

Perfil Epidemiológico de la Población Mapuche

Residente en el Área de Cobertura del
Servicio de Salud Provincia del Bío-Bío

SERIE ANALISIS DE ESTUDIOS DE SALUD
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE CHILE
REGIÓN DEL BÍO-BÍO N° 1



**Perfil Epidemiológico de la Población Mapuche
Residente en el Area de Cobertura
del Servicio de Salud Provincia del Bío-Bío**

Ana-maría Oyarce Pisani
Malva-marina Pedrero Sanhueza



Enero de 2011



INDICE GENERAL

	Página
PRESENTACIÓN	5-6
I ASPECTOS METODOLÓGICOS	7-10
1. Fuentes de información utilizadas.	7
2. Procedimientos para la inclusión de la variable etnia en las fuentes de datos.	7
3. Procedimientos para el cálculo de indicadores convencionales de salud.	8
4. Clasificación de enfermedades.	9
II. PERFIL DE MORBI-MORTALIDAD	11-51
1. Área de cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío.	11
2. Red Asistencial.	11
3. Antecedentes sociodemográficos.	13
3.1. Estructura sexo-etaria de la población.	15
4. Antecedentes socioeconómicos.	17
5. Perfil de mortalidad.	22
5.1. Características generales de la mortalidad.	22
5.1.1. Mortalidad general.	22
5.1.2. Mortalidad por sexo.	23
5.1.3. Mortalidad por edades.	24
5.2. Mortalidad materna.	26
5.3. Mortalidad infantil.	26
5.4. Mortalidad en la niñez.	27
5.5. Estructura de la mortalidad.	28
5.5.1. Diferenciaciones por sexo.	30
5.5.2. Diferenciaciones por área de residencia.	32
5.6. Riesgos diferenciales de la mortalidad mapuche y no mapuche.	33
5.6.1. Mortalidad por Traumatismos, Envenenamientos y Otras Consecuencias de Causa Externa (Grupo XIX).	35
5.6.2. Mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio.	39
5.6.3. Mortalidad por cáncer.	42
5.6.4. Otros indicadores de mortalidad relevantes para verificar el logro de los objetivos sanitarios locales.	45
6. Perfil de morbilidad.	46
6.1. Incidencia de Tuberculosis.	46
6.2. Enfermedades de notificación obligatoria.	47
6.3. Egresos hospitalarios.	49
III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52-55
Referencias bibliográficas:	
ANEXO ESTADÍSTICO	
ANEXO: INDICADORES BÁSICOS PARA COMUNAS PRIORIZADAS	

“Nuestra gratitud y agradecimientos a las autoridades tradicionales de las comunidades indígenas Mapuches Pehuenches y Mapuches Moluches de la Provincia del Bío-Bío”.



 **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico Nº	Descripción	Página
Gráfico Nº 1	Índices de masculinidad Población Mapuche - Población No Indígena. Provincia Bío-Bío.	15
Gráfico Nº 2	Pirámides de población. Mapuche y No Mapuche. Provincia de de Bío-Bío.	16
Gráfico Nº 3	Índices de envejecimiento Población Mapuche - Población No Indígena. Provincia Bío-Bío y Chile.	17
Gráfico Nº 4	Distribución relativa de la población por situación socioeconómica, según condición étnica.	18
Gráfico Nº 5	Distribución relativa de la población por condición de alfabetismo, según condición étnica.	19
Gráfico Nº 6	Distribución relativa de la población en edad de trabajar por condición de actividad económica, según condición étnica.	20
Gráfico Nº 7	Tasa de desocupación, según condición étnica.	20
Gráfico Nº 8	Distribución de la PEA Ocupada por Rama de Actividad Económica, según condición étnica.	21
Gráfico Nº 9	Distribución de la población por sistema previsional de salud, según condición étnica.	22
Gráfico Nº 10	Tasa bruta de mortalidad Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	23
Gráfico Nº 11	Evolución Tasa ajustada de mortalidad Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	23
Gráfico Nº 12	Evolución Tasa bruta de mortalidad por sexo. Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	24
Gráfico Nº 13	Evolución Tasa ajustada de mortalidad por sexo Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	24
Gráfico Nº 14	Tasa específicas de mortalidad por grupos de edad Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (2001-2003).	25
Gráfico Nº 15	Tasa específicas de mortalidad por grupos de edad Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (2004-2006).	25
Gráfico Nº 16	Riesgos relativos específicos por grupos de edad Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	25
Gráfico Nº 17	Tasa de mortalidad materna. Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (2004-2006).	26
Gráfico Nº 18	Evolución de la tasa estimada de mortalidad en menores de 1 año Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	27
Gráfico Nº 19	Tasa estimada de mortalidad en la niñez Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (2004-2006).	28
Gráfico Nº 20	Distribución defunciones Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa. Provincia Bío-Bío (2001-2003).	29
Gráfico Nº 21	Distribución defunciones Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa. Provincia Bío-Bío (2004-2006).	29
Gráfico Nº 22	Distribución defunciones hombres Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa. Provincia Bío-Bío (2001-2003).	30
Gráfico Nº 23	Distribución defunciones hombres Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa. Provincia Bío-Bío (2004-2006).	31
Gráfico Nº 24	Distribución defunciones mujeres Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa. Provincia Bío-Bío (2001-2003).	31
Gráfico Nº 25	Distribución defunciones mujeres Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa. Provincia Bío-Bío (2004-2006).	32
Gráfico Nº 26	Distribución defunciones área urbana Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa. Provincia Bío-Bío (2004-2005).	32
Gráfico Nº 27	Distribución defunciones área rural Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa. Provincia Bío-Bío (2004-2005).	33
Gráfico Nº 28	Tasa bruta de mortalidad Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa. Provincia Bío-Bío (2001-2003).	34
Gráfico Nº 29	Tasa bruta de mortalidad Mapuche-No Mapuche por grandes grupo de causa. Provincia Bío-Bío (2004-2006).	34
Gráfico Nº 30	Evolución de la tasa ajustada de mortalidad por Traumatismos Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	35
Gráfico Nº 31	Evolución Tasa ajustada de mortalidad por Traumatismos según sexo. Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	36
Gráfico Nº 32	Evolución de la tasa ajustada de suicidio Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	38
Gráfico Nº 33	Evolución de la tasa ajustada de mortalidad por accidentes de tránsito. Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	39
Gráfico Nº 34	Evolución de la tasa bruta de mortalidad Enfermedades del Sistema Circulatorio Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	39
Gráfico Nº 35	Evolución de la tasa ajustada de mortalidad Enfermedades del Sistema Circulatorio Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	40
Gráfico Nº 36	Evolución de la tasa bruta de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca. Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	41
Gráfico Nº 37	Evolución de la tasa ajustada de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca. Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	41
Gráfico Nº 38	Evolución de la tasa bruta de mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	42
Gráfico Nº 39	Evolución de la tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	42
Gráfico Nº 40	Evolución Tasa ajustada de mortalidad por cáncer Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	43
Gráfico Nº 41	Tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama. Mapuche-No Mapuche. (2004-2006).	44



 **PRÓLOGO**



Dr. Fernando Vergara Urrutia
Director Servicio del Salud Bío-Bío

Al abordar la gestión en salud desde las políticas públicas, es necesario que el enfoque con la que se asumen las estrategias de intervención, sea capaz de apreciar las diferencias existentes en la comunidad indígena, un tejido identitario cultural que posee rasgos distintivos en relación a la población no indígena. En este marco, el Servicio de Salud de la Provincia de Bío-Bío, impulsado por la necesidad de conocer el comportamiento de la comunidad originaria, ejecutó el estudio “Perfil Epidemiológico de la Población Mapuche-Pehuenche Residente en el Área de Cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío”, para medir los rasgos locales y producir una información orientadora para diseñar planes sanitarios y emprender acciones a partir de objetivos genuinos.

El estudio epidemiológico proporciona datos inexplorados sobre la población Mapuche, aportando una adecuada y relevante caracterización y conclusión acotada en variables de edad, sexo, territorial y sanitaria, entre otras. Con el respaldo de contar con la presente sistematización científica elaborada desde el seno de las comunidades, permitimos reforzar la gestión y red asistencial. La cobertura sanitaria en la Provincia de Bío-Bío, recibe con el estudio epidemiológico, una fuerte inyección de conocimiento basado en la evidencia, lo que permite la inclusión informada de sectores y rasgos, abriendo un nuevo escenario donde incorporar acciones de salud que respondan a los reales requerimientos de niños, niñas, adolescentes, hombres y mujeres adultos, familias, ancianos y la comunidad en su conjunto. De este modo, la cobertura médica hacia los Mapuche-Pehuenche residentes en la amplia zona del Alto Bío-Bío, será dirigida atendiendo a las patologías detectadas en el estudio epidemiológico, favoreciendo el uso eficiente de los recursos clínicos, tecnologías y equipos humanos.

ÍNDICE DE TABLAS

Gráfico N° 42	Tasa bruta de mortalidad por cáncer de cérvico-uterino Mapuche-No Mapuche. (2004-2006).	44
Gráfico N° 43	Tasa bruta de mortalidad por cáncer a la vesícula. Mapuche-No Mapuche. (2004-2006).	45
Gráfico N° 44	Tasa bruta de mortalidad por neumonía. Mapuche-No Mapuche. (2004-2006).	45
Gráfico N° 45	Tasa bruta de mortalidad por diabetes mellitus. Mapuche-No Mapuche. (2004-2006).	46
Gráfico N° 46	Evolución Tasa ajustada de incidencia de TBC. Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	47
Gráfico N° 47	ENO. Tasa ajustada Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (2001-2003).	48
Gráfico N° 48	ENO. Tasa ajustada. Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (2004-2006).	49
Gráfico N° 49	Tasa bruta egresos hospitalarios (Trienio 2004-2006).	51

		Página
Tabla N° 1	Grandes grupos de enfermedad CIE 10.	10
Tabla N° 2	Red Asistencial SS Bío-Bío.	13
Tabla N° 3	Distribución relativa de la población por nivel de escolaridad, según condición étnica.	19
Tabla N° 4	Distribución relativa de la PEA ocupada por categoría ocupacional, según condición étnica.	21
Tabla N° 5	Distribución relativa muertes en la niñez por gran grupo de causa. Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (2004-2006).	28
Tabla N° 6	Distribución relativa muertes por Traumatismos por causa específica. Mapuche-No Mapuche. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	37
Tabla N° 7	Distribución relativa muertes por cáncer Mapuche-No Mapuche según localización. Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006).	43
Tabla N° 8	Distribución egresos hospitalarios por grandes grupos de enfermedad, según condición étnica (2004-2006).	51



PRESENTACIÓN

Desde la década de los '80, en toda América Latina, los pueblos indígenas han emergido como actores políticos activos, demandando a los Estados el reconocimiento, promoción y defensa de sus derechos colectivos, históricamente vulnerados. Este no es un fenómeno exclusivo del subcontinente, sino un proceso global que surge tras el fin de la guerra fría, y forma parte de una diversidad de luchas por los derechos humanos en un mundo globalizado y multicultural (CEPAL, 2007).

Como parte de este proceso, en la doctrina de derechos humanos se ha llegado a un consenso en dos aspectos sustantivos referentes a los derechos de los pueblos indígenas: por un lado, la necesidad de garantías especiales de los derechos y libertades fundamentales de aplicación general; y, por el otro, el reconocimiento y positivización de derechos colectivos específicos, estableciendo estándares para estos pueblos; en otras palabras, el igual disfrute de los derechos humanos y, al mismo tiempo, el derecho a ser colectivos diferentes (CEPAL, 2007). En este contexto, durante las últimas dos décadas los Estados latinoamericanos progresivamente han ido reconociendo en sus constituciones y legislaciones nacionales, con diferentes grados de avance, estos derechos.

En Chile, las transformaciones políticas que viviera el país a fines de la década de los '80, generaron también condiciones para el reconocimiento del carácter pluriétnico y multicultural del país, cuestión que se ha materializado en medidas legislativas, como la Ley 19.253 o Ley Indígena, en programas especiales orientados a superar las brechas de equidad en el desarrollo social y económico que afectan a los pueblos originarios y, más recientemente, en la ratificación del Convenio 169 de la OIT.

El sector salud no ha estado ajeno a este proceso y, desde mediados de los '90, ha diseñado, con la participación de los pueblos indígenas, estrategias y programas que buscan desarrollar modelos de atención y gestión culturalmente pertinentes, asumiendo así la responsabilidad de contribuir a superar las grandes brechas de equidad entre poblaciones indígenas y no indígenas en materia de salud.

Una tarea de primer orden para avanzar en este sentido es relevar indicadores de morbi-mortalidad confiables y sistemáticos. El Servicio de Salud Bío-Bío ha asumido este desafío y busca, a través de esta investigación, visibilizar la situación de salud de los usuarios mapuche residentes en su área de cobertura, con el fin de aportar a la definición de objetivos y metas sanitarias significativas para esta población.

La diferenciación de la población, especialmente a partir del componente étnico-cultural, constituye una prioridad fundamental para responder a los cuadros sanitarios indígenas, en la medida que se reconoce abiertamente su naturaleza cultural. En nuestro país, existen grupos originarios, como el Mapuche, que presentan brechas epidemiológicas que los convierten en una población vulnerable a una enormidad de factores socio-ambientales y culturales, ocurrencia que obligó a investigar para descubrir los elementos que afectan a las comunidades originarias emplazadas en las comunas de Alto Bío Bío, Santa Bárbara, Quilaco, Mulchén y Antuco. Por este motivo, fue decisivo realizar el "Perfil Epidemiológico de la Población Mapuche-Pehuenche Residente en el Área de Cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío", determinación justificada al revisar acuciosamente la literatura disponible, los indicadores de las patologías trazadoras en población indígena comparada con la no indígena, y la percepción de los equipos de atención y de asesores responsables de gestionar localmente las acciones en salud.

La realización del actual perfil epidemiológico, constituye una excelente oportunidad para detectar los principales problemas de salud en las comunidades indígenas, detectando luego desde una dimensión sociocultural, las mejores estrategias que permitan intervenciones culturalmente concordantes a su realidad territorial. Los desafíos que nos presentan los datos vertidos en este perfil no son menores, al documentar, evidenciar y medir, lo que ya inferíamos, esto es, el constatar verídicamente la existencia de brechas desiguales entre la población indígena y no indígena: tenemos el deber ético de asumirlas y abordarlas certeramente.

La información que en adelante socializamos, fortalece los esfuerzos del Servicio de Salud Bío-Bío, destinados a conocer la dimensión antropológica que sustenta la visión de los procesos de salud y enfermedades en las comunidades originarias, especialmente las referidas al patrimonio terapéutico que caracteriza la salud indígena. Cohesionar los saberes originarios Mapuche con los conocimientos científicos de la salud pública, amplía no solo el radio de acción del Servicio de Salud, también suma una multiplicidad de herramientas construir nuevas estrategias y mejores intervenciones, con impacto verdadero en la vida de los Mapuche-Pehuenche. De esa forma, contribuimos vigorosamente a la institucionalidad de la salud con los pueblos indígenas, fortaleciendo la política sanitaria N°16 del Ministerio de Salud, y el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Dr. Fernando Vergara Urrutia
Director Servicio del Salud Bío-Bío



En lo específico, esta iniciativa local tuvo por objetivos:

- ◆ Desarrollar un Diagnóstico Epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura de Servicio de Salud Bío-Bío, con énfasis en las comunas de Alto Bío-Bío, Santa Bárbara y Mulchen; que sea posible de complementar, en el futuro, con variables cualitativas o estudios del ámbito de las ciencias sociales que otorguen la pertinencia cultural necesaria y permitan incorporar la visión de los propios miembros del pueblo mapuche.
- ◆ Producir un proceso colectivo de reflexión en torno a los contenidos y metodologías necesarias para el desarrollo de diagnósticos epidemiológicos básicos de la situación de salud de poblaciones y pueblos indígenas, mediante talleres participativos basados en el análisis de experiencias previas en este ámbito.
- ◆ Propiciar un proceso colectivo e intercultural entre equipos de salud, dirigentes y agentes de medicina tradicional, de manera de difundir, socializar, contextualizar e interpretar los resultados y el perfil de morbimortalidad.

básicos que permitieron calcular los indicadores; y, el otro con una serie de indicadores para las tres comunas priorizadas por el SS Bío-Bío (Alto Bío-Bío, Santa Bárbara y Mulchén).

Este diagnóstico constituye una primera etapa del desarrollo de una epidemiología con enfoque sociocultural; aporta información científicamente fundada de morbi-mortalidad, que puede ser utilizada por los equipos locales de salud y las comunidades indígenas en la planificación de estrategias colectivas e interculturales para abordar los problemas de salud identificados. Para lograrlo, indudablemente es necesario profundizar en el análisis de sus resultados, a través de procesos colectivos de validación cultural, que permitan incluir (en un substrato explicativo, primero; y, de medición, después) las propias categorías de enfermedad de los pueblos indígenas, así como la vinculación de la comunidad con el territorio, eje del desarrollo del pensamiento indígena y base de la autonomía en salud.

Ana-maría Oyarce Pisani
Malva-marina Pedrero Sanhueza

En el documento se presentan indicadores de morbi-mortalidad diferenciados para población mapuche y no mapuche. Las cifras corresponden al período comprendido entre el 2001 y el 2006. Con ello, se busca no solo tener información actualizada, sino también susceptible de comparar con la disponible para otros pueblos indígenas de Chile en esos mismos años. En términos formales, está organizado en tres capítulos: en el primero se reseñan los principales aspectos de la metodología utilizada en la investigación. El segundo corresponde al perfil de morbi-mortalidad propiamente tal; en él se incluyen indicadores convencionales de salud (proporciones, tasas, riesgos y relativos). Si bien se trata de un perfil básico, se ha explorado también en algunas causas específicas de muertes, como una forma de contribuir a la contextualización de los objetivos sanitarios locales a la realidad mapuche. En el tercer capítulo se entrega un conjunto de recomendaciones para la definición de estrategias que permitan mejorar la situación de salud mapuche evidenciada en el diagnóstico. Se incluyen, además, dos anexos: uno que contiene los procesos estadísticos





operacionalmente la calidad de indígena de los casos, combinado tres criterios¹:

I. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Las autoras, desde 2005 han diseñado y profundizado una metodología para la construcción de perfiles epidemiológicos diferenciados de poblaciones indígenas y no indígenas, que en lo medular implica estandarizar y combinar fuentes de datos para la cuantificación de eventos de morbi-mortalidad en las poblaciones indígenas. En la práctica, los registros disponibles en el MINSAL y los servicios de salud locales (defunciones, egresos hospitalarios y enfermedades de notificación obligatoria), que no distinguen a la población indígena de la no indígena, se combinan con otras fuentes de datos, tales como la acreditación de la calidad de indígena en los registros de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), estudios genealógicos locales y registros de las reducciones indígenas constituidas legalmente a fines del siglo XIX, en el caso particular de los Mapuche.

1. Fuentes de información utilizadas

Los registros de salud que se usaron para la construcción de los indicadores que se presentan en este documento fueron:

- ◆ Bases de datos de mortalidad para el sexenio 2001-2006.
- ◆ Bases de datos de Enfermedades de Notificación Obligatoria para el sexenio 2001-2006.
- ◆ Bases de datos del Programa de Control de la TBC para el sexenio 2001-2006.
- ◆ Bases de datos de egresos hospitalarios para el trienio 2004-2006.

Complementariamente, se recurrió a: a) las bases de datos de acreditación de la calidad de indígena de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena y los registros de Comunidades y Asociaciones Indígenas de la misma entidad, para la aplicación de uno de los criterios de inclusión que permitió identificar casos indígenas en los registros de salud; b) bases de datos censales para el área de estudio; c) Bases de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN); y, d) otra información relevante disponible en la web del Departamento de Estadística e Información del Ministerio de Salud.

2. Procedimientos para la inclusión de la variable etnia en las fuentes de datos

Dada la ausencia de la variable “etnia” en los registros de morbi-mortalidad mantenidos por el Ministerio de Salud, fue necesario definir

- ◆ **Presencia de apellidos indígenas:** Este criterio, que es el más utilizado en los estudios epidemiológicos de poblaciones indígenas en el país, dado que está disponible en todos los registros de salud (fichas clínicas, encuestas de hogar) y operaría como un criterio de segregación por origen del apellido, remitiendo a la ascendencia indígena en un sentido biológico y no necesariamente social, que -como es sabido- no configura necesariamente perfiles de morbi-mortalidad distintivos, puesto que la mayoría de las enfermedades y eventos en salud son el resultado de la interacción entre la carga genética y el medio ambiente natural, social y cultural en que se desenvuelven los individuos. Por ello, la presencia de estos apellidos no presupone -por sí sola- un modo de vida indígena. Vale decir, para este tipo de estudios, es un criterio altamente sensible pero poco específico.
- ◆ **Presencia de apellidos hispanos históricamente asociados a territorios tradicionales indígenas:** En un segmento importante de las poblaciones indígenas los apellidos originarios se han ido perdiendo, por lo que limitar la identificación de casos a este criterio, además de las limitaciones ya señaladas, tiene un gran sesgo. Sin embargo, es posible asociar ciertos apellidos hispanos a territorios de ocupación tradicional indígena.
- ◆ **Acreditación de la calidad de indígena en los registros de la CONADI:** Es sabido que la mayor parte de la población indígena reside en áreas urbanas y que allí, incluso más que en las zonas rurales, los apellidos indígenas han ido desapareciendo. Como una forma de identificar como indígenas a quienes estén en esta situación, se han utilizado los registros de la calidad de indígena de la CONADI, que se han combinado con los registros de morbi-mortalidad. Operativamente, se ha verificado -caso a caso- a través de un motor de búsqueda, la coincidencia de RUT en ambas fuentes de datos.

Cada uno de los criterios recién descritos, por sí sólo, es suficiente para identificar un caso como indígena. En la figura siguiente se esquematiza su aplicación en las bases de datos.

¹ Esta metodología es similar a la utilizada en otros estudios de salud de pueblos indígenas desarrollados por las autoras, por lo que los resultados presentados son susceptibles de comparar con ellos, sino que permiten avanzar en un panorama más general del perfil epidemiológico de los indígenas de Chile.



Figura N° 1
Procedimiento de inclusión de la variable etnia en las bases de datos



3. Procedimientos para el cálculo de indicadores convencionales de salud

Los perfiles aportan indicadores epidemiológicos clásicos (proporciones, tasas, riesgos relativos, etc.), para cuyo cálculo se requieren antecedentes sistemáticos sobre el total de la población expuesta a los eventos de morbi-mortalidad registrados en las bases de datos que se analizan, que constituye el denominador en los cálculos de tasas. Con este fin, se utilizarán los resultados del Censo de 2002, que constituyen la única fuente que aporta esta información diferenciada por pertenencia a pueblos indígenas. En un sentido estricto, sólo para ese año sería posible construir indicadores convencionales de salud; sin embargo, dado que con estos estudios se busca relevar tendencias, se analizan los datos correspondientes al período 2001-2003, asumiendo como supuesto un comportamiento demográfico relativamente estable de las poblaciones indígenas y no indígenas un año antes y un año después de aplicado el Censo. Con estos datos se calculan indicadores promedio para el trienio, usando como base el 2002. Los indicadores que se generan podrán ser comparados con los disponibles para ese mismo período para otros pueblos indígenas del país.

Sin embargo, dado que para la planificación en salud es necesario generar información actualizada, se incluye también el período 2004-2006. Para ello, se ha usado la proyección de población por sexo y grupos de edad generada por el DEIS-MINSAL, correspondiente al año 2005, que representa a la población a la mitad del nuevo período. Se mantiene así una metodología consistente para los dos trienios. Considerando que esta proyección no distingue a la población indígena de la no indígena, se mantiene la proporción de población indígena para cada grupo etario y sexo que fue registrada en el Censo de 2002. Estimación que consideramos conservadora, pues los antecedentes disponibles muestran una mayor fecundidad en poblaciones indígenas. En este sentido, los indicadores de riesgo podrían incluso estar subestimados.

Figura N° 2
Procedimiento para el cálculo de tasas



4. Clasificación de enfermedades

Para todos los procesos estadísticos se utilizó el Sistema de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Otros Problemas de Salud (CIE 10), que organiza las entidades mórbidas en 22 grandes grupos. Este sistema es usado mundialmente para generar estadísticas de morbi-mortalidad.

Tabla N° 1
Grandes grupos de enfermedad CIE 10

Capítulo	Códigos	Título
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anejos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
XX	V01-Y98	Causas extremas de morbilidad y de mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los Servicios de Salud
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales



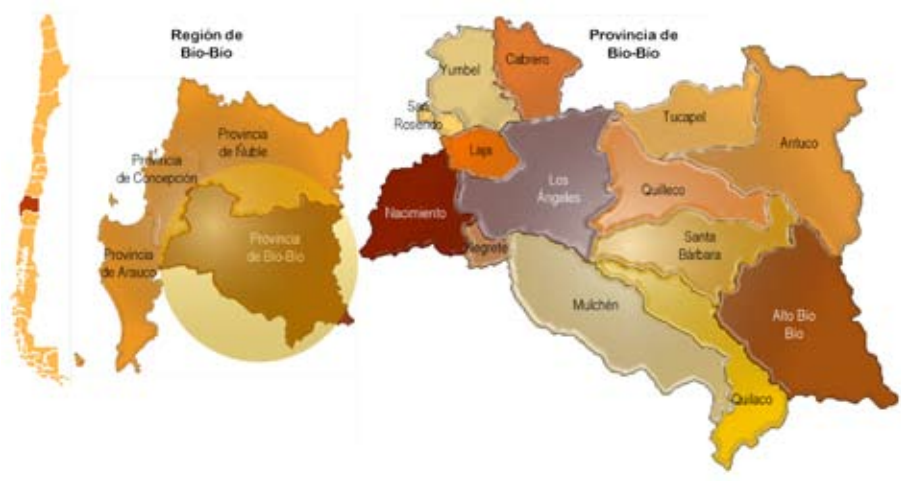
II. PERFIL DE MORBI-MORTALIDAD

1. Área de cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío

El Servicio de Salud Bío-Bío es responsable de la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial de la Provincia del mismo nombre en la VIII Región del país, que involucra las comunas de Los Ángeles, Antuco, Cabrero, Laja, Mulchén, Nacimiento, Negrete, Quilaco, Quilleco, San Rosendo, Santa Bárbara, Tucapel, Yumbel y Alto Bío-Bío. (Ver Figura N°3).

Figura N° 3

Área de cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío



2. Red Asistencial

La red asistencial articulada por el SS Bío-Bío incluye el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, hospital de mayor complejidad localizado en la comuna de Los Ángeles; 6 hospitales de menor complejidad, emplazados en las comunas de Laja, Mulchén, Nacimiento, Santa Bárbara, Tucapel y Yumbel. Cuenta, además, con 10 Centros de Salud Familiar: el CESFAM de Ralco, en la comuna de Alto Bío-Bío; Monteáguila y Lautaro Cáceres (que cuenta con

Servicio de Atención Primaria de Urgencia, SAPU), en Cabrero; Nororiente, Santa Fe, 2 de Septiembre, Norte y Paillihue (los dos últimos incluyen SAPU), en la comuna de Los Ángeles; el CESFAM San Rosendo, en la comuna homónima; y, por último el CESFAM de Yumbel.

Incluye, también, cuatro centros de salud rural, los Consultorios de Antuco, Yanequén (Negrete), Quilleco y Villa Mercedes (ambos en la comuna de Quilleco). A ellos se suman los 5 centros comunitarios de salud familiar (CECOF) de la comuna de Los Ángeles (Galvarino, Los Pioneros, Villa Los Ríos, Los Carrera y Las Azaleas) y la extensa red de posta rurales, que alcanzan a un total de 69 distribuidas en toda la provincia: 8 en Alto Bío-Bío; 1, en Antuco; 4, en Cabrero; 3, en Laja; 16 en Los Ángeles; 6 en Mulchén, 6 en Nacimiento; 2 en Negrete; 5 en Quilaco; 3 en Quilleco; 1 en San Rosendo; 5 en Santa Bárbara; 4 en Tucapel; y, 5 en Yumbel. (Ver Tabla N° 2).

Tabla N° 2
Red Asistencial Servicio de Salud Bío-Bío

Comuna	Tipo							
	Hospital Mayor Complejidad	Hospital Menor Complejidad	Centro Salud Familiar	CECOF	Centro Salud Rural	Posta Salud Rural	SAPU	Clinica Dental Móvil
Los Ángeles	1		5	5		16	2	1
Antuco					1	1		
Cabrero			2			4	1	
Laja		1				3		
Mulchén		1				6		
Nacimiento		1				6		
Negrete					1	2		
Quilaco						5		
Quilleco					2	3		
San Rosendo			1			1		
Santa Bárbara		1				5		
Alto Bío-Bío			1			8		
Tucapel		1				4		
Yumbel		1	1			5		
Total	1	6	10	5	4	69	3	1

Fuente: DEIS-MINSAL



Recuadro N° 1
Experiencia de Salud Intercultural en las Comunidades Pehuenche de Alto Bío-Bío

El Servicio de Salud Bío-Bío desarrolla un conjunto de iniciativas en la red asistencial orientadas a la construcción de modelos interculturales de atención en salud. Destacan entre éstas las experiencias piloto impulsadas en los territorios indígenas de Cauñicu y Callaqui en la comuna de Ralco, luego de haber avanzado en consensos con las comunidades del pehuenche. Ellas articulan los Centros de Atención de Medicina Pehuenche y el Centro de Salud Familiar (CESFAM). Se trata de espacios que disponen orientados a facilitar el acceso a la medicina indígena cuando sus usuarios provienen de otras comunidades indígenas. Sin embargo, su importancia mayor radica en el factor de visibilización de la medicina indígena en el territorio y por ende, su sentido de vinculación con los equipos de salud de la Red Asistencial. Constituyen el espacio matricial que permite la generación de mecanismos de referencia y contrareferencia para la práctica de la salud intercultural tal como se muestra en la figura siguiente.

Con la implementación de la experiencia de Modelo de Salud Intercultural se espera establecer las condiciones técnicas que permitan de la consolidación de un Nuevo Modelo de Atención en Salud para población indígena que contribuya a consolidar procesos de complementariedad entre el sistema biomédico y el sistema médico indígena presente en el territorio.

Fuente: Extracto de "La Salud Intercultural en el Sistema de Salud Chileno. Una mirada desde lo Local"

3. Antecedentes sociodemográficos

La población mapuche, de acuerdo a los resultados del Censo de 2002, alcanza 604.349 personas, distribuidas a lo largo de todo el país, aunque concentrándose de manera primordial en las Regiones de La Araucanía (33,6%), Metropolitana (30,3%), Los Lagos (10,0%), Bío-Bío (8,85) y Los Ríos (6,6%).

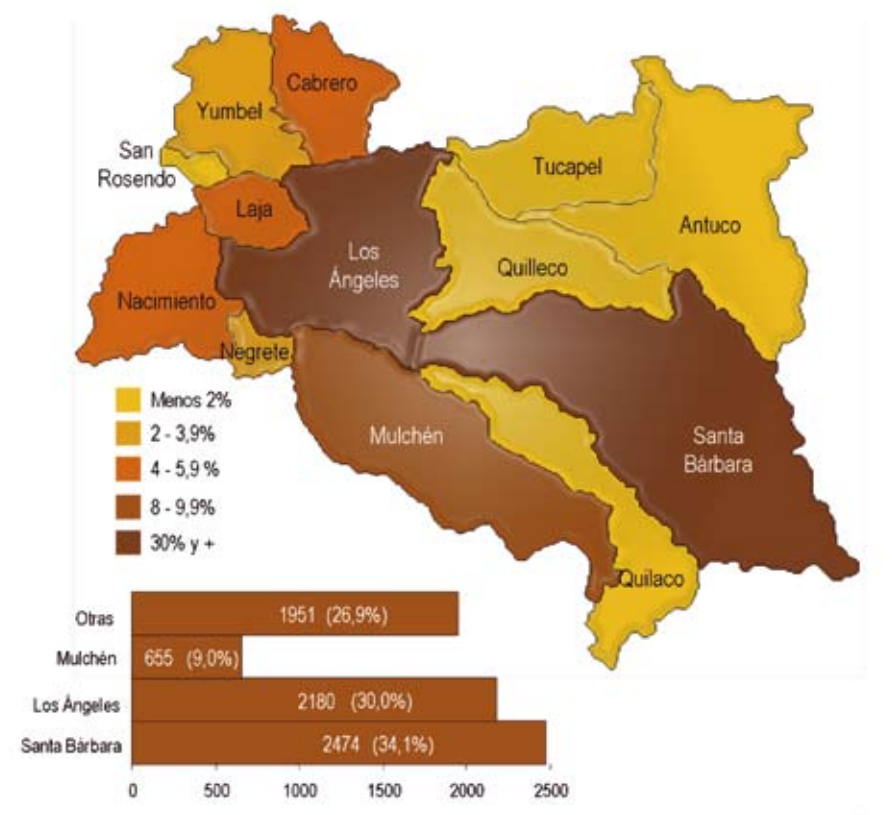
La provincia de Bío-Bío tiene una población de 352.151 habitantes; de ellos, un 2,1% corresponde a población mapuche, distribuida en sus 13 comunas que constituían la provincia al momento de realizarse en Censo², aunque concentrándose de manera principal en las comunas de Santa Bárbara (34,1%), Los Ángeles (30,0%) y Mulchén (9,0%). Al Respecto, hay que hacer notar que con la creación de la comuna de Alto Bío-Bío esta distribución sufre obviamente cambios, dado que casi un 80% de los mapuche de Santa Bárbara residen en realidad en la nueva comuna. (Ver Figura N° 4).



² La comuna de Alto Bío-Bío, se constituye recién en Julio de 2004 con la promulgación de la ley.

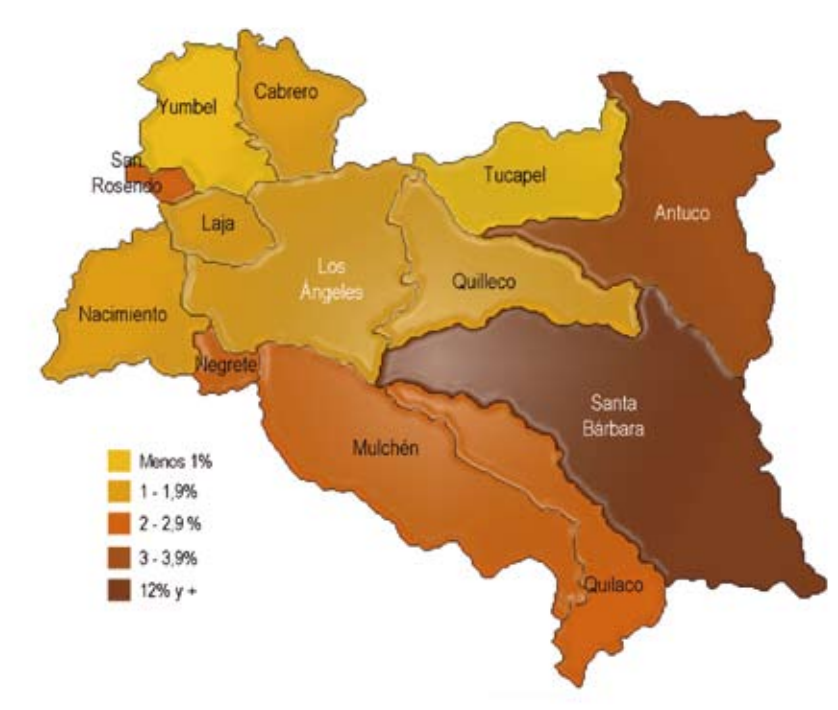


Figura N° 4
Distribución de la población mapuche por comuna



Todas estas cifras emanadas del Censo de Población y Vivienda de 2002, pueden estar subestimando a la población mapuche, pues la boleta censal indaga sobre autoidentificación y ésta puede expresarse de manera diferenciada por edades, género y lugar de residencia, entre otros factores. Igualmente, procesos políticos más amplios vividos entre los pueblos indígenas de Chile en las últimas décadas han hecho emerger identidades territoriales más específicas, principalmente entre los mapuche, que eventualmente pudieran estar influyendo en una subdeclaración de la identidad en el censo.

Figura N° 5
Proporción de población mapuche según comuna



La composición étnica de la población por comuna es heterogénea (Ver Figura N° 5). Así, el peso relativo de la población mapuche respecto del total comunal, está por debajo del promedio provincial en Yumbel (0,7%), Tucapel (0,9%), Nacimiento (1,2%), Los Ángeles (1,2%), Cabrero (1,3%), Quilleco (1,3%) y Laja (1,7%). Un segundo lugar se sitúa un grupo de comunas en que la población mapuche representa entre un 2-4%; a saber, San Rosendo, Mulchén, Negrete, Quilaco y Antuco. Por último, en la antigua comuna de Santa Bárbara los mapuche representaban un 12,8%. Sin embargo, hay que tener presente que con la reorganización político administrativa de la Provincia de Bío-Bío esta cifras sufren algunas variaciones. Así, sólo un 4,5% de los habitantes de la actual comuna de San Bárbara serían mapuche; y, en la nueva comuna de Alto Bío-Bío la proporción sería de un 26,6%.

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

3.1. Estructura sexo-etaria de la población

Una primera comparación entre las poblaciones mapuche y no mapuche residentes en el área de cobertura del SS Bío-Bío, muestra una equilibrada composición por sexo entre los últimos (100,2 hombres por cada 100

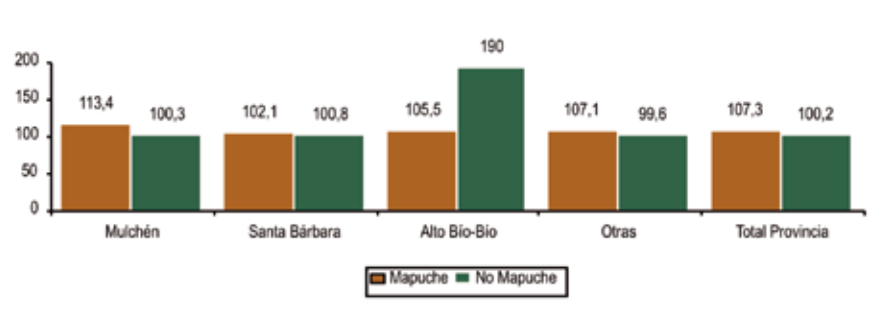


mujeres) y un predominio de hombres entre los mapuche (107,3 hombres por cada 100 mujeres). Este patrón de marcado predominio de hombres entre los mapuche es consistente en todas las comunas de la provincia. Sin embargo, en Alto Bío-Bío, se observa una situación extrema entre los no mapuche, donde los hombres casi duplican a las mujeres. Esta situación pudiera estar asociada a población foránea instalada en el territorio en virtud de iniciativas de explotación de los recursos naturales. (Ver Gráficos N° 1 y N° 2).

En general, y tal como se observa en el Gráfico N° 2, la estructura de la población mapuche es menos envejecida que la no mapuche; así, entre los indígenas los niños (menores de 15 años) representan un 30,6% de la población, mientras que entre los no indígenas la proporción es algo más baja con un 27,7%; vale decir, hay un 10% más de niños entre los mapuche que entre los no mapuche. Los jóvenes (15-29 años), en tanto, representan 27,1% del total de población mapuche y 22,8% de la población no mapuche; los adultos mapuche (30-64 años) representan 34,0% del total de esta población y los no mapuche 37,7%. Por último los adultos mayores (65 y más años) alcanzan al 9,2% y 11,8%, respectivamente.

Gráfico N° 1

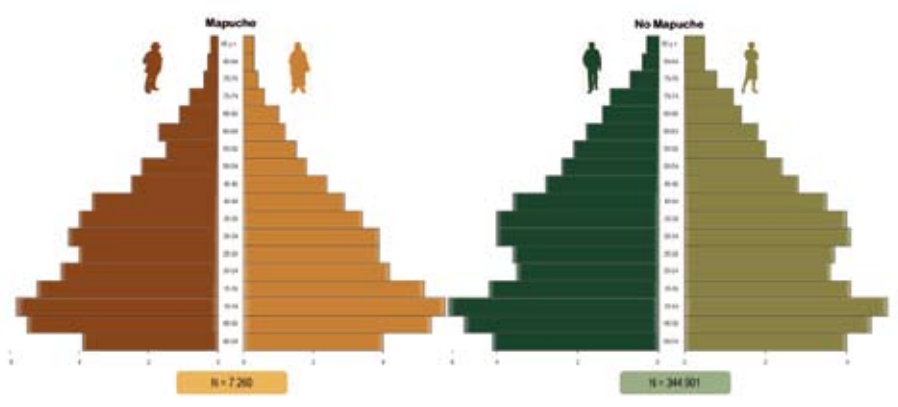
Índices de masculinidad Población Mapuche - Población No Indígena Provincia Bío-Bío



Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2002

Gráfico N° 2

Pirámides de población. Mapuche y No Mapuche Provincia de Bío-Bío



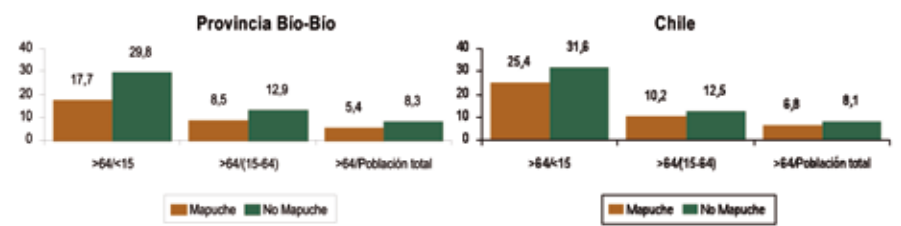
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Para el análisis de las estructuras etarias, se ha calculado además índices que se relacionan directamente con el envejecimiento de la población. El primero, corresponde a la proporción de mayores de 64 años respecto a la población total (>64/población total); el segundo, se refiere al porcentaje que representan los adultos mayores en relación a la población en edad de trabajar (>64/población de 15-64 años), indicador que tiene importancia para analizar aspectos de seguridad social; y, el tercero, establece la relación entre la población de 64 y más años y la población infantil (>64/población <15 años), referido a la capacidad de "renovación" generacional de las poblaciones.

En este ámbito, los resultados del Censo de 2002 mostraban, a nivel nacional, que la población indígena era más joven que la no indígena. Tal como se aprecia en el Gráfico N° 3, este patrón se verifica también en la Provincia de Bío-Bío, dado que todos los índices calculados son un 20% menor entre los mapuche que entre los no mapuche. Este es ya un primer dato de interés para la planificación en salud, dado que nos habla de la necesidad de orientar acciones hacia las poblaciones indígenas más jóvenes.



Gráfico N° 3
Índices de envejecimiento
Población Mapuche - Población No Indígena Provincia Bío-Bío y Chile



Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2002

La situación en áreas rurales, territorios indígenas o barrios marginales en las ciudades constituye un típico ejemplo de la interacción entre las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades territoriales. En esos espacios, existe por lo general una menor oferta de servicios de salud, menos saneamiento básico, un limitado acceso a transporte y falta de oportunidades laborales. Si a estos factores se agrega la poca pertinencia de la oferta sanitaria, nos encontramos claramente con mayor exposición al daño y con una mayor vulnerabilidad, que se expresa en un mayor riesgo para la salud de los pueblos indígenas. (CEPAL, op. cit.).

Como una forma de aproximarnos a los determinantes sociales de las condiciones de salud de la población mapuche de Bío-Bío, se incluyen en este apartado algunos indicadores convencionales relativos a la dimensión socioeconómica. Sin embargo, no es posible aún vincularlos con los indicadores de morbi-mortalidad generados en este estudio. Lo cierto es que los registros de salud disponibles no permiten hacer un análisis de este tipo, pues no dan cuenta de variables socio-económicas. Así, se ha procesado las bases de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional del 2006 (CASEN) para conocer algo del contexto en que se producen los indicadores de morbi-mortalidad que se presentan más adelante.

4. Antecedentes socioeconómicos

En términos generales, la discriminación estructural que afecta ha afectado a los pueblos indígenas de Chile, desde la conquista hasta la actualidad, determina su situación de pobreza, exclusión social y política. (Stavenhagen, 2001). De esta manera, en términos de estratificación social y posición socioeconómica, los pueblos indígenas se ubican en los estratos más bajos de la gradiente económica.

La estratificación y la posición económica marginal de los pueblos indígenas, implica un acceso desigual y menor control sobre las llamadas “oportunidades vitales”. (Berkman y Kawachi, 2000) Sin desconocer que el significado y alcances de estas “oportunidades” puede tener un significado muy distinto para estos pueblos que para el resto de la sociedad, la mayoría de los estudios plantean que el acceso desigual a bienes y servicios del Estado (como son la atención de salud, la educación formal, la nutrición adecuada, la información y el poder de decisión, entre otros), ha sido la principal determinante de la persistencia de la inequidad en salud y de la sobre-mortalidad observada en los pueblos indígenas. (CEPAL, 2007).

a) Pobreza

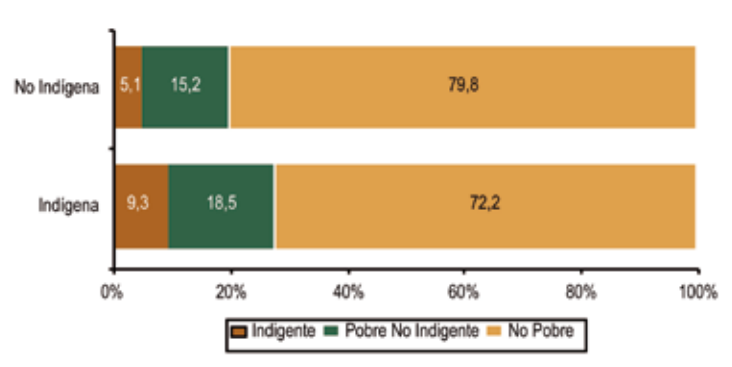
A través de la encuesta CASEN se estima una línea de pobreza que se determina a partir del ingreso mínimo requerido en un hogar para satisfacer las necesidades básicas de sus integrantes. Para el año 2006, en áreas urbanas esta cifra se estimó en \$47.099; y, en zonas rurales, en \$ \$31.756.

La Provincia de Bío-Bío presenta niveles de pobreza más altos que los del país, situación que se constata tanto para la población indígena como para la no indígena³; sin embargo, persiste en la zona el patrón de exclusión indígena apreciado en el país, aunque en una dimensión aún mayor. Como se observa en el Gráfico N° 4, la pobreza indígena es más alta que la no indígena; de hecho es un 40% superior. Las brechas interétnicas son más altas precisamente entre los más pobres, pues las cifras muestran que la indigencia indígena supera en un 80% la no indígena.

³ En el país el porcentaje de pobres indígenas alcanzó al 19,0% y el de pobres no indígenas al 13,3%



Gráfico N° 4
Distribución relativa de la población por situación socioeconómica según condición étnica



Fuente: Tabulaciones especiales CASEN 2006, Proyecto Epidemiología

Tabla N° 3
Distribución relativa de la población por nivel de escolaridad según condición étnica

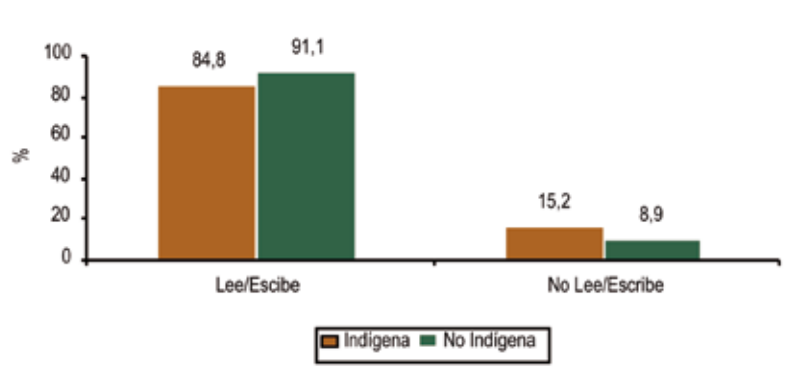
Nivel de escolaridad	Condición Étnica			Total
	Indígena	No Indígena	Sin Información	
Sin educación formal	9,4	5,9	61,0	6,1
Básica incompleta	25,4	23,7	23,8	23,8
Básica completa	15,4	12,8		12,9
Media humanista incompleta	15,2	15,9		15,9
Media técnico-profesional incompleta	6,2	4,7		4,7
Media humanista completa	13,9	17,1	15,2	16,9
Media técnico-profesional completa	9,8	8,3		8,3
Técnica o universitaria incompleta	2,7	5,6		5,5
Técnica o universitaria completa	1,8	5,6		5,4
Sin información	0,1	0,5		0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Tabulaciones especiales Encuesta CASEN 2006, Proyecto Epidemiología

b) Situación educacional

La escolaridad puede ser entendida como un proxy de la posición socioeconómica de los pueblos indígenas y, por ello, también del acceso a los bienes, servicios e información, aspectos vitales para entender sus condiciones de salud. En este ámbito, se describen dos indicadores: la condición de alfabetismo y el nivel de escolaridad. En ambos se observan inequidades sistemáticas en desmedro de la población mapuche. Así, el analfabetismo en población mapuche es un 70% mayor que en población no mapuche (Ver Gráfico N° 5). Del mismo modo, la proporción de mapuche que no ha accedido a educación formal es superior entre los indígenas, con una diferencia relativa de 1,7.

Gráfico N° 5
Distribución relativa de la población por condición de alfabetismo según condición étnica



Fuente: Tabulaciones especiales Encuesta CASEN 2006, Proyecto Epidemiología

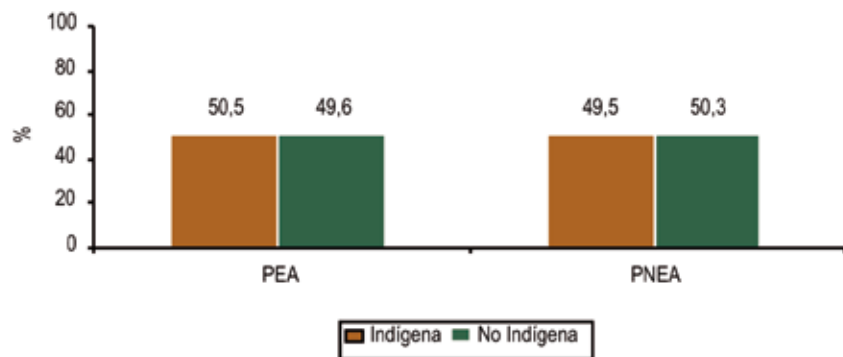
Sin desconocer esta situación de inequidad, y contextualizando la información sobre educación formal, se debe tener en cuenta que ésta no considera el conocimiento que tienen los pueblos indígenas del mundo caracterizado por una relación profunda y recíproca del hombre con el universo y la naturaleza. Además, no hay que perder de vista el carácter homogeneizador de la educación formal castellanizante, por lo que este indicador no garantiza el ejercicio del derecho a la integridad cultural.

c) Participación en la actividad económica

Como se observa en el Gráfico N° 6, la participación económica de la población mapuche es levemente superior a la de la población no mapuche; y sus tasas de desocupación son levemente más altas (Ver Gráfico N° 7).

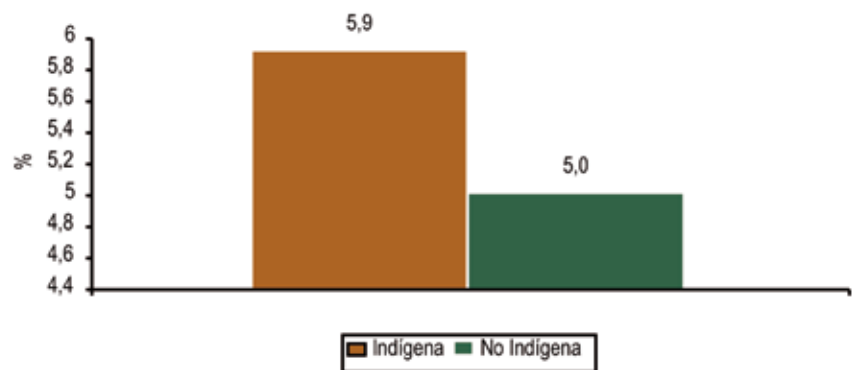


Gráfico N° 6
Distribución relativa de la población en edad de trabajar por condición de actividad económica según condición étnica



Fuente: Tabulaciones especiales Encuesta CASEN 2006, Proyecto Epidemiología

Gráfico N° 7
Tasa de desocupación según condición étnica

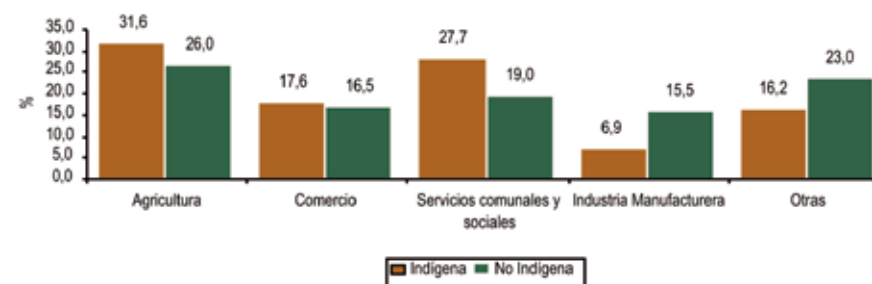


Fuente: Tabulaciones especiales Encuesta CASEN 2006, Proyecto Epidemiología

Como ya ha sido demostrado en otros estudios, la población mapuche presenta una inserción laboral diferente a la no mapuche, y se ubica principalmente en las ramas consideradas primarias relacionadas con las actividades agrícolas y artesanales. También son relevantes entre ellos las actividades vinculadas a servicios sociales y comunitarios. (Ver Gráfico N° 8).

Gráfico N° 8

Distribución de la PEA Ocupada por Rama de Actividad Económica según condición étnica



Fuente: Tabulaciones especiales Encuesta CASEN 2006, Proyecto Epidemiología

Tabla N° 4

Distribución relativa de la PEA ocupada por categoría ocupacional según condición étnica

Categoría ocupacional	Condición Étnica			Total
	Indígena	No Indígena	Sin Información	
Patrón o empleador	0,2			2,9
Trabajador por cuenta propia	29,4	21,0		21,3
Empleado u obrero del sector público	4,3	6,5		6,4
Empleado u obrero de empresas públicas	1,1	0,7		0,7
Empleado u obrero del sector privado	46,0	62,1	100,0	61,5
Servicio doméstico puertas adentro	4,7	0,5		0,7
Servicio Doméstico puertas afuera	8,2	4,7		4,8
Familiar no remunerado	0,6	1,1		1,1
FF.AA. y del Orden	5,5	0,3		0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Tabulaciones especiales Encuesta CASEN 2006, Proyecto Epidemiología

Al igual que lo señalado respecto a la situación de escolaridad indígena, el análisis de los indicadores económicos debe ser interpretado considerando que se basa en un concepto occidental de economía de mercado, de manera similar los criterios occidentales sobre el trabajo pueden no ser pertinentes para comprender y evaluar economías familiares basadas en la reciprocidad y orientadas a la subsistencia del grupo, más que a la acumulación de capital.



5.1. Características generales de la mortalidad

5.1.1. Mortalidad general

En general, el Servicio de Salud Bío-Bío muestra tasas de mortalidad más altas que las del país en los dos períodos analizados. Así, mientras Chile alcanzó una Tasa de 5,2 x 1.000 habitantes en 2002, la provincia mostró una de 5,8 x 1.000. El 2005, en tanto, la cifra para el país fue se 5,3 y para el SS Bío-Bío, fue 5,6.

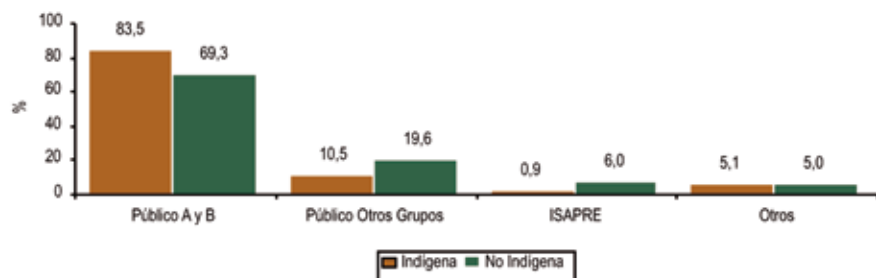
Coherentemente con lo observado en otras regiones del país con fuerte presencia de población indígena, tras las cifras generales se ocultan enormes disparidades en desmedro de la situación de salud de los pueblos originarios. (Ver Gráfico N° 10) Estas inequidades, expresadas en términos de riesgos relativos, no solo son sistemáticas en los dos períodos analizados, sino que aumentan. Las cifras indican que entre el 2001-2003 los mapuche tenían un 40% más de riesgo de morir que los no mapuche, brecha que se eleva a un 60% en trienio 2004-2006.

Dado que las diferencias en la composición por sexo y edad de las poblaciones mapuche y no mapuche, afectan este indicador es necesario ajustar las tasas. Hecho este procedimiento, las brechas resultan aún más evidentes. Así, en el trienio 2001-2003 el riesgo de morir en población mapuche supera en un 90% a la población mapuche; y, aumenta a un 110% en el trienio siguiente. (Ver Gráfico N° 11).

e) Salud

La Encuesta CASEN también aporta información sobre el sistema previsional de la salud de la población, así como una serie de antecedentes sobre el estado de salud de la misma, algunos de los cuales se incluyen en el anexo estadístico. En este ámbito, se observa que el 94% de los mapuche son usuarios del sistema público de salud, cifra levemente superior a la no mapuche. Se trata mayoritariamente de usuarios de los Grupo A y B, esto es de los estratos socioeconómicos más bajos, que acceden a atención gratuita.

Gráfico N° 9
Distribución de la población por sistema previsional de salud según condición étnica



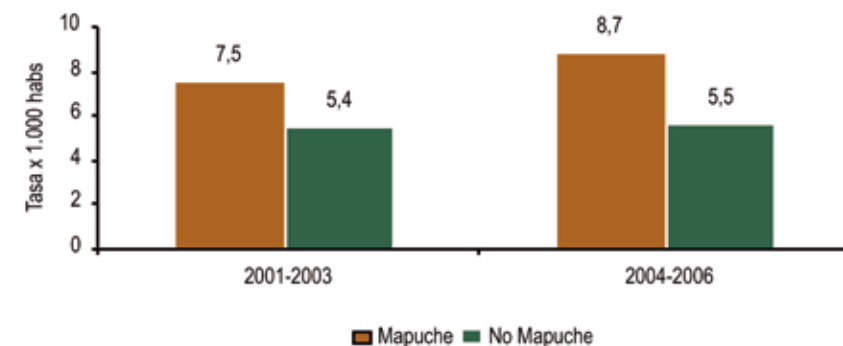
Fuente: Tabulaciones especiales Encuesta CASEN 2006, Proyecto Epidemiología

5. Perfil de mortalidad

En el período considerado para este análisis, se registraron 12.528 defunciones de personas residentes en las comunas del área de cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío. 6.170 de ellas ocurrieron en el trienio 2001-2003 y 6.358 en el período 2004-2006. En el primer período, un 2,6% de los casos correspondieron a personas mapuche; y, en el segundo, alcanzaron a un 3,2%⁴.

⁴ Se debe considerar, que dada la metodología utilizada, no fue posible imputar la condición étnica a un 3,6% de total de casos registrados en las bases de datos, puesto que para ellos no se disponía de las variables requeridas.

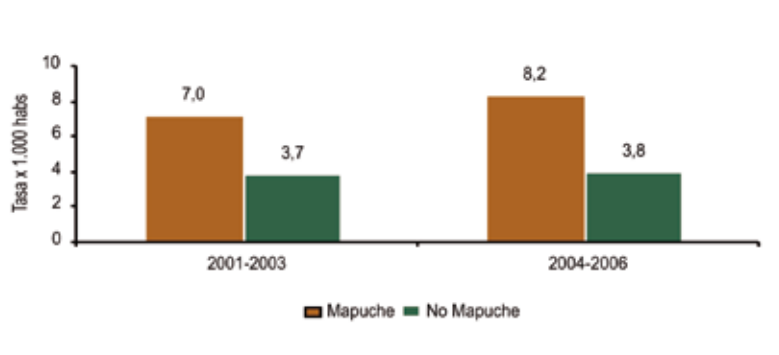
Gráfico N°10
Tasa bruta de mortalidad Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

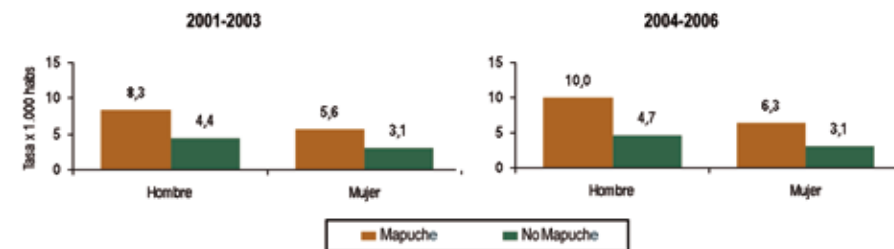


Gráfico N° 11
Evolución Tasa ajustada de mortalidad Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Gráfico N° 12
Evolución Tasa bruta de mortalidad por sexo. Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

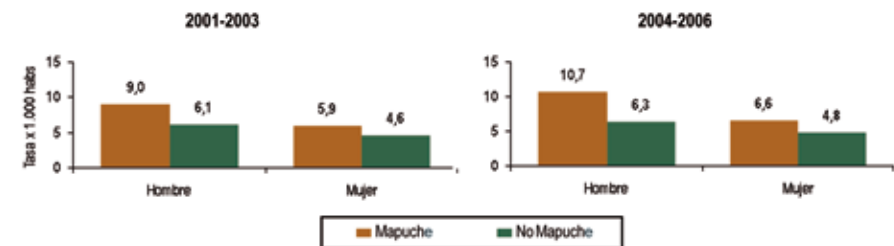
5.1.2 Mortalidad por sexo

Consistentemente con las cifras recién descritas, el análisis de la mortalidad diferenciada por sexo muestra también las profundas inequidades que afectan a la población mapuche. En este caso, los mayores riesgos de morir afectan a los hombres mapuche; en segundo lugar se sitúan los hombres no mapuche; luego las mujeres mapuche y por último las mujeres no mapuche.

Una comparación interétnica diferenciada por sexo, muestra que en el trienio 2001-2003 los hombres mapuche tenían un 50% más de riesgo de morir que los no mapuche; brecha que aumenta al 70% en el trienio siguiente. En el caso de las mujeres, las mapuche tenían un 30,0% más de riesgo de morir en el primero de estos períodos; y, un 40% en el segundo. (Ver Gráfico N° 12).

Al ajustar las tasas de mortalidad para disminuir los sesgos introducidos por las distintas estructuras sexo-etarias de las poblaciones mapuche y no mapuche, se puede apreciar que, en el trienio 2001-2003, las inequidades se expresan de manera aún más clara, dado que el riesgo de morir de los hombres mapuche supera en un 90% al de los no mapuche; y, las mujeres mapuche tenían un riesgo un 80% más alto que sus pares no mapuche. En el período siguiente, si bien las brechas disminuyen sin distinción de sexo, continúan siendo significativas: 60% mayores para hombres mapuche y 50% más altas para las mujeres indígenas. (Ver Gráfico N° 13).

Gráfico N° 13
Evolución Tasa ajustada de mortalidad por sexo. Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



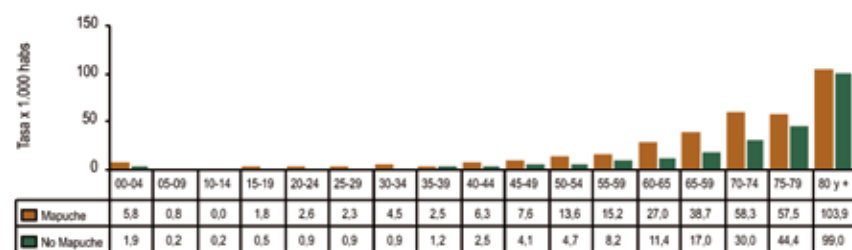
Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010



5.1.3. Mortalidad por edades

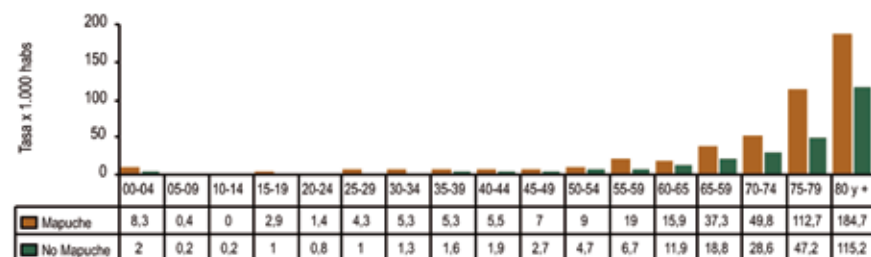
El mismo patrón de inequidad puede observarse al analizar las tasas específicas de mortalidad por grupos de edad. Tal como se observa en los Gráficos N° 14, N° 15 y N° 16, la sobremortalidad mapuche se verifica en todos los grupos de edad, con excepción del estrato situado entre los 10-14 años.

Gráfico N° 14
Tasa específicas de mortalidad por grupos de edad Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (2001-2003)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Gráfico N° 15
Tasa específicas de mortalidad por grupos de edad Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Gráfico N° 16
Riesgos relativos específicos por grupos de edad Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Es importante destacar que en muchos grupos de edad, las brechas entre mapuche y no mapuche aumentan de un período a otros. Tal es el caso, de los menores de 5 años, 25-29 años y 35-50 años.

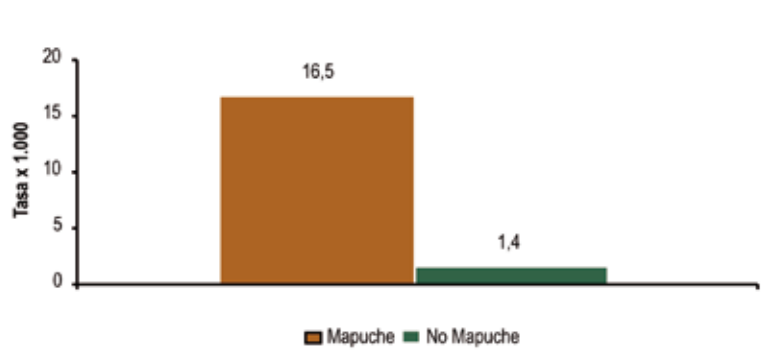
5.2. Mortalidad materna

La reducción de la mortalidad materna es una de las prioridades para el Servicio de Salud Bío-Bío, que se plantea un disminución de 50% al año 2010, lo que implica alcanzar una tasa de 1,6 x 100.000. Es sabido que la gran mayoría de esas muertes es evitable. Las hemorragias, por ejemplo, responsables de más de un tercio de las muertes maternas, pueden evitarse o controlarse a través de diversas intervenciones administradas por equipos de salud bien capacitados y con equipos y suministros adecuados. Ello implica mejorar la atención del embarazo y el parto.

A nivel local las cifras muestran que la meta ya se habría cumplido en población no mapuche con una tasa de 1,4 x 100.000 entre el 2004-2006, aunque la situación de las mujeres mapuches muestra un daño mayor ya que la tasa alcanza 16,5 x 100.000 (RR: 11,9).



Gráfico N° 17
Tasa de mortalidad materna Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

5.3. Mortalidad infantil

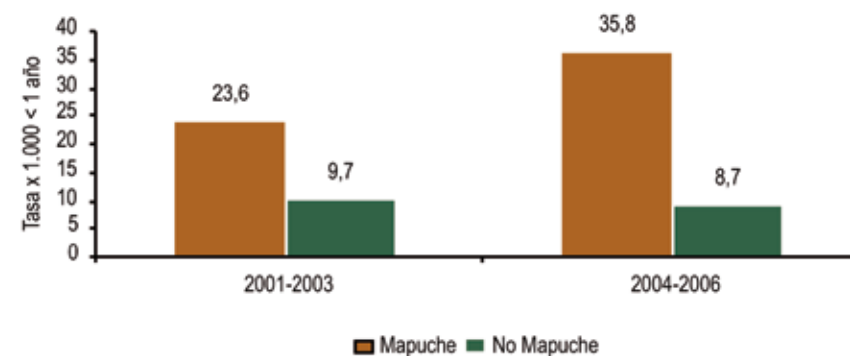
La mortalidad infantil es considerada como uno de los indicadores más sensibles a las condiciones de vida de las poblaciones y se considera una expresión de la falta de implementación del derecho a la salud y la vida (CEPAL, 2007).

Es un hecho conocido que la mortalidad infantil en el mundo ha descendido a mínimos históricos; así lo demuestra un estudio reciente de la UNICEF llevado a cabo en 50 países, que concluye que, en el período comprendido entre el año 1990 y el bienio 2005-2006, la tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1000 NV) ha descendido en un 23 %. En cifras absolutas, esto significa una disminución desde 20 millones a 9,7 millones de muertes en el período. (UNICEF-CEPAL, 2007).

Chile es uno de los países que presenta una de las tasas de mortalidad infantil más bajas en Latinoamérica con 7,8 x 1.000 nacidos vivos en el año 2002. No obstante, esta cifra esconde desigualdades territoriales y por grupo social. Esta situación queda de manifiesto cuando se analiza la mortalidad infantil entre los pueblos indígenas de Chile. Los antecedentes disponibles indican que los niños aymara del extremo norte tiene un riesgo 120% mayor de morir antes de cumplir un año que los niños no indígenas; entre los mapuche de Valdivia y Arauco esta riesgo es mayor en un 90% y un 130%, respectivamente. Esta sobremortalidad de niños indígenas refiere a condiciones de marginalidad, pobreza y poca accesibilidad cultural a los servicios de salud (Oyarce y Pedrero, 2007, 2007 y 2009 a b y c) El mismo patrón se observa en la Provincia de Bío-Bío, aunque con niveles más dramáticos.

El Servicio de Salud Bío-Bío, se ha planteado como objetivo sanitario la reducción en un 25% de la mortalidad infantil al presente año, con una meta asociada de 8,6 muertes x 1.000 Nacidos Vivos. Un análisis de la evolución de este indicador en los trienios considerados en este estudio (Ver Gráfico N°18), permite señalar que tal meta será fácilmente alcanzable para la población no indígena; sin embargo, una situación diametralmente opuesta se aprecia entre los niños mapuche, pues entre ellos las tasas lejos de disminuir han aumentado. Las inequidades, expresadas en términos de riesgo relativo, son incluso más elocuentes que las registradas para otros pueblos indígenas de Chile. Así, los niños mapuche del área de cobertura del SS Bío-Bío tenían un 140% más de riesgo de morir antes de cumplir un año que los no mapuche durante el 2001-2003; y, en el trienio 2004-2006, un riesgo 310% mayor.

Gráfico N° 18
Evolución de la tasa estimada de mortalidad en menores de 1 año Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

5.4. Mortalidad en la niñez

La mortalidad en menores de 5 años es también un indicador clave para verificar justicia social y garantías en el cumplimiento del derecho a la salud, por ello la comunidad internacional ha asumido el compromiso de reducirla en dos terceras partes entre 1999 y 2015. A nivel local, se puede verificar que la sobremortalidad indígena en estas edades cuadruplica la no indígena. (Ver Gráfico N° 19). Si se considera que la mayor parte de estas muertes se originan en causas prevenibles o tratables, como la mayoría de las afecciones perinatales y respiratorias, estas inequidades resultan inaceptables. (Ver Tabla N° 5).



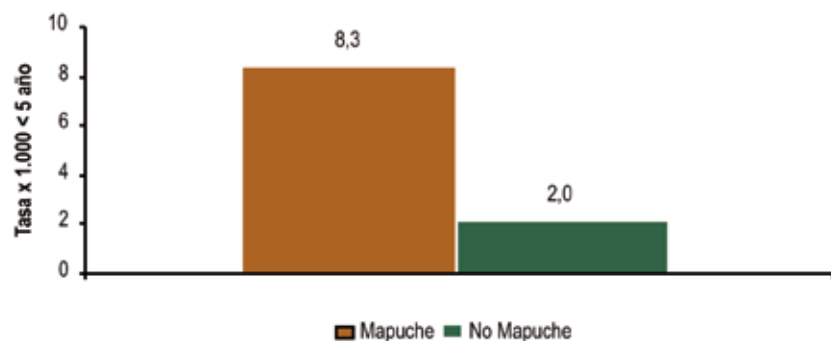
5.5. Estructura de la mortalidad

En el contexto mundial, Chile se encuentra en una etapa de transición epidemiológica asociada a un proceso gradual de envejecimiento poblacional con un fuerte aumento de las muertes por enfermedades crónicas y degenerativas; así, alrededor de la mitad de los fallecimientos se deben a enfermedades de la vida moderna como las del sistema circulatorio (27,7%) y el cáncer (24,6%); le siguen las enfermedades del sistema respiratorio (9,5%) y en una proporción similar los traumatismos, accidentes y violencias (9,0%) (MINSAL, 2002).

El Servicio de Salud Bío-Bío presentaba un patrón bastante similar al nacional, al menos en lo relativo a las dos primeras causas de muerte. Las muertes por Enfermedades del Sistema Circulatorio representaron el 27,8% de las defunciones en el período 2001-2003, y un 29,0% en el trienio siguiente; las muertes por cáncer, en tanto constituyeron el 23,3% en el primer período y el 23,8% en el segundo.

A diferencia del patrón nacional, donde la tercera causa de muerte son las enfermedades del sistema respiratorio, en Bío-Bío, este lugar es ocupado por los Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa, causa que originó el 10,9% de las muertas en 2001-2003 y el 12,0% en 2004-2006. Las enfermedades del Sistema Respiratorio, en tanto fueron la causa en 9,4% y 8,7% de las muertes en los períodos analizados.

Gráfico N° 19
Tasa estimada de mortalidad en la niñez Mapuche-No Mapuche
Provincia Bío-Bío (2004-2006)

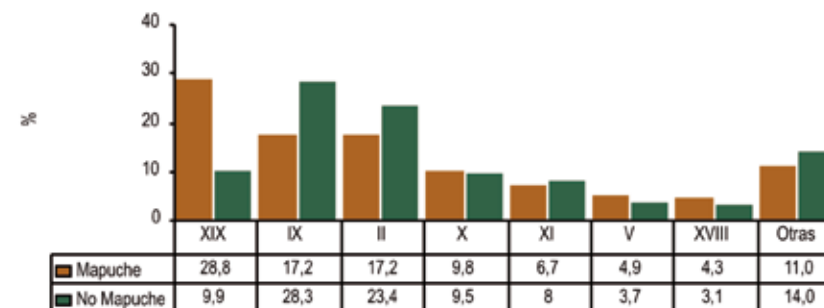


Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Tabla N° 5
Distribución relativa muertes en la niñez por gran grupo de causa
Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (2004-2006)

Grupo de causa	Condición étnica		Total
	Mapuche	No Mapuche	
Afecciones neonatales	66,7	37,1	39,5
Sistema Respiratorio	13,3	4,6	5,3
Cáncer	6,7	1,7	2,1
Traumatismos	6,7	8,0	7,9
Mal clasificados	6,7	5,1	5,3
Malformaciones congénitas	0	30,9	28,4
Otras		12,6	11,6
Total	100,0	100,0	100,0

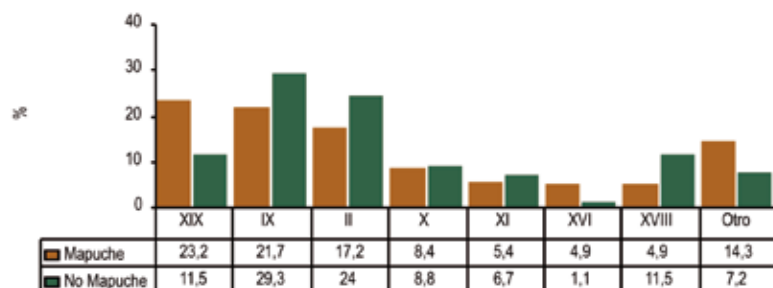
Gráfico N° 20
Distribución defunciones Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa
Provincia Bío-Bío (2001-2003)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

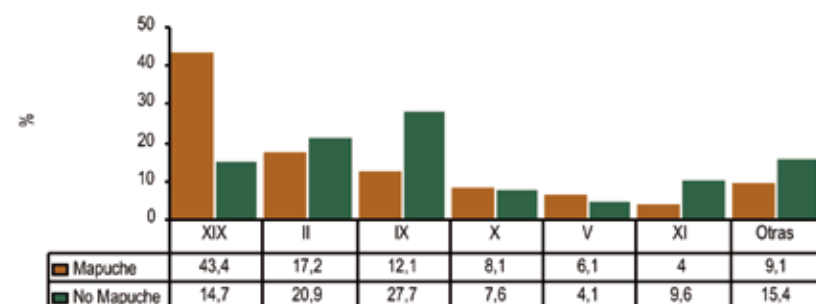


Gráfico N° 21
Distribución defunciones Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa
Provincia Bío-Bío (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Gráfico N° 22
Distribución defunciones hombres Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa
Provincia Bío-Bío (2001-2003)



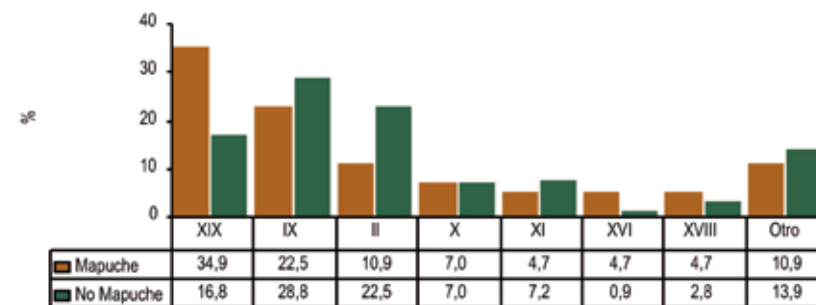
Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Al comparar las cuatro primeras causas de muerte de mapuche y no mapuche de la Provincia de Bío-Bío, se observa diferencias entre ambos grupos. El patrón general descrito para el Servicio de Salud representa el perfil de los no mapuche, no así el de los mapuche. Para ellos, la primera causa de muerte son los "Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa" (Grupo XIX del CIE 10), que constituyen el 28,8% de las muertes indígenas en 2001-2003 y el 23,2% en 2004-2006. Las enfermedades del Sistema Circulatorio se ubican en el segundo lugar, con pesos relativos bastante inferiores a los de la población no mapuche en ambos períodos analizados. En tercer lugar se sitúan las muertes por cáncer, causa del 17,2% de las muertes indígenas en los dos períodos, proporción también inferior a la mostrada por los no mapuche. (Ver Gráfico N° 20 y N° 21).

Las muertes por cáncer ocupan el segundo lugar en la estructura de mortalidad de los hombres mapuche, durante 2001-2003 (17,2%) y el tercero en el trienio 2004-2006 (10,9%), con valores relativo inferiores a los observados entre los hombres no mapuche.

Las Enfermedades del Sistema Circulatorio, tercera causa de muerte en 2001-2003 y segunda en 2004-2006, son también proporcionalmente menores que entre los no mapuche.

Gráfico N° 23
Distribución defunciones hombres Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa
Provincia Bío-Bío (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

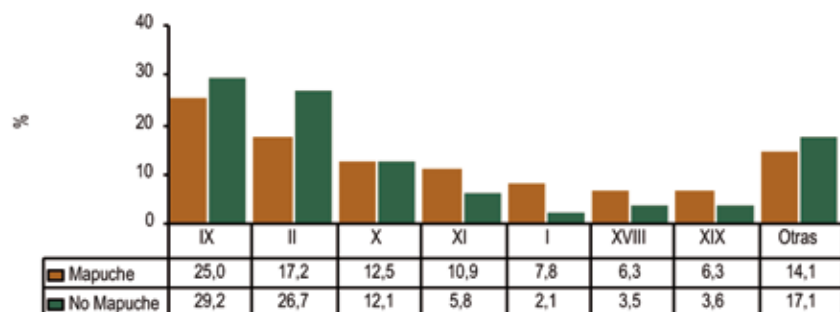
5.5.1. Diferenciaciones por sexo

Al hacer un análisis diferenciado por sexo de la estructura de causas de muerte, que el predominio de las muertes por "Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa" entre los indígenas de la Provincia de Bío-Bío se asocia precisamente al gran peso relativo que las muertes por esta causa tienen entre los hombres mapuche, ya que en 2001-2003 4 representaron el 43,4% y el 2004-2006 el 34,9%. Se observa así, una clara diferencia con sus congéneres no indígenas, cuya estructura de mortalidad sigue el patrón nacional propio de la transición epidemiológica. (Ver Gráficos N° 22 y Gráfico N°23).



En el caso de las mujeres (Ver Gráficos N° 24 y Gráfico N° 25), las mapuche mostraron una misma estructura de mortalidad que las no mapuche, en lo relativo a las tres primeras causas de muerte, durante el trienio 2001-2003; esto es: Enfermedades del Sistema Circulatorio, Cáncer y Enfermedades del Sistema Respiratorio. Sin embargo, los pesos relativos de estas causas son siempre menores entre ellas.

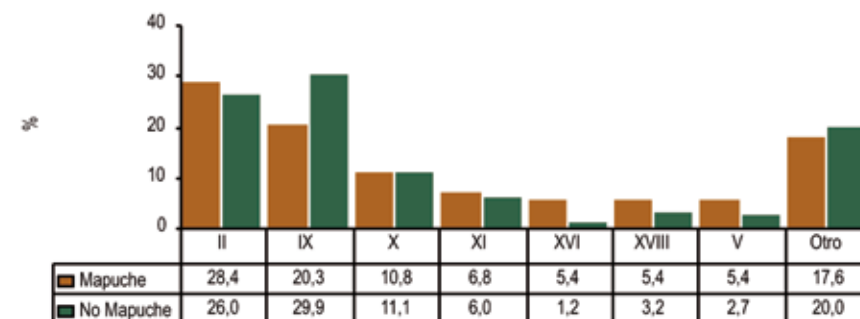
Gráfico N° 24
Distribución defunciones mujeres Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa Provincia Bío-Bío (2001-2003)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

En el trienio 2004-2007, la situación es algo diferente, pues la primera causa de muerte en mujeres mapuche no son ya las Enfermedades del Sistema Circulatorio, sino el Cáncer, causa de casi un tercio de las muertes entre ellas. Al igual que lo recién descrito para los hombres, las mujeres no indígenas tienen el mismo patrón que el país.

Gráfico N° 25
Distribución defunciones mujeres Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa Provincia Bío-Bío (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

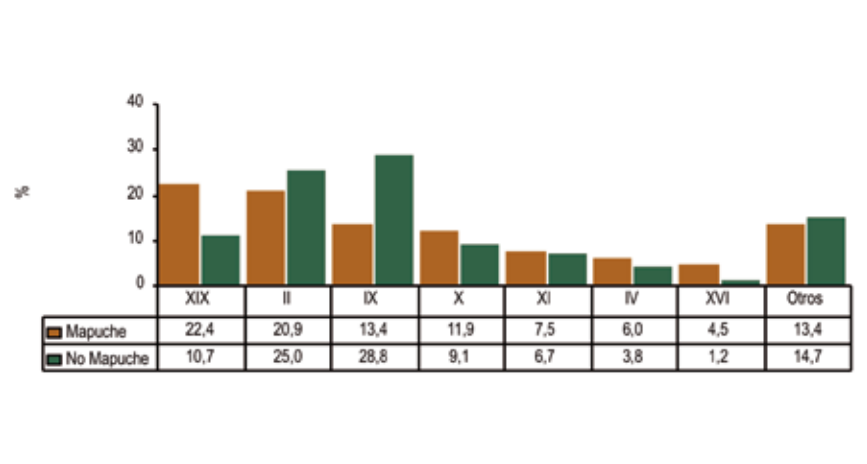
5.5.2. Diferenciaciones por área de residencia

Para los estudios epidemiológicos de pueblos indígenas resulta de particular interés incluir la distinción por urbano-rural, por dos motivos: Por un lado, se asume mayores limitaciones en el acceso a la atención de salud en los sectores campesinos; y, por otro, serían esperables condiciones de salud distintivas en estas áreas, dada la persistencia de patrones de vida tradicionales, que operarían como factores protectores frente a los males de la modernidad. En este caso, no fue posible calcular indicadores sistemáticos para todo el período considerado en el estudio⁵; sólo fue posible hacerlo para el bienio 2004-2005. En el período, el 54,1% de las defunciones mapuche correspondió a residentes rurales y el 45,9% a residentes en zonas urbanas. Las cifras para no mapuche fueron de 27,5% y 72,5%, respectivamente.

⁵ Las bases de datos a las que se accedió no contaban en todos los años con información sobre esta variable.

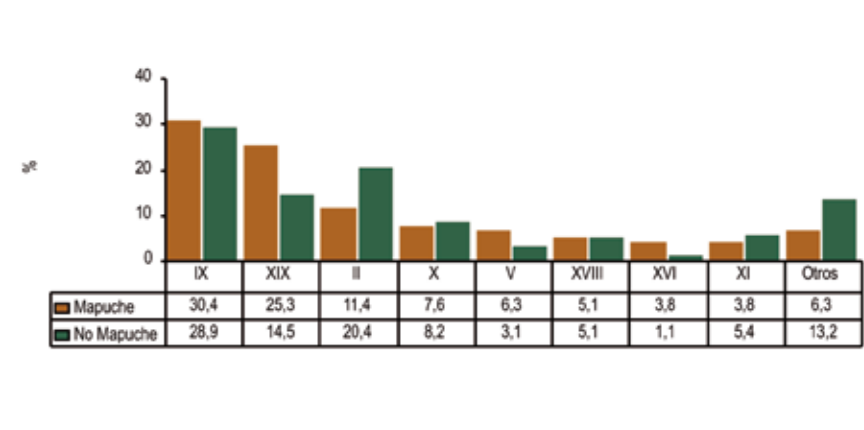


Gráfico N° 26
Distribución defunciones área urbana Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa Provincia Bío-Bío (2004-2005)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Gráfico N° 27
Distribución defunciones área rural Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa Provincia Bío-Bío (2004-2005)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Al respecto, y tal como se aprecia en Gráfico N° 26, para los mapuche residentes en áreas urbanas la principal causa de muerte son los Traumatismos (22,4%), seguida por el cáncer (20,9%) y las enfermedades del Sistema Circulatorio (13,4%). Los no mapuche, en tanto, tienen el patrón ya antes descrito para la población del área de cobertura del SS Bío-Bío.

En las zonas rurales, llama la atención que la principal causa de muerte entre los mapuche sean las Enfermedades del Sistema Circulatorio (39,4%), cuyo peso relativo es incluso superior al que esta causa tiene entre los no mapuche. En segundo lugar se sitúan las muertes por Traumatismos, que representan el 25,3% de las defunciones indígena, cifra bastante más elevada que entre los no mapuche (14,5%), para quienes ésta es la tercera causa de muerte. Las muertes por cáncer se ubican en el tercer lugar con un 11,4%, proporción bastante inferior la que se observa entre los no indígenas. En síntesis, y dado que la mayor parte de las muertes indígenas corresponden a residentes rurales, corresponden al patrón general antes descrito para los mapuche del área de cobertura del SS Bío-Bío. (Ver Gráfico N° 27).

5.6. Riesgos diferenciales de la mortalidad mapuche y no mapuche

Hasta aquí hemos analizado el perfil de mortalidad en términos de proporciones; si bien éstas permiten un primer nivel de análisis y comparación entre indígenas y no indígenas, no posibilitan establecer si existen distintos riesgos de morir por cada causa descrita entre ellos, cuestión fundamental dado que lo que se persigue con este tipo de estudios es precisamente relevar brechas de equidad; vale decir desigualdades injustas y evitables, posibles de modificar con intervenciones relevantes y oportunas. Para ello se presentan tasas (brutas y ajustadas⁶) para las principales causas de muerte en población mapuche.

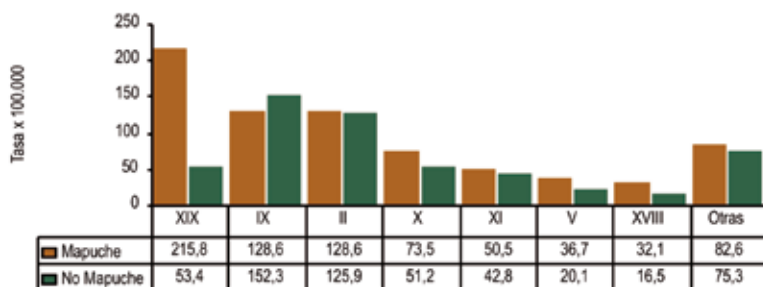
Como se puede apreciar en el Gráfico N° 28, durante el trienio 2001-2003, la mortalidad mapuche fue sistemáticamente más alta en todos los grupos de causa de muerte, con excepción de las originadas Enfermedades del Sistema Circulatorio. La brecha más elocuente se produjo en las muertes por Traumatismos, principal causa de muerte mapuche, donde su riesgo de morir por esta causas cuadruplica al de los no mapuche. Si bien las tasas disminuyeron para mapuche en el trienio siguiente, y aumentaron para los no mapuche, persiste el patrón de inequidad con un riesgo relativo de 3,2.

⁶ Se incluyen las tasas brutas con el objeto de hacer comparaciones con cifras nacionales y locales.



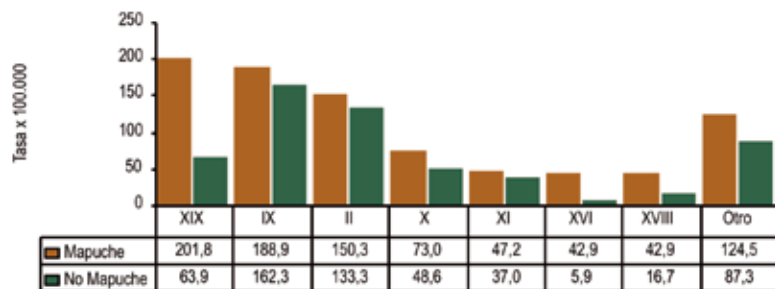
En la segunda causa de muerte, las Enfermedades del Sistema Circulatorio, el riesgo de morir de los mapuche es un 20% inferior a los no mapuche. Sin embargo, en el trienio siguiente (ver Gráfico N° 29) esta “ventaja relativa” de los indígenas desaparece, con un aumento alarmante de la mortalidad por esta causa. Esta tendencia ya ha sido descrita para otros pueblos indígenas (Oyarce y Pedrero, 2006, 2007 y 2009), que con la pérdida paulatina de los modos de vida tradicionales y los factores protectores a ellos asociados, empiezan a presentar un perfil de mortalidad “moderno”, claramente más vulnerable que el de los no indígenas. Así, en corto tiempo, los mapuche de Bío-Bío, pasan a tener un riesgo mayor de morir por esta causas (RR: 1,2).

Gráfico N° 28
Tasa bruta de mortalidad Mapuche-No Mapuche por gran grupo de causa Provincia Bío-Bío (2001-2003)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Gráfico N° 29
Tasa bruta de mortalidad Mapuche-No Mapuche por grandes grupo de causa Provincia Bío-Bío (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

La muerte por cáncer son las terceras en importancia entre los mapuche en los dos períodos, con riesgos relativamente similares entre indígenas y no indígenas (1,02 en 2001-2003 y 1,13 en 2004-2006).

Llama la atención, la importante brecha entre indígenas y no indígenas por muertes asociadas a “Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte” (Grupo XVIII), con riesgo relativos de 1,9 y 2,6 en cada uno de los períodos analizados. Si bien no es posible atribuir una única explicación a las muertes por esta causa, dado que agrupan eventos de naturaleza muy variada, hay que considerar que muchas de ellas involucran problemas de acceso a la atención médica, principalmente de la población residente en áreas rurales. Sin embargo, para entender esta situación es necesario también atender a las particularidades sociales y culturales de la población, pues podrían referir a patrones y decisiones tomadas en el marco de la cultura propia.

Un patrón nítidamente delineado al analizar la evolución de las tasas de mortalidad por grupos de causa es la tendencia al aumento de las brechas de equidad entre indígenas y no indígenas entre un período y otro. Así, en todos los grupos de causa, los riesgos aumentaron en desmedro de los mapuche, con excepción de lo observado en las muertes por Traumatismos.

5.6.1. Mortalidad por traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa (Grupo XIX).

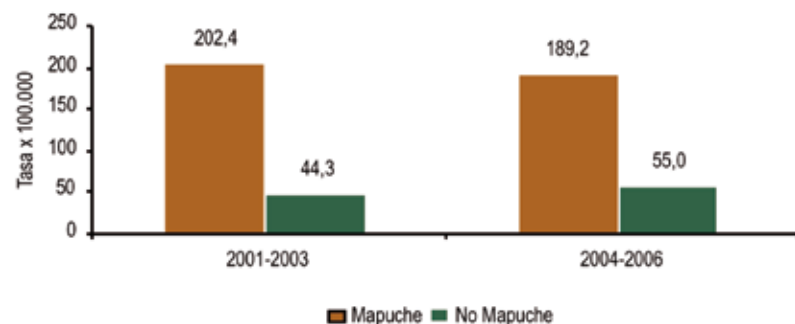
Un hallazgo de estudios anteriores es que la mortalidad por traumatismos accidentes y violencias, asociadas a patrones de vida más modernos y propia de los países desarrollados, ha ido cobrando una mayor importancia relativa entre los pueblos indígenas de Chile. Esta situación también se verifica entre los mapuche de la Provincia de Bío-Bío.

Si consideramos que Chile tenía una tasa de mortalidad por este grupo de causa de 47,0 x 100.000 en 2002 y 46,2 x 100.000 en 2005, resulta clara la situación de vulnerabilidad de la población mapuche, cuyas tasas superan con creces estas cifras.

Al reducir los sesgos introducidos por las distintas estructuras sexo-etarias de las poblaciones mapuche y no mapuche, a través del ajuste de tasas, vemos que aunque los valores son más bajos para ambos grupos, los riesgos son más altos para los mapuche: 4,6, para 2001-2003 y 3,4 para el trienio 2004-2006. (Ver Gráfico N° 30).

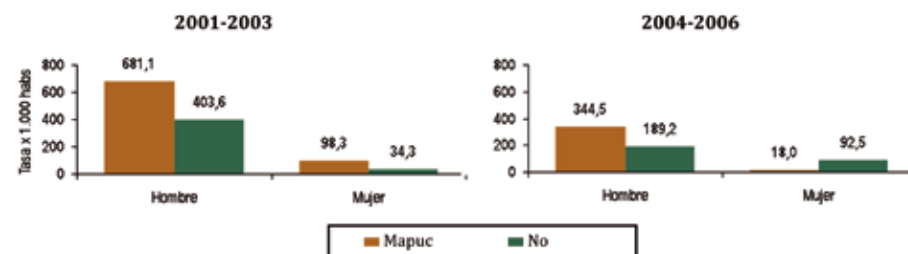


Gráfico N° 30
Evolución de la tasa ajustada de mortalidad por Traumatismos Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Gráfico N° 31
Evolución de la tasa ajustada de mortalidad por Traumatismos según sexo Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

La comparación por sexo confirma también lo antes planteado con anterioridad, en términos de que son los hombres mapuche lo que se ven más afectados por esta causa. Si bien las brechas descritas a partir de las tasas brutas disminuyen al ajustarlas, continúan siendo muy significativas. De hecho, el riesgo de morir por esta causa de los hombres mapuche es un 70% más alto en 2001-2003 y un 80% mayor en 2004-2006.

Entre las mujeres sólo se observa una situación de mayor vulnerabilidad mapuche en el trienio 2001-2003 (RR: 2,9), pues en el período siguiente las tasas de mortalidad por esta causa disminuye ostensiblemente entre ellas y aumenta entre las no mapuche, con una consecuente disminución de las brechas. Así las cosas, son las mujeres no indígenas las que en este trienio tienen más riesgo de morir por Traumatismos.

Dentro de los “Traumatismos, Envenenamientos y Otras Consecuencias de Causa Externa” se incluyen una gran variedad de eventos, que es necesario distinguir en el análisis. Tal como se observa en la Tabla N° 6, las “lesiones autoinfligidas” (25,5%), los “ahogamientos y sumersiones” (19,1%) y los “accidentes de tránsito” (14,9%) constituyen las tres principales causas específicas de muerte dentro de este Grupo para la población mapuche en 2001-2003. En el caso de los no mapuche, pese a que la proporción de muertes por suicidio es similar a la de los mapuche, no constituye la primera causa específica, lugar que es ocupado por los “accidentes de tránsito” (29,8%).

En el período siguiente, si bien los accidentes de tránsito (29,8%) son la primera causa específica de muerte dentro de este grupo para los mapuche, los suicidios persisten de manera alarmante, representando el 21,3%. En ambos períodos esta causa específica es más alta en la población indígena que en la no indígena, aunque de manera más clara en 2004-2006. Llama la atención también que las muertes por agresiones son proporcionalmente menores en mapuche que en no mapuche en los dos períodos considerados.



Tabla N° 6
Distribución relativa muertes por Traumatismos por causa específica
Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)

Causa Específica	Trienio						
	2001-2003			2001-2003			
	Condición étnica		Total	Condición étnica			Total
Mapuche	No Mapuche	Mapuche		No Mapuche	Ignorado		
Accidente de tránsito	14,9	29,8	28,7	29,8	31,5	0,0	31,2
Agresiones	4,3	9,6	8,6	6,4	9,5	0,0	9,2
Ahogamiento y sumersión accidentales	19,1	8,9	10,1	4,3	8,9	20,0	8,7
Caidas	2,1	4,5	4,8	0,0	4,1	0,0	3,8
Exposición a fuerzas de la naturaleza	2,1	0,7	0,9	12,8	6,4	0,0	6,7
Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas	4,3	2,5	3,0	12,8	6,6	20,0	7,1
Incendio	10,6	4,7	5,1	2,1	4,1	60,0	4,3
Lesiones autoinfligidas	25,5	25,3	24,4	21,3	19,8	0,0	19,7
Otras	17,0	13,9	14,4	10,6	9,2	0,0	9,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Chile, Nicaragua, Paraguay, y Venezuela. La situación anterior ha traído como consecuencia una preocupación creciente por parte de las organizaciones y comunidades indígenas y agencias internacionales sobre este tema (UNICEF, 2010).

Investigaciones previas realizadas por las autoras han evidenciados dos situaciones: a) que el suicidio en jóvenes indígenas es siempre más alto que en los no indígenas en las regiones para la que se cuenta con indicadores; y, b) que existe una gran heterogeneidad entre pueblos y áreas: los jóvenes aymara del área del Servicio de Salud Arica, por ejemplo, muestran tasas bastante más altas que el resto de pueblos. En ambos casos se trata de hombres expuestos a ambientes urbanos con un patrón de rápida asimilación, poco control cultural y un desdibujamiento de los mecanismos de soporte social (Pedrero y Oyarce, 2010).

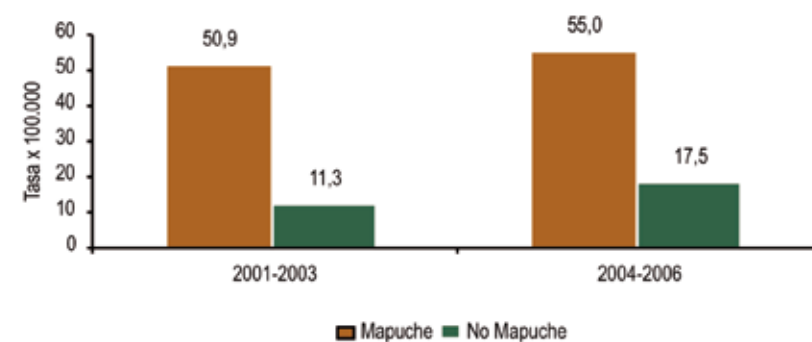
Tal como se aprecia en el Gráfico N° 32, la situación del suicidio entre los mapuche de Bío-Bío sigue la tendencia recién descrita. Las brechas en desmedro de los mapuche resultan evidentes, con riesgos relativos de 4,5 para el 2001-2003 y 3,1 para el 2004-2006. Igualmente, el peso relativo de los jóvenes en estos eventos es muy significativo: un 40% de los suicidios mapuche ocurren en menores de 30 años, cifra que en los no mapuche se reduce al 20%.

a) Mortalidad por suicidio

Un aspecto central de cualquier cultura es proveer a sus miembros con un significado y propósito en el mundo. Cuando el modo de vida de una comunidad o pueblo indígena es destruido - a través de las enfermedades, genocidio, usurpación de territorios y represión de su lenguaje y cultura- lo que resulta como consecuencia lógica es la enfermedad, la autodestrucción y la muerte. Este es el contexto de violencia estructural en el que hay que situarse para comprender las agresiones y el suicidio en jóvenes indígenas, donde el acto de quitarse la vida es una expresión final de distress, miedo y sufrimiento (Kirmayer et. al. 2000).

Si bien existen algunas investigaciones sobre el alarmante aumento de las muertes autoinfligidas en los pueblos indígenas de Canadá, Australia y Estados Unidos, la información sobre jóvenes indígenas de América Latina general y en Chile en particular es fragmentada y escasa. Pese a ello, a partir de la información disponible, se identifican dos tendencias claras en relación al suicidio: a) que existe una mayor mortalidad por suicidio en pueblos indígenas respecto de los no indígenas, sobre todo en edades jóvenes y; b) de manera complementaria, que la incidencia de muertes por suicidio en jóvenes se está incrementando más que en otros grupos étnicos. Así, desde hace varios años se observa en la región un aumento en el número de suicidios de niños, adolescentes y jóvenes indígenas en Argentina, Brasil, Colombia,

Gráfico N° 32
Evolución de la tasa ajustada de suicidio Mapuche-No Mapuche
Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



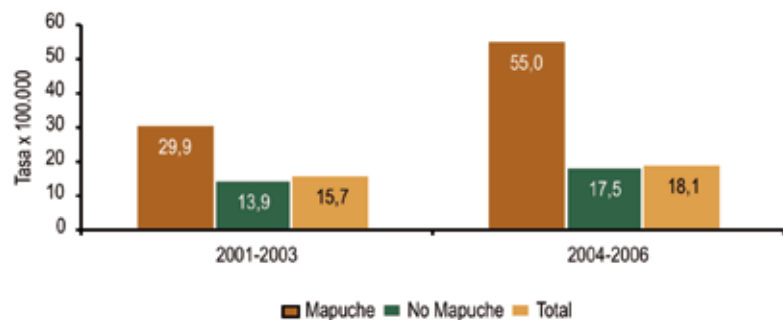
Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010



b) Mortalidad por accidentes de tránsito

Uno de los objetivos sanitarios que se ha planteado el Servicio de Salud Bío-Bío es quebrar la tendencia al ascenso de las muertes por accidentes de tránsito. Si observamos los Gráficos N° 33 notaremos que entre el 2001 y el 2006 esto no se ha verificado tanto para la población mapuche como para la no mapuche, aunque la situación es más crítica de para los primeros, pues su riesgo de morir por esta causa aumentó en un 80% entre los dos trienios analizados; también aumento, aunque en menor medida (30%) para los no mapuche. Consecuentemente con ello, las brechas entre indígenas y no indígenas lejos de disminuir se agudizaron; así, en 2001-2003 los mapuche tenían un 120% más de riesgo de morir como consecuencia de un accidente de tránsito que los no mapuche; cifra que aumentó a un 210% en el trienio siguiente.

Gráfico N° 33
Evolución de la tasa ajustada de mortalidad por accidentes de tránsito Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)

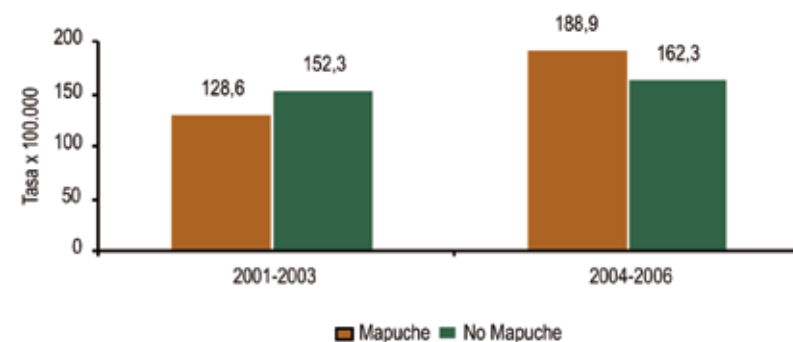


Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

5.6.2. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

En términos de riesgo, las Enfermedades del Sistema Circulatorio, como se señaló, son las segundas más importantes para la población mapuche del SS Bío-Bío. Ya antes habíamos mencionado, que entre los mapuche habían adquirido mayor relevancia en el trienio 2004-2006; y, que pasaron de tener menor riesgo de morir por esta causa que los no mapuche en 2001-2003, a uno mayor en el período siguiente; situación que permanece consistente al ajustar las tasas, manteniendo los riesgos antes mencionados (0,8 y 1,2, respectivamente).

Gráfico N° 34
Evolución de la tasa bruta de mortalidad Enfermedades del Sistema Circulatorio Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

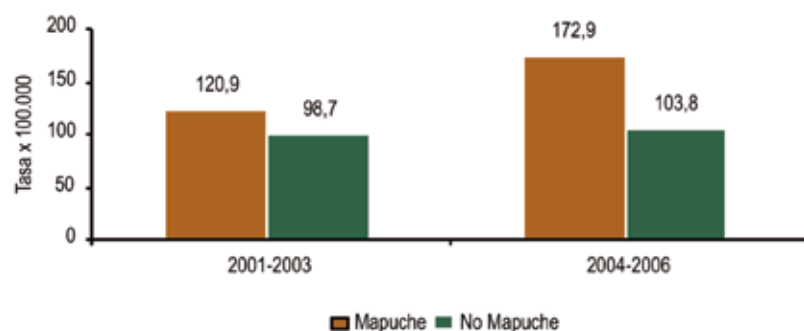
En este ámbito, el Servicio de Salud Bío-Bío tiene como objetivo disminuir en un 18% las muertes por esta causa, planteándose alcanzar una tasa de 123,2 x 100.0000 al presente año. Si observamos las cifras presentadas en el Gráfico N° 34, notaremos que las tasas están por sobre la meta propuesta para indígenas como para no indígenas, aunque de manera más significativa entre los primeros.

7 Se incluye la tasa bruta, pese a contar con la indicador ajustado, para poder evaluar los avances en el logro del objetivo sanitario local asociado a esta causa de muerte.



Como se señaló con anterioridad, las diferentes estructuras de las poblaciones por sexo y edad afectan el cálculo de tasas. Esto se puede apreciar claramente en este grupo de causa de muerte, dado que al ajustar las tasas, la supuesta situación más favorable de los mapuche en relación a las enfermedades del sistema circulatorio desaparecen, emergiendo un riesgo sistemáticamente mayor entre ellos de morir por esta causa en los dos períodos analizados; más aún las brechas son ostensiblemente más amplias. Así, mientras en el trienio 2001-2003 el riesgo era 20% mayor; en el trienio siguiente aumentó alcanzado a un 70%.

Gráfico N° 35
Evolución de la tasa ajustada de mortalidad Enfermedades del Sistema Circulatorio Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)

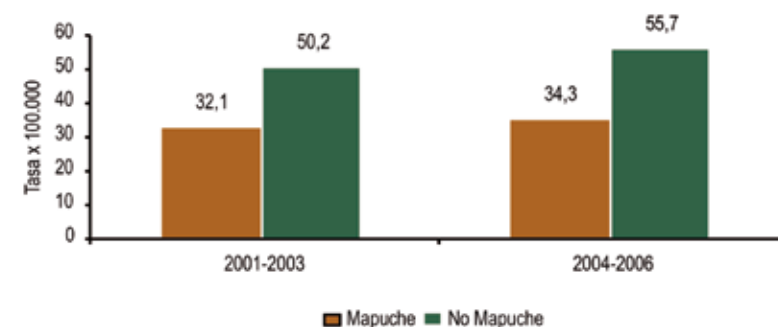


Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Dentro de este Gran Grupo de Causa de muerte las enfermedades isquémicas cardíacas, revisten importancia en el marco de los objetivos sanitarios locales; de hecho el SS Bío-Bío se propuso alcanzar una tasa de 32 x 100.000 habitantes al 2010, lo que implica una reducción del 25% de la cifra registrada en 1999. En este caso, la meta podría ser cumplida sólo por la población mapuche, puesto que las tasas para la población no indígena continúan siendo elevadas. (Ver Gráfico N° 36).

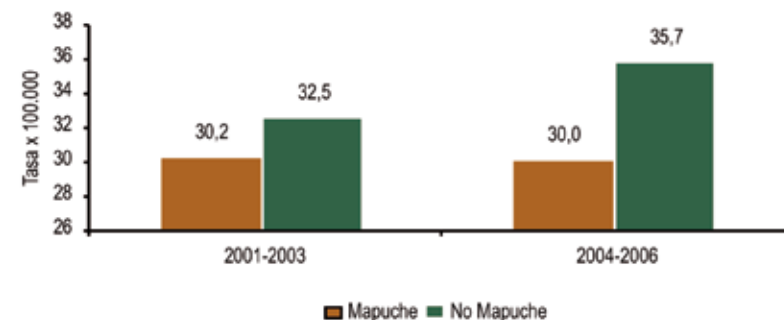
Una comparación interétnica de las tasas brutas de mortalidad permite visualizar que los mapuche en los períodos analizados tienen un 40% menos de riesgo de morir por enfermedades isquémicas cardíacas que los no mapuche (RR: 0,6) Sin embargo, al ajustar estas cifras por sexo y edad, vemos que las diferencias son menos amplias, dado que el riesgo de morir es solo un 10% menor en 2001-2003 y un 20% más bajo en 2004-2006. (Ver Gráfico N° 36). De cualquier forma esta menor mortalidad relativa de los mapuche debido a enfermedades isquémicas cardíacas podría indicar factores protectores que habría que estudiar en el futuro cercano.

Gráfico N° 36
Evolución de la tasa bruta de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Gráfico N° 37
Evolución de la tasa ajustada de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



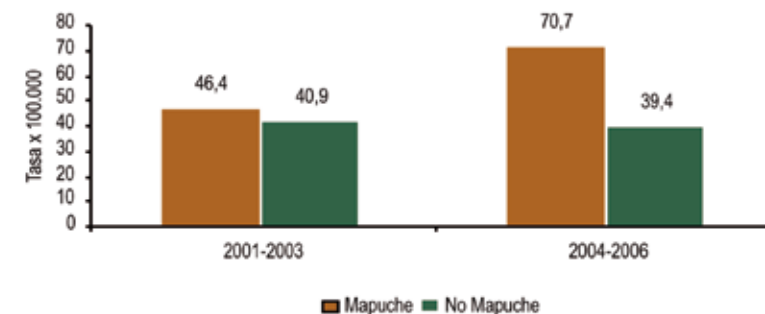
Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010



En este grupo de causa también se incluyen las enfermedades cerebrovasculares, consideradas dentro de los objetivos sanitarios locales. Así, el SS Bío-Bío se plantea alcanzar una tasa 45 muertes por 100.000 habitantes por esta causa al 2010, lo que implica una reducción de un 27% tomando como año de referencia el 1999. Si vemos las cifras del Gráfico N° 38, constatamos que los mapuche están un 70% por sobre la cifra esperada y los no mapuche un 30%.

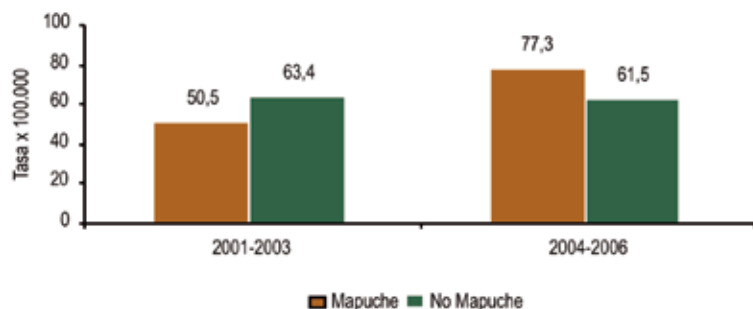
Al igual que la tendencia descrita para la mortalidad mapuche por enfermedades circulatorias generales, en esta causa específica la evolución de las tasas brutas muestran una situación “engañosamente” favorable para ellos en 2001-2003, con un riesgo 20% menor. No obstante, al ajustar las tasas se observa que su riesgo sería 10% más alto que el de los no mapuche; situación que empeoraría en 2004-2006, con un riesgo mayor en un 80% (Ver Gráfico N°39).

Gráfico N° 39
Evolución de la tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cerebrovascular Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Gráfico N° 38
Evolución de la tasa bruta de mortalidad por enfermedad cerebrovascular Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

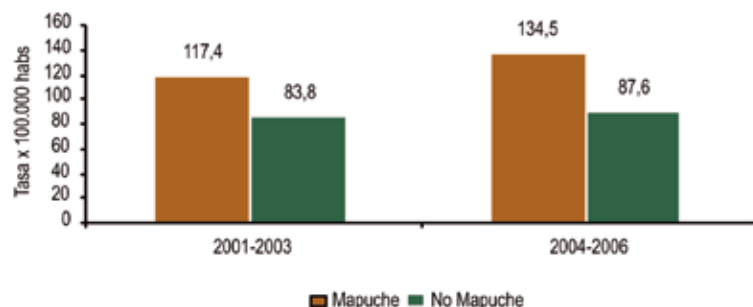
5.6.3. Mortalidad por cáncer

Junto con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer constituye una de las enfermedades “de la modernidad”, se argumenta que fueron poco conocidas por las sociedades tradicionales no occidentales y que su prevalencia ha aumentado con los cambios culturales producto del contacto con el mundo occidental y se asocia principalmente a hábitos como el cambio de dieta y la contaminación. (Helman, 2000).

A diferencia de lo señalado al analizar las tasas de brutas de mortalidad por cáncer, donde los riesgos de morir eran bastante similares entre mapuche y no mapuche, al ajustar las tasas se evidencia una sobremortalidad mapuche en los dos períodos considerados en este estudio, con riesgos mayores que van de un 40% en 2001-2003 a un 50% en 2004-2006. (Ver Gráfico N° 40).



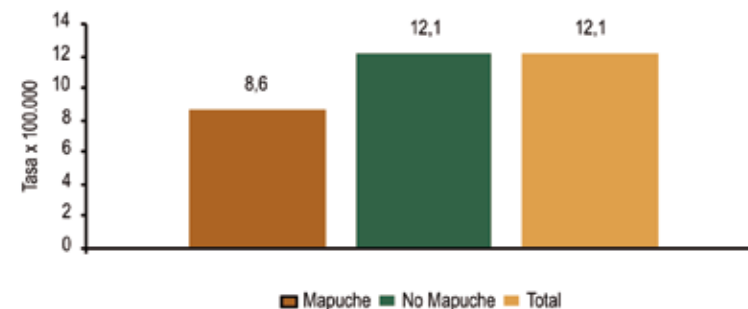
Gráfico N° 40
Evolución tasa ajustada de mortalidad por cáncer
Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

El cáncer a los órganos digestivos, al igual que la tendencia nacional, originan la mayor parte de las muertes por esta causa entre mapuche y no mapuche en 2001-2003. De hecho 6 de cada 10 muertes mapuche por cáncer se relacionan con estos órganos y 5 de cada 10 en no mapuche. En el segundo período, si bien continúan siendo proporcionalmente los más importantes tienen un peso relativo menor en mapuche (37,1%), adquiriendo también relevancia el cáncer de los órganos genitales (25,7%), que en el trienio anterior solo constituía el 7,1% de las muertes por cáncer de los mapuche. (Ver Tabla N° 7)

Gráfico N° 41
Tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama
Mapuche-No Mapuche (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Tabla N° 7
Distribución relativa muertes por cáncer Mapuche-No Mapuche según localización
Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)

Localización	2001-2003		Trienio 2004-2006			
	Condición étnica		Total	Condición étnica		Total
	Mapuche	No Mapuche		Mapuche	No Mapuche	
De comportamiento incierto	3,6	2,5	2,6	5,7	3,2	3,2
Genitales	7,1	5,7	15,8	25,7	17,3	17,5
Mama	0,0	4,5	4,4	2,9	4,5	4,5
Órganos digestivos	60,7	52,0	51,3	37,1	51,0	50,7
Órganos respiratorios	3,6	6,8	6,7	8,6	5,8	5,8
Piel	0,0	1,1	1,1	2,9	1,2	1,2
Sitios mal definidos secundarios	3,6	5,0	4,9	5,7	4,0	4,0
Tejido linfático	14,3	5,3	5,8	5,7	5,8	5,8
Vías urinarias	3,6	3,1	3,1	5,7	3,3	3,4
Otras	3,6	4,1	4,4	0,0	3,9	3,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

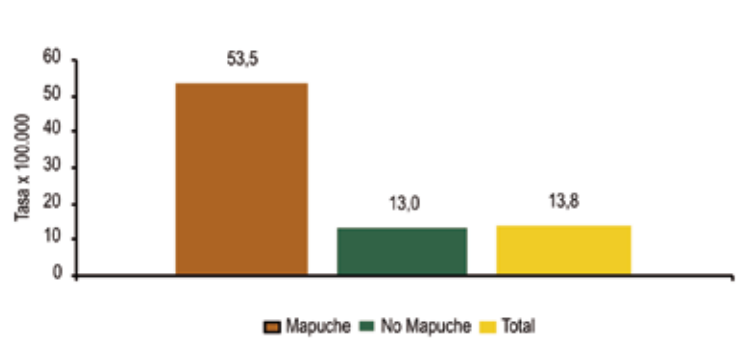
Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Dentro de este grupo de causa, el cáncer de mama es un foco de atención para el SS Bío-Bío, que se plantea alcanzar una tasa de 10,5 x 100.000 al 2010. A la luz de los antecedentes aportados por este estudio esta meta ya habría sido cumplida en mujeres mapuche, no así entre las no mapuche, cuya tasa estaría un 20% por sobre ella. (Ver Gráfico N° 41) Al igual que en la enfermedad isquémica habría que profundizar que factores favorecen contra esta enfermedad, como por ejemplo las pautas de lactancia prolongada.

Una situación distinta se observa entre las mujeres mapuche, cuando se verifican los avances del SS Bío-Bío en materia de reducción de la mortalidad por cáncer cérvico-uterino. En esta materia, la meta local al 2010 es alcanzar una tasa de 3,7 x 100.000, pero -como se aprecia en el Gráfico □ 42- lejos está de alcanzarse entre las mujeres indígenas, cuyo riesgo de morir por esta causa cuadruplica al de las mujeres no indígenas. En los hechos, la tasa de mortalidad mapuche es 14 veces más alta que la proyectada. Para las mujeres no mapuche, si bien las cifras son más bajas, falta mucho todavía para acercarse a la meta.



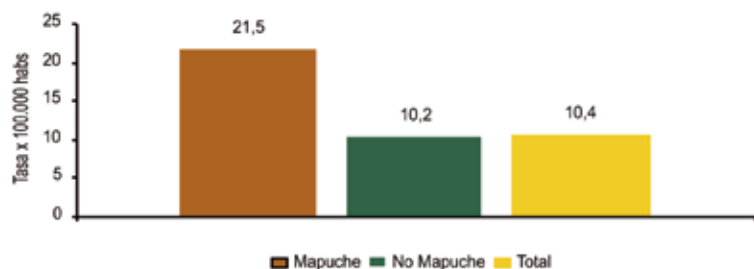
Gráfico N° 42
Tasa bruta de mortalidad por cáncer de cérvico uterino
Mapuche-No Mapuche (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

De manera similar a lo descrito para la mortalidad por cáncer cérvico uterino, y contrario al de mama (recordemos que las mujeres mapuche presentaban menos riesgo), la mortalidad por cáncer a la vesícula muestran una situación de mayor daño entre los indígenas. Así, la meta de 12,2 muertes x 100.000 habitantes propuesta por el SS Bío-Bío ya fue alcanzada para la población general; sin embargo, el análisis diferenciado por etnia revela que el riesgo de morir por esta causa entre los indígenas está aún muy por sobre esta cifra. (Ver Gráfico N° 43).

Gráfico N° 43
Tasa bruta de mortalidad por cáncer a la vesícula
Mapuche-No Mapuche (2004-2006)

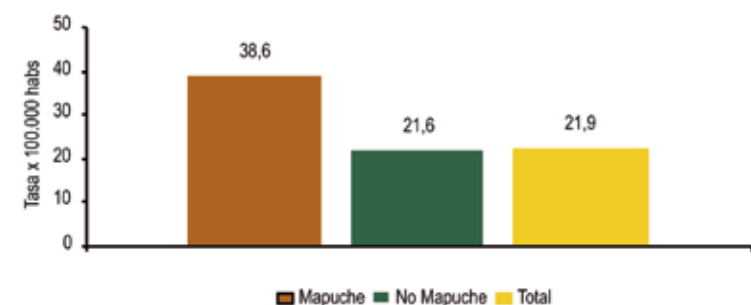


Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

5.6.4. Otros indicadores de mortalidad relevantes para verificar el logro de los objetivos sanitarios locales

a) Mortalidad por neumonía: La meta del SS Bío-Bío es alcanzar una 44,4 muertes por esta causa x 100.000 el año 2010, situación que se habría logrado tanto en indígenas como en no indígenas, aunque subsisten brechas de equidad entre ellos, dado que los mapuche tienen un riesgo 80% mayor de morir por esta causa que los no mapuche. (Ver Gráfico N° 44).

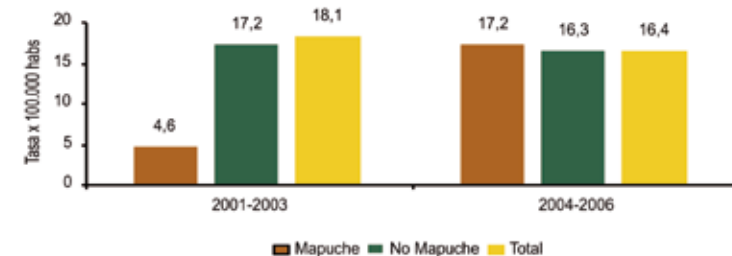
Gráfico N° 44
Tasa bruta de mortalidad por neumonía Mapuche-No Mapuche (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

b) Mortalidad por diabetes: El objetivo sanitario local respecto a estas muertes es quebrar tendencia al ascenso. Al respecto, y como se observa en el Gráfico N° 45, a nivel general esto se ha verificado; sin embargo, no ocurre lo mismo con la población mapuche donde los riesgos de morir por esta causa han ido en ascenso

Gráfico N° 45
Tasa bruta de mortalidad por diabetes mellitus Mapuche-No Mapuche (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010



6. Perfil de morbilidad

6.1. Incidencia de tuberculosis

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa ocasionada por el Bacilo de Koch. Desde el punto de vista sanitario es prevenible y curable mediante un acceso oportuno y un tratamiento eficiente. Sin embargo, permanece como una infección importante a nivel mundial.

La epidemiología de esta enfermedad muestra una dispersión mundial, pero con una distribución desigual, con tasas más altas en los países menos desarrollados, especialmente en Asia y África. Actualmente, se estima que un tercio de la población del mundo tiene una infección de tuberculosis latente.

Durante el siglo XIX y mediados del XX fue en una de las principales causas de muerte en los adultos, con el desarrollo de los antimicrobianos y el mejoramiento de las condiciones sociales y sanitarias hubo una progresiva disminución de ésta y de las muertes que ocasionaba, sobretodo en los países desarrollados. Sin embargo, en los últimos años ha sido considerada una enfermedad re emergente. Entre los factores que se cuentan para su incremento están: bajo nivel de cumplimiento del tratamiento lo que favorece la resistencias a las drogas y la infección por el VIH debido a la reactivación de la infección tuberculosa previa o por infección primaria debida a una condición inmunológica deprimida.

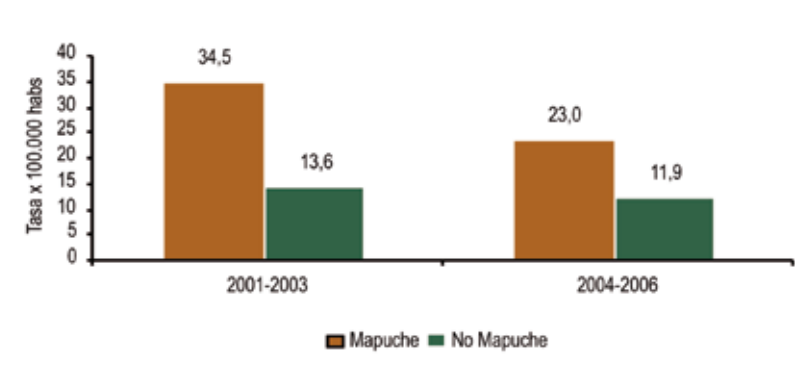
Así, se predice que -en los países en desarrollo- será la cuarta causa de muerte en el año 2020, Entre 1998 y 2030 se esperan 225 millones de nuevos casos y 79 millones de muertes por esta causa.

A pesar de que en Chile, el programa de TBC es gratuito y universal, ésta enfermedad se mantiene en forma endémica con tasas relativamente elevadas en la I, IX y X Región (período 1996-2003), que son además las áreas donde se concentra la población indígena. La falta de inmunidad sumada a condiciones de vida desfavorables como es residir en áreas confinadas, con ventilación pobre y bajas condiciones de saneamiento ambiental, sumado a factores como la migración campo-ciudad y características socioculturales relacionadas a un distinto modelo de salud-enfermedad-curación distinto al predominante en el mundo occidental; falta de adecuación cultural de los servicios y problemas en la organización médica, ponen a las poblaciones indígenas en general en un riesgo mayor de contraer esta enfermedad.

Se ha descrito que el mayor determinante de la TBC es la situación de pobreza y marginalidad social. Por ello, se ha dicho que la mejor manera de combatir esta enfermedad es combatir la pobreza. La situación sostenida de la TBC en poblaciones indígenas de Chile parece mucho más compleja.

Siguiendo la tendencia descrita en para otros pueblos indígenas del país, las tasas de incidencia de tuberculosis son sostenidamente más altas entre la población mapuche de la Provincia de Bío-Bío que entre los no mapuche. Sus riesgos de contraer esta enfermedad fueron 150% más elevados en 2001-2003 y 90% más altos en el trienio 2004-2006. (Ver Gráfico □ 46). Dado que el objetivo sanitario local en materia de TBC es alcanzar la fase de eliminación de la enfermedad, esto es tasas del 10 x 100.000 habitantes, se aprecian importantes avances en el caso de los no indígenas, no así entre los mapuche, cuya tasa de incidencia en 2004-2006 está un 130% por sobre esta meta.

Gráfico N° 46
Evolución Tasa ajustada de incidencia de TBC Mapuche-No Mapuche
Provincia Bío-Bío (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

6.2. Enfermedades de notificación obligatoria

Existe un grupo de enfermedades sobre el cual se ejerce vigilancia epidemiológica, en virtud de la gran importancia que reviste para la salud pública, debido a su alta contagiosidad. Así, se recolectan datos estadísticos sobre la frecuencia con que estas enfermedades ocurren, lo que permite calcular las tendencias en la incidencia y brotes. Aunque en todos los países existen listas de este tipo, hay una gran variabilidad entre ellos. Los Servicios de Salud deben encontrar las fuentes de contagio y entregar el tratamiento adecuado dependiendo de cada enfermedad. Algunas se relacionan con el medio ambiente, otras con la purificación del agua, el control de insectos y animales, el seguimiento de las enfermedades de transmisión sexual, así como los programas de inmunizaciones.



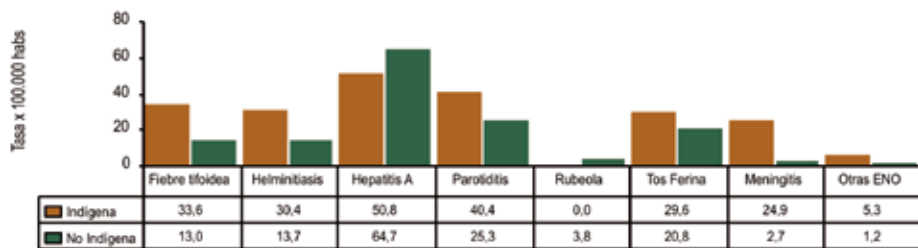
Aunque el análisis de las ENO permite establecer una aproximación a la morbilidad, hay que considerar que en su registro hay grandes sesgos. Éstos no sólo se ven afectados por el hecho de que las personas consulten, sino también por el hecho de que los médicos notifiquen oportunamente.

En el período comprendido entre el 2001 y el 2006, se verificaron 2.931 notificaciones de estas enfermedades. Para este análisis se excluyeron las notificaciones de Tuberculosis (que se analizan en otro apartado) y de VIH, infección gonocócica y sífilis cuyo registro no permite utilizar de manera sistemática la metodología definida para distinguir a la población Mapuche de la No Mapuche. Así, se analizaron 2.439 casos: 3,9% correspondientes a población mapuche; 94,6% a población no mapuche; y, 1,4% a casos a los que no se pudo imputar condición étnica.

En los Gráficos N° 47 y N° 48, se observa que las ENO asociadas a condiciones de vida vulnerables, en términos de saneamiento ambiental, tienen más peso en población mapuche en los dos trienios, aun cuando en el segundo disminuyen considerablemente. Tal es el caso de la hepatitis A, la helmintiasis y la tos ferina.

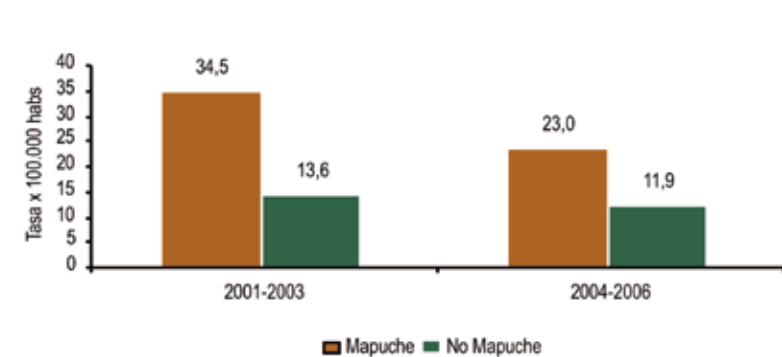
En el caso de la tos ferina, es sabido que desde la introducción de la vacuna DPT en Chile en 1974, los brotes de esta enfermedad se redujeron con tasas de incidencia y de mortalidad cada vez más bajas. Sin embargo, comenzaron a aumentar en 1996, coincidiendo con la situación de variados países del mundo y alcanzó su máximo nivel durante el 2000 con una tasa 10 veces mayor a la observada en 1995. Desde el año 2001 en adelante, ha presentado una tendencia al descenso llegando el 2003 a una tasa de 7,0 por cien mil habitantes (MINSAL, 2004). La tasa encontrada en el área de cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío es claramente más alta que la nacional, y a su vez la tasa de enfermedad en población mapuche es más alta que la del servicio.

Gráfico N° 47
ENO - Tasa ajustada Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (2001-2003)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

Gráfico N° 48
ENO - Tasa ajustada Mapuche-No Mapuche Provincia Bío-Bío (2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

6.3 Egresos hospitalarios

El registro de los egresos hospitalarios constituye la principal fuente convencional disponible para el estudio de la morbilidad, pese a que revisten un importante sesgo: representan sólo las enfermedades prevalentes en el sector de la población que tiene acceso a centros de salud que poseen sistemas de hospitalización.

Para este perfil, se han excluido del análisis los egresos hospitalarios relacionados con el embarazo, parto y puerperio (Grupo XV del CIE 10), que son los más numerosos⁸.

En la Tabla N° 8 se puede apreciar, que -excluido el embarazo parto y puerperio- la primera causa de egreso entre los mapuche son las enfermedades del sistema respiratorio (26,2%); en segundo lugar se sitúan los Traumatismos (15,4%); seguidos de las enfermedades del Sistema Digestivo (11,6%). Estas son también las tres principales causas de hospitalización en no mapuche, aunque en orden diferente y con pesos relativos también distintos. Las diferencias relativas muestran que las hospitalizaciones mapuche por enfermedades respiratorias son más altas que los no mapuche (diferencia relativa 1,6) y más bajas en lo relativo a enfermedades del sistema digestivo (diferencia relativa 0,8). En el caso de las enfermedades infecciosas y parasitarias, las proporciones son mayores entre los mapuche.

⁸ Los egresos asociados al Embarazo, parto y puerperio, constituyen el 21,9% del total registrado en el Servicio de Salud Bío-Bío. Tienen un peso relativo de 29,4% entre los Mapuche; y, 21,8% entre los No Mapuche.



III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

TABLA Nº 8
Distribución egresos hospitalarios por grandes grupos de enfermedad según condición étnica (2004 - 2006)

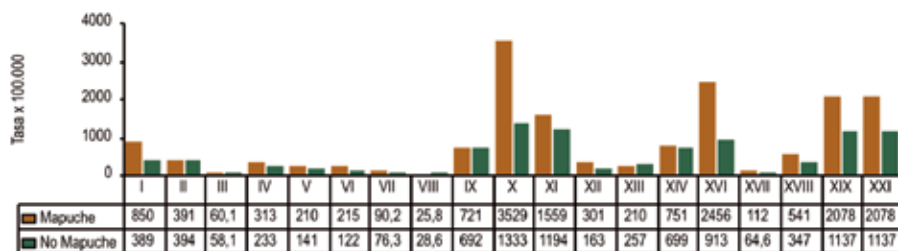
Gran Grupo de Enfermedad	Condición étnica						Total	
	Mapuche		No mapuche		Ignorado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Infecciosas y parasitarias		6,3	4313	4,8	23	2,4	4534	4,9
Cáncer	91	2,9	4361	4,9	59	6,0	4511	4,8
Sangre	14	0,4	644	0,7	15	1,5	673	0,7
Endocrinas y nutricionales	73	2,3	2580	2,9	54	5,5	2707	2,9
Trastornos mentales y del comportamiento	49	1,6	1565	1,8	4	0,4	1618	1,7
Del Sistema Nervioso	50	1,6	1351	1,5	11	1,1	1412	1,5
Del ojo y sus anexos	21	0,7	845	0,9	13	1,3	879	0,9
Del oído	6	0,2	317	0,4	1	0,1	324	0,3
Sistema Circulatorio	168	5,3	7669	8,6	201	20,6	8038	8,6
Sistema Respiratorio	822	26,2	14773	16,6	180	18,4	15775	16,9
Sistema Digestivo	363	11,6	13229	14,9	165	16,9	13757	14,8
De la piel	70	2,2	1801	2,0	21	2,1	1892	2,0
Aparato Osteomuscular	49	1,6	2642	3,2	19	1,9	2910	3,1
Aparato genitourinario	175	5,6	7744	8,7	94	9,6	8013	8,6
Neonatal	168	5,3	2690	3,0	11	1,1	2869	3,1
Malformaciones congénitas	26	0,8	716	0,8	1	0,1	743	0,8
Síntomas y Signos	126	4,0	3844	4,3	22	2,2	3992	4,3
Traumatismos	484	15,4	12604	14,2	66	6,7	13154	14,1
Contacto con SS	189	6,0	5150	5,8	18	1,8	5357	5,8
Total	4450	100,0	113940	100,0	987	100,0	119277	100,0

Los resultados de este estudio, basado en la combinación y estandarización de fuentes de datos disponibles en el Ministerio de Salud, el Servicio de Salud Bío-Bío y en la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, relevan tres aspectos fundamentales:

- ◆ La población mapuche del Servicio de Salud Bío, siguiendo las tendencias observadas entre otros pueblos indígenas del país, tiene un perfil de morbi-mortalidad diferente al de la población no indígena de la misma área, cuestión que debe ser considerada en la planificación en salud a nivel local.
- ◆ El perfil de los mapuche de la Provincia de Bío-Bío es además distinto del observado entre los pueblos indígenas de otras regiones de Chile, no sólo de otras etnias, sino incluso de los mapuche de Arauco, Valdivia y Araucanía. Consecuentemente, se deben diseñar -en conjunto con las comunidades mapuche- estrategias locales que respondan a esta realidad específica.
- ◆ Más allá de estas diferencias, entre los mapuche de esta provincia se verifica el patrón de sobremortalidad descrito para otros pueblos indígenas, en todos los grupos de edad en el marco de un patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, en que persisten simultáneamente altos niveles de infecciones comunes, enfermedades degenerativas-crónicas y lesiones, en un contexto de agudización de las desigualdades sociales en materia de salud.

Se han calculado tasas de egresos hospitalarios a efecto de aproximarse a las diferenciales en el riesgo de enfermar entre mapuche y no mapuche, pese a que -como se señaló- el análisis de la morbilidad a través de esta fuente de datos es sesgado. A través de estas cifras se corrobora lo señalado en términos de que la primera causa de hospitalización mapuche son las Enfermedades del Sistema Respiratorio; en segundo lugar se sitúan las afecciones originadas en el periodo perinatal (Grupo XVI) y en tercer lugar los "Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa" y los "Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud" (Grupo XXI).

Gráfico Nº 49
Tasa bruta egresos hospitalarios (Trienio 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología, 2009-2010

La sobremortalidad mapuche relevada a través de este estudio es la materialización en las condiciones de salud de la discriminación estructural que sufren los pueblos indígenas al interior de una sociedad que en pleno siglo XXI todavía presenta rasgos coloniales. Estos rasgos se manifiestan en la consecuente exclusión de los pueblos indígenas y que hoy, en el marco de los derechos colectivos específicos de los pueblos indígenas, sólo se puede interpretar como una brecha en la implementación de los derechos a la salud y la vida.

Quizás las evidencias más significativas de esta brecha están constituidas por la sobremortalidad infantil, las altas tasas de suicidio y la alta incidencia de Tuberculosis entre los mapuche de la Provincia de Bío-Bío.



Mejorar la situación de salud mostrada en este estudio constituye un gran desafío para el Servicio de Salud Bío-Bío en pos de garantizar equidad en el acceso a la salud. Un primer paso ha sido relevar las inequidades; ahora es necesario avanzar en el diseño de estrategias oportunas, eficientes y culturalmente pertinentes. Al respecto, hay que señalar que, en teoría, a nivel local sería posible cumplir los objetivos sanitarios que se han planteado para el 2010, aún sin focalizar acciones específicas hacia la población mapuche. Ello, porque en virtud de su peso relativo en la población general, su incidencia en el panorama general es más bien bajo y por lo mismo tiende a invisibilizarse. Sin embargo, garantizar los derechos indígenas en salud, en el contexto de los determinantes sociales, es un deber ético y de derechos humanos ineludible.

Para avanzar en este proceso, se sugiere:

a) Profundizar en la comprensión de la situación de salud de la población Mapuche:

los equipos locales tendrán que asumir el desafío de desarrollar estudios epidemiológicos con enfoque sociocultural, que rescate las propias categorías de definición étnica, e incluya los modelos médicos indígenas, sus conceptos de persona, tiempo y lugar, y que defina unidades de análisis que tengan sentido para la gente. Ello, permitirá comprender la red de causalidades de estas condiciones de salud y, a partir de allí, se podrán definir estrategias de fortalecimiento de los factores protectores y de modificación de los factores agresores que inciden en ella.

Dadas las alarmantes tasas de suicidio entre los mapuche, es urgente generar información sobre el daño a la salud mental de esta población, particularmente aquel relacionado con depresión y suicidio, dado que dadas las tendencias, es posible asumir que estos problemas irán paulatinamente en aumento, de mantenerse la tendencias al quiebre cultural y la acelerada modernización.

La situación de salud mental de la población mapuche constituye un foco de interés para el Servicio de Salud Bío-Bío, principalmente por el recrudecimiento de suicidios entre ellos en los últimos años. Al respecto, si aceptamos que todas las sociedades humanas sufren una “tasa base de suicidio”, 5 a 10 por 100.000 habitantes al año, la diferencia entre ésta y otras mayores sólo podría ser explicada como el resultado de determinantes sociales (Goldney, 2003). En el caso de los pueblos indígenas, la única línea de explicación para pueblos que viven en distintas regiones y presentan una sobremortalidad sistemática por suicidio, es que comparten una serie de determinantes sociales, como la etnia, la pobreza y la discriminación que interactúan con un aumento de los factores estresores por presiones externas e internas a las comunidades. Si a eso se suma la creciente pérdida de los mecanismos de organización comunitarios, los acelerados cambios culturales y una entrada a la modernidad sin control

cultural, se puede entender por qué y cómo el suicidio se presenta de manera desproporcionada entre estos pueblos.

Para avanzar en una mejor comprensión de la salud mental, la depresión y el aumento del suicidio entre los mapuche de Bío-Bío, evitando sesgos etnocéntricos, se debería investigar:

- ◆ Las fuentes de valor socialmente aceptadas y deseadas.
- ◆ Las situaciones de pérdida y metas vitales bloqueadas en el contexto de vida de los mapuche, especialmente de los jóvenes.
- ◆ La respuesta socialmente organizada a esas pérdidas o bloqueo vital, o “trabajo de la cultura”.
- ◆ La orientación de la cultura, es decir si es sociocéntrica o egocéntrica.
- ◆ La relación entre cuerpo, mente y emociones, para comprender la presentación sintomatológica de los problemas mentales.
- ◆ El lenguaje de las emociones.

Estrategias propuestas por el equipo local para disminuir el suicidio en población mapuche:

- ◆ Formación de recurso humano en metodología vinculada a psiquiatría comunitaria.
- ◆ Fortalecer el sistema de acompañamiento y monitoreo de usuarios del programa de salud mental.
- ◆ Potenciar factores protectores culturales de cada comunidad como el Ngülam (consejo).
- ◆ Desarrollar un Txa Txagün (gran ritual colectivo, literalmente gran trabajo) en la comuna de Alto Bío- Bío con la participación lonko, kimches y autoridades tradicionales con la finalidad de conocer y de sensibilizar sobre la problemática.



- ◆ Generar un plan de intervención en el Liceo Intercultural de Ralco considerando encuentros entre facilitadores, técnicos y profesionales pewenches y alumnos residentes.
- ◆ Realizar un acercamiento hacia patrones culturales de auto cuidado y abordaje de la salud mental.
- ◆ Desarrollar una investigación cualitativa a través de autopsias verbales de casos de suicidios en la comuna de Alto Bío-Bío.

Fuente: Talleres de análisis colectivo. Ralco, mayo de 2010.

La generación de este conocimiento se debería enfocar desde las culturas indígenas y en el contexto de los conceptos holísticos de bienestar y salud. En ese sentido, se deben comprender e investigar no sólo los factores de riesgo de las enfermedades mentales y del suicidio ya descritos para población general, sino ampliar la perspectiva para incluir cambios en el ecosistema, pérdida cultural, disrupción familiar y espiritual etc.

Procesos similares debieran impulsarse para conocer el significado de la Tuberculosis en las comunidades mapuche, si efectivamente se aspira a alcanzar el umbral de eliminación de esta enfermedad entre ellos. Las investigaciones en este ámbito deben incluir, al menos:

- ◆ Percepciones locales de la etiología de la enfermedad y su pronóstico.
- ◆ La relación entre estas percepciones con la adherencia a la terapia.
- ◆ El papel que juega el estigma en el control y tratamiento de la TBC.
- ◆ La percepción de los usuarios indígenas sobre la organización del Programa de Control de la TBC y la conducta del equipo de salud.

b) Mejorar los sistemas de registro de salud

Ya desde hace más de una década la visibilización estadística ha sido una demanda importante del movimiento indígena. Al respecto poco se ha avanzado en el sector salud. La inclusión del enfoque étnico en las fuentes de datos es solo un proceso incipiente, cuya única expresión es la inclusión en los egresos hospitalarios de la variable etnia. La necesidad de relevar sistemática

y periódicamente indicadores convencionales de salud de la población, que permitan orientar sanitariamente las acciones de los equipos obliga a dar pasos más decididos en este sentido; esto es incluir la variable en las estadísticas vitales y en todos los registros de salud.

En este ámbito se requiere: **a)** consensuar con las comunidades indígenas la o las preguntas que permitan identificar de mejor forma a los usuarios indígenas; **b)** capacitar a los equipos sobre las razones y la importancia de introducir esta innovación; y, **c)** socializar entre las comunidades indígenas la medida, sus objetivos, el tipo de información que se generará, etc., con el fin de que no sea percibida como un elemento de discriminación étnica.

Dado que, a través de los registros de salud clásicos, aún cuando se incluya la variable etnia, no es posible construir indicadores que permitan situar los problemas de salud en el marco de la cultura indígena, es necesario también ampliar los instrumentos, incluyendo indicadores complementarios, que rescaten la integralidad de los sistemas médicos tradicionales. Un ámbito propicio para ello se genera a nivel de los CESFAM, que debieran generar instrumentos diferenciados en territorios indígenas, que den cuenta de manera articulada del enfoque familiar, comunitario e intercultural.

c) Desarrollar competencias epidemiológicas e interculturales en los equipos de salud

Las dos propuestas anteriores requieren del fortalecimiento de las competencias técnicas de los equipos locales de salud tanto en epidemiología clásica como en el enfoque intercultural en salud. Los aspectos centrales a considerar son:

- ◆ Conceptos de epidemiología y estadísticas básicas.
- ◆ Métodos y técnicas cualitativas de investigación en salud, incluyendo el diseño de instrumentos.
- ◆ Enfoque sociocultural de la salud mental, la mortalidad materno-infantil y la tuberculosis.
- ◆ Sistema médico mapuche a nivel local.



Beckman L. y K. Kawachi

2000 *Social Epidemiology*. Oxford press N° 55 pp. 693-700

CEPAL

2007 Panorama social de América Latina 2006. CEPAL, Santiago, Chile.

Goldney Robert

2003 A novel integrated knowledge explanations of factors leading to suicide. *New Ideas in Psychology* 21, 141-146.

Helman, Cecil

2000 *Culture, Elath and illness. An introduction for the Elath professionals.* Oxford University Press

Hernández, Ricardo

S/f La salud Intercultural en el sistema de salud chileno. Una mirada desde lo local.

Kirmayer Laurence, Mac Donald Mary Ellen y Gregory M. Brass

2000 *The Mental Helath of Indigenous Peoples. Culture and Mental Health Research Unit. Report NN° 10.* Mc Gill University.

Oyarce, A. y Malva-marina Pedrero

2006 Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Arica. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* N° 1. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Oyarce, A y Malva-marina Pedrero

2007 Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Iquique. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* N° 3. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Oyarce, A y Malva-marina Pedrero

2009 Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* N° 4. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.



Oyarce, A y Malva-marina Pedrero

2009 Perfil epidemiológico básico. Pueblos kawésqar, yámana y mapuche-williche. Región de Magallanes. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* N° 5. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Oyarce, A y Malva-marina Pedrero

2009 Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* N° 6. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Pedrero, Malva-marina y Ana María Oyarce

2009 Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades. En *Notas de Población* 89. CELADE- CEPAL. Santiago, Chile.

Pedrero, Malva-marina y Ana María Oyarce

2010 Salud de la población joven indígena en América Latina. Un panorama general. (en prensa)

UNICEF-CEPAL

2007 El derecho a entornos saludables para la infancia y la adolescencia. Un diagnóstico desde América Latina y el Caribe. *Desafíos* N° 5, Julio de 2007

UNICEF

2010 Términos de Referencia. Estudio sobre el bienestar, oportunidades y cumplimiento de derechos entre los adolescentes indígenas y el fenómeno de suicidio.

“Perfil Epidemiológico de la Población Mapuche-Pehuenche Residente en el Área de Cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío” es un estudio y libro ejecutado por el Programa de Salud Intercultural del Servicio de Salud Bío-Bío.

Representante Legal

Dr, Fernando Vergara Urrutia. Director Servicio de Salud Bío-Bío.

Consultoras

Ana-maría Oyarce Pisan, Malva-marina Pedrero Sanhueza.

Editor General

Ricardo Hernández Fonfáv.
Coordinador Plan Especial de Salud y Pueblos Indígenas, Servicio Salud Bío-Bío.

Domicilio y Teléfonos Servicio de Salud Bío Bío

Ricardo Vicuña # 371. Los Angeles. (043)-332462; 332465; 332450.

Servicio edición, publicaciones, imprenta

Relieve Comunicación Aplicada Pública y Social.

Editor, redacción, diseño

Alvaro Muñoz Sánchez.

Diseño y diagramación

Ricardo Sepúlveda Quiroz.



**Perfil Epidemiológico de la
Población Mapuche**

Residente en el Área de Cobertura del
Servicio de Salud Provincia del Bío-Bío

