

COORDINADORAS:
Michelle Sadler y Alexandra Obach

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:
Mariela Cortés, Valentina Fajreldín, Gloria Salazar,
Ana María Carrasco

ASESORA METODOLÓGICA:
Sonia Montencino

EN LOS DOMINIOS DE LA SALUD Y LA CULTURA
ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE
RIESGO Y VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH/SIDA EN
PUEBLOS ORIGINARIOS



Agradecemos la colaboración del Centro Interdisciplinario de Estudios de Género (CIEG) y de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile para la publicación del presente estudio.

© Colección Publicaciones CONASIDA
Ministerio de Salud

Primera Edición, noviembre de 2006

ISBN: 978-7711-53-6 (Volumen 2)
ISBN: 956-7711-41-0 (Obra completa)

Obra bajo registro de propiedad intelectual

La publicación del presente estudio ha sido preparada por un equipo de edición de CONASIDA, compuesto por Marcela Morales, Irene Escribano, Juan Pablo Sutherland y Rodrigo Flores, en conjunto con el equipo editorial de En Clave Comunicaciones.

Corrector de Textos: Andrés Aguirre

Diseño: Rodrigo Collado
Producción Gráfica: Lorena Impresores
Ñuble 1161, Santiago

PALABRAS DE LAS AUTORAS

El presente texto, titulado “**En los Dominios de la Salud y la Cultura**”, corresponde a la publicación de los resultados del Estudio de Caracterización de los Factores de Riesgo y Vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en Pueblos Originarios, realizado para CONASIDA por el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile (CIEG), en el marco del proyecto “Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional, Participativa y Descentralizada a la Epidemia VIH/SIDA en Chile”, financiado por el Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Este estudio fue realizado entre el 2004 y 2005, y además del equipo de investigación contó con la colaboración de Betty Cofré, quien aportó indispensables datos sobre la población aymara; Tiare Paoa y Scheny Santibáñez, quienes apoyaron el trabajo realizado con la comunidad rapanui; Felipe Lavanderos, quien participó en la realización de entrevistas y, por último, Isabel Peamjean y Carla Pinochet, asistentes de investigación, quienes estuvieron a cargo de la transcripción de las entrevistas.

Por otra parte, agradecemos también a todos y todas quienes participaron del estudio; a los miembros de los pueblos originarios mapuche, aymara y rapanui, quienes generosamente compartieron sus experiencias de vida con las investigadoras; a todas aquellas personas de los ámbitos académicos, de la salud, de organizaciones sociales, entre muchos otros, que aportaron con sus opiniones.

A todos y todas, muchas gracias.

Las Coordinadoras

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud, a través de la Comisión Nacional del SIDA pone a disposición de la comunidad nacional e internacional un valioso material informativo y analítico en el ámbito del VIH/SIDA, producto de diversos estudios encargados por esta institución y realizados por importantes equipos de investigación en nuestro país.

La Comisión Nacional del SIDA del Ministerio de Salud, es el organismo de Gobierno encargado de formular políticas, normas y recomendaciones para el desarrollo de una Respuesta Nacional al VIH/SIDA y las ETS en Chile; su misión es la de facilitar procesos necesarios para que la sociedad asuma la prevención de la transmisión del VIH y la disminución de su impacto bio-psicosocial. Es de la mayor relevancia que el cumplimiento de este rol institucional esté basado en información fidedigna, actualizada, oportuna y científicamente válida. Esta aspiración se ha constituido en una política fundamental en el quehacer de la Comisión Nacional del SIDA. En este contexto, es importante contar con reflexiones y marcos teóricos que permitan actualizar y elaborar estrategias preventivas que se ajusten a las nuevas características epidemiológicas y sociales, considerando que uno de los ejes centrales del accionar de la Comisión, además de la atención integral, es la prevención, lo que constituye uno de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 en nuestro país y que forma parte de los compromisos mundiales adquiridos por Chile frente a Naciones Unidas.

Este segundo texto de la colección, se enmarca dentro de una serie de investigaciones que han dado como resultado los Estudios de Riesgo y Vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en Poblaciones Vulnerables Emergentes y que están en proceso de publicación. Han sido elaborados desde una perspectiva cualitativa, dan cuenta de aquellos elementos psicológicos, sociales y culturales que inciden en la vulnerabilidad y el riesgo al que están expuestas las personas, orientándonos respecto del desarrollo de estrategias de prevención más adecuadas para un enfrentamiento eficaz de la epidemia.

Esta iniciativa editorial se desarrolla en el marco del Proyecto “Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional, Participativa y Descentralizada a la Epidemia del VIH/SIDA en Chile”, financiado por el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Edith Ortiz Núñez
Coordinadora Ejecutiva
Comisión Nacional del SIDA

EN LOS DOMINIOS DE LA SALUD Y LA CULTURA
ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE
RIESGO Y VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH/SIDA EN
PUEBLOS ORIGINARIOS

ÍNDICE

Introducción	10
Capítulo I: Discusión teórica	15
1. Sexo, género y sexualidad	16
2. Estigma y discriminación	19
3. Vulnerabilidad y riesgo	22
4. Sistemas médicos e interculturalidad en salud	25
5. Epidemiología en VIH/SIDA en contextos pluriétnicos	28
Capítulo II: Consideraciones metodológicas	33
1. Consideraciones éticas	33
2. Consideraciones sobre el trabajo de campo	33
Capítulo III: Resultados obtenidos	39
<i>Pueblo originario Aymara</i>	
1. Breve aproximación histórica	39
2. Aproximación estadística	41
3. Factores culturales y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA	42
3.1. Cosmovisión	43
3.2. Salud-Enfermedad	45
3.3. Concepción del VIH/SIDA entre la población Aymara	50
3.4. Identidad cultural y sexualidad	53
3.5. La cultura como factor protector y/o de vulnerabilidad	66
3.6. Otros factores de vulnerabilidad	67
4. Participación social y agentes de salud	68
5. VIH/SIDA y movilidad poblacional	73
<i>Pueblo originario Mapuche</i>	
1. Breve aproximación histórica	77
2. Aproximación estadística	78
2.1. Observación etnográfica	78

3. Factores culturales y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA	80
3.1. Cosmovisión	80
3.2. Salud-Enfermedad	81
3.3. Concepción del VIH/SIDA entre la población Mapuche	84
3.4. Identidad cultural y sexualidad	88
3.5. La cultura como factor protector y/o de vulnerabilidad	100
3.6. Otros factores de vulnerabilidad	102
4. Participación social y agentes de salud	102
5. VIH/SIDA y movilidad poblacional	108

Pueblo originario Rapanui

1. Breve aproximación histórica	113
2. Aproximación estadística	116
2.1. Observación etnográfica	117
3. Factores culturales y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA	117
3.1. Salud-Enfermedad	117
3.2. Concepción del VIH/SIDA entre la población Rapanui	120
3.3. Identidad cultural y sexualidad	123
3.4. La cultura como factor protector y/o de vulnerabilidad	136
3.5. Otros factores culturales	139
4. VIH/SIDA y movilidad poblacional	142

Capítulo IV: Caracterización de la vulnerabilidad en pueblos originarios

.....	149
1. VIH/SIDA y cosmovisión	149
2. Participación social y agentes de salud	157
3. Movilidad poblacional y VIH/SIDA	158

Capítulo V: Lineamientos a considerar para la elaboración de estrategias preventivas frente al VIH/SIDA en pueblos originarios

.....	163
1. Líneas de acción identificadas	163
1.1. VIH/SIDA y pueblos originarios	163
1.2. Estado y pueblos indígenas	165
1.3. Sexualidad como ámbito privado	167
1.4. Oralidad y escritura	167
1.5. Agentes de salud	168
1.6. Dónde prevenir	169
1.7. Figuras claves	171

Capítulo VI: Conclusiones

.....	173
-------	-----

Referencias bibliográficas

.....	177
-------	-----

Anexos

.....	189
-------	-----

Anexo metodológico

Anexo 1: Universo de investigación

Anexo 2: Pauta de entrevistas a informantes claves

Anexo 3: Pauta de entrevistas en profundidad

INTRODUCCIÓN

Para ONUSIDA y la comunidad científico-técnica en general, el trabajo preventivo en VIH/SIDA ha estado focalizado en aquellos grupos que inicialmente presentaban un mayor riesgo frente al VIH/SIDA, como es el caso de los hombres homosexuales, bisexuales y las/os trabajadoras/es sexuales. No obstante, dadas las características que en el último tiempo ha adquirido el VIH/SIDA, ha surgido una preocupación por las llamadas poblaciones vulnerables emergentes (PVE), que muestran un incremento en materia de vulnerabilidad o que requieren un abordaje muy particular para el diseño de estrategias preventivas de mayor eficacia. Dentro de este grupo se incluyen las mujeres, los jóvenes, los trabajadores, la población que habita en los sectores rurales, los inmigrantes de zonas fronterizas y los pueblos originarios. Hoy, muchos de los retos en esta materia están puestos en diseñar e implementar intervenciones, planes y programas que respondan a las necesidades y particularidades de estos grupos. Tal es el caso de las *“poblaciones indígenas socialmente excluidas... que no tienen acceso a los servicios generales dedicados al VIH/SIDA”*¹. En este marco, el presente texto da cuenta de los resultados obtenidos por el “Estudio de Caracterización de los Factores de Riesgo y Vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en Pueblos Originarios”, el cual se inserta dentro del proyecto **Desarrollo de Modelos y Estrategias de Prevención en Poblaciones Vulnerables Emergentes**, del Área de Prevención de CONASIDA.

La pertinencia del estudio radica en el hecho que conceptos como salud—enfermedad, sexualidad, corporalidad y muerte, son construcciones socioculturales y que, por lo mismo, ameritan profundizaciones y abordajes desde el ámbito de lo etnográfico, con miradas más amplias que la epidemiología clásica. El desafío del estudio radicó en contribuir a un mayor

¹ ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA 2002*.

conocimiento en torno a realidades socioculturales de cada uno de los pueblos originarios abordados —pueblo aymara, mapuche y rapanui—, con el fin de elaborar estrategias educativo-preventivas más efectivas y concordantes con las especificidades de cada grupo étnico, considerando no sólo aspectos epidemiológicos, sino también culturales y sociales.

El estudio se realizó entre los meses de abril y diciembre del año 2004. Este texto constituye el compendio del trabajo realizado y de los resultados obtenidos. En el primer capítulo se realiza una breve discusión teórica, profundizando en algunos conceptos considerados claves para el estudio; estos son: sexo, género y sexualidad; estigma y discriminación; vulnerabilidad y riesgo; sistemas médicos e interculturalidad en salud; y, por último, epidemiología en contextos pluriétnicos.

En el segundo capítulo se presenta la discusión metodológica, y se exponen reflexiones en torno al trabajo sobre la base de metodologías cualitativas para indagar en las esferas íntimas de las vidas de las personas; se presentan las técnicas utilizadas durante el estudio y las consideraciones éticas; y, por último, se discuten algunas dificultades presentadas durante el trabajo de campo.

En el tercer capítulo se da cuenta de los resultados obtenidos en los tres pueblos estudiados, detallando las visitas a terreno y el trabajo etnográfico realizado. El capítulo se ha estructurado de la siguiente manera: se comienza realizando una breve aproximación histórica para cada pueblo originario; luego, se detalla lo que fue la experiencia en terreno. En el análisis de cada pueblo, se entrelazan referencias bibliográficas, información entregada por informantes claves, testimonios de miembros de los pueblos originarios y análisis de las investigadoras, en un intento por realizar una lectura integrada de las diferentes fuentes consultadas y/o entrevistadas. A continuación, se exponen los contextos de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA que se identificaron durante el estudio para cada grupo, distinguiendo entre éstos los vinculados a factores culturales, a la participación social, de agentes de salud, a la movilidad poblacional y, por último, al consumo de drogas y alcohol. El estructurar la información a través de estas categorías, se relaciona con los hallazgos de la investigación, donde las particularidades culturales de cada grupo adquirieron especial relevancia a la hora de comprender el VIH/SIDA y los contextos de vulnerabilidad en cada pueblo. Por otra parte, consideramos que el orden establecido permite ir profundizando gradualmente en la temática, de modo que el lector pueda ir sumergiéndose paulatinamente en las particularidades de cada grupo y logre dimensionar de manera clara las implicancias culturales y sociales del VIH/SIDA en los pueblos originarios.

En el capítulo cuarto, de caracterización de la Población Vulnerable Emergente (PVE), se realiza una lectura transversal de los tres pueblos

(siempre dando cuenta de las particularidades relevantes para cada grupo), lo que permite obtener una visión general de los resultados del estudio.

En el capítulo quinto se desarrollan ideas fuerza que proponemos para guiar una estrategia de prevención. Más que acciones específicas, se entregan elementos que, consideramos, no pueden quedar fuera de cualquier estrategia que se elabore. Así, el énfasis está puesto en las claves que permitan pensar en estrategias a largo plazo, más que en acciones específicas de corto plazo. Estimamos que este modo de operar permitirá avanzar en el objetivo de situar la temática del VIH/SIDA en los pueblos originarios, tema que hasta ahora no es relevante entre sus miembros y que, de acuerdo a nuestros resultados, se lee como uno más de los tópicos que la oficialidad impone “desde arriba”. En este mismo capítulo se propone una lista de organizaciones y actores claves para tener presentes en la estrategia de prevención, los cuales fuimos conociendo a lo largo del estudio y, pensamos, son fundamentales para la prevención en cada uno de los pueblos. Ahora bien, durante el estudio surgieron numerosas dificultades derivadas del hecho de investigar en torno a temas difíciles, como el de la sexualidad, sobre los cuales las personas no hablan fácilmente. De hecho, muchos/as informantes nos solicitaron explícitamente la reserva de sus identidades, de modo que hemos intentado ser extremadamente cuidadosas en este aspecto.

En el capítulo sexto, de conclusiones, se realiza una síntesis de las principales ideas y reflexiones que se desprenden del estudio. Además, se dejan planteadas una serie de cuestiones que abren puertas para futuras investigaciones y plantean posibles caminos para abordar la prevención en pueblos originarios. Finalmente, se presenta una serie de anexos que dan cuenta de los objetivos de la investigación, la metodología empleada y del trabajo de campo realizado.

En cuanto a la utilización de los términos “factores protectores” y “factores de riesgo/vulnerabilidad”, es necesario explicitar que, a lo largo del informe, se usan en dos sentidos: desde la perspectiva médica/oficial y desde la perspectiva de lo que las personas entrevistadas y/o pertenecientes a los pueblos originarios consideran desde su acervo cultural (emic)². En algunas ocasiones, la perspectiva tiende a confundirse, razón por la cual hemos optado por aludir a qué nos referimos en cada caso.

La experiencia —durante los ocho meses de trabajo— fue muy enriquecedora para todo el equipo y generó mucha reflexión, la que no sólo se traduce en los resultados presentados en este documento, sino que también a nivel personal

² Sobre este tema profundizaremos más adelante, en el capítulo I de Discusión Teórica.

y en lo que respecta al trabajo grupal interdisciplinario. Nos parece relevante resaltar el hecho de que una investigación con pueblos indígenas plantea siempre dificultades, sobre todo si pensamos que históricamente han sido grupos estigmatizados y reticentes a ser “observados” desde la institucionalidad. Además, el VIH/SIDA es visto, en muchos contextos, como un factor “estigmatizante”, y el solo hecho de tratar el tema, conlleva problemas políticos. Todo esto hizo que el escenario de investigación no fuera simple, lo cual significó un interesante desafío para todo el equipo, motivándolo a continuar en el esfuerzo y en la necesidad de avanzar en el reconocimiento de los pueblos originarios, y en el desarrollo de estrategias participativas que integren, efectivamente, las voces de estos actores indígenas.

Por último, recalcamos el carácter exploratorio del estudio, cuyo propósito no ha sido el de generar respuestas concluyentes, sino, más bien, plantear nuevas preguntas y campos de investigación que puedan servir de guía para reflexiones e intervenciones futuras.

I. DISCUSIÓN TEÓRICA

En el presente capítulo se exponen conceptos que consideramos claves para el desarrollo del estudio; estos son: sexo, sexualidad y género; estigma y discriminación; vulnerabilidad y riesgo; sistemas médicos e interculturalidad en salud; y, por último, epidemiología en contextos pluriétnicos. La propuesta es la de revisar estos conceptos, en tanto constructos culturales cuyo significado varía de acuerdo a los diversos contextos sociales de cada grupo.

La revisión de estos conceptos, en el marco del estudio de pueblos originarios, apunta, principalmente, a superar la tradicional perspectiva etnocéntrica —que se basa en la cultura occidental ilustrada (y, para ámbitos médicos, en la alopátia científica)— para entender todo fenómeno. Nos parece de fundamental importancia el poder situarnos en un marco intercultural que otorgue igual valor a las distintas tradiciones culturales, intentando entender y explicar, desde los marcos de referencia propios de los pueblos originarios, los factores que pueden incidir positiva o negativamente en la vulnerabilidad respecto al VIH/SIDA.

Nuestro análisis se centra en la dimensión sociocultural del fenómeno del VIH/SIDA en pueblos originarios, asignando al discurso de las comunidades un valor central, entendido éste como una dimensión a través de la cual es posible acceder a la cultura. Además, se integra la mirada del “conocimiento experto”, como por ejemplo, aquellos que dan cuenta de una visión ligada a las instituciones de salud oficiales.

En ciencias sociales es muy utilizada la perspectiva Emic-Etic para el análisis de los discursos, dicotomía derivada de los estudios lingüísticos de Pike (1950). En ella, se expresa la distinción fundamental de esta disciplina, entre “fonémica” —sistema o estructura emic— y “fonética” —realización de los sonidos etic—. De acuerdo a ello, al referirnos a los ámbitos “emic” estamos hablando de cuánto dicen y hacen los sujetos y las comunidades,

mientras que lo “etic” apela a la estructura vista desde fuera; es decir, para nuestro estudio, desde la institucionalidad médica y sujetos no pertenecientes a las comunidades indígenas abordadas en esta investigación. Es necesario destacar que las categorías emic-etic no son del todo dicotómicas, ya que comparten el hecho de ser sólo “puntos de vista”, ya sean aquellos producidos desde las propias comunidades (emic) o bien los que se construyen sobre ellos, pero desde fuera de ellos (etic).

1. Sexo, género y sexualidad

Con respecto a la sexualidad humana, comenzaremos sosteniendo que ésta no se instala únicamente en el orden de lo biológico, sino que está mediada también por las concepciones culturales y condiciones sociales que los grupos construyen a través de su historia. Muy ligada a la categoría de “género”, la cual hace referencia a las complejas construcciones sociales y simbólicas que las distintas sociedades han elaborado para organizar las relaciones entre los sujetos que son definidos como disímiles social y culturalmente, a partir de la diferencia sexual.

Al estudiar el VIH/SIDA, uno de los temas centrales que debe ser considerado es el de la sexualidad humana. Para entender el concepto de “sexualidad”, a su vez, es necesario distinguir analíticamente los conceptos de “sexo” y de “género”, con el fin de comprender las diferencias entre los ámbitos biológico-fisiológicos, de los constructos culturales que emergen en cada cultura. En este sentido, la manera en que cada cultura en particular concibe la sexualidad puede pautear conductas sexuales, prescripciones, normas, tabúes, etc., que pueden incidir positiva o negativamente en lo relativo a los temas de ETS y VIH/SIDA.

La sexualidad, entendida como la capacidad humana de derivar placer de sus cuerpos sexuados y de generar prácticas específicas de reproducción, se ha construido como objeto de estudio de las ciencias sociales sólo desde las últimas décadas. La perspectiva biomédica ha sido una de las principales fuentes de aproximación a su estudio, aunque en los últimos años los resultados de investigaciones sociales han demostrado las limitaciones de la biomedicina en cuanto a comprender la complejidad del fenómeno. Una de las constataciones que han producido los estudios sociales en este tema, es que el cuerpo no se experimenta nunca sin una mediación cultural, y que las prácticas sociales cognitivas e interpretativas crean, se apropian y recrean la biología reproductiva. De este modo, se demuestra que la sexualidad constituye una dimensión de la realidad sociocultural y sociohistórica que opera junto a otras dimensiones (entre otras, la biológica), determinando dinámicas específicas, tanto en los ámbitos institucionales, como en los de los discursos y prácticas de los sujetos concretos. El concepto de sexualidad no es unívoco y su delimitación

depende de la perspectiva teórica y disciplinaria que se adopte. En términos generales, podríamos decir que la sexualidad designa ciertos comportamientos y hábitos que involucran al cuerpo, pero también establece relaciones sociales, conjuntos de ideas, moralidades, discursos y significados que las sociedades y sus instituciones construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales (Szasz, 1998).

En tanto, las concepciones y las prácticas sexuales forman parte de un sistema social e ideológico que valida y dirige el comportamiento de los miembros de la sociedad, planteando la exigencia de construir estrategias metódicas que contribuyan a su conocimiento. Una de ellas ha sido el desarrollo de los estudios de género. El género, en tanto categoría analítica, ha brindado un marco para la investigación en este campo, ya que ha permitido identificar cuestiones importantes que tienen que ver tanto con las instituciones y las relaciones sociales, como con las identidades individuales dentro de culturas particulares en momentos históricos específicos. Ahora bien, es necesario tener en consideración que la sexualidad humana no sólo nos remite a la construcción social y simbólica del género, sino también a las diferencias “bioculturales” del cuerpo humano y de sus sexos. En este sentido, el concepto de sexo alude a las diferencias biológicas que distinguen a hombres y a mujeres, y que es, a la vez, el impulso que nos lleva a buscar al otro, creándose relaciones entre ambos. Este deseo, necesidad o pulsión, es regulada a través del proceso de socialización e introyección de pautas y valores culturales, cuya vinculación con los modelos genéricos es constante y recíproca. Bajo esta mirada, el sexo no es sólo el hecho biológico de ser macho o hembra. Las ciencias biológicas sugieren la existencia de al menos tres tipos distintos de sexo: el sexo morfológico (determinado por los genitales externos); el sexo genético (dado por la manifestaciones fenotípicas del sexo y determinado por influencias endocrinas); y el sexo cromosómico (que corresponde a la presencia del genotipo XX y XY en las células somáticas) (Money, 1986). Visto así, es posible afirmar que el carácter binario y excluyente del sexo entre los seres humanos varía según el nivel de análisis en que nos situemos, y se descubre que el par hombre/mujer tiende a ser un continuo entre dos polaridades, donde el sitio exacto del corte no es tan claro. Pero esta maleabilidad de lo biológico tiene límites; llegado un momento los seres son definidos, sin duda, sexualmente, desde un punto de vista biológico (Lamadrid y Muñoz, 1996). Sobre esta definición sexual, la interacción social a la que sea expuesto el nuevo ser irá determinando la construcción de su identidad psíquica y social, el proceso de adquisición de su identidad, rol y orientaciones sexuales; es decir, la definición de sus sexualidades. Como lo señala De Barbieri, la sexualidad es el conjunto de las maneras muy diversas en que las personas se relacionan como seres sexuados con otros seres sexuados, en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido (De Barbieri, 1992).

La categoría de género, por su parte, se refiere a las complejas construcciones sociales y simbólicas que las distintas sociedades han elaborado para organizar las relaciones entre sujetos hombres y mujeres, que son definidos como distintos, social y culturalmente, a partir de la diferencia sexual. La relación sexo/género es compleja, debido a que los conceptos de género cuestionan el carácter determinante del sexo biológico en las características diferenciales que son atribuidas a los distintos sujetos. Pese a lo anterior, el género está inevitablemente referido al dimorfismo sexual. Estudios realizados demuestran que la atribución social dada a la diferencia sexual era determinante en la adquisición de una identidad sexual, mucho más que la misma diferencia biológica. Así, desde esta visión, la atribución social es la base de la construcción del género.

Por otra parte, la diferencia sexual antes nombrada sería central en la construcción de la identidad de los sujetos y su estructuración psíquica. Como sostiene Lamas, la diferencia sexual es una realidad corpórea, objetiva y subjetiva, presente en todas las razas, etnias, clases, culturas y épocas históricas, que nos afecta psíquica, biológica y culturalmente. El impacto de la confrontación, durante la primera infancia, con la diferencia sexual, nos estructura psíquicamente; el género es la simbolización de esa diferencia y nos estructura culturalmente (Lamas, 2002). La distinción entre género y sexualidad es posible si, al primero, lo concebimos como la construcción social y simbólica de la diferencia sexual, y a la sexualidad, como la construcción social y simbólica de la capacidad humana de derivar placer (elemento erótico) de esos cuerpos sexuados. Dicho de otro modo, la sexualidad alude a los cuerpos diferenciados en torno a su capacidad de generar deseo y placer. Es en la sexualidad donde los géneros, que han aprendido a diferenciarse, se encuentran y confrontan sus identidades. Así, la sexualidad se entrecruza con el género; por ello es que las conductas y sus valoraciones; las actitudes; las identidades sexuales; lo permitido y lo prohibido; lo valorado y lo negado en el plano de la búsqueda del placer sexual, deben ser vinculados a las diferencias en los roles genéricos y la simbolización que de ellos se hace.

Pese a esta sobreposición, es preciso separar analíticamente el sexo del género. Como sostiene Rubin, “el género afecta la operación del sistema sexual, y el sistema sexual tiene manifestaciones específicamente genéricas. Pero, aunque sexo y género están relacionados, no son la misma cosa y forman la base de dos arenas distintas de la práctica social” (Rubin, 1992: 308). Para Rubin, el sistema sexual sería el que organiza la expresión cultural y social de la sexualidad. Con todo, para efecto de nuestra investigación, sexo, sexualidad y género, serán categorías paralelas, cuya relación será objeto de investigación. En algunos casos, éstas se superponen y coinciden; en otros, es posible encontrar cruces muy complejos, especialmente en sociedades que mezclan elementos de distintas culturas y donde el tema de

la identidad de los sujetos no se resuelve tan claramente, sino que está en permanente reelaboración.

2. Estigma y discriminación

Los conceptos de estigma y discriminación son esenciales para el presente estudio, principalmente porque, en todo el mundo, la vergüenza y el estigma asociados al VIH/SIDA han silenciado el debate abierto sobre sus causas y la posibilidad de encontrar el camino para las respuestas adecuadas. En el caso del presente estudio, se suma además el hecho de que los pueblos originarios han sido históricamente discriminados, lo que hace que el tema del VIH/SIDA pueda ser leído por sus integrantes como un factor más de discriminación o estigmatización. En este sentido, como un ejemplo, podemos mencionar que la lepra fue un estigma para el pueblo rapanui, tema que hasta la actualidad es muy difícil de tratar y hablar con los isleños. Cabe preguntarse si en culturas y contextos históricamente “estigmatizados” como el rapanui, se pueda plantear una discusión abierta acerca del VIH/SIDA, sin que se genere una fuerte resistencia por parte del mismo pueblo. Esta es una pregunta abierta, aplicable a todos los pueblos originarios, e intentaremos dilucidarla a lo largo de este trabajo.

En el mundo, la consecuencia del estigma asociado al VIH/SIDA, ha sido que los afectados por el virus se sientan culpables y avergonzados, no puedan expresar sus opiniones y teman no ser tomados en serio. Ello ha conducido a que los responsables de formular políticas públicas, en numerosos países, nieguen que exista un problema y que urja actuar asertivamente. Tal como sostiene ONUSIDA, “el estigma y la discriminación asociados al VIH y el SIDA, son los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones, el suministro de asistencia, apoyo y tratamiento adecuados y la mitigación del impacto. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, son universales, puesto que tienen lugar en todos los países y regiones del mundo. Son provocados por muchos factores; entre ellos, la falta de conocimiento sobre la enfermedad, los mitos sobre los modos de transmisión del VIH, los prejuicios, la falta de tratamiento, las informaciones irresponsables de los medios de comunicación sobre la epidemia, el hecho de que el SIDA sea incurable, los miedos sociales en torno a la sexualidad, los miedos relacionados con la enfermedad, la muerte, y aquellos relacionados con las drogas ilícitas y el consumo de drogas intravenosas” (ONUSIDA, 2003:5).

Los efectos del estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA son múltiples, y tienen grandes consecuencias en el modo en que las personas que viven con el virus se perciben a sí mismas; socavan la prevención, haciendo que los sujetos teman averiguar si han adquirido el VIH por miedo a las reacciones de los demás; hacen que quienes corren el riesgo de adquirirlo y algunos de

los afectados, sigan manteniendo relaciones sexuales sin protección, debido a su convencimiento de que comportándose de forma diferente levantarían sospechas acerca de su estado seropositivo; hacen que las personas que viven con el virus sean percibidas, erróneamente, como una especie de problema, y no como parte de la solución para contener y controlar el VIH/SIDA. En estos múltiples sentidos, la estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH/SIDA dificultan la prevención, al hacer invisible y ocultar el tema (Ibíd.).

Este trabajo se enmarca en una visión que comprende la estigmatización como un proceso. Las características a las que se fija el estigma (por ejemplo: el color de la piel, la forma de hablar, las conductas) pueden ser muy arbitrarias. Dentro de una cultura o un ambiente particular, ciertos atributos son tomados y definidos por otros como deshonorosos o indignos. Por lo tanto, la estigmatización describe un *proceso de subvaloración* más que un rasgo. Gran parte del estigma relacionado con el VIH/SIDA se construye sobre concepciones negativas anteriores que se tiene sobre una población determinada, reforzándolas. A menudo se cree que las personas con VIH/SIDA merecen su destino, porque han hecho algo malo, y es frecuente que estas “malas acciones” se vinculen con relaciones sexuales sancionadas por algunos segmentos de la sociedad o con actividades ilícitas reprobadas por ésta, como el consumo de drogas intravenosas.

Aunque las imágenes asociadas con el VIH/SIDA varían, su composición hace que el estigma relacionado con él utilice y refuerce las desigualdades sociales existentes. Cabe incluir entre ellas las desigualdades basadas en el género; las que niegan la dignidad y los derechos a las profesionales del sexo; las basadas en la raza o el origen étnico; y las asociadas con la sexualidad en general, y con la homosexualidad y la transexualidad en particular.

Como muchas otras enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA se percibió, en primer momento, como una enfermedad de foráneos. A principios de la década de los ochenta, por ejemplo, entre los varones homosexuales activos de Europa y Australia, era común la idea de vincular al VIH/SIDA a los Estados Unidos. Por otra parte, las estimaciones excesivas del número de afectados por el VIH/SIDA en África, antes de mediados de los años ochenta, y el rápido avance del VIH en la región a partir de entonces, condujo a que muchos pensarán que este virus provenía de dicho continente. Tal como sostiene Berer, “esto no solamente contribuyó a aumentar el racismo y la discriminación en contra de los africanos, sino que provocó también la negativa y el retraso en reconocer que el VIH/SIDA era un problema global” (Berer, 1993:40).

Al respecto, ONUSIDA sostiene que “la xenofobia y el racismo no sólo han impregnado las imágenes y las construcciones culturales dominantes de la epidemia, sino que también se han reproducido dentro de ella. Así,

las personas con el VIH/SIDA pertenecientes a minorías raciales y étnicas, no son percibidas con frecuencia como individuos que viven en contextos de marginación y desigualdad, sino como las causas de su propia desgracia. Esta clase de enfoque puede verse en las respuestas de todas partes del mundo y contribuye de modo indudable a sostener la indiferencia hacia la suerte de las comunidades más profundamente afectadas” (ONUSIDA, 2003: 11).

De esta manera, el estigma asociado al VIH/SIDA y la discriminación que puede derivar de él, hace que con frecuencia se vean vulnerados los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA y sus familias. Esta situación incrementa el impacto negativo de la epidemia. En el plano individual, por ejemplo, provoca angustia y desesperación excesivas, factores que, se sabe, contribuyen por sí mismos a la mala salud. En el plano familiar y comunitario, provoca que las personas se sientan avergonzadas, que oculten sus vínculos con el virus y la enfermedad y que se abstengan de participar en respuestas sociales más positivas. Mientras que, en el plano de la sociedad mayor, la discriminación contra las personas con VIH/SIDA refuerza la creencia errónea de que semejante proceder es aceptable y que quienes viven con el VIH/SIDA deben ser apartados y culpados.

ONUSIDA³ establece como prioritario abordar el estigma y la discriminación, ya que ambos fenómenos entorpecen la eficacia de las respuestas frente al VIH/SIDA, toda vez que son un obstáculo para que las personas se sometan a las pruebas del VIH; dificultan el uso de preservativos; hacen que las mujeres VIH-positivas no amamenten a sus hijos para protegerlos del virus; e impiden que los grupos marginados —como, por ejemplo, los consumidores de drogas intravenosas— reciban la atención y apoyo que necesitan.

En este marco, ONUSIDA⁴ busca establecer políticas que ayuden a reducir la vulnerabilidad de un gran número de personas; por ejemplo, creando un entorno social, jurídico y económico en el que la prevención sea posible. Esto incluye el acceso a la educación, la capacitación de la mujer y la cooperación internacional para impedir el tráfico humano para explotación sexual; en otras palabras, lo que se busca es reducir la “brecha de prevención”. Por ejemplo, en el año 2004 tuvieron acceso a servicios preventivos del VIH menos de una de cada cinco personas. La apuesta va por asegurar que la prevención sea integral y englobe una diversidad de intervenciones, ya que ningún elemento es suficiente por sí solo. De esta manera, a través de diversos mecanismos, se busca eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, mediante marcos

³ ONUSIDA. 2004. *Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida*. Cuarto Informe Mundial, Resumen Analítico. Ginebra, Suiza.

⁴ *Ibid.*

jurídicos eficaces, protegiendo los derechos de todos los individuos; adaptando la prevención a las necesidades específicas de las personas, incluidos los grupos vulnerables, como los consumidores de drogas intravenosas⁵ y los varones que tienen relaciones sexuales con varones⁶, entre otros.

3. Vulnerabilidad y riesgo

Según las propias palabras de ONUSIDA, en su informe “Ampliación de la respuesta mundial al VIH/SIDA a través de una acción orientada”, del año 2003, “se considera que el riesgo personal se ve influido por factores del grupo social que aumentan y perpetúan la vulnerabilidad de determinadas personas y sectores de la sociedad más que la de otras. El reconocer estos aspectos obliga a adoptar un criterio que se ocupe de los factores fundamentales que crean un clima general en el que esos comportamientos de riesgo se ven fomentados, se mantienen y resultan difíciles de modificar. Al ampliar la respuesta, es preciso tener en cuenta los aspectos personales, familiares y comunitarios de manera más integral y complementaria”. Según el mismo informe, la transmisión del VIH no es un fenómeno que se produce al azar; la propagación del virus está profundamente influida por el entorno social, económico y político. Cuando las personas viven en condiciones de adversidad, como la pobreza, opresión, discriminación y analfabetismo, son especialmente vulnerables a infectarse por el VIH.

Ahora bien, reconocer que existen factores sociales y culturales que operan como base de una buena o mala salud, es un gran avance, pero no se debe olvidar el mundo particular de cada persona y cómo ésta gestiona su propio riesgo, a partir de la autopercepción que se tiene respecto a éste, y cómo se posiciona en cuanto a lejanía o cercanía respecto del VIH/SIDA.

En términos conceptuales, cabe detenerse en la definición y abordaje de lo que se denomina “gestión del riesgo”. Para la Comisión Nacional del Sida (CONASIDA), este proceso “es comprendido en una serie de momentos, que las personas requieren vivenciar y asumir de manera progresiva, permitiéndoles actuar con una permanencia en el tiempo, al asumir que el SIDA estará presente

⁵ En el mundo entero hay más de 13 millones de consumidores de drogas intravenosas y en algunas regiones más del 50% de ellos están infectados por el VIH. La experiencia adquirida en ciudades como Dhaka (Bangladesh) y Londres (Reino Unido) ponen de manifiesto que es posible prevenir e incluso hacer retroceder epidemias importantes entre consumidores de drogas intravenosas (Ibid).

⁶ Los varones que tienen relaciones sexuales con varones representan el 5 -10% de todos los casos de VIH del mundo. Los programas de prevención deben tener en cuenta que ese grupo está muy estigmatizado en la mayor parte del mundo —en 2002, unos 84 países tenían disposiciones jurídicas en vigor, prohibiendo las relaciones sexuales entre varones— y que eso entorpece los esfuerzos preventivos (Ibid).

en nuestras sociedades aún por un largo período y que independiente de la existencia de vacunas y nuevas terapias, son las conductas preventivas las que necesitan ser aprendidas, reforzadas o modificadas, con el fin de sostenerse a largo plazo" (CONASIDA, 1999).

De este modo, el mismo organismo propone la división de la Gestión de Riesgo en cinco etapas (CONASIDA, 1996):

- Realizar un autodiagnóstico o diagnóstico compartido del riesgo.
- Crear o recrear soluciones pragmáticas, adecuadas al contexto de vida de cada persona en particular.
- La decisión personal de llevar a cabo las soluciones.
- Desarrollar destrezas y habilidades para llevar a cabo las decisiones frente al riesgo.
- Enfrentamiento directo de realizar la decisión.

En cuanto a la percepción del riesgo, a partir de lo referido en un estudio realizado en el norte de Chile⁷, se propone "concebir este constructo como la evaluación que un sujeto hace de la probabilidad de que un evento adverso ocurra en el futuro y de sus consecuencias probables" (Barrientos, 1998). Aunque a primera vista esta definición puede resultar bastante coherente, lo que está sugiriendo es que los sujetos operan con probabilidades numéricas de ocurrencia de determinados eventos y de sus posibles consecuencias. Por ello, para estudiar la percepción de riesgo, se deben estudiar las creencias, actitudes, juicios, sentimientos, emociones y valores que las personas tienen o adoptan frente a los riesgos.

El mismo estudio hace referencia a un modelo de gestión del riesgo propuesto por Geneviève Paicheler, quien "detecta que las acciones de protección y prevención que adopten las personas están compuestas por distintos factores que contribuyen a una configuración particular en un momento dado", las cuales serían:

- a) Representación del cuerpo.
- b) Posición personal desde una trayectoria sexual.
- c) Identidad.
- d) Sentimiento de vulnerabilidad.
- e) Sentimiento de seguridad.
- f) Sentimiento de eficacia.
- g) Percepción de riesgo.
- h) Orientaciones "éticas".

⁷ Jacobs Castedo, Juan P. "Gestión de riesgo de contagio de VIH-SIDA en alumnos de la Universidad Católica del Norte", II Región de Antofagasta, Chile.

Por todo lo anterior, se hace necesario que la ampliación de la respuesta en materia de prevención del VIH/SIDA vaya más allá del acto inmediato y personal con respecto al riesgo, sino que debe avanzar hacia la reducción de la vulnerabilidad, entendiendo por esta la consecuencia de factores del grupo social que influyen en la capacidad del individuo para ejercer control sobre su propia salud. Por ejemplo, en los contextos de migración por motivos de trabajo, donde las personas se ven obligadas a desplazarse, alterando su entorno cotidiano y afectando todo el sistema de redes y apoyo social y cultural.

Hoy en día, las cifras revelan que el VIH/SIDA ha afectado de manera desproporcionada a personas y comunidades marginadas por motivo de sexo, orientación sexual, edad u origen étnico. Esto ha incidido en que elementos como la xenofobia y el racismo configuren fuertes imágenes y construcciones dominantes en torno al VIH/SIDA. Por otra parte, en nuestra sociedad pareciera que se ha reforzado la percepción de que la sexualidad pascuense es un ámbito “alocado y desbocado” o el alcoholismo mapuche como eje de esta cultura, entre otros.

De esta manera, aparecen fuertemente vinculados a esta problemática los conceptos de estigma y discriminación antes expuestos, los que sumados a la pertenencia étnica y al VIH/SIDA obstaculizan la eficacia de las respuestas que se puedan crear frente a éste. En muchos casos, el estigma del VIH/SIDA se vincula a otros preexistentes, como los estereotipos raciales y étnicos, la discriminación contra las mujeres y las minorías sexuales, entre otros. En estas circunstancias, las personas que son estigmatizadas y viven una situación de exclusión social, suelen tener poco acceso a los programas de prevención y, en algunos países, sus necesidades de atención y apoyo en materia de salud son sistemáticamente descuidadas, fundamentalmente porque existe una orientación predominante de lo biomédico, sin incorporar otras concepciones de salud y enfermedades que conviven en el mundo. Con ello, alejan a quienes poseen, entienden y enfrentan estos procesos de manera diferente a la concepción hegemónica occidental.

Movilidad poblacional y VIH/SIDA

La movilidad humana siempre ha sido una importante fuerza impulsora en las epidemias de enfermedades infecciosas. En los últimos años se ha registrado un crecimiento en el número de personas que se desplazan de un lugar a otro, dentro del propio país o a países distintos al de origen. La Organización Internacional para la Migración (OIM) estima que el número de migrantes internacionales (los que cruzan las fronteras nacionales) aumentó de 105 millones en 1985 a 175 millones en 2000 (OIM, 2003), y hay un número similar de personas que se desplazan dentro de los territorios nacionales.

Existen vínculos muy estrechos entre los diversos tipos de movilidad y el incremento del riesgo de VIH/SIDA. Sin embargo, aunque está presente el prejuicio generalizado de que los migrantes “llevan el SIDA consigo”, la realidad es que muchos de ellos se desplazan de zonas con una prevalencia del VIH/SIDA baja a zonas con una prevalencia más elevada, aumentando así su propio riesgo de quedar expuestos a la adquisición del virus y, por consiguiente, el de sus parejas al momento de retorno a sus hogares.

El riesgo relacionado con el VIH/SIDA depende, a menudo, del motivo de la movilidad, del tipo de oficio y área geográfica del desplazamiento, tanto expulsora como receptora. Por otra parte, la gran diversidad de situaciones a las que se enfrentan los migrantes requiere que la prevención del VIH/SIDA se adapte, cuidadosamente, a las circunstancias específicas de los diferentes grupos.

4. Sistemas médicos e interculturalidad en salud

Como individuos, nuestras acciones en torno al cuidado de la salud están determinadas por el medio social y cultural en que vivimos. Dichas acciones se han ido construyendo a través del tiempo y han dado origen a los distintos sistemas médicos que han operado —y que operan en la actualidad— en las diversas sociedades del mundo.

Por “sistema médico” entenderemos “un conjunto organizado de creencias y acciones, de conocimientos científicos y habilidades de los miembros de un grupo perteneciente a una determinada cultura, relativas a la salud, la enfermedad y sus problemas asociados” (Citarella, 1995:45). La biomedicina o *etnomedicina fisiológicamente orientada*⁸ es sólo un sistema médico comparable con cualquier otro, con la particularidad de que, en nuestro país y en gran parte del mundo, se ha alzado como el modelo hegemónico de atención. El sistema médico occidental, en gran parte producto de una sola evolución histórica, es un sistema unitario, razonablemente coherente donde quiera que se encuentre. Por el contrario, los sistemas médicos no-occidentales presentan un gran número de trayectorias y desarrollos independientes, compartiendo una característica importante: cuando los servicios médicos occidentales se introducen en su dominio, sus conceptos se ponen en tela de juicio y su existencia queda amenazada por el saber oficial.

⁸ Etnomedicina alude tanto al objeto que investiga como a la especialidad que se encarga de investigarlo. En su primera acepción se identifica con la idea de un sistema médico. En su segundo sentido, designa al campo disciplinar; o que estudia estos sistemas. Tradicionalmente englobaba de manera exclusiva los sistemas médicos indígenas, pero en la actualidad se la considera un método de análisis de cualquier sistema, incluida la biomedicina, también llamada etnomedicina fisiológicamente orientada (Comelles y Martínez, 1993: 83).

La categoría de sistema médico resulta de utilidad como instrumento de análisis, siempre que no se la encierre en una dimensión rígida, que no permita dar cuenta del carácter altamente dinámico y evolutivo de las culturas tradicionales en sus relaciones de contacto con otros ámbitos de referencia cultural. Es importante considerar los usos que la población originaria hace de los distintos sistemas médicos, pues aunque pudiera pensarse que ésta se encuentra en vías de una asimilación progresiva y total por parte de la cultura dominante, hay evidencia que señala la existencia de procesos que validan las consultas a especialistas de distintos sistemas de salud.

El concepto de “salud intercultural”, por su parte, se utiliza para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. Así, cuando hablamos de salud intercultural, nos estamos refiriendo a la idea de crear políticas en salud a nivel nacional que consideren las particularidades de cada uno de los grupos étnicos que componen nuestra nación, respetando e incluyendo sus especificidades culturales y cosmovisión en torno a la salud y la enfermedad de las personas. “En el campo de la salud, la interculturalidad significa que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción” (Cunningham, 2002).

Desde 1978, fecha de celebración de la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud en Alma Alta, dicha instancia reconoce la importancia de la medicina tradicional y la necesidad de integrarla dentro de los sistemas oficiales, con la finalidad de alcanzar la meta de “Salud para Todos”. En dicha reunión se conformó el Programa de Medicinas Tradicionales (entre otras estrategias de promoción de salud), produciéndose un reconocimiento explícito del papel de las medicinas tradicionales en el mundo. Esta estrategia fue y es impulsada básicamente para lograr una adecuada cobertura en salud en el denominado “tercer mundo”, en contextos donde la biomedicina no podía acceder o poseía escasos recursos para lograr esta tarea. Los acuerdos de Alma Alta sentaron los principios de un sistema de salud pública sostenible, diseñado para extender globalmente la cobertura sanitaria a partir de recursos simples pero eficaces, culturalmente aceptables y adaptados tanto a las necesidades de salud de la comunidad como a las precarias condiciones económicas de los llamados países en vías de desarrollo. El punto VII de la Declaración de Alma Alta incluye, entre estos recursos, a las personas que practican sanación tradicional, sus medicinas y sus artes.

A partir de lo anterior, podemos entender que plantear una interculturalidad en salud apunta a la necesidad de reconocer a los pueblos originarios en

sus especificidades culturales, con tradiciones médicas diferentes a la alópata occidental. Es en este sentido que se reconoce que todos los grupos humanos desarrollan métodos, creencias, conocimientos y percepciones culturales peculiares con el fin de enfrentar la enfermedad. Estas nociones, históricamente condicionadas, interactúan en un proceso dinámico con el patrimonio cultural propio de cada grupo, manteniéndose o modificándose de acuerdo a procesos complejos que involucran a la sociedad en su conjunto. Según este modelo, la coexistencia de múltiples tradiciones médicas en un mismo territorio se corresponde con las diferencias de mundos socioculturales de referencia, que afectan de modo distinto los conceptos, creencias y praxis sobre salud y enfermedad (Citarella, 1995).

Uno de los aspectos centrales en los modelos de salud intercultural es la figura de los/as “facilitadores/as interculturales”, quienes tienen, tal como sostiene Margarita Sáez, “la labor de servir de nexo entre el equipo de salud y las comunidades indígenas, y deben ser personas que pertenezcan a una comunidad indígena y ser avalada por esta, así como contar con un perfil ocupacional acorde con las necesidades de la comunidad, con conocimiento del funcionamiento y cultura organizacional de los establecimientos de salud” (Sáez, s/f:39)⁹.

La experiencia de salud intercultural en Chile

En Chile, con el fin de aportar a la generación de servicios de salud más accesibles y que respondan mejor a las necesidades de la población indígena, se creó en 1996 el Programa de Salud y Pueblos Indígenas, como una instancia del Ministerio de Salud. El propósito de este Programa (actualmente denominado Unidad de Salud y Pueblos Indígenas) es promover un trabajo coordinado a nivel nacional, regional y local entre las instituciones de salud, las organizaciones indígenas, otros sectores y centros académicos, contribuyendo así a la organización y previsión de servicios interculturales¹⁰.

Además de esta instancia, en el año 2002 se dio inicio al Programa Orígenes, cuya misión es contribuir a generar condiciones para el surgimiento de nuevas formas de relación y prácticas en la sociedad, que aporten en la tarea de elevar y mejorar las condiciones de vida de los pueblos originarios, con respeto y fortalecimiento de su identidad cultural, con el fin de alcanzar un país más integrado. La ejecución de este Programa es de responsabilidad del Ministerio de Planificación y Cooperación, a través de su Secretaría

⁹ Sáez, Margarita. s/f. *Políticas de Salud y Pueblos Indígenas*. En: Interculturalidad en salud. Programa Capacitación Continua, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Servicio de Salud Arica, pp. 21-45.

¹⁰ www.minsal.cl.

Ejecutiva, y cuenta con la participación de otros organismos públicos (co-ejecutores), como el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, INDAP, CONAF y CONADI. Además, están dentro del funcionamiento del programa, los gobiernos regionales, gobernaciones y municipalidades.

A través del Ministerio de Salud, se contempla el trabajo del Programa Orígenes para optimizar la situación de salud de la población indígena, mediante la eliminación de barreras culturales y el mejoramiento del acceso a los servicios públicos. El objetivo general del Programa es mejorar las condiciones de vida y promover el desarrollo con identidad de los pueblos aymara, atacameño y mapuche en el área rural, particularmente en los ámbitos económico, social, cultural y ambiental. **En este sentido, se realizan trabajos con las comunidades para rescatar y apoyar la medicina indígena;** se entrega apoyo a sanadores/as indígenas (machi, yatiri, lawentuchefe, entre otros), para que puedan aplicar sus conocimientos y formas de sanación en sus comunidades, y puedan presentar proyectos de fortalecimiento de la medicina indígena y de mejoramiento de la atención de establecimientos públicos de salud que funcionen en los territorios que habitan. En las regiones en que se trabaja a través de Orígenes, se apoya la realización de, a lo menos, una iniciativa o experiencia piloto en salud intercultural, lo que implica el inicio de un trabajo de colaboración entre los sanadores indígenas y los establecimientos públicos de salud en un territorio, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y de ampliar el acceso de las comunidades a la atención de salud¹¹.

5. Epidemiología en VIH/SIDA en contextos pluriétnicos

La epidemiología¹² es un concepto central para abordar el VIH/SIDA. Sin embargo, es una categoría que no necesariamente se ha aplicado a poblaciones indígenas.

Malva Pedreros (2002) plantea que desde hace algunos años ha comenzado a hablarse de una “epidemiología intercultural” o “sociocultural”. Para indagar en estos conceptos es necesario comprender que los contextos de salud de los pueblos indígenas están fuertemente condicionados por factores de tipo cultural. Estos “factores” establecen el carácter de la relación entre los equipos de salud y los usuarios indígenas. De esta manera, se hace necesario conocer los rasgos culturales de las comunidades indígenas atendidas a través de los programas oficiales para lograr una mayor efectividad.

¹¹ www.origenes.cl.

¹² Entendida como el estudio de las enfermedades que afectan a muchas personas en un sitio determinado (RAE) o el estudio de los factores que determinan la presencia y distribución de las enfermedades en poblaciones humanas (según EIA, Asociación Epidemiológica Internacional).

A partir de estos planteamientos generales, se vienen desarrollando en los últimos años estrategias de sensibilización y capacitación a los equipos de salud, para que estos conozcan y respeten las “prácticas y costumbres” de los pueblos indígenas y resuelvan los problemas de comunicación que existen con esta población. Al mismo tiempo, se han implementado acciones de educación y promoción a los/as usuarios/as indígenas, a través de las cuales se persigue que estos incorporen a sus prácticas conocimientos y procedimientos del sistema médico oficial, y que erradiquen aquellos “usos y costumbres” que, desde una perspectiva epidemiológica, sean nocivos para la salud (Pedreros, 2002). Como sostiene Malva Pedreros, “la epidemiología se erige como una entidad más allá de las culturas, imbatible, que impone sus designios sobre las decisiones y acciones de los individuos. Pero lo epidemiológico, aunque les pese a los epidemiólogos, es también una construcción cultural. Vale decir, se constituye a partir de una determinada conceptualización de la salud y la enfermedad, una conceptualización que en caso alguno es universal. Se trata de que la construcción de cualquier indicador (en este caso epidemiológico) supone un sistema referencial” (Pedreros, 2002:4). De esta manera, un modelo epidemiológico sociocultural no debe considerar sólo los ámbitos biológicos en la configuración de las categorías de enfermedad y de los factores condicionantes, sino que debe incluir también lo social. La propuesta no es ir hacia una deconstrucción del concepto tradicional de epidemiología, sino más bien encaminarnos hacia una redefinición de sus componentes claves desde una perspectiva antropológica, que considere tanto a la salud, la enfermedad y la curación como construcciones culturales. Desde esta perspectiva, el “huésped” pasa a ser un ser humano, “con inteligencia, intenciones y voluntad, que participa y actúa de acuerdo a convenciones culturales. En este modelo, el ambiente se transforma en contexto, considerando sus dimensiones materiales y simbólicas” (Oyarce, s/f).

En términos generales, a partir del impulso de la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas del MINSAL, han proliferado estudios sobre prevalencia de ciertas patologías en determinados pueblos originarios. Los resultados de la mayoría de ellos han puesto en jaque el exitismo del sistema sanitario oficial, toda vez que han arrojado cifras que confirman la existencia de una “brecha de equidad” en salud entre indígenas y no indígenas.

Es necesario subrayar que la noción de “brecha de equidad” que se ha construido, supone igualmente un sistema referencial, pues los indicadores se analizan al margen del sustrato sociocultural en que se manifiestan y están puestos al servicio de definiciones propuestas por el servicio de salud. En otras palabras, supone que hay un estándar de salud a alcanzar, y que ese estándar es homogéneo para toda la sociedad nacional. Supone, además, que existe una única concepción de lo que significa “estar” o “sentirse” bien. El quehacer epidemiológico, en tal sentido, está definido desde el poder.

Como sostiene Ana María Oyarce, “lo epidemiológico se enfrenta, en territorios con población indígena, a dos opciones teórico-metodológicas: el desarrollo de una epidemiología clásica, que sea capaz de incorporar a su pool de variables, la variable étnica; o bien, un proyecto democratizador del conocimiento, a través de la construcción de una nueva epidemiología, capaz de articular distintas concepciones de salud y enfermedad. En cualquiera de ambos casos, será necesario adoptar nuevos enfoques metodológicos” (Pedreros, 2002). Y que esta nueva epidemiología con enfoque sociocultural “debería incluir información científicamente fundada y culturalmente válida y actualizada acerca de los tipos de patologías, frecuencia y distribución en la población indígena comparada con la población no indígena. Además, debería incluir los criterios de definición étnica y cultural, las propias categorías de enfermedad, así como la vinculación de la comunidad con el territorio, eje del desarrollo del pensamiento indígena y base de la autonomía en salud” (Oyarce, s/f).

Consciente de la dificultad que significa la construcción de un modelo que incluya factores múltiples en los que se relacionan tanto dimensiones subjetivas como objetivas, en el intento de llegar a un diagnóstico integral, Oyarce propone un trabajo en conjunto con la comunidad. De esta manera, los resultados serían nutridos, validados y adecuados para cada grupo indígena por los mismos actores sociales a los cuales están dirigidos. “Operacionalmente este modelo de epidemiología tiene al menos dos requisitos: 1) Establecer émicamente (desde la cultura) criterios de pertenencia étnica y cultural que permitan relacionar una variable de exposición (pertenencia) con variables de resultado (mortalidad, morbilidad u otros eventos) y 2) realizar el diagnóstico de esas poblaciones incorporando los propios puntos de vista de las culturas que coexisten en un espacio terapéutico y territorial” (Ibíd.).

El VIH/SIDA en cifras

El “Informe sobre la epidemia mundial de SIDA” del año 2004, realizado por ONUSIDA, señala que a diciembre de ese año había en el mundo 39,4 millones de personas que vivían con el VIH; registrándose 4,9 millones de nuevas infecciones en dicho año y un total de 3,1 millones de defunciones a causa del virus. En este contexto, se estima que se produjeron aproximadamente 14.000 nuevos casos diarios en el 2004, más del 95% de ellos en los países de bajos y medianos ingresos. En cuanto a los rangos etarios, casi 2.000 son menores de 15 años y 12.000 personas tienen entre 15 y 49 años, de las cuales cerca del 50% son mujeres y casi la mitad tiene entre 15 y 24 años.

La situación para nuestro continente no fue diferente en cuanto a estas tendencias epidemiológicas. En América Latina —para el 2004— ONUSIDA reportó más de 1,6 millones de personas viviendo con el VIH. En el 2003, unas 84.000 personas fallecieron a causa del SIDA, y 200.000 contrajeron el virus.

Mientras que entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, el 0,5% de las mujeres y el 0,8% de los varones estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

En América Latina, la vía de transmisión del SIDA es predominantemente sexual, sin embargo, en el cono sur, también se observa una incidencia significativa de transmisiones por vía intravenosa¹³. Como tendencia más general, se puede afirmar que la vía predominante de transmisión, en la mayoría de los países de la región, aún se concentra en hombres que tienen sexo con hombres.

En Chile, en tanto, según el Resumen Epidemiológico del VIH/SIDA de CONASIDA¹⁴, hasta diciembre del 2003 se habían registrado 6.060 casos de SIDA y 6.514 de VIH. Dentro de los casos de SIDA, el registro da cuenta de un total de 3.860 personas fallecidas a causa de la enfermedad. El año 2003, el total de casos notificados de SIDA fue de 560, de los cuales 70 correspondían a mujeres y 490 a hombres. Por otra parte, ese mismo año se registraron 695 nuevos casos de personas viviendo con VIH, de los cuales 136 correspondieron a mujeres y 559 a hombres.

La razón hombre/mujer en casos de SIDA muestra una tendencia al acortamiento, pasando de 8,7:1 en 1997 a 7,0:1 en el 2003. La incidencia anual del SIDA ha mostrado una tendencia al aumento a través de los años; ello, hasta 1998, en que se observa un descenso de un 12,0% respecto de 1997, atribuido al impacto de la biterapia entregada a partir de 1997. Es necesario monitorear la tasa de SIDA en el tiempo, dada la inclusión de la triterapia a partir del año 2000, con un logro de cobertura mayor (92%) desde finales del 2002.

De acuerdo con la región de ocurrencia de los casos (lugar donde se atendieron la primera vez que fueron notificados), las tasas más elevadas de incidencia para el período 1984-2003 por 100.000 habitantes, corresponden a las regiones Metropolitana, con 70.5; la I región, con 57.0; la V, con 56.6, y la II, con 38.7. En cuanto a la IX región, territorio de interés para el estudio, esta presenta una tasa de 13.6, ubicándose bajo el promedio país, que fue de 43.7. En relación con la distribución según edades, se encuentra que el 84.4% de los casos notificados de SIDA se concentran entre los 20 y 49 años de edad.

En el mismo período (1984-2003), la vía de exposición sexual es la predominante, con un 94.1% de los casos notificados; un 68.4% de éstos

¹³ Esto se explica fundamentalmente por la situación argentina donde las transmisiones en usuarios de drogas inyectables es relevante.

¹⁴ Ministerio de Salud, Comisión Nacional del SIDA, Gobierno de Chile (2003), Boletín Epidemiológico Semestral CONASIDA N°15. Serie Documentos CONASIDA.

corresponde a transmisión homobisexual y un 31.5% heterosexual (hombres y mujeres). La vía sanguínea alcanza 4.38% del total de casos, siendo predominantes, dentro de ella, las prácticas que se asocian al uso de drogas inyectables como vía de adquisición del virus. Finalmente, la transmisión vertical, acumulada entre 1984 y 2003, es de 1.6%.

Desde el punto de vista epidemiológico, el número de indígenas con VIH/SIDA puede no ser significativo¹⁵; sin embargo, es un grupo vulnerable debido a las condiciones de desigualdad que enfrenta producto de la pobreza, la inequidad de género, los procesos migratorios hacia centros urbanos y el desconocimiento de la enfermedad.

El presente trabajo indaga en la realidad de los pueblos originarios aymará, mapuche y rapanui, en las regiones I, IX, V y RM, selección que se relaciona, precisamente, con la distribución regional de los casos de SIDA en nuestro país. En el análisis de las tasas de incidencia regional acumuladas por cada 100.000 habitantes, la I región ocupa el segundo lugar en orden descendente. Una de las explicaciones con las que concuerdan los profesionales encargados del programa de SIDA local, es que en la I región haya aumentado la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica, permitiendo así un conocimiento más real y oportuno de las cifras. Otra interpretación es que podría deberse al activo intercambio fronterizo en la región con países limítrofes (CONASIDA, 2004). Esto hace especialmente relevante el trabajo con el pueblo aymara. En cuanto a la IX región, ella ocupa el octavo lugar (13.6) de ocurrencia de casos de SIDA; sin embargo, es relevante por cuanto es la región que concentra el mayor porcentaje de población indígena del país.

En las culturas y regiones identificadas se realizó el estudio sobre la premisa de que los sistemas médicos y los modos en que los grupos resuelven los temas de la salud y la enfermedad, están insertos en matrices culturales específicas, relacionándose con múltiples variables que los condicionan y determinan. El objetivo de este estudio es precisamente indagar en estas múltiples variables y las especificidades culturales de los pueblos originarios, para dar luces sobre un tema que no ha sido explorado, y así poder propiciar la generación de estrategias preventivas adecuadas, que consideren las particularidades culturales de cada grupo.

¹⁵ Al momento de realización del estudio no existían en Chile registros estadísticos oficiales que permitieran establecer la condición étnica de las personas notificadas con VIH/SIDA.

II. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Para el desarrollo del estudio, se definió una estrategia metodológica cualitativa, pues lo que interesaba era conocer en profundidad el desarrollo de los mecanismos personales y socioculturales que inciden en el fenómeno abordado. Fundamentalmente se realizaron entrevistas en profundidad a personas pertenecientes a los pueblos originarios, entrevistas a informantes claves y observaciones de campo. El detalle de la metodología se incluye en el anexo N°1.

1. Consideraciones éticas

Durante el estudio se incorporaron consideraciones éticas en torno al trabajo de campo, partiendo de la base de que cualquier estudio que involucre a seres humanos compromete a los/as investigadores/as a diseñar y aplicar principios universales de la investigación científica, como el respeto por las personas. Por esta razón, se incluyó un protocolo de “consentimiento informado”, documento que aseguró que todos/as los/as participantes recibieran información sobre los objetivos y procedimientos de la investigación, asegurando así su comprensión y participación voluntaria.

2. Consideraciones sobre el trabajo de campo

Sobre las dificultades que se presentaron, destaca el hecho de que la temática del VIH/SIDA resultó compleja de abordar en población indígena (sobre todo rural), por diversos motivos. El hablar de esferas de la vida privada con entrevistadores/as “extraños” (y no indígenas), supone una distancia que es difícil de franquear, a lo que se suma una suerte de desconfianza respecto al uso que se le dará a la información. Esto sucedió especialmente en los ámbitos relacionados a la vida sexual, experiencias que en ocasiones la gente no está dispuesta a compartir. Durante la realización de las entrevistas fue posible constatar diversas reacciones: desde personas que se negaron

a dar la entrevista cuando se enteraron en detalle de lo que se trataba, hasta quienes relataron detalles íntimos de sus vidas y se “entregaron” sin mayores resistencias ante las consultas de las investigadoras. El hecho de que las investigadoras fueran mujeres, también significó que fuese difícil entrevistar a varones de los pueblos originarios, lo que obligó a buscar colaboradores varones para realizar las entrevistas a hombres en las etnias aymara y mapuche.

De lo anterior, se concluye que el VIH/SIDA se considera una enfermedad tan “grave” e “incurable”, que se intenta excluir de cualquier ámbito cotidiano, incluidos los discursivos. Hablar de VIH/SIDA podría hacerlo más “real”, podría llevar —a quien lo menciona— a tomar conciencia de una realidad a la cual nunca se quiere ver enfrentado/a. Como veremos más adelante, fue común encontrar definiciones del VIH/SIDA como una enfermedad de los “otros”, sin reconocer que es y puede ser un problema propio. De la mano de esto, en diversas entrevistas los/as informantes de los pueblos originarios expresaron que el VIH/SIDA puede ser un factor más de discriminación, por lo cual sienten reticencia y rechazo hacia el tema.

Este último punto nos ha llevado a plantear la necesidad de proteger, tanto a los/las participantes de pueblos originarios como al estudio mismo, de una eventual interpretación que los estigmatice. En este sentido, se realizó una exploración —a través de diversos instrumentos— de factores culturales protectores ante la adquisición del VIH/SIDA, destacando aspectos positivos (¿de qué manera están protegidos frente al VIH/SIDA?), por sobre los negativos (¿de qué manera están en riesgo de adquirir VIH/SIDA?). De esta manera, durante las entrevistas se “positivizó” el tema, como una forma de abrirlo en la comunidad y dejar atrás el estigma que conlleva.

Para minimizar estos problemas, se privilegió abordar las entrevistas desde los ámbitos de la salud sexual y reproductiva, pues se identificó que estos son temas relevantes para los/as entrevistados/as y, por ende, fueron una estrategia para entrar en el tópico del VIH/SIDA cuando las confianzas estaban establecidas. Por lo mismo, tal como se mencionó anteriormente, se flexibilizó el uso del modelo de consentimiento informado, leyéndolo y entregándolo en distintos momentos de la entrevista, según fuese el caso, y sin exigencia de que fuese firmado.

Otra modalidad para minimizar las dificultades citadas fue la realización de los contactos con las personas a entrevistar a través de personas de confianza y validadas por las respectivas comunidades. También se dio la posibilidad de que las entrevistas se realizasen donde los/as entrevistados/as eligieran; por lo general, espacios de su “dominio” y/o autoridad (sus hogares, asociaciones indígenas, etc.).

En términos generales, en todas las comunidades se constató una dificultad generalizada al hablar de estos temas, vinculados a la vida íntima y privada de las personas, sobre todo en la población mayor de 50 años, tanto hombres como mujeres (lo que claramente se diferencia de la facilidad de acceso a informantes jóvenes, tanto adolescentes como adultos jóvenes). Todo lo anterior da luces respecto a las diferencias existentes entre generaciones dentro de comunidades aparentemente homogéneas.

En el mundo mapuche, las experiencias de campo permitieron acercarnos a la situación política y social que vive este pueblo, tanto en la IX Región como en la Región Metropolitana; lo que permitió contextualizar la dificultad que existe para abrir la conversación en torno a los temas de sexualidad, en general y sobre el VIH/SIDA, en particular, los cuales la comunidad observa como ámbitos frente a los cuales se debe mantener silencio. Las materias relativas a sexualidad son difícilmente abordadas por las comunidades en instancias abiertas, al considerarlas extremadamente íntimas y como reservorios de cultura, de modo que no suelen tampoco compartirse con el investigador foráneo ni con las instituciones nacionales.

Otro punto metodológico que merece atención fueron las entrevistas en profundidad realizadas a personas de los pueblos originarios que están viviendo con el virus. En estas entrevistas, las personas centraron su discurso en el “testimonio” de su historia respecto a la adquisición del virus, no dejando lugar para profundizar en otros temas de interés para el estudio.

Trabajo de campo: pueblo aymara

Durante el período de investigación se realizó trabajo de campo en la I Región, tanto en Arica como en Putre, y se hizo un viaje a Tacna. También se efectuó trabajo de campo en Iquique. En todos estos lugares se realizaron entrevistas a informantes claves, personal de salud y personas aymaras, tanto de contextos urbanos como rurales. Se observaron contextos de atención hospitalaria y de consultorios privados en Arica, Putre y Tacna, y se indagó en el fenómeno fronterizo, en la migración y en la movilidad temporal.

Los trabajos de campo y las etnografías realizadas en la I Región permitieron identificar diversos contextos de vulnerabilidad. El trabajo etnográfico se realizó en base a contactos con informantes claves y personas que habitan en comunidades urbanas y rurales en Arica, Putre, Tacna, Iquique y poblados cercanos. Paralelamente se utilizó un diario de campo, en el cual se plasmaron las impresiones durante la estadía en esta territorialidad humana, geográfica e histórica; se revisaron medios de comunicación de las localidades mencionadas; se visitaron lugares que según los informantes

eran claves para el estudio; y se realizaron las entrevistas en profundidad a mujeres y hombres, cuya ascendencia étnica y pertenencia actual, es la comunidad aymara.

Trabajo de campo: pueblo mapuche

Con respecto al pueblo originario mapuche, se realizó trabajo de campo tanto en la Región Metropolitana como en la IX Región. En la Región Metropolitana se contactó y entrevistó a las personas principalmente a través de asociaciones indígenas de las comunas de La Pintana, Peñalolén y Lo Prado. En estas mismas comunas, se contactó a personas que trabajan en programas de salud intercultural, las cuales cumplieron la función de ser informantes claves.

En la IX Región se visitó la Universidad de La Frontera, el Hospital Regional, el Servicio de Salud Araucanía Sur, la Intendencia Regional, el Hospital Makewe, el Centro de Salud Boroa-Filulawen, la oficina regional de SERNAM, la organización comunitaria Centro de la Mujer de Temuco, el Consultorio Miraflores, el Hogar de Estudiantes Mapuches de la ciudad de Temuco, y se hicieron visitas a comunidades rurales y a la organización social de Personas Viviendo con VIH-SIDA Dame una Mano, DUM. En esta organización se realizó observación participante en una reunión-taller efectuada por el grupo Mujeres, específicamente sobre el Protocolo para Mujeres embarazadas VIH, y se entrevistó a una de sus integrantes.

Además, se realizó un recorrido por escuelas rurales de la región, en torno al sector de Quillem, con una supervisora del programa de educación intercultural bilingüe. Estas visitas permitieron tener una idea de cómo abordar el trabajo en la región.

Trabajo de campo: pueblo rapa nui

Para este estudio, se realizó trabajo de campo en Valparaíso, Viña del Mar e Isla de Pascua. En la región continental se visitó el Hogar Pascuense en Valparaíso, y un hogar de estudiantes pascuenses en Viña del Mar y se efectuaron entrevistas clave a académicos, expertos en rapanui y personal de salud. Mientras que, en la isla, se llevaron a cabo etnografías de contextos sociales como, por ejemplo, los denominados “curantos” (de dos familias isleñas); se realizaron contactos iniciales con instituciones, profesionales, técnicos y comunidad en general, interesados en participar en la ideación y ejecución de las futuras actividades de intervención con la comunidad isleña, y entrevistas a informantes claves y a personas de la comunidad. En un afán por describir la situación general de la comunidad rapanui, nos acercamos a ciertos informantes que entregaron elementos claves para la comprensión cabal del contexto en el cual situar el tema del VIH/SIDA. Estos elementos se

refieren a la situación política, el fenómeno del turismo, la violencia intrafamiliar y el tema de género, entre otros. En este sentido, entrevistamos a personas que representan a instituciones tales como Prodemu, el Liceo Lorenzo Baeza Vega, el Hogar de Menores que depende de la Fundación Niño y Patria (de Carabineros de Chile), Sernatur, Farmacia Cruz Verde (único ente privado en su tipo), por enumerar algunas.

III. RESULTADOS OBTENIDOS

Pueblo originario aymara

1. Breve aproximación histórica

Los aymaras constituyen un pueblo andino milenario, que históricamente ha ocupado un amplio territorio que abarcaba desde las orillas del lago Titicaca, pasando por el altiplano boliviano, hasta el noroeste de Argentina y Chile (habitando principalmente la zona comprendida entre la I Región de Tarapacá y la II Región de Antofagasta). Desde hace unos 130 años, la población andina ha emigrado hacia las grandes concentraciones urbanas, ubicadas tanto en los puertos como en los centros mineros, donde muchos de ellos han sido absorbidos en actividades laborales correspondientes a estas ciudades (Arriagada e Isla, 2000). Es así que actualmente más de dos tercios de la población aymara regional se ubica en las ciudades costeras de Arica e Iquique (79,4%).

En las áreas rurales, la agricultura y la ganadería son las principales actividades económicas. Se trata, por tanto, de campesinos que han pasado de una economía orientada básicamente a la producción para el consumo familiar, a una determinada por el mercado de insumos y consumo regional. Esta nueva orientación económica ha provocado una pauperización de estas familias; situación que algunos estudiosos denominan como "subdesarrollo rural" y que trae como consecuencias fuertes procesos migratorios hacia los centros urbanos costeros y un alto índice de pobreza, que ha llevado a ubicar a estas comunas como las "más pobres del país" (Carrasco, 2003a).

Durante el período de la Conquista (s. XVI-XVII), el pueblo aymara se vio enfrentado a un golpe desastroso que tuvo graves consecuencias para la subsistencia de su cultura. En esta época cobraron auge las campañas de erradicación de idolatrías, que amenazaron con destruir todo su sistema religioso, que hasta hoy se erige como soporte estructural y existencial de la

cultura aymara. Luego devino un periodo de aislamiento relativo (s. XVIII-XIX), en el cual se reestructuró la cosmovisión aymara, recuperando su equilibrio espiritual, aun cuando asumió una característica de sincretismo en el culto. Elementos extranjeros fueron incorporados en la cosmovisión de manera integrada, conformándose una forma emergente de concebir el mundo (Ibíd.). En 1879, después de la Guerra del Pacífico y la consecuente anexión de Tarapacá por parte de Chile, se produjo un proceso de incorporación sistemática de la población aymara a la sociedad chilena en diferentes planos (económico, social, político).

El pueblo aymara organizó espacialmente su territorio de acuerdo a una particular visión ecológica del mundo. Esta organización les permitió desarrollar su economía y alcanzar un fortalecido sistema cultural que sólo se vio vulnerado llegado el periodo de la Conquista, siendo a su vez, esta misma organización, la que les ha permitido subsistir hasta nuestros días.

El traslado masivo hacia las ciudades se inició a partir de los años cincuenta. El fenómeno migratorio afectó más tempranamente a las localidades de precordillera y valle; y más tardíamente al sector altiplánico, produciéndose una migración escalonada. Es así que los cambios han ido forjándose también de manera diferenciada. Los aymaras contemporáneos, por tanto, adscriben a distintos patrones culturales de acuerdo a diversos factores, como por ejemplo, el área geográfica en la que residen, la generación a la que pertenecen, el nivel de escolaridad y el género, entre otros. Por otra parte, es difícil determinar qué conductas o elementos culturales corresponden al patrón tradicional andino prehispánico y cuáles son producto de los complejos procesos socio-históricos vividos en esta región tras el período de contacto.

En las ciudades, los aymaras se han concentrado en algunos barrios periféricos, desempeñándose en diversos empleos. Inclusive, se incorporan a la fuerza de trabajo en mayor proporción que la población nacional. Entre ellos prima el trabajo por cuenta propia y sus actividades económicas se concentran en el comercio, la producción agropecuaria y el transporte, copando los puestos de ferias y mercados. Su presencia también es importante en el comercio ambulante y en almacenes y carnicerías (González, 2003).

Del mismo modo, la población aymara que habita en los espacios rurales presenta diferentes grados de aculturación¹⁶, resultado de la presión asimilativa que han ejercido distintos procesos históricos y las propias políticas educacionales,

¹⁶ Proceso mediante el cual un pueblo o grupo de gente adquiere una nueva cultura o aspectos de la misma, generalmente a expensas de la cultura propia. Una de las causas externas tradicionales ha sido la colonización (N. del E.).

económicas y geopolíticas que ha implementado un Estado que, hasta hace poco, estaba más preocupado de "uniformizar" culturalmente a la población, que de propiciar el desarrollo de acuerdo a sus costumbres, tradiciones y valores.

Pero, pese al proceso de cambios que la sociedad aymara vive, esta presenta una serie de rasgos culturales que le son propios, que siguen vigentes, y que les otorga una identidad propia y una especificidad étnica que se debe conocer, respetar y considerar al momento de implementar acciones en regiones multiculturales (Carrasco, 2003a). Dentro de esta identidad común, se pueden identificar diferencias y subgrupos. Por un lado, la población que mantiene la lengua aymara como lengua materna y vive muy vinculada al campo, siguiendo las prácticas rituales señaladas por lo que ellos llaman "la costumbre"; y, por otro lado, aquellos pobladores urbanos que no hablan ni entienden aymara, pero que se adscriben a tradiciones en las que incluyen la historia andina reconstruida. Los procesos de fuga del grupo étnico son complejos, pero es posible observar también una cantidad de población que ha optado por no adscribirse a lo aymara, pues se ha desvinculado de su pasado adquiriendo, únicamente, una identidad residencial y que se define a través de la pertenencia a determinadas localidades del valle y la precordillera andina de la I Región.

Sección 1.01

2. Aproximación estadística

Según los datos del censo del 2002, la población aymara de la I Región corresponde a un total de 40.934 habitantes, de los cuales 20.327 son hombres y 20.607, mujeres. Los vacíos en los datos impiden dar cuenta de la realidad del VIH/SIDA entre la comunidad aymara de nuestro país, ya que no existen cifras desagregadas por pertenencia étnica. Sin embargo, el desafío por avanzar hacia una epidemiología intercultural está abierto y ya hay iniciativas que se dirigen en esta dirección.

	VIH	Casos SIDA	Total
Mujer	47	17	64
Hombre	219	165	384
Total	266	182	448

(a)
(b) Período 1986-2003

La información oficial disponible permite elaborar un panorama general del VIH/SIDA en la Región de Tarapacá, área donde se ubican mayoritariamente las comunidades aymaras chilenas. Desde el año 1986 al 2003, se ha registrado un total de 448 personas con VIH/SIDA, siendo 266 de carácter asintomático y 182 casos de SIDA.

En cuanto a la vía de transmisión, predomina la sexual, siendo 60 de los 64 casos entre las mujeres por exposición heterosexual. En los hombres, en cambio, donde la vía principal de transmisión es también la sexual, las categorías son las siguientes para los 384 casos totales:

- 174: Homosexual
- 92: Heterosexual
- 80: Bisexual
- 38: Otras

En términos de las frecuencias según grupos etarios, los datos revelan igual información que en el resto del país; cifras importantes si consideramos que quienes migran a las grandes ciudades desde las comunidades aymaras son, fundamentalmente, población joven.

Finalmente, es posible señalar que el VIH/SIDA en la Primera Región, se presenta fundamentalmente en las ciudades capitales de dicha área geopolítica. En este sentido, según la información disponible en CONASIDA¹⁷, que desagrega por comunas del territorio nacional, las únicas que aparecen con registro son Arica e Iquique.

Casos y tasas de VIH/SIDA por comunas (I) Chile. 1984-2002*			
Comuna	Casos VIH/SIDA	Población	TASAS X 100000
Arica	238	169.456	140.45
Iquique	176	151.677	116.04

* *Tasas X 100.000 habitantes.*

3. Factores culturales y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA

De lo observado durante el trabajo de campo, y a partir de la información recogida, tanto de fuentes primarias como secundarias, es posible señalar algunos de los posibles contextos de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Algunos de estos contextos afectan a la población general de la I Región, y otros más particularmente a los miembros de las comunidades aymaras que habitan estos espacios, tanto urbanos como rurales o, en algunos casos, a personas que solamente transitan por estas localidades cercanas a sus territorios de origen.

¹⁷ CONASIDA: Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud de Chile.

3.1. Cosmovisión

De acuerdo a las fuentes secundarias revisadas y la información aportada por los/as entrevistados/as, al parecer la cosmovisión aymara ofrece al hombre y a la mujer un modelo explicativo del mundo y, a su vez, le otorga un sentido a su existencia. La cosmovisión tiene que ver con las formas de estructurar lo real para poder operar en el mundo de una manera particular, adecuada a un sistema integrado de creencias que diferencia a cada cultura; por lo cual, a su vez, constituye un soporte de identidad étnica. La característica principal de la cosmovisión aymara es su visión mitologizada de la geografía, historia y universo espiritual. El aymara encuentra en la tierra y sus elementos el fundamento mismo de su existencia, y por medio de su cosmovisión consagra su entorno, convirtiéndolo en un verdadero mapa sagrado. Esto se encuentra tanto en la configuración espacial de sus ciudades como en la significación total del entorno. Todos los accidentes geográficos naturales constituyen lugares que tienen un carácter individual. El mundo cobra vida y es en sí lo que ellos denominan "*Pachamama*" o madre tierra, símbolo de la fertilidad de la naturaleza y de todos sus componentes. El agua es su sangre, los ríos son sus venas, las rocas son sus huesos. De este modo, la naturaleza constituye un espacio orgánico en el que todo elemento vive. La tierra y sus accidentes están poblados de espíritus buenos y malos, que exigen ser respetados. Estos lugares pasan a constituir "lugares fuertes" o de alta significación para toda la dimensión humana (social, económica, cultos, agricultura, ganadería, etc.) (Carrasco 2003a).

Los aymaras tienen una visión "triádica" del mundo, distinguiendo entre el mundo de arriba (arajpacha o tierra de los astros), el mundo de abajo (manqhapacha o tierra de los minerales) y este mundo o mundo de nosotros (acapacha o tierra de los hombres). Estos mundos constituyen zonas mitológicas que poseen sus propias divinidades, las cuales regulan la vida de los hombres y mujeres. Las fronteras entre las pachas son infranqueables; sin embargo, sus límites son barreras que unen y que separan, y el orden se mantiene por la no transgresión entre las pachas. Esta triada zonal se constituyó en el territorio simbólico más vulnerable a la ideologización extranjera. Antiguamente, esta distribución zonal se correspondía con la estructuración funcional geográfica con la que el aymara ordenaba su entorno natural y sus ciudades (markas); sin embargo, con mucha fuerza ha irrumpido en ella la influencia (imposición de principios organizativos) por parte de la administración eclesiástica.

Los aymaras hacen la distinción entre costumbres (plano religioso-espiritual autóctono) y religión (elementos rituales traídos de occidente). En este sentido, el aymara tiene una conciencia de su sustrato autóctono y de uno posterior que les fue impuesto, los que hoy forman parte de su "cosmovisión" de manera

integrada. Así, ambas corrientes simbólicas forman un entretreído de elementos imposibles de separar, porque hacerlo significaría no considerar el significado actual del fenómeno religioso vivo.

Visto lo anterior, podemos decir que toda aquella población que se autodefine o autoadscribe como aymara, sean rurales o urbanos, mantiene una especial cosmovisión, que constituye la base de todas las concepciones que organizan su vida, convirtiéndose ésta en el fundamento esencial y guía de las actividades que realizan, determinando la forma en que se llevan a cabo, el sentido y el significado que se les atribuye. Esto, debido a que, a pesar de tratarse de una cultura subordinada respecto de la no indígena y a la existencia de procesos históricos de cristianización y de incorporación a la sociedad nacional, existiría cierta resistencia a adoptar de una manera simple y directa los contenidos culturales externos. En este sentido, es posible encontrar concepciones alternativas respecto de la biología del cuerpo humano, la salud y la enfermedad, las que expresan la capacidad de los aymaras de ser agentes sociales activos, pues la influencia cultural y los significados de la sociedad colonial y republicana han sido permanentemente resignificados.

Es importante considerar que los/as entrevistados/as aymaras realizan una distinción entre lo que significa ser “aymara tradicional” y “aymara actual”. Dos cortes principales son los que marcan esta distinción: lo temporal (antiguo / moderno) y lo espacial (rural / urbano o arriba / abajo). En diversas oportunidades lo expresado en las entrevistas apunta a organizar, a través de estas oposiciones, lo que es “verdaderamente aymara” (que se asocia con lo “antiguo”), de lo que es el aymara “actual” (asociado a lo “moderno”):

“Porque en el aymara, si usted se ha dado cuenta, yo soy aymara, pero como se puede decir, yo estoy ya en mundo actual, lo que es real. (...) A ver, como le decía, es que hay dos cosas. Yo puedo hablar más por la vida lo que es real” (Aldo, rural, 33).

Como se aprecia en la anterior cita, lo “real” sería lo “actual”, pues lo tradicional está en un proceso de acelerado cambio, y se asocia más bien a un tiempo pasado, a las generaciones anteriores:

“Entonces mi papá, mi mamá, ellos sí. Pero ya también están metidos. Ya están metidos en el mundo actual. Quizás mis abuelos, que ya fallecieron ya, ellos tal vez conservaban todo lo que es el aymara” (Aldo, rural, 33).

A pesar de estos cambios, es necesario enfatizar que los/as aymaras siguen siendo hoy día un grupo cultural claramente diferenciado del resto de la sociedad chilena mestiza, con una serie de tradiciones propias que los/as identifican; prácticas que se realizan tanto en el sector rural como en el espacio urbano.

Respecto a los/as migrantes urbanos, es posible observar que, en muchos casos, pese al abandono o la enajenación de sus intereses materiales rurales (tierra, animales, actividades productivas y/o mercantiles), no se desvinculan totalmente de su proveniencia rural original, ya que esta se continúa manifestando en otros planos, tales como la participación en festividades de sus comunidades o en agrupaciones urbanas que recrean sus localidades. Así, pese a la desvinculación económica con el campo, la presencia de este tipo de manifestaciones permite afirmar que en el sector aymara urbano, por ejemplo, existen distintos niveles de identidad cultural (Carrasco A. M., 2000).

Resulta interesante el hecho de que las nuevas generaciones nutren a las antiguas de los contenidos de lo “moderno” o “nuevo” y, de este modo, se generan cambios en las dinámicas culturales no sólo en aymaras urbanos, sino también en aquellos/as de localidades rurales. Una mujer nacida en una comunidad rural, pero que después estudió y vivió con su hermana fuera de la comunidad, señala que su madre:

“... tiene otra forma de pensar. Yo creo que por lo mismo donde nos ve a nosotras, conversamos con ella (...) ella misma tiene otra forma de pensar ahora, no como antes, o sea igual como nosotros, igual. Ella ahora te aconseja como si fuera ella mamá moderna. Ella misma dice, antes no era así, pucha antes me criaron así” (Alma, urbana, 32).

3.2. Salud-Enfermedad

La concepción aymara de la salud es holística; más allá del ámbito fisiológico, ella está íntimamente asociada con la armonía en los planos psicológico, espiritual, comunitario y medioambiental. Así, la enfermedad puede dar cuenta de desórdenes o desarmonías en ámbitos que no son exclusivamente físicos, como lo señaló una mujer de origen rural y con residencia urbana que se declaraba enferma: *“de pena, pues, de falta de libertad”*, aludiendo a la diferencia entre la vida urbana y su vida en el altiplano, donde no existen los horarios definidos, donde ella se sentía libre y en armonía con la naturaleza.

Se señala que como efecto de la creciente urbanización se va perdiendo la relación afectiva con el entorno físico y social, elemento constitutivo de la salud:

“... la vida en sí, en el altiplano es dura; pero también una cosa que hay que reconocer en ese sentido, que uno aprende a amar también. Yo aprendí a vivir en comunidad, aprendí que uno tiene que respetar para ser respetado, aprendes a querer el campo, tus animales, y esas son cosas que aquí se pierden. Aquí se pierden” (Adela, urbana, 42 años).

Es interesante destacar que la salud también se asocia a la energía, a la vitalidad:

“Por lo general, los que se enferman son las personas mayores, porque supuestamente la gente joven no debería enfermarse, porque estás lleno de vida, tienen toda la vitalidad. Los que se enfermaban, antiguamente, era porque había un mal, ahora ya no es así” (Aida, urbana, 35 años).

El conjunto de prácticas aymaras relacionadas con el sistema de salud en general, posee un sustrato teórico que le da fundamento. Existe un sistema de conocimiento que permea estas prácticas y técnicas, las cuales adquieren coherencia a través de su particular cosmovisión. En el sistema médico aymara, la concepción participativa de sujeto y mundo, hace que consideren la enfermedad como un desequilibrio moral o ritual.

La ciencia andina tiene un carácter simbólico-orgánico que integra el saber empírico con el saber mítico. El especialista en salud intenta establecer un equilibrio entre fuerzas opuestas, como el frío y el calor, el sol y la tierra, lo masculino y lo femenino, lo árido y lo fértil. Estas fuerzas opuestas se encuentran en constante tensión equilibrada. El mantener la salud es vivir cuidadosamente y en armonía con el sistema de contrapuestos, tanto ecológicos como sociales, cósmicos y religiosos (Ibíd.). En el pasado, y todavía hoy en las comunidades rurales, algunas enfermedades son atribuidas a las acciones o pensamientos de otros (“el mal”) sobre la persona afectada:

“Como una maldición. De otra persona, claro. Bueno, yo lo sigo en cuanto a mi experiencia, porque lo he escuchado decir de mi suegra. Ella, bueno, a su marido, que se lo hicieron; le hicieron mal y falleció maldiciendo a una persona, maldiciendo a la persona que le había hecho mal. Y esa persona ahora está mal. Entonces, el hecho de pensar y de saber eso es como que realmente la persona se enferma por una maldición” (Amanda, rural, 23 años).

O por faltas que habría cometido, quebrando la armonía en algún ámbito de la vida:

“Porque se había portado mal o le habían echado un mal. Portarse mal, por ejemplo, ser infiel, el robar, el mentir, esas son cosas como muy sancionadas” (Adela, rural, 42).

Algunas mujeres señalan que la falta de observación de los cuidados tradicionales en el ámbito de la salud reproductiva puede ser causa de algunas enfermedades femeninas, lo que constituye una conservación de las costumbres aymaras. Sin embargo, para los/as jóvenes en general, y para parte de la población urbana, las enfermedades se atribuyen hoy a la

calidad de la alimentación o a ciertos agentes patógenos; encontrándose esta población mucho más cercana a las concepciones de la población chilena en general:

“¿Por qué se enferma uno? Es por la forma de alimentarse...” (Alicia, urbana, 36 años).

Cuando se produce una enfermedad, tradicionalmente se considera que se debe consultar al Yatiri, “el que sabe”, quien cumple múltiples funciones: religiosas, sociales, psicológicas y médicas. Como especialista, está capacitado para leer las señales del desequilibrio que sufre el/la paciente. Se consulta a los espíritus a través de rituales y se constatan los diagnósticos a través de la lectura de hojas de coca, vísceras de cuy, sueños y otros (Ibíd.). Algunos investigadores como Tschopik (1968) afirman que la medicina andina no hace distinción entre la teoría de la enfermedad y su tratamiento, por lo que no se podría separar el componente mágico-religioso del componente “racional”. El yatiri realiza el diagnóstico, define el carácter del mal, e indica el tipo de curación, tanto en la esfera ceremonial como en la terapéutica, pudiendo remitir al especialista adecuado. Hay que destacar que al yatiri también se le consulta por otros motivos, como pérdida de ganado o la caída de un rayo. Algunos especialistas terapéuticos serían: el *paqo*, que cura las enfermedades enviadas por los espíritus (enfermedad castigo); el *laiqa*, quien cura parálisis y ciertos tipos de locura; el *t'aliri*, especialista en dislocamientos de útero y otros órganos internos; el *qollasiri*, quien cura enfermedades de causas naturales (fracturas, luxaciones, etc.) y el *usuyri*, o partero/a que sabe de masajes y sacudidas. Todos/as ellos/as realizan su terapia en un contexto religioso-ritual, en el que la consulta de la coca siempre es parte. Además, cualquiera de ellos, menos el *laiqa*, puede ser aspirante a *yatiri* (Van Kessel, S/F).

Hay que señalar que, de acuerdo a las afirmaciones de los/as propios/as aymaras, actualmente en todo el norte de nuestro país es difícil encontrar especialistas como los/as antes descritos/as; inclusive los yatiris escasean, siendo frecuente que se demande la presencia de yatiris extranjeros.

“... hay otra persona también, que es alguien que... es el yatiri, te va diciendo a ti qué enfermedad tienes, si es el estómago, o en la cabeza. Te va indicando qué es lo que te tienes que ir tomando... Hay distintos tipos de barros, emplastos, y cosas como esas. Hoy en día se ha perdido mucho la medicina tradicional. Se está recuperando de a poco, muy lento” (Adela, urbana, 42).

Al respecto, otro informante comenta:

“¿Yatiri? No he escuchado que alguien diga “yo soy yatiri, vengan para acá”. No, no he escuchado nada de eso” (Aldo, rural, 33 años).

Las personas mayores y quienes viven en sectores rurales se encuentran más cercanos/as a la concepción aymara tradicional de salud-enfermedad que los/as jóvenes y quienes viven en un contexto urbano, lo que queda confirmado por el itinerario terapéutico que siguen en caso de enfermedad. En las generaciones jóvenes, es clara la preferencia por los medicamentos, más que por las medicinas tradicionales, muy utilizadas en las comunidades rurales y por las mujeres mayores, donde quiera que residan.

Los datos obtenidos de una encuesta realizada a migrantes de Arica e Iquique, indican que los/as migrantes urbanos/as tienen una mayor orientación hacia la medicina “oficial”, ya que un 82,2% de los/as encuestados/as acude por atención médica a centros públicos o privados en su respectiva ciudad y en Tacna. Los/as que declararon atenderse solamente dentro del marco de la medicina “no oficial” representan un 2,4%. Los casos restantes (un 15,4%), en tanto, realizan una combinatoria de ambos tipos de sistemas (González, 1995).

Dentro del sistema oficial, la mayor demanda se establece hacia los centros de atención públicos (en un 65,9%); en hospitales, postas y, especialmente, consultorios poblacionales. La atención de médicos particulares, en tanto, es utilizada por un 19,0%. También resalta la importancia del acceso a salud con especialistas de la ciudad de Tacna (15,8%), situación que se explica por los costos y el tipo de atención (Ibíd.).

Si se agregan aquellos casos que combinan ambos tipos de sistemas, el recurso a la medicina no oficial estaría presente en un 17,8% de los encuestados. En estos casos, la atención con especialistas “tradicionales” aymaras (como *yatiri*, curanderos y parteras) representaría un 56,9%, mientras que en el 43,1% restante se trata de otros tipos característicos del mundo popular (santiguadores/as, componedores/as, etc.) (Ibíd.).

Por otra parte, es necesario mencionar que en entrevistas y testimonios de migrantes, la importancia que se le da a la medicina tradicional es bastante alta, especialmente la herbolaria y cuidados vernáculos para el tratamiento de niños/as y enfermedades no convencionales (como “encantamiento” y “maleficios”):

“O sea, incluso hay cosas en la cultura aymara que de repente en el consultorio no saben; o sea, de repente es como paralelo, porque por ejemplo mi abuela... Que yo, cuando era chica, me asusté y como que dejé mi alma en ese lugar donde me asusté; entonces me hicieron todo un tipo de ceremonia donde tenían que llamar mi alma para que volviera a mi cuerpo. Porque yo tengo un problema, que me asusto fácilmente, porque según mi abuela dice que yo me asusté y dejé mi alma ahí y nunca me hicieron una ceremonia para que mi alma vuelva. Es por eso que de repente me asusto” (Andrea, rural, 18 años).

En todo caso, en las ciudades los/as especialistas del tipo *yatiri* parecen tener poca cabida. De hecho, cuando se les encuentra, atienden la demanda de sectores más “tradicionales”, como los altioplánicos, específicamente, de aquellos provenientes de sectores donde de manera previa son conocidas sus habilidades y experiencia. No obstante, es probable que se mantengan mientras se conserve también su importancia en los sectores rurales, ya que las enfermedades “no convencionales” parecen tener todavía vigencia y no desaparecen con simples cambios de residencia.

El tipo de sistema médico utilizado está estrechamente vinculado con la antigüedad de la residencia en la ciudad. Así, la preferencia por la salud oficial va aumentando, de forma gradual, a medida que se incrementa el número de años de residencia urbana. Esta situación podría pronosticar un abandono paulatino del sistema no oficial con el paso de los años. Sin embargo, por lo que sigue, ello no parece tan claro:

“Normalmente recurrimos a las hierbas medicinales (para) el dolor de estómago, resfrío, cuando ya es mucho, o sea... Por ejemplo, yo, con cosas naturales... el resfrío ya se pasa, pero hay resfríos que son muy fuertes, cuando el pecho ya se cierra, problemas de respiración... (Dolores) naturales, por ejemplo, si te da un aire, cuando ya es mucho se acude a la dipirona... Cuando se da vuelta la guatita, un embarazo cuando la guagua no está en posición y recurren (en la medicina alópata) altiro a la cesárea y hay personas que arreglan...” (Aída, urbana, 35).

Si se relaciona el tipo de sistema de salud con el grado de escolaridad, no se produce, como podría esperarse, una disminución de la preponderancia de la medicina no oficial hacia los niveles más altos de escolaridad. Por el contrario, resalta el hecho contradictorio de que ello se produzca entre los individuos sin escolaridad y entre los de mayores niveles educacionales. Esta situación parece estar relacionada con la incidencia del grado de autoadscripción étnica presente en los individuos con educación superior, por lo cual los/as que se declaran abiertamente como aymaras manifiestan una mayor opción por los sistemas no oficiales, como es el caso de una mujer aymara que cursa estudios universitarios:

“La abuelita que me hizo el parto, que me atendió, ella tenía miedo de enseñar (...) No sabe ni leer ni escribir, pero sabe harto de medicina indígena” (Agustina, rural, 40).

De esta manera, encontramos otra paradoja: aquellos/as más cercanos a la “modernidad”, por sus niveles educacionales y el espacio donde se desenvuelven y desarrollarán seguramente en el futuro, serían los más “tradicionalistas” (González, 1995).

3.3. Concepción del VIH/SIDA entre la población aymara

La revisión de fuentes etnográficas y bibliográficas acerca de la existencia de prácticas culturales con relación a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, muestra que no se han identificado prácticas culturales aymaras específicas para tratar la enfermedad. Esto guarda relación con los hallazgos de las entrevistas a personas aymaras, quienes en general no se sienten cerca de la temática del VIH/SIDA, ni la vislumbran como un problema para ellos, especialmente en los contextos rurales:

“Yo creo que hay personas en esas comunidades que jamás han escuchado sobre el tema del SIDA; no tienen idea” (Aida, urbana, 35).

El VIH/SIDA es un tema conocido por los/as jóvenes, en general, y particularmente por quienes (adultos y jóvenes) residen en las ciudades, donde han recibido información desde las escuelas y a través de los medios de comunicación. El VIH/SIDA suele ser descrito como una enfermedad mortal:

“... como una enfermedad, normalmente como una enfermedad terrible, que no tiene cura...” (Aldo, rural, 33).

Se señala que se adquiere a través de las relaciones sexuales o transfusiones de sangre; que puede ser diagnosticada a través de un examen específico; que tiene un tratamiento que desconocen, aunque no tiene cura; que puede afectar a cualquiera, especialmente a quienes viven en el medio urbano, y que es desconocido en el medio rural:

“... yo lo veo como imposible aquí, porque nunca he escuchado de que alguien lo tenga aquí, porque aquí todo se sabe” (Amanda, rural, 23).

De distintas formas, el VIH/SIDA se relaciona en los testimonios con lo “otro”, “ajeno”, “externo”, “importado”: de otros países, de los “otros/as”. Su origen se relaciona también, en opinión de algunos/as entrevistados/as, con la homosexualidad:

“... el SIDA, yo antes por la tele lo veía como que no era acá, sino que era en otro país, porque allá estaban entre puros homo... Yo creo que de ahí viene” (Alicia, urbana, 36).

Así, se observa que tanto hombres como mujeres —urbanos y rurales— relacionan la adquisición del VIH con la promiscuidad, con las prácticas homosexuales, o con el comercio sexual, lo cual contribuye a su vulnerabilidad, puesto que no se sienten parte de esos grupos:

“Por lo general, la gente desordenada, que no se cuida. Tienen una, dos, tres (parejas sexuales)” (Alejandro, urbano, 52).

“Le da a la gente que tiene muchas parejas, o no sé, que lleva una vida diferente a la de uno” (Alicia, urbana, 36).

Los hombres aluden directamente a las mujeres como agentes transmisores, lo cual es concordante con la estructura social de este pueblo, donde las mujeres ocupan espacios subordinados; y con la percepción de la transmisión de ETS, en general, en toda la población chilena:

“Cualquier persona puede estar en riesgo si tiene relaciones con una mujer desconocida” (Andrés, rural, 19).

“... hay harta transmisión entre los hombres y las mujeres que son más de la prostitución, y ahí abunda porque uno no conoce a la persona. De repente uno va... uno no sabe si es portador” (Augusto, rural, 44).

Las mujeres señalan que están en riesgo de verse afectadas, en parte por establecer relaciones con hombres que no son aymaras:

“Inmigrar a la ciudad. El cambio, la amistad, el que tú te juntes con otro compañero que no es aymara, tiene otra forma de pensar” (Alicia, urbana, 36).

El riesgo para las mujeres es percibido fuera del ámbito doméstico, del espacio seguro de la casa y la comunidad. Las mujeres perciben un factor protector en las normas culturales, puesto que señalan que la pareja que se casa o convive en forma estable lo debe hacer para toda la vida. Parecen confiar en que sus parejas cumplirán con esa norma; aunque reconocen —con dificultad— que no siempre es así. Saben que los hombres casados suelen relacionarse con otras mujeres en las temporadas que pasan trabajando fuera de la comunidad, o viajando por motivos laborales; tema sobre el cual prefieren no hablar en profundidad.

“En las comunidades no puedes tener SIDA, primero, porque se supone que tú te casas para tener una sola pareja. No debería haber infidelidad. Pero sí hay” (Adela, rural, 42).

Esta disociación entre *lo que debe ser* y *lo que se sabe que es la realidad* se transforma en un factor de riesgo. En las comunidades rurales, el aislamiento social respecto a lo que ocurre “en el resto del mundo”, en las ciudades o en los “otros” lugares donde los hombres se desplazan a trabajar, es un factor que puede aumentar esta vulnerabilidad:

“... estás tan lejana a la vida cotidiana fuera de la casa, no sabes lo que pasa de la puerta para afuera. Eso la hace mucho más vulnerable” (Adela, rural, 42).

Esta última cita refuerza la disociación, pues en las comunidades la información circula de manera muy eficiente. Todo se sabe, más aún si se considera que, de alguna manera, todos están emparentados. En este sentido, el “de la puerta para afuera” puede referirse a esos otros lugares más alejados, o al mismo fenómeno de querer invisibilizar la infidelidad de la pareja:

“Yo confío en mi pareja... Lo que pasa es que no me hice el examen porque nunca se me ocurrió por la mente; o sea no había pensado...” (Amanda, rural, 23).

Se observa también que, para las mujeres aymaras, los problemas cercanos y reales son otros, de orden más inmediato y práctico, como las necesidades de la vida diaria (alimentación, cuidado y educación de los/as hijos/as) o, por ejemplo, en el ámbito de la salud reproductiva, evitar un embarazo no deseado. En este sentido, el VIH/SIDA vuelve a aparecer como lejano y externo; sin presencia en sus vidas cotidianas, comunitarias y familiares:

(¿Te has hecho el examen?) “No, primero porque no me he sentido mal. Segundo, porque no he tenido relaciones así con alguien, así tan... (Aunque) en este rato... me asusta más un embarazo” (Adela, rural, 42).

Adoptar una conducta preventiva frente al VIH/SIDA implica un grado de percepción de riesgo. Esto se observó en las mujeres que viven en la ciudad y que han tenido acceso a mayor información en torno a la materia; fundamentalmente, porque son madres de adolescentes y son ellos/as quienes les han informado sobre el tema (a partir de lo que han aprendido en la escuela) y porque no informarse les significa quedar desconectadas del mundo urbano propio de sus hijos e hijas.

Sin embargo, persisten dudas en mujeres y hombres respecto de qué es verdaderamente el VIH/SIDA, en qué consiste y cuáles son sus efectos, las que podrían constituir un factor desincentivador de la prevención. El desconocimiento puede hacer surgir fantasías catastróficas, sólo manejables a través de un mecanismo de negación: no prevenir porque no vale la pena.

Percibirse en riesgo de adquirir el VIH/SIDA significa haber vivenciado un profundo proceso de revisión de conductas, tanto propias como de la o las parejas sexuales con quien uno se vincula. Por lo que, en las respuestas de hombres y mujeres, aparece frecuentemente que el VIH/SIDA está afuera, en los “otros/as”, en la ciudad, en los/as extranjeros/as, en los homosexuales, en las personas calificadas como promiscuas. En definitiva, en lo diferente, o en el lugar social opuesto al que ellos/as ocupan.

Para algunas personas, quienes adquieren el VIH:

“... serían las personas con poca preparación, como los trabajadores de la pesquera” (Alejandro, urbano, 52).

En cambio, para otros/as, serían:

“... los más ricos... porque son más liberales, tienen su billete y están en eso. En cambio al pobre a veces le cuesta soltar plata... (para comercio sexual)” (Augusto, rural, 44).

Esto puede ser interpretado como un mecanismo de defensa ante la posibilidad de ser alcanzado/a por la enfermedad, y debe ser considerado como un obstáculo para la prevención.

Por otra parte, la distancia con la experiencia del VIH/SIDA es un factor que les hace sentir a salvo de la enfermedad. No conocen —salvo dos entrevistados/as— a alguien que viva con VIH o a alguna persona enferma de SIDA. Esto les hace pensar que están protegidos/as, ya que el VIH/SIDA no existe en la comunidad aymara, menos aún en las comunidades rurales:

“... yo lo veo como imposible aquí, porque nunca he escuchado algún rumor de que alguien lo tenga aquí, porque aquí todo se sabe” (Amanda, rural, 23).

Artículo II. 3.4. Identidad cultural y sexualidad

Artículo III. Relaciones de género

Sólo en los últimos años se han desarrollado estudios que relacionan ideas sobre el cuerpo, el sexo, la sexualidad y el género en comunidades andinas. Pese a lo anterior, este tema aparece persistentemente en los estudios sobre religiosidad, desde los años 70 (Bastien, 1996; Platt, 1980, 2000; Harris, 1980 y 1985; Van Kessel, 1980, 1993; Albó, 1992; Dalles, 1971; Cadorette, 1971; Grebe, 1981; Montes, 1986; Martínez, 1976, 1989, 1996). Una breve evaluación de esta literatura sugiere que existen interesantes semejanzas en las formas de clasificación y en la asociación simbólica asignada a lo femenino, a lo masculino y a sus relaciones. Así, hay estudios que sugieren que las diferencias de género se hallan ya en la misma concepción del cuerpo del hombre y de la mujer, a la que contribuyen tanto la sangre femenina como el semen masculino (Platt, 2000). La unión se explica comparándola con la leche que cuaja al hacerse el queso; es decir, al unirse ambos tipos (semen y sangre) se forma un nuevo ser humano.

La organización social y espacial, pensada en términos de género simbólicamente, se constata en la mayor parte de la literatura. Cada una de las mitades en que está organizada una *marka*, contienen implícitamente referencias sexuales y en relación asimétrica (mayor o menor prestigio y poder).

Platt y Montes (1980 y 1986, respectivamente) señalan la percepción de la naturaleza y de la cultura en términos de opuestos simbólicamente sexuados. Ambas se concebirían como una ampliación a mayor escala del modelo provisto por la pareja humana, la cual estaría constituida por dos individuos distintos y diametralmente opuestos en su polaridad sexual y en sus atributos. Esta oposición se resolvería a través de la cópula, comunión entre macho y hembra. Así, las parcialidades, concebidas simbólicamente en términos de género, se unen en un acto sexual también simbólico: el Tinku, un combate ritual que periódicamente enfrenta la mitad masculina del ayllu con la femenina. Grebe (1981), en su estudio en Isluga, afirma que la diferenciación sexual es un principio de la cosmovisión aymara, lo cual expresa el interés de los pueblos andinos por la fertilidad y reproducción.

Esta dualidad se manifiesta también en la religiosidad, a través de la presencia de parejas divinas (masculino-femenino): Tata Inti (Padre Sol); Mama Killa (Madre Luna); Pachatata (Padre Tierra); Pachamama (Madre Tierra), las que se aplica también a los santos católicos.

Las diferencias de género se constatan desde la misma concepción de los cuerpos diferenciados, que conforman una unidad en el *chacha-warmi*¹⁸, modelo que a la vez es trasladado simbólicamente a otros ámbitos de la vida como principio que organiza el espacio geográfico, la vida social y religiosa. El territorio sería comprendido como un cuerpo, en tanto ritos agrícolas, ritos ganaderos, carnavales, entre otros, representan actos de cópula en que se funde lo femenino y lo masculino. Tienen como centro de las representaciones a la fertilidad y reproducción. Sin embargo, antecede a ello el entendimiento sexual y la liberación del deseo. De allí que el deseo sexual femenino y el masculino serían el inicio del proceso de reproducción, cuya germinación depende de la vitalidad sobrenatural promovida por las deidades.

En las relaciones de género y configuraciones de los roles familiares han ocurrido cambios importantes, derivados del contacto con la cultura “occidental”, y a través de la educación formal, que queda en evidencia al comparar relatos de mujeres de diferentes generaciones. Todos/as coinciden en que en la cultura aymara el hombre es extremadamente “machista”; sin embargo, el cómo la mujer reacciona y se posiciona frente a ello va cambiando, lo cual presenta un correlato similar con la realidad presente en la cultura mestiza.

En el ámbito de su cosmovisión, aparece la vida en armonía; el vivir en complemento; lo que se manifiesta —entre otras cosas— en el vivir de a dos; hombre y mujer juntos (“*chachawarmi*”). Para no romper esto, la mujer:

¹⁸ Hombre-mujer (significa matrimonio).

“... tiene que tener marido... Y aguantas todo. Aguantas golpes, insultos, infidelidad... Y es por eso también que los matrimonios duran mucho tiempo” (Adela, urbana, 42).

Romper con ello implica una sanción social por parte de la comunidad hacia esa mujer, porque no cumplió roles ni expectativas:

“La mujer no lo supo atender... Por ejemplo, tener su ropa limpia, darle de comer, criar a los hijos y, de repente, cuando está de fiesta, acompañarlo” (Alicia, urbana, 36).

Todas las entrevistadas coinciden que el hombre aymara es “machista”:

“Tiene una apariencia distinta a la que se ve... Se ha dicho que el hombre es quien manda. Entonces, como él manda, yo soy la que tiene que dar; él mantiene a la familia y todo el asunto” (Amanda, rural, 23).

Esto se observa también en el plano de la sexualidad y planificación familiar:

“Si hay una persona que tiene muchos hijos, la doctora le dice que se cuide, pero su esposo no la deja, porque si toma esa pura pastilla, él puede interpretar que ella está con otra persona” (Andrea, rural, 18).

Sobre la fertilidad de la mujer, tradicionalmente no se interviene. Se deben tener todos los/as hijos/as que lleguen, ya que esto forma parte del destino de la pareja; y porque, además, permite el control de los esposos sobre la sexualidad femenina. Actualmente esto ha cambiado bastante, pudiéndose aseverar que muchas mujeres que han tenido mayor vinculación o experiencia de vida ciudadana, planifican la cantidad y espaciamiento entre los/as hijos/as, utilizando métodos anticonceptivos modernos. Una situación que la mayoría de los maridos desconoce (Carrasco A. M., 1998b).

La desigualdad y la supremacía masculina se hacían más evidentes cuando se practicaba el arreglo matrimonial (usanza que ha ido desapareciendo), donde la “desposada” enfrentaba su nueva vida desde una incapacidad de negociación y desconocimiento de lo que vendrá, más aún si se considera que las edades fluctuaban entre los 13 y 14 años de edad para ella.

“Obviamente al tener un matrimonio arreglado, tiene que ser sí o sí el tema sexual, y puede ser de que muchas mujeres tal vez nunca hayan tenido un orgasmo. Porque el hombre se satisface. Y yo creo que tal vez ellos mismos no saben lo que es hacer el amor. Porque hay una gran diferencia, entre una cosa y otra. Eso yo creo que se vea mucho. Tal vez ahora no tanto, pero creo que sí, todavía hay muchas mujeres que no...” (Alicia, urbana, 36).

En los testimonios de personas más jóvenes, se aprecia claramente un quiebre con este tipo de estructuras, derivado de las consecuencias negativas que ese tipo de socialización y educación tuvo en sus infancias. Por ejemplo, Aldo (33, rural) cuenta que en las fiestas sus padres ingerían mucho alcohol, tras lo cual se generaban episodios de gran violencia intrafamiliar. Aldo no quiere que lo mismo les ocurra a sus hijos/as, por lo cual ha optado por una vida de “más respeto”. Esto se relaciona con un cambio en los roles de género:

“Porque el aymara, yo tengo entendido que supuestamente se manejaba el tema de que el hombre con más mujeres es el más hombre. Pero la vida actual no es así (...) Ahora no, ya no se puede. Antes mismo, el aymara mismo era bien machista, era 100% machista” (Aldo, rural, 33).

El relato de Aída y de su hermana Adela muestra claramente el cambio. Ellas nacieron en el altiplano, acudieron a un internado y concluyeron su educación en Arica, donde se quedaron a vivir. Pese a que crecieron en un entorno familiar que ellas definen como tradicional y “machista”, ellas han logrado impulsar cambios en la relación con sus maridos e hijas:

“Es que los hombres eran muy machistas; o sea, si te veían en la calle con alguien, ya estabai con él. Todo era como mucha ignorancia. Mucho machismo, demasiado. (...) Es que por todo empezaban a molestar pos. Nosotros lo vivimos en nuestro papá hasta hace poco, o sea él iba a fiesta y tomaba y llegaba a hacer escándalo a la casa” (Aída, urbana, 35).

La educación formal les mostró nuevas formas de relacionarse y de ver las cosas:

“Yo tengo otras formas. O sea, yo me crié quizás igual, mi mamá igual tiene sus reglas y todo, pero yo me crié en un internado donde me hicieron ver las cosas de otra forma. Y yo misma, o sea vi y estoy enseñando de otra forma, pero él como que tenía bien marcado eso, y la familia lo tiene” (Alma, urbana, 32).

Respecto a la vulnerabilidad de quien se queda viviendo en la comunidad y cuya pareja migra, la estructuración familiar basada en los roles tradicionales hace imposible a las mujeres cuestionar y cuestionarse la cercanía al riesgo de exposición al VIH/SIDA:

“Porque generalmente los camioneros, los que viven en el plano, los camioneros son los que mandan a la mujer, porque como traen la plata. La mujer qué va a preguntarle, lo único que le pregunta es si trae plata...” (Amanda, rural, 32).

Enfrentar el tema de la infidelidad implica encarar y asumir muchas cosas para las cuales “no han sido preparadas”; por lo tanto, asumir o sentirse cercanas al VIH/SIDA es demasiado lejano, casi invisible.

Todos/as coinciden en señalar que las prácticas homosexuales y lésbicas son sancionadas en la comunidad; aunque algunos/as entrevistados/as afirman que existe pero que no es manifiesta, y sólo se sospecha si un hombre no está emparejado a edad madura. Las relaciones homosexuales, según los/as entrevistados/as, no son muy comunes en el sector altiplánico (rural), considerándose estas situaciones nocivas y altamente perjudiciales para la comunidad, pudiendo, según ellos/as, acarrear desgracias naturales. De igual forma, se mencionan como relaciones sexuales prohibidas las incestuosas (por ejemplo, de padre e hijas, madres e hijos, tíos/as y sobrinos/as), aunque reconozcan que éstas existen en la realidad. Las mujeres también aluden a la peligrosidad que tienen las relaciones con prostitutas, por el temor de contraer enfermedades venéreas (Ibíd.).

(a)

(b) Salud sexual y reproductiva

La sexualidad para los/as aymaras es una práctica que pertenece al ámbito de lo privado; se entiende principalmente como parte del matrimonio y base de la continuidad de la vida. Se registra también en los mitos y leyendas, como principio generador que impulsa la unión de lo femenino y lo masculino. Este principio se traslada al mundo inanimado, al espacio geográfico, a las plantas, al mundo animal y a la religión. La Iglesia Católica, el Estado y sus instituciones, han cumplido un rol muy importante en los contenidos que se aprenden sobre sexualidad.

Ahondar en aspectos de sexualidad y en patrones de conductas y/o prácticas, no es fácil, más aún cuando la temática ha sido un aspecto silenciado e invisibilizado a lo largo de toda la vida de los/as entrevistadas. Sin embargo, es posible esbozar líneas generales de lo que para ellos/as, desde su cultura, es considerado normal y anormal; entendiendo estos conceptos como lo aceptable y lo sancionado por su comunidad. Lo que está vinculado a que, a lo largo de la historia, la transmisión de los valores cristianos ha hecho eco en las conductas e ideología de la población aymara actual. Hoy, lo que se conoce es una ideología de la sexualidad muy similar al resto de la sociedad nacional, aunque la tendencia moderna sea el ensanchamiento de los límites de lo que puede pensarse y practicarse.

Según Isbell (1997), en el esquema de género andino la potencia sexual femenina actuaría como contenedora de la sexualidad masculina, que puede ser destructiva. Por esta razón, el deseo sexual femenino sería altamente valorado. La información acopiada para los/as aymaras del norte de Chile, da cuenta de un control férreo de la sexualidad de las mujeres, especialmente dentro del matrimonio, lo que no se da con la misma intensidad para los hombres.

Investigaciones que profundicen sobre las prácticas sexuales entre los/as aymaras en los distintos espacios geográficos que habitan actualmente, no se conocen para la I Región. Hoy, una investigación en curso, sobre la construcción social y simbólica de la sexualidad de los/as aymaras migrantes, indaga sobre prácticas sexuales, aunque sólo superficialmente. Una primera lectura nos habla de que, dentro de la pareja, se considera que hay un margen más amplio para desarrollar diversos aspectos de la sexualidad (principalmente caricias), pero la mayoría de las entrevistadas concuerda en que antiguamente sólo se realizaba el acto sexual de la manera más convencional conocida. No son aceptadas, al menos discursivamente, las relaciones sexuales anales, orales u otras variaciones consideradas “anormales”. La homosexualidad es calificada de manera variable y, en concordancia con el discurso moderno de tolerancia, se consideran aceptables pero “insanas”, “desviadas”, y en cierta medida, incomprensibles. La masturbación no fue reconocida como una práctica frecuente en las mujeres, y en los hombres, la que se considera propia de la etapa adolescente (Proyecto Fondecyt N° 1020507).

“Yo sé que muchos hombres se masturban, es una cuestión normal entre los hombres. Se dice que entre las mujeres no tanto. O sea, sí hay mujeres que se masturban, pero no es una cuestión muy normal, sino que se supone que las mujeres botan sus energías a través de otras cosas, a través del trabajo, de... todo eso. Y no como el hombre” (Adela, urbana, 42).

Como sostiene una entrevistada:

“No sé, que la mujer, o sea que, no sé, es que en aymara, no hay como posiciones o formas de hacerlo, solamente que lo normal, que es por la vagina y nada más, y el resto, es todo mal visto, porque una prostituta, una puta te puede hacer eso, nadie más” (Alicia, urbana, 36).

Para las mujeres aymaras la sexualidad se comprendería como una de las necesidades “naturales” más importantes, por cuanto es indispensable su satisfacción; por otro lado, sería una obligación dentro de la pareja, siendo una práctica intrínseca a ella (Ibíd.).

De acuerdo a antecedentes aportados por investigaciones de campo, realizadas durante la década del 80 (principalmente en el altiplano sur¹⁹), las mujeres se iniciaban sexualmente de manera temprana (a partir de los 12 años, aproximadamente), a través de contactos ocasionales ocurridos durante las actividades de pastoreo, tarea que creaba las condiciones para el cortejo por parte de los jóvenes. Existen testimonios incluso de violaciones perpetradas en contra

¹⁹ Altiplano Sur corresponde a los territorios de la cordillera andina a la altura de la ciudad de Iquique, y Altiplano Norte, a los mismos a la altura de Arica y sus alrededores (N. del E.).

de muchachas jóvenes por parte de hombres mayores, al igual que el ejercicio de algunas formas de presión para conseguir el consentimiento de las muchachas. Los testimonios de las entrevistadas aymaras confirman esta información:

“Mi hermano mayor... era producto de una violación; a él (mi mamá) lo tuvo chiquitita, 20 años... (¿Quién era el papá?) Un caballero que era de por ahí cerca. Y mi abuelo le hizo reconocer al niño (...) se dio cuenta a Carabineros y todo, pero reconoció a su hijo, entonces dijeron que él tenía que ayudarla a criarlo, pero nunca pasó eso, o sea mi mamá lo crió sola” (Alma, urbana, 32).

La represión sexual entre los/as jóvenes no es común entre los/as aymaras. Antiguamente no era mal visto mantener relaciones sexuales prematrimoniales, iniciándose generalmente estas entre los 15 y 18 años, pero siempre vistas como preludeo u orientación de una unión sexual estable (matrimonio). El primer encuentro sexual en el sector rural, frecuente incluso hoy, era principalmente en las noches al finalizar una fiesta (Carrasco, 2001). Actualmente el carnaval, festividad religiosa celebrada durante el solsticio de verano (en altiplano y precordillera, principalmente), continúa siendo un espacio privilegiado para la concreción de encuentros amorosos y la formación de nuevas parejas. Las fiestas de carnaval son definidas por los/as mismos/as aymaras como época de “floreo de la gente” (donde el término floreo refiere a la reproducción de los animales) y son consideradas por definición el espacio de reproducción social de la comunidad. Los/as jóvenes solteros/as vienen a ocupar un lugar importante en estas fiestas, por cuanto se esmeran en lucir atractivos/as para el sexo opuesto y se abocan a un evidente coqueteo durante los bailes, en donde los hombres intentan acercarse y tocar a las mujeres mientras ellas los esquivan. Otras ocasiones de concretar pololeos las ofrecen las Fiestas Patronales de pueblo.

Entre las mujeres de mayor edad existe la percepción de que, actualmente, la sanción social frente a las relaciones prematrimoniales, que tienen como resultado madres solteras, es mucho más fuerte que antaño. Ya que antes, si bien era una conducta no apropiada, por sobre todo se valoraba la capacidad reproductiva, la fertilidad de la mujer (Ibíd.). Sobre el aborto, pareciera que este ha sido históricamente aceptado dentro de la comunidad aymara. Tal como sostiene una entrevistada:

“El tema del aborto es un tema muy normal entre las comunidades. Muchas mujeres se hacen abortos. Porque no sabían planificar, ahora sí. (...) Con muchas hierbas, prácticamente en hierbas no más. O alguien que sepa hacer el aborto. Las mismas parteras saben hacer el aborto” (Adela, urbana, 42).

Lo masculino y lo femenino es un principio organizativo de la vida social, política y religiosa de la sociedad aymara y, hasta donde se conoce, lo ideal

es conformar una pareja con hijos/as. El *chachawarmi*, o matrimonio aymara, es una aspiración, ya que no se consideran absolutamente “completos” como personas si no han contraído matrimonio. Se dice que sólo cuando una persona se casa logra convertirse en una persona madura socialmente; es decir, que puede asumir responsabilidades dentro de las festividades, tener descendencia y ser reconocido/a por el colectivo (Carrasco, A.M., 1998; Gavilán V., 1995; González, H. y Gavilán V., 1990).

La edad para contraer matrimonio se ha establecido entre los 16 y 22 años, con una diferencia de dos años más para los hombres (Carrasco, 1998). La decisión de contraer matrimonio depende principalmente de la provisión de recursos necesarios para dar inicio a una nueva unidad familiar. La educación formal es un factor que retarda el matrimonio, condición que ha afectado preponderantemente a las nuevas generaciones y, especialmente, a aymaras urbanos/as.

El *chachawarmi* se concibe como una unidad formada por dos opuestos complementarios, cuyos contenidos gozan, al menos en teoría, de igual valoración. Esta concepción del matrimonio andino se encuentra muy difundida entre la dirigencia aymara, avalada por estudios realizados por diversos investigadores que sustentan esta postura, en la que se destaca la igualdad de los géneros en el mundo andino y la “contaminación” de la que ha sido objeto por parte del mundo occidental, acarreando las desigualdades que se conocen en las sociedades occidentales. Sin embargo, los antecedentes recogidos durante el trabajo de campo indican que la infidelidad de los hombres era corriente, aunque los testimonios de población migrante señalen que “en tiempo antiguo” no existía la infidelidad, había “respeto”. La infidelidad femenina, de ocurrencia menor y bastante más sancionada socialmente, en ningún caso llevaba a la disolución de la unidad conyugal; sin embargo, la represión y control de la sexualidad de la mujer era mucho más intensa dentro del matrimonio.

Hay que recordar que el tipo de residencia en el área rural continúa siendo virilocal, lo que implica que la mujer sale de su grupo familiar al casarse, para residir en el de su marido. Ello también supone la prohibición de unirse a parientes consanguíneos hasta la 3ª o 4ª generación (Gavilán, 1999), regla que con el tiempo ha adquirido variados grados de flexibilidad. El control de la sexualidad de la mujer, sin embargo, es más fuerte durante la primera etapa del matrimonio, en que la esposa se adapta a las nuevas condiciones de vida.

Existe muy poca información acerca de mecanismos de negociación de la frecuencia de las relaciones sexuales; los únicos antecedentes provienen del Proyecto Fondecyt N° 1020507, actualmente en curso, y de la presente investigación. En este marco, las mujeres aymaras de distintos grupos etarios conciben el matrimonio como una institución en que los requerimientos

sexuales de uno de sus miembros deben ser atendidos por el otro. De acuerdo a la información recogida, las mujeres aymaras antiguamente no tomaban con frecuencia la iniciativa sexual y más bien respondían a los requerimientos de su pareja. Las generaciones nuevas con arraigo urbano, sin embargo, reproducen las conductas sexuales propias del resto de la sociedad. En conclusión, los/as aymaras despliegan diferentes conductas sexuales de acuerdo a la generación a la que pertenecen y los diversos grados de incorporación de los valores e ideales propios de la cultura nacional:

“A ver, lo normal para mí es que la iniciativa (en la relación sexual) la tenga en parte el hombre. Pero por otro lado yo creo que también la mujer debería incentivar. Como matrimonio, yo creo que ambos, los dos, deberían tomar la iniciativa. Porque sola es como que estuviera dando mucho, mucho, mucho, mucho y sin recibir nada a cambio” (Amanda, rural, 32).

Con respecto a la educación en materia de sexualidad, es relevante señalar que, en el área rural, los/as niños/as son educados/as al interior de sus familias, pero también influye en ellos/as, de manera muy importante, la escolarización. Una vez completado el ciclo escolar básico, es común que emigren a la ciudad o a otros poblados como alumnos/as internos/as para completar sus estudios. Por esta razón, es frecuente que los/as adolescentes, ya desde temprana edad, se desvinculen de sus padres, lo que hace imposible la participación de éstos en temas propios de la adolescencia de sus hijos/as, como por ejemplo, las primeras experiencias sexuales.

Por otro lado, la familia aymara tradicional no incluía esta temática en la formación dada a los/as jóvenes, siendo un tema inexistente en las conversaciones familiares y de padres a hijos/as, a diferencia de las generaciones actuales, en que hay una apertura lograda en la convivencia con el resto de la sociedad no aymara:

“... su desliz a veces en algunas niñas cuando tienen 13 años, y más bien porque están en los colegios donde conocen niños y después de los pololeos y las caricias llegan a temprana edad a tener su primera relación sexual (...) Hoy en día la juventud tiene en el cuerpo un temperamento ya más avanzado, la mentalidad también es más despierta, no es como los niños antiguamente...” (Angela, rural, 49).

Es interesante recalcar que, si bien entre las familias aymaras, las relaciones sexuales son consideradas algo normal en la vida de las personas e incluso es frecuente que entre los residentes del sector rural (altiplano) las relaciones sexuales entre adultos se produzcan en un mismo recinto donde duermen otros miembros del grupo familiar (hijos/as), éste es un tema no tratado ni informado explícitamente. Generalmente la familia no entrega información respecto a reproducción y sexualidad, y no resulta

común que los adultos hablen sobre sexo con los/as menores, y si lo hacen, es entre ellos/as, y en momentos festivos, a modo de “tallas” o “chistes” (Carrasco, 2001).

La totalidad de las mujeres entrevistadas coinciden en que la única fuente de información en torno a estos temas fue, y es, el sistema escolar.

“O sea, en mi familia nadie, nunca nadie me habló. De repente lo aprendí en el liceo, en clases. O sea con mis amigas, no. Yo no tengo muchas amigas, tengo más amigos hombres. O sea, los hombres como que entre ellos se tiran tallas, como que el condón por allá, el condón por acá. De hecho, mis amigos de Arica tienen en sus billeteras condones. Imagínate, segundo medio y ellos tenían condones. Pero él dejó embarazada a una compañera mía, así es que yo decía, pucha tanto que se molestaban, por qué no lo usaban” (Andrea, rural, 18).

Otra informante comenta:

“Es que antes las mamás eran... No sé, se avergonzaban (...) no había comunicación mamá-hija (...). Después en el internado, en un curso de esos... de sexualidad y preservativos, nos dieron una charla (...) vimos un video, ahí nos explicaron que uno tiene que cuidarse” (Agustina, rural, 40).

Las indicaciones más directas tuvieron relación con el “cuidarse”, sin especificaciones:

“Los papás nunca te dicen: hija, te va a llegar la menstruación, tienes que hacer esto... lo otro para cuidarte; nunca” (Amanda, rural, 23).

De hecho, ellas tratan de entregar conocimientos y orientación a sus hijas e hijos adolescentes, porque están convencidas de que es parte de la preparación que deben darles para su vida adulta. Ven en este accionar un buen legado de la vida en la ciudad:

“Hablamos de todo eso (con las hijas e hijo), de lo que... de todas las enfermedades venéreas que hay cuando una persona es promiscua, o cuando ni siquiera es promiscua, sino que más bien cuando... tiene una relación con alguien que es promiscuo. No necesariamente se sabe. Pero creo que eso se palpa, ¿no? Se intuye, yo creo” (Adela, urbana, 42).

Coinciden en que la falta de información clara y oportuna es un factor que aumenta la vulnerabilidad, sobre todo frente a embarazos no deseados:

“Muy tabú, que no se hablaba mucho, y por ejemplo, no se hablaba casi nunca de lo que era tener una relación sexual. Por eso que muchas mujeres aymaras son madres

solteras, porque no se sabía, los abuelos o las madres... No era una cosa que se fuera transmitiendo" (Adela, rural, 42).

La misma entrevistada sostiene:

"No, es que mi mamá, como que antes no te hablaban. Yo lo que le cuento a mi mamá, o sea a mis hijas, o lo que veo en la tele, antes no. Y mi mamá como que tenía otros instintos. O sea se preocupaba más de los chiquititos, porque las dos mayores éramos mujeres. O sea, ella no se preocupó de la regla ni siquiera, porque cuando nosotros, cuando tuvimos la primera regla, ella nada... El hecho que le llegue la primera regla era como que despertara, o sea, se naciera de la niñez; pasaras de la niñez a ser adulto, a ser mujer. Y era como que el hecho de tener su regla estuviera dando vida por tener la posibilidad de procrear, de tener hijos... De hecho creo que la sangre la denominan como que renaciera, como que diera vida, una cosa así" (Adela, rural, 42).

Los hombres aymaras, tanto mayores como jóvenes, de origen urbano y rural, sólo han recibido información de sus pares y de los/as profesores/as en sus escuelas. Los padres sólo han hecho recomendaciones a sus hijos/as en términos generales, sin especificar las razones de ello. La información recibida ha sido la relativa a los aspectos biológicos y a las enfermedades de transmisión sexual.

Entre los jóvenes, este tema se comienza a abordar principalmente en la adolescencia, entre grupos de pares, pudiendo decirse que no existe una educación sexual formal y que el aprendizaje se realiza más bien a través de un sistema informal, en donde son los/as jóvenes mayores y con más experiencia los/as que instruyen e informan, ya que los padres se encargan más de prevenir consecuencias a través, principalmente, de restricciones (Carrasco, 2001).

Por otra parte, hoy resulta frecuente que en las escuelas los/as profesores/as entreguen información básica a este respecto; asimismo, se menciona como otro método informativo utilizado, la lectura, a la que en algunos casos también tienen acceso los padres con hijos/as escolares. También, una gran mayoría de mujeres entrevistadas mencionan la información que sobre estos temas les entregan los/as profesionales de la salud desde los últimos años (Ibíd.).

La totalidad de los/as entrevistados/as en la investigación inició su vida sexual sin protección ante embarazos no deseados o ETS. Sólo años más tarde (en varios casos tras un embarazo) se hicieron conscientes de la necesidad de tomar medidas anticonceptivas. El tema de las ETS sólo apareció como relevante tras conocer experiencias de personas cercanas, o incluso propias, lo cual les llevó a considerarlo. La iniciación sexual se da en varones y niñas entre los 15 y 18 años, cuando están estudiando, habitualmente lejos de sus

familias, y a menudo en internados aymaras mixtos. Esta primera relación suele producirse con una persona recién conocida, en fiestas o situaciones sociales; a diferencia de sus padres, quienes solían iniciarse con trabajadoras sexuales; y a diferencia de sus madres, quienes, en su mayoría, iniciaron su vida sexual al constituir una pareja para la convivencia.

“Y empieza a pinchar en la fiesta. El tema de pinchar (...) pero el tema de las relaciones (sólo) cuando estoy muy curao... y se nota (...) cuando son pololos ocurren más las relaciones sexuales” (Agatha, rural, 19).

Desde su percepción, Agustina señala:

“...Antes, comparado con ahora, era diferente; porque antes, pongámosle, una tenía que llegar pura... y casi la mujer indígena no se casa, convive, simplemente ven, después se casan, no es como acá... Pero ahora la juventud (...) tiene guagua antes y viven solas, están solas...” (Agustina, rural, 40).

El ideal aymara es que la familia crezca y, antiguamente, las mujeres eran medidas por su capacidad reproductiva. Los matrimonios sin hijos/as eran mal vistos y era común que las parejas sin descendencia adoptasen niños/as. La introducción de métodos anticonceptivos fue rechazada en las comunidades durante la primera etapa de su expansión; más tarde pasó a ser, en términos oficiales, una decisión del marido, ya que se pensaba que estos métodos otorgaban libertad sexual a las mujeres, incitándolas a la infidelidad. Aun así, el uso de la píldora otorgaba poder a las mujeres, ya que ellas finalmente eran quienes decidían efectivamente si tomarla o no; no así el uso del condón, donde el control masculino se manifiesta de manera más explícita. Actualmente, en términos generales, los métodos anticonceptivos introducidos por la cultura occidental son aceptados.

Como efecto de la falta de información y orientación, se dan casos de embarazos en mujeres que no tienen pareja estable, aunque algunos/as informantes señalan que estos se producen mayoritariamente cerca de los 18 años, a diferencia de mujeres de generaciones anteriores, quienes iniciaban su vida reproductiva antes de los 15 años. Las personas entrevistadas conocen la existencia de métodos anticonceptivos y del condón, al que identifican también como un método para prevenir ETS y VIH/SIDA. Sin embargo, hombres de diferentes edades y residencia no lo usan:

“Porque es incómodo” (Alejandro, urbano, 52).

“Dicen que es re incómodo” (Anacleto, rural, 18).

Y sólo lo asocian con relaciones fuera de la pareja estable:

“Porque de repente tengo que cuidar a mi señora, si llevo a meter las patas tengo que protegerme” (Augusto, rural, 44).

“Deben usarlo los que más tienen relaciones sexuales” (Andrés, rural, 18).

Esta última cita vincula la necesidad de protección con una mayor exposición al riesgo. Pero esta percepción puede señalar también un nuevo factor de riesgo: si una persona evalúa que tiene un número escaso de relaciones sexuales en un determinado período, se considerará (erradamente) fuera de peligro.

(c) Adscripción religiosa y sexualidad

Otro punto que merece atención es la adscripción religiosa, que también puede aparecer como un factor de riesgo o un factor protector frente al VIH/SIDA. En este sentido, varios/as entrevistados/as se refieren a la adscripción a la religión evangélica como factor protector, por cuanto supone dejar de lado conductas como alcoholismo e infidelidad, entre otras. Un entrevistado relata que en su niñez observó cómo sus padres se emborrachaban en las fiestas:

“Y... vamos al trago. Entonces yo pienso que no hay respeto para nada, eso daba facilidad para empezar a tomar. Yo tengo experiencias desde mis padres, porque ellos fueron católicos, ellos tenían responsabilidad en la Iglesia Católica, hacían fiestas, entonces, eso a mí me molestaba demasiado. Porque... mi mamá y mi papá tenían que ir a la Iglesia, a platicar con el curita, qué sé yo, hacer sus ceremonias que corresponden, y después qué hacían... se ponían a tomar. Llegaban a la casa curados. Entonces qué educación daba eso, no sé yo (...) Entonces, nosotros en ese tiempo teníamos una impotencia muy grande, porque éramos niños no podíamos hacer nada. Y eso daba rabia; cada vez que había fiesta tenía que suceder. Y eso no debería ser así. Si supuestamente están venerando a tal santo, a tal virgen... Debería hacerse con respeto, con reverencia y todo bien. No, era lo contrario. Bueno, pasó el tiempo y mi mamá y mi papá también se fueron a la Iglesia Evangélica” (Aldo, rural, 33).

Tanto en el relato recién presentado, como en otros, los/as entrevistados/as vinculan elementos de la cultura aymara tradicional y elementos derivados de la religión católica (carnavales, fiestas religiosas) con contextos de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y otras ETS. Estas instancias presentan un elevado consumo de alcohol, y varias entrevistadas las relacionaron con episodios de violencia intrafamiliar y sexual. Es por ello que, en varios relatos, el cambio de conductas relacionado con la adscripción al culto evangélico se asocia a una mayor armonía familiar, y a conductas de protección frente a violencia (especialmente sexual).

La introducción de religiones evangélicas en las comunidades rurales ha modificado su cercanía con las tradiciones y costumbres, alejando a los/as

aymaras de las prácticas rituales propias de la cultura, y en este sentido, acercándolos/as más a la cultura “mestiza”. De este modo, en el discurso de los/as entrevistados/as aymaras que adscriben a religiones evangélicas, aparecen como prácticas aymaras las prescripciones morales de la iglesia: dejar el alcohol, pareja sexual única, fidelidad. Esto se traduce en prácticas como dejar la costumbre de un período de convivencia previo al matrimonio:

“Había toda una familia avalando eso. Era correcto hacerlo, y los hijos que quedaban de ahí, eran los abuelos (maternos) los que se responsabilizaban de él” (Informante clave aymara, I Región).

De acuerdo a los datos arrojados por la investigación, pareciera que la percepción de seguridad frente a conductas de riesgo, por el hecho de adscribir a religiones evangélicas, se transforma en un factor de riesgo, por cuanto se genera una falsa percepción de que la sola adscripción a la religión evangélica es protectora frente a la adquisición de ETS y VIH/SIDA, lo que llevaría a no practicar conductas preventivas como, por ejemplo, el uso del condón u otras propias de la cultura aymara.

(d)

(e) 3.5. La cultura como factor protector y/o de vulnerabilidad

Para los/as entrevistados/as aymaras, se considera que la vida comunitaria rural podría ser un factor protector de la salud física, mental y de la autoestima, en cuanto todas las personas son necesarias para las actividades y mantenimiento de la comunidad, cosa que no ocurre en las ciudades. Desde el punto de vista aymara, donde la enfermedad es producto de la ruptura de la armonía, la salud psicológica y el sentido de pertenencia serían factores protectores de la salud en general.

En todos los discursos aparece con fuerza el tema de la migración campocidad como el principal factor de vulnerabilidad para la gente aymara; sin embargo, podría mirarse desde la óptica contraria, si se hace referencia al acceso de información respecto a temas de educación sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Este podría ser un elemento a considerar para acciones de educación-prevención, en cuanto a abordar a la comunidad migrante que va y viene de sus localidades, sin cortar definitivamente el vínculo. Ellos/as son potenciales agentes multiplicadores de mensajes, estilos de vida y otros aspectos de la “modernidad”:

“Sí, hay una gran diferencia porque uno se va a Arica... Por ejemplo cuando yo me fui a Arica, allá es súper diferente, porque acá las mujeres de 17, de 15 años ya están embarazadas. Es como... Yo creo que de repente es por la educación. Por ejemplo, los papás nunca te dicen: hija, te va a llegar la menstruación, tienes que hacer esto,

lo otro para cuidarte, nunca. O sea, por ejemplo mi familia, mi mamá nunca me dijo nada” (Andrea, rural, 18).

Las mujeres en particular, especialmente quienes se criaron en contextos rurales, se sienten formalmente protegidas por las normas culturales respecto de la fidelidad en la pareja. Sin embargo, reconocen que la infidelidad masculina es una práctica tolerada, fundamentando que los hombres “tienen más necesidades”. Se argumenta que:

“El SIDA le da a la gente que tiene muchas parejas, o no sé, que lleva una vida diferente a la de uno (...) ... generalmente los aymaras no tienen muchas parejas, muchas mujeres o muchos hombres. No se da eso, porque si fuera así, ahí es mal visto (...) las mujeres sobre todo” (Alicia, urbana, 36).

Como hemos venido desarrollando a lo largo del texto, esta percepción de seguridad por adscribir a patrones culturales tradicionales es, en sí mismo, un factor de riesgo, al dar una falsa idea de protección.

“Conociendo a la persona, porque la mayor parte, si conoce a la persona, digamos... Si la veís en un mundo raro, no conviene meterse ahí” (Augusto, rural, 44).

3.6. Otros factores de vulnerabilidad

Se puede constatar que las situaciones sociales y fiestas en que se puede acceder a alcohol y eventualmente a drogas, constituyen un contexto de vulnerabilidad para la población aymara, especialmente para los varones jóvenes. Es en este tipo de situaciones que la mayoría de los hombres jóvenes entrevistados ha vivido su iniciación sexual, sin protección ante las ETS, VIH/SIDA o embarazo, entre los 15 y 17 años, con muchachas que recién conocían, no aymaras, y con las cuales no han continuado necesariamente una relación afectiva. Tienen relaciones sexuales cuando pueden o tienen ocasión, para lo cual no se han preparado ni han tomado las precauciones necesarias.

Las jóvenes aymaras parecen ser más conservadoras: cuando están viviendo en las ciudades, salen a bailar y a fiestas con sus amigas con menor frecuencia, y no reportan iniciación sexual en similares ocasiones. Para ellas, pareciera que las ocasiones de tener este tipo de encuentros se da en las fiestas comunitarias y carnaval, donde acuden mayoritariamente personas de la misma etnia, con quienes ellas se sienten más protegidas. En estas fiestas se baila y bebe mucho, y son situaciones en que, a veces, se tienen relaciones sexuales con personas relativamente conocidas, a las que dejarán de ver en el futuro inmediato. La ingesta de licor dificulta tomar medidas protectoras, como el uso de condón u otras. Por otra parte, sugerir el uso del condón al menos

es difícil para una mujer, aun conociendo su necesidad, porque parecería como una joven experta en temas sexuales, y las normas tradicionales de la comunidad la sancionarían.

4. Participación social y agentes de salud

Las formas organizativas que han adoptado los/as aymaras contemporáneos/as han sido clasificadas por González (1991), básicamente, en tres categorías: locales o comunitarias, económicas, y culturales. Las organizaciones locales o comunitarias creadas en el espacio urbano se corresponden con la localidad o comunidad de origen de sus miembros y mantienen aún un referente tradicional andino. Estas organizaciones, en su mayoría, tienen como referencia asentamientos de valle alto y, en menor medida, altiplánico. Sus objetivos generalmente obedecen a necesidades concretas, como requerimientos de servicios o problemas de tierras y aguas en sus comunidades de origen, por lo que realizan actividades para llevar más bienestar a sus pueblos. En esta categoría podríamos encontrar a las agrupaciones de “Hijos de Pueblo” (por ejemplo, Centro Hijos de Putre, Hijos de Socoroma, etc.), las cofradías religiosas (creadas para celebrar al Santo Patrono del pueblo), clubes deportivos, juntas vecinales, entre otros.

Desde el sector rural, se reconoce en esta categoría a las Comunidades Indígenas que, junto a las asociaciones, son las únicas que tienen reconocimiento por parte del Estado chileno²⁰.

Las organizaciones económicas convocan a sectores de población más amplios. Sus miembros pueden pertenecer a distintas comunidades de origen y sus intereses son de tipo comerciales y productivos. El objetivo final es el mejoramiento económico. Una parte de estas organizaciones las encontramos en la ciudad, pero casi siempre están ligadas al sector altiplánico, en donde las hay en mayor número. No hay que olvidar que muchos aymaras conservan el patrón de doble residencia y mantienen vínculos constantes entre sus comunidades de origen. Se trata, en general, de asociaciones gremiales (Asociaciones de Ganaderos, Cooperativas Agrícolas, etc.). Hay que mencionar también las agrupaciones de mujeres artesanas textiles, que además de asociarse para fines económicos, también han logrado avances en el posicionamiento político de las mujeres aymaras.

Las organizaciones culturales se podrían caracterizar como de corte étnico reivindicativo, conformadas en su mayoría por estudiantes

²⁰ Hasta el año 2003, se habían constituido 121 comunidades y 172 asociaciones indígenas en la Primera Región de Tarapacá. La conformación de estas comunidades ha traído consigo la fragmentación de las unidades territoriales tradicionales.

universitarios y jóvenes profesionales. Sus objetivos obedecen a intereses de reivindicación de derechos, revaloración de la cultura tradicional y recuperación de ritos y festividades aymaras. Se ubicarían aquí también algunas organizaciones herederas de las anteriores y creadas con fines instrumentales para ejercer como organismos ejecutores o consultores de la CONADI²⁰. Además de las agrupaciones de música y bailes andinos, que pueden estar conformadas también como asociaciones. Todas son, casi por definición, organizaciones de ciudad.

En síntesis, estas nuevas formas de organización han venido a reemplazar las estructuras tradicionales de organización social de raíces andinohispanicas, esto es, el *ayllu*-comunidad de la segunda mitad del siglo XIX (IEI, 2003). Esto se debe, en parte, al hecho de que el Estado chileno históricamente haya dirigido hacia la población aymara políticas asimilacionistas, cuyo objetivo ha sido homogeneizar a la población, de manera de asimilar a los indígenas al resto de la sociedad nacional. Con el advenimiento de la democracia, la relación entre los pueblos indígenas y el Estado asume nuevas bases. La Ley Indígena viene a regular los derechos de los pueblos originarios y crea una nueva institucionalidad en torno a ellos.

Los/as aymaras son reconocidos por el Estado chileno como etnia; sin embargo, aún los/as aymaras consideran que el Estado mantiene una deuda histórica con su pueblo. El Estado es percibido como una entidad ajena al pueblo aymara, contra quien se debe mantener una lucha constante para ser escuchados/as, lograr espacios de participación y conseguir recursos para avanzar hacia el desarrollo de la etnia. Por otra parte, las organizaciones representativas del pueblo aymara, como el Consejo Nacional Aymara (CNA)²¹, apoyadas por diversas organizaciones civiles, actualmente mantienen una posición indeclinable sobre la necesidad del reconocimiento constitucional de los pueblos originarios y la ratificación del Estado chileno del Convenio 169 de la OIT.

En otro contexto, el CNA ha manifestado su inconformidad con los mecanismos de participación política en la toma de decisiones concerniente a los pueblos indígenas, cuyo marco legal está dado por la Ley Indígena. Estas críticas giran en torno a la limitada concepción

²¹ Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, creada por Ley N° 19.253, que establece normas de protección, fomento y desarrollo de los indígenas.

²² El CNA, creado en 1997, es el principal órgano político representativo del pueblo aymara, y cumple funciones consultivas. Con un representante por cada comuna, recoge las necesidades y problemas de la comunidad en Asambleas Territoriales y presenta sus propuestas a las Mesas de Trabajo impulsadas por el Estado, para la elaboración de soluciones (N. del E.).

localista de la noción de participación (acotada a la comuna), el carácter netamente consultivo de los órganos de representación política aymara (no participan en la toma de decisiones) y la participación sólo de aquellas organizaciones reconocidas por la Ley (Comunidades y Asociaciones Indígenas, mientras que las demás organizaciones quedan marginadas) (CONADI-TEA 2003).

Con respecto a la oferta en salud en las comunas de Arica, General Lagos, Putre y Camarones, esta sólo cubre la atención primaria, a través del servicio prestado por las Rondas Médicas, por las Rondas de Salud Rural y del personal auxiliar y/o profesional permanente de las postas de la zona. Sólo en Putre existe un consultorio que presta atención más especializada a la población. Por las características de estos establecimientos de salud, exceptuando el de Putre, en ellos sólo pueden ser tratadas enfermedades de menor importancia, siendo derivados luego al Hospital de Arica los casos de mayor complicación²³ (Carrasco, 2003a).

Impresiones obtenidas a través de las Asambleas Territoriales que se realizan anualmente en las comunas de las Provincias de Arica y Parinacota, reflejan insatisfacción por parte de los/as usuarios/as respecto a la calidad y accesibilidad de la atención. Todo ello implica la necesidad de bajar a la ciudad para obtener atención, la que muchas veces es aplazada por exceso de usuarios/as, teniendo que permanecer en la ciudad en casa de familiares. En general la población y los/as dirigentes sociales, desconocen las inversiones realizadas en sus territorios a través de los programas estatales, como Orígenes y Salud para Pueblos Indígenas.

Por otra parte, la gran cantidad de población aymara que vive en las zonas rurales, condiciona el hecho de que aún se desarrollen prácticas médicas "alternativas" de carácter tradicional, existiendo en algunas localidades especialistas de salud andinos, tales como las parteras, componedores de huesos y yerbateros, entre otros (Ibíd).

El Servicio de Salud implementa en las comunas rurales tres programas principales: un programa integral de atención infantil, un programa materno-perinatal y uno de atención a adultos y senescentes. Los dos primeros son los de mayor importancia, y los que atraen a la mayor cantidad de población en las comunas consideradas. En ambos se incorpora el Programa

²³ La mayor parte de la información aquí contenida corresponde a antecedentes proporcionados a Ana María Carrasco por Malva Pedreros, del Estudio "Sentando bases para un modelo intercultural de atención en salud y reproducción para mujeres aymaras del norte de Chile. Un estudio de epidemiología intercultural 2002".

Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), que otorga productos de refuerzo alimenticio a la población infantil y a mujeres embarazadas y nodrizas.

En una encuesta realizada en las comunas antes nombradas, a un total de 358 usuarios, respecto a la evaluación sobre atención de consultorio y/ o posta, destaca la comuna de General Lagos, en donde casi la mitad de los/as entrevistados/as calificó la atención de regular (47,5%) y ninguno/a de muy buena²⁴. Por otra parte, también es preciso resaltar que un 23% de los/as usuarios/as de Camarones evalúan la atención como mala y muy mala. En tanto que, en Putre, cerca de un 85% califica la atención de regular y buena (47,5 y 41,7, respectivamente). Arica concentra una percepción algo más auspiciosa, ya que cerca del 85% considera la atención buena y regular, con un 50% de ellas que la evaluaron como buena. Destaca además en esta apreciación de los/as usuarios/as, que la percepción de una muy buena atención no superó el 7% en ninguna de las comunas consideradas, siendo la más alta en Putre (6,7%).

Complementando la información anterior, datos proporcionados por la encuesta Casen 2000 nos dicen que la opinión que la gente tiene de la atención en salud varía de costa a cordillera, y entre más nos alejamos de la ciudad, esta es percibida como de menor calidad.

En términos generales, se concluye que aún está vigente la medicina natural a través del uso de hierbas medicinales propias del sector y otras que son las más conocidas en el ámbito urbano. También se aprecia que en algunos poblados o estancias existen personas, seguramente de avanzada edad, que atienden a sus vecinos, pero en forma más discreta y casi confidencial, a lo mejor por temor e inseguridad ante la medicina oficial (Ibíd).

Se desprende de los antecedentes antes mencionados que los/as usuarios/as aymaras, acuden casi por una imperiosa necesidad a los Consultorios o Rondas Médicas, pues son reacios/as a la atención del médico, sobre todo cuando se trata del control de natalidad y embarazo, por razones de idiosincrasia cultural, dicen las mujeres. Además, nos damos cuenta de que por el vínculo rural-urbano que mantiene la mayoría de las familias aymaras de la provincia, ellas o parte de ellas hacen uso de la atención del hospital o Consultorios de Arica (también se acude a menudo a la vecina ciudad de Tacna, en Perú), como una manera de complementar la atención que reciben esporádicamente en sus comunidades (Ibíd.).

²⁴ Pedreros, Malva 2002 "Sentando bases para un modelo intercultural de atención en salud y reproducción para mujeres aymaras del norte de Chile: Un estudio de epidemiología intercultural", Arica, 2002.

Se constató que muchos/as entrevistados/as no se sienten cómodos/as ni respetados/as cuando acuden al sistema público de salud. Por una parte, existe un cierto rechazo o reticencia a acudir al hospital, que puede guardar relación con la falta de orientación y de información acerca de cómo acudir a dicho recinto (como qué tipo de documentos llevar). Otro factor importante es la percepción de ser objeto de discriminación por su fenotipo. Esta situación dificulta el acceso a los centros de salud, consultorios y hospitales. Algunas mujeres señalaron que evitaban acudir al hospital, debido a experiencias previas de maltrato psicológico y verbal recibido del personal de salud, además de considerar que el ambiente físico era inhóspito e inadecuado.

“Eso pasa en los hospitales, en los consultorios: uno va, siempre se demoran, no sé, a mí me ha pasado, me ha costado harto...” (Agustina, rural, 40).

Otra entrevistada sostiene:

“... de repente vienen los médicos y te dicen así como palabras... como significados muy... En cambio, si a una mujer aymara le dijeran palabra aymara y mostrarle las cosas como son...” (Alicia, urbana, 36).

La existencia de los/as facilitadores/as interculturales, como agentes, colabora en el proyecto de acercamiento de la población aymara al hospital; sin embargo, no aparece como suficiente para que elijan esta institución por sobre otras posibilidades de atención, como las consultas médicas privadas en Tacna. Diversos testimonios de aymaras apuntan a que prefieren la atención en Tacna, por diferentes motivos: pueden acudir a médicos privados a un costo muy inferior al de Chile, se sienten menos discriminados por el hecho de ser aymaras, y nadie se entera de sus problemas de salud (especialmente los relacionados con temas íntimos, de los cuales no quieren que la comunidad sepa).

“El trato es mejor (en Tacna). Es que la gente aymara, que los tratan mal, se duelen y no quieren ir nunca más a un médico; no quieren ir nunca más porque los tratan mal. En cambio, en Tacna a la gente del altiplano los tratan con harto respeto. Es bueno el trato (...) es que en Tacna, por ejemplo, hay harta gente más indígena que uno y ellos como que conocen a su gente, los tratan bien. En cambio aquí, como que cuesta más para que los traten bien (...) La gente aymara va más a Tacna que aquí” (Aída, urbana, 35).

Este fenómeno tiene que ver con los menores costos de la atención dental, oftalmológica y médica en Tacna, y es también muy común entre la población no aymara de la zona norte de Chile. En el caso de las mujeres aymaras, ellas también acuden a Tacna, porque allí reciben

ciertos tratamientos que en Chile no se dan. Por ejemplo, la aplicación de inyecciones de hormonas para la anticoncepción o el acceso a abortos, entre otros.

5. VIH/SIDA y movilidad poblacional

El fenómeno fronterizo

La Región de Tarapacá - en sus distintas provincias - constituye una frontera con los países vecinos (Perú y Bolivia). Esta frontera tiene elementos formales, como la necesidad de portar ciertos documentos para cruzarla, y elementos de cierta informalidad, como el que exista en algunos puntos fronterizos una carretera por la que cruza sin impedimentos toda clase de vehículos; en la que se desarrolla un comercio fluido, sin mayores trámites, e incluso se realizan ferias libres. De alguna manera, y en algunos momentos, la frontera se hace difusa.

Particularmente en Iquique, el tránsito vehicular es abundante entre los países vecinos y la Zona Franca, así como con el puerto, acceso al país que está en expansión, pues se espera que Iquique sea área de salida para productos bolivianos.

Consideraremos a la frontera cómo “una línea imaginaria que divide un espacio que posee una continuidad natural, por tanto, se convierte en un lugar vago e indeterminado. No es un hecho de la naturaleza, sino una construcción para marcar diferencias en cuanto a nacionalidades; por ello implica la comprensión de lo propio y la redefinición de estos límites; así como se identifica y delimita la “otredad”; vale decir, la mirada sobre los otros”²⁵. Arica y Tacna son, en este sentido, los ejes sobre los cuales se articulan los movimientos poblacionales y constituyen un lugar de tránsito y de flujo poblacional que las convierte en un contexto de vulnerabilidad significativo en la región.

Una de las razones por las que se produce este flujo —según la mayoría de los expertos consultados— es la alta afluencia de población (incluyendo aymara) que transita permanentemente hacia la ciudad de Tacna, surgiendo como motivo relevante la demanda de servicios médicos. La elevada oferta de éstos en la vecina ciudad peruana es, como se dijo, una ventaja comparativa con respecto a la que existe en Arica. Sumado a esto, están las bajas tarifas derivadas del favorable cambio monetario para la población chilena. Este elemento también cobra relevancia para un análisis más profundo, ya que entra en juego una antigua tensión entre la medicina pública versus la privada,

²⁵ Cortés M. y Hernández D. “El mundo de la vida: la migración no autorizada en Honduras”. INSP de México, en imprenta.

donde suele asociarse la atención gratuita de la primera con mala calidad. La demanda por la realización del test de Elisa, también se incluye dentro de los servicios que la población procura en la ciudad de Tacna²⁶.

Otra de las razones por las cuales se produce el flujo poblacional desde Arica hacia Tacna está relacionada con el comercio sexual. A través del trabajo etnográfico pudimos percibir que tanto “consumir” como “ofertar” comercio sexual en este lado geográfico del territorio otorga beneficios, aparentemente, en todo sentido: no hay historia, no hay nacionalidad, no hay pertenencia ni registros, entre otros elementos significativos.

Sección 7.01

Cabe señalar que quienes transitan desde Arica hacia Tacna tienen acceso a breves mensajes publicitarios respecto al VIH/SIDA, los cuales son presentados en grandes rótulos en la carretera del lado peruano, y cuyos contenidos apuntan a alertar a la población asociando el VIH/SIDA con una amenaza y, por otra parte, que invitan a la comunidad a decidir sobre su salud y autocuidado. En el territorio nacional, durante la realización del estudio, no se observó ningún tipo de mensaje respecto a la temática²⁷.

Otro de los contextos de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, relacionados con el ámbito fronterizo de la I Región, se deriva del hecho de que Arica constituya un puerto marítimo y terrestre. El comercio sexual propio de las ciudades de la I Región fue identificado también como un probable contexto de vulnerabilidad, en la medida que se desconoce si este se realiza incorporando medidas de prevención. Entre los clientes de estos servicios se encuentran algunos hombres aymaras que bajan a la ciudad o bien pasan a Tacna; ya sea por estudios, trabajos temporales, trabajos en el puerto o transporte de carga pesada internacional, así como transacciones comerciales (compra y/o venta de productos).

Presencia militar y presencia minera

Otros factores que propician el aumento de presencia masculina temporal en la zona y la demanda de servicios sexuales, son la presencia de un importante contingente militar, dada la condición fronteriza de la zona, y el ser una región minera. Aun cuando pareciera que la mayor parte de los trabajadores mineros

²⁶ En el marco de la presente investigación no fue posible detectar lo relevante de este fenómeno en términos estadísticos, ni sus consecuencias en cuanto a la incidencia real de casos seropositivos de personas residentes en la primera Región.

²⁷ Información que proviene de observaciones etnográficas realizadas en 2004.

viven con sus familias en lugares relativamente cercanos a su trabajo, hay un flujo de hombres que residen temporalmente en la región, alejados de sus hogares. Acuden a los pueblos y ciudades, donde gastan sus ingresos en bares, restaurantes y en los servicios sexuales que se ofrecen en gran cantidad a través de la prensa local.

Los movimientos poblacionales. Efectos en el contexto familiar, social y cultural de la población aymara

El fenómeno de la migración campo-ciudad no es ajeno a esta comunidad altiplánica. Las razones son múltiples y fundamentalmente económicas, laborales y educacionales; en definitiva, se vinculan a mejorar las condiciones de vida. Si bien esto podría significar la ruptura con la cultura misma, existe una serie de acciones concretas que viven y realizan los/as migrantes, las que los/as mantienen vinculados/as con sus tradiciones, ya sea a través del regreso en ocasiones festivas a sus lugares de origen o el de sus padres, o la mantención en las ciudades de ciertas agrupaciones, tales como “Hijos de Pueblos”, cofradías religiosas, clubes deportivos, talleres artesanales, grupos musicales, entre otros. Por otra parte, está la labor que realiza la familia, especialmente las madres, como principales agentes trasmisores de cultura y tradición y que permite mantener los hilos conectivos con éstas, a través, por ejemplo, de la comida y la enseñanza de la textilería a las hijas, por mencionar algunas.

La edad es un factor relevante en quienes migran, ya que esta población es mayoritariamente juvenil. A menudo los/as jóvenes se separan de sus familias para estudiar en internados, que pueden ser mixtos; y sólo regresan a sus casas en algunas festividades y vacaciones. Este es un largo período en el que reciben las influencias e información de parte de sus compañeros/as del colegio o instituciones de educación superior, y podría constituir una ocasión para recibir orientación adecuada. Como ya hemos visto, las familias tradicionales no son agentes de información en temas relacionados con sexualidad y salud reproductiva, rol que podrían asumir más eficientemente los establecimientos educacionales.

Si se revisa el tipo de actividad productivo-laboral en que se insertan quienes migran y se desplazan constantemente, destaca el trabajo temporal y la conducción de transporte terrestre pesado, actividades que implican desplazamientos temporales de su hogar y, muchas veces, el paso transfronterizo a zonas aledañas. Al respecto, ya se señaló que la movilidad poblacional aumenta la vulnerabilidad de las personas frente al VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2002).

En los discursos es frecuente encontrar afirmaciones que vinculan la migración a la ciudad con la adquisición de enfermedades debido al encuentro interétnico; donde las enfermedades de los “otros” son adquiridas por los/as

aymaras que migran a este nuevo mundo. La siguiente cita es muy clara respecto a la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, y se hace evidente para el hombre y para la mujer que se quedó en la comunidad:

“Obviamente que el camionero está mucho más expuesto a este tipo de enfermedades, porque siempre se presentan estas niñas de la vida más fácil y, obviamente, los hombres se van por lo general por el camino más fácil y tener parejas en las distintas ciudades y los distintos lugares por donde pasan... Se supone que cuando vuelves a la comunidad, o vuelves a tu casa, uno cree, como mujer, que tu marido es fiel y que no ha habido infidelidad. Porque se supone que es así. Uno como mujeres guarda como para eso. Pero la realidad no es esa” (Adela, urbana, 42).

Este relato nos pone de manifiesto la realidad de algunas mujeres aymaras, entre lo que se ve y lo que no se quiere ver, lo cual se vincula con una matriz cultural aymara, pero a la vez con la cultura mestiza chilena, donde es característico el ocultamiento de ciertos ámbitos de la realidad, en este caso, la infidelidad masculina.

Por otra parte, se puede apreciar que en algunos casos las personas que se desplazan y/o migran se transforman en agentes multiplicadores de mensajes, estilos de vida y otros aspectos de la cultura “occidental”.

La actividad minera y pesquera en la I Región, así como la presencia de un importante contingente militar, dada su calidad de zona fronteriza, constituyen otro importante número de migrantes que llegan a esta zona desde otros lugares del país, y que forman parte de la fuerza trabajadora. Algunos informantes claves lo señalan como una causa del aumento del comercio sexual tanto en mujeres y hombres, adultas/os y niños/as.

Pueblo originario mapuche (Región Metropolitana y IX Región)

1. Breve aproximación histórica

El término mapuche, o gente de la tierra, ha sido usado por los indígenas con mayor presencia en Chile como autodenominación y término genérico. Su territorio tradicional, que constituye su área residencial actual, incluye segmentos importantes de las regiones VIII, IX y X, abarcando desde el río Bío-Bío hasta el archipiélago de Chiloé. En Argentina existe también una amplia población mapuche, la mayoría ubicada en las vertientes occidentales de sectores cordilleranos vecinos a las regiones IX y X de Chile (Arriagada e Isla, 2000).

De acuerdo con su propia transmisión oral y sabiduría tradicional, los mapuches han reconocido a un grupo central y cuatro familias regionales, denominados: Mapuche (grupo central); Pewenche (gente del piñón), ubicadas al este; Williche (gente del sur); Lafkenche (gente del mar), ubicadas al oeste; Pikunche (gente del norte) (Ibíd). Actualmente, la población mapuche en Chile se estima en 604.349 habitantes, según el CENSO 2002, concentrándose en las regiones IX (33,6%), Metropolitana (30,3%) y X (16,6%).

Tanto en el pasado como en el presente, la organización social mapuche se ha centrado en los grupos de parentesco locales, identificados con la familia extensa integrada por los padres, los hijos casados y sus respectivas esposas, y todos los hijos e hijas solteras (Ibíd).

El sistema religioso mapuche, que comprende un conjunto complejo de mitos y creencias, así como de cosmología y prácticas rituales, ha logrado mantener su continuidad cultural, a pesar de los procesos de transformación cultural. La principal portadora y transmisora de la religión mapuche es la machi, quien desempeña diversos roles rituales al interior de su comunidad, destacándose su participación en los ritos medicinales terapéuticos y diagnósticos, adivinatorios y comunicativos. Las creencias tradicionales y concepciones mitológicas son reactualizadas a través de la poderosa comunicación del discurso chamánico (Ibíd).

La cosmovisión mapuche proporciona un modelo explicativo del universo, mediante el cual es posible acceder a los símbolos y sus referentes compartidos. Estos últimos permiten una comprensión profunda de la construcción cultural de su universo simbólico. Según la tradición oral mítica mapuche, el cosmos se compone de siete tierras cuadradas —plataformas estratificadas y superpuestas en el espacio cósmico—. Dichas tierras representan dominios controlados por potencias sobrenaturales, tanto benéficas y constructivas como también maléficas y destructivas. Las cuatro tierras superiores conforman el wenu-mapu

(tierra de arriba). Este es el ámbito supremo de la fuerza del bien, donde residen los dioses o espíritus benéficos, antepasados, machis y caciques difuntos. En el rangiñ-mapu (quinta tierra) residen los wekúfe (espíritus malignos) y en el minche-mapu (séptima tierra) los kalku y wekúfe (brujos y espíritus malignos), todos los cuales generan sufrimiento, desgracias, enfermedades y muerte. Por último, en el mapu (la sexta tierra) residen los hombres y mujeres mapuches, coexistiendo en ellas las fuerzas del bien y del mal. Todas estas tierras cósmicas fueron creadas en orden descendente, adoptando como modelo la plataforma del dios creador situada en la altura máxima (Ibíd).

La comunicación entre el dominio cósmico del bien y los mapuches es posible mediante la intervención de la machi, intermediaria entre los humanos y las potencias cósmicas benéficas. De este modo ella es capaz de generar la energía vital, salud, bienestar, supervivencia y destino de los seres humanos. Dicha intervención se produce mediante las potencias positivas comunicadas en las experiencias oníricas, y el trance extático chamánico. Opuestamente, las potencias negativas del mal operan mediante la intervención del kalku, y de los wekúfe (brujos y espíritus malignos) (Ibíd.). Estos elementos de la cosmovisión se relacionan estrechamente con el sistema médico mapuche.

Sección 7.02 2.

Aproximación estadística

Al igual que para la I Región, la carencia de datos específicos impide dar cuenta de la realidad exacta de los casos de VIH/SIDA entre la comunidad mapuche, tanto de la Región Metropolitana como de la IX Región, zonas que concentran el mayor porcentaje de población mapuche en Chile.

En la Región Metropolitana, en la comuna de Santiago, se han presentado 1.095 casos y una tasa de 474,07, y en la IX Región, la más alta tasa se registra en la comuna de Temuco, con 99 casos y una tasa de 50,19²⁸.

2.1. Observación etnográfica

El trabajo etnográfico respecto al pueblo originario mapuche se realizó principalmente en las ciudades de Santiago, Temuco y sectores rurales aledaños a esta última ciudad.

La población mapuche que se encuentra viviendo en Santiago corresponde, mayoritariamente, a personas que han migrado desde sus tierras de origen en el sur del país debido a necesidades económicas, tanto como a hijos/as y

²⁸ Información vigente a Diciembre de 2003 (CONASIDA).

nietos/as de quienes llegaron en el pasado por esas razones. Según datos del censo del 2002, en la Región Metropolitana hay 182.918 mapuches, 89.049 de ellos hombres y 93.869 mujeres.

La población mapuche de la Región Metropolitana se encuentra en una situación psicológica, sociocultural, económica y laboral diferente a la de las comunidades rurales de origen, lo que en su conjunto podría constituir un contexto de vulnerabilidad social ante el VIH/SIDA. Es necesario, por otra parte, tomar en cuenta que los datos epidemiológicos señalan que, como indicamos anteriormente, es en la Región Metropolitana donde se registra la mayor parte de los casos de VIH y de SIDA del país, mayoritariamente en hombres, aunque el aumento en mujeres ha sido notable.

El siguiente cuadro muestra el avance del VIH/SIDA en la Región Metropolitana y la situación de hombres y mujeres al respecto²⁹.

	1985 VIH	1985 SIDA	2003 VIH	2003 SIDA
Mujeres	0	1	591	346
Hombres	0	11	3.218	3.268
Total	0	12	3.809	3.614

El total de casos registrados de personas que han adquirido la enfermedad en esta región, es de 937 mujeres y 6.486 hombres. La frecuencia más alta está entre los 25 y 39 años, para hombres y mujeres, encontrándose en este tramo 4.400 casos, más del 59% del total. El 39% de estas personas trabajan como operarios/as.

En cuanto al factor de exposición ante el VIH/SIDA, se sabe que, para las mujeres, este ha sido principalmente a través de relaciones heterosexuales (819 de 937 casos). Para los hombres, en cambio, el principal factor han sido las relaciones homosexuales (prácticamente en el 49% de los casos), seguido de relaciones heterosexuales (16%) y bisexuales (13%). Hasta ahora no se cuenta con datos que indiquen, en la población mapuche de la Región Metropolitana, la prevalencia de ETS y VIH/SIDA.

Los datos que aporta el Centro Centinela del SSM Central, sobre enfermedades de transmisión sexual, señalan que la diferencia porcentual entre hombres y mujeres no es muy grande: 53% para hombres y 46,9 para mujeres (sobre 100.000 habitantes) y que se concentran en mayores de 15 años.

²⁹ CONASIDA. Casos registrados de VIH y SIDA en la Región Metropolitana, acumulados hasta 1985 y hasta 2003 (mayo 2004).

Estos datos hacen sospechar que la población mapuche que habita en la Región Metropolitana puede encontrarse entre los grupos más vulnerables ante el VIH/SIDA y otras ETS, por hallarse mayoritariamente en el tramo etario con mayor prevalencia y desempeñarse en las ocupaciones donde se concentra la mayor parte de los casos registrados.

Durante los diversos trabajos de campo realizados en la IX Región, fue posible constatar la realidad que el mundo mapuche vive en relación tanto con los temas de sexualidad en general, como con el VIH/SIDA en particular. A través del diálogo con distintos actores sociales y la observación de diversas situaciones y prácticas de los sujetos, fue posible acercarnos a la temática de interés. Contactamos y se visitó, además, una serie de organismos públicos y distintas ONG vinculadas al tema mapuche.

En términos generales, a través del trabajo de campo pudimos percatarnos de que existen una serie de instancias festivas y rituales propias del mundo mapuche donde el tema de la sexualidad se torna en un elemento visible, no así en el cotidiano de las personas, donde estos ámbitos de la vida quedan relegados al espacio privado de cada individuo o de las parejas. Asimismo, constatamos la existencia de una serie de organizaciones con las cuales sería interesante trabajar en el futuro, sobre todo las organizaciones de jóvenes mapuches que residen en Temuco. Durante el trabajo en la IX Región, se realizó un taller de VIH/SIDA con jóvenes de un hogar de estudiantes mapuches. Esta iniciativa nació de la directora del hogar, una joven mapuche que estaba muy interesada en sensibilizar a los varones del hogar respecto al VIH/SIDA. El taller fue muy revelador, ya que nos permitió acercarnos de manera más directa a las dinámicas y prácticas cotidianas de los/as jóvenes, así como a lo que piensan y sienten respecto al VIH/SIDA. De esta manera, fue posible indagar los niveles de conocimiento que poseen respecto al virus, los métodos de prevención, el manejo de estos, entre otras cosas.

3. Factores culturales y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA

3.1. Cosmovisión

La cosmovisión mapuche se sustenta, por una parte, en la relación de los hombres y las mujeres con lo sobrenatural, vínculo articulado principalmente en torno a la noción de reciprocidad. Las divinidades habrían otorgado al pueblo mapuche su lengua, su forma de vida y sus leyes, regalos que deben ser retribuidos cíclicamente, para así mantener el equilibrio existente entre los seres humanos y lo creado por los dioses. En la práctica, esta concepción de la reciprocidad se traduce en una serie de obligaciones rituales y religiosas, por un lado, y en un elemento normativo de la vida social y económica del grupo,

por otro. De esta manera, se asegura la mantención del orden establecido por la cultura, tanto en lo que respecta a lo humano como en lo relativo a lo sagrado y sobrenatural.

Un segundo plano fundamental de la cosmovisión mapuche consiste en la categorización del mundo a través de elementos duales. La naturaleza y los seres humanos se encuentran contenidos en esta dualidad, que estructura la realidad en términos de polos opuestos y complementarios.

3.2. Salud-Enfermedad

Lo enunciado con anterioridad resulta particularmente relevante para un intento de delinear el sistema médico mapuche, ya que nos entrega ciertas claves para la comprensión cultural de los procesos de salud y enfermedad. Toda interpretación debe partir del supuesto de que salud y enfermedad son una dualidad y, por tanto, coexisten de manera inseparable. En el marco de que el bien y el mal son dos opuestos eternamente, presentes en la naturaleza y en las personas, la dupla de salud y enfermedad se construye como una entidad que, si bien tiende hacia uno de estos polos (el bien), el opuesto permanece en estado de latencia. Aquí radica el carácter recurrente y amenazador del “kutran”, que viene a perturbar el estado de equilibrio o “konalen”. Existe una correspondencia, por ende, entre el bien y la salud o konalen, como también entre el mal y la enfermedad o kutran.

En la misma línea, podemos vincular la concepción dual que el/la mapuche presenta respecto de los procesos de salud/enfermedad con el ideal de reciprocidad anteriormente mencionado, destacando la creencia de que, cuando el orden establecido por las divinidades entra en crisis, el mal aparece y, con este, la enfermedad. De esta forma, la reciprocidad no se remite exclusivamente a la relación entre los seres humanos y sus dioses, sino además atraviesa todas las esferas de la vida humana. Las catástrofes, entre ellas las enfermedades, se explican por una determinada violación del “admapu”; es decir, la transgresión de los principios que regulan la reciprocidad con el objeto de mantener los equilibrios duales. El respeto por el admapu se traduce en la práctica en diversas conductas que regulan el ámbito social, el sagrado y el cotidiano, constituyendo un conjunto de estrictas normativas que restringen fuertemente el comportamiento individual y grupal.

Esta cosmovisión deja entrever que, bajo la óptica mapuche, no es posible separar nítidamente la esfera del cuerpo de lo que se encuentra externo a este, sino, por el contrario, el organismo constituye una entidad abierta y en constante relación tanto con el universo sagrado/religioso, como con el ordenamiento socioeconómico y ecológico que predominan en las relaciones entre los hombres y las mujeres. A partir de esto se desprende la noción de que

salud y enfermedad, en el mundo mapuche, no se remiten al estado interno del cuerpo, sino que se encuentran inmersos y receptivos a la dinámica constante de las acciones humanas. Por lo mismo, la enfermedad en este contexto no tiene una explicación casual, sino causal; es decir, tiene su origen en fuerzas de índole externa, provenientes del plano sobrenatural o social.

La mencionada trasgresión del orden cósmico, y que hace surgir la enfermedad, no necesariamente radica en una acción propia, sino que debe ser situada fuera, en el espacio sobrenatural donde dominan las fuerzas de lo mágico y lo divino. Aparece por tanto “el mal” como la explicación principal de la enfermedad, que si bien implica la intencionalidad de otro/a de causar un daño, tiene origen en alguna acción que no debió haberse realizado, puesto que, en definitiva, es esta la que permite la entrada del mal al cuerpo.

Los/as mapuches establecen una diferencia entre los síntomas de una enfermedad y su causa originaria, concentrándose los intentos de revertir el mal en este último aspecto, generalmente ligado a una acción transgresora. En consecuencia, los factores biológicos se presentan como consecuencias de hechos morales, sociales y religiosos. En lo que respecta a los síntomas, las enfermedades presentadas por mapuches tienden a presentarse de manera poco definida, dificultando el diagnóstico médico (los malestares suelen afectar a varias partes del cuerpo, los síntomas son persistentes en el tiempo y las terapias de la medicina oficial son pocas veces efectivas). De esta manera, la enfermedad aparece como una constante latencia que amenaza a la salud, constituyendo un elemento recurrente y constante en la vida de los individuos.

Los sueños, por su parte, representan un importante mecanismo de manifestación del poder sobrenatural en el desarrollo de la vida de hombres y mujeres y sus enfermedades, dada su injerencia en la tarea de dilucidar la causa y evolución del trastorno. Los elementos extraíbles de los sueños otorgan numerosas claves sobre el carácter y sentido de la enfermedad. Se configuran, de esta manera, como la parte del relato en la cual se manifiesta la otra cara de la realidad: los antepasados, los familiares vivos o muertos, los animales y los seres asociados al mal interactúan y entregan un mensaje que debe ser leído a la luz de la experiencia personal y comunitaria del afectado.

Entre las causas más recurrentes de la enfermedad, la “envidia” destaca como uno de los principales mecanismos a través de los cuales actúa el mal. Esta tiene origen en cierta trasgresión por parte de un miembro de la comunidad, como por ejemplo el quiebre de la armonía del grupo o una falla en el cumplimiento de las tareas sociales dictadas por el “admapu”, lo que permite al individuo traspasar las responsabilidades de la trasgresión a otro, ya que mediante el mecanismo de la envidia, el individuo no se hace plenamente consciente de su trasgresión, situando en el exterior la causa de la enfermedad

y dirigiendo hacia otro (y no contra sí mismo) la lucha contra el mal. De esto se desprende la idea de que la esencia del proceso de construcción de la enfermedad y su solución, guardan relación con el problema de la identidad (Citarella, 1995).

A través de las entrevistas en profundidad realizadas a personas pertenecientes a diversas comunidades mapuches de la IX Región, fue posible constatar que existen particularidades importantes respecto a la manera en que esta población concibe la salud y la enfermedad, nociones que se diferencian e incluso se contradicen con la ideología de la biomedicina y las maneras en que ésta concibe la salud y el cuerpo humano.

Un entrevistado nos comenta que:

“Desde la cosmovisión, el concepto del cuerpo humano es estar libre de cualquier malestar, sea espiritual o físico. Equilibrio perfecto para nuestro cuerpo, eso es estar sano” (Marcos, urbano, 44, IX Región).

Por su parte, otro entrevistado sostiene que:

“Yo tengo la concepción, al igual como de alguna manera me la transmitió mi abuelo, mapuche neto, que la salud es un equilibrio entre distintas fuerzas y en ese sentido el desequilibrio es cuando tú te cargai demasiado a una parte no más” (Miguel, urbano, 32, IX Región).

La migración de personas mapuches a la Región Metropolitana —la que posee la mayor concentración de habitantes en el país— tiene costos en lo que se refiere a la permanencia de la cosmovisión como eje principal de la vida; y también en lo que respecta a la salud. Aun así, para la población mapuche de la Región Metropolitana, la concepción respecto a la salud abarca más allá del aspecto biológico, y la enfermedad es el resultado de un desequilibrio en el plano espiritual:

“Estar sano significa no tener ninguna dolencia en el cuerpo y no tener amargura en el corazón... Si ando enojada, si ando con malas vibras, todo el entorno se vuelve trágico, aunque uno esté sano. Porque en ese sentido, la salud mapuche y de los pueblos originarios va más que nada en el espíritu. Si el espíritu es sano, el cuerpo también está sano. Si el cuerpo se enferma es porque el espíritu está enfermo” (Macarena, 38, Región Metropolitana).

La medicina mapuche trata tanto al espíritu como al cuerpo, con hierbas y remedios tradicionales, así como con ceremonias, siendo la figura de la/el machi la más importante, quien diagnostica y trata las enfermedades, ubicándolas en el contexto amplio de la espiritualidad, dándoles un sentido comprensible para quienes las vivencian y para la comunidad en general. Este proceso no ha sido

fácil de mantener, reproducir y validar en el contexto urbano, principalmente en la Región Metropolitana y, en especial, en el ámbito específico de la salud pública. En Santiago, específicamente, si bien la población mapuche urbana tiene en la actualidad la posibilidad de consultar a un/a machi en algunas de las comunas en que habitan—incluso en algunos consultorios y hospitales— creen que no todas las enfermedades que se presentan en las ciudades pueden ser abordadas por la medicina mapuche, y acuden también a los servicios de salud en busca de alivio. Una informante clave señala:

“La machi puede tratar cualquier enfermedad, siempre que esté a tiempo”
(Informante clave, Región Metropolitana).

En relación a las enfermedades, existen las propias del pueblo mapuche, que se expresan en el espíritu preocupado de la persona, contaminado, que sufre; y que se atribuyen a un estado de desarmonía o trasgresión. Su sanación, de acuerdo a la cosmovisión mapuche, involucra a toda comunidad y se trata a través de medios tradicionales conocidos por la/el agente tradicional de salud: la/el machi. Existen también enfermedades winkas³⁰ ajenas, que deben ser tratadas por la medicina occidental. En la concepción de la enfermedad mapuche aparecen algunas ambigüedades, porque en ella se distinguen categorías que, si bien en la teoría son rígidas, en la práctica se difuminan. Las enfermedades mapuches son distintas de las enfermedades winkas; sin embargo, al entrar el/la mapuche en el escenario urbano, está expuesto de alguna manera a este último tipo de males. Las entrevistas denotan una conciencia incipiente del riesgo de contraer estas enfermedades.

También fue posible comprobar que las concepciones mapuches respecto a la salud y la enfermedad y el cuerpo en general cumplen un rol central en la construcción de la identidad étnica de este pueblo, la cual se edifica no sólo desde el nivel discursivo, sino también mediante prácticas concretas que involucran los ámbitos antes nombrados.

3.3. Concepción del VIH/SIDA entre la población mapuche

Tanto el VIH/SIDA como otras ETS se conciben dentro del mundo mapuche de manera particular, y los significados que se construyen en torno a estas enfermedades se insertan dentro de entramados de significados particulares propios de la cultura.

En este marco fue posible constatar que el VIH/SIDA no es un tema relevante en la vida de las personas. Esto presenta diferencias entre la IX

³⁰ Denominación que da la población mapuche a los/as “chilenos” en general.

Región y la Región Metropolitana, así como entre la población urbana y la rural, y entre generaciones. Tal como pudimos descubrir a través de entrevistas con académicos del mundo regional, el clima político de conflicto en la IX Región, donde las demandas de la población mapuche se vinculan a la autonomía de las tierras, los asuntos relativos al VIH/SIDA están situados en un segundo plano. De esta manera, existe un discurso avalado entre la dirigencia de las organizaciones políticas mapuches de mayor peso, en el que expresamente se deja fuera el tema del VIH/SIDA por tomársele como algo inexistente, llegando incluso estos sectores a postular la idea de que no habría VIH/SIDA entre los mapuches, porque son una población más sana, y el tratar estos temas compromete políticamente a la dirigencia, ya que lo enfocan como una “derrota” en el plano de la salud.

El testimonio de uno de los informantes clave de nuestro estudio ilustra de manera bastante clara esta idea y las concepciones que este grupo étnico construye respecto a la salud y enfermedad, en general, y al VIH/ SIDA, en particular:

“Es una cosa acá adentro que se llama, una cuestión conceptual que le permite, digamos, pensar incluso la sexualidad, la vida, la muerte, es una cosa acá, como un concepto distinto... Buscamos la manera de no pensar en las enfermedades porque cuando piensas “me voy a meter con esta niña, y si tiene SIDA, y ahí viene el SIDA”. Si el SIDA no lo trae la otra persona, el SIDA lo imaginamos nosotros los seres humanos... Todas las enfermedades las imaginamos nosotros... las autoridades de salud en Chile y el mundo han enfermado a la gente. Sí, los servicios de salud, sabes por qué, porque te hacen un examen y te descubren una enfermedad que a ti todavía no te molesta y después no tienen cómo tratarlo. Y uy, dicen después, tú tení cáncer. Y la persona maquina el cáncer aquí en la mente. Y yo creo que los mapuches no nos cuestionamos el SIDA y por eso seguramente tenemos menos posibilidades de enfermarnos de SIDA que los chilenos. Aun cuando las mujeres con otros hombres y los hombres con otras mujeres. O sea no nos maquinamos, no pensamos en esa cuestión. Porque es todo un lobby que hace el Ministerio de Salud para crear estas enfermedades que son reales en el mundo occidental. Pero nosotros es una cosa que nos permite un pensamiento más constructivo, más cuidándonos a nosotros mismos” (Informante clave mapuche, IX Región).

El mismo informante clave continúa diciendo:

“En el mapuche no está tampoco el SIDA. Estamos más preocupados de los accidentes vasculares, más preocupados de las enfermedades de la presión alta, de esas cosas se preocupa la gente. Pero del SIDA nadie anda preocupado, absolutamente” (Informante clave mapuche, IX Región).

En este sentido, el VIH/SIDA es concebido como una enfermedad externa, foránea, muchas veces conceptualizada como una enfermedad que surgió

en otro país o bien en el “norte”, haciendo con esto referencia a las regiones donde generalmente la población mapuche va a trabajar de manera temporal durante los meses de verano. Esta situación particular la vamos a analizar más adelante en profundidad, por ahora nos interesa destacar la idea de que el VIH/SIDA no se concibe como una amenaza propia de la región, sino un “mal” foráneo, ajeno a la población mapuche.

“Acá en el sur no hay eso, del norte será pues, del otro país. Aquí no se ve esa enfermedad... La gente es más cuidada aquí, no hay mujeres demasiado locas, los hombres igual” (Magali, rural, 56, IX Región).

Al respecto, una mujer mapuche de 45 años, quien vive con el VIH, sostuvo:

“Yo la primera vez que escuché de la cuestión del SIDA fue cuando murió el doctor Rojas, pero yo lo veía de lejos. Y alguien me dijo que esa no era una enfermedad grave sino que le habían puesto así por tener el apellido, las sílabas. ¿No ve que el más educado envuelve al que no sabe? Pero no sé de donde vendrá. Sé que eran pocos no más. Es que si más sé, más me puede dar miedo. Mientras menos sé, mejor” (María, rural, 45, IX Región).

Un informante clave, por su parte, sostiene:

“... en el hospital nuestro no ha llegado nadie con este tipo de enfermedad. Es una enfermedad que no se adquiere al interior, es del otro. Para nosotros el otro es el que vino de fuera, o sea... Yo creo que es una enfermedad del mundo winka, del mundo digamos” (Informante clave Mapuche, IX Región).

Esta afirmación es interesante, ya que fue muy recurrente en las entrevistas realizadas: la idea de que el VIH/SIDA es una enfermedad winka y, por ende, no atañe al mundo mapuche.

En general, también pudimos percatarnos de que, para la población mapuche, especialmente la que habita contextos urbanos, el VIH/SIDA es conceptualizado como una enfermedad epidémica transmitida únicamente por homosexuales y trabajadoras sexuales, cuyas características se desconocen; una enfermedad de winkas, ajena a su comunidad, que se adquiere principalmente en el contexto ciudadano. De esta manera, existe la creencia de que el VIH/SIDA es una enfermedad que afecta a los winkas, en general, y particularmente a los winkas que son vistos como marginales (“homosexuales”, “promiscuos”, “prostitutas”, “lesbianas”). Los/as entrevistados/as de la Región Metropolitana consideran, más que la población mapuche de la IX Región, que pueden estar en riesgo, y sostienen que esto se debe a que se encuentran en un ambiente contaminado, sin contacto con la naturaleza, consumiendo

alimentos alterados por agentes químicos; y especialmente por abandonar las costumbres y normas mapuches tradicionales, las que se perciben como factores protectores. Como mencionamos anteriormente, la enfermedad es concebida como una carga y un castigo para la familia. Así, el VIH/SIDA puede ser terrible para quien lo padece, pero no se compara con el sufrimiento de la familia; además quien lo sufre finalmente muere, pero es la familia la que tiene que hacerse cargo de la imagen de alguien que murió por “sucio, promiscuo, afeminado, etc.”.

Tanto en la IX Región como en la Región Metropolitana aparecieron nociones como que el mapuche posee “sangre fuerte” u otras características similares que los/as harían inmunes a esta enfermedad. Estas nociones avalan la idea de que el VIH/SIDA no es un tema relevante dentro del mundo mapuche, menos aun en la discusión política o estratégica de los mapuches.

Al respecto, las autoridades médicas de Temuco no ven ninguna particularidad en la población mapuche con respecto a la posible adquisición del VIH; opinan que están igual de expuestos que el resto de la población chilena:

“Las vías de contagio son las mismas que la población general; se comportan igual, relaciones sexuales, drogadicción endovenosa casi no hay” (Informante clave en salud, IX Región).

Es interesante notar que existen diferencias entre población mapuche urbana y rural, por un lado, y entre generaciones, por otro, tanto en la IX Región como en la Región Metropolitana en cuanto a las concepciones que se tienen respecto al VIH/SIDA. El testimonio de una mujer mapuche rural, que vive con el virus, permite analizar el modo en que para la población mapuche, principalmente rural de la IX Región, el tema del VIH/SIDA es un asunto muy lejano, que no cabe dentro del imaginario social, aun cuando se lo haya adquirido:

(Antes de adquirir el VIH) “Yo decía que no podía llegar al campo tan lejos. Y yo creo que cualquiera puede pensar que no le va a pasar porque vive en el campo... El SIDA en la comunidad se ve con rechazo, no con rechazo, con miedo” (María, rural, 45, IX Región).

Esta mujer considera que la población mapuche joven tiene mayor información sobre el VIH/SIDA debido, principalmente, a la migración campo-ciudad. Según ella, para este sector de la población mapuche, el tema del VIH/SIDA sí ha pasado a ser un tema más real, cercano.

“El mapuche tiene poco conocimiento. Los mapuches mayores, porque los lolos ya tienen conocimiento de todo, porque ya salieron de sus casas, estudian, ya no se quedan en el campo, es muy diferente a lo que era antes. Pero el mapuche de más

edad no entendería lo que es el SIDA. A mi mamá allá no le digo lo que es, porque ella sufriría” (María, rural, 45, IX Región).

Un joven mapuche que actualmente cursa sus estudios en Temuco, por su parte, representa a muchos/as jóvenes mapuches para quienes el tema del VIH/SIDA ha comenzado a formar parte de sus vidas, principalmente desde su llegada a la ciudad y los cambios que esto ha implicado para ellos/as. Este joven hace una diferenciación respecto tanto a la población rural y la urbana, como respecto a la variable generacional. En su testimonio sostiene las siguientes ideas:

“La gente más adulta, es que ahí se diferencia la gente mapuche que vive en el campo y la gente mapuche que vive en el pueblo. Yo creo que la gente que vive en el pueblo está como más prevenida, porque en el pueblo la gente mapuche se previene porque ocurren tantas cosas, por ejemplo, está alerta de que en tu casa te pueden robar, de que en la calle te pueden asaltar y todas esas cosas la gente mapuche las va aprendiendo en el pueblo, se va como previniendo de todas esas cosas, enfermedades y todo. En el campo yo creo que es diferente, porque creo que se conocen más las enfermedades de tipo natural, las otras enfermedades también existen pero son menos conocidas. En relación al SIDA, desde mi punto de vista no hay mucha información. Los viejitos no están muy informados, ellos saben de que existen enfermedades que no son naturales y dicen que hay que prevenirse de esas enfermedades no teniendo mucho contacto con los winkas” (Mateo, rural, 23, IX Región).

Por otra parte, el mismo entrevistado afirma:

“Nosotros igual tenemos esos temas de conversación como cualquier persona y no necesariamente porque seamos mapuches lo vamos a ver de otra manera, porque las vías de transmisión o los métodos que vai a usar para protegerte son los mismos. Entonces, por el hecho mismo de ser una enfermedad biológica que viene desde fuera, ya tení que educarte en como la sociedad entera está entregando información de cómo prevenir” (Mateo, rural, 23, IX Región).

3.4. Identidad cultural y sexualidad

Relaciones de género

A través de los datos arrojados tanto por las entrevistas en profundidad como por las etnografías realizadas en la IX Región y en la Región Metropolitana, particularmente en la ciudad de Santiago, pareciera que las relaciones de género al interior del mundo mapuche constituyen, según nuestro punto de vista, otro de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. En este sentido, el análisis de las relaciones de género que se establecen dentro del mundo mapuche nos parece de gran relevancia.

En términos generales, en un primer momento pareciera ser que el mundo mapuche continúa reproduciendo un modelo de relaciones de género donde el hombre mantiene el dominio público, mientras la mujer está relegada al ámbito de lo doméstico. Esta ideología de género también repercute en el ámbito de la sexualidad, en el cual vamos a centrar nuestro análisis.

“Con la primera pareja que tuve relaciones anduvimos harto, pero después andaba borracho y quieren mandar. No, no puede ser” (María, rural, 45, IX Región).

Un análisis más profundo nos permite percatarnos de que, si bien las relaciones entre hombres y mujeres en el mundo mapuche son desiguales, podemos observar que existe —sobre todo en la población de mujeres jóvenes que viven en las ciudades— un discurso de cambio respecto a esta situación. Gran parte de los testimonios de este grupo revelan la existencia de nuevas posturas frente a las tradicionales relaciones de género, y dejan entrever que estas mujeres mapuches no están dispuestas a continuar con un modelo que las subordina y las relega al ámbito doméstico, aun cuando gran parte de la socialización que recibieron las preparó para ese papel. Esto lo pudimos apreciar a través del testimonio de gran parte de las entrevistadas, quienes señalan que las madres mapuches, no importando donde residan, han enseñado a sus hijas que deben conocer bien y confiar en el hombre con quien se casarán, antes de tener relaciones sexuales con él, ya que continuará siendo idealmente su única pareja. De esta manera, se espera que las mujeres no tengan relaciones antes del matrimonio y una vez establecido este, que no las tengan con otros hombres. A través de los discursos de los/as entrevistados/as pudimos percatarnos de que existen interesantes fugas respecto a este discurso del “admapu”, es decir, del discurso tradicional. Ejemplo de esto son los embarazos adolescentes; los espacios rituales como el nguillatún, donde se producen encuentros sexuales; la conciencia de las mujeres jóvenes urbanas respecto a los métodos anticonceptivos, entre otros ámbitos que analizaremos en detalle más adelante.

A los hombres mapuches tradicionalmente no se les exige que sean fieles a sus mujeres, pero sí se espera de ellos que si tienen otras parejas, además de su esposa, sean “cuidadosos” al elegir las, escogiendo preferentemente a alguna mujer conocida, quien posiblemente tiene relaciones sexuales con otro hombre igualmente “cuidadoso”. Consecuentemente, con esta percepción de las personas conocidas como aquellas de carácter confiable —precisamente porque de ellas se puede conocer su vida sexual— se enfatiza en que los hombres jóvenes se cuiden de tener relaciones con jóvenes recién conocidas, que los podrían poner en algún tipo de riesgo.

Al respecto, un entrevistado sostiene:

“Estamos dentro de una cultura machista y dentro de las comunidades ese machismo es potencial, acuérdate que es el hombre el que lleva todo. O sea, el hombre es el centro de la comunidad. Entonces el hombre puede hacer lo que quiera, absolutamente todo, porque es el dueño, amo y señor, en ese sentido las mujeres atrás... O sea la gran mayoría de las enfermedades de transmisión sexual que tienen las mujeres indígenas son producto del hombre. O sea el hombre sale, no es que la mujer haya salido y la hayan encontrado con otra persona; como te digo es muy difícil encontrar a una mujer que vaya buscando cosas diferentes. Las hay, sin duda, pero se hace dentro de un hermetismo enorme y entendiendo que si ese hermetismo se rompe o se filtra algo va a quedar la escoba” (Mario, urbano, 32, IX Región).

Las mujeres mapuches, principalmente en los contextos rurales, no cuestionan ni sancionan las prácticas sexuales extraconyugales de sus esposos, lo cual está avalado en el imaginario social, ya que éstas se comprenden muchas veces como la continuación de la poligamia, sistema de parentesco tradicional mapuche que establece que los hombres pueden tener varias esposas. En la actualidad, si bien en muchos contextos no se sanciona el que los hombres tengan mujeres además de la esposa, sí esperan de ellos que se protejan frente a embarazos no deseados o ETS. Los medios para realizar esta protección no son discutidos por la pareja, sino más bien quedan en el ámbito de los “supuestos” y de lo que tradicionalmente se espera de los hombres. Ellos, por su parte, depositan en las mujeres toda la responsabilidad respecto al control de la natalidad, tanto en sus esposas como en sus parejas ocasionales, desligándose de todo compromiso en estos ámbitos.

“Yo no me cuido nada de cualquier enfermedad que haiga, porque mi marido es tranquilo y no me va a traer cualquier enfermedad. Yo por ese lado siempre fiel a mi marido” (Mirta, rural, 48, IX Región).

Esto nos lleva al tema de la gestión del riesgo, las estrategias preventivas personales que tanto hombres como mujeres mapuches utilizan para protegerse sexualmente. Durante el trabajo en terreno fue difícil encontrar estrategias preventivas propias del mundo mapuche, lo cual no quiere decir que éstas no existan y que no sean un campo en el cual se deba profundizar más, pero en términos de diagnóstico pareciera ser que el condón masculino es la herramienta más utilizada para estos fines. Las mujeres, especialmente las más apegadas a las tradiciones culturales, confían en que si sus esposos las engañan utilizarán métodos preventivos para no introducir enfermedades en los hogares. Este panorama varía bastante en los contextos urbanos, donde las mujeres tienen menos tolerancia respecto a las infidelidades masculinas.

La iniciativa sexual, tradicionalmente ha estado en manos de los hombres y esto se mantiene más que nada en los contextos rurales. En este sentido, son ellos quienes realizan la “conquista” de la mujer y quienes deciden los términos de la relación sexual. Todo esto se enmarca dentro de la tradición mapuche, donde la sexualidad ha estado históricamente marcada por la violencia. Ejemplo de esto es el *raptó de la mujer* dentro de la cultura mapuche, sistema que funcionaba hasta hace apenas unos 80 años y que consistía en que los hombres (principalmente mayores) robaban a las mujeres jóvenes para que fueran sus esposas. Si bien esta práctica de violencia en la actualidad no es usual, persiste en el imaginario social y, principalmente, en el de las mujeres, grupo en el cual está inscrita la idea de que los hombres pueden ejercer violencia contra ellas. Esta violencia muchas veces se actualiza y se transforma en práctica cotidiana ya que, según el relato de muchas entrevistadas, la violencia intrafamiliar en el mundo mapuche es muy elevada y es un tema que las preocupa, principalmente a las jóvenes que buscan romper con esas prácticas. Otro antecedente interesante para analizar la presencia de violencia dentro de las relaciones de género en el mundo mapuche son los tradicionales ritos de seducción; por ejemplo, el “lonkoteo”, fase previa al acto sexual que simboliza una pelea ritual entre el hombre y la mujer.

Pudimos comprobar también que dentro del imaginario mapuche, principalmente masculino, y en mujeres de contextos rurales, todavía se espera que la mujer sea sexualmente pasiva. Frente a este panorama, cuando los hombres quieren “innovar” en los ámbitos sexuales, es común que para estos fines busquen mujeres *winkas*, generalmente trabajadoras sexuales, con quienes satisfacer aquellas “fantasías”. Entre los hombres jóvenes, principalmente en los medios urbanos, esta percepción de las mujeres mapuches está lentamente cambiando, y les otorgan a éstas mayor protagonismo en la relación sexual. Aun así, si una mujer mapuche toma la iniciativa de proponer el uso del condón o bien se lo facilita al hombre, pareciera ser que este considerará que ella es una “mujer fácil” o, si es la esposa, que probablemente le está siendo “infiel”. Las mujeres, por su parte, tienen distintas percepciones respecto a su propia sexualidad, dependiendo del contexto en que se encuentren y la generación a la que pertenezcan. Las mujeres jóvenes que viven en las ciudades cuestionan el modelo tradicional de sexualidad mapuche y, si bien muchas de sus prácticas continúan respondiendo al esquema antes descrito, lo analizan desde una visión que ellas mismas consideran más “occidentalizada”, en la cual adquieren un mayor protagonismo y derecho al placer sexual. Aun así fue posible comprobar que estas mujeres están en un proceso de transición entre el modelo tradicional y el moderno, proceso de fuerte tensión, ya que, si bien en sus discursos dejan entrever la intención de establecer relaciones más equitativas e igualitarias con los hombres, sus historias de vida revelan que muchas de ellas ya vienen con experiencias de violencia sexual por parte de hombres mapuches, las cuales han marcado sus vidas y condicionan muchas veces sus acciones en los ámbitos de la sexualidad.

Una mujer mapuche de 23 años, urbana, sostiene:

“Es como un patrón repetitivo de los hombres mapuche no ser cariñosos, poco caballerosos, como poco de piel, son reacios a eso. Son brutos para tratar a sus parejas, algunos con violencia, pero más que nada brutos en el aspecto que son como poco dócil; la mujer es como un objeto, son súper machistas” (Matilde, urbana, 23, IX Región).

El testimonio de esta joven y de otras avala la idea con la cual nos encontramos durante el trabajo de campo, respecto de que las mujeres mapuches jóvenes urbanas están prefiriendo parejas winkas, ya que consideran que estos son más cariñosos y menos violentos. Esto nos plantea una interesante pregunta sobre qué está sucediendo en la actualidad con la cultura mapuche, ya que esta preferencia por parte de las mujeres jóvenes urbanas tiene una fuerte incidencia, ya que en cierta manera podría implicar una apuesta por no reproducir la propia cultura. Este hecho también es interesante, pues denota que el presente estudio se instala en el contexto de una sociedad mapuche donde conviven diferentes discursos; por un lado, aquellos que buscan recuperar lo tradicional, fomentado principalmente por las propuestas políticas de organizaciones mapuches a cargo, por lo general, de hombres y, por otro, el de las mujeres jóvenes que buscan cambios en la esfera de las relaciones de género.

Salud sexual y reproductiva

Como mencionábamos anteriormente, para las mujeres mapuches, tanto de la IX Región como de la Región Metropolitana, la sexualidad es parte de la vida privada y la salud sexual y reproductiva corresponde, en muchos casos, a la esfera de lo “no hablado”. Es común que sean los hombres quienes toman las decisiones respecto a la sexualidad de las mujeres, tanto en el plano de las relaciones sexuales, como en lo relativo a la salud sexual y reproductiva de estas. Generalmente son ellos quienes deciden cuántos hijos tener, y si la mujer asumirá o no un tratamiento de control de la fertilidad, entre otros aspectos.

“En algunos casos que ni siquiera a las mujeres las dejan colocarse tratamiento, porque si la mujer vino a la tierra dicen, y la tierra es la que reproduce, es la que pare anualmente, y la mujer es la que representa a la tierra, entonces a veces en algunos casos esas cosas son como extremas. Hay pehuenches que no dejan que su mujer use algún método para no quedar embarazada. Y el condón, yo lo que tengo conocimiento porque yo trabajé en postas rurales, prácticamente en las postas rurales no hay condón, porque nadie pide. De hecho un tiempo los tuvimos nosotros, porque se estuvieron promocionando, pero no, los peñi no, que eso los usan los winkas, los peñi no usan eso” (Mirna, urbana, 25, IX Región).

La misma mujer continúa diciendo:

“Lo otro que yo vi cuando trabajaba en postas rurales es el que la mujer se controle, como que el hombre no tiene conciencia de que después de que una mujer tenga un hijo, se embarace, tiene que estar haciéndose anualmente controles, exámenes de sangre, todo el cuento. Los hombres no tienen conciencia, hay mujeres que a veces pasan años y no van a control solamente porque el hombre no las deja ir. Hasta a las viejas les pasa” (Mirna, urbana, 25, IX Región).

Ahora bien, estos elementos presentan variaciones dependiendo del contexto urbano o rural y de la edad de las mujeres. Podríamos decir que para las mujeres mapuches mayores, nacidas en las comunidades rurales y avecindadas en Santiago, la sexualidad es algo de lo que no se habla, y que sólo sería posible abordar en un ambiente muy íntimo. Para las jóvenes socializadas en la cultura santiaguina, es posible hablar de sexualidad con sus pares y en familia, o al menos, pedir y recibir cierta información sin avergonzarse por ello.

Las mujeres nacidas en las comunidades rurales y las hijas de estas, que viven en Santiago, recibieron poca o nula información sobre sexualidad; ni siquiera sobre la menarquia, hasta que esta se presentó. Conocieron los anticonceptivos recientemente, cuando visitaron el sistema público de salud, por razones de embarazo o parto. Incluso una de ellas señala que hace 20 años “el condón no existía y tenía vergüenza de comprar los anticonceptivos en la farmacia” (Marta, 39, Región Metropolitana).

Esta situación pareciera estar cambiando entre las mujeres jóvenes que viven en contextos urbanos, quienes sí se hacen cargo de su salud sexual y reproductiva. Asimismo, este grupo pareciera tener plena conciencia sobre los métodos anticonceptivos y muchas de las entrevistadas hacen uso de ellos, tanto de la píldora como del condón con las parejas. No así en los medios rurales, donde, como pudimos apreciar anteriormente, son los hombres quienes deciden sobre estos ámbitos. Al contrario de las mujeres jóvenes urbanas, para las rurales, principalmente las casadas, pareciera que el uso del condón no se considera como una estrategia de prevención de ETS y tampoco de embarazos.

Durante las entrevistas surgió un dato interesante con respecto al uso del condón por parte de los hombres. Pareciera ser que dentro del mundo mapuche el uso de éste no tiene mucha aceptación, principalmente entre los varones, ya que estos demuestran su virilidad a través del “dejar algo” en la mujer, en este caso, dejar el semen. Bajo esta visión, el condón sería un impedimento para la puesta en práctica de la virilidad y, por ende, su uso es rechazado por muchos hombres, principalmente los mayores, tanto de contextos urbanos como rurales. De esta manera, pareciera que para los mapuches el condón queda fuera de

su práctica habitual; lo ven como un elemento ajeno a su cultura, invasivo. Apelan a otras maneras de cuidarse, generalmente estrategias a cargo de las mujeres pero que no implican protecciones contra ETS, sino más bien contra embarazos no deseados.

“Mira, yo te digo que si les haces una encuesta a los mapuches del condón, ninguno usa. Ninguno, porque la actitud sexual digamos para la mujer es muy natural. Ahora, es un poco machista, siempre se le da la tarea a la mujer para que se haga un tratamiento para no tener tantos hijos. Si yo tengo una relación extramatrimonial le voy a pedir a la mujer que se cuide porque yo no quiero tener problemas. Y siempre es así. Entonces, el uso del preservativo, digamos, escasamente, y en el hospital nuestro lo menos que se da son preservativos, es una cosa que se sale del contexto cultural... Quince años atrás ni siquiera los hombres querían que sus mujeres tomaran alguna pastilla, se hicieran algún tratamiento, digamos” (Informante clave mapuche, IX Región).

Sobre el embarazo adolescente

De acuerdo a lo señalado por los/as entrevistados/as, es común que las jóvenes —quienes conforman la mayor parte de la población migrante— inicien su vida sexual sin protección, y se embaracen en el primer año de su estadía en la ciudad, regresando luego a sus comunidades, donde nace su hijo/a, siendo a menudo criado por la familia de ellas, principalmente por sus madres.

Gran parte de las personas entrevistadas, tanto hombres como mujeres, comenta que todo lo que atañe a la sexualidad lo aprendieron en la escuela o bien en el transcurso de sus vidas, pero no a través de sus padres. Incluso en el caso de las mujeres, la menstruación y todo lo que ésta implica no es un ámbito que se socialice entre madre e hija. En muchos casos la menarquia fue experimentada como un suceso extraño, que implicó miedo y vergüenza al no saber las mujeres qué estaba pasando con sus cuerpos.

“Mi mamá a mí nunca me habló de los temas de sexualidad, de eso importante, lo que yo tengo conocimiento, ella nunca me habló nada... Yo pienso que en el internado uno aprende, más con la experiencia de otras chicas” (Mirna, urbana, 25, IX Región).

Pareciera que una de las enseñanzas que más adquieren las mujeres mapuches por parte de su padre, tanto durante su infancia como en la adolescencia, es la importancia de la educación y la prevención del embarazo adolescente, aun cuando estas enseñanzas se sustentan principalmente en la prohibición del pololeo.

“La cultura mapuche es muy estricta en la parte sexual; mi abuelo era súper estricto con mis tías, la parte pololeo, de todo. Que si quedas embarazada te vas de la casa, era súper estricto y mi papá también” (Matilde, urbana, 23, IX región).

Una joven pewenche, originaria de Lonquimay, sostiene:

“Cuando yo me fui a estudiar, cuando entré a la enseñanza media, mi papá me mandó bien aconsejada. Me dijo ‘tú te vai a estudiar, si tú querí ser alguien en la vida tení que estudiar, sacar tu cuarto medio y de ahí podí pololear’, después del cuarto medio. Yo nunca pololeé, incluso cuando yo ya tenía alrededor de los 20, 21, yo decía capaz que nunca voy a pololear, me empecé a pasar esos rollos” (Mirna, urbana, 25, IX Región).

Respecto al tema del embarazo adolescente, una mujer mapuche de 19 años, de origen pewenche, también oriunda de una comunidad de Lonquimay y que actualmente vive y estudia en Temuco, sostiene:

“Eso está como de ahora, antiguamente no se veía eso, no se veían mujeres madres solteras. Ahora está como pan de todos los días, 17, 16 años, lo que sí se conserva es que es poca la gente de allá arriba que son madres solteras y se quedan solas. Allá si alguien es culpable tiene que casarse con la mujer... Igual justo el año 2003, 2004, se construyó la carretera; de hecho ahí quedaron varias chicas embarazadas durante la construcción y fueron de compadres de afuera, gente que venía a trabajar. Pero si yo te hablo de comunidades más apartadas, también quedan embarazadas, pero de chicos de sus comunidades. Lo otro que pasa es que a veces las chicas se van para Santiago y después vuelven embarazadas” (Manuela, rural, 19, IX Región).

Otra entrevistada sostiene:

“Antes no había embarazadas de 12, 13 años, los viejos de antes no permitían eso. La paleaban. Ahora no, conozco niñas de 12, 13 años que ya son mamás. Antes no se pololeaba, pololeabai a los 20 años y lo único que para poder casarse la robaban y sí, así se casaban, pero de pololear así, los padres no lo permitían... Ahora van a las ciudades a trabajar, a estudiar y bueno quedan embarazadas. Las engañan, les dicen que se van a casar y después las dejan con el domingo siete” (Mirta, rural, 48, IX Región).

De esta manera, podemos apreciar que el embarazo adolescente es una preocupación muy presente dentro de la comunidad mapuche de la IX Región, principalmente por la percepción de aumento que este fenómeno ha tenido en los últimos años, vinculado a la migración de las mujeres hacia las ciudades, por un lado, y a las relaciones sexuales que los/as adolescentes están sosteniendo dentro de la propia comunidad, por el otro.

Sobre las maneras de prevenir el embarazo adolescente, así como una serie de ETS, entre ellas el VIH/SIDA, pareciera que no existe una estrategia consensuada dentro de la comunidad mapuche. Muchas de las personas entrevistadas, tanto hombres como mujeres, hicieron alusión a métodos abortivos tradicionales, basados

en el uso de ciertas hierbas específicas, estrategias manejadas principalmente por la/el machi o la médica, así como por otras mujeres de las comunidades. Pero en el plano de la prevención, no existe ningún tratamiento desde la medicina mapuche y el uso del condón es, en la mayoría de los casos, una realidad ajena. Aun así, es necesario hacer una distinción entre la población mapuche rural mayor por un lado, para quienes el uso del condón está completamente fuera de sus estrategias de prevención, y la población mapuche urbana joven, por otro, para quienes el condón es una alternativa real y al cual tienen mayor acceso.

“En esos tiempos de aonde. Si recién ahora se está hablando de la protección, del condón, de pa no quedar embarazada. Si antes de aonde que se conversaba eso, nunca pos. Por ejemplo yo lo conversaba a veces lo que hablaban, lo que uno trataba de escuchar cuando hablaban las mayores, de que daban remedio para que las mujeres no tuvieran hijos, eso escuchaba yo, pero de protección qué sabía uno” (María, rural, 45, IX Región).

Sobre los métodos de protección en la actualidad, una mujer que vive con VIH comenta:

“Le tengo terror de infectar a otro. A mí me pasa hoy día que si voy a tener una pareja pa estar dando explicaciones, no. Es que a veces empiezan ‘y pá qué me voy a cuidar’ y por eso es mejor no estar dando explicaciones” (María, rural, 45, IX Región).

Dada su situación, ella se ha cerrado completamente a la posibilidad de tener una pareja por miedo a traspasar el virus a otras personas.

Otra mujer mapuche de la IX Región que vive con el VIH, sostiene que ella utiliza el condón pero como una medida para no quedar embarazada, no como método preventivo para no traspasar el VIH a su pareja sexual. En este sentido, para ella el condón no existe dentro de su imaginario respecto al VIH/SIDA, sino sólo en lo que respecta al control de la natalidad.

“O sea, él se cuidaba con el condón... Yo le dije, yo le dije porque o si no yo no iba a tener relaciones con él, porque no quería quedar embarazada. Pero después ya, yo estaba decidida a tener una hija...Pero el condón es sólo para el embarazo” (Mariela, rural, 22, IX Región).

La relación de los/as mapuches con el tema de la homosexualidad es compleja y diversa. Históricamente ha sufrido importantes transformaciones, influidas principalmente por las distintas religiones que han evangelizado a este grupo étnico.

Históricamente la homosexualidad sólo se ha permitido a nivel ritual, sin traspasar estos ámbitos. De esta manera, la masculinidad mapuche se ha construido y se

construye desde un universo que no acepta la homosexualidad como práctica cotidiana, sino sólo en el plano antes mencionado. Unas de las figuras claves que históricamente han simbolizado, dentro del mundo mapuche, el vínculo con la homosexualidad, han sido los machi weye, de sexo masculino. Estos fueron duramente tachados por los españoles como personas promiscuas, depravadas, pues no respondían a las conductas que según ellos correspondían a su sexo. Pero en el mundo mapuche los machi gozaban de una identidad de género distinta a la del resto de los mapuches; ellos podían y debían oscilar entre lo masculino y lo femenino. Así, los machis podían mantener relaciones sexuales con individuos de cualquier sexo, quedando prohibida sólo la relación con otro machi. La actualización de estas sexualidades siempre ha estado enmarcada —como mencionábamos anteriormente— por un contexto ritual (Bacigalupo, 1993). Este marco nos permite comprender las vinculaciones históricas que los mapuches han mantenido con respecto al tema de la homosexualidad, la cual no puede salir del plano ritual. Como ya sabemos, la masculinidad mapuche se construye desde la práctica de la poligamia, del “poseer” muchas mujeres. De esta manera, el VIH/SIDA, al estar muchas veces conceptualizado como una enfermedad de homosexuales, pareciera no tener cabida para los mapuches; no puede existir, ya que implicaría reconocer la posible existencia de la homosexualidad dentro de su mundo. De existir en el imaginario de este pueblo, se estaría poniendo en duda la masculinidad de los varones de esta etnia y, al parecer, los mapuches no están dispuestos a esto.

Tal como comenta una entrevistada:

“Los peñi lo toman como una onda que no puede ser así, porque pa qué Dios hizo la mujer si va a andar con un hombre. Yo creo que pa ese lado los peñi rechazan, yo creo que no aceptan ni homosexuales ni lesbianas. Al menos que se sepa no hay nadie así, entonces el día que aparezca un peñi con su pololo lo van a tomar a la mala” (Manuela, rural, 19, IX Región).

Otro de los entrevistados fue un hombre mapuche de 35 años, oriundo de Carahue. Es un hombre homosexual y su testimonio fue clave para comprender la situación respecto a este tema, principalmente en Temuco.

Sobre su condición homosexual vivida en Temuco, sostiene:

“Mira, yo me tuve que ir y afuera me di cuenta de lo que me estaba pasando. Afuera como que me desperté. Aquí la gente de provincia, como te dijera, secreta más, vive en su mundo, vive con eso dentro y no lo saca, se reprime más. En cambio la gente de Santiago o de otras zonas, no. A mí aquí no me conoce mucha gente, pero siempre trato de cuidar la imagen de mi familia” (Manuel, rural, 35, IX Región).

De esta manera, en la actualidad, tanto en la IX Región como en la Región Metropolitana, la homosexualidad en el mundo mapuche aparece como un

tema tabú. Se niega su existencia, pues no cabe dentro de la cosmovisión mapuche. Se acepta y comprende que el machi (varón) se vista con atuendos femeninos al ejercer su rol en el plano ritual. Esto se afirma en un discurso sobre un “deber ser” mapuche, que dicta la imposibilidad de tales conductas, pues son concebidas como “desviadas” y, por ende, son severamente castigadas dentro de la comunidad.

Todo esto nos lleva nuevamente a reconocer la tensión en la que se encuentra el mundo mapuche, al estar en constante contradicción entre, por un lado, la información que reciben y las prácticas que se llevan a cabo en medio de este mundo actual, que cambia constantemente y, por otro lado, la tradición, el “ad mapu” que norma la vida de manera totalmente diferente. Este panorama revela un contexto de resignificación de las identidades mapuche que, en el plano de la sexualidad, se reactualizan entre “el deber ser” que les aporta la cultura tradicional (que se vive principalmente en el plano del discurso) y las prácticas reales cotidianas.

Adscripción religiosa y sexualidad

La relación entre adscripción religiosa, género y sexualidad, en el mundo mapuche, es muy estrecha y está fuertemente vinculada a los cambios que se han producido en el tiempo con respecto a la religiosidad mapuche. La adscripción religiosa se torna muy importante dentro de nuestro análisis, pues conlleva reglas morales que prescriben tanto la concepción como los comportamientos sexuales.

Sería interesante poder caracterizar una religión mapuche prehispánica, pero la información que se maneja sobre el tema es bastante fragmentaria, ya que está escrita e interpretada desde el mundo español. No obstante, Foerster (1993) sostiene que los/as mapuches no poseían ni poseen religión en el sentido estricto del término, pues su relación con la divinidad no pasa por un marco rígido; no existe un poder religioso centralizado.

Desde la Colonia y, luego, durante el Estado republicano, la evangelización de los mapuches fue un tema central. Desde ese momento comienza a gestarse un sincretismo religioso que llega hasta nuestros días. A fines de 1730, el padre Miguel de Olivares sostiene “...ahora sólo la pluralidad de las mujeres es el mayor impedimento que hay para reducir a estos indios de la tierra adentro, desde el río Biobío hasta el estrecho, porque el que deja sus mujeres se acomoda a todo. No tienen al presente repugnancia al nombre de cristianos, antes se precian de él y los caciques se llaman don Pedro, don Juan, don Francisco, etc.; y por eso ahora no esconden los niños cuando los padres los van a ver y a hacer misión, antes los traen todos; ni tienen repugnancia de enterrarse en la iglesia, aun en la tierra adentro. Esto es de

los indios de guerra, que los amigos y yanaconas y encomendados todos son cristianos, casados con una sola mujer y se confiesan todos los años, que aunque tengan sus vicios y pecados como hombres, saben bien arrepentirse y hacer penitencia de ellos” (Foerster, 1993).

Sin embargo, la resistencia mapuche a la evangelización se dejaba sentir en la abierta negativa de los caciques a abandonar sus mujeres, pues estas eran la base de su poder y vínculos tanto con los vivos como con los muertos. La principal preocupación de los evangelizadores era lograr impregnar a los mapuches con sus reglas éticas y morales, sobre todo en cuanto a los comportamientos sexuales. No obstante, haciendo un balance de la situación, se puede afirmar que la evangelización no ha afectado sustancialmente ni las representaciones, ni los ritos, ni la comunidad ritual. Foerster rescata a Bélec, sacerdote que señala que hay otras dimensiones del cristianismo que no han logrado prender entre los/as mapuches, justamente la moral referida al robo y al pecado. Pero esto no niega el sincretismo existente, el cual permite ver a numerosos/as mapuches participando en las grandes peregrinaciones y fiestas religiosas campesinas y católicas. Se trata de un sincretismo a nivel del símbolo y el rito, pero en ningún caso a nivel del logos o de la coherencia de las creencias. Así, la relación entre la imagen del dios mapuche y el mapuche sigue siendo de reciprocidad, pues mientras el primero aparece como donante de toda clase de beneficios, el segundo debe hacer una serie de contraprestaciones, siendo la más importante la mantención del ad mapu a través del nguillatún. Se trata de un dios que en vez de enfrentarse, impregna el cosmos que él mismo ha creado; no es un ser trascendente, ya que se identifica con fenómenos naturales y humanos; es decir, no es un dios de exigencias éticas. Todo esto nos lleva a pensar que la sexualidad en el mundo mapuche no está directamente mediada por la religiosidad. La única excepción está dada por la influencia del pentecostalismo³¹, fenómeno que ha entrado con mucha fuerza en las últimas décadas. Al respecto, Foerster sostiene: *“A primera vista el pentecostalismo plantea una ruptura con la religiosidad mapuche: los que pertenecen a él no participan, en la mayoría de los casos, en los ritos del nguillatún y machitún. A nivel de las creencias sobrenaturales, rompen con el antiguo panteón. Los pentecostales establecen su propio ritual y sus propias creencias de lo sobrenatural, formando una nueva comunidad religiosa que regula la moral y las costumbres de sus miembros” (Foerster, 1993).*

En las entrevistas en profundidad realizadas fue posible comprobar la fuerte presencia de la iglesia evangélica entre la población mapuche y la manera en que la adscripción a esta religión ha ido cambiando las creencias y los patrones de conducta de las personas. Por ejemplo, es común escuchar a mapuches

³¹ Iglesia Evangélica Pentecostal.

evangélicos/as que no visitan a las/os machis porque ven en estas figuras un elemento negativo. Esto se reproduce en todos los planos de la cultura, donde la introducción de elementos evangélicos ha ido transformando prácticas y creencias.

3.5. La cultura como factor protector y/o de vulnerabilidad

En términos generales, las personas entrevistadas perciben la cultura mapuche y la mantención de los patrones tradicionales como un factor protector frente al VIH/SIDA. Al respecto, señalan diferencias entre los contextos urbanos y rurales; los primeros vinculados a cambios en las pautas de vida de comunidad, exponiéndose a una suerte de occidentalización, tanto en lo que respecta a sus costumbres como a sus valores. En los contextos rurales, la reproducción de la vida en comunidad es percibida como factor de protección frente al VIH/SIDA y otras ETS. Así, se afirma que entre los mapuches no se transmiten enfermedades propias del mundo *winka* y que el contacto permanente con la naturaleza favorece la salud mental, física y espiritual; y a pesar de la distancia entre las comunidades rurales, existen mejores condiciones para la convivencia y cercanía familiar, practicándose la solidaridad con mayor evidencia:

“En la comunidad rural se conversa mucho, hay tiempo para todo” (Informante clave, Región Metropolitana).

Un informante clave de la Región Metropolitana nos relató que en la ciudad se mantiene la concepción, entre la población mapuche, de que la vida en comunidad es un factor protector frente al VIH/SIDA y otras enfermedades. Por ejemplo, nos comentó que en la realización de los *nguillatunes* en la ciudad de Santiago, personas que él conoce y las sabe muy conservadoras en sus conductas sexuales, en estos contextos mantienen relaciones sexuales casuales. Estas relaciones parecieran ser consideradas por hombres y mujeres mapuches como relaciones seguras, ya que se establecen sólo entre personas pertenecientes a esta etnia. Según la concepción de los/as mapuches, esto los privaría de posibles peligros.

A la estructura social y familiar tradicional de los/as entrevistados/as, se suman otros factores que ellos/as consideran protectores (aun cuando desde nuestro análisis pueden ser considerados como factores de vulnerabilidad y riesgo), relacionados todos con la estabilidad de la pareja y familia mapuche, sustentados en la obediencia de los principios y costumbres tradicionales respecto de la estructura familiar: el valor asignado al pudor en las mujeres; la necesidad de conocer y confiar en la pareja antes de iniciar una vida sexual, lo que sólo sería posible dentro de la convivencia estable; pareja única para toda la vida, lo que parece ser válido sólo para las mujeres.

Como vimos anteriormente, aún cuando se espera que el hombre mapuche no tenga otras parejas sexuales, los/as mismos/as informantes y entrevistados/as señalan que esta situación constituye una expectativa nueva, ya que en el pasado era habitual que un hombre tuviera más de una pareja, donde la segunda era familiar o cercana de la pareja oficial, con el conocimiento y aceptación de toda la comunidad. Según lo que las mujeres relatan, principalmente en los sectores rurales, se espera que los hombres sean fieles, pero se sabe que algunos no lo son. Sin embargo, parte de la estabilidad familiar pasa por la mutua confianza entre ellos; es decir, que la mujer cree en aquello que el hombre le asegura. Si bien para ellas la relación con la pareja estable es un factor protector, según nuestro análisis esto podría ser un elemento de riesgo para las mujeres casadas o convivientes con pareja sexual única que, aunque tengan sospechas acerca de su esposo y su comportamiento, no tienen los elementos para asegurar su protección ante alguna ETS o el VIH/SIDA. Una mujer señala:

“Los hombres mapuches son muy cuidadosos, no se meten con cualquier mujer... No es de esos que conoce una niña y se va a acostar con ella al tiro” (Mariana, 38, Región Metropolitana).

Luego agrega que *“ellos no usarían condón”*, mostrando que ese tipo de cuidado en realidad no está protegiendo al hombre ni a la mujer. En estas frases se evidencia que las mujeres son pilares de la estabilidad familiar, y que ese rol las pone en riesgo de contraer ETS y VIH/SIDA, a pesar de estar conscientes de que:

“No puedo poner las manos al fuego por (la fidelidad de) ningún hombre, ni siquiera por el mío” (Informante clave, Región Metropolitana).

La imagen de la mujer ante el marido se vería en riesgo si ella pidiera que él usara condón en sus relaciones con otras mujeres, ya que evidenciaría que ella conoce o al menos sospecha su infidelidad. Si lo pidiera en sus propias relaciones sexuales, se pondría en riesgo de que su marido sospechara de ella una infidelidad. En cualquier caso se minaría la confianza entre ellos. Esta situación varía considerablemente entre las mujeres jóvenes que viven en las ciudades las que, como vimos anteriormente, se vinculan con los hombres de manera distinta y están en un proceso de transformación con respecto a las normas tradicionales.

Según un informante clave, la sanción de la infidelidad masculina que hoy se da en la comunidad mapuche, se debe a la occidentalización de esta sociedad, que ha adoptado nuevas ideas y normas acerca de las relaciones de pareja. Esto es posible constatarlo tanto en las entrevistas realizadas en la IX Región como en la Región Metropolitana:

“Y antiguamente era más fuerte. Se decía, si usted por ejemplo era casada con su esposo, y usted tenía una hermana menor, podía resultar que esa hermana menor también podía ser pareja de su esposo. Y eso llegaba a un común acuerdo... Eso se establecía como regla, no era algo escondido como ahora... Y de hecho por qué, porque la gente que hoy día hace eso porque ha tenido una educación en la ciudad, y ha vuelto a la comunidad... Y volvió contaminado, como le decimos nosotros, con una mente winka que le decimos también” (Manfredo, 38, Región Metropolitana).

3.6 Otros factores de vulnerabilidad

Dentro de la población mapuche, el consumo de alcohol es bastante significativo, sin querer decir con esto que sea mayor al de la población chilena en general y, por ende, estigmatizar a este grupo de la población. El consumo de alcohol traspasa los ámbitos rituales y se instala en la vida cotidiana de hombres de todas las edades. Esta práctica se constituye en un factor de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y otras ETS, toda vez que el consumo afecta los comportamientos de las personas. De esta manera, en el caso de cuidado y prevención sexual, los jóvenes mapuches sostienen que cuando están con “copete” y se les “apaga la tele” no piensan siquiera respecto al uso del condón, ya que en ese momento no es posible pensar en nada. Todos estos factores, sumados a otros, hacen del consumo de alcohol un elemento que incide en las conductas de riesgo.

4. Participación social y agentes de salud

De una investigación sobre el sistema de salud tradicional en la población mapuche, Alethea Kraster (2003) concluye que la mayoría de los/as mapuches en la actualidad asiste a los servicios de salud occidentales en caso de enfermedad. Según la autora, las principales causas de esta preferencia son de carácter económico, ya que el tratamiento biomédico les resulta completamente gratuito, mientras el costo de la terapia de una/un machi puede alcanzar costos bastante elevados. Asimismo, la migración mapuche a las ciudades ha derivado en un cambio en sus patrones de vida y alimentación, hecho que fomenta enfermedades curables por el sistema de salud occidental. A esto se suma que en las escuelas se enseña a visitar a los doctores en caso de enfermedad. Por otra parte, las distintas iglesias, entre ellas las pentecostales, han ido transformando las creencias de los mapuches acerca de la enfermedad y sus causas. En resumen, la investigación de Kraster apunta a que cada vez existe menos confianza por parte de los/as mapuches hacia los tratamientos de las/os machis, a pesar de que estas/os gozan de prestigio entre la comunidad por sus poderes sobrenaturales. Sin embargo, cabe destacar que los/as mapuches se sienten discriminados/as e incómodos/as con la actitud de los médicos hacia ellos/as, cargada de prejuicios y de sentimientos de superioridad. De la misma forma, consideran que en el sistema de salud occidental hace falta una mirada

integral que apunte hacia el cuidado de cuerpo y espíritu, y no se enfoque exclusivamente en las enfermedades físicas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación mostraron una realidad distinta a la que plantea la autora, en el sentido de que la mayoría de la población mapuche entrevistada, tanto rural como urbana, sostiene que el sistema de medicina mapuche sigue siendo central en sus vidas y que, dado el contexto actual, donde la biomedicina está cada vez más presente en sus vidas, el ideal es contar con un sistema de salud intercultural. Esto se debe, principalmente, al hecho de que, según la percepción de los/as entrevistados/as, tanto los médicos como los/las machis están capacitados para el tratamiento de distintos tipos de enfermedades y un mecanismo de derivación entre ambos sistemas puede dar grandes resultados. Tanto en la IX Región como en la Región Metropolitana existen interesantes avances en el área de la salud intercultural, esfuerzos que han dado como resultado nuevas estrategias terapéuticas cuya efectividad queda demostrada por la positiva respuesta de la población frente a ellas. Uno de los casos emblemáticos en salud intercultural es el Hospital Makewe de la IX Región. La historia del hospital Makewe-Pelale se remonta a 1895, cuando comenzó su funcionamiento como un dispensario de salud bajo administración anglicana, pero ya en 1925 se constituyó en hospital para atender a la población de Padre las Casas, Temuco, Freire, Nueva Imperial y Puerto Saavedra. En 1962 se estableció un convenio entre el hospital Makewe-Pelale y el Servicio Nacional de Salud, actual Servicio de Salud Araucanía Sur. En el año 1993, por razones administrativas, el hospital estuvo cerca de ver su fin, pero 92 comunidades mapuche, junto con el personal del hospital, impidieron que esto sucediera. Desde el 1 de marzo de 1999, la organización mapuche “Asociación Indígena para la salud de Makewe-Pelale” se hizo cargo de la administración de este hospital, en convenio con el Servicio de Salud Araucanía Sur. La asociación indígena se ha propuesto llevar a cabo un Modelo Intercultural de Atención en Salud para resolver el problema de salud de sus usuarios/as, a través del fortalecimiento de los recursos locales, considerando las distintas concepciones de salud-enfermedad y apoyando la complementación de la medicina occidental con la medicina mapuche. También son objetivos importantes de la asociación, el fortalecimiento de la identidad mapuche, que las autoridades de este pueblo sean valoradas, que se considere la riqueza cultural del sector y el fortalecimiento de la dignidad mapuche en la atención de salud³².

Otro interesante proyecto de salud intercultural que se desarrolla en la IX Región es el Centro de Salud Boroa-Filulawen. En la Región Metropolitana también existen proyectos interesantes, algunos con mayor tradición que

³² <http://epi21.net/makewe/>.

otros, implementados en comunas como La Pintana, Cerro Navia, La Florida y Pudahuel, entre otras. La mayoría de estas iniciativas se enmarcan dentro de la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas del MINSAL, que funciona desde el año 1996, en conjunto con las comunidades de pueblos originarios organizadas, las que han tratado de recuperar el rol de los agentes tradicionales de salud y de sus métodos de sanación, trayendo (en el caso mapuche) machis a las comunidades urbanas.

Estas propuestas en salud intercultural se cruzan con otras iniciativas de participación social mapuche, pero en las cuales no intervienen agentes estatales; existentes tanto en la IX Región como en la Región Metropolitana, las que, si bien varían en sus objetivos de acción, coinciden en la base de sus propuestas, que tienen que ver, principalmente, con el fortalecimiento y la mantención de la identidad mapuche en distintos contextos, principalmente los urbanos, ya que si bien, por lo general, la participación social mapuche se enmarca preferentemente en el ámbito rural, en las últimas décadas se ha producido un proceso vinculado a las necesidades de educación, salud y trabajo que han impulsado la masiva migración hacia los centros urbanos, sobre todo a la Región Metropolitana y particularmente a Santiago. Para la población mapuche que migra hacia esta zona, la identidad se vuelve conflictiva. En efecto, el desarrollo de la identidad de género y étnica mapuche dependerá de la familia y el contexto, el cual puede favorecer o bien inhibir el desarrollo de la identidad étnica. Muchos/as mapuches se sienten desarraigados/as en la ciudad al perder contacto con su linaje y, por ende, con su sentido de pertenencia. A esto se suma la discriminación contra los/as indígenas, la que limita sus oportunidades laborales. De esta manera, el/la mapuche urbano está viviendo un proceso de reconstrucción social, donde lo que está en juego no es el ser mapuche, sino el cómo serlo en la ciudad (Jufken Mapu, 1997). En este proceso, las instancias de participación social juegan un rol central. Por ejemplo, muchas de las comunidades mapuches que se han organizado en diferentes comunas de la Región Metropolitana, tienen como uno de sus objetivos mantener viva la cosmovisión de este pueblo y acompañar a quienes han dejado el territorio ancestral. De esta manera, podría esperarse que quienes participan de estas comunidades urbanas se sientan protegidos en algún grado del VIH/SIDA, así como lo estarían quienes viven en el medio rural.

Se pone así de manifiesto una tensión entre aquellas propuestas políticas que buscan reforzar la identidad tradicional, y aquellas (principalmente de las mujeres jóvenes urbanas) que están en la búsqueda de profundos cambios con respecto a la forma tradicional del ser mapuche.

Como bien sabemos, el principal agente de salud en el mundo mapuche es el/la machi, figura de gran poder y autoridad dentro de las comunidades.

El rol de los/las machis ha ido variando históricamente y, como señalamos anteriormente, su vinculación a una identidad de género particular es fluctuante y compleja. Ahora bien, es preciso señalar que esta característica se ha ido transformando con los años y según la región. En la actualidad, la mayoría de las machis son mujeres, aunque la presencia de hombres también es importante, principalmente en el mundo urbano en la Región Metropolitana.

Según Bacigalupo, *“el rol de machi varía según la región y tiene una relación directa con la presencia o ausencia de jefes rituales, la cercanía de su comunidad a centros urbanos y la intensidad del cultivo agrícola. Esto se refleja claramente en la participación de la machi en el ritual colectivo de petición o gracias, el nguillatún. Encontramos que en algunos casos oficia como sacerdote ritual y embajador místico, sirviendo de lazo principal entre la comunidad ritual y su dios, y que en otros simplemente participa como invitada”* (Bacigalupo, 1993:18).

La sociedad mapuche respeta y valora a la machi por su capacidad de intermediar con lo sobrenatural; reconoce en ella el poder otorgado por el contacto con las divinidades. La machi es la única capacitada en la técnica del éxtasis, por su facultad de separarse de su cuerpo para ascender a los cielos o bajar al infierno. Así, es ella la intermediaria entre los hombres y la divinidad, verdadera depositaria de un saber sobrenatural y empírico que debe poner al servicio de la comunidad.

Como ya hemos señalado, el mundo mapuche se organiza en torno a la dualidad, bien y mal que se encuentra presente en todo orden de cosas. La machi es la máxima representante del “bien”, por lo que se dice que es también a quien primero tratará de afectar el “mal”. Sin embargo, la machi es poderosa y debería lograr controlar tales fuerzas. No obstante, si una familia se siente ofendida por una machi la acusará de kalku, de estar usando sus poderes para el “mal”.

Para Citarella, *“el patrón cultural establecido por la historia y la tradición demanda que la machi ponga toda su capacidad al servicio de la comunidad, en pro del bienestar biológico y social de las personas”* (Citarella et al, 1995:199). De este modo, la machi no puede negar atención, aun cuando por situaciones específicas desee hacerlo; la machi no puede tampoco tener privilegiados. Al ser la intermediaria entre lo humano y lo divino, la machi debe mantener un continuo, tanto en el orden social como en el cultural. Así, la machi se transforma en un importante actor social, que debe esforzarse por mantener los principios básicos dictados por la tradición, tarea especialmente difícil en la actualidad. En efecto, una machi de la IX Región asegura que *“ahora la gente poco respeta lo de los antiguos, yo creo porque han pasado muchas cosas: vino la división de la tierra, cada uno con su pedacito, vino el camino y en*

Huicahue toda la gente con su televisor, con su radio, todos están agrandados, y hay muy poco respeto por las costumbres” (Montecino, 1999:195). Es por ello que la machi sanciona el abandono de la lengua, de las vestimentas, de las costumbres.

Es importante también el rol de prevención en salud que juega la machi. Ésta debe preocuparse de alejar tanto el miedo como la enfermedad de los individuos. En cuanto a la sanación, la machi debe establecer la causa de la enfermedad para así poder tratarla. El malestar puede estar relacionado con el ámbito moral, para lo cual es necesario llevar a cabo ritos religiosos (nguillatún); o con el ámbito espiritual (posesión de espíritus, introducción de objetos en el cuerpo por brujos, etc.), caso en el que será necesario realizar ritos de curación (machitún). Así, la machi es la protectora tanto del espacio físico como del social, función de vital importancia para la sociedad mapuche. Las encargadas de asegurar la continuidad de tal rol son las familias de la machi, que deben traspasar su poder chamánico a las nuevas generaciones.

Como parte de la comunidad, las machis deben respetar ciertos deberes para contribuir a la mantención del ad mapu. Entre ellos se cuentan, acatar el llamado a machi, oficiar las rogativas de carácter comunitario para fortalecer el vínculo del hombre con la divinidad y los espíritus, cumplir con los deberes rituales en cuanto a los espíritus protectores de la familia y en cuanto a aquellos que tienen dominio de ciertos espacios (canelo, cascadas de agua, etc.), cuidar el secreto de sus conocimientos, proteger sus objetos de uso personal, realizar cada cierto tiempo ceremonias de renovación (ngeykurewen) y oficiar ritos de circulación de poderes (machilüwün). Si la machi deja de lado sus deberes, puede ser castigada por las divinidades, ya que siempre está expuesta a las fuerzas del kalku. Por otro lado, en el mundo mapuche nadie puede escapar a las actividades de subsistencia, por lo que tanto la machi también debe trabajar la tierra y realizar labores paralelas a su rol curativo o religioso para subsistir.

Es necesario mencionar que todas las actividades rituales de machi deben ser retribuidas, pero los honorarios no pueden ser ni muy altos ni muy bajos, porque entonces la machi enferma. No es ella quien fija la retribución, sino su poder. Tal retribución cumple la función de restablecer el orden; por lo tanto, siempre debe realizarse. La machi no debe nunca lucrar, pues el poder le fue entregado para servir. Sin embargo, hoy se observa en algunas zonas que los individuos han dejado de acudir a la machi pues sus precios son demasiado altos.

A través de todo lo antes expuesto, podemos ver que la machi es la figura central dentro del sistema de salud mapuche. Por siglos, su sabiduría en los temas relativos a la salud y la enfermedad y la cosmovisión mapuche en general, han logrado mantener la armonía dentro de este pueblo. Aun así, hay una serie de patologías que la machi reconoce como foráneas y cuyo

tratamiento lo deja en manos de agentes de salud winkas. Pareciera ser que el VIH/SIDA es un tema que aún no entra dentro del quehacer de las machis y, en efecto, pareciera ser que incluso no está dentro de su imaginario simbólico. Aun así, en el trabajo de terreno pudimos constatar que existen interesantes lecturas de esta enfermedad por parte de las machis, quienes lentamente han ido integrando y haciendo una relectura del VIH/SIDA desde las concepciones propias de salud y enfermedad del universo mapuche.

Para efectos del presente estudio tuvimos la oportunidad de entrevistar a una machi de la IX Región y dialogar con ella en torno a las concepciones que maneja sobre el VIH/SIDA. Su testimonio fue muy enriquecedor, principalmente para comprender el modo en que estas agentes de salud están conceptualizando la enfermedad y el abordaje que frente a esta realizan.

Su propio testimonio nos dice que:

“Esa SIDA todavía yo no le he comprendido” (Machi, IX Región).

Pero, a la vez, esta misma machi elabora una serie de elucubraciones en torno al VIH/SIDA:

“Yo esa SIDA me cuido no más, me cuido de eso. Usted sabe los niños a veces pescan cualquier cosa, a veces puede ser infección, pero SIDA, cuando una persona tiene SIDA se desparrama todo... Si usted se sienta con una persona que tiene SIDA, usted sienta y se pesca altiro. Eso hay que tener cucharas aparte, camas aparte, porque es muy contagioso... Quizás de donde viene, llegó, yo me creo que debe ser una cosa de descuido creo yo, viste que hay hombre que no mira donde lo mete, el hombre que se casa con su esposa también lo pega, también los hijos, a la guagua le puede pegar... Al mapuche no, parece que no, porque en el pueblo hay tanta entretención, baile, fiesta, allá es donde pescan ese aliento malo... Digo yo que a lo mejor viene de los perros que lo traspasa por el aliento. El aliento es que pa mí esos son muy fuertes... El SIDA está primero en el interior, donde está la mamá verdadera, la matriz, ahí es donde anda el calor, y después de a poco se va desparramando pa todo el cuerpo, aguanta buen tiempo pero de ahí va secándose, la sangre se pone negra, se pone negra, ¿por qué se pone negra la sangre?, porque con tanto calor, porque todo el cuerpo se acaloró y la sangre es clarita entonces de la correa esa, de la vena, negro, todo negro, es que se está quemando, se está quemando porque mucho el calor y poco circula, cuando se ha metido con hombre o cuando hombre se ha metido con mujer, como que desea así, pero ni es así, es la enfermedad... A la fuerza se termina el cuerpo todo flaco” (Machi IX Región).

En general, en el mundo mapuche el tema del contagio, el “konev”, es central, ya que podríamos decir que es la gran etiología de la enfermedad. A su vez, este contagio está muy relacionado con el aliento; es más, casi todas las

enfermedades dentro del mundo mapuche pasan por el tema del aliento. De esta manera, la lectura que realiza la machi nos permite observar el modo en que el VIH/SIDA está siendo conceptualizado dentro de las categorías de salud y enfermedad propias de la cosmovisión mapuche.

5. VIH/SIDA y movilidad poblacional

Movilidad poblacional vinculada a los trabajos temporales

Uno de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA más importantes, reconocido por la misma comunidad mapuche de la IX Región, es la movilidad poblacional vinculada a trabajos temporales. Dentro de la población mapuche es muy común el trabajo temporal en el rubro de la fruta, el cual se realiza a lo largo del país. En general, en las entrevistas en profundidad, las personas se refieren a estos traslados como viajes temporales “al norte”, significando este espacio, simbólicamente, todo aquel territorio que está fuera de la IX Región en dirección hacia Santiago. También es común el viaje hacia Argentina, contexto histórico de movilidad poblacional mapuche que en la actualidad no está tan presente como antaño.

Hombres y mujeres migran en distintas estaciones —preferentemente durante los meses de verano—, por un período que varía entre los tres y seis meses. Durante ese tiempo, las personas mantienen un vínculo muy lejano con sus familias y es común que establezcan relaciones con gente “de afuera”.

“Hoy en día la mayoría de la gente del campo se va como a Santiago y en época de verano va a los huertos, la fruta, de Chillán hasta Valparaíso, donde está toda la zona de la fruta. Ahí la gente tiene más contactos con gente de otros lados” (Mauricio, rural, IX Región).

Al respecto, uno de nuestros informantes claves de la IX Región sostiene:

“... el SIDA, debe haber personas que tienen SIDA en la población mapuche, temporeros que salen a trabajar fuera del territorio y que después vuelven y ya son portadores, están infectados... Seguramente en nuestros territorios mapuches más que en otros territorios producto de la migración de la gente que va a trabajar a otros lugares, Santiago, y que por ahí hay una captación de la enfermedad. Pero en el territorio mapuche no existe gente ya declarada” (Informante clave mapuche, IX Región).

Dentro de los matrimonios mapuches, principalmente en los sectores rurales, si bien hombres y mujeres se desplazan para realizar estos trabajos, nos fue posible encontrar muchos relatos sobre hombres que viajan y mantienen relaciones extramaritales en estos lugares, mientras la mujer se queda a cargo

de los/as hijos/as y el hogar. Pareciera que estas “aventuras” extramatrimoniales no interfieren en la vida conyugal, y que la mujer, por lo general, no le pregunta al hombre sobre estos temas a su regreso. Es muy interesante rescatar el hecho de que, en la mayoría de los testimonios de mujeres mapuches rurales, aparece la idea de que confían en sus maridos, pero no en el sentido de que éste no va a estar con otra mujer, sino de que se fían en su juicio a la hora de involucrarse con una mujer. Así es que sostienen que sus maridos “no se meten con cualquiera” y que estos se cuidan para no ingresar enfermedades en los hogares. Aun así, ninguna tiene la certeza de que su marido utilice el condón u otra estrategia preventiva y, por otra parte, ninguna de ellas exige el uso de prevención por parte de su marido. De esta manera, esta llamada confianza se basa más en supuestos que en hechos reales, lo que hace que la movilidad poblacional temporal sea uno de los principales contextos de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en la población mapuche de la IX Región.

Es interesante la percepción de una de las informantes claves en salud de la IX Región, sobre la relación entre la migración y la adquisición del virus. Según esta doctora, en los últimos años ha habido un cambio importante, ya que la adquisición del VIH ya no sólo se vincula con la movilidad estacional, sino que también se está produciendo la adquisición del virus por parte de personas que nunca se han movido de la región, incluso de la comuna:

“Los pacientes que teníamos antes eran de Argentina o de Santiago y se habían infectado allá y volvían. Pero ahora no, se infectan acá. Y los primeros de comunidades también, era que había salido uno y después se había infectado el resto de la gente. Pero ahora son de acá de la región. No necesariamente hoy día se infectan porque migran, sino que existe gente infectada que es solamente de acá, que nunca se ha movido de su comuna, de su región” (Informante clave salud, IX Región).

Este hecho puede estar vinculado a diversos factores: por una parte, a lo que hacíamos mención anteriormente y que tiene que ver con las relaciones de género que se establecen dentro del mundo mapuche, donde la mujer confía en las decisiones del marido en torno a la sexualidad y no se protege aun teniendo la certeza de que se involucró con otras personas, tema en el cual profundizaremos más adelante. Por otra, la movilidad estudiantil que se produce dentro de la misma región es un elemento que particulariza la vulnerabilidad y el riesgo de la población mapuche frente al VIH/SIDA.

Movilidad poblacional permanente vinculada a la migración campo-ciudad

Este tipo de movilidad poblacional se desarrolló con gran fuerza durante el siglo XX e implicó una transformación significativa del panorama nacional, con el consecuente aumento de urbanización de la población en general. El

mundo mapuche también entró con fuerza en este proceso y, en la actualidad, la población mapuche urbana representa un porcentaje importante y muy significativo de esta etnia. Para efectos del presente estudio, nos vamos a centrar particularmente en uno de los aspectos involucrados en este proceso de movilidad poblacional, referido a los estudiantes que migran de las zonas rurales a las urbanas, ya que consideramos que es de crucial importancia en la actualidad y representa un contexto hasta la fecha bastante invisibilizado.

A través de las entrevistas realizadas a población mapuche de la IX Región, fue posible constatar que “la ciudad”, espacio al que muchos/as estudiantes mapuches de sectores rurales migran para continuar o profundizar sus estudios, es concebida tanto por ellos/as mismos/as, como por sus padres y madres, como un contexto de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y otras ETS, dado que enfrenta a los/as jóvenes a realidades distintas que los/as confrontan con su cosmovisión, su sexualidad y su identidad cultural en general.

Si bien existe una importante movilidad estudiantil dentro del propio mundo rural, la cual permite que los/as estudiantes terminen su enseñanza media, nos vamos a enfocar en Temuco, ciudad a la que muchos/as jóvenes acceden, ya sea para completar la enseñanza secundaria, o bien continuar con una formación universitaria.

La mayoría de estos/as estudiantes llegan a Temuco a vivir a distintos hogares mapuches. Éstos generalmente han sido creados por jóvenes mapuches y son administrados por ellos/as mismos/as, quienes se organizan de diversas maneras para poder conciliar una vida doméstica armónica. Algunos hogares están abiertos para jóvenes mapuches de diversas procedencias y otros son exclusivos de ciertos grupos étnicos específicos. Tal es el caso del Hogar Pewenche, fundado en Temuco en el año 2000 por un grupo de jóvenes pewenches de Lonquimay. Todos/as quienes llegan a este hogar, en su mayoría pertenecen a la misma comunidad. Sobre el financiamiento de estos hogares, la mayoría recibe ayuda municipal y de la CONADI, las cuales califican de insuficientes. Para la mayoría de los/as jóvenes entrevistados/as, los hogares funcionan como el gran soporte para poder acceder a la educación, principalmente superior.

Por otra parte, muchos de los hogares representan para los/as jóvenes un espacio donde se reproduce su cultura mapuche y, por ende, un lugar donde se reafirma su identidad cultural. De esta manera, los hogares son verdaderos “colchones” que acogen a los/as jóvenes mapuches que migran del campo a la ciudad, siempre y cuando el propósito sea continuar con sus estudios. La reproducción de la cultura que sucede en cada hogar varía de acuerdo al grupo de jóvenes que lo habita. En el caso de un hogar que acoge

a población pewenche, los/as jóvenes que ahí viven cuidan mucho de su particularidad étnica y de reproducir esta a través de diversas actividades que promueve el hogar.

“Cuando nosotros empezamos con el hogar, nos decían pero por qué no se van a los otros hogares, al hogar de las Encinas o de Padre las Casas, que son hogares que tienen 80 alumnos que todos son mapuches. Nosotros luchamos porque no, somos pewenches, tenemos cosas que son diferentes a los mapuches” (Mirna, urbana, 25, IX Región).

En las entrevistas pudimos apreciar que existen diferentes opiniones acerca de la vida en los hogares mapuches y la sexualidad. También pudimos constatar que este tema varía de un hogar a otro y no es posible generalizar las realidades. En el caso de algunos de estos hogares existen reglas estrictas respecto a los pololeos y los encuentros entre hombres y mujeres:

“En el hogar no ha habido experiencias de pololeo entre los de ahí. Si igual hay algunos chicos que están pololeando, pero con niñas de afuera. Pero igual hay toda una regla” (Mirna, urbana, 25, IX Región).

Aun cuando hay hogares que han establecido una serie de reglas que norman la sexualidad de los/as estudiantes que viven en la misma casa, la gente que habita estos hogares es consciente de que existe una suerte de estigmatización sobre estos espacios, vinculada principalmente al libertinaje sexual:

“Todos los hogares están como bien desprestigiados en el sentido que en los hogares hay matrimonios, que la gente tiene hijos adentro, que pololean” (Manuela, rural, 19, IX Región).

A través del testimonio de una joven, nos fue posible acceder a la realidad de otros hogares que encajan más con el modelo estigmatizado, espacios donde las reglas en torno a la sexualidad no están tan claras y hombres y mujeres pueden tener encuentros sexuales fácilmente:

“Las relaciones sexuales. Me acuerdo que en el hogar se daba mucho. Todo lo de las relaciones sexuales se da porque no hay nadie que lo controle. Entonces entran muchas chicas recién egresadas y muchos chicos de todas las comunidades... Hay muchas chicas que quedan embarazadas... Ellos empiezan en el mismo hogar a formar sus familias, eso es lo que ha llevado a saturar los hogares, porque ya no son piezas de cuatro niñas sino que de marido y mujer y ahí empiezan los problemas por el trabajo, además de los estudios y hay pocos que tienen el apoyo de sus papás” (Matilde, urbana, 23, IX Región).

Sobre la educación sexual dentro de los hogares de estudiantes mapuches, la joven sostiene:

“Me acuerdo que yo era muy amiga de la chica que era la directora y hablábamos el tema de la educación sexual y faltaba mucho eso; faltaba que alguien fuera a dar una charla, les hablaran un tiempo, ellos entendieran realmente la prevención y todo porque ellos no lo toman en cuenta. Yo lo veo así: como que ellos piensan que solamente el occidental tiene SIDA y no el mapuche” (Matilde, urbana, 23, IX Región).

Es interesante apreciar el cambio que implica para los/as jóvenes el llegar a vivir a la ciudad, salir del medio rural para insertarse en la dinámica urbana como jóvenes estudiantes. En este sentido, los/as jóvenes deben enfrentar serios desafíos que incluyen el plano de la sexualidad, ya que se les “abre” un nuevo abanico de posibilidades que les permite un mayor crecimiento personal, pero los hace más vulnerables a la adquisición de diversas ETS, entre ellas el VIH/SIDA.

“En la ciudad, esto de la ciudad que llegái del campo, de un pueblo chico, llegái a una ciudad grande y como que te desordenas de vida, tení un sinnúmero de opciones, de donde salir a carretear, vení conociendo compañeros nuevos, amigos nuevos y empezái a divertirme, de repente hay gente que llega y como que se le abre el mundo, es un mundo con tantas posibilidades, posibilidades me refiero a tipos de entretenciones, con tantas alternativas, entonces como que vai picando por todos lados. Por eso creo que el contexto de la ciudad es más peligroso, porque hay más posibilidades de contagio” (Mateo, rural, 23, IX Región).

El mismo joven continúa diciendo:

“Yo creo que tener relaciones con varia gente o con gente que tú no conoces, ahí es más alta la probabilidad que te puedas contagiar, porque tú no conoces a la gente y no sabes quién es y qué es lo que tiene, entonces yo creo que aquí en las ciudades es bien fácil que se dé, porque uno como joven va a la disco y es típico que conocí a alguien en la disco y salí y después al otro fin de semana vai de nuevo a la disco y conocí a otra persona y te vai con esa persona y como que siempre vai conociendo gente... Entonces es como más susceptible de que aquí en la ciudad te va a pasar, es más fácil contagiarte... Yo creo que hay muchos jóvenes que no piensan, de repente andan con el condón en la billetera, pero al momento no lo sacan, no lo ocupan” (Mateo, rural, 23, IX Región).

De esta manera, jóvenes mapuches, hombres y mujeres, deben enfrentarse a nuevos retos en los contextos urbanos, desafíos que en términos de género se diferencian para unos y otras, pero que apelan a una readecuación de las pautas tradicionales aprendidas principalmente en el medio rural del cual migraron.

Para el caso de los/as jóvenes que han vivido toda su vida en contextos urbanos, el escenario es bastante diferente y, en muchas ocasiones, se enfrentan a otros desafíos en lo que respecta a su identidad mapuche y su sexualidad en tanto jóvenes; muchas veces cruzado por variables como la discriminación y la pobreza, entre otros factores.

De esta manera, los/as jóvenes mapuches, tanto hombres como mujeres y tanto de origen rural que migran a la ciudad así como aquellos/as que han nacido y vivido en contextos urbanos (Temuco y/o Santiago), se enfrentan en la adolescencia a una etapa de vulnerabilidad en lo que respecta a la adquisición de diversas ETS, entre ellas el VIH/SIDA y, en tanto grupo social, representan uno de los principales actores en futuras estrategias de prevención.

El considerarlos como actores relevantes para la implementación de futuras estrategias de prevención, se fundamenta no sólo en sus condiciones de vulnerabilidad, sino también en su mayor permeabilidad frente a la incorporación de estrategias preventivas en comparación con las generaciones precedentes. Situación que no sólo obedece a factores puramente etéreos, sino también a las particularidades de su devenir biográfico. Elementos que les permiten transitar y combinar la vivencia de contextos étnicos “más tradicionales” junto a escenarios urbanos modernizantes. Todo aquello, se expresa de manera más o menos armónica o conflictiva en su proceso dinámico de constitución de sus identidades.

Pueblo originario Rapa Nui

1. Breve aproximación histórica

Rapa Nui —también conocida como Isla de Pascua— es el vértice sureste del triángulo polinésico. Isla de origen volcánico, está situada a los 27° latitud sur y 109° longitud oeste. Pertenece políticamente a Chile y administrativamente a la V Región. Según el Censo Nacional de Población 2002, el pueblo rapanui alcanza a las 4.647 personas, representando el 0,7% de la población indígena del país. Los habitantes de la isla son en su mayoría rapanui, habiendo asimismo continentales —en su mayoría funcionarios públicos— y extranjeros

de variados lugares del mundo. Existe un flujo migratorio constante hacia y desde el continente, y una gran cantidad de turistas visitan la isla anualmente. La actividad económica principal es el turismo y sus derivados. Y se practica la agricultura, crianza de animales y pesca para autoconsumo o para la venta local en pequeña escala.

Los primeros colonos, provenientes de alguna isla dentro de la Polinesia, arribaron cerca del año 400, fecha donde comienza un desarrollo cultural independiente que alcanza su esplendor en el período clásico o “ahu moai”, caracterizado por una estructura social jerarquizada y una progresiva competencia entre las tribus y los estratos sociales. Este período de casi 800 años, tiene su manifestación más conocida en la construcción de monumentales moais, cuya finalidad era la de honrar a los antepasados ilustres de cada tribu y, con ello, cumplir también la función de ser los guardianes del orden establecido. Cerca del año 1600, este orden del mundo rapanui comienza a decaer por una insostenible saturación ecológica, relacionada con un aumento demográfico y con factores políticos. Los estratos sociales inferiores se rebelaron contra el viejo orden y la era de los moais fue clausurada con furia. Luego de la revolución y las guerras intestinas, surgió una forma de organización política ya no hereditaria, sino a través de la competencia entre las tribus.

En el año 1722, tres barcos holandeses, a cargo de Jacobo Rogeeven, llegaron a la isla, produciéndose el primer contacto de los rapanuis con hombres de tierras occidentales. Si bien a partir de entonces los contactos con navegantes fueron espaciados en el tiempo y no generaron mayores repercusiones para la comunidad ni el ecosistema isleño, será a partir de la segunda mitad del siglo XIX que los contactos interculturales cambiarán para siempre el destino del pueblo rapanui y de la propia isla. Entre 1860 y 1870, se produce el conocido rapto de isleños para el trabajo forzado en las guaneras y el campo peruano. Se calcula que de unos mil isleños que habrían sido llevados a Perú, según Englert, “900 ya habían sucumbido, víctimas de tuberculosis y viruela, de cambio de clima y trabajo forzado, y —nos imaginamos— de nostalgia y desesperación. De 100 sobrevivientes, 85 murieron en el viaje, y solamente 15 llegaron repatriados a la isla, trayendo por desgracia el contagio de las viruelas” (Englert, 1980: 123). El vacío dejado por los que se fueron fue tanto demográfico como cultural, pues se estima que entre ellos se encontraba el Ariki Henua (el rey), y su hijo, además de numerosos hombres sabios, guardadores de la tradición ancestral. Este capítulo de la historia isleña constituye, sin duda, una herida abierta, y está en la memoria colectiva incluso de las nuevas generaciones. Según Mc Call, es a partir de esta experiencia que los isleños “aprendieron que los extranjeros podían aplastar su pequeña isla y dominar a las pocas personas que allí vivían” (Mc Call, 1998: 40).

En 1864 se instalaron de manera permanente los primeros misioneros (Sagrados Corazones) y en 1868 los primeros comerciantes, quienes definieron el destino del territorio y el asentamiento de la población en Hanga Roa. Además, produjeron conflictos internos entre los isleños, los que incidieron en el éxodo de gran parte de la población hacia Tahiti y otras islas cercanas.

Mc Call considera que “así como los legendarios hijos de Hotu Matúa crearon el orden social anterior a 1862, también esos hijos (e hijas) de los desastrosos tiempos del último siglo crearon las líneas de descendencia posteriores. De hecho, fue una segunda fundación del orden social de Rapanui. Y este es el que la gente considera actualmente como el tradicional” (Mc Call, 1996: 30). Este nuevo orden es genético, demográfico y, también, cultural.

La isla es anexada a Chile en septiembre del año 1888, pero queda alejada de la administración civil por más de setenta años. Entretanto, la Armada asumió una tutoría desde 1917 con la Ley 3.220, que otorgó al Subdelegado Marítimo el poder para administrar, quedando así dos grandes poderes en la isla: el de la Armada y el de los administradores de la compañía ganadera de turno. Rapa Nui fue desde finales del siglo XIX hasta la década de los cincuenta, sucesivamente arrendada por el Estado de Chile a particulares para la ganadería, ocupando los animales cada vez más territorio isleño y generando una turbia situación en torno a la tenencia de la tierra, disputada entre el Estado y estos particulares (Rochna, 1996). Los primeros asentamientos occidentales y el posterior uso extendido de la tierra para la explotación ganadera, generaron una ruptura de los patrones de asentamiento, habitación, trabajo y organización social tradicionales. La población fue progresivamente confinada en un lugar específico del territorio (el pueblo de Hanga Roa), mientras el ganado ocupó su lugar en el territorio ancestral rapanui. En 1953, la isla quedó bajo el control absoluto de la Armada de Chile, una vez que se puso fin al último contrato de arrendamiento a la Compañía. Ello significó para la isla el estar bajo la jurisprudencia militar, en una situación caracterizada como “paternalista y neocolonial” (Ibíd).

A mediados de los años 60, la comunidad protagonizó una verdadera revolución en contra de la administración naval, poniendo fin a la misma. El año 1966 se dictó la Ley 16.441, que integró administrativamente la isla a Chile, lo que implicó la entrada de una serie de servicios públicos y administrativos y de sus respectivos funcionarios a la isla. Se inició así una etapa de profundos cambios económicos, políticos, sociales y medioambientales, generándose una sociedad altamente mestizada y expuesta a las influencias culturales externas. Rapa Nui fue abierta al tráfico aéreo y, con ello, entre otras cosas, se incrementaron las relaciones entre las islas polinésicas, sobre todo con Tahiti y las islas Tuamotu, a lo que se debe en gran parte la consecuente valoración de estas culturas y el resurgimiento de una identidad propia, emanado de un sentimiento de identidad común.

La historia de las instituciones médicas en la isla está plagada de situaciones contradictorias, y se observa desde tiempos remotos una constante en relación con lo fragmentario de las medidas sanitarias y el abandono y vulnerabilidad consecuente de la población isleña por parte de los agentes del Estado (Fajreldin, 2002). La autoridad naval asumió, en conjunto con la administración ganadera, el costo de las primeras instalaciones de salubridad en la isla, con escaso apoyo desde el continente. Como resultado, la fuerza se impuso, y la distancia con respecto al continente, lo que repercutió en una mala calidad de la atención y de las instalaciones existentes. El tratamiento de la lepra fue particularmente dramático, no existiendo, sino hasta la década del 50, una política en relación al tema. Sin embargo, esta política partía de un paradigma represivo³³, que ha dejado hasta el día de hoy un imborrable recuerdo y que mediatiza la relación de la comunidad isleña con las instituciones de salud continentales.

En 1966, las instalaciones hospitalarias existentes pasaron a depender directamente del Servicio Nacional de Salud. En 1976 se entregó un nuevo edificio para el hospital, y la administración del mismo pasó definitivamente a formar parte del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio a principios de la década de 1980, situación que se mantiene hasta hoy.

El sector Salud es percibido por los isleños contemporáneos como heredero de esta historia de represión, abandono y dominación (Weisner y Fajreldin: 2001). La percepción que existe, particularmente sobre el único centro de salud de la isla, el Hospital Hanga Roa, es muy negativa, ya que la comunidad critica la falta de infraestructura, de medicamentos y de especialistas. Particularmente complejo resulta interpretar desde Rapa Nui el hecho de que la administración y la responsabilidad sobre la salud de la isla (salud de las personas y del ambiente) dependan de la V Región y de instituciones ubicadas a 4.000 kilómetros de distancia. Se producen algunos cruces de poder entre los niveles locales, regionales y centrales, que dificultan la gestión y potencian una mala relación política permanente entre la comunidad y el Chile institucional, incluso más allá del ámbito exclusivo de la salud, afectando a las relaciones interculturales en general.

2. Aproximación estadística

En términos epidemiológicos, la V Región está entre las de mayor incidencia de VIH/SIDA, alcanzando una tasa de crecimiento anual cercana al 15%³⁴.

³³ Hospital Naval y Leprosario actúan concertadamente en las operaciones de "captura" de la población isleña para el control anual de la lepra, a lo que se suma el uso del Leprosario como campo de reclusión de todos aquellos que no se sometían a dichos controles.

³⁴ Fuente: Seremi de Salud V Región, 2004.

Desde el año 1986 hasta el 2003, se ha registrado en la región un total de 1.636 casos, correspondiendo a hombres, 1.395 casos y a mujeres, 291. En relación con el Factor Principal de Exposición, encontramos que mayormente es la vía homosexual, para el caso de los hombres, y la exposición heterosexual, para el caso de las mujeres.

Para el caso de la comuna de Isla de Pascua, se han detectado sólo dos casos de VIH/SIDA entre los años 1984-2002. Desconocemos hasta el momento cifras más actualizadas derivadas del centro de salud local. Tal como ya hemos mencionado, lamentablemente el registro de casos de VIH/SIDA en el país no contempla un desglose por origen étnico, lo que dificulta conocer las cifras reales de isleños que están viviendo con VIH/SIDA. Según datos del censo de 2002, en la V Región hay una población total de 2.637 personas pertenecientes al pueblo rapanui, 1.334 de ellos hombres y 1.303, mujeres.

Casos y tasas de VIH/SIDA por comunas V Región			
	Casos VIH/SIDA	Población	TASAS X 100000
Isla de Pascua	2	2.764	72.36
Valparaíso	556	282.840	196.58
Viña del Mar	374	285.454	131.02

Observación etnográfica

En Isla de Pascua fueron efectuados dos trabajos de campo; el primero estuvo focalizado en la obtención de entrevistas con informantes comunitarios y se llevó a cabo durante un mes, entre julio y agosto del año 2004; el segundo, en tanto, se enfocó en las entrevistas con informantes claves y tuvo una duración de una semana, en el mes de septiembre. Ambos trabajos de terreno, fueron acompañados por observación etnográfica de algunos contextos de vulnerabilidad y situaciones y escenarios de la vida cotidiana de la comunidad que dieran luces sobre la dinámica e interacción social existente, y algunas claves culturales para interpretarlas en beneficio de un posterior análisis.

3. Factores culturales y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA

3.1. Salud-Enfermedad

Si bien antiguamente parece haber existido en la isla una noción etiológica y terapéutica naturalística, se estima que fue mayor la prevalencia de una concepción biomédica de malestares como el respiratorio, el estomacal, de la

piel, de los huesos, por mencionar algunos. (Thompson, 1889; Metraux, 1950; Englert, 1988 ; Campbell, 1987, 1993, entre otros). La enfermedad “natural” no concita gran preocupación, careciendo en gran medida la comunidad de elementos etnofarmacológicos.

Si hacemos una breve reflexión, las enfermedades “nuevas” han dejado de serlo y, en su lugar, han aparecido otras, siempre “de afuera”. Son los extranjeros los que traen a la isla las enfermedades contagiosas, evolucionando su presencia de acuerdo al contexto del contacto. La comunidad, que ha quedado en un primer momento “lisiada” por la historia que contextualiza a las primeras enfermedades introducidas en la isla —como el caso de la lepra o la viruela llegadas desde Perú—, no tiene entonces cómo hacerles frente, sucumbiendo de manera dramática y requiriendo, posteriormente, los sobrevivientes de la ayuda médica de los mismos extranjeros, ya fueran los misioneros, las compañías ganaderas, el Estado, los turistas, entre otros (Fajreldín, 2003). Es por esto que los isleños consideran que el sistema médico chileno, el mismo que intentó penetrar en la cultura, debe hacerse cargo de las nuevas enfermedades que aparecen en la isla.

Paralelamente a esta demanda, es también a partir del contacto con el mundo exterior, que en la isla ha emergido una novedosa medicina natural, en la cual las plantas son el centro. En un medio ambiente destruido, serán en su mayoría estas plantas que vienen llegando “de fuera” las que aliviarán las enfermedades “de afuera”. La gran mayoría de ellas constituyen en el discurso actual “remedios pascuenses” (Weisner y Fajreldín, 2001), denominación que alude tanto a efectividad como a identificación, astucia histórica que ha servido en términos políticos a la comunidad para verse a sí misma como poderosa, logrando revertir en gran medida la situación de vulnerabilidad en que se encuentra.

Por otro lado, la presencia de Chile y su gente implica una paulatina chilениzación que acarrea un cambio en la identidad de sus habitantes, que si bien los rapanuis han sabido adecuar a la satisfacción de sus necesidades, es también leída como amenaza. Hoy en día, Rapa Nui lucha por una identidad no chilena y se encuentra en una resistencia reivindicacionista de su cercanía original con la Polinesia (Fajreldín, 2003). En ello, lo médico cumple una importante función. Encontramos también el valor de otros aspectos tradicionales ligados íntimamente a lo médico, que pese a haber sido por décadas pisoteados por los acontecimientos históricos, poseen aún gran trascendencia y son cada día mejor evaluados por la comunidad, cobrando mayor poder. Es el caso del concepto central de mana³⁵. El discurso contemporáneo apunta a revalorar lo perdido y a exacerbar aquello que es potencialmente un medio de

³⁵ Noción transpolinésica de poder, fuerza vital, energía, que se considera heredada por los ancestros a la comunidad a través de territorio, objetos, roles y personas.

autovaloración cultural y oposición. De esta manera, vemos cómo lo médico se relaciona en Rapa Nui con el ámbito de lo político, con necesidades de reivindicación, con identidades étnicas que necesitan constituirse.

Los ancianos conservan hoy un lugar de privilegio dentro de la sociedad, y en el ámbito médico se les considera poseedores de más 'mana' que el resto de la población y, por lo tanto, pueden actuar como preparadores de remedios naturales o restablecedores del orden en el ámbito de las relaciones con el mundo espiritual. Esta noción de mana presente en ellos es incluso más importante que la propia experiencia del anciano/a. No existen diferencias de género en relación con este punto.

La enfermedad, entonces, en la Isla contemporánea, puede dividirse discursivamente entre aquella "isleña" y "de afuera". La enfermedad isleña es por definición aquella que coincide con un quebrantamiento del estado normal del cuerpo y que se atribuye a una violación de tapu (concepto que nos habla de la armonía necesaria entre hombre, seres sobrenaturales y medio ambiente), pero que correspondiendo a una etiología, como la ya esbozada, no se entiende comunitariamente como enfermedad, sino que "parece enfermedad". Son isleñas también otras enfermedades menores derivadas de la interacción con el medio ambiente, de corte natural.

Concebidas como "enfermedad de afuera" están tanto aquellas infecto contagiosas en permanente ingreso por vía del transporte, marítimo y/o aéreo, proveniente de los más diversos lugares del mundo, como las provocadas dentro del micromundo isleño por consecuencia del cambio medioambiental y sociopolítico derivado de los procesos históricos de contacto de la isla con el mundo exterior y, sobre todo, a partir del brusco cambio de los patrones de vida recientemente provocados con el ingreso de la administración civil de Chile en la década de 1960. Particular énfasis da la comunidad, en este sentido, a males como la diabetes, la hipertensión arterial y el cáncer.

En términos políticos, la comunidad isleña contemporánea hace alusión a la enfermedad "de afuera" casi siempre como una consecuencia directa o indirecta de la presencia de Chile como administrador de la isla. La noción de salud tiene que ver entonces con una cierta nostalgia de un pasado ambiguo en el que la isla "era más sana", habían mejores alimentos, y donde no había entrado "la maldad" que ahora existe y que se manifiesta en la pérdida de sentido colectivo y un énfasis en el interés personal, individual.

Otra dimensión del concepto de salud, más inmediata, está dada por la necesidad y la recurrencia con que la comunidad acude al centro de salud de la isla, el Hospital Hanga Roa. Pese a la precariedad del servicio médico y tecnológico allí existente, la comunidad policonsulta y

se hace atender por los síntomas aparentemente más banales. Una de las explicaciones que pudiéramos darle es la certeza comunitaria sobre su propia vulnerabilidad, con raíces históricas pero que se reafirma permanentemente y tiene su ejemplo más cercano en el dengue. Ante la enfermedad atribuida políticamente a la presencia de Chile, pareciera decirnos el discurso isleño, es justamente el Hospital el responsable de resolverla, lectura comunitaria que actúa endosando la responsabilidad sobre el país y su referente más cercano.

La enfermedad constituye en Rapa Nui una realidad latente, una permanente amenaza. Por ende, la comunidad ha hecho de “su medicina” un instrumento de defensa simbólica y reivindicación política. Muchas veces esta concepción se expresa en la reiteración acerca de la efectividad médica de alguna planta medicinal, capaz de atacar las más “nuevas” y violentas enfermedades. Se expresa en el discurso permanente de la comunidad que opone la “sabiduría de los antiguos” a “la vida fácil de ahora”.

3.2. Concepción del VIH/SIDA entre la población rapanui

Contradiendo la noción recién expuesta sobre “enfermedad de afuera”, en el caso particular del VIH/SIDA, pareciera que para la comunidad rapanui no hay una relación directa entre VIH y Chile, exclusivamente:

“Nadie está libre, es un mal mundial. Y ahora con mayor razón por el tema de la globalización” (Rubén, Santiago, 53).

El VIH/SIDA corresponde a una enfermedad que claramente se relaciona con las conductas individuales, y con la situación vulnerable de la isla en términos de:

“... por la entrada de turistas, por el turismo yo creo que ha ingresado bastante. Por lo menos todo lo que es las relaciones sexuales, porque aquí es promiscua la población, somos muy cálidos aquí, entonces hacer el amor no es algo malo aquí, es algo rico. Y... no pensando en que pueda tener uno enfermedades. Antes la gente era más liberal pero también más cuidadosa. Liberal no en el sentido de libertinaje sino que eso de como cultura..., de que no está mal mirado satisfacer sus necesidades sexuales. Pero hoy en día sí, ya es libertinaje, ya hay como comercio sexual, no pagado entre paréntesis porque la gente ya tiene como el bicho metido adentro que se produjo un cambio intercultural pos. Ahora es la discoteca, drogas, sexo, alcohol. Antes no era así” (Rebeca, Isla, 35).

Por tanto, a nivel de concepción de la enfermedad, pareciera existir una responsabilidad frente a ésta en tanto personas activas y no como “víctimas” de aquello que entra de afuera simplemente. Junto a esta

concepción, hemos encontrado también un discurso circulante que atraviesa a diferentes sectores en la isla y que expresa un temor “irracional” acerca del VIH como “contagioso”, “contaminante”³⁶, tal como lo han sido otros tantos males históricamente sufridos por la comunidad. Se relaciona con la otrora estigmatización de la población debido a temas de salud —la lepra, por ejemplo—, como la certeza de la vulnerabilidad en que se encuentran en tanto isla con flujo de turistas y una estructura de salud pública precaria. El temor a la discriminación, en este caso, estaría presente en la isla tanto a nivel colectivo como individual:

“Para nosotros el SIDA sería un doble impacto por el asunto de la estigmatización, como nuestros abuelos por el asunto de la lepra. Ahora, si nuestros enfermos de SIDA, los que existen actualmente, fueran confinados a un sanatorio, volvería la psicosis que hace 100 años comenzó en la isla. El temor de los con SIDA, sí. Es importante eso. Entonces... mira el temor mío es la poca cantidad de gente de nosotros de los rapanuis porque esto nos puede exterminar” (Ramiro, Isla, 41).

A nivel de discurso, es posible observar una negación comunitaria frente al enfrentamiento del tema, basada en la aparente ausencia de un referente real actualmente; el que de existir, incluso sería preferible no asumirlo:

Artículo VIII. “Porque hay un encierro de que... como que a nosotros no nos va a pasar eso ¿entiendes? Entonces acá..., incluso el caso que hubo se ocultó, ni siquiera..., estuvo como en el ambiente... uno o dos meses y después chao, se acabó, o sea aquí no pasó nada y no hay más, no hay más que eso (...) (De haber, habría que prevenir) no teniendo relaciones con él o buscar la manera de que lo deriven al continente a hacer el tratamiento allá, la cosa es que no se le deje con la comunidad. La comunidad sabe nada, porque es mejor así (...) eso es lo que yo percibo de lo que la gente me dice, mejor hacerse los lesos” (Rocío, Isla, 34).

Sin embargo, encontramos además una explicación adicional sobre esta negativa a enfrentar el tema, que denuncia un escenario cargado de intereses político-económicos:

“Dile eso a los empresarios turísticos a ver qué dicen. A ellos no les importa porque ellos venden la isla. Si no hay gente no les importa. ¿Qué les importa si se mueren todos? Le corresponde a la autoridad de salud y a nosotros, a los que sabemos, a los que entendemos” (Ramiro, Isla, 41).

³⁶ Un isleño murió por causa de SIDA hace un par de años, atendido de gravedad en el Hospital Van Buren de Valparaíso. Pudo ser enterrado en el cementerio de la Isla no sin una polémica comunitaria, ya que se rechazaba su retorno por miedo “al contagio”.

Incluso entre las autoridades municipales hay una actitud negativa en cuanto a hablar de VIH/SIDA. Encontramos además algunas nociones que claramente dan cuenta de un problema de fondo y que denuncian una interpretación de la enfermedad que cuestiona en definitiva las concepciones culturales de los/as isleños/as en torno a la muerte. Varios informantes, de diferentes edades y género, han dicho que:

“El problema del SIDA es que no te morís de SIDA, te morís de cualquier otra enfermedad que te da, te morís antes” (Rebeca, Isla, 35).

De este modo, el SIDA no constituye un peligro en sí, sino que es como cualquiera otra de las enfermedades de las que una persona puede o no morir; el peligro del SIDA es el de constituir una enfermedad engañosa, porque hace que la gente se muera “antes” y no “cuando tiene que morir”. Podríamos señalar entonces que las amenazas del SIDA tienen más que ver con el tema social (estigmatización, discriminación, terror a la adquisición del VIH) que con una concepción de la enfermedad en sí y sus consecuencias en el plano individual.

Junto con lo anterior, es necesario señalar que, al igual que los otros grupos, los rapanui perciben y reconocen el VIH/SIDA como un mal foráneo y externo a sus comunidades:

“Frente al SIDA no hay un temor social, porque está en un lugar que culturalmente está a mucha distancia, está muy lejos... (Entonces) una ausencia de temor es un sinónimo de decir riesgo” (Informante Clave, investigador social).

En este sentido, es de vital importancia hacer hincapié en la existencia del riesgo del VIH/SIDA, pero desde el posicionamiento de la epidemia como un tema mundial, y en ello podría contribuir notoriamente la identificación de actores internacionales que den cuenta de esto. La isla está en el mundo más que en Chile y, por ende, los mensajes chilenos parecieran no tener un eco tan importante ahí.

A lo anterior se suma la necesidad concreta, por parte de la comunidad, de saber y conocer con exactitud los hechos que ocurren dentro del territorio insular; de lo contrario, los sucesos no cobran relevancia. En este sentido, el personal de salud señala que:

“Cuando uno habla de ETS, lo primero que preguntan es ¿y hay SIDA? ¿Cuántos hay?, ¿quiénes tienen? Eso es lo que más les interesa, pero no está así arraigado” (Informante Clave, agente médico Hospital).

Por otra parte, basado en este pensamiento concreto, aparece el fuerte cuestionamiento por parte de la población cuando se comienza a nombrar algún

tema, puesto que si ello ocurre es porque el determinado problema existe y se ha instalado en la isla, y no porque sólo constituya una probable amenaza. Al respecto, la misma profesional de salud menciona que, al entregar información sobre ETS y VIH/SIDA, la comunidad reacciona de la siguiente manera:

“Oye, están hablando por algo que está pasando... Si están hablando de algo que está pasando me cuido, pero si es para prevenir no más, no me cuido. Porque en el fondo, para qué voy a hacer todo el show de cuidarme del SIDA si no hay SIDA. Es lo concreto. Si hay una epidemia de SIDA, ok, me voy a cuidar, pero mientras sea posible (es decir, sólo una posibilidad), brote, prevención, promoción..., no” (Informante Clave, agente médico Hospital).

“Mientras la comunidad no vea los problemas, la gente no toma conciencia del problema real, de la prevención... La gente que no entiende mucho de lo que es la prevención dice que es una pérdida de tiempo” (Informante Clave, isleña).

3.3. Identidad cultural y sexualidad

Los cambios de patrones culturales en torno a la sexualidad han ido variando en la isla en función de múltiples contactos con diversas áreas geográficas y culturales. En relación con sexualidad y género, la historia de estos contactos ha repercutido de manera considerable en el sentido de la misma y la valoración social de la sexualidad (Dielsing et al., 1997). Si bien la educación cristiana, la cual fue instaurada a través de misioneros principalmente, incide en las costumbres locales y particularmente en la restricción de las libertades sexuales de las mujeres, ejerciendo una influencia que vemos materializada en los mayores, hoy está primando en las generaciones jóvenes una visión y una práctica que intenta revivir la cercanía cultural de la isla con la Polinesia. En este sentido, diríamos que influyen en el cambio respecto del discurso de la población mayor, tanto el discurso moderno sobre género y sexualidad, que la comunidad adquiere a través de medios de comunicación, de las políticas de servicios públicos, como también el contacto con extranjeros y un cierto retorno a las costumbres de la sociedad precristiana, entendidas como legítimas y tradicionales. Porque, en efecto, la relación con la sexualidad estaba exacerbada en la sociedad antigua; reportándose prácticas de estimulación del goce sexual ya en niños y púberes de ambos sexos (Campbell, 1993). Los ritos de iniciación sexual comenzaban en la infancia y estaban dirigidos, entre otros temas, a propiciar el descubrimiento del placer y el goce sexual en las mujeres (práctica del masaje clitoral). La representación gráfica de los órganos sexuales masculinos y femeninos aparece como un testimonio arraigado a la concepción de cuerpo y sensualidad ligados a la fertilidad.

Del mismo modo, pudiéramos suponer un anclaje cultural de la práctica de intercambio sexual con el viajero, radicada en una noción también polinésica de

la generosidad, la reciprocidad y la generación de distribuciones de poder, como se ha enunciado para otros casos de la familia polinesia (Sahlins, 1988).

Relaciones de género

La dimensión de género se manifiesta en la comunidad contemporánea a través de algunos puntos de continuidad y otros de cambio con respecto a las estructuras tradicionales. En la población de mediana edad encontramos un claro discurso acerca de las características diferenciales de hombres y mujeres, en cuanto a “formas de ser” y roles, donde se enfatiza la complementariedad de los miembros de la pareja.

Esta adjudicación de funciones (proveedor masculino/ mujer en el ámbito doméstico) sufre hoy una drástica transformación dada por la emergencia de la mujer trabajadora en el ámbito de lo público, fenómeno asociado a la creciente modernización que vive la isla a partir de la década de 1960.

En relación con nuestro tema de interés, la mujer isleña no asume discursivamente una postura victimizante, sino más bien activa en relación con la adquisición del VIH/SIDA. Ello tiene que ver con que en efecto la actividad sexual de hombres y mujeres en la isla no parece diferir considerablemente en relación con número de parejas y modos de interacción social relacionados con contextos de vulnerabilidad:

“Por ejemplo una cosa que me llama fuertemente la atención, que en la isla después de trece años, ahora sale una señora con su botella de pisco, bebida y sus cigarros y va con sus amigas que son señoras a tomar a la casa de la amiga así tan simplemente. Eso nunca lo habíamos visto antes” (Ramón, Isla, 51).

De este modo, la iniciativa sexual puede fácilmente ser femenina también.

La agresión física en la pareja constituye una práctica instalada que transita por diversas generaciones y se da tanto en parejas mixtas como de rapanui. Este tipo de relación de género puede tener implicancias con respecto a la toma de decisiones frente a salud sexual y reproductiva. Pese a que se observa un cambio en la última década en el sentido de denunciar³⁷ tales hechos como violencia inaceptable, en general constituye parte de las “costumbres” de la relación de pareja. Sin embargo:

“Yo creo que la mujer de hoy en día se ha vengado, porque antes no podía hacer nada. La mujer era..., tenía que quedarse piola en todo. El hombre era el que

³⁷ Las denuncias se realizan ante Carabineros y/o instancias judiciales “chilenas” que existen en la isla. Muchas veces, sin embargo, estas denuncias no rinden fruto por las presiones de poderes fácticos que determinan una “impunidad” reivindicativa de esta “cultura isleña”.

decidía, y hacía y qué se hacía. Con el tiempo se fueron moviendo más, conociendo realmente la vida como era antes, como eran las tías, como eran las mamás, como era la rapanui de antes. Y después vuelta, porque por ejemplo ya, era una mujer casada, el marido se iba a trabajar, llegaba el hermano de su esposo y él se creía como el dueño del poder de llegar y ocupar a la señora, cachái, y si la señora le decía al marido, él no creía” (Rosario, Isla, 36).

Y un joven isleño, por su parte, manifiesta el cambio de esta manera:

“Imagínate a ellos; imagínate que mi bisabuelo viene saliendo de las cavernas, vivía en las cuevas, y toda esa generación vivía en cuevas, había como cuatro casas en la isla; entonces es complicado, porque ellos son cavernícolas poco menos. Y ellos le pegaban harto a sus, no todos, pero le pegaban a veces a sus hijos. Después vino toda esa época que estuvo Chile, que se cometían como puras atrocidades con la gente de la isla y todo y más la misma gente que le pegaba a sus propios hijos; que fue como un período de desarrollo muy rápido, entonces fue complicado pa toda esa gente. Ya, y llegamos hasta la época de mi abuelita, que, bueno, todos los hermanos de mi abuelita por suerte vivían con un papá que no les pegaba ni nada. Pero no existía por ejemplo el afecto demostrado en caricias o abrazos, todo eso, nunca existió; entonces para ellos es súper complicado demostrarle eso a sus hijos” (Rodrigo, Santiago, 23).

En la actualidad, la sociedad isleña expresa necesidades de cambio en relación con estas temáticas, que apuntan a nuevos roles dentro de la pareja. Una de estas aspiraciones tiene que ver con la manifestación física y psicológica de afecto, expresada en ternura y suavidad en el trato, y que también se observa en la diferenciación expresa que, tanto hombres como mujeres, manifiestan sobre las diferencias entre tener pareja rapanui —considerados toscos/as y rudos/as—, continental —entendido como tierno/a, cariñoso/a, preocupado/a— o extranjera —conceptualizados/as como más “fríos”—. También da cuenta de los problemas que experimentan las parejas mixtas. Asociado a ello, encontramos la mención recurrente acerca de la infidelidad de los isleños como una práctica instalada socialmente, lo que no es aceptado en el discurso, al menos por las mujeres continentales o mestizas³⁸, pero sí en cambio entre las rapanui:

“Acá las parejas rapanuis puede que incluso no tengan problemas de compartir pareja. Porque ahora estamos más equitativos, ya la mujer también lo hace, si quedamos a

³⁸ La noción de mestizo/a refiere hoy a la primera generación nacida en la isla de padres de origen diferente: rapanui y continental o rapanui y extranjero/a. En el caso de mujeres u hombres nacidos de madre continental, por ejemplo, se observan algunas diferencias considerables en términos de socialización, conocimientos transmitidos, expectativas de vida, valores en general; quedará pendiente para futuras investigaciones explorar esta dimensión diferenciadora por origen en torno a los temas de nuestro interés.

mano todo perdonado (...) incluso sabiendo con quién. Porque ya es equitativo. Las parejas extranjeras son como más..., las estables son más..., se protegen más (...) Son extranjeros, se han criado con otra mentalidad, ellos vienen ya y ellos ven todo lo que está pasando aquí...(...) No, es difícil que lleguen a participar de las infidelidades” (Rocío, Isla, 34).

Pese a las aparentes diferencias generacionales en torno al tema, la comunidad considera la actividad sexual “lúdica” como una forma propia del ser rapanui. Ello es particularmente interesante de observar, pues implica que incluso las mujeres participan de su sexualidad, no desde el “ser para otro” impuesto por la lógica cultural de raigambre católica (Delsing et al., op. cit.), sino desde la vivencia de una sexualidad gozosa. Es un tema tan instalado que tampoco requiere cuestionamientos, ya que pareciera ser definido socialmente como “inevitable”. Lo importante es que se respeten los códigos básicos y tácitos para el intercambio de parejas; y mientras no exista constatación por la palabra, pareciera que todo está normal:

“No... mejor no saber ¿para qué te vas a poner a indagar?, te vai a encontrar con cosas feas, con media sorpresa, te vas a amargar la existencia, no...(...) para ellos es un desafío tenerte, sobre todo si no has estado con otros, si eres de las que no se acuesta con otros. Entonces eres como un trofeo. Pero no lo van a comentar, no, porque hay que saber negar. Nunca, jamás pasó. Nunca fue, nunca fue, aunque tú digas sí, nunca fue, nunca fue, nunca, nunca, nunca, nunca, nunca, teniéndote ahí, nunca, nunca, nunca fue” (Rocío, Isla, 34).

Esta aceptación tácita y el hecho mismo, no amenaza la estabilidad de la pareja ni la cuestiona como tal. De todos modos, la sexualidad en la isla obedece a normativas y límites específicos de la cultura y no debe analizarse a la luz de las concepciones continentales sobre el tema. La sexualidad, sobre todo la juvenil, es un proceso de significación regulado por la vivencia, aun cuando ésta y la convivencia social referentes imprimen ciertas normas, ritmos, condiciones, límites y significaciones a la sexualidad (Adán, 1996).

El fenómeno de la homosexualidad se entiende en la isla desde una postura de aceptación de la misma, como una manifestación de diversidad humana, formando parte de un movimiento mundial en torno a la incorporación de las minorías y que los isleños recogen a través de los medios de comunicación y sus propias experiencias de viaje. A ello se suma el hecho de que la estructura de parentesco de la isla necesita que cada cual asuma una posición social legítima:

“La homosexualidad es algo que te pasa, si eres homosexual es porque tú eres así, es tu opción de vida y yo no tengo que preocuparme por tu opción de vida, o sea aquí

cada uno se respeta... (...) no es que te guste o no te guste, o sea, no es cosa tuya, esa es su vida (...) No se reprimen, de alguna u otra manera uno tiene sobrinos, tíos, está relacionado con ellos, entonces cómo voy a reprochar a una persona que es mi pariente, como aquí siempre casi todos son familia, ¿porque sea homosexual...?” (Rocío, Isla, 34).

En relación con el VIH/SIDA, la población homosexual mantiene relaciones sexuales tanto entre ellos como con turistas que ocasionalmente visitan la isla y, según algunos/as informantes, existiría difusión de conocimientos sobre prevención hacia los homosexuales isleños por parte de sus parejas del primer mundo.

Salud sexual y reproductiva

Como hemos esbozado ya, la antigua concepción de sexualidad inscrita dentro de la cultura de raíz polinésica, fue bruscamente modificada por los patrones de comportamiento impuestos por la Iglesia Católica desde la segunda mitad del siglo XIX. Ésta, poniendo el acento en la moral sexual, inhibió y/o normó ciertas prácticas tradicionales, tales como la exposición libre de la desnudez, el ejercicio de la sexualidad bajo parámetros propios de la lógica sociocultural isleña e impuso la ética de la familia monogámica, cuyos vestigios encontramos hoy en el discurso sobre sexualidad de los/las isleños/as mayores de edad.

El aprendizaje sobre sexualidad es expresado discursivamente como un proceso, lo que refleja la apertura de la comunidad rapanui frente a los desafíos que plantea la contingencia:

“Se va aprendiendo toda la vida. (...) con los turistas, con la televisión también hay cosas muy positivas, con la radio, con Internet, o sea, todo está basado en uno, si quieres buenos consejos, hay más que enormes buenas enseñanzas que puedes acudir a ellas y aprender de ellas” (Ramón, Isla, 51).

Entre los jóvenes adolescentes, en tanto, encontramos un marcado ejercicio de la sexualidad inscrito dentro de lo “natural”. Ello implica, entre otras cosas, que no existe una problematización ni cuestionamiento sobre la misma, ya que al parecer no existen otros referentes que actúen como normativos, excepto la propia actividad sexual (Adan, 1996). Por ello, el sexo pareciera ser “para practicarlo” no para conversarlo, explicando así la ausencia de debate sobre estos temas:

“Es que no es que sea reservado, es normal, no es un tema, es normal que tú vas a hacer el amor, que vas a tener relaciones. Sobre todo si eres soltero. Si no vas a tener relaciones siendo soltero sería un tema” (Rebeca, Isla, 35).

“Después de eso no se habla. Esa es la otra, aquí no hay mucha conversación, es más el sentimiento que hablar. Es más lo que uno hace que lo que uno dice (...) Uno con reaccionar y con hacerlo todo bien, ya sabe ya. No hay para qué hablar. El puro sentimiento, el puro sentir, el puro hacer. El cuerpo, todo eso, las reacciones, eso va formando algo, no hay para qué hablar. Eso es lo que más hay acá (Raúl, Isla, 22).

Pero la ausencia de conversación sobre estos temas sufre hoy también un cierto giro, sobre todo por la emergencia de una “educación sexual” en el seno de la escuela de la isla, a cargo de docentes o del personal del Hospital, donde se ha entregado información en contextos biologizantes, que últimamente pretenden también transversalizarse; pero sin duda es la propia práctica de los jóvenes la principal fuente de conocimiento sobre la misma. Los jóvenes no han tenido educación sexual en sus hogares debido a estos tabúes de la conversación, esta vez impuestos por la cultura católica adscrita por los padres. Pero hoy en día la tendencia al silencio por parte de las familias está también cambiando, en la medida de las necesidades que plantea el nuevo contexto global, lo que manifiesta una vez más la característica rapanui de extrema flexibilidad adaptativa.

En relación con el aprendizaje y el inicio de la vida sexual entre los y las jóvenes, esta inscripción en el marco de la naturaleza y “el ambiente” de la isla, posibilita el despliegue de experimentación que hoy día inicia una asociación con comportamientos preventivos:

“... porque el ambiente en sí, los más grandes les enseñan a los más chicos, que así se hace, o les hablan así en términos de juego. Entonces los más chicos se van creando una idea de cómo es, entonces cuando llega la hora, cuando están en una situación con la polola o con alguien, yo creo que ya... asumen ya (...) como algo natural, no lo ven de otra manera. No lo ven como algo malo, ni sucio ni cochino, sino como algo natural no más po. (...) Igual la mentalidad de los jóvenes de acá es un poco más... yo creo que es un poco más desarrollada de la de la gente del continente (...) Saben más de la naturaleza y toda esa onda, entonces eso mismo los va mentalizando mejor (...) aquí todos los jóvenes saben hacer de todo. Estudiar, pescar, trabajar, toda la onda campo, todo eso. Entonces eso mismo los va haciendo, entre comillas más adultos de mente que de edad” (Raúl, Isla, 22).

Esta iniciación entre isleños —algunas veces parientes cercanos— es vista como algo positivo, en este contexto de naturalidad:

“Porque hay más confianza y conocí más, sobre todo las familias; o sea como que todos se quieren y todo, y como que por obligación tenemos que aprender entre nosotros” (Rodrigo, Santiago, 23).

Desde una perspectiva etnográfica, hemos confirmado la ausencia de problematización del embarazo entre adolescentes, lo que coincide con una estructura familiar más bien extensa y con una noción cultural de la fertilidad como valiosa. Rapa Nui es culturalmente exogámica y en términos históricos sobrevivió gracias al elemento externo, lo que puede estar influyendo en la visión tan “abierta” acerca de la maternidad adolescente. Ello, sin embargo, aun cuando la fecundidad ha sido y está siendo una de las áreas más alteradas debido a los cambios acarreados desde la década de 1960 con la modernización y la penetración dentro de la sociedad isleña de patrones y expectativas continentales, más cercanas, como ya hemos señalado, con la individualidad.

El lugar privilegiado que adquiere hoy día —incluso en términos de estatus— la educación formal universitaria y técnica que hombres y mujeres realizan en el continente, implica para las familias, junto con la pérdida de mano de obra, un gasto considerable dada la necesidad de mantención del estudiante en el continente, produciéndose con ello un drástico cambio en la fecundidad, ya que se posterga el inicio de la maternidad/paternidad en pro de los estudios, a la par que esta dinámica no permite continuar con las familias numerosas de antaño. Esta tendencia no implica una problematización del embarazo adolescente, que tenga que ver con consideraciones morales, ya que en el caso de embarazo de una joven, la familia se hace cargo del cuidado del bebé mientras la adolescente continúa con sus estudios.

La tendencia a la postergación de la maternidad implica que el uso de métodos anticonceptivos sea amplio entre las adolescentes, sobre todo anticonceptivos orales:

“Mi hija ya tiene 15 años, ya a los 13 años me pidió empezar a cuidarse. Incluso yo con ella supercomunicativa, contándole todas las cosas tal como son, igual me da miedo porque capacito que me vaya a llegar con un domingo 7 pero así pensaba yo, pero ahora no, o sea ahora mi niña me dice simplemente ‘mami necesito mis pastillas’. Trece años, imagínate. Yo a los 18 recién estaba haciendo algo y eso que supermoderna yo” (Rebeca, Isla, 35).

Observamos que debido a los niveles crecientes de mestizaje —sobre todo con población continental—, existe una paulatina pérdida del tabú que prohibía la unión entre “primos” o parientes en general, y la comunidad entiende que hay “más mezcla”³⁹. Pero la amenaza de “ser parientes” continúa impidiendo, a nivel de deber ser, la unión sexual y/o la conformación de parejas estables entre “primos”:

³⁹ Según un viajero que visitó la isla a fines del siglo XIX (Polakowski, 1895) la imposición de la prohibición de relación entre parientes fue impuesta por la Iglesia Católica. Hoy la comunidad la atribuye a una prohibición “ancestral” de la cultura isleña.

“Acá es difícil. Porque todos somos familias, entonces el tema de las relaciones, cuando tú andas... a mí me pasó, que cuando tú andas o vas a tener una pareja ojalá que sea de afuera, porque acá típico que es primo, tío o sobrina. Entonces, cuando es de afuera te felicitan, pero si es de acá no es bueno, te miran de otra forma (...) o sea te miran mal po, de partida ya estai mal, por qué, porque es tu familia, tercer, cuarto grado no importa, es tu familia. Y hay unas malas vibras en eso. Yo preferí no tener parejas acá...” (Roberto, Isla, 29).

Veremos más adelante cómo esta “presión” funciona en el ámbito de la conquista y la interacción sexual. Por otra parte, hemos distinguido en el discurso un claro “hacerse cargo” de algunos estereotipos que circulan en el mundo sobre el carácter sexual de la comunidad. A nuestro juicio es esto lo que se expresa en los jóvenes que, dentro de los elementos que utilizan para construir dinámicamente identidad, establecen una asociación con el cómo se les ve o se les supone, que pudiera tener implicancias en el cómo se relacionan con los extranjeros (y chilenos continentales), sobre todo en la época de mayor turismo:

“En el verano, obvio. Te vai, no sé, a salir un poco más del pueblo, donde hay menos luz, puras estrellas. Hay más, no es que es más entretenido, más lindo. Cambia la onda un poco (...) la pradera, la vegetación, en un cerro, ¿cachai o no? Cambia todo, cambia. Peor todavía. Llevái a una turista, la llevái a ver la luna, las estrellas, no sé po, la alejái un poco del pueblo y cambia todo. Es otra onda (...) las mismas mujeres rapanuis por el mismo hecho de hacer calor, de todo eso, es más fuerte la relación, mucho más fuerte. Son fogosas. Lo mismo que los hombres” (Raúl, Isla, 22).

Pareciera que un requisito fundamental fuera este “obedecer” al ambiente, pero hacerlo de manera creativa, favoreciendo una seducción espontánea y única para cada caso, pero muy cargada con elementos comunes de este imaginario sobre la necesaria “sensualidad” de hombres y mujeres isleños.

Hemos hallado estrategias de diverso tipo entre la población isleña en torno a las ETS y el VIH/SIDA. Una de estas resulta muy coherente con una forma de interpretar el cuerpo y es muy particular de la cultura médica rapanui contemporánea (Weisner y Fajreldín, 2001; Fajreldín, 2002). La prevención a través de este “método” la encontramos en representantes del grupo de los denominados “yorgos”, segmento de jóvenes (diversas edades) hombres isleños dedicados a trabajos agropecuarios y que se caracterizan tanto por su actitud contestataria frente al modelo modernizante que impone hoy la sociedad rapanui, fruto de la influencia que ejerce el continente, como por su relativo aislamiento y forma de vida “libre”, sin compromisos mayores, salvo con su trabajo y el deber de producir para sus coterráneos.

Los yorgos constituyen una de las mayores “riquezas” a modo de acervo cultural de la población rapanui contemporánea, justamente porque el

aislamiento permite conservar valores y estructuras consideradas desde un punto de vista émic como “puras”. Pero los yorgos son también, y por estas características, sumamente atractivos, ya que la visión exotizante de la isla que se tiene en el mundo los posiciona como una de las poblaciones más “requeridas” por las mujeres extranjeras —particularmente europeas—, quienes encuentran en esta “belleza salvaje y polinésica” el paradigma del atractivo sexual. Se forman así parejas tanto ocasionales —como, por ejemplo, en las incursiones turísticas “al campo”—, como relaciones más estables, que algunas veces implican el asentamiento de la persona extranjera dentro de la comunidad isleña.

La “prevención” de la adquisición del VIH y otras ETS por parte de los yorgos tiene que ver con el concepto rapanui del cuerpo como un ente sapiente, reflexivo casi. Para un joven isleño (29 años) que se autodenomina “yorgo”, su estrategia preventiva consiste en no tener intercambio sexual con las mujeres de las que su cuerpo “interno” siente rechazo:

“Tu cuerpo te avisa, lo sientes en tu cuerpo. En el verano miro la manada y sé cuál está sana y cuál tiene enfermedad, entonces me escapo, aunque ella quiera yo no lo voy a hacer” (Roberto, Isla, 29).

Sin embargo, no podemos señalar que éste sea el método preventivo por excelencia de los yorgos, aunque se acerca mucho, ya que es casi el único recurso que tienen a disposición debido a la distancia que mantienen respecto a las instituciones como el Hospital, lo que hace imposible tanto el conocimiento de métodos preventivos como la adquisición de preservativos.

“Ellos están en el campo, solos, cada uno. Acá el campo es grande, y cada uno tiene su lugar. Entonces están solos todo el día, toman desayuno solos en el cerro con el caballo. Después la hora de almuerzo es lo mismo, y en la once también. Y así, meses. Con las vacas (...) A veces bajan al pueblo y después suben de nuevo en la semana y es así po. Entonces, qué van a saber” (Roberto, Isla, 29).

“Seguramente la turista le exige, claro. Y aunque sea así muchas veces la turista pierde, incluso a veces el turista quiere, pero no le pueden decir que no... para ellos (yorgos) tener así es como no tener nada ¿me entiendes? Y no sé po, mejor..., mejor olvídale po” (Rocío, Isla, 34).

Otra de las formas de prevención que la comunidad en general imagina como viable, pero en lo abstracto, es el no tener relaciones sexuales con quien está afectado por ETS o VIH/SIDA. Sin embargo, esta “opción” se encuentra restringida debido a la falta de información que la comunidad posee respecto a quién o quiénes tienen el VIH. Las medidas en este sentido se cruzan con una clara noción discriminatoria de la que ya hemos hablado.

Entre jóvenes con mayores niveles de educación, se observa una cierta rigurosidad en el uso de preservativo para las parejas ocasionales, sobre todo si se trata de turistas, a quienes “no se conoce”. Esta población, tal como ya señalamos, posee información “oficial” sobre prevención entregada en la escuela local o bien durante sus años de educación en el continente. Sin embargo, las situaciones de riesgo no son claramente percibidas a la hora de la protección efectiva, ya sea por consideraciones como el nivel de conocimiento de la pareja ocasional o por factores adicionales, tales como el consumo de alcohol y drogas, que trataremos luego. Hay esfuerzos, sin embargo, dentro del grupo de jóvenes por posicionar la prevención dentro de la conversación cotidiana entre pares:

“Los de mi generación, mis amigos, mis hermanos, la gente con que yo me junto, siempre saben que nosotros hablamos que tiene que cuidarse, mi hermano también me dice, yo le digo a mis amigos, y todo (...) Sí po, porque él sabe que aquí llegan muchas turistas, mucha mujer, y como yo bailo, siempre estamos ahí en la onda con otros amigos. Siempre conocemos más gente más rápido, porque donde bailamos, y después nos preguntas, qué van a hacer, bueno, hay que ser amable con el turista, nosotros cuidamos al turista, y le indicamos. Siempre se conversa eso, yo lo converso con mis amigos del grupo y todo” (Raúl, Isla, 22).

Pero el conocimiento de la juventud sobre el preservativo no soluciona el tema, ya que existen ciertas contradicciones de fondo que obstaculizan su uso:

“Yo creo que el problema grave de la isla, de los jóvenes, o sea que yo creo, es que por el tipo de vida que llevan y todo, y como están encerrados, tienen..., quieren todos vivir rápido la vida; entonces no tienen tiempo como para..., o sea, no se dan ellos tiempo para pensar en las cosas que los para. No quieren fronteras, quieren puro, y nunca le han puesto fronteras, entonces siempre están por sobre las barreras, las fronteras, los muros, todas esas cosas. Y pensar que se pueden contagiar de un SIDA es como coartarlos, ponerles más muros, y ellos no están acostumbrados a eso, son libres” (Rodrigo, Santiago, 23).

Además, en todos los tramos etarios se encuentra la idea de que es la multiplicidad “exagerada” de parejas sexuales lo que hace a una persona “peligrosa” y a su pareja la pone en riesgo. El significado relativo de estos conceptos está creando una falsa sensación de seguridad entre quienes creen “conocer” a la gente con quien interactúan sexualmente, sobre todo cuando se trata de coterráneos. Muchas veces este “discernimiento” se considera una práctica preventiva por parte de la población rapanui.

En Rapa Nui no se considera válido el discurso que vincula VIH/SIDA como un problema de trabajadoras sexuales, ya que allí este concepto no se aplica

como en el continente: no hay comercio sexual; hay, en cambio, un ejercicio de la sexualidad en el ámbito de lo lúdico sin necesidad de que existan especialistas en estas áreas, de modo que las relaciones sexuales con múltiples parejas se asumen como parte de la dinámica cultural propia.

Muchas veces se considera más “seguro” tener sexo con quienes no se relacionan con turistas, sino con rapanuis, a quienes se estima, en general, sanos, o con continentales a quienes se considera “no tan promiscuos” como los europeos:

“Hay diferencias. Hay muchas diferencias. Las gringas igual saben que tienen que cuidarse y toda la cuestión, pero son un poquito más locas, ¿cachái? En verdad es un poquito más abierta su cultura, no solamente las gringas, las europeas, es otro estilo. Las continentales son un poco más cerradas, son de hablar más, de conversar, de tener una onda (...) las gringas saben que se van a ir, entonces si van a tener una onda no quieren enamorarse, saben que tienen que volver a su tierra. Entonces nunca se comprometen más que eso (...) porque tiene que irse, o porque se termina el verano. Pero igual con las continentales es más fácil, porque está más cerca, uno puede viajar al continente, o ellas pueden venir más veces... Entonces es más factible tener una relación” (Raúl, Isla, 22).

(a) Hay gran reticencia entre los hombres rapanui de más de 40 años respecto al uso del preservativo, al menos a juzgar por el discurso, donde se dice que “se creen mataoa”, correspondiendo este término a la noción de “guerreros” de la antigua sociedad rapanui, sobre la cual se han construido una serie de estereotipos culturales que los isleños actuales aprovechan a su favor.

Pero en ellos también está presente esta inmediatez, este “vivir el momento” inscrita en el ser rapanui, donde pareciera radicar toda acción y su sentido. La negociación en torno a su uso se hace difícil para las mujeres:

“No, gana, sale ganando él, o sea... en cambio un continental o el mismo extranjero se lo va a poner, el rapanui es más difícil hacerlo que se ponga el condón. Igual ellos son los que andan hablando que no, que con plástico es fome” (Romina, Isla, 39).

“Que les aprieta (el preservativo) mucho su cosa. Como que les aprieta el cogote y se asfixian, entonces no les gusta usar esa cochiná. Prefieren mil veces porque él dice ‘nosotros comemos pescado y somos sanos así que él que quiere viene y lo hacemos así no más’, pero no que estén apretando el cuello de su cosa. La gente no tiene esa necesidad de usar esas cosas, es que no ha tocado ningún caso que sea tan así, entonces la gente no previene esas cosas (Rosa, Isla, 45).

Entre las mujeres existe también reticencia respecto al uso del preservativo, por las mismas razones aludidas en los hombres, y su mayor familiarización

con los métodos anticonceptivos no necesariamente favorece una práctica de autocuidado:

“Es que nunca he usado condón y no..., pa mi la vagina es pa que el pene se sienta rico, se sienta lo que es tener relaciones y no con un plástico entremedio, no, pa na (...) y gente de mi generación también yo pienso, yo creo que piensa igual que yo. Pero la juventud, ya la generación de mi hija, ya el condón es algo natural para ellos porque ya lo hacen parte de su habitual manejo (...) Bueno entre los jóvenes sí porque el condón es como un instrumento de la juventud. De ahora. Así es como yo lo miro. Yo no dejaría que me metan ningún condón” (Rebeca, Isla, 35).

“Sí, a mí me han hablado varias amigas el mismo tema de que es tan fome el plástico, como le dicen. Que no, que ellas no lo usarían, pero igual he conversado con ellas y no le tienen miedo al SIDA. ‘Yo sé con quien lo hago’ te dicen. Pero igual aquí llega mucho extranjero, mucha extranjera. Las mismas mujeres de acá” (Romina, Isla, 39).

“O sea de repente te das vueltas los quedas mirando y están hablando algún tema de sexualidad y dicen que se cuidan. Pero muchas quedan embarazadas entonces dices tú si quedan embarazadas es que no se cuidan (...) De hecho a los 20 años una de mis lolas quedó embarazada. Pero igual dice que ella ocupaba condón pero que una noche tanto ella como él estaban ebrios, prácticamente y ahí pasó. Pero es la pareja única que tiene mi hija. Y la otra sí se cuida harto, o sea yo misma voy al hospital, le saco de esos paquetitos de condones y se los llevo. Igual yo en la cartera mía ando trayendo. No tengo relaciones ahora pero igual los ando trayendo porque igual en cualquier momento... Yo todos los años me hago el VIH” (Romina, Isla, 39).

Respecto a este último punto, hemos encontrado entre las mujeres isleñas de más de 40 años que tienen una práctica recurrente de examinarse por VIH cada año, como una forma de comprobar que no han adquirido el virus. En algunas incluso se dice que se hacen el examen cada mes, ya que sus parejas tienen trabajo de “alto riesgo” en la isla, siendo empleados de hotel u operadores turísticos.

Con respecto a la violencia intrafamiliar, se constata que abordar el tema es una difícil empresa, puesto que se vincula al ámbito de la vida privada. Por ello, en este estudio no se pretende transgredir ámbitos sino presentar la problemática en virtud de su vínculo con la transmisión del VIH/SIDA, en tanto se hace evidente la escasa o nula capacidad de negociar o exigir protección en una relación sexual enmarcada en un contexto de dominio de uno sobre otro, de autoestimas deterioradas, donde existen dependencias emocionales, afectivas, económicas.

“Hay hogares que no están bien constituidos porque tienen un tema ahí de violencia intrafamiliar que los hace vulnerables... entonces hay una majamama ahí familiar

fuerte... El tema de la droga; o sea, hay muchos papás que son drogadictos... y para qué decirte el tema del alcohol” (Informante Clave isleña).

Por ello, hoy en día el tema de la violencia intrafamiliar se reconoce como un problema que se debe enfrentar y del cual deben hacerse cargo tanto el Estado como las instancias políticas y sociales desde dentro de la isla. Al respecto se señala que:

“Nosotros como comunidad todavía no estamos ofreciéndole una cosa concreta a las mujeres, a las mujeres y a los hombres, porque el tema de la violencia intrafamiliar es a nivel no solamente de mujer... hombres y mujeres y los niños... El tema de la violencia creo que hay más conciencia, menos temor. Una mujer que tiene problemas es capaz de ir al Juzgado y decir “sabe que mi marido me pegó”. Antes no, era tabú, porque era una vergüenza” (Informante Clave isleña).

Adscripción religiosa y sexualidad

La mayor parte de la población isleña es confesionalmente católica. Existen hoy en día, sin embargo, otras varias iglesias (evangélicas, mormona, la fe bahai, etc.), pero ellas aglutinan a escaso número de fieles. La Iglesia Católica está representada por la Parroquia de Hanga Roa, a cargo de un sacerdote que hace esfuerzos por adaptar la prédica y la orientación del culto hacia la cultura isleña; en este sentido, existe concordancia entre el acontecer cotidiano en la sociedad isleña y la educación religiosa que se imparte. En la población anciana y aún en la de mediana edad (50 años hacia arriba) existe gran devoción religiosa y es frecuente ver que ésta se exprese cada día con oraciones en diferentes momentos y en la reunión comunitaria para orar a la Virgen o en la iglesia para asistir a la misa de la tarde. También entre los yorgos existe interés por participar de algunos ritos religiosos (misa dominical, curantos a los santos patronos, etc.). Pareciera que el menor apego por las tradiciones y ritos religiosos lo encontramos entre los jóvenes con mayor educación en el continente y que han incorporado una crítica a la forma en que se ejerce la religión en el Chile continental y, por ende, esta misma crítica es importada por ellos y aplicada a la realidad isleña.

“Aquí son hipócritas porque van a misa a cada rato, se confiesan y todo, pero en la primera oportunidad no dudan ni un segundo en cagar al vecino con la primera mina que pueden. Así no sirve, eso no es tener fe, se contradice con los principios de su religión” (René, isla, 28).

Tenemos la impresión de que el ejercicio de la sexualidad no puede ser normado en la isla ni siquiera a través de los métodos y la doctrina de la Iglesia Católica. La gran influencia de ésta sobre la comunidad está dada no por la coerción, sino por un cierto estatus de autoridad que es herencia de la coerción

de tiempos pasados, pero sobre la cual se tiene gran estima emotiva. Sin duda —y así lo hace ver reiteradamente el discurso comunitario y el de informantes claves— esta institución merece ser considerada dentro de las estrategias que se establezcan en torno a sexualidad y ETS y VIH/SIDA.

3.4. La cultura como factor protector y/o de vulnerabilidad

Existen ciertos puntos sobre los cuales la comunidad se considera protegida frente a riesgo de VIH/SIDA. Algunos de estos factores protectores han sido esbozados a lo largo del texto, pero otros quisiéramos incorporarlos en este acápite.

Como ya comentamos, uno de ellos es esta idea presente en el imaginario colectivo de la comunidad que se vincula con que el ejercicio de la sexualidad con personas conocidas sería un factor protector. Al no existir en la isla comercio sexual formal, esto entrega sensación de seguridad, lo que los/as isleños/as consideran protector.

Otro es la apertura frente a la conversación de estos temas que, como hemos dicho, tiene que ver con la ya tradicional educación sexual en contextos formales. El poner sobre la mesa las necesidades constituye un punto a favor:

“Yo creo que igual te vai a encontrar con harta gente que es abierta. Si igual aquí la gente es abierta, lo que pasa es que de repente no tiene muchas palabras, no conocen muchas cosas como para expresarse aquí a la gente, pero la gente aquí es abierta. Si tú encontraí confianza con gente joven, te van a hablar bien. En general los jóvenes de ahora cachan el mote” (Raúl, isla, 22).

Pareciera ser que el reconocimiento expreso del ejercicio de la sexualidad es entendido por los/as rapanui como un factor protector, ya que anula la posibilidad (o la reduce) de ocultamientos y falsas expectativas respecto a estos temas, los que sí están presentes en los otros pueblos originarios. Nos referimos básicamente al cuestionamiento de la “fidelidad”, como un valor en el ámbito del “deber ser”; al rol claramente subordinado de la mujer respecto del control masculino sobre su sexualidad; a la circunscripción de la actividad sexual (en términos de deber ser) dentro del ámbito familiar; entre otras.

Por otra parte, un factor fundamental es que en la Isla de Pascua no existe la diferenciación entre lo “verdadero” y lo “moderno” —como sí aparece en el discurso de las otras comunidades étnicas— como ligado a la necesidad de deshacerse del acervo cultural tradicional para lograr modernidad. La cultura isleña es *moderna* antes que nada y sobre la base de su acervo construye modernidad. Esto lo realizan sin mayores contradicciones. Eso debe ser

considerado un factor protector y diferenciador, como hemos dicho, de lo que ocurre con las otras etnias. En Isla de Pascua —así como en otras sociedades polinésicas— el centro de construcción de la cultura y de la sociedad está puesto en *el cambio*, en lo que se adquiere, en lo que viene de afuera y se toma creativamente, porque la construcción dinámica de la cultura es una de las características de la sociedad rapanui contemporánea en todos los planos; incluso en el sistema médico se observa claramente su sentido de apertura y flexibilidad.

Las implicancias de esto tienen que ver con las posibilidades de transmitir mensajes sobre la cultura propia para protección de la misma y, desde ahí, se observa la necesidad de autocuidado. También con la eficacia de generar un autocuidado basado en la identificación: nada podría ser más atractivo para un rapanui joven que acercarse a la cultura propia desde donde se esté. Esta pudiera ser una característica favorable a la hora de observar el tratamiento del VIH/SIDA dentro de esta comunidad: la adaptación a los escenarios mórbidos desde la constatación, eso sí, del fenómeno como algo presente potencialmente o efectivamente. La constatación del fenómeno es, entonces, a lo que se debe apuntar y lo que los actores y estrategias debieran introducir.

Si bien encontramos una percepción de protección por parte de los/as isleños/as frente a estas enfermedades, a través de categorías como las de seguir patrones de una vida “más sana”, no aparece en los discursos una alusión clara sobre el papel que juegan las formas de vida: la alimentación, el ritmo de la vida, por mencionar algunos, en tanto factores protectores. Esto obedece a que, en efecto, la sensación de vulnerabilidad pareciera estar presente en la población sexualmente activa, que no puede identificarse con las nociones culturales que la misma población adjudica a “los ancianos”.

Otro factor protector identificado por los/as rapanui está dado por la noción preventiva existente dentro del sistema médico rapanui contemporáneo. Encontramos que, dentro de la medicina natural, existen prácticas cotidianas de cuidado corporal con el fin de lograr un objetivo a futuro. Aunque son múltiples y variadas, se relacionan entre otros temas con cuidados del cuerpo femenino y masculino que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva, que vienen desde épocas antiguas, muchas veces mezclando una herencia polinésica ancestral con nociones modernas y continentales de cuidado.

Existen ciertas prácticas higiénicas en las mujeres rapanui que dicen relación con una sensación de seguridad frente a la enfermedad de los órganos sexuales. La mayor parte de estas enfermedades se asocian emicamente a

enfriamientos que la mujer toma durante sus tareas en el campo o en el mar, o a infecciones producto de sentarse en el suelo, o relacionarse con sus parejas sexuales que no se han higienizado aún. Estas prácticas tienen un carácter identitario, ya que las mujeres las consideran propias y diferenciadoras de las mujeres continentales. Se considera además que poseen la función de retener a las parejas rapanui, porque mantiene el atractivo de la mujer en la parte sexual. Consiste en un lavado vaginal —ojalá diario— usando aguas de hierbas o de mar, vahos y la introducción de un dedo para sacar todo el “material” que queda después del coito o se acumula durante el día:

“Bueno, primero evitar cualquier tipo de infección, evitar los enfriamientos, evitar que la vagina esté muy falta de ejercicio, para que esté durita, para darle placer al otro” (Rebeca, Isla, 35).

Durante la menstruación no debe tenerse relaciones sexuales y cuando termina la hemorragia menstrual la mujer isleña debe lavarse nuevamente su vagina y:

“Tomar el sol. Lo mejor es estar un buen rato, secarte en el sol. Y luego ya estar uno o dos días sin tener relaciones para que seque bien, que bote todos los restos de menstruación, y luego ya se pueden tener relaciones. Si tú haces siempre eso no vas a tener ninguna enfermedad” (Rebeca, Isla, 35).

Si bien esta práctica no es muy común entre las mujeres más jóvenes, dados los “esfuerzos” por erradicarla que han hecho durante décadas pasadas las matronas del Hospital, aún se conserva entre mujeres de edad adulta. No fue mencionada en directa relación con la posible prevención de VIH/SIDA, pero la consideramos una práctica de interés, ya que demuestra que las mujeres rapanui están empoderadas respecto al cuidado de su cuerpo, lo que en sí es un factor protector.

Quizás debiéramos considerar como un factor potencialmente protector, para efectos de diseño de prevención, la mención de algunos informantes sobre la instalación del “silencio” prudente como herramienta de conservación del orden social. Por ejemplo, ante la evidencia de infidelidad de parte de un miembro de la pareja existe, como hemos comentado, el acuerdo tácito del no reconocimiento explícito del hecho de parte de los miembros de esta pareja, a modo de garantizar que no se ha sabido nada. En el entendido de que la “confianza” —así entendida— no sería uno de los pilares sobre los cuales se soporta la relación de pareja, al menos entre rapanuis, la masificación y transversalización del preservativo como artefacto cotidiano, no necesariamente dificultaría o pondría en peligro la estabilidad de las parejas, pues en sí mismo no constituiría “evidencia”, si es que no se habla de su presencia —que sería visible— sino de su uso.

Artículo IX.

3.5. Otros factores culturales

En relación con la actividad sexual y los contextos de vulnerabilidad a los que la propia comunidad ha aludido en el marco de la investigación, se produce en los meses de verano una considerable actividad sexual relacionada con el retorno de los estudiantes isleños desde el continente, la llegada masiva de turistas chilenos continentales y extranjeros, y la celebración de la fiesta de la Tapati en las dos primeras semanas de febrero. El verano es un momento de proliferación de potenciales parejas, y tanto hombres como mujeres se dedican a efectuar conquistas, en un ambiente de competencia por conseguir parejas sexuales que obedezcan a las definiciones locales de belleza y atractivo sexual.

La actividad sexual con los turistas tiene en el discurso un carácter más bien lúdico, ya que se da en contextos de “carrete” y es, por definición, esporádica, tal como hemos descrito anteriormente.

Del mismo modo, la actividad sexual de quienes se han quedado en la isla durante el año se produce también con los rapanuis que vienen de visita por el verano, convirtiéndose estos últimos en las personas que poseen conocimientos relativos a distintas ETS y VIH/SIDA y de los métodos de prevención que se distribuyen en la isla. Sin embargo, pudiera también suceder que debido al fenómeno de nostalgia de isla que sienten los isleños en el continente, se produzca al regreso un retorno a las costumbres “libres” propias de esta construcción social de la sexualidad juvenil.

“No sé si llamarlo desaculturación o aculturación porque volvemos hablando, queriendo hablar rapanui. Queriendo estar con la gente de la isla, hablando golpeado. Pero cuando nos vamos queremos sólo ser del continente, no querí nada, querí solo estar en Santiago y salir un poco al aire. Después estái allá y recién te dai cuenta de todo lo que tení, lo valorái, y cuando volví ya estái así como... hablái con el acento de los koro (término de respeto para referirse a los hombres mayores) y empezái: ‘no yo volví a la isla y no me voy más’. Para mí sentarme después en la fogata a escuchar a cualquiera, koro o no koro, era como estar en el paraíso” (Renata, Isla, 27).

Como ya comentamos, los/as informantes diferencian a las parejas sexuales claramente entre rapanui, chileno continental y extranjeros/as, asignando características principalmente en torno a la afectividad ligada al sexo, lo que incide en la “facilidad” o “dificultad” de acceso al intercambio sexual. En tal sentido, las parejas continentales chilenas de ambos sexos aparecen como proclives a establecer relaciones más estables que los/as extranjeros/as, que según el decir de los isleños, “van directo al grano”.

El carrete rapanui parece ser un espacio de vulnerabilidad, sobre todo si consideramos el énfasis puesto en “la espontaneidad”.

“Heavy pos, los carretes rapanuis son superbuenos. Pueden ser interminables. Al menos las veces que yo he ido, depende, porque podí empezar en la discoteca, bailar toda la noche, hacer un rico amor con un yorgo, pasarlo bien todo el día, despertarse así y el yorgo te lleva a pasear, te sirve un rico desayuno, después a la playa a bañarse, de lo mejor. Estai tú sola, en grupo no. Después en grupo a la discoteca, comprar carnes y costillares y cerveza y de todo, partir al campo con la familia, todo. Estar ahí mientras dure. Puede durar 1, 2, 3, 4 días y bueno si está..., si hay de todo, la gente va a llegar y bonito. Bonito porque también comparte toda la familia. Porque ahora la familia ya hay esa conciencia de que la familia, el papá, la mamá, los hermanos. Ya no es el abuelo, el tío, los sobrinos, la hermana con su marido, sus hijos, la otra hermana con su familia, ya no hay ese concepto grande de familia. Entonces con esos carretes de rapanuis que empezai tú en la noche, que se juntan allá, y van ‘pucha hermano que lo vinimos a ver’, se arma el carrete y todos al campo, y ahí se junta toda la familia. Se va a pescar, los niños se bañan. Pero todo es en el momento, porque aquí los pascuenses no pueden programar porque si programan no les sale, es fome programar. Tiene que ser todo así espontáneo” (Rebeca, Isla, 35).

En las entrevistas aparece reiteradamente la asociación entre espacio vulnerable y contexto vulnerable: el espacio del carrete y la embriaguez, por uso de alcohol en grandes cantidades, y su relación con la actividad sexual. La marihuana no es concebida comunitariamente como un factor que altere por sí misma la capacidad de decisión sobre estas materias, distorsionando la conciencia; sería la mezcla con alcohol lo que produciría tal estado de alteración, el que imposibilitaría o dificultaría la toma de decisiones, por ejemplo, con respecto al tener o no una relación, o de protegerse para tales efectos.

Para la comunidad es clara la relación existente entre el “ir a la disco” y “andar buscando” una pareja sexual, sobre todo en este período estival.

“Ahora por ejemplo tú vas a la discoteca y los rapanuis saben que las mujeres... por ejemplo las mujeres continentales o extranjeras van a buscar hombres. Y las mujeres rapanuis, las jóvenes, saben que los turistas van a buscar mujeres. Y ahí se produce ya ese comercio sexual, no pagado sino que por placer, a lo mejor se paga, no sé. Tendría que volver a ir...” (Rebeca, Isla, 35).

La actividad sexual esporádica se efectúa, por lo general, en contextos sociales como la noche “de carrete”, luego de haber efectuado un recorrido por los pubs y discotecas del pueblo de Hanga Roa. Los encuentros sexuales se producirían ya de madrugada, en muchas ocasiones en “el campo”, esto es a las afueras de Hanga Roa, donde el carrete se traslada y finaliza. En estos contextos, rara vez se usa preservativo.

Artículo X.

“¡Eh!, lo saben pero no se cuidan igual, si yo varias veces había pensado este tema de que llegan hartos turistas (...) de repente si tú vai a la discoteca y empezai a mirar, como a hacer las relaciones..., ella estuvo con él y (...) yo llegaba al “Toroko” y empezaba a ver como a las parejas (...) y aparte que hay como chicas que tienen igual no muy buena fama y de repente entre medio de las relaciones, como que tú decís que igual te puede llegar hasta a ti, entonces ahí uno se cuida (...) pero es difícil tomar esa conciencia (...) queda como en el discurso pero igual queda ese miedo, ese temor, por eso fue el temor que me hizo usar... preservativo” (Rodrigo, Santiago, 23).

En relación al “carrete”, existe, sin embargo, la mención reiterada en personas jóvenes (25 años hacia arriba) sobre que es necesario “sentar cabeza” a partir de algún momento, pues si no la isla “te atrapa”. La idea de persona adulta y seria, en la sociedad rapanui se vincula con el ser respetable, dejar el carrete excesivo y vivir con una pareja —extranjera, continental o isleña—, y estar dispuesta a tener hijos y trabajo.

Con respecto al consumo de drogas, a partir de un estudio realizado en torno al sentido y significado de su consumo para los y las jóvenes rapanui, se puede observar que “está determinado por un ambiente y contexto sociocultural particular, en el que se reflejan aquellos valores que se ven expresados en un estilo de vida libre, caracterizado por una orientación hacia la búsqueda de diversión y el compartir con otros en la conformación de los espacios sociales de convivencia” (Mancilla et al, 2001).

Según investigadores y en concordancia con lo recabado en este estudio, es posible establecer que en la Isla de Pascua el paso hacia la adultez está dado fundamentalmente por la asunción de responsabilidades relacionadas con la conformación de una familia. En este sentido, se es joven mientras el sujeto sea capaz de funcionar en forma autónoma y respondiendo a sus propias necesidades, sin la urgencia o la necesidad de que otros dependan de él/ella. De esta forma, la condición de joven puede extenderse más allá de los rangos de edad que occidentalmente caracterizan la etapa juvenil; por ello, al hablar del mundo de los/as jóvenes, la categorización etaria se extiende más allá de los límites definidos por la cultura continental.

Retomando el tema del contexto definido como de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, en relación al consumo de drogas y alcohol y su contextualización social y cultural, debemos comprender que en Isla de Pascua el consumo de drogas está presente como una práctica habitual, fundamentalmente a través del consumo de alcohol y marihuana, los que se dan dentro de las dinámicas propias del estilo de vida rapanui. Este se caracteriza por un ritmo relajado, donde la vida se desarrolla en un ambiente más natural, característico de

una comunidad rural, en la cual no existen límites temporales rígidos para la ejecución de tareas. Es en este contexto que se destaca como valor importante el sentido de libertad, entendida ésta como la oportunidad del sujeto para optar libre y autónomamente por una gama de conductas y formas de ser, que suponen un respeto de los demás por estas decisiones. Muy asociado a los espacios de convivencia social se encuentra la búsqueda de la diversión, y gran parte de esta vivencia se da con la familia asociado a fiestas y celebraciones de distinta naturaleza. La estructura familiar preponderante es la familia extensa, respondiendo a una tradición de clanes. De esta manera, está poco presente la estructura familiar triádica de padre, madre e hijos, respecto a la responsabilidad del proceso de socialización del niño, delegándose ésta en la familia extensa o en la educación formal.

En relación a la actitud que existe respecto al consumo excesivo de marihuana, este se señala como negativo y dice relación con problemas en la comunicación interpersonal y con estados motivacionales. Sin embargo, el consumo excesivo de esta droga es visto como evidentemente menos negativo que el del alcohol. Finalmente, el sentido y significado del consumo de drogas para los/as jóvenes rapanui se asocia entonces al sentido de libertad, a la valoración que se hace de los espacios de convivencia social, donde la droga actúa como facilitadora de esta, y a los efectos placenteros ligados a ella, que son validados socialmente (Ibíd).

Con referencia a los espacios de entretención y/o esparcimiento, aparece entre las características distintivas del período juvenil vivido en la isla el "pasarlos bien" y la búsqueda del placer como temas centrales para los/as jóvenes. Es así que se observa dentro de las actividades cotidianas realizadas por ellos/as una serie de deportes, actividades culturales y fiestas en donde distribuyen su tiempo libre. De esta manera, la conformación de espacios de convivencia en la que ellos reafirman su condición de joven está dada por aquellos que se generan en los grupos de pertenencia y aquellos dados por la familia extensa.

Entre los espacios públicos de esparcimiento están los nacientes pubs localizados en la calle principal de Hanga Roa, y las tradicionales discotecas "Toroco" y "Piriti", las cuales abren sus puertas los fines de semana después de la medianoche, concentrando los escenarios locales de distracción cada sábado y domingo, constituyéndose así en los principales espacios de interacción y convivencia entre isleños/as y turistas.

4. VIH/SIDA y movilidad poblacional

Los movimientos de población son uno de los fenómenos característicos de la sociedad isleña contemporánea. Por una parte, se encuentra la migración de niños/as y jóvenes al continente en busca de estudios secundarios y/o

universitarios, siendo la edad de traslado entre los 13 y 14 años para los/as alumnos/as que finalizan su enseñanza básica e inician la secundaria⁴⁰. Otros/as son los jóvenes que migran al continente habiendo terminado sus estudios secundarios en la isla, en busca de algún título profesional o técnico. La mayor parte de ellos/as llegan a ciudades como Santiago y Viña del Mar, habiendo algunos hogares de acogida de los mismos, a cargo de directores o inspectores no isleños. Otros estudiantes con más recursos tienen la posibilidad de que sus padres les arrienden casas o departamentos que comparten con otros isleños o viven con familiares que han venido expresamente a acompañarlos⁴¹.

La migración juvenil ha traído consigo la apertura y reapropiación de nuevos espacios, así como la reproducción de dinámicas relacionales isleñas en el continente, generándose instancias de encuentro, tanto formales como informales, que van permeando las maneras de apropiarse y de vivenciar “lo continental”, como también de mantener en vigencia los modos de diversión propiamente culturales. Así, la mayoría de los jóvenes isleños que viven en el continente se agrupan informalmente en grupos de pares, conformando agrupaciones musicales o folclóricas que van preservando manifestaciones culturales.

Desde hace un par de años, destaca en la Región Metropolitana un grupo de jóvenes universitarios que ha instaurado espacios de diversión denominados “fiestas moke”. Generalmente, estas fiestas se realizan en el sector de Bellavista, en Santiago, llevando a los espacios de discotecas continentales instancias isleñas. Estos esparcimientos tienen por un lado la finalidad de recrear su cultura y, por otro, son el modo que los estudiantes han utilizado para generar recursos de subsistencia. Estas fiestas se caracterizan por convocar a la mayoría de los estudiantes rapanuis que están en el continente de forma permanente y a aquellos que están de paso. Los/as jóvenes se reúnen alrededor de música isleña, asimilándose estas dinámicas a las discotecas

⁴⁰ Los jóvenes que estudian en escuelas secundarias en el continente, lo hacen en su mayoría al alero de instituciones como el “Hogar Pascuense” —ubicado en Viña del Mar y creado el año 1979- perteneciente a la JUNAEB, el que tiene por objetivo acoger a aquellos jóvenes que deseen realizar su enseñanza media en el continente y específicamente dentro de la Quinta Región, otorgándoles beneficios tales como alojamiento y comida, además de acceso a becas proporcionadas por el Estado, dirigidas tanto a los/as alumnos/as de enseñanza media como a los/as que cursan carreras universitarias. A su vez los/as jóvenes que migran al continente tienen la posibilidad de acceder, vía postulaciones, a becas de apoyo gubernamentales tales como la SOS, Beca Indígena, Primera Dama, Residencia Familiar u otras no especificadas proporcionadas por privados. Se estima que el promedio de edad de los/as jóvenes isleños cursando estudios secundarios en el continente es de 13 años.

⁴¹ Sin embargo, pareciera ser que a raíz de la movilización de algunos/as jóvenes migrantes durante los últimos dos años y de las posteriores incidencias de organismos institucionales, se estaría gestionando la creación de un hogar de acogida en la Región Metropolitana. Información al año 2004.

de la isla. Así, a través de la exportación de espacios de diversión desde la isla al continente, los jóvenes buscan generar de manera activa espacios de encuentro que les permitan mantener y reconstruir experiencias y dinámicas culturalmente compartidas.

Otras instancias de encuentro entre isleños de diversas edades son la celebración de festividades religiosas, como la Virgen de Rapa Nui o la anexión de la isla a Chile, momentos en que la comunidad radicada en el continente aprovecha para reconstruir lazos y manifestar especificidades culturales propias de la diversión isleña⁴². Durante estas celebraciones se realizan liturgias religiosas, bailes tradicionales motivados de manera espontánea por los propios participantes y curantos que recrean la costumbre isleña de reunión en torno a la comida. En este sentido, los/as jóvenes se apropian de un espacio ya instaurado para experimentar y reproducir dinámicas relacionales dadas en contextos de diversión en la isla, resignificando las fechas, lo que muchas veces es cuestionado por la gente más adulta pues van alejándose de lo tradicionalmente sagrado de estas instancias.

Por las edades en que se migra al continente, muchas de las primeras experiencias sexuales que han tenido los/as jóvenes isleños han sido en el contexto de estas largas estadias. Esto constituye una situación de hecho que los padres de los inmigrantes están comenzando a considerar como una realidad:

“Este año ya vino a estudiar al continente, entonces es como una obligación para mí sacarle ese esquema y meterle otras cosas. Para mí fue como un poquitito obligarla a ser grande, porque mi niña si tú la ves es grandota, pero es niña todavía. Para nosotros sacar a nuestros niños de allá y traerlos para el conti, nos toca como una tarea obligatoria meterles eso de la sexualidad (...) Saber cuidarse, anticonceptivos. Ellos dicen: pero cómo nosotros vamos a llegar a hacer eso, pero uno tiene que insistir que va a llegar a hacer eso, que va a pasar eso, pero que tiene que usar esto, que tiene que cuidarse de esto...” (Rosa, Isla, 45).

Son estos mismos/as jóvenes quienes en la época de verano transmiten sus experiencias a sus coetáneos en la isla, constituyendo un grupo que potencialmente puede servir de puente de conocimientos y educación sexual en estas materias.

Otro fenómeno interesante de considerar es la migración de chilenos continentales hacia la isla, fenómeno que obedece a motivaciones tales como la necesidad de empleo remunerado; escapar de la justicia, en caso de ser

⁴² Festividades que se llevan a cabo en los meses de agosto y septiembre, respectivamente.

buscado por algún delito, encontrando refugio en Rapa Nui; búsqueda de un destino exótico donde asentarse; entre otros. Se trata, en su mayoría, de una migración que ha tomado proporciones en los últimos diez años y que, en su mayor parte, significa la importación de hombres chilenos de extracción muy humilde y educación precaria (empleos como obreros de la construcción, taxistas, etc.), con quienes las mujeres rapanuis forman pareja.

Otro tipo de fenómeno migratorio temporal lo constituye el permanente recambio de fuerzas militares de la Armada de Chile, que desde la Estación Naval “Almirante Goñi”, es controlada por la Gobernación Marítima de Hanga Roa, la Guarnición de Infantería de Marina de Isla de Pascua y la Unidad Base de Movilización. La comunidad ha aludido a ellos como participantes en su calidad de hombres jóvenes y solos, que mantienen intercambios sexuales con mujeres isleñas, dando origen a bebés mestizos.

La economía de rapanui depende, fundamentalmente, del turismo nacional y, en mayor magnitud, del internacional. La principal vía de acceso al territorio isleño es aérea, desde el Aeropuerto Torrequemada en Viña del Mar o desde el Aeropuerto Internacional Arturo Merino Benítez en Santiago, vuelo que tarda aproximadamente cinco horas y que tiene una frecuencia de entre dos a cuatro veces por semana, según la temporada; conectando también en su ruta a Santiago con Tahiti. La segunda vía es la marítima, donde dos veces por año un barco lleva abastecimiento desde el continente, desembarcando en la caleta Hanga Piko. No tienen fecha fija de zarpe, aunque generalmente se realizan en mayo y septiembre. Estos antecedentes entregan un panorama estimado del contingente humano que entra y sale permanentemente de la Isla, hecho que, sin lugar a dudas, determina la dinámica isleña y las relaciones de interacción entre la población local y la foránea.

El turismo, como principal actividad económica de la isla, crece anualmente en alrededor de un 5%⁴³, superando incluso las cifras regionales, con un ingreso de extranjeros anual de alrededor de 18.000 personas. Mientras que el flujo de nacionales (tanto isleños como continentales), en el mismo período, se acerca a las 10.000 personas, cifra en la que cabe no sólo el turismo, sino también los fenómenos migratorios recién reseñados. Entre enero y marzo el turismo es principalmente nacional, llegando casi a las 4.000 personas. En julio —vacaciones del hemisferio norte— aparecen mayormente los europeos y norteamericanos.

El control sobre el mercado turístico está en manos de “operadores” que ofrecen Isla de Pascua en Europa, promocionando su riqueza arqueológica

⁴³ Las cifras corresponden a número de viajes desde y hacia la isla, y no permiten colegir mayores datos.

y constituyendo así un turismo de 'elite'. Sin embargo, más allá del discurso oficial, se observa un leve cambio de perfil entre los turistas que visitan la isla, así como un conjunto de cambios en la oferta de productos para los mismos. Así, actualmente esta actividad ya no está centrada en el turismo arqueológico, sino más bien de "pasarla bien", existiendo gran oferta de lugares de diversión tipo pubs. No existe claridad entre nuestros informantes claves, y en nuestro trabajo de campo, respecto a si hay o no actividad turística del tipo de comercio sexual (intercambio de sexo por dinero). Sin embargo, Rebeca nos ayuda a caracterizar el fenómeno en parte:

"Yo trabajé mucho tiempo en turismo y ahí vi mucho contacto entre gente de acá de la isla y gente extranjera, el turista que llegaba y se iba y luego llegaba otro turista y así. Yo nunca lo hice, porque no sé, no me atraía, pero sí vi muchas personas que sí lo hacían. (...) Y bueno, uno (de quienes trabajaban con los turistas) murió de SIDA, o sea no murió de SIDA, tenía SIDA y se estaba tratando. Él era gay y se estaba tratando, y cayó fulminante con una neumonía, un resfrío súper fuerte y murió de neumonía (...) Muchos vienen como el viaje de su vida. (...) Esos son, gente que viene, que aprovechan. Si hay el espacio donde puedan dar rienda suelta a su inspiración sexual, lo hacen. Y ese pequeño porcentaje ha sido el que ha estado como dando vueltas en este comercio no pagado, sexual (...) gente europea" (Rebeca, Isla, 35).

"Claro, sí hay gente que hace eso. Pa todos los gustos, hay homosexuales, pa todos los gustos... ¡todos saben quiénes son! Si calculan todo, te ven bajar del avión y ya saben dónde estái, entonces es cosa de acercarse y empezar a ver cuánto tiempo te quedas y calcular. Y siempre son los mismos" (Rocío, Isla, 34).

Respecto a la reciprocidad esperable de una relación con los turistas, Rodrigo cuenta:

"Mira, prostituto es el que cobra, y en la isla nadie cobra; en la isla tú te metí con alguien, todo, y la misma persona te ofrece... o viajar a otro lugar o comprarte algo y todo, y allá la gente en la isla es buena para dar, entonces está acostumbrada a recibir, no es tan materialista (...) Es que es distinto si tú llegái y le decí a alguien: oye yo quiero... por treinta mil pesos voy a estar contigo. Es distinto eso a ir tú y todo, y te gusta alguien, tení al menos alguna atracción física, te acercái y conversái con ella y todo, y después si ella quiere darte algo, es cosa de ella, pero eso no es una prostitución" (Rodrigo, Santiago, 23).

En relación con los planteamientos generales de este estudio, la relación entre la movilidad poblacional y el VIH/SIDA es innegable, debido a todo lo que implica el desplazamiento de las personas, en cuanto a las redes sociales de apoyo, a la capacidad comunitaria y personal de respuesta frente a crisis, al alejamiento de las familias (incluyendo pareja sexual estable), distanciamiento de la comunidad de origen y pautas culturales, entre otras. Pero en el

caso de Rapa Nui, se adiciona la permanente presencia de grupos externos, fundamentalmente turistas, constituyendo un complejo escenario que se acopla a la condición transitoria de estas poblaciones, con lo que particulariza la vulnerabilidad de las personas frente a la adquisición de VIH y otras ETS.

“La isla es un lugar donde pasa mucha gente y el tema sexual que es sumamente abierto, donde no hay tapujos... te lleva a que ellos (los turistas) tienen que aprender a que tomen ciertas medidas, para que obviamente al resto (población local) no le pase nada (...). Si tú me dijeras qué es lo que nos hace vulnerables a nosotros: lo que entra; y en todo sentido: las personas (que vienen), la contaminación. Eso a nosotros nos hace vulnerables, los cambios que vienen de afuera... La gente que está allá (en la isla) absorbe todo lo que llega porque no conocen otra cosa. No hay otras referencias” (Informante Clave isleña).

IV. CARACTERIZACIÓN DE LA VULNERABILIDAD EN PUEBLOS ORIGINARIOS

El objetivo del presente capítulo es realizar una lectura transversal, que integre elementos de los hallazgos para las etnias aymara, mapuche y rapanui, dando cuenta de los contextos de riesgo y vulnerabilidad identificados en ellos. Por enfocarse el presente estudio en pueblos originarios, la pregunta central que lo cruza es la de la especificidad cultural al tratar el tema del VIH/SIDA. Es por esto que la lectura integrada de las tres etnias, que proponemos a continuación, profundiza en este aspecto, buscando elementos comunes y diferenciadores respecto a los factores y contextos de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

1. VIH/SIDA y cosmovisión

En términos generales, se aprecia que para los miembros de los tres pueblos originarios abordados en el estudio, el VIH/SIDA no aparece como un tema relevante, sino que es visto, más bien, como un “mal” de los “otros”; por ende, no lo visualizan cercano a ellos/as; y, en caso de afectar a algún miembro de su colectivo, este debería tratarse con la medicina occidental, por ser una enfermedad “occidental”, “importada”, “extranjera” o de los “otros”. Esta referencia a la otredad no hace sólo alusión a personas no indígenas, sino que también incluye el ámbito de conductas que no son permitidas por estos pueblos y que, por ende, deben ser invisibilizadas (como la homosexualidad, infidelidad, prostitución, etc.).

En el caso del pueblo rapanui, esta idea se refuerza por el hecho de que la isla está geográficamente a mucha distancia de los “otros” (no sólo de Chile, sino también del resto del mundo), lo que simbólicamente se traduce, según el equipo de investigación, en una (falsa) percepción de protección, al estar supuestamente la isla “contenida” por límites naturales.

Resulta interesante, sobre todo para los aymaras y mapuches, la distinción entre lo “tradicional” y lo “moderno”. Como se discutió en los análisis preliminares por cada pueblo originario, la adscripción a pautas culturales tradicionales se puede relacionar tanto con factores protectores, como con aquellos de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. En un sentido, pareciera ser “protector” para la mayoría de las personas pertenecientes a los pueblos originarios entrevistadas, el apego a la cultura, ya que parece fijar un límite, una frontera entre elementos externos y propios. Al concebir el VIH/SIDA como una enfermedad “occidental”, en un sentido simbólico, la sola adscripción a patrones de vida tradicionales aparecería como factor protector, asociado, en términos generales, a una vida más sana –vinculando “lo sano” con un contacto más estrecho con la naturaleza–, a la vida en comunidad –entendiendo esta última como una entidad cerrada–, entre otros elementos. De esta manera, el apego a los patrones culturales tradicionales, aparece como un contexto “sano” en un sentido holístico del término, tal como los tres pueblos originarios abordados comprenden la salud. El pueblo rapanui, por su parte, simboliza esta idea a través de la noción que mencionamos anteriormente, que se vincula con la idea de que la isla es una frontera natural, que los/las protege de los males externos del mundo.

Sin embargo, y por el mismo hecho de verse lo tradicional como contexto protector, el estudio considera que es también un factor de vulnerabilidad, en el sentido de que puede dar una falsa idea de protección.

En la distinción tradicional/antiguo/antes versus moderno/nuevo/ahora, se entrecruzan dimensiones temporales, espaciales y simbólicas. Este punto es complejo, pues la misma distinción entre lo “tradicional” y “moderno” es difícil de establecer. ¿Dónde termina uno y comienza lo otro? En la práctica, hay un continuo desplazamiento entre ambas dimensiones, que conlleva un tránsito entre percepciones de mayor o menor riesgo.

Las palabras de una informante clave de la I Región reflejan muy bien esta situación, cuando plantea, a modo de ejemplo, que el tema de la violencia es percibido de manera distinta por los actores sociales, dependiendo del lugar desde donde observan su propia cultura aymara:

“Hay todo otro sector de los dirigentes o de las dirigentes, que tienen el discurso más esencialista de la cultura, donde la violencia no existe, y si es que existiera, es culpa de lo occidentalizados que estamos. Antes no había, en esta cosa que todo es dicotómico; cuando somos tradicionales somos todos buena onda, somos súper ecologistas, somos todos solidarios, recíprocos, todo..., pero en la medida que nos occidentalizamos, los aymara tienen violencia intrafamiliar y sólo, sólo se puede explicar a través del contacto con los chilenos. Yo creo que la incapacidad de resolverlo comunitariamente se puede explicar

a partir del contacto con los chilenos, digamos, pero no su existencia. Y en las comunidades no hay discurso, lo que encuentras son discursos individuales, la gente que te relata su historia de violencia...”. (Informante clave, I Región).

En Isla de Pascua, la distinción entre lo tradicional y lo moderno adquiere otro sentido. Se observa que en Rapa Nui no existe la diferenciación entre lo “tradicional” (concebido como “verdadero”) y lo “moderno”, en el sentido en que aparece en el discurso de las otras comunidades étnicas (ligado a la necesidad de deshacerse del acervo cultural para lograr modernidad). La cultura isleña ha estado en permanente contacto y asimilación de otras culturas, manteniendo igualmente sus particularidades; en este sentido, es que parte de su acervo construye “modernidad” sin grandes contradicciones. Eso debe ser considerado un factor diferenciador, como hemos dicho, de lo que ocurre con las otras etnias.

En otro sentido, el contacto con la cultura “moderna” aparece entre los/as integrantes de las diferentes comunidades de pueblos originarios como un factor protector frente al VIH/SIDA, puesto que implica acceder a conocimientos sobre sus causas e información respecto a prevención. Diversos relatos mencionan a la educación formal –así como los hospitales y consultorios– como canales de información acerca de salud sexual y reproductiva, ETS y VIH/SIDA. Esto es de suma relevancia, principalmente entre las generaciones que nacieron en comunidades rurales y se trasladaron a sectores urbanos. Y se aprecia cómo, a medida que los miembros de los pueblos originarios se acercan a la cultura “occidental”, van aprendiendo contenidos más certeros y profundos sobre estos temas. En este sentido, el imaginario sobre el VIH/SIDA se va acercando al del discurso biomédico.

En personas indígenas con pocos años de educación formal, y de contextos rurales, aparecen nociones como que la adquisición del VIH/SIDA se puede dar por el uso del mismo baño, por compartir la comida, que lo transmiten los monos, que se adquiere por tener sexo con animales, entre otras creencias. En cambio, en las ciudades casi no se aprecian diferencias entre lo que las personas indígenas y no indígenas de contextos similares conocen acerca de la enfermedad. Un factor relevante que aparece como diferenciador entre la población indígena y la no indígena, es la alusión de parte de los primeros (en contextos rurales y urbanos, personas con y sin educación formal) a la “sangre fuerte” de los indígenas (discurso presente principalmente entre los/as mapuches), lo que los haría más resistentes, e incluso inmunes, frente a muchas enfermedades, entre las cuales se puede encontrar el VIH/SIDA. En el caso de la etnia rapanui, aparecen algunos testimonios que hablan de una cierta sabiduría del cuerpo, que sabe distinguir entre cuáles personas están sanas o enfermas, para escoger sus parejas sexuales. Esto puede constituir un factor de riesgo, por cuanto implica la noción de que no sería necesaria la protección.

Generalmente, y como factor que no se diferencia de la población general, se constata que entre la población indígena la conciencia real de riesgo aparece cuando se conoce de casos cercanos o propios de ETS y/o VIH/SIDA. También se detecta una mayor sensibilidad frente al tema en personas que han sido capacitadas, por parte de agentes o agencias calificadas, en temas específicos de ETS y VIH/SIDA.

Uno de los elementos de la cosmovisión que parece relevante tomar en consideración en el caso de los tres pueblos abordados en el estudio, son los ámbitos vinculados con los procesos de salud/enfermedad. En todos ellos, los factores determinantes de los procesos de salud/enfermedad se vinculan no sólo con aspectos biológicos, sino también con las relaciones sociales de las personas afectadas y el medio ambiente en el cual se desenvuelven, por señalar algunas. Además, cuerpo, mente y espíritu, se consideran ámbitos ligados entre sí, que se relacionan y afectan. Pareciera que el VIH/SIDA queda de cierta manera al margen de esta concepción integral, toda vez que es una enfermedad considerada por los tres pueblos como de origen “occidental”, ajena a ellos/as y, por lo tanto, perteneciente al reino de lo biomédico y de sus tratamientos. A pesar de esto, es interesante notar cómo en algunos casos, por ejemplo en el de la realidad mapuche, se puede rescatar el discurso por parte de una machi que denota una relectura del VIH/SIDA, a través de la cual inserta dicha enfermedad dentro de los modos propios de la cosmovisión mapuche, en cuanto a la comprensión de la salud y la enfermedad.

Por otra parte, se aprecia que para muchos aymaras y mapuches el adoptar modos de vida urbanos —a entender de ellos/as, usos y prácticas “occidentales” —, los hace sentir el tema del VIH/SIDA como más cercano a sus vidas. Y muchas veces estos modos de vida occidentales se entienden como transgresiones a las pautas culturales tradicionales, principalmente por aquellos/as que viven en medios rurales o han recién llegado a las ciudades. Bajo esta lógica, podemos entender que para muchos integrantes de los pueblos estudiados la vida armónica de la comunidad, que supuestamente se rige por pautas tradicionales, deja poco lugar a conductas “desviadas”. La adscripción a pautas culturales “occidentales”, en cambio, haría más fácil la adquisición de conductas “desviadas”, que se traducen en muchos casos en enfermedad, tanto del “alma” como del “cuerpo”.

Tal vez uno de los puntos más relevantes y que ameritan una profundización, es el de las diversas concepciones culturales de salud y enfermedad develadas por el estudio. El reto es grande, puesto que se trata de introducir una temática externa, que no es percibida como propia por las comunidades del estudio. Hablar de una enfermedad —en este caso una que es percibida como “occidental” en todas sus manifestaciones— es difícil cuando se está frente a grupos de la

población que entienden por enfermedad una relación interactiva y dinámica entre la persona y su entorno; por ello, el cuerpo se manifiesta y se deja escuchar a través de distintas señales de dolor, debilitamiento o malestares, entre otros. Entonces, ¿cómo hablar de una enfermedad “muda” (siguiendo la lógica de las cosmovisiones abordadas)?; ¿cómo visualizar el VIH/SIDA como enfermedad, cuando mente y cuerpo pueden verse y sentirse sanos? Por otra parte, es finalmente un “otro”, generalmente externo a la cultura, representante de la biomedicina, quien diagnostica, determina e informa que la persona está enferma; por lo tanto, define que debe ser tratada como tal.

Este tema es de vital importancia al momento de identificar y definir las líneas de acción en torno al VIH/SIDA en pueblos originarios. Abordar el trabajo de sensibilización en materia de interculturalidad con los agentes de salud, es uno de los primeros pasos para avanzar en la prevención del VIH/SIDA entre los pueblos originarios de nuestro país; tan múltiple y diverso como las comunidades que han dado cuerpo y sentido a este estudio.

Relaciones de género y sexualidad

Durante el estudio fue posible constatar que las relaciones de género son también un elemento necesario de considerar, tanto como un factor de riesgo como de protección frente al VIH/SIDA. Cada uno de los pueblos originarios estudiados establece relaciones de género propias, particulares, que refieren a los tipos de vínculo que se producen entre hombres y mujeres, los cuales involucran todos los ámbitos de la vida, entre ellos la sexualidad.

En el caso de los aymaras y mapuches, en las relaciones de género persiste el modelo tradicional, principalmente en los contextos rurales, donde el hombre y la mujer tienen roles muy diferenciados. En el plano de la sexualidad, el hombre posee una suerte de dominio sobre la mujer, y ella debe responder a normas que la subordinan al plano de los ámbitos domésticos y reproductivos. En el caso mapuche, la tradicional poligamia (institución de matrimonio plural, que permite al hombre tener más de una esposa), si bien ya no funciona como práctica institucionalizada, pareciera que aún se mantiene en el acervo cultural de este pueblo, ya que la infidelidad masculina no es una práctica sancionada. Esto se presenta como un importante factor de vulnerabilidad. Otro factor, muy vinculado al anterior, es la creencia de que la pareja estable es un factor de protección frente al VIH/SIDA y otras ETS. Esto se presenta principalmente en las mujeres, aun cuando ellas muchas veces saben que sus “parejas estables” tienen otras relaciones sexuales. Diversos relatos de mujeres apuntan a que ellas saben que su marido mantiene relaciones extramaritales; sin embargo, apelan a que “él sabe con quién se mete”. Este hecho refleja nuevamente la invisibilización de contextos de riesgo para la adquisición de ETS y VIH/SIDA.

Las relaciones de género antes descritas responden, principalmente, al modelo tradicional de las culturas aymara y mapuche, funcionando en la actualidad, pero con variaciones a considerar de acuerdo a una serie de variables, entre ellas el contexto y la generación que se aborde. Por ejemplo, en el caso de mujeres mapuches jóvenes urbanas (tanto de la IX Región como de la Región Metropolitana), fue posible encontrar un discurso de cambio con respecto a las relaciones de género. Estas mujeres apelan por relaciones más igualitarias y equitativas, y conciben el modelo tradicional como “machista”, por lo que no están dispuestas a continuar su reproducción. En el caso de las mujeres jóvenes aymaras que viven en las ciudades, el discurso es muy similar. De esta manera, estas jóvenes develan la existencia de una suerte de rebeldía con respecto al modelo tradicional, aun cuando en sus vidas cotidianas muchas de ellas continúan con prácticas que lo reproducen. Así, podríamos decir que el caso de estas jóvenes da cuenta de una transición cultural, en la cual conviven los discursos “modernos” y “tradicionales”; donde el referente del machismo es releído y resignificado de acuerdo a las nuevas realidades que se ven enfrentadas a vivir. Lo que se traduce en discursos contradictorios, propios de este segmento de la población.

En el caso de los hombres jóvenes urbanos, la transición antes descrita también está presente, pero no es tan clara como en el caso de las mujeres. Ellos parecen seguir más el patrón tradicional, donde la virilidad está fuertemente ligada a la posesión de más de una mujer. Esta concepción repercute fuertemente en las prácticas de uso de preservativo, siendo el uso del condón, principalmente para los hombres mayores, una realidad desconocida, ajena. Para los hombres jóvenes, en cambio, el condón es más cercano, pero reconocen que muchas veces no lo utilizan. Indagando más en profundidad, es posible descubrir que el condón es concebido como una suerte de barrera que impide la demostración de la virilidad, la cual pasa en algunos casos –como el mapuche– por dejar algo dentro de la mujer, es decir, dejar el semen. En el caso pascuense, los entrevistados apuntan a que a los hombres rapanuis no se les pueden poner fronteras, límites. Bajo esta concepción, el condón es visto como un elemento que coarta y, por ende, muchas veces no lo utilizan. Aun así, nos parece necesario reforzar la idea de que la población joven está cada vez más abierta a su utilización, aun cuando sus discursos develan la antes mencionada transición; ya que si bien estos apelan a que es necesario su uso, junto con esto recurren a la imagen tradicional de virilidad por una parte y, por otra, bajo el modelo tradicional de relaciones de género, continúan concibiendo las relaciones sexuales como un asunto de control masculino. Esto hace que conciban como una falta el que sea la mujer quien proponga la utilización del condón o lo facilite al hombre, ya que esta conducta reflejaría que ella es una “suelta” o bien está cometiendo algún tipo de infidelidad.

El caso rapanui es diferente y debe ser analizado por separado. Pese a las aparentes diferencias generacionales en torno al tema, la comunidad estima a la actividad sexual como “lúdica” y gozosa, como una forma propia del ser rapanui, tanto para hombres como para mujeres. Ello es particularmente interesante, pues implica que incluso las mujeres vivan su sexualidad no desde el “ser para otro”, sino desde la experiencia de una sexualidad placentera. En la isla este es un tema tan instalado, que tampoco requiere cuestionamientos, ya que pareciera ser definido socialmente como “inevitable”. En relación a esto, la mujer isleña no asume discursivamente una postura victimizante, sino más bien activa. Ello tiene que ver con que, en efecto, la actividad sexual de hombres y mujeres en la isla no parece diferir considerablemente en relación con el número de parejas y modos de interacción social relacionados con contextos de vulnerabilidad. La percepción de la sexualidad en los rapanuis nos habla de prácticas sin fronteras, sin barreras, lo cual se traduce en algunos casos en una reticencia a la protección con utilización de condón. Además, en todos los tramos etarios se encuentra la idea de que es la multiplicidad “exagerada” de parejas sexuales lo que hace a una persona “peligrosa” y a su pareja la pone en riesgo. El carácter relativo de estos conceptos está creando una falsa sensación de seguridad entre quienes creen “conocer” a la gente con la que interactúan sexualmente, sobre todo cuando se trata de coterráneos. Muchas veces este “discernimiento” se considera una práctica preventiva. La caracterización de la vivencia de la sexualidad en la etnia rapanui como una práctica “abierta” pudiera entenderse como factor protector, toda vez que el reconocimiento expreso del ejercicio de la sexualidad en estos términos, para ambos sexos, anula o reduce la posibilidad de ocultamientos y falsas expectativas en torno a este tema, lo cual sí está presente en las otras culturas indígenas, expuestas a las propias contradicciones derivadas de su situación política y sociocultural. Nos referimos, básicamente, al cuestionamiento de la “fidelidad” como un valor en el ámbito del “deber ser”; al rol claramente subordinado de la mujer respecto del control masculino sobre su sexualidad; a la circunscripción de la actividad sexual (en términos de deber ser) dentro del ámbito familiar; entre otras.

Otro elemento a tener presente y que requiere ser profundizado tiene que ver con las estrategias preventivas que cada pueblo despliega para cuidarse de la transmisión sexual de enfermedades y del VIH/SIDA. A través de los relatos de los/as entrevistados/as fue casi imposible descubrir este aspecto en las conductas de los individuos, pero sostenemos que debe ser un ámbito a considerar, ya que las ETS han estado presentes desde siempre en sus vidas y, efectivamente, todos los pueblos estudiados manejan técnicas especiales para el tratamiento de estas enfermedades. Esto quiere decir que la prevención no debe estar enfocada únicamente en el uso del condón, sino que debe también potenciar las prácticas propias de protección de cada cultura.

Otra variable que fue posible apreciar fue la violencia de género, la que aparece como un factor de vulnerabilidad a considerar, tal como sostienen diversos estudios, incluyendo el discurso de la cooperación internacional, “la violencia masculina es responsable de la propagación del VIH/SIDA de diversas formas (...). Todos los años se producen millones de casos de violencia sexual masculina contra las mujeres y muchachas, a veces dentro de su propia familia u hogar (...). Existen vínculos menos evidentes entre la violencia y el VIH. Aun cuando no sea de carácter sexual, o simplemente adopte la forma de amenaza, la violencia contribuye a propagar el VIH porque impide la discusión sobre la prevención del VIH y de otras ITS” (ONUSIDA, 2000).

La relación VIH/SIDA y homosexualidad estuvo marcada en los inicios de la epidemia por una fuerte estigmatización que se ha ido despejando al avanzar los conocimientos epidemiológicos sobre el VIH/SIDA y al desestimarse las primeras conceptualizaciones de grupos de riesgo como focos de la propagación del VIH/SIDA⁴⁴.

Para los rapanui, en cambio, la homosexualidad se entiende desde una postura que la acepta como una manifestación de diversidad humana, en el marco de un movimiento mundial en torno a la incorporación de las minorías y que los isleños recogen a través de los medios de comunicación y sus propias experiencias de viaje y de contacto con turistas extranjeros/as.

La adscripción a otras religiones cristianas fue también identificada por el estudio como un factor obstaculizador respecto a visibilizar el tema del VIH/SIDA en pueblos originarios: muchas familias (en especial aymaras y mapuches) se han sumado a la religión evangélica, lo que conlleva cambios en los valores, hábitos y cosmovisión. A menudo, el alcoholismo de algunos hombres impulsa a las mujeres a llevar a su familia a la iglesia evangélica, con la consecuencia frecuente de que la mujer y los/as hijos/as se asimilan a la cultura evangélica y rechazan la aymara o mapuche, según el caso. Esto modifica la relación con los agentes tradicionales de salud, en los que dejan de confiar.

El consumo de drogas y alcohol también son factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Si bien el primero no tiene gran incidencia dentro de los pueblos aymara y mapuche, el segundo sí lo hace, ya que el consumo de alcohol es una práctica frecuente en todos los pueblos estudiados,

⁴⁴ En este sentido es pertinente señalar que, aunque las consideraciones culturales difieren en las distintas etnias, los pueblos originarios no están al margen de los pre-conceptos asociados a las minorías sexuales que podrían compartir más o menos con el resto de la población chilena. En ese marco, para el trabajo preventivo la homofobia también sería una variable necesaria de considerar, por cuanto afectaría a los individuos en la posibilidad de desarrollar medidas de auto-cuidado en un ambiente desfavorable para la prevención individual y para el reconocimiento social legitimado.

no sólo en contextos festivos o rituales, sino también en el cotidiano. Este consumo implica una mayor exposición frente a la adquisición del virus, porque conlleva prácticas sexuales generalmente sin protección por olvido o descuido a consecuencia de la alteración que el alcohol provoca. Este factor de riesgo afecta no sólo a la población joven, sino a toda la población; tanto hombres como mujeres, jóvenes y adultos. En el caso rapanui, a la ingesta de alcohol se agrega el consumo de marihuana, sobre todo en contextos de “carrete” que frecuentemente terminan en relaciones sexuales esporádicas y sin uso de condón.

2. Participación social y agentes de salud

Las recomendaciones generales de ONUSIDA abogan por una movilización de todos los sectores de la sociedad frente al VIH/SIDA, argumentando que “una función importante de los gobiernos consiste en abrir el camino para que todos los sectores de la sociedad puedan contribuir a la respuesta. Los países que han utilizado enfoques multisectoriales han visto reforzada su respuesta nacional a través de la participación de los grupos o las asociaciones religiosas, culturales y comunitarias, los empresarios, los sindicatos y las organizaciones no gubernamentales” (ONUSIDA, 2002b). De acuerdo a estos principios es que el estudio se interesó por indagar en aspectos de participación social y en los agentes de salud, y también en la incidencia de ambos sectores respecto al VIH/SIDA. En términos generales, podríamos decir que la participación social adquiere características particulares en cada uno de los pueblos considerados para el estudio. Es interesante hacer notar que dentro de estos pueblos no existen organizaciones propias que se generen en torno al tema del VIH/SIDA. Así, tampoco es un tema dentro de las agendas de las organizaciones ya existentes.

Respecto a la participación social y el VIH/SIDA, es interesante rescatar el caso rapanui, donde fue posible observar una sobreinformación en el caso de la población joven, existiendo múltiples acciones focalizadas hacia este sector por parte de distintas instancias, como, por ejemplo, el Hospital de Isla de Pascua. Este ha generado campañas para explicar las ETS y el VIH/SIDA, pero lo ha hecho desde un enfoque que carece de una mirada sociocultural, lo que ha producido un efecto contrario al deseado; es decir, un efecto de saturación y la sensación de estar siendo “engañados” por un discurso oficial. Pareciera ser que, bajo esta óptica, el tema del VIH/SIDA es comprendido por la comunidad como una estrategia de poder de las instituciones “chilenas” (escuelas, hospitales, consultorios) para controlar a la gente, y no como una advertencia real que sea capaz de generar estrategias de prevención efectivas. Todo esto se enmarca dentro de procesos políticos en que se encuentran los pueblos originarios en relación al Estado nacional, lo que hace que muchas de las acciones de los organismos que representan a la nación chilena dentro de las comunidades,

sean mal interpretadas por la población indígena y se las considere coercitivas. Además, por todos los aspectos culturales antes descritos, las organizaciones están preocupadas más de temas políticos, comunales y organizativos que no incluyen la esfera de la salud sexual, particularmente los temas de VIH/SIDA.

A través de los datos obtenidos por el estudio, sostenemos que la realidad demuestra que los servicios y los agentes de salud de los organismos públicos aún carecen de una mirada efectiva que considere la particularidad cultural de los pueblos originarios. Es necesario destacar que todos los pueblos han debido aprender a hablar castellano para hacerse comprender por los servicios (entre otros ámbitos). Además, éstos no tienen un enfoque sociocultural, lo que dificulta aún más una comunicación efectiva y eficaz. Por esto es que el estudio identifica como un aspecto clave el hacer un trabajo previo y/o paralelo de sensibilización en estas temáticas con los servicios de salud.

Respecto a los/as agentes de salud tradicionales y el VIH/SIDA, el estudio sostiene que estos/as tampoco han incorporado de manera sistemática el VIH/SIDA dentro de sus concepciones de salud/enfermedad. Es más, podríamos decir que, en general, no tienen mayor conocimiento de esta enfermedad. Por lo mismo, si es necesario, para estos casos recurren inmediatamente al hospital regional, o bien, a los servicios de salud públicos.

3. Movilidad poblacional y VIH/SIDA

- Como contexto de vulnerabilidad importante, aparece la migración y/o movilidad estacional. Para los pueblos estudiados, la movilidad poblacional no es un fenómeno ajeno y atañe tanto a hombres como mujeres. Si bien existen diferencias en cuanto al tipo de movilidad, en los tres pueblos ésta constituye un importante factor de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, sobre todo si pensamos que entre las indicaciones de ONUSIDA está el llegar a “las poblaciones indígenas socialmente excluidas, los trabajadores móviles e itinerantes” (ONUSIDA, 2002), incluyendo a los conductores de transporte terrestre de largas distancias y a los trabajadores/as temporeros; esto, porque fenómenos como los desplazamientos, la migración poblacional u otras circunstancias que separen a la persona de su familia, pueden dificultar su capacidad de protección, aumentar su vulnerabilidad frente al VIH y también disminuir sus posibilidades de acceso a información y a servicios de salud, así como disminuir la capacidad de respuesta frente a la posible adquisición del virus.

Durante el estudio fue posible identificar, principalmente, tres formas de movilidad poblacional, todas ellas eventuales contextos de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

Por un lado, está la movilidad transnacional, focalizada principalmente en la I Región. Como ya hemos mencionado, se considera que la frontera es un fenómeno que requiere de un abordaje único, aunque en esta oportunidad sólo se esbozarán reflexiones generales que otorguen un marco global para abordar la temática de la movilidad poblacional y pueblos originarios. Uno de los hallazgos importantes del estudio tiene relación con la movilidad transnacional que realizan personas aymaras entre Arica y Tacna, motivadas, por un lado, por la búsqueda de asistencia médica y, por otro, por factores vinculados al comercio sexual. En cuanto a la búsqueda de asistencia médica, es necesario destacar el hecho de que muchos/as de las personas entrevistadas sostienen que en Perú existe mayor respeto por la gente indígena, lo que hace que se sientan mejor en Tacna en comparación con Arica. Por otra parte, en la ciudad de Tacna dicen poder recurrir a la medicina privada a un precio mucho menor que en Chile, país del cual desconfían en lo relativo al sistema de salud público. Otro aspecto relativo a la búsqueda de asistencia médica tiene que ver con la cifra relevante de personas de nacionalidad chilena –en su mayoría hombres– que acuden a Tacna para solicitar el test de ELISA. Pareciera ser que la libertad que les otorga estar en otro país, más el no quedar registrados en las estadísticas nacionales, les permite conocer su condición serológica sin las consecuencias epidemiológicas, sociales ni valóricas que conlleva un resultado positivo.

En cuanto al comercio sexual, pareciera que es común que hombres (tanto aymaras como chilenos) vayan a Tacna como clientes, y que mujeres (tanto aymaras como chilenas) trabajen en comercio sexual en dicha ciudad. Otro aspecto a considerar dentro de la movilidad transnacional se relaciona con el transporte terrestre, principalmente con los “camioneros” de carga internacional. Cabe destacar que muchos hombres aymaras se emplean en este rubro, el cual conlleva una serie de riesgos frente a la adquisición de VIH/SIDA.

Es necesario destacar que si bien la movilidad transnacional afecta sobremedida a la población aymara de la I Región, también es un factor presente entre la población mapuche, la cual establece permanentes vínculos de movilidad poblacional con Argentina. En el caso de la población rapanui, existe desplazamiento entre la Isla y Polinesia (especialmente Tahiti), y el contacto constante con turistas de diversas nacionalidades, que lleva a muchos isleños a migrar a otros países en forma temporal o definitiva. Lo anterior constituye un complejo escenario que se acopla a la condición transitoria de estas poblaciones, lo que incide en la vulnerabilidad de las personas frente a la adquisición de VIH/SIDA y otras ETS.

Por otro lado, está la movilidad poblacional permanente, vinculada a la migración campo-ciudad motivada, principalmente, por el mejoramiento de las condiciones de vida. Este tipo de movilidad se da sobre todo en personas

jóvenes que, tal como nos comentó un informante clave del estudio, por lo general regresan a las comunidades de origen cuando son mayores de 50 años. Esta movilidad poblacional tiene varios efectos que podrían relacionarse con la exposición al riesgo, como la asimilación al estilo de vida “occidental” y la adopción de conductas de riesgo. A esto se agrega que quienes migran son mayoritariamente población joven (grupo principal que está adquiriendo el virus en nuestro país) que realiza trabajos temporales. Entre la población joven, se hace necesario detenerse en los estudiantes de los diversos pueblos originarios que van a las ciudades a terminar o continuar con sus estudios. Este segmento de la población de origen étnico enfrenta varios escenarios. Por un lado, se ve fuertemente expuesto a enfrentar situaciones de riesgo frente al VIH/SIDA, principalmente aquellos/as que provienen de contextos rurales y se enfrentan a la vida urbana por primera vez. Por otro, la ciudad también les ofrece información y educación en las temáticas de salud sexual, lo que entrega herramientas para prevenir riesgos. Datos muy interesantes respecto a este grupo surgieron en la IX Región y en jóvenes rapanuis que viven actualmente en el continente en condición de estudiantes. Muchas veces estos jóvenes adquieren información y educación en torno a la sexualidad, por ejemplo el uso del condón, y luego son ellos/as mismos/as quienes educan a sus pares en los lugares de origen. Durante el estudio fue posible constatar que no sólo transmiten dicha información a sus pares, sino también a personas de otras generaciones, como sus padres y vecinos/as, entre otros.

Por último, encontramos la movilidad de población vinculada a trabajos temporales, principalmente del sector agrícola. Este tipo de movilidad poblacional fue identificada como un importante contexto de riesgo y vulnerabilidad. Tanto en la población aymara como en la mapuche, es común que hombres y mujeres realicen trabajos temporales fuera de sus comunidades de origen. El tiempo de ausencia varía de semanas a meses, durante el cual las personas establecen contacto y relaciones sexuales esporádicas, generalmente con desconocidos/as. Debemos considerar que estos desplazamientos, la lejanía del hogar y la discriminación que sufren los/as personas de origen étnico, generan sentimientos de soledad y de baja autoestima que aumentan las posibilidades de contactos esporádicos sin protección. Esto es interesante, ya que nos lleva al tema del estigma y la discriminación, y a su vinculación con el VIH/SIDA. Por otra parte, el estudio revela que, en general, el uso del condón no es un recurso común entre las personas pertenecientes a los pueblos originarios estudiados, lo cual aumenta el riesgo de adquisición del VIH y otras ETS durante el período de trabajo temporal, sobre todo cuando se establecen relaciones en contextos de importantes carencias emocionales y afectivas. Tal como sostiene Cáceres, “luego de analizar las consecuencias de la movilidad poblacional estacional por trabajo y sus conexiones con las relaciones de pareja paralelas (y/o con el consumo de comercio sexual), se concluye que los factores que median la contribución de la migración laboral a la epidemia incluirían las condiciones de

vida deprimidas, la disrupción del sistema de apoyo social y la organización social disfuncional” (Cáceres, 1999: 232).

Por otra parte, otro factor que es necesario considerar es el regreso de los/as trabajadores/as temporales a sus hogares de origen. En la mayoría de los casos, sobre todo en el de los varones de origen rural, hay una familia que los espera. Es común escuchar a la mujer decir que no temen que los maridos les transmitan alguna enfermedad, ya que ellos se cuidan, o bien aseguran que ellos no les han sido infieles. De esta manera, la protección frente a la adquisición de alguna enfermedad no es un tema que se discuta en pareja, menos en los contextos más tradicionales de estas culturas.

V. LINEAMIENTOS A CONSIDERAR PARA LA ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS PREVENTIVAS FRENTE AL VIH EN PUEBLOS ORIGINARIOS⁴⁵

1. Líneas de acción identificadas

Este capítulo presenta, por un lado, las líneas de acción —en torno al VIH/SIDA en pueblos originarios— identificadas durante el estudio y, por otro, desarrolla ideas que, a nuestro juicio, deben estar presentes en la formulación de estrategias de prevención. Todas las propuestas surgen a partir de los datos obtenidos en la realización del estudio; tanto de la observación etnográfica, como de las entrevistas a informantes claves y a miembros de los pueblos originarios, así como también desde la experiencia de las investigadoras que participaron en el estudio.

La información está organizada en torno a distintos ejes analíticos que hemos identificado como relevantes.

1.1. VIH/SIDA y pueblos originarios

Como hemos destacado a través de las distintas etapas del estudio, el VIH/SIDA es conceptualizado como enfermedad de los “otros”, “externa”, “foránea”. Esta invisibilización del VIH/SIDA se constituye en un factor de vulnerabilidad, por cuanto no permite que los miembros de los pueblos originarios se perciban en riesgo. Esto nos lleva a plantear la idea de que las estrategias deben comenzar, primero que nada, por instalar el tema dentro de las comunidades indígenas,

⁴⁵ Los aspectos aquí expuestos constituyen una contribución del equipo de investigación, y son considerados como elementos a analizar para la formulación de políticas públicas (Nota del Editor).

pero tomando en consideración los factores culturales y las cosmovisiones de cada grupo étnico, única manera en que el VIH/SIDA tendrá pertinencia cultural. En este sentido, parece necesario introducir el VIH/SIDA dentro del imaginario indígena, pero desde los códigos propios de cada pueblo. Para realizar esto, pensamos que es indispensable trabajar con personas pertenecientes a los pueblos originarios, especialmente jóvenes que, por las condiciones de vida que antes hemos analizado, transitan entre lo moderno y lo tradicional y, por ende, manejan los códigos de ambas realidades. Esto permitirá avanzar en que se asuma el VIH/SIDA como un tema que los afecta en sus vidas cotidianas y que no lo vean sólo como un problema de los “occidentales”.

El primer paso para lograrlo es identificar ámbitos, a nivel de comunidades, que sean relevantes para sus miembros y, desde éstos, instalar el tema VIH/SIDA. Plantearse una estrategia de prevención directa y únicamente enfocada en VIH/SIDA resultaría infructuoso, pues el tema es irrelevante para los miembros de pueblos originarios, al no ser considerado un problema propio ni “real”. El abordaje directo puede ser confundido con la presencia de un elevado número de casos de VIH/SIDA en el respectivo grupo étnico, lo cual va aparejado al temor a una posible estigmatización, y podría causar un efecto indeseado de negación y rechazo de la información y orientación. Por otra parte, el trabajo participativo estimula positivamente la autoestima, lo cual sería un elemento favorecedor del autocuidado.

En palabras de una informante clave del pueblo aymara:

“Se puede prevenir sólo un tema que ha elevado algún problema para la comunidad específica. Lo demás es una pérdida de tiempo. (Hablar de VIH/SIDA) es irrelevante (...) Tengo la impresión de que no va a parecer ni agresivo, no va a parecer nada. Va a parecer como uno más de los temas que alguien va a colocar allá. Una agenda más levantada desde afuera y que me van a pedir que yo me haga cargo” (Informante clave aymara).

Como se enfatiza, el VIH/SIDA aparece como un tema en la agenda oficial de los “otros”, lo cual se constituye de inmediato en una barrera para la prevención eficaz. Por ello, se deben utilizar espacios validados por las propias comunidades, tanto en contextos rurales como urbanos, desde donde colocar temas relevantes que abran la posibilidad de hablar de VIH/SIDA. Utilizamos el término “hablar” para enfatizar que la **oralidad** es un medio más efectivo de difusión que la palabra escrita, como desarrollaremos más adelante. Para instalar el VIH/SIDA como relevante, es entonces necesario situarlo en contextos adecuados:

“Por eso es que creo que si uno quiere hacer un trabajo más sólido tiene que partir de un ámbito próximo que te permita abordar este otro. Ahora, mi opinión también es

que la promoción tiene que ver más con acción de terreno que material. Así como los consensos se establecen desde las unidades sociales más básicas, creo que la promoción también se hace ahí. (...) Por lo menos en el ámbito rural, poblaciones tan reducidas donde el poder ir a visitar casa a casa, el poder acompañar una familia dos días, ir conversando con la familia con calma... ésa es una manera de instalar el tema, instalarlo en las preocupaciones de la gente” (Informante clave aymara).

Estas “unidades sociales básicas” son diferentes en lo urbano y rural, y entre cada pueblo, pero es desde esas instancias donde resultan las acciones más eficaces, como contraposición a instancias asociadas a lo “oficial” (sinónimo de imposición). Y si además tomamos en consideración que el SIDA es de por sí una enfermedad asociada a conceptos estigmatizantes, el situarlo como problema puede generar una doble resistencia: además de ser un problema “externo”, se transforma en otro estigma para la población indígena. En este sentido, deben buscarse mecanismos para no asociar el VIH/SIDA con estereotipos estigmatizantes, que a través del lenguaje se filtren generando distancia en la identificación con el problema. Se debiera partir desmitificando la existencia del problema dentro de algunas poblaciones específicas: prostitución, homosexualidad.

La experiencia de informantes claves nos clarificó que la manera más eficaz de situar temas es instalándonos en conversaciones, en instancias previamente organizadas por los miembros de las comunidades. Por ejemplo, una promotora en salud de la IX Región habló de la instalación de temas de sexualidad y ETS en talleres de mujeres mapuches (organizados por ellas mismas), en un trabajo a través del tiempo.

A continuación desarrollaremos la importancia de analizar cómo estos pueblos conciben y tratan los temas de sexualidad, y los tiempos y espacios donde lo hacen, para poder realizar una labor preventiva.

1.2. Estado y pueblos indígenas

La relación histórica que el Estado chileno ha establecido con los tres pueblos indígenas que contempla el estudio, es diversa para cada caso. Aun así, aparece como eje transversal el carácter de imposición social y política que ha tenido esta relación, donde el Estado ha impuesto estructuras culturales occidentales sobre sociedades y culturas diferentes. En el ámbito de la salud, esto ha implicado la invisibilización histórica de las medicinas indígenas. Sólo desde las últimas décadas existe un reconocimiento informal de ellas. Con respecto a las temáticas del VIH/SIDA y otras ETS, es posible identificar que el Estado no contempla estrategias particulares que incluyan una perspectiva con pertinencia cultural para el caso de cada grupo étnico, sino que estos grupos reciben la misma información que el resto de la población. Esto resulta contraproducente

y perjudicial, toda vez que las estrategias y acciones masivas no contribuyen a tratar estos temas en beneficio de los objetivos de la interculturalidad. Por otra parte, los actores que participan en el trabajo intersectorial de VIH/SIDA (organismos gubernamentales y sus funcionarios, organizaciones sociales no indígenas de diverso tipo) no cuentan hoy con herramientas metodológicas ni teóricas para tratar con la diversidad étnica, pues se trata de un elemento novedoso dentro de la participación ciudadana. Las dinámicas y los intereses de las organizaciones sociales indígenas difieren considerablemente del resto de las organizaciones sociales involucradas (minorías sexuales, mujeres, entre otras), por lo que la interferencia de estas dinámicas e intereses puede provocar perjuicios no sólo para la temática específica de VIH/SIDA, sino también en la relación entre indígenas y la sociedad chilena en general, ya que las comunidades pueden interpretar el interés de estos sectores como una forma más de “intervención” vertical y de estigmatización.

De esta manera, se proponen líneas de acción para que el Estado reconozca y valide a las comunidades indígenas como agentes activos en estas materias, con quienes debe dialogar para establecer en conjunto estrategias de prevención.

Tal como sostiene una informante clave mapuche de la IX Región:

“Yo creo que aquí siempre uno tiene que antes de llegar con una propuesta, o de decir vamos a hacer una campaña, tiene que hablar con las comunidades. Decir las cosas por su nombre a las comunidades, en todos los aspectos (...) y ellos toman la decisión. Y así trabajar con las comunidades, trabajar con los niños, más personalizado (...) se preguntan, ¿por qué a nosotros nos están haciendo esto y al resto no? ¿Creen que nosotros estamos más enfermos? Ese tipo de cosas (...) Tienen instituciones a lo mejor no formales que son muy importantes. Uno tiene que considerar no tanto al -por decir una cosa- al director de la escuela, pero sí al jefe de la comunidad o a la machi. (Si no, van a decir) ¿Por qué no se invitó a la machi?, yo creo que hay que partir por esa base” (Informante clave mapuche, IX Región).

Desde este enfoque, pareciera que el principal rol que deben cumplir las instituciones públicas en una estrategia de prevención del VIH/SIDA es el de otorgar estímulo, orientación, apoyo y diálogo permanente a las iniciativas que surjan desde los propios actores indígenas. Sólo la capacidad instalada de estos actores garantizará, entre otros aspectos, una coherencia social, pertinencia cultural, sustentabilidad en el tiempo, convocatoria y adhesión comunitaria. Por ejemplo, para el caso de Isla de Pascua, esto se traduce en la necesidad de que sea la propia comunidad la que tome a su cargo el tratamiento de temas tan delicados e íntimos como el VIH/SIDA. Se considera que toda intervención planificada y ejecutada desde el continente por actores continentales, sin vínculo previo con la isla, sólo generaría tensiones y ningún efecto esperado, puesto que la reproducción del modelo intervencionis-

ta continental resulta contraproducente. Es así como en las entrevistas y conversaciones informales, la comunidad propuso enfocar el tema desde la cultura isleña, resaltando valores, tradiciones y simbología para la prevención. Esto manifiesta una verdadera identificación con la historia isleña y con el origen polinésico de la misma, referente simbólico constante en los procesos de construcción de identidad de los rapanuis.

De esta manera, según los datos arrojados por el estudio, nos parece que sin la participación de la comunidad cualquier proyecto de estrategias de prevención fracasará desde sus bases. Particular relevancia tendrá el respeto político que el intersector gubernamental y su alianza con el mundo civil confieran a la dirigencia indígena y a las autoridades tradicionales de los diferentes pueblos, tanto del ámbito político, como a los agentes médicos indígenas, por su rol dentro de las comunidades.

1.3. Sexualidad como ámbito privado

Como ya adelantábamos, un factor obstaculizador para un programa de prevención es la percepción del VIH/SIDA como una enfermedad ajena, sobre la que no se habla. En los casos de los pueblos aymara y mapuche, esto se puede acentuar, debido a que en estas culturas no se habla sobre sexualidad ni temas asociados a la intimidad; hay un valor asociado al pudor que se traduce en silencio acerca de la sexualidad.

“La conciencia sobre el tema es particular, personal, no se conversa en la asociación ni en la comunidad” (Informante clave etnia mapuche, líder comunitaria).

Estos silencios con respecto al tema de la sexualidad se traducen, a su vez, en silencio acerca de las ETS y VIH/SIDA, así como también con la invisibilización de la homosexualidad como práctica y con la violencia de género. Hablar de VIH/SIDA es hablar de todos estos temas que están en el ámbito de lo silenciado, del “tabú”. La relevancia que esto tiene para estrategias de prevención se relaciona con la necesidad de instalar el tema del VIH/SIDA de manera muy cuidadosa y desde ángulos que sean relevantes para los miembros de los pueblos originarios. Esta será la única manera en que el tema tenga pertinencia dentro de cada una de las culturas estudiadas. Una posibilidad es utilizar instancias ya creadas, como por ejemplo reuniones deportivas o talleres artesanales, para ir situando estas temáticas, y recordando la importancia que para estos pueblos adquiere la oralidad.

1.4. Oralidad y escritura

Tal como hemos visto hasta ahora, el “poder de la palabra” aparece como eje de los tres pueblos en estudio. En este sentido, la comprobación de la

importancia de la cultura oral, por sobre la escrita, nos habla de la necesidad de establecer coherencia en las estrategias de prevención que se implementen. En este sentido, nos parece clave que exista la posibilidad de situar el tema del VIH/SIDA a través de múltiples temas relacionados y que éstos estén puestos en la vida cotidiana de las comunidades indígenas a través, principalmente, de la oralidad —tanto en el campo como en la ciudad, y diseñando estrategias diferenciadas para cada caso—; es decir, del uso que se hace de las conversaciones como vehículos de transmisión de mensajes y conocimientos sobre estos temas. Esto implica tomar en consideración variables como la temporalidad, ya que en los contextos rurales las conversaciones tienen un tiempo determinado, muy distinto al de las comunidades urbanas, donde el modo de vida y los ritmos de éstas se asemejan a los de la población chilena general.

Lo anterior no significa dejar de lado la palabra escrita. De hecho, en la elaboración de material y en las campañas mismas de prevención, la palabra escrita aparece haciendo tangible un discurso que no puede dejar de estar presente. Para acercar este discurso a los miembros de los pueblos originarios, consideramos necesario que cualquier material que se desarrolle debe estar escrito en castellano y en la lengua indígena respectiva. Se podrá argumentar que no toda la población indígena —y especialmente la urbana— habla su lengua originaria; sin embargo, el poder simbólico de respetar su “tradición” implica un acercamiento, un romper con la verticalidad habitual de las campañas.

1.5. Agentes de salud

Otro punto importante es la relación entre la población indígena y los establecimientos y agentes públicos de salud. A pesar de que se mantiene la terapéutica tradicional de cada pueblo en muchas familias, especialmente para quienes viven en zonas rurales, prácticamente toda familia aymara, mapuche y rapanui ha acudido con un familiar al consultorio, posta u hospital cercano. Estas instancias son percibidas como apropiadas para entregar información y orientación sobre prevención en salud a la población. Sin embargo, la calidad de la atención con que se recepciona y atiende en estos espacios, no facilita la recepción de la información en las/os usuarios/as de las mencionadas etnias. A esto contribuye, además, la falta de conocimiento del personal de salud respecto de las necesidades y costumbres particulares de sus usuarios/as indígenas en distintas situaciones relacionadas con la salud y la enfermedad, y a la existencia de prejuicios acerca de los miembros de los pueblos originarios.

En efecto, durante la investigación pudimos apreciar que es común que el personal de salud biomédico tenga prejuicios acerca de la población indígena, lo cual interfiere en la adecuada entrega de información por parte de las

instancias oficiales de salud y en la recepción que los pueblos originarios tienen respecto a la atención de salud. Es por ello que consideramos indispensable abordar estas carencias a través de la sensibilización y capacitación adecuada del personal de salud. Esto, sin desconocer los esfuerzos que el Estado ha venido realizando en materias de salud intercultural, sino más bien planteando la necesidad de profundizar en sus impactos. Una de las carencias que identificamos en este aspecto es la ausencia de indicadores desglosados por etnia. Es por ello que rescatamos la importancia de contar con estadísticas de salud desglosadas para el caso de los distintos pueblos originarios a nivel nacional, lo que apoyaría fuertemente el desarrollo de una epidemiología sociocultural, crucial para nuestra realidad chilena en tanto multiétnica.

Por otra parte, el estudio constató la necesidad de incorporar dentro del sistema público de salud formas de medición de impacto y procesos sociales desde un enfoque cualitativo. Si bien esta es una preocupación que ya está instalada en el servicio de salud (aparece en el contexto de trabajo de la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio), consideramos que aún falta camino por recorrer, dada todavía la existencia de dificultades de comunicación e integración de sistemas que se desprenden de la experiencia.

Otro aspecto a considerar son los agentes tradicionales de salud de cada pueblo. Como hemos señalado a lo largo del estudio, pareciera que para los agentes tradicionales, al igual que para los/as personas indígenas, el VIH/SIDA es un tema invisible, un mal foráneo, externo, propio de los “otros”. Aun así, es interesante constatar que, a pesar de esto, los agentes tradicionales de salud de alguna manera incorporan el VIH/SIDA dentro de su imaginario social; es decir, transforman la enfermedad y la leen desde sus propios códigos. A partir de esto es que proponemos la idea de incorporar el VIH/SIDA dentro de los códigos y la cosmovisión de cada grupo étnico, ya que nos parece que ésta será la única manera de otorgarle un sentido real al tema en la vida de cada pueblo originario. Por otra parte, no debemos olvidar que los agentes de salud son generalmente personas con un fuerte grado de autoridad dentro de las comunidades, figuras respetadas. Consideramos, por tanto, que incluirlos en las estrategias de prevención implicaría la posibilidad de situar el VIH/SIDA dentro de la cosmovisión de estos pueblos.

1.6. Dónde prevenir

a) Contextos validados por las comunidades

Los hallazgos del estudio arrojan que lo principal es identificar instancias y contextos validados por las propias comunidades donde ir incorporando acciones preventivas en torno al VIH/SIDA. Por ejemplo, la cultura mapuche considera que en la prevención y sanación de un problema de salud debe

involucrarse la familia y la comunidad de la persona afectada. Esto se vincula con el hecho de que la identidad de mapuche está dada por la pertenencia a una comunidad, de la cual se es parte. Este enfoque facilitaría que la información y sensibilización se dirigiera a la comunidad, donde podría socializarse. Esto no significa dejar de lado las instancias generalmente utilizadas para la prevención en salud, como los consultorios, pero sí se hace necesario agregar otros espacios donde se pueda generar un impacto a largo plazo.

b) Movilidad poblacional

Con respecto al movimiento poblacional, es relevante identificar lugares de interacción entre población en tránsito/flotante y comunidades locales, para implementar allí acciones de prevención. En estos espacios es crucial no realizar estrategias paternalistas ni verticales, sino trabajar con los actores locales. Por ejemplo, en el caso rapanui, se propone trabajar con los dueños de las discoteques y pubs, para promover desde adentro estrategias efectivas.

c) Instancias sociales e instituciones

Hospitales, consultorios, escuelas, organizaciones de mujeres, y espacios de participación social y laboral, aparecen —según la percepción de informantes claves y miembros de comunidades— como aptos para la difusión de información y sensibilización. Sobre los colegios, la mayor parte de los/as entrevistados/as sostiene haber recibido en ellos cierta información sobre sexualidad, constituyendo espacios donde muchos jóvenes de comunidades indígenas permanecen gran parte de su niñez y juventud, a menudo en internados. Por ello, parece conveniente considerar a estos espacios en un programa preventivo, mejorando la preparación teórica de los/as docentes en esta área, así como también en metodologías adecuadas para trabajar con ese grupo etario con pertinencia cultural.

Los consultorios, por su parte, son mencionados por personas pertenecientes a los distintos pueblos como espacios adecuados para la entrega de información sobre VIH/SIDA a personas que no tienen acceso a otras fuentes.

Las organizaciones de mujeres también son consideradas claves, ya que las mujeres continúan siendo las encargadas de los ámbitos domésticos, privados, propios de la sexualidad.

Las organizaciones indígenas y la participación de sus miembros en éstas parecen ser, también, un contexto desde donde abordar los temas de VIH/SIDA, pero nuevamente considerando las particularidades culturales de cada pueblo, ya que sólo así se podrá tener una recepción positiva de estos temas. Las organizaciones indígenas cumplen un papel central, toda vez que se articulan

(principalmente en los contextos urbanos) como espacios de recuperación del sentido de comunidad y de identidad étnica. De esta manera, quienes participan en organizaciones comunitarias, agrícolas, ganaderas, centros de madres, juntas de vecinos, organizaciones de estudiantes, grupos de baile tradicional, y otras de este tipo, han desarrollado expectativas con respecto de su comunidad y conocen a la población con la que viven y trabajan, por lo que pueden llegar a ser óptimos agentes en el trabajo preventivo. Asimismo, las personas que participan en organizaciones se ven reforzadas en su autoestima, favoreciéndose el autocuidado, y la difusión de éste. Una entrevistada, por ejemplo, señaló que su participación en una organización ha cambiado sus temas de conversación, la forma en que ve la vida y la importancia que asigna a distintos eventos y circunstancias. Sostiene que en estas instancias hay un reconocimiento y una recuperación de saberes y tradiciones. De esta manera, resulta necesario potenciar estos escenarios en tanto contextos de generación de identidad, pues la participación social de las personas y la revaloración de las identidades étnicas, surge como un factor que debe ser incorporado en los programas para mejorar la prevención.

Las diversas iglesias que están presentes en las regiones abordadas y que tienen como fieles a población indígena, también se presentan como agentes claves que deben ser considerados para la implementación de estrategias de prevención.

1.7. Figuras claves

Agentes validados por la comunidad: en los tres pueblos en estudio se sugiere una llegada a la población a través de un agente validado por la comunidad o que sea parte de ella, quien debe presentar —en una instancia social comunitaria— a la persona a cargo de la prevención, y que más adelante la acompañará en sus visitas a la comunidad. Se señala que es muy importante respetar las necesidades y expectativas de la población visitada, para lo cual es un factor fundamental disponer de largo tiempo.

Jóvenes: quizás uno de los rasgos más comunes es la función que están cumpliendo los segmentos jóvenes de la población como replicadores de conocimientos sobre VIH/SIDA, y como personas que conciben la sexualidad como un ámbito sobre el cual se “puede conversar”. Los mayores dentro de las comunidades no dialogan sobre estos temas, pero sí comienzan a hacerlo los/as jóvenes que salen de las comunidades hacia la ciudad o el continente y que, cuando regresan, se convierten en una vía de transmisión de información hacia sus padres y hacia los pares que se han quedado dentro de las comunidades. Es interesante considerar, entonces, a estos jóvenes como población sobre la cual orientar las estrategias y acciones, sobre todo si consideramos que estos constituyen la población que está iniciando su vida sexual.

Uno de los sectores interesantes dentro de este grupo lo representan las mujeres jóvenes, ya que son un segmento que se encuentra en un claro tránsito, en una situación de transición con respecto a las normas tradicionales de sus pueblos. De esta manera, la visión que tienen respecto a los temas de sexualidad son muy distintos a los que emanan, por ejemplo, de las organizaciones indígenas, en las que el factor político se sustenta en la recuperación de la tradición. Ellas abogan por un cambio, toda vez que tienen como referente otros modelos de vida y, para el caso que nos ocupa, de sexualidad.

Antes de implementar cualquier plan de acción con este grupo de población, es necesario considerar, dentro de las estrategias, otras variables culturales, como, por ejemplo, las posibilidades efectivas (o dificultades) que tienen estos jóvenes de llegar con mensajes y temas a la población mayor de sus comunidades; es decir, deben considerarse otras condicionantes generacionales o de género. De allí también la importancia de que sean estos mismos jóvenes quienes definan, según el conocimiento inmediato que poseen de su cultura y de sus mayores, las formas en que deben transmitirse los mensajes y posicionar los temas dentro de las comunidades.

VI. CONCLUSIONES

A través de todo lo anteriormente expuesto podemos ver que, en los tres pueblos originarios abordados en el estudio, existe actualmente una situación de tensión entre los patrones culturales tradicionales y las prácticas propias del mundo moderno. Lo primero se tiende a asociar a los espacios rurales, los que se simbolizan como contenedores de la tradición, de la vida en comunidad, de la salud. El mundo moderno, por su parte, se asocia a los espacios urbanos en los cuales cada vez habitan mayor cantidad de personas de origen indígena. La tensión se ve reflejada, principalmente, en la población joven, ya que son ellos/as quienes se enfrentan a la dicotomía de pertenecer a ambas realidades. De esta manera, si bien tanto en los contextos rurales como urbanos los patrones tradicionales continúan funcionando, existen una serie de fugas a este modelo. Un aspecto muy vinculado a lo anterior tiene que ver con que la sexualidad es simbolizada como un acto de violencia. En el mundo mapuche, por ejemplo, esto se liga con el tradicional raptó de la mujer y con los ritos de seducción, mientras que en el mundo aymara y en el rapanui, la violencia es un tema común y cotidiano en las parejas. Esto hace que en la actualidad muchas mujeres de estos pueblos estén en una lucha por cambios frente a este modelo, lo que las lleva a preferir como parejas a hombres “winkas” o chilenos, lo cual refleja aún más este aspecto de tensión, de tránsito entre un modelo tradicional y un nuevo escenario moderno. De esta manera, el estudio muestra una suerte de radiografía de una transición general en que se encuentra no sólo la población indígena del país, sino también nuestra sociedad en general.

Destaca también como fenómeno relevante, una resignificación de las identidades, las cuales se actualizan incorporando elementos de la cultura tradicional y de la propia en el mundo moderno actual. En el plano de la sexualidad, este aspecto se ve reflejado en una tensión entre lo que se sostiene a nivel de discurso (vinculado a la tradición) y las prácticas cotidianas, lo que construye contextos de vulnerabilidad particulares y necesarios de ser profundizados en futuras investigaciones.

Otro ámbito relativo a la sexualidad presente en los pueblos originarios, se refiere al “silencio” respecto al tema. Tanto en la cultura aymara como en la mapuche, fue posible observar que la sexualidad es un tema silenciado. Hablar del VIH/SIDA es hablar de sexualidad; por ende, el silencio respecto al VIH/SIDA por parte de estos pueblos puede ser entendido como un tema cultural, toda vez que es un silencio respecto a la sexualidad (entre otras cosas). Este tema se inserta también dentro de una dinámica cultural mestiza chilena, donde la sexualidad es asimismo silenciada, oculta, invisibilizada. De esta manera, surge la pregunta: ¿Cómo hablar de un ámbito, en este caso la sexualidad, en culturas donde éste es un tema tabú?

En el caso rapanui, existe también, en cierto grado, la ausencia de conversación sobre temas de sexualidad, aun cuando la sexualidad sea practicada de forma mucho más explícita y “abierta” que en los otros pueblos. Entre los/as jóvenes rapanuis se encuentra un marcado ejercicio de la sexualidad, inscrito dentro de lo “natural”, lo cual implica (entre otras cosas) que no exista una problematización ni cuestionamiento sobre la misma, ya que al parecer no existen otros referentes que actúen como normativos, excepto la propia actividad sexual. Por ello, el sexo pareciera ser “para practicarlo”, más que para conversarlo, explicándose así la ausencia de debate sobre estos temas. Esta falta de diálogo sufre hoy también un cierto giro, sobre todo por la emergencia de una “educación sexual” en el seno de la escuela de la isla, a cargo de docentes, o por parte del personal del Hospital. Los/as jóvenes no han tenido educación sexual en sus hogares, debido a estos tabúes que existen en torno a la conversación sobre sexualidad, impuestos principalmente por la cultura católica adscrita por los padres. Hoy en día la tendencia al silencio de parte de las familias está también cambiando, en la medida de las necesidades que plantea el nuevo contexto global, lo que pone de manifiesto la característica rapanui de extrema flexibilidad adaptativa.

A través de los datos obtenidos, sostenemos que una de las líneas de acción en prevención de VIH/SIDA en pueblos originarios debe ir focalizada hacia la población joven adolescente que migra a las ciudades y que vive en internados en calidad de estudiantes. Pareciera que este grupo está más abierto/a a hablar de sexualidad y que el tema del VIH/SIDA sí hace eco en sus vidas. Así, es un grupo poblacional específico muy interesante a la hora de generar estrategias preventivas, ya que evidencia de manera radical la transición identitaria antes mencionada. Aun así, es necesario considerar —tal como mencionamos anteriormente— que, si bien ellos/as representan el tránsito hacia lo “moderno” y sus identidades están en un proceso de resignificación, persisten en ellos/as creencias y prácticas propias de los modelos tradicionales de su propia cultura y, en muchos casos, experiencias de violencia en torno a la sexualidad, las que dificultan el acceso a estos temas.

Otro elemento a tener presente y que requiere ser profundizado, tiene que ver con las estrategias preventivas que cada pueblo despliega para cuidarse de la transmisión sexual de enfermedades y del VIH/SIDA. A través de los relatos de los/as entrevistados/as, fue casi imposible descubrir este aspecto en las conductas de los individuos, pero sostenemos que debe ser un ámbito a considerar, ya que las ETS han estado presentes desde siempre en sus vidas y, efectivamente, en los tres pueblos se manejan técnicas especiales para el tratamiento de estas enfermedades. Esto quiere decir que la prevención no debe estar enfocada únicamente en el uso del condón, sino que debe también potenciar las prácticas propias de protección de cada cultura.

Por otra parte, a través del estudio fue posible constatar que una propuesta interesante para trabajar los temas de VIH/SIDA en pueblos originarios, sería la de incorporar esta enfermedad dentro de los códigos propios de salud y enfermedad de cada pueblo. De esta manera, adquiriría un sentido propio, particular para cada pueblo originario. Puesto que si bien el VIH/SIDA es conceptualizado como un “mal externo, foráneo”, de todas formas cada etnia, de una u otra manera, lo internaliza y genera un discurso propio para entenderlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADÁN, J. y TUKI, E.

1996 *La Sexualidad en la Perspectiva Juvenil*. Programa de Prevención del Sida en Isla de Pascua. Evaluación Diagnóstica Cualitativa.

ALARCÓN, D. y LLAÑA, M.

Escuela y Familia en Isla de Pascua, ¿Sistemas Compatibles?, en <http://www.rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/enfoques/02/edu07.htm>

ALBO, X.

1992 La experiencia Religiosa Aymara. En *Rostros Indios de Dios*. Hisbol, La Paz, Bolivia.

ANDERSON, J.

1990 Sistemas de Género e Identidad de Mujeres en Culturas Marcadas del Perú. En *Revista Peruana de Ciencias Sociales*, vol. 2, N°1. Lima, Perú.

ANÓNIMO

1912 *Ein Antikonzeptionalles Mittel*. En *Zeitschrift Fur Ethnologie* Vol 44.

ARNOLD, D. (Compiladora)

1995 *Más allá del Silencio. Las Fronteras de Género en los Andes*. Biblioteca de Estudios Andinos, CIASE/ILCA. La Paz, Bolivia.

ARRATIA, M.I.

1994 La Etnomedicina y su relevancia para los servicios médicos en Arica. En *Temas regionales*, Primavera 1994, N° 1, Año 1, Corporación Norte Grande.

ARRIAGADA E ISLA.

2000 *Realidad de las Etnias en Chile*, Universidad de la Frontera, Temuco.

AYLWIN, J.

2002 *Pueblo Mapuche y Estado: Reflexiones para Abordar un Conflicto Nunca Resuelto*. <http://mapuche.info.scorpionshops.com/> (fecha de visita: mayo 2004).

BACIGALUPO, A.

1993 *Variación del rol de machi dentro de la cultura mapuche: tipología geográfica, adaptativa e iniciática*. En revista *Nutram: conversación, palabra, historia*. N° 1 pp.15-40. Chile.

1999 *La voz del kultrún en la modernidad: tradición y cambio en la terapéutica de siete machi mapuche*. Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

2002 La lucha por la masculinidad del machi: políticas coloniales de género, sexualidad y poder en el sur de Chile. En *Revista de historia indígena*. N° 6 pp. 29-64. Chile.

BASTIEN, J.

1996 *La Montaña y el Cóndor*. Hisbol, La Paz, Bolivia.

CÁCERES, C.

1999 Dimensiones Sociales y Relevantes para la Prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria* (José Antonio Izázola, ed.). Fundación Mexicana para la Salud. México, México.

CADORETTE, R.

1971 Perspectivas Mitológicas del Mundo Aymara. En *Allpanchis Ritos Agrícolas y Ganaderos del Sur Andino*. Cuzco, Perú.

CAMPBELL, R.

1987 *La Cultura de Isla de Pascua. Mito y Realidad*. Editorial Andrés Bello. Santiago, Chile.

1993 *Rapanui's Ancient Medicinal Arts*. En *Easter Island Studies*. Oxbow Monograph 32. Londres, Inglaterra.

1999 *Mito y Realidad de Rapanui: la Cultura de la Isla de Pascua* (3° edición corregida y aumentada). Editorial Andrés Bello. Santiago, Chile.

CARRASCO, A. M.

1993 Mujeres y Participación Social en la Sociedad Aymara Contemporánea. En *Huellas. Seminario Mujer y Antropología*. Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer (Cedem). Santiago, Chile. pp. 183-195.

1998 *Diferencias de Género en las Ideas y las Prácticas a través del Curso de la Vida*. Documento de Trabajo, ed. por Taller de Estudios Andinos. Arica, Chile.

1998b Constitución de género y ciclo vital entre los aymaras contemporáneos del norte de Chile. En *Revista Chungará*, vol. 30, N° 1, 1998:90. Universidad de Tarapacá. Arica, Chile. pp. 87-103.

2000 *Familia aymara e inserción urbana*. Serie Documentos de Trabajo. Taller de Estudios Andinos. Arica, Chile.

2001 *Antecedentes para comprender la construcción cultural de la sexualidad y la reproducción entre los aymaras del norte de Chile*. Serie Documentos de trabajo. Taller de estudios Andinos. Arica, Chile.

2003a *Apuntes sobre la situación de la salud aymara, Información tomada del curso Programa Orígenes - Subcomponente Salud Intercultural*. Sensibilización y Capacitación a Equipos de Salud.

2003b Llegando al mundo terrenal: embarazo y nacimiento entre los aymaras del norte de Chile. En Montecino, Castro y de la Parra (comps.), *Mujeres, Espejos y Fragmentos*. C&C Aconcagua, CIEG, MINSAL. Santiago, Chile. pp. 84-97.

2004 Proyecto Fondecyt 1020507: *La construcción social y simbólica de la sexualidad en mujeres y hombres indígenas y no indígenas en el norte de Chile* (actualmente en curso). Arica, Chile.

CAYUQUEO, P.

1999 *La autodeterminación Mapuche en el marco de un Estado multinacional*. Ponencia presentada en el Foro: Estado y Pueblo Mapuche: Derecho Indígena, Territorio, Autonomía. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.

CEP

2002 Una Radiografía de los Mapuches. En *Estudio Nacional de Opinión Pública* N° 43. Santiago, Chile.

CITARELLA, L. (compilador)

1995 *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Edit. Sudamericana. Santiago, Chile.

COLLINAO, A., CUMINAO, C., y ALCAVIL, X.

2002 *Diagnóstico de la Situación de la Identidad y Participación Juvenil Mapuche en la Región Metropolitana*. CONADI, Chile.

COMELLES, J

1997 *De la ayuda mutua y la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual* III Jornadas aragonesas de educación para la salud. Teruel, España.

COMELLES, J. y M. A. MARTÍNEZ.

1993 *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Eudema. Madrid, España.

CONADI

Informe sobre Comisión Verdad y Nuevo Trato Editorial, En www.conadi.cl (fecha de visita: mayo de 2004).

CONADI-TEA

2003 *Taller de Gestión Territorial YADI para dirigentes/as aymaras de las Provincias de Arica y Parinacota*. Arica, Chile.

CONASIDA

2001 *Resumen epidemiológico SIDA* N° 15, en www.conasida.cl (10 de marzo 2004).

CONTRERAS, L. y ARANEDA, M.

2002 *Tesis Reportaje Medicina Intercultural. La Ruka y el Machi: una mirada a la Medicina Mapuche como iniciativa de salud intercultural. Consultorio de la Nueva Extremadura. Comuna de La Pintana.* Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.

CORPORACIÓN NORTE GRANDE

1996 *Estrategias de desarrollo para la salud rural en las provincias de Arica y Parinacota.* Doc. policopiado. Chile.

CRISTINO, C., GONZÁLEZ, L., VARGAS, P., EDWARDS, E. y RECASENS, A.

1984 *Isla de Pascua: Procesos, Alcances y Efectos de la Aculturación.* Instituto de Estudios de Isla de Pascua FAU. Universidad de Chile.

CRUZ COKE, R.

1963 *Ecología Humana en la Isla de Pascua.* En Revista Médica de Chile, vol. 91, N° 10, pp- 773-779.

CRUZ COKE, R. y DE LA BARRERA, C.

1981 *Presión Arterial en Nativos de Isla de Pascua.* En Revista Médica de Chile, vol 109, N° 2, pp 99-102.

1989 *Los Genes del Pueblo Pascuense.* En Revista Médica de Chile, Vol 117, N° 6, pp 685-694.

CUNNINGHAM, M.

2002 *Etnia, cultura y salud. La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua,* Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud.

DALLES, L.

1971 *Miska.* En *Allpanchis Ritos Agrícolas y Ganaderos del Sur Andino.* Cuzco, Perú.

DE BARBIERI, T.

1992 "Sobre la Categoría Género. Una Introducción Teórica Metodológica", en *Fin de Siglo. Género y Cambio Civilizatorio.* Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres N° 17, pp. 111-128.

DELSING, R., LARGO, E., a ARREDONDO, A. M.

1997 *Relaciones de Género en Isla de Pascua, una Sociedad Multicultural en Cambio.* Proyecto FONDECYT N°1960146. Fundación La Morada. Santiago, Chile.

DURSTON, J y DUHART, D.

1999 *Recursos socioculturales de los jóvenes mapuches: ¿Un potencial para el fortalecimiento de los programas de capacitación?* En www.cepchile.cl (fecha de visita: mayo 2004).

ENGLERT, S.

1980 *Leyendas de Isla de Pascua*. Editorial Universitaria. Santiago, Chile.

1988 *La Tierra de Hotu Matúa*. Editorial Universitaria. Santiago, Chile.

FAJRELDÍN, V.

2002 *La Medicina Herbolaria en Isla de Pascua. Acercamiento Antropológico a la Cultura Médica Contemporánea en Rapa Nui*. Tesis para optar al título de Antropóloga Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

2003 *Matua Pua: el Remedio más sagrado de nosotros. Elementos para una Antropología de la Esperanza*. Ponencia en el 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago, Chile.

FOERSTER, R.

1993 *Introducción a la religiosidad Mapuche*. Editorial Universitaria. Santiago, Chile.

2001 *Sociedad mapuche y sociedad chilena: la deuda histórica*. En *www.mapuche.info.scorpionshops.com/* (fecha de visita: mayo 2002).

GAONA, R.

1951 *Rapa Nui: su Historia y sus Posibilidades Económicas*. Tesis de Derecho, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

GAVILÁN, V.

1993 Relaciones de género en la cultura aymara: Complementariedad y Subordinación. *Huellas. Seminario Mujer y Antropología*, pp. 87-94. Centro de Estudios para el desarrollo de la Mujer (Cedem). Santiago, Chile.

1995 Antecedentes para comprender la violencia intrafamiliar entre los aymara del norte de Chile. En *Manual de Prevención de Violencia Intrafamiliar*. Servicio de Salud de Arica. Arica, Chile.

1996 *Mujeres y Hombres en Isluga y Cariquima. Una Aproximación a las Relaciones de Género entre los Aymara del Norte de Chile*. Tesis de Grado, Licenciatura en Antropología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

GONZÁLEZ, H.

1995 *Los migrantes aymaras en la ciudad: Acceso a educación, vivienda y salud*. Serie Documentos de Trabajo; Ediciones Corporación Norte Grande. Arica, Chile.

GONZÁLEZ, H. et al.

1990 *Diagnóstico y estrategia de desarrollo campesino en la I región de Tarapacá*. Ediciones TEA. Arica, Chile.

GREBE, M. E.

1981 Cosmovisión Aymara. En *Revista de Santiago*. Santiago, Chile.

GUNDERMANN, H. y CHIPANA, C.

1984 *Antecedentes sobre la Familia Aymara y su Rol de Socialización en un Proceso de Aculturación*. Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

1999 Rituales Propiciatorios en las Comunidades Aymaras del Altiplano: Una Mirada a las Relaciones Simbólicas entre los Géneros. Ms. Entregado para publicación a *Revista Chungará* Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

HARRIS, O.

1980 *The Power of Signs: Gender, Culture and the Wild in the Bolivian Andes*. En *Nature, Culture and Gender*. C. MacCormack y M. Strathern, edit. Cambridge University, USA.

1985 *Una Visión Andina del Hombre y la Mujer*. Allpanchis, N° 25, XV, vol.XXI. Cuzco, Perú.

1987 La Pachamama: Significados de la Madre en el Discurso Boliviano. En *Mujeres Latinoamericanas. Diez ensayos y una Historia colectiva*, Ed. Flora Tristán, Centro de la Mujer Peruana. Lima, Perú.

HOBART, M.

1993 *An Anthropological Critique of Development. The Growth of Ignorance*. Routledge. Londres, UK.

IBACACHE, J.

2003 Qué podemos hacer en forma colectiva. En *Salud colectiva y medio ambiente*. Castro Mario (comp.).

ISELL, J.B.

1975 *La Otra Mitad Esencial*. Un estudio de Complementariedad Sexual en los Andes. *Estudios Andinos*, año V N° 1, Pittsburg, USA.

INE, MINISTERIO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y RECONSTRUCCIÓN

1982 XV Censo Nacional de Población y IV de Vivienda- Chile Localidades Pobladas, V Región. Valparaíso, Chile.

JUFKEN MAPU, Centro de Comunicaciones Mapuche

1995 Estudio de Identidad Mapuche en la comuna de Cerro Navia. En *Diagnóstico Identidad y participación juvenil Mapuche en la región Metropolitana*. CONADI. 2002. Chile.

KRASTER, A.

1999 *El uso de sistema de salud tradicional en la población Mapuche*:

Comportamiento y Percepción. <http://www.mapuche.nl/> (fecha de visita: mayo 2004).

LAMADRID, S. y MUÑOZ, S.

1996 *La Investigación Social en Sexualidad en Chile 1984-1994*. Serie Apuntes Docentes. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. PIEG. Santiago, Chile.

LAMAS, M.

2002 *Cuerpo, diferencia sexual y género*. Edit. Taurus, México, México.

LLAÑA, M.

Profesores en isla de pascua: ¿Estigma o fragmentación profesional? En <http://www.rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/enfoques/01/edu04.htm>

MANCILLA, C., PEREIRA, C. Y ZAMORA, C.

2001 *Isla de Pascua: sentido y significado del consumo de drogas en jóvenes rapanui. Un estudio de factores psicológicos, socioculturales e individuales*. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

MARTÍNEZ, G.

1976 *El Sistema de los Uywiris en Isluga*. Centro Isluga de Investigaciones Andinas. Universidad del Norte. Iquique. Chile.

1989 *El Sistema de los Uywiris en Isluga*. En, *Espacio y Pensamiento*. Hisbol. La Paz, Bolivia.

1996 *Saxra (diablo) Pachamama, Música, Tejido, Calendario e Identidad entre los Jalq'a*. En, *Cosmología y Música en los Andes*. Max Baumann ed. Editorial Iberoamericana. Madrid, España.

MARTÍNEZ, J. (comp.)

1990 *Censo de reducciones indígenas seleccionadas: análisis sociodemográfico*. Santiago: U. La Frontera, INE, Fundación Instituto Indígena, Programa de Apoyo y Extensión en Salud Materno Infantil, Centro Latinoamericano de Demografía.

MC CALL, GRANT

1996 *El Pasado en el Presente de Rapanui*. En *Culturas de Chile, Vol II Etnografía: Sociedades Indígenas Contemporáneas y sus Ideologías*.

1998 *Rapanui. Tradición y Supervivencia en Isla de Pascua*. Easter Island Foundation. California, USA.

METRAUX, ALFRED.

1950 *La Isla de Pascua*. Fondo de Cultura Económica. México, México.

MIDEPLAN

1996 *Situación de los pueblos indígenas en Chile*. Resultados CASEN 1996. Santiago, Chile.

1998 *Información estadística de las comunas seleccionadas por la Corporación Nacional Indígena (CONADI)*. Resultados de la Encuesta de Caracterización Socio-económica nacional (CASEN 1996). Santiago, Chile.

2000 *Encuesta de Caracterización Socio-económica nacional (CASEN)*

MONEY, J.

1986 Género: Historia, Teoría y Uso del término en Sexología y su Relación con los Conceptos de Naturaleza y Crianza. En *Revista Latinoamericana de Sexología*. Vol. I, N°2, pp. 245-261.

MONTECINO, S.

1999 *Sueño con Menguante*. Editorial Sudamericana. Santiago, Chile

MONTECINO, S. y CONEJEROS, A.

1985 *Mujeres Mapuches el saber tradicional en la curación de enfermedades comunes*. Centro de estudios de la mujer. Santiago, Chile.

MONTES, F.

1986 *La Máscara de Piedra. Simbolismo y Personalidad Aymaras en la Historia*. Editorial Quipus. La Paz, Bolivia.

ONUSIDA

2000 *Los varones y el SIDA: un enfoque basado en consideraciones de género*. Campaña Mundial contra el SIDA 2000.

2002 Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Campaña Mundial contra el SIDA 2002–2003.

Colección Prácticas óptimas del ONUSIDA, En: www.onusida.org.co/documentos/estigma_discriminaci%F3n.pdf (28 de mayo 2004).

2002b Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA.

OSSANDÓN, V.

1903 *Viaje de la Corbeta Jeneral Baquedano*. En Revista de Marina, vol. 34.

OYARCE, A. M.

Marco teórico y operativo del modelo de investigación: diagnóstico epidemiológico con enfoque sociocultural (Documento de trabajo facilitado por Ivonne Jellves, Servicio de Salud Araucanía Sur).

PEDREROS, M.

1999 *Sentando bases para un modelo intercultural de atención en salud y reproducción para mujeres aymaras del norte de Chile: Un estudio de epidemiología intercultural*. Arica, Chile.

2002 *Epidemiología en contextos pluriétnicos; el problema de los criterios de inclusión*, Fundación Ford, Región Andina y Cono Sur; CEDEMU, Casa de encuentro de la mujer. Arica, Chile.

PIZARRO, L.

1988 *Algunas Reflexiones Acerca de los Espacios Femeninos y Masculinos en las Comunidades Aymara del Sector de Isluga*. Documento de Trabajo N° 10. Taller de Estudios Regionales. Iquique, Chile.

PLATT, T.

1980 Espejos y Maíz. El Concepto de Yanantin entre los Macha de Bolivia. En *Parentesco y Matrimonio en los Andes*, pp. 139-183. Ed. E. Mayer y R. Bolton. Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

2000 *The Agressive Foetus, Personal Histories in the Southern Andes*. Ms.

POLAKOWSKY, H.

1895 *Condiciones de Vida en Isla de Pascua. Presentada ante el Congreso Nacional, en 1892*. En Memorias del Ministerio de Culto y Colonización.

PORTEOUS, D.

1981 *The Modernization of Easter Island*. University of Victoria. Victoria, Canada.

ROCHNA-RAMÍREZ, S.

1996 *La Propiedad de la Tierra en Isla de Pascua*. Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Santiago, Chile.

ROUTLEDGE, K.

1978 *The Mystery of Easter Island. The Story of an Expedition*. AMS Press, INC. New York, USA.

RUBIN, G.

1986 *El Tráfico de Mujeres: Notas sobre la Economía Política del Sexo*. En Nueva Antropología, Vol. VIII N° 30. México, México.

SAEZ, M.

S/f Políticas de Salud y Pueblos Indígenas. En Interculturalidad en Salud. Programa Capacitación continua, Herco Editores, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Arica.

SAGREDO, F.

1999 *Tesis Medicina Mapuche en Santiago, crónica de una búsqueda*.
Universidad de Chile. Santiago, Chile.

SAHLINS, M.

1988 *Islas de Historia. La Muerte del Capitán Cook. Metáfora, Antropología e Historia*. Gedisa Editorial. Barcelona, España.

SAMANIEGO, A.

2003 Identidad, territorio y existencia de la nación mapuche: ¿derechos políticos autonómicos? Universidad de Santiago de Chile. En <http://mapuche.info.scorpionshops.com/> (fecha de visita: mayo 2004).

SZASZ, I.

1998 Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México. En Szasz y Lerner, *Sexualidades en México*, El Colegio de México, México, pp.11-33.

THOMPSON, W.

1889 *Te Pito Te Henua or Easter Island*. Anual Report of National Museum Smithsonian Institute. Washington, USA. pp. 447- 553.

TOLEDO LLANCAQUEO, V.

1994 *Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*. Oficina Panamericana de Salud (OPS). Documento versión preliminar. Temuco. Chile.

1997 *Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile*.

UFRO, INE

Fundación Instituto Indígena, PAESMI, Centro Latinoamericano de Demografía

1990 *Censo de Reducciones Indígenas Seleccionadas: Análisis Sociodemográfico*. INE-PAESMI. Santiago, Chile.

VAN KESSEL, J.

1993a La Organización Tempo-espacial del Trabajo entre los Aymaras de Tarapacá: La Perspectiva Mitológica. En, *Etnicidad, Economía y Simbolismo en los Andes. II Congreso Internacional de Etnohistoria*. Coroico, Hisbol, La Paz, Bolivia.

1993b *Pachamama, La Virgina: La que creó el mundo y fundó el pueblo*. CIDSa, Puno, Tocopilla, Chile.

Dos conferencias en Antropología Andina. IECTA-CIDSa. Cuadernos de Investigación en Cultura y Tecnología Andina.

S/f Tecnología Médica Andina. Cuadernos de Investigación Social Nº 5. CIREN. Iquique, Chile.

VAN KESSEL, J. Y LLANQUE, A.

1995 Rituales Pastoriles de la Puna. El Kuti o Gran Limpieza del Ganado y el Jila Kixata o Fiesta del Empadre. CIDSA, Puno y IECTA- Iquique. Edic. MS.

WEISNER, M.

2000 La Antropología Médica: Lo Uno-Lo Múltiple. En *Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología, Temuco, 1998*. Tomo I. Santiago, Chile. pp. 71-80.

WEISNER, M. Y FAJRELDIN, V.

2001 *Mi Remedio Pascuense: Cultura Médico-Política en Rapanui*. Ponencia en el Simposio de Antropología Médica, IV Congreso Chileno de Antropología. San Felipe, Chile.

ANEXO METODOLÓGICO

ANEXO 1: UNIVERSO DE INVESTIGACIÓN

Entrevistas a Informantes Claves

Durante el estudio se realizaron once entrevistas en profundidad a personal de salud de la atención primaria y otros agentes de salud. La distribución de las entrevistas fue la siguiente:

Región	Personal de salud y otros agentes validados de salud
I (Aymara)	3
V (Rapanui)	2
IX (Mapuche)	3
XIII (Mapuche)	3
Total	11

Estas entrevistas tuvieron como fin recabar información acerca de los modos en que los miembros de los pueblos originarios se aproximan a los servicios de salud biomédicos, así como conocer otros agentes validados por las comunidades étnicas en los ámbitos de la salud-enfermedad. Al mismo tiempo, se buscó indagar en la manera en que el personal de atención de salud concibe y atiende a personas indígenas.

Entrevistas a Integrantes de los Pueblos Originarios

Se identificó como relevante trabajar con tres pueblos originarios: mapuche, aymara y rapanui. Los dos primeros grupos étnicos, por su relevancia demográfica e histórica a nivel nacional, y por el alto desplazamiento territorial y migratorio que su población presenta, lo cual se puede asociar a conductas de riesgo frente a ETS y VIH/SIDA. En este sentido es necesario recalcar el hecho de que los aymaras constituyen un grupo fronterizo, lo que puede tener incidencia en la vulnerabilidad de este pueblo. En cuanto al pueblo rapanui, aunque no constituyen una etnia originaria de importancia a nivel demográfico, presenta particulares situaciones y costumbres como, por ejemplo, su aislamiento territorial, el gran flujo turístico y el contacto interétnico que existe en la isla, entre otros factores que ameritan ser abordados para comprender el fenómeno del VIH/SIDA en este grupo social.

En cuanto a las regiones escogidas para el trabajo en terreno, se realizó un cruce entre las que concentran una mayor población indígena y las que

presentan las mayores incidencias de VIH/SIDA. Es así como se consideró necesario realizar entrevistas en profundidad en las regiones I, V, IX y XIII (Región Metropolitana), contemplando tanto población urbana como rural. La cantidad de entrevistas previstas para cada pueblo originario tuvo relación con el porcentaje de la población indígena del país (87,3% de esta población es mapuche, 7% aymara y 0,7% rapanui).

Se consideró fundamental realizar entrevistas tanto a hombres como mujeres, tomando en cuenta que cada cultura define ciertos atributos como propios de unos y otras, lo que se traduce en actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que socialmente los diferencian. En este sentido, se contempló la incorporación de un enfoque de género, lo cual permitió considerar los factores, elementos y situaciones que determinan que hombres y mujeres se encuentren en condiciones de riesgo, prevención y negociación diferencial frente al VIH/SIDA, debido a la forma en que organizan las relaciones de género en contextos culturales específicos.

A pesar de que el VIH/SIDA se concentra en el grupo etario que va de los 20 a los 49 años de edad, se estimó necesario entrevistar también a personas de entre 15 y 56 años, divididas en dos grupos (de 15 a 35, y de 36 a 56). La inclusión de personas menores de 20 años responde a que en Chile (según datos de la Tercera Encuesta Nacional de Juventud, 2001), la iniciación sexual de los varones ocurre como promedio a los 16,2 años, y a los 17,8 en mujeres. Explorar en las creencias, percepciones y prácticas relativas a la sexualidad en adolescentes desde los 15 años, permitió aproximarse a factores de riesgo y de real prevención, antes del inicio sexual o en los albores de éste. Con respecto a personas mayores de 49 años, se consideró relevante pues permite indagar en los cambios culturales ocurridos entre distintas generaciones, e identificar la influencia de eventos como el advenimiento de la anticoncepción moderna, así como el establecimiento de políticas públicas al respecto y sus efectos en la vida personal y familiar. Lo anterior, no sólo en cuanto al número de hijos, sino a la percepción de la sexualidad y la reproducción. Además, en las culturas originarias, las personas mayores tienden a ocupar un lugar de importancia en la transmisión de contenidos sobre salud/enfermedad, sexualidad, acerca de la mantención de normas culturales, o cumplen otros roles que podrían incidir en la disposición de la comunidad respecto a la prevención. Así, para poder cumplir con los objetivos planteados, se consideró de fundamental importancia el poder comparar las concepciones culturales y prácticas de distintos grupos generacionales de las poblaciones originarias.

Tomando en consideración los puntos anteriores, el estudio se propuso entrevistar a 60 personas, mujeres y hombres indígenas, residentes en las regiones I, V, IX y XIII (Región Metropolitana).

ANEXO 2: PAUTA ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES (IC)

Antecedentes Generales

1. Nombre.
2. Edad.
3. Adscripción étnica.
4. Cargo.
5. Trayectoria en el tema (tiempo y experiencia).

Orientación para un abordaje adecuado

Estado de situación

1. Información actualizada en sistemas médicos.
2. Sexualidad de pueblos originarios.
3. Ciclo reproductivo.
4. VIH/SIDA.
5. Participación social.
6. Temas afines (p.e TB, migración, trabajos temporales, fronteras, turismo sexual, homosexualidad, consumo de drogas, etc.).
7. Reporte de otras experiencias (investigaciones, intervención-acción, comunitarias, políticas locales, publicaciones, entre otros).

Actores Clave

1. Sugerencias para entrevistas en profundidad.
2. Sugerencias para composición de Comité Asesor.
3. Otros actores relevantes (salud tradicional, biomedicina, ONG's, VIH/SIDA, líderes comunitarios, redes).

Percepción del tema

Percepción personal respecto al tema (VIH/SIDA; salud y enfermedad)

1. ¿A su juicio, es este un tema para la comunidad en cuestión?
2. Los por qué (contextos y factores de vulnerabilidad frente a la infección, etc.). Quiénes adquieren la infección, en función de algunas variables tales como: edad, género, escolaridad, adscripción religiosa, situación de pareja, nivel de ingresos, ruralidad, migración, características biográficas, prácticas sexuales, apego a patrones culturales tradicionales.
3. Factores protectores. Quiénes no adquieren la infección.

Percepción de la comunidad frente al tema

1. Esta comunidad vislumbra el VIH/SIDA como un problema real, cercano.
2. Esta comunidad se percibe en riesgo de infección o es de los “otros” (winkas, continentales, etc.).
3. A qué otros temas vinculan el VIH/SIDA.
4. Vínculo del VIH/SIDA con conceptos de estigma y discriminación.

Sexualidad y cultura

1. Significados de salud y enfermedad.
2. Sexualidad y pautas culturales.
3. Conductas y/o comportamientos sexuales.
4. Conceptos, creencias y actitudes frente al cuerpo.

Salud y enfermedad (sistemas médicos)

1. Sistemas simbólicos con que cada etnia concibe la salud y enfermedad.
2. Papel de los agentes tradicionales de salud, validados en la comunidad.
3. Papel de los agentes biomédicos de salud (sistema público).
4. Coordinación y canales de transmisión entre ambos sistemas.

Líneas de intervención

1. Posibles líneas futuras de acción.
2. Actores claves a considerar en toda intervención.
3. Metodologías para intervenciones exitosas.

Dimensión frecuencia de relaciones sexuales y tipo de pareja sexual

- Pareja sexual, estable, ocasional. Sexo de la(s) pareja(s)
- Número de parejas.
- Frecuencia y ocasión de las relaciones sexuales con la o las parejas.

Dimensión mecanismos de negociación de la frecuencia de las relaciones sexuales

- ¿Cuándo tiene relaciones sexuales?, ¿quién toma la iniciativa?, ¿qué pasa cuando uno de los dos no quiere tener relaciones sexuales?
- ¿Puede decidir si tener o no relaciones sexuales?
- ¿Están de acuerdo usted y su pareja en cuanto a la frecuencia de sus relaciones sexuales? ¿Cómo se ponen de acuerdo?
- ¿Quién decide?
- ¿Han estado de acuerdo (con respecto a cada pareja en la vida) en cuanto al número de hijos, a las decisiones sobre los embarazos y abortos?

Dimensión mecanismos de prevención del embarazo

- Conocimiento sobre anticonceptivos.
- Uso de medidas preventivas.
- Conocimientos y percepción de los preservativos como método de protección y prevención: ¿De qué la/lo protege el uso del condón?
- Actitudes hacia éstos.

Dimensiones autopercepción del riesgo frente a las ETS y VIH/SIDA y mecanismos de prevención

- ¿Cree o siente que está en riesgo de contraer alguna enfermedad a través de las relaciones sexuales? ¿Por qué? y ¿cuáles?
- ¿Ud. cree que debe protegerse?
- ¿Por qué lo hace/haría, o por qué no?
- Indagar en creencias acerca de quiénes enferman de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, creencias sobre sus costumbres sexuales, características sociales y culturales, edad, etc.
- ¿Cómo se adquiere el VIH/SIDA y las otras ETS?
- ¿Cómo se previene el VIH/SIDA?
- ¿Cómo se trata o cómo se cura?
- Explorar formas de protección que conoce, dónde y cómo se obtienen.
- Indagar si conoce los preservativos; características y utilidad que le atribuye; ventajas y desventajas de su uso.
- Explorar en uso y negociación del condón.
- ¿Quiénes deben usarlo y por qué?
- ¿Conoce o ha usado otros métodos de protección frente a las ETS? ¿Cuáles?

- ¿Dónde cree que sería mejor o más cómodo obtenerlos? ¿Los buscaría en el centro público de salud? ¿O prefiere otro lugar?
- Fuentes de información sobre el tema.

Dimensión prácticas sexuales forzadas, prácticas toleradas y prácticas sancionadas culturalmente y Dimensión cambios en el tiempo, en relación a creencias, prácticas y valor asignado a la sexualidad

- Pautas sociales / creencias culturalmente compartidas que norman o favorecen los acercamientos sexuales sin protección.
- ¿Cómo deben ser las relaciones entre hombres y mujeres?
- ¿Existen prácticas sexuales que su cultura no apruebe, o que sancione? ¿Es esto diferente para hombres y mujeres?
- Percepción subjetiva de las relaciones entre: hombres y mujeres, hombres y hombres, mujeres y mujeres, adultos/as y menores de edad, personas de diferentes grupos socioeconómicos, y entre personas de diferente etnia
- Para usted, ¿cuáles son las relaciones sexuales “normales”?, y ¿cuáles prohibiría?
- ¿Cree que han cambiado las conductas sexuales en su comunidad a lo largo de los años?, ¿por qué?, ¿cómo?

Dimensión relación género sexualidad

- Necesidades sexuales de hombres y mujeres.
- Derechos en cuanto a prácticas sexuales en hombres y en mujeres.
- Significado que tiene la sexualidad para hombres y mujeres.
- Papel sexual de hombres y de mujeres.

Variable ciclo reproductivo

Dimensión métodos de prevención de embarazos

- Número y frecuencia de embarazos, partos, abortos, otros eventos y sus causas y consecuencias.
- Hijos, edades.
- Importancia de los hijos en una pareja, relación con los hijos, propia y de la pareja.
- Relación con el o los padres de sus hijos.
- Expectativas de nuevos hijos / hijas, expectativas de la pareja.
- Prevención de embarazos.
- Conocimiento y uso de medidas anticonceptivas.
- Decisión de uso, acuerdo o no con pareja.
- Fuentes de información y obtención de medidas anticonceptivas.

Variable Salud

Dimensión concepción cultural de los procesos salud-enfermedad

- ¿Cómo ha sido su salud? ¿Por qué cree usted que ha sido así?
- ¿Qué enfermedades ha tenido en su vida?
- ¿Cómo sabía que estaba enfermo/a?
- ¿Cómo cree que se enferma la gente?
- ¿Por qué cree que se enferma la gente?
- ¿Cómo se mejora la gente de sus enfermedades?
- ¿A quién acude usted generalmente cuando se enferma? ¿Por qué?
- ¿Ha tenido alguna enfermedad que tuviera que ver con tener relaciones sexuales?
- ¿Por qué se habrá enfermado usted de eso?
- ¿Cómo se curó? ¿A quién acudió? ¿Lo ayudó? ¿Cómo, qué hizo, qué le dijo?
- ¿Qué tuvo que hacer usted? Itinerario terapéutico.
- ¿Por qué se habrá curado Ud? ¿O por qué no?
- ¿Después de esa experiencia, hizo algo para no volver a enfermarse de lo mismo?
- ¿Tiene miedo de enfermarse? ¿De qué?
- ¿Qué cree que puede hacer para prevenirlo?
- ¿Lo hace? Si no lo hace, ¿por qué no?
- ¿Por qué cree que eso le ayuda a prevenir una enfermedad de transmisión sexual?
- ¿Podría usted enfermar a alguien más? ¿Cómo?
- ¿Qué significa para usted estar enfermo? ¿Y estar sano?
- ¿Quién tiene que preocuparse de la salud suya y de su familia? ¿Por qué?

Variable participación social

- Organizaciones de la comunidad que se ocupen de la salud, la educación y el bienestar de las personas.
- Participación en alguna agrupación que represente a la comunidad. ¿Cómo ha sido esa experiencia? Organización, tiempo, cargo, responsabilidades.
- Relación con las personas que trabajan en los centros de salud de la comunidad.
- ¿Dónde atiende usted sus problemas de salud y los de su familia?, ¿prefiere alternativas distintas a los servicios de salud? ¿Dónde cree usted que es mejor atendida/o? ¿Por qué?
- ¿Cómo cree usted que podría mejorar la atención de la salud de la comunidad?
- ¿Quiénes cree que son o deben ser responsables por el cuidado de la salud de las personas? ¿Cuál es la responsabilidad del Estado en este tema?