

Notas 89

de población



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe • CEPAL
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía • CELADE

Alicia Bárcena

Secretaria Ejecutiva

Antonio Prado

Secretario Ejecutivo Adjunto

Dirk Jaspers_Fajjer

Director, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
(CELADE) - División de Población de la CEPAL

Susana Malchik

Oficial a cargo
División de Documentos y Publicaciones

La revista *Notas de población* es una publicación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, cuyo propósito principal es la difusión de investigaciones y estudios de población sobre América Latina y el Caribe, aun cuando recibe con particular interés artículos de especialistas de fuera de la región y, en algunos casos, contribuciones que se refieren a otras regiones del mundo. Se publica dos veces al año, con una orientación interdisciplinaria, por lo que acoge tanto artículos sobre demografía propiamente tal como otros que aborden las relaciones entre las tendencias demográficas y los fenómenos económicos, sociales y biológicos. Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad de los autores, sin que el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sea necesariamente partícipe de ellas.

Comité editorial:

Ciro Martínez Gómez, Coordinador

Fabiana del Popolo, Editora especial

Juan Chackiel, Magda Ruiz, Dirk Jaspers_Fajjer, Jorge Martínez, Timothy Miller

Jorge Rodríguez, Paulo Saad, Susana Schkolnik, Miguel Villa, Orly Winer

Secretaria: Liliana Cuevas

Redacción y administración: Casilla 179-D, Santiago, Chile. E-mail: liliana.cuevas@cepal.org
Ventas: publications@cepal.org. Precio del ejemplar: 12 dólares. Suscripción anual: 20 dólares.

Notas de población

Año XXXVI • N°89 • Santiago de Chile



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población

Este número contó con el apoyo financiero parcial del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Diseño de portada: Alejandro Vicuña

Ilustración de portada: "Paisaje De La Sima", Luis Millingalli, 2007.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 0303-1829 ISSN versión electrónica 1681-0333

ISBN 978-92-1-323304-7

LC/G.2427-P

Nº de venta S.09.II.G.52

Copyright © Naciones Unidas 2009.

Todos los derechos reservados. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, N.Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Sumario

Presentación	
Fuentes de datos demográficos: viejos problemas, potencialidades vigentes y nuevos desafíos en América Latina	
<i>Magda Ruiz y Fabiana del Popolo</i>	7
La dinámica de la pobreza y las variables de población en la Argentina: un análisis longitudinal a partir de la encuesta permanente de hogares (1995-2003)	
<i>María Marta Santillán Pizarro y Benoît Laplante</i>	13
La inclusión del enfoque étnico en los censos de población de América Latina	
<i>Susana Schkolnik</i>	57
Uso de las estadísticas vitales de mortalidad para evaluar el impacto de la reforma del sector de la salud en las localidades de Costa Rica	
<i>Luis Rosero Bixby</i>	101
Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades	
<i>Malva-marina Pedrero y Ana María Oyarce</i>	119
Interacciones entre transición demográfica y epidemiológica en Nicaragua: implicancias para las políticas públicas de salud	
<i>Mariachiara Di Cesare</i>	147
La variable color o raza en los censos demográficos brasileños: historia y estimación reciente de las asimetrías	
<i>Marcelo Paixão</i>	187

Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades

Malva-marina Pedrero¹
Ana María Oyarce²

Resumen

La construcción de indicadores epidemiológicos diferenciados para pueblos indígenas es una necesidad básica para garantizar la implementación de su derecho a la salud y la vida. En la mayoría de los países latinoamericanos, la ausencia de la variable étnica en las estadísticas vitales y en los registros de salud es el principal obstáculo para avanzar en ese sentido.

En Chile, el Ministerio de Salud inició en 2005 un proyecto de epidemiología sociocultural para estimar las brechas de equidad entre poblaciones indígenas y no indígenas en algunas de las regiones del país en que estas se concentran. Con este fin, se creó una estrategia metodológica innovadora para incluir una variable de distinción étnica en los registros de morbimortalidad disponibles, que permite visibilizar las condiciones de salud de los pueblos originarios mediante diagnósticos diferenciados según la etnia.

Estas investigaciones han mostrado brechas sistemáticas expresadas en tasas más elevadas de morbimortalidad en todos los pueblos indígenas, sobre todo en aquellos indicadores que trazan situaciones de injusticia social como la mortalidad infantil y su incidencia, y la mortalidad por tuberculosis.

A pesar de que es posible realizar estos diagnósticos, por lo complejo de su elaboración, es necesario incluir el enfoque étnico en todas las fuentes de datos y registros de salud, garantizando el derecho de los pueblos indígenas a autoidentificarse y recabando información sistemática para monitorear las políticas públicas.

¹ Consultora del Ministerio de Salud de Chile.

² Consultora del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.

Abstract

Constructing epidemiological indicators specifically designed for indigenous peoples is a basic necessity in efforts to guarantee their right to health and life. For most of Latin America's countries, the main impediment to progress in this regard is the fact that health records do not indicate ethnicity.

In 2005, Chile's Ministry of Health initiated a sociocultural epidemiology project to gauge the inequity gaps between indigenous and non-indigenous populations in some of the regions of the country that have a high concentration of indigenous people. An innovative methodological strategy, developed for the purpose, includes a variable to distinguish different ethnic groups in current morbidity/mortality records—an approach that makes it possible to assess the health conditions of the original peoples as a distinct group.

The research reveals systematic gaps, evidenced through higher morbidity/mortality rates among indigenous peoples, especially for indicators that reflect social injustice, such as infant mortality rates and mortality due to tuberculosis.

Although these assessments can indeed be conducted, the process is complex, and requires that ethnic factors be included in examining data sources and health records. At the same time, efforts must be made to guarantee the right of indigenous peoples to self-identify, and to ensure that systematic information is collected to aid in monitoring public policy.

Résumé

La construction d'indicateurs épidémiologiques différenciés pour les peuples autochtones est un élément indispensable pour garantir la matérialisation de leur droit à la santé et à la vie. Dans la plupart des pays latino-américains, l'absence de la variable ethnique dans les statistiques vitales et dans les registres de santé est le principal obstacle à tout développement dans ce domaine.

Au Chili, le Ministère de la santé a lancé, en 2005, un projet d'épidémiologie socioculturelle afin de mesurer les écarts d'équité entre les populations autochtones et non autochtones dans certaines régions du pays où celles-ci se concentrent. C'est ainsi qu'a été créée une stratégie méthodologique innovatrice destinée à inclure une variable de distinction ethnique dans les registres de morbidité et de mortalité disponibles afin de faire ressortir les conditions de santé des peuples originaires à l'aide de diagnostics différenciés en fonction de l'ethnie.

Ces recherches rendent compte d'écarts systématiques en termes de taux plus élevés de morbidité et la mortalité dans tous les peuples autochtones, en particulier dans les indicateurs qui reflètent des situations d'injustice sociale comme la mortalité infantile et son incidence, ainsi que la mortalité due à la tuberculose.

La complexité de l'élaboration de ce type de diagnostic, bien que possible, exige d'inclure la perspective ethnique à toutes les sources de données et registres de santé, en garantissant le droit des peuples autochtones à s'auto identifier et en collectant une information systématique de façon à pouvoir superviser les politiques publiques.

I. Introducción

Desde la segunda mitad del siglo XX, la cuestión étnica se instaló con fuerza en la agenda política mundial, fenómeno asociado a los movimientos de descolonización que surgieron después de la segunda guerra mundial y a la emergencia y desarrollo sostenido de una plataforma global de promoción y defensa de los derechos humanos. En el caso particular de América Latina, se produce un resurgimiento de los movimientos indígenas, que demandan a los Estados —de manera cada vez más creciente— el reconocimiento de sus derechos colectivos como pueblos.

En este contexto, en la mayoría de los países de la región se ha producido una apertura al reconocimiento de su carácter pluriétnico y pluricultural, proceso a partir del cual se ha instalado, aunque aún incipientemente, la necesidad de generar condiciones para el ejercicio de ciudadanías diferenciadas. Su materialización implica, entre otros procesos, la adecuación de las políticas públicas a las necesidades específicas de estos grupos, con el fin de superar las sistemáticas inequidades que sufren, situación que se pone de manifiesto, por ejemplo, en mayores tasas de analfabetismo, mayor incidencia de la pobreza y la mortalidad infantil, entre otros indicadores (CEPAL, 2006).

Ello impone nuevos desafíos teóricos y metodológicos a los instrumentos que permiten identificar, cuantificar y cualificar tales inequidades. Así lo han entendido los movimientos indígenas, que en la última década han incluido entre sus demandas la exigencia de su visibilización en las fuentes de datos demográficos y sociales.

La inclusión del enfoque étnico en las fuentes de datos supone, en primer término, la adopción de una definición conceptual sobre lo que se entenderá por pueblos indígenas, que posteriormente pueda hacerse operativa en una o más variables susceptibles de ser medidas por medio de censos, encuestas y registros continuos. Un marco referencial para ello es la definición establecida en el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que señala, en su artículo 1 que un pueblo es considerado indígena “por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas” (Convenio N° 169 de la OIT).

Atendiendo a esta definición y considerando las experiencias de inclusión de la variable étnica en los censos y otras fuentes de datos, se pueden distinguir cuatro elementos constitutivos del concepto de pueblo indígena: i) el sentido de pertenencia al pueblo, expresado a través de la autoidentificación; ii) un origen e historia comunes, referidos a la descendencia de los mismos

ancestros y vinculados a la memoria social y colectiva de los pueblos; iii) la territorialidad, que, desde la perspectiva de los derechos, se relaciona con el derecho colectivo a la supervivencia como pueblo organizado, con el control de su entorno como una condición necesaria para la reproducción de su cultura y para su propio desarrollo, y iv) la dimensión lingüística cultural, relacionada con el mantenimiento de rasgos culturales distintivos y propios (Schkolnik, 2000; Schkolnik y Del Popolo, 2005; CEPAL, 2006).

Existe cada vez mayor consenso en torno a que corresponde a los propios pueblos indígenas decidir quiénes son sus miembros y, en este sentido, a nivel internacional se recomienda que el reconocimiento de la identidad sea siempre utilizado en los instrumentos de medición, sin desmedro de que también sea necesario incorporar variables vinculadas a las otras dimensiones recién enunciadas, pues permitirían dar cuenta de las situaciones heterogéneas que viven estos pueblos en términos del reconocimiento de los vínculos ancestrales y territoriales, el mantenimiento o la pérdida de sus lenguas originarias y sus prácticas socioculturales.

En Chile, se incorporó la variable étnica en las boletas censales de 1992 y 2002, considerando la autoidentificación como criterio único, aunque sus resultados no son comparables, porque tanto las preguntas utilizadas como las coberturas fueron distintas en cada uno de ellos. Según los resultados del Censo de 2002, la población indígena ascendería a 692.192 personas, pertenecientes a alguno de los ocho pueblos reconocidos por la ley 19.253, lo que corresponde al 4,6% del total nacional. Los mapuches representan el 87,3% del total de indígenas del país.

Del mismo modo, desde fines de los años noventa, en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), se ha incluido una pregunta sobre pertenencia étnica, que a partir del año 2000 fue complementada con otra sobre lengua hablada. Sus resultados han evidenciado sistemáticas brechas de equidad entre indígenas y no indígenas (Valenzuela, 2003). Si bien ambos instrumentos permiten generar indicadores relevantes sobre las condiciones de vida de los pueblos indígenas, son insuficientes para conocer la situación de salud.

En efecto, en los registros de nacimientos y defunciones, principal fuente para la medición de indicadores básicos de salud, aún no se han adoptado variables de identificación étnica, lo que limita la realización de diagnósticos diferenciados sobre el comportamiento de la mortalidad y la fecundidad entre los pueblos indígenas.

Hasta ahora, el principal avance nacional en la inclusión del enfoque étnico en las fuentes de datos de salud fue la incorporación, a partir del 2007, de una pregunta de pertenencia a pueblos indígenas, similar a la del Censo de 2002, en los registros de egresos hospitalarios. Debido a que se ha implementado

durante muy poco tiempo, no se evaluó aún su funcionamiento. No obstante, se han desarrollado diversas experiencias locales en las que algunos equipos y centros de salud han diseñado instrumentos de registro específicos con variables de distinción étnica; tal es el caso de los sistemas de registro implementados por centros de salud interculturales, como el de Boroa Filulawen y el centro de salud mapuche del hospital de Nueva Imperial, ambos en la Región de La Araucanía, así como experiencias en el servicio de salud Arica y del programa de salud Küme Mogen Rüpu del Consejo General de Caciques Williche de Chiloé, entre otros. En general, tales instrumentos incluyen una pregunta de autoidentificación combinada con otras culturalmente significativas para cada uno de los pueblos (Oyarce, 2008).

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) cuenta desde 1996 con una política explícita cuyo propósito es contribuir a mejorar la situación de salud de los pueblos originarios, reconociéndose como una de las mayores limitaciones para su total implementación la falta de información epidemiológica actualizada y sistemática. Considerando lo anterior, una de las demandas urgentes era contar con información científicamente fundada a este respecto y que posibilitara el diseño e implementación de estrategias y programas específicos para superar las grandes brechas de equidad entre poblaciones indígenas y no indígenas en materia de salud, que ya habían sido preliminar y fragmentariamente relevadas en otros estudios (Toledo, 1997; Aliaga, 2008).

En este contexto, surge el proyecto de epidemiología sociocultural del MINSAL, cuya primera etapa es la construcción de perfiles epidemiológicos diferenciados entre poblaciones indígenas y no indígenas de Chile. Estos diagnósticos constituyen un avance en el conocimiento de la situación sanitaria de los pueblos originarios, que necesariamente debe ser profundizado y ampliado, incluyendo las categorizaciones del proceso de salud-enfermedad-curación propia de los pueblos indígenas.

Este documento tiene por objeto describir la metodología que permite identificar los casos indígenas en las bases de datos existentes en el Ministerio de Salud, con el fin de caracterizar la situación de morbimortalidad de los pueblos originarios en cada territorio, asumiendo que la producción de conocimiento sistemático y actualizado sobre su situación sanitaria es una herramienta para la definición y el fortalecimiento de políticas y programas de salud públicas culturalmente pertinentes y geográficamente localizadas.

El artículo se organiza en dos secciones: en la primera, se describe la metodología empleada, sus limitaciones y potencialidades; en la segunda, se exponen los principales resultados obtenidos en términos de daño acumulado, expresado como mortalidad. Se destacan aquellos indicadores que marcan la inequidad, como la mortalidad infantil y por tuberculosis, así como por suicidio, que evidencia un fuerte conflicto social.

II. El proyecto de epidemiología con enfoque sociocultural del MINSAL: aspectos conceptuales y metodológicos

Actualmente, no solo se reconoce que existen inequidades en determinados grupos sociales como los pueblos indígenas, sino que también se sabe que las brechas respecto de otros grupos se han agudizado. En efecto, estudios recientes muestran una persistencia de altas tasas de mortalidad infantil, así como brechas de equidad sistemáticas entre menores de los pueblos indígenas de América Latina y el Caribe en relación con menores del resto de la población. Además, persisten altas tasas de mortalidad materna, adulta y por enfermedades infecciosas, especialmente la tuberculosis, y recientemente se han documentado altas tasas de traumatismos y suicidios (CEPAL, 2006; Montenegro y Stephens, 2006; Stephens y otros, 2006).

Existe consenso internacional en torno a que mejorar la salud de los grupos sociales en desventaja trasciende el ámbito sanitario y se convierte en un tema de cumplimiento de derechos humanos. Este cambio de enfoque ha llevado, por una parte, a releer los datos convencionales y las brechas de equidad entre grupos sociales, no solo como una falta de garantía del acceso a la salud, sino como una violación del derecho a la vida; por otra parte, ha enfrentado a los especialistas en salud pública y planificadores sanitarios con el desafío de desarrollar metodologías acordes con este marco para promover y garantizar el cumplimiento de estos derechos, asegurando el grado más alto de salud (Gruskin, 2008).

El proyecto de epidemiología con enfoque sociocultural es un esfuerzo del MINSAL que apunta en ese sentido, pues persigue generar un panorama nacional sobre la salud de los pueblos indígenas de Chile a partir de información disponible y con una metodología innovadora, en el marco de los determinantes sociales y con énfasis en los derechos colectivos de los pueblos. Sus objetivos son: i) construir perfiles epidemiológicos diferenciados de indígenas y no indígenas que permitan identificar brechas de acceso a la atención; ii) iniciar un proceso de discusión entre los equipos de salud y las comunidades indígenas, rescatando las explicaciones que las mismas comunidades tiene para las brechas identificadas, y iii) aportar evidencia epidemiológica convencional para la definición de objetivos sanitarios en territorios indígenas.

Hasta el momento, se han generado indicadores para los aimaras de las regiones de Tarapacá y Arica y Parinacota; para los mapuches residentes en la Región de Los Ríos, la Provincia de Arauco (Región del 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

yámána y kawésqar del extremo sur de Chile en la Región de Magallanes, donde se analizó, además, la situación de los mapuche-williches migrantes que residen en ese territorio.

Estos perfiles aportan información de morbilidad como insumo que los equipos locales de salud y las comunidades indígenas pueden usar en la planificación de estrategias colectivas e interculturales en el abordaje de los problemas de salud identificados y en la priorización de objetivos sanitarios territoriales.

A. Determinantes sociales: equidad, derechos humanos y redistribución del poder

El enfoque de determinantes sociales, centrado en los derechos humanos y la justicia social, aporta el marco conceptual para analizar la situación de salud de los pueblos indígenas, así como para proponer acciones para crear sociedades justas y sostenibles en el tiempo (UNICEF, 2008). Se sustenta en los conceptos de equidad, derechos humanos y empoderamiento, y ha sido desarrollado y utilizado con gran decisión por las organizaciones y los organismos internacionales, ante el reconocimiento del rol de las estructuras y patrones sociales en la producción y reproducción de la enfermedad³.

Desde una perspectiva amplia, los determinantes sociales se definen como formas de organización social que generan exclusión y marginación que, aunque abarcan todas las dimensiones de la vida de las personas, comunidades y pueblos, se expresan de manera más definida en el daño de la salud, produciendo diferencias significativas en la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida, entre otros indicadores (OMS, 2007). El concepto de inequidad en la salud, que es central en este marco, remite a desigualdades sociales injustas y evitables, que pueden modificarse con intervenciones relevantes y oportunas.

Con el fin de comprender los distintos perfiles de morbilidad en la salud de los pueblos indígenas de Chile, se ha optado por la perspectiva de causalidad social, que postula la posición social como el principal determinante estructural de las inequidades en la salud (OMS, 2007)⁴.

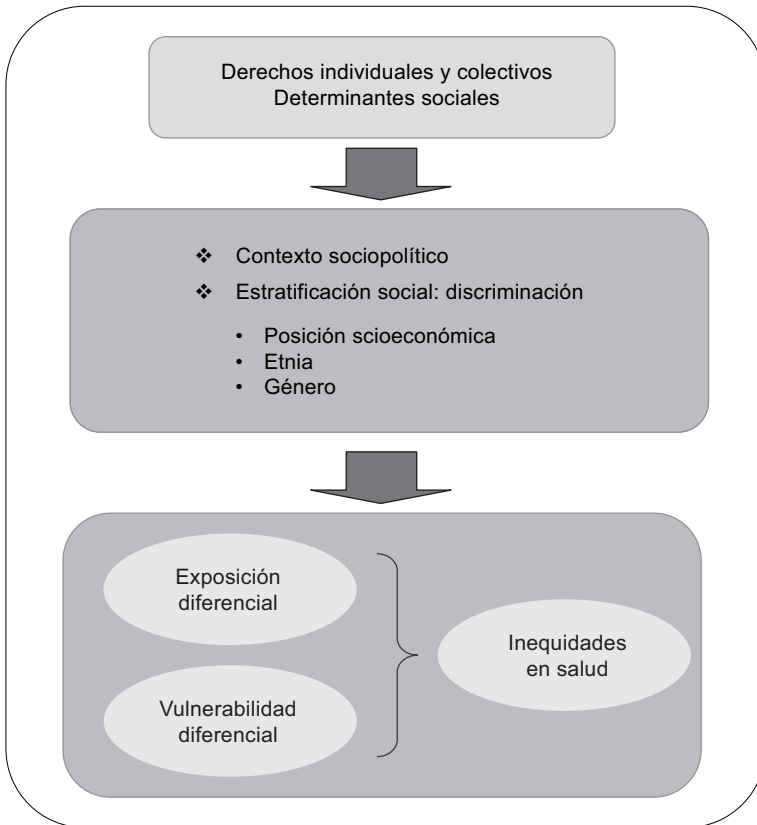
En este modelo conceptual, los mecanismos básicos de la producción social de la enfermedad son: i) el contexto social, económico y cultural que crea la estratificación y le asigna al individuo, a los colectivos y a los pueblos

³ Representa una teoría sobre la distribución de la enfermedad que no puede ser reducida a teorías orientadas a los mecanismos etiológicos de la enfermedad (Krieger, 2000; OMS, 2007).

⁴ Las otras corrientes serían: la selección o movilidad social y la perspectiva de trayectoria o curso de vida (OMS, 2007).

diferentes posiciones sociales, y ii) la estratificación social, principalmente aquella basada en la posición socioeconómica, la etnia y el género. Esta última es la causa de que colectivos y personas tengan una exposición diferencial de recursos, poder y reconocimiento, originando diferencias en la salud; por su parte, las respuestas frente a determinados riesgos generan una vulnerabilidad diferencial, como fruto de la acumulación de exposiciones a distintos factores o situaciones de daño; así, el grado de vulnerabilidad aumenta proporcionalmente con la frecuencia y cantidad de exposiciones a las que se haya estado sometido a lo largo de la vida.

Diagrama 1
MARCO CONCEPTUAL PARA ANALIZAR LA SITUACIÓN DE LA SALUD



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), "A conceptual framework for action on the social determinants of health" [en línea] http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf, 2007.

Las inequidades en la salud, provocadas por estos mecanismos de producción social de la enfermedad, son interpretadas actualmente como brechas de implementación en el cumplimiento de los derechos fundamentales (CEPAL, 2006).

Acorde con el enfoque de los determinantes sociales, el análisis y la interpretación de la situación de salud materno-infantil de los pueblos indígenas y afrodescendientes requiere, por una parte, de la contextualización sociopolítica de estos sectores sociales y, por otro lado, de la consideración del efecto sinérgico de los mecanismos sociales de estratificación estructural, principalmente la posición socioeconómica desfavorable y la discriminación étnica.

En relación a los derechos, se propone una interpretación de los datos considerando los derechos colectivos de los pueblos indígenas y, en ese contexto, la información se vincula directamente con el derecho a la autonomía, la territorialidad y la integralidad cultural.

B. Metodología utilizada para la construcción de perfiles epidemiológicos diferenciados de poblaciones indígenas y no indígenas

En lo medular, la metodología utilizada implica estandarizar y combinar fuentes de datos para la cuantificación de eventos de morbilidad y mortalidad en las poblaciones indígenas. En la práctica, los registros disponibles en el MINSAL y los servicios de salud locales (defunciones, egresos hospitalarios y enfermedades de notificación obligatoria), que no distinguen a la población indígena de la no indígena, se combinan con otras fuentes de datos, tales como la acreditación de la calidad de indígena en los registros de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), estudios genealógicos locales y registros de las reducciones indígenas constituidas legalmente a fines del siglo XIX, en el caso particular de los mapuches.

1. Inclusión de la variable étnica en los registros de morbilidad y mortalidad a partir de la combinación de criterios y fuentes de datos

La ausencia de la variable étnica en los registros de morbilidad y mortalidad mantenidos por el Ministerio de Salud obliga a definir operacionalmente la calidad de indígena de cada una de las personas fallecidas, hospitalizadas o enfermas en las bases de datos. Cada una de esas personas identificadas como indígenas o no indígenas pasa a ser un caso en las bases de datos del MINSAL en el periodo y área definidos para cada uno de los estudios.

Esta metodología involucra la combinación de tres criterios para identificar los casos que corresponden a pueblos indígenas y distinguirlos de los no indígenas, a saber:

- Presencia de apellidos indígenas: Todos los registros de salud (fichas clínicas, encuestas familiares) incluyen la identificación de las personas por su nombre completo. Por ello, el apellido es el criterio más accesible y utilizado para distinguir a las poblaciones indígenas en los estudios epidemiológicos. Sin embargo, la segregación por origen del apellido presenta muchas limitaciones, ya que no presupone —por sí sola— un modo de vida indígena. Vale decir, es un criterio altamente sensible pero poco específico para este tipo de estudios.
- 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 tiene un gran sesgo. Sin embargo, es posible asociar ciertos apellidos hispanos a territorios de ocupación tradicionalmente indígena. Para hacer operativo este criterio en las bases de datos de morbilidad, 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 a toda persona portadora de alguno de estos apellidos, siempre que resida o haya residido en la reducción correspondiente a este grupo. En el caso de los aimaras, existen estudios genealógicos de todas las comunidades del norte de Chile que dan cuenta de linajes territorialmente localizados, que también consignan apellidos hispanos, a los cuales se recurrió para operacionalizar este criterio en el extremo norte.

A modo de ejemplo del uso de este criterio, en el servicio de salud Valdivia, se consideró mapuche los casos que registraran los apellidos Martín, Imigo o Matías con residencia en la comuna de Mariquina; en el servicio de salud Arica, se consideró aimara a los Flores de la localidad de Ancolacane, en la comuna de General Lagos; y a los Medina, Vásquez y Mazuelo de la comuna de Putre, entre otros.

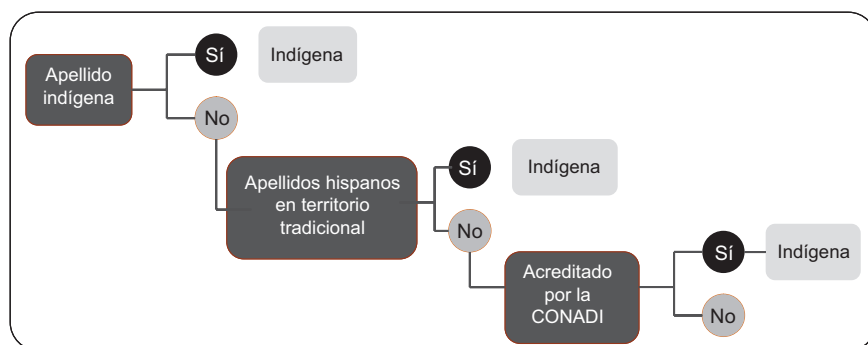
La operacionalización de este criterio requiere gran flexibilidad, creatividad y conocimiento de los factores sociopolíticos y territoriales que han afectado la historia de cada población. Un ejemplo de ello es el caso de los pueblos nómades canoeros de Magallanes, hoy en peligro de extinción, que no solo perdieron los apellidos originarios, sino que también han quedado confinados a pequeños poblados, que no coinciden con los vastos territorios en los que se desplazaban. Por ello, la identificación de los pueblos kawésqar

y yámana en las bases de datos requirió de un abordaje metodológico distinto y fue realizada por expertos indígenas pertenecientes a cada uno de ellos, quienes revisaron caso a caso los registros de morbilidad y mortalidad. Se pudo usar este procedimiento gracias a la reducida cantidad de personas que componen estos pueblos en la actualidad.

Acreditación de la calidad de indígena en los registros de la CONADI: La mayor parte de la población indígena reside en áreas urbanas y allí los apellidos indígenas han ido desapareciendo incluso más que en las zonas rurales. En estos casos, una forma de identificación han sido los registros de la calidad de indígena de la CONADI, que se han combinado con los registros de morbilidad y mortalidad. Operativamente, se ha verificado caso a caso la coincidencia del Rol Único Tributario (RUT) en ambas fuentes de datos mediante un motor de búsqueda.

En el diagrama 2, se esquematizan los procedimientos de aplicación de estos criterios.

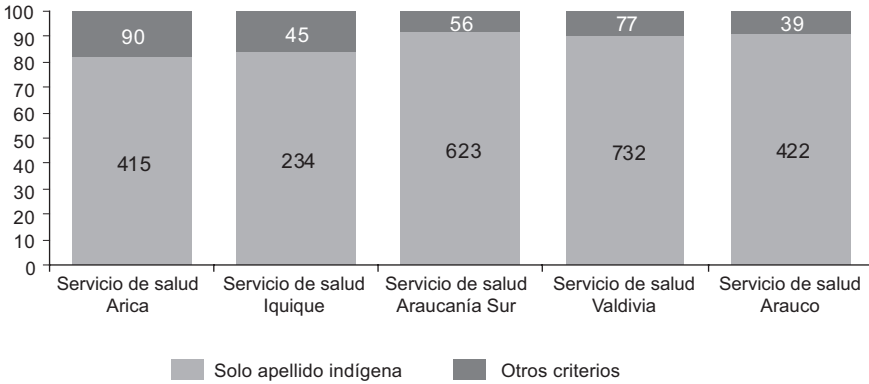
Diagrama 2
CHILE: PROCEDIMIENTO DE INCLUSIÓN DE LA VARIABLE ÉTNICA EN LAS BASES DE DATOS



Fuente: Elaboración propia.

Esta metodología permite identificar más casos indígenas en las bases de datos que los que resultan del uso exclusivo del criterio del apellido, lo que mejora considerablemente la sensibilidad del análisis de las brechas de equidad entre indígenas y no indígenas en los indicadores de morbilidad y mortalidad convencionales. Como ejemplo, para los distintos territorios analizados, las variaciones de los casos que se pueden identificar apelando solo a los apellidos indígenas respecto de los que se identifican con el uso de todos los criterios antes descritos fluctúan entre un 9,2% y 21,7% (véase el gráfico 1).

Gráfico 1
**CHILE: VARIACIONES EN EL NÚMERO DE DEFUNCIONES DE INDÍGENAS SEGÚN
 CRITERIO DE IDENTIFICACIÓN UTILIZADO, 2001-2003**
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de tabulaciones especiales del proyecto de epidemiología con enfoque sociocultural, 2005-2009.

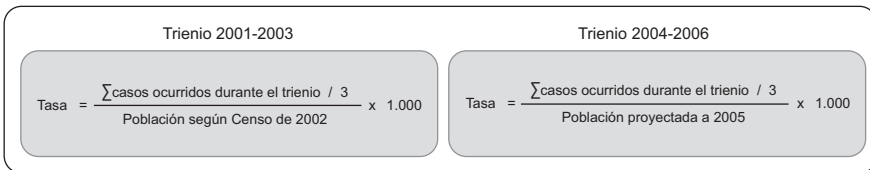
Si consideramos que la población indígena es proporcionalmente mucho menor que la no indígena en todas las áreas estudiadas, estas variaciones, aunque parezcan leves en términos absolutos, resultan significativas en la cuantificación del numerador para el cálculo de tasas.

2. Procedimientos para el cálculo de indicadores convencionales de salud

Para realizar el cálculo de los indicadores epidemiológicos clásicos (proporciones, tasas, riesgos relativos y otros), se requiere información sistemática sobre el total de la población expuesta a los eventos de morbimortalidad registrados en las bases de datos que se analizan, que constituye el denominador de la ecuación. Con este fin, se ha recurrido a los resultados del Censo de 2002, por ser la única fuente que aporta esta información diferenciada por pertenencia a pueblos indígenas. En un sentido estricto, solo para ese año sería posible construir indicadores convencionales de salud. Sin embargo, dado que con estos estudios se busca relevar tendencias, inicialmente se analizaron los datos correspondientes al período comprendido entre 2001 y 2003, asumiendo como supuesto un comportamiento demográfico relativamente estable de las poblaciones indígenas y no indígenas un año antes y un año después de aplicado el censo. Con estos datos, se han calculado indicadores promedio para el trienio, tomando como base el año 2002.

En la medida en que el proyecto de epidemiología con enfoque sociocultural del MINSAL se ha ido implementando y dado que para la planificación en salud es necesario generar información actualizada, se ha ampliado el corte temporal de los estudios, incluyendo también el período comprendido entre 2004 y 2006. Para ello, se ha optado por emplear la proyección de población por sexo y grupos de edad realizada por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS-MINSAL) correspondiente a 2005, que representa a la población existente en la mitad del nuevo período⁵. Se utiliza así la misma metodología del trienio anterior.

Diagrama 3
CHILE: PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE TASAS



Fuente: Elaboración propia.

3. Limitaciones y potencialidades de la metodología

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 por determinado evento, que constituyen el numerador de la ecuación, siendo el denominador la población expuesta a dicho evento. 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 la metodología utilizada es que solo permite construir indicadores de salud para las poblaciones indígenas residentes en las regiones que tradicionalmente han ocupado, no así de aquellas que se han

⁵ Considerando que esta proyección no distingue a la población indígena de la no indígena, se mantuvo la proporción de población indígena para cada grupo etario y sexo que fue registrada en el Censo de 2002.

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 la población perteneciente a alguno de los pueblos reconocidos en el país. Allí, frente a la no inclusión de la variable étnica en las estadísticas vitales y en los registros de salud, solo sería posible recurrir al criterio del apellido, lo que excluiría del análisis a grandes segmentos de la población.

En síntesis, la metodología constituye un uso innovador del censo y de los registros regularmente mantenidos por los equipos de salud, cuyas potencialidades, en general, son poco aprovechadas.

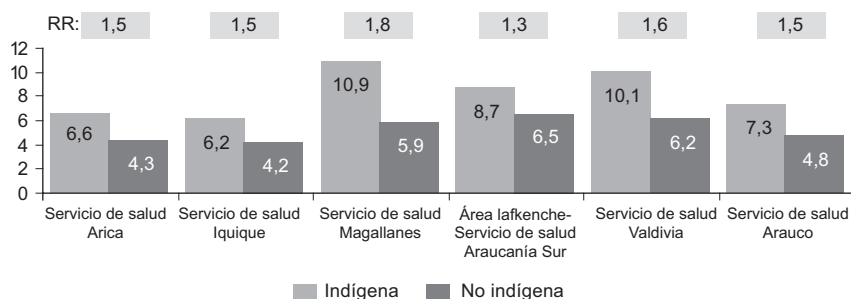
III. Resultados relevantes: sobremortalidad y heterogeneidad

Los diagnósticos construidos sobre la base de la metodología expuesta han mostrado dos rasgos relevantes: por un lado, que el patrón de morbimortalidad de la población indígena es efectivamente diferente al de la población no indígena en todos los territorios analizados; y por otro lado, que este patrón es también diferenciado entre los pueblos indígenas. Pese a esta heterogeneidad, el común denominador es la sobremortalidad indígena en todos los grupos de edad, asociado a un patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada en que, junto con altos niveles de infecciones comunes, existen enfermedades degenerativas crónicas y lesiones, en un contexto de agudización de las desigualdades sociales en materia de salud (Frenk, 1992; Frenk y otros, 1994).

A. Mortalidad general

Las tasas brutas de mortalidad calculadas para el trienio 2001-2003 muestran sistemáticamente la sobremortalidad de las poblaciones indígenas, cuyos mayores riesgos de morir fluctúan entre un 30% para los mapuches del área lafkenche de La Araucanía (riesgo relativo de 1,3) y un 80% para los indígenas del extremo sur (riesgo relativo de 1,8), tal como se observa en el gráfico 2.

Gráfico 2
**CHILE: TASA GENERAL DE MORTALIDAD POR PERTENENCIA
 A PUEBLOS INDÍGENAS, 2001-2003**
 (Por 1.000)



Fuente: Ana María Oyarce y Malva Pedrero, *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Iafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de los pueblos kawésqar, yámana y mapuche-williche de la Región de Magallanes*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara de la provincia de Iquique", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 3, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2007; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del Servicio de Salud Arica", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 1, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2006.

Nota: RR= Riesgo relativo.

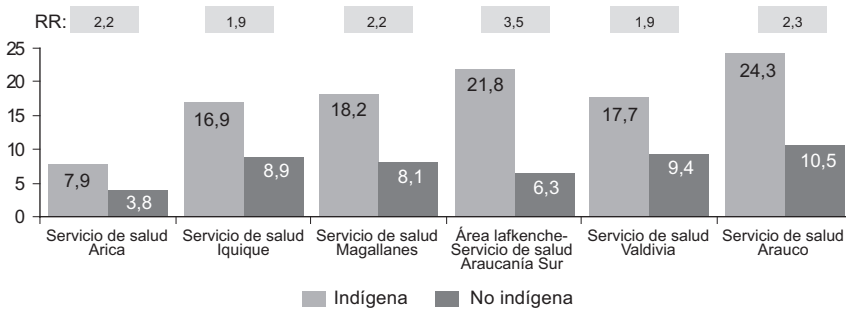
Esta última situación es particularmente crítica, dado que, como se señaló anteriormente, los pueblos originarios de la zona, kawésqar y yámana, están en peligro de extinción y presentan una gran fragilidad demográfica, por lo que una muerte puede tener un efecto devastador sobre la supervivencia de toda la comunidad, violando su derecho a la vida y atentando contra su supervivencia como pueblo.

La sobremortalidad indígena es un rasgo común en todos los grupos de edad, sin distinciones de sexo ni área de residencia para todos los pueblos estudiados, lo que estaría indicando que uno de los determinantes estructurales de este perfil es la etnia, que actuaría como un estratificador social por medio de la discriminación. Es decir, no son los modos de vida indígenas los que condicionan el mayor daño, sino la relación étnica con los no indígenas o, dicho de otro modo, la posición subordinada de estos pueblos en la estructura social del país. Es esta relación la que limita su acceso como grupo a los bienes y servicios del Estado (educación, salud, vivienda, transporte, toma de decisiones, poder político, entre otros).

Esta mayor vulnerabilidad a la que está expuesta la población indígena se expresa también en la mortalidad infantil. En todo el mundo, sin distinción de condición étnica, económica o de género, esta variable es la expresión de una brecha en la implementación del derecho humano a la vida, porque la mayoría de estas muertes son evitables con un acceso oportuno a la atención de la salud (Oyarce, 2009).

En este ámbito, la mortalidad infantil en Chile ha experimentado un descenso sostenido en las últimas décadas, situándose entre las más bajas de América Latina. Ello hace prever que el país cumplirá su compromiso de alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, entre los pueblos indígenas, este indicador está muy por encima de la tasa nacional de 8 por 1.000 nacidos vivos. Tal como muestran estos diagnósticos, el riesgo de morir de los niños indígenas antes de cumplir un año, en general, duplica al de los niños no indígenas y, en el caso de los niños del área lafkenche, se triplica (véase el gráfico 3).

Gráfico 3
CHILE: TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO POR PERTENENCIA A PUEBLOS INDÍGENAS Y ESTIMACIÓN DE RIESGO RELATIVO, 2001-2003
 (Por 1.000)



Fuente: Ana María Oyarce y Malva Pedrero, *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de los pueblos kawésqar, yámana y mapuche-williche de la Región de Magallanes*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara de la provincia de Iquique", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 3, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2007; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del Servicio de Salud Arica", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 1, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2006.

Nota: RR= riesgo relativo.

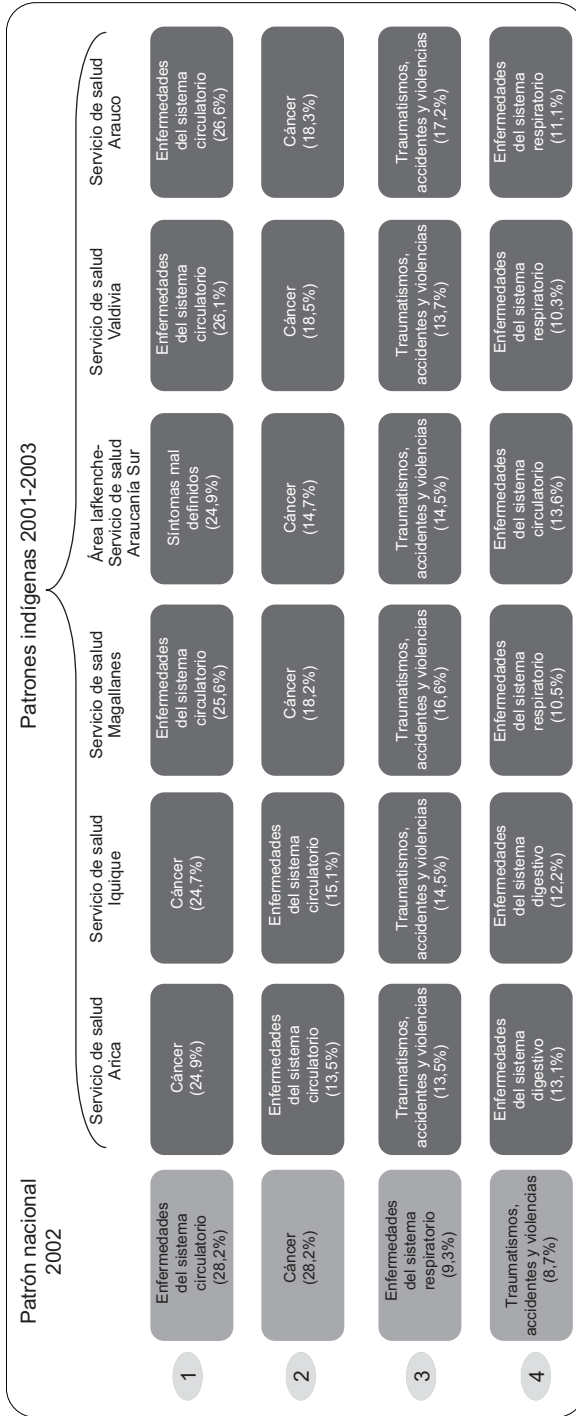
B. Estructura de la mortalidad

Se aprecia una gran heterogeneidad a nivel de la estructura de la mortalidad por grandes grupos de causa. En este ámbito, Chile ha entrado abiertamente a una fase de transición epidemiológica, asociada al envejecimiento de su población y a la consecuente emergencia de las enfermedades degenerativas y crónicas como principales causas de muerte de la población. Así, en la última década, en el patrón que ha seguido la mortalidad en el país se sitúan como primera causa las enfermedades del sistema circulatorio, que producen casi un tercio de las muertes; en segundo lugar, se ubican las defunciones por cáncer, que en el período han llegado a representar casi un cuarto del total; en tercer lugar, se hallan las muertes por enfermedades del sistema respiratorio, y en cuarto, los traumatismos, accidentes y violencias.

Al contrastar este patrón nacional con la situación de los pueblos indígenas analizados (véase el diagrama 4), se aprecia un perfil diferente en los aimaras residentes en la Región de Arica y Parinacota y en la Región de Tarapacá, respecto de los no indígenas y de los mapuches y otros pueblos del sur. Es así como entre los aimaras del servicio de salud Arica y del servicio de salud Iquique, la principal causa de muerte es el cáncer, con valores proporcionalmente similares a los registrados en el país (24,9%, 24,7% y 24,8% respectivamente); en segundo lugar se sitúan las muertes por afecciones cardiovasculares, cuyos valores relativos son bastante más bajos que los nacionales (13,5% y 15,1% entre los aimaras de Arica e Iquique, respectivamente y 28,2%, en el país). Esto último indica que existirían distintos factores de protección para la enfermedad cardiovascular que sería importante investigar por su implicancia para los programas de hipertensión y enfermedades crónicas.

En el diagrama 4 puede apreciarse que los indígenas de Magallanes, Valdivia y Arauco exhiben un patrón muy similar al nacional en cuanto a las cuatro primeras causas de muerte, aun cuando se ordenan de manera algo diferente. En primer lugar, se sitúan las enfermedades del sistema circulatorio, con proporciones bastante próximas al total del país (25,6%, 26,1%), 26,6%, para los mapuches y 28,2 %, a nivel nacional); en segundo lugar, están las muertes por cáncer, aunque con un menor peso relativo que en Chile (18,2%, 18,5% y 18,3% entre los mapuches y 24,8% en todo el país). El orden se invierte en las dos causas siguientes: mientras en el país la tercera causa son las enfermedades del sistema respiratorio, entre los indígenas, en esos tres servicios de salud, este lugar es ocupado por los traumatismos, accidentes y violencias. Esta última situación es estructural a todos los pueblos indígenas sin distinción, ya que en todos constituye la tercera causa de muerte, con un peso relativo mayor que en la población nacional.

Diagrama 4
CHILE: ESQUEMA COMPARATIVO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL PAÍS Y EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS ANALIZADOS



Fuente: Ana María Oyarce y Malva Pedrero. *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de los pueblos kawésqar, yámana y mapuche-williche de la Región de Magallanes*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara de la provincia de Iquique", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 3, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2007; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del Servicio de Salud Arica", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 1, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2006.

C. Riesgos diferenciados de morir en los principales grupos de causa

Se debe tener presente que, aun cuando los indígenas tengan un patrón de mortalidad similar al de los no indígenas de sus respectivos territorios o al del país, su situación es sistemáticamente más vulnerable, lo que se expresa en que las tasas de mortalidad para estas poblaciones son generalmente más altas en todos los grupos de causa de muerte. Esta situación indica que, en la medida en que los indígenas emigran a las áreas urbanas y pierden paulatinamente los factores protectores propios de los modos de vida tradicionales, entran también en la etapa de transición epidemiológica que caracteriza al resto de la población del país. Sin embargo, está indicando también que su inserción en los nuevos espacios se hace sin control cultural de los elementos de la modernidad (uso de pesticidas, alta velocidad en carreteras, entre otros), lo que los sitúa en una posición de mayor desventaja que la que se observa en las áreas rurales.

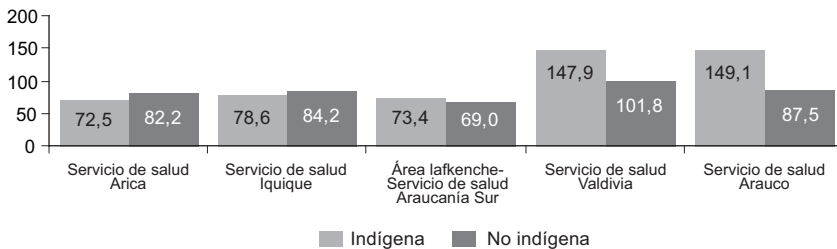
En la mortalidad por cáncer y por enfermedades del sistema circulatorio es quizás donde se hace más evidente la relación dinámica entre tradición y modernidad, entre factores agresores y protectores. Algunos estudios (Marmot y Syme, 1976) ya han demostrado que, controlados los otros factores de riesgo, es el apego a la cultura tradicional el que actuaría como factor de protección frente a estas enfermedades.

Los resultados de estos diagnósticos son consistentes con este planteamiento, pues muestran que entre los aimaras residentes en áreas rurales, los modos de vida andinos estarían protegiendo a esta población de las afecciones cardiovasculares asociadas a los estilos de vida modernos, protección que los indígenas migrantes perderían paulatinamente al instalarse en las ciudades. Pese a ello, los indígenas del norte de Chile, como se observa en el gráfico 4, tienen todavía un riesgo menor de morir por esta causa que los no indígenas (riesgo relativo de 0,9). En tanto, los mapuches del sur del país parecieran haber perdido los factores protectores de la cultura propia, evidenciando sobremortalidad por esta causa en los tres servicios de salud para los que se cuenta con este indicador.

Distinta es la situación de la mortalidad por cáncer, en la que se observa una sostenida sobremortalidad indígena en los cinco servicios de salud para los que se levantó este indicador (véase el gráfico 5). Al respecto, se ha planteado que esta enfermedad habría sido poco conocida por las sociedades tradicionales no occidentales y que su prevalencia ha aumentado con los cambios culturales producto del contacto con el mundo occidental. Su emergencia se asocia principalmente a hábitos como el cambio de dieta y a la contaminación (Helman, 2000). Los indicadores disponibles parecen confirmar estos planteamientos, revelando persistentes brechas en desmedro de la salud de los pueblos indígenas.

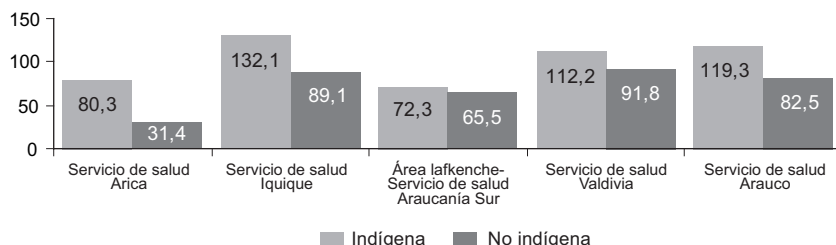
Las defunciones por causas traumáticas y violentas probablemente se relacionan con la inserción indígena en la modernidad desde una posición de marginación y postergación y con problemas de un acceso oportuno a la atención de la salud, tal como se ha mostrado en estudios de los pueblos indígenas del Canadá y los Estados Unidos (Kirmayer, 2000). Un claro indicador de esta situación dentro de este gran grupo de causas son las tasas de suicidio, sostenidamente más altas entre los pueblos indígenas analizados, vinculadas a disrupción social, falta de control por parte de la comunidad y otros factores que impactan de manera más profunda sobre estos pueblos, como grupo social subordinado y discriminado de las esferas de poder. Esta mayor tasa de suicidio en poblaciones indígenas ha sido sistemáticamente descrita para la mayoría de las poblaciones indígenas de las que se cuenta con datos (Cohen, 1999; Desjarlais y otros, 1995).

Gráfico 4
CHILE: TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, SEGÚN PERTENENCIA A PUEBLOS INDÍGENAS
 (Por 100.000)



Fuente: Ana María Oyarce y Malva Pedrero, *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara de la provincia de Iquique", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 3, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2007; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del Servicio de Salud Arica", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 1, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2006.

Gráfico 5
**CHILE: TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR CÁNCER,
 SEGÚN PERTENENCIA A PUEBLOS INDÍGENAS**
 (Por 100.000)

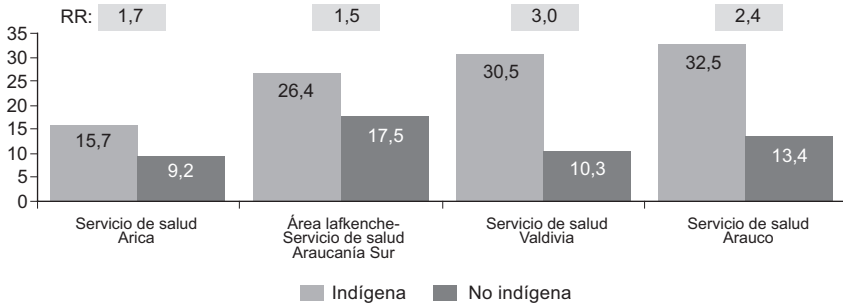


Fuente: Ana María Oyarce y Malva Pedrero, *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara de la provincia de Lquique", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 3, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2007; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del Servicio de Salud Arica", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 1, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2006.

En los perfiles realizados, la situación más crítica se observa entre los mapuches de la Provincia de Arauco, una de las áreas con mayores dificultades económicas del país, donde los territorios indígenas se han visto invadidos por una industria forestal extensiva y han sufrido un acceso limitado a los mercados de trabajo, en un contexto de fricciones interétnicas que se han agudizado en las últimas décadas⁶.

⁶ Las tasas para el trienio 2001-2003 fueron de 16,9 por 100.000 entre los aimaras de Arica y Parinacota; 26,4 por 100.000 para los mapuches del área lafkenche; 30,5 por 100.000 entre los de Valdivia, y 32,5 por 100.000 entre los de la Provincia de Arauco.

Gráfico 6
TASA AJUSTADA DE SUICIDIO POR PERTENENCIA A PUEBLOS INDÍGENAS Y ESTIMACIÓN DE RIESGO RELATIVO, 2001-2003
 (Por 100.000)



Fuente: Ana María Oyarce y Malva Pedrero, *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL), 2009; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del Servicio de Salud Arica", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 1, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2006.

Nota: RR = Riesgo relativo.

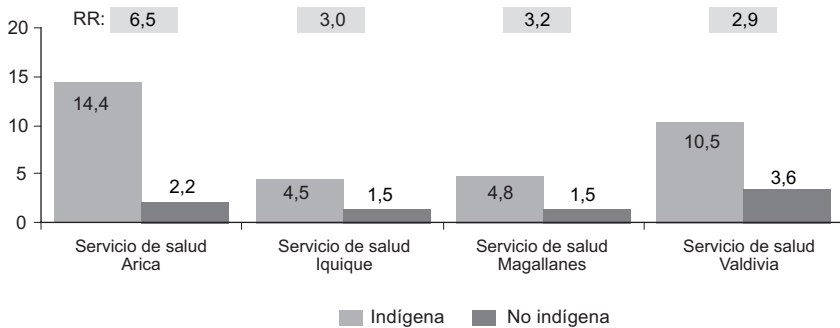
En estos diagnósticos se ha enfatizado el análisis de la morbilidad por tuberculosis, pues esta enfermedad mundialmente es entendida como trazadora de inequidad, dado que su mayor determinante es la situación de pobreza y marginalidad social. La situación de la tuberculosis en poblaciones indígenas de Chile parece mucho más compleja. Pese a la efectividad que el Programa nacional de control de la tuberculosis ha tenido en el país, esta enfermedad se mantiene en forma endémica con tasas relativamente elevadas en las regiones I, IX y X (período 1996-2003), que son las áreas donde se concentra la población indígena.

Las condiciones de vida desfavorables, como vivir en áreas confinadas, con ventilación pobre y bajas condiciones de saneamiento ambiental, sumado a factores como la migración del campo a la ciudad y características socioculturales relacionadas con un modelo de salud-enfermedad-curación distinto al predominante en el mundo occidental, además de la falta de adecuación cultural de los servicios y a problemas en la organización médica, ponen a las poblaciones indígenas en un riesgo mayor de contraer esta enfermedad y morir por su causa. Así lo confirman las tasas de incidencia de todos los territorios analizados. Las cifras son particularmente altas para los

aimaras del área de cobertura de los servicios de salud Arica e Iquique, donde son seis y siete veces mayores que las de los no indígenas, respectivamente.

Dado que la enfermedad es prevenible y curable y el tratamiento es gratuito, en las muertes por tuberculosis se expresa claramente una falta de garantías del derecho a la salud y a la vida, que afecta de manera más decisiva a los pueblos indígenas. Los indicadores están mostrando brechas que afectan de manera inaceptable a los indígenas en esta materia, con diferencias extremadamente altas para los aimaras de la Región de Arica y Parinacota, cuyo riesgo de morir por esta causa es un 550% más alto que el del resto de la población. La brecha se mantiene, aunque con menor dramatismo, para los aimaras de Iquique, los indígenas de la Región de Magallanes y los mapuches de Valdivia, con riesgos un 200% más altos.

Gráfico 7
CHILE: TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS
SEGÚN PERTENENCIA A PUEBLOS INDÍGENAS Y
ESTIMACIÓN DE RIESGO RELATIVO, 2001-2003
(Por 100.000)



Fuente: Ana María Oyarce y Malva Pedrero, "Perfil epidemiológico básico de la población aymara de la provincia de Iquique", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 3, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2007; "Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del servicio de salud Arica", *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 1, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2006.

Nota: RR = Riesgo relativo.

IV. Comentarios finales

Durante mucho tiempo, se sostuvo que con la información disponible no era posible construir este tipo de perfiles epidemiológicos diferenciados por etnia. Una primera contribución de esta propuesta metodológica es que demuestra

precisamente lo contrario; vale decir, sí se puede producir información consistente y sistemática en distintos niveles de análisis: individual, por coberturas de servicios de salud, comunal, por pueblo y otros. Más aun, dado que los servicios de salud mantienen registros continuos y sistemáticos de morbimortalidad, es posible que los equipos locales repliquen esta estrategia metodológica construyendo o actualizando los indicadores locales para focalizar de manera más pertinente los programas de salud en los territorios indígenas.

En este sentido, la mayor contribución de la estrategia metodológica utilizada en estos diagnósticos es aportar evidencia epidemiológica sobre los pueblos indígenas sin la necesidad de recolectar datos nuevos, sino utilizando de una manera innovadora las fuentes de datos disponibles. Es precisamente la utilización de varios criterios y su aplicación sistemática en las bases de datos lo que permite aprovechar la información al máximo, visibilizando la situación de salud de estos pueblos.

Además, si bien el objetivo es relevar brechas entre indígenas y no indígenas, de los perfiles se obtiene información específica para toda la población atendida por un servicio de salud y, en ese sentido, aportan un conjunto de indicadores específicos para la planificación que no se producen generalmente a nivel local. Por lo tanto, aunque se emplean específicamente para evaluar la situación de salud de los pueblos indígenas, pueden utilizarse para toda la gestión sectorial.

Por otro lado, al construirse a partir de las fuentes oficiales, los indicadores generados son comparables con las cifras promedio a nivel nacional, regional y de las áreas de cobertura de los servicios de salud.

Un último aspecto a destacar en el ámbito metodológico es que los indicadores producidos aplicando esta propuesta muestran niveles de morbimortalidad generales muy similares a los calculados a partir de las estadísticas vitales oficiales. Ello hace suponer que la metodología es suficientemente sólida y sistemática y que su mayor contribución es la identificación de brechas de equidad en la implementación del derecho a la vida y salud de los pueblos indígenas, expresada en tasas más altas de mortalidad y morbilidad.

En el plano de los indicadores, los resultados sustentan, desde una perspectiva teórica, que los pueblos indígenas de Chile se encuentran en una etapa de transición epidemiológica polarizada y prolongada, pues, además de las enfermedades asociadas a la modernidad, coexisten otras propias del subdesarrollo.

Desde esta perspectiva, la sobremortalidad de los pueblos indígenas relevada en estos diagnósticos epidemiológicos es evidencia de la discriminación estructural que sufren en una sociedad que en pleno siglo XXI todavía presenta rasgos coloniales; situación que, en el marco de los derechos

colectivos específicos de los pueblos indígenas, solo puede interpretarse como una brecha en la implementación de los derechos a la salud y la vida.

Para comprender los factores socioestructurales que están determinando esta situación, es necesario remitirse a la historia de la conquista y colonización de los pueblos indígenas que institucionalizó, desde el momento del contacto, un sistema de estratificación y discriminación que ubicó a estos pueblos en las capas más marginales de las sociedades latinoamericanas.

Es necesario seguir investigando la interrelación entre la posición socioeconómica, la etnia y el género, que están en la base de la situación de salud descrita. Por ejemplo, en los resultados de la CASEN de 2006, se observa que la brecha de pobreza entre indígenas y no indígenas es mayor en la Región de Magallanes, donde existe una mayor sobremortalidad indígena, y menos aguda en las comunas del área lafkenche de la Provincia de Cautín.

En términos generales, creemos que este patrón diferencial es el resultado de una compleja combinación de inequidades acumuladas, producto de la posición marginal que ocupan estos pueblos en la estructura social, combinada con un modo diferente de vida, sin desconocer además la incidencia de los factores genéticos de estas poblaciones, cuyo contacto con el mundo occidental es un hecho relativamente reciente.

Esta situación de sobremortalidad tiene al menos tres implicancias directas para la salud pública: i) que existe una situación de violación sistemática al derecho fundamental a la vida que afecta a los indígenas desproporcionadamente más que a otros ciudadanos de los países en que se insertan; ii) que hay determinantes sociales estructurales que están produciendo una vulnerabilidad y una exposición diferencial en estos pueblos, y iii) que los programas de salud no han tenido el efecto esperado en estos grupos, por lo que el desafío es conocer y comprender los contextos socioculturales locales en que se produce esta sobremortalidad para diseñar programas e intervenciones culturalmente sensibles y epidemiológicamente eficaces.

Por último, a pesar de que estos diagnósticos son efectivamente una contribución al conocimiento de la situación de salud de los pueblos indígenas, su elaboración es compleja y requiere de un trabajo minucioso caso a caso. Además, pese a que es posible realizarlos, no cubren la necesidad de contar con indicadores continuos para todas las poblaciones indígenas. Tampoco dan cuenta del derecho de los pueblos originarios a autoidentificarse, criterio que es reconocido por la comunidad internacional y por el movimiento indígena como el más válido para construir instrumentos de medición en el marco de los derechos humanos. Por lo anterior, es necesario incluir la identificación étnica en las fuentes de datos convencionales de salud con el fin construir indicadores comparables entre la población indígena y la no indígena. En el ámbito de los derechos colectivos y de la integridad cultural, se requiere

además desarrollar indicadores cuantitativos y cualitativos que respondan a los modelos de salud holísticos de los pueblos indígenas, incorporando el medio ambiente, el territorio, la participación política y la autonomía, entre otros elementos.

Bibliografía

- Aliaga, Félix (2008), "Epidemiología en población mapuche", Dirección de Salud Araucanía Sur/Universidad de la Frontera [en línea] <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/aliaga.html>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), *Panorama social de América Latina, 2006* (LC/G.2326-P), Santiago de Chile, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.
- Cohen, Alex (1999), "The mental health of indigenous peoples. An international overview" [en línea] <http://www.culturalsurvival.org/print/3368>.
- Desjarlais, R. y otros (1995), *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*, Nueva York, Oxford University Press.
- Frenk, Julio y otros (1994), "La transición epidemiológica en América Latina", *Notas de población*, N° 60 (LC/DEM/G.149), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- (1992), "La nueva salud pública. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate", *Publicación OPS*, N° 540, Washington, D.C.
- Gruskin, Sofia y otros (2008), "Uso de los derechos humanos para mejorar la salud de la madre y del recién nacido: antecedentes, vínculos y posible enfoque práctico", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 86, agosto.
- Helman, Cecil (2000), *Culture, Health and Illness. An Introduction for the Health Professionals*, Oxford University Press.
- Kirmayer, L. (2000), "The mental health of indigenous peoples", *Culture and Mental Health Research Unit Report*, N° 10.
- Krieger, Nancy (2000), "Discrimination and health", *Social Epidemiology*, N° 55, L. Beckman e I. Kawachi (eds.), Nueva York, Oxford University Press.
- Marmot, M. y S. Syme (1976), "Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans", *American Journal Epidemiology*, vol. 104.
- Montenegro, Raúl y Carolyn Stephens (2006), "Indigenous health in Latin America and the Caribbean", *The Lancet*, vol. 367, 3 de junio.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2007), "A conceptual framework for action on the social determinants of health" [en línea] http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
- Oyarce, Ana María (2009), "Mortalidad infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina", Santiago de Chile, inédito.
- (2008), "La identificación étnica en los registros de salud. Experiencias y percepciones en el pueblo mapuche de Chile y Argentina", *Documentos de proyectos*, N° 198 (LC/W.198), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Oyarce, Ana María y Malva Pedrero (2009a), *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía*

- Sur, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL).
- (2009b), *Perfil epidemiológico básico de los pueblos kawésqar, yámana y mapuche-williche de la Región de Magallanes*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL).
- (2009c), *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL).
- (2009d), *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco (MS)*, Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud (MINSAL).
- (2007), “Perfil epidemiológico básico de la población aymara de la provincia de Iquique”, *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 3, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL).
- (2006), “Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del Servicio de Salud Arica”, *serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 1, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL).
- Peredo, Elizabeth (2004), “Una aproximación a la problemática de género y etnicidad en América Latina”, *serie Mujer y desarrollo*, N° 53 (LC/L.2066-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.9.
- Schkolnik, Susana (2000), “Algunos interrogantes sobre las preguntas censales para identificar población indígena en América Latina”, documento presentado al primer Encuentro internacional todos contamos: los grupos étnicos en los censos, Cartagena de Indias, 8 al 10 de noviembre.
- Schkolnik, Susana y Fabiana Del Popolo (2005), “Los censos y los pueblos indígenas en América Latina: una metodología regional”, *Notas de población*, N° 79 (LC/G.2284-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio.
- Stephens, Carolyn y otros (2006), “Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for indigenous health worldwide”, *The Lancet*, vol. 367, 17 de junio.
- Toledo, Víctor (1997), *Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile: perfil epidemiológico*, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2008), *Estado mundial de la infancia 2009. Salud materna y neonatal*, Nueva York, diciembre.
- Valenzuela, Rodrigo (2003), “Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Chile”, *serie Políticas sociales*, N° 76 (LC/L.2006-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.167.



Primera edición
Impreso en Naciones Unidas • Santiago de Chile • 50900339
ISSN impreso 0303-1829 • ISSN electrónico 1681-0333
ISBN 978-92-1-323304-7 • Número de venta: S.09.II.G.52
Copyright © Naciones Unidas 2009

ISBN 978-92-1-323304-7



9 789213 233047