

Salud Infantil en Primeras Naciones: “De la priorización de la infancia, los niños indígenas también...”¹

Child Health in First Nations: “From the prioritization of childhood, indigenous children too...”

Dr. Nelson Vergara²

Somos un departamento joven, próximo a cumplir tres años de existencia y compuesto por algunos colegas médicos que llevamos décadas trabajando en zonas de presencia indígena, así como nuevos colegas que se han integrado entusiastamente. A través de nuestra propia denominación contribuimos a reconocerles preexistencia a todos ellos y a sus diferentes formas de organización social, así como a la concepción de sus propios horizontes de destino.

Tenemos dos objetivos fundamentales:

1. **Potenciar la interrelación entre los sistemas médicos oficial y de las primeras naciones** en sus diferentes manifestaciones actuales, respetando la variedad de itinerarios terapéuticos en los diferentes territorios.
2. **Contribuir en el diseño, ejecución y evaluación de nuevas Políticas Públicas** en salud relacionadas con el bienestar integral de las Primeras Naciones en Chile.

A modo de declaración de principios, como ciudadanos y profesionales de la salud pública ejercemos un rol social y político que implica que nuestro quehacer aporte a la construcción de una sociedad más justa y equitativa, en la cual se tengan las mismas oportunidades de decisión y control respecto de nuestras vidas. Implica ir más allá de una definición tradicional salud, implica hacer re-definiciones desde la búsqueda del sentido, para concebir el proceso salud-enfermedad en un abordaje coherente.

La composición de nuestro país es diversa, al hablar del “chileno medio” o del “ciudadano a pie” invisibilizamos dicha diversidad y no atendemos a los diferentes tipos de compatriotas que componen nuestra sociedad.

Resulta llamativa la proporción de la población que se autodefine como indígena, porcentaje que bordea el 13% y donde el mayor peso se lo lleva la etnia mapuche con casi el 10% de la población. En este mismo sentido más de un millón de personas corresponden a colonias extranjeras, cifra que se ha más que duplicado en menos de 10 años. En suma, casi un 20% de la población de Chile hoy no corresponde a ese paradigma del chileno “medio” o “a pie” que durante el siglo anterior y principios de este siglo ha sido el motor de las políticas públicas de salud.

Muchos de nosotros, cuando empezábamos como médicos en zonas rurales y alejadas de los centros urbanos como Santiago, Concepción o Temuco notábamos el enorme peso que tenía la población indígena para la red pública de salud y, aunque algunos intentamos evidenciar esto, nunca nos fue posible demostrarlo estadísticamente. Afortunadamente si hubo sensibilización a nivel institucional (MINSAL/CELADE/CEPAL), lo que llevó a realizarse una serie de documentos de gran importancia epidemiológica y que no hicieron sino diferenciar las poblaciones indígenas por servicios de salud, por área geográfica o por región. El equipo que encabezaron Ana María Oyarce y Malva Marina Pedrero trabajó casi una década por todo el país e inauguraron una nueva época en materia de epidemiología al diseñar una metodología

Recibido el 11 de julio de 2019 . Aceptado el 29 de octubre de 2019

1 Extracto de presentación del Departamento de Primeras Naciones del Colegio Médico de Chile A.G. ante Comisión de Salud de la Cámara de Diputados en sesión del 20 de agosto del 2018

2 Presidente Departamento Primeras Naciones. Colegio Médico de Chile A.G. Correspondencia a: nvergara.r@gmail.com

que permitiera esclarecer comportamientos epidemiológicos distintos para las poblaciones indígenas y no indígenas.

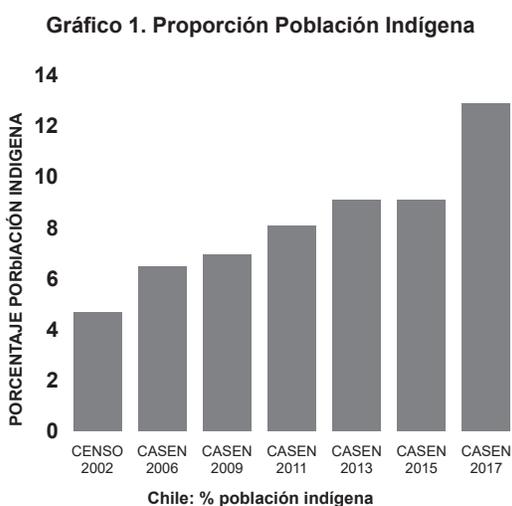
Se realizaron un total de 12 perfiles más un texto final comparativo, la metodología establece un flujograma de inclusión que se aplicó de la misma manera en cada territorio estudiado, abarcando desde 2007 a 2015 y que fue desagregando las poblaciones indígenas a partir de registros de CONADI y apellidos conocidamente indígenas. Por último se incluyeron todas aquellas personas que, no estando en ninguna de estas dos categorías, fueron referidas por autoridades tradicionales como pertenecientes.

Más tarde se pudo agregar la pertenencia a pueblos indígenas consignada en los registros de egresos hospitalarios.

¿CUANTOS SON LOS INDÍGENAS? ¿DÓNDE VIVEN? ¿ESTÁN EN TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA?

Si bien siguen siendo minorías, la proporción de indígenas en nuestro país ha sufrido un notable aumento desde el CENSO 2002, ya sea porque la pregunta ha sido diferente como porque esta se aplicaba a algunos grupos étnicos y no a todos los censados.

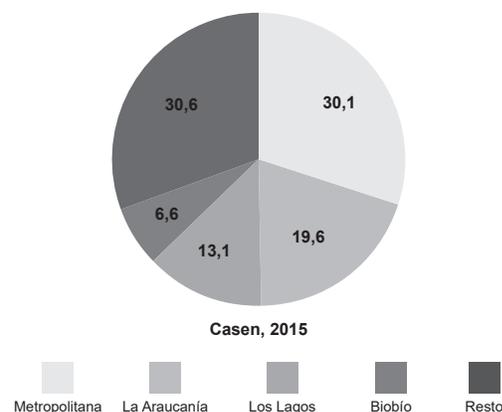
Con todo, la tendencia muestra el mayor peso que cada vez adquiere la población indígena dentro del contexto nacional, lo que debe llamarnos profundamente la atención si pensamos que uno de cada 8 compatriotas se autodefine como tal. Gráfico 1.



Derribando el segundo paradigma podemos observar que la gran mayoría de los indígenas no viven en Santiago sino fuera de la capital. Si bien es cierto que es probable que muchos se

avencinen en centros urbanos, sí se observa un retorno a territorios ancestrales como consecuencia de los planes de restitución de tierras a través de CONADI.

Gráfico 2. ¿Dónde viven los pueblos indígenas?



Si hilamos un poco más fino observamos el enorme peso específico que ostenta la población indígena en el norte y suraustral del país, alcanzando cifras que más que doblan el porcentaje nacional como Araucanía (31,7%), Arica y Parinacota (25,9%), Aysen (25,8%), Los Lagos (24,1%), Los Ríos (20,6%), Magallanes (17,5%) y Atacama (17,1%) por mencionar algunos.

A pesar de que Bío-Bío posee poco más de un 5% de población mapuche, esta se concentra en dos zonas muy bien definidas: Arauco (mapuche lavkenche) y Alto Bío-Bío (pewenche), que resulta en realidades de gran peso para los equipos de salud de la red pública en estas áreas geográficas.

A través de la encuesta CASEN 2015 se estima que poco más del 35% de la población indígena corresponde a niños, versus el 26% para la población no indígena. Esto se corresponde también con una menor proporción de ancianos y una distribución de población mucho más joven en términos generales para la totalidad de población indígena chilena.

ALGUNAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

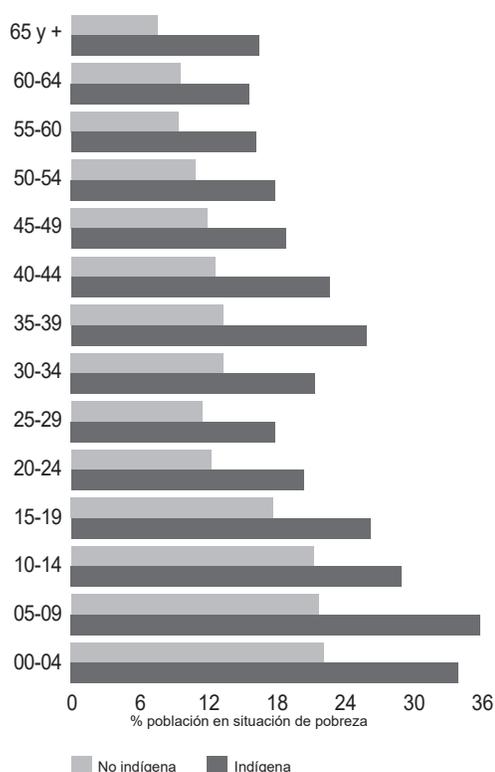
Si bien son muchas las condicionantes, nos parece que la pobreza es fundamental de analizar y sobre todo como afecta a los niños indígenas. En la última década la pobreza en nuestro país ha venido cayendo sostenidamente, proceso que también se observa en la población indígena aunque más a expensas de la extrema pobreza y

manteniendo un 70% más de pobreza global respecto de la población no indígena.

Al revisar por regiones del país es llamativa la situación de pobreza en poblaciones indígenas del sur de Chile, con más de un tercio de su población en situación de tal.

Al desagregar por grupos etarios observamos que la pobreza es mayor en población joven y más aún bajo los 10 años, resultando en una pobreza infantil del orden del 23% y que es un 10% superior a la pobreza infantil en población no indígena. Gráfico 3.

Gráfico 3. Proporción Población Indígena y no indígena en Chile en situación de pobreza por grupos de edad (2013)



Fuente: Procesamientos especiales CASEN 2015. En Pedrero, 2016.

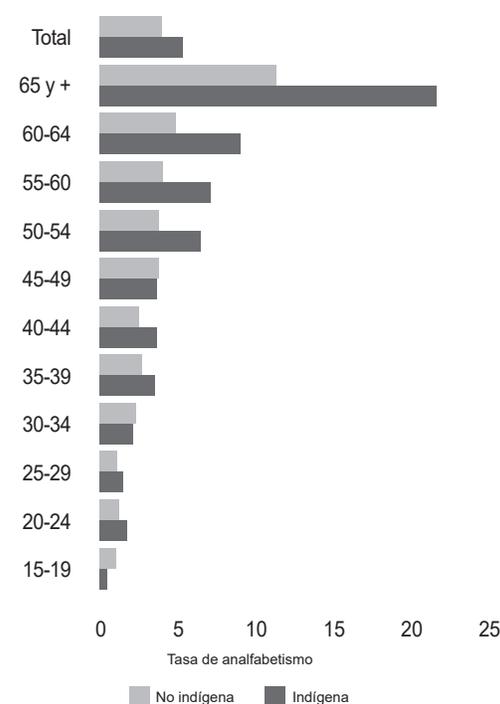
ANALFABETISMO

A nivel del país es un 40% más elevada entre indígenas que entre no indígenas. Esta brecha, sin embargo, presenta una gran variabilidad por grupos de edad, siendo las generaciones mayores las que presentan una mayor vulnerabilidad; mientras entre los más jóvenes la situación más favorable se observa en indígenas. Gráfico 4.

Por otro lado, las tasas de analfabetismo son

mucho más elevadas entre la población indígena que habla y entiende la lengua propia (13,8%), reduciéndose drásticamente entre aquellos que solo la entienden (4,6%); y, encontrando su expresión mínima entre aquellos que no la dominan en absoluto (3,6%). Esta situación remite a la falta de políticas integrales que garanticen el derecho a la educación de los pueblos indígenas, puesto que desde un enfoque de derechos humanos no es posible implementar una libertad fundamental a expensas de la negación de otra como exigir que olviden la propia lengua para aprender la oficial. A la par, con menor escolaridad la inserción laboral es mucho más difícil y los trabajos que desempeñan involucran mayor desempeño físico (forestal, agrícola, pesca, servicio doméstico) y con menores remuneraciones.

Gráfico 4. Tasa de analfabetismo en población indígena y no indígena de 15 y más años, por grupos de edad (2013). Promedia un 40% más de analfabetismo.

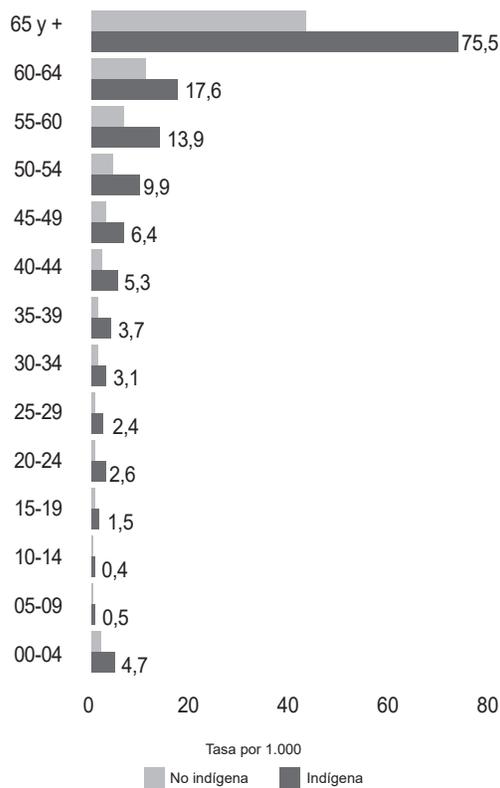


Fuente: Procesamientos especiales CASEN 2013. En Pedrero, 2015 (a)

SISTEMA PREVISIONAL

La enorme mayoría de las personas indígenas del país (9 de cada 10) acceden a atención de salud a través del sistema público, FONASA; proporción más elevada que la que registra la población no indígena. Dentro de este grupo el 75% está

Gráfico 5. Tasa específica de mortalidad en población indígena y no indígena por grupos quinquenales de edad (Trienio 2004-2006)



Fuente: Procesamientos especiales bases de datos proyecto epidemiología sociocultural MINSAL

clasificado en los tramos A y B, que corresponden a los ingresos más bajos.

Solo un 6,5% cotiza en el sistema privado, menos de la mitad de cifra observada entre los no indígenas.

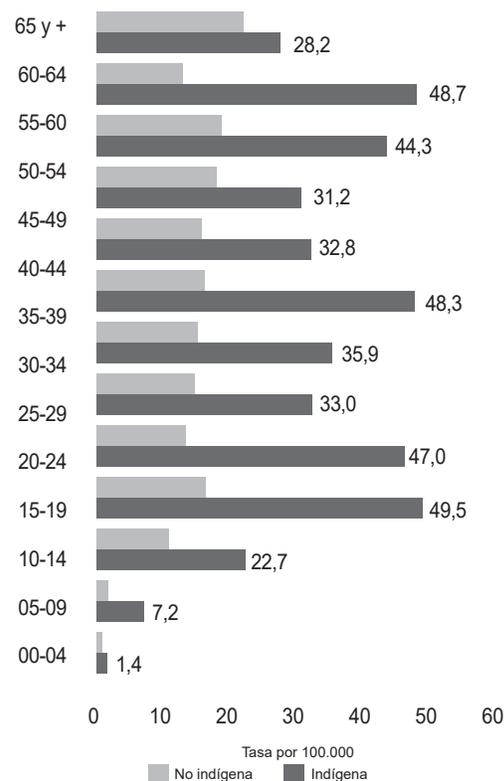
Tenemos entonces un sector de nuestra sociedad que ostenta peores indicadores de pobreza, analfabetismo, se gana la vida realizando trabajos más precarios, que tiene mayor proporción de niños y que ejercen una gran presión sobre la red pública de salud en busca de atención.

¿Cómo se expresan estas determinantes en la salud de los pueblos indígenas?

Sin duda alguna que la mortalidad es tal vez una de las mejores maneras de observar los efectos de las determinantes de salud y para fines de esta exposición nos parece que ofrece muchas ventajas para una mejor comprensión; más aún cuando observamos una constante sobremortalidad general para todos los perfiles estudiados y en algunos casos con cifras que recuerdan a países centroamericanos e incluso africanos.

En general la mortalidad general indígena

Gráfico 6. Tasas específicas de Suicidio en población indígena y no indígena por grupos quinquenales de edad (Trienio 2004-2006)



Fuente: Procesamientos especiales bases de datos proyecto epidemiología sociocultural MINSAL.

corresponde al doble que la mortalidad de la población no indígena. Sin intentar ahondar demasiado en esto vale la pena poner énfasis en que esta sobremortalidad está compuesta tanto por enfermedades transmisibles (infecciones) como no transmisibles (cardiovasculares, neoplasias). Debe llamarnos profundamente la atención por ejemplo que, al desagregar por sexo, la mortalidad por traumatismos es la principal causa de muerte entre hombres de 20 a 65 años, causa de muerte que persiste desde la época de la conquista y que parece nunca ha sido parte de ninguna estrategia de parte del sistema público de salud; no ha sido problema en casi 500 años.

Ya al analizar por grupos quinquenales empezamos a observar una mayor mortalidad bajo los 05 años en niños indígenas, que triplica la mortalidad de niños no indígenas para el mismo quinquenio. Gráfico 5.

Aún más grave es la sobremortalidad por suicidio en todos los quinquenios, y aún mas marcado en gente joven indígena incluso bajo los 10 años. Personalmente he podido observar esta situación

con niños de entre 9 y 11 años. En un primer caso pudimos abordarlo positivamente y en el segundo lamentablemente no. En ambos niños existían factores culturales asociados a pérdida de identidad y “occidentalización forzada”. Gráfico 6.

MORTALIDAD INFANTIL

Se dice que una sociedad que se desarrolla es una sociedad que cuida a sus niños, es por eso que la mortalidad infantil es un indicador tan relevante a la hora de medir desarrollo humano. Desde la revolución de la salud pública en Chile a mediados del siglo pasado, y puesto el foco principal del sistema en el binomio madre-hijo, la mortalidad ha disminuído paulatinamente a un dígito, bordeando hoy los 7 x 1000 nacidos vivos y concentrando dicha mortalidad en prematuros y de bajo peso al nacer.

Cabe entonces preguntarse si existen diferencias al desagregar a los niños indígenas así como lo observamos antes con la mortalidad general y que bien podría existir una realidad oculta tras los promedios. Los perfiles diferenciados mostraron claramente que los niños indígenas menores de 5 años tienen 2,6 veces más riesgo de morir que los niños no indígena, riesgo que aumenta a 3,6 entre los 5-9 años. Veamos algunos ejemplos de norte a sur que nos ayudarán a visualizar mejor este comportamiento.

En la Provincia de Iquique se observa ya un aumento de mortalidad infantil en casi un 30% respecto de la media nacional, y al desagregar la población indígena Aymara esta prácticamente se duplica, pues los niños aymara menores de un año tienen un 90% más de posibilidades de morir durante su primer año de vida versus los niños no indígenas del mismo territorio.

En la Provincia de Arauco, donde personalmente he desarrollado mi trabajo como médico general primero y como especialista actualmente, la realidad es muy parecida y en el período estudiado el comportamiento se reproduce casi idéntico. Nacer en la Provincia de Arauco sin ser indígena implica un 30% más de mortalidad durante el primer año de vida, y si se es indígena el riesgo se duplica por ese sólo hecho.

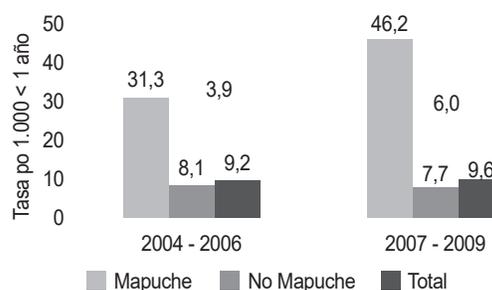
En la Región de Arica y Parinacota el fenómeno se mantiene, y para los períodos analizados pueden observarse algunas variaciones dentro de la misma realidad: sólo por su condición de nacer indígena poseen un 160% más de riesgo de morir durante su primer año de vida.

En el caso del Servicio de Salud Bío-Bío no sólo

aumentan las diferencias entre trienios estudiados, sino que además se acrecienta la diferencia entre niños mapuche pehuenche y no mapuche, con cifras de mortalidad infantil del Chile de fines de los setenta. Similar comportamiento ocurre en Antofagasta, con cifras de mortalidad infantil de mediados de los ochenta para niños aymara y para los diferentes períodos de estudio.

Por último quiero mostrar la mortalidad infantil del Servicio de Salud Reloncaví, que corresponde a territorio mapuche huilliche de Puerto Montt y alrededores. En este caso las cifras son comparables a países africanos subsaharianos como Sudán, Senegal o Togo: por nacer indígena huilliche en Reloncaví los niños tienen un 500% más de posibilidades de morir en su primer año de vida. Gráfico 7.

Gráfico 7. Servicio Salud de Reloncaví. Tasa de mortalidad infantil en población mapuche y no mapuche (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS-MINSAL

Serie de análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile N° 10
CELADE-CEPAL-MINSAL

Podríamos seguir mostrando ejemplos como estos, lo que ya es un hecho terrible, sin embargo, la idea es además poder reflexionar acerca de cómo esta información, que ha estado disponible desde la década pasada para muchos de los Servicios de Salud, Seremis de Salud y Subsecretarías, no ha sido considerada en el diseño de la política pública en territorios donde nuestras primeras naciones tienen gran presencia y su comportamiento epidemiológico es claramente diferente. Repetir una y otra vez los mismos programas, las mismas metas y poner los mismos énfasis en todo el territorio nacional no parece hoy razonable, por el contrario se muestra como una inequidad estructural para nuestros pacientes indígenas y que ellos mismos manifiestan como factor negativo de su salud cuando se les pregunta.

NORMAS SECTORIALES

Desde el retorno a la democracia en 1990 han aparecido una serie de cuerpos legales que incorporan abiertamente el factor indígena en su redacción y con miras a proteger la salud de estas poblaciones, reconociéndoles derechos ancestrales y exigiéndoles a las autoridades poner énfasis en ellos y en el cuidado y protección de su salud.

- **Ley 19.937. Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión**
“...formular políticas ... en aquellas comunas con alta concentración indígena”
- **Política de Salud y Pueblos Indígenas. MINSAL/2003**
“...Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios...”
- **Decreto 140/2004. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.**
“En aquellos Servicios de Salud con alta concentración indígena... estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud”
- **Norma Administrativa N° 16 /2006. Interculturalidad en los Servicios de Salud.**
“... velará por la incorporación de estrategias y actividades destinadas a identificar, monitorear y en lo posible a disminuir las brechas de equidad en la situación de salud y medio ambiente de la población indígena...”
- **Ley 20.584 de 2012. Sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.**
- **Convenio N° 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo. Decreto 236/2008. Artículo 25**
“...servicios de salud adecuados... a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental...”
“Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.
- **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS, MINSAL 2013)**
“Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población

definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS/OMS 2010).

Al parecer cada uno de estos cuerpos normativos, algunos con carácter constitucional como el Convenio N° 169 de la OIT, son letra muerta a la hora de hacernos cargo como país de la diversidad étnica originaria y sus necesidades particulares.

Los perfiles diferenciados fueron el resultado de un proceso serio, muy técnico e innovador frente al desafío de la diversidad que vive nuestro país a partir del siglo XXI. A pesar de ello no forman parte de los procesos de inducción de los funcionarios de salud, no constituyen insumo en la programación anual hospitalaria, no son material de análisis en el pregrado de carreras de la salud y lo que es peor: **no reconocemos aún alguna política pública del Estado de Chile enfrente la sobremortalidad infantil indígena** evidenciada en su contenido por parte del Estado de Chile.

En marzo de 2017 se lanza el Plan para Pueblos Indígenas (PPI) que tiene por objetivos mejorar la eficiencia del sector de salud público y mejorar la calidad de los servicios de salud vinculadas a enfermedades crónicas no transmisibles y que incluye la optimización de profesionales como Químico-Farmacéuticos y del área administrativa. ¿Y los niños?

¿Y LOS NIÑOS?

No podemos dejar de mencionar la situación de salud mental de los niños indígenas y en especial de los niños mapuche que viven en el sur de nuestro país. Hemos visto ya la sobremortalidad por traumatismos y por suicidio a edades llamativamente tempranas y es necesario hacer algunas precisiones al respecto.

Existen muy pocos reportes sobre los efectos de la violencia instalada en el Wallmapu y sus efectos en nuestros niños mapuche; el siguiente es un extracto de un informe elaborado por un equipo de profesionales psicólogos del Servicio de Salud Arauco y a solicitud de padres y profesionales parvularias del **Jardín Infantil Pichi Ayen** del sector de **Ranquihue** en la comuna de **Tirúa** en mayo de 2011.

Los profesionales entrevistaron a padres, apoderados, a los profesionales del establecimiento y a los niños respecto de acontecimientos violentos que venían ocurriendo en el sector al menos

desde hacía un año atrás.

Con estos últimos además se utilizaron títeres que representaban a diferentes tipos de personas.

Los profesionales concluyeron que los niños de este recinto sufrían de Estrés Post-Traumático (CIE-10), lo que se manifestaba a través de conductas regresivas como balbuceos y/o enuresis; irritabilidad; agresividad en los juegos con otros niños y en la relación con adultos; ansiedad de separación de los niños con respecto de sus padres, y terrores nocturnos.

Revisemos algunos pasajes del informe en cuestión.

**“INFORME DIAGNÓSTICO
SITUACIÓN SALUD MENTAL
NIÑOS JARDÍN INFANTIL PICH
AYEN
RANKILWE, TIRÚA
Unidad Salud Intercultural Servicio de
Salud Arauco
MAYO, 2011**

En general los niños impresionan:

Las dinámicas de interacción en la sala de clases impresionan normales, con

habilidades verbales, sociales y de adecuación espacial y social acordes. Sin embargo, en la dinámica de juegos en espacios abiertos y en espacio fuera de la sala llama la atención:

- *Los juegos donde se asumen recurrentemente roles de mapuche y pacos (Carabineros), donde estos últimos asumen rol de persecutores y agresores.*
- *La dinámica de juegos es particularmente agresiva, con reacción de temor y angustia ante el títere caracterizado como carabinero.*
- *La reacción conjunta al jugar con los títeres es la de agredir al unísono al títere de carabinero, debido a las siguientes razones verbalizadas por ellos:*
 - *Le pegan a los mapuche y se los llevan*
 - *Matan mapuche*
 - *Vienen a buscar a mi papá*
 - *Quien tiene la pistola es paco*
- *Reacciones de temor y desconfianza ante la figura de carabineros.*
- *Contrariamente a la reacción grupal, la actitud individual es de temor excesivo y paralización inclusive.*

RELATOS DE FAMILIA

D.R.P. de 04 años presenció allanamiento hace 1 1/2 año. Relata la abuela:

“El presenció allanamiento en la casa de una tía, botaron a todos los niños al suelo, con las armas, encapuchados,

con chalecos antibala, no respetaron nada y se llevaron a un primo”.

“llegaron de noche rodearon la casa y alumbraban con focos. Después fueron otro día a dejar una citación y le regalaron chocolates. El no se los comió, me preguntó si estarían buenos y después se los regaló a los hermanos”.

“Desde entonces se asusta con carabineros, dice que los pacos mataron a su papá (Padres separados), tiene miedo de que le hagan daño”.

“Está pendiente de todo lo que sucede, tiene problemas para dormir, despierta con el ladrido de los perros en la noche, está muy garabatero y agresivo, está celoso de su hermano, dice: “le voy a decir a los pacos que vengan a matar a Lucas (Hermano)”. Ahora tartamudea, se le han olvidado palabras, duerme con la mamá, Él antes no era así”. “Juega a que es paco y mata pollitos con un palo o lo pisa y dice soy paco soy malo. Antes el decía que era wuinka, ahora dice que es mapuche, aprendió a decir wuinka trewa”.

“Cuando vamos a Cañete tiene miedo de pasar por la plaza y se esconde de los carabineros, se pone a llorar, debo pasar por otro lado con él”.

Relato de A.S.H. de 4 años:

“No le diga a mi mamá que voy mirando para atrás cuando vamos para la casa, yo voy viendo que no vayan los pacos”. “No me gusta jugar con los pacos, son malas personas, los pacos toman a gente en la tele, no quieren a los mapuche, a mí me quieren mis perros, ellos los muerden, se llaman Guardián y Moisés”.

Relato de la madre de A.P.L, de 2 años nueve meses:

Madre muy angustiada, ansiedad de separación, temor por el bienestar de su hijo. No quiere que vaya al jardín.

Relato de la madre de A.S.H, de 4 años:

Ella siente miedo cuando pasa cerca de carabineros, todavía tiene problemas para dormir, despierta en la noche llorando, dijo: los pacos le dispararon a mi papá en un ojo (Su padre perdió uno en un baleo).

Del proceso diagnóstico y observación

Observación de D.R.P de 04 años, relata en evaluación:

- *“Niño agresivo, juega con pistolas y dice ser paco”.*
- *Indica que los pacos dan galletas pero que son malos, arremete contra carabinero títere y lo golpea*

Observación en diagnóstico de C.S.M. de 3 1/2 años, relata:

- *“He visto que mataron los pacos más chiquititos, yo los mataría con una pistola muy grande”.*
- *“Yo voy a matar a todos los pacos, yo le disparé a uno, lo maté porque atrapa gente para matarla, maté a 5, como a 8”.*

- Al jugar toma el títere carabinero, lo dirige al evaluador y dice: "Te voy a matar".

Observación de J.T.M. de 3 1/2 años.

"Los pacos mataron a mi mamá, yo no les tengo miedo".

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

De la evaluación diagnóstica realizada a los 08 niños:

De acuerdo a los criterios diagnósticos descritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Dsm-IV-Tr), los niños presentan la sintomatología concordante con el grupo de trastornos ansiosos, Trastorno por Estrés Post Traumático"

Conocemos de la transformación de recintos educacionales en comisarías de Fuerzas Especiales de Carabineros en lugares como Pailahueque (Ercilla) y Cerro Alto (Los Álamos). Hemos sabido por diferentes medios de prensa de episodios de violencia policial que involucran a menores de edad de origen mapuche y si lo relacionamos con la epidemiología descrita más arriba debemos preguntarnos, como profesionales de salud y como ciudadanos: ¿por qué no se realizaron más informes como este en todos los establecimientos educacionales de la llamada "zona roja del conflicto mapuche"?, ¿existirá relación entre este entorno de "país en guerra" con las alarmantes cifras de suicidio infantojuvenil indígena?, ¿qué han hecho las instituciones incumbentes con esta realidad si es que la conocen?

Nos prometimos como sociedad erradicar la violencia como forma de relación entre nosotros y más aún que nuestros niños no vivieran la infancia que a muchos de nosotros nos tocó vivir; pero aparentemente sólo hemos barrido la basura hacia un rincón y nos hemos conformado con que al grupo que le dejamos las peores condiciones de salud, educación, seguridad y libertad no fuese el nuestro.

No ha sido fácil acceder a toda esta información, en algunos casos nos encontramos con polvorientos textos adornando escritorios de autoridades de turno que creen que reproduciendo el modelo clásico y monocultural en salud es suficiente para atender las demandas de salud de su población; en otros casos como el de el informe de salud mental del jardín infantil mencionado la entrega fue anónima y muy temerosa.

Esperamos como Colegio Médico, sirviendo de puente entre mundos diversos y complementarios, contribuir en el diseño de políticas públicas aterrizadas a la realidad de nuestras primeras naciones.

Si me he emocionado durante esta exposición, quiero que sepan que desde hace dos décadas vivo en la Provincia de Arauco entre comunidades mapuche de Contulmo y espero que comprendan que desde mi posición como médico he sido tratante y testigo de muchos de estos casos.

Agradecimientos a Malva Marino Pedrero por su colaboración en la entrega de información y gráficos que se utilizaron en la presentación en la Cámara de diputados y en el artículo.