin embargo nos encontramos en un momento en que la interculturalidad está siendo cuestionada y las necesidades de los pueblos indígenas mal interpretadas.



## BIBLIOGRAFÍA

**Ariotti, L.** Social construction of anangu disability. *Australian Journal of Rural Health* (Sydney, Australia). 1999; 7: 216-22.

**Balcazar F, Suárez-Balcazar Y, Taylor-Ritzler T, Keys C.** Race, culture and disability. Ontario: Jones & Barlett Learning; 2010.

**Bickenbach, J.** Disability, culture and UN convention. *Disability and Rehabilitation* (Londres, Reino Unido). 2009; 31(14): 111- 1124.

**Boccaro, G.** Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. Chungará, *Revista de Antropología Chilena* (Arica, Chile). 2007; 39(2): 185-207.

**Boccaro, G.** La interculturalidad como campo social. *Cuadernos interculturales* (Valparaíso, Chile). 2012; 10(18): 11-30. [documento en línea]. Disponible en formato pdf en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55223841002>

**Castellanos F, López L.** Discapacidad y cultura: desafío emergente en investigación. *Avances en Enfermería* (Bogotá, Colombia). 2009; 27(1): 110-123.

**Citarella L.** comp. *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago: Editorial Sudamericana; 1995.

**Cuyul A.** (2012). Salud intercultural y la patrimonialización de la Salud Mapuche en Chile. En: *Comunidad de Historia Mapuche*, editores. *Ta iñ fijke xipa rakizuameluwün*. Temuco: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche; 2013. 257-238.

**Díaz A, Pérez MV, González C, Simon J.** Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y enfermería* (Concepción, Chile). 2004; 10 (1): 9-16.

**Fernández G.** comp. *Salud e Interculturalidad en América Latina: Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2006.

**Fondo Nacional de la Discapacidad.** *Pueblos originarios y discapacidad*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; 2008a.

**Fondo Nacional de la Discapacidad.** *Pueblos originarios y discapacidad. Producto 1: Pewenche del Alto Bío-Bío*. . Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; 2008b.

**Gallagher T, DiGiorgio C, Bennett S, Antle K.** Understanding Disability and Culture while Enhancing Advocacy. *Teaching and Learning* (Ontario, Canadá). 2008; 5(1): 30-36.

**Ingstad B, Whyte S.** *Disability and culture*. California: University of California Press; 1995.

**Joly E.** La discapacidad: una construcción social al servicio de la economía. Rumbos, impulsando accesibilidad. [Consultado el 03 de Julio de 2018]. Disponible en: <http://www.rumbos.org.ar/discapacidad-una-construccion-social-al-servicio-de-la-economia-clase-facderuba>

**Le Breton D.** Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 2002.

**Lolas F.** Prioridades en salud y salud intercultural. Santiago de Chile: CIEB Universidad de Chile; 2007.

**Martínez M.** El método etnográfico de investigación. Revista Dialógica (Caracas, Venezuela). 2004; 1 (1): 13-44.

**Ministerio de Planificación Chile.** Políticas de nuevo trato con los pueblos indígenas. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social: 2004.

**Ng E.** Disability among Canada's aboriginal peoples in 1991. Health Reports Summer (Ottawa, Canadá). 1996; 8 (1): 25-32. [documento en línea]. Disponible en formato pdf en <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/1996001/article/2823-eng.pdf>

**Organización Mundial de la Salud.** Informe Mundial sobre la Discapacidad: Resumen en español. Ginebra: Organización Mundial de la Salud: 2011.



# Estrategia participativa e intersectorial para la disminución de la prevalencia de escabiosis en el sector de Epewkura, Currarehue.

**Dr. Hugo Vásquez Vera**

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA, BARCELONA, ESPAÑA.

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS EXPERIMENTALES Y DE LA SALUD, UNIVERSITAT POMPEU FABRA, BARCELONA, ESPAÑA. INSTITUT D'INVESTIGACIÓ BIOMÈDICA, (IIB-SANT PAU), BARCELONA, ESPAÑA.

CENTRO DE ESTUDIOS APLICADOS PARA LA EQUIDAD EN SALUD,

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA, TEMUCO, CHILE.

[HVASQUEZ@ASPB.CAT](mailto:HVASQUEZ@ASPB.CAT)

## **PALABRAS CLAVE**

*Escabiosis, Investigación-Acción Participativa, Determinantes Sociales de la Salud, Intersectorialidad, Salud comunitaria.*



## RESUMEN

Las inequidades en salud se reproducen a distintos niveles encontrando diferencias en los resultados sanitarios de la población determinados por la pobreza y la desigualdad tanto entre países, como entre regiones de un mismo país, comunas o incluso sectores dentro de las mismas. Este es el caso de la comuna de Curarrehue la cual, además de presentar peores resultados en salud producto de su vulnerabilidad y pobreza comparada con los niveles regional y nacional, reproduce las inequidades dentro de su propio territorio. Un ejemplo de aquello es el sector de Epewkura el cual es una de las zonas más empobrecidas y vulnerables dentro la comuna. Esto se refleja en mayores problemas de salud como es la alta prevalencia de escabiosis, fenómeno que lleva varios años afectando a la población y que no ha podido ser solucionado desde la perspectiva biomédica habitual. El objetivo de esta investigación-acción fue desarrollar una estrategia participativa e intersectorial para abordar la alta prevalencia de escabiosis, a través de la elaboración de un plan de acción integral que incluyera los determinantes sociales y culturales del fenómeno, identificados por la propia comunidad, los profesionales del sector Salud y el resto de sectores del gobierno local involucrados.

## INTRODUCCIÓN

**H**ace más de un siglo que se viene planteando por parte de profesionales del área de la salud, y otras, que los procesos de salud y enfermedad de los colectivos tienen principalmente una determinación social, aunque sólo desde hace algunas décadas este tema se ha hecho más relevante desde la perspectiva científica internacional (Berkman & Kawachi, 2000).

Esta realidad se reproduce a todo nivel, encontrando diferencias en los resultados sanitarios de la población determinados por la pobreza y la desigualdad tanto entre países, como entre regiones de un mismo país, comunas o incluso sectores dentro de las mismas (Arteaga, 2002). Ese es el caso de Curarrehue, la cual presenta niveles de pobreza y barreras para el desarrollo humano que la han puesto dentro de las llamadas comunas vulnerables del país (MINSAL, 2009).

Ubicada en el extremo sur-oriente de la región de la Araucanía, la comuna tiene una superficie de 1.170 km<sup>2</sup> y cuenta con 6.784 habitantes (INE, n.d.). Con una importante proporción de población perteneciente al pueblo mapuche (un 66,66% según datos de la CASEN 2009 (Ministerio de Desarrollo Social, 2009), cuenta con un 19% de pobreza según las cifras oficiales (Ministerio de Desarrollo Social, 2009), presenta menos años escolaridad promedio y mayores niveles de analfabetismo comparada la región y el país y un índice de necesidades básicas insatisfechas que evidencia que tres de cada cuatro hogares en Curarrehue presenta por lo menos una carencia en materialidad de la vivienda, electricidad y servicios de saneamiento básico (Echeverría, 2011). Esta situación se traduce en tasas de mortalidad general mayores que las nacionales y regionales, mayores tasas de embarazo adolescente, obesidad infantil, entre otras (Echeverría, 2011).

Este negativo impacto en la salud de las personas, determinado socialmente por la inequidad y

la pobreza, se reproducen dentro de la misma comuna. Así, dentro de Curarrehue existen sectores particularmente pobres y vulnerables, como Epewkura (del mapudungún dos piedras), donde se pueden apreciar diferencias en la salud de su población en relación al resto de la comuna. Epewkura se ubica a 35 kms., del centro urbano. Encajonado en el valle que conduce a Reigolil y Flor del Valle, es atravesado por el río Maichín el cual divide al sector en Purranque y Puente Basas Chico. Esta división es más bien histórica, respondiendo a lazos familiares y siendo reconocida así por los miembros de la comunidad de Epewkura. Presenta una población aproximada de 409 personas agrupadas en 92 familias, la que se distribuye en un 52% de población de menores de 18 años, un 40% de población adulta y un 8% de población adulta mayor. No existen datos oficiales del nivel de pobreza, sin embargo una aproximación es que la gran mayoría de las familias presenta menos de 8.500 puntos en la Ficha de Protección Social, lo cual las ubica dentro del quintil más vulnerable de la población.

Una de las consecuencias en salud de esta realidad de privación socioeconómica es una elevada prevalencia de escabiosis de larga data en el sector. Esta enfermedad cutánea se produce por la infestación del estrato córneo de la piel por el ácaro *Sarcoptes Scabiei*, lo cual desencadena una reacción de hipersensibilidad que genera, a su vez, los signos y síntomas caracterizados por lesiones papulares muy pruriginosas. Este cuadro no es inocuo debido a sus complicaciones como la sobreinfección de la piel por bacterias, la glomerulonefritis postestreptocócica o la sarna noruega, que presenta elevada mortalidad. Por otra parte, es una enfermedad infectocontagiosa que puede constituirse como un marcador de pobreza y vulnerabilidad, pues aumentan el riesgo de padecerla condiciones como el hacinamiento y la desnutrición, generando, además, sentimientos de vergüenza y marginación en quienes la padecen (McCarthy, Kemp, Walton, & Currie, 2004).



Hace más de diez años que se describe a la escabiosis como problema en el sector, tanto por parte del equipo de salud como por la propia comunidad. Sin embargo, no existen registros sistemáticos respecto de la historia ni de la magnitud actual del problema. Según actores involucrados, el abordaje del fenómeno siempre se ha realizado desde un enfoque biomédico, sin participación de la comunidad y sin el análisis de las causas más profundas de la persistencia del problema. Por esta situación, el año 2012 se llevó a cabo una investigación-acción participativa (IAP) cuyo objetivo fue conocer las causas de la persistencia de la problemática de la escabiosis en el sector de Epewkura y, a partir de ello, elaborar una estrategia participativa e intersectorial que disminuya su prevalencia. Este artículo resume los principales resultados de dicho proceso de investigación.

## METODOLOGÍA

### La investigación-acción participativa.

El diseño de este estudio correspondió a una Investigación Acción Participativa (IAP), la cual forma parte del grupo de los estudios denominados “investigación-acción”. Estos, al contrario de las metodologías de estudios con enfoque positivista clásico, plantean que el investigador debería convertirse en un sujeto transformador, donde lo importante es la opinión y decisión del grupo (de la comunidad involucrada) y el compromiso con la mejora de la situación estudiada (Oliveira de Vasconcelos & Waldenez de Oliveira, 2010). Según plantea Villasante, la IAP se plantea como una alternativa al dominio de lo macro sobre lo micro, como una crítica a las leyes de causa-efecto lineales instalando la “reflexividad” y la “recursividad” de los procesos, y como un rechazo a los reduccionismos simplificadores pasando a trabajar con “paradojas y dialógicas superadoras de los dilemas simples que aparecen al principio de manera superficial” (Villasante, 2010).

## PARTICIPANTES

Los participantes del estudio pertenecen fundamentalmente a la comunidad del sector de Epewkura (principalmente en torno a la comunidad educativa), más miembros del equipo de salud de la comuna y otros sectores municipales como educación, desarrollo productivo, gabinete municipal y departamento social. Todos los actores involucrados actuaron como sujetos y objetos de investigación, existiendo un desarrollo circular donde todos aportaron en la generación de conocimiento y, a su vez, aprendieron de los distintos momentos de la experiencia.

### Etapas del proceso de investigación.

A pesar de considerar la recursividad y flexibilidad de la IAP respecto de su desarrollo, como una forma de ordenar el proceso este estudio se ha basado en las siguientes etapas descritas a continuación y que responden a una propuesta metodológica basada en el trabajo de Joel Martí, Tomás Villasante y colaboradores (Martí, 2002).

#### Etapas de pre-investigación: Síntomas, demanda y elaboración del proyecto.

Durante el año 2011 se empezó a hacer evidente la preocupación dentro del equipo de salud del Consultorio de Curarrehue acerca de la situación de la comunidad del sector de Epewkura y su elevada presencia de escabiosis. Durante el último trimestre del mismo año, se iniciaron reuniones con la comunidad y el intersector municipal con el fin de ampliar visiones que permitieran una mejor detección del problema, delimitar y negociar la demanda, además de generar los apoyos políticos y administrativos que permitieran la viabilidad del proyecto.

### **Etapa de diagnóstico.**

El inicio de esta etapa, la cual se desarrolló durante el primer trimestre de 2012, incluyó la formación del grupo motor (GM), formado por 8 personas (3 personas de la comunidad de Epewkura, 3 personas del equipo de salud local y 2 personas del intersector municipal) y la Comisión de Seguimiento (CS), formado por los encargados de los departamentos de educación, gestión y negocios, obras, social y la administradora municipal, dirigentes comunitarios (Centro de Padres y Apoderados de la escuela local, Comité del Pequeño Agricultor de Epewkura) y diversas personas de la comunidad que se interesaron en el proceso.

Luego, para estimar la magnitud de la escabiosis en el sector se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de conveniencia que incluyera a todas las familias. A las personas entrevistadas se les realizó una encuesta de salud y el diagnóstico clínico de la escabiosis a cargo de profesionales entrenados del equipo de salud de Curarrehue previa firma de un consentimiento informado. De manera paralela, se utilizaron métodos cualitativos que incluyeron entrevistas semi-estructuradas, asambleas participativas y talleres (árbol de problemas, jardín comunitario y sociograma) para profundizar respecto del significado de la enfermedad para los habitantes de Epewkura, las causas atribuidas a su persistencia y recurrencia y las eventuales soluciones (para más detalles de las metodologías cuantitativas y cualitativas utilizadas ver el documento de tesis original).

### **Etapa de programación.**

Posterior a la etapa de diagnóstico, el GM condujo el proceso de profundización y apertura de los conocimientos generados. Para esto se realizaron reuniones entre abril y septiembre de 2012 donde, en primer lugar, se realizó una primera devolución a la comunidad para validar, corregir y completar los resultados obtenidos en la etapa

de diagnóstico. Posterior a esto, para identificar los temas integradores, más allá del tema sensible (la escabiosis y la aproximación biomédica a ella), se realizó un taller de lluvia de ideas con la comunidad para identificar las dimensiones que a su parecer, y con toda la información ya obtenida, eran necesarias para solucionar la alta prevalencia de escabiosis en el sector.

Finalmente, se agruparon las ideas formuladas en categorías que luego fueron priorizadas por los mismos participantes. Esto permitió establecer ejes temáticos para la planificación de estrategias de abordaje del problema, profundizando en temas integrales que fueron tomados y analizados con mayor detalle por el GM.

### **Etapa de conclusiones y propuestas.**

A partir del conocimiento emergido en la etapa anterior, el GM realizó una sistematización de las propuestas concretas para abordar tanto el tema particular de la escabiosis como tema sensible como los temas más estructurales que surgieron del análisis de la comunidad (temas integrales), lo cual constituyó el Plan de Acción Integral (PAI). Éste se tradujo en una estructura matricial donde se incluyó la dimensión (eje estratégico o tema integral), las iniciativas por cada dimensión, las actividades por cada iniciativa y los responsables a cargo.

En septiembre de 2012 se realizó la segunda devolución a la comunidad que incluyó la presentación del PAI. En esta ocasión se convocó a la comunidad de forma masiva, asistiendo a la reunión aproximadamente 60 vecinos y vecinas del sector, quienes de forma libre y abierta, consultaron y opinaron respecto del plan propuesto por el GM. Esto permitió hacer algunas modificaciones y correcciones, y, por último, validar la propuesta por la comunidad de Epewkura.

Finalmente, en octubre de 2012 se realizó la última reunión de la CS y del GM en la cual se volvió a

exponer el PAI con las correcciones realizadas en la reunión anterior con la comunidad. En esta ocasión se discutió con los miembros de la CS la necesidad de ratificar a los responsables de cada iniciativa y actividad del plan, tanto profesionales y técnicos municipales así como vecinos de la comunidad, con el propósito de generar una corresponsabilidad en la ejecución y sostenibilidad de la estrategia. Cada responsable, debía en adelante establecer sus plazos, objetivos y equipo colaborador.

## RESULTADOS

### Características socioeconómicas de las personas entrevistadas.

Se entrevistó a 176 personas. De ellas el 46,5% fueron mujeres. Un 40,9% eran menores de 15 años, el 50,5% tenía entre 15 y 64 años, en tanto el 8,6% tenían igual o más de 65 años. Respecto de su ubicación territorial, el 59,1% pertenecía al sector de Puente Basas Chico, mientras que el 40,9% al sector de Purranque. Un 93,8% refirió pertenecer a la etnia Mapuche. Desde el punto de vista religioso un 73,9% refirió ser evangélico, un 11,9% católico, un 4,5% profesar su religión tradicional Mapuche, mientras que un 9,6% declaró no pertenecer a ningún grupo religioso. Respecto del nivel educativo de los mayores de 18 años, el 13% refiere no haber participado de la educación formal, el 68,5% refiere haber cursado hasta niveles de educación básica, mientras que el 18,5% hasta niveles de educación media.

En cuanto a condiciones de la vivienda, la gran mayoría (96%) estaba construida con madera. Un 54,6% de las personas vivía bajo condiciones de hacinamiento, definido como 3 o más personas por dormitorio, siendo crítico el 35,4% de estos (4 o más personas por dormitorio). El 60,2% tenía instalada una fuente de agua dentro de la vivienda, mientras que un 39,2% la recogía desde alguna llave instalada cerca de la casa (ambas no potable)

y un 0,6% la debía recolectar por acarreo desde alguna vertiente. La mayoría de las personas tenía letrinas con pozo negro para la disposición de excretas, correspondiendo a un 90,3%, mientras que el 9,7% restante utilizaba WC dentro del hogar conectado a pozo séptico.

### Acercamiento cuantitativo a la escabiosis en Epewkura.

El 35,8% de las personas entrevistadas presentaba escabiosis al momento del examen (IC95%=[28,7%-43,4%]). No existieron diferencias significativas según sexo. Según territorio la prevalencia fue de 26% (IC95%=[17,3%-34,5%]) en el sector de Puente Basas Chico, frente a un 50% (IC95%=[38,2%-61,8%]) en el sector de Purranque. Según grupo etario, los menores de 18 años presentaron más alta proporción de escabiosis comparado con la población mayor de 18 años (43,5% versus 28,6%, respectivamente). Respecto de las condiciones de la vivienda, el hacinamiento se correlacionó positivamente con la presencia de escabiosis, doblando la probabilidad de tener la enfermedad comparado con quienes no vivían en dicha condición (OR=2; p-value= 0,03; IC=[1,02-4,05]).

Otras características de la vivienda como el material de la construcción o la presencia de agua dentro de la casa no se asociaron a la presencia de escabiosis en la población estudiada.

## **Hacia la comprensión integral del problema escabiosis en Epewkura.**

Se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas que permitieron identificar, a través de la saturación del discurso, 5 dimensiones relacionadas con la percepción comunitaria de la enfermedad las cuales se describen a continuación:

### **Alergia vs sarna: ¿desconocimiento, negación o denominación propia?**

Según las personas entrevistadas, se ha adoptado la palabra “alergia” para denominar a la escabiosis, como una construcción social. Aparece ser una resistencia a la palabra sarna, posicionando a la escabiosis como una enfermedad habitual y recurrente.

### **De las posibles causas y procedencias.**

A pesar de que no existe claridad respecto del origen de la enfermedad de las personas relacionaron factores sociales como el hacinamiento y la pobreza. También emergió la escuela como sitio de propagación de la escabiosis en la comunidad.

### **La sarna y el prejuicio de la comunidad.**

Dentro de las entrevistadas, existía la creencia que esta enfermedad se asocia a la suciedad, falta de higiene y poca preocupación, principalmente de quienes no la han padecido, lo cual lo cual les hacía guardar distancia de los que sí la han presentado ante una situación de discriminación percibida.

### **Consecuencias percibidas de “la enfermedad” en la vida de las personas.**

La vergüenza y el miedo fueron sentimientos comunes entre quienes habían presentado escabiosis.

### **Acerca del rechazo al tratamiento y otras alternativas.**

Destacó en el discurso de las entrevistadas la poca aceptación del tratamiento médico con vaselina azufrada para la escabiosis por parte

de la comunidad tanto por la percepción de baja efectividad como por el olor e incomodidad al usarla. Apareció el gasto de bolsillo como una de las alternativas para conseguir otros tratamientos.

Complementando la información aportada por las entrevistas, los resultados del taller “Árbol de problemas” aportaron las causas y consecuencias percibidas por la comunidad.

Dentro de las causas más relevantes que, según las participantes, perpetuarían la presencia de escabiosis en el sector se encuentran los siguientes:

**La contaminación ambiental.** Ésta incluyó los problemas de no contar con agua potable, considerando que la mayoría de las personas consume agua de vertientes que pasan por sus predios, la mala disposición de los residuos sólidos en el sector y la presencia de perros vagos que acarrear enfermedades y contribuyen con la diseminación de la basura en Epewkura.

**Las malas condiciones higiénicas del colegio,** particularmente en sus baños. Esto vinculado con que el establecimiento se convierte en un punto de encuentro donde los niños tienen mayor exposición a contagiarse mutuamente.

**El hacinamiento de muchas familias del sector.** Según las personas participantes, esta condición favorece el contagio y diseminación de la enfermedad.

**La falta de oportunidades de trabajo en el sector.** Esto tendría dos efectos. Por una parte, favorecer la migración de la gente joven en búsqueda de trabajo por temporadas fuera de la región, quienes en un número no menor vuelven con pareja y, a veces, hijos a vivir a los mismos espacios habitacionales que dejaron inicialmente, aumentando así los niveles de hacinamiento. Por otra parte, aumenta la vulnerabilidad socioeconómica de las familias del sector, lo cual incide en sus condiciones de vida (vivienda, alimentación, transporte, etc.).

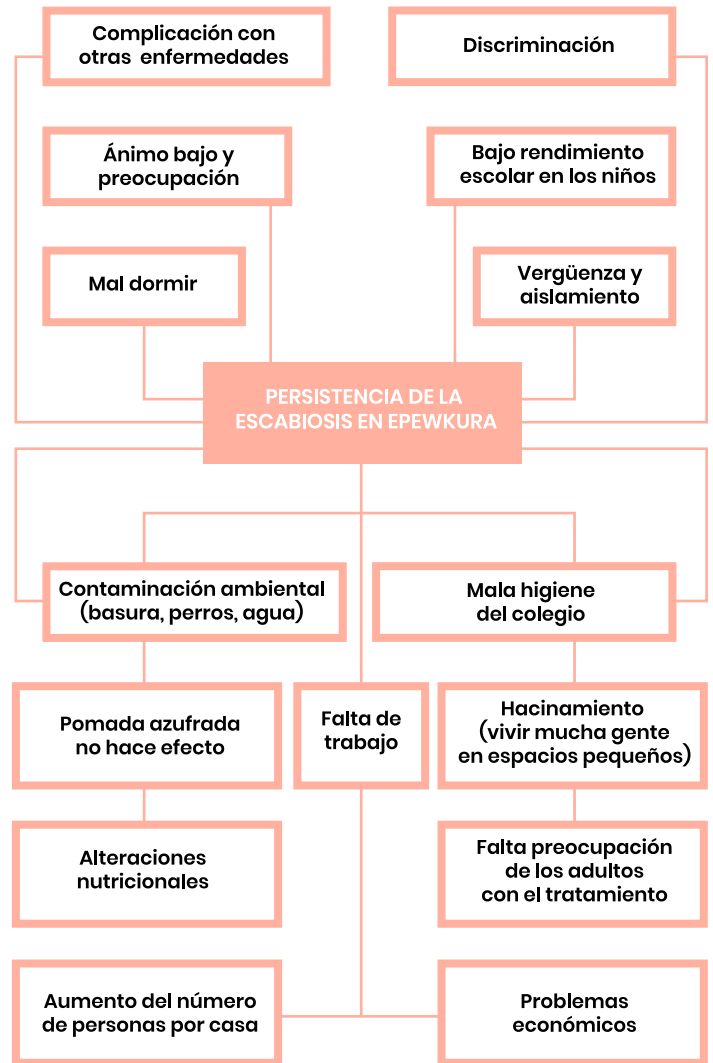
**Alteraciones nutricionales por déficit o por exceso.** Las participantes señalaron esta causa como una de las que favorece la escabiosis en los niños del sector, debido a las consecuencias negativas en el sistema inmune de estos.

**La falta de preocupación personal suficiente por parte de los adultos del sector respecto del tratamiento.** Si bien la mayoría coincidió en que el manejo a los niños y niñas lo hacían de manera regular, las participantes refirieron que cuando se trataba de los adultos la adherencia tendía a ser menor.

**La baja efectividad de la vaselina azufrada como tratamiento de primera línea en el sector.** Tal como se observó en las entrevistas individuales, existe rechazo y poca confianza de la efectividad del tratamiento que actualmente se utiliza para la escabiosis en Epewkura.

Por otra parte, dentro de las consecuencias que la escabiosis tendría en las personas del sector se identificaron las siguientes: i) Vergüenza y aislamiento; ii) Discriminación por parte de las personas fuera del sector e incluso dentro de los mismos vecinos; iii) Bajo rendimiento escolar en los niños, lo cual preocupa a los vecinos, pues lo asocian a menores oportunidades de trabajo futuro; iv) Ánimo bajo y preocupación por parte de quienes padecen la enfermedad y sus familias; v) Problemas para conciliar el sueño producto del intenso prurito, lo cual genera un descanso poco reparador; vi) Asociación con otras enfermedades, tanto de la piel (como sobreinfecciones) como otras infecciosas.

FIGURA 1. "ÁRBOL DE PROBLEMAS"



### **Acerca de la realidad local y las posibilidades de construcción de una Propuesta de Acción Integral (PAI)**

Una vez identificada la magnitud del problema y sus determinantes socioculturales, la comunidad identificó sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de cara a la elaboración del PAI a través de la metodología del Jardín Comunitario (tabla 1). Inicialmente, la discusión por grupos reflejó principalmente los aspectos negativos por sobre los positivos. A pesar de que aparecieron varios elementos constitutivos de debilidades y amenazas, la poca motivación de la comunidad y la falta de organización aparecieron como temas transversales. Estos se asociaron estrechamente con la poca autoestima de las personas del sector, fenómeno que se transmitirá transgeneracionalmente según las propias participantes. También, la falta de recursos y oportunidades de desarrollo económico destacó como una de las grandes amenazas de la comunidad. Dentro de las fortalezas y oportunidades emergieron principalmente las redes comunitarias del sector, tanto aquellas dependientes del municipio como aquellas propias de los y las vecinas. Las personas del sector consideraron a la comunidad como central en sus vidas.

A través del sociograma, las participantes identificaron los diferentes actores de Epewkura, sus relaciones de poder y el vínculo con la comunidad. Lo cual fue clave para elaborar el mapa de activos comunitarios necesario para elaborar el PAI. Algunos activos destacados fueron el comité de salud del sector, la escuela de Epewkura y el centro de padres y madres, el equipo de salud y la “municipalidad” (para más información ver el documento de tesis original).

### **La elaboración del Plan de Acción Integral: una socio-praxis en el sector de Epewkura.**

Una vez realizado todo el proceso diagnóstico descrito, se realizó la primera devolución a la comunidad donde, en un salto creativo, emergieron los temas integradores que a juicio de la comunidad debían ser abordados para disminuir la prevalencia de escabiosis en el sector. Estos temas fueron recogidos por el GM motor y profundizados en un proceso de reflexión recursiva, lo cual resultó en siete ejes de acción que conforman el Plan de Acción Integral.

**TABLA 1**

**PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL**

**Objetivo:** Disminuir la prevalencia de escabiosis en Epewkura mediante el abordaje de los determinantes sociales identificados.

LÍNEA DE ACCIÓN	PROYECTO	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	PLAZOS
<b>Vivienda</b>	Saneamiento títulos de dominio	20% de títulos de Dominio regularizados	Charlas de orientación a la comunidad	Pendiente*	Diciembre 2013
			Catastro de tenencia de propiedad	Pendiente*	
			Mejorar nexos entre la comunidad y el encargado de saneamiento del Municipio	Pendiente*	
	Gestión de proyectos de mejoramiento de vivienda	Intervención y mejora de las viviendas del 20% de familias con peor situación	Adquisición de recursos	Pendiente*	Mayo 2013
			Operativos de mejoramiento de viviendas	Pendiente*	
<b>Agua Potable</b>	Formación del Comité de Agua Potable de Epewkura	Comité de Agua Potable local formado	Inscripción de las familias	J.C.	Marzo 2013
			Estudio de las familias	J.C.	
			Monitorear inicio de las obras	J.C.	
Educación para el uso eficiente del agua	20% de familias participan de los talleres de educación	Charlas y talleres sobre uso eficiente del agua en comité y jardín infantil	Pendiente*	Marzo 2013	
<b>Salud Ambiental</b>	Programa de manejo integral de residuos sólidos	Disminución del volumen de residuos sólidos (RS) en escuela y jardín infantil y sala cuna	Talleres sobre minimización de residuos sólidos en complejo educativo abiertos a la comunidad	P.E.	Abril 2013
			Adquisición de contenedores de RS para el complejo educativo	P.E.	Julio 2013
	Educación para la prevención de la escabiosis	50% o más de las familias participan de alguno de los talleres programados	Talleres sobre la prevención y tratamiento de la escabiosis en comité de salud, escuela, jardín infantil y JJVV	H.V.	Marzo 2013
<b>Educación</b>	Motivación vocacional para la comunidad educativa del sector	Desarrollo de una experiencia piloto que promueva la motivación vocacional de niños, padres y profesores	Jornada recreativa y educativa intercultural para niños y familias	J. Ca.	Noviembre 2012
			Concurso de dibujo sobre Epew del sector	D.C.	Marzo 2013
			Jornada de motivación para la continuación de estudios en Enseñanza Media para alumnos de 7º y 8º básicos	Equipo PIRI UFRO	Noviembre 2012
	Adquisición de medio de transporte escolar	Escuela cuenta con furgón para el transporte de niños	Gestiones en Municipalidad de Curraehue	DAEM	Diciembre 2012
	Escuela para padres	50% de participación de los padres en la iniciativa	Talleres en reuniones de apoderados de subcentro en escuela local	D.C.	Julio 2013
	Apoyo psicosocial para niños vulnerables	100% de los niños con problemas asociados a su vulnerabilidad social es evaluado por equipo de salud mental del consultorio	Detección de casos en centros educativos de Epewkura	Direcciones de Escuela Likankura y Jardín Infantil	Diciembre 2013
			Consultas con psicóloga para casos detectados	P.D.	Diciembre 2013
Educación para adultos	100% de adultos interesados tiene posibilidad de retomar sus estudios	Clases de nivelación de educación básica y media	Pendiente*	Diciembre 2013	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROYECTO	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	PLAZOS
<b>Trabajo</b>	Integración con el plan de desarrollo del Centro de Gestión y Negocios (CGN)	Un plan de desarrollo productivo que incorpore metas del CGN, el sector Salud y la comunidad	Creación de canales de comercialización de productos del sector	Director del CGN	Marzo 2013
			Desarrollo del Programa de Desarrollo Territorial Indígena orientado a la producción	Director del CGN	Enero 2013 (inicio)
			Reuniones de coordinación entre CGN, Salud y la comunidad	Director del CGN	Diciembre 2012
	Fomento de los talleres laborales	Diseño e implementación de por lo menos 2 talleres laborales	Diseño e implementación de taller de apicultura	Dirección del CGN	Septiembre 2013
			Diseño e implementación de taller sobre producción y procesos de la lana	Dirección del CGN	Septiembre 2013
	Reforestación del sector	Inicio de proceso sistemático de reforestación	Establecer convenio con CONAF	P.A.	Marzo 2013
Talleres sobre plan de manejo forestal para la comunidad			P.A.	Marzo 2013	
<b>Trabajo comunitario (educación cívica y motivación)</b>	Formación dirigenal	Participación de por lo menos el 50% de los dirigentes locales en talleres de formación	Ciclo de talleres para formación para dirigentes	P.A.	Abril 2013
	Creación de un plan integral para el desarrollo de los jóvenes	Constitución de un equipo de trabajo y obtención de recursos para la confección del plan	Reuniones de coordinación intersectorial	Pendiente*	Julio 2013
			Estudio cualitativo para conocer la realidad de jóvenes del sector	Pendiente*	Diciembre 2013
			Búsqueda de alianzas con instituciones afines	Pendiente*	Julio 2013
Fomento de las tradiciones de cultura mapuche	Llevar a cabo por lo menos una actividad que fomente el traspaso y conservación de las tradiciones mapuche	Organización de Trfakintú con comunidad Lafkenche	J.Ca.	Octubre 2013	
<b>Tratamiento médico</b>	Mejorar el tratamiento médico antiescabiótico	Cambio del tratamiento por permetrina 5% para el sector de Epewkura	Compra de permetrina 5%	H V	Enero 2013

**Tabla 1.** Matriz que resume el Plan de Acción Integral para la disminución de la incidencia de escabios resultado del trabajo participativo e intersectorial.

**Fuente:** Elaboración propia.

\* A la fecha de cierre de la investigación todavía no se había logrado definir los responsables para algunas de las acciones a emprender.



## Agua potable para el sector

Otro de los temas integradores que emergieron fue la falta de acceso a agua potable. Esta situación obliga a las familias a obtener agua de vertientes cercanas o incluso en algunos casos del río, lo cual, además de las molestias e incomodidades que eso genera, puede conllevar una sobreexposición sostenida al contagio de diversas enfermedades infecciosas.

En el momento de la discusión, existía un proyecto en etapa de estudio para la instalación de agua potable en Epewkura (Programa de Agua Potable Rural), lo cual motivó a las personas a preocuparse aún más del tema y ponerlo en la agenda de sus discusiones en los diversos espacios comunitarios, permitiendo también al GM considerar esto como una oportunidad. Ahora bien, el eventual acceso a una red de agua potable implica el costo asociado, por lo cual se vio como necesario sensibilizar y educar a la población en el uso eficiente del agua, para evitar que las familias incurran en gastos mayores.



## Calidad y acceso a la vivienda

Muchas viviendas presentan problemas estructurales que impactan negativamente el bienestar y salud de las personas (ej. calefacción inadecuada, falta de fuentes de agua al interior de la vivienda, deterioro estructural, etc.) y tamaños inadecuados para el número de habitantes, lo cual se traduce en hacinamiento y las consecuencias de éste (aumento del contagio de enfermedades infecciosas como la escabiosis). Además, el problema de acceso a vivienda, emerge como uno de los aspectos más relevantes.

Un ejemplo es la incapacidad de postular a subsidios de vivienda por parte de las generaciones más jóvenes, pues para esto es necesario tener regularizada la documentación de propiedad de la tierra, lo cual no es el caso de la mayoría de las personas del lugar. Esto hace que las nuevas familias se deban instalar en las viviendas de sus padres y con eso aumenta el hacinamiento y otros problemas de habitabilidad.

Las conclusiones en este eje de acción están relacionadas con regularizar los dominios de propiedad con el propósito de aumentar las oportunidades de que las familias postulen a subsidios de vivienda. De tal forma, se evitaría el hacinamiento que actualmente afecta a muchas de las personas de Epewkura. Paralelo a eso, sería necesario trabajar para mejorar la calidad de las viviendas existentes, sobre todo aquellas de las familias más vulnerables.

## Educación

Este tema integrador emergió como una prioridad desde el inicio del estudio y considera varias dimensiones: acceso, infraestructura y motivación de los niños. Respecto al acceso, el no contar con un medio de transporte que permitiese asegurar la asistencia de los niños del sector fue priorizado como un problema, principalmente durante los meses de invierno, cuando la nieve, la lluvia y los cortes de camino dificultan el traslado, sobre todo de los más pequeños. Por su parte, las condiciones de infraestructura también se consideraron como parte del problema. El mal estado de los baños, la falta de higiene y los problemas con el manejo de los residuos sólidos fueron temas recurrentes en el relato de la comunidad, por lo cual fueron integrados por el GM. Finalmente, se profundizó en la falta de motivación y perspectiva vocacional de las niñas y niños y de las madres y padres del sector, lo cual se traduciría en un bajo rendimiento escolar y una alta deserción en 8º básico, momento en el cual las niñas y niños deberían trasladarse al pueblo para continuar sus estudios en la Enseñanza Media. Según la propia comunidad, las consecuencias de todo lo anterior son las menores oportunidades de trabajo futuro y peores condiciones materiales de vida y trabajo de las niñas y niños del sector, las cuales aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedades como la escabiosis. Estos temas emergentes se tradujeron en propuestas de intervención que fueron incluidas en el Plan de Acción Integral (PAI).

TABLA 2

<b>Fortalezas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El comité de salud local</li> <li>El club deportivo local</li> <li>La solidaridad entre vecinos</li> <li>El centro de padres de la escuela local</li> <li>La comunidad indígena</li> </ul>
<b>Oportunidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Municipalidad</li> <li>El consultorio de salud y las rondas médicas</li> <li>La escuela y el jardín infantil locales</li> <li>El paoyo entre distintas comunidades</li> </ul>
<b>Debilidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La desmotivación, impuntualidad y “flojera” de la comunidad en algunas ocasiones</li> </ul>
<b>Amenazas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclemencias climáticas (lluvia, nieve, etc.)</li> <li>Malos caminos y déficit de medios de transporte</li> <li>Falta de luz eléctrica</li> <li>Problemas económicos en muchas familias del sector</li> </ul>

**Tabla 2.** Elementos que surgieron del ejercicio del Jardín Comunitarios (FODA).

**Fuente:** Elaboración propia.

## Fomento de trabajo en el sector

Al profundizar en los temas sensibles, una de las conclusiones de los participantes del proceso de la IAP fue que la falta de oportunidades de trabajo y de generación de ingresos familiares resultaba en problemas económicos que hacían difícil abordar las precarias condiciones de vida en las que vivían muchas de las personas de Epewkura y que deterioraron su salud. Además, esto produciría una sensación de “pasividad” y desesperanza que, según la comunidad, se transmite de generación en generación y se relacionaría con otros temas integradores como el de la deserción escolar ya mencionado.

Esta discusión llevó a plantear la necesidad de generar oportunidades alternativas de desarrollo productivo para las familias del sector. Para esto se planteó como fundamental integrar el trabajo que de manera paralela realiza el Centro de Gestión y Negocios de la comuna.

## Salud ambiental

Otro de los temas considerados como prioritarios por la comunidad fue la salud ambiental, relacionando su mala calidad con un mayor de contagio de enfermedades infecciosas. Si bien es cierto, la escabiosis como tal presenta factores de riesgo donde el saneamiento básico no aparece dentro de los más relevantes, los problemas de manejo de residuos sólidos surgieron como un tema de preocupación para las personas y que se levantó con este trabajo. Así mismo, la deforestación creciente del sector fue otro de los temas relacionados con la salud ambiental que aparecieron en las conversaciones, tanto en las sesiones ampliadas con la comunidad como en el trabajo del grupo motor. Ambas situaciones fueron incluidas en las iniciativas propuestas en el Plan traducidas en proyectos orientados a mejorar el manejo de residuos sólidos en el sector y a avanzar en la reforestación de las áreas más afectadas.

## Trabajo comunitario

El trabajo con las familias del sector en temas como autoestima, relaciones humanas, compromiso con el trabajo comunitario, entre otros, fue otra de las dimensiones consideradas por los pobladores en el taller de priorización. La pasividad y la falta de participación, que emergieron como temas desde la propia comunidad y el intersector municipal, se reinterpretan desde el proceso reflexivo. Probablemente, no son sólo responsabilidad individual de los vecinos, como se reflexiona en las reuniones del GM, sino más bien de la deconstrucción histórica de la acción comunitaria por parte del Estado. Ya sea por el fomento de un asistencialismo paternalista que intensificó la relación asimétrica entre la institucionalidad formal y la comunidad o por la progresiva fragmentación social a través de la creación de un sin número de nuevas organizaciones funcionales, la comunidad poco a poco ha perdido la cohesión social que en otro tiempo la caracterizaba.

A raíz de esta situación se acordó comenzar el trabajo de fomento de la participación y empoderamiento comunitario, particularmente con la población joven del sector, llamada a asumir roles de liderazgo y participación social activa. También se asumió como una oportunidad y riqueza elementos de la cultura Mapuche que fomentan la participación y el sentido de comunidad.

## Tratamiento médico anti escabiótico y educación para la salud

Por último, se consideró la variable biomédica dentro del problema. Si bien es cierto es necesaria de abordar, esta dimensión fue una más del conjunto de temas tratados, lo cual constituye una diferencia importante con el inicio del proceso, donde la discusión se centraba principalmente en estos aspectos curativos, sin incluir los temas integrales que ya han sido detallados.

Fue rápidamente consensuado dentro del grupo motor la necesidad de revisar el manejo médico otorgado hasta la fecha, pues la vaselina azufrada tiene un gran rechazo por parte de la comunidad, afectando considerablemente la adherencia al tratamiento. Aunque la aplicación del producto a los niños al parecer se realiza adecuadamente, la ausencia de tratamiento a los contactos familiares, principalmente adultos hombres, sumado a los demás determinantes señalados, favorece la persistencia de la enfermedad.

Junto con lo anterior, el grupo motor acordó que es necesario aumentar la oferta de educación para la salud, en temas de enfermedades infectocontagiosas, particularmente la escabiosis, y de higiene ambiental. Esto en relación a la desinformación y abundante cantidad de mitos al respecto. No se trata de invalidar el conocimiento tradicional de la comunidad, pero sí evitar conductas o comentarios que atenten contra la salud, bienestar y autoestima de la población. En esa línea, el grupo motor consideró oportuno aclarar los puntos que generan discriminación, vergüenza y exclusión social dentro del sector.

Una vez establecida la propuesta de PAI del grupo motor, la cual reunía las dimensiones mencionadas y actividades respectivas, ésta fue presentada a la comunidad con el propósito de retroalimentar la labor del GM, incorporando sugerencias y aclarando dudas, para luego terminar validando el Plan de Acción Integral con las vecinas y vecinos (Tabla 1).



## DISCUSIÓN

Desde una visión de salud más amplia e integral, que considere su construcción social y cultural, se hace evidente la necesidad de incorporar a la comunidad y los distintos sectores del Estado (ya sea a nivel nacional o local) en las intervenciones que promuevan o corrijan alteraciones del proceso de salud-enfermedad-atención. Esta premisa se vio refrendada en la presente investigación, donde un problema particular, como es la alta incidencia de escabiosis en el sector de Epewkura, terminó siendo interpretado por los participantes del estudio (equipo investigador, comunidad e intersector municipal) como un reflejo y consecuencia de una serie de determinantes sociales y culturales. Por lo tanto, en su solución se hizo necesario abordar una serie de dimensiones que van mucho más allá de las competencias del sector Salud, las cuales se tradujeron en un Plan de Acción Integral.

Precisamente, uno de los desafíos de esta investigación fue el entender el fenómeno de la escabiosis en el sector desde sus diversas connotaciones y significados (Fajreldin, 2006). El más aceptado desde la perspectiva de los servicios públicos (Municipio, centro de salud, etc.) era (y probablemente sigue siendo) el enfoque netamente biomédico, donde la escabiosis es sólo una ectoparasitosis con una “historia natural”, un diagnóstico y un tratamiento (disease). Sin embargo, la comunidad del sector la entiende

desde una dimensión más interpretativa (illness) donde se convierte en un padecimiento habitual y recurrente, casi natural, al cual se le asigna el nombre de “alergia”. Éste no se relacionaría con el fenómeno de las alergias desde una perspectiva biomédica, sino más bien buscaría disminuir la connotación negativa de la palabra “sarna”. De hecho, el padecer escabiosis en el sector implica una serie de consecuencias más allá de las físicas, asociadas al estigma social, la discriminación, la vergüenza y la negación, por lo cual hablar de alergia se convierte en una especie de amortiguador de los prejuicios que conlleva la palabra “sarna”. Si bien es cierto que las causas no están del todo claras por parte de la comunidad, existieron ciertos consensos respecto de que la pobreza y sus factores asociados contribuirían con el desarrollo de la enfermedad.

Siguiendo una línea muy relacionada a lo anterior, esta IAP destacó la importancia de los determinantes sociales en la producción de salud y enfermedad, la confirmación de la ubicuidad de las inequidades en salud y cómo éstas se reproducen a distinto nivel (Benach & Muntaner, 2005; Solar & Irwin, 2010). No sólo Curarrehue presenta brechas de equidad comparado con la realidad del país, sino que Epewkura las presenta con Curarrehue e, incluso, dentro de Epewkura existen brechas entre sectores vecinos. Así, la prevalencia de escabiosis fue significativamente mayor en el sector de Purranque comparado con Puente Basas Chico, existiendo el doble de probabilidad

de presentar la enfermedad si se pertenece al primer sector. La distancia entre ambos sectores es mínima, siendo separados por un río, el cual no sólo establece un límite geográfico, sino también un límite económico, social, cultural y, por tanto, epidemiológico. Lo interesante es que estas diferencias en la prevalencia de escabiosis no sólo impactan en la salud física de las personas, sino también en las relaciones de poder, prejuicios y dinámicas sociales que repercuten en la salud mental y social del sector. Esta situación nos permite coincidir con aquellos autores que señalan que más que la carencia de recursos absoluta (que por cierto es un factor relevante), es la desigualdad, asociada a asimetrías de poder, la que produce enfermedad y muerte a través de diversos mecanismos intermediarios ya comentados.

Luego, también es importante comentar el rol de los actores que participaron de este proceso. En primer lugar, destaca la participación comunitaria en la experiencia, donde, a pesar de las desconfianzas y prejuicios en torno a la proactividad de los vecinos del sector por parte de los actores institucionales, se logró un grado de involucramiento de la comunidad que permitió el diagnóstico conjunto de la situación de salud abordada y la construcción de una propuesta de intervención que terminó por incluir aspectos que en un inicio no se relacionaban intuitivamente con la escabiosis. Esta situación es interesante, pues al inicio de la IAP las demandas de los vecinos estaban asociadas principalmente al acceso y calidad de los tratamientos médicos que se utilizaban en el sector. Sin embargo, durante el transcurso de la investigación poco a poco fueron apareciendo elementos que articularon temas integrales, los cuales siendo más amplios y transversales (como la calidad de la vivienda o las oportunidades de trabajo), permitieron a los participantes construir en conjunto una visión más integral del fenómeno. Así, en las etapas finales del estudio, particularmente en la segunda devolución a la comunidad (la cual tuvo una gran asistencia), quedó manifiesta la evolución en la visión comunitaria del fenómeno de la escabiosis. Fue la propia comunidad la que avaló las siete

líneas de acción necesarias para disminuir la incidencia de la enfermedad, donde el tratamiento biomédico fue sólo uno más de los aspectos a abordar.

A pesar de lo anterior, es importante afirmar que los procesos de trabajo comunitario son complejos y desbordaron las expectativas del equipo investigador. Participación irregular en algunas fases del estudio, problemas en las relaciones entre miembros de la propia comunidad o en la relación de estos con la administración del gobierno local, los fenómenos climáticos adversos, entre otros factores, dificultaron por momentos el avance de la IAP. Una de las posibles causas de la limitación en la participación puede relacionarse con la atomización y fragmentación de las organizaciones sociales por parte del Estado, lo cual se ha traducido en mayores dificultades para la generación de identidad y sentido de cuerpo dentro de habitantes del territorio (Menéndez, 1998). Durante el período de la investigación existían una serie de organizaciones funcionales en el sector de Epewkura fomentadas desde los gobiernos nacional y local como juntas de vecinos, comités de pequeños agricultores, comité de salud, comité de agua potable, centro de padres, clubes deportivos, comunidad indígena (formadas en el marco de programas de ayuda del Estado, más que comunidades “tradicionales”), etc., las cuales terminan teniendo una directiva que se responsabiliza del funcionamiento de la organización con una limitada participación del resto de miembros. Esta situación le quita fuerza a la visión integral de comunidad, pues las personas terminan participando en una serie de instancias diversas para conseguir algún beneficio en particular, casi siempre desde una lógica sectorial, lo cual muchas veces genera cansancio y desmotivación que disminuye la participación.

Junto con la relevancia de la comunidad en los resultados de esta investigación, el trabajo de los funcionarios del intersector municipal se convirtió en un aspecto importante. Una vez que los sectores de gobierno local asumieron su rol y relevancia

en la solución de este problema de salud (que finalmente se concluyó como un problema social) participaron activamente del proceso. Ahora bien, la intersectorialidad no es (y no fue en este caso) un proceso espontáneo (Cunill-Grau, 2014). En primer lugar, se hace muy relevante construir un lenguaje común, pues no basta con la buena voluntad de las partes si es que existen problemas de comunicación y entendimiento acerca de ciertos fenómenos o procesos. En nuestro caso, la disposición a participar de los otros sectores como Educación, el Sector Productivo, Obras, Social, etc. siempre existió, sin embargo, fueron necesarias varias instancias de reunión y diálogo para generar un lenguaje común que nos permitiese avanzar en la consecución de los objetivos propuestos. Además, según nuestra experiencia en este proceso, si pensamos en una intersectorialidad efectiva y sostenible no basta con que existan ciertos actores que colaboran con otros (como podría haber sido en este caso el resto de sectores del Municipio colaborando con Salud). Más bien es necesario que todos los sectores involucrados asuman objetivos y metas comunes que impacten en el trabajo de su propio sector, contribuyendo al mismo tiempo con parte de la solución del fenómeno que se quiere abordar. Otro aspecto muy necesario fue el compromiso al más alto nivel de gobierno lo cual generó los espacios e instrumentos de coordinación entre los sectores involucrados y fomentando procesos de administración y gestión coherentes con un enfoque intersectorial. Sin el compromiso de la autoridad que detenta el poder político-administrativo se hace muy difícil sostener procesos de participación y trabajo intersectorial. Por último, es necesario destacar el rol de la Atención Primaria de Salud y sus posibilidades de contribuir con el desarrollo sociosanitario y la transformación social. La historia de la APS en nuestro país ha estado llena de aciertos y desaciertos, pero en suma ha sido un aporte fundamental al aumento del bienestar biopsicosocial de la población, lo cual es necesario reconocer y valorar (Macinko, Montenegro, Nebot, & Etienne, 2007; Montoya-Aguilar, 2008). Sin embargo, desde mediados

de los '80 ha tomado características que la acercan a principios neoliberales, apuntando a la preeminencia de los aspectos biomédicos y asistencialistas, la valoración de la tecnología y la especialización por sobre el desarrollo integral de la salud y calidad de vida de la población, lo que se suma a una municipalización de la APS sin las condiciones necesarias originando deudas y carencias en muchas comunas (Magnussen, Ehiri, & Jolly, 2004). La consecuencia es un sistema de atención empobrecido, trabajando al límite de sus capacidades y favoreciendo la absorción de la demanda asistencial por sobre la dimensión promocional-preventiva y el trabajo comunitario.

Esta forma de enfrentar la atención de salud no provee de soluciones o respuestas de fondo que lleven a mejorar las condiciones de vida de las personas ni a solucionar problemas complejos que tienen sus causas en determinantes más estructurales como es el caso de la alta incidencia de escabiosis en Epewkura. Por lo mismo es el enfoque basado en los Determinantes Sociales de la Salud y en una APS Integral el cual puede contribuir con las claves para el desarrollo necesario, sobre todo en los lugares con mayores problemas de salud. Esto no es una tarea fácil, pero debe ser emprendida.

## BIBLIOGRAFÍA

**Arteaga, O.** (2002). Información para la equidad en salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 374–385.

**Benach, J., & Muntaner, C.** (2005). Aprender a mirar la salud: ¿cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Caracas, Venezuela: Editorial Maracay.

**Berkman, L., & Kawachi, I.** (2000). *Social Epidemiology* (1st Editio). New York: Oxford University Press.  
**Cunill-Grau, N.** (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión Y Política Pública*, 23(1), 5–46. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

**Echeverría, P.** (2011). Perfil epidemiológico de la comuna de Currarrehue, Región de La Araucanía. Universidad Andrés Bello.

**Fajreldin, V.** (2006). Antropología médica para una epidemiología con enfoque sociocultural: Elementos para la interdisciplina. *Revista Ciencia Y Trabajo*, 8(20), 95–102.

**INE. (n.d.). Chile:** Censo Nacional de Viviendas 2002. Retrieved January 3, 2018, from [redatam.inec.cl](http://redatam.inec.cl)  
**Macinko, J., Montenegro, H., Nebot, C., & Etienne, C.** (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2/3), 73–84.

**Magnussen, L., Ehiri, J., & Jolly, P.** (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs (Project Hope)*, 23(3), 167–76. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15160814>

**Martí, J.** (2002). La investigación - acción participativa. Estructura y fases. Madrid, España.  
**McCarthy, J. S., Kemp, D. J., Walton, S. F., & Currie, B. J.** (2004). Scabies: more than just an irritation. *Postgraduate Medical Journal*, 80(945), 382–387. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2003.014563>

**Menéndez, E. L.** (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médico Sociales*, 73, 5–22.

**Ministerio de Desarrollo Social.** (2009). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Retrieved January 3, 2014, from [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/distribucion\\_ingreso\\_casen\\_2009.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/distribucion_ingreso_casen_2009.pdf)

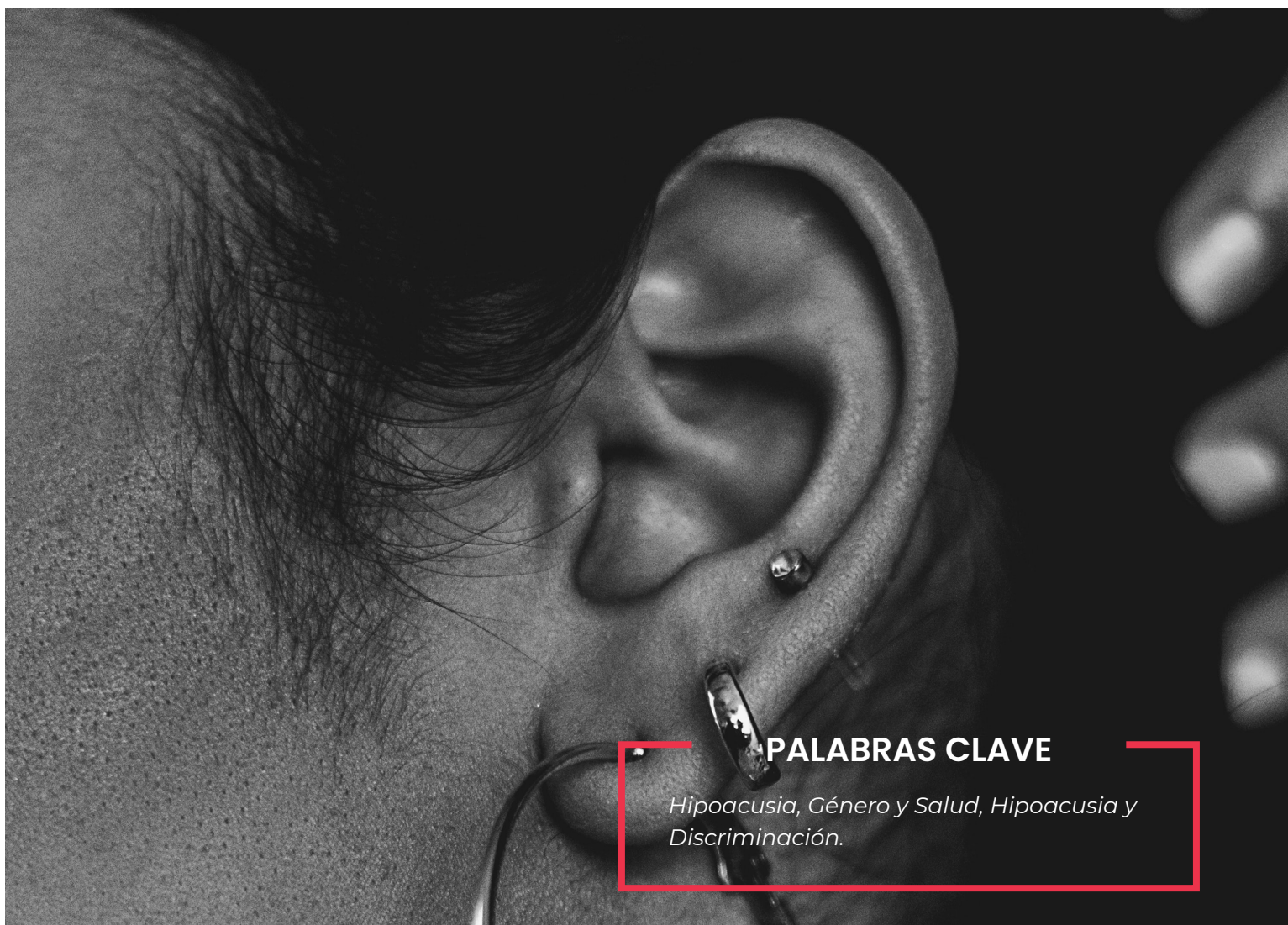
**MINSAL.** (2009). Programa de Comunas Vulnerables: Experiencia de implementación durante año 2009. Santiago de Chile.

**Montoya-Aguilar, C.** (2008). Atención Primaria de Salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile. *Cuadernos Médico Sociales* (Santiago de Chile), 48(3), 147–154.



**Oliveira de Vasconcelos, V., & Waldenez de Oliveira, M.** (2010). Trayectorias de investigación acción: concepciones, objetivos y planteamientos. *Revista Iberoamericana de Educación*, ISSN-E 1681-5653, Vol. 53, No. 5, 2010, 53(5), 3. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3696742>

**Solar, O., & Irwin, A.** (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva.



## PALABRAS CLAVE

*Hipoacusia, Género y Salud, Hipoacusia y Discriminación.*

# Hipoacusia y género: ¿factores de doble discriminación? Un estudio en La Araucanía.

### **Mg. Sandra Henríquez Vallejos**

TECNÓLOGO MÉDICO.  
DOCENTE DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES  
MÉDICAS, FACULTAD DE MEDICINA.  
UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA.  
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA COMUNITARIA Y  
DESARROLLO LOCAL.  
[SANDRA.HENRIQUEZ@UFRONTERA.CL](mailto:SANDRA.HENRIQUEZ@UFRONTERA.CL)

### **Mg. Angélica Hernández Moreno**

NUTRICIONISTA.  
PROFESORA ASISTENTE, DEPARTAMENTO DE SALUD  
PÚBLICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD  
DE LA FRONTERA.  
MAGÍSTER EN GESTIÓN PARA EL DESARROLLO  
SUSTENTABLE,  
[ANGELICA.HERNANDEZ@UFRONTERA.CL](mailto:ANGELICA.HERNANDEZ@UFRONTERA.CL)

**(\*) El presente artículo fue publicado originalmente en la Revista Cuadernos Médico Sociales del Colegio Médico de Chile y cuenta con los permisos de la autora y de la revista.**

**E**l presente trabajo aborda la problemática de la hipoacusia, analizando en conjunto las categorías género y discapacidad. En Chile el 6,9% de la población posee alguna discapacidad, de estas 17,7% corresponde a sordera y 4,6% a mudéz.

La motivación de realizar el presente estudio es la relevancia social y las implicaciones prácticas que tiene la pérdida auditiva en la vida de las personas. Su objetivo es conocer el sentir y la experiencia personal de mujeres con pérdida auditiva severa a profunda cuando hacen uso de servicios de atención a público y cómo abordan su realidad en el ámbito de la autorrealización, asociando su condición de género.

Material y Método: estudio cualitativo de tipo fenomenológico, se abordó por medio de entrevistas y relato de vida a mujeres con hipoacusia de grado severo a profundo. Para el análisis de la información se usó el programa Atlas Ti, las categorías de análisis fueron: percepción personal, relaciones interpersonales, educación, trabajo y políticas públicas.

Los principales resultados indican que las mujeres con hipoacusia presentan serias dificultades para acceder a educación de calidad, dificultades en sus relaciones interpersonales, menores oportunidades de trabajo bien remunerado, dependencia de personas normoacúsicas, y son discriminadas al momento de acceder a servicios públicos. Esto repercute en sentimientos de frustración, dolor y menoscabo de las mujeres con esta condición e impacta en su desempeño social. Así son cautivas de su condición genérica y además, de su situación particular. Se determina la imperiosa necesidad de generar políticas públicas positivas para este grupo social.

## INTRODUCCIÓN

La hipoacusia genera un alto impacto social en las personas que la viven, más aún si son mujeres. Siendo tan significativa esta problemática ha sido poco estudiada, por lo cual surge la preocupación de hacerlo. El objetivo de este estudio es conocer el sentir y la experiencia personal de mujeres con pérdida auditiva severa a profunda cuando hacen uso de servicios de atención a público y cómo abordan su realidad en el ámbito de la autorrealización, asociando su condición de género.

La hipoacusia es la pérdida de audición en un oído o en ambos, y dependiendo del grado de pérdida se denominará hipoacusia leve, moderada, severa o profunda; siendo estas últimas las más graves y que más afectan la vida de las personas, por cuanto alteran la comprensión y discriminación de sonidos, especialmente la voz humana. Esto es una alteración que afecta a las personas tanto física como socialmente, pues genera para quienes la presentan, discriminación, dependencia y marginación social (1). Las personas que tempranamente pierden la audición y no son adaptadas con prótesis auditivas, tienen que enfrentar el no acceder a educación normal y deben acudir en el mejor de los casos, a educación especial. Se sabe que el deficiente acceso a educación formal influye negativamente en el quehacer y desarrollo posterior de las personas.

El género es una construcción simbólica de la diferencia sexual que nos estructura psíquica y culturalmente, por medio de prácticas, discursos e ideas, que afectan al colectivo. Marcela Lagarde postula que las formas de ser mujer en la sociedad y cultura, constituyen cautiverios en los que las mujeres sobreviven en un mundo patriarcal. Así en este caso, las mujeres son cautivas de su condición genérica y además, de su situación particular (2).

En Chile existen 1.119.867 personas en situación de discapacidad, siendo mayor el porcentaje en mujeres.

Del total nacional de discapacidades 17,7% corresponde a sordera y 4,6% a mudez; en mujeres este porcentaje alcanza un 50,2%, y mudez un 39,6%.

La importancia del estudio se basa en la relevancia social para las mujeres que viven esta condición; las implicancias prácticas para el trabajo de profesionales de salud y servicios públicos en general de los cuales las mujeres hipoacúsicas son usuarias; aportar a una sociedad inclusiva (3) a comprender sus necesidades, sentimientos, apoyando su integración social y desarrollo personal, modificando el constructo social “personas discapacitadas” por “personas en situación de discapacidad”, utilizado por la Organización Mundial de la Salud, OMS(4). Finalmente es un aporte al conocimiento pues los estudios en hipoacusia generalmente presentan un enfoque morfológico-clínico, existiendo baja disponibilidad de estudios cualitativos.

## MATERIAL Y MÉTODO

Investigación cualitativa de tipo fenomenológico, basado en el interés de descubrir los significados que las entrevistadas otorgan a sus experiencias, desde las estructuras que conforman sus relatos, primero disociados de su realidad para luego reinsertarlas, sin separar su contexto social o comunitario. No busca objetividad sino que se enfoca en las interpretaciones subjetivas de una persona sobre lo que ella experimenta. Las técnicas usadas fueron entrevistas en profundidad y relato de vida (5,6).

Las sujetos de estudio fueron once mujeres entre 15 y 60 años de edad que presentaron pérdida auditiva bilateral severa a profunda, congénita o adquirida, de la Región de La Araucanía. La captación de entrevistadas se logró dada la cercanía de una de las investigadoras desde su ámbito profesional en el área de audiología. Por ser el primer estudio realizado en este tema mediante una metodología cualitativa, se consideró no incorporar el aspecto etnicidad, para sí integrarlo en un segundo estudio una vez que se cuente con información de base arrojada por el presente estudio. El muestreo fue intencionado y su número se debió a una saturación discursiva. Los criterios éticos y de rigor fueron respetados, utilizando el consentimiento informado, entrevistas grabadas, apoyadas con registro de campo y posterior transcripción. Las categorías de análisis fueron obtenidas a partir de los objetivos y discursos, luego ordenados y analizados en: percepción personal, relaciones interpersonales, educación, trabajo y políticas públicas; categorías analizadas usando el programa Atlas Ti. Este programa de análisis cualitativo de datos, permite mediante la segmentación de texto de documentos primarios, su codificación, citas y/o anotaciones, establecer relaciones, familias y representaciones, de esta manera intencional el análisis de aspectos relevantes que requieren cierta complejidad en éste.

## RESULTADOS

Las características de las once participantes del estudio fueron: ocho solteras. Tres cursaron educación básica en escuelas especiales para sordos; cuatro educación media, y cuatro estudios superiores, de las cuales sólo una concluyó y nunca ejerció. Cinco mujeres tuvieron hijos. Cinco viven con sus padres o familiar cercano, tres en compañía de sus parejas y cuatro solas o en compañía de sus hijos. La situación laboral correspondió a seis desempleadas, tres dueñas de casa, dos con trabajo estable y percepción de recibir remuneración acorde al trabajo. Solo dos de las mujeres sin trabajo tuvieron acceso a pensión de invalidez. La pérdida auditiva ocurrió en nueve de ellas antes de los 4 años. Todas las entrevistadas presentaron lenguaje oralizado o en combinación con lenguaje signado o ayuda de la biolectura, lo que facilitó la comunicación con ellas.

La significación de la discapacidad en la vida cotidiana de las mujeres hipoacúsicas fue alta, dada su dependencia a terceros y los resultados por categoría de análisis de las participantes, se presentan a continuación.

### Percepción personal

Las mujeres relataron estados de ánimo asociados a tristeza, mal humor y/o desesperanza, según las siguientes citas: “es como estar encerrada en una cárcel sin tener la más mínima opción de liberarse” (L, 43 años); “pienso que debería morir y se acaba todo este dolor” (T, 40 años). Sentimientos de soledad referidos “en realidad, estoy sola porque siempre estoy huyendo de la gente.” (T, 40 años); “Iba a misa todo normal, después cuando murió mamá no fui más, no me gusta salir sola, me quedo encerrada” (MT, 59 años).

Relataron sentimientos de menosprecio de los oyentes hacia ellas “a veces, cuando es chica, cuando hablaba con señas mi mamá me decía

que no, no hagas eso, porque pareces mono, eso me daba mucha pena” (MT, 59 años). Una entrevistada contó cómo sus padres, hasta la edad de 10 años, creían que ella era “tonta” (R, 38 años). Respecto del plano maternal, algunas señalaron que sus propias familias influyeron en esta opción: “...puesto que se haría complicado tener a una persona con discapacidad y además con hijo (B, 39 años). No obstante lo anterior, otra entrevistada refirió que sus padres, ambos profesionales, siempre le recalcaron que era igual a sus hermanos y las exigencias similares: “me decían que yo tenía que hacer las mismas cosas que ella, que era igual” (G, 40 años).

La aceptación de su condición fue difícil: “yo siempre antes pensaba que yo era la única persona sorda en el mundo” (N, 22 años); “si yo tuviera 80 años, yo lo acepto, no tendría problemas, pero a los 40 no, no, no puedo aceptarme así” (E, 40 años).

La significación de la discapacidad en la vida cotidiana de las mujeres hipoacúsicas fue alta, dada su dependencia a terceros y los resultados por categoría de análisis de las participantes, se presentan a continuación.

## Relaciones interpersonales

En el plano personal. Las relaciones con familiares cercanos presentó dificultades “ella no logra ponerse en mi lugar. Creo que ella se avergüenza de tener una mamá discapacitada” (T, 40 años); “Mi vida como madre ha sido muy difícil, desde pequeña mi hija trataba de comunicarse conmigo como cualquier niña, por ejemplo, hablándome al oído o hablando en voz baja, pero como yo no la entendía ella se enojaba y se alejaba” (E, 40 años). La relación con el sexo opuesto resultó compleja: “un tema realmente muy delicado para una persona discapacitada” (R, 40 años); “prefiero no involucrarme a ser rechazada” (E, 40 años). Para otras mujeres, la pareja significó apoyo: “menos mal que él me puede ayudar” (M, 58 años).

Conocer a otras personas sordas “me sirvió porque me acepté como soy, porque antes no me quería, no...” (N, 22 años).

En el plano de las relaciones sociales al hacer uso de servicios públicos. Experiencias de discriminación al ser atendidas por profesionales, hombres o mujeres de la salud, quedaron de manifiesto en las siguientes citas: “no me gusta ir al doctor, me explican pero se ponen nerviosos, él dice usted sola uhmmm, ¿por qué sola?, y hablan rápido, yo nerviosa, yo hablo pero ellos nerviosos, mejor no...” (M, 59 años); “muchas veces me voy con las dudas porque no me atrevo a preguntar” (T, 40 años).

Al acceder a servicios de atención de público confidencian que es una complicación que se las atiende a través de vidrios que impiden un contacto más cercano con su interlocutor “muchas veces me voy con las dudas porque no me atrevo a preguntar” (R, 40 años). Esto genera pérdida casi por completo de dar o recibir mensajes e imposibilidad de responder adecuadamente. Preferirían que el contacto fuera mucho más cercano y directo (8).

Con respecto a violencia, ninguna entrevistada relató haber sufrido abusos físicos, psicológicos o sexuales dentro de su hogar ni fuera de éste.

## Educación

La mayoría se sintió mejor en escuela de sordos “mi mamá me tenía antes en colegios de oyentes y yo lloraba y lloraba porque no entendía” (N, 22 años); “yo feliz, porque estaba con sordos. Era mi mundo; familia no” (M, 59 años).

El rol de los padres fue considerado fundamental: “algunos padres buenos con hijos...ayudan, hacen todo no buenos. Sordos más cómodos no bueno, sufren mucho después” (M, 59 años); “conocido sordos que no son bien, ellos no tuvieron mi mamá... mi mamá muy estricta y fue bueno” (MT, 59 años). Mujeres que sortearon barreras

educacionales contaron con el apoyo desde la infancia de padres exigentes y preocupados. Algunas sintieron rechazo hacia ellos en ciertos periodos, pero en la adultez se sienten agradecidas de esta actitud que les ayudó a enfrentar de mejor forma las dificultades.

Los estudios les fueron vedados por su condición, sin tomar en cuenta sus capacidades “A menudo pienso que es tan injusto que personas discapacitadas deban desenvolverse con tanta desventaja en un mundo donde las oportunidades de crecimiento personal están dirigidas por igual, tanto para personas sanas como para quienes se ven afectados por enormes desventajas. Yo me pregunto por qué esta crueldad” (T, 40 años); “naturalmente que sus posibilidades de aprendizaje se verán muy reducidas y a poco andar abandonará los estudios” (E, 40 años).

### **Trabajo y políticas públicas**

Relataron dificultades para encontrar trabajo: “atroz, a todos los sordos nos cuesta un montón, porque no puedo hablar” (N, 22 años). Quienes lograron empleo refirieron malas remuneraciones o labores difíciles de compatibilizar con su condición “yo trabajaba mucho, poca plata, sólo alcanzaba comer” (R, 38 años). El no trabajar, forzosamente las convirtió en dueñas de casa (9) y en situación de dependencia, “Pienso que una persona, aunque sea discapacitada, lo que menos desea es depender de los demás” (T, 40 años). “Lo que más me daría satisfacciones sería sentirme útil, demostrarme a mí misma y a los demás que puedo ser tan idónea en una ocupación como cualquier persona sana” (T, 40 años).

Manifestaron no sentirse integradas en las políticas públicas: “Creo que el grupo de personas discapacitadas, afectadas de hipoacusia no han sido consideradas por las autoridades de gobierno, en materia de educación, para facilitarles una real integración al mundo laboral, previa preparación académica. Somos muchas las personas que

creemos firmemente que sin una preparación académica no podemos integrarnos y aportar a nuestra sociedad” (R, 40 años).

## **DISCUSIÓN**

Los resultados de este estudio proveen evidencias de la situación de doble discriminación de las mujeres hipoacúsicas en nuestra sociedad. Manifiestan interés en sentirse menos dependientes de otros, pero la mayoría de las veces solo queda como intención, y al igual que lo observado en estudios en personas en situaciones de discapacidad, se aprecia aquí gran dependencia familiar y necesidad de aprobación social. Sus deseos truncados las llevan a resignarse a esta condición y vida que las hace sentir infelices, se sienten miradas como seres inferiores, esto genera gran inseguridad y aun pudiendo realizar con autonomía muchas actividades, prefieren ser guiadas por personas de su entorno cercano con aptitudes sensoriales normales a quienes atribuyen capacidades intelectuales superiores. Ello concuerda con la cadena de acontecimientos relatada por Moscovici, que lleva a personas con dependencia a sentir presión social, seguida de pérdida de autonomía y conformismo (7).

Se constata que mujeres que nacieron con hipoacusia o que la adquirieron a tempranas edades, logran aceptar su realidad de mejor forma que quienes la adquirieron más tarde.

Sentimientos de rechazo y discriminación en las relaciones familiares; se visualiza al trato equitativo en la familia, como aportador de seguridad y autonomía en las personas con discapacidad; el manejo de lenguaje de señas de sus cercanos favorecería la comunicación.

La naturaleza femenina que Lagarde define como ser social y cultural genérico se manifiesta en oposición en las mujeres hipoacúsicas, pues la vida en pareja es resistida con dolor por ellas,

visualizan obstáculos para acercarse a otra persona; y cuando tienen relaciones no son del todo felices por sentirse una carga o llegar a serlo en el futuro. Así Lagarde fundamenta también que las situaciones de vida y los grados de opresión a los que sean sometidas, definirán su condición de subjetividad, estructurada a partir del lugar que ocupan en la sociedad (2). Ello se expresa en este estudio en actitudes de auto-marginación y/o negación de su sexualidad; excluyéndose de vínculos, grupos y actividades, prefiriendo la soledad por temor, orgullo o vergüenza. Quienes vivencian experiencias sexuales, se ven afectadas al no contar con espacios afectivos satisfactorios, por que viven con familiares o de allegadas, en situación de dependencia psicológica y económica (9).

En relación a las relaciones interpersonales al hacer uso de servicios públicos, las mujeres hipoacúsicas sienten un trato discriminatorio e incómodo de los profesionales de salud, seguramente por falta de manejo comunicacional con personas de su condición; vulnerando sus derechos de privacidad, dignidad y de ejercicio de derechos de proteger a sus hijos (9). Una suerte de opresión social e impedimento de ejercer sus capacidades y expresar sus necesidades.

La educación representa un plano de exclusión para ellas, internalizar conocimientos ofrecidos de manera oralizada sin apoyos visuales, o insuficientes, se convierte en un reproductor de inequidades.

Laboralmente la situación es compleja, observándose una especie de parasitismo social no deseado por ellas, lo cual configura un círculo vicioso de dependencia y marginación social, pues la falta de educación implica menos competencias para desarrollar diversas funciones.

## CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Se observa la imperiosa necesidad de generar políticas públicas que favorezcan el acceso de estas personas a los ámbitos educacionales, laborales, y el fomento de redes sociales que les permita lograr su identidad, autoestima e inserción social (10). Como asimismo desde la perspectiva del derecho, instaurar medidas en instituciones y servicios de atención de personas, tanto público como privados; normativas que velen por el trato respetuoso hacia las personas en situación de discapacidad auditiva y otras, como asimismo mecanismos que permitan el ejercicio de sus derechos.

Para fortalecer las relaciones interpersonales en el ámbito privado. Programas que favorezcan el acceso laboral a mujeres hipoacúsicas, tales como preferencia de ingreso de sus hijos a jardines infantiles o guarderías cercanas al hogar; fomento de potenciales laborales con menor comunicación oral: trabajos a distancia, apoyo económico especial como emprendedoras; acceso a empleos de medio tiempo, incorporación en empresas regionales. Para fortalecer su sentido de pertenencia, promover la creación de agrupaciones de personas con hipoacusia como un mecanismo de redes sociales.

Para mejorar su acceso y atención en servicios públicos. Deben realizarse cambios sustanciales y urgentes, tendientes a promover un trato con respeto a la dignidad de estas usuarias. Esto implica diferentes mecanismos, desde la capacitación al personal profesional, técnico y administrativo; hasta incluir en todos los servicios, doble sistema de llamado a pacientes, que incluya tanto orales como escritos (2).

Educación debería promover el principio fundamental de respeto a la diversidad e individualidad. Plantearse el propósito de ser más inclusivos, intentando satisfacer la heterogeneidad



de necesidades especiales en la población, de adecuarse a su alumnado (11). Disponer de estrategias didácticas para lograr mayor inserción escolar y social. La capacitación de docentes para afrontar diferentes necesidades educativas. Los programas educacionales debieran desarrollar actitudes de tolerancia, respeto y valoración desde muy temprana edad y fomentar la cooperación entre los compañeros (11). La educación es fundamental, es el medio para asegurar la formación de ciudadanos que, en igualdad de condiciones, participan, discuten, actúan y se integran en la vida de la comunidad, lo que hace de la escuela un agente de transformación social (12).

Se ha pretendido legislar para la integración de las personas en situación de discapacidad, pero se han ignorado sus necesidades (13, 14), especialmente de mujeres, no respetando el principio de reconocimiento de las diferencias, como constitutivas también de la individualidad (15). Su discriminación sería doble, en cuanto al género y en cuanto a su particular condición física y de los estereotipos sociales y culturales que se han construido en torno a ellas (16). Esto las limita y no permite una integración social plena, ni el ejercicio de todos sus derechos, para desarrollarse, educarse y ser felices. Tal como asume Cristina Caruncho, la identidad femenina es una tarea por y para las mujeres y que aún no está terminada (10).

Las políticas públicas tendientes a lograr inclusión de los discapacitados deben apuntar a este grupo en particular, asumiendo las condiciones que presenta este grupo. Lamentablemente esto no es demandado por ellas puesto que al no interactuar con pares, carecen de identidad y no generan presión social por sus derechos. Así esta marginalidad es oculta, silenciosa.

Los oyentes debiéramos reforzar una sociedad inclusiva, permitiéndoles acceder a educación y trabajos dignos (4). No son ellas quienes deben cambiar para ser admitidas en este mundo; somos nosotros quienes debemos generar ambientes

fortalecedores de una verdadera integración. Así daríamos pie a una relación integral, centrada en la persona y en conexión con su entorno, tal cual manifiesta la Declaración Universal de los Derechos Humanos (17).



## BIBLIOGRAFÍA

**Comité español de representantes de personas con discapacidad.** La imagen social de las personas con discapacidad. España: 2009.

**Lagarde M.** Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: Colección posgrado UNAM: 2005.p.151- 153

**Hernández R.** Antropología de la discapacidad y la dependencia. Un enfoque humanístico de la discapacidad. Madrid: 2001. P.182

**OMS.** Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIDDDM-2). OMS. Ginebra: 2001.p. 22-25

**Quintana A, Montgomery W.** Psicología: Tópicos de actualidad. Metodología de Investigación científica cualitativa. Lima: 2006. P.84

**Ruiz J.** Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao, Universidad de Deusto: 2009. P.333

**Moscovici S.** Psicología de las minorías activas. Edic Morata. Madrid: 1981. P.122-127.

**Bel M.** La mujer en la historia. Encuentro Ediciones S.A. España: 1998. 3: 80-89

**Rivera M.** Nombrar el mundo en femenino. Pensamiento de las mujeres y teoría feminista. Barcelona: Icaria: 2003. Cuad Méd Soc (Chile) 2013, 53(4): 220-225.

**Caruncho C., Mayobre P.** El problema de la identidad femenina y los nuevos mitos. 1998. Publicado en Novos Dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia. p.155-172.

**Verdugo M.** Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Siglo XXI de España Editores. España: 2005.

**Rodríguez F.** Identidad y ciudadanía. Reflexiones sobre la construcción de identidades. España: Horsori Editorial: 2008. P.176

**Schalock R.** Hacia una nueva concepción de discapacidad. III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad Universidad de Salamanca. España: Universidad de Salamanca. 1999.

**Bohorquez F., Zúñiga C., Torres M.** Abordando la discapacidad desde la vivencia. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. U. de Cauca, 2006. 8:8-20.

**Simon E.** Mujeres. Hijas de la Igualdad. Herederas de injusticias. España: Narcea. 2008. p. 92-107.

**González A., Lomas C., Ajirre A, et al.** Mujer y educación. Educar para la igualdad, educar desde la diferencia. España: 2006, Editorial Graó.


Naciones Unidas. Declaración Universal de derechos humanos. Asamblea General 2008. Fundación Candil.



# Condiciones de trabajo y empleo, y factores de riesgo cardiovascular en un grupo de conductores de buses interurbanos de una organización social sindical nacional durante el año 2014.

## **Dra. Verónica Olate Morales**

MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR, MAGISTER DE SALUD PÚBLICA COMUNITARIA. SE DESEMPEÑA EN EL DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA, Y EN EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR.



Las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema creciente de salud mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en el mundo, llegando a ocasionar 17 millones de muertes al año, 32 millones de eventos coronarios y accidentes cerebrovasculares, de los cuales entre un 40 – 70% son fatales en países desarrollados. Asimismo, otros estudios de la OMS señalan que para el año 2020 el 75% de las muertes en el mundo serán atribuibles a este tipo de enfermedades (2).

La etiología de las enfermedades crónicas no transmisibles y, en particular, las enfermedades cardiovasculares, es multifactorial, documentándose a la fecha la asociación con factores ambientales, genéticos, demográficos, socioeconómicos y culturales, entre otros.

Por otra parte, el trabajo es un componente esencial en nuestra sociedad. Las condiciones de empleo y trabajo inciden directa e indirectamente en la salud de las personas, afectando transversalmente a los trabajadores de las diversas áreas de la economía, siendo uno de los rubros más importantes el transporte interurbano de pasajeros y particularmente, los conductores de buses interurbanos, dada la responsabilidad social que tienen al transportar diariamente a una gran cantidad de personas.

La legislación vigente, a través del código del trabajo, regula las relaciones laborales entre empleadores y trabajadores, y en el caso particular de los conductores de buses interurbanos, plantea que son funciones de estos trabajadores tanto el conducir buses de transporte interurbano de pasajeros, como desempeñar todas aquellas funciones que su empleador le encomiende. Asimismo, este código establece un máximo de 180 hrs. de conducción mensual, 5 horas de conducción continuada, y la programación de jornadas de conducción continua hasta por 2 semanas, al final de las cuales los conductores deben recibir días de descanso compensatorio por

los días domingo y feriados existentes (3).

Sobre las remuneraciones, la 7° Encuesta laboral del año 2011 establece que éstas se componen de 2 partes: renta fija, que corresponde al sueldo de contrata y renta variable, conformada por los incentivos a la producción individual, que el 68.5% de las empresas del rubro del transporte utiliza (4). En cuanto a la licencia para conducir profesional, la Ley de Tránsito, establece los requisitos y exclusiones para obtenerla. En ella se indica explícitamente que no pueden obtener licencia de conducir clase A-3 todas aquellas personas diabéticas, hipertensas, nefrópatas, cardiópatas, entre otras, constituyendo una infracción o contravención grave el conducir un vehículo en condiciones físicas o psíquicas deficientes (5).

En consecuencia, se abordarán algunas condiciones de trabajo y empleo y factores de riesgo cardiovascular en un grupo de conductores de buses interurbanos de una organización sindical nacional durante el año 2014, dado que, se reconoce que las condiciones laborales en las que ellos se desempeñan no son las óptimas lo que contribuye al deterioro de la salud de estos trabajadores; de estas personas dependen gran cantidad de individuos que utilizan diariamente el servicio y, finalmente, no existen estudios locales ni nacionales que den cuenta de esta situación, lo que permitirá una aproximación para estudios posteriores en esta materia.

## MATERIAL Y MÉTODO

**E**l proyecto de investigación fue presentado al Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Araucanía Sur, el cual fue aprobado el 22 de abril de 2014.

La investigación consideraba la evaluación de 107 conductores de buses interurbanos, todos hombres entre 25 y 65 años, asociados al Sindicato de una empresa de transportes interurbanos de pasajeros. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, adhiriendo a este estudio 21 conductores que declararon su libre y voluntaria intención de participar mediante la firma del consentimiento informado, asistiendo a la sede sindical, en los horarios y días establecidos, durante 3 meses. A todos se les aplicaron y realizaron los instrumentos y las mediciones previamente definidos para conocer: Antecedentes sociodemográficos, laborales, médicos personales y familiares, mediante un cuestionario generado para este fin; presión arterial, mediante esfigmomanómetro anerode, según técnica estandarizada; nivel de glicemia y lipemia en ayuna, a través de muestra de sangre venosa que fue analizada por el Laboratorio Inmunológico del Sur, laboratorio adscrito al programa de evaluación externa de calidad (PEEC - ISP); estado nutricional y riesgo cardiovascular según circunferencia abdominal, mediante el índice de masa corporal y índice de circunferencia abdominal para aquellos con sobrepeso y obesidad; tabaquismo y nivel de dependencia a la nicotina, mediante interrogatorio y test de Fagerström; nivel de actividad física, a través del Cuestionario Internacional de Actividad Física versión breve; y el estrés laboral, mediante el Cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión breve y el Test de Goldberg versión breve.



## RESULTADOS

Los 21 conductores eran hombres entre 37 y 65 años, con una media de 48.6 años, en su mayoría casados, que residen en Temuco, con enseñanza media completa. Tenían entre 8 y 34 años de experiencia en la conducción de este tipo de buses y entre 4 y 30 años laborando en la misma empresa. 14 de ellos estaban afiliados a FONASA y todos con contrato indefinido. Los 21 conductores se desempeñan en turnos: 12 realizaban turnos 10 x 4, vale decir, 10 días de jornada laboral continua y 4 días de descanso. 8 realizaban turno 9 X 3 y 1 estaba volante, cubriendo los turnos que fueran necesarios. Ellos conducían entre 31.5 y 70 horas semanales. Además, era de su responsabilidad retirar el vehículo del taller donde se guardaba al finalizar la jornada, teniendo que cotejar que esté en condiciones aptas para el recorrido. Asimismo, era responsabilidad de ellos el asear la máquina al final de la jornada y trasladarla al taller para ser guardada, verificando que quede en buenas condiciones para el próximo recorrido. Finalmente se dirigen a una pensión que es contratada por la empresa donde permanecen hasta su nueva jornada.

La composición de la remuneración no formó parte de esta investigación, no obstante, ellos señalaron que se componía del sueldo base, estable, más las comisiones recibidas por captar pasajeros durante el trayecto. Asimismo, mencionaron que el sueldo era en relación al recorrido, existiendo algunos recorridos que recibían mejor paga, sobre todo aquellos de mayor kilometraje.

Al momento del estudio, 2 sabían que eran hipertensos, 6 dislipidémicos y 7 fumaban; 12 tenían antecedentes familiares de hipertensión arterial crónica, 10 de diabetes mellitus tipo 2, 8 dislipidemia y 4 muerte prematura por accidentes cerebrovasculares. Por otra parte, 1 de ellos se

encontraba en tratamiento por trastorno de ansiedad con benzodiazepinas, otro había sufrido un infarto 2 años atrás y 2 tenían intolerancia a la glucosa.

Todos los conductores presentaron malnutrición por exceso y sólo uno tuvo una circunferencia abdominal fuera de riesgo metabólico. Finalmente, 4 conductores resultaron ser hipertensos, 1 diabético, 5 pre diabéticos (o intolerantes a la glucosa) y 20 dislipidémicos.

En relación al nivel de actividad física, 2 reportaron alto nivel, 14 moderados y 5 bajo. En cuanto a la exposición a factores de riesgo psicosocial en la empresa, más de la mitad de los conductores refirió altos niveles de exposición en 4 de las 5 dimensiones: doble presencia, exigencias psicológicas, apoyo social de la empresa y calidad de liderazgo y compensaciones.

En el ítem doble presencia, tanto “preocupación por tareas domésticas” como cargas de tareas domésticas le dan la mayor puntuación; en exigencias psicológicas son las “exigencias de esconder emociones” y “sensoriales” las que dan cuenta del mayor riesgo; en apoyo social de la empresa y calidad de liderazgo, son “calidad de relaciones con sus superiores” y “calidad de liderazgo” lo que le da el rango de riesgo alto a este ítem; y en compensaciones, “inseguridad con respecto al trabajo que se realiza” y “estima” los que resaltan.

Con respecto a la evaluación de riesgo de patología afectiva, el test de Golberg dio positivo en 5 de los 21 conductores.

## DISCUSIÓN

Salud y el Trabajo son ambos procesos complejos y vinculantes. En Chile, el empleado promedio puede pasar más de un tercio del día en su trabajo. De hecho, este grupo de conductores de buses interurbanos, varones de edad media, casados, con estudios de enseñanza media completos, realizan jornadas extensas de trabajo, ya sea como conductor, descansando en espacios reducidos e incómodos o realizando otras funciones designadas por sus empleadores. Ellos habitualmente trabajan en turnos definidos que exceden el máximo de 180 horas mensuales o las 5 horas de conducción por jornada. Tal vez por la forma en que se compone la remuneración, los conductores aceptan estas largas jornadas de trabajo, excediendo incluso, la normativa legal.

Todos los conductores se desempeñan en turnos. Los conductores que realizaban turnos 9 X 3 presentaron mayor cantidad de horas de conducción semanal, mayor circunferencia abdominal promedio y mayores posibilidades de desarrollar trastornos afectivos.

Más de la mitad de los conductores evaluados señaló tener antecedentes familiares de algún factor de riesgo cardiovascular. Particularmente, en el caso de la HTA 12 afirmaron tener familiares de primer grado con esta patología. Algo similar ocurre con la diabetes. Esto es importante, dado que estos trabajadores probablemente estarían genéticamente predispuestos a desarrollar estas patologías de acuerdo a si las condiciones ambientales son favorables para ello.

Todos los conductores presentaron malnutrición por exceso, situación que contrasta con un estudio realizado por Aguilar – Zinser et al, en 4804 operadores de buses interurbanos en México, en donde 75.2% presentó malnutrición por exceso (6).

En este mismo sentido, Rosso et al, determinaron que el 61% de los conductores italianos presentan malnutrición por exceso, constituyendo un factor predictor de obesidad el tiempo de conducción (7). Finalmente, los turnos nocturnos generan mayor susceptibilidad de presentar de forma precoz alteraciones en los hábitos alimentarios, reducción de la magnitud de las oscilaciones circadianas y ultradianas en las concentraciones de insulina y/o leptina (8), y un mayor riesgo nutricional de padecer malnutrición por exceso (9).

La mayoría presentó circunferencia abdominal en nivel de riesgo cardiovascular. Esta situación tal vez tenga relación con los hábitos alimentarios que incluyen los horarios de comida, los tipos de comida y la calidad de la misma, entre otros, asociado a la inactividad física propia del trabajo desarrollado y al uso del tiempo libre, además del estrés, que activa mecanismos periféricos en el tejido adiposo, aumentando los efectos adversos del azúcar y produciendo una mayor acumulación de grasa visceral (10). En este sentido, un estudio realizado recientemente en Chile por la Organización Internacional del Trabajo (11) en relación a la alimentación y nutrición en el trabajo, observó que existe consenso entre los actores sociales sobre la importancia de la alimentación en el trabajo por sus efectos en la seguridad y salud laboral, y consecuentemente en la productividad, la que disminuye alrededor de un 20% por mala alimentación. No obstante, los mismos actores señalan que es difícil cambiar estos esquemas, a menos de que exista una conciencia, tanto de trabajadores como de empleadores, sobre las consecuencias de una alimentación precaria, vinculada con una escasa cultura del autocuidado, con un costo relativamente mayor de la alimentación más sana y con la ausencia de políticas públicas que promuevan una alimentación saludable en el mundo laboral.



El sobrepeso y la obesidad tienen efectos metabólicos adversos en la presión arterial, el colesterol, los triglicéridos y la resistencia a la insulina. La obesidad se considera un factor de riesgo para el desarrollo de Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. En este estudio se diagnosticaron 4 conductores hipertensos, un conductor diabético y 5 como prediabéticos. Ambas patologías motivan la carencia de aptitud para conducir profesionalmente, y por tanto, conducir buses interurbanos en estas condiciones constituye una infracción o contravención grave.

7 conductores refirieron fumar, todos con muy baja dependencia a la nicotina. El hábito de fumar se asocia con conductas inadecuadas de alimentación. Diversos estudios reportan que las personas que fuman consumen menos cantidades de alimentos ricos en fibras vegetales, antioxidantes y fotoquímicos, como frutas y verduras, con lo cual los fumadores se estarían perdiendo de los múltiples beneficios atribuidos a estos alimentos en materia de prevención de enfermedades metabólicas, cardiovasculares y cáncer (12 y 13). En el Proyecto EAT (Eating Among Teens), realizado en Norteamérica, el hábito de fumar aparece inversamente relacionado con el consumo regular de comida y directamente relacionado con el consumo de comidas ricas en grasas saturadas (13).

14 conductores manifestaron realizar actividad física moderada, 5 señalaron que su nivel de actividad física era bajo y solo 2 conductores indicaron realizar actividad física alta. Esta situación contrasta con otros estudios que muestran mayor riesgo de sedentarismo en este tipo de población (14, 15), hecho que pudiese relacionarse con la forma de muestreo utilizada, dado que sólo aquellos conductores que mostraron algún interés fueron los evaluados.

En relación al estrés ocupacional y los estresores laborales, en 4 de 5 dimensiones se demostró nivel de exposición psicosocial más desfavorable para la salud: doble presencia, exigencias psicológicas, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo

y Compensaciones obtuvieron mayor puntuación. En el primer ítem señalado, el 71.4% de los conductores refirió gran preocupación por las tareas domésticas y responsabilidades familiares que a propósito de su trabajo deben posponer, y que dificulta la concentración plena en su trabajo. En el ítem exigencias psicológicas, el 62.9% de los conductores declaró un riesgo alto. Los subítems que obtuvieron mayor puntuación y que le dan el carácter de desfavorable a este ítem corresponden a las exigencias relacionadas con esconder las emociones, lo que se refiere fundamentalmente a las reacciones y opiniones negativas que el conductor esconde a los clientes, y aquellas asociadas a la atención y concentración en el trabajo, todas estas se traducen habitualmente en síntomas somáticos de estrés por su asociación con variables ergonómicas.

En el ítem Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo, el 57.2% de los conductores refirió un riesgo alto. Los subítems con mayor puntuación corresponde a: calidad en la relación con los superiores y calidad de liderazgo. En relación a ambos, queda de manifiesto el sentir de insatisfacción de los conductores para con sus superiores en cuanto a la necesidad de recibir información adecuada y suficiente, junto con la ayuda y respaldo que ellos requieren en momentos oportunos, y el liderazgo que ejercen, que no asegura el crecimiento personal y que no refleja preocupación por el bienestar de los conductores. En el ítem Compensaciones, el 52.4% de los conductores manifestó un riesgo alto enfocado en 2 aspectos principales: inseguridad respecto de las características del puesto de trabajo y el refuerzo positivo insuficiente.

Por otra parte, el test de salud de Goldberg da cuenta de que un 23.8% de la muestra, es decir, 5 conductores se encuentran en alto riesgo de padecer un trastorno de la esfera afectiva. No obstante, es importante mencionar que 11 conductores refirieron haber perdido sueño recientemente por preocupaciones, 8 no haber podido disfrutar de la vida, 8 sentirse tristes o

deprimidos, 6 estar constantemente bajo presión y 1 reconoció estar en tratamiento por trastorno de ansiedad, usando benzodiacepinas, fármacos que en general disminuyen el estado de alerta y por tanto, pueden generar alteraciones en la conducción. De hecho, la legislación vigente plantea que a aquellas personas que se encuentren bajo los efectos de sustancias que produzcan alteración del nivel de conciencia, en la percepción, en la habilidad motriz, en la estabilidad emocional y en el juicio no se les debe otorgar licencia de conducir. Esta ley también establece que aquellas personas que se encuentren en condiciones físicas o psíquicas deficientes no pueden conducir un vehículo, constituyendo una infracción grave si así lo hiciesen.

## CONCLUSIONES

**E**n el entendido de que las características de este estudio no permiten formular relaciones con significancia estadística, creo que es importante mencionar que el trabajo de la conducción presenta factores de riesgo biopsicosociales de diversa índole que pudiesen influir de manera determinante en la salud de los conductores y en su desempeño laboral, contribuyendo de una u otra forma a la fatiga de la conducción, la que se ha señalado como causante de accidentes de tránsito.

Asimismo, los trastornos afectivos en general y el estrés en particular son condiciones que se han relacionado ampliamente con diversas patologías crónicas que constituyen factores determinantes de enfermedades cardiovasculares como infartos cardíacos y accidentes cerebrovasculares, lo que contribuye a deteriorar la calidad de vida de los trabajadores en general y de los conductores en particular. Por otra parte, existe una escasa fiscalización de las condiciones de salud de estos trabajadores, considerando su responsabilidad social.

Esta investigación es un primer paso en el estudio de las condiciones de empleo, trabajo y salud en este grupo de trabajadores a nivel nacional.



## **BIBLIOGRAFÍA**

**Organización Mundial de la Salud** (2002) The World Health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland. OMS.

**World Health Organization** (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. Ginebra, Suiza. WHO.

**Decreto con Fuerza de Ley N° 1.** Fija el Texto refundido, coordinado y sistematizado del Código del Trabajo.

**Séptima encuesta laboral 2011.**

**Ley de tránsito.**

**Obesidad en operadores de buses.** Gac Méd Méx Vol. 143 No. 1, 2007.

**Investigating obesity among professional drivers:** The high risk professional driver study.

**Copinschi G.** (2005) Metabolic and endocrine effects of sleep deprivation. *Essent Psychopharmacology*, 6(6), 341-7.

**Stamatakis KA, Brownson RC.** (2008) Sleep duration and obesity-related risk factors in the rural Midwest. *Prevention Medicine*, 46, (5), 439-44.

**Epel E, Jimenez S, Brownell K, Stroud L, Stoney C, Niaura R.** (2004) Are stress eaters at risk for metabolic syndrome? *Ann N Y Acad Sci.*, 1032, 208-210.

**Organización Internacional del Trabajo** (2012). Un enfoque integral para mejorar la alimentación y nutrición en el trabajo: Estudio en empresas chilenas y recomendaciones adaptadas. Santiago, Chile, OIT.

**Padrão P, Lunet N, Santos AC, Barros H.** (2007) Smoking, alcohol, and dietary choices: evidence from the Portuguese National Health.



ENTREVISTA "LA VOZ DE"

## **Esteban Grollmus Muñoz**

Presidente de la Federación de Sindicatos del Retail (FESIR), Temuco.

ENTREVISTA REALIZADA POR:

**Dr. Jaime Neira Rozas**

ACADÉMICO DEPARTAMENTO SALUD PÚBLICA.  
UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA.

**¿Podrías relatar brevemente qué es la FESIR, cómo surge y por qué, a quién representa, cuáles son sus objetivos y cuáles sus luchas que han dado durante su trayectoria. Cómo se articulan con otros movimientos sociales?**

**L**a Federación de sindicatos del Retail surge desde la necesidad y las dificultades comunes socializadas en los sindicatos del sector. Entendiendo que hay problemáticas que deben abordarse no solo dentro de los quehaceres del sindicato con la empresa correspondiente, también se hizo urgente la defensa solidaria entre sindicatos con esas empresas. A ello sumamos aquellas problemáticas que superan el quehacer empleador-trabajador y que afectan de manera transversal a los trabajadores, como salud, educación u otros derechos sociales además de las leyes laborales, y que se abordan con entidades estatales u otros poderes. En ese mismo entendido, la articulación con distintos sectores para entender y abordar las distintas luchas.

Ya a casi 10 años de su fundación, hemos participado en la construcción de escuelas sindicales, en la constitución de otros sindicatos en vinculación con distintas organizaciones de trabajadores de otros sectores, productivos tanto del sector público y privado, incentivando la unión en la acción concreta.

Somos parte desde el nacimiento de la Coordinadora no más AFP, por la lucha por una previsión digna para las y los trabajadores.

**¿Cómo se vive en los trabajadores/as los temas de salud común, la relación con el FONASA y las ISAPRES, las cosas buenas y malas, las esperas, etc.?**

La mayor cantidad que tenemos que ver como sindicato tiene que ver con el tema de los

accidentes laborales o enfermedades laborales o profesionales, ahí es donde tenemos siempre la discusión y la pelea con la empresa y con las mutuales, principalmente aquellas que son de carácter muscular o esquelético, no aquellas que son evidentes como un corte o una lesión que es notoria, o una herida sangrante en que se nota que es un accidente, sino son aquellas que con una mala fuerza generalmente, todos sabemos el área de caja, el tema de las tendinitis, los dolores de espalda de los trabajadores, tu sabes que en el retail los trabajadores de las 8-10 horas están de pie, una hora descansarán, el tema de la ley de la silla también es poco controlable, eso es el tema que uno siempre aborda y complica, tratamos de hacer educación y hacer que los trabajadores igual exijan el derecho, porque eso es un derecho, no es una paletada de la empresa ni nada, de llegar a la mutual, sabiendo que la mutual tiene esta facilidad de rechazar las licencias, para nosotros es una facilidad porque si bien los trabajadores están o en ISAPRE, o la mayoría en FONASA, lo que también nos preocupa ahí es qué órgano le dice a la mutual “sabes que no, tu estas equivocado, tu pagas la licencia”, parece que a nuestro juicio, el 77B eso que coloca la mutual, no, no es laboral y llega allá y al final termina pagando el estado, eso yo creo que necesita más control, al final la persona se atiende igual, pero creemos que no es justo, cuando un tema es laboral, es laboral. Y lo otro que siempre hemos dicho es que si un trabajador entra sano y sale enfermo, es laboral, no puede no ser laboral, tan simple. Eso es como lo que siempre nos aqueja y nos hace pelear.

Además del ámbito de las musculoesqueléticas, hoy está el tema de los riesgo psicosociales, que hoy está por ley instalándose, al menos en el local del EASY, (que yo soy dirigente ahí) se está implementando, esto viene hace como dos años más o menos, recién hoy día se está colocando el énfasis en eso. Ahora nos preocupa mucho porque la empresa no tiende a abordar estos problemas que viene “del hogar”, les genera problemas, generalmente lo que dice la empresa es que “los problemas de la casa, los problemas personales

quedan fuera, aquí viene usted a trabajar”, entonces no sé qué tipo de solución se irá a dar a ese tipo de problemas. Te digo porque a veces para pedir permiso para ir a médico son dificultades para la empresa, y eso tiene que ver con una cuestión que está sucediendo en el retail que tiene que ver con muy poca gente en cada una de las tiendas, falta de dotación, se han dado despidos masivos, con esta lógica de disminución del personal, de personal polivalente que hace muchas funciones. Lo que también hemos detectado es que si bien es cierto han mejorado un poco las remuneraciones en el sector de nosotros, en algunas de las grandes tiendas de nosotros, eso ha llevado al despido de trabajadores, igual estás haciendo dos o tres funciones de las que hacías antes, más carga laboral por la misma remuneración. Bueno otro tema que nos impacta es el ingreso de la tecnología y la robótica dentro de las tiendas, los reemplazos de puestos de trabajo a través de cajeros automáticos, máquinas automáticas, hoy nuevamente para los trabajadores que somos de más edad, nos genera un cierto temor este avance tecnológico, no estamos preparados para la velocidad con que cambian las cosas. Como sindicato nos intentamos preparar para eso, ya hace meses hemos estado haciendo la bajada de este tema, lo que significa, con algo bien práctico les decíamos a los compañeros de trabajo, ¿cuántos de ustedes pagan el agua, la luz por internet? De los antiguos, pocos, la mayoría aún hace la fila, pero de los compañeros nuevos, todos hacen de esa manera esa gestión. Entonces claro, si tu pagas la luz o el agua por internet, dejas de tener trabajadores recibíendote las boletas. Lo mismo va a pasar en los locales de nosotros. Hoy las formas de compra en los locales de nosotros es a través de cualquier medio, internet, teléfono, directo en sala, puedes retirar en sala, puedes comprar en otra tienda y retirar acá, obviamente están todas las facilidades para el cliente, y eso significa que necesitas menos gente. Puedes comprar en sala y no necesitas un cajero, tienes cajas donde pagas todo automático. Hay algunas tiendas donde tienes automatizada la toma de precios, en una de las tiendas tienen un pequeño robot que pasa por todas las salas bajando todos

los precios y chequeando si están correctos o no están correctos, después tu los imprimes y al otro día los cambias y no vas a tener errores de precio. Bueno en varias tiendas tú mismo te pesas el pan, te atiendes solo, autoservicio y eso significa menos trabajadores.

Lo que nos decía la empresa es que hoy todo apunta hacia allá, más con la arremetida de Amazon amenazando el mercado nacional, bueno y eso genera estrés, genera problemas sociales, de preocupación en los trabajadores que hoy día tenemos más de cuarenta años, que no nacimos con la tecnología; los chiquillos que hoy tienen 20-21, ellos nacieron con tecnología, ellos nacieron con internet y ahí hay una brecha importante entre los trabajadores que no han podido o no han necesitado digitalizarse.

Este tipo de cambios en el trabajo afecta por igual a los trabajadores de planta como a los tercerizados o externalizados, a todos en general. Y uno podría pensar que el vendedor, como es solo vendedor no necesita preparación en estos temas, pero no es así, hoy día todos los procesos son esquematizados por algún programa, tanto la recepción de productos, la entrega de productos, la asignación hasta de mallas de turno de trabajo, son todos por intermedio de sistemas computacionales, con programas, entonces el que es trabajador reponedor y quieres salir adelante va a tener que aprender, y a los que tienen más edad se les hace más difícil, es reacio a meterse.

**¿Y cómo afecta esto al derecho al trabajo, esto de que los cambios tecnológicos y de los procesos que finalmente terminan con más gente sin trabajo, que ya es un riesgo o un daño a la salud, y otra dimensión es el que se queda, que tiene a lo mejor un poco más de renta pero tiene mucho más trabajo, y sobrecarga laboral?**

Sí, hasta ahora es una complicación que estamos bajando como organizaciones sindicales, lo veíamos venir y uno pensaba que esto es a diez años o varios años más, pero hoy día está absolutamente inserto, ahí nosotros tenemos que buscar las fórmulas de cómo anticiparnos a eso, cómo lograr que el trabajador tenga el carácter de “indispensable” para la empresa, mejorando las atenciones, mejorando el trato, quizás hasta volver al antiguo vendedor que era aquel que te ofrecía de todo, y no aquel que hoy día por la velocidad que quiere la empresa es entregarte el producto y nada más. En ese sentido por un lado menos mal que estamos en Chile, porque hoy aún en Chile te preguntan hasta por un producto que es visible, no es tan así “a lo gringo” porque si fuera así ya estaríamos más complicados. Eso en ese tema, y el tema de los riesgos psicosociales que está trabajando la empresa.

Ahora algunos de los sindicatos hemos logrado instalar a través de ex alumnos que estuvieron en la UFRO, un pequeño centro de atención, buscándole una alternativa a los centros médicos tradicionales, a las consultas médicas, y hemos instalado una pequeña oficina donde algunos de los muchachos van a hacer algunas horas de trabajo voluntario, eso como para las enfermedades comunes, tenemos un chico que es kinesiólogo, hay un chico que es psicólogo igual, y que nos ha dado bastante solución. Desde el punto de vista de la medicina hay que ser también innovador y tratar de buscar alternativas, no solamente lo que está establecido no más. Esto lo hacen solidariamente, los chiquillos cobran una cuota bajísima y la mitad de esa cuota va a sostener el espacio, es el

FESIR Salud que le llamamos nosotros. Igual es un proceso lento, no ha sido un proceso rápido donde tu puedas ver gente esperando muchas horas, es una solución alternativa a lo que podrían encontrar en los centros tradicionales, como una respuesta a la salud para todos. Hay muchos de los familiares de los trabajadores que no tienen previsión, porque no son carga, son niños por ejemplo que están sin trabajo, como que no tienen cabida en el sistema público, o sea tendrías a través de los consultorios, con la dificultad de encontrar hora, y en este caso los atienden igual, y las condiciones de pago son en la medida de lo que es posible para los trabajadores.

Bueno, eso es gracias al trabajo que hemos tenido con los estudiantes principalmente de la UFRO.

**A propósito de algunos de los temas que mencionas, ¿cómo ven ustedes desde la organización de los trabajadores, el sistema público de salud chileno hoy día?**

Mira, nosotros no hemos hecho el análisis en conjunto de la situación, sino más bien cada caso en lo particular. Si tu me preguntas a mí, yo vivo en el Fundo El Carmen y tenemos un centro de salud en El Carmen espectacular, de lujo, entonces la atención es buena, quizás de repente hay dificultad en algunas horas, algunas complicaciones pero lo demás es un siete. Los chiquillos que son de FONASA, compañeros del sindicato, han tenido cirugías, generalmente el tema de la vesícula y han andado bastante bien. Ahora, también me ha tocado llegar por ejemplo a la Urgencia del Hospital Regional, y encontrarme en Urgencias con una cuestión que la final desmoraliza, gente muy enferma esperando largo rato, entonces eso te genera algunas cargas de ansiedad.

Yo creo que la sensación desde las organizaciones sindicales, además compartimos nosotros con organizaciones del área de la salud, como FERFUSAM a través de la coordinadora “No Más

AFP”, es que hoy día se quiere traspasar muchos de los recursos al sector privado, y ese traspaso de recursos al sector privado debilita al sector público. Nos encontramos con cuestiones como las gigantescas utilidades de las ISAPRES que impresiona no solo a nosotros sino a la mayoría de la gente.

Otras situaciones tienen que ver con el tema de las licencias médicas, y cómo algunos sindicatos hemos logrado el pago de los 3 primeros días por contrato colectivo. Tu sabes que la licencia médica te la pagan a partir del tercer día; la mayoría de las enfermedades como las respiratorias, gripes, son por alrededor de 5 días, salvo que sea más grave, el trabajador habitualmente no hace uso de esa licencia por que el impacto económico que tiene la pérdida de esos tres días es alto, entonces ves al trabajador que está trabajando enfermo, resfriado. En algunos sindicatos hemos logrado el pago de esos tres primeros días por parte de la empresa, por contratos colectivos. También tenemos algunas organizaciones sindicales, en el caso de nosotros por ejemplo, de EASY, que le hacemos seguimiento a la licencia, vamos al COMPIN; Jaime Bravo que es el dirigente encargado de ello, nosotros como dirigentes sindicales hacemos esos trámites, si hay alguna licencia que se demora mucho revisamos el por qué, a veces es porque falta algún antecedente, el por qué por ejemplo la caja demora en el pago de la licencia, a veces es porque la empresa no ha enviado a tiempo los documentos para el cálculo, entonces estamos bien encima de esa situación de los trabajadores en el tema de las licencias médicas.

## **Ustedes como FESIR, cómo organización que agrupa a los sindicatos de las empresas del Retail participan de instancias más colectivas que vayan más allá del FESIR? Me refiero a la CUT u otras organizaciones donde ustedes puedan ver cómo están otros trabajadores y sindicatos en el tema de salud.**

Mira, nosotros somos parte de la Coordinadora No más AFP, que es donde se agrupan diferentes sindicatos del sector privado y público a nivel de todo Chile, y también mencionar que en primera instancia el primer tema que habían puesto, principalmente los portuarios de la octava región, donde nace toda esta organización, y de la metropolitana, era el tema de las mutuales, las mutualidades era como la más práctica y no tan difícil como el tema previsional, haber seguido esa lucha pero yo creo que estamos como a tiempo de retomar esa pelea de las mutuales. Nos genera muchas dudas, este tema lo hemos discutido con la empresa, a la empresa le hemos dicho “oiga, las mutuales rechazan todas las licencias”, la respuesta de la empresa es que “nosotros no tenemos nada que ver, porque entre más licencias pagan la prima aumenta y es mejor negocio para ellas”. A ellos nosotros les replicamos que no porque la empresa tiene el control cada cierto tiempo de cambiarse de mutual, si la mutual les sube la prima ustedes lo que hacen es cambiarse, entonces tampoco es una cuestión de que da igual lo que cobren o cuantas licencias tome la mutual. Generalmente el tema de salud más allá de lo que he relatado no ha sido como fundamental, no ha sido colectivizado, igual tenemos como demasiada agenda y demasiados temas del aspecto legal, laboral, colectivo, despidos, entonces nos quita ese enfoque que podríamos tener incluso en algunos talleres que también queremos implementar como el tema del tabaquismo, del uso del alcohol, nos preocupamos más cada sindicato de manera puntual en cada organización con cada trabajador que de forma colectiva como verlo de manera general.



Bueno, la coordinadora No Más AFP se mantiene activa a nivel nacional, seguimos dando la pelea por el tema previsional, para nosotros que venimos, para nuestros viejos, sabemos que es una situación que no es fácil y que tiene un plazo largo, con movilizaciones gigantescas que logramos el año pasado y antepasado, igual seguimos trabajando más en terreno y expandiendo las organizaciones. Antes aquí había una sola que era Temuco, ahora está Pucón, Villarrica, que tienen coordinadora No más AFP, y así a nivel nacional lo mismo, no centralizado, en Santiago hay un montón, en Valparaíso y en todas partes hay pequeñas organizaciones, y eso también nos sirve para juntarnos y discutir varios temas, no solamente el tema previsional, que nos ha servido de mucho.

### **Claro, y desde esa perspectiva el tema previsional es clave en la salud.**

Claro, cuando estemos jubilados y seamos adultos mayores un tema clave de la salud es la renta, los ingresos, cómo tu puedes palear los gastos que se van a venir respecto a la salud. Y para eso hay dos posibilidades, o mejoras el sistema de salud público haciendo que deje de ser un problema para nuestros viejos, o mejorar las condiciones para poder disfrutar. Yo el otro día vi una entrevista en diferentes países de Europa, donde chilenos que se iban a vivir y les preguntaban si volvían a Chile y directamente decían que no, o sea, “yo no puedo ir a vivir a Chile a pagar educación, que aquí es un derecho, no puedo ir a Chile a pagar por salud, que aquí es un derecho, y más con la edad que tengo, no, bajo ninguna circunstancia vuelvo a Chile...”. Esa cuestión impacta, mucho de lo que a nosotros nos sucede es que no tenemos conocimiento de las realidades de afuera, entonces nos parece que aquí estamos exigiendo más de lo que debiera ser, pero cuando empiezas a ver estas situaciones en otros países te das cuenta de que son derechos, que están garantizados. Uno piensa que lo que aquí hay es lo que hay en todas partes, y no es así.

En el mismo tema de las AFP, en el mundo me parece que son como 5 países y en algunos es mixto, hasta Estados Unidos tienen un sistema mixto, un país tan directamente capitalista; en Europa un sistema de reparto y con mejoras al momento de la edad de jubilación, la mayoría de los países cuando tienen problemas económicos internos termina echándole mano a los recursos de los trabajadores al final. Y en salud lo mismo, y en educación lo mismo, el lucro en educación es una cosa, que... Esto es a modo personal, hoy día tu ves clínicas haciendo objeciones de conciencia o de legalidad, pero a la hora de dejar una persona afuera porque no tiene plata para operarse, es impresionante el doble discurso sobre ese derecho, es gigante.

### **En otro tema, ¿cómo ven el apoyo de las empresas para la conciliación entre familia y trabajo, condiciones favorables para las mujeres que son madres? ¿Para los padres cuando se enferma un hijo o hija?**

Lo que decía de los riesgos psicosociales, en CENCOSUD han tratado de mejorar estas condiciones de facilidades para los trabajadores, pero todavía estamos al debe, y tiene que ver con la falta de personal, si tienes dos personas en un lugar y se te enferma una, y la otra necesita ir al médico o algo, la prioridad para la empresa siempre va a ser el tema de productividad. Restricciones al tema de ingreso al trabajo de mujeres, o sobre las embarazadas, esas restricciones son de bien bajo perfil porque legalmente todos tenemos derecho al trabajo, pero lo más probable es que si un trabajador sale de Easy, lo más probable es que no entre a ninguna tienda de la cadena CENCOSUD, es muy difícil, pasa lo mismo en los LÍDER, lo hemos conversado con otros compañeros, el tema de ingreso de familiares, no se da, el tema de la maternidad, en el caso de nosotros en el Easy al menos no es un tema que sea discriminatorio. Si hay un tema de discriminación que a lo mejor tiene que ver con el cuidado de los hijos, cuando un hijo se enferma existe en el inconciente que es

la mamá la que tiene que cuidarlo. Un papá no va a ir a decirle al jefe “sabe qué, se me enfermó mi hijo, tengo que ir yo...”, no, tiene que ir la mamá, y esa es una cuestión que también tiene que ver con un tema de género y de equidad, el derecho al cuidado de los hijos.

**Pero en general, ¿los derechos de la mujer trabajadora embarazada, o que está lactando o cuidando a los niños, se protegen?, ¿O hay estrategias como para dificultar eso?**

Mira, si, nosotros lo que habíamos planteado y se ha planteado en otros sindicatos también este tema del cuidado de los hijos de más de dos años dando la posibilidad de que la empresa pueda instalar un espacio para ello, tú sabes que hasta los dos años tienen el tema de la sala cuna, pero después a los 3 ó 4 años se complica porque los chicos salen del jardín a las 12, entonces hay un tema dificultoso, y han sido también las empresas reacias a hacer un gasto adicional para eso, y se ha planteado en negociaciones colectivas. Nosotros también hemos planteado el tema de salas de amamantamiento, o de extracción de leche para las mamás porque cuando tienen su hijo tienen que ir al baño, y no tienen el espacio adecuado. Sí nos han captado la idea, pero yo creo que lo importante en esto es que en la gerencia, en la administración de la empresa deben haber más mujeres, porque hoy en día en la mayoría de las empresas de este tipo, los directorios, en las altas jefaturas hay muy pocas mujeres, entonces los varones tienden a no entender el problema, son cuestiones que a lo mejor para ellos son superfluas. En el caso de Easy tenemos una Gerenta de Recursos Humanos a la que le hace más sentido esta dificultad que pueden vivir las mujeres. Parece que en las otras empresas no tanto, y eso tiene que ver con esa poca mirada de mujer que tienen las empresas con estos temas.

**Hace un tiempo discutimos en una jornada en la que ustedes también estaban, que hay estudios que muestran que quienes presentan más riesgos psicosociales son las jefaturas intermedias, los supervisores por ejemplo.**

Claro eso sigue siendo así, el supervisor, el jefe de sala siguen llevándose la mayor carga de trabajo, remuneraciones no de acuerdo al cargo, los jefes los presionan a ellos pero tienen que pelear con el personal que tienen a cargo. Hace poco tiempo atrás ellos no marcaban, hay un artículo en el código del trabajo que señala que tú no marcas porque eres jefe, entonces tienes disposición del tiempo, y la verdad que de eso se abusaba, tu llegabas en la mañana y te ibas en la noche, no eres el jefe o supervisor que llegabas a una hora, supervisabas y te ibas a tu casa. Hoy día se ha logrado que muchos de ellos tengan turnos de trabajo. Tenías mejor remuneración pero entrabas a las 8 de la mañana y te ibas a las 8 de la noche, y eso es no pago de horas extra, no asignación de días libres, eso se daba mucho en el retail, y yo creo que todavía se da en algunas tiendas. En todo caso en algunas tiendas se ha terminado un poco ese abuso que había sobre los mandos medios.

**¿Y en el otro tema que uno se imagina que debiera estar más controlado, los riesgos físicos, ergonómicos, de accidentes cortopunzantes, u otros similares?, ¿los comités paritarios existen?, ¿funcionan?**

Si lo que pasa es que en las tiendas de nosotros son hartas tiendas, los establecimientos son varios, entonces en los comités paritarios el trabajador que tiene fuero es uno a nivel nacional, y en cada uno de los establecimientos cuando tienen menos de 200 o 250 trabajadores no tienen fuero, entonces para ellos es complejo marcar posición desde los trabajadores. Además que las capacitaciones te las entrega generalmente la empresa y las mutuales,

donde a los representantes de los trabajadores les dicen que hay que vigilar al trabajador que cumpla con las normas de seguridad, pero no a la empresa en sí. Ahora si me planteas por ejemplo, hay escaleras en mal estado, el comité paritario claro que tiene la facultad de decir “esa escalera no se usa y me la sacan de sala” o “ese pasillo hay que cerrarlo porque no está en condiciones de trabajo”, pero es difícil para ellos hacerlo. Ahí estamos obligados nosotros como sindicato para intervenir y plantear y hacer el tema un poco más grave.

El comité paritario existe pero en la práctica no cumple 100% su rol, porque no se le asigna el respeto y las facultades para tomar determinaciones un poco más drásticas. Si tienes un trabajador enfermo dentro de la sala, en malas condiciones, hay que pedirle autorización al jefe para que vaya a la mutual, en esas condiciones están... ahí nosotros los tratamos de apoyar, y decirle “es un derecho, usted vaya no más a la mutual”... y les cuesta también a los trabajadores hacer ese ejercicio, todavía hay un cierto temor a represalias, entonces nosotros trabajamos en eso y ahí presionamos como sindicato, al final no ocurren casi nada represalias, porque nosotros como sindicatos estamos también bien atentos a lo que pueda suceder, es más que nada el temor inicial que se da en los trabajadores.

El problema es que después llegas a la mutual, te atienden y te dicen que es una enfermedad común...

Eso respecto a los comités paritarios. Otra cosa que se da en algunas tiendas como supermercados es el tema del clima, del frío interno en las tiendas, el exceso de ruido que es poco fiscalizable, desde la Inspección del Trabajo a lo mejor no tienen los profesionales para poder hacer levantamientos, al final llega alguien de la mutual a hacer mediciones, y raramente siempre cumplen las mediciones con las normas, entiendes? El año pasado uno de los supermercados lo hizo a través del Servicio de Salud, y las multas parece que son más dolorosas que las que aplica la inspección del trabajo, fiscalizaron temperatura, exceso de

frío. Nosotros en el Easy igual vamos a hacer un tema así, porque la tienda de nosotros si tu la ves, es una bodega gigante, entonces la posibilidad de calefaccionar la tienda es muy difícil, significa inversión, significa gasto, nosotros ya dimos un aviso respecto de esa situación, el año pasado no funcionó y este año vamos a aplicar mano dura si no se soluciona el tema del frío. Eso es así porque es más económico tener un espacio abierto, gigante, el aire acondicionado no funciona, no da para toda la tienda, faltan cortinas de frío que son necesarias para poder evitar que entre la corriente de aire, y eso significa más inversión, les cuesta gastar plata a las empresas respecto de esa situación, invertir en espacios de trabajo un poco más saludables.

Otra situación que se da es que algunas empresas entregan almuerzo, y otras empresas del mismo grupo no lo hacen con sus trabajadores, esa es una dificultad que estuvo viendo la otra vez también la UFRO, haciendo también exámenes preventivos de colesterol y todo eso, tratamos de asociar eso con los trabajadores que no tienen derecho a colación lo que terminan comiéndose es un completo, un pan, lo que sea afuera de la tienda que sea barato y rápido. En el caso de nosotros en algunas tiendas, Lider, Easy tienen el tema del derecho al almuerzo y la colación por contrato colectivo. Eso se hace en casinos, no con ticket, traen la comida preparada a través de empresas, y ellos sirven el almuerzo.

### **¿Tienen o existen servicios de bienestar o algo así?**

No, no existe, o está el sindicato abocado a los temas de bienestar, o lo que pueda Recursos Humanos de la empresa. Recursos humanos es una entidad dentro de la empresa que tienen que ver principalmente con la administración de lo que se llama “recurso” no más, liquidaciones y todo eso. Igual poca gente hay en recursos humanos trabajando en estas grandes empresas, todo centralizado además.

**¿Y esta política que uno ve, del empleado del mes, reconocimientos, como de incentivos no económicos? ¿O celebrar alguna fecha importante, eso existe, funciona, sirve?**

El pago Romano, el pago de otro tipo...si existe, pero no sé si los compañeros trabajadores le toman mucho valor a ese tipo de incentivo, lo que generalmente quiere el trabajador es el reconocimiento a través de una buena remuneración, pero se hacen todavía esas actividades, todavía está la foto del trabajador del mes, etc. Algunas empresas celebran navidad o fiestas patrias, algunas hacen ese tipo de actividades pero con muy bajos recursos eso sí, asignados de la centralidad que tiene cada una de las tiendas, ahí las jefaturas locales se juegan de alguna forma la posibilidad de hacer algo bonito para los trabajadores, pero la empresa, no es que haya un ítem directo para pagar cada una de estas actividades. Eso se hacía mucho antes, en las empresas antiguas, yo trabajé por ejemplo en Gejman, cuando estaba don Pedro, era espectacular, era una cena con todos, era parte de las tradiciones. Después se van perdiendo con el tiempo, con esto de que ya no son la familia los dueños de las empresas, hoy día los dueños son accionistas, son lejanos a nosotros, gente que no conocemos y mucho cumplimiento de número no más...

Yo pasé en esa empresa en un momento de transición, cuando aún estaba el dueño y después quedaron los hijos, y si había un trato más directo, más de tú a tú, no era tan impersonal, no era como que la empresa no era asociada a una cosa en las nubes, como jurídica no más, antes la cosa era más conversable, “oye me siento enfermo...”, y bueno, hoy es “la empresa no me dejó”, se ha hecho bastante poco personal el tema, nadie quiere meter las manos al fuego de las jefaturas, ha cambiado hartito eso.

Bueno, las jefaturas y las gerencias locales saben que son trabajadores no más, no tienen ese rol

de determinar ciertas cosas, la mayoría de las instrucciones son centralizadas, entonces si te la juegas por algo, corres el riesgo igual que cualquier trabajador, de ser amonestado, y tienes que cumplir con un montón de protocolos, etc. Nosotros tenemos un trato bastante directo del sindicato Easy con la jefatura local, y si bien meten las patas, se condorean de repente con el trato a los trabajadores, nosotros sabemos la presión que tienen, sabemos que a quien hay que presionar desde el sindicato es a Santiago para que ellos (jefaturas locales) puedan también hacer gestión.

Hoy igual por ejemplo están preocupados por el tema de las vacunas, se consiguieron vacunas en el local de nosotros por el tema de la influenza, pero muchas de las gestiones es gestión local no más, de la cercanía que tienen del convivir con los mismos jefes. En ese sentido FESIR es básicamente local, de acá de Temuco, hay federaciones en Santiago de distintas organizaciones, de Paris hay Federaciones, de Walmart hay federaciones, pero no es una sola como FESIR. Esa cuestión de la dispersión de los sindicatos también pasa con las organizaciones de grado superior, las Centrales igual son varias, las confederaciones son varias, lo cual finalmente debilita.

Ahora desde FESIR, desde nosotros lo que siempre buscamos, independientemente de la legalidad que hoy día existe que nos dice “tu puedes pertenecer aquí a una organización federativa y no a dos”, cada uno de los sindicatos también se mueve en redes de la forma que estime conveniente, así lo hacemos nosotros también, y a través de la coordinadora ha sido mucho más fácil.

Finalmente, mira sobre el tema de cómo piensan las organizaciones sindicales que se debe corregir o mejorar de la política de salud en Chile, bueno, nosotros vemos que a través de este pequeño espacio que es FESIR-Salud, yo creo que a través de la alianza con los estudiantes que son de medicina o de distintos sectores, podemos también de parte de ellos que nos devuelvan un poco la mano, yo creo que también ellos buscan esos espacios y al

final tampoco están, o sea, cuando tu sales de la universidad al mundo laboral a lo mejor lo que encuentras es aquello que hoy día ya está formado no más, o sector público o sector privado, pero estas pequeñas iniciativas de centros alternativos de salud deben ser impulsados a través de las organizaciones sociales, así como eran los socorros mutuos o las mutualidades en esos años eran parte de los trabajadores, los argentinos tienen sus obras sociales, tienen sus centros de salud, tienen sus farmacias, tienen de todo armado, tienen centros de recreación y nacen desde los trabajadores, hoy día nosotros esperamos que algo ya esté armado pero nos cuesta la construcción de esos espacios. Lo que hemos asociado nosotros y hemos conversado dentro de la FESIR es que claro, esta lógica de subordinación y dependencia que está dentro de los contratos de trabajo deja muy poco espacio de creación por parte de los trabajadores, hoy día es la instrucción de cómo hacer las cosas, la creatividad como que nos cuesta a los trabajadores, tienes que pensar que los sindicatos nacen de necesidades bastante más básicas que crear nuevas formas de trabajo, con el tiempo puedes ir imaginándote nuevas cosas pero hoy día la mayoría de los sindicatos nacen por un tema laboral, de maltrato, de malas remuneraciones, son como sus peleas diarias, entonces que las organizaciones sindicales empiecen a pensar otras formas de salud, otras formas de educación, temas de escuela popular interna, de formación o autoformación, todavía es complejo, se necesita una maduración de la dirigencia sindical, y es complejo y difícil porque te absorbe el día a día, lo importante también son estas interacciones con estas organizaciones sindicales no solamente del país sino de fuera, y también la cooperación de profesionales en el desarrollo de estas tareas. Igual hay bastantes muchachos sociólogos que han salido y han estado tratando de aportar en algo, no hacer la tarea tampoco porque al final terminas siendo un poquito más cómodo.

Pero es muy complejo, yo me imagino por ejemplo nuestras compañeras mujeres, piensa ahí la tarea del trabajo, la tarea de la dirigencia, la tarea del

hogar, y más la tarea de criar, entonces el día de 24 horas no se hace nada. En la FESIR y en el sector Retail hay muchas dirigentes mujeres, muy comprometidas las compañeras pero también se les dificulta bastante. Igual dentro de la federación se ha dado un tema de discusión de género importante por las compañeras, lo que antes nos parecía obvio, hoy día cada uno se va dando cuenta de que estamos equivocados, y eso es enriquecedor, todas esas visiones son positivas. Hemos tenido talleres de enfoque de género dentro de la organización, con discusión buena y buen debate, y eso nos hace reflexionar desde la posición desde lo masculino, desde la cómoda posición de lo masculino, desde mirar desde arriba el problema y no ver ser el problema a veces. A mí me da la impresión de que así como el movimiento pingüino, hoy día ya se está gestando una situación, como estás viendo en las Universidades, de decir ya basta de temas de abuso y todo, interesante ver cómo se va a avanzar en eso, hoy día ya está avanzando rápido, hay varias universidades paradas, tomadas. Yo converso con mi hijo que entró hace poquito a la Universidad a estudiar, y tienen un concepto del tema de lo femenino bastante más desarrollado que uno, “no, bien ahí las compañeras, si el tema de la lucha es del abuso de parte de...” yo creo que se han ido dando recambios generacionales en los temas de quién hace las cosas en el casa...

**Y ese recambio del pensamiento en los temas de género ¿no podrá acompañarse de un recambio del pensamiento en el tema de otros derechos ciudadanos, en el tema del trabajo, en el tema de la salud, de las AFP?, porque finalmente el enfoque de género es una cuestión transversal.**

Yo creo que sí, yo creo que la mayoría de nosotros dejamos de estar esperando que alguien haga las cosas o nos diga como hacerlas, hoy día cada vez más se van empoderando diferentes organizaciones. El tema es que el mundo sindical todavía sigue quedando detrás, está como muy detrás de todos estos cambios sociales, no está a la altura del tema por ejemplo, aquí en la región del tema de los compañeros mapuche que trabajan en nuestras tiendas, el tema de género, el tema de la migración, un montón de temas que son temas que los sindicatos, no se si por temas de capacidades por tiempo, no estamos dando respuesta a esas situaciones, están en el subconsciente, pero el cómo y el qué hacemos se discute bastante. Nosotros tenemos una discusión con un grupo de estudiantes de la universidad que querían hacer una pequeña escuela sindical y les preguntamos en qué estaban ellos, y estaban trabajando en una comunidad, cercanos al pueblo mapuche, bueno el pueblo mapuche tiene un tema con las confianzas, hay que ser muy bueno para eso, y nosotros les decíamos por qué no hacen un trabajo respecto a los trabajadores que son mapuche y que están dentro de las tiendas y cómo se sienten hoy día ellos respecto de la situación del llamado “conflicto mapuche”, qué presión tienen ellos adentro, qué visión tienen los compañeros, si se sienten observados de una forma distinta, yo creo que ahí hay un tema importante, o guardan silencio o son capaces hoy día de expresar también su posición. Nosotros hoy día desde el sindicato compartimos esa problemática que hay, tuvimos la otra vez una discusión sobre el sindicato de las forestales por ejemplo, de los trabajadores de aserraderos, y qué piensan ellos respecto al

tema de la defensa del territorio y del cuidado del medio ambiente, cuál es su posición ahí, entonces es complejo eso, a lo mejor yo como compañero trabajador de las forestales tengo que proteger mi fuente de trabajo, y que es legítimo, pero cómo yo socializo esa cuestión, cómo yo veo más allá de mi propio espacio.

Nosotros desde el retail, el avance de estas grandes tiendas en contra de estas pequeñas empresas locales, también nos genera un ruido importante. La disminución del comercio local, bueno hoy día los supermercados entran hasta en los barrios, cuestión que antes no se veía, antes el supermercado lo tenías en el centro, donde hacías el pedido del mes, lo demás lo comprabas en los barrios, hoy día en cada barrio hay un supermercado, y eso genera plusvalía de mejor condición supuestamente, entonces no se ha pensado el impacto real de esa situación, el control que hoy día tienen las grandes empresas, del retail al menos en nuestro caso, como Gejman, una empresa local, sucumbió finalmente ante las grandes empresas, y está pasando en muchas áreas, si tu miras la historia ha pasado con tiendas íconos en el comercio local, desvanecido por el avance de estas grandes tiendas. No hay como una planificación de lo que hoy día existe.

Por otro lado, en muchas ciudades pequeñas de la región se ha visto el avance de tiendas de propiedad china, y eso es complejo porque hemos visto el trato que se genera al trabajador. El año pasado recorrimos las tiendas por el tema de la navidad en diciembre, y en varias de esas tiendas los trabajadores preferían trabajar fuera de horario para ganar más dinero, no se entiende todavía como “los derechos de...”. Hoy encuentras tiendas en todas partes, y compran cuerdas y manzanas enteras, y no son baratas, es lo que se da, la plata manda, la plata manda en todo. Si es buen negocio, si funciona, dale para adelante no más, a costa de lo que sea, poca vigilancia, poca fiscalización, la inspección del trabajo con muy pocos funcionarios que hagan ese trabajo, cada uno con muchas fiscalizaciones pendientes, se

quedan súper cortos. Está como pensado así que el estado tenga poca capacidad de fiscalizar, y eso es lo que nos hace pensar a nosotros qué es lo que sucede, es intencionado que los servicios públicos no den abasto, que tengan dificultades para que la gente migre al sector privado y diga que lo privado es mejor que lo público, con pocas posibilidades de fiscalizar ciertas irregularidades, es como intencionado, orientado a que uno idealice lo privado, pero cuando tu empiezas a descubrir que el lucro, que la ganancia es el principal eje motor de estas instituciones, como que la gente empieza a despertar un poco, pero igual a super corto plazo la memoria. No se si ya nos estamos haciendo resistentes al tema de la corrupción, al tema de estas ganancias cuantiosas de estos bancos, ISAPREs, que la final es tanta información de este tipo que al final nos va a hacer naturalizar esta cuestión, y aunque se descubra estas ganancias, no pasa nada, o pasa poco, y más allá del reclamo por redes sociales, fue no mas, e impresiona, de verdad impresiona. Ese reclamo a veces se lo planteamos a las jefaturas locales, a la gerencia, con los que más mantenemos contacto, “nosotros somos un país de los más neoliberales, pero ni siquiera ustedes cuidan el modelo, sancionen a quienes se portan mal, mejoren las condiciones para que la gente esté en mejor pie, pero ni eso hacen ustedes”, o sea lo que llaman el lumpen económico, que es la misma gente con más plata no más, pero es impresionante. Pero los jefes dicen que no les corresponde a ellos, es como despersonalizar el tema siempre, “no, es que la empresa está pensando de esta otra forma, las preocupaciones no son esas...” Si tu vez cuando salieron estas personas de la CMPC, el tema de la colusión del confort, de las farmacias, que son personas que participan de ahí y hablan como despersonalizados del tema, o sea “si, esta cuestión no puede suceder, nos perjudican, nos dejan en mal estado...” pero ahí están...y todavía no pagan los siete mil pesos.

Hoy día se levanta una nueva colusión de las farmacias, el tema de la canela, entonces uno dice, mínimo, cuiden su modelo. Nos dan más pie a nosotros para darles, además, cómo tan básicos,

si controlan los medios de comunicación, no hay fiscalización e igual los pillan. O como lo del ministro ahora, vergonzoso, el aprovechamiento como ministro. Y a la gente le da lo mismo, no qué son 5 millones, además va en el nombre del país, pero el tema es el aprovechamiento, aparte si después no son 5 millones sino son veinte, y así? Ahora, ese estilo no es reciente, eso se ha naturalizado, ese tema de esta facilidad para... o autojustificarse para...A mí lo que me preocupa es que se naturalice tanto que al final a la gente le da lo mismo. Hay países que han llegado a eso, países cercanos en que se naturaliza al final el tema y después de generarnos tanto rechazo, terminamos diciendo “hagan lo que quieran”.



# Democracia, derechos de las mujeres, feminismos y luchas: notas para reflexionar con mujeres del sur (\*)

**Dra. Lucy Ketterer Romero**

ACADÉMICA E INVESTIGADORA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA. TEMUCO – CHILE. COORDINADORA ACADÉMICA OBSERVATORIO DE EQUIDAD EN SALUD SEGÚN GÉNERO Y PUEBLO MAPUCHE.



**(\*) El presente texto fue presentado por la autora en la Segunda Plenaria Sergipana do Foro Social: derechos humanos, feminismos y luchas de las mujeres LGTBI, más diversidad de género, realizada en la Universidad Federal de Sergipe (UFS), en la ciudad nordestina de de Aracaju, el 1 de marzo de 2018. Actividad preparatoria para el FSM realizado en el mismo mes, en Salvador de Bahía, Brasil.**

**B**oa tarde para vocês... Pensé mucho para preparar esta presentación, tratando de dar cuenta de las luchas de las mujeres por la democracia, la soberanía y los derechos sociales de las mujeres, tema central del que se me solicitó conversar con ustedes...y en ese pensar volví a mis orígenes, a mi tierra [la región de la Araucanía de Chile], y la lucha de las mujeres chilenas por la democracia después del golpe militar de Chile, en la década del 70, donde ellas enarbolaron la consigna que decía: democracia en el país y en la casa... levantando la voz y denunciando en ese momento histórico de la lucha del pueblo chileno para recuperar la democracia, la incompletud de la democracia cuando ésta no conlleva una crítica acerca de la situación y de la condición de las mujeres en su desarrollo, cuando ésta no es una democracia feminista, que reconozca y busque la deconstrucción del orden patriarcal instalado en la sociedad, y conscientemente, los sujetos y sujetas, hombres y mujeres que la construyen, busquen la forma de construir otras relaciones entre los géneros, entre las clases, entre las razas, que busquen superar las formas conocidas hasta ahora de relacionarnos, fundadas en la jerarquización de clase, raza y de género.

Claro, porque básicamente es la intersección del género, la raza y la clase la que nos constituye y ubica, a mujeres, hombres y a los otros géneros, en la sociedad neoliberal moderna a través de una división sexual del trabajo donde nosotras nos constituimos como clase, mediadas por el sexo de los hombres, y a través de un trabajo que no es remunerado, pero que materialmente sostiene al

capitalismo: el doméstico.

Dice Selma Jones al respecto:

*“Desde Marx, está claro que el capital manda y se desarrolla a través del salario, es decir, que la fundación de una sociedad capitalista ha sido el trabajo asalariado y su explotación directa. Lo que nunca ha quedado claro ni ha sido asumido por las organizaciones del movimiento obrero es que ha sido, precisamente, a través del salario como se ha organizado la explotación de los no asalariados. Esta explotación ha sido incluso más efectiva porque la falta de sueldo la escondía...En lo que atañe a las mujeres, su trabajo parece un servicio personal fuera del capital” (Jones, 1973, pág. 28).*

Es este “servicio personal fuera del capital” el que a mi juicio nos ubica en una posición de clase que nosotras no vemos, realizando el trabajo reproductivo de la sociedad, que no es valorado, y que nosotras realizamos (muchas veces felices) porque lo confundimos con afecto, con labores propias de cuidado para los seres que amamos, pero que un análisis económico nos posibilita observar que esas tareas domésticas son parte de la división sexual del trabajo, que nos ubica fuera de la fuerza de trabajo asalariada, constituyéndonos como trabajadoras no remuneradas que sostenemos el sistema capitalista con lo que denomina trabajo reproductivo. Constituyéndose, a partir de él, una serie de acciones de cuidado de otros y otras que no tiene compensación económica en nuestra sociedad, y que permite a los estados neoliberales traspasar a las mujeres, las tareas que de acuerdo al pacto social político ellos debieran garantizar,

por ejemplo, el cuidado de niños, niñas y jóvenes; de ancianos y ancianas; personas enfermas...y esto lo sabemos, porque cada vez que el estado neoliberal recorta presupuestos a las políticas sociales, somos las mujeres quienes asumimos la tarea que el estado deja de realizar.

Por ello, pienso que la consigna democracia en el país y en la casa, levantada por el movimiento de mujeres chileno en la década de los ochenta, sintetiza las luchas de las mujeres en Chile, Brasil y el mundo.

Históricamente, sabemos que desde los inicios de la era moderna, cuando se conformaron los estados y las mujeres también tuvimos participación en ese hecho histórico, no fuimos reconocidas como sujetos...o mejor dicho, como sujetas políticas. Tampoco como sujetas históricas, quedando marginadas de la construcción social de la ciudadanía, sin derecho a la más mínima participación política, a elegir representantes, ni menos a ser elegida, porque no tuvimos derecho a voto, hasta bien entrado el siglo veinte.

Claro, porque ustedes saben mejor que yo que aquí en Brasil, en una actitud valiente y transgresora, por cuanto la constitución vigente en 1928 no prohibía el sufragio femenino, fue la profesora Celina Guimarães Viana la primera mujer en obtener el derecho al voto, en la ciudad de Mossoró, estado de Río Grande do Norte (Cruz, 2017)...y en Chile, las mujeres también fueron transgresoras, ya que se organizaron para reclamar su derecho a voto durante toda la década del 20, algunas de ellas votaron en el año 1935, para las elecciones municipales, pero este proceso se invalidó, porque la constitución de ese tiempo, que no decía que no tuvieran derecho a voto, tampoco decía que lo tuvieran...y es *“a partir de 1946, gracias a las presiones de las organizaciones feministas, entre ellas, el MEMCH y la FECHIF, las campañas públicas por la obtención del sufragio femenino universal se intensifican (...) Finalmente, la promulgación del sufragio universal femenino se produjo en 1949 y se ejerce recién el año 1952”* (Memoria Chilena, 2018).

Por estas historias, podemos decir que la democracia no es tan democrática con las mujeres, pero tampoco lo es con otras clases sociales... porque ustedes saben que durante mucho tiempo el voto universal no fue de ese modo, por ejemplo en Chile lo que se puede denominar “democracia plena” respecto del derecho a sufragio, solo *“se volvió verdaderamente universal con las reformas constitucionales de 1970, al otorgarse el derecho a sufragio a los mayores de 18 años, analfabetos e incapacitados. La elección fue democrática, ya que pudieron votar los hombres analfabetos que antes estaban excluidos de hacerlo”* (Gómez Leyton, 2010, pág. 42).

Entonces, si el principio que sostiene y distingue a la democracia de otras formas de gobierno es la soberanía popular, en tanto el único soberano legítimo es el pueblo: la historia de las mujeres nos señala que durante varios siglos del estado moderno, nosotras no hemos sido soberanas. No hemos sido sujetos legales dentro de las propias instituciones del Estado, donde teníamos que acudir, con nuestros padres, cónyuges o tutores, para recibir herencias, casarnos o realizar trámites propios, porque éramos consideradas como menores, minorizadas por las competencias y atribuciones jurídicas del estado.

No obstante todo lo anterior, hoy podemos decir que hemos avanzado, y lo hemos hecho solo gracias a nuestra lucha, como movimiento de mujeres y movimientos feministas...hemos avanzado hasta instarnos en los propios Estados, hemos creado instituciones para las mujeres, leyes para las mujeres, hemos definido un tipo de violencia contra las mujeres, y le hemos puesto nombre a su máxima expresión: el femicidio... hemos luchado y demostrado que el femicidio es una forma de violencia extrema contra las mujeres, que se expresa en su asesinato, la mayoría de las veces perpetrado por su pareja, por quien dijo haberla amado, y que se produce por el hecho de que somos mujeres y debemos, simbólicamente, ser corregidas, moralizadas a través de la violencia física, sexual, económica o bien...a través de

nuestra muerte.

La buena noticia es que estamos dentro del estado, la mala, como nos señala críticamente Yuderkis Espinoza, es que el feminismo que se ha institucionalizado no ha sido capaz de levantar una crítica consistente y “denunciar la dependencia a una agenda de discursos producida desde espacios supranacionales que atienden a políticas neocoloniales para los países del sur global” (Espinoza, 2012)...dejo aquí una provocación para que pueda ser debatida después.

Otro elemento que me gustaría poner en debate es el momento histórico que vivimos, ya que nuestro análisis de las relaciones de género nunca puede estar descontextualizado del momento histórico. Actualmente estamos dentro de una estructura de relaciones de poder que es afectada por la fase histórica en que nos encontramos, siguiendo a la teórica Rita Segato, vivimos en una época de profundización del capitalismo que ella denomina “de dueñidad” (2003). Una época caracterizada por la presencia de grandes feudos corporativos, de grandes corporaciones que tienen concentrado el poder económico, constituyéndose en los dueños de todo.

Nunca antes en la historia de la humanidad hubo esta tan alta concentración de la riqueza en pequeños grupos de personas, todos hombres, pertenecientes a los grupos económicos dueños de la vida y de la muerte, lo que se expresa en prácticas punitivas, controladoras, criminalizadoras, por este poder de dueñidad hacia todas las desobediencias, hacia todas las amenazas al modelo patriarcal. A partir de esta idea, podemos constatar la negación de estos grupos conservadores al derecho a abortar, por ejemplo. Se imaginan a las mujeres teniendo control sobre sus cuerpos, negándose a parir cuando son violadas por el padre, los hermanos o los tíos; por esos familiares tan cariñosos que te obligan a parir, y a quedar traumatizada toda la vida, para que solo trabajes y no se te ocurra tomar otras decisiones, como liberarte de esa familia

patriarcal y no procrear más... ¿a quién podrían explotar sino?

Este poder, como observamos todas y todos, no tiene una contraparte desde la institucionalidad, dado que las instituciones y el estado están estructuralmente disminuidos, desmantelados por los dueños de todo, que además han logrado al poder político mediante el voto de las minorías, como en el caso de mi país en la actualidad.

Se suma a este poder capitalista de dueños, el hecho de que el estado también es patriarcal, en tanto es el espacio de la hegemonía masculina, que se expresa en códigos masculinos y que en esta época, en particular, se presenta como el lugar donde los dueños del mundo son los que definen los pensamientos que circulan en el sistema cultural, a través de los sistemas de comunicación de masas y multimedia.

¿Y cuál es el pensamiento propio del sistema actual que circula en este momento? Una racionalidad instrumental, extractivista y poscolonial, que dota al sistema de un infinito poder de extracción: de recursos naturales, agua, minerales, peces, frutas y cuerpos, pero también de extracción de ideas, culturas, saberes propios, que el sistema los devuelve revestidos de mercado, listos para ser consumidos. De ese modo, se nos hace moda lo étnico, lo natural, lo sano, las yerbas medicinales, la vida en el campo, entre otras cosas.

Rita Segato nos alumbró al respecto:

*“Una observación simple, de corte puramente etnográfico, no alcanza para revelar la naturaleza jerárquica y la estructura de poder subyacente e inherente a las relaciones de género, que no son ni cuerpos de hombres ni cuerpos de mujeres, sino posiciones en relación jerárquicamente dispuestas. La trama de los afectos e investimentos libidinales sustentada por esa jerarquía no es de fácil observación ni se revela a la mirada objetivadora del etnógrafo. El patriarcado es, así, no solamente la organización de los estatus relativos de los*

*miembros del grupo familiar de todas las culturas y de todas las épocas documentadas, sino la propia organización del campo simbólico en esta larga prehistoria de la humanidad de la cual nuestro tiempo todavía forma parte. Una estructura que fija y retiene los símbolos por detrás de la inmensa variedad de los tipos de organización familiar y de uniones conyugales”* (Segato, 2003, pág. 15).

Las mujeres estamos afuera de la racionalidad instrumental de la modernidad, dado que nuestro lugar de enunciación – donde nos ubicó la lógica occidental- es la naturaleza, la reproducción, las emociones...que bajo la égida del sistema capitalista neoliberal actual se traduce en la casa, la crianza, la familia...la comunidad, incluso... pero fuera de la historia, de la economía, la política y de las decisiones del poder...por lo que tenemos que seguir luchando, de distintas formas, pero desde mi punto de vista, ya no para ser parte de una democracia que está en permanente deuda con las mujeres, y otros género y también, sino para derrocar al sistema capitalista, neoliberal y su democracia...ese es para mí el objetivo de la lucha feminista hoy.

A respecto, Silvia Federici nos señala que la lucha feminista es *“verdaderamente la misma lucha: luchar contra la contaminación, contra el capitalismo, la precarización de la vida y el despojo y luchar contra el patriarcado son momentos diferentes de una misma lucha”* (Resumen Latinoamericano, 2017).

O bien como señala Alberto Garzón de la izquierda unida española: *“No nos equivoquemos: superar el capitalismo no garantiza superar también el machismo. El patriarcado es una estructura cultural que sobrepasa al capitalismo”* (Garzón, 2018).

**¿Cuáles son algunos de nuestros objetivos entonces?**

Pienso que uno muy importante es avanzar en la crítica feminista interseccional que nos permite comprender la articulación en nuestras vidas, tanto de mujeres, hombres y de otras expresiones de género, del significado de la intersección de sexo, raza y clase.

Avanzar en la comprensión de cómo esta articulación se expresa en nuestras cuerpos, en nuestra condición de mujeres, como se expresa en las condiciones de otros sujetos subalternos “como tipos de sujetos producidos dentro del régimen de género y (hetero) sexualidad, con la condición de (pos) colonialidad y dependencia” (Espinosa, 2012), de la explotación extractivista profunda que vivenciamos cotidianamente en nuestros territorios y en nuestros propios cuerpos. Otro objetivo es seguir luchando por nuestras dignidades, profundizar nuestras luchas por la dignidad del ser humano, como señala Aïda (citado en Álvarez, 2012, pág. 20), luchas “condicionada[s] y avasallada[s] por las injustas consecuencias de un sistema [...] que desvaloriza los cuerpos y sus energías reduciéndolas a simples fuerzas de trabajo, que incorpora además una serie de dispositivos de discriminación ya sea por tener un color que las descalifica, por hablar una lengua nativa, por pertenecer a una etnia, provenir de culturas del tercer mundo, como también por asumir un género no convencional, expresar una sexualidad no heterosexual, ejerciendo la libertad y autonomía de inscribir en sus propios cuerpos una historia no oficial».

Avanzar en la comprensión de que: *“los derechos no se suman ni se completan en un repertorio pacífico de normas acumulativas. Muy por el contrario, se encuentran en una articulación tensa y contradictoria. La pregunta que surge es: ¿cómo las mujeres de los otros pueblos pueden luchar por sus derechos sin que eso perjudique su lucha por los derechos colectivos de sus grupos -y, en algunos casos, incluso, por los intereses del conjunto de una*

*nación en una lucha antiimperialista- sin que esto sea lesivo para la cohesión de los mismos?” (Segato, 2003, pág. 142).*

Apostar a la unidad de las luchas y de los movimientos sociales, para mi gusto es nuestro espacio y forma de ejercer poder en la actualidad. A eso apuesto compartiendo con ustedes hoy.

Muchas gracias.

## BIBLIOGRAFÍA

**Álvarez, S. E.** (2012). Presentación. En M. Daza, & V. y. Vargas, Crisis y movimientos sociales en Nuestra América: cuerpos, territorios e imaginarios en disputa (págs. 19-22). Lima: Programa Democracia y Transformación Global.

**Cruz, F.** (2017, marzo). Primeras brasileñas en votar fueron transgresoras. Agência Brasil.

**Espinosa, Y.** (2012). Los desafíos de las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano en el. En M. D. Gina Vargas, Cuerpos, territorios, imaginarios. Entre las crisis y los otros mundos posibles. (págs. 211-228). Lima: Programa Democracia y Transformación Global.

**Garzón, A.** (s. f.). Alberto Garzón? en Twitter: "No nos equivoquemos: superar el capitalismo no garantiza superar también el machismo. El patriarcado es una estructura cultural que sobrepasa al capitalismo. <https://t.co/cwKsoDKzLJ>" / Twitter. Recuperado 13 de abril de 2022, de <https://twitter.com/agarzon/status/966754307625414656>

**Gómez Leyton, J. C.** (2010). POLÍTICA, DEMOCRACIA Y CIUDADANÍA EN UNA SOCIEDAD NEOLIBERAL (CHILE: 1990-2010). Santiago de Chile: ARCIS/PROSPAL/CLACSO.

**Jones, S.** (1973). Sexo, raza y clase. New York.

**Memoria Chilena.** (2018). MEMCH. Obtenido de Sufragio femenino universal: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-96054.html>

**Resumen Latinoamericano.** (25 de febrero de 2017). Resumen Latinoamericano. Obtenido de 8M. Silvia Federicci: El paro como momento de comprensión y transformación: <http://www.resumenlatinoamericano.org/2017/02/25/8m-silvia-federicci-el-paro-como-momento-de-comprension-y-transformacion/>

**Segato, R.** (2003). Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género, entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes. Prometeo.