

Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte



SERIE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE CHILE. Nº 8



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

**Perfil epidemiológico básico de la
población mapuche residente en
el área de cobertura del
Servicio de Salud Araucanía Norte**



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
División de Planificación Sanitaria

El estudio "Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte", se inscribe en el marco de las actividades impulsadas por el Programa de Salud y Pueblos Indígenas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción; y de los Departamentos de Epidemiología y de Estadísticas e Información en Salud, de la División de Planificación Sanitaria. Este perfil fue realizado por Malvarina Pedrero Sanhueza en colaboración con Ana María Oyarce Pisani. La coordinación del proyecto estuvo a cargo de la Mg. SP Margarita Sáez, así como de la supervisión del documento. Destacamos los aportes al estudio realizados por la Mg. Mónica Chiu y por el Dr. Christian García. A todos ellos agradecemos su disposición a sumarse a esta iniciativa que progresivamente nos va acercando al conocimiento de brechas en la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile. Impreso en Alvimpress impresores / Diseño y diagramación Agencia taller700

Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile N° 008
Ministerio de Salud de Chile
Subsecretaría de Salud Pública
Mac Iver 541, Santiago. Noviembre 2011



AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la valiosa colaboración de múltiples personas e instituciones. En particular, agradecemos el apoyo de:

- Enrique Russel Urzúa, Director (S) Servicio de Salud Araucanía Norte
- Katia Guzmán Geissbühler, Directora del Departamento de Atención Primaria Dirección SSAN y su equipo asesor
- Betzabé Durán Guerrero, Jefa Departamento de Estadística y Análisis de la Información Dirección SSAN
- Angélica Brandell Thomson, Encargada del Programa de Salud Mapuche
- Red de Facilitadores Interculturales, Programa de Salud Mapuche del SSAN
- Encargados(as) Programa de Salud Mapuche de la red asistencial del SSAN
- Dirigentes experiencia Centro Comunitario de Salud Intercultural Lof Pantano, comuna de Lumaco
- Equipo CECOSF Ikalma, comuna de Lonquimay
- Dirigentes comunidad de Temucuicui, comuna de Ercilla
- Bernarda Pedrero Sanhueza, por su colaboración en la normalización de las bases de datos





ÍNDICE GENERAL

PRÓLOGO	14
PRESENTACIÓN	15
I. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO	18
1. Perfiles epidemiológicos diferenciados: un punto de partida para la construcción de una epidemiología sociocultural	18
2. Aspectos operacionales	21
2.1. Fuentes de información	21
2.2. Procedimientos para la inclusión de la variable etnia en las fuentes de datos	22
3. Clasificación de enfermedades	25
II. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN MAPUCHE RESIDENTE EN LA PROVINCIA DE MALLECO, ÁREA DE COBERTURA DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE	26
1. Área de cobertura del SS Araucanía Norte	26
2. Red asistencial	27
3. Antecedentes sociodemográficos	28
3.1. Estructura por sexo y edad	29
4. Antecedentes socioeconómicos	37
5. Perfil de mortalidad	41
5.1. Características generales de la mortalidad	41
5.2. Mortalidad en la infancia	44
5.2.1. Mortalidad en menores de 1 año	44
5.2.2. Mortalidad en la niñez	47
5.3. Estructura de la mortalidad	48
5.4. Riesgos diferenciales de la mortalidad mapuche y no mapuche	51
5.4.1. Algunas características de las principales causas de muerte entre la población mapuche	52
6. Perfil de morbilidad	59
6.1. Enfermedades de Notificación Obligatoria	59
6.2. Egresos hospitalarios	61
7. La situación de la Tuberculosis	63
7.1. Morbilidad por Tuberculosis	64
7.2. Mortalidad por Tuberculosis	67

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXO ESTADÍSTICO	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura Nº 1	
Procedimiento para la inclusión de la variable etnia en las bases de datos	23
Figura Nº 2	
Procedimiento para el cálculo de tasas	24
Figura Nº 3	
Área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte	27
Figura Nº 4	
Red asistencial Servicio de Salud Araucanía Norte	28

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1	
CIE-10: Grandes grupos de enfermedad	26
Tabla Nº 2	
Provincia de Malleco: Distribución de la población por comuna, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo	30
Tabla Nº 3	
Provincia de Malleco: Distribución relativa de la población de 15 y más años por nivel de escolaridad. Población mapuche y población no mapuche	39
Tabla Nº 4	
Provincia de Malleco: Distribución relativa de la población económicamente activa por rama de actividad económica. Población mapuche y población no mapuche	40
Tabla Nº 5	
Provincia de Malleco: Distribución relativa de la población por sistema previsional de salud. Población mapuche y población no mapuche	41

Tabla Nº 6	Distribución relativa defunciones de menores de 1 año en población mapuche y no mapuche, por gran grupo de causa de muerte. (2003-2006)	46
Tabla Nº 7	Distribución relativa defunciones de menores de 5 años en población mapuche y no mapuche, por gran grupo de causa de muerte. (2003-2006)	48
Tabla Nº 8	Distribución relativa de defunciones por Cáncer en población mapuche y no mapuche por causa específica de muerte, según sexo. (Trienio 2004-2006)	56
Tabla Nº 9	Distribución relativa de defunciones por Grupo XIX en población mapuche y no mapuche por causa específica de muerte. (Trienio 2004-2006)	57
Tabla Nº 10	Distribución relativa de notificaciones por enfermedad específica. Población mapuche y población no mapuche (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nº 1	Aporte de los criterios de identificación de casos mapuche en las fuentes de datos utilizadas	24
Gráfico Nº 2	Provincia de Malleco: Distribución de la población mapuche por comuna	29
Gráfico Nº 3	Provincia de Malleco: Proporción de población mapuche por comuna	29
Gráfico Nº 4	Provincia de Malleco: Índices de masculinidad según comuna. Población mapuche y población no mapuche	31
Gráfico Nº 5	Provincia de Malleco: Índices de envejecimiento. Población mapuche y población no mapuche	32
Gráfico Nº 6	Provincia de Malleco: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	33

Gráfico N° 7	
Comuna de Angol: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	33
Gráfico N° 8	
Comuna de Collipulli: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	33
Gráfico N° 9	
Comuna de Curacautín: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	34
Gráfico N° 10	
Comuna de Ercilla: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	34
Gráfico N° 11	
Comuna de Lonquimay: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	34
Gráfico N° 12	
Comuna de Los Sauces: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	35
Gráfico N° 13	
Comuna de Lumaco: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	35
Gráfico N° 14	
Comuna de Purén: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	35
Gráfico N° 15	
Comuna de Renaico: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	36
Gráfico N° 16	
Comuna de Traiguén: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	36
Gráfico N° 17	
Comuna de Victoria: Pirámide de edades. Población mapuche y población no mapuche	36

Gráfico N° 18	Provincia de Malleco: Distribución relativa de la población por condición socio-económica. Población mapuche y población no mapuche	37
Gráfico N° 19	Provincia de Malleco: Distribución relativa de la población por comuna, según condición socio-económica. Población mapuche y población no mapuche	38
Gráfico N° 20	Provincia de Malleco: Tasa de analfabetismo. Población mapuche y población no mapuche	39
Gráfico N° 21	Provincia de Malleco: Tasa de participación económica. Población mapuche y población no mapuche	40
Gráfico N° 22	Tasa bruta de mortalidad en población mapuche y población no mapuche. (Año 2003 y Trienio 2004-2006)	42
Gráfico N° 23	Tasa ajustada de mortalidad en población mapuche y población no mapuche. (Año 2003 y Trienio 2004-2006)	42
Gráfico N° 24	Tasa ajustada de mortalidad en población mapuche y población no mapuche, por sexo. (Año 2003 y Trienio 2004-2006)	43
Gráfico N° 25	Tasa ajustada de mortalidad en población mapuche y población no mapuche, por comuna. (Trienio 2004-2006)	44
Gráfico N° 26	Evolución de la tasa de mortalidad infantil. Chile, Región de La Araucanía y Provincia de Malleco (2000-2006)	45
Gráfico N° 27	Tasa estimada de mortalidad infantil en población mapuche y población no mapuche. (Año 2003 y Trienio 2004-2006)	46

Gráfico N° 28

Tasa de mortalidad en la niñez en población mapuche y población no mapuche. (Año 2003 y Trienio 2004-2006) 47

Gráfico N° 29

Distribución relativa de defunciones en población mapuche y población no mapuche, por gran grupo de causa de muerte. (Año 2003 y trienio 2004-2006) 49

Gráfico N° 30

Distribución relativa de defunciones en población mapuche y población no mapuche, por gran grupo de causa de muerte, según sexo. (Trienio 2004-2006) 50

Gráfico N° 31

Distribución relativa de defunciones en población mapuche por gran grupo de causa de muerte, según comuna. (Trienio 2004-2006) 51

Gráfico N° 32

Tasa ajustada de mortalidad en población mapuche y población no mapuche, por gran grupo de causa. (Trienio 2004-2006) 52

Gráfico N° 33

Tasa bruta de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio en población mapuche y población no mapuche, según sexo. (Trienio 2004-2006) 52

Gráfico N° 34

Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio en población mapuche y población no mapuche, según sexo. (Año 2003 y trienio 2004-2006) 53

Gráfico N° 35

Distribución relativa de defunciones por Enfermedades del Sistema Circulatorio en población mapuche y población no mapuche, por causa específica de muerte. (Trienio 2004-2006) 54

Gráfico N° 36

Causas específicas de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio: Tasas en población mapuche y población no mapuche. (Trienio 2004-2006) 54

Gráfico N° 37

Tasa de mortalidad por Cáncer en población mapuche y población no mapuche, según sexo. (Trienio 2004-2006) 55

Gráfico Nº 38	
Tasa de mortalidad por traumatismos en población mapuche y población no mapuche, según sexo. (Trienio 2004-2006)	56
Gráfico Nº 39	
Tasa de mortalidad por Traumatismos en población mapuche y población no mapuche. Causas específicas seleccionadas. (Trienio 2004-2006)	58
Gráfico Nº 40	
Tasa ajustada incidencia ENO seleccionadas en población mapuche y población no mapuche. (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)	61
Gráfico Nº 41	
Frecuencia relativa de los egresos hospitalarios por gran grupo de enfermedad. Población mapuche y no mapuche (Trienio 2004-2006)	62
Gráfico Nº 42	
Tasa ajustada de egresos hospitalarios en población mapuche y población no mapuche, por gran grupo de enfermedad. (Trienio 2004-2006)	63
Gráfico Nº 43	
Tasa ajustada de incidencia de TBC en población mapuche y población no mapuche. (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)	65
Gráfico Nº 44	
Tasa ajustada de incidencia de TBC en población mapuche y población no mapuche, por sexo. (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)	66
Gráfico Nº 45	
Distribución relativa de los casos de Tuberculosis en población mapuche y población no mapuche, por localización. (2001-2006)	66
Gráfico Nº 46	
Tasa ajustada de mortalidad por TBC en población mapuche y población no mapuche. 4 Servicios de Salud (Trienio 2004-2006)	67

PRÓLOGO

El Ministerio de Salud viene desarrollando una línea de investigación específica en materia de salud de los pueblos indígenas a través del esfuerzo conjunto entre la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, y la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, proceso que progresivamente nos ha permitido conocer la situación de salud de los pueblos originarios de Chile.

El presente texto, titulado “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte” es el octavo estudio realizado y publicado bajo la serie “Análisis de la Situación de Salud de las Poblaciones Indígenas de Chile”.


Los perfiles epidemiológicos y sociodemográficos diferenciales de población indígena y no indígena obedecen a la necesidad de aportar información para la toma de decisiones tanto a nivel de los Planes Regionales de Salud Pública como en la Planificación de las Redes Asistenciales y en la Programación Local en una Región con población mayoritariamente mapuche.

Los resultados de este estudio, en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte, apoyan una de las hipótesis de trabajo que ha orientado el Proyecto de Epidemiología Sociocultural: que a mayor contacto con la sociedad occidental, los pueblos indígenas asumen 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. Destaca el común denominador de sobremortalidad en todos los grupos de edad.

En el Estudio se ha trabajado con bases de datos de morbimortalidad para el período 2001-2006, aportados por el DEIS, Departamento de Epidemiología y Programa de TBC. Tiene como objetivo servir de base para planificar acciones de salud acordes a la realidad epidemiológica local y así contribuir a superar las brechas en equidad que se evidencian en este estudio.

Tanto la Política de Salud y Pueblos Indígenas, como los desafíos que nos plantea la operativización del Convenio 169 en Chile, instan a la participación de los Pueblos Indígenas en los asuntos que los involucran. La participación de las comunidades indígenas en el proceso de difusión, análisis y discusión de los resultados en situación de salud ha sido fundamental no solo por la información que aportan, sino principalmente porque participar les permite ejercer sus derechos de ser informadas, consultadas y partícipes de las soluciones. Así mismo, ha sido fundamental la participación de los epidemiólogos y equipos técnicos de la SEREMI y del Servicio de Salud Araucanía Norte en los talleres de presentación de resultados. A todos ellos agradecemos sus aportes e invitamos a continuar en estos procesos de construcción colectiva del conocimiento.

Este documento, al igual que los otros perfiles difundidos, constituyen una herramienta para la toma de decisiones y esperan aportar al diseño y desarrollo de políticas de salud pública con pertinencia en todos los niveles de la red asistencial y en salud pública para así contribuir al bienestar de los pueblos indígenas del país.



DR. JORGE DÍAZ ANAIZ
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

PRESENTACIÓN

Desde el año 2003, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha impulsado una iniciativa tendiente al diseño e implementación de un Modelo de Diagnósticos Epidemiológicos sobre la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas en Chile. El proyecto constituye un buen punto de partida para conocer la situación de salud de estos pueblos, a través de una metodología sistemática y culturalmente válida, que permite identificar las brechas de equidad en la situación de salud entre las poblaciones indígenas y no indígenas del país.

A través de esta línea de investigación se han construido perfiles epidemiológicos que permiten contrastar la situación de salud de las poblaciones indígenas y no indígenas de algunas regiones del país. Específicamente, se han generado indicadores para los Aymara de las Regiones de Tarapacá y Arica y Parinacota; para los Mapuche residentes en la Región de Los Ríos, la Provincia de Arauco (Región de Bío-Bío) y las comunas del área Lafkenche de la Provincia de Cautín (Toltén, Teodoro Schmidt, Carahue y Saavedra) en la Región de La Araucanía; y para los pueblos Yámana y Kawésqar del extremo sur de Chile en la Región de Magallanes, donde se analizó, además, la situación de los Mapuche-williche migrantes que residen en ese territorio.

Esta nueva etapa tiene por propósito aportar evidencia epidemiológica convencional sobre la situación de salud de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte, propiciando la comparabilidad con la población no mapuche e identificando brechas entre los dos grupos.

En este perfil epidemiológico básico se presentan indicadores de morbi-mortalidad diferenciados para población mapuche y no mapuche, correspondientes al período comprendido entre los años 2001 y 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 apartados. En el primero se reseñan los principales aspectos de la metodología utilizada en la investigación. El segundo, corresponde al perfil epidemiológico propiamente tal; en él se incluye información socio-demográfica, socio-económica y de morbi-mortalidad, diferenciada por condición étnica. En el tercero, se sintetizan los principales resultados y se entrega un conjunto de recomendaciones para la definición de estrategias que permitan mejorar la situación de salud mapuche evidenciada en el diagnóstico.



I. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

1. Perfiles epidemiológicos diferenciados: un punto de partida para la construcción de una epidemiología sociocultural

Uno de los requerimientos básicos para avanzar en la implementación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas establecida por el MINSAL desde mediados de los 90, es la generación de información sistemática sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos originarios, como base para orientar sanitariamente las estrategias de intervención. Atendiendo a ello, en los últimos años se ha venido consolidando, a través de diversos estudios, un modelo de Epidemiología con Enfoque Sociocultural, que se entiende como una propuesta teórico-metodológica que combina y complementa epistemologías, problemáticas y metodologías de la epidemiología y la antropología, así como también modelos médicos indígenas. El objetivo de esta propuesta es doble: por un lado conocer y comprender la situación de vida y salud de los pueblos originarios; y, por otro, ampliar el modelo epidemiológico biomédico considerando e integrando aspectos socio-psico-espirituales y conductuales en la génesis y tratamiento de la enfermedad tanto en los pueblos originarios como en el resto de la sociedad (Oyarce y Pedrero, 2006).

En este modelo, la producción de conocimiento epidemiológico tiene un carácter interdisciplinario, intercultural, participativo y dinámico. **Interdisciplinario**, pues combina epistemologías de las disciplinas epidemiológica y antropológica, especialmente en lo que se refiere a sus problemáticas y métodos; **intercultural** porque pretende generar un nuevo campo de conocimiento, a partir de la “negociación” de distintos significados del bienestar y salud, distintas etiologías sobre las enfermedades, incluyendo las categorías y síndromes propios de los pueblos indígenas, así como sus estrategias terapéuticas para enfrentarlas. **Participativo** porque se fomenta un proceso colectivo de generación de conocimiento entre los equipos de salud y las comunidades originarias de acuerdo a las realidades, tiempos, formas y contextos. **Dinámico**, pues, aun cuando arranca con un diseño inicial que guía el proceso, requiere de gran flexibilidad, para adaptar la metodología y actividades propuestas a los procesos y necesidades locales. En este sentido, el modelo permite la incorporación de nuevos objetivos, metodologías, actores y actividades en la medida que se avanza en el proceso colectivo de producción de nuevo conocimiento.

El aspecto central en que se funda esta propuesta teórico-metodológica es que los conceptos de salud y enfermedad remiten a la cultura; y, ésta –a la vez– remite a los conceptos de salud y enfermedad. Más aún los procesos de salud-enfermedad-curación solo pueden ser entendidos como construcciones culturales e históricas. Desde esta perspectiva, tanto las medicinas indígenas como la biomedicina –de la cual la epidemiología convencional forma parte– deben ser comprendidas desde

sus contextos culturales de referencia. En este sentido, un modelo de epidemiología con enfoque intercultural pretende ampliar el modelo multicausal de la enfermedad, incorporando los modelos indígenas multifactoriales e integrales, en los cuales el concepto de salud guarda relación con el equilibrio entre dimensiones éticas, espirituales, sociales y ambientales. En ellos, la génesis de la enfermedad se sitúa principalmente en transgresiones a las normas culturales que rigen las relaciones humanas, de la comunidad con la naturaleza y con los seres tutelares. Así, el cuerpo humano no se entiende como un elemento aislado, cuyo bienestar dependa únicamente de un buen funcionamiento biológico interno, sino que es una entidad fluida y en constante relación con las fuerzas que mantienen y controlan el funcionamiento del universo, y con el mundo socioeconómico y ecológico que ordena la relación hombre-comunidad (Oyarce y Pedrero, 2006).

Otro elemento que no puede estar ajeno a un modelo de epidemiología con enfoque sociocultural, es la red de interacciones que se produce entre los factores agresores y protectores en cada pueblo originario. Al respecto, aun cuando la situación desfavorable de salud de estos pueblos –medida a través de indicadores biomédicos convencionales– es una situación medianamente conocida, poco o nada sabemos acerca de los factores protectores de la salud y calidad de vida entre ellos. En este sentido, estudios exploratorios sugieren que, por ejemplo, grupos con un fuerte sentido de identidad cultural propia, organización comunitaria y adecuado control sobre los elementos de la cultura occidental parecieran estar más protegidos contra los elementos agresores de las enfermedades cardiovasculares y mentales, entre otras enfermedades. Otros factores como lactancia materna, redes de apoyo familiar, terapias tradicionales y conocimientos específicos sobre crianza de los niños, etc., son parte también de este perfil protector que es necesario investigar. Es importante señalar aquí que son los diagnósticos participativos realizados a partir de la percepción de las propias comunidades los que permiten conocer estos factores. Esta compleja interacción entre factores agresores y protectores impone el desafío de generar modelos de investigación epidemiológica que consideren tanto las diferencias de acceso a los servicios de salud como las diferencias epidemiológicas y socioculturales.

Finalmente, el modelo propuesto promueve un cambio en la comprensión de la relación y producción de las enfermedades y pretende conocer la realidad para transformarla. En este sentido, un objetivo a largo plazo es transformar no solo el modelo con que se produce el conocimiento, sino el modelo de atención en sí mismo, poniendo el énfasis en el ser humano como eje central de éste, cualquiera sea su cultura.

En un plano operativo, el modelo que se ha ido consolidando a través de las acciones del MINSAL, ha avanzado hacia una epidemiología con enfoque sociocultural, a través de diagnósticos epidemiológicos básicos y étnicamente diferenciados, que incluyen información científicamente fundada y culturalmente válida sobre

las condiciones de vida y salud de los pueblos originarios. Estos constituyen una primera etapa que permite contar con un perfil sobre la frecuencia y distribución de causas de morbi-mortalidad en poblaciones indígenas y su contraste con las poblaciones no indígenas en el marco del contexto regional e histórico que ayudan a comprender la situación de estos pueblos. La tarea aún pendiente es avanzar en una segunda etapa, que permita: a) incorporar criterios de diferenciación y definición étnica generados y validados por los pueblos originarios; b) incluir las categorías de salud-enfermedad reconocidas por las comunidades indígenas; y, c) redefinir, desde las culturas indígenas, las categorías de persona, tiempo y lugar, donde las unidades de análisis tengan sentido para la propia gente, tales como persona, familia y territorio (Oyarce y Pedrero, 2006).

En este contexto, el MINSAL ha desarrollado perfiles epidemiológicos básicos de las poblaciones indígenas presentes en las áreas de cobertura de los Servicios de Salud Arica, Iquique, Arauco, Bío-Bío, Araucanía Sur (área Lafkenche), Valdivia y Magallanes, que han permitido profundizar en el modelo de investigación. Entre los principales aprendizajes de este proceso destacan:

- a) Se ha consolidado una estrategia metodológica basada en datos rutinarios de los servicios de salud, que permite la construcción de perfiles epidemiológicos diferenciados según condición étnica; además, esta estrategia permite establecer comparaciones entre distintos servicios de salud y es altamente replicable por los equipos locales.
- b) La elaboración de los perfiles básicos, si bien limitados, ha contribuido de manera significativa a producir conocimiento inédito sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en los distintos territorios, permitiendo identificar brechas de equidad respecto de la situación de los no indígenas.
- c) En este sentido, los perfiles han aportado evidencia epidemiológica convencional, a través de la medición de riesgos relativos, que dota de una línea base a los Programas de Salud y Pueblos Indígenas, a partir de la cual no solo se pueden plantear objetivos sanitarios específicos, sino también vincularlos con las metas sanitarias de cada Servicio de Salud.
- d) De manera complementaria, los talleres iniciales con los equipos de salud han permitido, por una parte, sensibilizar a los equipos sobre la necesidad de contar con diagnósticos diferenciados y la importancia de incluir variables de diferenciación étnica en los registros de salud; y, por otra, se han transformado en una instancia de capacitación sobre temas de epidemiología básica y enfoque intercultural en salud.
- e) Los talleres con organizaciones y líderes indígenas constituyen una herramienta de democratización de la información epidemiológica, así como de capacitación a las comunidades en aspectos técnicos, lo que significa un importante aporte al diálogo intercultural en el ámbito de la salud.

- f) Los talleres de análisis colectivo de los resultados de los estudios han facilitado la interpretación intercultural de los problemas de salud, movilizándolo a todos los actores claves en la búsqueda de explicaciones: desde los planificadores en salud y equipos locales de salud, hasta la comunidad y sus diferentes agentes médicos como machi, asesores culturales y otros, propiciándose una comprensión integral de la situación de salud de los pueblos indígenas.

2. Aspectos operacionales

La metodología utilizada para la construcción de perfiles diferenciados de poblaciones indígenas y no indígenas, en el marco del proyecto de Epidemiología Sociocultural del MINSAL, implica la estandarización y combinación de diversas 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 desagregan los datos según origen étnico, 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.

2.1. Fuentes de información

Los principales registros utilizados para este estudio fueron:

a) Disponibles en el MINSAL

- Bases de datos de mortalidad para el período 2003-2006¹
- Bases de datos de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) para el sexenio 2001-2006
- Bases de datos de egresos hospitalarios para el trienio 2004-2006
- Bases de datos del Programa de Control de la TBC para el sexenio 2001-2006

b) Otras fuentes de datos

- Bases de datos de acreditación de la calidad de indígena de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena
- Bases de datos censales para el área de estudio

1 A diferencia de los estudios anteriores, no fue posible construir indicadores de mortalidad para los años 2001 y 2002, pues los registros digitales del MINSAL no incluyeron en este período las variables básicas para identificar a la población mapuche.

- Bases de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) para el área de estudio.
- Nómina de Títulos de Merced de la Provincia de Malleco

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

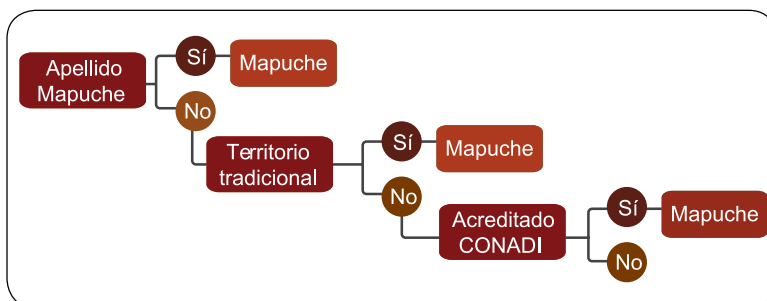
Dada la ausencia de la variable “etnia” en los registros de morbi-mortalidad mantenidos por el Ministerio de Salud, la metodología implica definir operacionalmente la calidad de indígena de los casos, que combina tres criterios, a saber:

- **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. Para hacer operativo este criterio en las bases de datos de morbi-mortalidad, ha sido necesario definir procedimientos diferenciados para los distintos pueblos indígenas. En el caso Mapuche, los registros de los títulos de merced otorgados por el Estado a las reducciones, una vez concluido el proceso de ocupación militar de La Araucanía a fines del Siglo XIX, consignan a caciques con apellidos hispanos como titulares de tierras. Apelando a ello, se ha considerado Mapuche todo caso que registre estos apellidos, siempre que residan o hayan residido en la reducción correspondiente a ellos.
- **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.

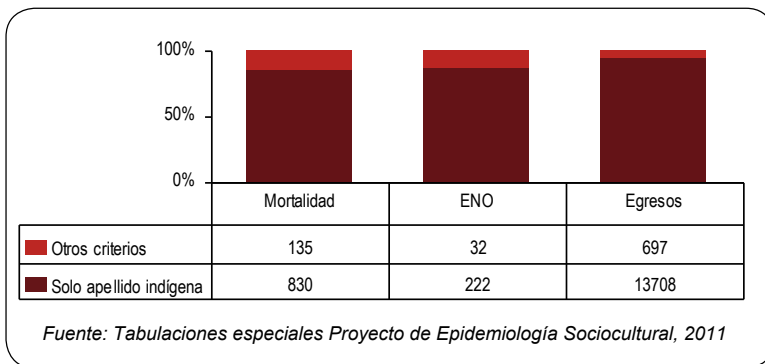
Cada uno de los criterios recién descritos, por sí solo, es suficiente para identificar un caso como indígena. En la figura siguiente se esquematiza el modelo general para su aplicación en las bases de datos.

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



Esta metodología permite identificar más casos indígenas en las bases de datos que los que resultan del uso exclusivo del criterio apellido, lo que mejora considerablemente la sensibilidad del análisis de las brechas de equidad entre indígenas y no indígenas en los indicadores de morbi-mortalidad convencionales. Aunque el aporte de los otros criterios a la identificación de la población mapuche, tal como se aprecia en el Gráfico N°1, pudiera parecer menor, resulta significativo en la cuantificación del numerador para el cálculo de tasas, toda vez que la población indígena es proporcionalmente mucho menor que la no indígena en el área estudiada.

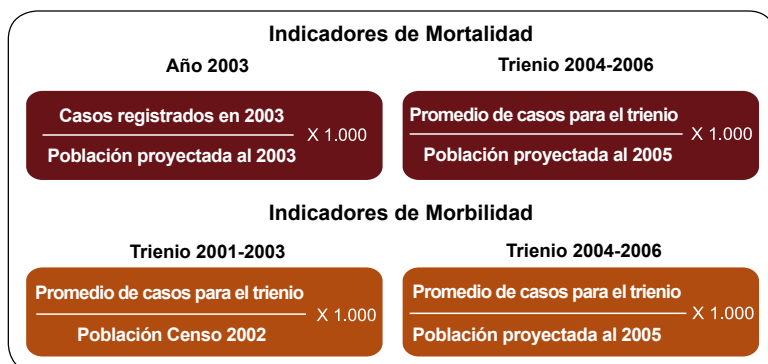
Gráfico N° 1
Aporte de los criterios de identificación de casos mapuche en las fuentes de datos utilizadas



2.3. Procedimientos para el cálculo de indicadores convencionales de salud

Este perfil aporta 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, y que constituye el denominador en los cálculos de tasas. La única fuente que aporta esta información diferenciada por pertenencia a pueblos indígenas es el Censo de Población de 2002, al cual se ha recurrido para definir las estructuras sexo-etarias de mapuche y no mapuche en la Provincia de Malleco; misma que se ha aplicado a las proyecciones de población del DEIS-MINSAL para el año 2005, para contar denominadores éticamente diferenciados con distintas desagregaciones (sexo, comuna, edades, etc.)

Figura N° 2
Procedimiento para el cálculo de tasas



Tal como en los estudios anteriores, se ha intentado generar indicadores para los trienios 2001-2003 y 2004-2006. Sin embargo, en el caso de la mortalidad ello no ha sido posible, pues los registros de estadísticas vitales disponibles en el DEIS-MINSAL para los años 2001 y 2002 no incluyen las variables requeridas para la aplicación de la metodología ya descrita de identificación de casos mapuche. Pese a ello, y como una forma de propiciar la comparabilidad con la situación de otros pueblos indígenas de Chile, se ha optado por incluir, para el primer período, al menos algunos indicadores generales de mortalidad para el año 2003. Salvo esta excepción, en general, en las páginas siguientes se presentan indicadores promedio para cada trienio, calculados del modo descrito en la Figura N° 2.

El procedimiento para el cálculo de tasas recién descrito impone una clara limitación metodológica a estos estudios: se usan distintos criterios de identificación de los casos de indígenas fallecidos, hospitalizados o enfermos que constituyen el numerador que el criterio de identificación de la población expuesta a ellos, es decir del denominador. En el primer caso, se trata de la imputación externa de la calidad de indígena de acuerdo a la combinación de criterios ya descrita (apellidos, residencia y acreditación de la calidad de indígena). En el segundo, se trata de la autoidentificación como indígenas proveniente de la información censal.

Una segunda limitación de esta metodología es que solo permite construir indicadores de salud para las poblaciones indígenas residentes en las regiones que tradicionalmente han ocupado, no así de aquella que se ha desplazado en épocas recientes a nuevos territorios. Tal es el caso, por ejemplo, de los indígenas residentes en la Región Metropolitana, que constituyen casi un 30% del total de población perteneciente a alguno de los pueblos indígenas reconocidos en el país. Allí, frente a la no inclusión de la variable etnia en las estadísticas vitales y en los registros de salud, solo sería posible recurrir al criterio apellido, lo que excluiría del análisis a importantes segmentos de la población.

No obstante lo anterior, y en tanto no se incluya variables de identificación étnica en las estadísticas vitales y registros de salud, la metodología descrita permite avanzar en el conocimiento de la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de indicadores convencionales; y, más allá de sus limitaciones, ha sido consistente en el relevamiento de diferencias y desigualdades en salud entre pueblos indígenas y poblaciones no indígenas en los territorios que han sido estudiados.

3. 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, que es usado mundialmente para generar estadísticas de morbi-mortalidad, ha sido también utilizado en este estudio.

Tabla N° 1
CIE-10: Grandes Grupos de Enfermedad

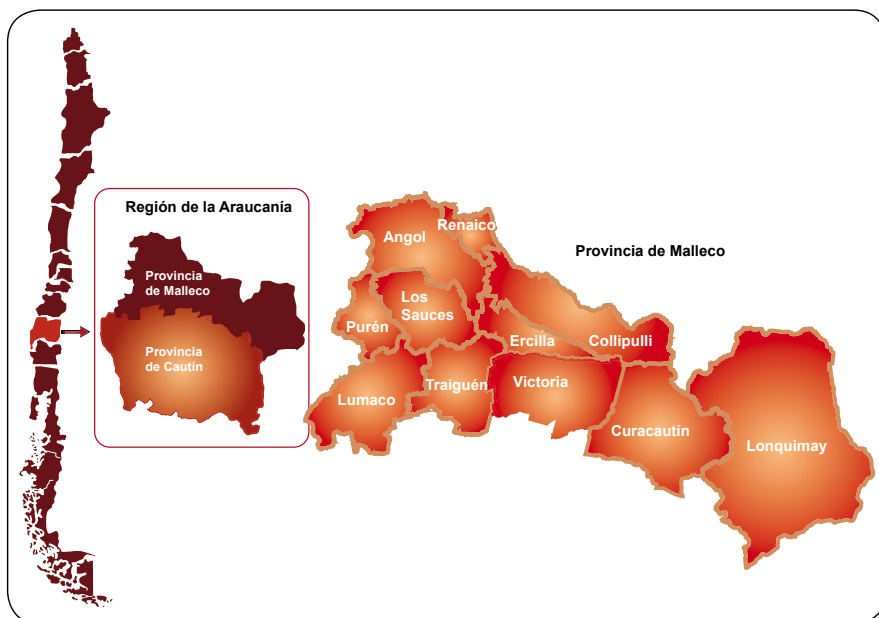
Capítulo	Códigos	Título
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	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 mastoides
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 periodo 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 EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN MAPUCHE RESIDENTE EN LA PROVINCIA DE MALLECO, ÁREA DE COBERTURA DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE.

1. Área de cobertura del SS Araucanía Norte

El Servicio de Salud Araucanía Norte cubre la atención pública de salud de la población de la Provincia de Malleco, que involucra las comunas de Angol, Collipulli, Curacautín, Ercilla, Lonquimay, Los Sauces, Lumaco, Purén, Renaico, Traiguén y Victoria. (Ver Figura N° 3)

Figura N° 3
Área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte

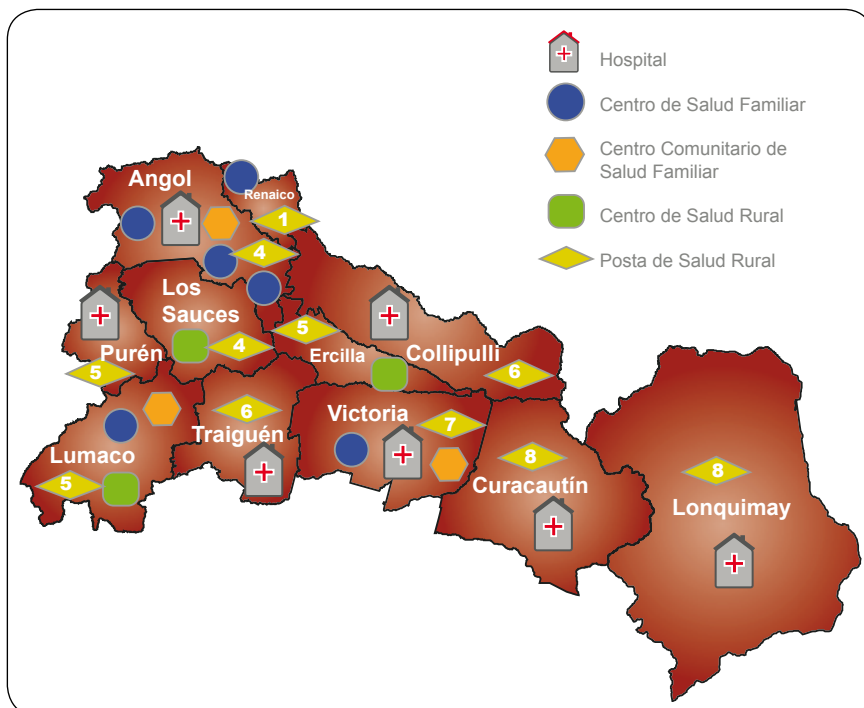


2. Red Asistencial

El Servicio de Salud Araucanía Norte cuenta con dos hospitales de mayor complejidad, localizados en las comunas de Angol (Hospital Dr. Mauricio Heyermann) y Victoria (Hospital San José); uno de mediana complejidad: el Hospital Dr. Dino Stagno, localizado en la comuna de Traiguén; y, cuatro establecimientos de menor complejidad en Purén, Curacautín, Lonquimay y Collipulli.

A nivel primario, cuenta con 3 Centros de Salud Familiar (CESFAM) en la comuna de Angol, 1 en Purén y otro en Victoria. En esta última comuna se localiza también un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF), al que se suman dos establecimientos de este tipo emplazados en Angol y Lumaco. Conjuntamente, Ercilla, Los Sauces y Lumaco cuentan con Centros de Salud Rural. Por último, en toda la Provincia existe un total de 59 postas de salud rural. (Ver Figura N° 4)

Figura N° 4
Red Asistencial Servicio de Salud Araucanía Norte

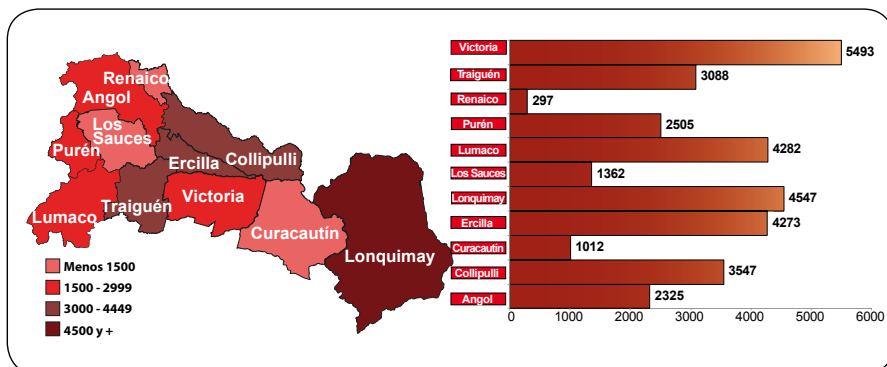


3. Antecedentes sociodemográficos

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 (8,8%) y Los Ríos (6,6%).

En lo específico, de las 200.775 personas residentes en la Provincia de Malleco, un 16,3% se autoidentificó como mapuche en el último censo de población y vivienda (32.731 personas). Si bien éstas se distribuyen a lo largo de todas las comunas de la provincia, se concentran de manera principal en Traiguén (16,8%), Lonquimay (13,9%), Curacautín (13,1%), Lumaco (13,1%) y Collipulli (10,8%). (Ver Gráfico N° 2)

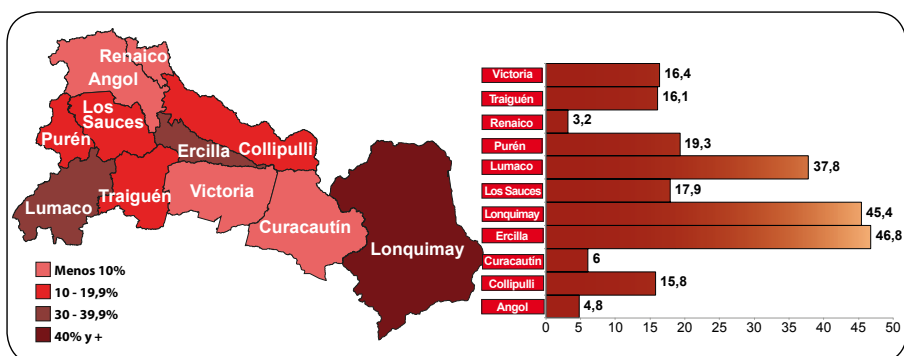
Gráfico N° 2
Provincia de Malleco: Distribución de la población mapuche por comuna



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Por comunas, la composición étnica de la población es heterogénea. De hecho, se puede establecer tres agrupaciones de comunas: a) comunas con alta proporción de población mapuche (esto es con valores superiores a la cifra estándar para la provincia) correspondiente a Lumaco, Lonquimay y Ercilla, con porcentajes que fluctúan entre el 37,8% y 46,8%; b) comunas con proporciones de población mapuche cercanas a la cifra provincial, entre las que se cuentan Collipulli, Traiguén, Victoria, Los Sauces y Purén, donde los porcentajes van de 15,8% a 19,3%; y, c) comunas con proporción de población mapuche más baja que el promedio provincial, que incluye Renaico, Angol y Curacautín. (Ver Gráfico N° 3)

Gráfico N° 3
Provincia de Malleco: Proporción de población mapuche por comuna



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

3.1. Estructura por sexo y edad.

Tal como se ha constatado en los perfiles epidemiológicos que dan cuenta de población mapuche residente en otras áreas del país, en esta provincia también se encuentran índices de masculinidad más elevados que entre los no mapuche (105 hombres por cada 100 mujeres y 97,5 hombres por cada 100 mujeres, respectivamente). Al analizar esta situación hay que considerar que, en el caso de los pueblos indígenas, este indicador no solo evidenciaría un mayor impacto de la migración campo-ciudad entre las mujeres, sino también distintos grados de identificación étnica por género. (Ver Tabla N° 2)

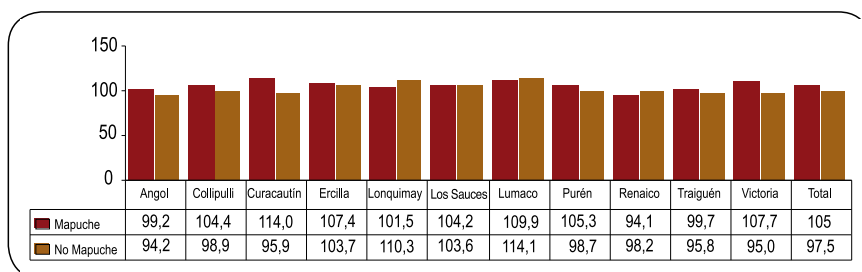
Tabla N° 2
Provincia de Malleco: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Hombre	Mujer	Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer				
0 a 4 años	1.432	1.463	2.895	6.348	6.096	12.444	7.780	7.559	15.339
5 a 9 años	1.725	1.781	3.506	7.779	7.543	15.322	9.504	9.324	18.828
10 a 14 años	1.923	1.937	3.860	9.042	8.616	17.658	10.965	10.553	21.518
15 a 19 años	1.736	1.502	3.238	7.570	7.358	14.928	9.306	8.860	18.166
20 a 24 años	1.301	1.144	2.445	5.475	5.527	11.002	6.776	6.671	13.447
25 a 29 años	1.130	1.072	2.202	5.317	5.601	10.918	6.447	6.673	13.120
30 a 34 años	1.237	1.206	2.443	5.773	6.103	11.876	7.010	7.309	14.319
35 a 39 años	1.190	1.109	2.299	6.320	6.695	13.015	7.510	7.804	15.314
40 a 44 años	1.032	914	1.946	6.094	6.102	12.196	7.126	7.016	14.142
45 a 49 años	836	801	1.637	4.898	5.063	9.961	5.734	5.864	11.598
50 a 54 años	699	670	1.369	4.213	4.271	8.484	4.912	4.941	9.853
55 a 59 años	633	591	1.224	3.291	3.603	6.894	3.924	4.194	8.118
60 a 64 años	560	506	1.066	3.080	3.246	6.326	3.640	3.752	7.392
65 a 69 años	481	472	953	2.606	2.875	5.481	3.087	3.347	6.434
70 a 74 años	369	312	681	2.200	2.549	4.749	2.569	2.861	5.430
75 a 79 años	252	235	487	1.438	1.687	3.125	1.690	1.922	3.612
80 a 84 años	134	123	257	864	1.145	2.009	998	1.268	2.266
85 y + años	98	125	223	661	995	1.656	759	1.120	1.879
Total	16.768	15.963	32.731	82.969	85.075	168.044	99.737	101.038	200.775

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Si bien los índices de masculinidad de mapuche y no mapuche son relativamente similares, la tendencia más generalizada es que éstos son siempre más altos entre los primeros; es decir, hay proporcionalmente más hombres que mujeres en el primer grupo. En términos generales, se identifican cuatro tipos de situaciones: a) comunas donde hay predominio de población masculina en ambos grupos (Ercilla y Los Sauces); b) comunas donde hay predominio de hombres solo en la población mapuche (Collipulli, Curacautín, Purén y Victoria); c) comunas donde no hay predominio masculino, pero la migración femenina parecería afectar menos a la población mapuche; y, d) rompiendo el patrón anteriormente descrito, en las comunas de Lonquimay y Lumaco hay proporcionalmente más hombres en la población no mapuche que en la mapuche. (Ver Gráfico N° 4)

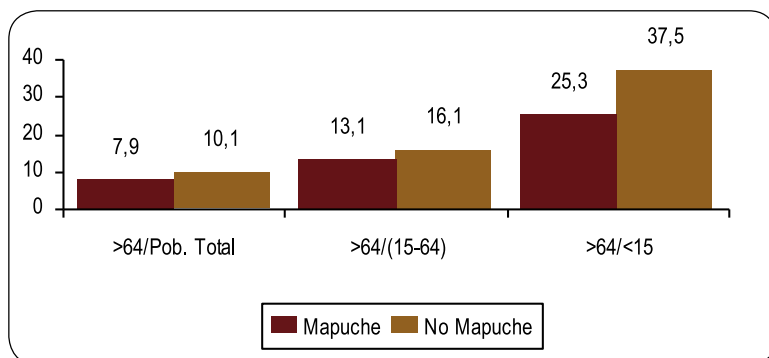
Gráfico N° 4
Provincia de Malleco: Índices de masculinidad según comuna.
Población mapuche y población no mapuche



Fuente: Análisis Resultados Censo de Población y Vivienda 2002

La población de la Provincia de Malleco mantiene una significativa proporción de población menor de 15 años (27,2%), aun cuando ya se aprecia una tendencia al envejecimiento poblacional con un 9,3% de personas mayores de 64 años. A pesar de que este proceso es generalizado en el área, es menos pronunciado en la población mapuche. Los índices de envejecimiento permiten una aproximación más precisa a los procesos de envejecimiento. Con tal fin, se han calculado tres de estos índices: el primero corresponde a la proporción de mayores de 64 años respecto a la población total (>64/población total); el segundo indicador se refiere al porcentaje que representan los adultos mayores en relación a la población en edad de trabajar (>64/población de 15-64 años), y 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), mostrando la capacidad de “renovación” generacional de las poblaciones.

Gráfico N° 5
Provincia de Malleco: Índices de envejecimiento
Población mapuche y población no mapuche

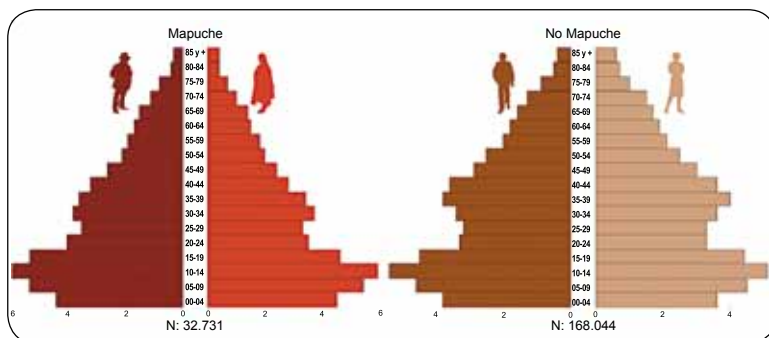


Fuente: Análisis Resultados Censo de Población y Vivienda 2002

El gráfico N° 5 muestra que, en la provincia de Malleco, la población mapuche es menos envejecida que la población no mapuche, con proporciones más bajas de adultos mayores (7,9 y 10,1, respectivamente). También se aprecia un índice de dependencia menor en este primer segmento poblacional. Finalmente, se observa que la población mapuche posee un mayor índice de recambio generacional, ya que los mayores de 65 años representan solo un cuarto de la población menor de 15 años; en cambio en la población no mapuche éstos son más de un tercio.

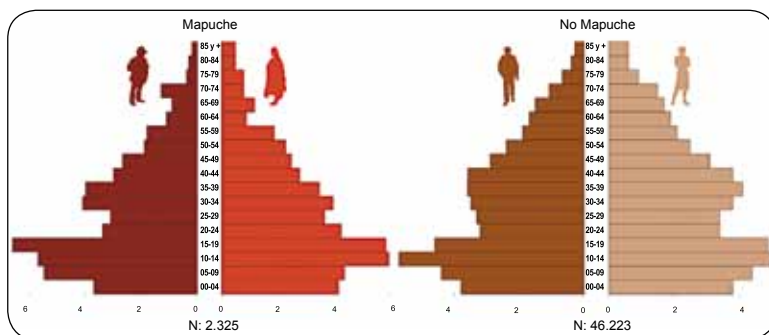
La pirámide provincial presenta una situación bastante parecida entre mapuche y no mapuche, observándose una base reducida (0-4 años) posiblemente asociada a bajos niveles de fecundidad; además, se aprecia un proceso de emigración a partir de los 15 años, que se acentúa en los grupos de 20 a 30 años, con tendencias similares entre mapuche y no mapuche. Esta situación posiblemente se relacione con procesos selectivos de migración en determinados grupos de edad, orientados a los mercados laborales. (Ver Gráfico N° 6)

Gráfico N° 6
Provincia de Malleco: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



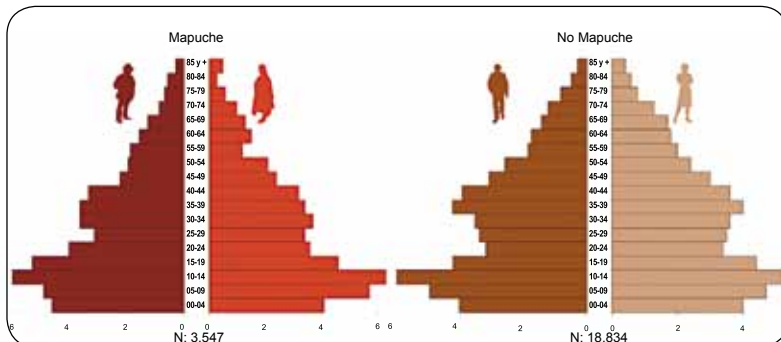
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 7
Comuna de Angol: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



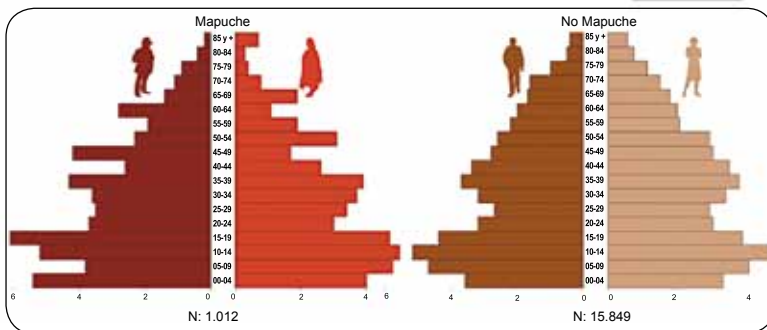
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 8
Comuna de Collipulli: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



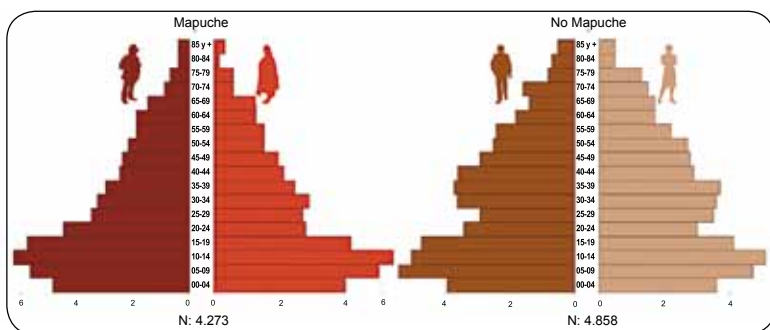
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 9
Comuna de Curacautín: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



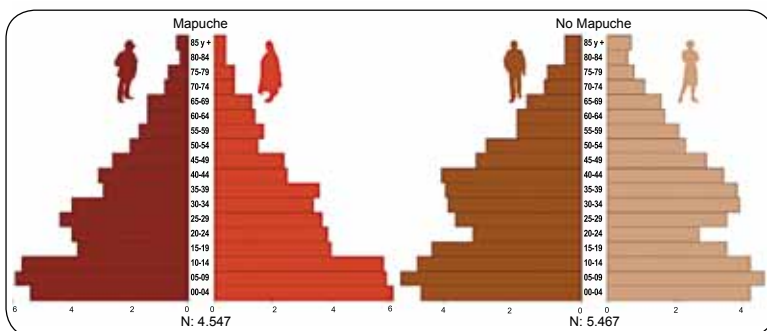
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 10
Comuna de Ercilla: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



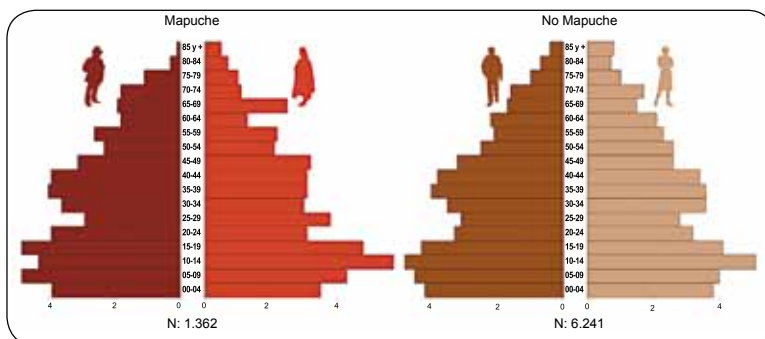
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 11
Comuna de Lonquimay: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



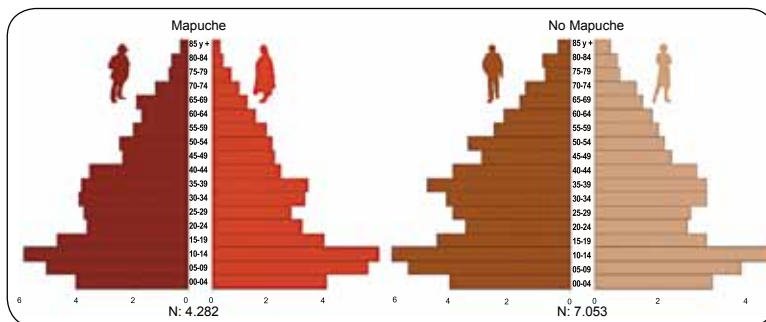
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 12
Comuna de Los Sauces: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



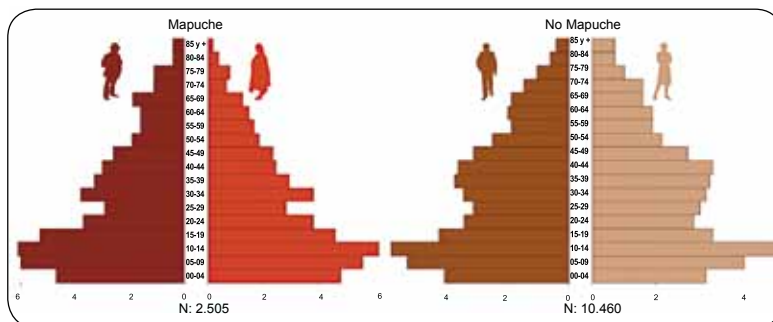
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 13
Comuna de Lumaco: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



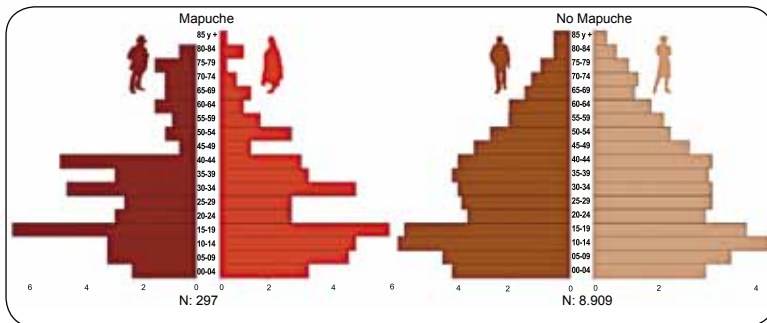
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 14
Comuna de Purén: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



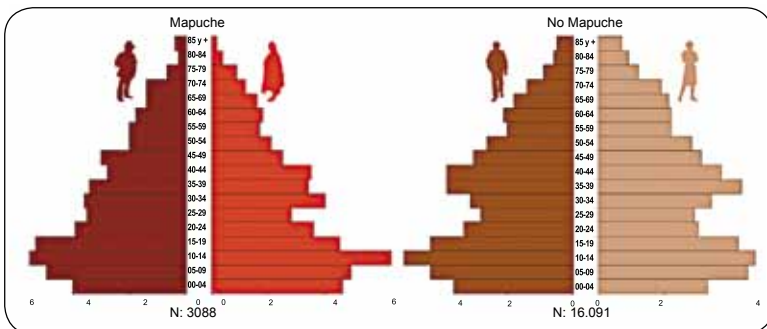
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 15
Comuna de Renaico: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



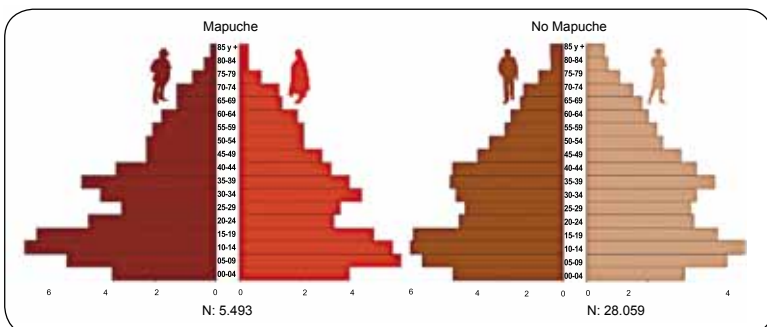
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 16
Comuna de Traiguén: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico N° 17
Comuna de Victoria: Pirámide de edades
Población mapuche y población no mapuche



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

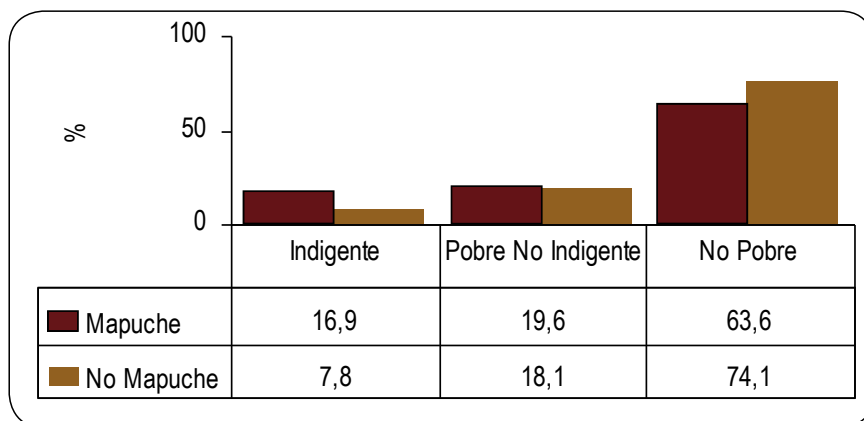
4. Antecedentes socio-económicos

La pobreza o la situación socio-económica marginal constituye, junto con la etnia y el género, uno de los determinantes sociales estructurales que configura perfiles de morbi-mortalidad diferenciados entre pueblos y grupos sociales. La pobreza, entendida así, implica un menor acceso a los bienes y servicios de la sociedad en su conjunto, que en el caso de los pueblos indígenas actúa a través de la discriminación y el racismo.

Como una forma de aproximarnos a los determinantes sociales de las condiciones de salud de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte, 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. Por ello, se han procesado las bases de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional del 2006 (CASEN), cuyos resultados permiten conocer algo del contexto en que se producen las diferencias en las condiciones de salud de la población mapuche que se presentan más adelante.

Gráfico N° 18

Provincia de Malleco: Distribución relativa de la población por condición socio-económica. Población mapuche y población no mapuche

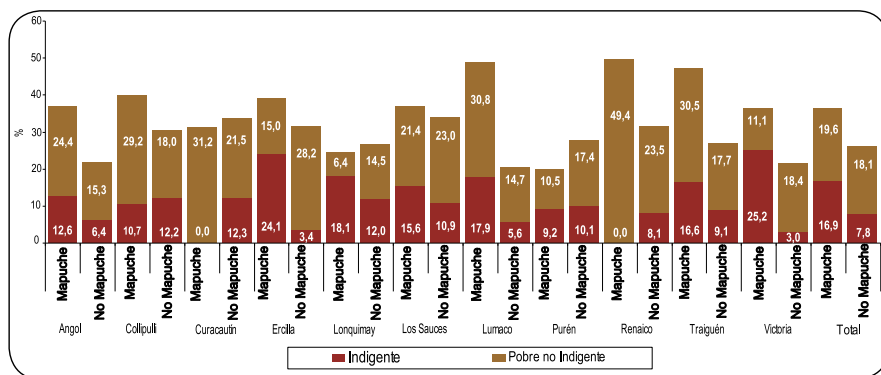


Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural, a partir de CASEN 2006

La pobreza en la población mapuche de la provincia de Malleco supera en un 40% a la observada en población no mapuche. Esta brecha de equidad se expresa también en la mayoría de las comunas, con excepción de Purén, Lonquimay y Curacautín. En las restantes, es posible observar una situación bastante heterogénea, registrándose la condición más desventajosa en Lumaco, donde la pobreza mapuche es un 140% mayor que la no mapuche. La brecha fluctúa entre un 60% y un 80% en las comunas de Renaico, Victoria, Angol y Traiguén; y, entre el 10 y 30% en las comunas de Los Sauces, Ercilla y Collipulli. (Ver Gráfico N° 18 y Gráfico N° 19)

Las cifras globales de pobreza ocultan las situaciones extremas de mayor inequidad. Un examen más profundo, en el llamado “núcleo duro” de la pobreza, esto es “indigencia”, permite apreciar que, por ejemplo, en la comuna de Victoria un mapuche tiene siete veces más probabilidad de ser indigente que una persona no indígena; en la comuna de Ercilla el riesgo es seis veces más alto; y, en Lumaco, Angol, Traiguén y Lonquimay bordea el doble.

Gráfico N° 19
Provincia de Malleco: Distribución relativa de la población por comuna, según condición socio-económica.
Población mapuche y población no mapuche



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural, a partir de CASEN 2006

El acceso a educación formal es uno de los determinantes sociales próximos de la salud de las poblaciones; representa un acceso diferencial a información, decisión, participación y poder en la sociedad, que en última instancia produce perfiles sanitarios vulnerados. La desventaja relativa de los pueblos indígenas en este ámbito ha sido documentada de manera sistemática, y es elocuente en la población mapuche del área de estudio, que presenta un 80% menos de acceso a educación formal que la población no indígena. Igualmente, tiene probabilidades mucho menores de completar la educación secundaria o ingresar a educación superior. (Ver Tabla N° 3)

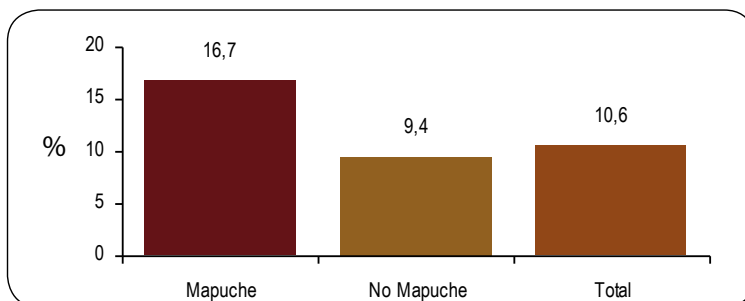
Tabla N° 3
Provincia de Malleco: Distribución relativa de la población
de 15 y más años por nivel de escolaridad.
Población mapuche y población no mapuche

Nivel de escolaridad	Condición étnica			Total
	Mapuche	No Mapuche	Si Dato	
Sin educación formal	12,2	6,9	12,7	7,8
Básica incompleta	36,1	25,4	12,7	27,2
Básica completa	18,6	13,6	12,7	14,5
Media humanista incompleta	10,9	14,6	38,2	14
Media técnico profesional incompleta	4,7	4,8	0	4,8
Meda humanista completa	9,3	15,9	23,5	14,8
Media técnica completa	5,3	7,4	0	7,1
Técnica o universitaria incompleta	1,8	5,6	0	4,9
Técnica o universitaria completa	0,8	5,8	0	4,9
Sin dato	0,4	0,1	0	0,1
Total	100	100	100	100

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural, a partir de CASEN 2006

En este mismo ámbito, otro importante indicador de exclusión social está dado por los niveles de analfabetismo presentes en las poblaciones. En el caso de los mapuches, la proporción de personas mayores de 15 años que no sabe leer ni escribir alcanza a un 16,7%, cifra 7 veces mayor a la que se registra para los no mapuche. (Ver Gráfico N° 20)

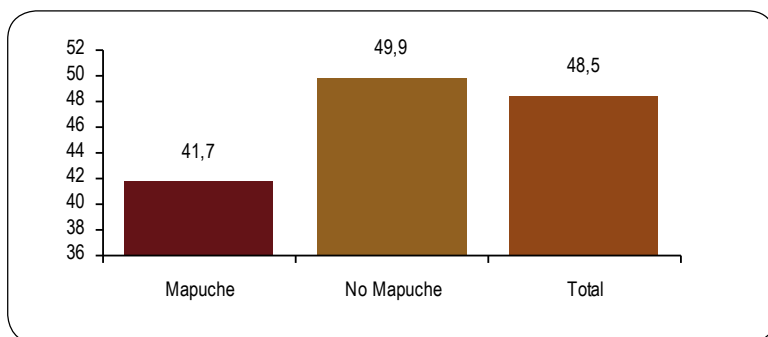
Gráfico N° 20
Provincia de Malleco: Tasa de analfabetismo.
Población mapuche y población no mapuche



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural, a partir de CASEN 2006

La misma fuente reporta una tasa de participación económica menor en población mapuche que en población no mapuche. Se trata de una población dedicada principalmente a las actividades agropecuarias y, en menor medida, a los servicios sociales y comunales. (Ver Gráfico N° 21 y Tabla N° 4)

Gráfico N° 21
Provincia de Malleco: Tasa de participación económica.
Población mapuche y población no mapuche



Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural, a partir de CASEN 2006

Tabla N° 4
Provincia de Malleco: Distribución Relativa de la
Población Económicamente Activa por Rama de Actividad Económica.
Población mapuche y población no mapuche

Rama de Actividad Económica	Condición Étnica			Total
	Mapuche	No Mapuche	Sin Dato	
Actividades no bien especificadas	0,4	0,2	0	0,3
Agricultura, caza, silvicultura	60,3	31,8	26	36
Explotación minas y canteras	0,3	0,1	0	0,1
Industria manufactureras	5,2	9,5	48	9
Electricidad gas y agua	0	0,6	0	0,5
Construcción	5,9	6,8	26	6,7
Comercio	5,4	14,2	0	12,9
Transporte y comunicaciones	4,2	6,3	0	6
Establecimientos financieros	0,6	2,8	0	2,5
Servicios comunales sociales	17,8	27,6	0	26,1
Total	100	100	100	100

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural, a partir de CASEN 2006

Por último, en el ámbito del sistema previsional de salud, esta encuesta mostró que la mayor parte de la población mapuche es beneficiaria de FONASA-Grupo A, con acceso gratuito a atención en la red pública.

Tabla Nº 5
Provincia de Malleco: Distribución relativa de la población
por sistema previsional de salud.
Población mapuche y población no mapuche

Sistema previsional de salud	Condición étnica			Total
	Mapuche	No Mapuche	Sin Sato	
Sistema Público grupo A	80,1	47	83	53,1
Sistema Público grupo B	14,5	27	17	24,7
Sistema Público grupo C	2,5	8,4	0	7,3
Sistema Público grupo D	0,9	5	0	4,3
Sistema Público no sabe grupo	0	0,4	0	0,3
F.F.A.A. y de orden	0,6	2,3	0	2
ISAPRE	0,6	6,9	0	5,7
Ninguno (particular)	0,7	2,2	0	1,9
Otro Sistema	0	0,2	0	0,2
No sabe	0,1	0,6	0	0,5
Total	100	100	100	100

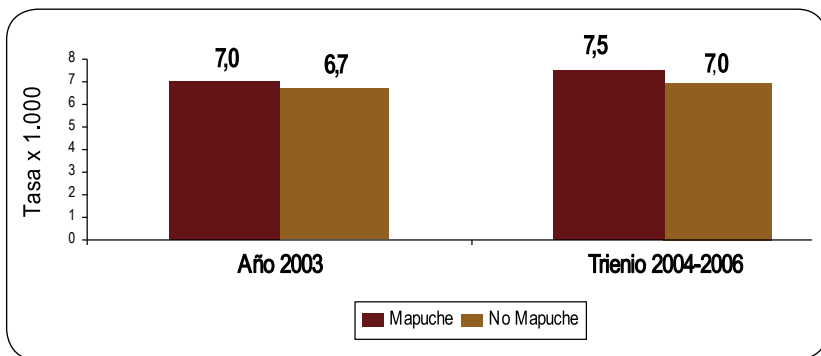
Fuente: Tabulados Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural, a partir de CASEN 2006

5. Perfil de mortalidad

5.1. Características generales de la mortalidad

En general, el Servicio de Salud Araucanía Norte muestra tasas de mortalidad más altas que las del país en los dos períodos analizados. Así, mientras Chile alcanzó tanto en 2003 como en 2005 –los años de referencia para este estudio– una tasa de 5,3 x 1.000 habitantes, las cifras para la Provincia de Malleco alcanzaron a 6,7 x 1.000 y 7,4 x 1.000, respectivamente. En los mismos períodos, las tasas brutas de mortalidad de la población mapuche solo fueron levemente más altas, por lo que su riesgo de morir es muy similar al de la población no indígena en 2003; y, solo un 10% mayor en 2004-2006. (Ver Gráfico Nº 22)

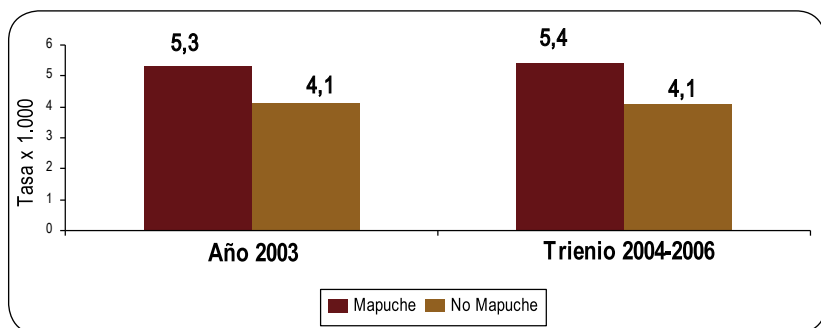
Gráfico N° 22
Tasa bruta de mortalidad mapuche y no mapuche.
(Año 2003 y Trienio 2004-2006²)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

Sin embargo, dado que –como ya se señaló– la población mapuche tiene una composición por sexo y edad distinta de la población no mapuche, es necesario ajustar estas tasas para poder hacer comparaciones más certeras entre estos dos grupos. A través de este procedimiento se releva la mayor vulnerabilidad de la población indígena, cuyos riesgos de morir son un 30% más altos que los de los no indígenas en los dos períodos. (Ver Gráfico N° 23)

Gráfico N° 23
Tasa ajustada de mortalidad mapuche y no mapuche.
(Año 2003 y Trienio 2004-2006)



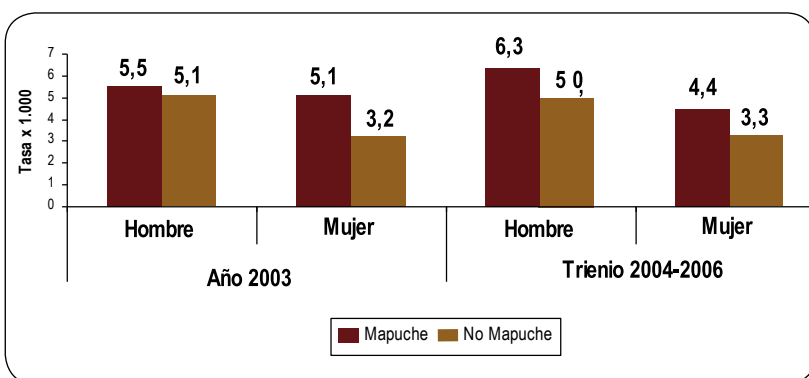
Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

2 Si bien todas las tasas incluidas en este documento han sido ajustadas, en algunos casos se presenta también la tasa bruta, con el fin de hacer comparaciones con las cifras generales disponibles para el país y el SS Araucanía Norte.

a) Diferenciaciones por sexo

Esta situación de disparidad en el riesgo de morir que afecta a la población mapuche, se verifica tanto entre hombres como entre mujeres. Así, la tasa de mortalidad en hombres mapuche es un 10% mayor a la de sus pares no mapuche, en 2003; y un 60% más alta en el trienio 2004-2006. Las mujeres mapuche, en tanto, tienen un riesgo 30% mayor que las no mapuche en ambos períodos.

Gráfico Nº 24
Tasa ajustada de mortalidad mapuche y no mapuche por sexo.
(Año 2003 y Trienio 2004-2006)



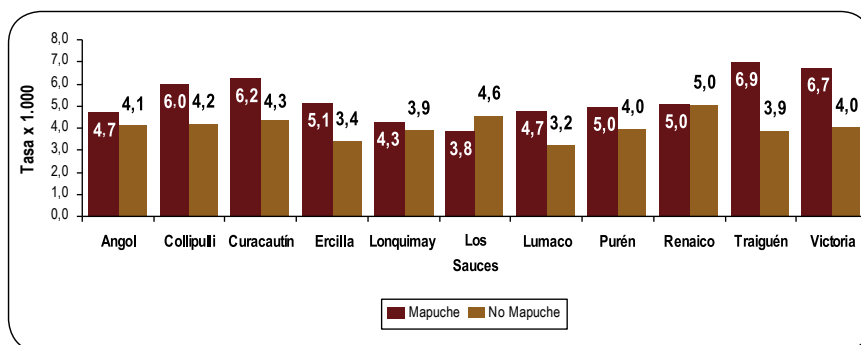
Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

Al respecto, los estudios anteriores han mostrado un patrón consistente de diferenciación en la mortalidad de las poblaciones mapuche y no mapuche: los hombres mapuche son siempre quienes presentan las mayores tasas de mortalidad general; luego se sitúan las mujeres mapuche; en tercer lugar los hombres no mapuche; y, en la posición de menor riesgo, las mujeres no mapuche. Esta tendencia que ha sido reportada para otras zonas del país, como las Provincias de Arauco y Bío-Bío, la Región de Los Ríos y las comunas del área Lafkenche de la Región de La Araucanía, y que insinúa una mayor relación de las disparidades a factores de diferenciación étnica que de género, no se observa tan claramente en la Provincia de Malleco. Aquí efectivamente son los hombres mapuche los que tienen el riesgo mayor; pero son seguidos por sus congéneres no mapuche; situándose las mujeres indígenas en tercer lugar y las no mapuche en la posición más ventajosa. (Ver Gráfico Nº 24)

b) Diferenciaciones por comuna

Los mapuche de Traiguén y Victoria son los que presentan las mayores tasas de mortalidad en la Provincia (6,9 x 1.000 y 6,7 x 1.000, respectivamente); tasas también más altas que el promedio general indígena presentado en el Gráfico N° 23, se verifican en Curacautín (6,2) y en Collipulli (6,0). Las más bajas se registran en Los Sauces, Lumaco y Purén. Más allá de esta variabilidad, en la mayoría de las comunas se aprecia una sobremortalidad mapuche, con las brechas más amplias en Traiguén (RR 1,8) y Victoria (RR 1,7); se sitúan luego Ercilla y Lumaco, con un riesgo un 50% mayor para la población mapuche; Collipulli y Curacautín, con un 40% más de riesgo; Purén y Angol (RR 1,2); y, por último, Lonquimay con una diferencial de solo el 10%. Solo las comunas de Los Sauces y Renaico escapan a esta tendencia, presentando tasas similares para mapuche y no mapuche. (Ver Gráfico N° 25)

Gráfico N° 25
Tasa ajustada de mortalidad mapuche y no mapuche por comuna.
(Trienio 2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

5.2. Mortalidad en la infancia

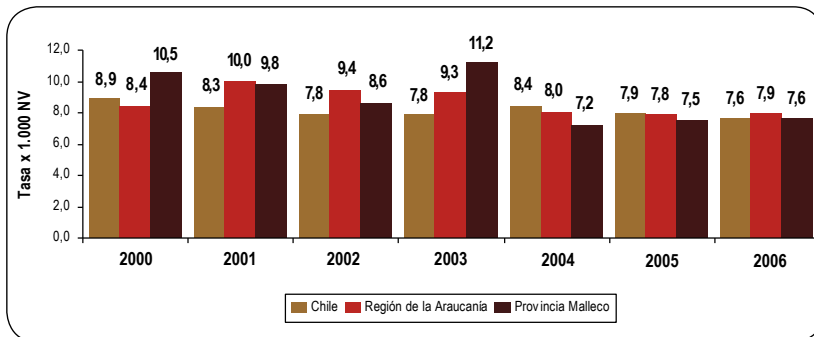
5.2.1. Mortalidad en menores de 1 año

La mortalidad infantil es considerada como uno de los indicadores más sensibles a las condiciones de vida de las poblaciones y es una elocuente expresión de la falta de implementación del derecho a la salud y la vida. Es un hecho conocido que la mortalidad infantil en el mundo ha descendido a mínimos históricos. Sin embargo, en ciertos sectores y grupos sociales –como las poblaciones rurales, los pueblos

indígenas y otros grupos minoritarios– las tasas continúan siendo altas, situación relacionada con la posición socioeconómica, la falta de acceso a servicios básicos y a atención oportuna de salud. (CEPAL-UNICEF, 2007)

Estas tendencias generales se manifiestan claramente a nivel nacional. Las cifras muestran que Chile, luego de décadas de un sostenido descenso, ha mantenido a partir del año 2000 tasas inferiores a 9 x 1.000 Nacidos Vivos, siendo uno de los países –junto a Cuba y Costa Rica– con las más bajas tasas en Latinoamérica. No obstante, también se verifican desigualdades territoriales y por grupo social, situación que se evidencia al analizar 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 este 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, 2006, 2007, 2009 y 2010).

Gráfico Nº 26
Evolución de la tasa de mortalidad infantil.
Chile, Región de La Araucanía y Provincia de Malleco (2000-2006)

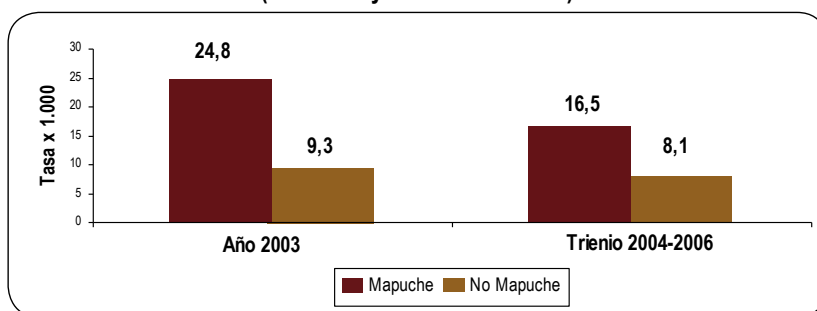


Fuente: DEIS-MINSAL

El Servicio de Salud Araucanía Norte registraba hacia el año 2003 tasas de mortalidad más altas que el país y que la Región de La Araucanía; y próximas a la tendencia del país entre 2004-2006; no obstante, tal como ocurre en otras zonas de alta concentración mapuche, estas cifras generales invisibilizan las profundas inequidades que, en este ámbito, afectan a los niños pertenecientes a este pueblo.

De hecho, la tasa estimada de mortalidad infantil³ registrada entre ellos en 2003 supera en un 170% la no mapuche; y la duplica en 2004-2006. (Ver Gráfico N° 27)

Gráfico N° 27
Tasa estimada de mortalidad infantil mapuche y no mapuche.
(Año 2003 y trienio 2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

Coincidentemente con el patrón nacional, las malformaciones congénitas generan la mayor carga de mortalidad entre los niños mapuche y no mapuche del área de cobertura del SS Araucanía Norte; en ambos grupos, éstas producen aproximadamente un tercio de las muertes. La importancia relativa de las causas evitables de mortalidad, como las afecciones neonatales y las infecciones respiratorias, difiere entre niños mapuche y no mapuche.

Tabla N° 6
Distribución relativa defunciones de menores de 1 año mapuche y no mapuche, por gran grupo de causa de muerte. (2003-2006)

Gran Grupo Causa de Muerte	Pertenencia a Pueblos Indígena		Total
	Mapuche	No Mapuche	
Malformaciones Congénitas	30,8	36,8	35,3
E. Sistema Respiratorio	26,9	11,8	15,7
Afecciones Neonatales	19,2	30,3	27,5
Síntomas y Signos mal Clasificados	11,5	10,5	10,8
Traumatismos, envenenamientos...	7,7	1,3	2,9
Otros	3,8	9,2	7,8
Total	100	100	100

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

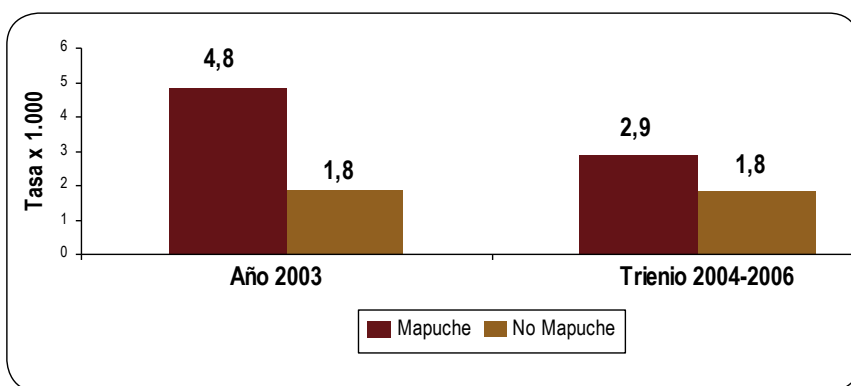
3 Dado que las estadísticas vitales no incluyen variables de identificación étnica, no se cuenta con la información necesaria para calcular la tasa de mortalidad infantil en pueblos indígenas. Sin embargo, es posible aproximarse a ella, considerando como denominador ya no los nacidos vivos en los períodos analizados, sino los niños menores de un año registrados por el Censo de Población de 2002.

5.2.2. 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. Un estudio reciente de la UNICEF llevado a cabo en 50 países concluye que, en el período comprendido entre el año 1990 y el bienio 2005-2006, la tasa de mortalidad en la niñez 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).

A nivel local, también se puede verificar una sobremortalidad de los niños indígenas menores de cinco años, ya que registran tasas más altas que los no mapuche. Si bien se aprecian brechas en los dos períodos considerados, son menos acusadas en 2004-2006. No obstante, si se considera que la mayor parte de estas muertes se originan en causas prevenibles o tratables, estas disparidades resultan inaceptables. (Ver Gráfico N° 28 y Tabla N° 7)

Gráfico N° 28
Tasa de mortalidad en la niñez mapuche y no mapuche.
(Año 2003 y trienio 2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

Tabla N° 7
Distribución relativa defunciones de menores de 5 años mapuche y no mapuche, por gran grupo de causa de muerte. (2003-2006)

Gran Grupo Causa de Muerte	Pertenencia a pueblos indígenas		Total
	Mapuche	No Mapuche	
Malformaciones congénitas	23,7	34,8	31,5
E. Sistema Respiratorio	21,1	10,1	13,4
Traumatismos, envenenamientos...	18,4	6,7	10,2
Afecciones neonatales	13,2	27	22,8
E. Sistema Circulatorio	7,9	1,1	3,1
Síntomas y Signos mal Clasificados	7,9	9	8,7
Otras causas	7,9	11,2	10,2
Total	100	100	100

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

5.3. Estructura de la mortalidad

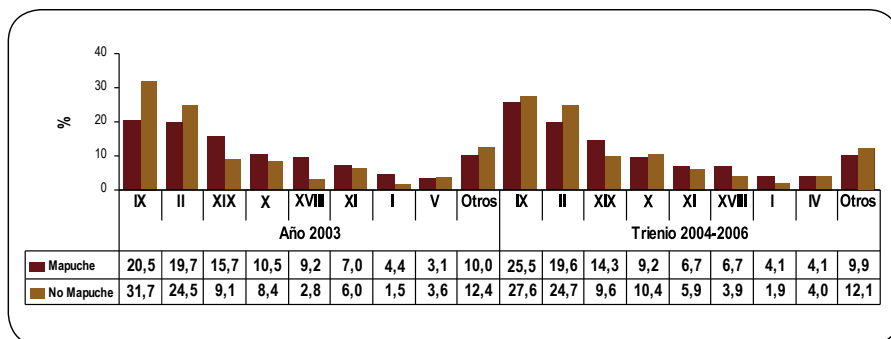
En el contexto mundial, Chile se encuentra en una etapa de transición epidemiológica asociada a un proceso gradual de envejecimiento poblacional, con un fuerte aumento de las muertes por enfermedades crónicas y degenerativas; así, alrededor de la mitad de los fallecimientos se deben a enfermedades de la vida moderna como las del Sistema Circulatorio (28,1%) y el Cáncer (24,8%); le siguen las Enfermedades del Sistema Respiratorio (9,3%) y las Causas Externas de Mortalidad (8,7%)⁴.

El Servicio de Salud Araucanía Norte presenta, a nivel global, un patrón bastante similar al nacional, al menos en lo relativo a las dos primeras causas de muerte. Las Enfermedades del Sistema Circulatorio originaron el 29,8% de las defunciones en el año 2003, y un 27,2% en el trienio 2004-2006; las muertes por Cáncer, en tanto, constituyeron el 23,6% en el primer período y el 23,8% en el segundo. Diferenciándose de la situación nacional, los Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas, constituyen aquí la tercera causa de muerte, representando el 10,3% y el 10,4% en cada período considerado. Si bien la misma estructura está presente tanto entre los mapuche como entre los no mapuche de la Provincia de Malleco, el peso relativo de cada causa difiere en ambos grupos, dado que las muertes por enfermedades del Sistema Circulatorio y por Cáncer son proporcionalmente menores entre los mapuche que entre los no mapuche; no así las muertes por Traumatismos, que son más significativas para mapuches. (Ver Gráfico N° 29)

4 Cifras del DEIS-MINSAL para el año 2005.

Aun cuando las proporciones de muertes por estados morbosos mal definidos (Grupo XVIII) y por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias no son muy elevadas en el Servicio de Salud Araucanía Norte, con proporciones bastante próximas a las registradas en el país, no ocurre lo mismo con la población mapuche, para la que estas causas continúan ocupando un lugar importante en la estructura de la mortalidad. Esta situación nos remite a problemas de acceso a la atención de salud y de certificación médica de las defunciones, por un lado, y a condiciones generales de vida más vulnerables y mayor pobreza, por el otro.

Gráfico Nº 29
Distribución relativa de defunciones mapuche y no mapuche por gran grupo de causa de muerte. (Año 2003 y trienio 2004-2006)



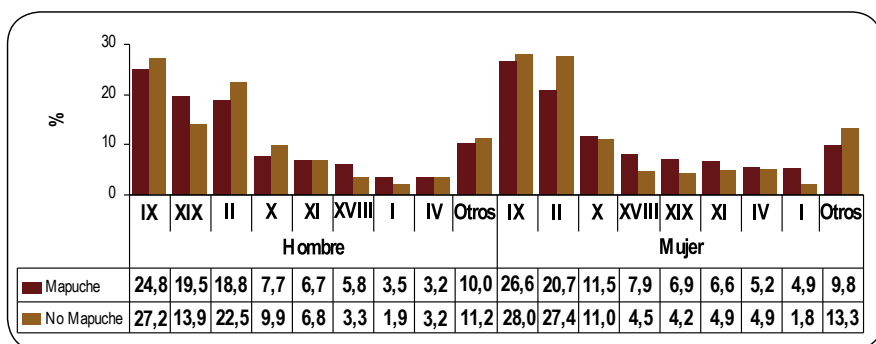
Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

a) Diferenciaciones por sexo

Si bien hombres mapuche y no mapuche comparten como primera causa de muerte las Enfermedades del Sistema Circulatorio, éstas tienen un peso relativo menor entre los primeros; se diferencian ambos grupos en la segunda causa, que para éstos corresponde a los Traumatismos, con una proporción un 40% mayor que la registrada para no mapuche. Las muertes por Cáncer, así como las originadas por Enfermedades del Sistema Respiratorio, tienen –por el contrario– un peso relativo menor entre los hombres mapuche.

Las tres primeras causas de muerte de las mujeres mapuche son las mismas que las de sus congéneres no mapuche, aunque su importancia relativa es levemente menor entre ellas para el caso de las muertes por Enfermedades del Sistema Circulatorio y por Cáncer; y muy similar en el caso de las producidas por Enfermedades del Sistema Respiratorio.

Gráfico N° 30
Distribución relativa de defunciones mapuche y no mapuche por gran grupo de causa de muerte, según sexo. (trienio 2004-2006)



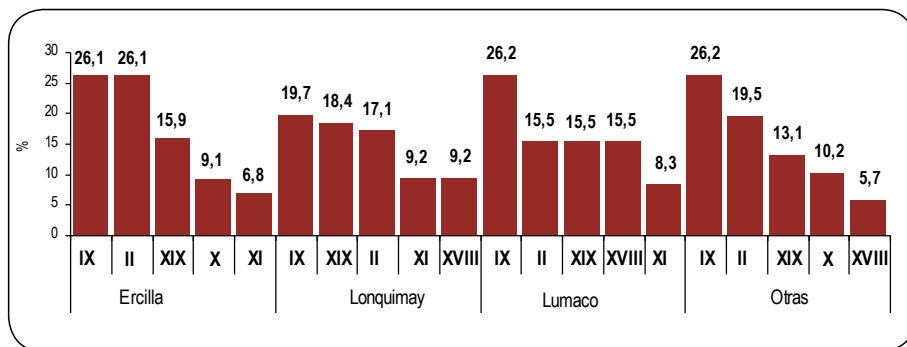
Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

b) Diferenciaciones por comuna de residencia

Buscando verificar si la estructura de la mortalidad de la población mapuche presenta variabilidades territoriales, se muestran en el Gráfico N° 31 las situaciones de Ercilla, Lonquimay y Lumaco (las tres comunas donde ésta tiene un mayor peso relativo en el contexto de la población local total) y de las restantes comunas agrupadas. Al respecto, las primeras tres causas de muertes son las mismas en casi toda el área y siguen la misma estructura general de la Provincia; solo se distinguen los mapuche de Lonquimay, con un ordenamiento distinto de estas causas.

Las Enfermedades del Sistema Circulatorio son la causa del 26% de las muertes en casi todas las comunas, con excepción también de Lonquimay, donde la cifra no alcanza al 20%. Sí se observa una gran variabilidad en la importancia relativa de las demás causas de muerte. Así, por ejemplo, en Ercilla, el Cáncer tiene un mayor impacto en la estructura comunal que en el resto del área; o las causas externas de mortalidad son proporcionalmente más importantes en la estructura de los mapuche de Lonquimay que para los de las demás comunas. (Ver Gráfico N° 31)

Gráfico Nº 31
Distribución relativa de defunciones mapuche por gran grupo de causa de muerte, según sexo comuna. (trienio 2004-2006)

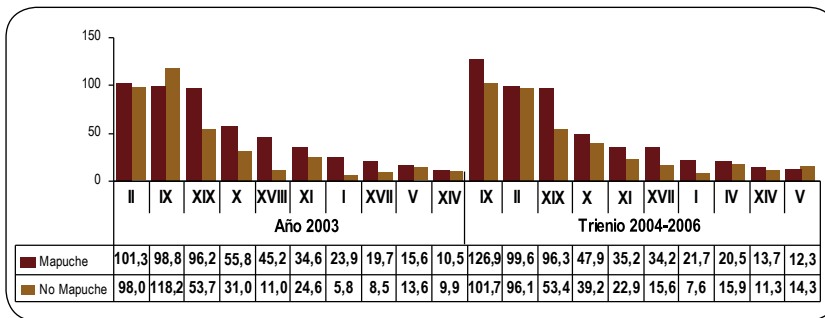


Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

5.4. Riesgos diferenciales de la mortalidad mapuche y no mapuche

Las tasas ajustadas de mortalidad por grupo de causa, muestran riesgos diferenciales entre mapuche y no mapuche. En 2003, las tasas más altas para los primeros se observan en las muertes por Cáncer, seguidas por los Traumatismos y las Enfermedades del Sistema Circulatorio, ambas con valores muy similares; para el resto de la población las tasas mayores se verifican en esta última causa de muerte, situándose luego las defunciones por Cáncer y Traumatismo. En 2004-2006, los tres grupos de causa de muerte que concentran los mayores riesgos son los mismos para ambos grupos, aunque con notorias disparidades entre ellos. Así, los riesgos relativos para todas las causas, con excepción del Cáncer, reflejan la posición más desventajosa de los mapuche, que tienen, por ejemplo, un 80% más de riesgo de morir por causas externas que los no mapuche; un 120% mayor en el caso de las causas mal definidas; un 50% más alto las Enfermedades del Sistema Digestivo; y un 190% mayor de morir por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias. (Ver Gráfico Nº 32)

Gráfico N° 32
Tasa ajustada de mortalidad mapuche y no mapuche por gran grupo de causa. (trienio 2004-2006)



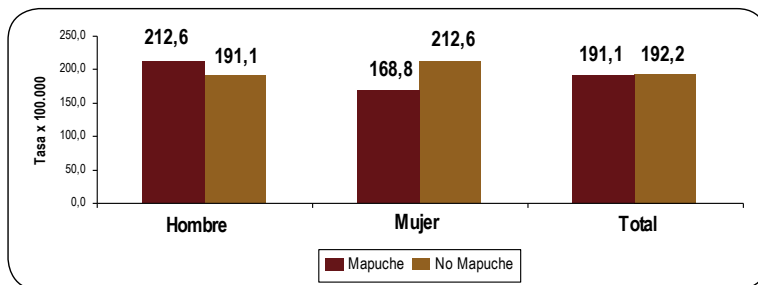
Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

5.4.1. Algunas características de las principales causas de muerte entre la población mapuche.

a) Mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio

De acuerdo a los datos disponibles en el DEIS-MINSAL, la tasa de mortalidad por esta causa en el Servicio de Salud Araucanía Norte en 2005 alcanzó 192,6 x 100.000 habitantes, un 30% mayor que la registrada para el país (149,3 x 100.000). A nivel local, sin ajustar las tasas, las cifras globales son bastante similares para mapuche y no mapuche, pero se aprecian diferenciaciones por sexo. Llama la atención que sea entre los primeros donde se verifica la tendencia nacional de mayor riesgo para los hombres; no así entre los no mapuche, cuyas mujeres tienen el riesgo mayor; es más, la tasa para éstas es similar a la de los hombres mapuche. (Ver Gráfico N° 33)

Gráfico N° 33
Tasa bruta de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio mapuche y no mapuche según sexo. (Trienio 2004-2006)

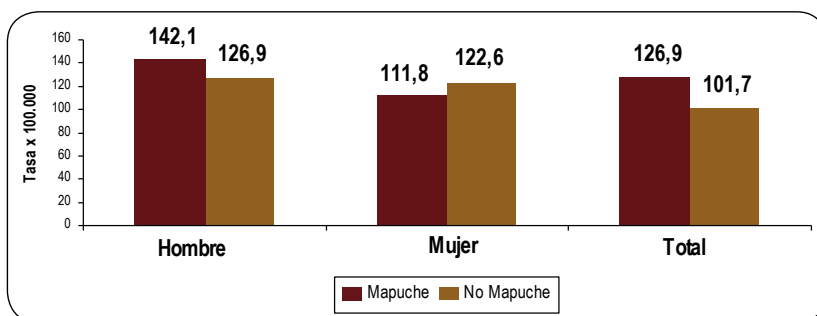


Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

Por otro lado, el contraste interétnico muestra que estos últimos tienen un 10% más de riesgo de morir por enfermedades circulatorias que los hombres no mapuche; las mujeres indígenas, al contrario, tienen un riesgo 20% menor que las no indígenas. Esta última situación pudiera estar relacionada con la mayor vigencia de factores protectores propios de la cultura mapuche entre las mujeres que entre los hombres.

Al ajustar las tasas, las disparidades étnicas se mantienen, pero se recompone la tendencia global de mayor riesgo de los hombres comparados con las mujeres, tanto en el caso de la población mapuche como de la no mapuche. (Ver Gráfico N° 34)

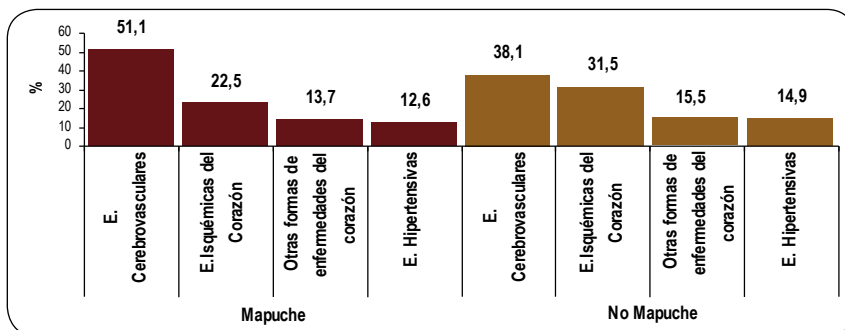
Gráfico N° 34
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio mapuche y no mapuche según sexo. (Año 2003 y trienio 2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

A nivel del país, la tendencia general es que 3 de cada 10 muertes por Enfermedades del Sistema Circulatorio corresponden a enfermedades cerebro-vasculares y otras tres a isquemia cardíaca. Como se observa en el Gráfico N° 35, la situación de la población mapuche de la Provincia de Malleco es algo distinta, pues la mitad de estas muertes se producen por enfermedades cerebro-vasculares y poco más del 20% por enfermedades isquémicas del corazón. Así, si bien las principales causas específicas dentro de este gran grupo son las mismas entre mapuche y no mapuche, y también similares a las registradas en el país, la importancia relativa de cada una de ellas es distinta para los indígenas.

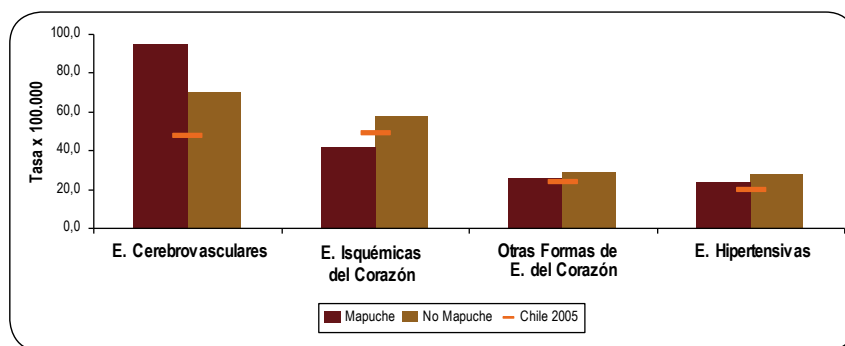
Gráfico N° 35
Distribución relativa de defunciones por Enfermedades del Sistema Circulatorio por causa específica de muerte. (Trienio 2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

Dado que el peso relativo de las enfermedades cerebro-vasculares dentro del conjunto de muertes por enfermedades circulatorias, tanto entre indígenas como no indígenas es mayor que el observado en el país, evidentemente las tasas promedio registradas para ellos en 2004-2006 superan con creces a la nacional; aunque son los mapuche lo que presentan los mayores riesgos de morir por esta causa específica, con una tasa 40% más alta que la de los no mapuche de la Provincia de Malleco; no así en las isquemias cardíacas, las enfermedades hipertensivas y las otras enfermedades del corazón, donde su riesgo es menor. (Ver Gráfico N° 36)

Gráfico N° 36
Causas específicas de mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio: tasa mapuche y no mapuche. (Trienio 2004-2006)



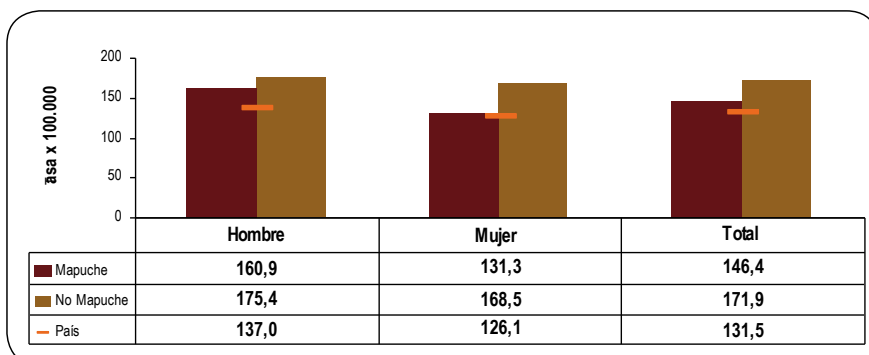
Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

b) 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 (Helman, 2000). Esta situación ha sido ya identificada en anteriores perfiles epidemiológicos, que muestran que en los pueblos indígenas del extremo norte del país, los tumores y neoplasias constituyen la primera causa de muerte; y que en algunas áreas ha llegado a convertirse, al igual que en el país, en la segunda causa de mortalidad para la población mapuche.

Gráfico N° 37

Tasa de mortalidad por cáncer en población mapuche y población no mapuche, según sexo. (trienio 2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

Tal como se aprecia en el Gráfico N° 37, en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte las tasas de mortalidad por Cáncer son sostenidamente más altas a las registradas en el país para el año 2005, sin distinción de condición étnica de la población. Sin embargo, tanto los hombres como las mujeres mapuche tienen un menor riesgo de morir por esta causa que sus congéneres no mapuche.

De manera consistente con las tendencias nacionales, la mayor parte de estas muertes, tanto entre mapuche como no mapuche, y sin distinción por sexo, corresponde a Cáncer de los órganos digestivos; las neoplasias de los órganos genitales se sitúan en segundo lugar, aunque tienen un peso significativamente mayor entre los hombres mapuche. Llama también la atención que el Cáncer de las vías urinarias tiene tanto en hombres como mujeres un mayor peso relativo entre la población mapuche. (Ver Tabla N° 8)

Tabla N° 8
Distribución relativa de defunciones por cáncer en población mapuche y no mapuche por causa específica de muerte, según sexo. (trienio 2004-2006)

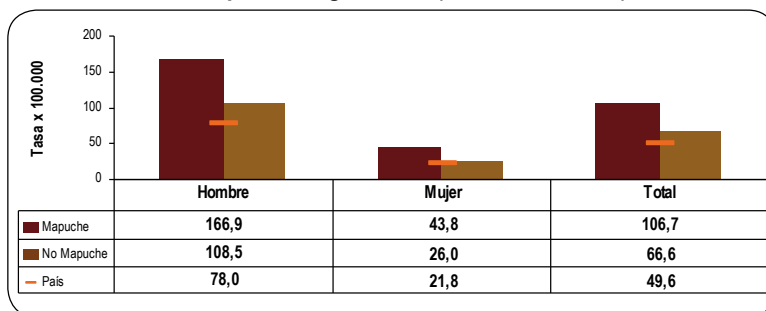
Localización	Mapuche			No Mapuche			Diferencia interétnica	
	Sexo		Diferencia Relativa	Sexo		Diferencia Relativa	Hombre	Mujer
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer			
Órganos digestivos	54,3	60,3	0,9	53	47,9	1,1	1	1,3
Órganos genitales	21	12,7	1,7	16,2	13,1	1,2	1,3	1
Tejido linfático	6,2	6,3	1	3,9	6,2	0,6	1,6	1
Órganos respiratorios	3,7	4,8	0,8	7,8	5,1	1,5	0,5	0,9
Vías urinarias	6,2	6,3	1	3,9	3,5	1,1	1,6	1,8
De comportamiento incierto o desconocido	2,5	3,2	0,8	4,6	4,4	1	0,5	0,7
Sitios mal definidos secundarios	2,5	3,2	0,8	5,7	7,4	0,8	0,4	0,4
Otras	3,7	3,2	1,2	5	12,4	0,4	0,7	0,3
Total	100	100	-	100	100	-	-	-
N	81	63	-	144	438	-	-	-

Fuente: *Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011*

c) Mortalidad por traumatismos, envenenamientos y otras causas externas de mortalidad (grupo XIX)

A nivel global, la mortalidad por causas externas presenta una clara diferenciación por sexo, afectando en mayor medida a los hombres. Esta situación se expresa tanto entre mapuche como no mapuche, aunque las disparidades por sexo son menos acusadas entre los primeros. Aunque los dos grupos, sin distinciones de género, presentan tasas superiores a las nacionales, se registran a nivel provincial situaciones de gran desigualdad étnica. Así, los hombres mapuche tiene un 50% más de riesgo de morir por estas causas que los no mapuche; y la brecha entre las mujeres es incluso más amplia, con un riesgo un 70% mayor de las mapuche respecto de las no mapuche. En esta situación, como en otras ya descritas con anterioridad, se expresa la compleja interacción de los determinantes sociales etnia y género en la configuración del perfil de salud de los pueblos indígenas. (Ver Gráfico N° 38)

Gráfico N° 38
Tasa de mortalidad por traumatismos en población mapuche y población no mapuche, según sexo. (trienio 2004-2006)⁵



Fuente: *Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011*

5 Las tasas para el país corresponden al 2005.

Las lesiones autoinfligidas intencionalmente constituyen la principal causa externa de mortalidad para la población mapuche; no así para la no mapuche, entre quienes este lugar es ocupado por las muertes ocasionadas como consecuencia de accidentes de tránsito. No obstante, entre ellos, las lesiones autoinfligidas intencionalmente son también proporcionalmente elevadas, con su mayor expresión entre los hombres de este grupo.

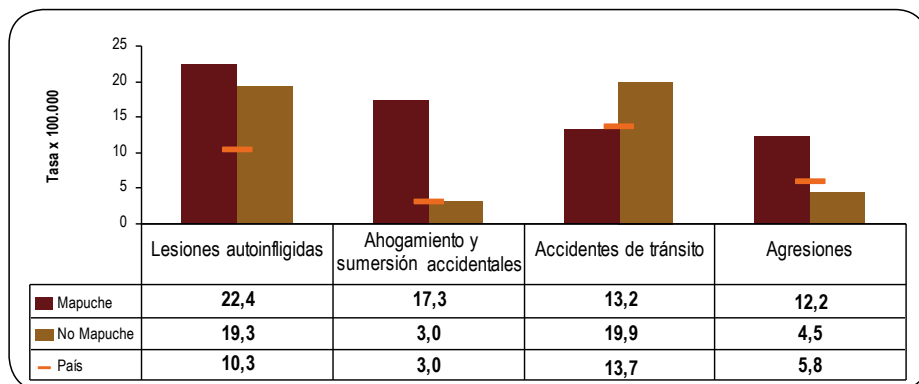
Tabla N° 9
Distribución relativa de defunciones por Grupo XIX en población mapuche y no mapuche por causa específica de muerte. (Trienio 2004-2006)

Causa Específica	Mapuche			No Mapuche			Total
	Sexo		Total	Sexo		Total	
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	22,6	14,3	21	32,8	13,4	29	27,1
Ahogamiento y sumersión accidentales	15,5	19	16,2	4,4	4,5	4,4	7,2
Accidentes de tránsito	13,1	9,5	12,4	31	25,4	29,9	25,7
Agresiones	11,9	9,5	11,4	6,6	7,5	6,8	7,9
Exposición al fuego, humo y llamas	9,5	19	11,4	2,6	4,5	3	5
Exposición accidental a otros factores	9,5	4,8	8,6	5,5	4,5	5,3	6,1
Caídas	4,8	19	7,6	8,5	31,3	13	11,7
Otras	13,1	4,8	11,4	8,5	9	8,6	9,3
Total	100	100	100	100	100	100	100
N	84	21	105	271	67	338	443

Fuente: *Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011*

Se ha calculado tasas para las principales causas externas de mortalidad en población mapuche. Al respecto, se constata que, al igual que lo observado para los mapuche de otras regiones del país, en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte esta población tiene un riesgo mayor de morir por esta causa que la población no mapuche, aunque las brechas no son tan grandes como las registradas en otros servicios de salud. Además, las tasas de ambos grupos superan a las registradas en el país para 2005 (10,3 x 100.000). En el caso de los ahogamientos y sumersiones accidentales, la tasa mapuche sextuplica la no mapuche; y las muertes por agresiones son un 170% mayor. (Ver Gráfico N° 39)

Gráfico N° 39
Tasa de mortalidad por Traumatismos mapuche y no mapuche.
Causas específicas seleccionadas. (Trienio 2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

La mayor incidencia del suicidio en poblaciones indígenas ha sido tema de preocupación en los últimos años. Si bien no existe información sistemática al respecto, a partir de los antecedentes disponibles se pueden identificar dos tendencias: 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 suicido en jóvenes se está incrementando más que en otros grupos etarios. 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, 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)

Las cifras recién señaladas parecen confirmar esta tendencia entre los mapuche de la Provincia de Malleco; situación que también se ha verificado en otros pueblos indígenas del país, a través de los estudios que previamente se han desarrollado en el marco de este proyecto. Otro rasgo también común a los demás pueblos indígenas es que el porcentaje de jóvenes que se ven fuertemente involucrados en estos eventos es muy significativo: un 36,7% de los suicidios mapuche ocurren en menores de 30 años, cifra que en los no mapuche se reduce al 23,4%.

6. Perfil de morbilidad

6.1. 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. Las Unidades de Epidemiología de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud deben encontrar las fuentes de contagio y entregar el tratamiento adecuado dependiendo de cada enfermedad. Algunas de estas enfermedades 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 solo se ven afectados por el hecho de que las personas consulten, sino también por el hecho de que los médicos notifiquen oportunamente.

Tabla N° 10
Distribución relativa de notificaciones por enfermedad específica.
Mapuche y no mapuche (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)

Enfermedad	Trienio 2001-2003			Trienio 2004-2006			Total
	Pertenencia a pueblos indígenas		Total	Pertenencia a pueblos indígenas		Total	
	Mapuche	No Mapuche		Mapuche	No Mapuche		
Otras Hepatitis Virales	64,6	66,6	66,1	44,6	48,3	48,1	62,2
Equinococosis	10,1	2	3,6	26,2	16,7	19,3	7
Fiebre tifoidea y paratifoidea	6,9	7,2	7,1	6,2	8,3	7,6	7,2
Escarlatina	5,3	11,1	10	1,5	4,4	3,8	8,6
Parotiditis	4,2	3,7	3,8	6,2	11,1	9,1	5
Meningitis	1,1	1,3	1,3	3,1	2,8	2,7	1,6
Tos ferina	1,1	0,7	0,7	0	1,1	0,8	0,7
Hepatitis A	1,1	0,5	0,6	7,7	0,6	2,3	1
Uretritis	1,1	0,4	0,6	0	0,6	0,4	0,6
Triquinosis	0,5	1,5	1,3	1,5	1,7	1,9	1,4
Intoxicación alimentaria bacteriana	0,5	1,3	1,2	0	0	0	0,9
Hantavirus	0,5	1,2	1,1	1,5	1,7	1,5	1,2
Otras ENO	3,2	2,5	2,6	1,5	2,8	2,7	2,6
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

En el período comprendido entre el 2001 y el 2006, se verificaron 1.773 notificaciones de estas enfermedades. Para este análisis se excluyeron las notificaciones de Tuberculosis (que se analizan en otro apartado); así como las de VIH, infección gonocócica, Sífilis y otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, cuyo registro no permite utilizar de manera sistemática la metodología definida para distinguir a la población mapuche de la no mapuche. Así, se analizaron 1.208 casos: 21,0% correspondientes a población mapuche; 77,3% a población no mapuche y 1,7% a casos a los que no se pudo imputar condición étnica. (Ver Tabla N° 10)

En términos generales no se aprecian grandes diferencias entre mapuches y no mapuche, siendo el grupo de las Hepatitis (excluyendo la Hepatitis A) más de la mitad de todas las ENO. Le siguen en importancia relativa la Escarlatina, las Equinocosis⁶, la Fiebre Tifoidea y Paratifoidea y la Parotiditis (o paperas).

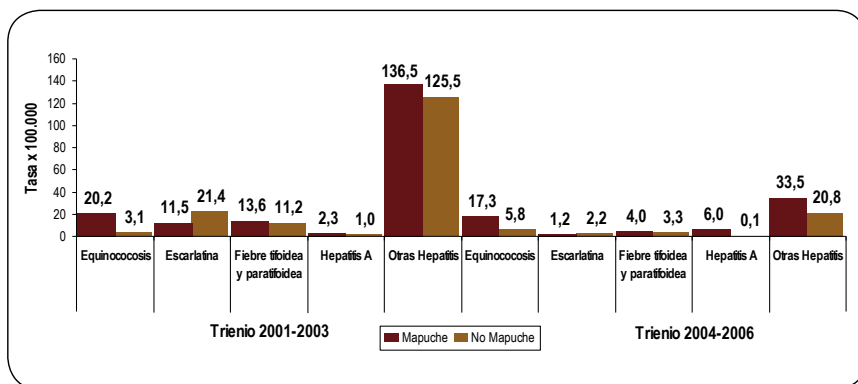
En el primer trienio analizado, prácticamente 7 de cada 10 notificaciones correspondieron a Hepatitis del grupo ya descrito, que tiene un peso relativo bastante similar para mapuche y no mapuche (64,6% y 66,6%, respectivamente). En este período, la infección equinocócica, o Hidatidosis humana, es bastante más elevada en los mapuche (10,1%) que en el resto de la población (2,0%). Por su parte, la Escarlatina tiene mayor importancia en población no mapuche.

En el trienio 2004-2006, si bien el grupo de las Hepatitis no A disminuye, continúan teniendo el de mayor peso relativo, aportando casi la mitad de todas las notificaciones del período. Otra situación de importancia sanitaria en este trienio es el aumento de la Hidatidosis humana en los dos grupos analizados, aunque sigue teniendo una importancia relativa mayor entre los mapuche.

A nivel de tasas, la Hepatitis B y otras Hepatitis virales se perfilan claramente como las de mayor riesgo en los dos trienios considerados. Sin embargo, es la población mapuche la que presenta las tasas más altas en cada uno de ellos, con riesgos 10% mayores en el primero y 60% más alto en el segundo. En los dos períodos las mayores disparidades étnicas se presentan en las notificaciones de Hidatidosis humana y Hepatitis A, aun cuando las tasas para esta última enfermedad son bajas.

6 Equinocosis, también conocida como enfermedad hidatídica o Hidatidosis humana, es una infección que se produce por la ingesta de agua o comida contaminada con la larva de la *Taenia Echinococcus*, que con frecuencia se encuentra en perros y en el ganado, especialmente en ovejas.

Gráfico N° 40
Tasa ajustada incidencia ENO seleccionadas mapuche y no mapuche.
(Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

Como se aprecia en el Gráfico N° 40, en el trienio 2004-2006 disminuyen ostensiblemente las tasas en casi todas las enfermedades, con excepción de la Escarlatina, situación que parece estar asociada a cambios en la notificación de estas patologías, dado que en este período se registró un tercio de las notificaciones hechas en el período anterior. Por esta razón, resultaría aventurado profundizar en el análisis de las ENO, pues parecen no reflejar de manera certera el comportamiento de estas enfermedades entre la población mapuche del área.

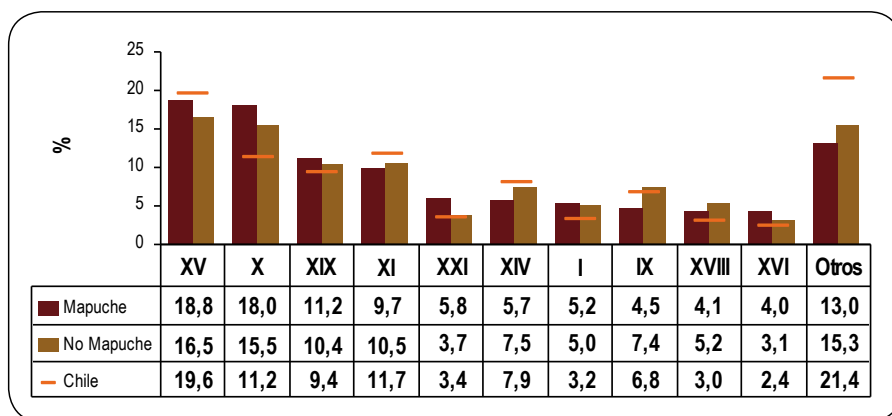
6.2. Egresos hospitalarios

Aunque el registro de los egresos hospitalarios reviste un importante sesgo, ya que solo representan las enfermedades prevalentes en el sector de la población que tiene acceso a centros de salud que poseen sistemas de hospitalización, constituye la principal fuente convencional disponible para el estudio de la morbilidad. Por esta razón, han sido incluidos en los perfiles epidemiológicos desarrollados hasta ahora en el marco del Proyecto de Epidemiología Sociocultural.

En este estudio se procesaron los datos disponibles para el trienio 2004-2006, durante el cual, en los siete hospitales de la Provincia de Malleco, registraron 76.880 egresos. De ellos, un 18,3% corresponde a usuarios mapuche y un 81,5% a usuarios no mapuche. En 123 casos (0,2%) no fue posible definir la condición étnica del usuario.

El patrón observable en el Servicio de Salud Araucanía Norte es similar al del resto del país, que tiene como principal causa de egreso las situaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, que representa el 18,8% de los egresos mapuche, proporción levemente más alta que la de no mapuche, que alcanza a un 16,5%. También siguiendo la tendencia nacional, las Enfermedades del Sistema Respiratorio constituyen el segundo diagnóstico de egreso más importante tanto para mapuche como para no mapuche, aunque para los primeros su peso relativo es algo mayor. En tercer lugar se ubican, también para ambos grupos, los egresos por Traumatismos, Envenenamientos y otras Causas Externas. (Ver Gráfico N° 41)

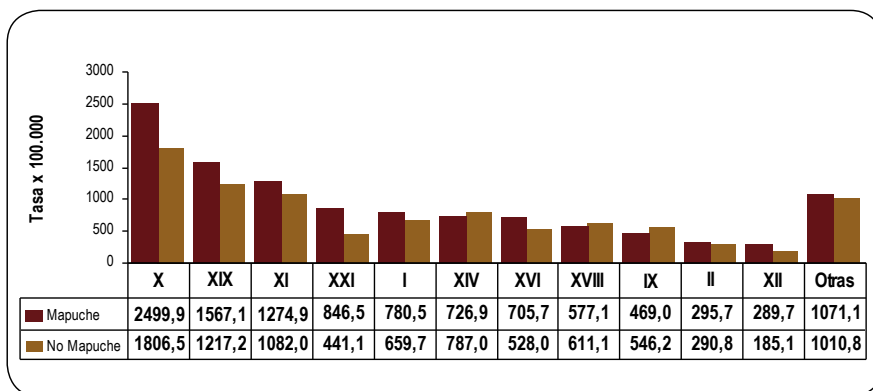
Gráfico N° 41
Frecuencia relativa de los egresos hospitalarios por gran grupo de Enfermedad. Mapuche y no mapuche (2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

En el Gráfico N° 42 se presentan las tasas ajustadas de egresos por grandes grupos de enfermedad, excluyendo el Embarazo, Parto y Puerperio. En él se aprecia que las tasas para las tres principales causas registradas para el SS Araucanía Norte son más elevadas en la población mapuche que en la no mapuche. También son más altas en los egresos por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias; así como en Afecciones Originadas en el Período Neonatal y Enfermedades de la Piel. Por el contrario son levemente inferiores las Enfermedades del Sistema Genitourinario y del Sistema Circulatorio.

Gráfico Nº 42
Tasa ajustada de egresos hospitalarios mapuche y no mapuche,
por gran grupo de enfermedad. (2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

7. La situación de la Tuberculosis

La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa producida por el Bacilo de Koch, que –desde el punto de vista sanitario– es prevenible y curable mediante un acceso oportuno a un tratamiento eficiente. Sin embargo, es todavía una importante causa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial. Según estimaciones de la OMS, en 2007 en el mundo ocurrieron cerca de 1,8 millones de muertes por Tuberculosis en todas sus formas (26,6 por 100.000 habitantes). De ellas, más de 40 mil se produjeron en la región de las Américas, lo que implica una tasa de 4,5 por 100.000 habitantes. (OPS, 2009)

Los antecedentes epidemiológicos muestran una gran dispersión mundial de la TBC, y una distribución desigual, con tasas más altas en los países menos desarrollados, especialmente en Asia y África. De hecho, se estima que un 95% de los casos se producen en los países en vías de desarrollo y solo un 5% en los países industrializados.

Durante el siglo XIX y mediados del XX fue 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, se produjo una disminución de la incidencia de esta enfermedad y de las muertes que ocasionaba. Sin embargo, desde comienzos de los 90 es considerada por la OMS como una enfermedad re-emergente, debido a problemas en el cumplimiento del tratamiento, que favorece la resistencia a las drogas y la interacción con VIH, ya sea por reactivación de la infección tuberculosa previa o por infección primaria debida a una condición inmunológica deprimida.

Se afirma que, dadas las vastas inequidades que persisten en el mundo, los individuos que tienen TBC en la actualidad probablemente pertenecen a grupos que ocupan posiciones marginales en la estructura social, con acceso desigual a bienes, recursos, alimentación, atención médica, educación y otros (Farmer, 1999; 2002). Por ello, para enfrentar el diseño de estrategias adecuadas que permitan superar esta situación, es necesario trascender los factores fisiopatológicos de la enfermedad, incluyendo los aspectos socioeconómicos y socioculturales. En este sentido, es especialmente relevante conocer la cultura del enfermo, familia y comunidad para comprender cómo ésta conforma la aparición, curso y resultado de la enfermedad; así como diseñar e implementar estrategias de tratamiento pertinentes (Vechaito, 1997, Dale Neddham et al 2000; Jintana et al 2000, Karen Ito 1999).

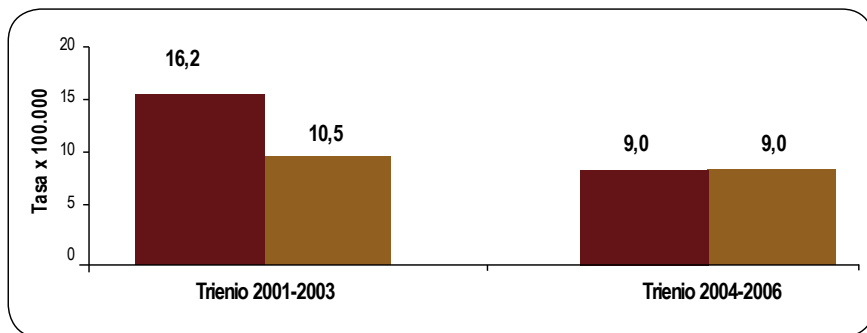
A pesar de que en Chile el programa de TBC es gratuito y universal, esta enfermedad se mantiene en forma endémica con tasas relativamente elevadas en la XV, I, VIII y X Región, que son además las áreas que concentran una importante población indígena. Diversos factores ponen a esta población en general en un riesgo mayor de contraer la enfermedad. Entre ellos destacan: las condiciones de vida desfavorables (residir en áreas confinadas, con ventilación pobre y bajas condiciones de saneamiento ambiental), los efectos de la migración campo-ciudad, las características socioculturales relacionadas con un modelo de salud-enfermedad-curación distinto al predominante en el mundo occidental, la falta de adecuación cultural de los servicios y algunos problemas en la organización médica. Esta persistencia de altas tasas de TBC en territorios con alta presencia de población indígena, ha motivado que en todos los perfiles hasta ahora realizados, se analice de manera especial la morbi-mortalidad por esta causa.

7.1. Morbilidad por Tuberculosis

La incidencia de Tuberculosis en la Provincia de Malleco muestra una situación bastante particular: en el trienio 2001-2003 la tasa de incidencia en la población mapuche es mucho mayor que la encontrada para población no mapuche; en ese sentido, es consistente con el patrón descrito en diagnósticos epidemiológicos anteriores, aunque –en términos de intensidad– esta tasa es menor que la descrita para población mapuche de los servicios de salud de Bío-Bío, Arauco, Araucanía Sur (comunas del área lafkenche) y Valdivia.

En el trienio 2004-2006 se produce una situación paradójica, la tasa de incidencia mapuche disminuye casi a la mitad, igualando a la tasa de incidencia no mapuche (que también disminuye, aunque en menor medida). Es probable que este descenso, por lo menos en el caso mapuche, sea más bien un “artefacto” relacionado con insuficiencias en la pesquisa y el diagnóstico, y no necesariamente refleje la situación epidemiológica real.

Gráfico N° 43
Tasa ajustada de incidencia de TBC mapuche y no mapuche.
(Trienios 2001-2003 y 2004-2006)

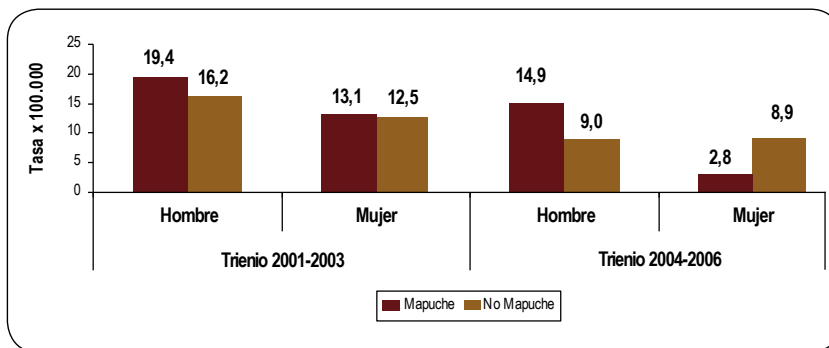


Fuente: *Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011*

Un análisis por sexo de las tasas de incidencia muestra, para el trienio 2001-2003, una tendencia ya descrita en los perfiles epidemiológicos de la población indígena de otras zonas del país: el riesgo de enfermar de Tuberculosis es más alto en los hombres mapuche, seguido por hombres no mapuche, luego por las mujeres mapuche y finalmente las mujeres no indígenas. Está claro que la vulnerabilidad y el riesgo se concentra en los hombres mapuche, tendencia que por lo demás parece ser universal. No obstante, también se manifiestan brechas por condición étnica, ya que ellos tienen un riesgo un 20% mayor que sus pares no indígenas; situación a la que se suman las disparidades por género, ya que los hombres indígenas tienen 60% más de riesgo de contraer TBC que una mujer no indígena.

En el trienio 2004-2006, la tasa de TBC desciende para hombres y mujeres indígenas y no indígenas, aunque se producen diferencias importantes entre ellos, dado que se registra la menor disminución en hombres mapuche y la mayor en mujeres mapuche. Al respecto, hay que señalar que –al igual que lo que ocurre con las demás Enfermedades de Notificación Obligatoria en este período– este drástico descenso pudiera obedecer más a problemas en la pesquisa y en el acceso a atención, que a mejorías sustanciales en el control de la enfermedad.

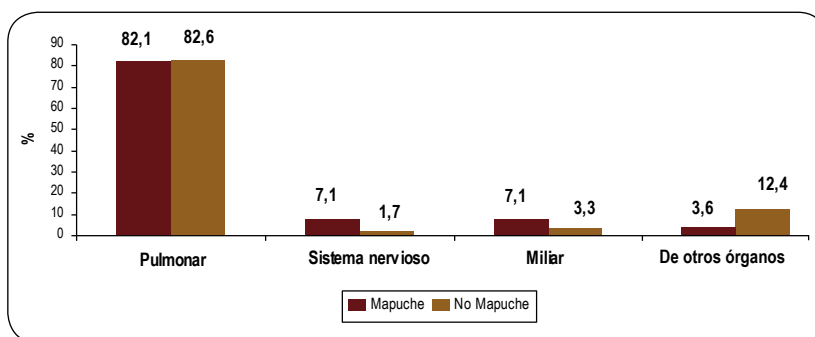
Gráfico N° 44
Tasa ajustada de Incidencia de TBC mapuche y no mapuche por sexo.
(Trienio 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

Como se aprecia en el Gráfico N° 45, 8 de cada 10 casos de TBC, tanto en población mapuche como no mapuche, son pulmonares; si bien los casos son pocos, los mapuche presentan proporcionalmente más infecciones tuberculosas en el sistema nervioso y miliar que los no mapuche.

Gráfico N° 45
Distribución relativa de los casos de Tuberculosis mapuche y no mapuche por localización. (2001-2006)

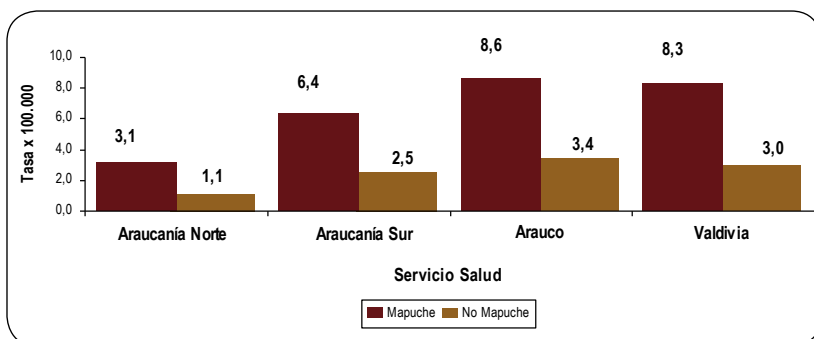


Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011

7.2. Mortalidad por Tuberculosis

La tasa ajustada de mortalidad por Tuberculosis entre la población mapuche de la Provincia de Malleco es de 3,3 por 100.000 habitantes para el trienio 2004-2006, cifra bastante menor que la encontrada para la población mapuche de otros servicios de salud, cuyas tasas se encuentran alrededor de 8 por 100.000. Pese a ello, es posible apreciar una sobremortalidad mapuche por esta causa, con un riesgo 180% más alto del observado en la población no mapuche del área. (Ver Gráfico N° 46)

Gráfico N° 46
Tasa ajustada de mortalidad por TBC mapuche y no mapuche.
4 Servicios de Salud (Trienio 2004-2006)



Fuente: Tabulados Especiales Proyecto Epidemiología Sociocultural, 2011; Oyarce y Pedrero, 2009, 2010 y 2011

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados de este estudio apoyan una de las hipótesis de trabajo que ha orientado el Proyecto de Epidemiología Sociocultural: que a mayor contacto con la sociedad occidental, los pueblos indígenas asumen 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. En el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte, las estructuras similares de la mortalidad mapuche y no mapuche y las brechas étnicas –aunque variables– en la mayoría de los grupos de causa de muerte remiten precisamente a este fenómeno.

En el perfil epidemiológico de la población mapuche de la Provincia de Malleco se evidencia tanto similitudes como diferencias respecto de poblaciones mapuche de otras regiones del país. El principal rasgo compartido es la sobremortalidad indígena en la mayoría de los grupos de causa de muerte y en casi todos los grupos de edad; si bien las brechas son bastante sistemáticas, son menores en esta Provincia que en Bío-Bío, Valdivia, Arauco y las comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur.

La mayor vulnerabilidad de la población mapuche se expresa en algunos de los indicadores que mejor trazan las inequidades: la mortalidad infantil y la mortalidad por Tuberculosis. Los resultados muestran que los niños mapuche de esta provincia tienen un 100% más de riesgo de morir antes de cumplir 1 año que los niños no mapuche; y, un riesgo 60% mayor de morir antes de los 5 años. En el caso de la TBC, aun cuando las tasas de mortalidad son más bajas que las registradas para otras poblaciones mapuche, se evidencia una gran disparidad respecto del resto de la población.

Mejorar las condiciones de salud de la población mapuche y superar las inequidades relevadas en este estudio constituye un gran desafío para el Servicio de Salud Araucanía Norte. Un primer paso ha sido visibilizar las desigualdades; ahora es necesario diseñar, en conjunto con las comunidades indígenas, estrategias oportunas, eficientes y culturalmente pertinentes. Para ello, parece indicado avanzar en los siguientes aspectos:

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.

Dado que entre la población mapuche de la Provincia de Malleco, al igual que en otros pueblos indígenas del país, se registran tasas de suicidio más altas que en el resto de la población, es importante generar información sobre el daño a la salud mental de esta población, particularmente aquel relacionado con depresión y suicidio, pues es posible asumir que estos problemas irán paulatinamente en aumento, de mantenerse la tendencia al quiebre cultural y la acelerada modernización.

Para avanzar en una mejor comprensión de la salud mental en general, y del suicidio en particular, entre la población mapuche, evitando sesgos etnocéntricos, se debería investigar:

- Las fuentes de valor socialmente aceptadas
- Las situaciones de pérdida y metas vitales bloqueadas en el contexto de vida 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 entre los pueblos indígenas
- El lenguaje de las emociones

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 solo 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, espiritual, etc.

Procesos similares debieran impulsarse para conocer el significado de la Tuberculosis en las comunidades mapuche, en especial por el mayor riesgo de contraer esta enfermedad que tienen los hombres de este pueblo en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte. 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
- La interacción entre las determinantes posición socio-económica, género y etnia en la incidencia de la enfermedad.

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 en Chile 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.

Sin embargo, se debe tener presente que aun cuando los registros convencionales de salud clásicos incluyeran la variable etnia, no sería posible construir –a partir de ellos– indicadores que permitan situar los problemas de salud en el marco de la cultura indígena. Por lo mismo, es necesario 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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beckman L. y K. Kawachi

2000, Social Epidemiology. Oxford Press Nº 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, Health and Illness. An introduction for the Health professionals. Oxford University Press

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

2000, The Mental Health of Indigenous Peoples. Culture and Mental Health Research Unit. Report N° 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 Nº 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 Nº 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 Nº 4. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Oyarce, A y Malva-marina Pedrero

2009, Perfil epidemiológico básico. Pueblos kawésqar, yámana y mapuche-willich 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

OPS

2009, Tuberculosis en Las Américas. Reporte Regional 2009



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO BÁSICO DE LA POBLACIÓN
MAPUCHE RESIDENTE EN EL ÁREA DE COBERTURA
DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE

ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla N° 1
Red Asistencia Servicio de Salud Araucanía Norte

Comuna	Hospitales			CESFAM	CECOF	Centro Salud Rural	Posta Salud Rural	Hospital Campaña	SAPU	CDM	Total
	Complejidad										
	Mayor	Mediana	Menor								
Angol	1			3	1		4	3	1	1	14
Collipulli			1				6				7
Curacautín			1				8				9
Ercilla						1	5				6
Lonquimay			1				8				9
Los Sauces						1	4				5
Lumaco					1	1	5				7
Purén			1				5				6
Renaico				1			1				2
Traiguén		1					6				7
Victoria	1			1	1		7				10
Total	2	1	4	5	3	3	59	3	1	1	82

Fuente: DEIS-MINSAL, 2010

Tabla N° 2
**Provincia de Malleco: Distribución de la población por grupos
quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo**

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche					
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
0 a 4 años	1.432	1.463	2.895	6.348	6.096	12.444	7.780	7.559	15.339
5 a 9 años	1.725	1.781	3.506	7.779	7.543	15.322	9.504	9.324	18.828
10 a 14 años	1.923	1.937	3.860	9.042	8.616	17.658	10.965	10.553	21.518
15 a 19 años	1.736	1.502	3.238	7.570	7.358	14.928	9.306	8.860	18.166
20 a 24 años	1.301	1.144	2.445	5.475	5.527	11.002	6.776	6.671	13.447
25 a 29 años	1.130	1.072	2.202	5.317	5.601	10.918	6.447	6.673	13.120
30 a 34 años	1.237	1.206	2.443	5.773	6.103	11.876	7.010	7.309	14.319
35 a 39 años	1.190	1.109	2.299	6.320	6.695	13.015	7.510	7.804	15.314
40 a 44 años	1.032	914	1.946	6.094	6.102	12.196	7.126	7.016	14.142
45 a 49 años	836	801	1.637	4.898	5.063	9.961	5.734	5.864	11.598
50 a 54 años	699	670	1.369	4.213	4.271	8.484	4.912	4.941	9.853
55 a 59 años	633	591	1.224	3.291	3.603	6.894	3.924	4.194	8.118
60 a 64 años	560	506	1.066	3.080	3.246	6.326	3.640	3.752	7.392
65 a 69 años	481	472	953	2.606	2.875	5.481	3.087	3.347	6.434
70 a 74 años	369	312	681	2.200	2.549	4.749	2.569	2.861	5.430
75 a 79 años	252	235	487	1.438	1.687	3.125	1.690	1.922	3.612
80 a 84 años	134	123	257	864	1.145	2.009	998	1.268	2.266
85 y + años	98	125	223	661	995	1.656	759	1.120	1.879
Total	16.768	15.963	32.731	82.969	85.075	168.044	99.737	101.038	200.775

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 3
Provincia de Malleco: Distribución de la población por comuna,
según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Comuna	Pertenencia a pueblos indígenas						Población Total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		Total
	Sexo		Total	Sexo		Total	Hombre	Mujer	
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer				
Angol	1158	1167	2325	22418	23805	46223	23576	24972	48548
Collipulli	1812	1735	3547	9363	9471	18834	11175	11206	22381
Curacautín	539	473	1012	7758	8091	15849	8297	8564	16861
Ercilla	2213	2060	4273	2473	2385	4858	4686	4445	9131
Lonquimay	2290	2257	4547	2867	2600	5467	5157	4857	10014
Los Sauces	695	667	1362	3176	3065	6241	3871	3732	7603
Lumaco	2242	2040	4282	3758	3295	7053	6000	5335	11335
Purén	1285	1220	2505	5197	5263	10460	6482	6483	12965
Renaico	144	153	297	4413	4496	8909	4557	4649	9206
Traiguén	1542	1546	3088	7874	8217	16091	9416	9763	19179
Victoria	2848	2645	5493	13672	14387	28059	16520	17032	33552
Total	16768	15963	32731	82969	85075	168044	99737	101038	200775

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 4
Comuna de Angol: Distribución de la población por grupos
quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		Total
	Sexo		Total	Sexo		Total	Hombre	Mujer	
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer				
0 a 4 años	87	97	184	1.736	1.759	3.495	1.823	1.856	3.679
5 a 9 años	127	103	230	2.048	2.037	4.085	2.175	2.140	4.315
10 a 14 años	133	139	272	2.618	2.325	4.943	2.751	2.464	5.215
15 a 19 años	153	138	291	2.105	2.262	4.367	2.258	2.400	4.658
20 a 24 años	80	101	181	1.485	1.582	3.067	1.565	1.683	3.248
25 a 29 años	72	85	157	1.524	1.594	3.118	1.596	1.679	3.275
30 a 34 años	96	93	189	1.612	1.738	3.350	1.708	1.831	3.539
35 a 39 años	92	81	173	1.645	1.881	3.526	1.737	1.962	3.699
40 a 44 años	70	64	134	1.655	1.753	3.408	1.725	1.817	3.542
45 a 49 años	63	57	120	1.331	1.432	2.763	1.394	1.489	2.883
50 a 54 años	45	53	98	1.104	1.173	2.277	1.149	1.226	2.375
55 a 59 años	43	45	88	870	958	1.828	913	1.003	1.916
60 a 64 años	25	22	47	794	872	1.666	819	894	1.713
65 a 69 años	21	29	50	690	771	1.461	711	800	1.511
70 a 74 años	30	19	49	524	695	1.219	554	714	1.268
75 a 79 años	9	18	27	332	420	752	341	438	779
80 a 84 años	7	12	19	196	282	478	203	294	497
85 y + años	5	11	16	149	271	420	154	282	436
Total	1.158	1.167	2.325	22.418	23.805	46.223	23.576	24.972	48.548

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 5
Comuna de Collipulli: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
0 a 4 años	168	146	314	730	754	1.484	898	900	1.798
5 a 9 años	177	203	380	899	891	1.790	1.076	1.094	2.170
10 a 14 años	215	224	439	1.097	984	2.081	1.312	1.208	2.520
15 a 19 años	190	162	352	769	826	1.595	959	988	1.947
20 a 24 años	147	126	273	588	637	1.225	735	763	1.498
25 a 29 años	112	122	234	622	650	1.272	734	772	1.506
30 a 34 años	133	130	263	649	673	1.322	782	803	1.585
35 a 39 años	132	122	254	764	752	1.516	896	874	1.770
40 a 44 años	122	112	234	715	687	1.402	837	799	1.636
45 a 49 años	82	85	167	574	556	1.130	656	641	1.297
50 a 54 años	72	74	146	470	447	917	542	521	1.063
55 a 59 años	68	43	111	346	384	730	414	427	841
60 a 64 años	58	54	112	317	332	649	375	386	761
65 a 69 años	46	47	93	272	311	583	318	358	676
70 a 74 años	32	35	67	231	243	474	263	278	541
75 a 79 años	26	20	46	159	147	306	185	167	352
80 a 84 años	23	12	35	99	117	216	122	129	251
85 y + años	9	18	27	62	80	142	71	98	169
Total	1.812	1.735	3.547	9.363	9.471	18.834	11.175	11.206	22.381

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 6
Comuna de Curacautín: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
0 a 4 años	55	40	95	567	559	1.126	622	599	1.221
5 a 9 años	38	49	87	743	677	1.420	781	726	1.507
10 a 14 años	53	51	104	832	799	1.631	885	850	1.735
15 a 19 años	62	48	110	694	646	1.340	756	694	1.450
20 a 24 años	37	30	67	513	506	1.019	550	536	1.086
25 a 29 años	35	34	69	434	498	932	469	532	1.001
30 a 34 años	36	37	73	511	568	1.079	547	605	1.152
35 a 39 años	44	39	83	579	628	1.207	623	667	1.290
40 a 44 años	26	26	52	545	582	1.127	571	608	1.179
45 a 49 años	43	17	60	444	504	948	487	521	1.008
50 a 54 años	23	31	54	411	484	895	434	515	949
55 a 59 años	19	19	38	351	344	695	370	363	733
60 a 64 años	28	11	39	310	338	648	338	349	687
65 a 69 años	14	19	33	270	299	569	284	318	602
70 a 74 años	11	8	19	247	251	498	258	259	517
75 a 79 años	9	4	13	162	184	346	171	188	359
80 a 84 años	4	3	7	83	123	206	87	126	213
85 y + años	2	7	9	62	101	163	64	108	172
Total	539	473	1.012	7.758	8.091	15.849	8.297	8.564	16.861

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 7
Comuna de Ercilla: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
0 a 4 años	209	200	409	189	173	362	398	373	771
5 a 9 años	245	251	496	263	227	490	508	478	986
10 a 14 años	269	274	543	242	247	489	511	521	1.032
15 a 19 años	247	209	456	229	201	430	476	410	886
20 a 24 años	194	141	335	167	148	315	361	289	650
25 a 29 años	149	138	287	139	169	308	288	307	595
30 a 34 años	141	146	287	175	174	349	316	320	636
35 a 39 años	129	123	252	180	179	359	309	302	611
40 a 44 años	105	105	210	174	142	316	279	247	526
45 a 49 años	102	99	201	139	135	274	241	234	475
50 a 54 años	94	78	172	121	130	251	215	208	423
55 a 59 años	82	77	159	119	108	227	201	185	386
60 a 64 años	82	66	148	88	83	171	170	149	319
65 a 69 años	63	63	126	70	84	154	133	147	280
70 a 74 años	40	31	71	79	71	150	119	102	221
75 a 79 años	30	30	60	41	63	104	71	93	164
80 a 84 años	15	10	25	34	26	60	49	36	85
85 y + años	17	19	36	24	25	49	41	44	85
Total	2.213	2.060	4.273	2.473	2.385	4.858	4.686	4.445	9.131

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 8
Comuna de Lonquimay: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
0 a 4 años	247	278	525	257	228	485	504	506	1.010
5 a 9 años	268	270	538	291	251	542	559	521	1.080
10 a 14 años	259	265	524	265	228	493	524	493	1.017
15 a 19 años	171	184	355	241	192	433	412	376	788
20 a 24 años	180	176	356	173	148	321	353	324	677
25 a 29 años	201	170	371	203	192	395	404	362	766
30 a 34 años	180	153	333	213	211	424	393	364	757
35 a 39 años	133	163	296	216	208	424	349	371	720
40 a 44 años	141	114	255	222	185	407	363	299	662
45 a 49 años	118	111	229	171	160	331	289	271	560
50 a 54 años	89	69	158	151	127	278	240	196	436
55 a 59 años	78	79	157	105	117	222	183	196	379
60 a 64 años	65	65	130	104	92	196	169	157	326
65 a 69 años	63	60	123	89	88	177	152	148	300
70 a 74 años	37	32	69	58	58	116	95	90	185
75 a 79 años	32	33	65	57	44	101	89	77	166
80 a 84 años	12	16	28	26	33	59	38	49	87
85 y + años	16	19	35	25	38	63	41	57	98
Total	2.290	2.257	4.547	2.867	2.600	5.467	5.157	4.857	10.014

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 9
Comuna de Los Sauces: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
0 a 4 años	53	47	100	261	240	501	314	287	601
5 a 9 años	66	58	124	282	252	534	348	310	658
10 a 14 años	58	77	135	300	320	620	358	397	755
15 a 19 años	65	66	131	270	258	528	335	324	659
20 a 24 años	53	42	95	203	199	402	256	241	497
25 a 29 años	39	52	91	196	176	372	235	228	463
30 a 34 años	49	41	90	218	224	442	267	265	532
35 a 39 años	54	42	96	250	223	473	304	265	569
40 a 44 años	53	42	95	235	214	449	288	256	544
45 a 49 años	42	44	86	198	165	363	240	209	449
50 a 54 años	32	29	61	158	161	319	190	190	380
55 a 59 años	35	30	65	128	141	269	163	171	334
60 a 64 años	25	18	43	139	132	271	164	150	314
65 a 69 años	26	34	60	105	94	199	131	128	259
70 a 74 años	24	15	39	99	108	207	123	123	246
75 a 79 años	15	14	29	63	65	128	78	79	157
80 a 84 años	4	9	13	45	45	90	49	54	103
85 y + años	2	7	9	26	48	74	28	55	83
Total	695	667	1.362	3.176	3.065	6.241	3.871	3.732	7.603

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 10
Comuna de Lumaco: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
0 a 4 años	175	179	354	267	263	530	442	442	884
5 a 9 años	221	244	465	362	326	688	583	570	1.153
10 a 14 años	257	263	520	394	397	791	651	660	1.311
15 a 19 años	206	176	382	295	247	542	501	423	924
20 a 24 años	158	141	299	233	207	440	391	348	739
25 a 29 años	163	123	286	260	212	472	423	335	758
30 a 34 años	173	147	320	275	247	522	448	394	842
35 a 39 años	165	152	317	317	250	567	482	402	884
40 a 44 años	155	106	261	258	224	482	413	330	743
45 a 49 años	102	99	201	197	166	363	299	265	564
50 a 54 años	106	96	202	223	154	377	329	250	579
55 a 59 años	87	87	174	168	143	311	255	230	485
60 a 64 años	74	68	142	151	126	277	225	194	419
65 a 69 años	82	56	138	113	104	217	195	160	355
70 a 74 años	50	42	92	102	92	194	152	134	286
75 a 79 años	32	31	63	58	58	116	90	89	179
80 a 84 años	24	16	40	60	46	106	84	62	146
85 y + años	12	14	26	25	33	58	37	47	84
Total	2.242	2.040	4.282	3.758	3.295	7.053	6.000	5.335	11.335

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 11
Comuna de Purén: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
Hombre	Mujer	Hombre		Mujer	Hombre		Mujer		
0 a 4 años	117	123	240	403	374	777	520	497	1.017
5 a 9 años	150	143	293	534	499	1.033	684	642	1.326
10 a 14 años	154	158	312	585	607	1.192	739	765	1.504
15 a 19 años	133	118	251	428	396	824	561	514	1.075
20 a 24 años	93	98	191	343	332	675	436	430	866
25 a 29 años	73	73	146	312	359	671	385	432	817
30 a 34 años	94	98	192	343	375	718	437	473	910
35 a 39 años	82	74	156	372	391	763	454	465	919
40 a 44 años	74	63	137	365	397	762	439	460	899
45 a 49 años	64	59	123	311	318	629	375	377	752
50 a 54 años	47	47	94	256	234	490	303	281	584
55 a 59 años	41	42	83	187	203	390	228	245	473
60 a 64 años	41	38	79	203	198	401	244	236	480
65 a 69 años	47	33	80	193	168	361	240	201	441
70 a 74 años	27	18	45	147	164	311	174	182	356
75 a 79 años	27	19	46	105	105	210	132	124	256
80 a 84 años	11	10	21	65	75	140	76	85	161
85 y + años	10	6	16	45	68	113	55	74	129
Total	1.285	1.220	2.505	5.197	5.263	10.460	6.482	6.483	12.965

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 12
Comuna de Renaico: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
Hombre	Mujer	Hombre		Mujer	Hombre		Mujer		
0 a 4 años	8	11	19	334	311	645	342	322	664
5 a 9 años	11	16	27	356	386	742	367	402	769
10 a 14 años	11	17	28	482	486	968	493	503	996
15 a 19 años	23	21	44	464	428	892	487	449	936
20 a 24 años	10	9	19	285	309	594	295	318	613
25 a 29 años	9	9	18	299	329	628	308	338	646
30 a 34 años	16	17	33	316	326	642	332	343	675
35 a 39 años	10	11	21	333	320	653	343	331	674
40 a 44 años	17	10	27	313	326	639	330	336	666
45 a 49 años	2	4	6	270	264	534	272	268	540
50 a 54 años	4	9	13	223	211	434	227	220	447
55 a 59 años	3	5	8	168	198	366	171	203	374
60 a 64 años	5	3	8	166	161	327	171	164	335
65 a 69 años	4	4	8	129	119	248	133	123	256
70 a 74 años	4	2	6	109	126	235	113	128	241
75 a 79 años	5	1	6	81	100	181	86	101	187
80 a 84 años	2	3	5	42	58	100	44	61	105
85 y + años	0	1	1	43	38	81	43	39	82
Total	144	153	297	4.413	4.496	8.909	4.557	4.649	9.206

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 13
Comuna de Traiguén: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo	Total		Sexo	Total		Sexo	Total	
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
0 a 4 años	125	143	268	580	538	1.118	705	681	1.386
5 a 9 años	152	152	304	697	717	1.414	849	869	1.718
10 a 14 años	170	193	363	820	751	1.571	990	944	1.934
15 a 19 años	163	138	301	699	683	1.382	862	821	1.683
20 a 24 años	120	112	232	525	483	1.008	645	595	1.240
25 a 29 años	107	87	194	443	466	909	550	553	1.103
30 a 34 años	110	124	234	491	550	1.041	601	674	1.275
35 a 39 años	105	106	211	618	688	1.306	723	794	1.517
40 a 44 años	88	107	195	604	594	1.198	692	701	1.393
45 a 49 años	92	78	170	479	495	974	571	573	1.144
50 a 54 años	63	66	129	424	449	873	487	515	1.002
55 a 59 años	61	51	112	319	362	681	380	413	793
60 a 64 años	57	56	113	331	354	685	388	410	798
65 a 69 años	43	50	93	282	330	612	325	380	705
70 a 74 años	43	36	79	232	307	539	275	343	618
75 a 79 años	21	28	49	148	188	336	169	216	385
80 a 84 años	9	13	22	95	148	243	104	161	265
85 y + años	13	6	19	87	114	201	100	120	220
Total	1.542	1.546	3.088	7.874	8.217	16.091	9.416	9.763	19.179

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 14
Comuna de Victoria: Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según pertenencia a pueblos indígenas y sexo

Grupos quinquenales de edad	Pertenencia a pueblos indígenas						Población total		
	Mapuche			No Mapuche			Sexo		
	Sexo	Total		Sexo	Total		Sexo	Total	
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
0 a 4 años	188	199	387	1.024	897	1.921	1.212	1.096	2.308
5 a 9 años	270	292	562	1.304	1.280	2.584	1.574	1.572	3.146
10 a 14 años	344	276	620	1.407	1.472	2.879	1.751	1.748	3.499
15 a 19 años	323	242	565	1.376	1.219	2.595	1.699	1.461	3.160
20 a 24 años	229	168	397	960	976	1.936	1.189	1.144	2.333
25 a 29 años	170	179	349	885	956	1.841	1.055	1.135	2.190
30 a 34 años	209	220	429	970	1.017	1.987	1.179	1.237	2.416
35 a 39 años	244	196	440	1.046	1.175	2.221	1.290	1.371	2.661
40 a 44 años	181	165	346	1.008	998	2.006	1.189	1.163	2.352
45 a 49 años	126	148	274	784	868	1.652	910	1.016	1.926
50 a 54 años	124	118	242	672	701	1.373	796	819	1.615
55 a 59 años	116	113	229	530	645	1.175	646	758	1.404
60 a 64 años	100	105	205	477	558	1.035	577	663	1.240
65 a 69 años	72	77	149	393	507	900	465	584	1.049
70 a 74 años	71	74	145	372	434	806	443	508	951
75 a 79 años	46	37	83	232	313	545	278	350	628
80 a 84 años	23	19	42	119	192	311	142	211	353
85 y + años	12	17	29	113	179	292	125	196	321
Total	2.848	2.645	5.493	13.672	14.387	28.059	16.520	17.032	33.552

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Tabla N° 15
Provincia de Malleco: Distribución relativa de la población por comuna, según condición socio-económica.
Población mapuche y población no mapuche

Comuna	Condición Étnica								Población Total			
	Mapuche				No Mapuche				Indigente	Pobre No Indigente	No Pobre	Total
Indigente	Pobre No Indigente	No Pobre	Total	Indigente	Pobre No Indigente	No Pobre	Total					
Angol	12,6	24,4	63	100	6,4	15,3	78,3	100	6,7	16	77,3	100
Collipulli	10,7	29,2	60,1	100	12,2	18	69,8	100	11,8	21,4	66,8	100
Curacautín	0	31,2	68,8	100	12,3	21,5	66,3	100	11,6	22	66,4	100
Ercilla	24,1	15	60,9	100	3,4	28,2	68,4	100	10	24	66	100
Lonquimay	18,1	6,4	75,6	100	12	14,5	73,5	100	14,5	11,1	74,3	100
Los Sauces	15,6	21,4	63	100	10,9	23	66,1	100	12,4	22,5	65,1	100
Lumaco	17,9	30,8	51,3	100	5,6	14,7	79,7	100	10,9	21,6	67,6	100
Purén	9,2	10,5	80,3	100	10,1	17,4	72,5	100	9,8	15,4	74,8	100
Renaico	0	49,4	50,6	100	8,1	23,5	68,4	100	7,8	24,5	67,7	100
Traiguén	16,6	30,5	52,9	100	9,1	17,7	73,3	100	10,2	19,6	70,1	100
Victoria	25,2	11,1	63,6	100	3	18,4	78,6	100	7,9	16,8	75,3	100
Total	16,9	19,6	63,6	100	7,8	18,1	74,1	100	9,4	18,5	72	100

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural, a partir de CASEN 2006

Tabla N° 16
Provincia de Malleco: Distribución de la población de 15 y + años por condición de actividad económica.
Población mapuche y población no mapuche

		Condición étnica			Total
		Mapuche	No Mapuche	Sin dato	
Población Económicamente Activa (PEA)	Ocupados	9418	55140	123	64681
	Desocupados	932	6127	0	7059
Población Económicamente Inactiva		14498	61404	128	76030
Total		24848	122671	251	147770

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural, a partir de CASEN 2006

Tabla N° 17
Provincia de Malleco: Distribución defunciones por grupos de edad, según sexo. Mapuche y no mapuche. (2004-2006)

Grupos de Edad	Mapuche			No mapuche			Total		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
<15	20	12	32	45	37	82	65	49	114
15-24	20	3	23	53	17	70	73	20	93
25-34	17	6	23	59	20	79	76	26	102
35-44	24	10	34	93	27	120	117	37	154
45-54	29	21	50	129	84	213	158	105	263
55-64	59	48	107	255	165	420	314	213	527
65 y +	262	205	467	1315	1236	2551	1577	1441	3018
Total	431	305	736	1949	1586	3535	2380	1891	4271

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural

Tabla N° 18
Provincia de Malleco: Ajuste de tasas mortalidad general.
Mapuche y no mapuche. (2004-2006)

Grupos de edad	Tasa Bruta			Casos Esperados			Tasa Ajustada			RR
	Mapuche	No Mapuche	Total	Mapuche	No Mapuche	Total	Mapuche	No Mapuche	Total	
<15	1,1	0,6	0,7	85,2	49,3	56	1,1	0,6	1,1	1,7
15-24	1,2	0,8	0,9	52,9	35,3	38,4	1,2	0,8	1,2	1,5
25-34	1,9	1,3	1,4	64,6	45,2	48,5	1,9	1,3	1,9	1,4
35-44	2,7	1,6	1,7	65,2	38,6	42,4	2,7	1,6	2,7	1,7
45-54	4,9	3,4	3,6	80,8	56,1	59,6	4,9	3,4	4,9	1,4
55-64	14,3	9,8	10,4	167,8	114,1	122	14,3	9,8	14,3	1,5
65 y +	59,2	49,5	50,8	664,1	555	569,5	59,2	49,5	59,2	1,2
Total	7,5	7	7,1	1181	894	936	5,4	4,1	5,4	1,3

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural

Tabla N° 19
Provincia de Malleco: Tasas brutas y ajustadas de mortalidad por sexo.
Mapuche y no mapuche. (2004-2006)

Grupos de Edad	Tasas Brutas						Tasas Ajustadas					
	Mapuche		No mapuche		Total		Mapuche		No mapuche		Total	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
<15	1,4	0,8	0,7	0,6	0,8	0,6	1,39	0,82	0,68	0,59	0,81	0,63
15-24	2	0,3	1,2	0,4	1,4	0,4	1,99	0,34	1,23	0,4	1,37	0,39
25-34	2,7	1	2	0,6	2,1	0,7	2,73	0,99	2,02	0,64	2,14	0,7
35-44	3,7	1,6	2,5	0,7	2,7	0,8	3,65	1,65	2,52	0,7	2,7	0,83
45-54	5,5	4,3	4,1	2,7	4,3	2,9	5,53	4,31	4,14	2,71	4,34	2,93
55-64	15,3	13,3	12,4	7,3	12,9	8,2	15,29	13,34	12,39	7,35	12,85	8,17
65 y +	66	52,6	56,9	43,4	58,2	44,5	65,96	52,6	56,92	43,39	58,25	44,5
Total	8,6	6,4	7,8	6,2	7,9	6,2	6,3	4,4	5	3,3	5,2	3,4

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural

Tabla N° 20
Provincia de Malleco: Distribución defunciones por gran grupo de causa.
Mapuche y no mapuche. (2004-2006)

CIE 10	Mapuche	No Mapuche	Total
1	30	67	97
2	144	872	1016
3	7	25	32
4	30	141	171
5	18	130	148
6	8	79	87
9	188	975	1163
10	68	367	435
11	49	209	258
12	6	17	23
13	6	16	22
14	19	109	128
15		2	2
16	4	18	22
17	5	33	38
18	49	137	186
19	105	338	443
Total general	736	3535	4271

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural

Tabla N° 21
Provincia de Malleco: Distribución defunciones por comuna.
Mapuche y no mapuche. (2004-2006)

CIE 10	Mapuche	No Mapuche	Total
Angol	44	950	994
Collipulli	80	376	456
Curacautín	26	383	409
Ercilla	88	83	171
Lonquimay	76	104	180
Los Sauces	26	143	169
Lumaco	84	114	198
Purén	52	208	260
Renaico	7	219	226
Traiguén	94	354	448
Victoria	159	601	760
Total general	736	3535	4271

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural

Tabla N° 22
Provincia de Malleco: Distribución defunciones Grupo XIX por comuna.
Mapuche y no mapuche. (2004-2006)

CIE 10	Mapuche	No Mapuche	Total
Angol	3	33	36
Collipulli	2	16	18
Curacautín	1	6	7
Ercilla	1	2	3
Lonquimay	6	8	14
Los Sauces		7	7
Lumaco	5	8	13
Purén	3	9	12
Renaico		7	7
Traiguén	3	7	10
Victoria	6	21	27
Total general	30	124	154

Fuente: Tabulaciones Especiales Proyecto de Epidemiología Sociocultural

Tabla N° 23
Distribución de los egresos hospitalarios por gran grupo de enfermedad.
Mapuche y no mapuche (2004-2006)

	Mapuche	No Mapuche	Ignorado	Total
Embarazo, Parto y Puerperio	18,8	16,5	5,4	16,9
E. Sistema Respiratorio	18	15,5	14,6	15,9
Traumatismos, envenenamientos y...	11,2	10,4	1,5	10,6
E. Sistema Digestivo	9,7	10,5	3,8	10,3
E. Sistema Genitourinario	5,7	7,5	0	7,1
Factores que influyen en el estado de salud...	5,8	3,7	0,8	4,1
Infecciosas y Parasitarias	5,2	5	3,1	5
E. Sistema Circulatorio	4,5	7,4	1,5	6,9
Síntomas y Signos...	4,1	5,2	0,8	5
Afecciones Neonatales	4	3,1	66,2	3,4
Otras	13	15,3	2,3	14,9
Total	100	100	100	100
N	14405	62345	130	76880



***Perfil epidemiológico básico de la población
mapuche residente en el área de cobertura
del Servicio de Salud Araucanía Norte***

