

2014

ESTRATEGIAS DE ATENCION EN
SALUD EN CONTEXTOS
INTERCULTURALES



TESIS

Odontóloga Andrea Mónica
Bautista

Directora de Tesis: Magister
Daniela Álvarez

ÍNDICE

I. Introducción.....	pág. 2
II. Problema de investigación.....	pág. 5
III. Objetivos de Investigación.....	pág. 10
Objetivo general	
Objetivos específicos	
IV. Marco metodológico.....	pág. 12
Hipótesis.....	pág. 15
Metodología.....	pág. 16
Análisis cuantitativo	
Índices epidemiológicos	
Análisis cualitativo	
V. Marco Teórico Conceptual.....	pág. 25
VI. Implicancias éticas en la investigación.....	pág. 56
VII. Desarrollo.....	pág. 60
VIII Presentación de los datos.....	pág. 68
a) Análisis cuantitativo.....	pág. 69
b) Análisis cualitativo.....	pág.128
IX Resultados de los datos cuali-cuantitativos.....	pág.140
X. Conclusiones.....	pág.153
XI. Propuestas de Intervención.....	pág.162
XII. Bibliografía.....	pág.178
XIII. Anexos.....	pág.183

INTRODUCCIÓN



Esta tesis, aborda la temática de salud de los pueblos originarios Mapuches, sus valores y representaciones.

La investigación tiene como principal objetivo conocer cuáles son los valores y representaciones que las comunidades Mapuches de la línea sur Rionegrina y específicamente conocer la situación de salud bucal en escuelas de dichas comunidades localizadas en los parajes de Aguada Guzmán y en la Sierras de Los Lipetrenes.

El estudio, tiene una perspectiva fenomenológica, dado que se interesa en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa. Es un estudio de tipo cualitativo porque permite observar fenómenos tal como se dan en el contexto natural para luego analizarlos. En ese sentido la metodología cualitativa permite respetar el modo en que las experiencias adquieren sentido para cada individuo y es consecuente con este estudio, por su carácter inductivo el cual permite la construcción de la realidad desde los propios sujetos de investigación. Además cabe mencionar que el estudio, es de tipo exploratorio y descriptivo en cuanto a la metodología cualitativa.

A su vez se trata de un estudio de caso, tomando informantes clave dentro de las comunidades mapuches en los parajes mencionados anteriormente y en familias que han migrado a las zonas rurales urbanas. En cuanto a los instrumentos que se utilizarán para recolectar la información serán entrevistas en profundidad y elementos de la entrevista etnográfica, puesto que ambos instrumentos permiten evitar la descontextualización de situaciones, alteraciones en la espontaneidad de la acción y en el intercambio lingüístico, además se utiliza como estrategia la observación participante a modo de complementar las técnicas antes mencionadas. Las entrevistas estarán a cargo de una antropóloga.

También la investigación utiliza el método cuantitativo para la evaluación de la salud bucal de los escolares de primero a séptimo grado de las escuelas de las localidades de Aguada Guzmán, Lipetrén grande y Lipetrén chico, éstas últimas cuenta con escuelas hogares ya que los pobladores habitan en zona rural dispersa,

debiendo recorrer grandes distancias para llegar a la escuela, por otro lado el período escolar transcurre de septiembre a mayo.

El documento que a continuación se presenta, cuenta con las siguientes partes: el problema que da origen a la investigación, seguido a esto los objetivos; marco teórico, el cual contiene las principales corrientes por las cuales se guía la investigación; marco metodológico, que contiene modelos, técnicas e instrumentos. Finalmente se presentan los datos obtenidos en el trabajo de campo, la interpretación de éstos, que da pie a las conclusiones de esta investigación.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN



El proceso salud-enfermedad-atención es un proceso delimitado por parámetros y determinantes sociales y culturales dentro del cual gravita la variación biológica individual.

El modelo hegemónico de atención odontológica, es de carácter biologista, centrado en la enfermedad y en el rédito económico que ella produce. Se trata de conocer cuáles son las necesidades epidemiológicas y los valores y representaciones sobre el componente de salud bucal de los habitantes de la provincia de Río Negro.

Los habitantes de la provincia de Río Negro tienen una rica interculturalidad, su población originaria Mapuches y Tehuelches, con su sistema de valores y representaciones sobre los procesos de salud- enfermedad y específicamente sobre el componente bucal del mismo se desconoce. Su accesibilidad a la atención odontológica es casi nula, producto de las barreras, económicas, geográficas y culturales.

En el caso de los Mapuches/ Tehuelches habitan en espacios rurales dispersos en la meseta patagónica provincial o en barrios urbano marginales de las ciudades.

Las enfermedades bucales generalmente no son fatales, sin embargo experiencias como dolor bucodental, problemas al comer, masticar, sonreír y de relación social tienden a afectar sustancialmente el bienestar de los individuos. Las dos enfermedades de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal. Ambas son prevenibles con conductas de autocuidado sencillas de practicar. A pesar de ello se ha avanzado muy poco en la consecución de las metas de programas de educación para la salud bucal. Por ello es esencial el diagnóstico de los factores que influyen en la adopción de tales conductas, especialmente en la población objetivo, ya que el trasfondo cultural sobre el que se realizan las intervenciones educativas no es el mismo a todas las culturas que habitan la región.

Se investigará tanto desde el punto de vista epidemiológico como el de los valores y representaciones del componente bucal de los procesos de Salud- enfermedad, en primer término de la etnia Mapuche mayoritaria en la zona, tanto en las comunidades rurales dispersas en la meseta patagónica de la Provincia de Río

Negro como de quienes habitan los barrios urbanos marginales de las ciudades del Alto Valle de Río Negro.

Partimos de la hipótesis que vamos a encontrar diferencias epidemiológicas entre la población aborigen rural dispersa y aquellas comunidades que viven en ciudades de la provincia, en tanto estas últimas han cambiado sus hábitos alimenticios y consecuentemente presentan otro tipo de patologías relacionadas a los procesos de aculturación e inculturación.

La población aborigen rural dispersa que habita todo el año en los campos presenta hábitos alimentarios característicos de las zonas rurales de la Patagonia, tiene muy escasos cultivos de verduras y se alimentan a diario con la producción de ganado ovino y caprino casi en exclusividad, por lo que no esperamos encontrar diferencia epidemiológicas a otras áreas rurales de Río Negro donde no hay presencia de la etnia Mapuche.

Los pueblos originarios de nuestro país, entre ellos los Mapuches, se ubican entre los segmentos sociales más castigados de la economía argentina, dando continuidad a una matriz de desvalorización y exclusión, que operó como constante en la historia nacional. La identidad étnica se establece como un proceso dinámico que se va modificando de acuerdo a las diferentes políticas que establece el Estado Nacional. En los momentos de mayor represión las identidades se repliegan y se expanden en los de mayor tolerancia y participación. A partir de 1994, con la reforma de la Constitución Nacional, se incorporan artículos que les reconocen el carácter de pueblos originarios, destacando que son comunidades preexistentes a la formación del Estado Nacional, reconociéndoles el derecho a la tierra en forma comunitaria, a la consulta y participación en la administración y gestión de los recursos naturales, localizados en sus tierras y a la educación intercultural.

En Río Negro miembros de esta comunidad viven dispersos en las áreas rurales de la provincia trabajando como peones en los campos, dedicados a la ganadería caprina y ovina mientras que otros son propietarios de tierras. En reiteradas oportunidades tanto los que se desempeñan como trabajadores asalariados rurales, como los indígenas asentados en tierras con títulos precarios, han sido objeto de

manipulaciones diversas para despojarlos de sus bienes y derechos, aprovechándose de su buena fe y de una condición cultural desigual de dominio / sometimiento.

Desde las últimas décadas, estas poblaciones plantean distintas demandas a las sociedades y gobiernos para potenciar su autodesarrollo recuperando protagonismo, fomentando prácticas ancestrales, sin dejar de lado los medios tecnológicos que consideran valiosos para el mejoramiento de su situación comunitaria y la promoción de su cultura.

Otra cantidad importante de ellos y sus descendientes viven en los barrios urbanos marginales de las ciudades y pueblos de las provincias de Río Negro y Neuquén.

No existen registros sobre estado de salud bucal de las mismas. Estas comunidades de poblaciones rurales dispersas son prácticamente marginadas de cualquier tipo de relevamiento de datos epidemiológicos bucodentales. Asimismo son escasos o nulos las investigaciones y estudios sobre estas comunidades. Existe pues no solo un desconocimiento epidemiológico, sino lo más importante, se desconoce los valores y representaciones de estas etnias sobre el proceso salud enfermedad atención, específicamente del componente bucal.

Todas estas características de marginalidad de la etnia Mapuche entran en un proceso de debate, ya que estas poblaciones de la línea sur Rionegrina comparten y viven los procesos político- sociales- económicos sin diferenciaciones de cualquier zona rural de la provincia de Río Negro.

Las barreras geográficas, la falta de servicios, la ausencia de toma de datos muestrales epidemiológicos no pueden atribuirse a la presencia de la etnia Mapuche en la Región, sino a la ausencia del Estado en servicios básicos.

No se puede atribuir al origen étnico de estas comunidades la falta de atención en salud bucal, ni la búsqueda de soluciones a características propias de sus orígenes, ya que la demanda de atención existe y se reclama a los servicios públicos, que ya sea por razones geográficas o presupuestarias, la ausencia de servicios odontológicos en toda la región y ausencia de profesionales odontólogos, no difiere de cualquier comunidad rural dispersa con esas características. La población de la Línea Sur está en permanente carencia de diversos servicios que en la medida en

que se organizan, ya sea en cooperativas o centros comunitarios y a través del Codeci, van en busca de soluciones a sus problemas asistenciales médicos, económicos y de servicios sociales.

Las características culturales no son en la actualidad en la línea Sur una barrera para la resolución de sus problemas de salud, han logrado resolver el reclamo de sus tierras con la creación de la ley que les ha otorgado los títulos de propiedad en forma comunitaria, reclamo histórico, que les ha permitido establecerse como pequeños propietarios ganaderos.

Los programas en las escuelas que ha incluido el ciclo secundario y escolaridad para adultos a través de la conectividad a internet, les abre las puertas a una integración hasta hace poco tiempo privativa para algunos pocos jóvenes que tenían familia en el Alto Valle que pudiesen alojarlos para realizar los estudios secundarios. Hoy, los jóvenes pueden terminar sus estudios en las escuelas rurales, y migran a realizar trabajos más calificados en temporada que no interfiere con la temporada de los trabajos rurales de verano. Quienes provienen de la Línea Sur acceden a becas especiales para ingresar en la Universidad de Río Negro donde la oferta de carrera de grado y tecnicaturas relacionada con las actividades productivas de la Región hace viable el progreso profesional de toda la población independientemente de su origen.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN



General

Analizar desde una perspectiva epidemiológica y social la situación de salud bucal en comunidades originarias a de la etnia Mapuche, residentes en la provincia de Río Negro a fin de identificar intervenciones efectivas de salud pública.

Específicos.

1. Analizar el perfil epidemiológico en materia de salud bucal de las comunidades originarias mapuches.
2. Explorar las prácticas, ideas y representaciones de la salud bucal en las comunidades estudiadas.
3. Identificar facilitadores y obstáculos para el desarrollo de procesos de atención en salud bucal que integre prácticas interculturales.

MARCO METODOLÓGICO



Esta investigación se basa en un estudio cualitativo y cuantitativo. El estudio cualitativo se basa en una perspectiva fenomenológica, dado que se interesa en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa, es decir la realidad construida desde las propias vivencias de cada una de las personas sujetos de estudio, en este caso interesa conocer las representaciones y valores de las mapuches acerca de la salud.

Será cualitativo dado que implica observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos. Siguiendo a Pérez (2001) lo cualitativo permite ver a las personas que están involucradas en el estudio desde una perspectiva holística, asumiendo una realidad dinámica considerando sus significaciones, y subjetividades. En este sentido la investigación está referida a las representaciones y su cosmovisión que tienen las mapuches en sus comunidades respecto a su salud.

Esto se considera pertinente, porque se trata de un estudio inductivo el cual construye la realidad desde las propias representaciones sociales que poseen los sujetos.

Corresponde a un tipo de estudio exploratorio – descriptivo. Es exploratorio por cuanto indaga en busca de generar conocimiento, que susciten nuevas propuestas de investigación. Descriptivo ya que “Se basa en una rigurosa descripción contextual de un hecho o una situación que garantice la máxima intersubjetividad en la captación de una realidad compleja mediante la recogida sistemática de datos que haga posible un análisis interpretativo”. De esta manera la investigación no busca generar conclusiones, sino más bien pretende describir las características más relevantes de cómo se presenta el fenómeno en cuestión.

Se utiliza también la metodología de caso a fin de conocer la realidad como situaciones empíricas, anteriores al proceso de investigación, siendo éste un estudio de caso intrínseco ya que se desea alcanzar en este estudio una mejor comprensión de la realidad de los casos estudiados desde su particularidad, sus características y su subjetividad.

El estudio de caso puede definirse como una descripción intensiva, holística y un análisis de una unidad singular, un fenómeno o una unidad social. Según Merriam (1990) los estudios de casos poseen las siguientes características, son particularistas, por cuanto se centran en una situación o fenómeno particular; heurístico dado que pueden dar lugar al descubrimiento de nuevos significados, ampliar la experiencia del lector o confirmar lo que se sabe; son también inductivo ya que las generalizaciones, los conceptos, las hipótesis surgen de un examen de los datos fundados en el contexto mismo. Según Pérez (2000) el estudio de caso se caracteriza por tener tres etapas, las que son utilizadas en este estudio, siendo la primera aquella en la cual el investigador busca simplemente familiarizarse con la naturaleza y el ámbito del área objeto de estudio, se orienta hacia el logro de un conocimiento básico del fenómeno; la segunda etapa supone una continua obtención de datos a través de diferentes medios; la tercera y última etapa propuesta por Pérez se refiere al análisis de los datos el cual hace alusión a la comprobación de las interferencias producidas por los procesos sociales y educativos que pueden estar implicados con el fin de coordinar la información.

El campo de las representaciones sociales Moscovici manifiesta que “Nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación” La información se centra en el estudio de la suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca del objeto social representado, ya sea este un acontecimiento, una persona, o bien cualquier fenómeno de naturaleza social que presente interés suficiente como para ser estudiado. Lo relevante de realizar un análisis de la información reside en que esta permitirá introducirse en las explicaciones sobre la realidad de salud que viven o han vivido los sujetos de estudio.

La tercera dimensión que se analiza corresponde a la actitud que poseen las informantes frente a la salud y enfermedad, esto indica la posición que ellos tienen ante esta situación, reflejando aceptación, neutralidad o rechazo, a través de la conducta y el relato que ellas poseen al respecto.

Para enfocar la solución de los problemas de salud es necesario identificar los cambios en las necesidades, las demandas y las expectativas referidas a salud así como los cambios en las respuestas sectoriales y en su financiamiento. Las herramientas que se utilizan -indicadores- se ajustan al marco teórico desde el cual se formulan los estudios. Los indicadores disponibles pueden ser simples o complejos y sistematizarse constituyendo índices específicos que permiten alcanzar precisión en el diagnóstico, identificar grupos especiales y tomar decisiones terapéuticas. Los diversos indicadores pueden reconocer (a) la historia pasada de caries (CPOD, CPOS, ceod, ceos y sus derivados) (b) los factores de riesgo (el Cariograma) (c) la necesidad de tratamiento (Índice de necesidad de tratamiento para caries dental) y (d) el proceso de desarrollo de la caries dental (Índice de Nyvad, el ICDAS II, el índice de Mount y Hume).

La aplicación rigurosa de cualquiera de los instrumentos mencionados requiere cumplir con un proceso que incluye: (1) el conocimiento teórico del indicador y los puntos de corte entre sus categorías, (2) el reconocimiento práctico en situaciones “en papel” y clínica y (3) la estandarización propiamente dicha estableciendo las diferencias inter-examinador entre el “gold standard” o “examinador de referencia” y el examinador a entrenar y las diferencias intra-examinador, es decir las variaciones que se registran entre las observaciones de un mismo profesional.

HIPOTESIS

Las diferencias epidemiológicas entre la población aborigen rural dispersa en la meseta patagónica que no tiene contacto con la práctica odontológica, ni tampoco con alimentos cariogénicos y que consume agua con valores óptimos de flúor y aquellas comunidades que viven en los barrios de ciudades de la provincia, que han sufrido procesos de aculturación. Estas diferencias se establecerían por lo expuesto y considerando que en las comunidades rurales la ausencia de contacto con la práctica profesional afirmarían los propios valores y representaciones sobre el proceso salud enfermedad bucal. Sostenedores de sus prácticas de autocuidado. Mientras que en los barrios urbanos marginales producto de la inaccesibilidad a los

servicios de atención Odontológica (particularmente en los niveles de restauraciones odontológicas y prácticas conservadoras). Estos grupos presentan mayor edentulismo, o sea ausencia de piezas dentarias sin reposición protésica.

Los servicios odontológicos son precarios en cuanto a dar respuesta de atención con cierto grado de complejidad que de solución a los problemas de salud bucal prevalentes. Las diferencias epidemiológicas se distinguen en los índices de caries en jóvenes y niños en edad escolar entre poblaciones rurales y poblaciones urbanas y está dado por la dieta, como determinante del estado de salud bucal en niños de edad escolar. Las pérdidas de piezas dentarias en adultos no difieren entre estas dos poblaciones, ya que en ambos casos se recurre a servicios donde la práctica habitual y única como respuesta a la dolencia es la extracción dentaria. No puede inferirse que las pérdidas dentarias en la población adulta rural sea causado por el origen étnico de esas comunidades, ya que no encontraríamos diferencias epidemiológicas con comunidades rurales de otra localización geográfica que cuente con los mismos servicios de salud. La falta de información en cuanto a prácticas preventivas para evitar la pérdida de piezas dentarias debería relacionarse con la carencia de información y falta de programas que lleguen a esas zonas rurales, formación de agentes de salud en temas odontológicos, carencia de servicios, medios económicos, grandes distancias hacia centros urbanos.

METODOLOGÍA

Se utilizarán técnicas cualitativas y cuantitativas, apuntando a la triangulación de datos.

Entrevistas abiertas

Análisis de contenido de materiales de capacitación

Consulta a documentos y programas institucionales

Estadísticas generales y de servicios

Con respecto a metodología general podemos dividir el estudio en tres partes:

A- Examen clínico epidemiológico donde se realizarán historias clínicas que determinen piezas dentales perdidas, cariadas u obturadas. Condición de higiene bucal y estados de las encías. Investigación cuantitativa.

Para esto se utilizarán índices estándar que cuantifican estas patologías.

B- Respecto al estado de condición general, referido a determinantes sociales de salud, educación, vivienda, trabajo, etc., se utilizaran encuestas con preguntas cerradas y datos secundarios de organismos oficiales. Investigación cuantitativa.

C- Y finalmente referido a valores y representaciones en salud y específicamente del componente bucal, utilizaremos entrevistas abiertas y entrevistas semi estructuradas en profundidad. Investigación cualitativa.

La epidemiología desde las diferentes perspectivas se define como el estudio descriptivo, analítico o experimental de todo fenómeno socio-biológico que afecte a la población así como de sus determinantes. Al considerar los determinantes de salud se plantea un problema teórico que implica la necesidad de vincular diferentes campos del conocimiento. Como campo científico tiene como objeto el estudio de la producción y distribución de procesos de salud-enfermedad-atención a nivel poblacional. Dispone de estrategias y recursos requeridos para focalizar campos de los fenómenos colectivos, en la explicación de su etiología y en la búsqueda de métodos de intervención más eficaces. Implica la construcción que aborda lo colectivo en su determinación socio-histórica y las dimensiones de los procesos de enfermar y sanar, convirtiendo a los niveles de protección, prevención y asistencia en dependientes de su aplicación. Para enfocar la solución de los problemas de salud es necesario identificar: (a) los cambios en las necesidades, las demandas y las expectativas sociales, (b) los cambios en las respuestas sectoriales organizativas y en el financiamiento de la salud; las herramientas que se empleen darán cuenta del marco teórico desde el cual se formulen los estudios. Estas características requieren revisarlos y adecuarlos a la función para la que deben ser aplicados (Mena y Riviera, 1991; OPS/OMS:, 1988, OPS, 1997, 2001).

Un *indicador* es un instrumento para medir una variable. Representan medidas/resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y

dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud, reflejo de la situación sanitaria e instrumento para su control (OMS, 1981). Todo indicador es una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo (población o muestra) y cuantificar una condición asociada con él (Silva Ayçaguer, 1997).

Todas las definiciones aportadas por OMS (WHO, 2001) expresan que es una variable que pretende reflejar cierta situación y medir el grado o nivel con que ésta se manifiesta, de manera que resulte útil para evaluar cambios en el tiempo y hacer comparaciones en el espacio. Las condiciones de un indicador son:

- Validez: capacidad de indicar que efectivamente mide lo que se intentaba medir;
- Confiabilidad: capacidad para reproducir los resultados en mediciones repetidas aplicadas en iguales condiciones;
- Especificidad: mide solamente lo que se intenta medir;
- Mensurabilidad: cuando está basado en datos disponibles o alcanzables,
- Sensibilidad: para registrar los cambios en el fenómeno que se quiere medir;
- Relevancia: capacidad para dar respuestas claras a los asuntos importantes de las políticas de salud

(OMS, 1981; Ware, 1981; OPS, 2001).

Los indicadores pueden ser simples o complejos y sistematizarse determinando *índices* específicos que permiten alcanzar precisión en el diagnóstico, identificar grupos especiales y tomar decisiones terapéuticas. Para que un indicador funcione como *trazador* de una enfermedad requiere:

- Tener impacto funcional definido,
- Ser de diagnóstico fácil,
- Tener altas tasas de prevalencia del problema medido,
- Que la historia natural de la enfermedad sea sensible a la utilización y eficacia de la atención de salud,
- Que existan protocolos de atención disponibles,

- Conocer los factores de atención de salud que influyen sobre la enfermedad, El control de la enfermedad medida requiere cambios en los estilos de vida, lo que implica que el equipo de salud debe analizar la vida cotidiana de la familia y estimular su participación en la adopción de conductas saludables (Anderson, 1995; Feste, 1992; Feste y Anderson, 1995).

ÍNDICES PARA LA MEDICIÓN

DE CARIES DENTAL

Los índices disponibles dan cuenta de diferentes momentos del proceso de salud-enfermedad-atención y pueden identificarse así: índices que miden: (a) la historia pasada, (b) los factores de riesgo, (c) la necesidad de tratamiento y (d) el proceso de desarrollo de la caries dental.

Índices que miden la historia pasada de caries

Los índices epidemiológicos tradicionales y de fácil relevamiento son:

CPOD, ceod, CPOS y ceos

- CPOD (unidades de dientes permanentes cariados, extraídos y obturados).
- ceod (unidades de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados).
- CPOS (unidades de superficie dentarias permanentes cariadas, extraídas y obturadas).
- ceos (unidades de superficies dentarias primarias cariadas, con indicación de extracción y obturadas).

El CPOD fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson (1938) durante un estudio sobre el estado y la necesidad tratamiento dental en niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown (Maryland, EEUU); registra la experiencia de caries pasada y presente de 28 dientes (se excluyen los 3ros.molares) considerando los dientes con lesiones cariosas cavitadas y los tratamientos realizados. Se obtiene mediante la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados presentes e incluye las extracciones indicadas. Cuando se aplica sobre una población resulta del promedio de la sumatoria de los CPOD individuales sobre el

total de individuos examinados. Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada uno de sus componentes y expresarse en valores absolutos o relativos (%).

El índice CPOD a los 12 años es generalmente utilizado en las investigaciones referidas al estado dentario en niños ya que permite el análisis comparado entre los grupos, países o regiones.

El Índice *ceod*, adoptado por Gruebbel (1944) para la dentición primaria, se obtiene en forma similar al CPOD, a La OMS lo define como una variable: (a) con características vinculadas con la calidad, la cantidad y el tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en su abordaje; (b) susceptible de medición directa que se supone asociada con un estado que no puede medirse directamente; (c) que contribuye a medir los cambios en una situación de salud, directa o indirectamente, y evaluar el grado en que los objetivos y metas de un programa se han alcanzado. El índice *ceod* pero considera sólo los dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Se consideran 20 dientes

Índices derivados del CPOD y del ceod

A) Índice significativo de caries dental

(SIC: Significant Caries Index)

El SIC es el valor del CPOD alcanzado por el tercio de la distribución muestral con mayor índice CPOD. Se estableció con el propósito de identificar a los individuos con índices de caries más altos en los grupos o poblaciones cuya prevalencia hubiera alcanzado niveles aceptables de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS y la FDI (FDI/WHO, 1982). (*CPOD: 3 a los 12 años*) y focalizar la atención sobre ellos. Se determina promediando el CPOD del 33% de los individuos que presentan los niveles más altos del grupo o población analizada. Este índice se basa en el tipo de distribución de la caries dental en las poblaciones. La meta propuesta por la OMS/FDI de alcanzar el *CPOD 3 a los 12 años*, es considerada prioritaria en todos los países. En aquellos países donde se ha

alcanzado el cumplimiento de esta prioridad se ha establecido que, para el año 2015, el SIC sea equivalente a un *CPOD de 3 a los 12 años* (Bratthall, 2000).

Datos para el trabajo de campo:

Historia Clínica: Odontograma

Índice CPOD, cariadados, perdidos y obturados.

Riesgo:

CPOD = 0 - 1.1 Muy Bajo; 1.2 - 2.6 Bajo; 2.7 - 4.4 Moderado; 4.5 - 6.5 Alto; 6.6 y + Muy Alto.

B- Índice de higiene bucal de O’Leary, nos hace conocer los hábitos de higiene bucal del paciente.(4) Indica el porcentaje de superficies teñidas (color rosa oscuro, si se emplea eritrosina, o color rosa y azul, si se usa doble tono) sobre el total de superficies dentarias presentes. Este índice se aplica en el momento inicial y a lo largo del tratamiento para determinar la capacidad de controlar la placa mecánicamente, antes y después de la enseñanza de la higiene bucal. Y se obtiene aplicando la siguiente fórmula.

$$\frac{\text{Cantidad de superficies teñidas}}{\text{Total de superficies Presentes}} \times 100 =$$

Cada diente se considera constituido por cuatro superficies. El registro para determinar el índice de O’Leary se realiza marcando la superficie teñida sobre los diagramas ad hoc. Buen estado de salud bucal e higiene: = o < al 20%.

C-Índice de Loe y Silness utilizado para conocer la presencia y grado de la inflamación gingival.

Cuantificación: Los dientes elegidos para aplicar el índice gingival según Loe y Silness son los elegidos por Ramford: 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1, y 4.4, y se aplican las sondas en cuatro sitios por diente: distal, vestibular, mesial, y palatino. Es decir que deben registrarse 24 mediciones para cada paciente. El promedio de las 24 mediciones constituye el índice gingival para toda la boca.

Se relevarán y procesarán indicadores generales relacionados directa e indirectamente con el problema global en estudio, y otros específicos referidos a las dimensiones del tema que se abordan.

Los indicadores generales o contextuales se agruparán en cuatro grandes categorías, de acuerdo a niveles diferenciales de concreción y determinación de las variables. (Fuente de la clasificación: OMS. "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de salud para todos en el año 2000".OMS.Ginebra 1981)

- I) Indicadores del estado de salud
- II) Indicadores de la prestación de atención de la salud
- III) Indicadores de la política sanitaria
- IV) Indicadores sociales y económicos relacionados con la salud y educación.

La mayoría de los indicadores generales a utilizar son estándares de medición y comparación nacionales e internacionales, es decir, indicadores clásicos refrendados por organismos de reconocida incumbencia en el tema (OMS, etc.) y sobre cuya definición y composición existe consenso.

Para el estudio de los valores y representaciones del componente bucal de salud:

Se utilizaran entrevistas.

1. De creencias en salud
2. Concepciones sobre salud bucal
3. Creencias sobre etiología de la patología bucal:
4. Prácticas asociadas a patologías dentales
5. Percepción sobre la importancia de la salud bucal y barreras percibidas para el tratamiento dental
6. Conductas preventivas en salud bucal
7. Cuidado de la salud bucal de sus hijos

Entrevistas con diseño semiestructuradas en profundidad siguiendo una línea de campo en la cual se incluyen referentes temáticos vinculados a los objetivos de esta investigación. Se tendrá especial atención en los líderes comunitarios locales.

Tendrá distintos tópicos dirigidos al conocimiento de la cosmovisión de salud enfermedad y específicamente el componente bucal del mismo.

ASPECTOS METODOLOGICOS:

Se pusieron a punto las características de la entrevista semi-estructurada, los primeros contactos con autoridades de la comunidad en estudio, representantes de la comunidad, se contactó a los primeros informantes para ir al campo.

A través de establecer vínculos con la comunidad se establecieron relaciones de mutuo interés que permitieron delimitar a qué miembros de la comunidad se veía como “informantes claves”, teniendo en cuenta:

- Interés en la transacción
- Interés en la comunidad
- Entablar un vínculo
- Reconocimiento de la comunidad

A partir de la metodología propuesta en nuestro proyecto y en relación con las técnicas específicas para la recolección de información, esto es:

A)-Consulta de fuentes secundarias

Se procedió a la recolección y posterior delimitación de dichas fuentes seleccionándose de acuerdo al interés de los objetivos de la investigación, la siguiente documentación:

Legislación Nacional, Provincial e Internacional, en materia de derechos indígenas en Argentina.

B)-Muestra e informantes

La **Unidad de Análisis** será el grupo doméstico, (UD) como afirma E. Menéndez (1992) es necesario descentrar al sujeto tradicional del proceso de salud enfermedad. Reemplazando al actor social individual por la relación familia grupo doméstico (UD). De este modo, la UD constituye la microestructura que más importancia tiene en la constitución de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto del proceso de salud enfermedad.

El estudio se centra en el conocimiento del proceso salud enfermedad en comunidades mapuches de la Provincia de Río Negro. Considerando las sub-unidades de análisis.

- a) Miembros de las comunidades mapuches rurales
- b) Miembros de comunidades mapuches asentados en zona de pobreza urbana

C)- Descripción del Universo

El universo de este estudio corresponde aproximadamente a miembros de la comunidad rural de Kom Amuleim, (40 UD); Peñi Mapu ,(Lipetrén Chico, (30UD); Putrén Tuli Mahuida (Lipetrén Grande, (34UD), rurales dispersas en la meseta patagónica y Kume Lihuén (Los Menucos), Kemu Mapu (aguada de Guerra), Nehen Kom (Allen) y El el Quimún (General Roca) en barrios marginales de estas localidades. Se tendrá especial atención en los líderes comunitarios locales.

D)-Preguntas directrices

- ¿Están las representaciones sociales de los mapuches, acerca de la salud asociadas a elementos de la cosmovisión del pueblo mapuche?
- ¿La salud, dentro de las comunidades a investigar, se atribuye a características propias de la dinámica familiar.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL



1. Relaciones interculturales, relaciones inter étnicas y pueblos originarios

Ante las diferentes acepciones que se han atribuido a la noción de cultura, en este estudio se asume y comparte la visión propuesta por Geertz (1973), en su concepción semiótica, que considera los fenómenos interpretativos como los elementos definitorios en la caracterización de una sociedad históricamente determinada. Sin embargo, como lo indica Serrano (1996), la perspectiva simbólica de la cultura tiende a dejar de lado, la tensión y el conflicto social que se derivan de las luchas que los distintos grupos sociales activan en su pugna por definir el sentido de la situación social, de acuerdo con sus propios intereses particulares. Visto así, la perspectiva simbólica-interpretativa, si bien es necesaria, puede no ser suficiente para percibir con nitidez las relaciones de dominación que están presentes en las luchas por el poder que están siempre presentes en la acción social. Cuestión que en el marco de esta investigación, ligada a los saberes medicinales y a las ideologías (conocimiento científico, religiosidades, cosmovisión indígena) no pueden sino ser abordadas con un sentido cuestionador y crítico de estas relaciones sociales.

De esta manera, se asume de manera integradora, la propuesta emergente del conocimiento psicocultural (Serrano, op.cit.) como saber interpretativo con intención crítica; es decir, con implicancias políticas y éticas, por lo que se aborda la discusión de la complementariedad de saberes medicinales en el marco de una revisión crítica de las propuestas de desarrollo, y en una opción implicada con la perspectiva de sujeto de derecho ante los pueblos originarios del continente latinoamericano. En esta perspectiva, la aceptación de la multiculturalidad de un Estado va más allá de la comprensión de la existencia de otras realidades culturales, ya que, como lo indican Citarella et als. (1995), la multiculturalidad ofrece un reto ideológico y ético mayor. Para enfrentar este desafío sería necesario romper el bloqueo de una ideología dominante etnocéntrica a nivel nacional, que intenta modelar el mundo en torno a sus propias realidades, cosmovisiones, valores y metas. Como lo señala Hopenhayn (2001), el orden simbólico generado en torno a los conceptos de Estado-Nación, territorio e identidad nacional se ha visto

cuestionado desde la irrupción de lo cultural en lo político y desde el reclamo a la diferencia. La noción clásica del Estado-Nación ha perdido radicalmente su carácter de unidad político-cultural, y tiende a asumir cada vez mayores funciones regulatorias en el campo de la economía y de los conflictos entre los actores sociales, limitando su carácter de unidad a lo político-institucional.

Conceptualmente, a partir de la década de los 90, se ha instalado con fuerza en las Ciencias Sociales, la noción de relaciones interétnicas para referirse a las relaciones que se establecen entre sectores de una sociedad a partir de criterios de pertenencia y/o de exclusión, basados en rasgos de origen y/o de carácter sociocultural. Subyacente a esta definición se encuentra la noción de etnia o de grupo étnico, la que es entendida a partir de la posesión, por parte de un grupo humano, de rasgos característicos que los delimitan, y desde los cuales se generarían modos de relacionarse con miembros de otros grupos similares. Los rasgos propuestos para delimitar el concepto de etnia serían los de auto reproducción biológica, un territorio o espacio propio de interacción, una cierta unidad de valores y formas culturales, particularmente la lengua y una conciencia de ser único y diferentes a otros. (Durán, 2000)

Así, hablar de relaciones interétnicas permite dar cuenta del flujo de relaciones entre grupos de orígenes distintos, captando la dinámica de las mismas en distintas situaciones estructurales, determinando posiciones diferenciadas o de hegemonía/subordinación, con respecto al poder.

Según la teoría del control cultural, la pertenencia constituye un criterio básico para definir la identidad étnica, así como la suma de rasgos culturales identificatorios que dan coherencia a dicha pertenencia. La identidad étnica implicaría “un estatuto de participación culturalmente regulada en las decisiones que ejerce el grupo en el ámbito de su cultura propia”. Mientras que para los teóricos representacionales la identidad étnica “pasa a desempeñar el papel de brújula que posiciona al grupo y a sus miembros en mapas cognoscitivos (u horizontes) colectivamente construidos” (Cardoso de Oliveira y Barth en Durán, 2000).

Con la modernidad, también irrumpe el derecho y deber de ayudar a las naciones indígenas a convertirse en civilizadas, no obstante esto se torna en una controversia debido a que las ideas tanto de la modernidad como de los pueblos indígenas son disímiles, ya que cada uno persigue intereses propios.

Para comprender este proceso que se inicia en Europa en el siglo XVI es necesario contextualizar el escenario en que las ideas contrapuestas tuvieron su curso y que aún repercuten en la actualidad. La modernidad es un fenómeno complejo y multidimensional, que debe ser abordado desde diferentes ámbitos, siendo los más representativos la racionalización, el capitalismo y el industrialismo. Este fenómeno expresa la conciencia de una época que se considera nueva en relación a un pasado y se mira a sí mismo como el resultado de la transición de lo tradicional a lo nuevo. Además este discurso está influido por las ideas de libertad y autonomía individual que según Hegel (1980) citado en Larraín (2000) hace referencia a que la base de la modernidad es la libertad y la subjetividad. En contraposición a esto Wargner (1994) advierte que esta libertad subjetiva está limitada por el reconocimiento de fines colectivos, del bien común, de valores que anteceden a los individuos.

Larraín (1997) indica la idea universal de la modernidad es que ninguna nación, puede escapar del camino de desarrollo general que postula, para ello es necesario eliminar aquellos obstáculos que impiden alcanzarlo. De esta forma aquellas naciones que no se adecuan a lo anterior quedan excluidas del proceso de desarrollo. Se puede ver que Guiddens y col (1991) señala que la modernidad es un proyecto trunco dado que favorece la diferencia, exclusión y marginalización de las naciones que obstaculizan el progreso en vez de promover la igualdad entre ellas.

En la modernidad Larraín (1997) menciona que se originan nuevas configuraciones en lo político, económico, social y cultural. En lo político nace el estado nación y formas democráticas de gobierno, Aguirre (1995) señala que el estado tiende a una coordinación centrípeta, a una unidad que, a menudo, degenera en unicidad, tendiendo de esta forma al centralismo de naciones. Este centralismo a su vez lleva a homogeneizar y normalizar los diferenciales étnicos mediante conocidos mecanismos. El primero de ellos se refiere a la regulación administrativa territorial,

donde un Estado es el que regula diversas naciones y provincias. El segundo mecanismo se refiere a la negación de la diferencialidad étnica, la que se establece mediante la prohibición de las manifestaciones culturales, y el tercero corresponde a la apropiación de la cultura, la cual se diluye mediante la cultura oficial del Estado.

En cuanto a las nuevas configuraciones de lo económico y social, cabe mencionar que la economía capitalista mundial, el surgimiento de la industrialización de los mercados, el crecimiento de las grandes organizaciones y sistemas burocráticos de administración, produce exclusión, diferencia y marginalización hacia ciertos sectores que poseen un estilo de vida que no les permite acceder al mercado en condiciones de igualdad.

Según Giddens (1996) esto, origina diferentes clases sociales, las más opulentas y aquellas humildes que estarían siendo excluidas. Esta existencia de clases da lugar a la desigualdad al interior de los estados y a escala mundial. Estas divisiones y otras líneas fundamentales de desigualdad como aquellas que están conectadas con género y etnicidad pueden definirse parcialmente en término de diferente acceso a las formas de autoactualización y realización personal.

Las configuraciones de lo cultural hace mención al surgimiento de la educación universalizada, una cultura secular donde la modernidad desplaza las ideas renacentistas

que ven a Dios como el centro del mundo, por el uso de la razón y de la racionalidad, y una influencia creciente de los medios de comunicación.

Dentro de las configuraciones que irrumpen con la modernidad como se mencionó anteriormente, en lo político surge el estado nación y con esto emerge el problema indígena, debido a que este estado nación en su intento de modernizar al pueblo mapuche, impone ideas de desarrollo y progreso estigmatizándolo como antimoderno, incivilizado, pobre, rústico, no respetando ni considerando sus particularidades, queriendo homogeneizar y normativizar según sus ideas e intereses. Esta “homogeneidad étnica significa para el estado, estabilidad y

cohesión, mientras que la multiplicidad de grupos étnicos representa tensión e inestabilidad permanente”.

En este contexto de modernidad, el progreso del estado nación se ve limitado por la existencia de grupos étnicos, pues éstos no se identifican con la identidad cultural predominante, ya que poseen una cosmovisión e identidad propia que no es respetada por este estado nación. En este sentido ambos actores se ven amenazados, por su parte el indígena al no adecuarse al modelo imperante, retrasa el progreso, y la modernidad al tratar de sacar al indígena de su pobreza con la imposición de nuevos modelos de desarrollo, sólo consigue empobrecerlo aún más. Este proyecto implica usurpar parte de sus tierras, reduciéndolos al punto de pasar a ser minifundistas, emplearse en nuevas actividades al ser trasladados dando origen al proletariado, abandonando su antigua forma de organización social y económica.

1 Aguirre, Ángel. Cultura e Identidad Cultural. Ed. Bardenas. 1997. Pág. 51

2-Interculturalidad y multiculturalismo

La noción de interculturalidad halla uno de sus asideros teóricos en la idea que las culturas no se encuentran aisladas ni se producen por generación espontánea, sino que, en su diario acontecer, tienden a abarcar espacios que las conducen a entrar en relaciones con otras culturas. Así, como lo indica Boccara (2000), se puede señalar, en términos generales, que esas relaciones que se establecen entre las culturas es lo que se suele denominar *interculturalidad*.

Las relaciones interculturales (Touraine, 1995) pueden clasificarse en tres tipos de interacción:

- a) Relaciones sin reconocimiento: se establece contacto entre dos o más culturas, pero no existen relaciones de reconocimiento y las culturas interactuantes no resultan afectadas o modificadas por el encuentro o el diálogo.
- b) Relaciones de dominación: al entrar en contacto con otras culturas, una cultura adquiere el carácter de dominante, y tiende a hacer desaparecer a las otras culturas no dominantes.

c) Relaciones de carácter multicultural: al contactarse dos o más culturas se establece un reconocimiento del contexto y de las particularidades de las diferentes culturas involucradas, estableciéndose una relación de diálogo y de respeto que va dando origen a modificaciones significativas en los escenarios simbólicos de las culturas que han entrado en interacción. Aunque para algunos autores los términos “intercultural” y “multicultural” son equivalentes, la clasificación recién expuesta revela que el tipo de relación que se establece entre dos o más culturas (relaciones interculturales de facto) requiere ciertas características para poder concebirla como multicultural. Al respecto, Touraine (1995) propone algunos hilos conductores relevantes para acercarnos al concepto de sociedad multicultural. El multiculturalismo, para este autor, sólo tendría sentido como la “combinación, en un territorio dado con una relativa unidad social, de una pluralidad de culturas que mantienen permanentes intercambios y comunicaciones entre actores que utilizan diferentes sentidos de vida”. En este sentido, el primer elemento a destacar es que la coexistencia o simple convivencia de culturas no expresaría necesariamente la condición multicultural. De acuerdo a esta acepción, que Touraine (op. cit.) califica de “falso multiculturalismo”, ser multicultural sería “no preocuparse por el destino de otras culturas del propio entorno”. Un segundo elemento que aporta Touraine (1995) en la comprensión de lo multicultural, dice relación con la *apertura a la alteridad como capacidad de reconocimiento hacia cada cultura de sus valores y de sus pretensiones de universalidad*. De esta manera, para convertirse las sociedades y los individuos en expresiones multiculturales se plantea la exigencia, ya no de la preservación cultural solamente, sino del reclamo del *reconocimiento universal de la equiparación de las diversas culturas*. Así, la experiencia multicultural está modificando radicalmente las nociones de igualdad, dignidad, diferencia y libertad, ya que se instala la necesidad de concebir la igualdad humana abierta a las diferencias, superando las nociones de culturas “superiores”, “avanzadas” o “primitivas”, y de conceptualizar la libertad no reducida a la simple autonomía individual, sino como reconocimiento al interior de las comunidades y sus tradiciones concretas.

2.1 Interculturalidad, política intercultural y participación social

En palabras de un dirigente *mapuche*, en un Panel de discusión del Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas (1997), la *interculturalidad* “supone la existencia de dos culturas en igualdad de condiciones, cuestión que lamentablemente en el caso de los pueblos indígenas, y en particular para el pueblo mapuche, no existe, y que significa al menos dos desafíos: para el gobierno la de un reconocimiento, y para el pueblo mapuche buscar espacios donde desarrollar sus conocimientos”.

2.2 Interculturalidad en salud: hacia una propuesta multicultural

El abordaje de la problemática indígena ocurre en la intersección de los temas referentes a los derechos humanos, la democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura, identidad y cosmovisión de estos pueblos desde una nueva aproximación a la historia (Alarcón, en prensa). Reconociendo entonces la complejidad intrínseca de las acciones interculturales, por su inminente carácter político, social y cultural, se revisan a continuación diferentes estrategias que se han implementado en salud en el marco de las relaciones interculturales e interétnicas entre pueblos indígenas y sociedades nacionales. Un cuestionamiento inicial y problematizador, es el que plantean Citarella et als. (1995): ¿cómo se puede planificar una adecuada integración y articulación entre medicina tradicional y medicina moderna?, ¿es posible compatibilizar la cultura mapuche con la cultura nacional occidental?, ¿es posible adecuar los servicios del sistema de salud oficial a la idiosincrasia cultural de la población indígena?, y en definitiva: ¿qué significa interculturalidad en salud?

La interculturalidad en salud, como lo plantea Oyarce (1997), implica al menos, la relación entre dos culturas -idealmente equilibrada-, en la que el conocimiento en salud que se origina de dicho encuentro es cualitativamente diferente de los conocimientos respectivos que le dan origen. Es entonces la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos del cuerpo biológico, social y relacional. Una definición amplia del término, que contribuye a visualizar un proyecto de desarrollo en un escenario multicultural es el que proponen Citarella et als. (op.cit.) como la “coexistencia y mantenimiento de múltiples culturas en un espacio geopolítico específico y en un tiempo determinado, en los que se reconoce las diferencias y especificidades de cada cultura y su validez”. A su base, destacan los autores, se acepta la premisa de que cada una de estas culturas corresponde a la tradición de un grupo humano y representa una manera de categorizar, comprender y organizar el mundo. En términos operacionales, esta concepción implica potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, respetando y manteniendo la diversidad. Históricamente, el concepto de interculturalidad en salud se introduce a raíz de la necesidad de responder a los problemas sanitarios de los países tercermundistas, y aparece fundamentado en la visión desarrollista de agencias internacionales, tales como la ONU y la OMS (Alarcón, en prensa). En efecto, la evaluación que dichos organismos hacían de la situación de salud de los países en vía de desarrollo, en los años sesenta, establecía que no sólo los aspectos económicos impedían mejorar la calidad de salud en estos países, sino que el problema radicaba fundamentalmente en aspectos culturales de la población indígena, que impedían la adopción de “prácticas y cambios favorables para la salud”. Dicho de otro modo, las prácticas culturales de los pueblos indígenas, ligadas a conocimientos y creencias propias, no permitían un mejor nivel de salud y de desarrollo, y en general un mejor acceso a los sistemas de beneficio del Estado. Estas primeras concepciones de las acciones interculturales en salud se sustentan en una representación civilizatoria de las relaciones interétnicas, originada ya en la segunda mitad del siglo XIX, a partir de las ideas evolucionistas con respecto a la

especie humana. Esta representación social, presente hasta la actualidad como matriz teórica, reconoce cierta unidad de la especie humana, pero se la sitúa en diversos grados de civilización. En efecto, como lo destaca Bengoa (2000) las ideas de inferioridad de las prácticas indígenas, de primitivismo y barbarie de sus creencias, sigue siendo el común denominador cultural de las sociedades que se autovaloran como “civilizadas”. En este sentido, la incorporación de la lengua nativa en procesos de educación en salud hacia comunidades indígenas ha sido fuertemente criticada, ya que, como sostiene Oyarce (1997), por lo general cuando se elabora material educativo para poblaciones indígenas se busca modificar conductas inapropiadas en salud, y lo que se hace, en definitiva es “traducir” un material diseñado desde la perspectiva biomédica a la lengua indígena (...) lo que no constituye ni un material ni un conocimiento intercultural, sino que más bien se está imponiendo el conocimiento biomédico sobre el conocimiento indígena, utilizando la propia lengua indígena para ello. En los años setenta y ochenta, importantes movimientos de reivindicación étnica promovieron y se movilizaron por la construcción de un nuevo escenario multicultural que relevara las dimensiones culturales ligadas a los procesos de desarrollo (Alarcón, en prensa). En este marco de contra argumentación a la perspectiva etnocentrista de los años sesenta, la noción de interculturalidad se convierte en un concepto integracionista, que sitúa el origen de los problemas en salud, ya no en las costumbres de los pueblos originarios, sino en su situación de marginalidad social con respecto a los beneficios de la sociedad mayoritaria. En efecto, desde principios del siglo XX, se viene desarrollando desde sectores no indígenas, un importante movimiento indigenista que busca en un impulso paternalista, apoyar a la población indígena en la superación de sus condiciones de exclusión y marginalidad social y geográfica. Basado en las ideas positivistas del progreso, el indigenismo latinoamericano (notablemente desarrollado en México y en Perú) sostiene su accionar, según Bengoa (2000), en la necesidad de posibilitar a los indígenas la incorporación al proceso de desarrollo para que se integren a la modernidad a la que aspiran las sociedades latinoamericanas. Diversas experiencias interculturales en salud

proponen el establecimiento de un diálogo entre culturas, que tienda a mejorar la calidad de salud de los indígenas y a generar espacios de participación microsocioal en la ejecución de las acciones de salud. Sin embargo, las representaciones relativas a las relaciones interétnicas, tanto “civilizatorias” como “integracionistas” de los pueblos indígenas, subyacentes a las propuestas tienden a limitar el alcance intercultural de dichas iniciativas. Es el caso de la incorporación de sanadores tradicionales, tales como parteras, yerbateras, componedores de huesos y chamanes, a los establecimientos oficiales de salud que culminan generalmente en la institucionalización de éstos, a través de un proceso de educación y de certificación. Algo similar ocurre con las experiencias en atención primaria en la formación de promotores de salud local, que si bien, como lo indica Alarcón (en prensa) pueden significar un proceso de síntesis del pensamiento indígena y de los conocimientos biomédicos en la figura del monitor, no necesariamente implican procesos colectivos de intercambio de saberes en ambas direcciones.

Como se discutió en el Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas realizado en Puerto Saavedra (1997), la interculturalidad no sólo apunta a que se acepte el conocimiento tradicional, sino que también demanda que los médicos y la gente que trabaja en los Servicios de Salud conozcan la cultura de la población en la que está trabajando, su condición social, su condición económica, su problema de la tierra (...), es decir que atiendan al paciente como una persona distinta. En este sentido, se recalca,

que la interculturalidad no es sólo asunto de medicinas, sino que atañe a los valores de los pueblos indígenas, y a la forma de vivir en comunidad y de resolver los problemas en conjunto. Asumiendo la necesidad de que los agentes que se desempeñan en la atención en salud con población indígena, logren una mayor comprensión de la diversidad cultural, y de la dinámica cultural y social en la que están insertos los usuarios de salud, es que se han implementado procesos de formación y capacitación hacia los funcionarios de salud. Estas acciones de educación hacia el personal de salud, tendientes a favorecer las estrategias de comunicación entre cuerpo de salud oficial y pueblos indígenas, han logrado sin

duda mejorar la satisfacción usuaria de la población atendida, en cuanto a calidad en el trato y disminución del prejuicio étnico, como lo menciona Aguirre Beltrán (1994) al referirse a la importancia de la adquisición del conocimiento del pensamiento indígena, cuando el personal sanitario percibe las motivaciones de la conducta nativa y el trasfondo que respalda la resistencia a las innovaciones en salud. Sin embargo, la incorporación de conocimientos de antropología médica en la práctica sanitaria no logra significativamente un trato hacia el individuo atendido como sujeto cultural, en el sentido de no ser dissociado de su mundo social en el que se desenvuelve, y puede tender a una fuerte asimilación cultural en la medida en que se sustentan en concepciones civilizatorias con respecto a las sociedades indígenas. Una práctica de mayor complejidad en la búsqueda del fomento de relaciones interculturales entre sistemas y saberes médicos, la constituye la mediación cultural propiciada a través de la figura del facilitador intercultural en el medio hospitalario. Esta práctica, se convierte en una estrategia de carácter más complejo en la medida en que integra elementos antes señalados como acciones interculturales, tales como: la formación e integración de “monitores” en salud a instituciones oficiales, la integración del idioma indígena a las acciones de salud, y la capacitación y sensibilización de los equipos de salud con respecto a elementos teórico-prácticos sobre la interacción entre modelos médicos.

El alcance de este tipo de iniciativas, en la Región de la Araucanía, ha sido evaluada positivamente (Alarcón et. als, 2000) ya que pone en marcha un proceso de creación de un espacio real de interacción entre dos sociedades en contacto, en la medida en que se valora y acepta la cultura que portan los usuarios mapuche del establecimiento hospitalario, y les permite orientarse y comunicarse con un sistema que empieza a abrirse a la diferencia cultural. Con todo, se cuestiona la capacidad real de esta estrategia intercultural de modificar la relación asimétrica entre saberes culturales y medicinales, alertando sobre la función amortiguadora que la figura del facilitador tiende a asumir, manteniendo y reproduciendo la dominancia social y cultural del sistema de salud biomédico sobre los saberes tradicionales. Al respecto,

las discusiones del Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas alertaban que la experiencia de las oficinas Amulzungun (facilitadores interculturales) corrió el peligro de ser instrumentalizadas para imponer el modelo biomédico sobre la población indígena si no se mantenía un proceso constante de apoyo y de reflexión desde las propias comunidades indígenas y con las propias personas indígenas, los enfermos, sus propias familias. En este mismo Encuentro, se destacó la necesidad que las oficinas Amulzungun logren generar un espacio de conocimiento intercultural, bidireccional que se origine en la propia comunidad indígena, y se oriente hacia el hospital, y que se retroalimente desde el equipo médico hacia la comunidad indígena, lo que, a juicio de los exponentes se logra principalmente a nivel institucional, pero en menor medida logra recoger insumos de conocimiento desde la propia comunidad. En definitiva tanto esta iniciativa intercultural en salud, como las anteriormente expuestas, evidencian que las acciones por sí solas no necesariamente tienden a promover procesos genuinos de reconocimiento hacia la sociedad indígena. Para que ello ocurra, se requiere, como concluye Alarcón (en prensa) de procesos de profundización de las relaciones interculturales que permita desarrollar procesos tendientes a la valoración del conocimiento indígena como relativo a otras áreas del desarrollo, avanzado hacia la multiculturalidad de manera integral. Es recién a partir de la década de los 90, que se inicia una toma de conciencia de la pluralidad étnica por parte de los responsables de salud, en un contexto mundial y latinoamericano de afirmación de los derechos de los pueblos originarios. La irrupción de las demandas indígenas, instala ya desde mediados de los años 70 un período postindigenista, en el que a los argumentos del antiguo indigenismo se articula como eje central la reivindicación de protagonismo, de autonomía y de autogestión del desarrollo (Bengoa, 2000). Se reconoce entre las principales luchas político-reivindicativas de la década de los 90, los movimientos de Chiapas, de Ecuador, y el notable caso de ejercicio del derecho a gobernar sus territorios autónomos del pueblo originario Nuuk en el norte del continente (Alvarez et al. 2002), lo que va configurando en el continente lo que Bengoa ha denominado la “emergencia indígena”. Esta emergencia y este proceso

de reetnificación que se configura a nivel latinoamericano – con mayor fuerza en algunos estados que en otros, - pone en evidencia el avance de la participación de la sociedad indígena en niveles de decisión relativos a su propio destino y sus procesos de desarrollo. En este contexto de transformaciones y procesos socio-culturales se manifiestan expresiones interculturales en salud, que representan una búsqueda de diálogo entre sociedades equivalentes, basadas en la comprensión de las relaciones interétnicas entre pueblos originarios y Estado nacional de manera multicultural. Como lo afirma Pedreros (op.cit.), las acciones interculturales en salud posibilitan, en un sentido amplio, poner en discusión los modelos de desarrollo que queremos para nuestra propia sociedad;

transformándose no sólo en una opción hacia los indígenas (como discriminación positiva) sino también en una oportunidad para los no indígenas. Alarcón et als. (s/f) afirman que, a partir de la experiencia internacional es posible encontrar algunos principios que sustentan el desarrollo de modelos pluriculturales en salud. Entre éstos, cabe mencionar a lo menos dos que destacan los autores: por una parte, el reconocimiento a los sistemas médicos como complejos sistemas de pensamiento y conducta, que se constituyen como respuestas socioculturales al fenómeno universal de la salud; y, por otra parte, el mejoramiento de los procesos de comunicación entre pacientes y profesionales, implicando tanto el lenguaje, como los protocolos de relación cultural y social de los pacientes. La discusión acerca de la construcción de estrategias interculturales en salud encaminadas hacia la multiculturalidad requieren entonces superar, desde la institucionalidad, la planificación de objetivos sectoriales tras el logro de una meta macrosocial planteada en función de un proyecto societal pluricultural. Como lo indica Alarcón (op.cit.), una política de multiculturalidad en Chile implicaría que el conjunto de la sociedad y sus instituciones, asuman la existencia de la pluralidad étnica y cultural del país, como proceso de apertura hacia la participación de la sociedad *mapuche* desde su propia identidad sociocultural; lo que ubica el desafío de *consolidar estrategias interculturales bajo su doble dimensión; esto es, una microsocioal en su práctica local, y una macrosocioal que involucra avanzar hacia procesos de*

autonomía sociocultural. La posibilidad de desarrollar espacios multiculturales en diseños políticos nacionales plantea también, como reitera Pedreros (1997) una exigencia al mundo indígena, cual es la de responsabilizarse de la construcción de apuestas interculturales no sólo a nivel de demandas, sino más bien en términos de comprometerse en la búsqueda de soluciones en el ámbito de la salud. Al respecto, Armando *Marileo* (2003) describe la valiosa experiencia en la Provincia de Winnipeg, Canadá, orientada hacia el rescate y valorización de la medicina tradicional indígena a través de una estrategia de desarrollo étnico integral, ligada al ejercicio de la autogestión de sus recursos económicos ubicados en su territorio.

2.3 Interculturalidad y complementariedad en salud

La mayoría de las experiencias interculturales en salud, a nivel internacional, presentan como principal cuello de botella la inclusión de aspectos tales como remedios herbolarios tradicionales y técnicas terapéuticas específicas de la medicina tradicional, pero no necesariamente el corpus de ideas y conocimientos sobre el cual estas prácticas médicas se fundan. Lo que suele ocurrir, en términos de políticas de salud y desarrollo del sistema, es la aceptación de algunas limitadas características y tecnologías de la medicina tradicional, con un rechazo más o menos global a las bases ideológicas y conceptuales de la medicina tradicional, es decir, a sus bases teóricas y filosóficas. Efectivamente, en el caso de las propuestas programáticas chilenas, la comprensión y puesta en acción de la interculturalidad en salud remite a un “modelo de gestión que adecue los servicios a las características de la cultura (indígena) basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren el acceso y utilización de los servicios de salud” (Ministerio de Salud, 2003). En este sentido, cabe destacar que las conductas en torno a la salud se sostienen sobre experiencias, saberes, creencias, representaciones y significaciones particulares, lo que se puede observar con especial notoriedad en las categorías utilizadas para concebir las enfermedades, así como en las causas que se le atribuyen. Como lo subraya Mabe (1994) en la relación intercultural, - tanto en salud como en otro ámbito de acción -, no es

solamente la diferencia del "otro" la que causa una eventual dificultad, sino que la especificidad de cada uno de sus protagonistas y sus condiciones puestas en relación; condiciones, que implican tanto las dimensiones simbólicas señaladas, como las condiciones sociopolíticas de producción y reproducción de cada saber médico en el marco de sociedades en contacto y en relaciones no igualitarias. En este sentido se observan ciertas incompatibilidades en la articulación de sistemas y modelos médicos en los que no es posible integrar la complementariedad, fundamentalmente en aquellos que dicen relación con el modelo conceptual. La experiencia a este respecto, que reporta Jelves (1997), ha sido, de parte de los especialistas tradicionales (como la machi), la de una coexistencia respetuosa, actitud que se manifiesta en la derivación que éstos hacen de pacientes ya sea para tratar síntomas físicos específicos y proseguir después con el tratamiento tradicional, ya sea cuando reconocen la presencia de enfermedades wigka que no corresponderían a su ámbito de dominio.

Frente a una reconocida situación de coexistencia de diferentes sistemas médicos, cabe preguntarse, como señala Jelves (1997) si es posible apuntar a la búsqueda de ámbitos concretos de complementariedad de prácticas médicas desarrolladas por los distintos grupos étnicos y estratos sociales en sus propios espacios. Una posibilidad de complementariedad se encontraría en la incorporación de un enfoque intercultural al interior del sistema de salud oficial, depositario de demandas de atención por parte de todos los sectores de la población, incluyendo el indígena. Esto es, incorporar una serie de adecuaciones técnicas tendientes a brindar un nivel de calidad de la atención en salud pertinente a las especificidades culturales de la población, en términos de reconocimiento a la diversidad de orígenes y prácticas culturales. Por otra parte, en el contexto de la hospitalización, surgen demandas a nivel de especialistas médicos tradicionales y de facilitadores interculturales en términos de facilitar la complementariedad de recursos medicinales, como por ejemplo, la aplicación de tratamientos herbolarios cuando la ocasión lo requiera, lo que hasta ahora se maneja a espaldas de los funcionarios de los establecimientos.

Sin embargo, es necesario aceptar que las posibilidades de intervención desde la medicina occidental son más bien restringidas, lo que demanda una nueva actitud hacia el sistema médico indígena. Una actitud que, como lo indica Garrido (1997) en el marco de los sistemas locales de salud, permita una complementariedad de los recursos de que dispone la población para resolver sus problemas de salud. Así, un segundo ámbito de complementariedad observable es aquel que se relaciona con el auto cuidado en salud en el nivel casero. El auto cuidado en salud relaciona ámbitos preventivos y curativos al interior de la familia y la comunidad y constituye un espacio en el que pueden converger los recursos de los diferentes sistemas médicos presentes en un territorio, como lo es la comunidad mapuche. Constituye además una estrategia necesaria de implementar en beneficio del mejoramiento de la calidad de la salud de la población, dado que fortalece la participación y protagonismo de la familia y la comunidad en los procesos de salud y enfermedad, a través de acciones apoyadas por las instituciones formales de salud y educación, así como otras instancias de apoyo al desarrollo local (Jelves, 1997). El modelo del Hospital Makewe se ha definido como un ejemplo de una metodología en salud integral e intercultural, entendida como un enfoque en que tanto la gestión como la atención en salud se hacen con una visión mapuche holística, multidisciplinaria, participativa y de complementariedad de modelos médicos en todas las fases del proceso salud-enfermedad (Asociación Indígena para la salud Makewe Pelale, 2001). Es decir, se concibe una medicina integral en la que se experimenta la aplicación complementaria de la biomedicina y a la medicina indígena. Se trata, en palabras de la dirección del establecimiento, de una experiencia original de “interculturización” de la institucionalidad chilena. Además de revalorizar el sistema médico propio, los dirigentes mapuche de la Asociación tienden a re-actualizar su propio sistema de conocimiento, a la vez que se transforman en estudiosos de su propia realidad sociocultural. En efecto, 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, 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, así como el fortalecimiento de la identidad mapuche, valorizando las autoridades mapuche, controlando la riqueza cultural del sector y reforzando la dignidad mapuche en la atención de salud (Asociación Indígena para la salud, 2001).

2.4 Saberes y prácticas médicas: conocimiento tradicional mapuche y medicina Científica occidental

Visto desde la población que requiere de los servicios en salud proporcionados por distintos especialistas o agentes médicos, los sistemas médicos existentes (occidental científico y tradicional mapuche, entre otros) no constituyen estructuras rígidas. Los denominados “modelos médicos” son más bien espacios de referencia conceptual, dado que es posible advertir que en la realidad se constituyen una gama de sistemas intermedios, resultantes del manejo simultáneo que hace la población de conceptos y recursos médicos, de acuerdo a las vivencias personales. (Jelves, 1997).

Se podría entonces abordar la noción de “modelo médico” sustentándose en la conceptualización de representación social, la que es entendida como un "saber compartido entre miembros de una sociedad, o de un grupo social determinado, en torno a un segmento de su existencia, o a toda su existencia". Se trataría así, del encuentro entre una experiencia individual y los modelos sociales propuestos, en un modo de aprehensión particular: el de la imagen-creencia, que posee siempre una tonalidad afectiva y una carga irracional, por sobre el elemento racional secundario (Laplantine, 1989). De esta manera, como lo señala Jodelet (1989), las representaciones sociales circulan en los discursos, son transportadas por las palabras, vehiculadas en los mensajes e imágenes compartidas, cristalizadas en los comportamientos y en las formas de organización y articulación materiales y espaciales. Las representaciones del enfermo sobre el origen de su enfermedad se encuentran entonces ligadas a una determinada visión de mundo, y determinan a la vez su itinerario terapéutico. La aproximación discursiva permitiría afinar la comprensión de los comportamientos observados, brindar una mirada con mayor

distancia sobre su propio sistema médico, y mejorar la comunicación intercultural entre usuarios y profesionales.

a) Conocimiento tradicional mapuche en salud

A través del proceso de recuperación y re-apropiación de la identidad mapuche, se ha hecho evidente la necesidad de considerar la relación de imbricación que supera los niveles de materialidad y objetividad, propios de la ciencia (ecológica o médica), para integrar dimensiones cósmico-espirituales y socio-comunitarias. En el transcurso del tiempo, el pueblo mapuche ha ido construyendo y explicando la estructuración de su propio mundo, es decir, ha desarrollado y transmitido una perspectiva propia para comprender, articular e interrelacionar todos y cada uno de los elementos existentes que conforman el mundo mapuche. Como lo indica Armando Marileo (1995) “logró comprender cómo se vinculan los mapuche con la tierra y el medio ambiente que los rodea, de dónde emana la fuerza o el poder que le permite la vida a la naturaleza; en qué contexto se ubica el sol, la luna, el día, la noche y el hombre”. La relación del mapuche con la tierra y los ciclos de la naturaleza emana, además, de su condición de persona rural, cercana al medio ambiente, con el cual convive constantemente durante todas las etapas de su existencia. De esta manera, tanto la agricultura como la organización social y la religión, prácticas rituales y creencias, están íntimamente ligadas como partes constitutivas de un todo sistematizado en la persona o en el ce (Cuyul, 2002).

El universo está compuesto de seres vivos que como unidades poseen igual valor entre sí; cada uno posee su newen o fuerza, cada ser humano, cada elemento de la naturaleza pertenece a una fuerza, cada persona tiene su propio newen; aún cuando no todas pertenecen al mismo pvjv o espíritu (Caniullan, 2000). El orden del Universo se rige por una serie de fuerzas opuestas y complementarias, necesarias unas para las otras, y cuyas relaciones entre sí deben guardar cierto estado de armonía, lo que remite a las relaciones de respeto que deben mantener los seres vivos entre sí. El respeto a otros seres vivos, en este caso, es más complejo que el uso moderado de los recursos naturales, ya que implica también resguardar la

armonía que existe entre las personas y los gen, o dueños de determinados lugares que poseen una fuerza particular (p.e.menoko) que es necesario resguardar para el desarrollo armónico de los habitantes, de la flora y de la fauna (Coordinadora de Salud Filu Bawen, 2002). El medio ambiente es el todo, el Waj mapu, un espacio donde el ser humano es un elemento entre muchos, donde no se diferencia el mundo visible y un mundo espiritual. Manteniendo una relación de reciprocidad con las fuerzas del medio ambiente se conserva la salud, se asegura que los ecosistemas frágiles y los espíritus amenazados se preserven (Coordinadora de Salud Filu Bawen, 2002).

“El equilibrio de cada persona se relaciona con su fuerza, estar en armonía con su Newen, lo que también quiere decir encontrar su sentido en este mundo, su forma de insertarse de contribuir, su destino, su función y llevarla a cabo” (Manquepi, 2002).

La comprensión simbólica que sostiene del proceso de salud-enfermedad mapuche, en tanto construcción de significados articulados y (re)producidos socialmente, pone en interacción y en relaciones de intercambio, a veces de reciprocidad y otras veces de conflicto, al che, la naturaleza, las fuerzas sobrenaturales (distinción entre lo natural y lo sobrenatural proveniente de nuestra lógica dualista racionalista), las personas miembros de una comunidad en un determinado territorio (lof), y los miembros de las familias de ese territorio. Como lo indica la antropóloga Jelves (1997), la medicina mapuche forma parte de la tradición ancestral mapuche, que se desarrolla autónomamente hasta mediados del siglo XVI, cuando se produce la invasión española; luego de la cual ha persistido hasta hoy, conservando en forma casi invariable el modelo médico tradicional que atribuye la causa de las enfermedades a la acción de fuerzas espirituales malignas, o wekvfe y a los kalku o brujos, a través de diversos mecanismos como xafentun (o encuentro), perimontun (o visiones), vnfitun o daños a través de la ropa. También, señala la autora, las deidades y fuerzas benéficas pueden causar enfermedades, como castigo a la trasgresión de normas sociales y rituales, o como señal indicadora de vocación de machi. Por último, se distingue también un ámbito categorizado como rekuxan (o

enfermedades leves y agudas) que se producen por causas naturales como la exposición prolongada a diferentes factores climáticos, el exceso de alimentación, etc.” (Jelves, 1997). Como lo indicara Levi-Strauss la invocación de fuerzas benéficas, o la lucha con las fuerzas malignas son parte de un sistema coherente que fundamenta las concepciones indígenas del universo. (Laplantine, 1987) El chamán, durante la cura, se insinúa simbólicamente en el propio cuerpo del enfermo. El problema central de la sanación se constituye en términos de confrontación de fuerzas, dónde todo se juega finalmente en los registros sutiles de las almas de los órganos, que califican las manipulaciones psicológicas del órgano enfermo. Es precisamente a través de esta manipulación que se espera que ocurra la sanación, tanto por la acción del chamán, del paciente, como por la acción del conjunto del grupo social que participa activamente de la iniciativa terapéutica. Estos trabajos, como muchos otros que le siguen, relevan de alguna manera el pensamiento mágico a la altura de un pensamiento articulado y coherente que no queda relegado como un intento de aproximación al pensamiento científico, sino que representa un modo de conocimiento específico, no desprovisto de resultados prácticos.

b) Medicina científica occidental

Es posible reconocer los orígenes de la medicina moderna en la Grecia clásica, posteriormente desarrollada por el industrialismo y la ciencia moderna en Europa, con la introducción de la anatomía patológica, extendiéndose luego al resto del mundo. Si bien, este modelo médico se presenta como un sistema homogéneo, resulta evidente la coexistencia de diferentes prácticas y desarrollos tecnológicos para el abordaje bio-médico de la enfermedad (Solar, M. A., 2004).

Con todo, algunas características distintivas de la representación y práctica social biomédica, hegemónicas en el continente latinoamericano, podrían sintetizarse en primera instancia en torno a la separación conceptual (instalada con el advenimiento del pensamiento moderno) del soma y la psiquis, del cuerpo y el alma, del ambiente físicosocial-sobrenatural y el alma. Una segunda característica, relacionada con la anterior, que se instala con el desarrollo de la ciencia bacteriológica, es la concepción monocausal en la etiología de las enfermedades, lo

que significa que se tiende a desconocer en el origen de las dolencias causas fuera del ámbito fisiológico (Citarella et als. 1995, Solar, op.cit.). Se puede observar, sin embargo, que el desarrollo de la medicina contemporánea, y principalmente de la psicoimmunología, tiende a incorporar cada vez más, como lo indica Solar (ibid) una perspectiva multicausal en el origen de las enfermedades, incluyendo, entre otras, la noción de factores de riesgo y de protección, en la salud preventiva y en la promoción en salud. De esta manera, los elementos fundamentales del saber biomédico y de sus prácticas sociales se reconocen en la adopción de un modelo mecanicista de observación del cuerpo, que se concentra en el estudio de los determinantes bioquímicos de la enfermedad y en los principios que podrían contrarrestarla. Al basarse en las ciencias básicas químicas, físicas y biológicas, se fue perdiendo la perspectiva integral del paciente, y de la relación de este con su medio ambiente natural y psicosocial. Por último, cabe mencionar que la representación social de las instituciones biomédicas están dominadas por el imaginario social del “hospital” como referente principal de la concepción de salud en su dimensión rehabilitadora e institucionalizada.

c) Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión Mapuche e impacto de la Cultura Occidental

Equilibrio y ruptura del equilibrio

Al mapuche le afecta todo lo que ocurre en la naturaleza; cuando de alguna forma se rompe el equilibrio, las relaciones entre los seres se ven afectadas. Si alguien rompe el equilibrio al transgredir leyes de la naturaleza, sufre las consecuencias del desequilibrio que ha provocado: la enfermedad tanto física como espiritual (Marileo, 2002). Este desequilibrio se manifiesta en el plano físico o psicológico y es conocido como *kutran* o enfermedad. Para los mapuches la enfermedad ocurre cuando el hombre se encuentra en su estado más vulnerable, es decir, cuando su condición de “*che*” (persona) se ha debilitado; si el cuerpo y el alma de la persona no funcionan en un momento dado como una sola voluntad de ser y hacer, con una

única e íntegra intención, se torna en nido atractivo para que lo posesionen o cohabiten en él espíritus (Mora, 1991).

La ruptura de la armonía en la red de relaciones sucede en diversas situaciones, por ejemplo, cuando el ambiente dentro de la familia es de discordia, hay peleas entre vecinos, no hay alimento para los animales, no se respetan los lugares sagrados ni los seres que habitan en ellos, se daña la naturaleza en forma consciente. Cuando esto sucede, los desórdenes y desequilibrios que el individuo provoca traen consecuencias en la salud (Marileo, 2002).

La falta de salud no sólo se puede observar en la presencia o ausencia de dolor, el dolor es la maduración de la enfermedad que ha ingresado a la vida de la persona. Por tanto, se debe considerar aspectos más allá de la expresión concreta de una enfermedad, poniendo atención a manifestaciones tanto de la persona como del medio que la rodea (Ibacache, 2001b).

Wekufe o wekufü alude a todo lo negativo y desconocido que existe y que puede provocar *kutran* o enfermedad. El concepto de *wekufe* o *wekufü* tiene múltiples formas: sujeto, cualidad o agente. El aspecto patógeno involucrado en este concepto tiene relevancia para comprender la noción mapuche de enfermedad, especialmente su modalidad de tipo energética o energía *wekufü*. Este tipo de energía puede ser concentrada y proyectada a distancia, así como también condensarse en forma sutil o grosera dentro de un ser vivo o una cosa. Ella puede ser irradiada por el pensamiento o emoción de un hombre (odio, ira, envidia, etc.), por un espíritu maligno, por el alma de un difunto y por cualquier ser de cualidad *wekufü*. La energía perturbadora, al penetrar en un organismo biológico, provocará una ruptura de la armonía desencadenando la enfermedad, produciendo perturbaciones

de carácter físico visible y, además, perturbaciones psíquicas (Aukanaw, 2001a).

Dentro de las fuerzas generadoras de desequilibrio y enfermedad en esta cosmovisión mapuche se encuentran las siguientes:

Weda newen, energías negativas que son manejadas por algunas personas como los *daufe* y los *kalku*. Éstos utilizan diversos procedimientos para perjudicar o dañar a

las personas: el *tawiin*, una ceremonia misteriosa y mágica que se realiza durante la noche; el *uñfitu*, cuyo objetivo es perjudicar la vida y crecimiento natural de alguien a través de prendas de vestir de la persona que va a ser dañada; el *fuñapue*, procedimiento que tiene por finalidad causar la muerte y se realiza preparando alimentos para ser ingeridos por la persona a la cual se desea dañar. *Weda pülli*, espíritus negativos de la naturaleza; incluyen: el *cherufe* o *chewurfe*, bola de fuego que cuando cae puede causar la muerte antes de la medianoche; los *iwaifilu* son seres que se presentan de diferentes formas afectando directamente a la persona que se encuentra con ellos; los *wallefen* son animales deformados que habitan en los árboles, y el *piwchen*, que es un pájaro que canta a medianoche anunciando desgracias.

Weda kürüf, entre ellos los *trafentun*, encuentros con espíritus negativos que afectan o perjudican cuando la persona ya está vulnerable o en estado de desequilibrio, y los *meülen*, que son remolinos que aparecen al mediodía o cuando hay ceremonias anunciando desgracias (Echeverría, González, Sánchez y Toro, 2002).

Tanto el mapuche como el hombre occidental se verían afectados por la energía patógena, la diferencia se encontraría en la vivencia de la misma (Aukanaw, 2001a). El hombre moderno, al ser incapaz de percibir la realidad no ordinaria, no se percata que está siendo víctima de esta energía intrusiva hasta que los efectos patológicos de la misma son evidentes, luego atribuirá a éstos una explicación causal válida sólo en la realidad ordinaria. En consecuencia, las terapias que se efectúen actuarán

sobre los efectos y no sobre las causas de la enfermedad. El mapuche está preparado para percibir la realidad no ordinaria, por esto vivencia y sufre más dramáticamente la enfermedad. El hombre occidental sólo experimenta dolores o perturbaciones molestas en un estadio avanzado del proceso patológico; en cambio, el mapuche los tiene desde el inicio cuando se introduce la enfermedad en su cuerpo. Cuando el hombre occidental no siente nada, el mapuche podría estar sufriendo agudos dolores.

Es esta vivencia derivada de una mayor conciencia del mapuche, la que podría llegar a resultarle más nociva, porque se quebranta más rápido su resistencia psicológica a la enfermedad o porque determinadas actitudes psíquicas, producto de la vivencia de la enfermedad, favorecen la acción de la energía invasiva. El hombre moderno, inconsciente de la situación, no tendría tales actitudes hasta avanzado el proceso de la enfermedad (Aukanaw, 2001b).

d) Sistema Curativo

La cultura mapuche desarrolló un sistema curativo para restablecer el equilibrio y la armonía (Marileo, 2002), conjunto de conocimientos y prácticas que han sido utilizadas durante siglos por los mapuches caracterizándole como un grupo étnico. En este sistema conceptual se entiende que el cuerpo está interconectado con la espiritualidad, las emociones y los pensamientos (Bacigalupo, 1995).

Dentro del sistema curativo mapuche hay sujetos con roles para buscar el equilibrio y reordenar los elementos restableciendo la salud y el bienestar (Marileo, 2002), los principales son: *Machi*, encargado o encargada de la curación natural, única persona autorizada para establecer un puente directo con los espíritus creadores y los *ngen* (espíritus protectores). Es un ser humano especial que tiene comunicación directa con los espíritus protectores y las realidades no-ordinarias (Aukanaw, 2001a). *Lawenche*, meica o hierbatero, persona que tiene dones para conocer las propiedades de las hierbas curativas y remedios naturales. *Ngütamcheffe*, persona conocedora de la forma, funciones y posición de los huesos y encargada de componerlos cuando han sufrido roturas o alteraciones en su posición. *Püñeñelcheffe*, persona especialista en maternidad y con conocimiento de cómo debe nacer un niño y de cómo solucionar los problemas que se presentan en el momento del nacimiento.

e) Función del o la Machi

El sistema curativo mapuche se basa en las leyes de la *mapu* (tierra), estableciendo vínculos estrechos con los seres y espíritus benéficos del *wenumapu*. Este sistema

se centra en el o la machi, respetado(a) por su autoridad, sabiduría y poderes. A continuación, en el presente texto se emplea la expresión “la machi” para aludir a esta función sea realizada por un varón o una mujer. La machi cumple un papel fundamental en la comunidad siendo portadora de las creencias mitológicas y de la experiencia ritual, intérprete de instrumentos musicales, de la poesía chamánica y de la danza tradicional, sacerdotisa, profetisa, guía espiritual, juez, agente de salud y experta terapeuta (Grebe, 1995). Para ser iniciada en su función la machi debe pasar por una serie de pruebas rituales. Estas pruebas se hallan presentes a lo largo de un viaje místico e implican un descenso al mundo inferior y la muerte simbólica del candidato, posteriormente ascender a la región celestial o superior con un segundo nacimiento en un estado trascendente del ser, volviendo finalmente al mundo medio, el de los humanos (Aukanaw, 2001c).

Debe atravesar una serie de transformaciones, tanto físicas como espirituales, que la preparan para recibir al *fileu* o espíritu que posteriormente ocupará su cuerpo como medio para restablecer el equilibrio y armonía. Lo anterior se refleja en una serie de enfermedades que vivencia antes de cumplir su rol. La machi con sus ceremonias y curación no ataca el síntoma sino la causa de la enfermedad, requiere mucha energía y fuerza para que el espíritu que desequilibró a la persona la deje libre. Ella entra en trance para que el *fileu* realice el acuerdo con los espíritus perturbadores y encuentre el remedio y procedimiento exacto para restablecer el bienestar del enfermo (Echeverría *et al.*, 2002). Para recuperar el equilibrio y la armonía perdida, el mapuche debe recurrir a la machi, quien intercede ante los *ngen* y espíritus creadores (Marileo, 2002). Para esto conoce y maneja los remedios naturales debido al apoyo y sabiduría entregada por los espíritus creadores y el *fileu*, interviniendo para llegar a un acuerdo o convenio con los espíritus. Los mecanismos que la machi pone en acción durante el proceso de curación corresponden no sólo a su propia vivencia de los mitos que le dan sentido a la práctica, sino también a la vivencia del paciente que los conoce. Así, el enfermo se encuentra ante una personalidad carismática que está actuando sobre él y, además, su propia concepción del universo le da sentido tanto a la enfermedad como a la

cura. El paciente se siente destinatario de un orden cósmico que entra en acción para ayudarlo, orden representado en la figura de la machi. Tanto el agente como el paciente poseen una misma vivencia del proceso, incrementada por la machi a través del ritual de curación que revive la adquisición de poderes y la proyecta hacia el enfermo, hasta lograr que la percepción emotiva de éste quede absolutamente ligada al ritual que se oficia (Aukanaw, 2001a).

El rol de machi está culturalmente constituido como propiciador de los espíritus ancestrales, combatientes de las enfermedades y fuerzas del mal, conocedor de los sagrados códigos y normas que velan por el bienestar de la comunidad y gran conocedor de hierbas y remedios. La importancia de los sueños chamánicos, del *rewe* o altar y del *kultrún* o tambor ritual son elementos comunes a todas las machis (Bacigalupo, 1995).

La machi actúa también como sacerdotisa ritual en las ceremonias colectivas de *nguillatun*, buscando el bienestar general de la comunidad. Sin embargo, la machi siempre está dotada de un elemento ambiguo, ya que puede usar los mismos poderes para producir el mal y para fomentar la discordia (Bacigalupo, 1995).

Existen grandes diferencias entre las machis, lo que influye en la relación machi-paciente y machi-comunidad. En ciertas localidades el prestigio e influencia de él o la machi dentro de la comunidad a la cual pertenece son mucho más significativos, sea por su grado de adaptación frente a prácticas de salud y culturales chilenas, por el tipo de llamamiento, por la etapa de la vida en la cual fue iniciada, por los resultados de sus prácticas o por características personales. Además, los agentes de curación o salud popular, como hierbateros y meicas, pueden reemplazar a la machi en el caso de enfermedades producidas por efectos del frío, calor, aire, alimentación y algunas causas mágicas, pero las enfermedades atribuidas a posesión de espíritu maligno, pérdida del propio espíritu y otras causas sobrenaturales sólo pueden ser tratadas por machis (Bacigalupo, 1995).

f) Terapia del wekufü o endoparásito

Como se ha mencionado, existen diversas formas en que el *wekufe* afecta a una persona; dentro de ellas llama la atención la acción que desarrolla a través de una condensación material, denominada endoparásito. Esta produce graves efectos en el individuo y es una manera de explicarse la enfermedad, propia de la cultura mapuche, muy distinta a la explicación científica. El endoparásito es una intrusión de energía condensada que actúa produciendo perturbaciones de carácter físico como dolor localizado, fiebre, vómitos, diarrea y, también, provoca graves alteraciones en el sistema biológico (Aukanaw, 2001b).

Este tipo de manifestación sólo puede ser tratada por la machi, quien realiza un complejo tratamiento para expulsarlo. Resulta interesante conocer los procedimientos empleados para enfrentarlo. La terapia para contrarrestar al *wekiifu* es el *entiin*, conocida en la zona sur de Chile como *datun*, existiendo dentro de ella diversas técnicas: succión de la región enferma (*ülun*, *ülutun* o *fotrariin*), masajes en la zona enferma, operación quirúrgica de la zona en cuestión (punción, sajadura, trepanación), por transferencia al cuerpo de un mineral, vegetal o animal, que engendra una diferencia de potencial con respecto al medio interno del paciente a fin de que el endoparásito se materialice en él. Por ligadura simpática de la enfermedad, por ejemplo, se toma un mechón de pelos del paciente junto con alguna secreción orgánica del mismo, ambas cosas colocadas en un soporte físico, rito mediante y depositadas posteriormente en un lugar *rewe* (puro, sagrado). Estas técnicas se llevan a cabo en el momento en que se esconde el sol, ya que es allí cuando se puede ingresar al mundo de lo desconocido. Se realiza en la *ruka* (hogar) de la persona enferma, ésta se pone en el centro en donde estaba el fuego, ya que es allí en donde se concentra energía requerida para que la machi realice su labor (Echeverría *et al.*, 2002). Las formas para atacar al *wekiifu* son realizadas únicamente por la machi, debido a que posee los requisitos necesarios para poder enfrentarse y luchar contra las energías negativas. Mediante un complejo ritual puede contrarrestarlas con la ayuda de espíritus positivos, restituye el equilibrio entre las energías positivas y negativas, logrando apartar el mal y devolver el buen funcionamiento a la persona (Aukanaw, 2001b).

Otra técnica utilizada, además por el hierbatero y la meica, es el *pelotun* o *pewtun*, diagnóstico que se realiza empleando la orina del enfermo, la que es “leída”. Otras técnicas son: El *mütrümadtun*, que se hace cuando a la persona se le ha ido el *pullü* o espíritu que conforma su *kalül* o cuerpo, manifestándose en desconcentración y perturbación general; el *kullitun*, que es la acción de pagar por el bienestar de la persona que ha cometido malas acciones o ha transgredido una norma, consciente o inconscientemente, es una forma de enmendar el daño cometido (Echeverría *et al.*, 2002).

g) Impacto de la cultura occidental

Las personas mapuches, especialmente los adultos y ancianos, plantean que en la actualidad el cambio paulatino de la forma de vida mapuche por el estilo de vida *winka* u occidental produce, como consecuencia, el alejamiento cada vez mayor de las tradiciones y costumbres propias de ellos, el *ka mogen* o *winkawiün*, enfermedades del mundo *winka* (Ibacache, 2001b). Expresan que la cultura occidental impacta negativamente en la salud de la población mapuche. Sostienen que el problema más grave en las comunidades mapuches es la pérdida de la forma de vivir, la alimentación, la forma de cultivo (ya no usan cultivos limpios, los cultivos tienen veneno y producen enfermedades). Para que una persona tenga remedio, tendría que estar en su medio, fiel a su cultura y contexto (Ibacache, 2001b). Específicamente, en las comunidades pehuenches del Alto Bío-Bío existe la percepción de que la salud antiguamente era mejor, la situación habría cambiado negativamente a causa de factores como un consumo de alimentos menos naturales y uso de medicamentos tanto por parte de las madres embarazadas como de los niños, junto a cambios en las prácticas de crianza, como el acortamiento de los períodos de amamantamiento (Díaz, Pérez, González y Simon, 2004). No obstante lo anterior, una mayoría de personas mapuches opta por acudir a las postas y consultorios de salud considerando que son más confiables los procedimientos de diagnóstico, los implementos que utilizan y que es más efectivo su resultado. Consideran necesario hacerse los exámenes de salud periódicos y visitar

inmediatamente al profesional de salud ante una enfermedad (Díaz, Pérez, González y Simon, 2004); aunque ignoran sus conceptos y clasificaciones (Rivera, Vicente, Medina, Rioseco, Vielma y Saldivia, 1997). Esto los ha llevado a disminuir el uso de hierbas curativas y la consulta a meicas y hierbateros. Sin embargo, ante cierto tipo de enfermedades de origen mágico-religioso declaran que es incompetente la acción del profesional de salud occidental, debiendo recurrir en estos casos a los agentes de salud propios de la cultura mapuche. En la actualidad, el pueblo mapuche se encuentra ante nuevas condiciones de vida y nuevas exigencias, percibe modificaciones en sus costumbres de salud y sistema curativo tradicional. Sus prácticas ancestrales están siendo reemplazadas por estilos de vida occidental, debiendo adaptarse a las características y condiciones del servicio de salud del estado. Es necesario precisar que, en este cambio, el pueblo mapuche no es un actor pasivo; por el contrario, es activo y esto se pone de manifiesto en diversas situaciones. Una de las interesantes formas en que los mapuches incorporan elementos de la cultura occidental se ilustra en la siguiente situación ocurrida durante en año 2002. Recién fallecido un miembro de una comunidad pehuenche, ésta se encontró en la necesidad de hacer el correspondiente rito fúnebre. Puesto que las comunidades pehuenches del Alto Bío-Bío no cuentan con machi, se solicitó que oficiara ritos fúnebres a una de las integrantes, profesora de la escuela básica, de la comunidad religiosa católica ubicada en esa comunidad. Sucintamente esto revela, por un lado, el requerimiento del ritual sagrado, función correspondiente a la machi, adicional a los roles curativos antes mencionados. Además, muestra una forma de respeto y reconocimiento al carácter sagrado de agentes y prácticas religiosas foráneas. La forma en que se ha instalado el sistema de salud (alternativo al tradicional) demanda a la comunidad indígena una adaptación a las exigencias de procedimientos del sistema, incluyendo la interacción con los funcionarios de salud. La característica de mayor relevancia no es el conjunto de nuevas normas y procedimientos, sino aspectos propios de relación interpersonal de *“beneficiario pehuenche – funcionario de salud”*. En este sentido, el presente trabajo puede aportar a un mejoramiento de esta relación al

facilitar la comprensión de la cosmovisión mapuche (Díaz *et al.*, 2004). Resulta evidente que esta visión de mundo es distinta a la de occidente y que al provenir de una cultura ancestral está fuertemente arraigada en los integrantes del pueblo mapuche. Para los funcionarios y profesionales de los servicios de salud que interactúan en el ámbito de la salud con las personas mapuches, se hace recomendable acercarse a la comprensión de sus ideas y emociones; más allá de sus creencias al enfrentarse a las enfermedades, es preciso conocer su cosmovisión reconociendo la diversidad cultural e identificando los aportes y necesidades diferenciales que presentan. Esto permitirá una mayor confianza y mejor relación con el o la paciente. En otro nivel del sistema de salud, se hace conveniente reorganizar los servicios, descentralizarlos y abrir los espacios a la participación de la comunidad (Ibacache, 2001a). Para alcanzar lo anterior se requiere una nueva forma de relación a partir de los portadores de la mirada científica. Esto se está llevando a cabo en distintos lugares; por ejemplo, en el Hospital Maquehue-Pelale, Servicio de Salud Araucanía Sur, se pone en práctica un modelo que integra ambas formas de salud, tanto científica como mapuche, incorporando las propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista del contexto particular y cultura mapuche (Ibacache, 2001a).

Empleando nuestro punto de referencia y epistemología podríamos intentar entender cómo impactan las costumbres, actividades y valores occidentales sobre la vida mapuche, pero esto no asegura comprender la percepción que ese pueblo puede tener. La cosmovisión de mundo mapuche es distinta a la de occidente, el mundo que traen a la mano sus palabras, sus acciones y sus interacciones es un mundo distinto del occidental nuestro. El desafío es lograr una mejor comprensión desde esa perspectiva y cosmovisión mapuche.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION



Para llevar a cabo esta investigación se considera ciertos aspectos éticos para asegurar de esta forma la transparencia y confiabilidad de este estudio a modo de no perjudicar a quienes entregan la información. Para esto se siguen algunos de los aspectos éticos señalados por Babbie (1996), en su Libro Manual para la práctica de la investigación social. Participación voluntaria: Consiste en que nadie puede ser obligado a participar en la investigación, sino más bien esta participación debe ser voluntaria de modo de no ejercer coerción sobre quienes proporcionen la información. No perjudicar a los participantes: La investigación no debe nunca dañar a las personas que se están estudiando, al margen de que se hayan ofrecido para ser voluntarias. En este sentido se tiene especial cuidado en no revelar la información que pudiera perjudicar a los informantes en los distintos ámbitos en que se desenvuelvan. Confidencialidad: el investigador es capaz de identificar las respuestas de una persona determinada, pero sin hacerlos públicos. El engaño a los sujetos: Es necesario que cuando el o los investigadores se identifiquen como tales al momento de llegar al campo de estudio y ante las personas de las cuales se quiere obtener información, se les informe las intenciones del estudio, y la confiabilidad de la información.

Una vez que se obtenga la información requerida se tiene especial cuidado al momento de analizarlos, es decir no se manipulará la información, sino más bien se respetará los datos proporcionados de una cultura diferente a la nuestra. Se emplean sólo instrumentos de investigación y métodos de análisis que según el criterio profesional de las investigadoras, son adecuados al problema de investigación, además no se utilizan herramientas de investigación que produzcan una conclusión deseada.

El presente proyecto tendrá como principales destinatarios a los alumnos de primer a séptimo grado de los siguientes Parajes: Aguada Guzmán, Lipetrén Chico y Lipetrén Grande, en los que se encuentran localizadas las comunidades mapuches Com Amuleim, Peñi Mapu (Manuel Choique – Lipetren Chico) y Putren Tuli Mahuida, respectivamente. Según datos de la Secretaría de Estadísticas Educativas del Ministerio de Educación, en Aguada Guzmán se encuentran escolarizados 28

alumnos, en Lipetrén Chico, 06 y en Lipetrén Grande 10. Por lo que los destinatarios directos serían 44 niños en edad escolar.

Asimismo serán destinatarios de las acciones previstas en esta propuesta los docentes, agentes sanitarios que participen del proyecto y otros líderes comunitarios que actuarán como agentes multiplicadores en acciones de promoción de actividades educativas preventiva en sus hogares, sitios de encuentro social, etc.

La elección de estas comunidades se realizó en consulta con el CODECI y el Parlamento Mapuche, quienes propusieron un listado de comunidades.

Los responsables del proyecto eligieron estas tres comunidades teniendo en cuenta los siguientes criterios: accesibilidad, características de la población de las mismas priorizando comunidad más grandes); información sobre estado de salud bucal y sobre nivel de atención odontológica recibido.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Odontología, facilitó información referida a: mapa de fluoración, indicadores de CPO (dientes cariados, perdidos y obturados) de la región así como también nivel de intervención del sistema de salud provincial en las comunidades indicadas por el CODECI (acceso a centros de salud, o visitas de odontólogos a la comunidad, equipamiento disponible).

El CODECI y el Parlamento Mapuche son copartícipes de este Proyecto, siendo garantes y responsables de lograr el consentimiento previo, libre e informado de las comunidades, dando cumplimiento con las disposiciones emanadas del Convenio OIT Nro. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, 1989

Destinatarios y/o copartícipes directos e indirectos de la ejecución de la investigación

El presente trabajo tiene como principales destinatarios a los alumnos de primer a séptimo grado de los siguientes Parajes: Aguada Guzmán, Lipetrén Chico y Lipetrén Grande, en los que se encuentran localizadas las comunidades mapuches

Com Amuleim, Peñi Mapu (Manuel Choique – Lipetren Chico) y Putren Tuli Mahuida, respectivamente. Según datos de la Secretaría de Estadísticas Educativas del Ministerio de Educación, en Aguada Guzmán se encuentran escolarizados 28 alumnos, en Lipetrén Chico, 06 y en Lipetrén Grande 10. Por lo que los destinatarios directos serían 44 niños en edad escolar.

Las poblaciones en las que se desarrolla el presente trabajo de investigación se encuentran dispersas en la meseta patagónica, por lo que no cuentan con atención odontológica por no poseer las comunidades ese servicio en los centros de salud. En algunos casos estos centros solo cuentan con la atención de una enfermera que cumple funciones diarias. Semanalmente concurre el personal médico de servicio de salud pública de la provincia de Rio Negro.

No existen registros sobre estado de salud bucal de las comunidades. Estas poblaciones rurales dispersas son prácticamente marginadas de cualquier tipo de relevamiento de datos epidemiológicos bucodentales.

DESARROLLO



Análisis histórico de la salud pública en la provincia de Río Negro

Primera Etapa (1957-1976)

Desde 1957 a 1959 las políticas de salud fueron llevadas a cabo por el gobierno nacional. A partir del año 1959 se constituyó el Consejo Provincial de Salud Pública ente autárquico dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales. Además de establecer el marco de las políticas sanitarias tiene a su cargo la matrícula profesional y otorga la habilitación a los profesionales del arte de curar en la provincia.

La provincia fue dividida en 5 Regiones Sanitarias cada una dependiendo de un Consejo Regional integrado por los jefes de establecimientos de la zona y un representante del colegio médico de esa misma región. En 1973 se crea el Instituto Provincial del Seguro de Salud. (IPROSS)

En 1970 el prestador casi monopólico era el Estado. Cada 100 atenciones 80 correspondían al Hospital Público.

Segunda Etapa (1973-1976)

Con la nueva apertura democrática se instrumentaron importantes planes:

- 1- El de la salud rural
- 2- Fortalecimiento de nivel primario de atención y de estrategias fuertemente preventivas (creación de los puestos periféricos, implementación de campañas de detección y tratamiento de enfermedades infectocontagiosas, de vacunación y de desvinchuización)
- 3- Crecimiento de la demanda de atención, con caída de la mortalidad neonatal por aumento de la consulta y controles de las embarazadas-

Tercera etapa (1976-1994)

Entre 1976 y 1983 el sector de salud sufre un profundo deterioro que llevó al sistema público a una marcada ineficiencia, con desabastecimiento tecnológico y dispersión de los recursos.

A partir de 1983 con la llegada del nuevo período constitucional, vuelven los conceptos

de democratizar la salud, como función indelegable del estado, jerarquización de la atención primaria, capacitación del recurso humano y la participación de la comunidad son los ejes de las políticas sanitarias de la provincia.

La obra social provincial (IPROSS) cuenta hoy en su cartera de afiliados con el 25% de la población incluyendo empleados públicos activos, jubilados, retirados y pensionados, docentes y afiliados adherentes. A los hospitales y centros de salud de la línea sur el IPROSS le paga por cápita con valores variables de acuerdo a la baja o mediana complejidad.

Cuarta etapa (1994-1999)

En el orden nacional y en plena época de convertibilidad que puso al conjunto social dependiendo de flujos y reflujos especulativos. El ajuste que acompañó a este proceso implicó reestructuración del aparato productivo y administrativo y el contenido de políticas públicas. La tendencia del deterioro del salario y aumento de la desocupación acompañó la desarticulación bienestarista de los servicios de salud, educación y vivienda.

Hoy en el sector público

La Misión del Ministerio de Salud de la Provincia es en la actualidad:

- La salud como responsabilidad de todos
- Comprometidos a asegurar la salud a todos los habitantes donde elijan atenderse
- Equidad en la cobertura y garantizando el acceso
- Responsables del sistema sanitario más allá de quien brinde el servicio

□ El Estado cumple una función relevante a través de sus hospitales y centros de salud en su carácter de efector público, pero no puede ni debe perder su rol regulador y fiscalizador.

A continuación se detallan los establecimientos según su complejidad y zona sanitaria en que se localizan:

ZONA	Nivel II	NIVELIII	NIVEL IV A	NIVEL IV B	NIVEL VI
I	Cte.Cordero	In.Huergo	Cinco Saltos Allen Villa Regina	Catriel	Esc. de enfermería de Gral. Roca
II	Pomona	Lamarque Luis Beltrán	Choele Choel	Río Colorado	-----
III	-----	Guardia Mitre	-----	Valcheta, SAO Sierra Grande Gral. Conesa	Viedma
IV	Mallín Ahogado	Ñorquinco Comallo Pilcaniyeu	-----	El Bolson	Bariloche
V	Ramos Mexía	Maquinchao Sierra Colorada Los Mencos	-----	Ing. Jacobacci	-----

Establecimientos Sanitarios según complejidad y zona sanitaria

Fuente: “La salud pública en los tiempos del neoliberalismo, el caso de la provincia de Río Negro” Autores: Carlos de la Serna y otros. Año 2006

Los datos aportados desde la Dirección de Odontología de la Provincia indican el equipamiento que poseen los hospitales de la línea sur y que se detallan a continuación:

El Cuy:	1 equipo nuevo
Ing. Jacobacci:	1 equipo bueno, en el hospital- Equipo de rayos 1 equipo nuevo que le donaron Ing. Jacobacci tiene 6 puestos periféricos, uno tiene equipo
Los Menucos:	1 equipo muy bueno en el Hospital- Equipo de rayos x- Lámpara de luz halógena. Amalgamador
Maquinchao:	1 equipo nuevo- Equipo de rayos x- Lámpara
Ñorquinco:	1 equipo muy bueno, Equipo de rayos x- Lámpara
Sierra Colorada:	1 equipo nuevo- Equipo de rayos x- Lámpara
Valcheta:	1 equipo nuevo- Equipo de rayos x.
Pilcaniyeu:	1 equipo nuevo-
Comallo:	1 equipo nuevo- equipo de rayos x.
Ramos Mexía:	1 equipo nuevo- equipo de rayos x

Los datos de índices epidemiológicos aportados por la Dirección de Odontología se detallan a continuación. Total de niños: 5379

Desde la dirección de Odontología aclara que sólo el 53% de los hospitales envió información y de ese porcentaje, el 72% fueron enviados datos erróneos.

	ALUMNOS	INDICE	PORCENTAJE
Comallo	239	0,69	48
El Cuy	71	0,08	61,97
Ingeniero Jacobacci	304	0	70,39
Los Menucos	194	0	66
Maquinchao	182	0,6	
Ñorquinco	236	56	
Ramos Mexía	71	1,93	
Río Colorado	454	1,77	8,81
Sierra Colorada	114	3	64
Valcheta	282	0,43	0
	5379	13,87	634,05

(*) 0 = no informan valor. Sin datos

De 34 hospitales, el 53% mando información

De ese 53% el 72% la mando mal.

INDICE = $13,27 / 11 = 1,20$

Cantidad de niños= 5379

Los datos de Flúor registrados fueron aportados por la dirección provincial de odontología

Fluor en localidades Aguada Guzmán 1.9, Ojos de Agua 1.9. y Manuel Choique 0.7.-

Contexto geográfico

La extensa geografía rionegrina presenta grandes contrastes a medida que descendemos desde el oeste cordillerano hacia el este marítimo. El sector de precordillera oriental da paso a algunas sierras antes de entrar en la gran meseta patagónica, denominador común de la región. Esta meseta se extiende hasta el Atlántico y disminuye levemente su altitud originando con ello la formación de

playas acantiladas en grandes sectores en la costa de la provincia. Toda la meseta es de extrema aridez y únicamente la alta meseta de Somuncurá proyecta aguas de los causes hídricos de la región hacia las tierras más bajas.

En la región norte de la provincia la meseta cortada por los ríos Colorado Negro, que atraviesan toda la geografía territorial rionegrina originando la formación de oasis verdes con suelos de aptitud agrícola. Son las zonas conocidas como el Alto Valle, Valle Medio y Valle Inferior.

En el centro el relieve mesetario se ve alterado por la presencia de depresiones estructurales, algunas ocupadas por salinas de considerable tamaño, como la de Trapalcó, que ocupa el bajo de los Menucos, la salina del Gualicho, en el bajo homónimo, y el denominado Salitral Grande.

En el año 1959 el Territorio Nacional de Río Negro queda formalmente convertido en provincia

PRESENTACIÓN DE LOS DATOS



A)-DATOS CUANTITATIVOS

Informe de las comunidades Mapuches de la Provincia de Río Negro

INTRODUCCION

El estado de salud de la población es un reflejo de desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del estado en garantizar la salud de la población.

La epidemiología se define como el estudio descriptivo, analítico o experimental de todo fenómeno socio-biológico que afecte a la población así como sus determinantes. Tiene como objeto el estudio de la producción y distribución de procesos de salud-enfermedad-atención a nivel poblacional.

El enfoque de riesgo es el método de trabajo en el cuidado de la salud de las personas, las familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo. Este concepto ha permitido definir el criterio de vulnerabilidad, como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño de su salud.

El grado de vulnerabilidad mide, con anterioridad a su manifestación, la probabilidad de un resultado no deseado, de acuerdo con la experiencia del pasado. Este resultado no deseado se denomina daño. La medición del grado de vulnerabilidad es la base de la programación y de la atención ya que permite separar en la población a los individuos, las familias o comunidades que tienen mayor probabilidad de sufrir determinados daños para su salud. Esto significa también que tiene mayor necesidad de atención.

Un indicador es un instrumento para medir una variable. Representa medidas/resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud, reflejo de la situación sanitaria e instrumento para su control (OMS, 1981). Todo indicador es una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo (población o muestra) y cuantificar una condición asociada con él.

Las condiciones de un indicador son:

- Validez: capacidad de indicar que efectivamente mide lo que intenta medir;
- Confiabilidad: capacidad para reproducir los resultados en mediciones repetidas aplicadas en iguales condiciones.
- Especificidad: mide solamente lo que se intenta medir;
- Mensurabilidad: Cuando está basado en datos disponibles o alcanzables;
- Sensibilidad: para registrar los cambios en el fenómeno que se quiere medir;
- Relevancia: Capacidad para dar respuestas claras a los asuntos importantes de las políticas de salud (OMS, 1981; Ware; 1981; OPS; 2001).

Los índices o puntajes son considerados datos categóricos ordinales, es decir la definición de categorías en función de determinadas condiciones o atributos, que a su vez representen una graduación u ordenamiento. Si bien los índices son números, debe tenerse presente que no son datos "numéricos" sino que indican ubicación en una determinada categoría.

Los índices utilizados en éste trabajo se dividen en:

Índices para diagnóstico clínico de placa bacteriana

- Con empleo de sustancias descubridoras

Índice de O'leary

Índices para la medición de caries dental

Los índices disponibles dan cuenta de diferentes momentos del proceso de salud-enfermedad-atención y pueden identificarse así: índices que miden:

- a) la historia pasada: cpod, cpos, ceod, ceos.

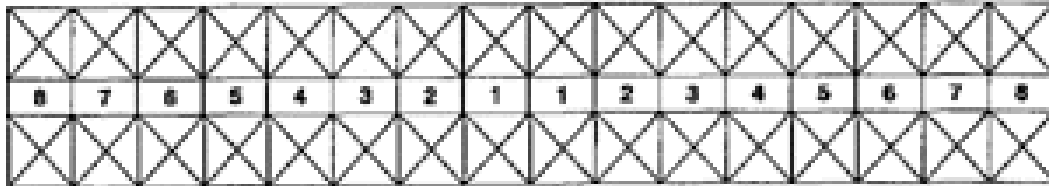
Índice de O'leary:

Este índice indica el porcentaje de superficies teñidas intensamente por el color indicador de la sustancia colorante empleada, respecto del total de las superficies presentes.

Se aplica para medir la cantidad de placa acumulada, al mismo tiempo que permite evaluar la capacidad adquirida para el control mecánico de la placa.

Los pasos para su utilización son:

- Se aplica sustancia revelante en la superficie dental supragingival.
- Luego que el paciente se enjuaga, se examina cada superficie dental menos la oclusal, es decir cuatro (4) caras de las PD (M-D-V-L o P).
- El registro se realiza marcando las superficies teñidas en un diagrama específico con lápiz rojo.



- La fórmula empleada para obtener el índice de O'leary es la siguiente:

$$\frac{\text{Cantidad de superficies teñidas}}{\text{Cantidad de superficies presentes}} \times 100$$

Resultado: < o = a 20 %: Estado de salud; > a 20 % paciente de riesgo.

Índices que miden la historia pasada de caries

Los índices epidemiológicos tradicionales y de fácil relevamiento son: CPOD, ceod, CPOS y ceos

Índice CPOD (unidad diente)

El índice CPOD resulta la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.

El CPOD fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson (1938) durante un estudio sobre el estado y la necesidad tratamiento dental en niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown (Maryland, EEUU); registra la experiencia de caries pasada y presente considerando los dientes con lesiones cariosas cavitadas y los tratamientos realizados.

Algunos autores incluyen en el estudio al 3° molar, por lo que hay que aclarar si se lo tiene en cuenta.

Se obtiene mediante la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados presentes e incluye las extracciones indicadas.

El diagnóstico de surco profundo no se considera en éste índice. Respecto de su empleo, pueden hacerse algunas consideraciones especiales:

- Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se considera el diagnóstico más severo.
- Se considera diente ausente al que no se encuentra en la boca después de sus tres años de su tiempo normal de erupción.
- El 3° molar se considera ausente después de los 25 años, si no existe certeza de extracción.
- La restauración mediante una corona se considera diente obturado.
- La presencia de raíz se considera como pieza cariada.
- La presencia de selladores no se cuantifica.

Índice ceod (unidad diente)

El índice ceod es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación a extracción y obturados, adaptado por Gruebbel (1944) para la dentición primaria. Considera sólo los dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Se consideran 20 dientes.

Respecto a su empleo téngase en cuenta que:

- No se considera en este índice los dientes ausentes.
- La extracción indicada es la que procede ante una enfermedad que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.
- Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave.
- La presencia de selladores no se cuantifica.

Índice CPOS (unidad superficies)

El índice CPOS resulta de sumatoria de superficies permanentes cariadas, perdidas y obturadas. Si bien se han planteado diferentes criterios, en general cada diente se considera constituido por cinco superficies, aunque también se puede considerar cinco superficies en los dientes posteriores y 4 en los anteriores. Es un indicador más sensible y específico que el CPOD.

Los criterios para considerar superficies ausentes son los similares a los empleados para el CPOD:

- La restauración mediante una corona se considera como cinco superficies obturadas.

- Si se decide optar por un criterio diferente, deberá consignarse en los índices respectivos, ya sea en un estudio epidemiológico o en evaluaciones estadísticas.
- El mismo criterio rige para los restos radiculares.

Índice ceos (unidad superficie)

El índice ceod es la sumatoria de superficies primarias cariadas, con extracción indicada y obturadas. Las consideraciones realizadas para el ceod y para el CPOS tiene validez para el ceos.

Recuerde que en la dentición mixta deben realizarse separadamente los índices correspondientes a las dos denticiones.

Riesgo según la OMS:

CPOD – ceod =

- 0 - 1.1 Muy Bajo
- 1.2 - 2.6 Bajo
- 2.7 - 4.4 Moderado
- 4.5 - 6.5 Alto
- 6.6 y + Muy Alto.

Cariados =	Perdidos =	Obturados =	CPOD=
Cariados =	Perdidos =	Obturados =	ceod =

Cariados =	Perdidos =	Obturados =	CPOS=
Cariados =	Perdidos =	Obturados =	ceos =

Actualmente, se han introducido otros criterios de diagnóstico que identifican estadios precoces de caries dental, como la mancha blanca, que permiten intervenciones que con llevan a su reversibilidad o estabilización del proceso de caries.

El CPOD y ceod presenta limitaciones como lo manifiesta Bordoni N. (2010):

- Dificultad para estudios comparados ya que pueden variar que se considera diente cariado.
- No identifica la superficie en riesgo

- No hay certeza de que cause un diente perdido
- El componente obturado y el perdido dependen de la decisión profesional más que de la enfermedad en si misma
- Las restauraciones con material estético son de dificultosa identificación en los estudios epidemiológicos.

Se utilizó estos índices CPOD y ceod, por la posibilidad de su empleo y sencillez, en condiciones poco favorables para diagnóstico y además como son utilizados internacionalmente por los países integrados a OPS/OMS, nos ha permitido comparaciones con estudios en mapuches chilenos, por ejemplo.

Momentos de azúcar: es aquel momento en que se consume algo que contenga hidratos de carbono simples, puede ser una simple infusión con una pequeña cuchara de azúcar, como puede ser el consumo de una gaseosa o una porción de torta. Una dieta adecuada para prevenir el desarrollo de caries debe tener menos de cuatro “momentos azúcar” cada día.

Objetivo general: realizar un aporte estadístico para conocer el estado de salud bucal de las comunidades Mapuches de las localidades rionegrinas de Aguada Guzmán, Lipetrén Grande, Lipetrén Chico, El Cuy, Río Chico; Allen y General Roca .

Objetivo específico: Describir el estado de salud bucal de las comunidades Mapuches rionegrinas en forma individual, rural, urbana y en forma general.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participaron en éste estudio una muestra de 232 historias clínicas de niños, adolescentes y adultos de las comunidades de:

- Kom Amulein y de Romamulein. (Aguada Guzmán)
- Peñi Mapu (Lipetrén Chico)
- Lipetrén Grande.
- Tripalco Rañing, Epuliniyeu y Trapai- Sanil (El Cuy)
- Lof Leufuche (General Roca)
- Cunnennehue y Tarai Mapu (Allen)
- Río Chico

Estos niños, adolescentes y adultos asistieron a diferentes encuentros ya sea en la escuela, clubes de barrio etc., donde se les realizó a cada uno de ellos una historia clínica, se le enseñó la técnica de cepillado dental, se instruyó oportunamente a los docentes de las escuela.

Para la mejor comprensión de los datos obtenidos, se los dividió en datos odontológicos y en datos sociales. Se realizaron un análisis de cada uno ellos primero por localidad, luego se dividió en rural-urbano y por último en forma general.

Datos Odontológicos: Se realizaron los índices de C.P.O.D, C.e.o.d, O'leary y se evaluaron los momentos de azúcar. Estos son indicadores del estado de salud y/o enfermedad bucal.

A través de la historia clínica se obtuvieron datos sobre si recibieron alguna vez en su vida información sobre salud bucal, si se lavan sus dientes, cuantas veces al día y en qué momentos lo hacían.

Datos sociales:

A través de la historia clínica se obtuvieron datos tales como: sexo, edad promedio, grupos etarios, comunidades a la que pertenecen, lengua que hablan, ingreso regular, cobertura social, educación, tipo de vivienda.

Se seleccionaron las muestras al azar. Se utilizaron muestras con reemplazo.

Los datos se recabaron de las historias clínicas e incluyeron: género, edad, lugar de nacimiento, comunidad, residencia, lengua, cobertura de salud, educación, ingreso regular, vivienda, condición social, mensaje de salud bucal, cepillado de dientes, momentos de azúcar, índices de O'leary, CPOD y Ceod. Se registraron en una planilla Microsoft Excel Seven. Para el análisis estadístico se emplearon planillas Excel y un programa estadístico Infostat. Las variables categóricas se expresaron como tasas porcentuales y se analizaron mediante la prueba de Chi cuadrado. Las

variables numéricas se expresaron como media aritmética, desviación estándar, coeficiente de variación, mediana, Q1, Q3, tablas de frecuencia.

AGUADA GUZMAN

DATOS ODONTOLÓGICOS

Cuadro N°1:

Índice O'Leary. Aguada Guzmán

	NIÑOS (n=31)	ADOLESCENTES (n=1)	ADULTOS(n=8)	GENERAL (n=40)
O'LEARY	0.17 ± 0.12	0.15 ± 0.00	20.08 ±27.47	2.86 ±11.46

Cuadro N°2:

Índices CPOD y ceod. Aguada Guzmán

	NIÑOS (n=31)	ADOLESCENTES (n=1)	ADULTOS (n=8)	GENERAL (n=40)
CPOD	0.90 ± 1.47	2.00 ± 0.00	19.50 ±1 2.56	4.65 ±9.30
C (%)	100 %	100 %	32,05%	97.06%
P (%)	0 %	0 %	67,95%	2.94%
O (%)	0%	0%	0%	0%
Ceod	1.90 ±2 .30			1.90 ±2.30
C (%)	81,36%			81,36%
e (%)	18,64%			18,64%
o(%)	0%			0%

El 60% de la población ha recibido en algún momento de su vida información sobre salud bucal, ya sea a través del médico del pueblo, odontólogo, maestro y/o un agente sanitario. El 87,50 % dice cepillarse sus dientes, de los cuales el 38% sólo lo hace una vez por día, 38% dos veces, el 17% lo hace 3 veces y sólo el 7% lo hace más de 3 veces al día (Fig.N°1), los momentos en los cuales más se lavan sus dientes son antes del desayuno y después del almuerzo. Tiene un promedio 4,21

(± 2.59) momentos de azúcar diario, teniéndose en cuenta que el parámetro para estar en salud es de 4.

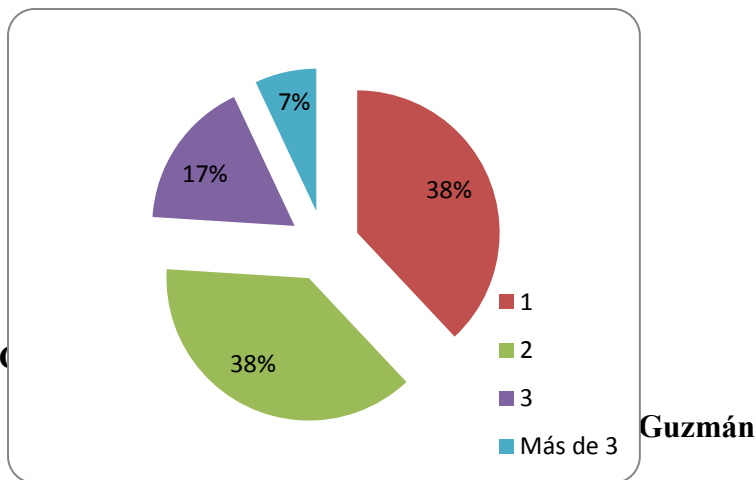
Se concluye de los datos obtenidos de los índices de CPOD y Ceod el riesgo general de contraer enfermedades bucales es alto; en niños y adolescentes es bajo y en adultos es muy alto. Tanto en niños como en adolescentes predominan las piezas cariadas sobre las obturadas y perdidas mientras que en los adultos predominan las piezas perdidas.

Según la distribución del componente C del índice de CPOD, se observa mayor concentración personas con una caries dental. (Fig. N°2) (Cuadro N°3)

El índice de O'leary y los momentos de azúcar están en promedio.

Gráfico N°1 :

% Frecuencia de cepillado diario. Aguada Guzmán

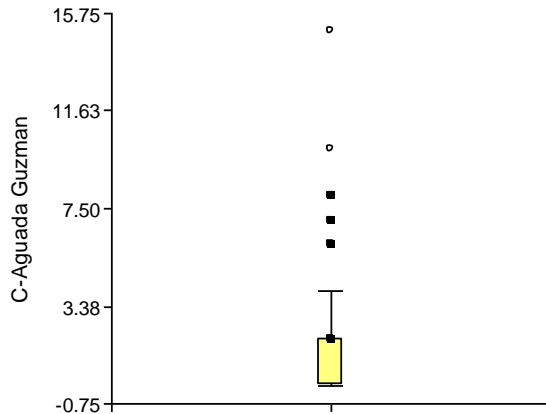


RESIDENCIA	Variable	Clase	FA	FR	FAA	FRA
Aguada Guzmán	C	1	31	0.78	31	0.78
Aguada Guzmán	C	2	5	0.13	36	0.90
Aguada Guzmán	C	3	2	0.05	38	0.95
Aguada Guzmán	C	4	1	0.03	39	0.98
Aguada Guzmán	C	5	1	0.03	40	1.00

Gráfico N°2:

Componente C del índice CPOD- Aguada Guzmán

Componente C del CPOD Aguada Guzmán



DATOS SOCIALES

De los datos obtenidos de la localidad de Aguada Guzmán se obtuvo la siguiente información:

La población está comprendida por el 45% sexo femenino y el 55% sexo masculino (Gráfico. N°3); la edad promedio es 18 años, que corresponde 20% a adultos; 2.5% a adolescentes y el 77.50% a niños (Gráfico. N°4).

El 96,6% de la población pertenece a la comunidad de Kom Amulein y el 3,33% a la de Romamulein.

El 11.11% de la población estudiada habla lengua Mapuche, mientras que el 88.89% habla solamente castellano estándar.

Se observó que el 20% de la población posee un ingreso regular, el 50% no poseen cobertura social, por lo que se explica las grandes dificultades al acceso de salud privada como así también pública.

De la población adulta estudiada, con respecto a la educación recibida, se observó que el 66.67 % está sin escolaridad, 16.67% posee la primaria incompleta y el 16.67 posee la secundaria incompleta.

Gráfico N°3:

% según sexo. Aguada Guzmán

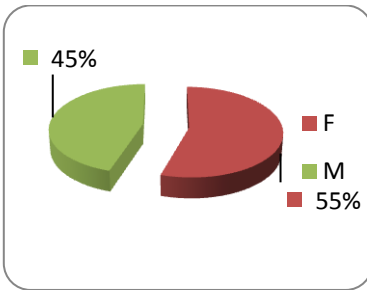
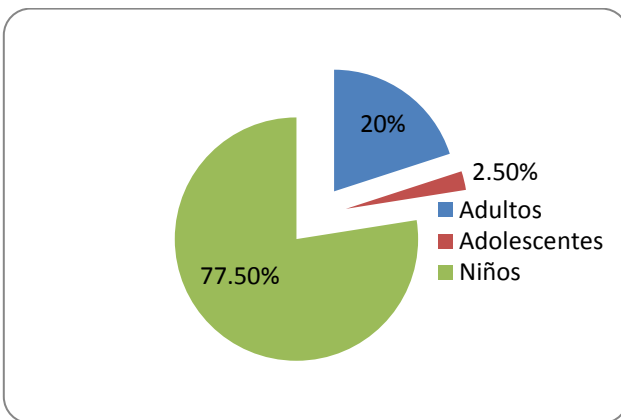


Gráfico N°4:

% población estudiada. Aguada Guzmán



LIPETREN GRANDE

DATOS ODONTOLOGICOS

Cuadro N°4:

Índice O'Leary. Lipetrén Grande.

	NIÑOS (n=11)	ADOLESCENTES (n=1)	GENERAL (n=12)
O'LEARY	0.08 ±0.04	0.16 ±0.00	0.09 ±0.04

Cuadro N°5:

Índices CPOD y ceod. Lipetrén Grande

	NIÑOS (n=11)	ADOLESCENTES (n=1)	GENERAL (n=12)
CPOD	1.27 ± 2.00	0	1.17 ±1.95
C (%)	92.86%	0%	92.86%
P (%)	0%	0%	0%
O(%)	7.14%	0%	7.14%
Ceod	1.82 ±2. 56		1.67 ±2.50
C (%)	100%		100%
e (%)	0%		0%
o(%)	0%		0%

El 83,33% de la población ha recibido en algún momento de su vida información sobre salud bucal, ya sea a través del médico del pueblo, odontólogo, maestro y/o un agente sanitario. El 75% manifiesta cepillarse sus dientes, de los cuales el 55,56% se cepilla dos veces por día; 33,33% una vez al día y el 1,11% 3 veces al día (Fig. N°5). Los momentos en los cuales más se lavan sus dientes son posteriores a la cena y al desayuno.

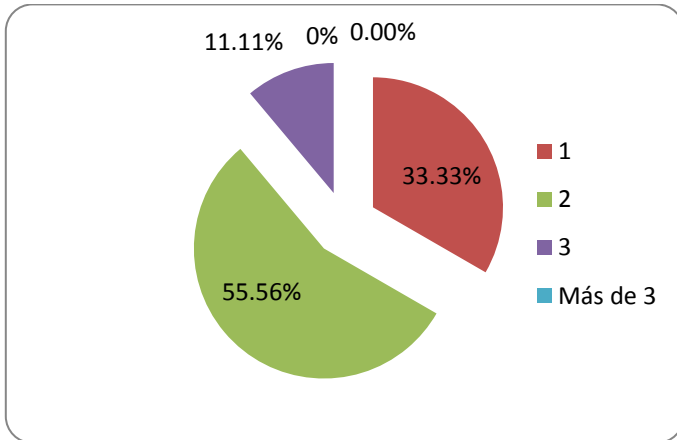
Tiene un promedio 5,7 momentos de azúcar diario, teniéndose en cuenta que el parámetro para estar en salud es de 4, éste se halla elevado.

Se concluye que por los datos obtenidos en el índice de O'leary como los índices de C.P.O.D y Ceod el riesgo de enfermedad bucal es bajo, aunque posee los momentos de azúcar elevados sobre el valor normal. Se observó que en los niños predominan las piezas cariadas sobre las perdidas y obturadas.

Según la distribución del componente C del índice de CPOD, se observa mayor concentración personas con una caries dental. (Fig. N°6) (Cuadro N°6)

Gráfico N°5:

% Frecuencia de cepillado diario. Lipetren Grande



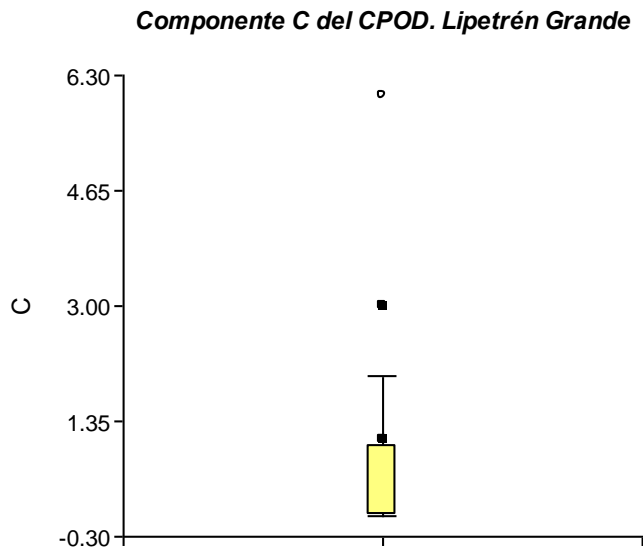
Cuadro N°6:

Frecuencia componente C del CPOD. Lipetrén Grande

RESIDENCIA	Variable	Clase	FA	FR	FAA	FRA
Lipetrén Grande	C	1	10	0.83	10	0.83
Lipetrén Grande	C	2	1	0.08	11	0.92
Lipetrén Grande	C	3	1	0.08	12	1.00

Gráfico N°6:

Componente C del índice CPOD. Lipetrén Grande



DATOS SOCIALES

De los datos obtenidos de la localidad de Lipetrén Grande se obtuvo la siguiente información:

La población está comprendida por el 41,67% sexo femenino y el 58,33% sexo masculino (Fig. N°7); la edad promedio es 10 años, que corresponde 8,33% a adolescentes y el 91,67% a niños (Fig. N°8).

El 100% de la población estudiada habla solamente castellano estándar.

Se observó que no poseen cobertura social, por lo que se explica las grandes dificultades al acceso de salud privada como así también pública.

Gráfico N°7:

% según sexo. Lipetrén Grande

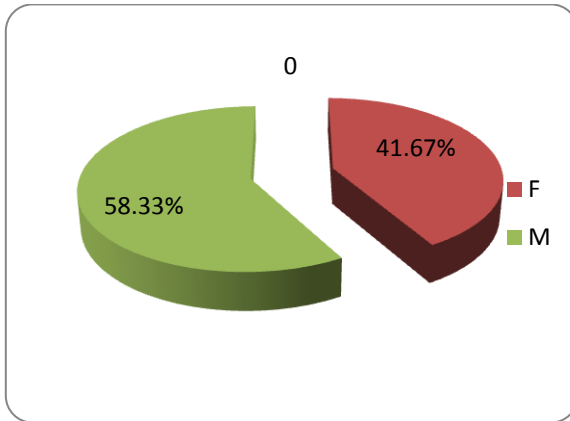
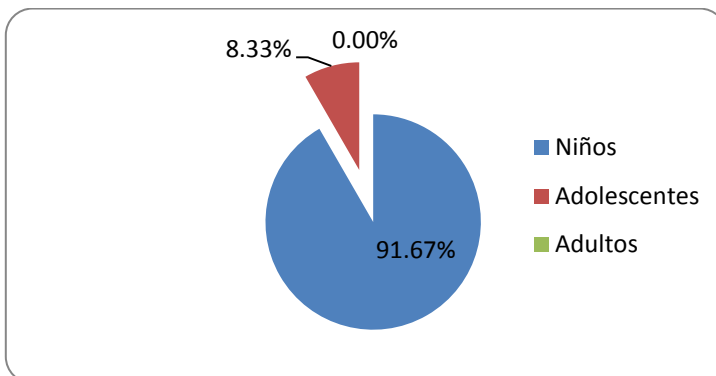


Gráfico N°8:

% población estudiada. Lipetrén Grande



LIPETREN CHICO

DATOS ODONTOLÓGICOS

Cuadro N°7:

Índice O'Leary. Lipetrén Chico

	NIÑOS (n=4)	ADOLESCENTES (n=2)	ADULTOS(n=2)	GENERAL (n=8)
O'LEARY	0.15 ±0.03	0.32±0	0.06 ±	0.14 ±0.09

Cuadro N°8:

Índices CPOD y ceod. Lipetrén Chico

	NIÑOS (n=4)	ADOLESCENTES (n=2)	ADULTOS (n=10)	GENERAL (n=18)
CPOD	0.50±0.58	0.50 ±0.71	11.50 ±5.97	6.56±7.16
C (%)	100%	100%	20.87%	22.88%
P (%)	0%	0%	79.13%	77.12%
O(%)	0%	0%	0%	0%
Ceod	2.25±2.87			2.25±2.87
C (%)	62.50%			62.50%
e (%)	6.25%			6.25%
o(%)	31.25%			31.25%

El 78,57% de la población ha recibido en algún momento de su vida información sobre salud bucal, ya sea a través del médico del pueblo, odontólogo, maestro y/o un agente sanitario. El 62% dice cepillarse sus dientes, de los cuales el 60% sólo lo hace una vez por día y sólo el 40% dos veces (Fig. N°9). Los momentos en los cuales más se lavan sus dientes son antes del desayuno y después de la cena. Tiene un promedio de 3 momentos de azúcar diario, teniéndose en cuenta que el parámetro para estar en salud es de 4.

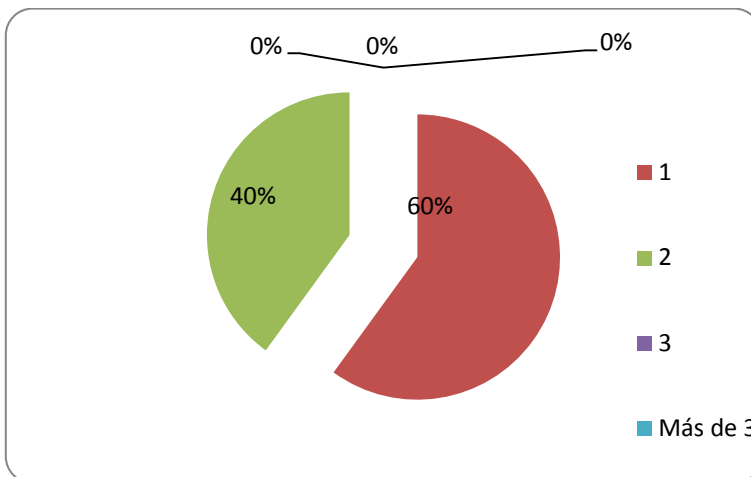
Se concluye de los datos obtenidos de los índices de CPOD y Ceod el riesgo general de contraer enfermedades bucales es muy alto; en niños y adolescentes es bajo donde predomina el componente cariado y en adultos es muy alto donde predominan las piezas perdidas.

Según la distribución del componente C del índice de CPOD, se observa mayor concentración personas con una caries dental. (Fig. N°10) y (Cuadro N°9).

El índice de O'leary y los momentos de azúcar están en promedio.

Gráfico N°9 :

% Frecuencia de cepillado diario. Lipetrén Chico



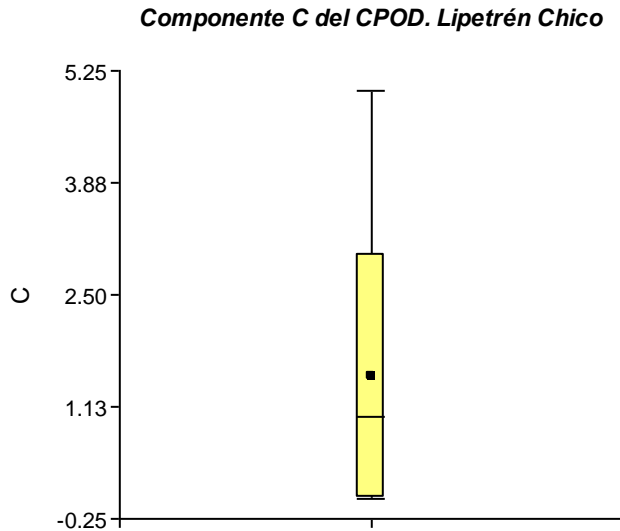
Cuadro N°9:

Frecuencia componente C del CPOD. Lipetrén Chico

RESIDENCIA	Variable	Clase	FA	FR	FAA	FRA
Lipetrén Chico	C	1	11	0.61	11	0.61
Lipetrén Chico	C	2	2	0.11	13	0.72
Lipetrén Chico	C	3	3	0.17	16	0.89
Lipetrén Chico	C	4	2	0.11	18	1.00

Gráfico N°10:

Componente C del índice CPOD- Lipetrén Chico



DATOS SOCIALES

De los datos obtenidos de la localidad de Lipetrén Chico se obtuvo la siguiente información:

La población está comprendida por el 55,56% sexo femenino y el 44,44% sexo masculino (Fig. N°11); la edad promedio es de 40 años, que corresponde 62,50% a población adulta, 12,50% a adolescentes y el 25% a niños (Fig. N°12).

La comunidad estudiada fue la de Peñi Mapu.

El 6,25% de la población estudiada habla lengua Mapuche, mientras que el 93,75% habla solamente castellano estándar.

Se observó que no poseen cobertura social, por lo que se explica las grandes dificultades al acceso de salud privada como así también pública.

Gráfico N°11:

% según sexo. Lipetrén Chico

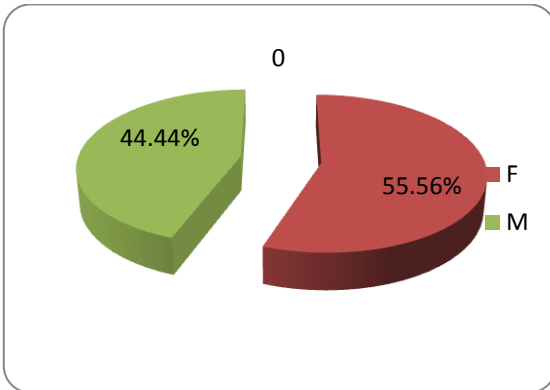
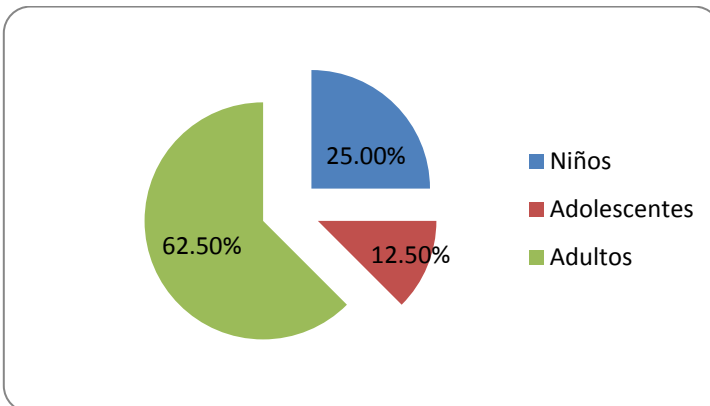


Gráfico N°12:

% población estudiada. Lipetrén Chico



EL CUY

DATOS ODONTOLÓGICOS

Cuadro N°10:

Índice O'Leary. El Cuy

	NIÑOS (n=59)	ADOLESCENTES (n=3)	ADULTOS(n=21)	GENERAL (n=83)
O'LEARY	48.72 ±24.12	41.66 ±22.04	44.44 ±21.99	47.38 ±23.37

Cuadro N°11:

Índices CPOD y ceod. El Cuy

	NIÑOS (n=57)	ADOLESCENTES (n=3)	ADULTOS (n=22)	GENERAL (n=82)
CPOD	1.37 ±1.68	8.00±4.58	11.32 ±6.65	4.28 ±5.82
C (%)	96.6%	56%	35%	62.5%
P (%)	2%	28%	60%	30%
O (%)	1.4%	16%	5%	7.5%
Ceod	1.84± 2.33			1.84± 2.33±
C (%)	85%			85%
e (%)	3.20%			3.20%
o (%)	11.8%			11.8%

El 63 % de la población ha recibido en algún momento de su vida información sobre salud bucal, ya sea a través del médico del pueblo, odontólogo, maestro y/o un agente sanitario. El 90% dice cepillarse sus dientes, de los cuales el 35.5 % sólo lo hace una vez por día, 40% dos veces, 20.5 % lo hace 3 veces al día y sólo el 4% lo hace más de 3 veces al día (Fig. N°12), los momentos en los cuales más se lavan sus dientes son antes del desayuno y después de la cena. Tienen un promedio 3.5

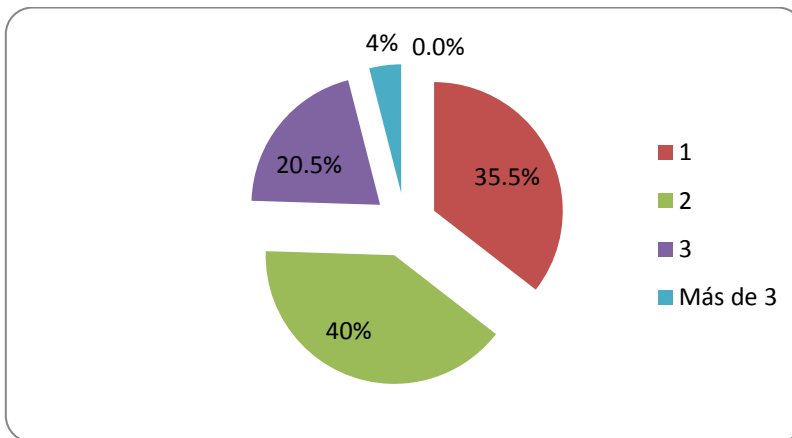
momentos de azúcar diarios, teniéndose en cuenta que el parámetro para estar en salud es de 4.

Se concluye de los datos obtenidos de los índices CPOD, Ceo y O'leary que:

- El índice de O'leary se encuentra elevado, indicando riesgo de enfermedad bucal.
- Los niños poseen un bajo riesgo, con predominio de piezas cariadas.
- Los adolescentes poseen un alto riesgo de contraer enfermedades dentales, con predominio de piezas cariadas.
- Los adultos poseen un riesgo muy alto, donde predomina las piezas perdidas.
- Según la distribución del componente C del índice de CPOD, se observa mayor concentración personas con presencia entre una y dos caries dentales. (Fig. N°13) y (Cuadro N°12).

Gráfico N°12 :

% Frecuencia de cepillado diario. El Cuy



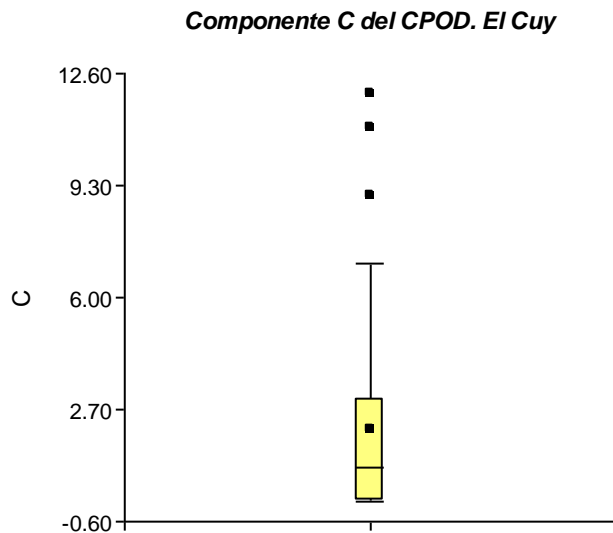
Cuadro N°12:

Frecuencia componente C del CPOD. El Cuy

LOCALIDAD	Variable Clase	FA	FR	FAA	FRA
El Cuy	C	1	56	0.69	0.69
El Cuy	C	2	13	0.16	0.85
El Cuy	C	3	8	0.10	0.95
El Cu	C	4	1	0.01	0.96
El Cuy	C	5	1	0.01	0.98
El Cuy	C	6	2	0.02	1.00

Gráfico N°13:

Componente C del índice CPOD- El Cuy



DATOS SOCIALES

De los datos obtenidos de la localidad de El Cuy se obtuvo la siguiente información:

La población está comprendida por el 50.57% sexo femenino y el 49.43 % sexo masculino (Fig. N°15); la edad promedio es 18 años, que corresponde a 70.11% a niños, 4.60 % a adolescentes y el 25.29 % a adultos (Fig. N°16).

Las comunidades estudiadas fueron Tripalco Rañing (54.54%), Epuliniyeu (36.36%) y Trapai- Sanil (9.09%).

El 11.11% de la población estudiada habla lengua Mapuche, mientras que el 88.89 % habla solamente castellano estándar.

Se observó que el 35% posee cobertura social, en su mayoría IPROSS, debido a que muchos de ellos perciben un sueldo por su trabajo artesanal. Sólo el 28% tiene un ingreso regular.

En cuanto a la educación los datos arrojados son el 9.20 % posee el primario completo, 73.56% primario incompleto, 9.20% secundario incompleto; 2.30% terciario completo, 1.15% terciario incompleto y el 4.60% está sin escolaridad.

Con respecto a la vivienda el 90.32% son de material. El 74.19 % posee vivienda propia, el 19.35% alquila y sólo el 6.45 % es cedida. Sólo el 16.66% tiene el baño fuera de su vivienda. Con un promedio de 3 cuartos por vivienda y 4 habitantes en cada una.

Gráfico N°15:

% según sexo. El Cuy

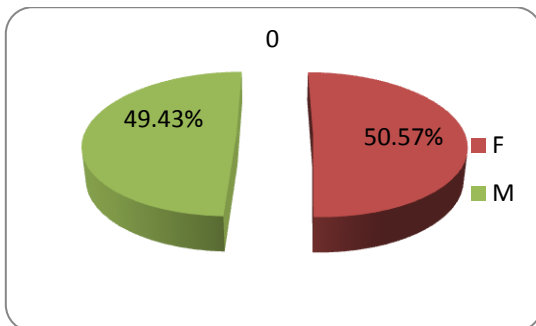
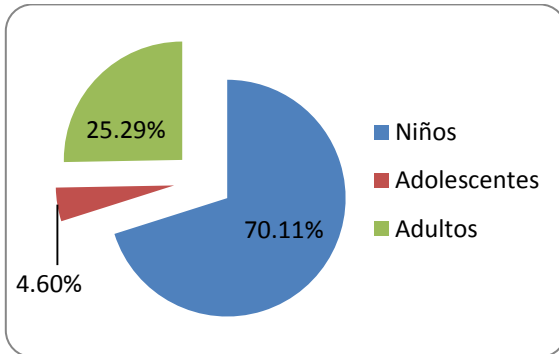


Gráfico N°16:

% población estudiada. El Cuy



RIO CHICO

DATOS ODONTOLÓGICOS

Cuadro N°13:

Índice O'Leary. Río Chico

	NIÑOS (n=39)	ADOLESCEN TES (n=3)	ADULTOS(n=2)	GENER AL (n=44)
O'LEA RY	41.55±2 4.78	42.67±30.09	53.75±22.98	42.18± 24.57

Cuadro N°14:

Índices CPOD y ceod. Río Chico

	NIÑO S (n=35)	ADOLESCENTE S (n=3)	ADULTO S (n=2)	GENERA L (n=40)
CPO D	2.49 ±2.34	4.67 ±2.08	17.50±6.3 6	3.40 ±4.14
C (%)	93.83 %	85%	14.29%	72.06%
P (%)	1.23%	15%	87.71%	25%
O(%)	4.94%	0%	0%	2.94%
Ceod	4.43 ±3.77			4.43 ±3.77
C (%)	83.46 %			83.46%
e (%)	13.53 %			13.53%
o(%)	3.01%			3.01%

El 60 % de la población ha recibido en algún momento de su vida información sobre salud bucal, ya sea a través del médico del pueblo, odontólogo, maestro y/o un agente sanitario. El 33.33% dice cepillarse sus dientes, de los cuales el 23 % sólo lo hace una vez por día, 42% dos veces, 35 % lo hace 3 veces al día. (Fig.

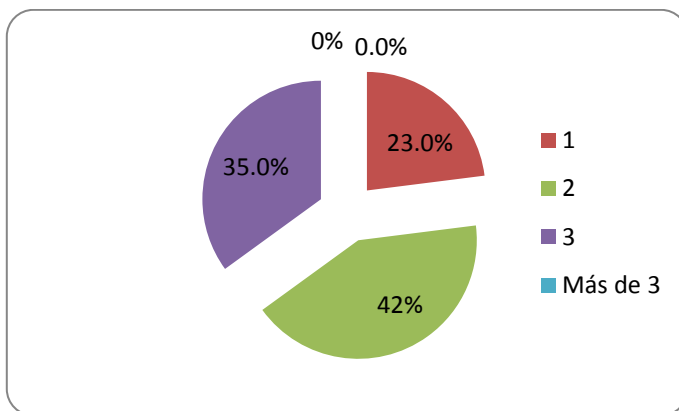
Nº17), los momentos en los cuales más se lavan sus dientes son antes del desayuno y después de la cena. Tienen un promedio 4.38 ± 1.63 momentos de azúcar diarios, teniéndose en cuenta que el parámetro para estar en salud es de 4.

Se concluye de los datos obtenidos de los índices CPOD, Ceo y O'leary que:

- El índice de O'leary se encuentra elevado, indicando riesgo de enfermedad bucal.
- Los niños poseen un moderado riesgo, con predominio de piezas cariadas.
- Los adolescentes poseen un alto riesgo de contraer enfermedades dentales, con predominio de piezas cariadas.
- Los adultos poseen un riesgo muy alto, donde predomina las piezas perdidas.
- Según la distribución del componente C del índice de CPOD, se observa mayor concentración personas con presencia entre una y tres caries dentales. (Fig. Nº18) y (Cuadro Nº15).

Gráfico Nº17 :

% Frecuencia de cepillado diario. Río Chico



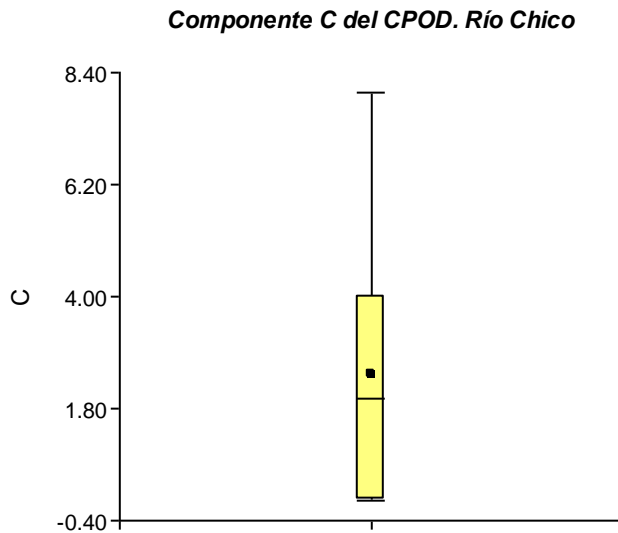
Cuadro N°15:

Frecuencia componente C del CPOD. Río Chico

RESIDENCIA	Variable	Clase	FA	FR	FAA	FRA
Río Chico	C	1	18	0.45	18	0.45
Río Chico	C	2	7	0.18	25	0.63
Río Chico	C	3	8	0.20	33	0.83
Río Chico	C	4	6	0.15	39	0.98
Río Chico	C	5	1	0.03	40	1.00

Gráfico N°18:

Componente C del índice CPOD- Río Chico



DATOS SOCIALES

De los datos obtenidos de la localidad de Río Chico se obtuvo la siguiente información:

La población está comprendida por el 44.68% sexo femenino y el 55.32 % sexo masculino (Fig. N°15); la edad promedio es 11 años, que corresponde a 87.23% a niños, 8.51 % a adolescentes y el 4.26 % a adultos (Fig. N°16).

Gráfico N°19:

% según sexo. Río Chico

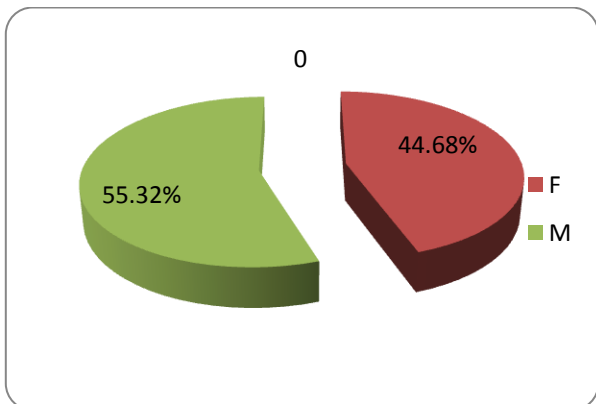
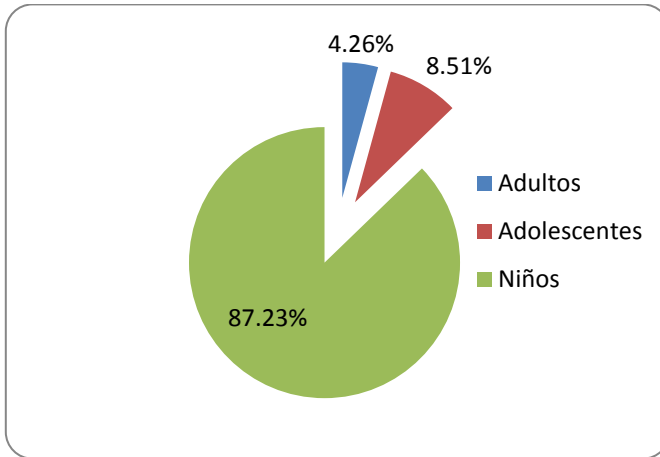


Gráfico N°20: % población estudiada. Río Chico



ALLEN

DATOS ODONTOLÓGICOS

Cuadro N°16:

Índice O'Leary. Allen

	NIÑOS (n=2)	ADOLESCENTES (n=2)	ADULTOS(n=10)	GENERAL (n=14)
O'LEARY	0.40 ±0.15	0.35 ±0.15	0.38 ±0.15	0.38 ±0.14

Cuadro N°17:

Índices CPOD y ceod. Allen

	NIÑOS (n=2)	ADOLESCENTES (n=2)	ADULTOS (n=13)	GENERAL (n=17)
CPOD	2.50 ±3.54	7.00 ±7.07	10.54 ±9.22	9.18 ±8.68
C (%)	80%	70.83%	35.43%	42.31%
P (%)	20%	20.83%	55.91%	49.36%
O (%)	0%	8.33%	8.66%	8.33%
Ceod	0.50 ±0.71			0.50 ±0.71
C (%)	100%			100%
e (%)	0%			0%
o (%)	0%			0%

El 73,68% de la población ha recibido en algún momento de su vida información sobre salud bucal, ya sea a través del médico del pueblo, odontólogo, maestro y/o un agente sanitario. El 85,71% manifiesta cepillarse sus dientes, de los cuales el 60% sólo lo hace una vez por día, 33,33% dos veces y sólo el, 6,67% lo hace 3 veces al día (Fig. N°21), los momentos en los cuales más se lavan sus dientes es antes del desayuno y después de la cena.

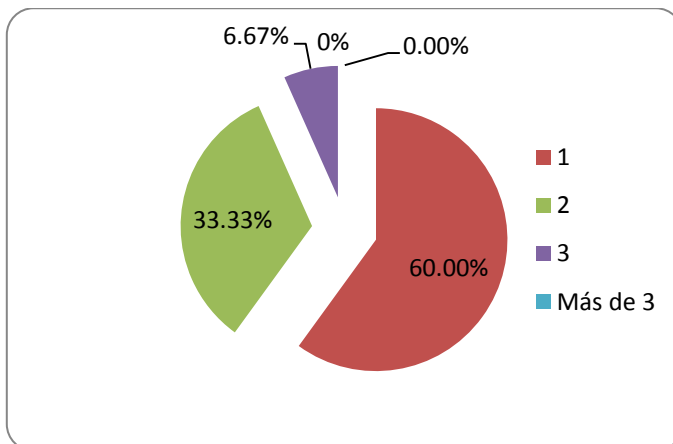
Tiene un promedio 3,7 momentos de azúcar diario, teniéndose en cuenta que el parámetro para estar en salud es de 4.

Se concluye a partir de los índices de O'leary, CPOD y Ceod, que los niños tienen un bajo riesgo con predominio de piezas cariadas, los adolescentes y adultos tienen un riesgo muy alto con predominio de piezas cariadas en los primeros y de piezas perdidas en los segundos. En los tres grupos de estudio tienen un índice de O'leary en promedio.

Según la distribución del componente C del índice de CPOD, se observa mayor concentración de personas con presencia de una caries dental. (Fig. N°22) y (Cuadro N°18).

Gráfico N°21 :

% Frecuencia de cepillado diario. Allen



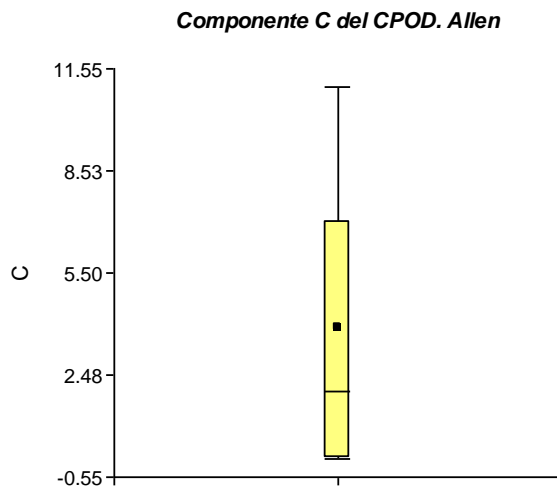
Cuadro N°18:

Frecuencia componente C del CPOD. Allen

RESIDENCIA	Variable	Clase	FA	FR	FAA	FRA
Allen	C	1	9	0.53	9	0.53
Allen	C	2	2	0.12	11	0.65
Allen	C	3	3	0.18	14	0.82
Allen	C	4	3	0.18	17	1.00

Gráfico N°22:

Componente C del índice CPOD- Allen



DATOS SOCIALES

De los datos obtenidos de la localidad de Allen se obtuvo la siguiente información:

La población está comprendida por el 64,71% sexo femenino y el 35,29% sexo masculino (Fig. N°23); la edad promedio es 31 años, que corresponde 76.47% a población adulta, 11.76 % a adolescentes y el 11,76% a niños (Fig. N°24).

La población estudiada pertenece a las comunidades de Cunnennehue y Tarai Mapu.

El 40% de la población estudiada habla lengua Mapuche, mientras que el 60% habla castellano estándar.

El 28.57 % de la población tiene un ingreso regular.

Se observó que solo 25% poseen cobertura social, por lo que se explica su mayor demanda de atención en los sectores públicos.

Con respecto a la vivienda el 87.5% es de material. En cuanto a la obtención el 40% dice ser propia y el 60% la obtenido de la "Toma". Con un promedio de 3 cuartos por vivienda y 7 habitantes en cada una.

En cuanto a la educación escolar, el 18.75% posee la primaria completa, el 18.75% la primaria incompleta; el 12.5 %la secundaria completa y el 50% la secundaria incompleta.

Gráfico N°23:

% según sexo. Allen

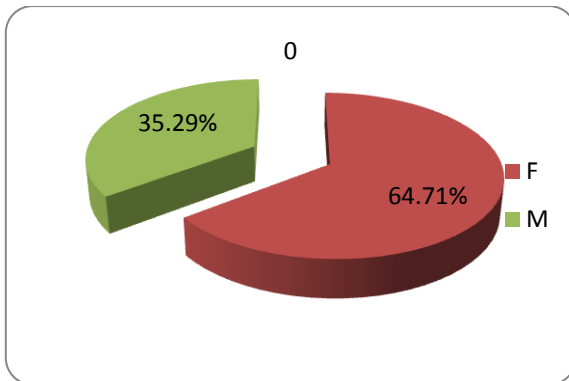
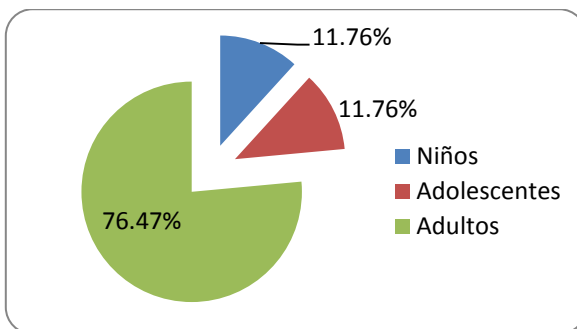


Gráfico N°24:

% población estudiada. Allen



GENERAL ROCA

DATOS ODONTOLÓGICOS

Cuadro N°19:

Índice O'Leary. General Roca

	NIÑOS (n=)	ADOLESCENTES (n=)	ADULTOS(n=)	GENERAL (n=)
O'LEARY	±	±	±	±

Cuadro N°20:

Índices CPOD y ceod. General Roca

	NIÑOS (n=4)	ADOLESCENTES (n=1)	ADULTOS (n=6)	GENERAL (n=11)
CPOD	3.75±0.00	4.00 ±0.00	8.17±8.70	6.18±7.74
C (%)	0%	0%	12.24%	8.82%
P (%)	53%	50%	69.39%	64.71%
O(%)	47%	50%	18.37%	26.47%

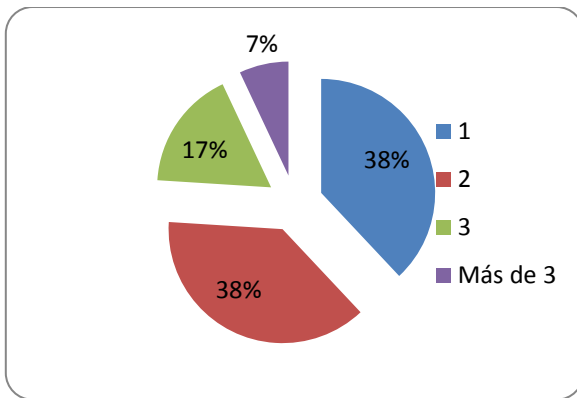
El 33.33 % de la población ha recibido en algún momento de su vida información sobre salud bucal, ya sea a través del médico del pueblo, odontólogo, maestro y/o un agente sanitario. El 90 % dice cepillarse sus dientes, de los cuales el 38 % sólo lo hace una vez por día, 38% dos veces, 17 % lo hace 3 veces al día y sólo el 7% lo hace más de 3 veces al día (Fig. N°25), los momentos en los cuales más se lavan sus dientes es antes del desayuno y después de la cena.

Se concluye a partir del índice de CPOD que tanto los niños como los adolescentes tiene un riesgo moderado de adquirir enfermedades bucales y que los adultos tiene un riesgo muy alto. En los tres casos predominan las piezas perdidas.

Según la distribución del componente C del índice de CPOD, se observa mayor concentración personas con presencia entre 1 y 2 caries dental. (Fig. N°26) y (Cuadro N°21).

Gráfico N°25 :

% Frecuencia de cepillado diario. General Roca



Cuadro N°21:

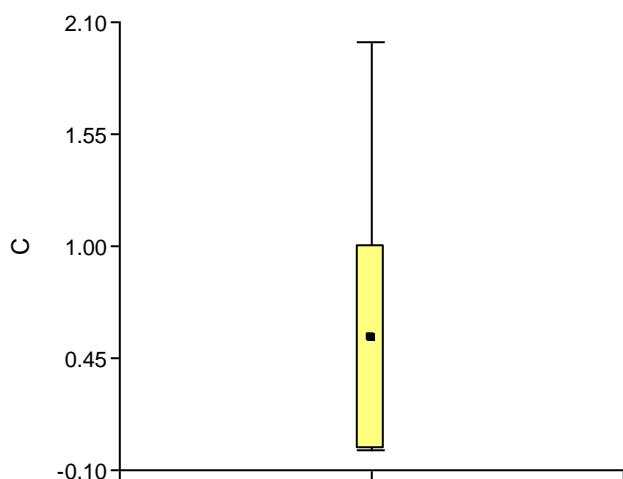
Frecuencia componente C del CPOD. General Roca

RESIDENCIA	Variable	Clase	FA	FR	FAA	FRA
General Roca	C	1	6	0.55	6	0.55
General Roca	C	2	4	0.36	10	0.91
General Roca	C	3	1	0.09	11	1.00

Gráfico N°26:

Componente C del índice CPOD- General Roca

Componente C del CPOD. General Roca



DATOS SOCIALES

De los datos obtenidos de la localidad de General Roca se obtuvo la siguiente información:

La población está comprendida por el 81.82% sexo femenino y el 18.18 % sexo masculino (Fig. N°27); la edad promedio es 31 años, que corresponde 30% a niños, 10 % a adolescentes y el 60 % a adultos (Fig. N°28).

La comunidad estudiada es la de Lof Leufuche.

El 14.26% de la población estudiada habla lengua Mapuche, mientras que el 85.71. % habla solamente castellano estándar.

Se observó que el 60% posee cobertura social y el 62.5 % posee ingresos regulares

En cuanto a la educación se observó que el 22.22% tiene el primario completo, el 33.33% tiene el primario incompleto, 11.11% secundario incompleto, 22.22% secundario incompleto y que el 11,11% está sin escolaridad.

En cuanto a la vivienda el 100% son de material, 75% son propias, 100% baño dentro de la misma, con un promedio de 3 cuartos y de 3 habitantes por vivienda.

Gráfico N°27:

% según sexo. General Roca

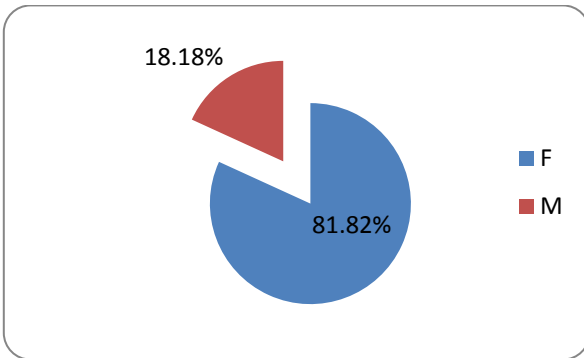
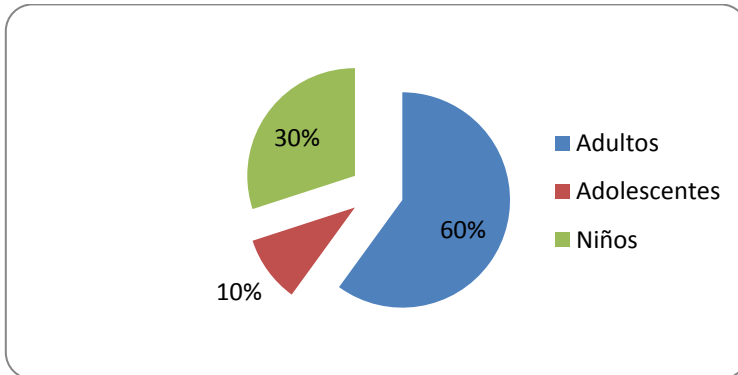


Gráfico N°28:

% población estudiada. General Roca



RURAL

DATOS ODONTOLÓGICOS

Cuadro N°22:

Índice O'Leary. Rural

	NIÑOS (n=144)	ADOLESCENTES (n=11)	ADULTOS(n=27)	GENERAL (n=184)
O'LEARY	31.00 ±29.52	30.26 ± 25.54	40.71 ±24.79	32.05 ±28.77

Cuadro N°23:

Índices CPOD y ceod. Rural

	NIÑOS (n=138)	ADOLESCENTES (n=12)	ADULTOS (n=40)	GENERAL (n=192)
CPOD	1.47 ±1.88	4.17±3.64	13.80±8.11	4.19±6.45
C (%)	96.6%	85.25%	25.5%	69.48%

P (%)	1.4%	10.75%	73.25%	27.01%
O(%)	2%	4%	1.25%	3.51%
Ceod	2.47 ±2.94	±	±	2.47 ±2.94
C (%)	82.46%			82.46%
e (%)	8.32%			8.32%
o(%)	9.22%			9.22%

El 63.84 % de la población ha recibido en algún momento de su vida información sobre salud bucal, ya sea a través del médico del pueblo, odontólogo, maestro y/o un agente sanitario. El 85.71% dice cepillarse sus dientes, de los cuales el 36% lo hace una vez por día, 40% dos veces, el 22% lo hace 3 veces y sólo el 2% lo hace más de 3 veces al día (Fig.Nº29), los momentos en los cuales más se lavan sus dientes son antes del desayuno y después de la cena. Tiene un promedio de 4.08 ±2.19 momentos de azúcar diario, teniéndose en cuenta que el parámetro para estar en salud es de 4.

Se concluye de los datos obtenidos de los índices de CPOD , Ceod y O'leary :

-El riesgo general de contraer enfermedades bucales es muy alto, con predominio de presencia de piezas cariadas.

-En los niños el riesgo es moderado, con predominio de pizas cariadas.

-En los adolescentes el riesgo es alto predominio del componente cariado.

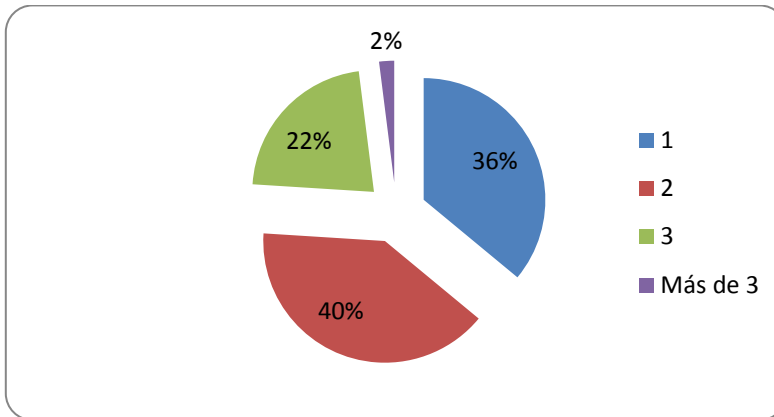
-En los adultos es muy alto con predominio de piezas dentarias perdidas.

El índice de O'leary se encuentra elevado, lo que contribuye al elevado riesgo general.

Según la distribución del componente C del índice de CPOD, se observa mayor concentración personas con presencia entre 1 y 3 caries dental. (Fig. Nº30) y (Cuadro Nº24).

Gráfico Nº29 :

% Frecuencia de cepillado diario. Rural



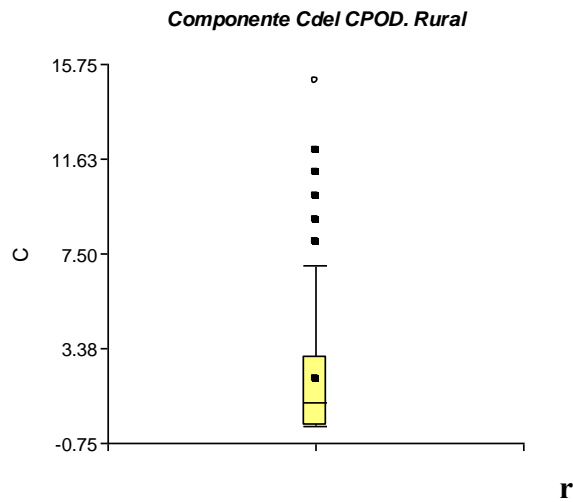
Cuadro N°24:

Frecuencia componente C del CPOD. Rural

Variable	Clase	FA	FR	FAA	FRA
C	1	130	0.68	130	0.68
C	2	34	0.18	164	0.86
C	3	18	0.09	182	0.95
C	4	4	0.02	186	0.97
C	5	2	0.01	188	0.98
C	6	2	0.01	190	0.99
C	7	1	0.01	191	1.00

Gráfico N°30:

Componente C del índice CPOD- Rural



Cuadro N°25:

Análisis cuantitativo del componente C del índice de CPOD. Rural

LOCALIDAD	Variable	n	Media	D.E.	CV	Mín	Máx	Mediana	Q1	Q3
Aguada Guzmán 2.00	C	40	1.98	3.27	165.56	0.00	15.00	0.00	0.00	
El Cuy 3.00	C	81	2.10	2.51	119.74	0.00	12.00	1.00	0.00	
Lipetrén Chico 3.00	C	18	1.50	1.69	112.60	0.00	5.00	1.00	0.00	
Lipetrén Grande 1.00	C	12	1.08	1.83	169.10	0.00	6.00	0.00	0.00	
Río Chico 4.00	C	40	2.45	2.21	90.07	0.00	8.00	2.00	0.00	

Entre las localidades analizadas; Lipetrén Grande es la que tiene mayor variabilidad con respecto al componente C, ya que posee mayor coeficiente de variación; en cambio Río Chico es la más homogénea en sus datos.

El 50% de la población de Aguada Guzmán posee 0 caries, dentro de ese porcentaje se ubican los niños, los cuales tienen poco acceso al consumo de golosinas en dicha localidad.

En cambio el 50% de los datos observados en la localidad de Río Chico poseen menos de dos caries, en ese porcentaje también se ubican los niños, y a diferencia de Aguada Guzmán, estos niños aumentan la cantidad de caries debido a que tiene mayor acceso al consumo de golosinas.

Cuadro N°26:

Análisis cuantitativo del componente C del índice de CPOD. Niños-Adolescentes- Adultos-Rural

LOCALIDAD	EDAD	Variable	N	Media	D. E.	CV
Aguada Guzmán	ADOLESCENTES	C	2	2.00	0.00	0.00
Aguada Guzmán	ADULTOS	C	7	6.71	5.15	76.77
Aguada Guzmán	NIÑOS	C	31	0.90	1.47	162.60
El Cuy	ADOLESCENTES	C	4	3.50	3.11	88.83
El Cuy	ADULTOS	C	21	3.95	3.35	84.85
El Cuy	NIÑOS	C	56	1.30	1.57	120.56
Lipetrén Chico	ADOLESCENTES	C	2	0.50	0.71	141.42
Lipetrén Chico	ADULTOS	C	10	2.40	1.78	74.02
Lipetrén Chico	NIÑOS	C	4	0.50	0.58	115.47
Lipetrén Grande	NIÑOS	C	12	1.08	1.83	169.10
Río Chico	ADOLESCENTES	C	4	4.25	1.26	29.61
Río Chico	ADULTOS	C	2	2.50	2.12	84.85
Río Chico	NIÑOS	C	34	2.24	2.24	100.37

LOCALIDAD	EDAD	Vari able	M í n	M á x	Me dian a	Q 1	Q 3
Aguada Guzmán	ADOLESCENTES	C	2 .000	2. 00	2.00	2. 000	2. 000
Aguada Guzmán	ADULTOS	C	0 .000	1 5. 00	7.00	1. 000	1 0. 000
Aguada Guzmán	NIÑOS	C	0 .000	4. 00	0.00	0. 000	2. 000
El Cuy	ADOLESCENTES	C	0 .000	7. 00	3.50	0. 000	5. 000
El Cuy	ADULTOS	C	0 .000	1 2. 00	3.00	2. 000	5. 000
El Cuy	NIÑOS	C	0 .000	6. 00	1.00	0. 000	2. 000
Lipetrén Chico	ADOLESCENTES	C	0 .000	1. 00	0.50	0. 000	1. 000
Lipetrén Chico	ADULTOS	C	0 .000	5. 00	2.50	1. 000	3. 000
Lipetrén Chico	NIÑOS	C	0 .000	1. 00	0.50	0. 000	1. 000
Lipetrén Grande	NIÑOS	C	0 .000	6. 00	0.00	0. 000	1. 000
Río Chico	ADOLESCENTES	C	3	6.	4.00	3.	4.

			. 0 0	0 0		0 0 0	0 0 0
Río Chico	ADULTOS	C	1 .0 0	4. 0 0	1.50	1. 0 0	4. 0 0
Río Chico	NIÑOS	C	0 .0 0	8. 0 0	2.50	0. 0 0	4. 0 0

Entre las localidades analizadas; los niños de Lipetrén Grande son los que tienen mayor variabilidad con respecto al componente C, ya que posee mayor coeficiente de variación; le siguen Aguada Guzmán, El Cuy, ; Lipetrén Chico y por último Río Chico es el más homogéneo en sus datos.

El 50% de los niños de Aguada Guzmán y Lipetrén Grande posee 0 caries, en cambio el 50% de los niños de Lipetrén chico, El Cuy y Río Chico poseen menos de 2 caries, la diferencia se explica por el mayor consumo de hidratos de carbono por estos.

Entre las localidades analizadas los adolescentes de Lipetrén Grande son los que tiene mayor heterogeneidad del componente C del CPOD, mientras que Aguada Guzmán son el más homogéneo en sus datos.

El 25% de la población adolescente del EL Cuy tiene como mínimo 5 caries, le siguen Río Chico con 4, Aguada Guzmán con 2, Lipetrén Grande y Lipetrén Chico con 1 caries. Este aumento en la población del El Cuy se atribuye al bajo porcentaje en la frecuencia del lavado de sus dientes mayores a 3 veces diarias.

Entre las localidades analizadas los adultos de El Cuy y Río Chico con los que tiene mayor heterogeneidad del componente C del CPOD, mientras que Lipetrén Chico es el más homogéneo en sus datos.

El 25% de la población adulta Aguada Guzmán tiene como mínimo 10 caries, le siguen El Cuy con 5, Río Chico con 4 y Lipetrén Chico con 3. Este aumento en la población de Aguada Guzmán se debe al aumento por encima de la media de los momentos de azúcar y a la baja frecuencia del lavado de sus dientes mayores a 3 veces diarias.

DATOS SOCIALES

De los datos obtenidos de la zona rural constituida por las localidades de Aguada Guzmán; Lipetrén Chico, Lipetrén Grande, El Cuy y Río Chico, se obtuvieron la siguiente información:

La población está comprendida por el 48.04% sexo femenino y el 51.96% sexo masculino (Fig.Nº31); la edad promedio es de 17 años, que corresponde 20.30% a adultos; 5.94% a adolescentes y el 73.76% a niños. (Fig.Nº32)

Las comunidades que fueron estudiadas en la zona rural son:

- Kom Amulein.
- Romamulein.
- Peñi Mapu.
- Tripalco Rañing.
- Epuliniyeu.
- Trapai-Sanil.

El 7.11 % de la población estudiada habla lengua Mapuche, mientras que el 93% habla solamente castellano estándar.

Se observó que el 12% de la población posee un ingreso regular, el 78.75% no poseen cobertura social, por lo que se explica las grandes dificultades al acceso de salud privada como así también pública.

Gráfico N°31:

% según sexo. Rural

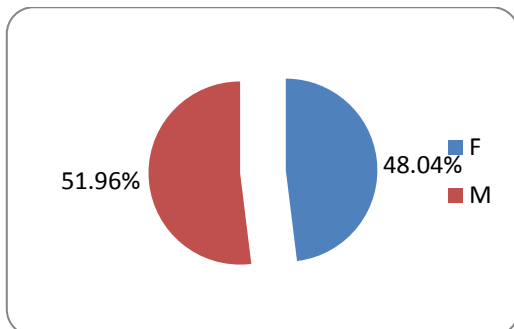
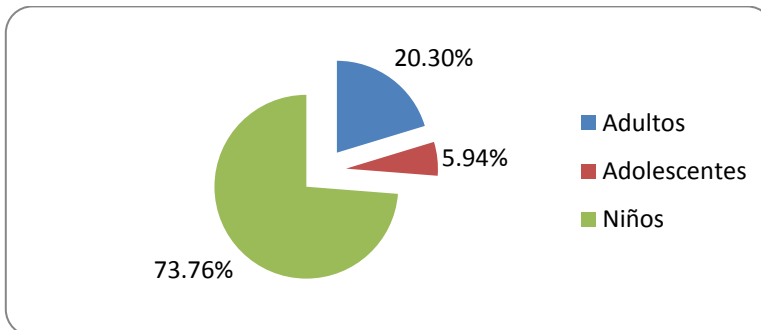


Gráfico N°32:

% población estudiada. Rural



URBANO

DATOS ODONTOLÓGICOS

Cuadro N°27:

Índice O'Leary. Urbano

	NIÑOS (n=2)	ADOLESCENTES (n=2)	ADULTOS(n =10)	GENERAL (n=14)
O'LEARY	0.40 ±0.15	2 ±0.35	0.38 ±0.15	0.38 ±0.14

Cuadro N°28:

Índices CPOD y ceod. Urbano

	NIÑOS (n=5)	ADOLESCENTES (n=3)	ADULTOS (n=19)	GENERAL (n=28)
CPOD	1.00 ±2.24	6.00 ±5.29	9.79 ±8.89	8.00 ±8.31
C (%)	40%	35.41%	23.83%	26%
P (%)	36.5%	35.41%	62.65%	57%
O(%)	23.5%	29.18%	13.52%	17%
Ceod	0.20			0.20 ±0.45

	±0.45			
C (%)	100%			100%
e (%)	0%			0%
o(%)	0%			0%

El 37.50% de la población ha recibido en algún momento de su vida información sobre salud bucal, ya sea a través del médico del pueblo, odontólogo, maestro y/o un agente sanitario. El 87.5% dice cepillarse sus dientes, de los cuales el 50% sólo lo hace una vez por día, 40% dos veces, el 5% lo hace 3 veces y el 5% lo hace más de 3 veces al día, (Fig. N°33), los momentos en los cuales más se lavan sus dientes son antes del desayuno y después del almuerzo. Tiene un promedio 3.20 ± 1.92 momentos de azúcar diario, teniéndose en cuenta que el parámetro para estar en salud es de 4.

Se concluye de los datos obtenidos de los índices de CPOD y Ceod:

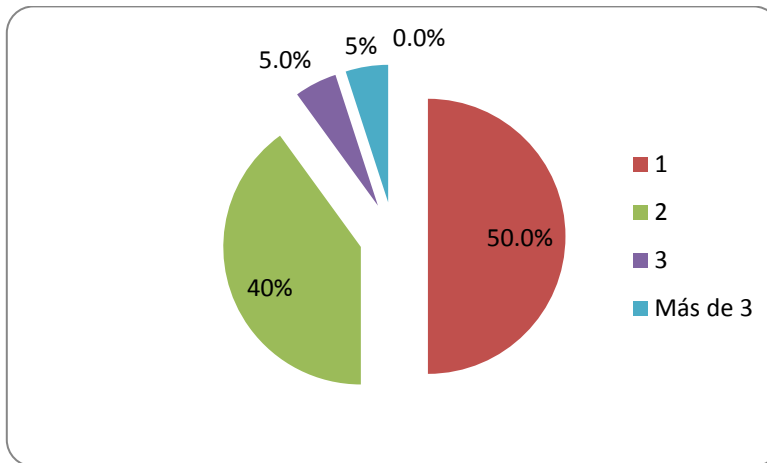
- El riesgo general es muy alto, con predominio de piezas perdidas.
- El riesgo en los niños es bajo, con prevalencia de piezas dentarias cariadas,
- En los adolescentes el riesgo es muy alto con prevalencia de piezas cariadas y perdidas por igual,
- En los adultos es muy alto con prevalencia de piezas perdidas.

El índice de O'leary y los momentos de azúcar se encuentran en promedio.

Según la distribución del componente C del índice de CPOD, se observa mayor concentración personas con presencia de 1 caries dental. (Fig. N°34) y (Cuadro N°27).

Gráfico N°33 :

% Frecuencia de cepillado diario. Urbano



Cuadro N°29:

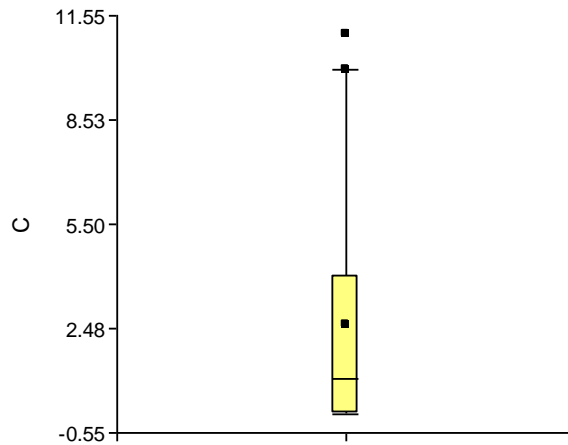
Frecuencia componente C del CPOD. Urbano

Variable	Clase	FA	FR	FAA	FRA
C	1	20	0.71	20	0.71
C	2	2	0.07	22	0.79
C	3	3	0.11	25	0.89
C	4	3	0.11	28	1.00

Gráfico N°34:

Componente C del índice CPOD- Urbano

Componente C del CPOD. Urbano



Cuadro N°30:

Análisis cuantitativo del componente C del índice de CPOD. Urbano

LOCALIDAD	Variable	n	Media	D.E.	CV	Mín	Máx	Mediana	Q1	Q3
Allen	C	17	3.88	3.87	99.71	0.00	11.00	2.00	0.00	7.00
Gral. Roca	C	11	0.55	0.69	126.05	0.00	2.00	0.00	0.00	1.00

Cuadro N°31:

Análisis cuantitativo del componente C del índice de CPOD. Niños-Adolescentes- Adultos-Urbano

LOCALIDAD	EDAD2	Variable	n	Media	D.E.	CV	Mín	Máx	Mediana	Q1	Q3
Allen	ADOLESCENTES	C	2	4.00	2.83	70.71	2.00	6.00	4.00	2.00	6.00
Allen	ADULTOS	C	13	4.15	4.24	102.06	0.00	11.00	2.00	0.00	8.00
Allen	NIÑOS	C	2	2.00	2.83	141.42	0.00	4.00	2.00	0.00	4.00
Gral. Roca/	ADOLESCENTEC		1	0.00	0.00	sd	0.00	0.00	0.00	sd	sd
Gral. Roca	ADULTOS	C	6	1.00	0.63	63.25	0.00	2.00	1.00	1.00	1.00
Gral. Roca	NIÑOS	C	3	0.00	0.00	sd	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Entre las localidades analizadas; General Roca es la que tiene mayor variabilidad con respecto al componente C, ya que posee mayor coeficiente de variación; en cambio Allen es la más homogénea en sus datos.

El 50% de la población de Allen posee como mínimo 2 caries, dentro de ese porcentaje se ubican los adultos, en los que se observa que en el 25% de los casos tienen como mínimo 8 caries. Lo cual es muy elevado, pudiendo estar relacionado con el mayor acceso al consumo de hidratos de carbono, menor educación bucal recibida durante el transcurso de su vida por lo que hay una menor valoración del autocuidado bucal.

DATOS SOCIALES

De los datos obtenidos de la zona urbana comprendidas por las localidades de General Roca y Allen se obtuvieron la siguiente información:

La población está comprendida por el 71.43% sexo femenino y el 28.57% sexo masculino; (Fig.Nº35), la edad promedio es 31 años, que corresponde 70.37% a adultos 11.11% a adolescentes y el 18.52% a niños. (Fig.Nº36)

Las comunidades que fueron estudiadas en la zona urbana son:

- Conennehue.
- Tarai Mapu.
- Lof Leufuche.

El 27.13% de la población estudiada habla lengua Mapuche, mientras que el 72.9% habla solamente castellano estándar.

Se observó que el 45.53% de la población posee un ingreso regular, el 42.5% poseen cobertura social.

Gráfico N°35:

% según sexo. Urbano

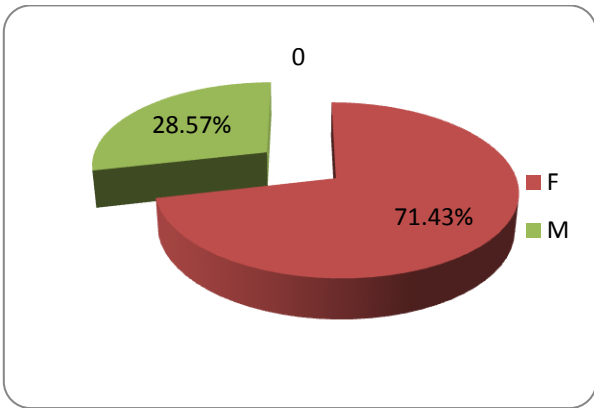
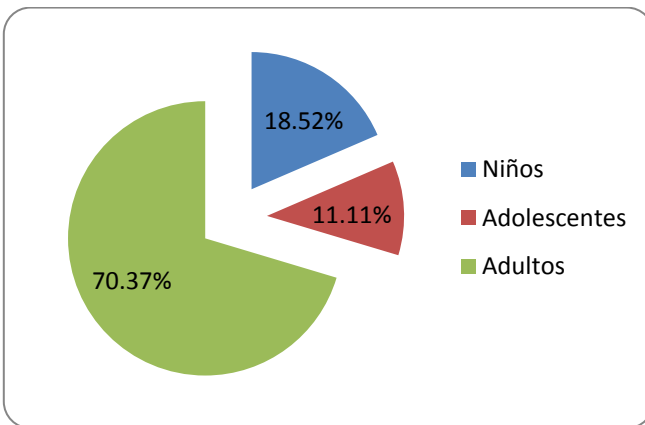


Gráfico N°36:

% población estudiada. Urbano



GENERAL

DATOS ODONTOLÓGICOS

Cuadro N°32:

Índice O'Leary. General

	NIÑOS (n=146)	ADOLESCENTES (n=11)	ADULTOS(n=39)	GENERAL (n=198)
O'LEARY	30.84 ±29.43	23.12 ±27.52	29.36 ±27.56	29.81 ±28.89

Cuadro N°33:

Índices CPOD y ceod. General

	NIÑOS (n=143)	ADOLESCENTE S (n=13)	ADULTO S (n=61)	GENERA L (n=220)
CPOD	1.50 ±1.92	4.54 ±4.18	12.15 ±8.59	4.68 ±6.81
C (%)	68.3%	60.33%	24.65%	47.75%
P (%)	18.95%	23.08%	67.95%	42%
O(%)	12.75%	16.59%	7.40%	10.25%
Ceod	2.40 ±2.92			2.40 ±2.92
C (%)	91.23%			91.23%
e (%)	4.16%			4.16%
o(%)	4.61%			4.61%

El 62.03 % de la población ha recibido en algún momento de su vida información sobre salud bucal, ya sea a través del médico del pueblo, odontólogo, maestro y/o un agente sanitario. El 86.82% dice cepillarse sus dientes, de los cuales el 37% sólo lo hace una vez por día, 40% dos veces, el 21% lo hace 3 veces y sólo el 2% lo hace más de 3 veces al día (Fig.N°37), los momentos en los cuales más se lavan sus dientes son antes del desayuno y después de la cena. Tiene un promedio 4.03 ±2.18 momentos de azúcar diario, teniéndose en cuenta que el parámetro para estar en salud es de 4.

Se concluye de los datos obtenidos de los índices de CPOD y Ceod, que los niños poseen un riesgo moderado, con predominio del componente cariado, los adolescentes un riesgo alto también con predominio del componente cariado y los adultos poseen un riesgo muy alto con predominio de piezas perdidas.

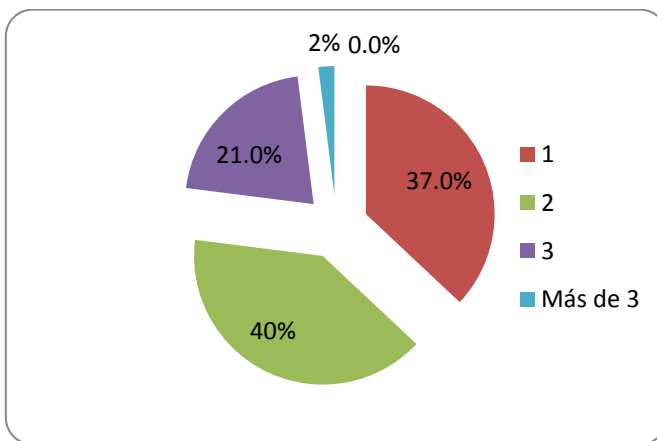
El riesgo general es alto con predominio de piezas cariadas.

El índice de O'leary en los tres grupos de estudio está elevado, demostrando que la ausencia o la mala higiene bucal como causa principal de las enfermedades bucales que padecen.

Según la distribución del componente C del índice de CPOD, se observa mayor concentración personas con presencia entre 1 y 3 caries dentales. (Fig. N°38) y (Cuadro N°30).

Gráfico N°37 :

% Frecuencia de cepillado diario. General



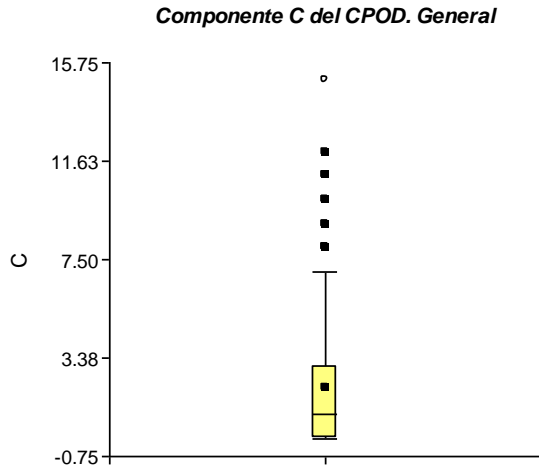
Cuadro N°34:

Frecuencia componente C del CPOD. General

Variable	Clase	FA	FR	FAA	FRA
C	1	150	0.68	150	0.68
C	2	36	0.16	186	0.85
C	3	19	0.09	205	0.94
C	4	6	0.03	211	0.96
C	5	4	0.02	215	0.98
C	6	3	0.01	218	1.00
C	7	1	4.6	03	219

Gráfico N°38:

Componente C del índice CPOD- General



Cuadro N°35:

Análisis cuantitativo del componente C del índice de CPOD. General

RESIDENCIA	Variable	n	Media	D.E.	CV	Mín	Máx	Mediana	Q1	Q3
Aguada Guzmán	C	40	1.98	3.27	165.56	0.00	15.00	0.00	0.00	2.00
Allen	C	17	3.88	3.87	99.71	0.00	11.00	2.00	0.00	7.00
El Cuy	C	81	2.10	2.51	119.74	0.00	12.00	1.00	0.00	3.00
General Roca	C	11	0.55	0.69	126.05	0.00	2.00	0.00	0.00	1.00
Lipetrén Chico	C	18	1.50	1.69	112.60	0.00	5.00	1.00	0.00	3.00
Lipetrén Grande	C	12	1.08	1.83	169.10	0.00	6.00	0.00	0.00	1.00
Río Chico	C	40	2.45	2.21	90.07	0.00	8.00	2.00	0.00	4.00

Entre las localidades analizadas; Lipetrén Grande es la que tiene mayor variabilidad con respecto al componente C, ya que posee mayor coeficiente de variación; en cambio Río Chico es la más homogénea en sus datos.

El 50% de la población de Aguada Guzmán posee 0 caries, dentro de ese porcentaje se ubican los niños, los cuales tienen poco acceso al consumo de golosinas en dicha localidad.

En cambio el 50% de los datos observados en la localidad de Río Chico y de Allen poseen como mínimo dos caries, en Río Chico ese porcentaje se ubican los niños, y a diferencia de Aguada Guzmán, estos niños aumentan la cantidad de caries debido a que tiene mayor acceso al consumo de golosinas. En cambio en Allen se ubican en ese porcentaje los niños y adultos, en ellos el aumento es debido al mayor acceso y consumo de hidratos de carbono y menor frecuencia de cepillado diario mayor a tres veces diarias.

Cuadro N°36:

Análisis cuantitativo del componente C del índice de CPOD. Niños-Adolescentes-Adultos-General

RESIDENCIA	EDAD2	Variable	n	Media	D.E.	CV	Min	Máx	Mediana	Q1	Q3
Aguada Guzmán	ADOLESCENTES	C	1	2.00	0.00	0.00	2.00	2.00	2.00	sd	sd
Aguada Guzmán	ADULTOS	C	8	6.13	5.06	82.53	0.00	15.00	6.50	1.00	8.00
Aguada Guzmán	NIÑOS	C	31	0.90	1.47	162.60	0.00	4.00	0.00	0.00	2.00
Allen	ADOLESCENTES	C	2	4.00	2.83	70.71	2.00	6.00	4.00	2.00	6.00
Allen	ADULTOS	C	13	4.15	4.24	102.06	0.00	11.00	2.00	0.00	8.00
Allen	NIÑOS	C	2	2.00	2.83	141.42	0.00	4.00	2.00	0.00	4.00
El Cuy	ADOLESCENTES	C	3	4.67	2.52	53.93	2.00	7.00	5.00	2.00	7.00
El Cuy	ADULTOS	C	22	3.77	3.38	89.58	0.00	12.00	3.00	1.00	5.00
El Cuy	NIÑOS	C	56	1.50	1.57	120.56	0.00	6.00	1.00	0.00	2.00
General Roca	ADOLESCENTES	C	1	0.00	0.00	sd	0.00	0.00	0.00	sd	sd
General Roca	ADULTOS	C	6	1.00	0.63	63.25	0.00	2.00	1.00	1.00	1.00
General Roca	NIÑOS	C	3	0.00	0.00	sd	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Lipetrén Chico	ADOLESCENTES	C	2	0.50	0.71	141.42	0.00	1.00	0.50	0.00	1.00
Lipetrén Chico	ADULTOS	C	10	2.40	1.78	74.02	0.00	5.00	2.50	1.00	3.00
Lipetrén Chico	NIÑOS	C	4	0.50	0.58	115.47	0.00	1.00	0.50	0.00	1.00
Lipetrén Grande	ADOLESCENTES	C	1	0.00	0.00	sd	0.00	0.00	0.00	sd	sd
Lipetrén Grande	NIÑOS	C	11	1.18	1.89	159.73	0.00	6.00	0.00	0.00	2.00
Río Chico	ADOLESCENTES	C	3	3.67	0.58	15.75	3.00	4.00	4.00	3.00	4.00
Río Chico	ADULTOS	C	2	2.50	2.12	84.85	1.00	4.00	2.50	1.00	4.00
Río Chico	NIÑOS	C	35	2.34	2.30	98.18	0.00	8.00	2.00	0.00	4.00

Entre las localidades analizadas; los niños de Aguada Guzmán son los que tienen mayor variabilidad con respecto al componente C, ya que posee mayor coeficiente de variación; le siguen Lipetrén Grande, Allen, El Cuy, ; Lipetrén Chico y por último Río Chico es el más homogéneo en sus datos.

El 50% de los niños de Aguada Guzmán; General Roca y Lipetrén Grande posee 0 caries, en cambio el 50% de los niños de Allen y Río Chico poseen como mínimo 2 caries, la diferencia se explica por el mayor consumo de hidratos de carbono por estos y menor frecuencia de cepillado diario mayor a tres veces diarias.

Entre las localidades analizadas los adolescentes de Lipetrén Chico son los que tiene mayor heterogeneidad del componente C del CPOD, mientras que Aguada Guzmán son el más homogéneo en sus datos.

El 50% de los adolescentes de El Cuy tiene como mínimo 7 caries, le siguen Allen con 6, Río Chico con 4, Aguada Guzmán con 2 y Lipetrén Chico con 1. Esto está en relación directa con el mayor consumo de hidratos de carbono y menor frecuencia de cepillado por parte de los primeros.

Entre las localidades analizadas los adultos de Allen y El Cuy son los que tiene mayor heterogeneidad del componente C del CPOD, mientras que Lipetrén Chico es el más homogéneo en sus datos.

El 50% de la población adulta de Aguada Guzmán tiene como mínimo 6,5 caries, le siguen El Cuy con 3, Río Chico y Lipetrén Chico con 2,5, Allen con 2 y por ultimo General Roca con 1. Este aumento en la población de Aguada Guzmán se debe al aumento por encima de la media de los momentos de azúcar y a la baja frecuencia del lavado de sus dientes mayores a 3 veces diarias.

DATOS SOCIALES

De los datos obtenidos de las localidades de Aguada Guzmán, Lipetrén grande, Lipetrén Chico, El Cuy, Río Chico, General Roca y Allen se obtuvieron los siguientes datos:

La población está comprendida por el 50.86% sexo femenino y el 49.14% sexo masculino; la edad promedio es 19 años, que corresponde 27.07% a adultos; 6.11% a adolescentes y el 66.81% a niños.

Las comunidades que fueron estudiadas son:

- Kom Amulein.
- Romamulein.
- Peñi Mapu.
- Tripalco Rañing.
- Epuliniyeu.
- Trapai-Sanil.
- Connennehue.
- Tarai Mapu.
- Lof Leufuche

El 17.12% de la población estudiada habla lengua Mapuche, mientras que el 82.88% habla solamente castellano estándar.

Se observó que el 28.8% de la población posee un ingreso regular, el 68.13% no poseen cobertura social, por lo que se explica las grandes dificultades al acceso de salud privada como así también pública.

En los niños se observa que tienen un bajo riesgo de contraer enfermedad bucal debido a que los indicadores de enfermedad se encuentran entre los estándares.

Gráfico N°39:

% según sexo. General

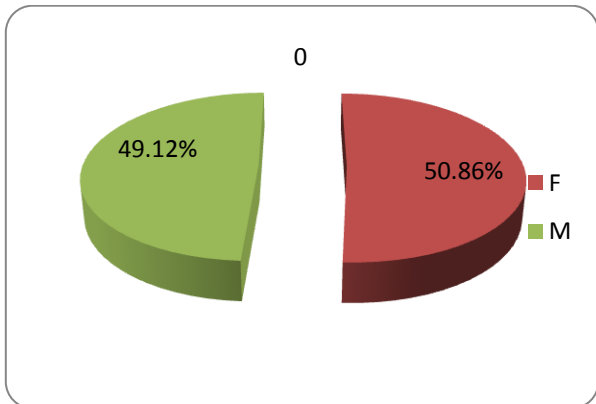
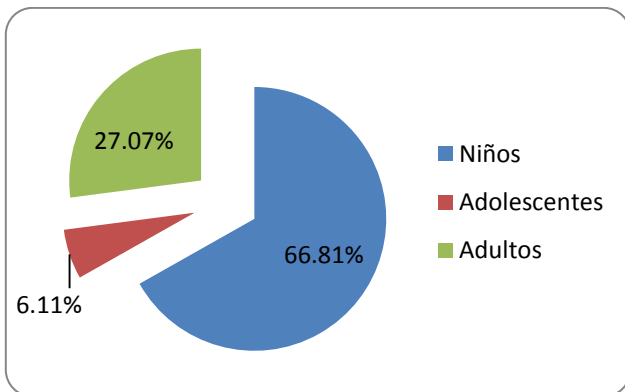


Gráfico N°40:

% población estudiada. General



CRUCES DE VARIABLES

Se realizaron cruces de distintas variables para ver qué relación tenían entre éstas, para lo cual se utilizó el programa de estadística Infostat/P.®

- Momentos de azúcar mayores a 4 con el componente C (cariado) del índice de CPOD.

MOMENTOS DE AZUCAR = 6,00

Frecuencias absolutas

MOMENTOS DE AZUCAR	C	Total	Porcentaje
6,00	0,00	8	44,44
6,00	1,00	3	16,67
6,00	2,00	1	5,56
6,00	3,00	3	16,67
6,00	6,00	1	5,56
6,00	7,00	1	5,56
6,00	9,00	1	5,56
6,00	Total	18	100,00

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	15,44	6	0,0171
Chi Cuadrado MV-G2	12,45	6	0,0526
Coef.Conting.Cramer	0,93		
Coef.Conting.Pearson	0,68		

Conclusión: Se observa que hay una relación es decir una dependencia entre ambas variables, determinando que el consumo de azúcar por encima de los 4 momentos permitidos, tiene una influencia directa con la producción de la placa bacteriana y como consecuencia, caries dental.

- Frecuencia de cepillado con el componente C (cariado) del índice de CPOD.

Frecuencia Cepillado diario = 1

Frecuencias absolutas

Frecuencia Cepillado diari..	C	Total	Porcentaje
1	0.00	30	44.78
1	1.00	10	14.93
1	2.00	9	13.43
1	3.00	7	10.45
1	4.00	5	7.46
1	6.00	2	2.99
1	8.00	1	1.49
1	10.00	1	1.49
1	11.00	1	1.49
1	12.00	1	1.49
1	Total	67	100.00

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	106.58	9	<0.0001
Chi Cuadrado MV-G2	80.90	9	<0.0001
Coef. Conting.Cramer	1.26		
Coef. Conting.Pearson	0.78		

Frecuencia Cepillado diario = 2

Frecuencias absolutas

Frecuencia Cepillado diari..	C	Total	Porcentaje
2	0.00	20	28.17
2	1.00	13	18.31
2	2.00	12	16.90
2	3.00	4	5.63
2	4.00	7	9.86
2	5.00	5	7.04
2	6.00	5	7.04
2	7.00	1	1.41
2	8.00	1	1.41
2	9.00	1	1.41
2	11.00	1	1.41
2	15.00	1	1.41
2	Total	71	100.00

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	69.79	11	<0.0001
Chi Cuadrado MV-G2	64.23	11	<0.0001
Coef. Conting.Cramer	0.99		
Coef. Conting.Pearson	0.70		

Frecuencia Cepillado diario = 3

Frecuencias absolutas

Frecuencia Cepillado diari..	C	Total	Porcentaje
3	0.00	15	45.45
3	1.00	3	9.09
3	2.00	5	15.15
3	3.00	2	6.06
3	4.00	5	15.15
3	5.00	2	6.06
3	6.00	1	3.03
3	Total	33	100.00

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	29.15	6	0.0001
Chi Cuadrado MV-G2	23.23	6	0.0007
Coef. Conting. Cramer	0.94		
Coef. Conting. Pearson	0.68		

Se observa que hay una relación entre el componente C y las frecuencias de cepillado diario de 1, 2 y 3, quedando justificado que la ausencia de higiene bucal tiene una relación directa con la producción de placa bacteriana, la cual es una de los factores causantes de la caries dental.

B)-ANÁLISIS CUALITATIVO

“Hoy el Estado nos invita a ser parte de un nuevo concepto, interculturalidad. Nos explica que es una invitación al reconocimiento de la diversidad cultural y a tener una relación de respeto mutuo. Creemos que es una forma modernizada de continuar asimilando culturalmente a los pueblos originarios dentro de la llamada cultura nacional”. Esto es parte de un documento de la Coordinación de Organizaciones Mapuches, confederación mapuche neuquina, Newén Mapu, 1997.

Entendiendo que los procesos étnicos identitarios *“enfatan el aspecto dinámico sobre lo estático. Conviene destacar que si el concepto clásico de identidad (al que no puede dejar de adscribirse el de identidad étnica) obstaculiza el desarrollo teórico por lo que, en sí mismo, tiene de inmutable y cristalizador; resulta más preciso y esclarecedor reemplazarlo por el de proceso étnicos identitarios”* (Vasquez H. 2002)

Entendiendo por unidad doméstica (UD) como afirma (Menéndez E. 1992). *“Es necesario descentrar al sujeto tradicional del proceso-salud-atención-enfermedad reemplazando al actor social individual por la relación familia grupo doméstico (UD). De este modo, la UD constituye la microestructura que más importancia tiene en la constitución de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto del PSEA.” En este trabajo el grupo doméstico (GD) será la unidad de análisis.*

Estas categorías de análisis nos permiten interpretar las nuevas formas de vinculación entre los Pueblos Originarios y los Estados, para la solución de conflictos y problemas que surgen de la interculturalidad, reflejada ésta en el encuentro de los profesionales de la salud, en este caso odontólogos y los grupos domésticos en estudio “... *en la actualidad el reclamo indígena solo puede entenderse si se tiene en cuenta el proceso histórico de consolidación del Estado - Nación argentino en la región, las políticas hegemónicas de la administración provincial y las dinámicas socioeconómicas implementadas en la zona a lo largo del tiempo, legitimaron ciertas identidades mientras se invisibilizaban y negaban otras*” (Valverde S 2010 Pag 59).

Estos aspectos se reflejan en la propiedad de las mejores tierras a los pobladores inmigrantes y la lucha de los pueblos originarios por los títulos comunitario de 4 millones de hectáreas que se encuentran a nombre de Estado provincial de Río Negro, siendo estas tierras las más improductivas.

LEGISLACION EN MATERIA DE DERECHOS INDIGENAS EN ARGENTINA. PROVINCIA DE RIO NEGRO.

Constitución Nacional. (Reformada en 1994).

Artículo 75 inc.17 “Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones.”

Legislación Nacional. Ley 14.932. Aprobación de convenios de la Conferencia Internacional del Trabajo; Protección e integración de las poblaciones indígenas, tribales y semitribales en los países independientes. Buenos Aires, 10 de noviembre de 1959. (Boletín Oficial, 29 de diciembre de 1959).

Legislación Nacional. Ley 23.849 Aprobación de la Convención de los Derechos del Niño [Fragmentos sobre indígenas]. Buenos Aires, 27 de setiembre de 1990. (Boletín Oficial, 22 de octubre de 1990).

Legislación Nacional. Ley 23.302 Protección de comunidades aborígenes. Buenos Aires, 30 de setiembre de 1985. (Boletín Oficial, 12 de noviembre de 1985). Crea el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI).

Legislación Nacional. Ley 24.071 Aprobación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Buenos Aires, 4 de marzo de 1992. (Boletín Oficial, 20 de abril de 1992).

Legislación Nacional. Ley 24.544. Aprobación del Convenio Constitutivo del *Fondo para el desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe*. Buenos Aires, 13 de setiembre de 1995. (Boletín Oficial, 20 de octubre de 1995).

Legislación Nacional. Ley 24.956. Censo de Población Buenos Aires, 29 de abril de 1998. (Boletín Oficial, 28 de mayo de 1998).

Legislación Nacional. Ley 25.517. Disposición sobre restos mortales de aborígenes que formen parte de museos y/o colecciones públicas o privadas. Buenos Aires, 21 de noviembre de 2001. (Boletín Oficial, 20 de diciembre de 2001).

Legislación Nacional. Ley 25.549. Declaración de utilidad pública. Adjudicación de tierras a la Comunidad Indígena del Pueblo Wichi Hoktek T'oi. Buenos Aires, 28 de noviembre de 2001. (Boletín Oficial, 31 de diciembre de 2001).

Legislación Nacional. Ley 25.607 Campaña de difusión de los derechos de los pueblos indígenas. Buenos Aires, 12 de junio de 2002. (Boletín Oficial, 18 de junio de 2002).

Legislación Nacional. Ley 25.81. Declaración de utilidad pública y sujetas a expropiación tierras de Lapacho Mocho. Buenos Aires, 5 de noviembre de 2003. (Boletín Oficial, 1 de diciembre de 2003).

Legislación Nacional Ley 26.160. Declara la emergencia en materia de posesión y propiedad de las tierras que tradicionalmente ocupan las comunidades indígenas originarias del país, cuya personería jurídica haya sido inscripta en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas u organismo provincial competente o aquéllas preexistentes por el término de 4 (CUATRO) años. Sancionada: Noviembre 1 de 2006 Promulgada: Noviembre 23 de 2006.

Legislación Nacional Ley 26554. B.O. 11/12/2009 se prorroga el plazo establecido en la ley 26.160, hasta el 23 de noviembre de 2013.

PROVINCIA DE RIO NEGRO.

Constitución de la Provincia de Río Negro. (1988) art.42. "El Estado reconoce al indígena rionegrino como signo testimonial y de continuidad de la cultura aborigen preexistente, contributiva de la identidad e idiosincrasia provincial. Establece las normas que afianzan su efectiva incorporación a la vida regional y nacional, y le garantiza el ejercicio de la igualdad en los derechos y deberes. Asegura el disfrute, desarrollo y transmisión de su cultura, promueve la propiedad inmediata de las tierras que posee, los beneficios de la solidaridad social y económica para el desarrollo individual de su comunidad, y respeta el derecho que les asiste a organizarse".

Ley 674 otorga tierras a la Agrupación Indígena Ancalao. Viedma, 11 de octubre de 1971. (Boletín Oficial, 21 de octubre de 1971).

Ley 1.968. Crea Comisión de estudio del problema aborigen de la Provincia de Río Negro. Viedma, 16 de mayo de 1985. (Boletín Oficial, 30 de mayo de 1985) (Ley derogada)

Ley 2.200. Reserva tierras para radicación. Agrupación Indígena Cañumil. Viedma, 24 de noviembre de 1987. (Boletín Oficial, 7 de diciembre de 1987)

Ley 2.233. Crea la Comisión de Estudio del Problema Indígena de la Provincia de Río Negro. Viedma, 1 de setiembre de 1988. (Boletín Oficial, 19 de setiembre de 1988).

Ley 2.287. Protección Integral del Indígena de Río Negro. Crea el Consejo de Desarrollo de las Comunidades Indígenas. Viedma, 15 de diciembre de 1988. (Boletín Oficial, 2 de enero de 1989). Esta Ley tiene por objeto el tratamiento integral de la situación jurídica, económica y social, individual y colectiva de la población indígena, reconocer y garantizar la existencia institucional de las comunidades y sus organizaciones, así como el derecho a la autodeterminación dentro del marco constitucional, implicando un real respeto por sus tradiciones, creencias y actuales formas de vida.

Capítulo V. De la seguridad social, el trabajo y la salud.

Artículo 43.- El Consejo Provincial de Salud Pública, deberá crear unidades sanitarias en las comunidades indígenas, que carezcan de tales servicios y adecuar las existentes, tomando las medidas necesarias para priorizar dicha acción. Dispondrá asimismo, la formación de agentes sanitarios pertenecientes a la misma comunidad.-

Artículo 44.- La autoridad de aplicación de la presente Ley impulsará coordinadamente con el Consejo Provincial de Salud, el funcionamiento de los Consejos Hospitalarios.-

Artículo 45.- La autoridad de aplicación habrá de formular en conjunto con el Consejo Provincial de Salud, los planes, programas y acciones en materia de salud, de acuerdo a las prioridades de la comunidad indígena.-

Ley 2.641. Otorga título de propiedad en forma gratuita a integrantes de la reserva indígena Ancalao. Viedma, 17 de junio de 1993. (Boletín Oficial, 26 de julio de 1993)

Ley 2353 adhiere a la Ley Nacional 23.302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades indígenas.

La ley D 4275 –al adherir a la ley nacional 26.160 suspensión de la ejecución de sentencias, actos procesales o administrativos, cuyo objeto sea el desalojo o desocupación de las tierras contempladas en el art. 1º, por el plazo de la emergencia declarada.

Decreto 310/1998 Le da el marco de funcionamiento al CO.DE.C.I. Integración. Funciones. Sancionado 6/4/1998; Publicado 24/7/2003.

Los pueblos indígenas y los principales instrumentos de Derecho Internacional.

Convenio 169, Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. versa sobre “derechos humanos fundamentales”.

Derecho a la Participación, Consulta y Consentimiento previo libre e informado. Artículos 6; 18 y 19

Derecho a la Salud. Artículo 25. El artículo se complementa con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y el artículo 10 del Protocolo de San Salvador que establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Estos tratados obligan a los estados a reconocer a la salud como un bien público y a adoptar las medidas necesarias para garantizar la atención primaria, la reducción de la mortalidad

infantil, la higiene del trabajo y el medio ambiente, la inmunización de enfermedades infecciosas, la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole y la asistencia y servicios médicos, especialmente a los sectores más vulnerables de la población. Incluye conceptos tradicionales que los pueblos indígenas tienen sobre la salud, los cuales incluyen aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales, así como las relaciones entre individuos, comunidades, el medio ambiente y la sociedad en general.

Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales

Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos. Ambos tratados fueron especialmente tenidos en cuenta por la mención en el convenio que se hace al derecho de los pueblos a la libre determinación

Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio.

Convención Americana sobre Derechos Humanos; llamada también “Pacto de San José de Costa Rica”.

Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.

Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada por la Asamblea. contiene numerosas disposiciones que resguardan la identidad étnica, mencionando especialmente la del niño indígena.

Declaración de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, realizada en Durban, Sudáfrica en el año 2001, contiene numerosas referencias a los pueblos indígenas.

Declaración sobre los Derechos de las Personas Pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas o Lingüísticas.

Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas elaborado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Septiembre de 2007.

Encuesta complementaria de Pueblos Indígenas INDEC 2004 / 2005.

Estos datos pertenecen a la Región Patagónica que involucra a la población Mapuche de las provincias de Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Población total del país: 113.680 habitantes mapuches.

Población total de la Patagonia: 78.534 habitantes. Varones 40.019. Mujeres 38.515.

El 79,9 % de la población es urbana y el 20,1% de la población es rural

Población total de la Provincia de Río Negro: 25.000 habitantes .

Población urbana: 16.000 habitantes

Población rural: 9.000 habitantes, que corresponden a : 64 % urbana, 36 % rural-

Grupos de edad:

0 – 14 años: 35.4 %

15 – 64 años: 59.5 %

65 y + años: 5.0 %

Población según si reside en comunidades o no:

Reside en comunidades: 16.8 % No reside en comunidades: 83.2 %

Población de 10 años o + según condición de alfabetismo:

92.5 alfabetos; 7.5 % analfabetos

Población de 5 años o + que habla o entiende la lengua indígena:

El 77.9 % no habla ni entiende la lengua indígena; el 21.8 % hablan o entienden, de estos: Habla y entiende 46.3 % no habla y si entiende 53.6 %

Población que posee obra social, o seguro de salud o plan de salud privado:

Tiene 42.8 % y el 57.19 no tiene.

Población que consulta a curador indígena:

Consulta 5.8 % - no consulta el 94,2 %

Población que consulta al médico del hospital público:

Consulta el 89.3 % y no consulta el 10.6 %

Población que consulta a médico privado:

Consulta 31.0 % y no consulta 69.0 %

Población que percibe jubilación o pensión:

Percibe el 5.4 % y no percibe el 94.6 %

Población de 60 años o más que percibe jubilación o pensión:

Percibe el 42.7 % y no percibe el 57.3 %.

Población nacida en Argentina:

Nacida en Argentina 96.2 %, nacida en otro país 3.8 %.

Población que reside en la misma provincia que nació: 92.0 %

Población que reside en provincia limítrofe de donde nació: 6.2 %

Población que reside en otra provincia argentina: 1.3 %.

Población según residencia actual o pasada en una comunidad:

Reside en comunidad el 16.8 %

No reside en comunidad el 83.2 % de estos el 11.2 % residió en comunidad y el 88.8 % nunca residió en comunidad.

Población que residió pero que hoy no reside según motivo:

Estudio 8.7 %, trabajo 42.6 %, motivos familiares 27.8 % y por desalojo de su tierra el 4.0%.

Población de 14 años y +: condición de actividad económica:

El 56.4 % es población económicamente activa. El 43.6 % es no económicamente activa. De los activos, el 91.0 es ocupada y el 9.0 % es desocupada.

Cantidad de hogares que creen importante rescatar y transmitir su cultura:

Si el 94.1 % y No el 5.9 %.

Cantidad de hogares que creen que deben aprobarse leyes que permitan el uso de la medicina indígena:

Si el 79.5 % y no el 20.5 %.

Cantidad de hogares que mantienen costumbres y/o realizan prácticas propias de su cultura:

Si el 35.2 % y no el 64.8 %.

Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro. Estadísticas Hospitalarias 2009

3) Estadísticas hospitalarias. Ministerio de salud. Gobierno de la Provincia de Río Negro

Prestaciones odontológicas en Hospitales de Allen y General Roca. 2009.

	ALLEN		GENERAL ROCA	
TOTAL	20.052		34.996	
Consultas	12.383	61.8 %	25.724	73.5 %
Preventivas	1.555	5.8 %	4.740	13.5 %
Pediátrica	899	4.5%	869	2,5%
Periodoncia	359	1,8%	104	0,3%
Endodoncia	10	0.01%	3	0,01%
Operatoria	205	1.0 %	595	1,7%
Cirugía	4.962	24,7%	2.961	8.5%

1)-A primera vista de este cuadro podemos inferir que en Allen la utilización del hospital es mayor a General Roca en relación a la cantidad de habitantes. En Allen un 68% en relación a la población y en General Roca un 38%.

2)-Que el porcentaje de consultas en relación a las prácticas es mayor a las prácticas concretas, o sea que la demanda espontánea va a la consulta y en su mayoría no retorna. Se le receta un calmante o un anti inflamatorio o un antibiótico y solucionado el dolor no vuelven para la práctica indicada. Si consideramos que en

Allen hay dos odontólogos (Hospital cat. 4) y en General Roca seis, (hospital cat. 6) hay un evidente rechazo a la demanda

3)-Que las prácticas mutilantes quirúrgicas, como la extracción dentaria en el caso de Allen es de 24 extracciones por una obturación, y en General Roca es de 4,9 extracciones por obturación. Relación que se invierte en el sub sector privado y de obras sociales, donde es de 3 obturaciones por extracción aproximadamente.

Este es un indicador de calidad de atención odontológica.

B)-Entrevistas semiestructurada se procedió a la elaboración de patrones interpretativos para la posterior organización de la información obtenida.

La concepción de la comunidad seleccionada en relación con la salud en general y la salud bucal específicamente.

Reconocimiento de las prácticas preventivas/curativas realizadas por la comunidad en estudio.

Los procesos de legitimación de dichas prácticas.

El reconocimiento de las terapéuticas utilizadas para las enfermedades bucales y odontalgias.

La visualización de las propuestas del sistema medico odontológico provincial y la formas de utilización del mismo por parte de la comunidad.

RESULTADOS CUALITATIVOS- CUANTITATIVOS¹



¹ Los datos cuantitativos y cualitativos fueron tomados en el transcurso de este trabajo de tesis, son de elaboración propia junto a docentes y alumnos de la materia Práctica Social Curricular de la UNRN

1) TRABAJO DE CAMPO EN LA COMUNIDAD RURAL KOM AMULEIN DE AGUADA GUZMAN

Participantes:

El señor Emilio Cabrera , delegado para el Alto Valle del Parlamento Mapuche y del Consejo de Desarrollo de Comunidades Indígenas (CODECI) y representante (lonko) de la -Comunidad Mapuche Kom Amulein del paraje Aguada Guzmán.

-Diferentes miembros de la comunidad.

-Miembros del equipo de Investigación de la UNRN.

Se obtuvieron datos tales como:

La población de Aguada Guzmán está constituida por un asentamiento urbano de unas 40 casas en las que residen temporariamente las familias. En determinadas épocas del año migran al área rural dependiendo esto de la demanda de las actividades laborales como la esquila, determinada también por el ciclo escolar y el acceso a ciertos servicios como el centro de salud, el cobro de la Asignación Universal por hijo.

La actividad laboral se centra en la crianza de animales tales como ovejas y chivos, la producción de carne y lana. Algunos pobladores son puesteros (empleados que están encargados del cuidado de los animales y del campo cuyo propietario no reside en el lugar).

Otros son poseedores precarios (no tienen título de propiedad) de las tierras y su pequeña actividad agropecuaria se basa en la venta de la lana y de la carne según la época del año, principalmente de corderos y chivos en el verano.

Debido a la dispersión geográfica, a la distancia entre cada unidad doméstica y a las inclemencias climáticas se desarrollan actividades propias de estas características basadas en el hogar, como el hilado de la lana, el tejido, el trabajo del cuero, curtido

de pieles para la fabricación de quillangos y elementos utilizados por el hombre de campo.

En el ámbito religioso existen 3 iglesias: 2 Evangélicas y 1 Católica, se observa mayor cantidad de concurrentes en la Iglesia Pentecostal (Evangélica), y refieren que “el Pastor “entiende más a la comunidad, es miembro de la comunidad, nosotros oramos para que Dios cure” tal cual lo expresa Alicia una informante clave, mientras que la Iglesia Católica representada por un sacerdote que concurre solo una vez por mes a la comunidad, no posee demasiados seguidores.

En cuanto a la educación la mayoría de los adultos no han completado la escuela primaria.

Los niños hoy concurren en su totalidad a la escuela completando la escuela primaria y realizando la escuela secundaria de manera virtual.

La escuela en Aguada Guzmán tiene Internet y Wi Fi y también servicios básicos como agua corriente y luz eléctrica.

Es necesario remarcar cuando hablamos de educación formal (escolarizada) en la comunidad existe una valoración muy positiva que se sustenta en los constantes reclamos y negociaciones que establecen con los organismos gubernamentales para mejorar las condiciones de la educación en su comunidad, como por ejemplo la construcción de un aula para la escuela media con modalidad virtual.

En comparación con otras comunidades mapuches vinculadas a esta investigación el uso del *mapuzungun*, lengua originaria no está generalizado, se observa que en la mayoría de los pobladores se ha perdido quedando solo en algunos casos aislados pobladores hablantes.

En la población adulta se observa un sometimiento-resistencia del *mapuzungun* que se expresa en el proceso de la enseñanza de la lengua materna el cual se ve interrumpido. María de 39 años de edad, lo expresa “En la escuela no nos dejaban hablar el mapuche, a mí me daba vergüenza decir que hablaba, yo sufrí mucho.... en

mi casa sí podía hablar, mi mamá me retaba en lengua, pero yo a mis hijos no les quise enseñar”. En la actualidad este proceso se está revirtiendo y se encuentran en un proceso de revalorización de la lengua de origen.

Existe en el paraje un Centro de Salud, con un único personal permanente que es el Agente Sanitario y un médico y un odontólogo que concurre cada 15 días y permanecen un solo día en el lugar. El médico es Generalista y el odontólogo solo realiza extracciones dentarias sin ningún tipo de equipamiento, realizando las prácticas en una silla doméstica.

Un relato de un miembro de la comunidad expresa... “me fui a sacarme la muela, al otro día ya no estaba el odontólogo en Aguada, tuve un dolor muy fuerte, y fui a la salita y el Agente Sanitario me puso una inyección con un calmante, y se me paso un poco el dolor”, se observa frente a este testimonio la falta del seguimiento por parte de un profesional, cosa imprescindible en ciertos casos por el riesgo que conlleva una posible infección generalizada.

Cuando la situación de salud es más grave el paciente es derivado al Centro de Salud de El Cuy o al Hospital de General Roca. En el caso de los partos se trasladan a la ciudad de General Roca para ser atendidos en el hospital de esa localidad.

Con respecto a la medicina tradicional, se observa el uso de prácticas que las podríamos catalogar como preventivas.

Según algunos miembros de la comunidad la boca, los dientes y los ojos se curan preventivamente antes del nacimiento o durante la lactancia, cuando son bebés.

Otra manera de prevenir las caries en los niños o bebés es “colgar un collar realizado con dientes de liebre”

Menéndez E., define que los modelos médicos “alternativos” como los que engloban prácticas tradicionales asociadas al pensamiento mágico, que se caracterizan por:

-Ser prácticas que son más antiguas que el modelo médico hegemónico, y a veces de culturas diferentes a la occidental.

-Ser contradictorio ya que no tiene consistencia lógica. Sin embargo la existencia de “consistencia lógica” proviene del núcleo del discurso científico.

-No trabaja con relaciones causa- efecto las interpretaciones mágicas son una elección entre opciones.

-Uso de la eficacia simbólica que relacionan personas, tiempos y circunstancias para explicar situaciones del mundo.

En estas comunidades se observa una concepción de que la dentición sana o enferma está determinada antes del nacimiento. Ya en el vientre materno las personas están predispuestas a la enfermedad.

Existe una clasificación de las enfermedades a las que corresponde una clasificación de las hierbas a utilizar en cada caso y con diferentes modos de preparación y aplicación.

2) TRABAJO DE CAMPO EN LA COMUNIDAD URBANA DE GENERAL ROCA, ELEL KIMUN

Participantes:

La representante de la coordinación del Parlamento Mapuche y el Consejo de Desarrollo de Comunidades Indígenas (CODECI). El representante de la comunidad mapuche urbana de General Roca Río Negro “ Elel Kimun”. Diferentes miembros de la misma comunidad.

Se obtuvieron datos tales como:

Conformación de la comunidad *Lofche* (organización comunitaria de vida mapuche): la comunidad se constituye con migración de familias provenientes de

la línea sur (zona vecina a los Menucos, Mencue). Estos asentamientos fueron constituidos originariamente por familias con lazos sanguíneos, luego recibieron población de diferentes grupos familiares.

Esta comunidad forma sus propias organizaciones, las cuales les permiten contactarse con diferentes entidades a nivel provincial y a nivel local, ejemplo de lo dicho es la capacidad de organizar reuniones con profesionales, investigadores de la Universidad Nacional de Río Negro (UNRN) y a través de ello pueden exponer sus tradiciones, criterios, interpretaciones de la realidad social y explicitar sus logros, aspiraciones y sus necesidades tales como el agua, la escuela bilingüe, conformación de recursos humanos para formar maestros en escuelas bilingües, talleres para realizar actividades de interculturalidad y la construcción de un centro comunitario, para funciones de talleres con el fin de poner en práctica sus artesanías entre ellas el tejido, la platería; curso para la conservación de su lengua. Además este centro se constituirá como alojamiento para los jóvenes de la línea sur que migran a las comunidades urbanas, a estudiar. Este alojamiento se complementa con períodos de adaptación para los miembros de las comunidades rurales en su paso a las comunidades urbanas.

En los asentamientos urbanos se encuentran las posibilidades de insertarse laboralmente en actividades tales como: trabajo doméstico, trabajo rural en el Alto Valle, el grupo familiar trabaja como empleados rurales a destajo en la época de cosecha de la manzana, pera y uva como así también “trabajos culturales” se entiende por el mismo, a las actividades que están relacionadas con la totalidad del ciclo productivo (poda, raleo, limpieza de acequia, etc.).

Es de sumo interés la actitud por parte de los miembros de estas comunidades urbanas en preservar su propia lengua, concientizar a los pobladores rurales, conservar a estos en sus trabajos tales como el cuidado de los animales, ovejas, chivos; esquila; en menor grado la confección de artesanías: tejidos y talabarterías.

Con respecto a los tejidos tienen símbolos denominados ñimin en mapuzungun, o “grecas” (las cuales expresan significados en el orden de lo simbólico, ejemplo la fecundidad, la amistad, la identidad del pueblo mapuche; por otro lado transmiten conocimientos de su comunidad), dentro de la población tiene representaciones. Las poblaciones a través de sus representaciones sociales se manifiestan y se expresan.

De acuerdo a los miembros de la comunidad, ellos consideran que estas “grecas” podrían haber evolucionado a un grado de desarrollo de la escritura.

En relación con la salud los miembros de la comunidad manifiestan que: existe una relación de descalificación del saber tradicional frente a la medicina científica. Esto se manifiesta a través de los medios de comunicación radio, televisión y por las recomendaciones de los profesionales de la salud, para que los miembros de la comunidad abandonen su uso, tratamientos y la ingesta de medicamentos “caseros”. La comunidad en el desarrollo de sus procesos identitarios reconoce asignaciones de enfermedades propias de la comunidad y la validez de su farmacopea como revalidación de su identidad étnica.

El término “lahuen” se refiere a las plantas que poseen propiedades curativas, dichas plantas son reconocidas por la comunidad y son utilizadas en forma de ungüentos, infusiones, jarabes. También hacen referencia a prácticas curativas tales como empacho, mal de ojos.

Generalizan el uso de hierbas “lahuen” para dolencias y para los problemas odontológicos la preparación de pastas. En relación con la salud bucal, manifiestan los problemas de accesibilidad a tratamientos más complejos (prácticas de 2° nivel, endodoncia, cirugías bucomaxilares, reconstrucciones coronarias y de 3° nivel tales como prótesis dentales).

Se reconoce la importancia de la religión pentecostal en las comunidades rurales y urbanas. Manifiestan a diferencia de los datos obtenidos en comunidades rurales que la religión anteriormente citada produce alejamiento de sus valor identitarios.

La aceptación de esta religión por parte de miembros de la comunidad estaría basada en temores tales como castigos divinos, etc.

Se profundizó sobre los conflictos étnicos relacionados con la comunidad mapuche en el espacio de interrelación con la sociedad local en la que interactúan considerando aspectos económicos, religiosos, educativos, ejemplos; y considerando los trabajos que se refieren al impacto y los aspectos sociales que generan los procesos de inversión de capitales en ciertas poblaciones (minería, petróleo).

A nivel individual, se observa un proceso de hibridación y de integración de las diferentes lógicas sanitarias y religiosas que coexisten en espacios diferentes del territorio. Como nos señala un integrante de la comunidad Mapuche de los Lipetrenes, la mayoría adhieren a la religión evangélica, estando muy comprometidos algunos de ellos, personalmente, nos relata uno de sus miembros que están construyendo en lo alto de uno de sus cerros (Sierra de los Lipetrenes) un templo evangélico “porque a él la religión lo sacó del alcoholismo y le salvó la vida y van al templo a rezar y agradecer”. (Entrevista personal con un miembro de la comunidad)

Significaciones sobre el conocimiento tradicional mapuche en salud

Con respecto al conocimiento y concepción de la salud indígena, se observa que entre los funcionarios *mapuche* y miembros del sistema sanitario (agentes de salud) existe una descripción que destaca como elementos centrales del conocimiento tradicional *mapuche* en salud, y es, su carácter holístico, su concepción dialéctica entre opuestos complementarios (significados ya sea como fuerzas de la naturaleza, o como valores morales), asociando el término “salud” básicamente a la noción de “equilibrio”.

La visión indígena es holística, es una cosmovisión integral: es todo parte de una sola cosa, la salud, la agricultura, la producción; si falta una sola se produce el desequilibrio.”

-“Mi hija está muy enferma del hígado, dicen los médicos, y la atienden en el hospital de General Roca, pero la llevaron en la ambulancia para hacerle una ecografía, la vinieron a buscar a las cuatro de la mañana y cuando llegaron allá no habían sacado turno, así como la llevaron la trajeron, pero yo la estoy curando con unos remedios de acá porque yo sé que lo que ella tiene mal es la pajarilla.”

-Qué es la pajarilla?

-Esto que está acá (señala zona hepática)

-Y cómo prepara sus remedios?

-Bueno, eso lo sabemos nosotros que lo aprendemos de nuestros padres

-Con plantas o yuyos de por acá?

-Sí claro, hay que conocerlos nomás

-y cómo se los da?

-Se hace azúcar quemada y se le agregan las plantas y agua y se deja descansar y lo tiene que tomar nomás, lo que pasa es que hay que saber qué dar, y yo sé. A mí, me vienen a ver y yo les preparo todo.

-Y cuando le duelen los dientes?

- Eso es porque no los curaron antes de nacer

-Cómo es eso?

-Tienen que pedirle a la naturaleza, pero cuando está embarazada, sino no sirve, después es tarde, también se le cuelga al bebé un collar con dientes de liebre para que no tenga el mal de los dientes.

-hemos visto que aquí los niños en la escuela no tienen caries o son muy pocos los que tienen caries y creemos que es porque comen poca azúcar porque aquí no hay quiosco que les venda golosinas, pero también hemos visto que los adultos han perdido muchos dientes.

-Es que cuando vamos al hospital te sacan nomás

-Nuestras creencias es que enfermamos cuando hay desequilibrio en la naturaleza. Aquí hace cinco años que no llueve, entonces ese es un desequilibrio.

(Entrevista en la casa del Lonco en Aguada Guzmán, a su vez es comisionado y representante de la comunidad)

La escuela del paraje de Aguda Guzmán es el lugar donde se centran las actividades sociales, comunales y donde se realizan las reuniones para tratar todos los “temas” que surjan como problemas dentro de la comunidad.

Los niños y adolescentes de la comunidad almuerzan y meriendan en la escuela. El turno de mañana se queda a la tarde ya que allí tienen conectividad a internet y tienen un único televisor, los alumnos vuelven a sus casas, algunas de ellas alejadas de la escuela, ya que viven en sus hogares rurales, luego de la merienda, ya que no tienen servicios de electricidad en el campo.

Experiencia en el Hospital Makewe Pelale, Chile.

Coherentemente con su pertenencia cultural, los representantes de las comunidades mapuches se apropian de los postulados del conocimiento tradicional en salud como una explicación válida de la realidad y del proceso de salud/enfermedad, mientras que los agentes sanitarios no pertenecientes a las comunidades *mapuche* tienden a asociar la interpretación de la salud indígena a supersticiones y creencias, lo que sustenta importantes prejuicios valorativos hacia la población *mapuche*.

“Primero con las enfermedades, lo hemos visto, por el núcleo familiar que en mi familia, por ejemplo, cuando hay un problema, una enfermedad todos están

enfermos, todos están preocupados de la persona. Y eso creo que no viene de ahora sino que ha sido siempre en nuestra cultura *mapuche*; siempre fue. Ahora yo creo también en las fuerzas, porque todo tiene un sentido, también los sueños, los sueños también tienen para nosotros un significado... un sistema de orientación. Los sueños, creo que son un anticipo de algo que va a suceder más adelante.” (FUN. MAP.)

Entre los pacientes que acuden al Hospital, independientemente de su origen cultural, pero siendo habitantes del territorio ancestral *mapuche* de *Makewe Pelale*, se observa una importante presencia de prácticas medicinales caseras, no siempre abiertas al espacio público. Los relatos de pacientes y funcionarios del Hospital expresan además la vigencia del conocimiento casero en su transmisión familiar que tiende a manifestarse de una generación a otra.

“Con los niños repente pero ellos son sanos, casi no se enferman. Uso antibióticos muy poco, solamente cuando son enfermedades... con bacterias; le hacen bien, se le corta. Pero lo demás que sea resfrío, que le duela la guata, son hierbas o cualquier remedio casero que uno sepa hacerle, le damos aquí en la casa y se la pasa. El niño tomaba jugo de *Pilay* y se le quitaba la fiebre, le bajaba enseguida, así un poquito con agüita y la hierba se la poníamos en la frente o en la guatita, y listo, el descansaba de la fiebre...se le pasaba todo. Son unas hojitas que salen como enredadera.

No sé cómo se llama en castellano, porque el nombre *mapuche* es *Pilay*.”

(PAC. NO MAP. y PAC. MAP.)

“Nací en el campo, en un pueblito en la provincia de Ñuble, Portezuelo. Mi papá y mi mamá no tenían tierras ni casa, nada; sino que ellos vivían así en los fundos cuidando una casa. Mi mamá sí, era buena ella, conocía todo lo de campo. Ella hacía la tortilla, le hacía el mote... tomaban mate. Ella sabía muchas cosas de campo, entonces yo con ella aprendí; y a nosotros igual siempre nos hacía remedios caseros

igual. Acá igual mi suegra que también me dice cualquier cosa, remedio de algo y uno va aprendiendo.”(PAC. NO MAP.).

“Mi mami siempre sanaba a las personas. Yo salía a buscar yerbas con mi mamá, salía a buscar hierbas con mi abuelita para las personas con problemas en mejorarse, y son hierbas bien buenas porque se mejoraban.

Viven unos cuantos años más... y aprendí de ellas y nunca se me olvidó a mí... cuál eran los remedios que buscaban... fuerte, era tan fuerte el remedio que se le caían sus pestañas, sus cejas.” (FUN. MAP.)

“Jugando fútbol me fracturé un tobillo, primero fui donde mi mami porque es componedora, pero bien escondida; ella no está involucrada acá, pero le llega mucha gente. Tenía una luxación y ella me la arregló y me dijo: “Tenis fractura, tenis que irte pa’ *Temuco*”. Ahora como lo supo ella? Ella dice que no lo sabe explicar porque es una cuestión de la yema de los dedos, ella palpa y sabe que es fractura. Parece que yo lo voy a heredar porque han habido algunas luxaciones que las he resuelto yo...bastante interesante. Yo creo que se hereda, sí, se hereda.” (FUN. MAP.)

El uso de las hierbas medicinales es altamente popular entre los pacientes del sector, existiendo un importante conocimiento de las propiedades terapéuticas de éstas, uso que se ve facilitado por su existencia en el sector.

“Tengo hartas matas naturales: tengo el toronjil *cuyano* que es muy bueno para la presión, baja la presión. También dicen que es bueno para los nervios, porque al niño cuando le daba la maña en el colegio, le hacía una agüita de toronjil y le daba. Aquí hay hartos remedios, salió solita esa matita de *matico*, yo también me lavaba mis heridas, me lave hartos con *Matico* y me hacía bien. Tomaba salsa parrilla....para la diabetes. El cogollo de eucalipto, había que hervirlo, siete cogollos de eucalipto hervirlo en un litro de agua, hasta que quede la mitad del agua...y ese era un

secreto que me dieron acá en el campo... hervir las hojitas más nuevas y después tomarse el agua durante el día, ese medio litro que quedara más o menos.

Al otro día, volver... era por siete días. Estuve bastante bien por un tiempo; después no lo he vuelto a hacer tampoco. La chanca piedra que me recetaron también para que la tomara, por el estómago y para la diabetes.

Porque sufría mucho de dolores, me hincho bastante también... tomaba, y me mantenía bien, por lo menos no me hinchaba, ni sufría de dolores de estómago. Porque yo, el comer algo así que sea un poco en exceso o algo que me caiga mal, se me pone una pelotita aquí, dura. Entonces me empieza a molestar, como que me clava, me duele así, y tengo que tomar cualquier agua de menta, o de orégano... El orégano también me lo recetaron que era desinflamante y también tomo siempre agüita de orégano y se me desinflama, 2012)

En coherencia con la concepción *mapuche* tradicional, la etiología del mal de ojo es descrita por pacientes y funcionarios *mapuches*, por envidia o por llamar demasiado la atención de extraños, lo que se resuelve recurriendo a un sanador *mapuche*.

“Gente que le gusta la maldad va a haber en todos lados, gente que son envidiosas... y la pueden enfermar. “Mira, esta señorita, no me gusta que tenga una profesión”, y la envidia está y la enferman porque la miran con rabia y con enojo, y no con una mirada que: “pucha, que bueno que es profesional”. La envidia siempre va a reinar... les transmite las malas vibras...con el mirar Ud. puede ver... porque hay unas miradas que clavan como si fuera fuego. Por eso es que hay niños que se ojan.

CONCLUSIONES



INFORME FINAL

Todas las sociedades generan sus propias prácticas y representaciones para poder enfrentar, convivir, solucionar y en lo posible erradicar los padecimientos.

Las comunidades mapuches en las que realizamos entrevistas no distan del resto de las comunidades de la región Norpatagónica ni del resto de los pueblos originarios de la Argentina. Comparten aspectos que tiene que ver con situaciones de desvalorización y falta de reconocimiento que también se manifiestan en el ámbito de la salud.

Antes de la conquista la medicina indígena se establecía como la única forma de curar que se vio transformada después de la conquista del desierto, cuando entra en contacto con la medicina hegemónica, la oficializada por el estado, estableciendo así una relación de subalternidad.

El conocimiento obtenido de los factores que constituyen barreras hacia la oferta y hacia la demanda para los servicios de salud en los parajes de la Línea sur Rionegrina se observaron factores relacionados a los servicios mediante observaciones estructuradas, entrevistas con agentes sanitarios y líderes comunitarios y grupos focales con miembros de comunidades en los parajes de Aguada Guzmán, Sierra de los Lipetrenes y Río Chico. La investigación encontró una seria deficiencia en el abastecimiento de insumos esenciales para la atención en un segundo nivel y constituye la barrera principal para el logro de los objetivos en la rehabilitación bucal de los habitantes de dichas comunidades. La falta de insumos tiene un efecto directo en la efectividad de las intervenciones y un efecto indirecto, pero muy importante, sobre la demanda para los servicios. En todos los grupos focales los miembros de la comunidad indicaron que el desabastecimiento de insumos y de equipamientos es uno de los factores que más afecta la percepción negativa de los servicios odontológicos de salud. Los proveedores de salud también indicaron que les dificulta proveer servicios de calidad y sólo se limitan a la práctica de extracciones dentarias

Las barreras para la reducción de las prácticas extraccionistas incluyen la falta de capacidad resolutive en el segundo nivel de atención relacionado con la falta de equipos odontológicos y de profesionales odontólogos en las salas sanitarias de los parajes mencionados, así como problemas relacionados con el sistema de referencias en casos de complicaciones por infecciones dentarias en que deben esperar el paso de la ambulancia que pasa por los parajes con el médico y el odontólogo. La falta de implementación de tecnologías y procedimientos apropiados para lugares de escasos recursos es otro factor que limita la efectividad de los servicios. También se detectó la necesidad de fortalecer el conocimiento de prácticas preventivas por parte de las comunidades que ante la falta de profesionales y la limitación de conocimientos preventivos por parte de los agentes sanitarios en las enfermedades prevalentes bucales, las extracciones dentarias es la única resolución a sus problemas dentarios y acepta esto como una única respuesta eficaz. El costo de combustible y la falta de transporte, las dificultades de acceso ocasionados por razones climáticas sumado a esto las cenizas del volcán Puyehue que aisló durante un año completo a las comunidades de los Lipetrenes representan unos de los desafíos más grandes para todos los grupos entrevistados.

Los entrevistados de las comunidades coincidieron en reportar las falencias del sistema sanitario ya que en muchas ocasiones si no llegan en el horario en que se entregan los turnos, habitualmente deben llegar antes de las cuatro de la madrugada “para hacer la cola” en los hospitales de las ciudades cercanas a las que deben trasladarse, cuando requieren atención, el trato irrespetuoso en los servicios sigue siendo una barrera hacia la utilización de los servicios. Se debe tener en cuenta que para trasladarse deben hacerlo durante el día, dada las condiciones de los caminos y porque poseen vehículos antiguos que en el caso de requerir ayuda deben esperar el paso de otro vehículo que los auxilie. Los miembros de las comunidades se quejaban de las largas esperas y del hecho que en algunas ocasiones, aunque viajando desde sus parajes y tras horas de espera, no se atienden por falta de cupo también considerándolo una falta de respeto.

Fortalecer el sistema de abastecimiento de insumos, enfocando atención especial en los insumos esenciales; mejorar la oferta de servicios al segundo nivel de atención, asegurando la presencia de profesionales

En los centros de salud de difícil acceso capacitar a los agentes sanitarios en atención de emergencia por odontalgias e infecciones y asegurar que tengan medicamentos/equipo esencial para fortalecer el conocimiento en autocuidados.

Capacitar a todo el personal sanitario en relaciones interculturales y en información básica sobre las prácticas culturales indígenas como parte del proceso de inducción y en capacitaciones continuas.

Ampliar la gama de métodos para realizar actividades sistemáticas de promoción y educación relacionadas con promoción y prevención dirigidas a líderes, hombres, mujeres y jóvenes escolarizados

Este informe sintetiza la información obtenida a través de entrevistas con los líderes comunitarios y otros actores claves y de observaciones semi-estructuradas de las instalaciones de salud en las Comunidades de Aguada Guzmán; Río Chico y Los Lipetrenes. Se enfoca principalmente en la capacidad del sistema para implementar las intervenciones reconocidas como las que son más efectivas para la reducción de la morbilidad en las prácticas odontológicas

El sistema de salud en los diferentes parajes de la línea sur Rionegrina se encuentra ausente frente a las dolencia odontológicas, tanto Lipetren Chico, Lipétren Grande como Aguada Guzmán no cuentan con atención odontológica, el centro de salud de estas comunidades sólo es atendido por un agente sanitario que cumple con las tareas de vacunación, control de hipertensos, controles a niños, talla, peso, suministro de medicamentos para hidatidosis y diferentes actividades ligadas a su rol. Con respecto a padecimientos dolorosos ligados a la salud bucal, se les suministra antibióticos (amoxicilinas) y analgésicos provistos por el agente sanitario o médico, en el caso de aparición de situaciones que evalúan como severas para el caso de edema facial o flemones solicitan el traslado en ambulancia o se trasladan en vehículo al hospital más cercano. (Distancias entre 80 y 140km) Cada

15 días se hace presente el médico a atender la demanda de la población. En el transcurso de esos días las personas que sufren dolencias pueden ser derivadas a los centros de salud de mayor complejidad o ser atendidas dentro de la comunidad. Frente a esta situación se evidencian otras formas de curar que son subalternas al saber médico, la de los curanderos, portadores de saberes que se transmiten de generación a generación dentro de la comunidad. Al igual como sucede en parajes alejados de los centros de salud donde la gente que habita y trabaja en los campos como crianceros recurren a diferentes prácticas conocidas o transmitidas entre los pobladores rurales.

El proceso salud–enfermedad se ha desarrollado dentro de un proceso histórico caracterizado por las relaciones de hegemonía/ subalternidad que opera entre los sectores sociales. Por un lado la medicina oficial legal y por otro la medicina tradicional en este caso la medicina indígena, la que cura y previene con la palabra, con objetos, con rezos, con las hierbas, es así que se utilizan diversas especies vegetales que son aplicadas en forma de ungüentos o en infusiones que ayudan a disminuir el padecimiento. Otra manera de curar es con el pensamiento y con la fe, estas prácticas no tienen explicación científica entra en el universo de la eficacia simbólica.

Es así como los aspectos relacionados con la salud bucal, son prevenidos antes del nacimiento de una criatura, a través del “Pensamiento Mágico”, otra manera de prevenir las enfermedades bucales es colocando un collarcito de dientes de liebre en el cuello del bebe.

La mayoría de las actividades técnicas llevadas a cabo por curadores constituyen no sólo hechos técnicos sino también hechos sociales, formas de entender a la enfermedad, más allá de que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales.

La biomedicina sabe que puede ser eficaz, por lo menos respecto de ciertos padecimientos, sin necesidad de recurrir a las prácticas populares. Pero en la

cosmovisión de la gente hay enfermedades que solo pueden ser curadas por la medicina tradicional, la que la medicina científica no tiene repuestas, como el mal de ojo, el empacho, la culebrilla, el daño o el gualicho, muchas de ellas nutridas del saber hispano-colonial.

Con respecto a la salud se consideran diferentes tipos de organizaciones. Como en toda sociedad, hay mecanismos y herramientas de medicina popular (algunos que son propios y otros que son heredados, por ejemplo, de los conquistadores españoles). Pero ninguno reniega de la medicina convencional. Reclaman que hay aspectos culturales que no son tenidos en cuenta en los planes sanitarios o en las formas de encarar las políticas en salud. La gente concurre a los lugares de salud en la medida en que le son eficaces. No hay duda que ante cualquier padecimiento en la salud de cualquier individuo la primera opción para los habitantes de los parajes de la línea sur como en las comunidades indígenas que viven en las ciudades del Valle, es recurrir a la medicina que ofrece el sistema sanitario, ya que encuentran en ella respuestas eficaces. Sucede así aún para los nacimientos en que son programadas las fechas del parto y las madres se trasladan con algunos días de anticipación a la localidad más cercana alojándose en casas de familiares o siendo trasladada en ambulancia. Con respecto a la salud bucal, y las situaciones de dolor intenso que estas enfermedades prevalentes (caries) producen, recurren de inmediato al agente sanitario quien les provee de analgésicos o antibióticos y luego se le realizan las extracciones en el hospital casi como único tratamiento. Se ve reflejada esta situación en la relación del componente diente perdido/diente obturado.

No se puede concluir que las diferencias epidemiológicas guarden relación con las prácticas culturales y tradicionales del saber Mapuche en su cosmovisión, ya que no existen diferencias con otras comunidades que viven en el campo y transitan igual situación en cuanto a barreras de acceso al sistema de salud, tanto por la distancia como la calidad de atención.

Los estudios epidemiológicos nos permiten establecer la eficacia y calidad de los servicios odontológicos; de las encuestas, se infiere que para la población que busca resolver el problema de dolor o infección la extracción dentaria es la solución inmediata, por lo tanto el servicio sanitario es eficaz. Ante el conocimiento escaso de la resolución de problemas odontológicos y la creencia que sólo la extracción dentaria es la solución, es que los índices de piezas dentarias perdidas en los adultos son en extremo altos.

El estudio epidemiológico de incidencia y prevalencia de caries dental, como patología más frecuente en la morbilidad bucal se encuentra presente en un 68,3% de los niños estudiados y un 24,65% en los adultos. Las piezas dentarias perdidas revierte este resultado siendo en niños un 18,95% y en adultos 67,95 % corroborando las prácticas quirúrgicas de extracciones dentarias del sistema de atención.

No puede dejar de mencionarse la necesidad de atención odontológica para los menores de 12 años de edad, con un índice del componente c (cariados en piezas temporarias) del 91,23%, dado que no se considera para los padres de familia una necesidad prioritaria y falta de derivación al odontopediatra en los controles médicos de la infancia del niño sano.

Del componente de piezas dentarias obturadas sólo el 12,75% es resuelta en niños y 7,40% en adultos comparados con los perdidos que es de 18,95% y 67,95% en adultos.

La severidad del daño y la ausencia de medidas preventivas y tratamiento que presentan los escolares y adultos de las comunidades estudiadas nos indican que los servicios no están produciendo el beneficio que requieren los usuarios, esto se puede evaluar considerando que conocemos las necesidades de atención de la población, midiendo el daño presente y las prácticas realizadas en los servicios de atención odontológica a quienes acudieron para resolver su patología.

Si definimos la eficacia como el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo y si el objetivo de un servicio, en este caso prevenir y curar sobre las patologías prevalentes en salud bucal, podemos decir que existen problemas de eficacia en los servicios a los que acudió la población de este estudio.

De los datos epidemiológicos obtenidos se concluye de los índices CPOD y ceod, que los niños poseen un riesgo moderado, con predominio del componente cariado, los adolescentes un riesgo alto también con predominio del componente cariado y los adultos un riesgo muy alto con predominio de piezas perdidas

Entre las localidades analizadas; los niños de Aguada Guzmán son los que tienen mayor variabilidad con respecto al componente C, ya que posee mayor coeficiente de variación; le siguen Lipetrén Grande, Allen, El Cuy, ; Lipetrén Chico y por último Río Chico es el más homogéneo en sus datos.

El 50% de los niños de Aguada Guzmán; General Roca y Lipetrén Grande posee 0 caries, en cambio el 50% de los niños de Allen y Río Chico poseen como mínimo 2 caries, la diferencia se explica por el mayor consumo de hidratos de carbono por estos y menor frecuencia de cepillado diario mayor a tres veces diarias.

Entre las localidades analizadas los adolescentes de Lipetrén Chico son los que tiene mayor heterogeneidad del componente C del CPOD, mientras que Aguada Guzmán son el más homogéneo en sus datos.

El 50% de los adolescentes de El Cuy tiene como mínimo 7 caries, le siguen Allen con 6, Río Chico con 4, Aguada Guzmán con 2 y Lipetrén Chico con 1. Esto está en relación directa con el mayor consumo de hidratos de carbono y menor frecuencia de cepillado por parte de los primeros.

Entre las localidades analizadas los adultos de Allen y El Cuy son los que tiene mayor heterogeneidad del componente C del CPOD, mientras que Lipetrén Chico es el más homogéneo en sus datos.

El 50% de la población adulta de Aguada Guzmán tiene como mínimo 6,5 caries, le siguen El Cuy con 3, Río Chico y Lipetrén Chico con 2,5, Allen con 2 y por ultimo General Roca con 1. Este aumento en la población de Aguada Guzmán se debe al aumento por encima de la media de los momentos de azúcar y a la baja frecuencia del lavado de sus dientes mayores a 3 veces diarias.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN



Dada la alta incidencia que presentan enfermedades bucales como la caries, periodontopatías y maloclusiones, y la gran necesidad de prevenirlas, es que nos sentimos motivados a estudiar los factores de riesgo que sobre ellas influyen. Todos los seres vivos están expuestos constantemente a múltiples y diversos riesgos de enfermar y de morir. El hombre, que vive en un ambiente sociocultural artificial, es decir, creado y desarrollado históricamente por él mismo, tiene por razones ecológicas y sociales una diversidad grande de riesgos y una oportunidad también mayor de enfrentarse a ellos. La noción de riesgo epidemiológico es función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente, vale decir, los riesgos que afectan nuestra salud, dependen de la vida en sociedad, y más precisamente, del tipo estructural de la sociedad en que vivimos.

En vista de las dificultades para la aplicación de modelos de determinación causal en el abordaje de su objeto de conocimiento, la epidemiología moderna se estructura en torno de un concepto fundamental: riesgo. La idea de riesgo ha sido crucial para el desarrollo de una epidemiología de las enfermedades no infecciosas. Riesgo es el correspondiente epidemiológico del concepto matemático de probabilidad; por lo tanto, el concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y en una comunidad dada, con la condición de que no enferme o muera de otra causa en ese período.

Por definición, se observa la convergencia de 3 dimensiones siempre relacionadas con el concepto de riesgo: ocurrencia de enfermedad, denominador de base poblacional y tiempo. Con propósitos científicos u operacionales, el concepto de riesgo se torna más útil al generar nociones correlacionadas como factor de riesgo o grupo de riesgo, por lo que los factores de riesgo (o criterios de riesgo) son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo sucede que están asociadas con el evento. Como

constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden utilizarse con ventajas en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total. Concretamente, entendemos por criterio o factor de riesgo a toda característica y circunstancia determinada ligada a una persona, a un grupo de personas o a una población, de la cual sabemos que está asociada con un riesgo de enfermedad, con la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o con la exposición especial a tal proceso.

A medida que los modelos de riesgo son basados en medidas de incidencia, en rigor, cualquier investigación para evaluación de riesgo tiene que establecer la secuencia temporal de la asociación, o sea, un factor de riesgo debe claramente preceder a la eclosión de la enfermedad.

Una distinción teórica ha sido propuesta entre factores de riesgo (cuyo efecto puede ser prevenido y marcadores de riesgo (atributos inevitables, ya producidos, cuyo efecto se halla por lo tanto fuera de control).

La identificación de factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria. Asimismo, el reconocimiento de marcadores de riesgo puede ser extremadamente útil en la identificación de grupos bajo-alto riesgo, para la prevención secundaria, cuando están disponibles los medios de detección precoz y tratamiento rápido.

Desde los tiempos de Hipócrates, fue establecido que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas.

A medida que la humanidad fue avanzando, un gran número de hombres continuaron señalando la importancia de la prevención en Estomatología, pero no obstante, la Estomatología no se encontraba representada en la Higiene y Epidemiología, ya que el mismo profesional, ignorante de la gran potencia de ella

en este campo, había dedicado su profesión a obturar dientes, extraerlos y reemplazarlos. Pero en los últimos años, esta ciencia ha venido experimentando una notable transformación, al evolucionar de una fase mecánica a una científica, al aplicar una serie de medidas preventivas que persiguen por finalidad la conservación anatómica y fisiológica de los tejidos, y como consecuencia, una mejor salud bucodental y una mejor salud del organismo en general.

Todo esto es lógico que se produzca en la era actual, la cual podríamos llamarla la era de prevención, pues vemos que el individuo se moviliza constantemente. La teoría de los factores de riesgo es uno de los destacados logros de la medicina contemporánea, ya que permite controlar aquellos elementos o procesos que inciden negativamente y obstaculizan el ulterior fortalecimiento de la salud de la población. Esta teoría parte de que la etapa contemporánea de la civilización humana de tránsito del capitalismo al socialismo se caracteriza también por el progreso científico-técnico, que conjuntamente con acciones favorables para la salud, se hacen acompañar de "impuestos" que se manifiestan negativamente sobre ellas. No por casualidad esta acción negativa es denominada algunas veces "el pago" por la adaptación a nuevas condiciones cambiantes de la vida.

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, interrelacionadamente, por lo que con frecuencia fortalecen en gran medida su nocivo efecto para la salud. Se tienen cálculos de la acción combinada de los factores de riesgo que muestran que su acción conjunta siempre es mayor que la simple suma aritmética de los riesgos relativos, por lo tanto, la evaluación de un factor de riesgo será científicamente más aceptable si se consideran no solo sus efectos directos y aislados, sino también sus efectos conjuntos con otras variables de interés. El empleo de diversos índices ha permitido correlacionar en numerosos grupos de población, las principales enfermedades bucales: caries, periodontopatías y maloclusiones con diversos factores de riesgo, indudablemente relacionados entre sí.

Son innumerables los investigadores que coinciden en relacionar los

microorganismos de la placa y la influencia de estos como desencadenantes de caries y periodontopatías. La investigación estomatológica desarrollada en un grupo de países, en los últimos 25 años, constituye un trabajo formidable, y sus resultados facilitan una mejor comprensión del proceso de inicio de la caries dental y de los factores relacionados con esta, lo cual propicia la búsqueda de mejores formas de impedir su aparición.

En la actualidad, existen distintos puntos de vista sobre la valoración de los diversos factores, algunos originados por un enfoque lamentablemente unidireccional, manifestado por algunos autores que tienden a considerar simplemente como decisivos a los factores microbianos que determinan el proceso agresivo en la caries dental, como es el caso de Gibbons, *Bunett* y *Sharp*, que al explicar la etiología de la caries, manifestaron que era de origen bacteriano al comprobar la capacidad que tienen los agentes antimicrobianos de limitar el proceso carioso en animales de experimentación. Las propiedades que poseen los estreptococos productores de dextrán de fermentar grandes variedades de carbohidratos, haciendo que baje el pH por debajo de 4, y el almacenamiento de polisacáridos intracelulares que luego transforman en ácido láctico cuando les falta el sustrato exógeno, los sitúan a la cabeza de los microorganismos productores de caries. Otros autores sobreestiman la importancia de la resistencia del esmalte, y por último, otros enfatizan el papel regulador de la saliva.

Sin embargo, todo el conjunto de esos importantes trabajos de la amplia literatura estomatológica, pueden permitir una concepción integral, que abre nuevas vías a una prevención de caries más efectiva.

La alta prevalencia de caries que se presenta en el mundo entero (afecta del 95 al 99 % de la población), la sitúa como principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas, 9 presentan la enfermedad o las secuelas de esta, que tiene su comienzo casi desde el principio de la vida y progresa con la edad.

Teniendo en cuenta la importancia de la prevención oportuna en los problemas de la cavidad bucal, se han dirigido los esfuerzos a la búsqueda y establecimiento de métodos preventivos eficaces contra la caries dental y la placa bacteriana, entre ellos el flúor en sus diferentes formas, la aplicación de resinas epóxicas y la eliminación correcta de la placa, tanto por medios químicos como mecánicos.

Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causa de daño a la salud.

Para medir el riesgo es necesario decidir cuál es el resultado adverso que interesa, hay que hacer una descripción completa de su epidemiología y de todos los factores de riesgo relacionados. Entonces, cabría preguntarnos: ¿cuáles son los factores de riesgo que en nuestro medio influyen en la aparición de las principales enfermedades bucales en niños?

Los factores de riesgo pueden estar presentes en todas las etapas de la vida, pero en nuestro trabajo, el objetivo son las edades entre 6 y 15 años, porque nos preocupan las condiciones biológicas, psicológicas y sociales que se asocian con un incremento de la susceptibilidad para desarrollar determinadas enfermedades o desviaciones de la salud en esta etapa.

Si no se conoce cómo se comportan los factores de riesgo de estas enfermedades, no se podrán poner en práctica programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa en la prevención.

Los resultados de las investigaciones realizadas demuestran que lesiones ocurridas en la niñez y adolescencia tienen carácter reversible durante los primeros años de la edad adulta, mientras que presentan forma irreversible en la edad madura.

La atención estomatológica integral constituye un reto científico moral, pues el estomatólogo debe ampliar sus conocimientos sobre atención al medio y al hombre.

Aún quedan muchos aspectos por definir en relación con la atención estomatológica al medio social y natural donde residen las personas y las familias; ejemplo de ello sería el conocimiento de la historia social de las enfermedades bucales, los riesgos, y otros factores determinantes sociales, para lo cual es necesario ampliar conocimientos en psicología, sociología, epidemiología, etc.; igualmente los conocimientos relacionados con los factores determinantes biológicos y el desempeño profesional para enfrentarlos, cuya base sería el dominio de la atención primaria en las especialidades estomatológicas Periodoncia, Ortodoncia, Cirugía y Prótesis.

Entonces, educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar mediante un nuevo modelo de atención estomatológica que respondería al concepto de la Estomatología General Integral (EGI), que coloca al hombre como un ser biosocial sobre el que influyen diferentes factores de riesgo, como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad. Profundizando en nuevas investigaciones, teniendo en cuenta al individuo como ser social, estudiando sus hábitos y cultura pensamos contribuir al desarrollo de este modelo, estudiando y analizando los principales factores de riesgo asociados con las caries dentales.

- Teniendo en cuenta los resultados obtenidos con esta investigación, no cabe dudas que resultará de un beneficio extraordinario para nuestra población infantil, pues la identificación de los principales factores de riesgo de las enfermedades bucales más frecuentes en edades tempranas, nos permitirán elaborar programas preventivos concretos dirigidos al control de éstas, con vistas a disminuir en una buena medida su aparición en los niños, y elevar así su nivel de salud. Como conclusión final se ha demostrado que el riesgo de padecer enfermedades bucales es muy alto, predominan las piezas cariadas sobre las perdidas y obturadas.

- El índice de O'leary en los tres grupos de estudio está elevado, demostrando que la ausencia o la mala higiene bucal como causa principal de las enfermedades bucales que padecen.
- Bajo nivel de educación en la población adulta, puede explicar el elevado riesgo de enfermedad bucal y la prevalencia de piezas perdidas.
- El porcentaje muy reducido de personas con ingresos regulares y con cobertura social, indican el dificultoso acceso a los sistemas de salud.

La gestión de la Salud. Del modelo Biomédico al de Participación

Hablar de gestión de salud es pensar en atención sanitaria institucionalizada, pensamiento que es fruto de la historia sanitaria y en especial del proceso de medicalización iniciado a fines del siglo XVII y desarrollado en los siglos sucesivos.

Hoy cuando hacemos una búsqueda bibliográfica del concepto de “gestión de salud”, nos percatamos de que este sentido institucionalizado es casi el único que se contempla.

Sin embargo, las cosas han ido cambiando. Se ha ido produciendo a lo largo del siglo XX un continuo de situaciones que han ido ampliando todo lo nuevo que entendemos por “gestión de salud”, sobre todo gracias a un nuevo concepto de la salud según el cual el paciente que vive en el *pathos* de la enfermedad, se apropia de lo que está viviendo y se anima a participar en su proceso de salud.

Enfermedades como el sida entre otras, han confirmado este proceso, pero además le ha dado un cariz especial. Es el propio paciente, su entorno afectivo-su familia- y la sociedad civil quien pide la palabra, quien empieza a tomar protagonismo y a cuestionar el modelo dominador de gestión de la salud, apuntando hacia uno nuevo, más participativo y menos medicalizado.

La autoatención, el acompañamiento familiar amplio, las organizaciones no gubernamentales de servicio en sida y las nuevas relaciones paciente-sistema sanitario son un claro ejemplo. También es una cuestión política: el debate entre el sector público y el sector privado surge con fuerza. Qué política sanitaria se debe seguir? La policial o la educativa; la impositiva o la propositiva?

El proceso de gestionar la salud está regulado por el propio individuo, donde su participación es necesaria, ya que sin su tarea perseverante no se produce el proceso de salud. Surge entonces la pregunta si hay un modelo posible que sea autónomo y delegado al mismo tiempo, si es posible una definición de “gestión de la salud” que contemple las dos acepciones, pues en el caso del proceso de salud, la colaboración es imprescindible.

La realidad político social del siglo XVII ayudará a que surja una nueva gestión de la salud. La aparición de la organización de los Estados, iniciada en la Alemania de la época, la emigración a las ciudades desde el campo (Francia) y la revolución industrial en Inglaterra producirán una organización administrativa, el control policial de la salud y los sistemas públicos y privados conformando la medicina de Estado. Medicina urbana y medicina laboral, hasta configurar la estructura de lo que hoy continúa estando en la base del sistema llamado biomédico.

El Proceso de medicalización, es lo que Bártoli llama “dilatación tendencialmente totalitaria del ámbito de competencia de la Medicina” y se muestra en

- a) El abandono de la razón teológica/eclesiástica por la razón médica. El neopositivismo, que inicialmente fue un proceso que impulsó la búsqueda y la investigación y lo que el método científico proponía, pero que el tiempo ha transformado en muchas ocasiones en un cientifismo donde la ciencia por la ciencia ahorra cualquier otro objetivo primario.
- b) La institucionalización de la medicina y el control que ejerce sobre lo que llama desviación. Un control político de la población desde el Estado hacia la práctica de la medicina, considerando como mal vistas situaciones y

actitudes como la pobreza, deformidades, enfermedades, estableciéndose la relación entre salud y poder. Foucault ya nos recuerda que eso propicia un mayor control en el que el proceso de salud se ve implicado: interesa tener sana a la población para disponer de ella para el ejército y la productividad laboral. El problema reside en convertir los motivos políticos en razones profesionales.

- c) El rechazo de los saberes populares con la progresiva incorporación del médico institucionalizado en la vida. Aunque el período colonial aporta nuevas informaciones sobre nuevos saberes sanitarios, la preponderancia del saber científico-médico lleva al prejuicio cuando no al menosprecio, de los saberes populares, así como a ignorar otras culturas y sus modelos explicativos tan importantes en la gestión de la salud y la enfermedad.

Políticas de prevención de la policial a la educacional

Las políticas de prevención y sus campañas nos muestran hoy la tendencia evolutiva en la gestión de la salud; se ha pasado de una políticas de control policial a otras más educativas, lo que refleja el paso de una gestión paternalista y de control a otra participativa, autónoma y educativa: el paso de un modelo biomédico más asistencial a uno de *participación* más preventivo.

Los años fueron dando paso a campañas generalistas, ya también localizadas en grupos diana (adolescentes, jóvenes, mujeres, viejos) que no tienen nada que ver con los equivocados grupos de riesgo y tienden a la participación y educación preventivas de las personas. Por otra parte mientras pensamos que la información no cambia hábitos de conducta, hay que trabajar en el nivel más profundo de los valores que dan sentido a la vida y esto exige una coordinación eficaz de todas las personas que trabajan en la formación sanitaria: familia, profesionales sanitarios, centros educacionales. De nuevo se impone una gestión de la salud con una concepción nueva.

Promoción de la salud

Esta nueva forma de gestión de salud aparecen a nivel de la OMS, las políticas de promoción de la salud. Ya no se habla de procesos de salud exteriores, sino de políticas de salud, cuyo objetivo final es la promoción con políticas que contemplen hábitos como la autoatención, la importancia del entorno afectivo, el voluntariado y grupos de ayuda mutua, entre otras propuestas

Autoatención

Como primera línea de acción en la promoción de la salud está la conciencia de que es la propia persona quien tiene mucho que hacer en su proceso de salud; es la protagonista y es ella quien sabe en el fondo lo que quiere y la única que puede decidir en rectitud y competencia qué quiere de la propia vida.

Las relaciones asimétricas del anterior modelo pasan a ser de una simetría en la asimetría. Si bien es cierto que los profesionales saben de la patología, también es cierto que sólo los pacientes saben qué es lo que quieren de su vida. Eso debería alejar toda tentación de paternalismo por parte de los profesionales de la salud. Es cierto que el principio de beneficencia es el rector de la acción del profesional de la salud, pero no se puede olvidar que en el proceso de salud, entendido como el bien del paciente, éste tiene también muchas cosas que decir y la última palabra.

La autoatención comporta la implicación de la propia persona en su proceso de salud, por lo cual la asunción de responsabilidad es ya una parte del proceso

Entorno afectivo, la responsabilidad compartida

En nuestra sociedad donde la familia tiene tanta importancia, habrá que ver cuál es su papel en el proceso de gestión de la salud. Llamamos a estas personas

entorno afectivo, lo cual influye un círculo mayor que el meramente familiar, en el sentido tradicional del término, y que hoy conforman lo que se llama “nueva familia”

No podemos ignorar esta realidad, ya que el peligro de tomar demasiado protagonismo, ejerciendo un paternalismo secundario al de los profesionales es muy grande. Hay familias en que consideran y tratan al paciente como un niño y toman decisiones por él ocultándole información de manera que quien debe presidir el proceso no quede excluido.

Las organizaciones no gubernamentales

En este nuevo modelo de gestión de la salud aparecen unos nuevos colectivos más amplios, es la sociedad civil quien toma la iniciativa ante unas instituciones, en este caso sanitarias que ofrecen una respuesta parcial, y esto ha sido muy común en muchas enfermedades. Los propios afectados saben que, para algunas cosas compartir información, vivencias y recursos específicos, erradicar todo lo negativo que comporta la enfermedad, etc.) la unión entre ellos puede ser muy positiva

La gestión de salud en el siglo XXI

Todo lo visto anteriormente hace que la propuesta de gestión de la salud para el siglo XXI tome lo mejor que el modelo biomédico ha ofrecido, que es mucho y diverso, para poner al paciente en primer término y permitir su participación protagonista. La autonomía del paciente es un hecho importante en la conciencia de salud para el siglo venidero. Los verdaderos ámbitos de gestión sanitaria deberán resituar sus funciones, el gesto profundo de actuación, la gestión de Salud.

Los programas de Salud Odontológica enmarcados en la Atención Primaria de la Salud identifica y clasifica los problemas de salud sobre la base del análisis epidemiológico y da respuesta inmediata para su solución en el nivel de entrada o para su referencia a niveles de mayor complejidad, teniendo en cuenta la práctica científica con las prácticas aceptadas y efectivas de atención tradicional.

Los pilares fundamentales de la APS son:

- Cobertura total
- Participación comunitaria
- Reorientación del financiamiento sectorial
- Tecnología apropiada
- Nuevas modalidades de organización
- Programación integrada por necesidades
- Articulación intersectorial
- Recursos Humanos no convencionales

Atención Primaria de la Salud es una estrategia de trabajo del sistema sanitario. Cualquiera sea su categoría (hospital, centro de salud, puesto de salud etc.) constituye la puerta de entrada al sistema de salud, que consiste en llevar acciones básicas de salud a toda la población. Esto se realiza casa por casa, familia por familia del área de responsabilidad, mediante la modalidad de visitas domiciliarias programada, a través de un efector denominado Agente Sanitario. Cada establecimiento tiene su área de influencia, es una zona de responsabilidad sanitaria.

El objetivo meta del programa es dar cobertura sanitaria a toda la población de su área de responsabilidad.

Metodología

Premisas básicas

- Todas las acciones a desarrollar por el primer nivel de atención en las áreas de trabajo pueden y deben ser incorporada a estos niveles y para ser realizadas con extensión de cobertura al 100% de la población.
- Concentración suficiente como para esperar un impacto significativo sobre los problemas de salud.
- Capacitación, información y entrenamiento del personal de salud que es responsable de su ejecución y supervisión, Agentes Sanitarios (AS), Supervisores Intermedios (SI), Supervisores Odontólogos (SO), y demás personal involucrado.

Generalidades.

Las provincias están divididas en Zonas o Regiones Sanitarias; a su vez cada una de estas están comprendidas por áreas operativas o programáticas. Cada área programática u operativa tiene dividido todo el territorio de responsabilidad del hospital base o centro de salud en sectores de trabajo, tantos como sean necesarios. Cada sector de trabajo está conformado por un número de familias dependiendo de lo agrupadas o dispersas que se encuentren las viviendas. El procedimiento de determinar las características de cada sector de trabajo (cuántos y cómo), se lo denomina “sectorización”. Previamente, se debe determinar la ubicación de las viviendas del área o paraje a sectorizar, para lo cual se elabora un croquis donde se dibujan las localidades y su población, este procedimiento se denomina “reconocimiento geográfico”. Cada sector de trabajo está bajo de la responsabilidad de un efector de salud llamado Agente Sanitario. Un agente sanitario es una persona de la comunidad especialmente preparada en acciones básicas de prevención y promoción de la salud.

Cada período durante el cual, el agente sanitario visita la totalidad de las viviendas de su área se llama Ronda sanitaria. En una ronda debe realizar todas las acciones que estén programadas. Durante el año puede haber 3 o 4 rondas sanitarias de

trabajo. El período durante el cual se evalúan las acciones realizadas durante la rondas se denomina pre-ronda.

Durante la pre-ronda, el equipo del Programa de APS, consolida la información, la analiza, establece prioridades y planifica sus actividades para la siguiente ronda.

Asimismo se efectúan los ajustes necesarios, se refuerzan conocimientos a través de actividades de capacitación, y se comparte la información con el resto del equipo de salud y con representantes de la comunidad.

- Caracterizar la población de su sector de trabajo
- Incorporar el programa de Salud Odontológica a los programas existentes
- Desarrollar actividades educativas dentro de la comunidad y escuelas Hogar
- Realizar índices epidemiológicos en la población escolar
- Informar y prevenir enfermedades bucales
- Realizar educación sanitaria de la población y capacitar a los miembros de la familia en reconocer las enfermedades más comunes y promover el auto cuidado
- Promover la aplicación de cambios en la dieta implementando quioscos saludables en las escuelas
- Cooperar en la ejecución de proyectos de investigación
- Participar en la elaboración de proyectos sociales
- Notificar enfermedades transmisibles y otras patologías
- Recomendar la aplicación de medidas para evitar accidentes y traumatismos dentarios que lleven a la pérdida prematura de piezas dentarias

Actividades

- Formar agentes de Salud Bucal como multiplicadores de conocimientos en el autocuidado bucal
- Asesoramiento dietario
- Enseñanza de técnicas de Higiene Oral
- Indicaciones precisas en el uso de chupetes y mamaderas

- Asesoramiento de salud bucal a embarazadas
- Evaluación de hábitos en la interposición lingual y labial en la fonación
- Prevención de accidentes dentarios en las escuelas y durante las actividades físicas
- Implementación de quiosco saludable²

²Ver Anexo. Implementación de quiosco saludables en establecimientos escolares.

BIBLIOGRAFIA



- Moscovici. S. "Psicología Social II" Ed. Paidós, 1984. Pág 39
- Pérez, G. "Investigación cualitativa, retos e interrogantes II, técnicas y análisis de datos" Ed. la Muralla 2000 Pág. 29
- Bordoni, N. Squassi, A. Preconc. Curso 1. Módulo2. Buenos Aires. Paltex. 1.999.
- Venturelli, José. 2003. *Educación Médica, Nuevos enfoques metas y métodos*. OPS/OMS. Washington: Paltex.
- Laurell, Asa Cristina. 1982. "La salud enfermedad como proceso social". En *Cuadernos médicos sociales*, N* 19. Rosario: CESS.
- Menéndez, Eduardo. 1990. *Morir de alcohol*. México: Editorial Alianza
- Bordoni, Noemí, Alfonso Escobar Rojas, y Ramón Castillo Mercado. 2010. *Odontología Pediátrica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Boixareu, Rosa María. 2008. *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder.
- Carbonel Beatriz, 2001. Jornadas de Antropología. *Ankulegi Antropología Ekaestea*. Países Vascos. "El otro en la cultura". www.naya.org.ar/congreso2002
- Gonzales Horacio. 1992,"La conceptualización de la pobreza" en *Cuesta abajo*. Unicef/Losada. Buenos Aires.
1. OMS.1981. "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de salud para todos en el año 2000".OMS.Ginebra
 2. OPS/OMS. 2001. Indicadores de salud. **Elementos básicos para el análisis de la situación de salud**. Boletín Epidemiológico. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/bsindexs.html>
- SOUZA MINAYO DE María Cecilia.2004. *Investigación social*.Ed. Lugar . Buenos Aires
- GUBER Rosana. "El trabajo de campo" en *El salvaje metropolitano*, Ed. Legasa. Buenos Aires.

INTERCULTURALIDAD EN SALUD Y DESARROLLO DE COMUNIDADES MAPUCHE:

Universidad Católica de Chile Estudio de Caso en Makewe Pelale

Nancy Andrea Alvarez Díaz Tesis

Interculturalidad en salud y desarrollo de comunidades Mapuche

Aguirre Beltrán, G. (1994) "Cap. X. Medicina intercultural". En: Antropología médica.

México: Fondo de Cultura Económica.

Alarcón, A. M., Vidal A. y Neira, J. (s/f) "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". Documento de trabajo para la docencia.

Diplomado Perspectivas antropológicas para la Gestión en Salud Intercultural. Instituto de Estudios Indígenas. *Temuco*: U. de La Frontera.

Alarcón, A. M., Oyarce, A.M. y Citarella, L. (2000) "Una oficina *mapuche* en el

Alarcón, A. M. (en prensa) "Salud intercultural: elementos conceptuales para la construcción de una política en salud intercultural". Documento de trabajo. *Temuco*.

Alarcón, A. M. (2001a) "Entrevista médico etnográfica: un instrumento para el estudio de casos clínicos con enfoque cultural." En: Revista Médica del Sur. Vol. 23 No. 1, junio 2001. Sociedad Médica de Cautín. (pp. 11-15)

Álvarez, G., Álvarez, A. y Facuse M. (2002) "Discurso, cultura, salud. La noción de Interculturalidad en salud". En: Revista Atenea 486 II Semestre 2002, Concepción: U. de Concepción. (pp. 79-89)

González García, G. Tobar, F. *Salud para los argentinos*. Economía, Política y Reforma del Sistema de Salud en Argentina. Ediciones ISALUD . 2004 ISBN: 987-9413-26-1

Azcona, M.S. Modelo de atención y práctica odontológica del hospital Escuela de la facultad de odontología de la Universidad Nacional de Rosario. Primera edición. Rosario: Universidad Nacional de Rosario CICEA Editora ISBN 978-950-673-717-7

Torres ,R. *Atención primaria de la salud, nuevas dimensiones*. Ediciones ISALUD N° 3 Enero 2001. ISBN: 987-9413-10-5

Papeles de trabajo. Centro interdisciplinario de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológico-Sociales. Universidad Nacional de Rosario- Rosario. Diciembre 2001- ISBN: 0327-6147

Moyano, Adrián Bernardo. Crónicas de la resistencia mapuche. Primera edición. 2007

ISBN: 978-987-05-3573-7

Valverde, S; Maragliano, M; Trentini, F. Procesos históricos, transformaciones sociales y construcciones de fronteras. Estudios sobre Norpatagonia, Argentina y Labrador, Canadá. Editorial, Facultad de filosofía y Letras, 2011. ISBN: 978-987-16-2

Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto... / A. DÍAZ *ET AL*. CIENCIA Y ENFERMERIA X (1), 2004

- AUKANAW (2001). Medicina y psicología mapuche. En URL: www.geocities.com/aukanawel/
- AUKANAW (2001b). El ülutun rito terapéutico mapuche I, II, III. En URL: www.geocities.com/aukanawel/
- AUKANAW (2001c). Pinturas rupestres y pirámides en la Patagonia. En URL: www.geocities.com/aukanawel/
- AUKANAW (2003). La ciencia secreta de los mapuches En URL: www.geocities.com/aukanawel/ruka/chillka/meliad.html
- BACIGALUPO, M. (1995). Métodos de curación tradicional mapuche. La práctica de la machi contemporánea en Chile. Enfoques en Atención Primaria, 9 (4), 7-13.
- CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS (CEP) (2002). Una radiografía de los mapuches. Estudio Nacional de Opinión Pública N° 43 del Centro de Estudios Públicos. Santiago: CEP.
- COBIELLA, N. (2002). Nuestra gente de la tierra. Ciudades virtuales latinas. En <http://www.redargentina.com/dialectos/mapuche.htm>
- DÍAZ, A., Pérez, V., González, C., y Simon, J. (2004). Impacto de costumbres occidentales y servicios de salud sobre las percepciones de una comunidad pehuenche. Papeles de población. En revisión.
- HAUGHNEY, D. y Marimán, P. (1993). Población mapuche: cifras y criterios. Documento de trabajo N° 1, CEDM Liwen. En URL: www.xs4all.nl/~rehue/art/liw doc1a.html
- ECHEVERRÍA, R., González, P., Sánchez, A. y Toro, P. (2002). Imaginario social de salud pehuenche de la comunidad de Callaqui en el Alto Bío-Bío. Departamento de Psicología, Universidad de Concepción.
- GREBE, M. (1995). Etnociencia, creencias y simbolismo en la herbolaria chamánica mapuche. Enfoques en atención primaria, 9 (2), 6-10.
- IBACACHE, J. (2001a). Equidad salud y desarrollo. En URL: [www.mapuexpress.net/publicaciones_publicaciones .htm](http://www.mapuexpress.net/publicaciones_publicaciones.htm)
- Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto... / A. DÍAZ *ET AL.* **CIENCIA Y ENFERMERIA** X (1), 2004
- IBACACHE, J. (2001b). Rume kgen mew ta az mapu/ Epidemiología de la transgresión en Maquehue-Pelale. En URL: [www.mapuexpress.net/publicaciones/ publicaciones6.htm](http://www.mapuexpress.net/publicaciones_publicaciones6.htm)
- MARILEO, A. (2002). Mundo mapuche. Meridión Comunicaciones, Chile.
- MORA, Z. (1991). Antiguos secretos y rituales sagrados según el arte de curar indígena. Kushe, Chile.

RIVERA, B., Vicente, B., Medina, E., Rioseco, P., Vielma, M. y Saldivia, S. (1997). Las enfermedades mentales en el ámbito de la medicina científica y popular desde la perspectiva de los pehuenches del Alto Bío- Bío. Revista de Psiquiatría XIV (1), 33-41 www.odon.uba.ar/revista/2010vol25num58/docs/piovano.pdf

- <http://www.odon.uba.ar/revista/2011vol26num60/docs/guiabasica.pdf>
- Carranza, FA; Takei, HH; Newman MG. Periodontología Clínica. 9º Ed. México. McGraw-Hill Interamericana. 2004.
- Macchi RL. Introducción de la estadística en ciencias de la salud. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001
- Polit, D F; Hungler, B P. Investigación científica en ciencias de la salud. 6º Ed. México. McGraw-Hill Interamericana. 2006
- San Martín H, Martín SC, Carrasco JL. Epidemiología, Teoría, investigación y práctica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos 1990:411-28.
- Narey Ramos DB, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:21-2.
- Bordoni, N., Escobar Rojas, A, Castillo Mercado R, “ Odontología Pediátrica” Ed. Panamericana. Bs As 2010.

ANEXOS



5 de mayo 2012

Entrevista paraje: El Cuy

Iván Colicheo

I: Yo soy el nieto de Florentino Colicheo. Mi abuelo vivía en Tripalco.

E: ¿Dónde queda Tripalco?

I: Y queda de la ruta... como yendo para Los Menucos... antes que se termine el asfalto.

E: ¿Qué significa Tripalco?

I: Aguada del medio. Mi abuelo nació en ese lugar y con el tiempo fallecieron los padres y a mi abuelo le quitaron el campo, él lo prestó a un amigo, González, y el hombre se quedó con el campo, pero mi abuelo tiene todos los papeles, el derecho de pastura que él pagaba en Roca, ahora estamos con abogados para recuperarlo, los otros hermanos de mi abuelo también lo perdieron, pero la prima de mi papá lo recuperó.

E: Y vos, ¿hablás lengua?

I: No, ni mi abuelo habla, la que hablaba era la mujer del hermano de mi abuelo, pero ella ya se murió.

E: ¿Hace mucho que vivís acá en El Cuy?

I: Sí, yo nací acá.

E: ¿Fuiste a la escuela?

I: Sí, hice la escuela acá.

Rosa Colicheo

E: ¿Cómo recuperaste el campo?

R: Y fue difícil, mi papá dejó el campo y se fue a vivir a Roca, y allá le hicieron firmar un papel diciendo que le compraban unos animales, pero en realidad era que le compraban el campo, mi papá tenía 72 años y era analfabeto, lo engañaron y cuando él volvió al campo no lo dejaron entrar, ya habían hecho todos los papeles y tenían el título de propiedad, un tal

Arostegui, después ese se lo vendió a otro y al final lo tenía un Alonso. Entonces yo me reconocí como mapuche y la consulté a Ana Huentelaf y ella ahora está en juicio, pero yo ya vivo allá, vengo para acá sólo los fines de semana, lo dejo a mi marido para que cuide, no me gusta venir acá porque la otra vez vinieron unos tipos encapuchados, estaba mi marido sólo y le robaron todos los animales: ovejas, caballos. Él estaba sólo, ¿qué iba a hacer? Ahora se vino mi hijo y se quedan los dos.

E: Tu marido, ¿en qué trabajaba?

R: No teníamos campo, tenía que trabajar en otros campos, yo pensé, ¿por qué si nosotros tenemos campo? y así empecé a pelear, luché mucho por el campo.

E: Y ese campo, ¿era de tu abuelo?

R: Sí, era de mi abuelo, de mi bisabuelo.

E: ¿Dónde queda el campo?

R: En Trapalco, a unos 70 km de acá.

E: ¿En qué venís?

R: En la camioneta, yo manejo.

E: ¿Hablás mapuche?

R: No, me gustaría, pero no, mi papá ya no hablaba, pero quiero aprender.

XX Colicheo

E: ¿Usted nació acá?

XX: Sí, pero ahora me fui a vivir a Roca, la gente de acá se va, primero vienen de Cerro, de todos lados porque está la escuela secundaria, pero después se terminan yendo. Desde el 77 que empezó la gente a irse, de a poco, muchos se fueron a Roca, otros más lejos, a Bahía, a todos lados. La gente que se va no vuelve más, de visita no más.

E: ¿Y en el campo? ¿quiénes trabajan en el campo?

XX: En el campo quedan los viejos, algunos con el hijo menor porque los más grandes ya se fueron, otros están sólo, ahora la mayoría se viene para acá, dejan el campo sólo, se les pierden los animales, se los roban y ellos

acá. Acá cobran la jubilación, el médico cerca y no les interesa mucho el campo, para colmo con esta sequía de estos años, se les han muerto muchos animales.

Anahí

E: ¿Tenés obra social?

A: Sí, tengo IPROSS, pero nunca la uso.

E: ¿Por qué?

A: Porque tengo que ir a Roca, sacar turno, es mucho lío, yo la otra vuelta me fui a Los Menucos y me hice sacar todos los dientes, y la mecánica dental me hizo los dientes, antes yo me sacaba las muelas sola.

E: ¿Hablás lengua?

A: No, antes me daba vergüenza decir que yo era mapuche, tenía miedo de que se rieran, y no me interesaba por la lengua, ahora cambié y me gustaría poder hablarla.

Quioscos escolares más saludables

Introducción

El perfil nutricional de la Argentina se caracteriza por altos porcentajes de anemia por carencia de hierro, baja talla, y baja prevalencia de desnutrición aguda. Asimismo, el sobrepeso y la obesidad constituyen importantes problemas de salud pública en la actualidad. En nuestro país, según la primera Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (realizada en los años 2004 y 2005 por el Ministerio de Salud de la Nación), el sobrepeso y la obesidad afectan al 9,2% de los niños entre 6 meses y 5 años de edad. Según los datos producidos por el equipo de Salud de Escuelas del Bicentenario, estos valores - en niños de 5 a 15 años escolarizados en las escuelas bajo programa - alcanzan al 9,1% en el caso del sobrepeso y al 6,5% en el de la obesidad.

Esta situación da cuenta de un complejo problema de salud, y entre sus determinantes se destacan la alimentación inadecuada y la disminución o la falta de actividad física (sedentarismo).

¿Qué rol tiene la escuela en la alimentación del niño?

La escuela y la familia son muy importantes en la determinación de la cultura alimentaria; de hecho, a través de las intervenciones educativas se condicionan conductas que pueden modificar, incluso, hábitos que las niñas y los niños desarrollaron durante su primera infancia.

Muchas iniciativas y proyectos que se implementan en las escuelas como medidas de prevención de la obesidad infantil están relacionados con la restricción en la venta de bebidas azucaradas y “comida chatarra” (alimentos con un alto contenido de calorías, grasas saturadas, colesterol, sodio, azúcares, y bajo contenido en nutrientes como calcio, vitamina C o hierro). Sin embargo, aunque la limitación de este tipo de bebidas o alimentos es una iniciativa interesante, no es suficiente en sí misma como medida de prevención del sobrepeso y la obesidad así como de otras enfermedades crónicas no transmisibles. La prohibición no resulta una manera efectiva de promover un consumo adecuado de alimentos; inclusive restringir el acceso a ellos o a bebidas puede incrementar la preferencia y el consumo de los mismos.

Es por esto, que no recomendamos clasificar a los alimentos como “buenos y malos”, sino problematizar con las niñas y los niños la posibilidad de comer todos

ellos con una frecuencia y en una cantidad (porción) adecuada; todos los alimentos tienen un lugar en la dieta global y con adecuación cultural.

La estrategia del Quiosco escolar más saludable

Una de las medidas que la escuela puede llevar a cabo como estrategia de promoción de hábitos alimentarios más saludables es la transformación del kiosco tradicional en uno más saludable; motivando cambios positivos, sin imponer conductas y fomentando la participación de la comunidad escolar como una vía de desarrollo sustentable a largo plazo. Es muy importante tener en cuenta la dimensión de proceso en esta iniciativa, ya que muchas veces la implementación brusca y hasta la Prohibición de algunos alimentos que social y culturalmente tienen amplia difusión, genera un efecto paradójico que conspira contra la instalación de un Quiosco más saludable.

¿Cómo mejorar la oferta de alimentos en el kiosco?

Para que las niñas y los niños tengan opciones más saludables a la hora de acudir al kiosco en la escuela, proponemos:

Aumentar la oferta de alimentos sabrosos, divertidos, atractivos y de alta calidad nutricional. Limitar la disponibilidad de alimentos de baja calidad nutricional como gaseosas, golosinas, chizitos, papas fritas, palitos salados, alfajores, facturas, chocolates, etc. Idear alimentos caseros saludables para vender en la escuela y recaudar fondos.

Fomentar la participación de los alumnos, los docentes, los padres y el barrio en la iniciativa.

Un kiosco escolar más saludable es aquel que ofrece progresivamente un porcentaje cada vez mayor de alimentos de alta calidad nutricional.

¿Qué alimentos de alta calidad nutricional se pueden vender en el kiosco?

Sin heladera

- Barritas de cereales con frutas desecadas (comerciales o caseras).
- Tutucas, pochoclos sin azúcar.
- Copos de cereal sin azúcar (maíz inflado, capullos de arroz, almohaditas de salvado o avena, hojuelas de maíz, etc.).
- Alfajores de maicena, de miel, de frutas.

- Bizcochuelos, vainillas, Bay-biscuit.
- Galletitas de bajo tenor graso, galletas de arroz.
- Frutas frescas enteras bien lavadas.
- Jugos naturales de frutas.
- Frutas desecadas (damascos, ciruelas, peras, pasas de uva, etc.).
- Nueces, almendras, semillas de girasol o zapallo, maníes, etc.
- Leche sola o saborizada con cacao (chocolatada) en tetrabrik.

Con heladera

Además de las opciones anteriores se agregan:

- Yogures enteros o descremados solos o con cereales y/o frutas.
- Postres lácteos comerciales o caseros.
- Ensaladas de frutas.
- Gelatinas
- Sándwiches de carne, fiambres o queso, verduras (lechuga, tomate, zanahoria rallada, berenjenas grilladas, espinaca) y huevo duro, en pan integral o blanco.
- Leche sola o saborizada con cacao (chocolatada).

El proceso de implementación:

El proceso de implementación de un kiosco más saludable en la escuela no es simple. Para eso, se requerirá de la participación de toda la comunidad educativa, tanto en su diseño como en su puesta en marcha.

¿Qué dificultades pueden presentarse?

1. Escasa motivación por parte de la comunidad educativa para consumir alimentos más saludables en la escuela. Para revertir esta situación es necesario problematizar con y asesorar al personal directivo y docente sobre hábitos alimentarios más saludables y estrategias que promuevan el consumo de estos alimentos en la escuela. Se pueden organizar jornadas de trabajo con los alumnos, directivos, docentes, padres y encargados de los kioscos con el fin de generar un espacio de participación y compromiso.

2. Preconceptos por parte de los dueños o encargados de la concesión del quiosco (cooperadora, padres, particulares, etc.), acerca de que sus ganancias se verán disminuidas o que el cambio les demandará más tiempo y trabajo.

Es importante justificar la participación voluntaria de los consignatarios como pilar fundamental en el proceso de cambio, asumiendo su rol de adultos responsables de la alimentación de las niñas y los niños durante el horario escolar. Es necesario comprender que el objetivo no es prohibir alimentos sino aumentar la oferta, por lo tanto las ganancias no se verán necesariamente, disminuidas.

Para reforzar este punto es conveniente generar acuerdos con Cámaras de Operadores Frutihortícolas, Cooperativas de Tamberos o Microemprendedores Locales para la compra al por mayor de frutas, verduras, lácteos y otros productos que puedan ser ofrecidos a un precio conveniente en la escuela (por supuesto que dentro de las posibilidades de cada uno de los espacios territoriales).

3. Infraestructura inadecuada o insuficiente de los kioscos escolares, que puede tener como consecuencia inconvenientes relacionados con la higiene y conservación de los alimentos.

Hay que tener en cuenta que los kioscos no podrán preparar, fraccionar y vender alimentos elaborados en el mismo recinto si no cumplen con las normas sanitarias vigentes (contar con agua potable, instalación eléctrica debidamente autorizada, heladera, etc.) y están habilitados para tal fin.