



CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE GÉNERO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES. UNIVERSIDAD DE CHILE



Desarrollo de Modelos y Estrategias de Prevención del VIH/SIDA en Poblaciones Vulnerables Emergentes

“ESA SIDA TODAVÍA YO NO LE HE CONOCIDO”

**ESTUDIO DE CARACTERIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD
FRENTE AL VIH/SIDA
EN PUEBLOS ORIGINARIOS**

**RESUMEN EJECUTIVO
INFORME FINAL**

ABRIL, 2005

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
II. ALGUNOS ALCANCES SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO	4
III. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VULNERABLE EMERGENTE (PVE)	6
III. 1. VIH/SIDA Y COSMOVISIÓN	6
III.1.1. Relaciones de Género y Sexualidad	9
III.2. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y AGENTES DE SALUD	12
III.3. MOVILIDAD POBLACIONAL Y VIH/SIDA	13
IV. POPUESTA DE TRABAJO SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO	16
IV.1. LINEAS DE ACCIÓN IDENTIFICADAS	16
IV.1.1. VIH/SIDA y Pueblos Originarios	16
IV.1.2. Estado y Pueblos Indígenas	18
IV.1.3. Sexualidad como Ámbito Privado	19
IV.1.4. Oralidad y Escritura	19
IV.1.5. Agentes de Salud	20
IV.1.6. Dónde Prevenir	21
IV.1.6.1. Contextos Validados por las Comunidades	21
1.6.2. Movilidad Poblacional	21
IV.1.6.3. Instancias Sociales e Instituciones	22
IV.1.7. Figuras clave	23
IV.1.7.1. Agentes validados por la comunidad	23
IV.1.7.2. Jóvenes	23
IV.1.7.3. Facilitadores/as interculturales	23
IV.1.7.4. Dónde y a través de quiénes prevenir	23
IV.2. PROPUESTA DE TRABAJO SEGUNDA FASE	26
IV.2.1. Técnicas y Procedimientos	26
V. CONCLUSIONES	28

INTRODUCCIÓN

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

Sostenemos que la pertinencia del estudio radica en el hecho que conceptos como salud-enfermedad, sexualidad, corporalidad y muerte son construcciones socioculturales y que, por lo mismo, ameritan profundizaciones y abordajes desde el ámbito de lo etnográfico, con miradas más amplias que la epidemiología clásica. El desafío del estudio radicó en contribuir a un mayor conocimiento en torno a realidades socioculturales de cada uno de los pueblos originarios abordados, con el fin de elaborar estrategias educativo-preventivas más efectivas y concordantes con las especificidades de cada grupo étnico, considerando no sólo aspectos epidemiológicos, sino también culturales y sociales.

El estudio se realizó entre los meses de abril y diciembre del año 2004. Concluida la primera etapa del estudio, de ocho meses de duración, este informe constituye el compendio del trabajo realizado y de los resultados obtenidos, incluyendo sugerencias para las líneas de acción a implementar durante la segunda etapa.

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

II. ALGUNOS ALCANCES SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

Para el desarrollo del estudio, se definió el trabajo en base a una estrategia metodológica cualitativa, pues más que la representatividad estadística de los resultados lo que interesó fue conocer en profundidad el desarrollo de los mecanismos personales y socioculturales que inciden en el fenómeno abordado.

Las técnicas utilizadas para la realización del estudio fueron las siguientes: recavación de información de datos secundarios, fuentes estadísticas y bibliografía pertinente; entrevistas a informantes clave; entrevistas en profundidad y registro etnográfico.

En el inicio del estudio se identificó como relevante trabajar con tres pueblos originarios mapuche, aymara y rapanui. Los dos primeros grupos étnicos se consideran importantes de investigar por su relevancia demográfica e histórica a nivel nacional, y por el alto desplazamiento territorial y migración que su población presenta, lo cual se puede asociar a conductas de riesgo para contraer ETS y VIH/SIDA. Además los aymaras constituyen un grupo fronterizo, lo cual puede tener incidencia en su vulnerabilidad. Se contempló además incluir a los rapanui, que, aunque no constituyen un pueblo originario de importancia a nivel demográfico, presentan características que los hacen ser proclives a situaciones de vulnerabilidad a la adquisición de ETS y VIH/SIDA, por situaciones relacionadas con el aislamiento territorial, gran flujo turístico y contacto interétnico, entre otros factores.

En cuanto a las regiones escogidas para el trabajo en terreno, se realizó un cruce entre las regiones que concentran una mayor población indígena, con las regiones de mayor incidencia de VIH/SIDA. Es así como se consideró necesario realizar entrevistas en profundidad en las regiones I, V, IX y XIII, contemplando tanto población urbana como rural. La cantidad de entrevistas contempladas para cada pueblo originario tiene relación con el porcentaje de la población indígena del país que representan (87.3% de la población indígena de Chile corresponde a mapuche, 7% a aimará y 0.7% a rapanui).

Se consideró de fundamental importancia realizar entrevistas tanto a hombres como mujeres, tomando en cuenta que cada cultura define ciertos atributos como propios de unos y otras, los que se traducen en actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que socialmente los diferencian. En este sentido, el estudio contempló la incorporación de un enfoque de género, lo cual permitió considerar los factores, elementos y situaciones que determinan que hombres y mujeres se encuentren en condiciones de riesgo, prevención y negociación diferencial frente a la epidemia de VIH/SIDA debido a la forma en que organizan las relaciones de género en contextos culturales específicos.

A pesar de que la epidemia de VIH/SIDA se concentra en el grupo etáreo que va de los 20 a los 49 años de edad, se estimó necesario entrevistar a personas entre 15 y 56 años de edad, en dos grupos (de 15 a 35, y de 36 a 56). La inclusión de personas menores de 20 años de edad responde a que en Chile (según datos de la Tercera Encuesta Nacional de Juventud, 2001), la iniciación sexual de los varones ocurre como promedio a los 16.2 años, y a los 17.8 en mujeres. Explorar en las creencias, percepciones y prácticas relativas a la sexualidad en adolescentes desde los 15 años de edad

permitiría aproximarse a factores de riesgo y a factores de real prevención, antes del inicio sexual o en sus inicios. Con respecto a incluir personas mayores de 49 años, se consideró relevante pues desde el comienzo se estimó que permitiría indagar en los cambios culturales ocurridos entre distintas generaciones, e identificar la influencia de eventos como el advenimiento de la anticoncepción moderna, así como el establecimiento de políticas públicas al respecto y sus efectos en la vida personal y familiar, no sólo en cuanto al número de hijos/as, sino a la percepción de la sexualidad y la reproducción. En las culturas a explorar, las personas mayores podrían ocupar un lugar de importancia en la transmisión de contenidos sobre salud/enfermedad, sobre sexualidad, acerca de la mantención de normas culturales, o cumplir otros roles que podrían incidir en la disposición de la comunidad a la prevención. Para lograr cumplir con los objetivos planteados se consideró de fundamental importancia el poder comparar las concepciones culturales y prácticas de distintos grupos generacionales de las poblaciones originarias.

Tomando en consideración los puntos anteriores, el estudio se propuso entrevistar a 60 personas, mujeres y hombres indígenas residentes en las regiones I, V, IX y XIII. Finalmente se realizaron un total de 72 entrevistas a personas pertenecientes a los tres pueblos originarios considerados en el estudio, lo que implicó la ejecución de 12 entrevistas más de lo inicialmente comprometido. La realización de estas 12 entrevistas extras obedeció al intento de profundizar más en los temas a tratar, decisión que se tomó durante los trabajos de terreno efectuados con cada grupo originario.

III. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VULNERABLE EMERGENTE (PVE)

La idea de este capítulo es la de realizar una lectura transversal, que integre elementos de los hallazgos para las etnias aymara, rapanui y mapuche, dando cuenta de los contextos de riesgo y vulnerabilidad identificados para los tres pueblos originarios abordados en el estudio.

Por enfocarse el presente estudio en pueblos originarios, la pregunta central que lo cruza es la de la especificidad cultural al tratar el tema del VIH/SIDA. A continuación realizaremos esta lectura integrada de las tres etnias, buscando elementos comunes y diferenciadores respecto a los factores y contextos de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

III. 1. VIH/SIDA Y COSMOVISIÓN

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

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

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

En la distinción tradicional/antiguo/antes versus moderno/nuevo/ahora, se entrecruzan dimensiones temporales, espaciales y simbólicas. Este punto es complejo, pues la misma distinción entre lo

“tradicional” y “moderno” es difícil de establecer. ¿Dónde termina uno y comienza lo otro? En la práctica, hay un continuo desplazamiento entre ambas dimensiones, que conlleva un tránsito entre percepciones de mayor o menor riesgo.

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

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

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

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

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

En personas indígenas con pocos años de educación formal, y de contextos rurales, aparecen temas como que la adquisición del VIH/SIDA se puede dar por el uso del mismo baño, por compartir la comida, que lo transmiten los monos, que se adquiere por tener sexo con animales, etc. En cambio, en las ciudades casi no se aprecian diferencias entre lo que las personas indígenas y no indígenas de contextos similares conocen acerca de la enfermedad. Un factor relevante que aparece como

diferenciador entre la población indígena y la no indígena, es la alusión de parte de los primeros (en contextos rurales y urbanos, personas con y sin educación formal) a la “sangre fuerte” de los indígenas (especialmente mapuches) que los haría más resistentes, e incluso inmunes, frente a muchas enfermedades, entre las cuales se puede encontrar el VIH/SIDA. En el caso de la etnia rapanui, aparecen algunos testimonios que hablan de una cierta sabiduría del cuerpo, que sabe distinguir entre qué personas están sanas o enfermas, para escoger parejas sexuales. Esto se puede constituir en un factor de riesgo por cuanto no sería necesaria la protección.

En general, y como factor que no se diferencia de la población general, la conciencia real de riesgo aparece cuando se conoce de casos cercanos o propios de ETS y/o VIH/SIDA. También se detecta una mayor sensibilidad frente al tema en personas que han sido capacitadas, de parte de agentes o agencias calificadas, en temas específicos de ETS y VIH/SIDA.

Uno de los elementos de la cosmovisión que aparece relevante tomar en consideración para las tres etnias consideradas en el estudio son los ámbitos vinculados con los procesos de salud/enfermedad. Se aprecia que para las tres etnias estudiadas, los factores determinantes de los procesos de salud/enfermedad se vinculan no sólo con aspectos biológicos, sino también con las relaciones sociales de las personas afectadas, el medio ambiente en el cual se desenvuelven, etc. Además, cuerpo, mente y espíritu se consideran ámbitos ligados entre sí, que se relacionan y afectan. Pareciera que el VIH/SIDA queda de cierta manera al margen de esta concepción integral, toda vez que es una enfermedad considerada por las tres etnias como “occidental”, ajenas a ellos/as y, por lo tanto, perteneciente al reino de lo biomédico y se sus tratamientos. A pesar de esto, es interesante notar como en algunos casos, por ejemplo el de la realidad mapuche, se puede rescatar un discurso por parte de una machi que denota una relectura del VIH/SIDA a través de la cual inserta dicha enfermedad dentro de los modos propios de la cosmovisión mapuche en cuanto a la comprensión de la salud y la enfermedad.

Por otra parte, para las etnias aymara y mapuche se aprecia que para muchos integrantes de estos pueblos originarios, el hecho de adoptar modos de vida urbanos -a entender de ellos/as usos y prácticas “occidentales”-, los hace sentir el tema del VIH/SIDA como más cercano a sus vidas. Muchas veces estos modos de vida occidentales se entienden por los integrantes de las etnias, principalmente aquellos/as que viven en medios rurales o han recién llegado a las ciudades, como transgresiones a las pautas culturales tradicionales. Bajo esta lógica, podemos entender que para muchos integrantes de las etnias estudiadas la vida armónica de la comunidad, la cual supuestamente se rige por pautas tradicionales, deja poco lugar a conductas “desviadas”. La adscripción a pautas culturales “occidentales”, en cambio, haría más fácil la adquisición de “desviaciones”, que se traducen en muchos casos en enfermedad (tanto del “alma” como del “cuerpo”).

Tal vez uno de los puntos más relevantes y que ameritan una profundización es el de las diversas concepciones culturales de salud y enfermedad encontradas en este estudio. Sin duda, esta dimensión de la cultura es la que distingue esta investigación del resto de las poblaciones vulnerables emergentes abordadas. El reto es grande puesto que se trata de introducir una temática externa, que no es percibida como propia por las comunidades del estudio. Hablar de una enfermedad, en esta caso una percibida como “occidental” en todas sus manifestaciones, es difícil cuando se está frente a grupos de la población que entienden por enfermedad una relación interactiva y dinámica entre la persona y su entorno; por ello, el cuerpo se manifiesta y deja escuchar a través de distintas señales

de dolor, debilitamiento, malestares, entre otros. Entonces, ¿cómo hablar de una enfermedad “muda” (siguiendo la lógica de las cosmovisiones abordadas)?; ¿cómo visualizar el VIH/SIDA como enfermedad cuando mente y cuerpo pueden verse y sentirse sanos? Es finalmente un “otro”, generalmente externo a la cultura, representante de la biomedicina, quien diagnostica, determina e informa que la persona está enferma; por lo tanto, define que debe ser tratada como tal.

Este tema es de vital importancia al momento de identificar y definir las líneas de acción; abordar el trabajo de sensibilización en materia de interculturalidad con los agentes de salud es uno de los primeros pasos para avanzar en la prevención del VIH/SIDA entre los pueblos originarios de nuestro país; tan múltiple y diverso como las comunidades que han dado cuerpo y sentido a este estudio.

III.1.1. Relaciones de Género y Sexualidad

En las tres etnias abordadas para el estudio fue posible constatar que las relaciones de género son un elemento necesario de considerar, ya que son tanto un factor de riesgo como de protección frente al VIH/SIDA. Cada uno de los pueblos originarios estudiados establece relaciones de género propias, particulares, que refieren a los tipos de vínculo que se producen entre hombres y mujeres, lo cual involucra todos los ámbitos de la vida, entre ellos la sexualidad.

En las etnias aymara y mapuche, en las relaciones de género según el modelo tradicional, el cual pervive principalmente en los contextos rurales, el hombre y la mujer tienen roles muy diferenciados. En el plano de la sexualidad, el hombre posee una suerte de dominio sobre la mujer y ella debe responder a normas que la subordinan al plano de los ámbitos domésticos y reproductivos. En el caso mapuche, la tradicional poligamia (institución de matrimonio plural que permite al hombre tener más de una esposa), si bien ya no funciona como práctica institucionalizada, pareciera que aún se mantiene en el inconsciente de este pueblo ya que la infidelidad masculina no es una práctica sancionada. Esto se presenta como un importante factor de vulnerabilidad. Otro factor de vulnerabilidad, muy vinculado al anterior, es la creencia que la pareja estable es un factor de protección frente al VIH/SIDA y otras ETS. Esto se presenta principalmente en las mujeres, aún cuando ellas muchas veces saben que sus “parejas estables” tienen otras relaciones sexuales. Diversos relatos de mujeres apuntan a que ellas saben que su marido mantiene relaciones extramaritales, sin embargo, apelan a que “él sabe con quién se mete”. Este hecho refleja nuevamente la invisibilización de contextos de riesgo para la adquisición de ETS y VIH/SIDA.

Las relaciones de género antes descritas, que responden principalmente al modelo tradicional de las etnias aymara y mapuche, funcionan en la actualidad pero con matices importantes de acuerdo a una serie de variables, entre ellas el contexto, la generación que se aborde, etc., por ejemplo, en el caso de mujeres mapuches jóvenes urbanas (tanto de la IX región como de la Región Metropolitana), fue posible encontrar un discurso de cambio muy potente con respecto a las relaciones de género. Estas mujeres apelan por relaciones más igualitarias, equitativas, conciben el modelo tradicional como “machista” y no están dispuestas a continuar su reproducción. En el caso de las mujeres jóvenes aymara que viven en las ciudades el discurso es muy similar. De esta manera, estas jóvenes develan la existencia de una suerte de rebeldía con respecto al modelo tradicional, aún cuando en sus vidas cotidianas muchas de ellas continúan con prácticas que lo reproducen. Así, podríamos decir que el caso de estas jóvenes da cuenta de una transición cultural, en el cual conviven los discursos

“modernos” que tienen el referente del machismo y lo utilizan para leer su propia cultura, con lo tradicional. Esto se traduce en discursos contradictorios, propios de este segmento de la población.

En el caso de los hombres jóvenes urbanos, la transición antes descrita también está presente pero no es tan clara como en el caso de las mujeres. Ellos parecen seguir más el patrón tradicional donde la virilidad está fuertemente ligada a la posesión de más de una mujer. Esta concepción repercute fuertemente en las prácticas de uso de preservativo. El uso del condón es, principalmente para los hombres mayores, una realidad desconocida, ajena. Para los hombres jóvenes el condón es más cercano pero reconocen que muchas veces no lo utilizan. Indagando más en profundidad es posible descubrir que el condón es concebido como una suerte de barrera que impide la demostración de la virilidad, la cual pasa en algunos casos, como el mapuche, por el dejar algo dentro de la mujer, es decir, dejar el semen. En el caso rapanui, los entrevistados apuntan a que a la los hombres rapanui no se le puede poner fronteras, límites. Bajo esta concepción, el condón es visto como un elemento que coarta y, por ende, muchas veces no lo utilizan. Aún así nos parece necesario reforzar la idea que la población joven está cada vez más abierta a su utilización, aún cuando sus discursos develan la antes mencionada transición ya que si bien apelan a que es necesario su uso, junto con esto recurren a la imagen tradicional de virilidad por una parte y, por otra, bajo el modelo tradicional de relaciones de género, continúan concibiendo las relaciones sexuales como un asunto de control masculino. Esto hace que conciban como una falta el que sea la mujer quien proponga la utilización del condón o lo facilite al hombre, ya que esta conducta reflejaría que ella es una “suelta” o bien esta cometiendo algún tipo de infidelidad.

El caso rapanui es diferente y debe analizado por separado. Pese a las aparentes diferencias generacionales en torno al tema, la comunidad estima a la actividad sexual “lúdica” y gozosa como una forma propia del ser rapanui, tanto para hombres como para mujeres. Ello es particularmente interesante de observar pues implica que incluso las mujeres participan de su sexualidad no desde el “ser para otro” sino desde la vivencia de una sexualidad gozosa. Es un tema tan instalado que tampoco requiere cuestionamientos ya que pareciera ser definido socialmente como “inevitable”. En relación a esto, la mujer isleña no asume discursivamente una postura victimizante, sino más bien activa en relación con la adquisición del VIH/SIDA. Ello tiene que ver con que en efecto la actividad sexual de hombres y mujeres en la isla no parece diferir considerablemente en relación con número de parejas y modos de interacción social relacionados con contextos de vulnerabilidad. La percepción de la sexualidad en rapanui nos habla de prácticas sin fronteras, sin barreras, lo cual se traduce en algunos casos en una reticencia a la protección en la forma de utilización de condón. Además, en todos los tramos etareos se encuentra la idea de que es la multiplicidad “exagerada” de parejas sexuales lo que hace a una persona “peligrosa” y a su pareja la pone en riesgo. El concepto relativo de estos conceptos está creando una falsa sensación de seguridad entre quienes creen “conocer” a la gente con quien interactúan sexualmente, sobre todo cuando se trata de coterráneos. Muchas veces este “discernimiento” se considera una práctica preventiva. La caracterización de la vivencia de la sexualidad en la etnia rapanui pudiera entenderse como factor protector, toda vez que el reconocimiento expreso del ejercicio de la sexualidad en estos términos en ambos sexos, anula la posibilidad (o la reduce) de ocultamientos y falsas expectativas que en otras culturas indígenas, expuestas a las propias contradicciones derivadas de su situación política y sociocultural y a la par más permeadas por las contradicciones de la cultura chilena puede minar el tratamiento de las

temáticas que nos ocupan. Nos referimos básicamente al cuestionamiento de la “fidelidad” como un valor en el ámbito del “deber ser”; al rol claramente subordinado de la mujer respecto del control masculino sobre su sexualidad; la circunscripción de la actividad sexual (en términos de deber ser) dentro del ámbito familiar; entre otras.

Otro elemento a tener presente y que requiere ser profundizado tiene que ver con las estrategias preventivas que cada pueblo despliega para cuidarse de transmisión sexual y VIH/SIDA. A través de los relatos de llos/as entrevistados/as fue casi imposible descubrir este aspecto de las conductas de los individuos pero sostenemos que debe ser un ámbito a considerar ya que las ETS han estado presentes desde siempre en sus vidas y, efectivamente, las tres etnias manejan técnicas especiales para el tratamiento de estas enfermedades. Esto quiere decir que la prevención no debe estar enfocada únicamente en el uso del condón, sino que debe también potenciar las prácticas propias de protección de cada cultura.

Otra variable que fue posible apreciar en las tres etnias abordadas en el estudio fue la violencia de género. Pareciera que ésta representa un factor de vulnerabilidad a considerar ya que, tal como sostienen diversos estudios, incluyendo el discurso de la cooperación internacional, “la violencia masculina es responsable de la propagación del VIH/SIDA de diversas formas (...). Todos los años se producen millones de casos de violencia sexual masculina contra las mujeres y muchachas, a veces dentro de su propia familia u hogar. (...) Existen vínculos menos evidentes entre la violencia y el VIH. Aún cuando no sea de carácter sexual, o simplemente adopte la forma de amenaza, la violencia contribuye a propagar el VIH porque impide la discusión sobre la prevención del VIH y de otras ITS” (ONUSIDA 2000).

Por otra parte, la manera en que se concibe la homosexualidad en las tres etnias puede constituir un factor relevante. En la medida que se niega o invisibiliza su existencia, esto se constituye en un factor de riesgo. Por ejemplo, si bien se sabe que en los mapuches el rol de machi conlleva una dualidad sagrada mujer-hombre, la homosexualidad se relega únicamente a los contextos rituales. De esta manera, existe una invisibilización y negación de la homosexualidad lo que conlleva una negación del VIH/SIDA, ya que el reconocer la existencia de esta enfermedad podría implicar aceptar la existencia de la homosexualidad en las comunidades étnicas. Con esto, no queremos reducir el VIH/SIDA a la homosexualidad, sin embargo los/as entrevistados/as de las tres etnias establecen una clara relación entre ellos. Es en este sentido, que desde sus testimonios, la negación de la existencia de homosexualidad es en sí y a la vez una negación de la existencia de VIH/SIDA. El caso aymara es similar al mapuche, por cuanto la cultura no permite la existencia de un discurso acerca de la homosexualidad; no es un tema instalado culturalmente.

Para los rapanui, en cambio, la homosexualidad se entiende desde una postura aceptadora de la misma como una manifestación de diversidad humana, en el marco de un movimiento mundial en torno a la incorporación de las minorías y que los isleños recogen a través de los medios de comunicación y sus propias experiencias de viaje y de contacto con turistas extranjeros/as.

La adscripción a otras religiones cristianas fue también identificado por el estudio como un factor obstaculizador respecto a visibilizar el tema del VIH/SIDA en pueblos originarios: muchas familias (en especial en las etnias aymara y mapuche) se han hecho evangélicas, lo que conlleva cambios en los valores, hábitos y cosmovisión. A menudo, el alcoholismo de algunos hombres impulsa a las mujeres

a llevar a su familia a la iglesia evangélica, con la consecuencia frecuente de que la mujer y los hijos se asimilan a la cultura evangélica y rechazan la aymara/mapuche. Esto modifica la relación con los agentes tradicionales de salud, en los que dejan de confiar.

El consumo de drogas y alcohol también son factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Si bien el primero no tiene gran incidencia dentro de los pueblos aymara y mapuche, el segundo sí lo hace ya que el consumo de alcohol es una práctica frecuente en las tres etnias, no sólo en contextos festivos o rituales, sino también en el cotidiano. Este consumo implica una mayor exposición frente a la adquisición del virus, tanto porque conlleva prácticas sexuales generalmente sin protección por olvido o descuido como consecuencia de la alteración que el alcohol provoca, como por la baja en las defensas del cuerpo que conlleva el consumo de alcohol. Este factor de riesgo afecta no sólo a la población joven, sino a toda la población, tanto hombres como mujeres, jóvenes y adultos. En el caso rapanui, a la ingesta de alcohol se agrega el consumo de marihuana, sobre todo en contextos de “carrete” que frecuentemente terminan en relaciones sexuales esporádicas y sin uso de condón.

III.2. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y AGENTES DE SALUD

Las recomendaciones generales de ONUSIDA abogan por una movilización de todos los sectores de la sociedad frente al VIH/SIDA, argumentando que “una función importante de los gobiernos consiste en abrir el camino para que todos los sectores de la sociedad puedan contribuir a la respuesta. Los países que han utilizado enfoques multisectoriales han visto reforzada su respuesta nacional a través de la participación de los grupos o las asociaciones religiosas, culturales y comunitarias, los empresarios, los sindicatos y las organizaciones no gubernamentales” (ONUSIDA, 2002b). De acuerdo a estos principios es que el estudio se interesó por indagar en las tres etnias abordadas en los aspectos de participación social y en los agentes de salud, y la incidencia de ambos sectores respecto al VIH/SIDA. En términos generales, podríamos decir que la participación social adquiere características particulares en cada una de las etnias consideradas para el estudio. Es interesante notar que dentro de los pueblos originarios no existen organizaciones propias que se generen en torno al tema del VIH/SIDA. Así, tampoco es un tema dentro de las agendas de las organizaciones ya existentes.

Respecto a la participación social y el VIH/SIDA es interesante rescatar el caso rapanui donde fue posible observar una sobre-información en el caso de la población rapanui joven, en el sentido que han existido muchas acciones focalizadas hacia este sector de la población por parte de distintas instancias, como por ejemplo, el Hospital de Isla de Pascua, que ha generado campañas para explicar ETS y VIH/SIDA, pero lo han hecho desde un enfoque que carece de una mirada sociocultural, lo que ha producido un efecto contrario al deseado, es decir, un efecto de saturación y la sensación de estar siendo “engañados” por un discurso oficial. Pareciera ser que bajo esta óptica el tema del VIH/SIDA es comprendido por la comunidad como una estrategia del poder de las instituciones “chilenas” (escuelas, hospitales, consultorios) para controlar a la gente, y no como una advertencia real que sea capaz de generar estrategias de prevención efectivas. Todo esto se enmarca dentro de procesos políticos en que se encuentran los pueblos originarios en relación al Estado nacional, que hacen que muchas de las acciones de los organismos que representan a la Nación Chilena dentro de las comunidades sean mal interpretados por la población indígena y se les considere coercitivos.

De esta manera, pareciera ser que queda mucho por hacer en este ámbito ya que, por todos los aspectos culturales antes descritos, las organizaciones están preocupadas de temas políticos, comunales y organizativos que no incluyen la esfera de la salud sexual, particularmente los temas de VIH/SIDA.

A través de los datos obtenidos por el estudio sostenemos que la realidad muestra que los servicios y los agentes de salud de los organismos públicos carecen una mirada efectiva que considere la particularidad cultural de los pueblos originarios. Es necesario destacar que todos los pueblos han debido aprender a hablar castellano para hacerse comprender por los servicios (entre otros ámbitos). Además, éstos carecen de un enfoque sociocultural lo que dificulta aun mas una comunicación efectiva y eficaz. Por esto es que el estudio identifica como un aspecto clave el hacer un trabajo previo y/o paralelo de sensibilización en estas temáticas con los servicios de salud.

Respecto a los/as agentes de salud tradicionales y el VIH/SIDA, el estudio sostiene que éstos/as tampoco han incorporado de manera sistemática el VIH/SIDA dentro de sus concepciones de salud/enfermedad, es más, podríamos decir que en general no tienen mayor conocimiento de esta enfermedad. La población perteneciente a estas etnias por su parte, si es necesario, recurre para estos casos inmediatamente al hospital regional o bien a los servicios de salud públicos. Aún así, es interesante tener presente que sí se está produciendo el hecho que agentes de salud tradicionales incorporen lentamente el VIH/SIDA dentro de su propio imaginario cultural y lean la enfermedad desde esos lugares particulares.

III.3. MOVILIDAD POBLACIONAL Y VIH/SIDA

Como contexto de vulnerabilidad importante aparece la migración y/o movilidad estacional. Para las tres etnias abordadas en el estudio, la movilidad poblacional no es un fenómeno ajeno y atañe tanto a hombres como mujeres. Si bien existen diferencias en cuanto al tipo de movilidad que se realiza, en las tres etnias ésta constituye un importante factor de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, sobre todo si pensamos que entre las indicaciones de ONUSIDA está el llegar a “las poblaciones indígenas socialmente excluidas, los trabajadores móviles e itinerantes” (ONUSIDA, 2002), incluyendo a los conductores de transporte terrestre de largas distancias y a los trabajadores/as temporeros; esto porque fenómenos como los desplazamientos, la migración poblacional u otras circunstancias que separen a la persona de su familia pueden dificultar su capacidad de protección, aumentar su vulnerabilidad frente al VIH y también disminuir sus posibilidades de acceso a información y a servicios de salud; así como disminuir la capacidad de respuesta frente a la posible adquisición del virus.

La OIM (Organización Internacional para la Migración) ha caracterizado la migración como un proceso de 4 etapas, las cuales son necesarias de abordar para dar respuestas efectivas frente al VIH/SIDA:

- Origen: lugar del que salen o emigran las personas, las razones y el vínculo que siguen manteniendo con éste durante el desplazamiento.
- Tránsito: zonas por dónde pasan y las relaciones y conductas desarrolladas en el trayecto.

- Destino: hacia dónde se dirigen, expectativas, condiciones y redes que establecen cuando logran llegar.
- Retorno: condiciones y mantención o cese de redes al regreso a su lugar de origen.

Durante el estudio fue posible identificar tres principales formas de movilidad poblacional, todas ellas posibles contextos de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

Por un lado, está la movilidad transnacional, focalizada principalmente en la I región. Como ya hemos mencionado a lo largo del estudio, consideramos que la frontera es todo un fenómeno que requiere de un abordaje único, aunque en esta oportunidad sólo se esbozarán reflexiones generales que otorguen un marco global para abordar la temática de la movilidad poblacional y pueblos originarios. Uno de los hallazgos importantes del estudio tiene relación con la movilidad transnacional que realizan personas aymaras entre Arica y Tacna, motivadas, por un lado, por la búsqueda de asistencia médica y, por otro, por factores vinculados al comercio sexual. En cuanto a la búsqueda de asistencia médica, es necesario destacar el hecho que muchos/as de las personas entrevistadas sostienen que en Perú existe mayor respeto por la gente indígena lo que hace que se sientan mejor en Tacna en comparación con Arica. Por otra parte, en la ciudad de Tacna dicen poder recurrir a la medicina privada a un precio mucho menor que en Chile, país del cual desconfían en lo relativo al sistema de salud público. Otro aspecto relativo a la búsqueda de asistencia médica tiene que ver con la cifra relevante de personas de nacionalidad chilena -en su mayoría hombres- que acuden a Tacna para solicitar el test de ELISA. Pareciera ser que la libertad que les otorga estar en otro país, más el no quedar registrados en las estadísticas nacionales, les permite conocer su condición serológica sin las consecuencias epidemiológicas, sociales ni valóricas que conllevan un resultado positivo.

En cuanto al comercio sexual, pareciera que es común tanto que hombres (tanto aymaras como chilenos) vayan a Tacna en búsqueda de comercio sexual, como que mujeres (tanto aymaras como chilenas) trabajen en comercio sexual en dicha ciudad.

Otro aspecto a considerar dentro de la movilidad transnacional es el relacionado con el transporte terrestre, los “camioneros” de carga internacional. Cabe destacar que muchos hombres aymara se empelan en este rubro el cual conlleva una serie de riesgos frente a la adquisición de VIH/SIDA.

Es necesario destacar que si bien la movilidad transnacional afecta de sobremanera a la población aymara de la I región, también es un factor presente entre la población mapuche la cual establece permanentes vínculos de movilidad poblacional con Argentina. En el caso de la población rapanui, existe desplazamiento entre la Isla y Polinesia (especialmente Tahiti), y el contacto constante con turistas de diversas nacionalidades lleva a muchos isleños a migrar a otros países en forma temporal o definitiva; constituyendo un complejo escenario que se acopla a la condición transitoria de estas poblaciones; lo que aumenta la vulnerabilidad de las personas frente a la adquisición de VIH/SIDA y otras ETS. Por otro, está la movilidad poblacional permanente, vinculada a la migración campo-ciudad, motivada principalmente para mejorar las condiciones de vida. Este tipo de movilidad se da principalmente en personas jóvenes las que, tal como nos comentó un informante clave del estudio, generalmente regresan a las comunidades de origen cuando son mayores de 50 años. Esta movilidad poblacional tiene varios efectos que podrían relacionarse con la exposición al riesgo: la asimilación al

estilo de vida “occidental”, con la consecuente adquisición de conductas de riesgo similares. A esto se agrega que quienes migran mayoritariamente son parte de la población joven (grupo principal que esta adquiriendo el virus en nuestro país); y luego, quienes realizan trabajos temporales. Entre la población joven, para el caso de las tres etnias se hace necesario detenerse en los estudiantes de los diversos pueblos originarios que van a las ciudades a terminar o continuar con sus estudios. Este segmento de la población de origen étnico se enfrenta a varios escenarios a la vez: por un lado, se ve fuertemente expuesto a enfrentar situaciones de riesgo frente al VIH/SIDA, principalmente aquellos/as que provienen de contextos rurales y se enfrentan a la vida urbana por primera vez. Por otro, la ciudad también les ofrece información y educación en las temáticas de salud sexual lo cual les entrega herramientas como para prevenir riesgos. Datos muy interesantes respecto a este grupo surgieron en la IX región y en jóvenes rapanui que viven actualmente en el continente en condición de estudiantes. Muchas veces estos jóvenes adquieren información y educación en torno a la sexualidad, por ejemplo, el uso del condón, y luego son ellos/as mismos/as quienes educan a sus pares en los lugares de origen (por ejemplo, en Isla de Pascua en el caso rapanui). Durante el estudio fue posible constatar que no sólo transmiten dicha información a sus pares sino también a otras generaciones, como sus padres, vecinos/as, etc. De esta manera, este segmento de la población resulta sumamente interesante a la hora de visualizar estrategias de prevención con pueblos originarios.

Por último, encontramos la movilidad población vinculada a los trabajos temporales, principalmente del sector agrícola. Este tipo de movilidad poblacional fue identificado por el estudio como un importante contexto de riesgo y vulnerabilidad. Tanto en la población aymara como en la mapuche es común que hombres y mujeres realicen trabajos temporales fuera de sus comunidades de origen. El tiempo de ausencia varía desde semanas a meses, tiempo en el cual las personas establecen contacto y relaciones sexuales esporádicas, generalmente con desconocidos/as. Debemos considerar que el desplazamiento, la lejanía del hogar, la discriminación que sufren los/as personas de origen étnico, generan sentimientos de soledad y de baja autoestima que aumentan las posibilidades de contactos esporádicos sin protección. Esto es interesante ya que nos lleva al tema del estigma y la discriminación y su fuerte vinculación con el VIH/SIDA. Volviendo a lo anterior, debemos recordar que el estudio ha revelado que en general, el uso del condón no es un recurso común entre las personas pertenecientes a los pueblos originarios estudiados, lo cual aumenta el riesgo de adquisición del VIH y otras ETS durante el periodo de trabajo temporal, sobre todo cuando se establecen relaciones en contextos de importantes carencias emocionales y afectivas. Tal como sostiene Cáceres, “luego de analizar las consecuencias de la movilidad poblacional estacional por trabajo y sus conexiones con las relaciones de pareja paralelas (y/o con el consumo de comercio sexual), se concluye que los factores que median la contribución de la migración laboral a la epidemia incluirían las condiciones de vida deprimidas, la disrupción del sistema de apoyo social y la organización social disfuncional” (Cáceres 1999: 232).

Por otra parte, otro factor que es necesario considerar es el regreso de los/as trabajadores/as temporales a sus hogares de origen. En la mayoría de los casos, sobre todo el de los varones de origen rural, hay una familia que los espera. Es común escuchar a la mujer decir que no temen que los maridos les transmitan alguna enfermedad ya que ellos se cuidan o que no son infieles. De esta manera, la protección frente a la adquisición de alguna enfermedad no es un tema que se discuta en pareja, menos en los contextos más tradicionales de estas culturas.

IV. POPUESTA DE TRABAJO SEGUNDA FASE DEL “ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH/SIDA EN PUEBLOS ORIGINARIOS”

IV.1. LINEAS DE ACCIÓN IDENTIFICADAS

El presente capítulo presentan por un lado, las líneas de acción en torno al VIH/SIDA en pueblos originarios identificadas en esta primera fase del estudio y, por otro, se desarrollan ideas que, a nuestro juicio, deben estar presentes en la segunda etapa de formulación de estrategias de prevención. Las líneas de acción van en concordancia con la propuesta de trabajo para la segunda etapa del estudio, la cual visualizamos como una profundización en las ideas y ámbitos que se exponen en este acápite. Todas las propuestas surgen a partir de los datos obtenidos en la realización del estudio; tanto de la observación etnográfica, como de las entrevistas a informantes clave y a miembros de los pueblos originarios, así como también desde la experiencia de las investigadoras que participaron en el estudio.

La información está organizada en torno a distintos ejes analíticos que hemos identificado como relevantes para las tres etnias abordadas en el estudio. Luego, se presenta un cuadro que sintetiza las organizaciones y los actores clave en torno al VIH/SIDA en pueblos originarios, los cuales se han identificado a lo largo del estudio.

IV.1.1. VIH/SIDA y Pueblos Originarios

Como hemos destacado a través de las distintas etapas del estudio, el VIH/SIDA es conceptualizado por las tres etnias como enfermedad de los “otros”, “externa”, “foránea”. Esta invisibilización del VIH/SIDA se constituye en un factor de vulnerabilidad por cuanto no permite que los miembros de los pueblos originarios se perciban en riesgo. Esto nos lleva a plantear la idea de que las estrategias deben comenzar primero que nada por plantear el tema dentro de las comunidades indígenas pero tomando en consideración los factores culturales, las cosmovisiones de cada grupo étnico, única manera en que el VIH/SIDA tendrá pertinencia cultural. En este sentido, parece necesario introducir el VIH/SIDA dentro del imaginario indígena pero desde los códigos de cada grupo étnico. Para realizar esto, pensamos que es indispensable trabajar con personas pertenecientes a los pueblos originarios, especialmente jóvenes que por las condiciones de vida que antes hemos analizado, transitan entre lo moderno y lo tradicional y, por ende, manejan los códigos de ambas realidades. Sólo así se logrará que los grupos étnicos asuman el VIH/SIDA como un tema que los afecta en sus vidas cotidianas y que no lo vean sólo como un problema de los “occidentales”.

El primer paso para lograr esto es identificar ámbitos a nivel de comunidades que sean relevantes para sus miembros, y desde éstos instalar el VIH/SIDA. Plantearse una estrategia de prevención directa y únicamente enfocada en VIH/SIDA resultaría infructuosa pues el tema es irrelevante para los miembros de pueblos originarios por no ser considerado un problema propio ni “real”. El abordaje directo puede ser confundido con la presencia de un elevado número de casos de VIH/SIDA en la etnia, lo cual va aparejado al temor a la estigmatización y podría causar un efecto indeseado de negación y rechazo a la información y orientación. Por otra parte, el trabajo participativo estimula positivamente la autoestima, lo cual sería un elemento favorecedor del autocuidado.

En palabras de una informante clave para la etnia aymara:

“Se puede prevenir sólo un tema que ha elevado algún problema para la comunidad específica. Lo demás es una pérdida de tiempo. (Hablar de VIH/SIDA) Es irrelevante (...) Tengo la impresión de que no va a parecer ni agresivo, no va a parecer nada. Va a parecer como uno más de los temas que alguien va a colocar allá. Una agenda más levantada desde afuera y que me van a pedir que yo me haga cargo” (Informante clave aymara).

Como enfatiza esta cita, el VIH/SIDA aparece como un tema en la agenda oficial de los “otros”, lo cual se constituye de inmediato en una barrera para la prevención eficaz. Por ello, se deben utilizar espacios validados por las propias comunidades, tanto en contextos rurales como urbanos, desde donde instalar temas relevantes que abran la posibilidad de hablar de VIH/SIDA. Utilizamos el término “hablar” para enfatizar que la oralidad es un medio más efectivo de difusión que la palabra escrita, como desarrollaremos más adelante. Para instalar el VIH/SIDA como relevante, es entonces necesario situarlo en contextos adecuados:

“Por eso es que creo que si uno quiere hacer un trabajo más sólido tiene que partir de un ámbito próximo que te permita abordar este otro. Ahora, mi opinión también es que la promoción tiene que ver más con acción de terreno que material. Así como los consensos se establecen desde las unidades sociales más básicas, creo que la promoción también se hace ahí. (...) Por lo menos en el ámbito rural, poblaciones tan reducidas donde el poder ir a visitar casa a casa, el poder acompañar una familia dos días, ir conversando con la familia con calma... ésa es una manera de instalar el tema, instalarlo en las preocupaciones de la gente” (informante clave aymara)..

Estas “unidades sociales básicas” son diferentes en lo urbano y rural, y entre las etnias, pero es desde esas instancias donde resultan las acciones más eficaces, como contraposición a instancias asociadas a lo “oficial” (sinónimo de imposición). Y si además tomamos en consideración que el SIDA es de por sí una enfermedad asociada a conceptos estigmatizantes, el instalarlo como problema puede generar una doble resistencia: además de ser un problema “externo”, se transforma en otro estigma para la población indígena. En este sentido, deben buscarse mecanismos para no asociar el VIH/SIDA con estereotipos estigmatizantes que a través del lenguaje se filtren generando distancia en la identificación con el problema. Así por ejemplo, debiera partirse desmitificando la existencia del problema dentro de algunas poblaciones específicas: prostitución, homosexualidad.

La experiencia de informantes clave para las tres etnias nos clarificó que la manera más eficaz de situar temas es instalándonos en conversaciones, en instancias previamente organizadas por los miembros de las comunidades. Por ejemplo, una promotora en salud en la IX región habló de la instalación de temas de sexualidad y ETS en talleres de mujeres mapuche (organizados por ellas mismas), en un trabajo a través del tiempo. A continuación desarrollaremos la importancia de analizar cómo las etnias conciben y tratan los temas de sexualidad, y los tiempos y espacios donde lo hacen, para poder realizar una labor preventiva.

IV.1.2. Estado y Pueblos Indígenas

La relación histórica que el Estado chileno ha establecido con los tres pueblos indígenas que contempla nuestro estudio es diversa para cada caso. Aun así, aparece como eje transversal el carácter de imposición social y política que ha tenido esta relación, donde el Estado ha impuesto estructuras culturales occidentales sobre sociedades y culturas diferentes. En el ámbito de la salud, esto ha implicado la invisibilización histórica de las medicinas indígenas. Sólo desde las últimas décadas existe un reconocimiento de ellas. Con respecto a las temáticas del VIH/SIDA y otras ETS es posible identificar que el Estado no contempla estrategias particulares que incluyan una perspectiva de pertinencia cultural para el caso de cada grupo étnico, sino que estos grupos reciben la misma información que el resto de la población. Esto resulta contraproducente y perjudicial toda vez que las estrategias y acciones masivas no contribuyen a tratar estos temas en beneficio de los objetivos de la interculturalidad. Por otra parte, los actores que participan en el trabajo intersectorial de VIH/SIDA (organismos gubernamentales y sus funcionarios, organizaciones sociales no indígenas de diverso tipo) no cuentan hoy con herramientas metodológicas ni teóricas para tratar con la diversidad étnica, toda vez que la misma es un elemento novedoso dentro de la participación ciudadana. Las dinámicas y los intereses de las organizaciones sociales indígenas difieren considerablemente del resto de las organizaciones sociales involucradas (minorías sexuales, mujeres, etc.) y la interferencia de estas dinámicas e intereses puede provocar perjuicios no sólo para la temática específica de VIH/SIDA, sino también en la relación entre las etnias indígenas y la sociedad chilena en general, ya que las comunidades pueden interpretar el interés de estos sectores como una forma más de “intervención” vertical y de estigmatización.

De esta manera, se proponen líneas de acción en el sentido de que el Estado reconozca y valide a las comunidades indígenas como agentes activos con quienes dialogar para establecer en conjunto estrategias de prevención.

Tal como sostiene una informante clave de la IX región:

“Yo creo que aquí siempre uno tiene que antes de llegar con una propuesta, o de decir vamos a hacer una campaña, tiene que hablar con las comunidades. Decir las cosas por su nombre a las comunidades, en todos los aspectos (...) y ellos toman la decisión. Y así trabajar con las comunidades, trabajar con los niños, más personalizado (...) se preguntan ¿Por qué a nosotros nos están haciendo esto y al resto no? ¿Creen que nosotros estamos más enfermos? Ese tipo de cosas (...) Tienen instituciones a lo mejor no formales que son muy importantes. Uno tiene que considerar no tanto al -por decir una cosa- al director de la escuela, pero sí al jefe de la comunidad o a la machi. (Si no, van a decir) ¿Por qué no se invitó a la machi?, yo creo que hay que partir por esa base” (Informante clave, IX región).

Desde este enfoque, pareciera que el principal rol que deben cumplir las instituciones públicas en una estrategia de prevención de VIH/SIDA es la de otorgar estímulo, orientación, apoyo y diálogo permanente a las iniciativas que surjan desde los propios actores indígenas. Sólo la capacidad instalada de estos actores garantizará: coherencia social, pertinencia cultural, sustentabilidad en el

tiempo, convocatoria y adhesión comunitaria. Por ejemplo, para el caso de Isla de Pascua, esto se traduce en la necesidad de que sea la propia comunidad quien tome a su cargo el tratamiento de temas tan delicados e íntimos como el VIH/SIDA. Se considera que toda intervención planificada y ejecutada desde el continente por actores continentales sin vínculo previo con la isla, sólo generaría tensiones y ningún efecto; puesto que la reproducción del modelo intervencionista continental, resulta contraproducente. Es así como en las entrevistas y conversaciones informales la comunidad propuso enfocar el tema desde la cultura isleña, resaltando valores, tradiciones y simbología para la prevención. Esto manifiesta una verdadera identificación con la historia isleña y con el origen polinésico de la misma, referente simbólico constante en los procesos de construcción de identidad de los rapanui.

De esta manera, según los datos arrojados por el estudio nos parece que sin la participación de la comunidad, cualquier proyecto de estrategias de prevención fracasará desde sus bases. Particular relevancia tendrá el respeto político que el intersector gubernamental y su alianza con el mundo civil confieran a la dirigencia indígena y a las autoridades tradicionales de los diferentes pueblos, tanto del ámbito político, como a los agentes médicos indígenas por su rol dentro de las comunidades.

IV.1.3. Sexualidad como Ámbito Privado

Como ya adelantábamos, un factor obstaculizador para un programa de prevención es la percepción del VIH/SIDA como una enfermedad ajena, sobre la que no se habla. En los casos de las etnias aymara y mapuche, esto se puede acentuar debido a que en estas culturas no se habla sobre sexualidad ni temas asociados a la intimidad, hay un valor asociado al pudor que se traduce en silencio acerca de la sexualidad.

“La conciencia sobre el tema es particular, personal, no se conversa en la asociación ni en la comunidad” (informante clave etnia mapuche, líder comunitaria).

Estos silencios con respecto al tema de la sexualidad se traducen en el silencio acerca de las ETS y VIH/SIDA. Así, como veíamos anteriormente, este ámbito se relaciona también con la invisibilización de la homosexualidad como práctica y con la violencia de género. Hablar de VIH/SIDA es hablar de todos estos temas que están instalados en el ámbito de lo “tabú”. La relevancia que esto tiene para estrategias de prevención se relaciona con la necesidad de instalar el tema del VIH/SIDA de manera muy cuidadosa, y como decíamos anteriormente, desde otros ángulos que sean relevantes para los miembros de los pueblos originarios. Esta será la única manera en que el tema tenga pertinencia dentro de cada una de las culturas estudiadas. Una posibilidad es utilizar instancias ya creadas como reuniones deportivas, talleres artesanales, etc. para ir situando estas temáticas, recordando la importancia que para estos pueblos adquiere la oralidad.

IV.1.4. Oralidad y Escritura

Tal como hemos visto hasta ahora, el “poder de la palabra” aparece como eje de las tres etnias abordadas en el estudio. En este sentido, la comprobación de la importancia de la cultura oral por

sobre la escrita nos habla de la necesidad de establecer coherencia en las estrategias de prevención que se implementen. En este sentido nos parece clave que exista la posibilidad de situar el tema de VIH/SIDA a través de múltiples temas relacionados y que estos estén puestos en la vida cotidiana de las comunidades indígenas -tanto en el campo como en la ciudad, diseñando estrategias diferenciadas para cada caso- a través principalmente de la oralidad, del uso que se hace de las conversaciones como vehículos de transmisión de mensajes y conocimientos sobre estos temas. Esto implica tomar en consideración variables como la temporalidad, ya que en los contextos rurales las conversaciones tienen un tiempo determinado, muy distinta al de las comunidades urbanas donde el modo de vida y los ritmos de ésta se asemejan a los de la población chilena general.

Lo anterior no significa dejar de lado la palabra escrita. De hecho, en la elaboración de material y en las campañas mismas de prevención, la palabra escrita aparece haciendo tangible un discurso que no puede dejar de estar presente. Para acercar este discurso a los miembros de los pueblos originarios, consideramos necesario que cualquier material que se desarrolle debe estar escrito en castellano y en la lengua indígena respectiva. Se podría argumentar que no toda la población indígena -y especialmente la urbana- habla la lengua de su etnia, sin embargo el poder simbólico de respetar su "tradición" implica un acercamiento, un romper con la verticalidad habitual de las campañas.

IV.1.5. Agentes de Salud

Otro punto importante, y que puede ser abordado con estrategias posibles de implementar, es la relación entre la población indígena y los establecimientos y agentes públicos de salud. A pesar de que se mantiene la terapéutica tradicional de cada etnia para muchas familias, especialmente para quienes viven en zonas rurales, prácticamente toda familia aymara, mapuche y rapanui ha acudido con un familiar al consultorio, posta u hospital cercano. Estas instancias son percibidas como apropiadas para entregar información y orientación sobre prevención en salud a la población. Sin embargo, la calidad de la atención con que se recepciona y atiende en estos espacios, no facilita la recepción de la información en las/os usuarios/as de las mencionadas etnias. A esto contribuye además la falta de conocimiento del personal de salud respecto de las necesidades y costumbres particulares de sus usuarios/as indígenas en distintas situaciones relacionadas con la salud y la enfermedad, y la existencia de prejuicios acerca de los miembros de los pueblos originarios.

Durante el curso de la investigación, pudimos apreciar que es común que el personal de salud biomédico tenga prejuicios acerca de la población indígena, lo cual interfiere en la adecuada entrega de información por parte de las instancias oficiales de salud y en la recepción que los pueblos originarios tienen respecto a la atención de salud. Es por ello que consideramos indispensable abordar estas carencias a través de la sensibilización y capacitación adecuada del personal de salud. Esto, sin desconocer los esfuerzos que el Gobierno ha venido realizando en materias de salud intercultural; sino más bien planteando la necesidad de profundizar la reflexión. Una de las carencias que identificamos en este aspecto es la ausencia de indicadores desglosados por etnia. Es por ello que rescatamos la importancia de contar con estadísticas de salud desglosadas por etnia a nivel nacional. Esto apoyaría fuertemente el desarrollo de una epidemiología sociocultural, crucial para nuestra realidad chilena en tanto multiétnica.

Por otra parte, el estudio constató la necesidad de instalar dentro del sistema público de salud formas de medición de impacto y procesos sociales desde un enfoque cualitativo. Si bien esta es una preocupación que ya está instalada en el servicio de salud, por ejemplo, aparece en el contexto de trabajo del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio, consideramos que aún falta camino por recorrer dadas las todavía existentes dificultades de comunicación e integración de sistemas que se desprenden de la experiencia.

Otro aspecto a considerar son los agentes tradicionales de salud de cada etnia. Como hemos señalado a lo largo de todo el estudio, pareciera que para los agentes tradicionales, al igual que para los/as personas entrevistadas pertenecientes a las etnias abordadas, el VIH/SIDA es un tema invisible, un mal foráneo, externo, propio de los “otros” (léase winkas, occidentales, etc.). Aun así, es interesante constatar que a pesar de esto los agentes tradicionales de salud de alguna manera incorporan el VIH/SIDA dentro de su imaginario social, es decir, transforman la enfermedad y la leen desde sus propios códigos. A partir de esto es que proponemos la idea de incorporar el VIH/SIDA dentro de los códigos y la cosmovisión de cada grupo étnico ya que nos parece esta será la única manera de otorgarle un sentido real a este tema en la vida de cada pueblo originario. Por otra parte, no debemos olvidar que los agentes de salud propios de cada etnia son generalmente personas con un fuerte grado de autoridad dentro de las comunidades, figuras respetadas. Consideramos por tanto que pasarlos por alto en las estrategias de prevención sería un error, incluirlos implicaría la posibilidad de situar el VIH/SIDA dentro de la cosmovisión de estos pueblos.

IV.1.6. Dónde Prevenir

IV.1.6.1. Contextos Validados por las Comunidades

Tal como mencionamos anteriormente, los hallazgos del estudio arrojan que lo principal es identificar instancias y contextos validados por las propias comunidades donde ir incorporando acciones preventivas en torno al VIH/SIDA. Por ejemplo, la cultura mapuche considera que en la prevención y sanación de un problema de salud debe involucrarse la familia y la comunidad de la persona afectada. Esto se vincula con el hecho que la identidad del mapuche está dada por la pertenencia a una comunidad, de la cual es parte fundamental. Este enfoque facilitaría que la información y sensibilización se dirigiera a la comunidad, donde podría socializarse. Esto no significa dejar de lado las instancias generalmente utilizadas para la prevención en salud, como consultorios, etc., pero si se hace necesario agregar estos otros espacios donde pareciera ser se puede generar un impacto a largo plazo.

1.6.2. Movilidad Poblacional

Con respecto al movimiento poblacional, es relevante identificar lugares de interacción entre población en tránsito/flotante y comunidades locales, para implementar allí acciones de prevención. Es estos espacios es crucial no realizar estrategias paternalistas ni verticales sino trabajar con los actores locales, por ejemplo, en el caso rapanui, en sus discoteques y pubs se propone trabajar con los dueños para promover desde adentro estrategias efectivas.

IV.1.6.3. Instancias Sociales e Instituciones

Por otra parte, hospitales, consultorios, escuelas, organizaciones de mujeres, espacios de participación social y laboral aparecen -según la percepción de informantes clave y comunidades- como aptos para la difusión de información y sensibilización. Sobre los colegios: la mayor parte de los/as entrevistados/as sostiene haber recibido cierta información sobre sexualidad en los colegios; espacios donde muchos jóvenes de las comunidades indígenas permanecen gran parte de su niñez y juventud, a menudo en internados. Por ello, parece conveniente considerar a estos espacios en un programa preventivo, mejorando la preparación teórica de los/as docentes en esta área, así como también en metodologías adecuadas para trabajar con ese grupo etáreo.

Los consultorios por su parte, son mencionados por las personas pertenecientes a las distintas etnias como espacios adecuados para entregar información sobre VIH/SIDA a personas que no tienen acceso a otras fuentes. Los colegios, según una trabajadora del área, son espacios saturados de información sobre diversos temas y el VIH/SIDA debe estar presente como uno más.

Las organizaciones de mujeres también son consideradas clave ya que la mujer representa uno de los canales más efectivos para prevenir toda vez que continúa siendo la encargada de los ámbitos domésticos, privados, propios de la sexualidad.

Las organizaciones indígenas y la participación en éstas parece ser también un contexto desde donde entrar con los temas de VIH/SIDA, pero nuevamente considerando las particularidades culturales de cada etnia ya que sólo así se podrá tener una recepción positiva de estos temas. Las organizaciones indígenas cumplen un papel central toda vez que se articulan (principalmente en los contextos urbanos), como espacios de recuperación del sentido de comunidad y de identidad étnica. De esta manera, quienes participan en organizaciones comunitarias, agrícolas, ganaderas, centros de madres, juntas de vecinos, organizaciones de estudiantes, grupos de baile tradicional, y otras, han desarrollado expectativas con respecto de su comunidad, conocen a la población con la que viven y trabajan, y pueden llegar a ser óptimos agentes en el trabajo preventivo. Asimismo, estas personas se ven reforzadas en su autoestima, lo que mejora la imagen de sí mismas, favoreciéndose así el autocuidado, y tal vez la difusión de éste. Una entrevistada, por ejemplo, señaló que su participación en una organización ha cambiado sus temas de conversación, la forma en que ve la vida y la importancia que asigna a distintos eventos y circunstancias. Sostiene que en estas instancias hay un reconocimiento y una recuperación de saberes y tradiciones. De esta manera, sería necesario potenciar estos escenarios en tanto contextos de generación de identidad.

Así, la participación social de las personas surge como un factor que debe ser incorporado en los programas para mejorar la prevención.

Las diversas iglesias que están presentes en las regiones abordadas y que tienen como fieles a población indígena se presentan también como agentes clave, que deben ser considerados para la implementación de estrategias de prevención.

IV.1.7. Figuras clave

IV.1.7.1. Agentes validados por la comunidad: en las tres etnias se sugiere una llegada a la población a través de un agente validado por la comunidad o que sea parte de ella, quien debe

presentar -en una instancia social comunitaria- a la persona a cargo de la prevención; a la que más adelante debe acompañar en sus visitas a la comunidad. Se señala que es muy importante respetar las necesidades y expectativas de la población visitada, para lo cual disponer de largo tiempo es un factor fundamental. Tal como mencionamos anteriormente esto es importante en otras etnias.

IV.1.7.2. Jóvenes: en las tres etnias, quizás uno de los rasgos más comunes que observamos es la función que están representando los segmentos jóvenes de la población como replicadores de conocimientos sobre VIH/SIDA y como personas con una visión de la sexualidad sobre la cual se “puede conversar”. Los mayores dentro de las comunidades no dialogan sobre estos temas, pero sí comienzan a hacerlo los/as jóvenes que salen de las comunidades hacia la ciudad o el continente y, cuando regresan, se convierten en una vía de transmisión de estos temas hacia sus padres y hacia los pares que se han quedado dentro de las comunidades. Es interesante considerar entonces a estos jóvenes como población sobre la cual orientar las estrategias y acciones, sobre todo si consideramos que estos constituyen la población que está iniciando su vida sexual y, por ende, con riesgo de contraer el VIH/SIDA y otras ETS. Uno de los sectores interesantes dentro de este grupo lo representan las mujeres jóvenes, ya que son un segmento que se encuentra en un claro tránsito, en una situación de transición y de rebeldía con respecto a las normas tradicionales de sus pueblos. De esta manera, la visión que tienen respecto a los temas de sexualidad son muy distintos a los que emanan de, por ejemplo, las organizaciones indígenas en las que el factor político se sustenta en la recuperación de la tradición. Ellas, en cambio, abogan por un cambio, toda vez que tienen como referente otros modelos de vida y, para el caso que nos interesa en el estudio, de sexualidad.

Antes de implementar cualquier plan de acción con este grupo de población, nos parece necesario considerar dentro de las estrategias que se vayan a implementar otras variables culturales, como por ejemplo las posibilidades efectivas -o dificultades- que tienen estos jóvenes de llegar con mensajes y temas a la población mayor de sus comunidades, es decir, deben considerarse otras condicionantes generacionales o de género. De allí también es posible constatar la importancia de que sean estos mismos jóvenes quienes definan, según el conocimiento inmediato que poseen de su cultura y sus mayores, las formas en que debe transmitirse los mensajes y posicionar los temas dentro de las comunidades.

IV.1.7.3. Facilitadores/as interculturales: la figura de los/as facilitadores/as interculturales merece atención, pues se considera que pueden constituirse en agentes clave de prevención. Sin embargo, es necesario preguntarse por el rol que actualmente cumplen. En el transcurso de la investigación, se observó que la potencia de estas figuras como verdaderos intérpretes entre los mundos de salud “occidental” e indígena, queda muchas veces reducida a ser facilitadores de información superficial.

IV.1.7.4. Dónde y a través de quiénes prevenir: a continuación se presenta un cuadro resumen con las organizaciones y actores que el estudio identificó como clave en el abordaje de prevención del VIH/SIDA en las tres etnias abordadas en el estudio. La identificación de los distintos actores se enmarca dentro de las recomendaciones generales de ONUSIDA, según las cuales las estrategias deben abogar por una movilización de todos los sectores de la sociedad, argumentando que “una función importante de los gobiernos consiste en abrir el camino para que todos los sectores de la sociedad puedan contribuir a la respuesta. Los países que han utilizado enfoques multisectoriales han visto reforzada su respuesta nacional a través de la participación de los grupos o las asociaciones

religiosas, culturales y comunitarias, los empresarios, los sindicatos y las organizaciones no gubernamentales” (ONUSIDA, 2002).

Actores clave y organizaciones en el abordaje de prevención de VIH/SIDA en las tres etnias abordadas

CUADRO RESUMEN

ORGANIZACIONES Y ACTORES CLAVE	RAPA NUI	MAPUCHE	AYMARA
Menores	Escuelas. Hogar de menores.	Escuelas rurales y urbanas.	Escuelas rurales y urbanas.
Jóvenes	Centro juvenil. Grupos de jóvenes, en tanto líderes naturales. Hogares de acogida en el continente, tanto en la V región como en la Región Metropolitana.	Grupos de jóvenes, en tanto líderes naturales. Hogares de estudiantes mapuche en la IX región. Dirigentes estudiantiles de Universidades regionales.	Grupos de jóvenes, en tanto líderes naturales. Dirigentes estudiantiles de Universidades regionales.
Autoridades tradicionales	Consejo de Ancianos y Parlamento Rapa Nui.	Autoridades tradicionales y dirigentes de las comunidades tanto urbanas como rurales, respetando ordenamiento territorial y político de las distintas unidades comunitarias.	Autoridades tradicionales y dirigentes de las comunidades tanto urbanas como rurales, respetando ordenamiento territorial y político de las distintas unidades comunitarias.
Organizaciones sociales	Redes intersectoriales de Violencia Intrafamiliar, de Educación y Salud. Agrupaciones artísticas, músicos y bailarines.	Redes intersectoriales de Violencia Intrafamiliar, de Educación y Salud Agrupaciones sociales y políticas.	Redes intersectoriales de Violencia Intrafamiliar, de Educación y Salud Agrupaciones sociales y políticas.
Organizaciones de mujeres	Organizaciones de mujeres Rapa Nui	Organizaciones de Mujeres Mapuches	Organizaciones de mujeres aymaras, principalmente ligadas a la microempresa.
Organizaciones sociales ligadas al VIH-SIDA		Organizaciones como por ejemplo DUM y Esplavida en la IX región, entre otras.	

Agentes tradicionales de salud	Medicina Rapa Nui	Machi	Yatiri
Programas de Salud Intercultural		Hospitales y Centros de Salud Facilitadores/as interculturales	Hospitales y Centros de Salud Facilitadores/as interculturales
Sectores religiosos	Iglesia Católica Iglesias evangélicas	Iglesia Católica Iglesias evangélicas	Iglesia Católica Iglesias evangélicas
Gobierno	Municipio. Gobernación.		Aduana Policía de frontera
Organismos públicos	PRODEMU, CONADI, SERNAM		
Agentes de salud oficial.	Hospital Hanga Roa. Centros de Salud.	Hospital Regional de Temuco. Centros de Salud tanto de la IX región como de la Región Metropolitana.	Hospital Regional Dr. Juan Noe. Centros de Salud.
Espacios de esparcimiento y recreación, tanto ritual como profana.	Pubs, discoteques en la Isla. Espacios de esparcimiento y recreación de la cultura rapa nui en el continente, especialmente organizaciones que convocan las fiestas	Fiestas religiosas Ngillatun	Carnavales Fiestas religiosas
Sector empresarial	Cámara de empresarios/as de turismo y Sernatur. Mesa intersectorial de Turismo. Dueños/as o locatarios de Pubs y discoteques u otros sitios de interacción Tatuadores oficiales	Sector empresarial ligado a la industria agropecuaria y de contrato de trabajadores/as temporales.	Empresarios que contratan trabajadores temporeros. Empresarios y sindicatos de transportistas internacionales de carga terrestre. Empresarios del ámbito marítimo/portuario. Dueños/as o locatarios de saunas, topless, entre otros. Para esto ya existe un modelo validado sobre prevención de

			VIH/SIDA y comercio sexual.
Medios de comunicación	Medios de comunicación locales: Radios y TV.	Medios de comunicación locales: Radios y TV.	Medios de comunicación locales: Radios y TV.

IV.2. PROPUESTA DE TRABAJO SEGUNDA FASE

IV.2.1. Técnicas y Procedimientos

La segunda etapa del proyecto se plantea como una experiencia piloto de formulación de una estrategia de prevención en VIH y ETS en Pueblos Originarios, acorde con los resultados del estudio de caracterización; la propuesta de un modelo de intervención o abordaje; y la producción de materiales e instrumentos validados por las etnias involucradas en el estudio, posibles de replicar a futuro en otras regiones y etnias del país.

A partir de ello, las acciones puntuales que se ejecutarán son:

a) Diseño de una estrategia preventiva del VH/SIDA/ETS para pueblos originarios, con sus respectivos objetivos, ejes conceptuales y aspectos a considerar en un modelo de abordaje. Como en toda estrategia, se pretende entregar los lineamientos básicos a considerar al momento de abordar y/o replicar esta experiencia en otras etnias del país o del exterior. Para ello, se hará hincapié en los conceptos centrales que dan forma y base al modelo propuesto; tales como: salud intercultural; cosmovisiones, estigma y discriminación, participación social; y la vulnerabilidad con sus principales contextos frente al VIH/SIDA para tres etnias nacionales.

De esta manera, a través de la estrategia propuesta se pretende orientar el abordaje de la prevención del VIH/SIDA/ETS en los pueblos originarios, identificando las asociaciones entre diversos actores sociales y gubernamentales, con énfasis en involucrar a las comunidades originarias, en la medida que se respeten y consideren sus necesidades, creencias y otros aspectos culturales.

b) Diseñar un modelo preventivo, que operacionalice los hallazgos del estudio basal, en cuanto a:

- Identificación de actores relevantes de ser incorporados al diseño, implementación y sostenibilidad de las acciones.
- Sensibilización a diversos sectores de salud en materia de interculturalidad; estigma, discriminación, VIH/SIDA/ETS; y en pueblos originarios con sus cosmovisiones.
- Identificación de escenarios adecuados y pertinentes donde instalar mensajes y desarrollar acciones de prevención;
- Caracterización de áreas temáticas propias de los pueblos originarios relacionadas con VIH/SIDA y ETS a través de las cuales introducir sensibilización frente a estos temas.
- Determinación de lenguajes, medios (escritos/orales/visuales) y contenidos mínimos de los mensajes de prevención a incorporar para cada una de las tres etnias estudiadas;

c) Generación de materiales e instrumentos para la prevención del VIH/SIDA/ETS. Para este punto, proponemos trabajar con los/as jóvenes de las distintas etnias que habitan en espacios urbanos de las diversas regiones consideradas en el estudio basal. Se considera la opción de generar materiales e instrumentos en conjunto con los/as jóvenes de pueblos originarios, cuya génesis y orientación surge de la investigación diagnóstica.

V. CONCLUSIONES

A través de todo lo anteriormente expuesto podemos ver que en los tres pueblos originarios abordados en el estudio existe actualmente una situación de tensión entre los patrones culturales tradicionales y las prácticas propias del mundo moderno. Lo primero se tiende a asociar a los espacios rurales, los cuales se simbolizan como los contenedores de la tradición, de la vida en comunidad, de la salud. El mundo moderno, por su parte, se asocia a los espacios urbanos en los cuales cada vez habitan mayor cantidad de personas de origen étnico. La tensión se ve reflejada principalmente en la población joven ya que son ellos/as quienes se enfrentan a la dicotomía de pertenecer a ambas realidades. De esta manera, si bien tanto en los contextos rurales como urbanos los patrones tradicionales continúan funcionando, existen una serie de fugas a este modelo, por ejemplo el caso de los embarazos adolescentes, entre otros. Otro aspecto, muy vinculado a lo anterior, tiene que ver con que la sexualidad es simbolizada como un acto de violencia: en el mundo mapuche esto se vincula con el tradicional rapto de la mujer y con los ritos de seducción, en el mundo aymara y en el rapanui la violencia es un tema común y cotidiano en las parejas. Esto hace que en la actualidad muchas mujeres de estas etnias estén en una lucha por cambios frente a este modelo, lo que las lleva a preferir como parejas a hombres “winkas”, chilenos, lo cual refleja aún más este aspecto de tensión, de transición entre un modelo tradicional y un nuevo escenario moderno. De esta manera, el estudio muestra una suerte de radiografía de una transición general en que se encuentran no sólo la población indígena del país, sino bien nuestra sociedad en general.

De esta manera, aparece en las tres etnias un fenómeno de resignificación de las identidades, las cuales se reactualizan incorporando elementos de la cultura tradicional y de la propia del mundo moderno actual. En el plano de la sexualidad este aspecto se ve reflejado en una tensión entre lo que se sostiene a nivel de discurso (vinculado a la tradición) y las prácticas cotidianas, lo que construye contextos de vulnerabilidad particulares y necesarios de ser profundizados en futuras investigaciones.

Otro ámbito relativo a la sexualidad presente en las tres etnias se refiere al tema del “silencio” respecto al sexo y la sexualidad. Tanto en la cultura aymara como en la mapuche fue posible observar que la sexualidad es un tema silenciado. Hablar del VIH/SIDA es hablar de sexualidad, por ende el silencio respecto al VIH/SIDA por parte de estos pueblos puede ser entendido como un tema cultural toda vez que es un silencio respecto a la sexualidad (entre otras cosas). Este tema se inserta también dentro de una dinámica cultural mestiza chilena donde la sexualidad es asimismo silenciada, oculta, invisibilizada. En ambas etnias el tema de la homosexualidad, por ejemplo, sólo existe como realidad en un nivel ritual, de esta manera, podemos intuir que desde la concepción de estos grupos el VIH/SIDA no puede existir ya que, como los discursos muchas veces equiparan VIH/SIDA con homosexualidad, reconocer la existencia de la enfermedad implicaría reconocer y aceptar la existencia de la homosexualidad dentro de sus propias comunidades. De esta manera, surge la pregunta: ¿cómo hablar de un ámbito, en este caso la sexualidad, en culturas donde éste es un tabú?

En el caso rapanui, también aparece en cierto grado la ausencia de conversación sobre temas de sexualidad, aún cuando la sexualidad sea practicada de forma mucho más explícita y “abierto” que en las otras etnias. Entre los/as jóvenes rapanui se encuentra un marcado ejercicio de la sexualidad inscrito dentro de lo “natural”, lo cual implica (entre otras cosas) que no existe una problematización ni cuestionamiento sobre la misma, ya que al parecer no existen otros referentes que actúen como normativos, excepto la propia actividad sexual. Por ello, el sexo pareciera ser “para practicarlo”, no para conversarlo, explicando así la ausencia de debate sobre estos temas. La ausencia de

conversación sobre estos temas sufre hoy también un cierto giro sobre todo por la emergencia de una “educación sexual” en el seno de la escuela de la Isla a cargo de docentes o del personal del Hospital. Los/as jóvenes no han tenido educación sexual en sus hogares debido a estos tabúes que existen en torno a la conversación sobre sexualidad, impuestos principalmente por la cultura católica adscrita por los padres. Hoy en día la tendencia al silencio de parte de las familias está también cambiando en la medida de las necesidades que plantea el nuevo contexto global, lo que manifiesta la característica rapanui de extrema flexibilidad adaptativa.

A través de los datos obtenidos en el estudio sostenemos la idea que las líneas de acción en prevención en VIH/SIDA en pueblos originarios deben ir focalizadas hacia la población joven adolescente que migra a las ciudades y viven en internados en calidad de estudiantes. Parieciera que este grupo está más abiertos/as a hablar de sexualidad y el tema del VIH/SIDA sí hace eco en sus vidas. Ellos/as representan un grupo poblacional específico muy interesante a la hora de generar estrategias preventivas ya que evidencian de manera radical la transición identitaria antes mencionada y que por lo mismo, pueden contituir una población más vulnerable. Aun así, es necesario considerar -tal como mencionamos anteriormente-, que si bien ellos/as representan el tránsito hacia lo “moderno” y sus identidades están en un proceso de resignificación, persisten en ellos/as creencias y prácticas propias de los modelos tradicionales de su propia cultura y, en muchos casos, experiencias de violencia en torno a la sexualidad que dificultan el acceso a estos temas.

Otro elemento a tener presente y que requiere ser profundizado tiene que ver con las estrategias preventivas que cada pueblo despliega para cuidarse de transmisión sexual y VIH/SIDA. A través de los relatos de ellos/as entrevistados/as fue casi imposible descubrir este aspecto de las conductas de los individuos pero sostenemos que debe ser un ámbito a considerar ya que las ETS han estado presentes desde siempre en sus vidas y, efectivamente, las tres etnias manejan técnicas especiales para el tratamiento de estas enfermedades. Esto quiere decir que la prevención no debe estar enfocada únicamente en el uso del condón, sino que debe también potenciar las prácticas propias de protección de cada cultura.

Por otra parte, a través del estudio fue posible constatar que una propuesta interesante para trabajar los temas de VIH/SIDA en pueblos originarios sería la de incorporar esta enfermedad dentro de los códigos propios de salud y enfermedad de cada etnia, de esta manera, el VIH/SIDA adquiriría un sentido propio, particular para cada pueblo originario. Esto dado que si bien a través del estudio fue posible constatar que el VIH/SIDA es conceptualizado como un “mal externo, foráneo”, de todas formas cada etnia, de una u otra manera, lo internaliza y genera un discurso propio para entender este fenómeno.