SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN AYMARA EN LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA.

Evidencias de inequidades étnicas en el norte de Chile.

SEREMI
Región de Arica y Parinacota
Ministerio de Salud

Situación de salud de la población aymara en la Región de Arica y Parinacota.
Evidencias de inequidades étnicas en el norte de Chile.

SEREMI de Salud de Arica y Parinacota
Primera Edición, diciembre 2014
Diseño gráfico: Daniella Monsalve

Este documento fue elaborado por la antropóloga Malva-marina Pedrero Sanhueza, en el marco del proyecto "Diseño y ejecución de un estudio epidemiológico con enfoque sociocultural de la población aymara de la Región de Arica y Parinacota", implementado por la SEREMI de Salud Arica y Parinacota, a través de su Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

índice general

PRÓLOGO 9

PRESENTACIÓN 11

I LA PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ÉTNICAMENTE DIFERENCIADA EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. 13
1 El estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas en salud a nivel internacional. 13
2 Legislación nacional en materia de salud y pueblos indígenas. 15
3 La obligación de los Estados y sus sistemas estadísticos de producir información étnicamente diferenciada como base para diseñar políticas públicas que garanticen los derechos de los pueblos indígenas. 19
3.1. Enfoque étnico en las fuentes de datos. 20

II ASPECTOS METODOLÓGICOS. 22
1 Identificación de casos aymara en los registros de morbimortalidad. 22
2 Procedimientos para el cálculo de tasas. 22

III ÁREA DE COBERTURA DE LA INVESTIGACIÓN: CARACTERIZACIÓN GENERAL. 24
1 Generalidades. 24
2 La oferta en salud. 25
2.1. La red asistencial. 25
2.2. El Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI). 26

IV EL PUEBLO AYMARA EN LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA. 30
1 Contexto histórico. 30
2 Comunidad aymara: tierras, territorios y recursos naturales. 33
3 Aspectos sociodemográficos de la población aymara regional. 36
4 El campesinado aymara: algunos antecedentes generales a partir del VII Censo Agropecuario. 42
5 Aproximación a algunos determinantes sociales de la salud de las comunidades aymara en Arica y Parinacota. 44
6 Comentarios generales sobre el panorama socio-organizativo aymara. 49

V ELEMENTOS BÁSICOS PARA APROXIMARSE AL SISTEMA MÉDICO AYMARA. 53

VI EXPLORANDO LAS INEQUIDADES EN SALUD QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN AYMARA A TRAVÉS DE INDICADORES CONVENCIONALES DE MORTALIDAD. 56
1 Evidencias del mayor riesgo de morir en la población aymara. 56
1.1. Brechas persistentes sin distinción por sexo y a lo largo de todo el ciclo vital. 57
2 Diferencias y similitudes en la estructura de la mortalidad de la población aymara y no aymara. 61
3 La magnitud de las brechas interétnicas en las principales causas de muerte en población aymara. 64
3.1. Mortalidad por Cáncer. 64
3.2. Mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio. 66
3.2. Mortalidad por Causas Externas. 70
3.4. Mortalidad por Enfermedades del Sistema respiratorio. 71
3.5. Mortalidad por VIH. 72

VII UN ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD EN POBLACIÓN AYMARA A PARTIR DE LOS REGISTROS DE EGRESOS HOSPITALARIOS Y ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA. 74
1 ¿Qué nos muestran los registros de enfermedades de notificación obligatoria? 74
2 Descripción general de los egresos hospitalarios entre los años 2006 y 2010. 75

VIII TUBERCULOSIS Y SALUD MENTAL ENTRE LOS AYMARA: DOS DRAMÁTICAS EVIDENCIAS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA POLARIZADA. 79
1 La situación de la tuberculosis entre la población aymara. 79
1.1. La necesidad de contextualizar estos indicadores. 81
2 Información básica para aproximarse a la salud mental de la población aymara. 85
IX CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. 94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 99
ANEXO ESTADÍSTICO 103

índice de gráficos

Gráfico 1 Lugar de residencia de la población atendida 28
Gráfico 2 Sexo de la población atendida 28
Gráfico 3 Edades de la población atendida por sexo 28
Gráfico 4 Chile. Distribución de la población aymara por región de nacimiento 37
Gráfico 5 Región de Arica y Parinacota. Distribución relativa de la población por pueblo de pertenencia en distintas fuentes de datos 38
Gráfico 6 Región de Arica y Parinacota. Distribución de la población aymara por lugar de nacimiento 39
Gráfico 7 Región de Arica y Parinacota. Razón de masculinidad por pueblo de pertenencia, según comuna 39
Gráfico 8 Región de Arica y Parinacota. Índices de envejecimiento de la población por pueblo de pertenencia 39
Gráfico 9 Región de Arica y Parinacota. Índices de envejecimiento de la población por pueblo de pertenencia, según sexo 40
Gráfico 10 Región de Arica y Parinacota. Índices de envejecimiento de la población por pueblo de pertenencia, según área de residencia 40
Gráfico 11 Región de Arica y Parinacota: Distribución relativa de la superficie explotaciones individuales aymara por sexo del productor, según comuna 44
Gráfico 12 Región de Arica y Parinacota: Tamaño medio de las explotaciones individuales aymara por sexo del productor, según comuna 44
Gráfico 13 Región de Arica y Parinacota. Evolución de la pobreza en población aymara y no aymara (2006-2009) 45
Gráfico 14 Región de Arica y Parinacota. Incidencia de pobreza en población aymara y no aymara por área de residencia (2009) 45
Gráfico 15 Región de Arica y Parinacota. Proporción de analfabetismo en población aymara y no aymara área de residencia, según sexo (población de 15 y + años) 47
Gráfico 16 Región de Arica y Parinacota. Proporción de población aymara y no aymara sin educación formal por área de residencia, según sexo (15 y + años) 47
Gráfico 17 Región de Arica y Parinacota. Tasa de participación económica en población aymara y no aymara por área de residencia, según sexo 48
Gráfico 18 Región de Arica y Parinacota. Tasa desocupación en población aymara y no aymara por área de residencia, según sexo 49
Gráfico 19 Región de Arica y Parinacota. Distribución de la PEA aymara y no aymara por rama de actividad económica 49
Gráfico 20 Distribución de las comunidades indígenas (Ley 19.253) por comuna 51
Gráfico 21 Cantidad promedio de socios de las comunidades indígenas (Ley 19.253) por comuna 51
Gráfico 22 Distribución relativa defunciones por condición étnica (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 56
Gráfico 23 Evolución de la tasa bruta de mortalidad general (2001-2008) 56
Gráfico 24 Tasa ajustada de mortalidad en población aymara y no aymara (Trienios 2001-2003, 2004-2006 y 2007-2009) 57
Gráfico 25 Tasa ajustada de mortalidad en población aymara y no aymara (Trienios 2001-2003, 2004-2006 y 2007-2009) 57
Gráfico 26 Tasa ajustada de mortalidad general por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2001-2003, 2004-2006 y 2007-2009) 57
Gráfico 27 Índice de Swaroop en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 58
Gráfico 28 Chile. Evolución de la mortalidad infantil (1940-2010) 59
Gráfico 29 Tasa estimada de mortalidad infantil (< 1 año) en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 59
Gráfico 30 Componentes de la mortalidad infantil en niños aymara y no aymara (2004-2009) 60
Gráfico 31 Tasa de mortalidad en la niñez (< 5 años) en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 60
Gráfico 32 Tasa específicas de mortalidad por grupos programáticos de edad en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 61
Gráfico 33 Tasa de mortalidad en el adulto mayor (65 y + años) en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 61
Gráfico 34 Chile. Principales causas de muerte (1960-2009) 61
Gráfico 35 Región de Arica y Parinacota. Principales causas de muerte (2004-2009) 62
Gráfico 36 Principales causas de muerte en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 62
Gráfico 37 Principales causas de muerte en hombres aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 63
Gráfico 38 Principales causas de muerte en mujeres aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 63
Gráfico 39 Principales causas de muerte por área de residencia en población aymara y no aymara (Trienio 2007-2009) 64
Gráfico 40 Tasa ajustada de mortalidad por Neoplasias en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 65
Gráfico 41 Tasa ajustada de mortalidad por Neoplasias por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 65
Gráfico 42 Tasa ajustada de mortalidad por Cáncer de los órganos digestivos en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 66
Gráfico 43 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 66
Gráfico 44 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 67
Gráfico 45 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 68
Gráfico 46 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 68
Gráfico 47 Tasa ajustada de mortalidad por Isquemia Cardiaca en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 69
Gráfico 48 Tasa ajustada de mortalidad por Isquemia Cardiaca por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 69
Gráfico 49 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 69
Gráfico 50 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 69
Gráfico 51 Tasa ajustada de mortalidad por Causas Externas en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 70
Gráfico 52 Tasa ajustada de mortalidad por Causas Externas por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 70
Gráfico 53 Principales causas específicas de mortalidad por Causas Externas en población aymara y no aymara (2004-2009) 71

Gráfico 54	Tasa ajustada de mortalidad por Accidentes de transporte terrestre en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	71
Gráfico 55	Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Respiratorio en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	71
Gráfico 56	Tasa ajustada de mortalidad por Influenza (gripe) y neumonía en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	72
Gráfico 57	Tasa ajustada de mortalidad por Influenza (gripe) y neumonía en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	72
Gráfico 58	Tasa ajustada de mortalidad por VIH en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	73
Gráfico 59	Tasa ajustada de mortalidad por VIH por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	73
Gráfico 60	Distribución relativa ENO por diagnóstico en población aymara y no aymara (Quinquenio 2004-2010)	74
Grafico 61	Tasa ajustada para enfermedades de notificación obligatoria seleccionadas en población aymara y no aymara (Quinquenio 2004-2010)	75
Gráfico 62	Tasa ajustada Enfermedad de Chagas en población aymara y no aymara por sexo (Quinquenio 2004-2010)	75
Gráfico 63	Principales diagnósticos de egreso hospitalario, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	76
Gráfico 64	Principales diagnósticos de egreso hospitalario en hombres, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	76
Gráfico 65	Principales diagnósticos de egreso hospitalario en mujeres, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	76
Gráfico 66	Causa específica de egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio en mujeres aymara y no aymara (Quinquenio 2006-2010)	77
Gráfico 67	Tipo de parto en mujeres aymara y no aymara (Quinquenio 2006-2010)	77
Gráfico 68	Tipo de parto en mujeres aymara y no aymara. Comuna de Arica-Comunas rurales (Quinquenio 2006-2010)	78
Gráfico 69	Tipo de parto en mujeres aymara y no aymara (Quinquenio 2006-2010)	78
Gráfico 70	Tasa ajustada de incidencia de TBC en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	79
Gráfico 71	Tasa ajustada de incidencia de TBC en población aymara y no aymara, según sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	80
Gráfico 72	Distribución relativa casos notificados de TBC por grupos de edad, según condición étnica (2004-2009)	80
Gráfico 73	Distribución relativa egresos hospitalarios por TBC por grupos de edad, según condición étnica (2004-2010)	80
Gráfico 74	Distribución relativa casos notificados de TBC por localización, según condición étnica (2004-2009)	80
Gráfico 75	Tasa ajustada de mortalidad por Tuberculosis en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	81
Gráfico 76	Tasa ajustada de mortalidad por Tuberculosis por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	81
Gráfico 77	Tasa ajustada de mortalidad por Lesiones autoinfligidas intencionalmente en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	88
Gráfico 78	Distribución de casos de suicidio en población aymara y no aymara por grupos de edad (2004-2009)	88
Gráfico 79	Distribución relativa egresos hospitalarios por Lesiones autoinfligidas intencionalmente por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	88
Gráfico 80	Tasa ajustada de mortalidad por Agresiones en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	89
Gráfico 81	Distribución de casos de muertes por agresiones en población aymara y no aymara por grupos de edad (2004-2009)	89
Gráfico 82	Distribución relativa egresos hospitalarios por agresiones por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	89
Gráfico 83	Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Mentales y del Comportamiento en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	90
Gráfico 84	Distribución relativa egresos hospitalarios por Enfermedades mentales y del comportamiento por diagnóstico específico, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	90
Gráfico 85	Distribución relativa egresos hospitalarios por Enfermedades mentales y del comportamiento por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	91
Gráfico 86	Distribución relativa egresos hospitalarios por Esquizofrenia por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	91
Gráfico 87	Distribución relativa egresos hospitalarios por Trastornos mentales debidos al consumo de psicotrópicos por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	91
Gráfico 88	Distribución relativa egresos hospitalarios por Trastornos del humor por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	92

índice de tablas

Tabla 1	Región de Arica y Parinacota. Establecimientos de la red asistencial del sistema público por comuna y dependencia	25
Tabla 2	Región de Arica y Parinacota: Distribución de las explotaciones por condición jurídica del productor, según condición étnica	42
Tabla 3	Región de Arica y Parinacota: Distribución de las explotaciones por comuna, según condición étnica del productor	43
Tabla 4	Región de Arica y Parinacota: Superficie explotaciones individuales aymara por comuna, según sexo del productor	43
Tabla 5	Distribución de la población aymara y no aymara por sistema de salud, según área de residencia	48
Tabla 6	Región de Arica y Parinacota. Distribución de la PEA aymara y no aymara por grupo de ocupación	49
Tabla 7	Juntas de vecinos por comuna	50
Tabla 8	Distribución de asociaciones indígenas vigentes por tipo	52
Tabla 9	Integrantes de asociaciones indígenas vigentes por tipo, según sexo	52
Tabla 10	Distribución defunciones por Neoplasias por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	65
Tabla 11	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Circulatorio por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	67

índice de figuras

Figura 1	Metodología para identificar casos aymara en los registros de morbimortalidad	22
Figura 2	Área de cobertura de la investigación	24
Figura 3	Esquema geomorfológico de la Región de Arica y Parinacota	25
Figura 4	Señoríos aymara	31
Figura 5	Comunidades de aldea en la Provincia de Parinacota	34
Figura 6	Comunidades de tierra: un ejemplo de las localidades de Tacora, Humapalca y Alcérreca	34
Figura 7	Chile. Distribución de la población aymara por región	37
Figura 8	Región de Arica y Parinacota. Distribución de la población aymara por comuna (números absolutos)	38
Figura 9	Región de Arica y Parinacota. Proporción de población aymara por comuna	38
Figura 10	Región de Arica y Parinacota: pirámides de población por pueblo de pertenencia	40

Figura 11	Región de Arica y Parinacota: pirámides de población aymara y no aymara por área de residencia	41
Figura 12	Pirámides de población aymara y no aymara por comuna	41
Figura 13	Ciclo vital aymara	54

índice de recuadros

Recuadro 1	Derechos de los pueblos indígenas en salud en los principales instrumentos internacionales	13
Recuadro 2	Los tres vínculos básicos entre la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad y el ejercicio de los derechos humanos	15
Recuadro 3	Norma Administrativa 16	17
Recuadro 4	¿Por qué es importante introducir el enfoque étnico en los sistemas de información en salud?	20
Recuadro 5	Región de Arica y Parinacota. Ficha descriptiva	24
Recuadro 6	Algunos indicadores sobre la gestión de los facilitadores interculturales del Hospital Dr. Juan Noé (2002-200)	28

PRÓLOGO

La misión de la Secretaría Regional Ministerial de Salud es asegurar a los habitantes de la Región de Arica y Parinacota el derecho a la protección en salud, ejerciendo las funciones de vigilancia, control, promoción y fiscalización que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales, de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población.

La Región de Arica y Parinacota, cuenta con un porcentaje importante de población indígena, mayoritariamente aymara. En este escenario, es función de la SEREMI de Salud, velar por el cumplimiento de las normas, programas y políticas nacionales de salud y pueblos indígenas en la región, y así contribuir a la disminución de brechas de equidad en su situación de salud, a través de la construcción participativa de políticas, normas y planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.

De este modo, la Autoridad Sanitaria Regional velará por la incorporación de estrategias y actividades destinadas a identificar, monitorear y en lo posible a disminuir las brechas de equidad en la situación de salud y medio ambiente de la población indígena.
En este contexto, la Secretaría Regional Ministerial de Salud, a través del programa Salud y Pueblos Indígenas, desarrolló el año 2013 el proyecto de expansión Estudio Epidemiológico con Enfoque Sociocultural de la Población Aymara de la Región Arica y Parinacota, cuyos resultados son presentados en esta publicación.

Este conocimiento, debe ser utilizado por los equipos de salud como fundamento para definir estrategias y acciones pertinentes, elaboradas en conjunto con las comunidades indígenas, que permitan mejorar el acceso a la salud y las condiciones sanitarias de la población aymara de la región.

Mg. GIOVANNA CALLE CAPUMA
SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD
REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA

PRESENTACIÓN

Objetivar, a través de indicadores étnicamente diferenciados, los efectos provocados por la larga historia de discriminación y exclusión social en las condiciones de salud de los pueblos indígenas es una tarea ineludible de los Estados y sus sistemas de información, en función de garantizar sus derechos individuales y colectivos. Desde el año 2003, el Ministerio de Salud ha desplegado esfuerzos en este sentido, produciendo información epidemiológica para distintos pueblos indígenas en el país. El proceso se inició precisamente en la Región de Arica y Parinacota, con un estudio que evidenció las dramáticas brechas de equidad que afectaban a la población aymara local (Oyarce y Pedrero, 2006)

Con este nuevo estudio, que actualiza la información producida desde el MINSAL hace años atrás, la Autoridad Sanitaria Regional asume su compromiso de implementar acciones destinadas a identificar y monitorear las brechas de equidad en la situación de salud de la población indígena, cumpliendo con las disposiciones sectoriales en esta materia. No obstante, disponer de estas evidencias epidemiológicas, impone también el desafío ético y político de iniciar un proceso participativo de definición de estrategias y orientaciones técnicas particulares que permitan enfrentar de manera activa y culturalmente pertinente algunas de las áreas más críticas evidenciadas: morbimortalidad por Tuberculosis y VIH, el daño a la salud mental de la población indígena regional y el efecto de los estilos de vida modernos en la carga de morbilidad.

En 2013, la SEREMI de Salud puso a disposición de la comunidad regional el boletín “Situación de Salud de la población aymara. Indicadores de básicos”, que entregaba una versión resumida del estudio que se presenta in extenso en esta ocasión. En él se asume que la principal determinante social de la salud de la población aymara es la falta de garantías efectivas para la implementación de los derechos sociales, políticos, económicos y culturales de los pueblos indígenas. Por ello, el primer capítulo de este libro, explicita los contenidos del estándar de derechos que la comunidad internacional reconoce a estos pueblos y describe el marco normativo nacional en la materia. Aporta, además, una sección relativa a la realidad sociohistórica, territorial y organizacional de las comunidades aymara de en la Región. Describe luego aspectos generales del modelo médico andino, cuyo conocimiento es fundamental para construir los modelos interculturales de atención en salud, que deben ponerse a disposición de los pueblos originarios en virtud de la legislación vigente. Incorpora, en los dos capítulos siguientes, una descripción exhaustiva del perfil de morbimortalidad de esta población, a través de indicadores convencionales que permiten establecer la magnitud de la inequidades interétnicas en este ámbito. Entrega también un conjunto de recomendaciones de carácter general para profundizar en la comprensión de los problemas identificados, definir estrategias sistemáticas para enfrentarlos y establecer un sistema permanente de monitoreo del impacto de las mismas. Por último, pone a disposición de los equipos técnicos que quieran profundizar en el análisis de los datos, la totalidad de tabulados estadísticos producidos en el marco de la realización de la investigación.

I. LA PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ÉTNICAMENTE DIFERENCIADA EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.

1. Estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas en salud a nivel internacional.

En la mayoría de los países latinoamericanos, la democracia enfrenta en la actualidad el desafío insoslayable de abrirse a la diversidad cultural y generar nuevos pactos políticos y sociales entre los Estados y los pueblos indígenas que permitan superar la noción liberal de ciudadanía y abrir paso a democracias multiculturales y pluriétnicas[1], tal como lo han venido exigiendo estos pueblos de manera sistemática en las últimas décadas. Es un hecho ampliamente conocido que los movimientos indígenas han logrado visibilizar y posicionar en la agenda pública la ya atávica exclusión y marginación social, política y económica a la que han estado relegados desde la conquista hasta la actualidad; así como su agudización en virtud de ajustes estructurales, globalización económica y acuerdos de libre comercio, entre otros elementos (Stavenhagen, 2006; Yashar, 2005; CEPAL, 2006; Aylwin, UFRO, 2002; Anaya, 2005).

Este fenómeno tiene como correlato el surgimiento y consolidación de un estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas, en el contexto de la ampliación progresiva del catálogo internacional de derechos humanos, que ha permitido sumar a las libertades clásicas —tradicionalmente vinculadas al principio de libertad— un conjunto de derechos sociales, civiles, económicos y culturales (derechos de segunda generación); y, más tardíamente, los derechos de los pueblos, que incluyen, entre otros, los derechos a la autodeterminación, a la independencia política y económica, a la identidad cultural y nacional, etc.

En este contexto, la comunidad internacional ha establecido una serie de normas de derecho convencional relativas a los pueblos indígenas, que configura un régimen sui géneris y específico claramente diferenciados dentro del corpus jurídico contemporáneo de derechos humanos (Anaya, 2005). Tales normas han permitido consolidar un estándar mínimo de derechos colectivos de los pueblos indígenas, que se sintetiza principalmente en el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales[2] (en adelante, el Convenio) y en la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas[3] (en adelante, la Declaración), pero que también es reconocido en otros instrumentos (CEPAL, 2006; Aylwin y otros, 2010; CEPAL-ATM, 2012).

RECUADRO 1
Derechos en salud de los pueblos indígenas en los principales instrumentos de derecho internacional

DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

Artículo 23
Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24
1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

1 Una democracia pluriétnica o plurinacional, no promueve homogenización de la ciudadanía; más bien postula una igualdad ciudadana abierta a la 'diferenciación' (no a la desigualdad), permitiendo la incorporación de los pueblos indígenas u otros grupos étnicos a la comunidad política mayor no sólo como individuos, sino que también como colectivos. El tipo de derechos asociados a las demandas de ciudadanía diferenciada corresponden a derechos especiales de representación para grupos excluidos, derechos de autonomía en aspectos claves de la vida de nacionalidades, culturas o pueblos encapsulados al interior de estados plurinacionales y derechos culturales.
2 Ratificado por el Estado de Chile el 15 de septiembre de 2008 y que entró en vigor un año más tarde.
3 Aprobado por el Asamblea General de las NU en 2007

CONVENIO 169 DE LA OIT, ARTÍCULO 25

1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Dicho estándar tiene por principio el derecho a la autodeterminación de estos pueblos e incluye: i) derechos territoriales referidos a la propiedad, uso y control de las tierras que históricamente han poseído y los recursos naturales en ellas disponibles; ii) derecho al desarrollo y al bienestar social, garantizando la autonomía en la decisiones y la integridad cultural; iii) derecho a la participación social y política sistemática; y, iv) derecho de no discriminación. Al respecto, han surgido al menos tres consensos básicos. Primero, se asume que los derechos de los pueblos indígenas deben implementarse atendiendo a las normas de orden público internacional y no restringirse a las normas internas de cada país; segundo, los Estados deben dar garantías especiales para que éstos ejerzan los derechos y libertades fundamentales de aplicación general; y, tercero, se debe avanzar a la vez en el reconocimiento e implementación de sus derechos colectivos específicos (CEPAL, 2006).

¿Tiene este nuevo estándar de derechos implicancias para el sector salud? Es indudable que el ejercicio del derecho humano fundamental a la salud que se ha reconocido en múltiples instrumentos internacionales[4] es interdependiente del ejercicio de otros derechos (Ver Recuadro 2). Tal como ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[5] "*el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud".* En otras palabras, el ejercicio de los derechos humanos es la principal determinante social de las condiciones de salud de las poblaciones; y, dado que éstos revisten connotaciones especiales para los pueblos indígenas, los Estados no solo deben garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos indígenas (dimensión individual), sino que también deben implementar sus derechos colectivos en tanto pueblos culturalmente diferentes. Más aún, el derecho a la salud de los pueblos indígenas no solo está estrechamente vinculado sino que depende del ejercicio de sus derechos colectivos.

Adoptando esta perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud[6] ha insistido en múltiples documentos en la necesidad de que los Estados aboguen, promocionen, protejan y resguarden los derechos humanos de ciertos grupos en situación de vulnerabilidad, entre los que se incluye a los pueblos indígenas; instándolos, además, a formular e implementar políticas, planes y legislaciones relacionadas con la salud y bienestar de tales grupos, de conformidad con los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano.

4 Párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, Párrafo 1 del Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Artículo 11 y Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros.
5 Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/2000/4
6 50° Consejo Directivo. 62° Sesión del Comité Regional. La Salud y los Derechos Humanos. Documento Conceptual. Washington, D. C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010.

RECUADRO 2
Los tres vínculos básicos entre la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad y el ejercicio de lo derechos humanos

Primer vínculo: *el goce de la salud y el ejercicio de los derechos humanos actúan en sinergia. Así, cierto grado de salud física y mental es necesario para poder ejercer los derechos humanos y las libertades fundamentales que han sido reconocidos internacionalmente y, de esta forma, participar en la vida civil, social, política, cultural y económica de un Estado. Al mismo tiempo, el ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales es esencial para disfrutar de un verdadero bienestar físico y mental.*

Segundo vínculo: *de acuerdo con distintos expertos en salud pública, órganos y agencias especializadas del Sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, y organismos creados por los tratados internacionales de derechos humanos, las violaciones o falta de cumplimiento de los derechos humanos pueden afectar negativamente el bienestar físico, mental y social de todas las personas.*

Tercer vínculo: *las políticas, planes y legislaciones sobre salud pública pueden ser instrumentos que protegen efectivamente los derechos humanos básicos y libertades fundamentales o, por el contrario, pueden ser instrumentos que obstaculizan el ejercicio de derechos básicos vinculados al bienestar físico y mental.*

Fuente: OPS, 2010

Resulta imprescindible, entonces, precisar cuáles son los derechos específicos en salud de los pueblos indígenas. En una interpretación progresiva de los instrumentos internacionales, éstos involucran el derecho a alcanzar y mantener el nivel más alto de salud física y mental, mediante un acceso sin discriminación a una atención adecuada, de calidad y culturalmente pertinente. Contemplan también el derecho a la integridad cultural en materia de salud, vinculado al concepto holístico de bienestar de los pueblos indígenas y que, por lo mismo, no se restringe al control autónomo de las medicinas tradicionales indígenas y a su reconocimiento y protección por parte de los Estados, sino que se extiende a la protección de sus territorios que, en tanto base fundamental de su existencia como pueblos, constituyen espacios vitales para la salud individual y colectiva. Incluyen, por último, el derecho a participar en el diseño, implementación, gestión, administración y evaluación de las políticas y programas de salud que los afectan, con énfasis en la autonomía de los recursos (CEPAL, 2007; OPS / CELADE-CEPAL, 2013; Pedrero, 2011 y 2013).

2. Legislación nacional en materia de salud y pueblos indígenas.

En primer lugar, hay que señalar que el Convenio 169, tras su entrada en vigor en 2009, es una ley de la república, por lo que las disposiciones del Artículo 25 —ya mencionado— forman parte del corpus de reconocimiento jurídico de los derechos en salud de los pueblos indígenas. Por otro lado, si bien la Ley 19.253[7] no se manifiesta explícitamente sobre la salud de los pueblos indígenas, sí contempla disposiciones de carácter general que apoyan sus derechos específicos en este ámbito. Así, el principio establecido en su Artículo 1, que señala que "*es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones, respetar, proteger y promover el desarrollo de [...] sus culturas*", obliga al Estado a la protección y promoción de los sistemas médicos de estos pueblos, pues —qué duda cabe— son parte de "sus culturas". En el mismo sentido, cuando a través del Artículo 7, "*el Estado reconoce el derecho a mantener y desarrollar sus propias manifestaciones culturales*", está implícitamente reconociendo tales sistemas.

Conjuntamente, a nivel doméstico, existen diversas leyes y reglamentos que obligan al Estado a definir políticas, programas y acciones específicas orientadas a los pueblos indígenas. Es el caso de la Ley 19.937[8], que establece como deber del Ministerio de Salud "*formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena*"; del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud[9], que en su Artículo 8, letra e) señala que "en aquellos Servicios de Salud con alta concentración indígena y de acuerdo a las normas e instruccio-

7 La Ley 19.253, del 5 de octubre de 1993, establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.
8 Modifica el D. L. 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Fue promulgada el 30 de enero de 2004 y publicada en el Diario Oficial el 24 de febrero del mismo año.
9 Decreto 140, publicado en el Diario Oficial el 21 de abril de 2005.

nes del Ministerio de Salud en la materia, el Director del Servicio deberá programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud"; y de la Norma General Administrativa 16, sobre interculturalidad en los servicios de salud[10], que establece directrices relativas al reconocimiento de los sistemas de salud de los pueblos indígenas, la participación, la investigación, los modelos de atención, entre otros aspectos. A través de esta Norma, el MINSAL, define con claridad las obligaciones de los Servicios de Salud —no solo del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas— respecto de estos pueblos (Ver Recuadro 3). En este sentido, un monitoreo de la gestión sectorial en esta materia implicaría establecer, en conjunto con las comunidades, mecanismos que permitan verificar la implementación de todas estas directrices; y, a partir de ello, determinar un conjunto de medidas que permitan eliminar las trabas para su implementación. Igualmente, la Norma debiera adecuar los mecanismos de participación a los estándares del Convenio, que está muy por encima del deber de "*escuchar y considerar la opinión [...] de las organizaciones indígenas reconocidas por la ley*" que se consigna en ella.

Más recientemente, la Ley 20.584[11] que regula los deberes y derechos que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud —comúnmente conocida como la Ley de deberes y derechos del paciente— señala que "*en aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a* ***recibir una atención de salud con pertinencia cultural,*** *lo cual se expresará en la aplicación de un* ***modelo de salud intercultural*** *validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el* ***reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios****; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura*". No obstante lo auspiciosa que pareciera para los pueblos indígenas esta Ley, lo cierto es que se promulgó cuando en Chile ya estaba en vigencia el Convenio, lo que obligaba al Estado a desarrollar un proceso de consulta, en los términos definidos por este instrumento de derecho internacional, antes de su promulgación; cuestión que ya había sido resuelta el año 2000 por el Tribunal Constitucional al considerar que los derechos a consulta y participación tienen un carácter autoejecutable. Vale decir, haber promulgado la "Ley de deberes y derechos..." sin consulta a estos pueblos, en concordancia —insistimos—con el estándar del Convenio, puede interpretarse como un incumplimiento de algunos de los deberes del Estado en este ámbito y, consecuentemente, como una vulneración de derechos ya reconocidos a los pueblos indígenas (Pedrero, 2013).

El reconocimiento del derecho de los pueblos indígenas a una atención con pertinencia cultural tiene implicancias sin parangón en la experiencia nacional del sector. Los desafíos son múltiples e involucran la redefinición de la institucionalidad, las partidas presupuestarias, la infraestructura y el equipamiento, los recursos humanos, entre otros aspectos. Todos ellos más allá del actual Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Esos desafíos implican resolver, en conjunto con los pueblos indígenas, cuatro cuestiones fundamentales:

a) Contenidos y formas que adoptará en cada territorio los modelos interculturales de atención. Para su diseño e implementación no es suficiente el reconocimiento de los agentes y algunos aspectos "seleccionados" de la materia médica; lo sustantivo es conocer y reconocer los modelos explicativos en que esos agentes y materias cobran sentido. Se debe tener presente que la interculturalidad en salud no es la mera constatación de la relación "entre culturas", sino la manifestación explícita de la voluntad de trasformar el carácter excluyente de esa relación y su materialización en nuevas formas de organizar y gestionar los servicios de salud. No es el esfuerzo vano y enajenador de transferir contenidos culturales específicos, sino el esfuerzo colectivo de generar nuevas aproximaciones, nuevas síntesis, que se expresen en acciones que permitan enfrentar de manera adecuada, pertinente y contextualizada los problemas de salud de los pueblos. En este sentido, la interculturalidad en salud se entiende como un proceso colectivo de negociación y construcción de significados entre actores sociales provenientes de diferentes culturas médicas en torno a las epistemologías y modelos de realidad, las etapas y ciclos de vida, los

10 Resolución Exenta 261 de 2006.
11 Promulgada el 13 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial el 24 de abril del mismo año.

RECUADRO 3
Norma Administrativa 16

1. El Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y demás organismos del sector salud velarán porque sus actuaciones aseguren el respeto, ***reconocimiento*** *y protección* ***de los sistemas de salud*** *de las agrupaciones indígenas y* ***sus agentes tradicionales reconocidos comunitariamente.***

2. Cuando alguno de los organismos señalados deba adoptar medidas que puedan afectar los sistemas de salud de los pueblos indígenas, ***deberá escuchar y considerar la opinión*** *sobre la materia de las organizaciones indígenas reconocidas por la ley involucradas, así como la de los agentes de salud indígenas titulares de los conocimientos, innovaciones o prácticas que puedan resultar afectadas por la regulación.*

3. Los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud deberán respetar, proteger y promover las manifestaciones culturales en atención y promoción de la salud de la población indígena existentes en su territorio juridisdiccional.

4. Los establecimientos de salud del sistema público ubicados en localidades de alta concentración indígena deberán propender, de acuerdo a sus disponibilidades financieras y de recursos humanos, a contar con apoyo intercultural en la atención de los usuarios de la población indígena que requieran atención en el establecimiento. Esta persona, denominada facilitador intercultural, deberá ser conocedor de la lengua y cultura de la población indígena predominante de la localidad y de la forma de funcionamiento del sistema de salud. En el ejercicio de sus funciones le corresponderá orientar a las personas pertenecientes a las culturas tradicionales desde el interior de los establecimientos, entregarles información sobre el sistema y servirles de nexo con el equipo de salud.

5. Los Consejos Técnicos de los Servicios de Salud y de sus establecimientos, que cuenten con un asesor cultural sobre culturas indígenas, deberán estar integrados en forma permanente por éste, con el objeto de incorporar en el análisis de los asuntos institucionales el enfoque intercultural en salud.

6. Asimismo, cada vez que un Comité de Ética Científico o Clínico deba considerar o analizar situaciones o proyectos que directa o indirectamente afecten a indígenas o a su patrimonio cultural deberá hacerse aconsejar por los asesores culturales existentes en el respectivo Servicio de Salud, sin perjuicio de requerir los apoyos externos que al efecto se estimen necesarios.

7. Los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud el enfoque intercultural, a requerimiento del Ministerio de Salud, o de la Autoridad Sanitaria Regional.

8. Por determinación de la Dirección del Servicio de Salud, previa consulta al Consejo de Participación, se podrá atribuir a un establecimiento la calidad de Hospital Intercultural, caso en el cual tanto en su planta física como en su diseño de gestión, deberá adoptar un enfoque que integre tanto el conocimiento de salud que tiene la cultura indígena predominante en la localidad con el conocimiento aportado por la medicina occidental. La modalidad de gestión del establecimiento será determinada en cada caso conforme a las modalidades culturales del territorio de competencia del establecimiento.

9. Los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán proponer y mantener programas de capacitación continua a sus directivos y funcionarios orientados a desarrollar y fortalecer la pertinencia cultural de las acciones de la Red, en las comunas con alta concentración indígena.

10. En las localidades de alta concentración indígena, la información que al efecto se entregue por los organismos del sistema público de salud al paciente indígena, que así lo requiera para la adopción de un consentimiento informado en materia de acciones de salud, deberán considerar la variable cultural y el apoyo de asesores culturales para ello, de lo que deberá dejarse constancia en el respectivo documento que acredite la decisión tomada.

11. Los establecimientos hospitalarios de los Servicios de Salud permitirán el ingreso de los agentes espirituales de las diversas culturas indígenas para prestar apoyo a pacientes que se encuentran internados, cuando su presencia sea solicitada por éste o sus familiares, en un marco de respeto a todas las creencias.

12. Los Servicios de Salud de áreas de alta concentración indígena cautelarán que en los convenios docentes asistenciales que celebren con entidades de educación superior éstas se comprometan a incluir el enfoque intercultural en la formación de los profesionales de salud.

13. En la formulación de los Planes de Salud Pública regionales, la Autoridad Sanitaria Regional velará por la incorporación de estrategias y actividades destinadas a identificar, monitorear y en lo posible a disminuir las brechas de equidad en la situación de salud y medio ambiente de la población indígena, y proponer las medidas intersectoriales pertinentes.

procesos salud-enfermedad-sanación y los conceptos de persona, tiempo y espacio; negociación que busca definir estrategias que permitan alcanzar el bienestar de un pueblo en un territorio socialmente significativo y clínicamente adecuado (Pedrero, 2002 y 2004; Pedrero y Oyarce, 2007).

b) Territorios de alta concentración de población indígena. Este es un aspecto central para el ejercicio del derecho reconocido. ¿Es la cuestión de fondo definir qué proporción de población indígena debe concentrarse en las áreas de cobertura de los Servicios de Salud un criterio válido? A nuestro juicio no; lo cierto es que los pueblos indígenas se distribuyen a lo largo de todo el territorio nacional; que, más allá del lugar en que residan, son potenciales usuarios de toda la red asistencial; cuestión particularmente importante para los que continúan asentados en los territorios tradicionales, donde la cobertura de la atención sanitaria es precaria y generalmente solo corresponde al nivel primario, lo que obliga a acceder a los otros niveles de atención en los centros urbanos. Además, el sistemático proceso de migración campo-ciudad que ha afectado a los pueblos indígenas, ha redefinido su patrón de distribución territorial, residiendo en la actualidad la mayor parte de esta población en las grandes ciudades; pese a ello, su peso relativo en la estructura poblacional en estas áreas es bajo. Quizás la situación más dramática que permite objetar el criterio "concentración" para la implementación de estos modelos es la de los pueblos Kawésqar y Yámana de los canales australes, dada su vulnerabilidad demográfica.

c) Mecanismos de reconocimiento, protección y fortalecimiento de sistemas médicos indígenas. En este ámbito una cuestión clave es que estos mecanismos deben hacerse en concordancia con los derechos individuales y colectivos reconocidos a los pueblos originarios; esto implica no solo su definición formalmente participativa, sino que dando cuenta de las disposiciones del Convenio en este ámbito. Solo esto permitirá que tales mecanismos respondan también a sus modelos integrales y holísticos de salud, y no a los modelos hegemónicos; cuestión particularmente crítica en materia de su eficacia terapéutica.

d) Definición de objetivos y metas sanitarias específicas que se pretende alcanzar a través de la implementación de estos modelos. Uno de los grandes vacíos de los programas y estrategias institucionales orientadas a los pueblos indígenas es precisamente que no tienen "vocación de salud pública", por lo que no se puede evaluar su impacto sobre las condiciones de salud de estos pueblos, situación que debe resolverse en esta nueva fase definiendo propósitos e indicadores claros y específicos, que permitan monitorear la implementación del nuevo derecho reconocido en la Ley 20.584.

Puede resultar útil para avanzar en este proceso retomar algunos de los elementos que se pusieron al centro para la construcción del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el país, que fuera definido como "*un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer —incluido el intersector— y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales*" (MINSAL/OPS, 2013).

Dos aspectos nos parecen relevantes en esta conceptualización. Por un lado, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario es, por su definición, intercultural; y, por el otro, la naturaleza intercultural del modelo debe expresarse en toda la red asistencial y no solo en los territorios con alta concentración de población indígena.

3. La obligación de los Estados y sus sistemas estadísticos de producir información étnicamente diferenciada como base para diseñar políticas públicas que garanticen los derechos de los pueblos indígenas[12].

La disponibilidad de información y la oportunidad de participar en las decisiones vinculadas con su desrrollo es una condición imprescindible para la realización de los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, bajo los principios de autonomía y autodeterminación. La existencia de importantes brechas en este ámbito ha sido denunciada por sus representantes en múltiples encuentros internacionales. Asumimos que no se trata de acceso a cualquier información, sino a información socialmente necesaria; esto es, aquellas que requieren los pueblos indígenas para decidir sus acciones políticas, económicas, sociales y culturales (Pedrero, 2012).

En este contexto, los Estados tienen la obligación de recoger, procesar, generar, publicar y difundir toda la información relevante para el desarrollo de la sociedad (registros, bases de datos u otros); y deben, además, asegurar mecanismos transparentes para que la ciudadanía pueda acceder a ella. Conjuntamente, la implementación de este deber requiere de un marco normativo y legal, así como de políticas públicas de información que garanticen el ejercicio de este derecho en cada país. En el caso de los pueblos indígenas, a estas obligaciones de carácter general se suman otras específicas relativas a la participación, la consulta, la integridad cultural y autonomía tanto en la definición del tipo de información relevante, las metodologías e instrumentos para su recolección y los mecanismos para su socialización.

En lo específico, la producción de conocimiento sociodemográfico y epidemiológico, desde una perspectiva de derechos humanos, constituye un primer paso en la visibilidad estadística necesaria para la construcción de una ciudadanía pluriétnica en Chile. En efecto, saber quiénes son, cuántos son y dónde residen los pueblos indígenas, es un insumo básico para el diseño de políticas y programas tendientes a la restitución de los derechos conculcados desde la conquista, la colonización y que se han mantenido a través de mecanismos seculares de discriminación que subsisten en el país; tales políticas debieran apuntar a cerrar las brechas de equidad que los afectan. Para ello, los Estados deben adecuar las normativas relativas a la producción, uso y circulación de información vigentes en cada país, asegurando la inclusión de criterios de identificación étnica pertinentes y válidos, que permitan visibilizar la realidad de los pueblos indígenas; y asegurar el acceso a la información disponible y su divulgación de manera oportuna, eficiente y a través de mecanismos culturalmente pertinentes.

Un requerimiento básico, entonces, para implementar los derechos en salud de los pueblos indígenas es la generación de información sistemática sobre sus condiciones de vida, que aporte evidencia epidemiológica científicamente fundada a la formulación de políticas y programas pertinentes y efectivos para lograr la equidad entre los pueblos, entendida ésta como una medida de justicia social. Sólo será posible avanzar en este sentido, conociendo el perfil de morbi-mortalidad, estimando las brechas entre los riesgos de estos pueblos y el resto de la sociedad; y, partiendo de esta línea base, determinar objetivos sanitarios susceptibles de ser medidos objetivamente y diseñar, garantizando la efectiva participación de los pueblos indígenas, intervenciones integrales y culturalmente pertinentes que permitan alcanzarlos. Por ejemplo, si tal como se ha evidenciado en distintos estudios elaborados por el MINSAL (Oyarce y Pedrero, 2007, 2009 (a) y (b); 2010 y 2011; Pedrero y Oyarce, 2009; Pedrero, 2012, 2013 y 2014 (a) y b)) se observan altas tasas de incidencia y mortalidad por Tuberculosis en algunos pueblos indígenas, necesariamente los programas deben ser rediseñados sobre la base de los territorios (tradicionales o modernos) en que éstos se localizan, puesto que es allí donde interactúan los factores agresores protectores de la salud; y, conjuntamente, deben propiciar la inclusión de los modelos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos indígenas. Si consideramos que la meta nacional en este ámbito, es alcanzar una tasa de incidencia de TBC de 5 por 100.000 habitantes, lejos están los pueblos indígenas de alcanzarla; no obstante, es muy probable que muchas regiones del país logren este objetivo a nivel general, sin enfrentar esta injusticia social.

Todo este conocimiento, imprescindible para el diseño de modelos interculturales de atención y gestión en salud, debe ponerse a disposición de los pueblos indígenas para garantizar su participación plena en el proceso. Para ello debe atenderse a estándares del Convenio que establece que éstos deben ser

12 Varios de los elementos contenidos en esta sección corresponden a los "Lineamientos para incluir la identificación de pueblos indígenas y afrodescendientes en los registros de salud" que sistematiza los principales aprendizajes de las experiencias desarrolladas en América Latina en las últimas décadas (OPS/CELADE-CEPAL, 2013).

consultados, "*mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente*" (Artículo 6); precepto refrendado también por el Comité de las Naciones Unidas contra la Eliminación de la Discriminación Racial, que en la Recomendación General 23, insta a los Estados a garantizar "*que los miembros de los pueblos indígenas gocen de derechos iguales con respecto a su participación efectiva en la vida pública y que no se adopte decisión alguna directamente relacionada con sus derechos e intereses sin su consentimiento informado*".

En la misma línea, El Convenio, establece que es deber de los gobiernos "*adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y* ***salud****";* para lo cual *"deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos*" (Artículo 30).

3.1. Enfoque étnico en las fuentes de datos.

El enfoque étnico en las fuentes de datos es un nuevo campo de conocimiento surgido en el marco del progresivo proceso de reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas para enfrentar la necesidad urgente de producir la información requerida para hacerlos efectivos. En su construcción, diversos actores sociales, han asumido que los enfoques convencionales de producción de información deben ser superados, abriendo espacios para la articulación entre las epistemologías indígenas y las "occidentales".

En este sentido, el enfoque étnico en las fuentes de datos es una estrategia teórico-metodológica en construcción que promueve la producción de información sistemática, relevante, consistente y pertinente para el diseño y monitoreo de políticas públicas que garanticen el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas y otros grupos étnicos.

RECUADRO 4
¿Por qué es importante introducir el enfoque étnico en los sistemas de información en salud?

• Porque en la mayoría de los sistemas de información en salud de los países de América Latina no existen registros desagregados por etnia, pueblos o comunidades; y, por eso, no es posible elaborar diagnósticos epidemiológicos diferenciados, ni conocer sus perfiles de morbi-mortalidad.

• Porque, desde un marco de derechos, la invisibilidad de los pueblos indígenas en los sistemas de información en salud, y consecuentemente, de sus condiciones de salud, constituye por sí misma una discriminación étnica que debe ser superada a la luz de las recomendaciones de los organismos internacionales y las demandas actuales de estos pueblos.

• Porque es necesario superar las planificaciones homogenizantes sustentadas en la noción que no hay diferencias en los perfiles epidemiológicos de los pueblos; y que, por ello, no se requerirían políticas específicas y focalizadas para ellos. Así, mientras no se cuente con evidencia epidemiológica y no se identifique de manera consistente y rigurosa las desigualdades e inequidades en salud entre países, grupos étnicos y regiones de América Latina, las políticas y programas de salud específicos para estos pueblos seguirán restringiéndose a iniciativas de carácter cultural, limitando la transversalización del enfoque y, sobre todo, impidiendo que se formulen en términos de objetivos sanitarios exigibles y evaluables.

• Porque, tal como han señalado organismos internacionales, el desafío de superar las inequidades en salud implica focalizar las acciones en los pueblos y comunidades más vulnerados en sus derechos, que son quienes concentran los mayores riesgos de enfermar y morir. Para ello es urgente: a) estimar el daño; b) identificar sus determinantes sociales estructurales y próximas; c) diseñar intervenciones focalizadas, eficientes y relevantes; y d) monitorear los avances en términos de equidad y cumplimientos de derechos.

Fuente: Pedrero y Oyarce, 2013

Operacionalmente, la adopción de este nuevo enfoque supone que los sistemas de información en salud (SIS) avancen progresivamente en al menos tres grandes líneas de acción complementarias:

a) Inclusión en los registros de salud de variable(s) que permitan identificar a las personas que pertenecen a pueblos indígenas y su consecuente incorporación en bases de datos para producir indicadores epidemiológicos clásicos que permitan comparar la situación de salud de las poblaciones indígenas y las no indígenas, identificando diferencias y brechas de equidad entre ellos, que, desde el

enfoque que aquí se ha adoptado, debieran ser interpretadas como brechas en la implementación de los derechos de los pueblos indígenas en materia de salud. No se trata, en caso alguno, de incluir en todos los registros tal variable, sino en aquellos que permiten producir la información suficiente y necesaria. Por ejemplo, a nivel primario de atención resulta contraproducente que cada registro llevado por los equipos de salud consigne esta variable; basta que se haga una sola vez en los SOME o en la fichas de salud familiar.

b) Problematizar y contextualizar los indicadores relativos a la triada epidemiológica clásica persona-tiempo-lugar para reconstruir a partir de las variables ya existentes: i) entidades territoriales significativas para los pueblos indígenas, por ejemplo las comunidades locales; ii) etapas de ciclo vital socio-culturalmente relevantes; iii) categorías relativas a la organización del tiempo entre los pueblos indígenas.

c) Diseño e implementación de un **sistema de indicadores que permita dar cuenta del concepto de bienestar o vivir bien de las comunidades**, desde las categorías que son histórica, social y culturalmente significativas para éstas. Esto supone definir los contenidos y dimensiones del concepto de bienestar indígena, su operacionalización en variables susceptibles de ser medidas, el diseño de instrumentos para su monitoreo y la definición de procedimientos para garantizar el acceso de los pueblos indígenas a la información producida (Pedrero y Oyarce, 2013). Algunos aspectos posibles de considerar son: el control territorial, las condiciones medioambientales, la situación del sistema médico indígena, las redes de solidaridad y reciprocidad comunitarias, la participación política, etc.

Por último, incorporar el enfoque étnico en los SIS no solo es útil para producir y analizar correctamente la información, sino que es también fundamental para ejercer tareas de abogacía y vigilancia de buen gobierno. Para las organizaciones indígenas, conocer y comprender la información sobre su situación de salud, permitirá su inclusión en las agendas de negociación con el Estado, para exigir el diseño e implementación de políticas, planes y programas que garanticen el cumplimiento de sus derechos en salud.

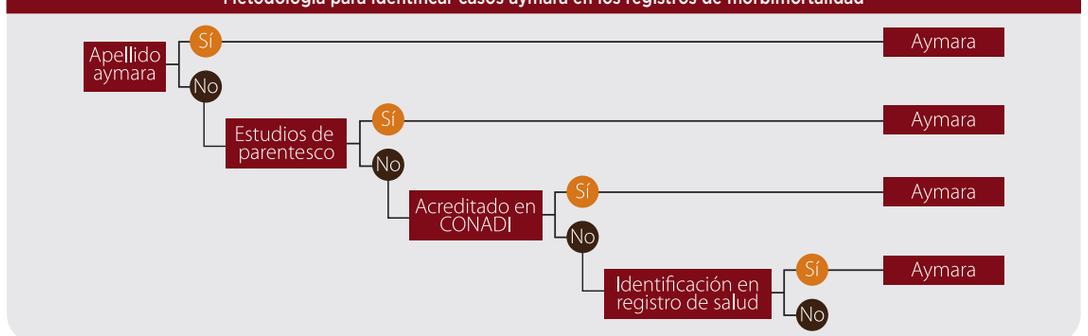
II. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

1. Identificación de casos aymara en los registros de morbimortalidad

Dado que, en términos generales, a nivel nacional la incorporación del enfoque étnico los SIS es aún incipiente, es necesario incluir ex post en los registros disponibles una o más variables que permitan identificar en los eventos de morbi-mortalidad los casos aymara. Para ello, se ha adecuado una metodología que fue diseñada en el marco de la línea de investigación epidemiológica con enfoque sociocultural[13], que desde el 2003 impulsa el MINSAL y que fuera por primera vez probado en la actual Región de Arica y Parinacota (Oyarce y Pedrero, 2006).

Esta metodología identifica casos indígenas en los registros de morbimortalidad a partir de la combinación de tres criterios: apellidos indígenas, apellidos hispanos vinculados a territorios tradicionales indígenas y acreditación de la calidad de indígena en los registros de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI). Dado el dramático despoblamiento de las comunas rurales de la Región en que históricamente se han asentado las comunidades aymara, en este estudio el segundo de estos criterios fue reemplazado por los registros de parentesco que hemos venido desarrollando para la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena en los últimos años en el marco de investigaciones específicas sobre territorialidad aymara (Pedrero y Carrasco, 2004; Pedrero y Novoa, 2011 y 2012; Pedrero 2012), así como aquellos que hemos generado a partir de estudios catastrales disponibles. A estos criterios hemos sumado la autoidentificación como aymara en los registros de egresos hospitalarios y de enfermedades de notificación obligatoria, aunque —por las deficiencias en la incorporación de esta variable[14]— estas fuentes permiten rescatar muy pocos casos (Ver Figura 1).

Figura 1
Metodología para identificar casos aymara en los registros de morbimortalidad



2. Procedimientos para el cálculo de tasas.

Con el fin de hacer comparativos los indicadores producidos en este estudio para la población aymara residente en la Región de Arica y Parinacota con aquellos disponibles para el trienio 2001-2003 (Oyarce y Pedrero, op. cit.), así como con los que se han generado para otros pueblos indígenas del país, esta vez se optó por calcular también trienalmente los indicadores, específicamente para los períodos 2004-2006 y 2007-2009[15].

$$\frac{\sum \text{Eventos de morbimortalidad} / 3}{\text{Población estimada a la mitad del período}} \times 1.000$$

13 Para profundizar en las limitaciones y potencialidades de esta metodología, véase Pedreo y Oyarce, 2009.

14 Las principales deficiencias guardan relación con: a) la definición de la pregunta sin la necesaria participación y consulta a los pueblos indígenas, b) la escasa capacitación a los equipos sobre el propósito sanitario de su inclusión en los registros; y, c) la falta de una campaña amplia de difusión, orientada a los pueblos indígenas y a la sociedad en general, que enfatizara en el por qué se pregunta, cómo se pregunta, cómo se responde y para qué sirve la información que se puede producir a partir de ella.

15 Se tuvo también acceso a los registros de mortalidad de los años 2010 y 2011, para los cuales también se calcularon indicadores. No obstante, por no ser, en un sentido estricto, comparables con los producidos trienalmente, se decidió no incluirlos en este análisis.

En el caso específico de las enfermedades de notificación obligatoria (ENO), excluida la Tuberculosis[16], la SEREMI solo puso a nuestra disposición información para los años 2006 al 2010, lo que impidió calcular indicadores trienales. Por ello, se calcularon tasas promedio para el quinquenio, considerando como población expuesta la proyectada por el DEIS para el año 2008.

$$\frac{\sum \text{Casos notificados} / 5}{\text{Población estimada para el año 2008}} \times 1.000$$

Una vez resuelta la identificación de casos indígenas en las bases oficiales de datos de morbimortalidad, se debe definir un procedimiento para establecer la composición étnica de la población expuesta al riesgo de enfermar o de morir. Para este fin, y también siguiendo la metodología ya utilizada en los demás estudios desarrollados por el MINSAL, se recurrió a las proyecciones de población proporcionadas por el DEIS para los años 2005 y 2008, correspondientes a la mitad de cada uno de los períodos que se analiza-ron. Complementariamente, y dado que esas proyecciones no dan cuenta de la pertenencia a pueblos indígenas de la población, se asumió la composición étnica por sexo y edad arrojada por los resultados del Censo de Población y Vivienda de 2002[17].

Todas las tasas han sido ajustadas por edad, recurriendo para ello a la misma población estándar que se ha utilizado en estudios anteriores, sugerida en la fase inicial del Proyecto de Epidemiología del MINSAL por el DEIS[18]; a saber

Edad	Población
<15	77500
15-24	43291
25-34	34589
35-44	24275
45-54	16355
55-64	11693
65 y +	11220
Total	218923

16 Pese a ello, como son un importante insumo para el monitoreo sistemático de la situación de salud de la población aymara, se incorpora estos antecedentes en el anexo estadístico.

17 A través de otras investigaciones que estamos llevando a cabo con el MINSAL, pudimos acceder a los registros de TBC para todo el período considerado en este estudio.

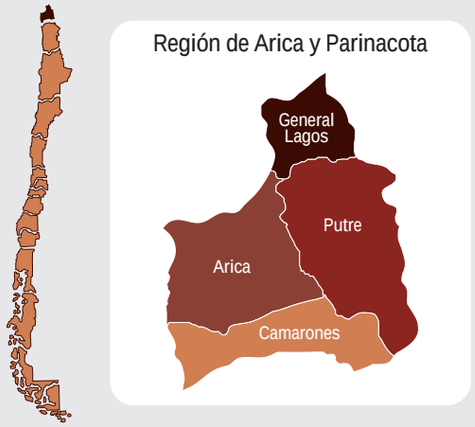
18 La magnitud y composición étnica de la población para los años de referencia puede ser consultada en las tablas 1 y 2 del anexo estadístico.
CELADE. América Latina, proyecciones de población años calendarios 1950-2000. Boletín Demográfico 1991; 48:31

III. ÁREA DE COBERTURA DE LA INVESTIGACIÓN.

1. Generalidades.

El estudio se centra en la Región de Arica y Parinacota, que —como se verá— concentra la mayor cantidad de población aymara del país. Político-administrativamente la Región —creada en 2007 en virtud de ley 20.175— se organiza en dos provincias: Parinacota, que incluye las comunas de Putre y General Lagos; y Arica, que incluye la comuna homónima y la comuna de Camarones (Ver Figura 2).

Figura 2
Área de cobertura de la investigación



RECUADRO 5
Región de Arica y Parinacota. Ficha descriptiva

LÍMITES

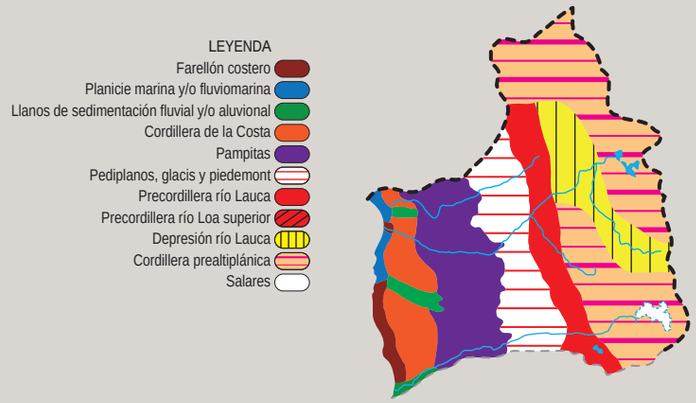
Norte *República del Perú*
Este *Estado Plurinacional de Bolivia*
Sur *Región de Tarapacá*
Oeste *Océano Pacífico*

Superficie *16.873,3 Km2*
Población *179.615 (población estimada para el 2013)*
Densidad *0,64 habitantes por Km2*

GEOMORFOLOGÍA

- ***Planicie litoral o costera****: En esta región se presenta muy angosta (no más de 2 Km. de ancho), excepto donde se emplaza la cuidad más importante de la región, Arica.*
- *Farellón costero: Se levanta desde el nivel del mar, surgiendo desde sus profundidades, empinándose notablemente sobre la línea de la costa, es un cordón uniforme seccionado por la Quebrada de Vitor, al Sur la Cuidad de Arica.*
- ***Cordillera de la Costa****: Según algunos autores, ésta nacería en el Cerro Camarca, al sur de la ciudad de Arica, es un núcleo aislado. Esta cordillera posee el carácter de cerros islas, empinándose por sobre los 1.000 m.s.n.m., desde donde comienza la Pampa de Camarones, al sur de la región. Esta morfología es válida para todo el sector costero comprendido entre Arica, por el norte, y la Pampa de Camarones, por el Sur.*
- ***Depresión intermedia****: Se presenta como una extensa planicie, cuyas alturas van desde los 500 a los 2.000 m. Sus principales pampas son la Pampa de Chaca y la Pampa de Camarones.*
- ***Meseta de Tarapacá****: Se encuentra interrumpida por profundas quebradas, lo que ha dado origen a la individualización de pequeñas pampas, entre las que podemos citar Chaca y Camarones.*
- ***Cordillera de los Andes****: Se presenta maciza, alta y volcánica, con altitudes que promedian los 6.000 m. Se destacan los Volcanes Parinacota, Volcán Pomerape, que juntos forman los Nevados de Pallachatas, en la fron-tera con Bolivia. Además se encuentran el Volcán Guallatire y el Volcán Tacora (5.980 m). La vertiente oriental del sector andino está ocupada por el altiplano chileno. Posee salares de gran envergadura, como el Salar de Surire. También se encuentra el Lago Chungara ubicado a más de 6.100 m.*

Figura 3
Esquema geomorfológico de la Región de Arica y Parinacota



Fuente: INE, Dirección Regional Arica y Parinacota, 2013

2. Oferta en salud.

2.1. La red asistencial.

A nivel regional, la red asistencial cuenta con un hospital base (Hospital Dr. Juan Noé Crevani), establecimiento de mayor complejidad, 6 Centros de Salud Familiar (5 en la comuna de Arica y 1 en la Comuna de Putre), 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar (todos en la comuna de Arica), 2 Equipos de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria, 8 Postas de Salud Rural y 1 Centro de Salud Ambiental.

Tabla 1
Región de Arica y Parinacota.
Establecimientos de la red asistencial del sistema público por comuna y dependencia

Comuna	Dependencia	Establecimiento
Arica	Municipal	Centro de Salud Familiar Víctor Bertín Soto
		Centro de Salud Familiar Dr. Amador Neghme de Arica
		Centro de Salud Familiar Iris Véliz Hume (Ex Oriente)
		Centro de Salud Familiar Remigio Sapunar
		Centro de Salud Familiar Punta Norte
		Posta de Salud Rural San Miguel de Azapa
		Posta de Salud Rural Poconchile
		Posta de Salud Rural Sobraya
		Centro Comunitario de Salud Familiar Dr. Miguel Massa
		Centro Comunitario de Salud Familiar Dr. René García
		Centro Comunitario de Salud Familiar Cerro La Cruz
	Servicio de Salud	Clínica Dental Móvil Simple
		Hospital Dr. Juan Noé Crevanni
		Centro de Salud Ambiental
		ESSMA Norte
		ESSMA Sur
Camarones	Municipal	Posta de Salud Rural Codpa
Putre	Municipal	Centro de Salud Familiar Putre
		Posta de Salud Rural Belén
		Posta de Salud Rural Ticnamar
General Lagos	Municipal	Posta de Salud Rural Visviri
		Posta de Salud Rural Alcérreca

Fuente: http://intradeis.minsal.cl/SIES_SCSYO/ViewEstable.aspx

Conjuntamente, la oferta del sistema privado de salud, centrada exclusivamente en la comuna de Arica, incluye 14 centros de salud, 5 clínicas, 1 hospital en el Complejo Penitenciario de Acha y 9 laboratorios.

2.2. El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).

Este Programa comienza a implementarse en el Servicio de Salud Arica en el año 1997 (Pedrero, 2002). Su propósito, enmarcado en la política sectorial, es "contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso" (MINSAL, 2003). Para ello, propone los siguientes objetivos:

- Avanzar en la construcción participativa de un modelo de salud con enfoque intercultural.
- Garantizar la participación de los pueblos indígenas en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de estrategias destinadas a mejorar el estado de salud, accesibilidad, calidad y pertinencia de las acciones sanitarias orientadas a la población indígena.
- Desarrollar, en materia de promoción de la salud, estrategias que garanticen el fortalecimiento y respeto a la cosmovisión y cultura específica de los pueblos indígenas.
- Incorporar en los establecimientos de la red de servicios de salud, un enfoque intercultural que oriente su quehacer hacia los pueblos originarios y hacia el medio ambiente en que viven.
- Incorporar los criterios de pertinencia cultural a las inversiones y desarrollo de los modelos médico-arquitectónicos de establecimientos de salud en comunas de alta concentración de población indígena.
- Contribuir al reconocimiento, protección y desarrollo de los conocimientos y las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas en salud.
- Mejorar la calidad y pertinencia cultural de las acciones de salud, a través de estrategias de formación, perfeccionamiento y desarrollo de recursos humanos.
- Ampliar la incorporación de los pueblos indígenas a las estrategias desarrolladas por FONASA para mejorar el seguro público de salud.
- Acrecentar la coordinación de acciones intra e intersectoriales orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos originarios.

Todo el accionar del PESPI en la Región debiera estar orientado por las directrices establecidas en la Norma Administrativa 16, que fue reseñada con anterioridad (Ver Recuadro 2). Lamentablemente, no fue posible acceder a información suficiente para monitorear, en concordancia con éstas, la labor que desarrolla el Programa en la Región. No obstante, describimos a continuación las líneas de acción que en la actualidad se implementan a través de él.

a) Facilitadores interculturales.

• Antecedentes

Los facilitadores interculturales se han transformado en una figura casi emblemática del proceso adecuación cultural de los servicios de salud en territorios con fuerte presencia de población indígena. Los equipos de salud de la Región de La Araucanía fueron pioneros en esta iniciativa, que concretaron a través de la creación de las Oficinas Amuldungun, que introducían un nuevo actor en la atención de salud, el facilitador o amuldungufe, cuyas funciones serían:

- Informar, orientar y apoyar a los enfermos de origen mapuche y a sus familiares que requieran atención de salud ambulatoria y de hospitalización y coordinar estas acciones con los diferentes servicios clínicos y administrativos del hospital o consultorio.
- Apoyar a los pacientes mapuche hospitalizados y a los equipos de salud, en resolver casos donde lo cultural sea relevante en la recuperación de la salud.
- Llevar un registro de las acciones efectuadas y un archivo de la documentación pertinente, que sustente las actividades de capacitación e investigación.
- Facilitar la comprensión de las indicaciones médicas y los cuidados del enfermo, a la vez que hacer más fácil la interacción del enfermo mapuche en el hospital o consultorio.
- Difundir y valorizar la cultura y la lengua mapuche como el enfoque intercultural al interior del sistema de salud, mediante actividades como coloquios interculturales, material educativo, apoyo docentes a alumnos, etc." (Oyarce, Ibacache y Neira, 1996)

Así, los facilitadores fueron concebidos como personas indígenas que —teniendo un fuerte vínculo comunitario y, por lo mismo, conociendo la cultura mapuche y su sistema médico— permitirían no sólo mejorar la comunicación entre equipos de salud y usuarios indígenas, sino que también reorientar los

planes y programas en territorios mapuche. Una iniciativa tan innovadora como ésta, no podía menos que concitar gran adhesión en otros territorios, donde la relación equipos de salud-usuarios evidenciaba problemas similares a aquellos que se enfrentaban con esta medida en el área mapuche.

Cuando, en 1996, el Ministerio de Salud pone en marcha el PESPI, los facilitadores interculturales se comienzan a institucionalizar paulatinamente como una manera de mejorar el acceso y la calidad de atención a usuarios indígenas; y la definición formal de sus funciones replica casi literalmente los aspectos recién señalados[19].

A nivel local, un año antes del inicio del PESPI en el país, la realización del 1º Seminario de "Medicina Intercultural" en la ciudad de Arica[20], permitió identificar algunas de las áreas más críticas de la interacción equipos de salud-usuarios aymara. Si bien muchas de ellas se relacionaban con problemas de cobertura y acceso a atención, emergieron también varios otros aspectos vinculados a la dimensión cultural de los procesos de salud-enfermedad, evidenciándose la tensionada relación entre el modelo médico indígena y el oficial.

En aquella oportunidad, fue posible conocer la experiencia que se venía desarrollando en territorio mapuche. Las Oficinas Amuldungun, se transformaron inmediatamente en las estrellas del evento y terminaron por seducir a un grupo de mujeres aymaras que un año después intentaron replicarla en el Hospital Dr. Juan Noé. Se constituye así un grupo de 7 voluntarias, que adoptan el nombre de "facilitadoras interculturales". Se trataba, en su mayoría, de jóvenes aymara vinculadas al sector salud (profesionales y estudiantes) e integrantes de la organización indígena urbana Pacha Aru, que comienzan a prestar apoyo a aquellos usuarios que lo requirieran: visitan enfermos, consiguen medicamentos, acompañan en los trámites, etc.

Un marcado carácter asistencialista tuvo esta iniciativa, cuyo funcionamiento se extendió hasta 1999 y que en su apogeo contó con nueve voluntarias, incluyendo extrañamente a una extranjera en el equipo. Su entusiasmo decayó, según su propio balance, por el escaso apoyo institucional que recibieron para des-arrollar sus actividades. El vínculo comunitario de esta experiencia fue escaso, al igual que su incidencia al interior de los equipos de salud. En los hechos, no existían mayores diferencias entre sus acciones y las que desarrollaban otros voluntariados que han proliferado en los espacios sanitarios. Indudablemente, favorecieron una mejor interacción entre usuarios aymaras y ambientes hospitalarios, pero no lograron abordar las dimensiones culturales de ella. Con todo, su mayor logro fue la instalación en la agenda de las organizaciones indígenas de la necesidad de incorporar a los equipos de salud a personas que conocieran la cultura y lengua aymara (Muñoz y Pedrero, 2002).

• Fase de institucionalización

A partir del año 2000, y siguiendo las orientaciones sectoriales nacionales, el Servicio de Salud de Arica, crea oficialmente sus propias Oficinas de Facilitadores Interculturales, que instala en el Hospital Dr. Juan Noé y en el aquel entonces Consultorio Dr. Remigio Sapunar. Tres jóvenes aymaras son seleccionados, a través de un concurso público, para constituir este equipo, todos ellos originarios de las comunidades de la Provincia de Parinacota.

Deficiencias en el proceso de instalación llevó a los nuevos facilitadores a hacer gala de ingenio, empatía e improvisación para ir enfrentando los problemas que se les presentaban. En la práctica, para cumplir la función de "informar y orientar", debieron informarse y orientarse a sí mismos primero de manera más bien intuitiva y dificultosa. Desde el PESPI, en tanto, se asumía que sus roles estaban asociados a la superación de las "barreras culturales" que deben enfrentar los aymaras, principalmente aquellos provenientes de sectores rurales, en su interacción con los equipos de salud, aunque sin saber a ciencia cierta cuáles son los mecanismos que permitirían alcanzar este propósito (Muñoz y Pedrero, op. cit.).

Los facilitadores locales cumplen una importante labor como mediadores de la interacción entre usuarios aymara y el ambiente hospitalario. Sus acciones contribuyen a paliar los problemas que tanto usuarios indígenas como no indígenas enfrentan en el acceso a horas de atención de especialidades y exámenes de manera más oportuna, orientación respecto a trámites y procesos administrativos, aclaración de

19 Ver Política de Salud y Pueblos Indígenas. MINSAL, 2003:39.
20 Evento organizado por dos ONG locales (Taller de Estudios Andinos y Apacheta) y la organización aymara Pacha Aru, con la colaboración de la Universidad de Tarapacá y el Servicio de Salud Arica.

prescripciones médicas, en la medida de sus posibilidades, etc. Sin lugar a dudas, estas acciones contribuyen a mejorar el acceso a atención de las comunidades indígenas en el principal establecimiento de salud de Arica y, en tal sentido, deben ser valoradas; sin embargo, todavía son insuficientes para mejorar la pertinencia cultural de la atención. Por ejemplo, no han sido incorporados en los Consejos Técnicos de los Servicios de Salud y de sus establecimientos; tampoco en los Comité de Ética Científico o Clínico; ni su apoyo ha sido requerido cuando es necesario contar con el consentimiento informado del usuario para alguna intervención de salud (directriz 5, 6 y 10 de la Norma 16, respectivamente).

Más recientemente, en el marco de las experiencias de atención complementaria impulsadas por el Servicio de Salud, se incorporan facilitadores interculturales en las comunas rurales de la Región. Igualmente, en los últimos años, han sido incluidos en las instancias de participación que el sector ha definido para su relación con los pueblos indígenas.

RECUADRO 6
Algunos indicadores sobre la gestión de los facilitadores interculturales del Hospital Dr. Juan Noé (2002-2007)

Gráfico 1
Lugar de residencia de la población atendida

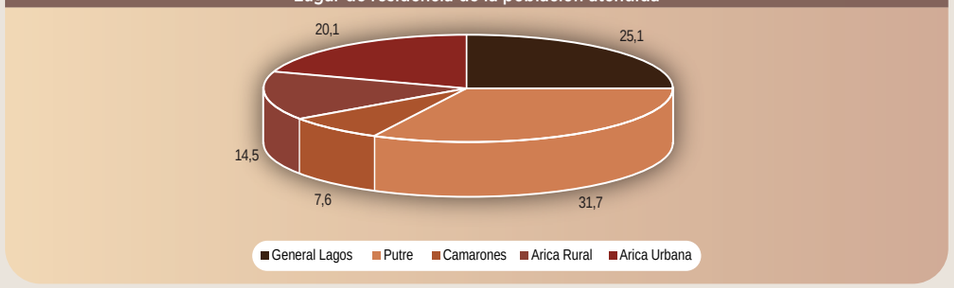


Gráfico 2
Sexo de la población atendida

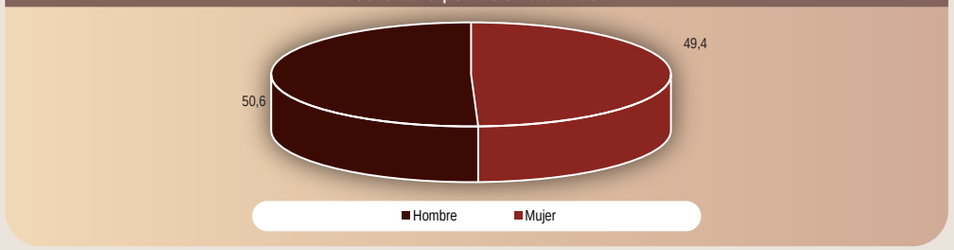
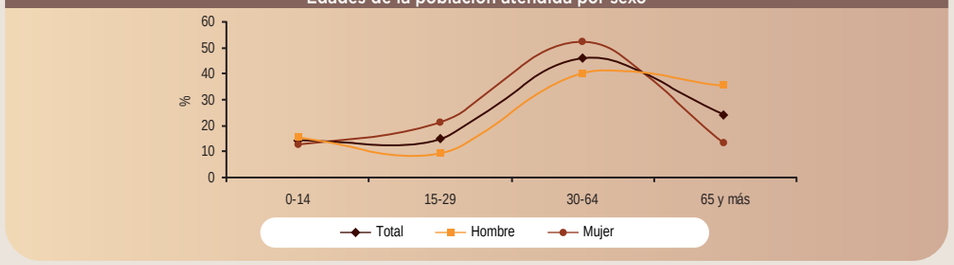


Gráfico 3
Edades de la población atendida por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de SS Arica, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007

b) Atención complementaria en las rondas médicas en comunas rurales: desde septiembre de 2006, en el marco de la agenda pactada entre el Servicio de Salud Arica, la Red Comunitaria de Asesores Culturales de la comuna de Putre y el equipo del entonces Consultorio General Rural de la comuna, se dio comienzo a un proceso de atención conjunta de los médicos aymara y el equipo de salud local en las rondas mensuales que se desarrollan en la zona. A partir de 2011, un proceso similar se inicia en General Lagos; y, más recientemente, en Camarones.

c) Iniciativas para dar pertinencia cultural a la atención de salud materna: El Servicio de Salud Arica, a través del PESPI, desarrolla desde 2009 la iniciativa "Utasanjam usuña/Parir como en nuestra casa", que permite que las mujeres cuenten con el acompañamiento y atención de una usuyiri durante el embarazo y el parto. Desde entonces a julio de 2013, 42 partos han sido atendidos, de los cuales 23 corresponden a mujeres indígenas y 19 a mujeres no indígenas[21].

Conjuntamente, en el control de embarazo se entrega a las mujeres la Guía "*Wawasana Thakipa*", que diseñara el equipo del PESPI en 2007 para dar pertinencia cultural a una iniciativa similar del Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo. Este material apunta a generar condiciones para que el equipo de salud pueda acompañar a la mujer aymara embarazada considerando sus particularidades culturales y respetando sus propias concepciones y prácticas sobre los procesos de gestación, embarazo parto y puerperio. Complementariamente, busca promover los derechos de los niños indígenas que, según ha señalado la UNICEF, es una de las mejores formas de promover los derechos de todos los integrantes de sus pueblos, puesto que posibilita la reproducción de su estilo de vida, costumbres y creencias. El supuesto de esta iniciativa es que se deben generar condiciones favorables, incluso antes del nacimiento, para que los niños indígenas puedan ejercer su derecho "a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma" establecido en el Artículo 30 de la Convención sobre los Derechos del Niño (Pedrero, Carrasco y Lagos, 2008).

d) Casa de acogida *Utama* para usuarios aymara residentes en las comunas rurales de la Región, que deben concurrir y permanecer en la ciudad en busca de atención médica.

21 Información entregada por Francisco Olivares, encargado de comunicaciones del SS Arica.

IV. EL PUEBLO AYMARA EN LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA.

1. Contexto histórico.

La ocupación aymara de la actual Región de Arica y Parinacota se remontaría a los siglos XII y XIII; se trata de una población no unificada políticamente, que estaban vinculadas a señoríos regionales cuyas cabeceras se asentaban en el altiplano (Torero, 1970; Hidalgo, 1986; González y Gundermann, 1997). En general, correspondía mitimaes que, pese a su desplazamiento, mantenían derechos sobre los recursos disponibles en los señoríos de origen. Las evidencias arqueológicas sugieren que habrían sido asentamientos de origen Lupaca, Carangas (urcosuyo) y Pacaje (umasuyo), que habrían interactuado con la población puquina preexistente en la zona. Estos señoríos tenían jurisdicciones territoriales compartidas, donde ejercían autoridad sobre las poblaciones locales. El poder de las jefaturas se estructuraba sobre las tradicionales dualidades andinas, que permitían sostener un sistema de producción diversificado.

Las fuentes históricas indican que parte de la población del antiguo Cacicado de Codpa —que incluía Socoroma en un derivado de la Quebrada de Lluta; los sectores de Chitita, Pachica y Esquiña de la Quebrada de Camarones; Ayco, Timar y Codpa de la Quebrada de Chaca; Livílcar, Belén, Umagata, Timalchaca y Tignamar en la cabecera de la quebrada de Azapa— habría tenido una filiación Carangas (Hidalgo y otros, 2004); al igual que la población de los ayllus de Tacora y Cosapilla de la actual comuna de General Lagos. Por otro lado, existen evidencias de poblamiento Carangas y Pacaje tanto en la cabecera de la Quebrada de Lluta como en la de Azapa y Codpa; y de este último señorío en el ayllu de Ancomarca (actual Visviri).

Este patrón de ocupación y control del espacio andino se ve abruptamente modificado por las políticas hispanas de épocas coloniales que afectaron a todo nivel a los antiguos señoríos. Primero, éstos fueron reducidos territorialmente, quebrando su acceso y control de múltiples pisos ecológicos al definir a los denominados "pueblos de indios" como base político-administrativa para el "otorgamiento" de derechos de usufructo sobre las tierras a las comunidades e imponer un sistema de tributación sobre ellos[22]. La introducción de estos patrones castellanos de organización y gestión del espacio definirán en gran medida la forma que adopta la comunidad andina en épocas modernas. En segundo lugar, tales políticas implicaron una desestructuración programada de los poderes y autoridades indígenas tradicionales, cuyas funciones consuetudinarias serán forzosamente reformuladas al constituirlos en "administradores internos" de la República de Indios sobre la base de los cacicazgos que concentraban las funciones de administración y representación política de las unidades domésticas, así como las ceremoniales y simbólicas. Producto de ello la adscripción comunitaria ya no solo se definirá en virtud del parentesco, sino también de la residencia. Es en este período que se sientan las bases para la configuración de una identidad de carácter local, que persiste hasta la actualidad entre los aymara. En tercer lugar, en el ámbito jurídico, las políticas hispanas implicaron el reconocimiento del "indio" como una categoría social claramente diferenciada, que dio pie a la configuración de un elaborado derecho indiano. Así, por un lado, en las normativas de la época se expresaba un marcado "pluralismo legal", que era capaz de dar cuenta de las particularidades y especificidades del otro indígena; pero, por otro lado, a través de ellas se legitimaba desde una perspectiva etnocéntrica la discriminación estructural hispana al regular la relación asimétrica entre españoles y población autóctona (Camino, 1993).

Con el surgimiento de los movimientos independentistas, que cristalizaron en la constitución de las nuevas repúblicas en el área durante el Siglo XIX, se erradican los sistemas administrativos coloniales y se disuelve la categoría estamentaria de indios. Formalmente, los indígenas ya no gozan de una condición jurídica especial y adquieren el status de ciudadanos. No obstante, la pretendida igualdad inherente a la noción de ciudadanía no se materializa y, tal como evidencia la historia, en los nacientes Estados persistirá la estratificación y segmentación étnica, relegando a estas poblaciones a las posiciones más desventajosas de la estructura social.

En este escenario, durante el período republicano peruano (1821-1879) se erradica la tributación colectiva indígena y se inicia un proceso de fragmentación de la propiedad comunitaria, que posibilita establecer un nuevo sistema impositivo a los "ciudadanos indígenas" sobre la base de predios particulares. Tal como señala Gunderman (1995) "*se legisla contra las comunidades, se busca constituir un sistema de propiedad privado, se busca la transformación de la tierra en mercancía y la disolución de las instituciones de origen colonial. En Tarapacá y Arica el impacto fue dar origen a un sistema privado de la tierra indígena y, por esta vía, menguar considerablemente las tuiciones que los ayllus y comunidades conservaban sobre el uso, goce y disposición de medios productivos. A consecuencia de ello, las comunidades no se disuelven, sino que se recomponen desarrollándose ciertas tendencias y funciones pre-existentes. Básicamente, se refuerza un principio de transmisión de derechos sobre la tierra de tipo sucesorial y la independencia de grupos o facciones de comunidades organizadas a través del parentesco*".

22 Para profundizar en estas cuestiones ver: Ruz, 2008; Díaz y Ruz, 2009; González y Gundermann, 1997; entre otros.

Figura 4
Señoríos aymara

Fuente: Bouysse Cassagne,1987

Este proceso de privatización de las tierras solo se consolida con la anexión de los territorios a la jurisdicción chilena tras la Guerra del Pacífico, cuando el Estado impulsa la inscripción de los predios en los registros del conservador de bienes raíces, en el marco de su necesidad de delimitar las tierras de particulares y las posesiones fiscales. Para tal efecto se establece un registro de propiedad habitacional y agropecuaria, medida que agudizará los procesos de fragmentación de las antiguas comunidades en entidades menores y que, por sobre todo, reducirá la jurisdicción territorial indígena a aquellas áreas inscritas en el registro. Dado que los indígenas no siempre contaban con documentos que acreditaran dominio sobre las tierras que ocupaban, o simplemente no concurrieron ante la Gobernación Provincial a regularizar su situación, gran parte de las tierras aymara fueron consideradas como propiedad fiscal, por lo que los indígenas tuvieron que solicitar a las autoridades nacionales concesión de uso sobre las tierras que hasta entonces utilizaban libremente (Tudela, 1992).

En este período muy pocas comunidades pudieron inscribir sus tierras colectivamente y, cuando esto sucedió, el titular colectivo (la comunidad) dio paso a uno nuevo constituido por representantes de algunos de los grupos de parentesco que formaban parte de ellas. Fueron las unidades domésticas las que predominaron en el proceso de titulación, dando origen a las actuales comunidades de tierras de tipo sucesorial existentes en las zonas altiplánicas. Se disuelve así la estructura agraria sustentada en lo comunitario, configurándose un nuevo régimen de tipo parcelario, que es promovido fuertemente por el Estado y que avanzó, quizás más dramáticamente, durante las últimas dos décadas, con la implementación de los programas de regularización de la propiedad aymara de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (Pedrero y Novoa, 2013).

Pese a estas transformaciones, la comunidad continuará expresándose hasta la actualidad, aunque sus ámbitos de "materialización" serán mucho más restringidos. Operará aún en términos económicos en la mantención de infraestructura productiva y en la gestión de recursos para su instalación en los espacios locales; igualmente, continuará siendo entidad fundamental de la representación política (con el Estado, con otras comunidades y con terceros no indígenas); y será aún el espacio privilegiado de la religiosidad aymara.

La acción del Estado chileno se inicia aún antes de la anexión definitiva del territorio ocupado por las comunidades aymara a la jurisdicción chilena. La fase temprana conocida como campaña de chilenización, de la cual los procesos recién descritos respecto de las tierras fueron parte, se inicia una vez concluida la Guerra del Pacífico con la ocupación de las áreas andinas de Arica y Tarapacá por parte de tropas militares. Se trataba de un área "en disputa", cuyas fronteras y jurisdicciones serían recién "resueltas" en 1904 con el Perú; y en 1884 y 1929, con Bolivia. Los 10 años de transitoria administración chilena de las Provincias de Tacna y Arica establecidos en el Tratado de Ancón (1883) y el establecimiento de un mecanismo plebiscitario para definir la soberanía nacional de esos territorios una vez transcurrido este plazo, dieron pie a uno de los procesos más dramáticos y devastadores para la comunidades. ¿La causa? La población de esas provincias era mayoritariamente peruana, lo que hacía prever la derrota chilena en el plebiscito. En virtud de ello, chilenizar a los aymara era una cuestión fundamental para los intereses del Estado.

En ese contexto, a partir de 1883, se estableció un sistema de autoridades locales, que desplazan gran parte de las funciones de la institucionalidad comunitaria tradicional. Así, en las localidades de Belén, Putre y Codpa instalarán Sub-delegaciones dependientes de la Gobernación Provincial; mientras que en Caquena se instalarán inspectores y Jueces de Distrito; en Guallatire, en tanto, se establecerán alguaciles. En Putre y Belén se habilitan oficinas de registro civil para agilizar la obtención de ciudadanía chilena a quienes la solicitaran. Conjuntamente, se promueve un programa de colonización que permitiera llegar al territorio ciudadanos más adeptos a la causa nacional. En los albores del Siglo XX, la campaña revistió una gran violencia; en un clima beligerante, surgen las Ligas Patrióticas que hostigaban y amedrentaban a los peruanos; se clausuran escuelas, se cierran iglesias, se instaura el servicio militar obligatorio; todas ellas medidas que apuntaban a la homogenización y al desarrollo de una identidad nacional chilena (Hidalgo, op. cit.)

Una vez cerrado el negro capítulo de la "chilenización", el Estado continuó —ahora sin el sello avasallador de los primeros años— implementando una política destinada a lograr la integración de los aymara a la sociedad nacional, mediante la extensión hacia la zona de sus instituciones, principalmente el servicio militar y las escuelas (Aylwin, 1990). Por el poco interés económico que revestía el área, no se dictaron más tarde nuevas medidas que afectaran de manera tan decisiva la vida comunitaria como las mencionadas más arriba.

A mediados del siglo XX, se inicia un sistemático proceso de emigración principalmente hacia Arica, pero también desde la zonas de puna hacia las áreas más bajas, en un fenómeno denominado migración de reemplazo o relevos. Los factores expulsores fueron principalmente económicos: el aprovisionamiento a la minería ya no dependía del arrieraje andino, sino del ferrocarril y el transporte motorizado. Como factores de atracción destacan, entre otros, la apertura de un amplio mercado laboral asociado a la creación del puerto libre, el surgimiento de la zona industrial, la posibilidad de desarrollar actividad agrícola independiente más rentable en los valles costeros de Azapa y Lluta, etc. Desde la década de 1970 los procesos migratorios afectan a todos los sectores andinos. Como continuidad de los modos de vida tradicionales, la economía del migrante aymara persistirá en su base agropecuaria, aunque diversificándose; ya no serán solo productores; incorporándose de manera sostenida al comercio y transporte de productos agropecuarios (Gunderman, 1999).

Ya en la década de los '80, la creación de las comunas de Putre y General Lagos y la organización del territorio en unidades vecinales, tensionarán nuevamente los espacios comunitarios andinos, puesto que estas nuevas entidades no daban cuenta de los mecanismos tradicionales de organización y gestión del espacio por parte de las comunidades aymara. Así, se involucrará en una misma unidad vecinal comunidades sin vinculación política y/o simbólica, e intentando instaurar formas de organización social ajenas al mundo andino. Sin embargo, las comunidades sobreviven, apelando a una estrategia de redefinición de las jurisdicciones territoriales impuestas a través de su reorganización en comités vecinales coherentes con la ocupación tradicional, cuando fue necesario.

Una vez recuperada la democracia, con la promulgación de la Ley Indígena, se inaugura una fase de políticas subsidiarias para el desarrollo agropecuario aymara, cuyo impacto económico no es posible evaluar; se promueve la regularización de la tierras, agudizando las fragmentación ya preexistente; se definen programas de educación intercultural y se instauran mecanismos más o menos permanentes de interlocución del Estado con las comunidades. La sociedad regional "reconoce" y "valora" la presencia aymara, sus costumbres y tradiciones en lo formal; sin embargo, sus derechos territoriales y sobre los recursos naturales en ellos disponibles, que, tal como reconoce la citada ley, son "el fundamento principal de su existencia

y su cultura", se ven permanentemente amenazados por el desarrollo de la industria extractiva minera y por iniciativas del propio Estado.

2. Comunidad aymara: tierras, territorios y recursos naturales[23].

La "participación comunitaria", el "reconocimiento y validación comunitaria de los especialistas médicos tradicionales", las "comunidades indígenas" forman parte del discurso construido en torno a la agenda intercultural en salud. Sin embargo, no siempre resulta claro qué estamos entendiendo por comunidad. Trataremos de precisar este concepto, particularmente en la realidad local.

a) ¿Qué se entiende por comunidad aymara?

La comunidad aymara es una entidad social multidimensional constituida por una agrupación de personas, que poseen y gestionan en común los recursos (naturales y simbólicos) disponibles en un territorio específico. Tal entidad es el resultado de un largo proceso de transformación-recreación iniciado en la Colonia y que se extiende hasta la actualidad; en otras palabras, en este proceso la comunidad no desaparece, sino más bien se transforma, se adecua forzadamente en y por la relación interétnica (con los españoles, primero; y, con las repúblicas, más tarde). En ella, la condición de comunero y, por tanto, los derechos de posesión y uso de los recursos, se funda en la descendencia de algún antepasado en común. Vale decir, el parentesco cobra importancia porque permite establecer quiénes tienen derechos sobre la tierra y sus recursos.

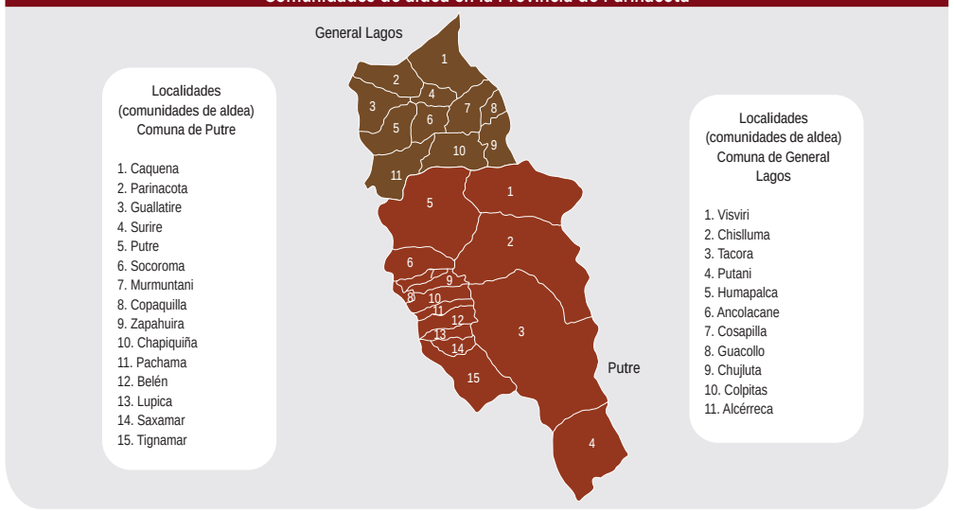
En segundo lugar, la comunidad aymara tiene un carácter corporativo, que se fundamenta en la coexistencia derechos individuales y colectivos sobre los recursos productivos en el seno de un territorio común. Es a través de la comunidad que esos derechos se organizan y actualizan. Es sabido que hay dos condiciones indispensables para que una comunidad se considere corporada: por un lado, la obligatoriedad de los compromisos contraídos entre las unidades de parentesco y con la comunidad como un todo; y, por el otro, que el no cumplimiento de tales compromisos implique un riesgo real de ser excluido de los recursos de uso común, cuya máxima expresión sería la prescripción de la membresía. Es precisamente éste uno de los atributos de la comunidad que más se ha diluido en el período republicano chileno; y quizás más dramáticamente en las últimas décadas. La forzada desfuncionalización de la estructura comunitaria y la pérdida de las atribuciones de las autoridades tradicionales, como efecto de la acción del Estado que ha establecido un sistema de autoridades foráneas ajenas a las dinámicas socioculturales locales, ha impuesto normas positivas sobre la propiedad la tierra y sus recursos y ha definido "desde arriba" organizaciones de nuevo tipo para la interacción con sus distintos aparatos, son solo algunos de los factores que están en la base de este fenómeno. No obstante, hay que tener presente que, aunque de manera más incipiente que entre los indígenas del sur de Chile, en algunas comunidades aymara translocales se está viviendo un creciente proceso de revitalización cultural, que han involucrado el fortalecimiento de autoridades tradicionales; tal es el caso, por ejemplo, de la comunidad precordillerana de Socoroma, donde incluso los rituales andinos del agua que habían cesado en la década de los '70, se retoman a partir del año 2010; situación que también se verificó en las localidades de Pachama y Tignamar (Choque, 2012).

En tercer lugar, en un esquema tradicional se ha planteado que se trata de un tipo de organización local asentada en un territorio, en torno a la que sus miembros desarrollan, consecuentemente, una identidad de carácter localista; local en el sentido que ese territorio (delimitado o no jurídicamente) es reconocido por la memoria colectiva de los comuneros y los miembros de las comunidades aledañas; y, en él se desarrollan patrones institucionalizados de regulación de las relaciones entre los grupos de parentesco y sus integrantes en torno al acceso, uso y transmisión de derechos sobre la tierra: quién tiene derechos sobre la misma, en qué sectores puede ejercerlos a través de actividades productivas de las unidades familiares y cuáles están reservados para el usufructo colectivo, etc. La ocupación residencial del espacio obedece a estos mismos patrones. Así, la unidad familiar tendrá una casa (eventualmente, un caserío) en el sector (estancia) donde desarrolla actividades productivas y otra en el poblado central al que todos los comuneros tienen acceso. Aquí las nociones centrales son comunidad de aldea y comunidad de tierras.

La comunidad de aldea (Ver Figura 5) o poblado andino corresponde a un conjunto de unidades domésticas asentadas en un territorio rural ancestral, en donde se desarrollan principalmente actividades agro-

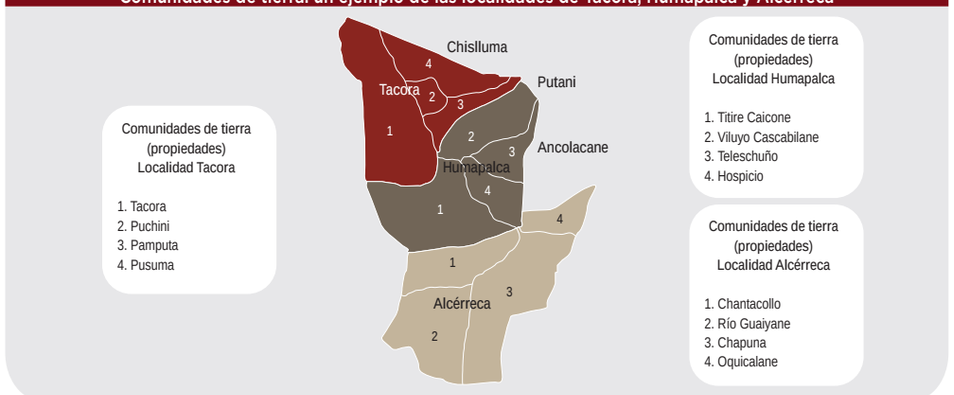
23 Los elementos contenidos en esta sección son productos de diversos trabajos que los últimos 10 años hemos realizado para la CONADI; muchos de ellos están desarrollados en extenso "Protección de las aguas de las comunidades aymara. La gestión del Programa de Aguas de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena en la Región de Arica y Parinacota" (Pedrero y Novoa, 2013)

Figura 5
Comunidades de aldea en la Provincia de Parinacota



Fuente: Pedrero y Novoa, 2013

Figura 6
Comunidades de tierra: un ejemplo de las localidades de Tacora, Humapalca y Alcérreca



Fuente: Pedrero y Novoa, 2013

pecuarias. Ese poblado muchas veces está vinculado con las reducciones impuestas desde la época del virrey Toledo (Siglo XVI) en el espacio andino y que se vieran afectados por la políticas de tierras peruanas y chilenas en la fase republicana, que describiéramos con anterioridad.

En cuarto lugar, los crecientes procesos migratorios campo-ciudad, cuyo carácter político, social y económicamente forzoso nos parece fuera de toda discusión, han provocado el fenómeno al que muchos llaman translocalización de las comunidades; vale decir, los miembros de la comunidad residencialmente se dispersan fuera de la cobertura de la entidad local; sin embargo, continúan manteniendo algún tipo de vínculo con ella, ya sea a nivel productivo (mantención de animales en el rebaño familiar), de colaboración interfamiliar (participación en faenas colectivas de manera directa o aportando con mano de obra asalariada en su reemplazo, para cumplir las obligaciones propias de la membresía comunitaria) o simbólico (participación en el ciclo ceremonial comunitario, lo que incluye muchas veces el cumplimiento de pasaje en los alferados, el asumir roles de fabriqueros de las iglesias locales, entre otras situaciones). Incluso para aquellos migrantes que no mantienen materialmente este vínculo, la comunidad continúa siendo el espacio social de referencia, de identidad, por antonomasia.

La translocalización no solo trae efectos negativos sobre la comunidad andina; también implica que la comunidad diversifica, a través de los comuneros migrantes, los recursos de que dispone para resolver los problemas que afectan a aquellos que siguen asentados en el ámbito local. Por un lado, pueden aportar a contribuir con nuevos ingresos al grupo de parentesco de origen, favorecer la mejor inserción en el mercado de su producción agropecuaria y facilitar el acceso de sus miembros a bienes y servicios del Estado disponibles preferentemente en el espacio urbano (salud y educación, por ejemplo). Junto a esto, el migrante, que normalmente ha alcanzado mejores niveles de escolaridad y tiene mayor acceso a la información, se transforma en un recurso de gran utilidad para la defensa de los derechos del colectivo y la interacción con los órganos del Estado, que hasta ahora han sido incapaces de compatibilizar sus normas y procedimientos con los estándares a que están obligados en virtud de los compromisos internacionales contraídos por Chile.

b) ¿Cuáles son los derechos de las comunidades aymara sobre sus territorios?

Nadie discute hoy la estrecha dependencia entre los derechos humanos a la supervivencia, identidad e integridad cultural de los pueblos indígenas y el ejercicio del derecho colectivo de acceso y control de sus tierras, recursos naturales y territorios históricos. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, se ha pronunciado en múltiples ocasiones sobre este aspecto. Por ejemplo, la sentencia del caso Comunidad Awas Tingni contra el Estado de Nicaragua[24], señala que "*para las comunidades indígenas la relación con la tierra no es meramente una cuestión de posesión y producción sino un elemento material y espiritual del que deben gozar plenamente, inclusive para preservar su legado cultural y transmitirlo a las generaciones futuras*"[25]; igualmente lo hizo en su sentencia en el caso de la Comunidad Indígena Xákmok Kásek contra el Estado de Paraguay, que señala en el párrafo 174: *"La cultura de los miembros de las comunidades indígenas corresponde a una forma de vida particular de ser, ver y actuar en el mundo, constituido a partir de su estrecha relación con sus tierras tradicionales y recursos naturales, no sólo por ser éstos su principal medio de subsistencia, sino además porque constituyen un elemento integrante de su cosmovisión, religiosidad y, por ende, de su identidad cultural"; planteamiento que profundiza en el párrafo siguiente "cuando se trata de pueblos indígenas o tribales, la posesión tradicional de sus tierras y los patrones culturales que surgen de esa estrecha relación forman parte de su identidad. Tal identidad alcanza un contenido particular debido a la percepción colectiva que tienen en tanto grupo, a sus cosmovisiones, sus imaginarios colectivos y la relación con la tierra donde desarrollan su vida*"[26].

El Convenio, es explícito sobre estos aspectos, relevando también la necesidad de que los Estados respeten la importancia de la relación de los pueblos indígenas con las tierras y territorios para su cultura y valores espirituales y particularmente la dimensión colectiva de este vínculo. Además, precisa que la implementación de los derechos sobre la tierra en él reconocidos, debe incluir el concepto de territorio, que cubre la totalidad del hábitat de las regiones que los pueblos originarios ocupan o utilizan de alguna otra manera (Artículo 13).

En un sentido similar se plantea la Declaración, que tras largos años de debate fue aprobada en 2007, y constituye el instrumento internacional más progresista de reconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas. En materia de tierras y territorios, reconoce: a) el "*derecho a mantener y fortalecer su propia relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, mares costeros y otros recursos*" (Artículo 25); b) el "*derecho a poseer, utilizar, desarrollar y controlar las tierras, territorios y recursos que poseen en razón de la propiedad tradicional u otra forma tradicional de ocupación o utilización*" (Artículo 26); c) el "*derecho a la reparación [...] por las tierras, los territorios y los recursos que tradicionalmente hayan poseído u ocupado o utilizado de otra forma y que hayan sido confiscados, tomados, ocupados, utilizados o dañados sin su consentimiento libre, previo e informado*" (Artículo 28); y, d) el "*derecho a la conservación y protección del medio ambiente y de la capacidad productiva de sus tierras o territorios y recursos*" (Artículo 29)[27].

El aspecto central de la territorialidad indígena es, entonces, el acceso, control y uso de todo lo que el territorio contiene y significa, incluidos los recursos del suelo y del subsuelo. Así, comprender la dimensión simbólico-cultural de la territorialidad indígena es fundamental para implementar sus derechos colectivos. Sin embargo, ésta ha sido relegada al olvido en la mayoría de las legislaciones de los países de América Latina, reduciendo sus planteamientos a la cuestión de la propiedad y excluyendo las manifestaciones culturales asociadas a ellas.

c) ¿Por qué es importante considerar la territorialidad aymara en los programas de salud?

Precisamente porque, tal como se ha señalado, la sobrevivencia de los pueblos indígenas como colectivos culturalmente diferenciados depende de la estrecha relación con sus territorios; relación enraizada en sus cosmovisiones y fundamento de sus identidades étnicas.

24 Corte IDH, Caso Comunidad Mayagna (Sumo) Awas Tingni, sentencia de 31 de agosto de 2001. Serie C 79.
25 Ver también OIT, 2003; fundamentos de la Declaración de las Naciones Unidas; Artículo 13 del Convenio.
26 Sentencia de la Corte Interamericana del 24 de agosto de 2010.
27 Para un análisis sobre las implicancias jurídicas para los Estados de la Declaración, véase Aylwin y otros, 2010; Anaya y Wiesser, 2007; entre otros.

Por otro lado, el modelo médico aymara y su concepto de bienestar —el *Suma Q'amaña*, el buen vivir— se sostiene sobre la particular relación e interdependencia del *jaq'i* (la persona, el ser humano construido social y culturalmente en el contexto comunitario) y su territorio material y simbólico. Nos detendremos en estos aspectos más adelante (Ver Capítulo V de este documento). Por ahora, baste señalar que *Akapacha* (este mundo) contiene el espacio semantizado de los aymara, su territorio; territorio que comparte con *Pachamama* (la naturaleza personificada) y los *Mallku*, los espíritus tutelares que moran en los collo (cerro). Además, dada la naturaleza antimónica de *manqhapacha* (el mundo de abajo) y *arakpacha* (el mundo de arriba), *akapacha* constituye el espacio privilegiado —*taypi* (centro, mitad)— donde el *jaq'i*, a través de actividades productivas y rituales favorece la realización del *Tinku* (equilibrio, armonía) entre ellos.

Recurramos al siguiente ejemplo para entender la interrelación entre el *jaq'i*, su sobrevivencia material y cultural, con el territorio natural y simbólico: en *Akapacha*, uma (el agua), nace en los *phuju* (ojos de agua) localizados en las cumbres de los *collo* (los cerros) donde moran los *mallku* (espíritus protectores de los achachilas, los seres tutelares), que son sus dueños; desde allí desciende y es acogida por la *Pachamama* en ríos, lagos, cochas y humedales; para que luego *Katari* (o Amaru, la serpiente), que surge del subsuelo la distribuya por las terrazas y cultivos. Es decir, a través de uma, los *Mallku*, *Pachamama* y *Katari* interactúan para criar la vida del *jaq'i* y su comunidad. Este, a su vez, en reciprocidad, trabajará la tierra, abrirá surcos que permitirán ampliar los bofedales, limpiará los canales precordilleranos. Conjuntamente, celebra rituales propiciatorios y de agradecimiento en los *phuju*, retribuirá a la *Pachamama* saciando su sed y hambre a través de múltiples ceremonias del calendario ritual andino (pero con mayor intensidad en el mes de agosto); agradecerá y alimentará a *Katari* en los ritos de agua; todo en un ciclo que se renueva anualmente.

La interdependencia entre el *jaq'i* (el ser humano, la persona aymara) y los demás seres que viven en *akapacha* son evidentes; de allí que no se pueda materializar el *Suma Q'amaña* aymara, sino a través del control comunitario sobre el territorio, espacio vital para la reproducción de la cultura y la mantención de la salud.

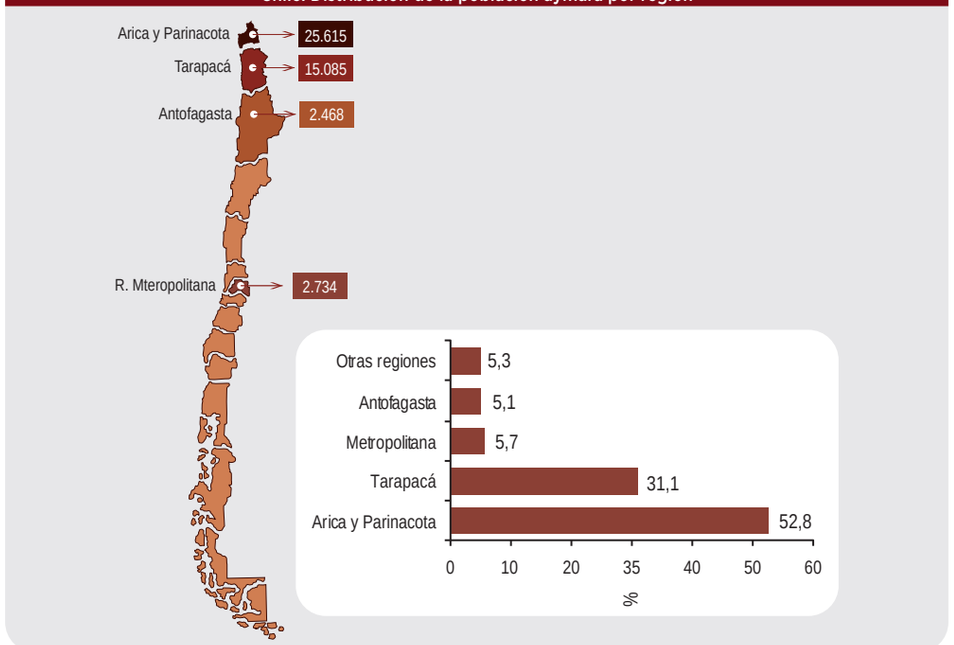
3. Aspectos sociodemográficos de la población aymara regional.

La población aymara de Chile alcanza, de acuerdo con los resultados del Censo de 2002 a 48.501 personas. Si bien está distribuida a lo largo de todo el territorio nacional, se concentra en las regiones de ocupación histórica en el norte de Chile. Así, la Región de Arica y Parinacota es la que concentra la mayor cantidad de esta población (52,8%), seguida de la Región de Tarapacá (31,1%). La Región Metropolitana se ha transformado en las últimas décadas en el centro de atracción de las migraciones en el país, fenómeno que se extiende a los pueblos indígenas, incluido el aymara. De hecho, 5,7% de los aymara residen en esta región, desplazando a la Región de Antofagasta, también área de ocupación tradicional andina (Ver Figura 7). Conjuntamente, cabe consignar que 5 de cada 10 aymara de Chile nacieron en la Región de Arica y Parinacota; y 3 de cada 10 en la Región de Tarapacá (Ver Gráfico 4).

Resulta difícil establecer de manera cierta cuántos son los aymara de la Región a partir de las fuentes oficiales de información. Las dificultades radican, en primer lugar, en la naturaleza misma de la variable que se ha medido en los censos y encuestas a hogares. En efecto, al ser la autoidentificación un acto individual de reconocimiento explícito y contextuado de la pertenencia a un grupo étnico, su medición a través de instrumentos convencionales es extremadamente compleja. Recordemos que la identidad étnica es un tipo de identidad colectiva, social, no individual o psicológica, que puede definirse como "la expresión ideológica de la pertenencia a una determinada configuración social". Implica que los individuos se asumen y son reconocidos como miembros de dicha configuración. Es decir, la etnicidad no se constituye por la sumatoria de contenidos culturales propios de un grupo; más bien es la interacción social de un grupo con otros, respecto de los cuales se considera (y es considerado) diferente, a través de la delimitación del "nosotros / los otros", del establecimiento de las "fronteras étnicas" que ésta se configura. En términos generales, la identidad étnica se constituye a partir de un proceso de contrastación, pero fundamentalmente de confrontación con el otro, razón por la cual no se puede analizar independientemente de las relaciones intraétnicas e interétnicas, porque son los espacios de interacción donde se mantiene, se actualiza y se renueva.

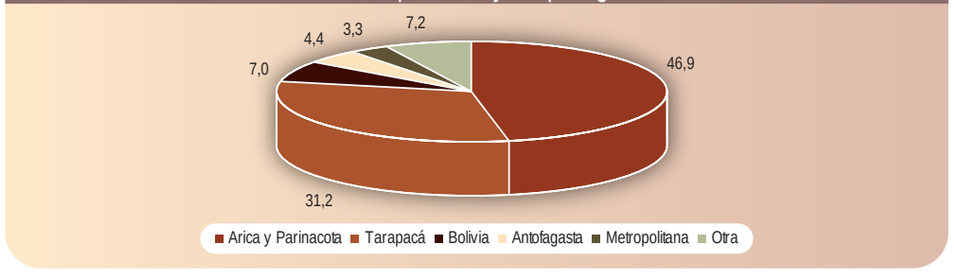
Dado el carácter dinámico de los procesos identitarios, muy probablemente un mismo individuo podrá explicitar de manera distinta su pertenencia a un pueblo indígena, dependiendo del contexto social y político en que se desarrollen las relaciones de estos pueblos con el Estado y la sociedad no indígena. No

Figura 7
Chile. Distribución de la población aymara por región



Fuente: Pedrero y Novoa, 2013

Gráfico 4
Chile. Distribución de la población aymara por región de nacimiento



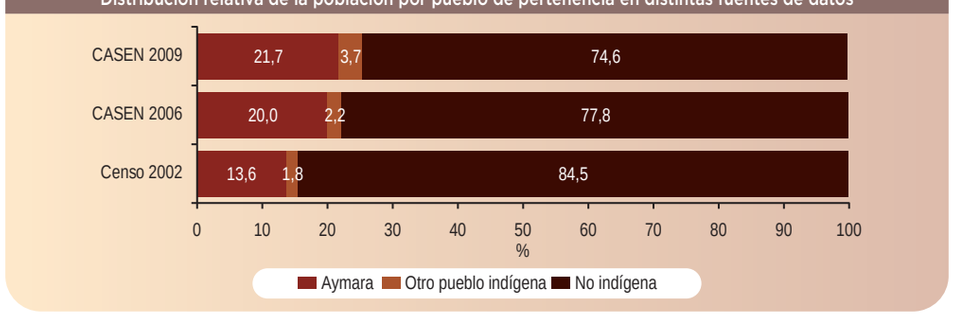
Fuente: Procesamientos especiales microdatos Censo de población y vivienda 2002

es de extrañar, entonces, que distintos instrumentos —más allá de los diseños metodológicos— reflejen composiciones socioétnicas distintas a nivel regional. Así, mientras los resultados del Censo de 2002 indicaron que un 13,6% de la población era aymara; la encuesta CASEN de 2006 estimó que alcanzaba a un 20%; y la encuesta CASEN 2009 a un 21,7% (Ver Gráfico 5). Si consideramos esta última proporción como valor referencial, tendríamos que, para el año en curso, la población aymara regional sería del orden de las 40.000 personas. Creemos que esta cifra es todavía conservadora, puesto que actualmente más de 35.000 personas han sido acreditadas como aymara por la CONADI. En general, quien requiere de esta certificación es la población más joven, para acceder a distintos programas generados por el Estado en función de garantizar sus derechos, principalmente en materia de educación. Los niños y los adultos tienen una menor expresión en estos registros. Por lo mismo, es posible suponer, que la cantidad de aymara en la Región al menos duplica la cifra de la población registrada.

Mientras no se cuente con información censal actualizada, no cabe otra cosa que utilizar los resultados del Censo de 2002 para cuantificar a la población aymara regional, pues son los únicos que tienen carácter oficial. Solo haremos una descripción general del panorama sociodemográfico, aún cuando pudiera no estar reflejando la situación actual. De acuerdo con esta fuente, 25.615 se reconocieron aymara, correspondientes al 13,6% del total poblacional; un 1,9% declaró pertenecer a otros pueblos indígenas; y, el 84,5% señaló no pertenecer a estos pueblos. Conjuntamente, 9 de cada 10 aymara de la Región, reside en la comuna de Arica; un 4,0% en la comuna de Putre; otro 2,8% en General Lagos; y, un 2,4% en Camarones. (Ver Figura 8).

La composición socio-étnica de las comunas de la Región es heterogénea: en la comuna de Arica los aymara representan solo 12,5% de la población; las comunas rurales, son predominantemente aymara (Ver Figura 9).

Gráfico 5
Región de Arica y Parinacota.
Distribución relativa de la población por pueblo de pertenencia en distintas fuentes de datos



Fuente: Censo de población y vivienda 2002 y CASEN 2006 y 2009

Figura 8
Región de Arica y Parinacota. Distribución de la población aymara por comuna (números absolutos)

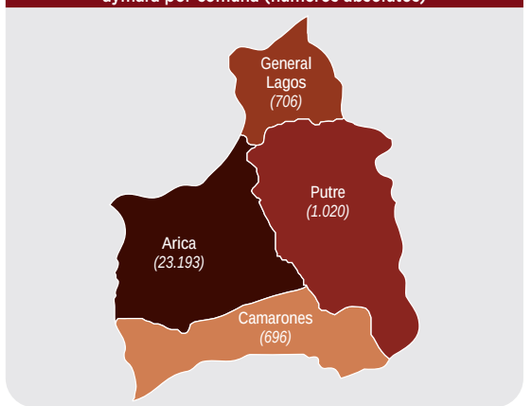
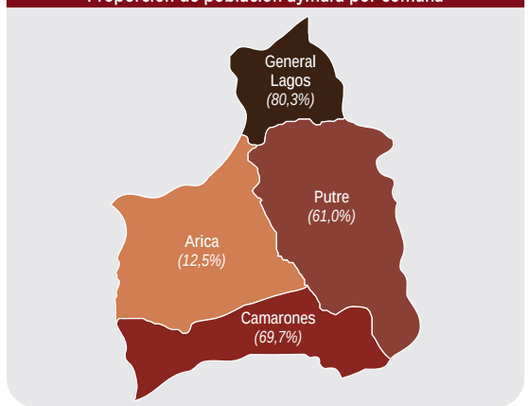


Figura 9
Región de Arica y Parinacota.
Proporción de población aymara por comuna

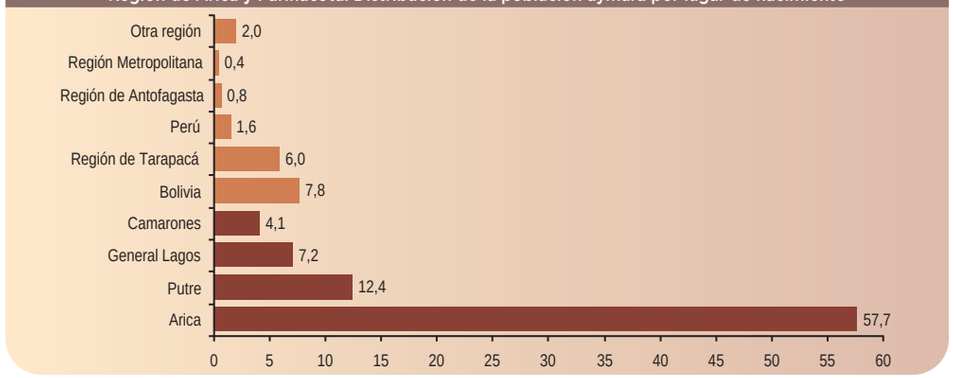


Como se aprecia en el Gráfico 6 más del 80% de los aymara de Arica y Parinacota nacieron en la región; cifra que contrasta con la población no indígena, que solo en un 57,9% es originaria de la zona.

Como efecto de la ya histórica "deseconomía" regional, que ha gatillado movimientos migratorios selectivos por género, la composición por sexo de la población, medida a través de la razón de masculinidad, muestra una mayor presencia de mujeres tanto entre los aymara como entre los no aymara. No obstante, por comunas se aprecian situaciones diversas. Así, en Arica ambos grupos siguen este patrón general, con cifras también similares; en Camarones, en cambio, hay más hombres que mujeres. Si bien esta situación es compartida por aymara y no aymara, es más evidente entre estos últimos, situación que pudiera estar remitiendo no solo a variables propiamente demográficas, sino también a patrones de autoidentificación étnica diferenciados por género. En el caso de Putre, donde existe también predominio de hombres en ambos grupos, la situación de los no aymara está fuertemente influida por la presencia de un amplio contingente militar y de funcionarios públicos vinculados a la institucionalidad pública en la zona, puesto que la estructura por sexo y edad muestra que el peso de la población masculina se concentra entre los 15 a 19 años y entre los 40 a 50 años (Ver Figura 12). Por último, en General Lagos la población aymara es relativamente equilibrada por sexo, no así la no aymara, que tiene un claro predominio de hombres, cuestión también vinculada a la población foránea asentada en la comuna (Ver Gráfico 7).

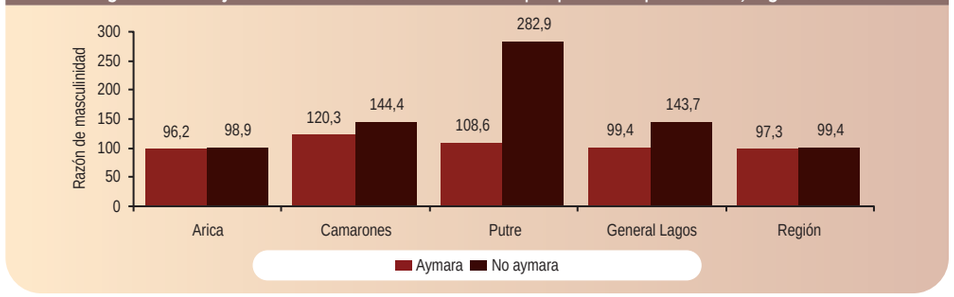
Para el análisis de las estructuras etáreas, se ha calculado, además, tres índices que se relacionan directamente con el envejecimiento de la población. El primero, corresponde a la proporción de mayores de 64 años respecto a la población total (>64/población total); el segundo, se refiere al porcentaje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

Gráfico 6
Región de Arica y Parinacota. Distribución de la población aymara por lugar de nacimiento



Fuente: Procesamientos especiales microdatos Censo de población y vivienda 2002

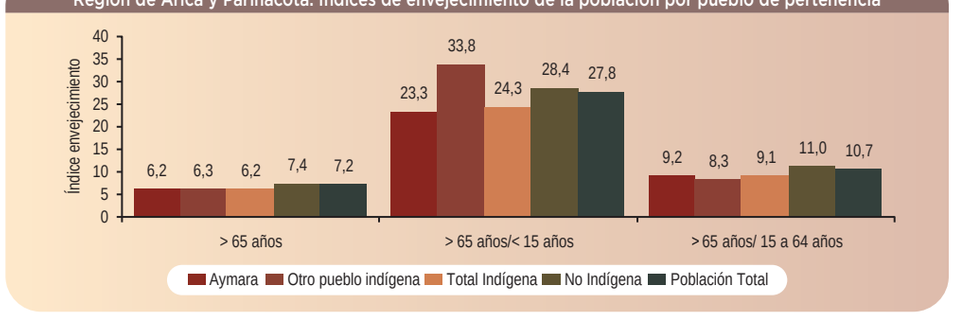
Gráfico 7
Región de Arica y Parinacota. Razón de masculinidad por pueblo de pertenencia, según comuna



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

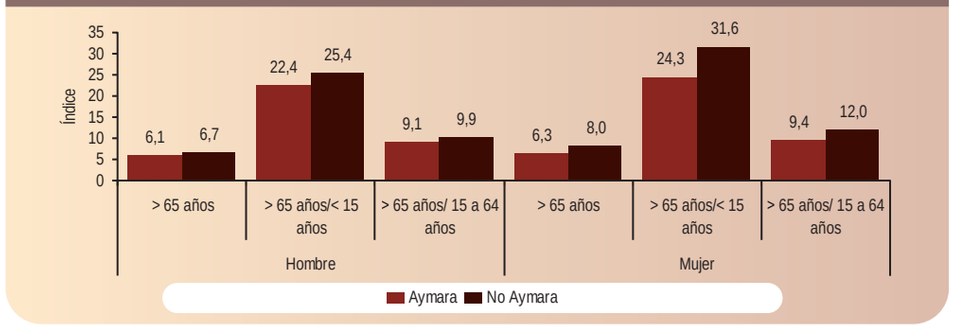
A nivel general para la Región, la población aymara presenta niveles de envejecimiento levemente menores que la población no aymara, expresada en una menor proporción de adultos mayores respecto del total de la población, en una mayor capacidad de recambio generacional y en menores grados de dependencia (Ver Gráfico 8). Este patrón, que no muestra grandes variaciones por sexo (Ver Gráfico 9), difiere por área de residencia. En efecto, en las zonas rurales la población aymara muestra una mayor tendencia al envejecimiento que la no aymara. Tal situación, sin embargo, no necesariamente se vincula con las variables que clásicamente determinan el envejecimiento de las poblaciones (descenso de la mortalidad y de la fecundidad), sino a procesos migratorios que afectan preferentemente a los jóvenes, que en este caso se desplazan a las zonas urbanas en busca de un mayor acceso a bienes y servicios del Estado y una mejor inserción en el mercado del trabajo. Esta tendencia es conocida como envejecimiento perverso de las poblaciones (Solari, 1987), se verifica claramente en las estructuras por edades de la población aymara de las comunas de Putre y General Lagos (Ver Gráfico 10, Figura 11 y Figura 12).

Gráfico 8
Región de Arica y Parinacota. Índices de envejecimiento de la población por pueblo de pertenencia



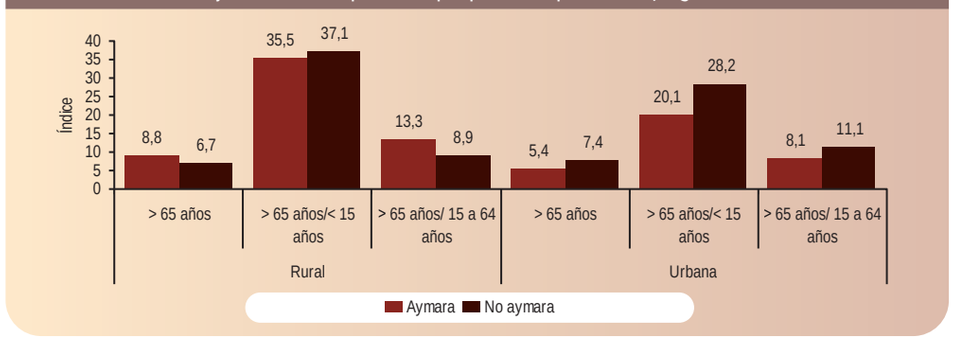
Fuente: Análisis resultados Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico 9
Región de Arica y Parinacota.
Índices de envejecimiento de la población por pueblo de pertenencia, según sexo



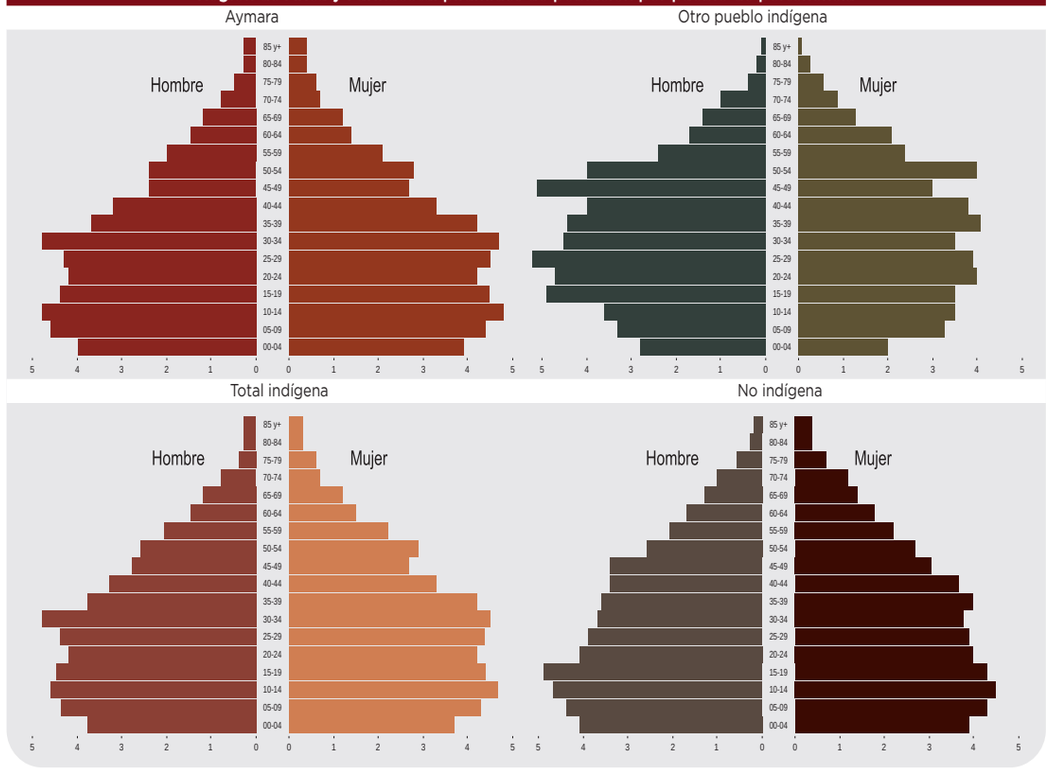
Fuente: Análisis resultados Censo de Población y Vivienda 2002

Gráfico 10
Región de Arica y Parinacota.
Índices de envejecimiento de la población por pueblo de pertenencia, según área de residencia



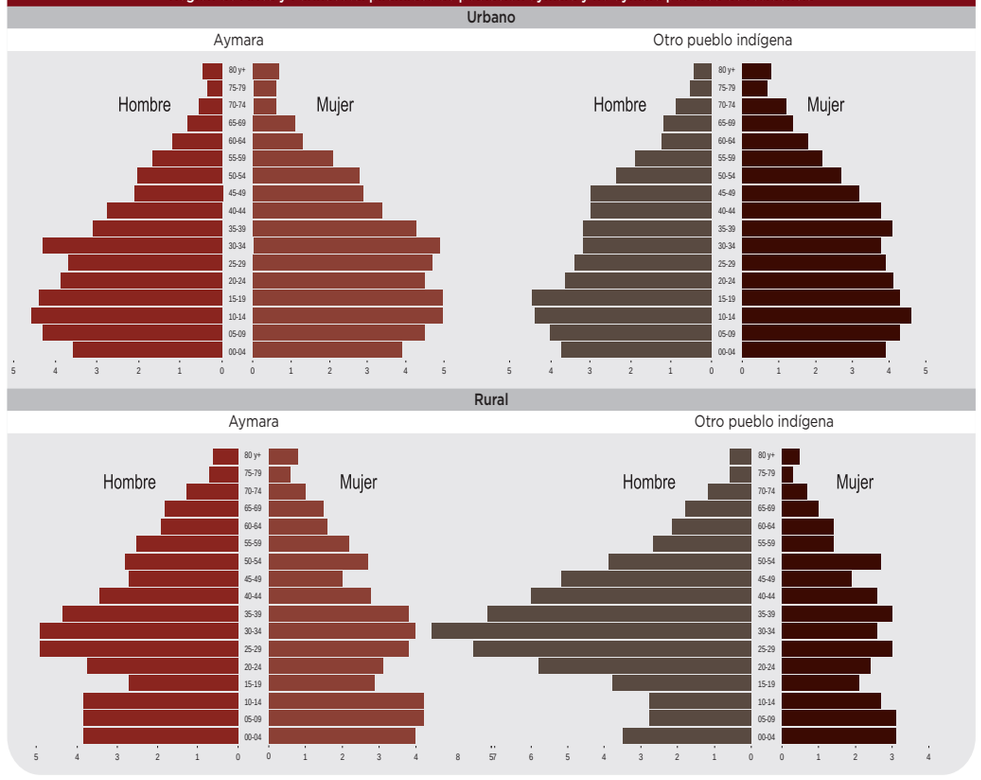
Fuente: Procesamientos especiales microdatos Censo de Población y Vivienda 2002

Figura 10
Región de Arica y Parinacota: pirámides de población por pueblo de pertenencia



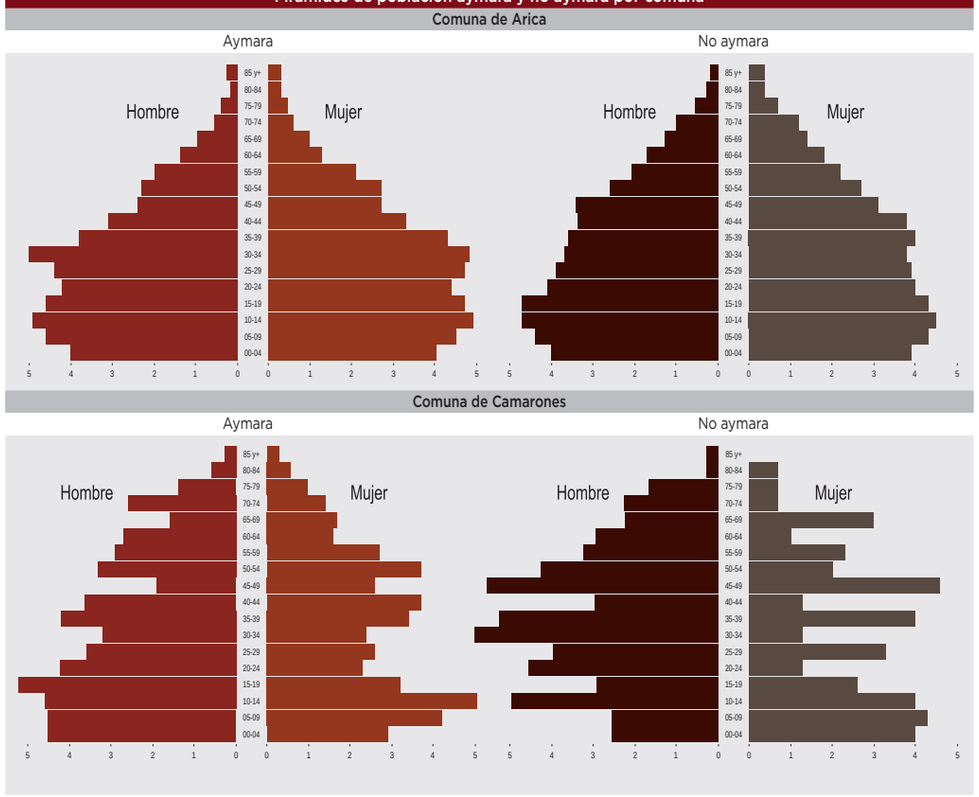
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

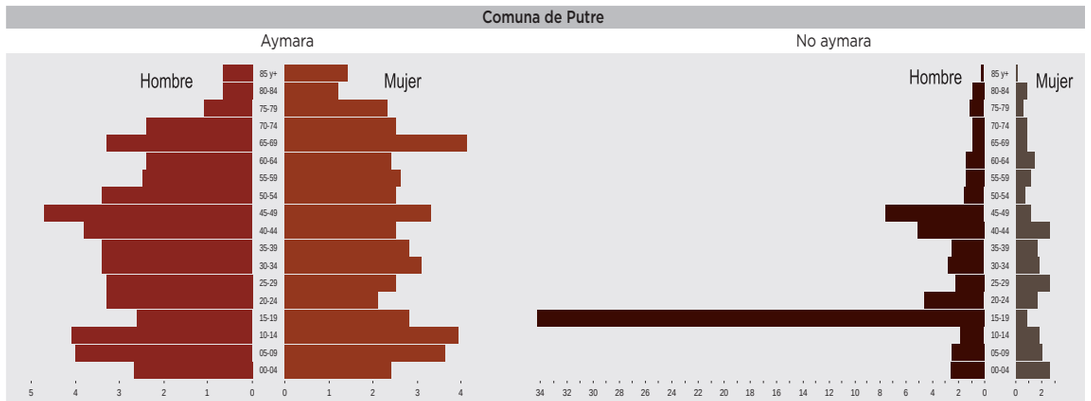
Figura 11
Región de Arica y Parinacota: pirámides de población aymara y no aymara por área de residencia

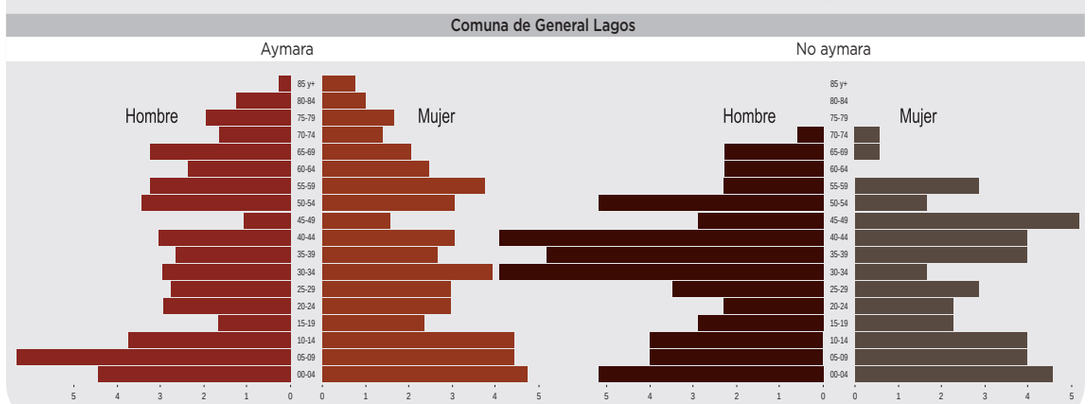


Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002

Figura 12
Pirámides de población aymara y no aymara por comuna







4. El campesinado aymara: algunos antecedentes generales a partir del VII Censo Agropecuario.

a) De acuerdo al Censo, el 37,6% de las explotaciones agropecuarias de la Región de Arica y Parinacota corresponde a productores aymara, asentados principalmente, al igual que los productores no indígenas, en los sectores agrícolas de la comuna de Arica. Llama la atención, sin embargo, que correspondan casi en un 100% de productores individuales, situación que no es consistente con los patrones de ocupación productiva de los aymara en las zonas altas, principalmente. Muy probablemente se trate de un sesgo introducido por el instrumento censal, que no es sensible a los patrones aymara de apropiación y manejo de las tierras, tal como hemos visto anteriormente (Ver Tabla 2).

Tabla 2
Región de Arica y Parinacota: Distribución de las explotaciones por condición jurídica del productor, según condición étnica

Condición jurídica del productor	Condición étnica						Total	
	Aymara		No Aymara		No corresponde			
	№	%	№	%	№	%	№	%
Productor individual	931	99,1	1435	92,6	-	-	2366	94,8
Sucesiones y sociedades de hecho	0	0,0	73	4,7	-	-	73	2,9
Productor comunero en goce individual	7	0,7	5	0,3	-	-	12	0,5
Instituciones fiscales y municipales	-	-	-	-	8	100,0	8	0,3
Soc. Anónimas y de responsabilidad Ltda.	-	-	30	1,9	-	-	30	1,2
Otras sociedades con contrato legal	-	-	6	0,4	-	-	6	0,2
Comunidades agrícolas históricas	-	-	1	0,1	-	-	1	0,0
Comunidades Indígenas	1	0,1	0	0,0	-	-	1	0,0
Total	939	100,0	1550	100,0	8	100,0	2497	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos VII Censo Agropecuario

b) Las 939 explotaciones aymara identificadas por el Censo, ocuparían un cuarto de la superficie destinada a la producción agropecuaria en la región; sin embargo, cuando se analiza la situación por comunas, resulta evidente que el panorama no es otra cosa que un artefacto construido por problemas en la aplicación del instrumento que se está analizando. Evidencia de ello, por ejemplo, es Putre, donde un 77,5% de los productores son aymara, la superficie de sus explotaciones (41.436,9 hectáreas) solo

alcanza al 10% del total para la comuna. Si consideramos como referencia el estudio desarrollado por la Oficina de Estudios y Políticas Agrarias (ODEPA) en 2002 sobre la agricultura indígena en el norte de Chile, *tendríamos que en esta comuna los campesinos aymara habrían perdido casi el 100% de sus tierras*. Aún si intentáramos buscar explicaciones a este fenómeno en cuestiones migratorias y en los naturales decesos ocurridos entre los períodos analizados, ambas cosas podría ayudar a entender solo en parte la disminución de las explotaciones indígenas, no así la magnitud de disminución de la superficie de las mismas. Los propios estudios catastrales desarrollados por la CONADI, así como aquellos destinados a dilucidar la situación de la propiedad de la tierra dentro del Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas (SNASPE) de la comuna, han establecido que más del 90% de la superficie en la comuna es propiedad de las comunidades aymara, ya sea que cuente o no con certeza jurídica del dominio sobre ellas. El problema radica en que este censo ha asumido que todas las tierras incluidas en el SNASPE son de propiedad fiscal, pese a que todas ellas son posesiones aymara (Ver Tabla 3).

Tabla 3
Región de Arica y Parinacota: Distribución de las explotaciones por comuna, según condición étnica del productor

Comuna	Condición étnica				Fiscal		Total	
	Aymara		No aymara					
	Nº	Superficie	Nº	Superficie	Nº	Superficie	Nº	Superficie
Arica	395	1664,8	1306	7200,1	4	60,9	1705	8925,8
Camarones	170	814,0	119	7186,4	2	1,7	291	8002,1
Putre	258	41436,9	73	27459,7	2	347014,0	333	415910,6
G. Lagos	116	93714,6	52	23590,4			168	117305,0
Total	939	137.630,3	1550	65436,5	8	347076,6	2497	550143,4

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos VII Censo Agropecuario

Pese a las limitaciones de la fuente utilizada, optamos por incluir aquí algunos antecedentes sobre el campesinado aymara, pues permiten aproximarse a las condiciones materiales de la reproducción económica en las comunidades rurales. Para ello, debe considerarse que solo se refieren a aquellas explotaciones efectivamente censadas, cuya representación estadística desconocemos, pero que —hasta ahora— son los únicos antecedentes oficiales disponibles en esta materia.

c) En la Región, 4 de cada 10 explotaciones aymara están a cargo de mujeres (Ver Tabla 4). Por comunas, las situaciones de Putre y General Lagos —donde las proporciones son 46,9% y el 23,9%, respectivamente—podrían estar asociadas a dos situaciones distintas: a) en la primera, la mayor participación de las mujeres indicaría que en virtud de procesos migratorios selectivos por género, éstas han debido asumir la responsabilidad sobre los espacios productivos de la familia; y b) en General Lagos, se podría estar invisibilizando la participación de las mujeres ya que —como es sabido— suelen ser los hombres los que asumen la representación de la unidad doméstica y de producción, cuestión reforzada por los tomadores de datos, que tienden a relevar más el rol del hombre en la actividad agropecuaria (Oyarce y Pedrero, 2011).

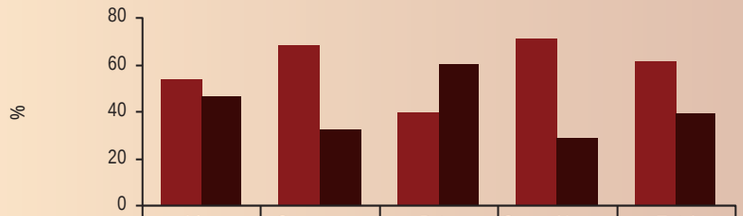
Tabla 4
Región de Arica y Parinacota: Superficie explotaciones individuales aymara por comuna, según sexo del productor

Comuna	Sexo del productor				Total	
	Hombre		Mujer			
	Explotaciones	Superficie Has	Explotaciones	Superficie	Explotaciones	Superficie
Arica	220	865,4	174	743,5	394	1.608,8
Camarones	105	553,1	65	261,0	170	814,0
Putre	137	16.359,6	121	25.077,3	258	41.436,9
General Lagos	82	66.667,1	34	27.047,5	116	93.714,6
Total	544	84.445,1	394	53.129,3	938	137.574,3

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos VII Censo Agropecuario

d) Las explotaciones a cargo de mujeres aymara cubren el 38,6% de la superficie total de las explotaciones indígenas en la región, verificándose situaciones diversas por comuna; así, en Putre las mujeres estarían a cargo del 60,5% de la superficie; en Arica, del 46,2%; en Camarones, del 32,1%; y en General Lagos del 28,9% (Ver Gráfico 11).

Gráfico 11
Región de Arica y Parinacota: Distribución relativa de la superficie explotaciones individuales aymara por sexo del productor, según comuna

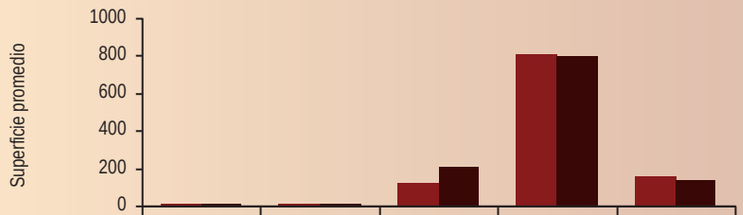


	Arica	Camarones	Putre	General Lagos	Total
Hombre	53,8	67,9	39,5	71,1	61,4
Mujer	46,2	32,1	60,5	28,9	38,6

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos VII Censo Agropecuario

e) En promedio, a nivel regional, las explotaciones de las mujeres aymara tienen una superficie algo menor que la de los hombres; situación que también se puede verificar en las comunas de Camarones y General Lagos; no así en Putre y Arica, donde sus explotaciones serían de mayor tamaño que la de éstos (Ver Gráfico 12).

Gráfico 12
Región de Arica y Parinacota: Tamaño medio de las explotaciones individuales aymara por sexo del productor, según comuna



	Arica	Camarones	Putre	General Lagos	Total
Hombre	3,9	5,3	119,4	813,0	155,2
Mujer	4,3	4,0	207,3	795,5	134,8

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos VII Censo Agropecuario

5. Aproximación a algunos determinantes sociales de la salud de las comunidades aymara en Arica y Parinacota.

5.1. La pobreza indígena desde la perspectiva de los indicadores convencionales.

Dado que la pobreza es un fenómeno complejo y multifactorial, se han generado múltiples definiciones de ella, que aluden a una situación de menoscabo que indica tanto una ausencia de elementos esenciales para la subsistencia y el desarrollo personal, como una insuficiencia de las herramientas necesarias para abandonar esta posición. De modo general, las situaciones de pobreza se asocian al infraconsumo, a alimentación insuficiente e inadecuada, precarias condiciones de vivienda, bajos niveles educacionales, malas condiciones sanitarias y a una inserción precaria en el aparato productivo, entre otros aspectos.

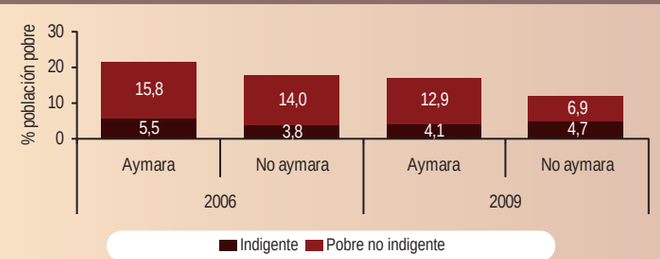
En los últimos años las fuentes de información y los procedimientos utilizados para el análisis y estimación de la pobreza han adquirido gran importancia. Entre los métodos más utilizados destacan el de Necesidades Básicas Insatisfechas y el de Línea de Pobreza; este último es el que se ha utilizado en Chile, particularmente a través de las mediciones que hace la Encuesta CASEN. El método implica establecer el costo de una Canasta Básica de Consumo —constituida por una canasta alimentaria y otra de bienes y servicios— y determinar si los ingresos percibidos en el hogar permiten o no cubrirla. De esta forma, los hogares que no alcanzan a hacerlo, se sitúan por debajo de la Línea de Pobreza. Las mediciones generadas a través de este método proporcionan valores agregados que permiten analizar la evolución de la pobreza en el tiempo, pero no son muy útiles para visualizar matices y modos en que ésta se vive.

Desde el enfoque de derechos humanos, la pobreza se entiende como la falta de cumplimiento de ciertas libertades fundamentales; se asume que hay una relación directa entre la falta de realización de éstas y la pobreza, que puede verificarse cuando: a) los derechos incumplidos se relacionan con capacidades consideradas básicas para la dignidad humana en la sociedad; y, b) la falta de recursos económicos incide directamente en el no cumplimiento de los mismos. De allí, que su estimación a través del método de línea de pobreza resulte insuficiente para cuantificar efectivamente el fenómeno. No obstante, ante la falta de disponibilidad de otra información, presentamos antecedentes obtenidos a partir de su aplicación.

Tal como se aprecia en el Gráfico 13, la pobreza afecta en mayor medida a la población aymara (17%) que a la no aymara (11,7%). Las cifras entregadas por la CASEN 2009[28], muestran brechas interétnicas del orden del 50% para la pobreza general, siendo éstas mucho más acusadas a nivel de los pobres no indigentes. Una señal de alerta respecto a la efectividad de las políticas públicas emerge cuando vemos la evolución de la pobreza regional indígena y no indígena. Al respecto, si bien la situación socioeconómica de ambos grupos mejoró entre 2006 y 2009, lo cierto es que tal mejoría impactó con más fuerza a la población no indígena; por lo mismo, las brechas interétnicas aumentaron. Así, mientras en 2006, la proporción de personas indígenas en situación de pobreza era un 20% más alta que la de personas no indígenas, tres años más tarde la cifra era 50% mayor. Hay que tener presente, que, atendiendo a un principio de equidad, las políticas públicas no solo deben apuntar a que las personas en condición de vulnerabilidad salgan de ella, sino que también a superar las desigualdades entre grupos sociales.

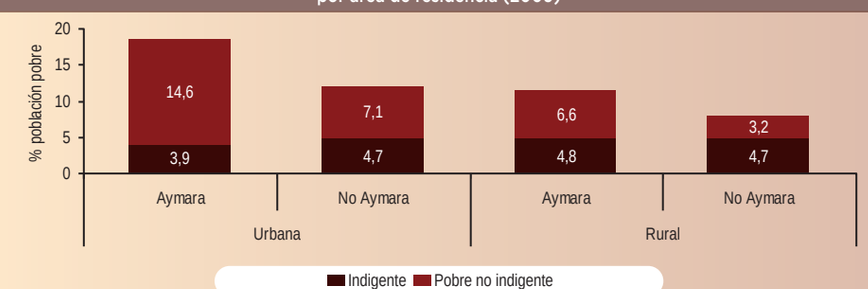
Las inequidades entre aymara y no aymara son consistentes por área de residencia de la población. Aún cuando la pobreza afecta mayormente a ambos grupos en las áreas rurales, las brechas son más amplias en las ciudades (Ver Gráfico 14).

Gráfico 13
Región de Arica y Parinacota. Evolución de la pobreza en población aymara y no aymara (2006-2009)



Fuente: Procesamientos especiales microdatos CASEN 2009

Gráfico 14
Región de Arica y Parinacota. Incidencia de pobreza en población aymara y no aymara por área de residencia (2009)



Fuente: Procesamientos especiales microdatos CASEN 2009

28 Si bien están disponibles los resultados de la Encuesta CASEN 2011, no se incluyeron en este estudio, dado que no corresponden al período para el que se analizan las condiciones de salud de la población aymara; cuestión acordada con la contraparte técnica en la fase inicial del proyecto.

5.2. Brechas en la implementación del derecho a la educación de las comunidades aymara.

Múltiples instrumentos de derecho internacional[29] reconocen cuatro contenidos mínimos del derecho a la educación: **a)** gratuidad y obligatoriedad de la educación primaria y elemental, **b)** enseñanza secundaria generalizada, **c)** accesibilidad en igualdad a los estudios superiores; y, **d)** libertad de los padres para seleccionar la educación que quieren brindar a sus hijos. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (CDESC), establece que este derecho tiene cuatro características fundamentales: la disponibilidad, que alude a la suficiencia de instituciones y programas de enseñanza; la accesibilidad, relacionada con las posibilidades de acceso sin discriminación a la educación; la aceptabilidad, referida la pertinencia, adecuación y calidad de los contenidos de la enseñanza; y la adaptabilidad, entendida como flexibilidad para adaptarse a las necesidades y prioridades de cada sociedad en materia educativa. Por su parte, el Convenio, en su Artículo 26, puntualiza que "*deberán adoptarse medidas para garantizar a los miembros de los pueblos interesados la posibilidad de adquirir una educación a todos los niveles, por lo menos en pie de igualdad con el resto de la comunidad nacional*". Agregando, en el Artículo 27, que: a) se debe contar con la participación activa de estos pueblos en el diseño e implementación de programas y servicios de educación, con la finalidad de responder a sus necesidades particulares; b) que tales programas deben incluir su historia, sus conocimientos y técnicas, sus sistemas de valores y todas sus demás aspiraciones sociales, económicas y culturales; c) los Estados deben tomar medidas que permitan transferirles progresivamente la responsabilidad de la realización de los programas educacionales; y, d) los gobiernos deberán reconocer el derecho de esos pueblos a crear sus propias instituciones y medios de educación[30]. Conjuntamente, el Comité de los Derechos del Niño, a través de la Observación General 11, ha reconocido que la realización de este derecho es un medio esencial para lograr el reconocimiento e implementación de otros derechos humanos y, particularmente, la libre determinación de los pueblos indígenas; ha enfatizado en la necesidad de adoptar medidas especiales para que los niños indígenas ejerzan su derecho a la educación en las mismas condiciones que los no indígenas; e instado a los Estados a implementar servicios de educación culturalmente apropiados y a mejorar la accesibilidad de los niños indígenas a las instalaciones escolares en los lugares donde viven.

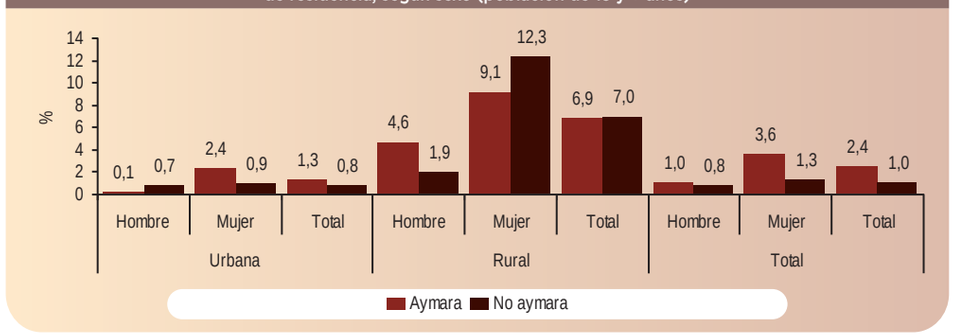
Lejos se está en el país de dar cumplimiento a las disposiciones específicas del Convenio o a los planteamientos del Comité. En materia de disponibilidad, la población indígena de las comunas rurales ve claramente vulnerado este derecho, lo que obliga a los niños a abandonar sus comunidades a temprana edad para acceder a la educación formal, con los subsecuentes efectos que el desarraigo, la ruptura de los proyectos de vida tradicionales y la pérdida del soporte social comunitario tienen sobre su identidad cultural. Igualmente, la falta de establecimientos educacionales asentados en las comunidades que desarrollen modelos educativos que rescaten los procesos de enseñanza-aprendizaje indígena, la historia y la cultura aymara, afectan no solo la accesibilidad, sino también la aceptabilidad y adaptabilidad. En las ciudades, niños y jóvenes indígenas no tendrán problemas de disponibilidad, pero persistirán allí las mismas deficiencias del modelo educacional homogenizante nacional.

Hemos seleccionado, preliminarmente, dos indicadores para aproximarnos a la situación del derecho a la educación entre los aymara de la Región: las tasas de analfabetismos y la proporción de población que no accedió a educación formal, ambos para las personas de 15 y + años. En el primero de ellos, resulta evidente la posición desventajosa de los aymara, entre quienes la población analfabeta supera en un 80% la cifra registrada para los no aymara. Si bien —y como es de esperar, dado que las oportunidades educativas se distribuyen de manera espacialmente diferenciadas— el analfabetismo en ambos grupos es más alto en zonas rurales que urbanas, lo cierto es que las brechas interétnicas son mayores en estas últimas. También esperable es la mayor incidencia del analfabetismo en las mujeres de ambos grupos, comparada con los congéneres de cada uno de ellos, aunque se verifican brechas interétnicas para ambos sexos, que son mucho más acusadas en el caso de las mujeres. Un patrón similar se expresa en la proporción de población sin acceso a la educación formal (Ver Gráficos 15 y 16).

29 El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículos 13 y 14); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Artículo 18); la Convención sobre los Derechos del Niño (Artículos 28 y 29); la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (Artículos 5 y 7) la Convención contra la Discriminación en la Esfera de la Educación (Artículos 3, 4 y 5) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Artículo 10), entre otros.

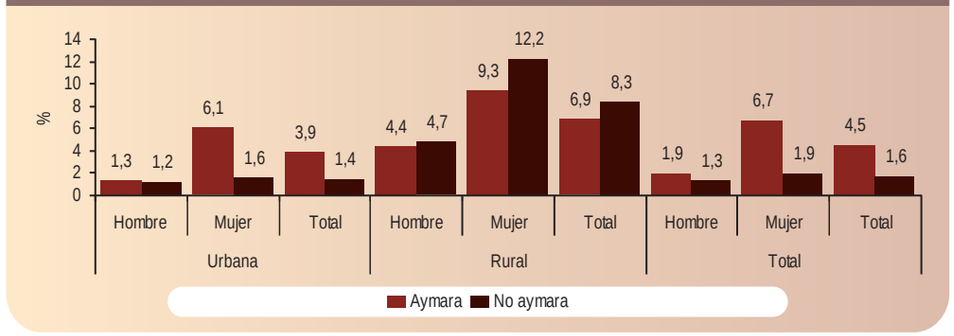
30 La necesidad de adoptar medidas especiales para garantizar el pleno disfrute del derecho a la educación de los pueblos indígenas es también reconocida en otros instrumentos, como —por ejemplo— la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención relativa a la Lucha contra las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza y la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural.

Gráfico 15
Región de Arica y Parinacota. Proporción de analfabetismo en población aymara y no aymara por área de residencia, según sexo (población de 15 y + años)



Fuente: Procesamientos especiales microdatos CASEN 2009

Gráfico 16
Región de Arica y Parinacota. Proporción de población aymara y no aymara sin educación formal por área de residencia, según sexo (15 y + años)



Fuente: Procesamientos especiales microdatos CASEN 2009

Con todo, hay que considerar que estos indicadores, como otros posibles de usar (promedio años de estudio, rezago escolar, nivel de escolaridad, etc.) solo aportan evidencias directas o indirectas relativas al acceso a la educación formal, pero no aportan antecedentes sobre la calidad, pertinencia cultural y aceptabilidad de la misma. Más aún, nada garantiza que a mayor escolarización indígena, se reducirán las inequidades que les afectan. De hecho, algunos estudios muestran que alcanzar mejores niveles educativos no es garantía de ello a la hora de ingresar al mercado del trabajo. Información disponible para Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador y Guatemala, indica que aunque los ingresos más bajos son percibidos por los trabajadores asalariados sin instrucción, las desigualdades se amplían conforme aumentan los años de escolaridad, en desmedro de las condiciones de los indígenas (OIT, 2007). Estas diferencias en lo que se conoce como retorno educativo ya habían sido reportadas por Larrea y Montenegro (2006) entre los indígenas del Ecuador y por Shapiro (2006) en Guatemala. En la Región de Arica y Parinacota, también se observa este fenómeno: entre la población aymara activa sin educación formal o con enseñanza primaria incompleta, la incidencia de la pobreza es mucho menor que en la población no aymara en las mismas condiciones. Las brechas aparecen de manera alarmante entre los trabajadores indígenas que han completado su enseñanza media o superior. En suma, el problema es más profundo y complejo, por lo que se requiere de abordajes integrales que garanticen los derechos civiles, políticos, sociales y culturales de estos pueblos.

5.3. Sistema de salud.

Siete de cada 10 personas aymara acceden gratuitamente a atención a través del sistema público de salud. Aunque entre los no aymara la proporción es levemente inferior, es también mayoritaria (59,3%). Las proporciones se elevan en las zonas rurales, donde 8 de cada 10 aymara y no aymara acceden a atención a través de este sistema (Ver Tabla 5).

Tabla 5
Distribución de la población aymara y no aymara por sistema de salud, según área de residencia

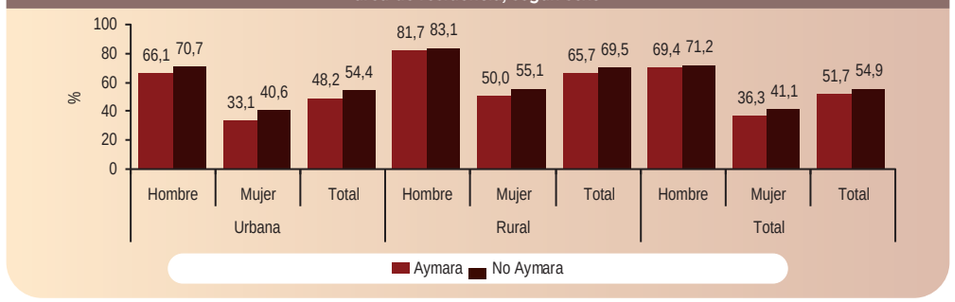
Sistema de Salud	Área de residencia						Total		
	Urbana			Rural					
	Aymara	No aymara	Total	Aymara	No aymara	Total	Aymara	No aymara	Total
Sistema Público A y B	64,9	55,6	57,3	82,8	81,6	82,3	68,7	56,6	59,3
Sistema Público C y D	19,1	17,9	18,2	3,2	2,9	3,1	15,8	17,4	17,0
Sistema Público no sabe grupo	0,0	1,4	1,1	0,3	0,0	0,2	0,1	1,3	1,0
FF. AA. y de Orden	7,9	7,1	7,2	0,0	3,2	1,3	6,2	6,9	6,8
ISAPRE	3,5	13,5	11,6	0,4	1,6	0,9	2,9	13,0	10,8
Otro Sistema	1,4	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,2
Ninguno (particular)	2,6	2,8	2,8	11,1	2,2	10,1	4,4	3,0	3,3
No sabe	0,5	1,8	100,0	2,2	8,5	2,2	0,8	1,8	1,6
Total	100,0	100,0	1,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Procesamientos especiales microdatos CASEN 2009

5.4. Inserción en el mercado laboral.

Según las estimaciones hechas a partir de los resultados de la encuesta CASEN de 2009, la tasa de participación económica es más baja entre los aymara que entre los no aymara, ya sea que residan en zonas urbanas o rurales; y, se trate de hombres o mujeres (Ver Gráfico 17). No obstante, es esta misma población la que registra mayores tasas de desocupación, también sin distinciones por área de residencia o sexo. Este indicador, a nuestro juicio, no permite dimensionar la real participación económica de las mujeres indígenas. En las áreas rurales, no es plausible asumir que 7 de cada 10 mujeres en edad de trabajar estén inactivas. Lo cierto es que, tal como mostraron anteriormente los resultados del VII Censo Agropecuario, son responsables de buena parte de las explotaciones agropecuarias del área. La cifra bien podría estar expresando un sesgo introducido por los encuestadores al momento de la aplicación de la encuesta CASEN.

Gráfico 17
Región de Arica y Parinacota. Tasa de participación económica en población aymara y no aymara por área de residencia, según sexo



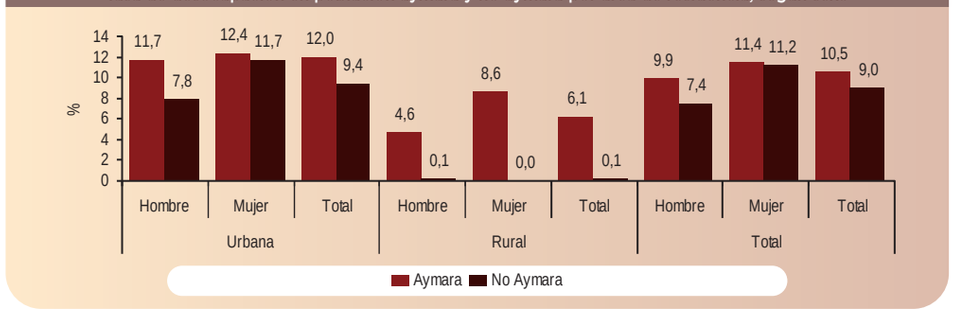
Fuente: Procesamientos especiales microdatos CASEN 2009

Lo población aymara es la que presenta mayor precariedad en su inserción en el mercado del trabajo, indistintamente del área de residencia y el sexo. Las brechas son evidentemente más altas en las zonas rurales, donde la población no aymara corresponde generalmente a personas afuerinas que, por motivos laborales, se han asentado en la zona (Ver Gráfico 18).

Aún cuando los aymara han diversificado sus actividades económicas, insertándose prácticamente en todos los rubros productivos que se desarrollan en la Región, la agricultura sigue siendo una de las principales actividades a la que ellos se dedican (33,5%), cifra que se vería aumentada si consideráramos a quienes participan de actividades comerciales y de transporte asociadas al sistema agropecuario; en segundo lugar se sitúan los servicios sociales y comunales (22,9%) y el comercio (22.2%). La mayor parte de la PEA aymara ocupada (casi el 70%) corresponde a trabajadores no calificados, vendedores, operarios y artesanos (Ver Gráfico 19).

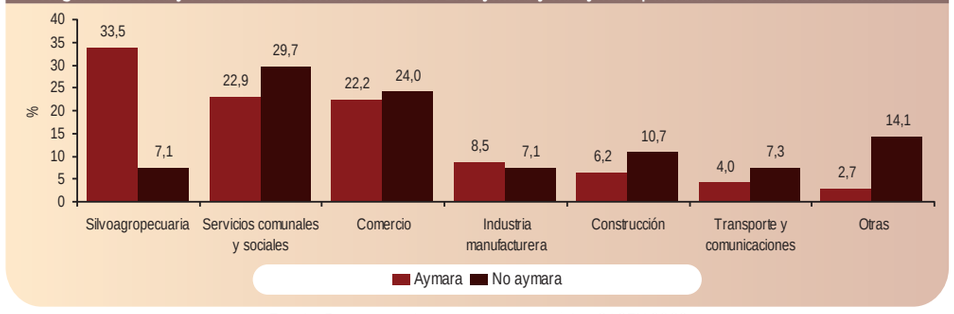
Otra evidencia de la precariedad de las condiciones con que la población aymara ingresa al mercado laboral es que quienes ocupan los espacios de trabajo con menos calificación son precisamente ellos; y el escaso peso relativo que tienen dentro de la estructura general los técnicos y profesionales de nivel medio (Ver Tabla 6).

Gráfico 18
Región de Arica y Parinacota.
Tasa de desocupación en población aymara y no aymara por área de residencia, según sexo



Fuente: Procesamientos especiales microdatos CASEN 2009

Gráfico 19
Región de Arica y Parinacota. Distribución de la PEA aymara y no aymara por rama de actividad económica



Fuente: Procesamientos especiales microdatos CASEN 2009

Tabla 6
Región de Arica y Parinacota. Distribución de la PEA aymara y no aymara por grupo de ocupación

Grupo de ocupación	Aymara	No Aymara
Trabajadores no calificados	34,2	21,5
Trabajadores de servicios y vendedores de comercio	20,2	20,4
Oficiales, operarios y artesanos	13,1	11,9
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	12,2	2,8
Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria	5,9	10,5
Técnicos y profesionales de nivel medio	5,4	11,7
Profesionales, científicos e intelectuales	4,3	9,4
Empleados de oficina	1,9	2,9
Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos	1,8	6,6
Fuerzas armadas	0,0	2,1
Sin información	0,9	0,2
Total	100,0	100,0

Fuente: Procesamientos especiales microdatos CASEN 2009

6. Comentarios generales sobre el panorama socio-organizativo aymara.

En este apartado se pretende hacer una caracterización general de las organizaciones aymara presentes en la Región, como insumo para avanzar, siguiendo los principios del derecho a la participación y la consulta establecidos en el Convenio 169 de la OIT, en la definición de mecanismos adecuados y pertinentes de interlocución con el pueblo aymara para la definición de modelos interculturales de atención en salud, tal como lo establecen las disposiciones sectoriales vigentes.

6.1. Organizaciones territoriales.

Tal como se ha señalado, la legislación internacional y doméstica reconoce la importancia del territorio para la sobrevivencia y el desarrollo social, económico y cultural de los pueblos indígenas. De allí que identificar las organizaciones de carácter territorial sea una tarea de primer orden para los equipos de salud.

Tabla 7
Juntas de vecinos por comuna

Comuna	Organización
Putre	JJ. VV. 1 de Putre
	JJ. VV. 2 de Socoroma
	JJ. VV. 3 de Chapiquiña
	JJ. VV. 4 de Belén
	JJ. VV. 5 de Tignamar
	JJ. VV. 6 de Caquena
	JJ. VV. 7 de Parinacota Chucuyo
	JJ. VV. 8 de Guallatire
	JJ. VV. 9 Murmuntani
Camarones	JJ. VV. 1 de Cuya
	JJ. VV. 2 de Camarones / Comité Vecinal de Huancarane
	JJ. VV. 3 de Codpa
	JJ. VV. 4 de Guañacagua
	JJ. VV. 5 de Esquiña
	JJ. VV. 6 de Tímar
	JJ. VV. 7 de Illpata
	JJ. VV. 8 de Parcohaylla
	JJ. VV. 9 de Cobija
	JJ. VV. 10 de Saguara-Sucuna
	JJ. VV. 11 de Chitita
	JJ. VV. 1 de Visviri / Comité Vecinal de Putani
General Lagos	JJ. VV. 2 de Cosapilla
	JJ. VV. 3 de Alcérreca-Ancolacane / Comité Vecinal de Humapalca
	JJ. VV. 4 de Chisluma / Comité Vecinal de Tacora
	JJ. VV. Nº 5 de Colpitas
	JJ. VV. Nº 6 Chujlluta
	JJ. VV. Nº 7 Guacollo

a) Las Juntas de Vecinos y comités vecinales continúan siendo el principal eje organizativo a través del cual se articulan los intereses y demandas de los pobladores de las comunidades de aldea aymara. Aún hoy éstas tienen un carácter asimilable a la antigua asamblea comunitaria tradicional.

b) Las comunidades indígenas.

Con la promulgación de la Ley 19.253, emerge una nueva categoría organizacional en la zona. Decimos nueva, porque la comunidad definida en los artículos 9 y 10 de esta norma no necesariamente se condice con las tradicionales organizaciones comunitarias aymara. Esta Ley entiende la "comunidad indígena jurídica" como una agrupación de personas, socialmente vinculadas —en la actualidad o en el pasado— ya sea por parentesco, por ciertas formas de estructuración social, por el acceso y control de tierras o por ciertos patrones de ocupación residencial. Vale decir, se trata de vínculos que bien pueden operar disyuntivamente, puesto que cada una de estas situaciones por sí solas es condición suficiente para "constituir" comunidad. Una consecuencia de esto es que —al menos teóricamente— podría constituirse comunidades "desterritorializadas". La comunidad indígena tradicional, en cambio se fundamenta, como hemos señalado en páginas precedentes, en la concurrencia conjunta de funciones territoriales, de parentesco, económico-productivas, residenciales y políticas[31].

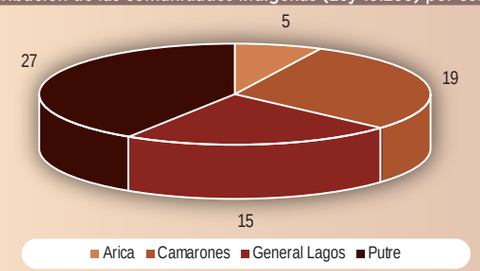
Pese a ello, hoy estas organizaciones han sido definidas por el Estado casi como el único interlocutor legítimo, por lo que deben ser consideradas por los equipos de salud a la hora de definir mecanismos participativos para la planificación en salud; aunque no debe limitarse a ellas.

En la actualidad, a nivel regional, existen 66 de estas organizaciones; 40,9% de ellas referidas a comunidades de tierras o aldea de la comuna de Putre; 28,8% a la comuna de Camarones; 22,7% a la comuna de General Lagos; y solo un 7,6% a la comuna de Arica (Ver Gráfico 20).

Una situación problemática es la representatividad de estas comunidades. Si se analiza las historias de constitución de la propiedad de la tierra y el seguimiento genealógico de la transmisión de los derechos sobre ella, resulta evidente que la cantidad de socios de estas comunidades está muy por debajo de quienes colectivamente, desde la perspectiva del derecho consuetudinario, son considerados comuneros. Es el caso, por ejemplo, de la Comunidad Indígena Ángela Blas Raya, de la localidad de Tacora en la

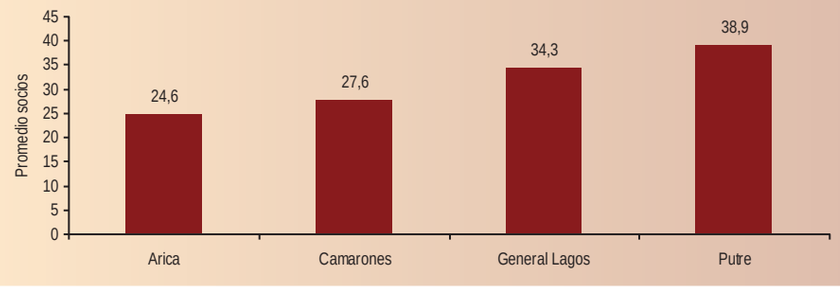
31 Ver, entre otros, Gundermann, 2001; González y Gundermann, 1997; Pedrero, 2006 y 2009; Oyarce, Pedrero y otros, 2012

Gráfico 20
Distribución de las comunidades indígenas (Ley 19.253) por comuna



Fuente: Elaboración propia a partir de Registros CONADI, 2012

Gráfico 21
Cantidad promedio de socios de las comunidades indígenas (Ley 19.253) por comuna



Fuente: Elaboración propia a partir de Registros CONADI, 2012

comuna de General Lagos; los socios de la comunidad jurídica corresponden solo al 10% de las personas que forman parte de la comunidad sucesorial del área (Pedrero y Novoa, 2012).

c) Los centros de hijos de pueblos: se trata de organizaciones asentadas en la ciudad de Arica, pero que se estructuran sobre la base de la proveniencia de un territorio común, la comunidad tradicional. No solo articulan a sus miembros para la recreación en la urbe de las tradiciones andinas, sino que mantienen un fuerte vínculo con la comunidad territorial, generando recursos para resolver problemas que allí se enfrentan. Son la expresión más clara, a nivel organizativo, de la translocalización de la comunidad aymara. Varias de estas organizaciones han obtenido, en los últimos años, personalidad jurídica bajo la figura de asociaciones indígenas. Algunas de estas organizaciones son:

- Centro Cultural Hijos de Socoroma
- Centro Social Hijos de Putre
- Agrupación Hijos de Zapahuira
- Comité de Hijos de Chapiquiña
- Centro Hijos de Saxamar
- Centro Hijos de Timar
- Centro Hijos de Codpa
- Centro Hijos de Caquena
- Centro Hijos de Sibitaya
- Centro Hijos de Huaviña
- Centro Hijos de Camiña
- Centro Hijos de Sotoca
- Centro Cultural Hijos de Guallatire

6.2. Asociaciones indígenas, nuevas organizaciones surgidas al amparo de la Ley 19.253.

La Lay Indígena concibe a estas asociaciones como una "agrupación voluntaria y funcional integrada por, a lo menos, veinticinco indígenas, que se constituyen en función de lograr algún interés y objetivo común"; señalando, además que éstas "no podrán atribuirse la representación de las comunidades indígenas"[32].

32 Artículo 36, Ley 19.253.

Los registros de la Corporación Nacional Indígena, indican que existen 144 organizaciones de este tipo con personalidad jurídica vigente en la Región. Se trata principalmente de instancias de agrupación de productores agropecuarios, muchas de las cuales tienen su origen en la acción promovida por las ONG en los años '80 y que ahora se formalizan al amparo de la Ley 19.253. Otras, en cambio, agrupan a productores de los valles costeros que no han podido constituirse en comunidades indígenas. Dos de las cuatro asociaciones dedicadas a la salud han surgido de la agenda conjunta que se ha desarrollado con los equipos de salud: A. I. Yatiri qulliri Pachan Kutt´aniña y A. I. Suma Qamaña Taki (Ver Tabla 8).

Tabla 8
Distribución de asociaciones indígenas vigentes por tipo

Tipo	Nº	%
Genérica (*)	41	28,5
Productores/as agropecuarios	33	22,9
Expresiones culturales y deportivas	13	9,0
Hijos de pueblo	13	9,0
Investigación y promoción	11	7,6
Microempresarios/as	8	5,6
Agrupaciones de mujeres	7	4,9
Agrupaciones de artesanos/as	7	4,9
Salud	4	2,8
Agrupaciones de representación	3	2,1
Adulto mayor	1	0,7
Mapuche	2	1,4
Quechua	1	0,7
Total	144	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de registros CONADI 2013
(*) Los antecedentes disponibles no permiten tipificarlas

Las mujeres tienen una alta participación en estas organizaciones, particularmente en las agrupaciones de artesanos, las del tipo hijos de pueblo y las de salud. Solo en aquellas organizaciones relacionadas con la comuna de General Lagos su presencia es superada por los hombres (Ver Tabla 9).

Tabla 9
Integrantes asociaciones indígenas vigentes por tipo, según sexo

Tipo	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Genérica	643	58	1301
Productores/as agropecuarios	603	554	465
Expresiones culturales y deportivas	253	270	1157
Hijos de pueblo	170	212	440
Investigación y promoción desarrollo	154	178	332
Microempresarios/as	77	142	219
Agrupaciones de mujeres	-	234	234
Agrupaciones de artesanos/as	55	135	190
Salud	51	62	113
Agrupaciones de representación	63	107	170
Adulto mayor	8	17	25
Quechua	16	15	31
Mapuche	34	37	71

Fuente: Elaboración propia a partir de registros CONADI 2013
Nota: no se incluye total general, pues 1 persona puede participar de más de una Asociación

V. ELEMENTOS BÁSICOS PARA APROXIMARSE AL SISTEMA MÉDICO AYMARA.

Todo sistema médico está integrado por: a) un modelo explicativo (el modelo médico), que implícita y explícitamente se "pronuncia" sobre el carácter y niveles de realidad; los fenómenos y objetos existentes en ella; la posibilidad de conocerla y entenderla; las formas en que el ser humano interactúa con ella; la relación entre procesos de vida y muerte; la concepción del cuerpo humano; etc.; y, b) la forma en que socialmente se organizan los colectivos para dar respuesta a los problemas de salud en virtud de tal modelo explicativo, que involucra —al menos— una estructura organizacional de roles y funciones; mecanismos de control de deberes y derechos; procedimientos de reclutamiento, formación y legitimación social de los roles; procedimientos y técnicas etiológicas, diagnósticas y terapéuticas; recursos, equipos y tecnologías; escenarios y contextos propios de representación y operación global del sistema; códigos, lenguajes y sistemas de comunicación específicos; etc.[33] Los primeros dos de estos elementos se relacionan con lo que en algunas aproximaciones se conocen como "agentes" y los últimos como "materia médica".

¿Cuáles son los contenidos de esos modelos de realidad entre los aymara del norte de Chile? Al igual que el resto de los pueblos andinos, los aymara conciben el mundo como una totalidad orgánica, viva y completa, en que coexisten —en una relación siempre tensionada, pero de mutua dependencia— la naturaleza, la comunidad de los seres humanos y la comunidad de los ancestros y seres tutelares (Van der Berg, 1990). Precisamente por la permanente tensión entre estas dimensiones del universo, así como entre los elementos que constituyen cada una de ellas, en la cosmovisión aymara la propiciación del *Tinku* (esto es equilibrio y complementariedad entre elementos opuestos y en conflicto) es un ejercicio permanente del *jaq'i*. La búsqueda y realización del *Tinku* supone vivir de acuerdo a los principios del *Suma Q'amaña*; vale decir, propiciando la complementariedad y reciprocidad en la relación entre los seres humanos; y, entre éstos, la naturaleza y la comunidad de los ancestros. Por ello, *Suma Q'amaña* tiene que ver, más que con el "vivir bien", con el "convivir bien"; es decir, no se trata de algo que el *jaq'i* pueda alcanzar individualmente, sino en relación con el resto de la comunidad de los vivos, con los ancestros y la naturaleza. Se trata por tanto de un proceso dinámico, que debe estar constantemente realizándose.

Las trasgresiones a nivel individual, familiar o comunitario de las normas del "convivir bien" (aborto, peleas entre vecinos, incumplimiento de los compromisos contraídos con la comunidad y con los seres tutelares, etc.) podrían tener un correlato en los fenómenos de la naturaleza (granizadas, sequía, inundaciones, plagas, etc.). Es decir, existe un paralelismo entre las situaciones que viven las personas, familias y comunidades y los procesos que se producen en la naturaleza. Así, por ejemplo, una mujer embarazada propicia la fertilidad de la tierra; y, por el contrario, los abortos atraen la helada e interrumpen el ciclo productivo.

Vigilar la salud en un contexto como éste es vivir en armonía con los sistemas de contrapuestos, tanto ecológicos y sociales como cósmicos y religiosos, manteniendo el justo equilibrio. En palabras de Van Kessel "el mundo, y con él la vida y la salud, 'florecen' a medida que el andino sepa guardar el equilibrio tenso entre esos extremos. La continua amenaza del desgarro exige una incesante atención y permanente ajuste del balance: el tinku, que por tanto constituye el concepto central en el sistema de salud andino" (1985:14-15).

Las consecuencias de las trasgresiones al *Suma Q'amaña* y de la pérdida del *Tinku* que se expresan en enfermedad, pueden ser enfrentadas y corregidas por el *Yatiri* (el que sabe). Él posee los conocimientos necesarios para descubrir la relación entre los fenómenos humanos y naturales, entre la conducta y la salud. Es capaz de reconocer las fuerzas ancestrales involucradas en la enfermedad y conoce las ceremonias y costumbres necesarias para reparar el daño que la originó. Igualmente, sabe cómo evitar o superar las calamidades naturales (el castigo, la pena, el "*llaqui*").

En la concepción aymara de los procesos de salud-enfermedad-curación, resulta clave entender que tras el daño en el cuerpo individual siempre se encuentran daños en el cuerpo social de las comunidades, producidos por trasgresiones a las normas de convivencia entre las personas, entre éstas y los ancestros y con la naturaleza. Se asume así, que la realización permanente del *Tinku* es lo que favorece el bienestar de las personas. Si la vida armónica en la comunidad es el principal factor protector de la salud, las mayores amenazas entonces se encuentran fuera de ella. En este contexto, los viajes, particularmente las migraciones prolongadas, revisten un alto riesgo para la mantención de la salud; vale decir, operaría una

33 Ver Kleinman 1978 y 1980.

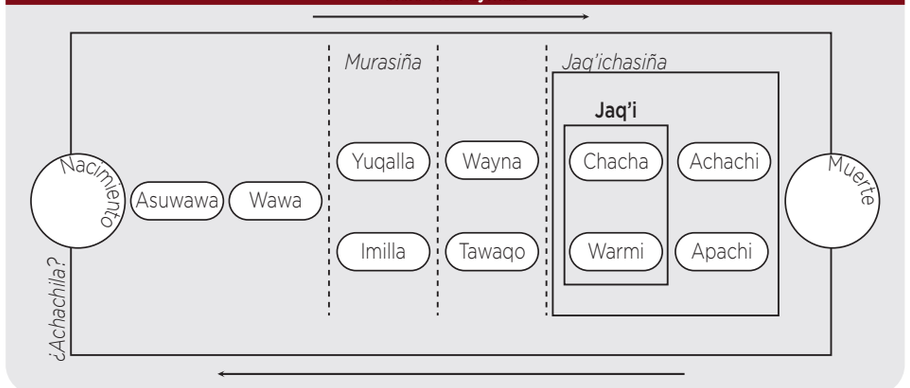
lógica de oposición adentro (de la comunidad) y en lo propio como protección y afuera (de la comunidad) y en lo ajeno como riesgo y amenaza.

No es el propósito de este documento profundizar en las concepciones aymara de persona; por lo demás, no existe suficiente etnografía regional sobre la materia como para acometer la tarea. Sin embargo, es necesario introducir al menos algunas consideraciones generales a este respecto.

Desde el nacimiento hasta la "*rutucha*[34]" (o *murasiña*) —con la introducción del cristianismo, bien puede ser el bautizo— los niños son hijos de los *achachilas*[35]. Existe una amplia bibliografía (Albó, 1991[36]; Carter y Mamani, 1982[37]; Arnold y otros, 2001[38]), que señala que la incorporación del niño a la vida comunitaria y su proceso de transformarse en persona social no se origina con el nacimiento. Así, los aymara asumen que la persona social (el *jaq'i*) va desarrollándose a través de un largo proceso a través del cual va formando el corazón, que constituye, junto a los pulmones, el principal órgano del cuerpo. En esta perspectiva, un niño tiene poco corazón, está recién formándose tanto social como biológicamente; lo irá constituyendo en la medida que vaya cumpliendo roles sociales en la familia y en la comunidad; y, logrará su pleno desarrollo recién una vez que se haya casado, dentro de la lógica de las relaciones de complementariedad entre la dualidad hombre-mujer (Pedrero, 2002; Gavilán, 2005). Podremos entender la importancia de esta relación si consideramos que *jaqichasiña* (casarse), literalmente significa **hacerse persona**. Es en este proceso donde encontramos las categorías del ciclo vital individual, los ritos asociados al tránsito entre ellas y la terminología usada para cada etapa.

La primera etapa, ser *wawa*, tiene dos denominaciones: *asuwawa* (desde el nacimiento hasta que la *wawa* se afirma) y *wawa* propiamente. El paso a la fase siguiente, como se señaló, no refiera a una edad fija sino a la *murasiña*. A partir de este momento, *imilla* (niña) y *yoqalla* (niño) comienzan su socialización en la vida comunitaria y, progresivamente, se irán incorporando a las labores de la unidad doméstica. Con la menarquia, las *imillas*, serán consideradas *tawaqo*, cuyo correlato entre los jóvenes es *wayna*. Al casarse serán *chacha—warmi*, que cuando envejecen son denominados *achachi* y *apachi*, respectivamente.

Figura 13
Ciclo vital aymara



Otro aspecto fundamental para entender la naturaleza de la persona aymara es la integralidad entre su cuerpo y su espíritu. Al respecto, si bien es posible distinguir conceptualmente el *janchi* (cuerpo) del *ajayu*, algunos investigadores sugieren que entre ambos existe una transición gradual y recíproca, en la que el *ajayu* sería el nivel más intangible del *janchi*; y éste la expresión concreta y tangible del *ajayu*; por lo mismo, no se trataría de categorías excluyentes (Burman, 2011). Otros autores sostienen que la función de este último es "aglutinar las partes del cuerpo y darles sentido de unidad" (Velasco, 2006). Lo importante es tener presente que a través del ajayu el *Jaq'i* se relaciona con los ancestros, la naturaleza y la

34 Ceremonia tradicional aymara, en que se realiza el primer corte de cabello de la wawa, que marca el inicio de su incorporación a la comunidad de los vivos. La edad en que se realiza es variable y puede ocurrir entre los 2 y los 5 años.
35 Los ancestros, los antepasados, los abuelos; también los cerros tutelares de las comunidades aymara.
36 El rostro indio de dios. E. Pontificia Universidad Católica del Perú.
37 "Irpa Chico: Individuo y comunidad en la cultura aymara" Editorial Juventud. La Paz. Bolivia.
38 Arnold, Denise y otros. Hacia un modelo social del parto: debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano. Serie: Informes de Investigación II No. 1. La Paz: ILCA.

comunidad humana; y, por ende, es quizás las entidad más importante para entender los procesos de salud-enfermedad-curación en los Andes. Su pérdida es la "etiología-patología" (no es posible trazar límites) más extendida en el área, aunque hay una gran variabilidad en cómo se la concibe. En salud, ésta cobra más importancia que cualquier afección propiamente física; más aún muchas veces éstas solo encuentran su explicación en la pérdida de *ajayu-animu*, y no serían otra cosa que su sintomatología.

¿Pero, qué es el *ajayu*? Los múltiples estudios sobre esta materia en el área andina dan cuenta de una gran variabilidad en las denominaciones aymara para el espíritu del *Jaq'i*, y en los niveles o esferas que los componen (Carter y Mamani, 1982; Fernández, 2008; Burman, 2011; Bastien, 1985; entre otros). Pese a ello, la mayoría de los autores coinciden en que las más comunes son *ajayu*[39], *animu* y *coraje*. El primero, es el espíritu vital, la sombra principal y su pérdida es una situación particularmente crítica, pues puede causar la muerte. No ocurre lo mismo con la pérdida el animu, que es mucho más fácil de recuperar, pues el cuerpo aún cuenta con su *ajayu*. El coraje, en tanto, alude a ciertos atributos inherentes a la personalidad de los individuos (fuerza, carácter, dotes de liderazgo, etc.); su pérdida no reviste grandes complicaciones, pues comúnmente se reincorpora con facilidad al janchi (cuerpo).

Si bien el ajayu no tiene una localización precisa en el cuerpo del *Jaq'i*, se le asocia con los pulmones y el corazón (*chuyma* y *lluku*, respectivamente), los órganos que, en la perspectiva aymara, son el fundamento de la vida humana y base del desarrollo del pensamiento y la sabiduría, en ellos se origina *willa* (sangre) y *untu* (grasa), los principios vitales que dan poder al cuerpo.

> *Nosotros tenemos tres de estos espíritus. Si se cae el mayor, usted cae al otro día enfermo. El ajayu, ese es el mayor; el animu, esa es la segunda. Con ese, se podía enfermarse, pero le llegan los malestares de a poco, de a poco: dolor de cabeza o cualquier cosa o te salen granos en el cuerpo. Cuestión de farmacia no te hace ni una cosa, absoluto, nada. Entonces, qué pasa. Hay personas que saben de hojas. La hoja de coca. "Mire, usted está asustado", dicen "¿Dónde se ha asustado?" Y ese llama, y la persona sana. Si usted va al doctor, le quita el dolor, pero después vuelve otra vez. Toma esas pastillas, pero otra vez. Y así puede morir la persona, se muere de a poco. ¿Por qué? Porque es la tierra que lo está comiendo. Entonces, qué pasa. Hay que hacerle una mariguancia ahí.*
>
> *Dice que el cabro metió una pata adentro, al agua así. Está hondo ahí. Muchos animales han muerto ahí. Se asustó el muchacho. Esa noche echó granos el cuerpo. ¡Lleno de granos! Siempre algo dije yo: como se asustó y estaba al lado de un pozo. Ese es maligno, dije yo. Ahí hay un diablo ahí adentro. No se podía ningún remedio con él. Le pusimos alcohol al cuerpo... Así, po'. Se asustó el muchacho. Yo le hice curaciones (Especialista médico tradicional, Región de Arica y Parinacota).*

39 El diccionario, ya clásico de Bertonio (1612/1984) lo define como la sombra de todas las cosas.

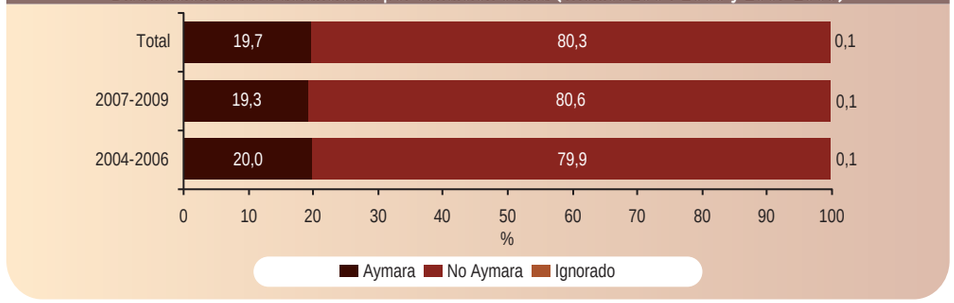
VI. EXPLORANDO LAS INEQUIDADES EN SALUD QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN AYMARA A TRAVÉS DE INDICADORES CONVENCIONALES DE MORTALIDAD.

Entre los años 2004 y 2009 se verificaron 6.007 decesos de personas residentes en la Región de Arica y Parinacota; 2.894 de éstos ocurrieron en el trienio 2004-2006 y 3.131 en el trienio 2007-2009. En ambos períodos, la proporción de casos aymara —identificados según la metodología antes descripta— es próxima al 20% (Ver Gráfico 22).

1. Evidencias del mayor riesgo de morir en la población aymara.

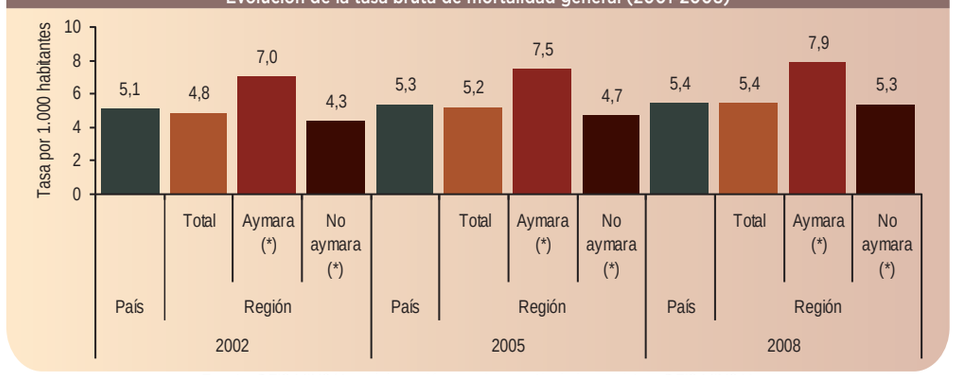
A nivel regional, la tasa de mortalidad general muestra[40], al igual que la situación nacional, que ha permanecido relativamente estable entre el 2002 y el 2008. No obstante, tal como evidencian múltiples investigaciones disponibles (Toledo, 1997; Oyarce y Pedrero, 2006, 2007, 2009 a, 2009 b, 2010, 2011; Pedrero y Oyarce, 2012, Pedrero, 2011 y 2013), estas cifras globales ocultan las profundas inequidades que afectan a los pueblos indígenas, que sistemáticamente presentan un riesgo mayor de morir que la población no indígena (Ver Gráfico 23).

Gráfico 22
Distribución relativa defunciones por condición étnica (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 23
Evolución de la tasa bruta de mortalidad general (2001-2008)



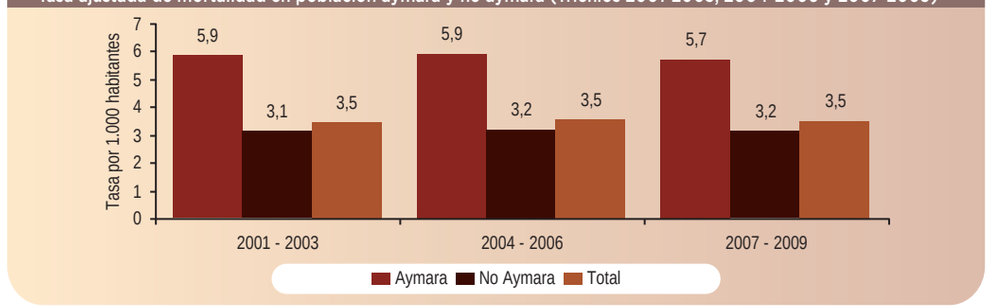
Fuente: DEIS MINSAL y elaboración propia a partir de los registros DEIS MINSAL
(*) Las cifras para la población aymara y no aymara regional corresponden a las tasas promedio para los trienios 2001-2003, 2004-2006 y 2007-2009

La estandarización de estas tasas permite dimensionar más efectivamente brechas de equidad entre la situación de la población aymara y no aymara residente en la Región. Efectivamente, las cifras muestran, por un lado, que en los últimos 9 años las tasas de mortalidad en ambos grupos han permanecido bastante estables; y, por el otro, que la sobremortalidad aymara es sistemática en los tres períodos analizados, con riesgos de morir que casi duplican los de la población no aymara[41] (Ver Gráfico 24).

40 Si bien en las tasas brutas se expresan los sesgos introducidos por las distintas estructuras sexo-etarias de las poblaciones, consideramos necesario incluirlas, pues no hemos podido a acceder a la información requerida para su estandarización a nivel país. En adelante, todas las tasas que se presentan corresponden a tasas ajustadas por edad, para hacer efectivamente comparable la situación de salud de la población aymara y no aymara de la Región de Arica y Parinacota.

41 Los riesgos relativos entre la mortalidad aymara y la no aymara son 1.9, 1.8 y 1.9, para los períodos 2001-2003, 2004-2006 y 2007-2009, respectivamente.

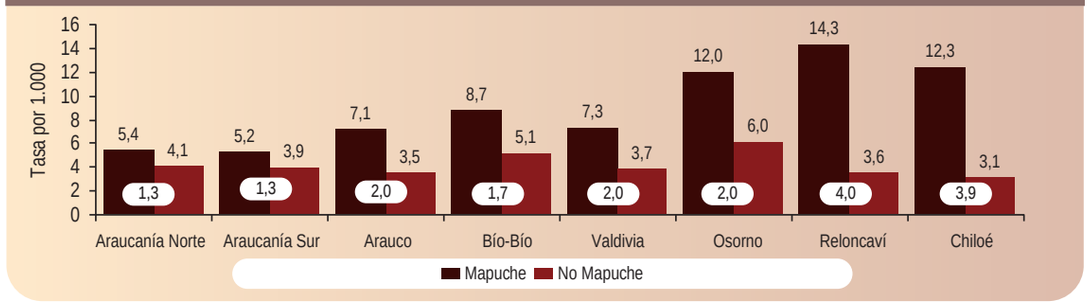
Gráfico 24
Tasa ajustada de mortalidad en población aymara y no aymara (Trienios 2001-2003, 2004-2006 y 2007-2009)[42]



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL y Pedrero, 2013

Si bien estas tasas sitúan a la población indígena regional en una de las posiciones menos desmejoradas al contrastarlas con las de otros pueblos originarios para los que se cuenta con información, expresan, a la vez, que se ve afectada por una de las mayores inequidades interétnicas, solo superadas por la registrada para los mapuche-williche en las Provincia de Chiloé y de Reloncaví (Ver Gráfico 25).

Gráfico 25
Servicios de Salud seleccionados:
Tasa ajustada de mortalidad general en población mapuche y no mapuche (trienio 2004-2006)

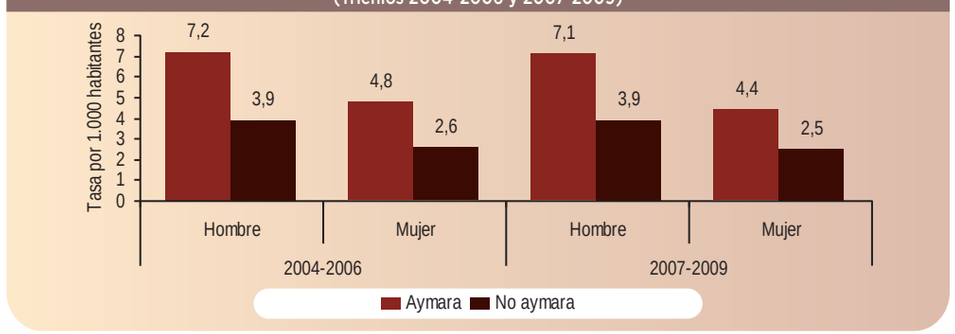


Fuente: Oyarce y Pedrero, 2009 a y b; 2010 y 2011; Pedrero y Oyarce, 2012; Pedrero, 2012 y 2013

1.1. Brechas persistentes sin distinción por sexo y a lo largo de todo el ciclo vital.

Tan sistemática es la sobremortalidad de la población aymara, que afecta de igual forma a hombres y mujeres, lo que permite hipotetizar que este fenómeno está mucho más asociado a la marginación y exclusión social a la que estructuralmente ha sido sometido este pueblo que a diferenciales de género. Así, los hombres aymara tienen en ambos períodos un riesgo un 80% mayor de morir que sus congéneres no aymara; y las aymara, una probabilidad 90% y 80% mayor en cada uno de los trienios analizados (Ver Gráfico 26).

Gráfico 26
Tasa ajustada de mortalidad general por sexo en población aymara y no aymara
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

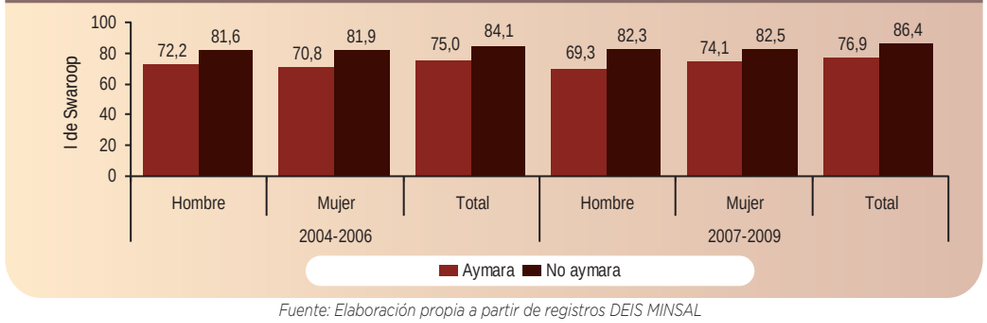


Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

42 La tasa para el período 2001-2003, corresponde a la estandarización de los datos disponibles en el Perfil epidemiológico de la población aymara del Servicio de Salud Arica (Oyarce y Pedrero, 2006) realizada por la autora en el marco de la iniciativa de Epidemiología Sociocultural del Ministerio de Salud.

Un indicador que permite reducir el sesgo introducido al análisis de la mortalidad por las diferencias en las estructuras etáreas de las poblaciones expuestas es el índice de swaroop, a través del cual se expresa proporcionalmente las muertes ocurridas después de los 50 años respecto del total de defunciones. Se asume que mientras más alto sea este porcentaje, mejores son las condiciones sanitarias de una población. A nivel nacional se ha transitado de un 84,0% de muertes en mayores de 50 años en 2005 a un 75% en 2009. Para los mismos años, la Región de Arica y Parinacota alcanzó cifras que están levemente por debajo del promedio nacional (83,9% y 73,0%, respectivamente). En los dos trienios considerados en este estudio, el índice swaroop en población aymara está por debajo del estándar regional y del promedio para la población no aymara; en otras palabras, la mortalidad indígena se produce a edades más tempranas que la no indígena; situación que se verifica tanto entre los hombres como entre las mujeres (Ver Gráfico 27).

Gráfico 27
Índice de Swaroop en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

1.1.1. Mortalidad infantil y en la niñez.

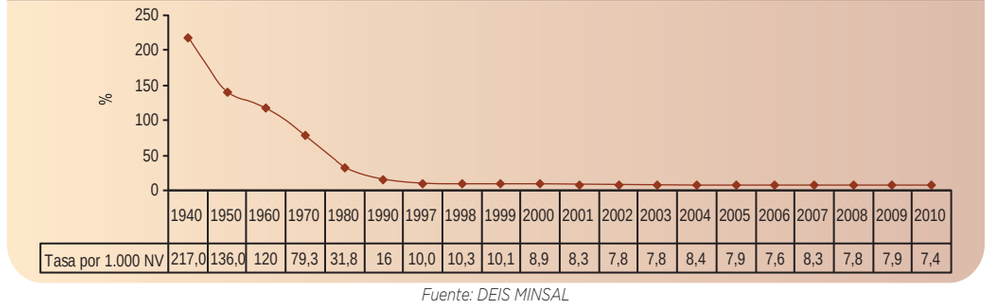
Desde el punto de vista epidemiológico es indiscutible que es posible prevenir una parte importante de las muertes en la infancia mejorando las condiciones de vida de la población (acceso a agua potable e instalaciones de saneamiento, superación de la pobreza, mejorías en la cobertura educacional, etc.), fortaleciendo los sistemas de salud y adecuándolos a las realidades locales de los pueblos y comunidades. Por lo mismo, altas tasas de mortalidad infantil pueden ser consideradas una evidencia de vulneración del derecho a la salud y la vida. En efecto, las enfermedades diarreicas, el paludismo, el sarampión y la malnutrición, las enfermedades que proporcionalmente más contribuyen a la mortalidad infantil, son posibles de enfrentar con intervenciones seguras y eficaces (Claeson y Walkman, 2000).

La mortalidad infantil en el mundo se ha reducido de manera sustancial en las últimas décadas. Por ejemplo, en América Latina, entre 1990 y 2009 la muerte en menores de un año se redujo casi en un 60% (CEPAL-UNICEF, 2011). 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. Este fenómeno es incluso verificable en algunos de los países desarrollados que están en etapas avanzadas de transición epidemiológica como Canadá y Estados Unidos, donde los niños indígenas están en una posición de mayor vulnerabilidad (Bustos y otros, 2005; CEPAL-UNICEF, 2007). Un patrón similar se ha observado en pueblos originarios de Australia y Columbia Británica, con diferenciales de mortalidad perinatal y post neonatales (Montenegro y Stephens, 2006). La misma sobremortalidad se observa en países más pobres. Por ejemplo, algunos pueblos indígenas como los Nanti (Perú), Xavante (Brasil), Kuttiya Kandhs (India) y Pigmeos (Uganda), cuyas tasas de mortalidad infantil no solo son más altas que el promedio nacional, sino que incluso más altas que las comunidades económicamente más pobres dentro de esos mismos países (Stephens et al, 2006).

Estas tendencias generales se manifiestan claramente a nivel nacional. Las cifras muestran que Chile, luego de décadas de una sostenida tendencia al descenso, ha mantenido a partir del año 2000 tasas inferiores a 9 por 1.000 nacidos vivos (Ver Gráfico 28), convirtiéndose en uno de los países de la región que, junto a Cuba y Costa Rica, exhibe las más bajas tasas. Sin embargo, en el país persisten desigualdades territoriales y por grupo social, que afectan fuertemente a los pueblos indígenas. Los antecedentes disponibles indican que, entre 2004 y 2006, los niños mapuche de la Región de la Araucanía tuvieron el doble de riesgo de morir antes de cumplir un año que los no mapuche; los de la Provincia de Bío-Bío un riesgo 300% más alto; el riesgo para los niños mapuche de la Región de Los Ríos, en tanto, casi cuadruplicó el de los no mapuche; situación similar a la de la Provincia de Osorno, donde este riesgo fue tres veces más alto (Oyarce y Pedrero 2009 (a) y (b) y 2010; Pedrero, 2012).

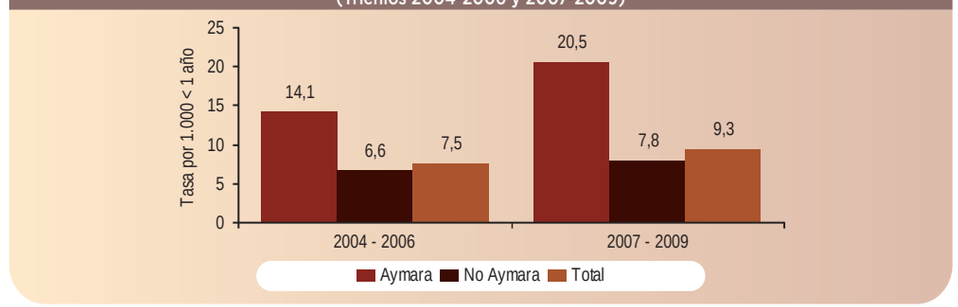
Dado que en Chile, al igual que en casi todos los países de América Latina, no se ha avanzado en la inclusión del enfoque étnico en las estadísticas vitales, no existe información de natalidad por pueblo pertenencia. Por lo mismo, no es posible determinar la tasa de mortalidad infantil para estos pueblos[43] ; sin embargo, a través de la metodología que ha permitido identificar los casos aymara en los registros convencionales de mortalidad, se puede hacer una estimación de este indicador: la tasa de mortalidad en menores de un año. Siguiendo el patrón antes descrito para otros pueblos indígenas, en Arica y Parinacota, los niños aymara tuvieron un riesgo de morir antes de cumplir un año un 110% mayor que los no aymara en el trienio 2004-2006 y un 160% mayor en el trienio siguiente (Ver Gráfico 29). Si bien esta sobremortalidad refiere a condiciones de marginalidad y pobreza, hay que tener presente que estas determinantes se articulan con la escasa (y muchas veces nula) adecuación cultural de los servicios de salud.

Gráfico 28
Chile. Evolución de la mortalidad infantil (1940-2010)



Fuente: DEIS MINSAL

Gráfico 29
Tasa estimada de mortalidad infantil (< 1 año) en población aymara y no aymara
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

En términos generales, se ha constatado que en el proceso de descenso de la mortalidad infantil disminuyen en primer lugar las muertes que están vinculadas al entorno, precisamente aquellas que son consideradas evitables y que inciden principalmente en el período post neonatal, como por ejemplo los fallecimientos causados por diarrea y bronconeumonía. Cuando éstas disminuyen, aumenta el peso relativo de la mortalidad neonatal, mucho más asociada a factores endógenos, como son por ejemplo, las malformaciones congénitas y los problemas asociados al embarazo y parto. En la Región de Arica y Parinacota, las muertes post neonatales son las que tienen un mayor peso relativo significativamente más alto entre los niños aymara que entre los no aymara, refiriendo a condiciones de vida más desfavorables entre los primeros (Ver Gráfico 30).

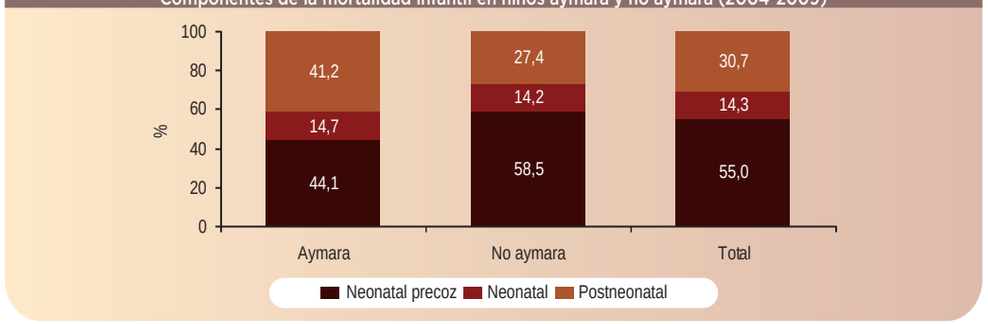
Según diversos informes internacionales, en el mundo anualmente mueren alrededor de 10 millones de niños antes de cumplir 5 años de edad (CEPAL-UNICEF, 2011). Casi el 75% de estas defunciones son causadas por afecciones neonatales, infecciones respiratorias, diarrea, paludismo, sarampión y VIH/SIDA. Atendiendo a que gran parte estas muertes, que se distribuyen desigualmente en el mundo, encuentran sus causas en la injusticia social, los estados se comprometieron, en la Cumbre de Desarrollo del Milenio

43 Recordemos que la tasa de mortalidad infantil se define como el número de muertes ocurridas en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.

realizada en Nueva York en 2000, a reducir al 2015 en dos terceras partes la mortalidad en la niñez. Para Chile, esto implica alcanzar para ese año una tasa de 0,26 muertes por cada 1.000 niños menores de 5 años (Gobierno de Chile, 2010). Al año 2010, el país estaba un 16% por debajo de esta meta, alcanzando una tasa de 0,31 por 1.000 menores de 5 años, aunque con una desigual distribución territorial, siendo la Región de Arica y Parinacota, junto a la del Maule, las que presentan mayor rezago.

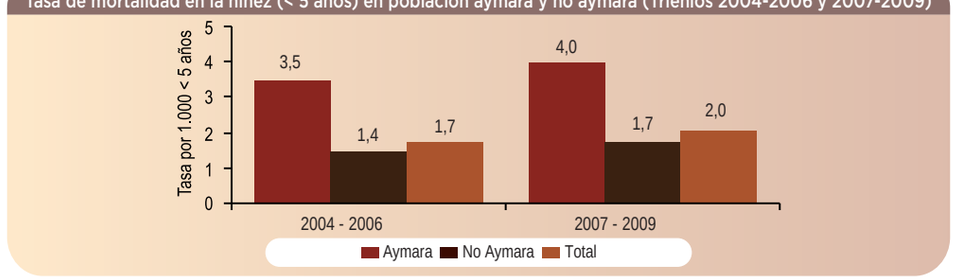
La comparación interétnica nuevamente permite constar brechas entre niños aymara y no aymara en este grupo de edad. Aún cuando las tasas de mortalidad experimentaron un crecimiento en los dos períodos analizados, los riesgos relativos permanecen estables, con valores que van del 2,4 al 2,3 en 2004-2006 y 2007-2009, respectivamente (Ver Gráfico 31).

Gráfico 30
Componentes de la mortalidad infantil en niños aymara y no aymara (2004-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 31
Tasa de mortalidad en la niñez (< 5 años) en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



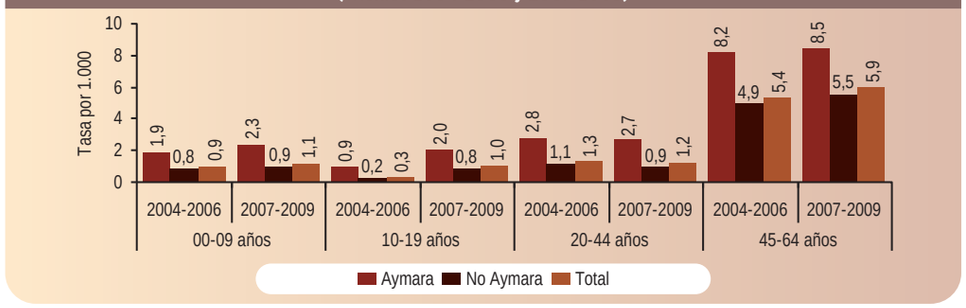
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

1.1.2. Otros grupos programáticos de edad.

Desde una perspectiva antropológica todas las sociedades y culturas tienen modelos sobre el orden y las etapas de la vida: el nacimiento, el crecimiento, la vida adulta y la muerte, la sexualidad, el embarazo y el parto (Erickson, 1998). No obstante, la estructura y el contenido de cada etapa varía de acuerdo a marcadores culturales, que a su vez reflejan patrones e instituciones sociales más amplias (Benedict, 1973). Resulta evidente que los criterios cronológicos no son los centrales en la definición de los límites de tales etapas. Por ejemplo, los ciclos vitales individuales indígenas se asocian, en las primeras fases, con el adiestramiento para la participación plena en la comunidad de los adultos, la que se inicia tempranamente, incluso desde el nacimiento, a través de los ritos que marcan la entrada a la comunidad de los vivos (Pedrero y Oyarce, 2011).

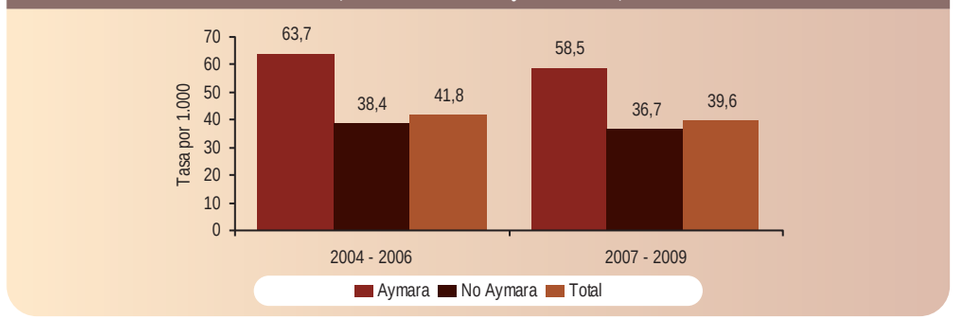
Las fuentes que se han usado en este estudio, solo permiten dar cuenta del ciclo vital, tal como es definido en la acción sectorial a través de grupos programáticos, por lo que se incluyen en este análisis. Al respecto, no muy diferente a la situación ya descrita se observa en las tasas de mortalidad para los demás grupos programáticos de edad, concentrándose las mayores desigualdades entre aymara y no aymara en las edades más tempranas, alcanzando sus máximas expresiones entre los 10-19 años (RR 4,5 en 2004-2006; y 2,5 en 2007-2009) y los 20-44 años (RR 2,6 y 3,0). Si bien estas brechas se acortan en edades más avanzadas son todavía elocuentes, con riesgos entre un 50 y un 70% más altos en población aymara (Ver Gráficos 32 y 33).

Gráfico 32
Tasa específicas de mortalidad por grupos programáticos de edad en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 33
Tasa de mortalidad en el adulto mayor (65 y + años) en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

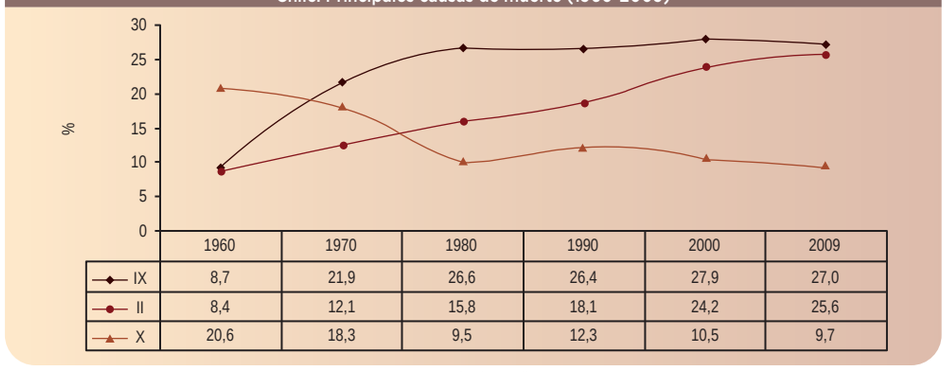


Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

2. Diferencias y similitudes en la estructura de la mortalidad de la población aymara y no aymara.

Desde ya hace algunas décadas Chile se sitúa en una etapa de transición epidemiológica, caracterizada por el progresivo descenso de la importancia relativa de las enfermedades transmisibles y de las afecciones originadas en el período perinatal; y un aumento sistemático de las enfermedades crónicas y degenerativas no transmisibles, propias de los estilos de vida modernos; situación asociada, además, a los cambios demográficos (disminución de la fecundidad y mayor esperanza de vida al nacer, entre otros aspectos) que ha vivido el país. En este contexto, desde la década del '70 la principal causa de muerte en Chile han sido las Enfermedades del Sistema Circulatorio, que actualmente originan 3 de cada 10 defunciones; en segundo lugar se ubican las muertes por Cáncer, cuyo peso relativo ha experimentado un sostenido crecimiento entre 1960 y 2010. Las Enfermedades del Sistema Respiratorio, tercera causa de muerte, proporcionalmente han experimentado un leve descenso desde la década del '90 hasta la actualidad; situación similar a la observada en las muertes por Enfermedades del Sistema Digestivo, la cuarta causa de muerte a nivel nacional (Ver Gráfico 34).

Gráfico 34
Chile. Principales causas de muerte (1960-2009)



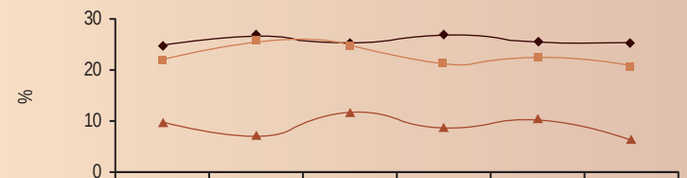
	1960	1970	1980	1990	2000	2009
IX	8,7	21,9	26,6	26,4	27,9	27,0
II	8,4	12,1	15,8	18,1	24,2	25,6
X	20,6	18,3	9,5	12,3	10,5	9,7

Fuente: DEIS MINSAL

En la Región de Arica y Parinacota, al igual que en otras regiones del norte de Chile, el cáncer ha ido paulatinamente transformándose en la primera causa de muerte de la población. Así en el sexenio considerado en este estudio el 25,8% de las defunciones ocurrieron por esta causa; proporción levemente superior a las que tuvieron las muertes originadas por enfermedades circulatorias (22,9%). En tercer lugar, se sitúan las muertes por causas externas, causa del 9,1% de las defunciones de todo el período (Ver Gráfico 35).

Para el trienio 2004-2006, la estructura de la mortalidad por causas fue muy similar entre la población aymara y no aymara y consistente con el patrón regional recién descrito, siendo las cinco primeras causas las mismas en ambos grupos; no obstante, su peso relativo difiere en cada uno de ellos. Así, por ejemplo, el cáncer y las enfermedades del sistema circulatorio tienen un menor peso relativo entre aymara que entre no aymara; y las muertes por causas externas son proporcionalmente más importantes entre los primeros. En el trienio 2007-2009, los dos grupos poblacionales mantienen las mismas dos primeras causas de muerte, que igualmente tienen una menor incidencia entre los indígenas. Se diferencian en la tercera causa, que para los aymara continuaron siendo las causas externas (13,8%) y para los no aymara fueron las enfermedades del sistema respiratorio, que constituyeron el 9,1% de las muertes en este grupo (Ver Gráfico 36).

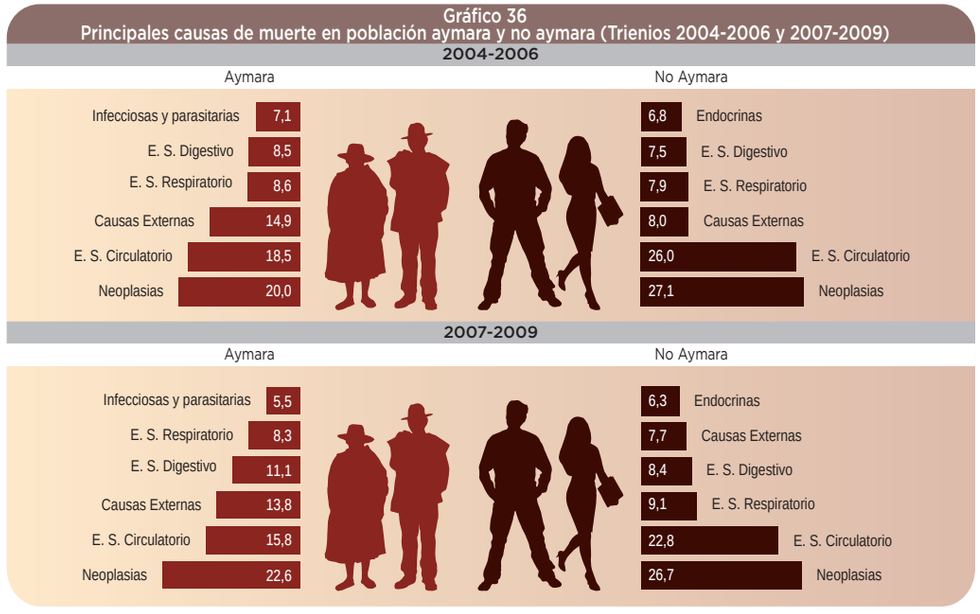
Gráfico 35
Región de Arica y Parinacota. Principales causas de muerte (2004-2009)



	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cáncer	24,8	26,8	25,2	26,9	25,6	25,3
E. S. Circulatorio	22,0	26,0	25,1	21,0	22,9	20,5
Causas Externas	9,4	7,3	11,4	9,3	10,5	6,9

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 36
Principales causas de muerte en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

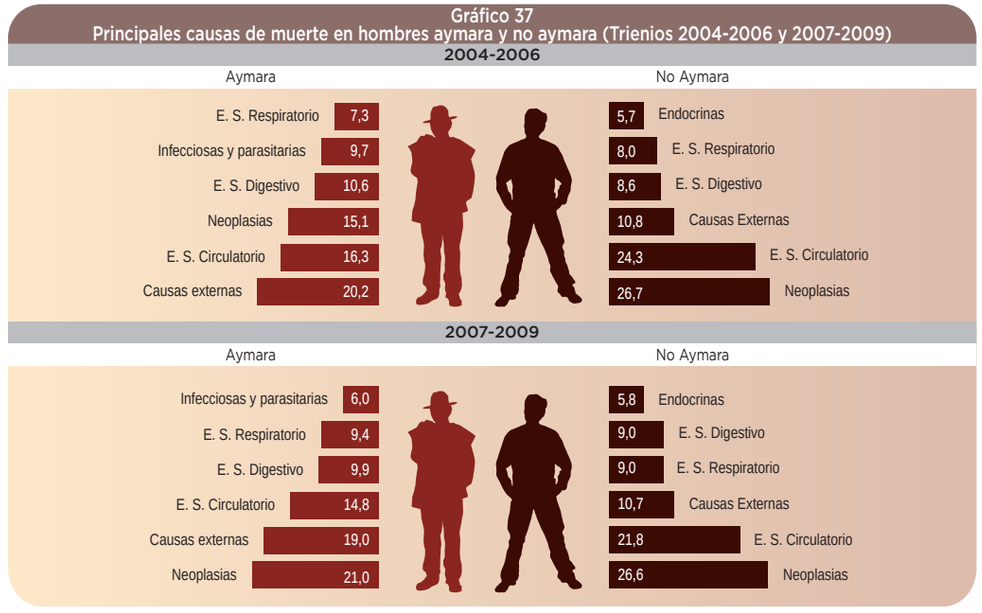


Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Durante el trienio 2004-2006, dos de cada 10 muertes en hombres aymara se debieron a causas externas; entre los no aymara, en tanto, solo una de cada 10 muertes fue por esta causa. La segunda causa de muerte entre los indígenas en este período fueron las enfermedades circulatorias, cuyo peso relativo es bastante menor entre ellos que entre los no indígenas (16,3% y 24,3%, respectivamente). Las neoplasias, tercera causa de muerte entre los aymara y primera entre los no aymara, representaron el 15,1% dentro

del total de defunciones entre los primeros y un 26,7% entre los segundos. Durante el trienio 2007-2009, para aymara y no aymara la primera causa de muerte fueron las neoplasias, aunque con importancia relativa distinta entre ellos (21,0% y 26,6%, respectivamente). Difieren en la segunda causa, que entre los aymara correspondió a causas externas (19,0%) y entre los no aymara a enfermedades circulatorias (21,8%). Estas enfermedades constituyen solo la tercera causa de muerte entre los indígenas con un peso relativo ostensiblemente inferior (14,8%) (Ver Gráfico 37).

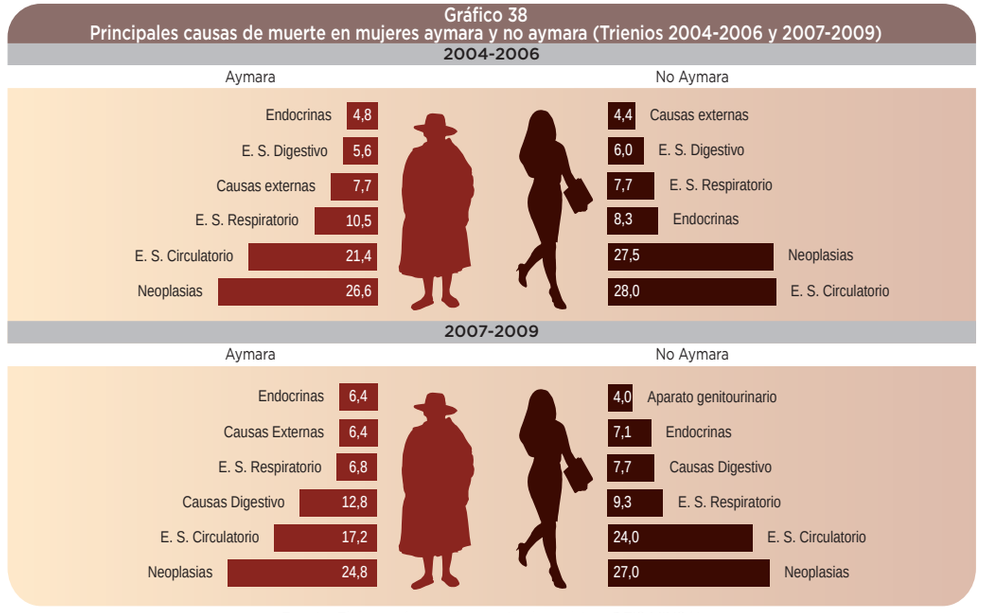
Gráfico 37
Principales causas de muerte en hombres aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

En el caso de las mujeres, las aymara mantienen como primera causa, en los dos trienios, el cáncer; y, como segunda, las enfermedades del sistema circulatorio; aunque, al igual que lo señalado para los hombres, estos grupos de causa tienen entre ellas un peso relativo menor entre ellas, que entre sus congéneres no aymara (Ver Gráfico 38).

Gráfico 38
Principales causas de muerte en mujeres aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

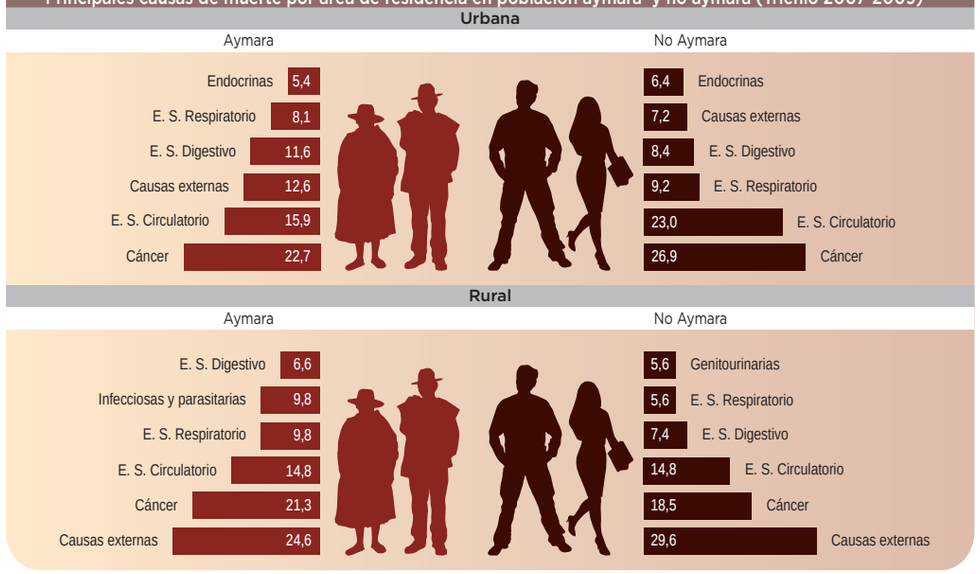


Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Solo contamos con información desagregada por área de residencia para el trienio 2007-2009; a partir de ésta se puede señalar que, en el área urbana, la estructura de la mortalidad por causas en aymara y

no aymara es muy similar a la descrita para la mortalidad global de ambos grupos; las diferencias emergen evidentemente en el área rural. Allí, para aymara y no aymara las causas externas son la principal causa de muerte. En segundo lugar se sitúan las muertes por cáncer, que tienen un mayor peso relativo entre los aymara. Las enfermedades del sistema circulatorio, tercera causa de muerte en los dos grupos, originan en cada uno de ellos el 14.8% de las defunciones. En estas zonas, para los aymara, las enfermedades infecciosas tienen un peso relativo todavía importante (9,8%), similar al que tienen entre ellos las muertes por enfermedades respiratorias (Ver Gráfico 39).

Gráfico 39
Principales causas de muerte por área de residencia en población aymara y no aymara (Trienio 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

3. Magnitud de las brechas interétnicas en las principales causas de muerte en población aymara.

3.1. Mortalidad por cáncer.

Durante el año 2008, a nivel mundial, 7,6 millones de personas murieron por cáncer y anualmente el cáncer sigue aumentando a un ritmo alarmante (OMS, 2011). Las investigaciones indican que un tercio de las muertes por cáncer se deben a factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, la obesidad, el consumo nocivo de alcohol o las infecciones. Se prevé, además, que en 2030 11,5 millones de personas morirán por esta causa (OMS, 2013). En la Región de las Américas esta enfermedad se mantiene como la segunda causa de muerte, cobrando 1,2 millones de vidas anualmente. Los avances en la reducción de la mortalidad son desiguales en la Región, siendo Chile uno de los nueve países que muestran una tendencia al descenso en las tasas de mortalidad (OPS, 2013). No obstante, desde la década de los '70 hasta la actualidad constituye la segunda causa de muerte de la población nacional (Jiménez, 2010).

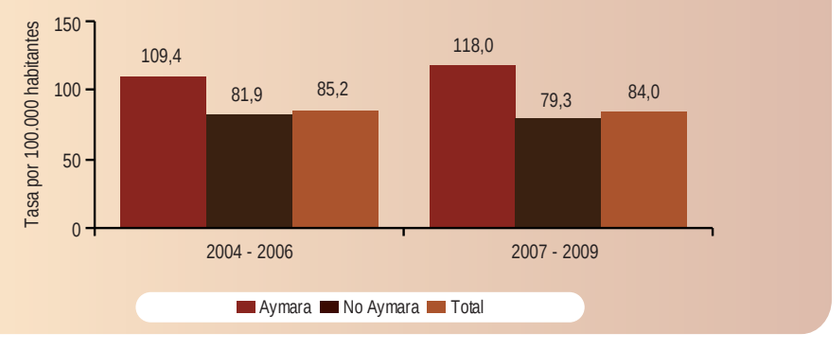
En el período analizado se registraron 1.549 defunciones por cáncer entre los residentes de la Región de Arica y Parinacota. A nivel general, la tasa ajustada de mortalidad por esta causa fue de 85,2 por 100.000 habitantes en 2004-2006 y 84,0 por 100.000 habitantes en 2007-2009. El riesgo de morir por cáncer experimentó un leve crecimiento en población aymara entre ambos períodos (10%) y se mantuvo estable entre los no aymara (diferencia de 0,3%); por lo mismo la brecha interétnica, que en el primer período fue de un 30% más de riesgo de la población indígena, creció a un 50% (Ver Gráfico 40).

Un patrón claro de desigualdad existe en la mortalidad por cáncer de las aymara, cuyas tasas superan en 70% y en un 50% las de las mujeres no aymara en 2004-2006 y 2007-2009, respectivamente. Entre los hombres, si bien se aprecia una sobremortalidad indígena, ésta es muy leve en el primer período y muy evidente en el segundo (Ver Gráfico 41).

Dentro de este gran grupo, la principal causa específica de muerte, tanto para aymara como para no aymara, es el cáncer de los órganos digestivos, que origina 3 de cada 10 defunciones por esta causa en

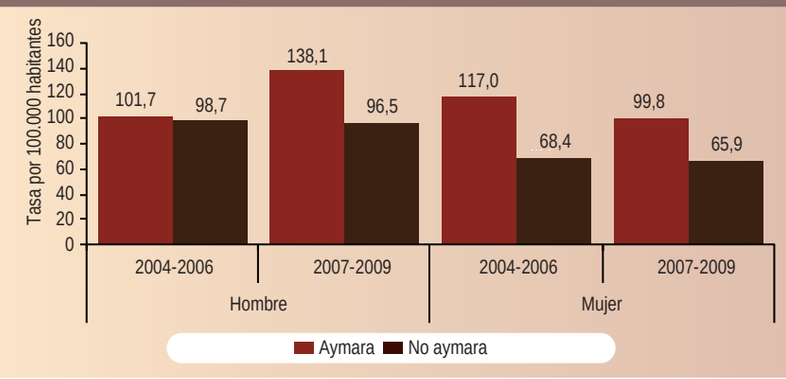
ambos grupos. Las tasas ajustadas por edad nuevamente muestran una situación más desventajosa para los aymara, quienes tuvieron un 30% más de riesgo de morir por esta causa en 2004-2006; un 70% mayor en 2007-2009 (Ver Tabla 10 y Gráfico 42).

Gráfico 40
Tasa ajustada de mortalidad por Neoplasias en población aymara y no aymara
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 41
Tasa ajustada de mortalidad por Neoplasias por sexo en población aymara y no aymara
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



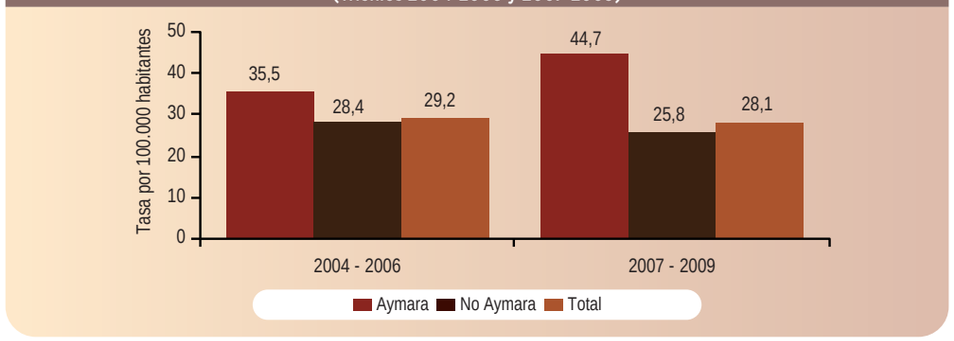
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 10
Distribución defunciones por Neoplasias por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

Causa específica	2004-2006			2007-2009		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No aymara		Aymara	No aymara	
Órganos digestivos	32,8	35,1	34,8	38,2	33,2	34,1
Órganos genitales	12,1	12,5	12,4	12,5	13,7	13,5
Comportamiento incierto o desconocido	10,3	4,0	5,0	8,1	4,9	5,5
Tejido linfático	12,1	8,3	8,9	6,6	6,3	6,3
Vías urinarias	6,0	6,1	6,1	5,1	5,1	5,1
Órganos respiratorios	6,9	16,8	15,2	2,2	18,0	16,7
Sitios mal definidos y sitios no especificados	5,2	3,2	3,5	10,3	4,8	4,3
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	3,4	1,9	2,2	2,2	2,7	2,6
Mama	2,6	6,5	5,9	7,4	5,4	5,7
Otras	8,6	5,6	6,1	7,4	6,0	6,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	116	626	742	136	671	807

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 42
Tasa ajustada de mortalidad por Cáncer de los órganos digestivos en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

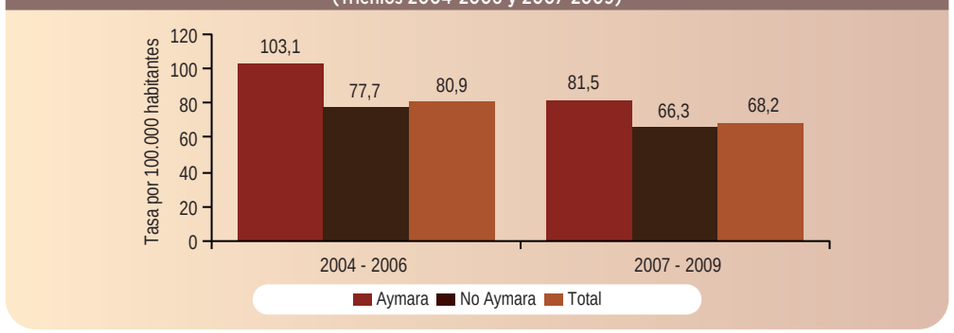
3.2. Mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de mortalidad en el mundo, cobrando más de 17,3 millones de vidas anualmente y se estima que, en 2030, 23,3 millones de personas podrían morir por ellas (OMS, 2011). Se han transformado en uno de los más importantes problemas de salud pública en los países en desarrollo. De hecho, el aumento de las tasas de mortalidad y de la prevalencia de los factores de riesgo para estas enfermedades que se han registrado en Asia, África y América Latina, son un clara señal de la magnitud del problema (Beaglehole y Yach, 2003; Leader y otros, 2004). Paralelamente, hay evidencias de una consistente disminución de estas patologías en gran parte de los países industrializados (Cooper y otros, 2001). Así, las muertes por ECV se distribuyen desigualmente en el mundo, concentrándose en los países de ingresos bajos y medios el 80% de ellas (OMS, 2011).

Estudios epidemiológicos anteriores (Oyarce y Pedrero, 2006; Pedrero, 2007) mostraban que entre 2001-2003 la población aymara tenía un menor riesgo de morir por ECV que la población no aymara. Aunque las diferencias eran leves (10%), insinuaban la persistencia de modos de vida tradicionales que actuaban como factores protectores; cuestión que debía ser considerada en estrategias de intervención en atención primaria. En muy corto tiempo, sin embargo, esta situación se revirtió, siendo ahora la población aymara la que tiene un riesgo mayor. Si bien las brechas interétnicas no son las más altas registradas en este estudio, son una señal de alerta que debe ser atendida de manera urgente por los equipos de salud, puesto que el "ingreso" de los indígenas a la transición epidemiológica en condiciones de marginación social y económica permiten prever que esta tendencia irá en ascenso y las desigualdades se agudizarán.

A nivel regional, el riesgo de morir por enfermedades circulatorias descendió en un 20% entre 2004-2006 y 2007-2009. Esta disminución se verificó tanto en aymara como en no aymara (20% y 10%, respectivamente), aún cuando las brechas entre ambos grupos subsisten (Ver Gráfico 43). Esta situación

Gráfico 43
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

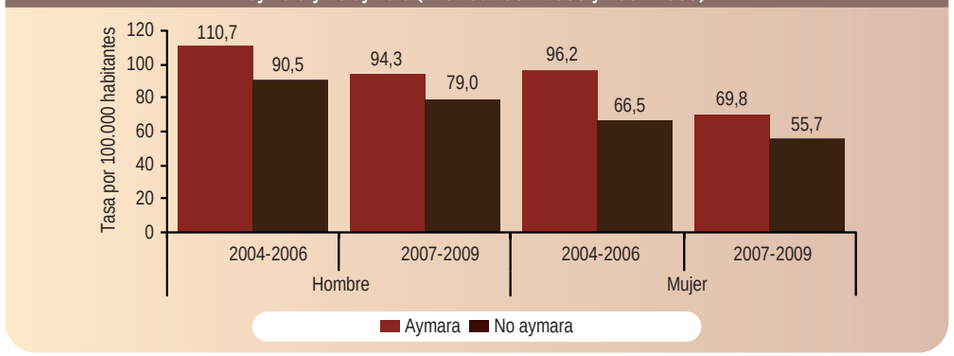


Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

pone al centro la necesidad de focalizar las intervenciones, pues no siempre la reducción general de la mortalidad implica reducir las inequidades entre grupos sociales. Este es un claro ejemplo de ello.

Como es sabido, la mortalidad por ECV siempre es más elevada entre los hombres que entre las mujeres en todas las edades; tendencia que también se observa en la Región, donde los hombres tuvieron un 30% más de riesgo de morir por esta causa que las mujeres en 2004-2006 y un 40% mayor en 2007-2009. Pese a que esta tendencia es común a la población aymara y no aymara, las brechas interétnicas son claras tanto en hombres como en mujeres. Los riesgos relativos expresan un 20% de sobremortalidad de hombres aymara en ambos períodos analizados; y de un 40% en el primer trienio y 30% en el segundo para el caso de las mujeres (Ver Gráfico 44).

Gráfico 44
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

A nivel regional, dentro de las ECV, la principal causa específica de muerte son las enfermedades cerebro-vasculares, con una importancia relativa superior entre los aymara que entre los no aymara. En segundo lugar se sitúan las isquemias cardiacas, también para ambos grupos, aunque en este caso las muertes por esta causa son proporcionalmente más significativas entre los no aymara (Ver Tabla 11). Se ha optado por calcular tasas de mortalidad para estas dos causas, así como para las enfermedades hipertensivas, que sirvan de insumo para repensar localmente las metas sanitarias relativas a ellas.

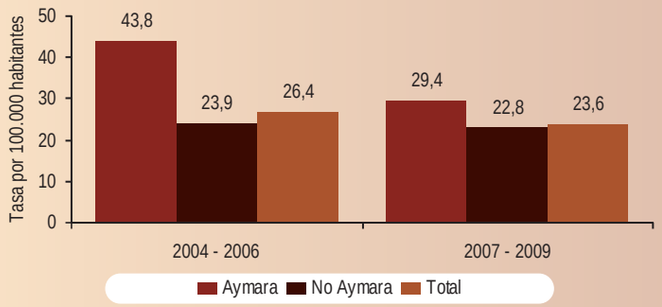
Tabla 11
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Circulatorio por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

Causa específica	2004-2006			2007-2009		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No aymara		Aymara	No aymara	
Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,9	0,8	0,8	0,0	0,7	0,6
Enfermedades hipertensión	16,8	14,2	14,6	11,6	10,8	10,9
Enfermedades isquémicas del corazón	20,6	30,8	29,3	23,2	29,2	28,3
Enfermedad cardiopulmonar…	0,0	1,2	1,0	2,1	1,4	1,5
Otras formas de enfermedad del corazón	15,9	14,3	14,6	24,2	17,3	18,3
Enfermedades cerebrovasculares	42,1	30,5	32,2	35,8	34,3	34,5
Enfermedades de las arterias	3,7	7,2	6,6	3,2	5,4	5,1
Enfermedades de las venas	0,0	1,0	0,8		0,9	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	107	600	707	95	572	667

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

En Arica y Parinacota, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares experimentó un leve descenso en el período que se analiza en este estudio (10%); situación atribuible a la importante disminución de la mortalidad en población aymara que pasó de una tasa de 43,8 por 100.000 habitantes en 2004-2006 a una de 29,4 por 100.0000 en el trienio siguiente. Si bien este descenso permitió acortar las brechas interétnicas, no logra cerrarlas, pues los riesgos relativos pasaron de 1,8 a 1,3 entre los dos períodos (Ver Gráfico 45).

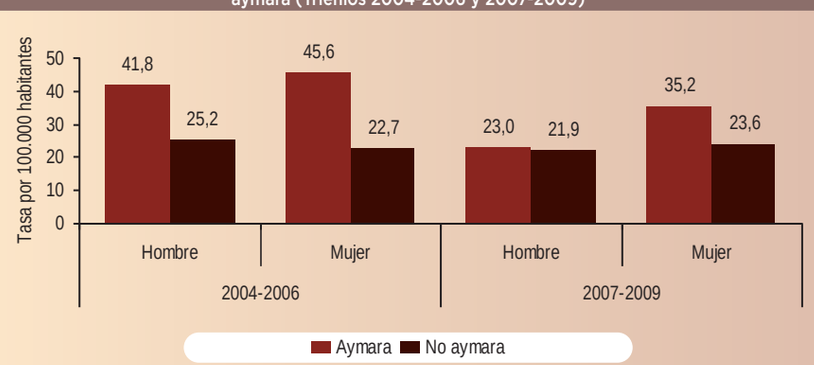
Gráfico 45
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

En esta causa específica son las mujeres aymara las que concentran el mayor riesgo de morir en ambos períodos; las segundas tasas más altas las presentan los hombres aymara, también en los dos trienios. No obstante, dado el importante descenso que experimentó entre ellos la mortalidad (80%) permitió acortar sustantivamente las brechas con los hombres no aymara (RR 1,7 en 2004-2006 y 1,1 en 2007-2009). Entre las mujeres, que presentan las desigualdades interétnicas más importantes (RR 2,0 en 2004-2006 y 1,4 en 2007-2009), si bien las brechas se acortan, siguen siendo muy amplias (Ver Gráfico 46).

Gráfico 46
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

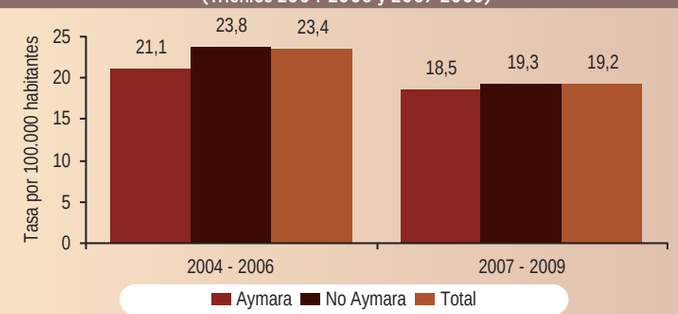


Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Las enfermedades isquémicas del corazón son, como se señaló, la segunda causa de muerte por ECV en la Región. Las tasas descienden levemente entre los dos períodos tanto entre población aymara como no aymara (10% y 20%, respectivamente). En este caso, son los indígenas quienes presentan menor daño, aunque los riesgos solo son levemente inferiores a los no indígenas (Ver Gráfico 47). Esta "ventaja relativa" aymara, se expresa principalmente entre los hombres, quienes tuvieron un riesgo 10% menor que los no aymara. Las mujeres aymaras, en cambio, pasaron de un riesgo 20% más bajo que el de las no aymara en 2004-2006 a uno 20% mayor en 2007-2009 (Ver Gráfico 48).

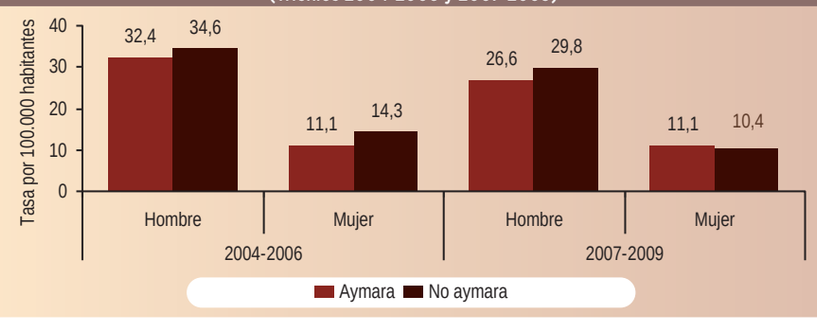
Dentro de las ECV, la mortalidad por enfermedades hipertensivas fue la que experimentó el más drástico descenso, con tasas que pasaron —a nivel general— de 11,7 por 100.000 a 7,3 por 100.000. Dado que esta disminución es mayor entre los aymara que entre los no aymara, se reducen también la sobremortalidad de los primeros, pasando de un riesgo 60% más alto a uno un 30% mayor entre los dos trienios (Ver Gráfico 49). El cierre de las brechas interétnicas, sin embargo, fue diferenciado por sexo, acortándose más entre los hombres que entre las mujeres, precisamente quienes presentan el mayor riesgo de morir por esta causa (Ver Gráfico 50).

Gráfico 47
Tasa ajustada de mortalidad por Isquemia Cardiaca en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



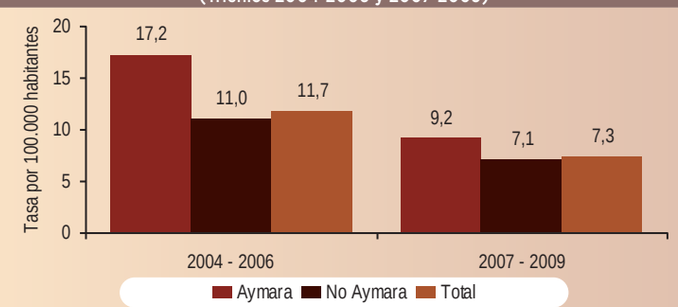
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 48
Tasa ajustada de mortalidad por Isquemia Cardiaca por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



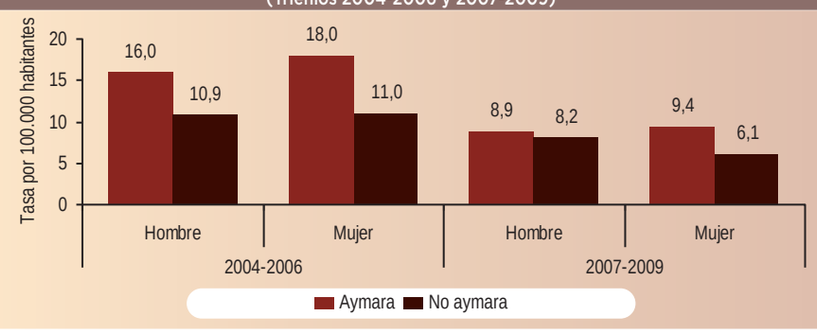
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 49
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 50
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

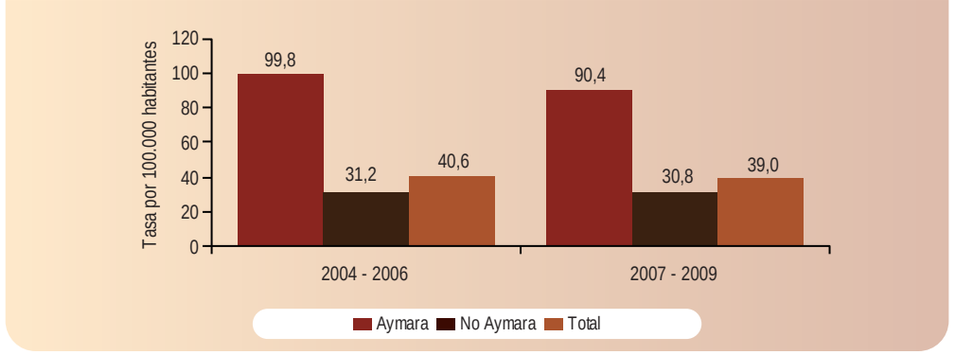
3.3. Mortalidad por Causas Externas.

Las Causas Externas incluyen una serie de situaciones que tienen como consecuencia la muerte, tales como los accidentes no intencionales (accidentes de tránsito, incendios, caídas, etc.) y eventos intencionales en que interviene la violencia (suicidios y los homicidios). Informes de la OPS muestran que, en la Región de las Américas, éstas se concentran entre los terciles de ingresos inferior y medio (OPS, 2013). En Chile, desde la década del '70, 1 de cada 10 muertes ocurre por esta causa.

En Arica y Parinacota, entre los años 2004 y 2006, se registraron 547 defunciones por causas externas (271 en el trienio 2004-2006 y 276 en el trienio 2007-2009). Como ya señaláramos con anterioridad, las causas externas no solo se sitúan en el tercer lugar en la estructura de la mortalidad en población aymara, sino que su peso relativo está muy por encima del que asume esta causa en la estructura no aymara. Por lo mismo, las brechas entre ambos grupos son extremadamente altas (Ver Gráfico 51), ya que el riesgo de morir por esta causa en población aymara triplica el de la población no aymara en los dos trienios que hemos venido analizando (RR: 3,2 en 2004-2006 y 2,8 en 2007-2009).

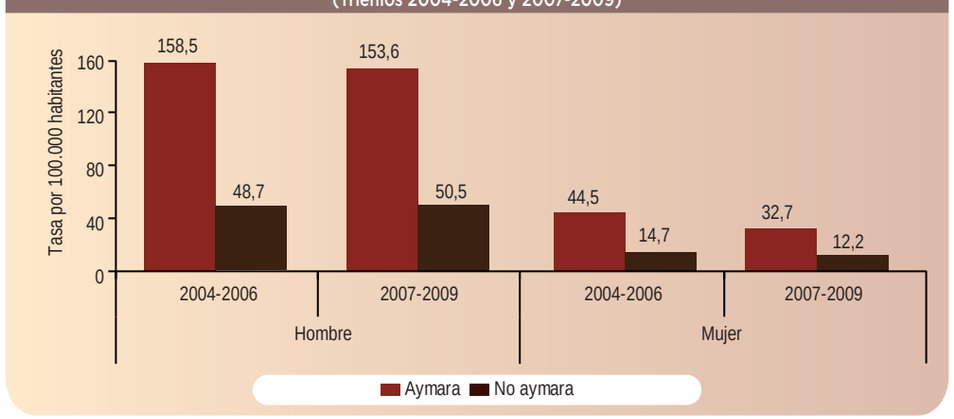
Es por todos sabido que las causas externas de mortalidad tienen mayor incidencia entre los hombres que entre las mujeres; situación también observable entre la población aymara regional. Sin embargo, son los varones aymara quienes presentan el riesgo más alto en el contexto general. Las tasas, entre ellos, superan en un 230% y en un 200% a las de los no aymara en los trienios 2004-2006 y 2007-2009, respectivamente. Pese a que las tasas entre las mujeres de los dos grupos son ostensiblemente inferiores, las brechas interétnicas son muy similares a las de los hombres, con riesgos relativos que van de 3,0 en el primer trienio a 2,7 en el segundo (Ver Grafico 52).

Gráfico 51
Tasa ajustada de mortalidad por Causas Externas en población aymara y no aymara
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 52
Tasa ajustada de mortalidad por Causas Externas por sexo en población aymara y no aymara
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

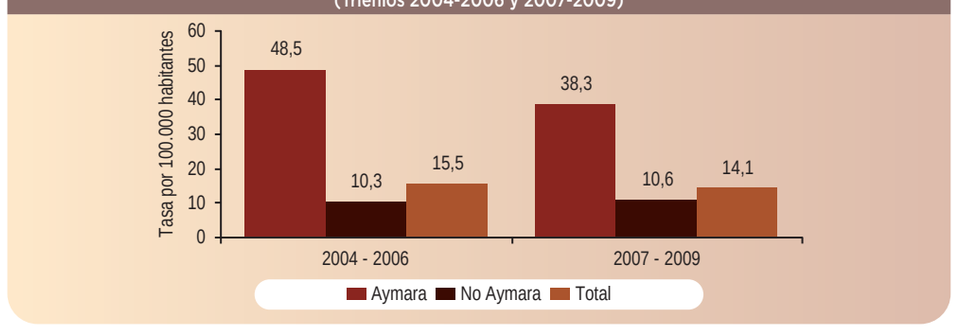
Entre 2004 y 2006, la principal causa específica para aymara y no aymara fueron los accidentes de tránsi-to, aunque entre los primeros produjeron 5 de cada 10 muertes; y entre los segundos 3 de cada 10 muer-tes. Para los indígenas, se sitúan luego los ahogamientos y sumersiones (11,8%), que entre los no indíge-nas representan solo el 6,1%. Le siguen las muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente, cuyo peso relativo es significativamente inferior entre aymara que entre no aymara (11,2% y 21,8%, respectivamente).

Los accidentes de tránsito ocasionaron 206 muertes entre 2004 y 2009; 40% de ellas correspondieron a personas aymara. También, es este caso, la sobremortalidad indígena es evidente, pues su riesgo de morir debido a ellos cuadruplica el de la población no indígena en los dos períodos considerados (Ver Gráfico 54).

Gráfico 53
Principales causas específicas de mortalidad por Causas Externas en población aymara y no aymara (2004-2009)

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 54
Tasa ajustada de mortalidad por Accidentes de transporte terrestre en población aymara y no aymara
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

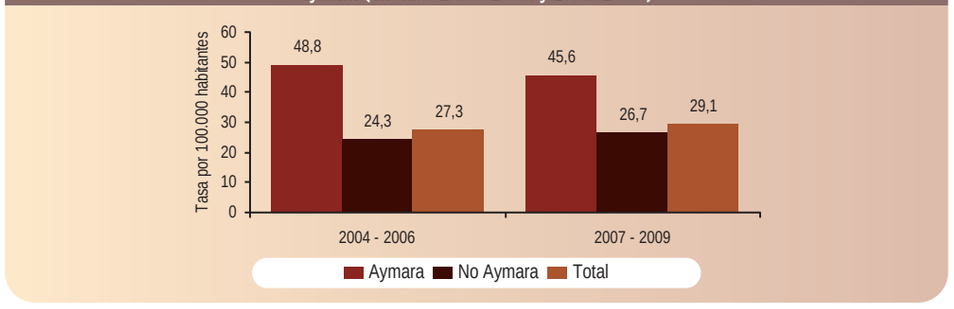


Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

3.4. Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio.

Aún cuando los riesgos de morir por causas respiratorias son bastantes más bajo que los que hemos descrito hasta ahora, también expresan una sobremortalidad indígena sistemática (RR: 2,0 y 1,7 en los dos períodos considerados (Ver Gráfico 55). Inequidad que se observa tanto entre hombres como entre mujeres, aunque en distintos grados.

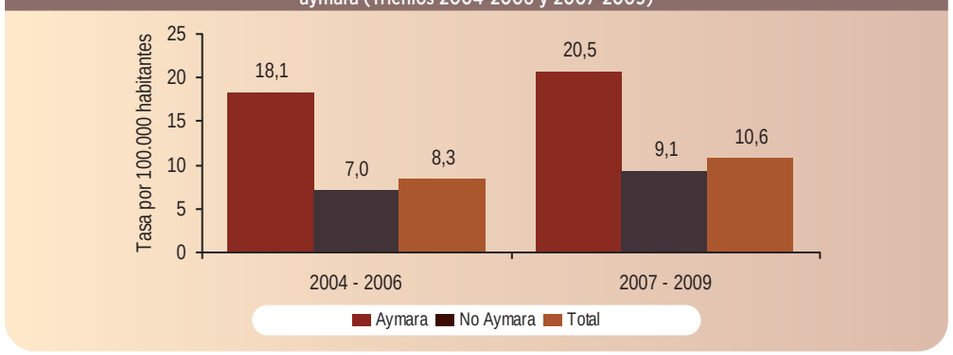
Gráfico 55
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Respiratorio en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

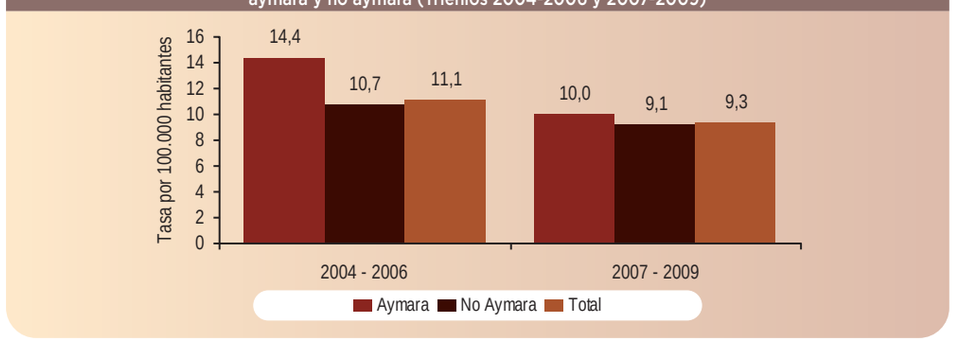
Dentro de este gran grupo, dos son las causas específicas más recurrentes: la influenza (36,0% en aymara y 27,5% en no aymara) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (30,0% en aymara y 45,1% en no aymara). Para las primeras, el riesgo de morir indígena es un 160% y un 130% mayor que el no indígena, para el 2004-2006 y el 2007-2009, respectivamente. Para las segundas, las brechas interétni-cas son muchos más cortas: 140% y 110% más de riesgo aymara en esos períodos (Ver Gráficos 56 y 57).

Gráfico 56
Tasa ajustada de mortalidad por Influenza (gripe) y neumonía en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 57
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

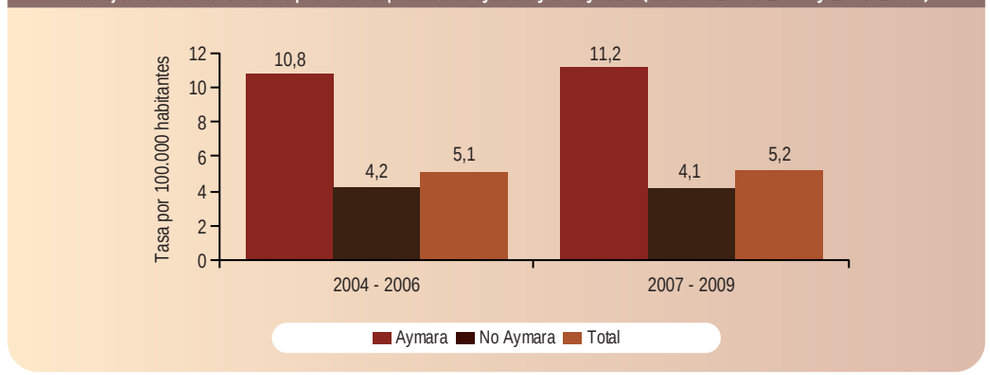
3.5. Mortalidad por VIH.

No existe información sobre la situación del VIH en poblaciones indígenas y tampoco sobre cómo esta enfermedad es vista entre ellos. Sin embargo, un informe del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas realizado en 2006 señalaba que "*la pobreza, la marginación, la falta de poder político o social, la fragmentación de las relaciones familiares y de la comunidad, el aislamiento geográfico, las bajas tasas de alfabetización, la salud general deficiente, el acceso limitado a la atención de la salud* " los pone en una situación de mayor vulnerabilidad frente al VIH; y enviaba una señal de alerta a los países por la falta de vigilancia epidemiológica sobre la enfermedad entre los pueblos indígenas.

A nivel latinoamericano, una investigación desarrollada por Pantelides (2008) sobre salud sexual y reproductiva en mujeres indígenas de 15-19 años, que relevó información para Bolivia, Guatemala, México, Nicaragua y Perú, mostró que estas jóvenes tienen menos acceso a información sobre la enfermedad que el promedio de cada país; que se consideran mayoritariamente libres de riesgo de contraer VIH; y que tienen menos conocimiento respecto del uso del condón como medio para evitar el contagio. En Chile, un estudio sobre la percepción de la enfermedad entre aymara, rapa nui y mapuche mostró que ésta era conceptualizada como patología de los otros, externa y foránea. Según concluyen los autores "*esta invisibilización del VIH/SIDA se constituye en un factor de vulnerabilidad por cuanto no permite que los miembros de los pueblos originarios se perciban en riesgo*" (CIEG, 2005)

Por primera vez los datos de mortalidad por esta causa permiten visibilizar localmente cómo esta patología afecta a la población aymara. Una primera constatación es que 3 de cada 10 muertes por VIH ocurridas entre los años 2004 y 2009 fueron de personas aymara; y, la segunda es que su riesgo de morir por esta causa fue 160% más alto que el de la población no aymara en el primer trienio 170% más alto en el segundo (Ver Gráfico 58).

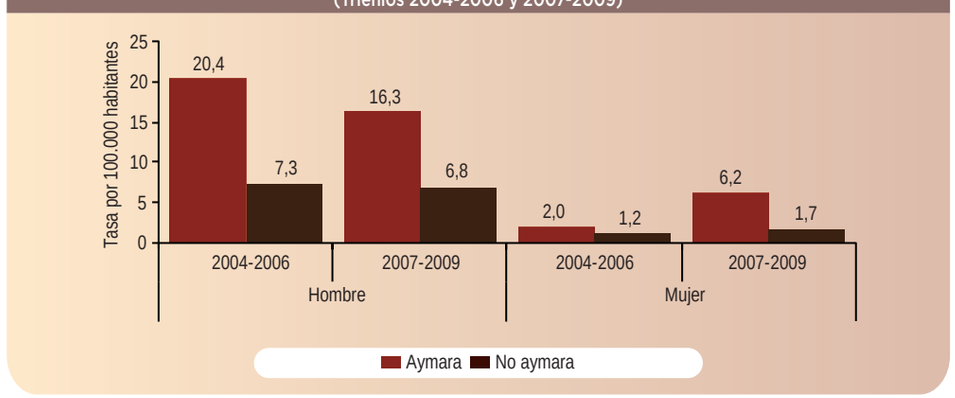
Gráfico 58
Tasa ajustada de mortalidad por VIH en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Si bien el riesgo se concentra entre los hombres, principalmente en los indígenas, el riesgo de morir por esta causa ha aumentado alarmantemente entre las mujeres aymara (Ver Gráfico 59)

Gráfico 59
Tasa ajustada de mortalidad por VIH por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

VII. UN ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD EN POBLACIÓN AYMARA A PARTIR DE LOS REGISTROS DE EGRESOS HOSPITALARIOS Y ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.

1. ¿Qué nos muestran los registros de enfermedades de notificación obligatoria?

Existe un grupo de enfermedades que —debido a su alta contagiosidad— reviste una gran importancia para la salud pública. Precisamente por ello, se recolectan datos estadísticos sobre la frecuencia con que estas enfermedades ocurren, lo que permite detectar precozmente variaciones en las tendencias temporales de presentación y en su distribución geográfica, entre otros aspectos, para establecer medidas de prevención y control.

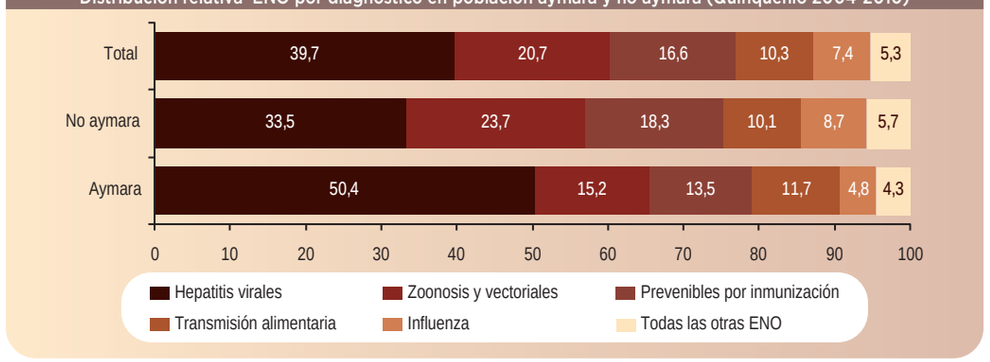
Aunque en todos los países existen listas de este tipo, hay una gran variabilidad entre ellos. En Chile este listado se establece considerando las repercusiones de la enfermedad en la morbilidad y/o mortalidad, su potencial epidémico y su relación con metas específicas de algún programa de control. Las 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.

Aunque el análisis de las ENO permite establecer una aproximación a la morbilidad, hay que considerar que en su registro hay grandes sesgos. Éstos no sólo se ven afectados por el hecho de que las personas consulten, sino también por el hecho de que los equipos de salud realicen la notificación de manera oportuna. Pese a ello, son una fuente de información epidemiológica de gran valor para aproximarse a la morbilidad de la población.

Una limitación para producir información étnicamente diferenciada a partir de las ENO es que para algunas de estas enfermedades —principalmente las enfermedades de transmisión sexual y el VIH— los registros no proveen las variables necesarias para identificar a la población aymara. Por ello, de los 1.760 casos notificados entre los años 2004 y 2010, solo fue posible analizar 813.

Entre los aymara, las principales enfermedades notificadas (5 de cada 10) corresponden a las hepatitis virales; les siguen, en orden de prelación, las zoonosis y vectoriales; específicamente dengue, enfermedad de Chagas (la mayoría aguda que no afecta al corazón) y equinococosis. Luego se sitúan las enfermedades prevenibles por inmunización, que corresponden en éste casi exclusivamente a parotiditis infecciosa. En cuarto lugar las enfermedades de transmisión alimentarias (fiebre tifoidea e infecciones por salmonella); y, luego la influenza (Ver Gráfico 60).

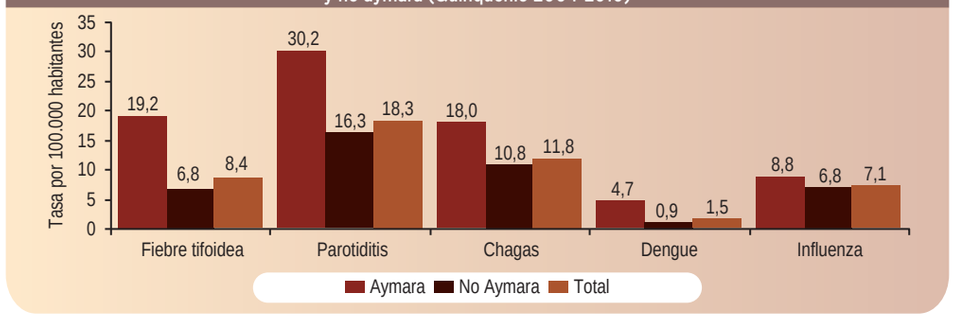
Gráfico 60
Distribución relativa ENO por diagnóstico en población aymara y no aymara (Quinquenio 2004-2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

En cada una de las ENO para las que se pudo calcular tasas, la situación de mayor daño la presentan los aymara (Ver Gráfico 61). En el caso de la parotiditis, su riesgo de enfermar es un 90% mayor que el de la población no aymara. Si consideramos solo aquellos casos correspondientes a personas que nacieron después de la introducción de la vacuna trivírica (1990), el riesgo es un 100% más alto[44]; situación que refiere claramente a las inequidades en el acceso a la atención en salud. Para la fiebre tifoidea, el riesgo es un 180% más alto, afectando mayoritariamente a personas mayores de 55 años (5 de cada 10 casos); en cambio, esta infección de transmisión alimentaria se manifiesta más frecuentemente en menores de 14 años entre los no aymara.

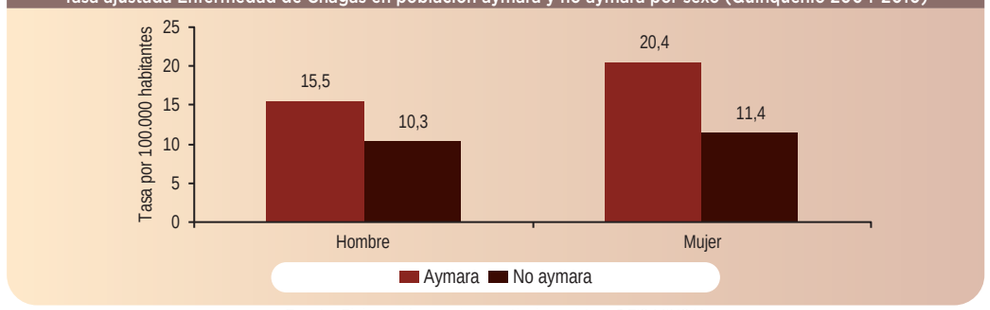
Gráfico 61
Tasa ajustada para enfermedades de notificación obligatoria seleccionadas en población aymara y no aymara (Quinquenio 2004-2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Por otro lado, la tasa de Enfermedad de Chagas[45], es un 70% más alta entre los aymara que entre los no aymara. Los riesgos, en ambos grupos de población, son mayores entre las mujeres, aunque las brechas interétnicas son muy significativas en ambos sexos, con un riesgo relativo 4,5 para los hombres y 4,8 para las mujeres (Ver Gráfico 62). Otra de las diferencias relevantes entre los dos segmentos de población es que los casos aymara se presentan a edades más tempranas que los casos no aymara.

Gráfico 62
Tasa ajustada Enfermedad de Chagas en población aymara y no aymara por sexo (Quinquenio 2004-2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Al igual que en las enfermedades ya descritas, la tasa de dengue clásico en población aymara es más alta que en no aymara, con un riesgo relativo 5 veces mayor. Se debe consignar que 13 de los 14 casos notificados corresponde a extranjeros.

2. Descripción general de los egresos hospitalarios entre los años 2006 y 2010.

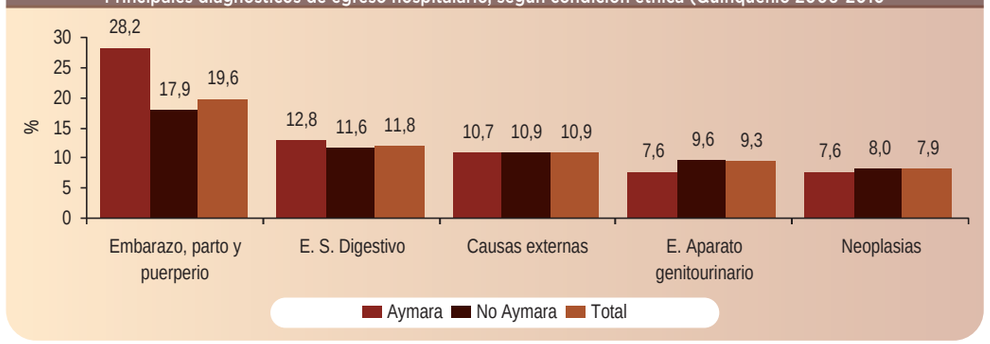
Entre los años 2006 y 2010, se registraron 96.433 egresos hospitalarios de personas residentes en la Región de Arica y Parinacota. Para un 0,2% de ellos no fue posible establecer la condición étnica, por la ausencia de las variables requeridas para hacerlo. En términos generales, la estructura de éstos por diagnóstico en personas aymara y no aymara es similar; no obstante, aquellos relacionados con el embarazo, parto y puerperio —que, como se sabe es siempre el principal diagnóstico de estos eventos— son proporcionalmente más importantes entre indígenas. 3 de cada 10 egresos obedecen a esta causa entre los aymara; y, 2 de cada 10 entre los no aymara; cifra —esta última— similar al estándar del país para el mismo período[46]. Las enfermedades del sistema digestivo fueron el diagnóstico del 12,8% de los egresos en aymara y del 11,8% de no aymara, ambas proporciones muy próximas a la verificadas a nivel nacional. En tercer lugar, para los dos grupos, se sitúan los egresos por causas externas, con proporciones que están levemente por encima del promedio de Chile entre los mismos años (Ver Gráfico 63).

44 Problemas en el registro de las ENO no permiten establecer cuántos de estos casos tuvieron acceso a inmunoprevención.

45 La enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis Americana) es una zoonosis causada por el parásito Tripanosoma cruzi. En Chile, pocos años atrás se la consideraba endémica entre la Región de Arica y Parinacota y la VI Región. No obstante, en la actualidad se verifica su prevalencia en todo el país (MINSAL, 2011).

46 Las proporciones para el país se calcularon a partir de la información disponible en la página web del DEIS (http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm).

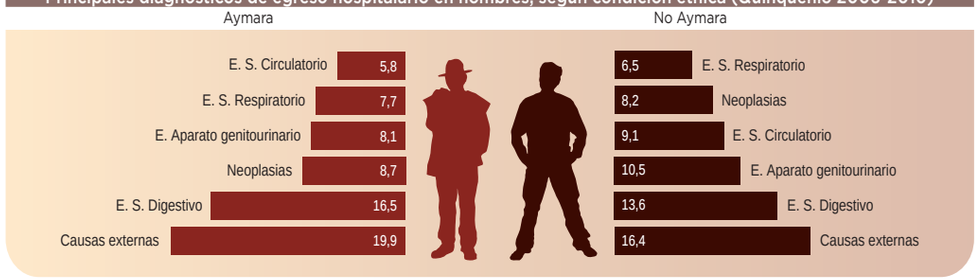
Gráfico 63
Principales diagnósticos de egreso hospitalario, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Para los hombres, los dos primeros diagnósticos de egresos hospitalarios —causas externas y enfermedades del sistema digestivo— son los mismos en aymara y no aymara, aunque tienen un peso relativo levemente superior entre los primeros. Comparativamente, en relación con el país, la proporción no aymara es similar a la observada en el país; no así en el caso de los aymara, entre quienes las cifras para cada una de estas causas son superiores al estándar país en un 30% y 20%, respectivamente. En tercer lugar para los casos aymara se ubican las neoplasias, con una proporción un poco mayor que la registrada para los no aymara, entre quienes éstas ocupan el quinto lugar. Con todo, estos valores son superiores a los del país (Ver Gráfico 64).

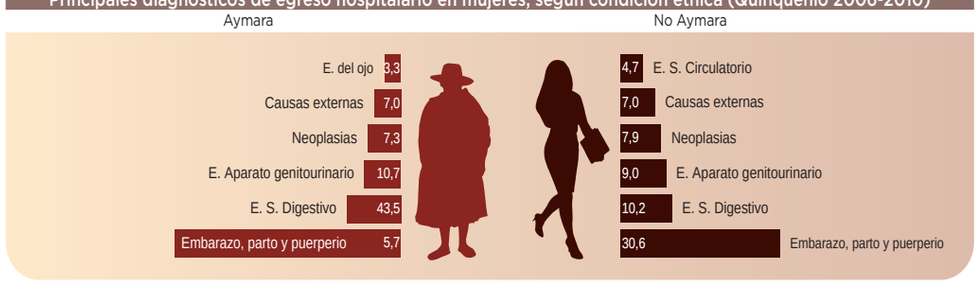
Gráfico 64
Principales diagnósticos de egreso hospitalario en hombres, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

A nivel nacional, durante este quinquenio, el 32,5% de los egresos hospitalarios de mujeres estuvo asociado al embarazo, parto y puerperio. Una proporción algo menor a ésta se verificó entre las no aymara de la Región. Entre las aymara, en cambio, la proporción es mucho más alta (43,5%). Las enfermedades del sistema digestivo fueron la causa de 1 de cada 10 egresos, tanto en los casos indígenas como no indígenas, con valores similares a los registrados en el país. El peso relativo de todas las demás causas en mujeres aymara es más bajo que en sus congéneres no aymara (Ver Gráfico 65).

Gráfico 65
Principales diagnósticos de egreso hospitalario en mujeres, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)



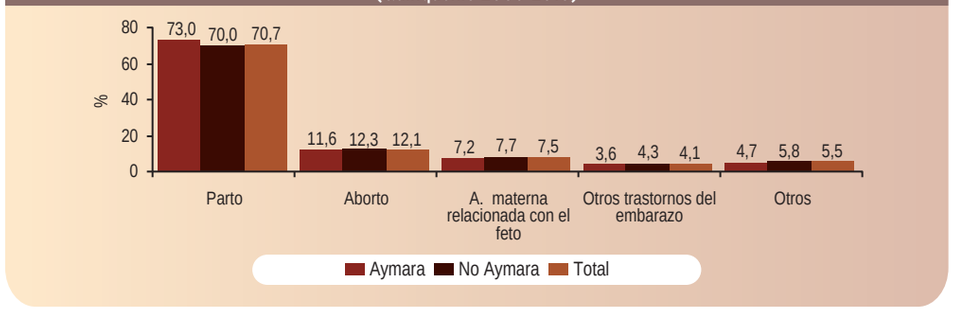
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

2.1. ¿Qué podemos decir de la salud materna a partir de los egresos hospitalarios?

De los 18.891 egresos por embarazo, parto y puerperio registrados en el quinquenio 2006-2010, un 24,3% corresponde a mujeres aymara. Tal como se observa en el Gráfico 66, no se aprecian mayores diferenciaciones interétnicas en las causas específicas de estos egresos, concentrándose —como es esperable— en el parto la mayoría de estos casos (7 de cada 10 en ambos grupos). Los partos espontáneos son más significativos entre las aymara que entre las no aymara, con proporciones de 73,1% y 60,5%, respectivamente. A la inversa, los partos por cesárea tienen entre ellas una menor preponderancia (Ver Gráfico 67). Esta diferenciación es mucho más evidente en las comunas rurales, donde 9 de cada 10 partos de mujeres aymara son espontáneos (Ver Gráfico 67).

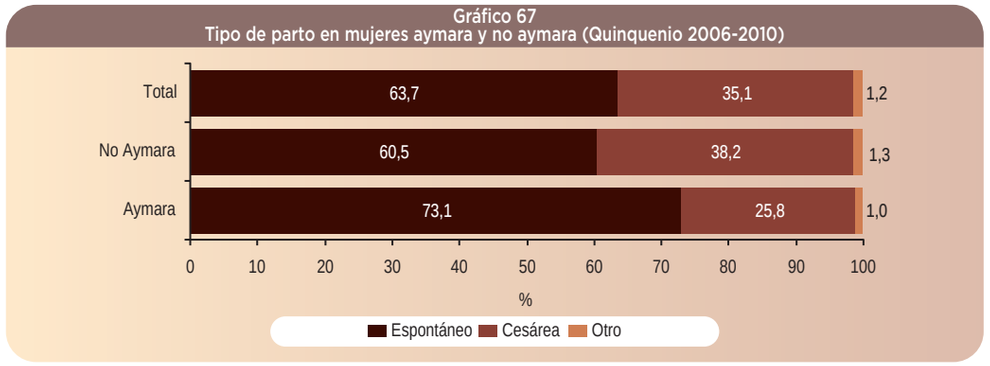
Aún cuando desconocemos cuántos de estos partos corresponden al primer embarazo, hemos seleccionado aquellos casos de mujeres menores de 20 años, para tener un proxy a la situación del embarazo en edades tempranas (preferimos no utilizar el concepto adolescente). Al respecto, las cifras no son claras. Por un lado, a nivel general, la proporción de jóvenes aymara es un poco menor que la de no aymara; situación que se expresa de la misma forma en la comuna de Arica. En las comunas rurales, en cambio, esta proporción duplica la de las no aymara (Ver Gráfico 69).

Gráfico 66
Causa específica de egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio en mujeres aymara y no aymara (Quinquenio 2006-2010)



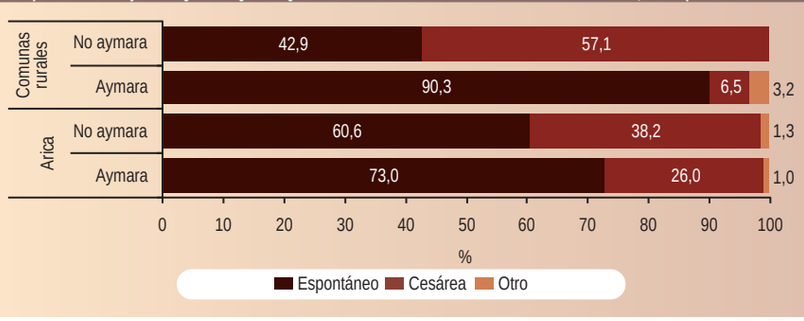
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 67
Tipo de parto en mujeres aymara y no aymara (Quinquenio 2006-2010)



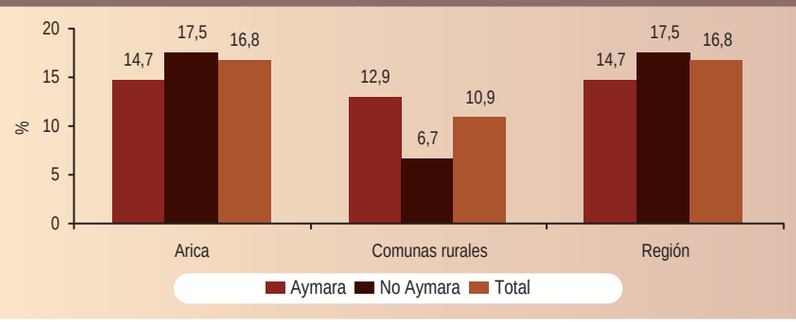
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 68
Tipo de parto en mujeres aymara y no aymara. Comuna de Arica-Comunas rurales (Quinquenio 2006-2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 69
Partos en mujeres aymara y no aymara menores de 20 años. Arica y comunas rurales (Quinquenio 2006-2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

VIII. TUBERCULOSIS Y SALUD MENTAL ENTRE LOS AYMARA: DOS DRAMÁTICAS EVIDENCIAS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA POLARIZADA.

1. Situación de la Tuberculosis entre la población aymara.

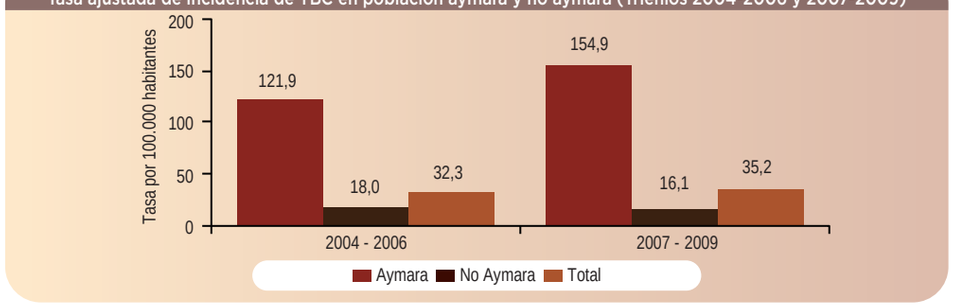
Chile ha superado el umbral de eliminación de la TBC, disminuyendo las tasas de incidencia de la enfermedad de 65 por 100.000 habitantes en 1981 a 13,1 por 100.000 en 2011. Sin embargo, a nivel nacional también se evidencia una distribución territorial desigual de la incidencia de tuberculosis, existiendo servicios de salud que aún no han alcanzado el umbral de eliminación, manteniendo tasas superiores a los 20 casos por 100.000 habitantes. En 2011, se encontraban en esta situación los servicios de salud Arica, Iquique y Osorno (Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis, 2011). Coincidentemente, estos tres servicios de salud tienen una importante concentración de población indígena (aymara, los dos primeros; y, mapuche williche, el tercero).

Algunos estudios han relevado grandes brechas de equidad que afectan a los pueblos indígenas, tanto a nivel de morbilidad y mortalidad por TBC. Así, en todos los servicios de salud para los que se cuenta con información es precisamente esta población la que se ve más afectada por la enfermedad (Oyarce y Pedrero, 2006, 2007, 2009 a y b; 2010 y 2011; Pedrero y Oyarce, 20212; Pedrero, 2012 y 2013).

Diversos factores ponen a la población indígena 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 a 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.

Los indicadores generados a través de este estudio vienen a confirmar la vulnerabilidad de la población aymara regional, situación que dio pie en 2006 al surgimiento de una iniciativa conjunta del SS Arica y representantes de organizaciones indígenas, denominada Suma Q'amaña, centrada en la promoción y prevención de la TBC a través de estrategias comunitarias de intervención. Las cifras muestran que la incidencia de la enfermedad en esta población es 7 y hasta 9 veces mayor que en población no aymara; inequidad que se expresa de manera similar en la prevalencia de TBC (Ver Gráficos 70 y 71).

Gráfico 70
Tasa ajustada de incidencia de TBC en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

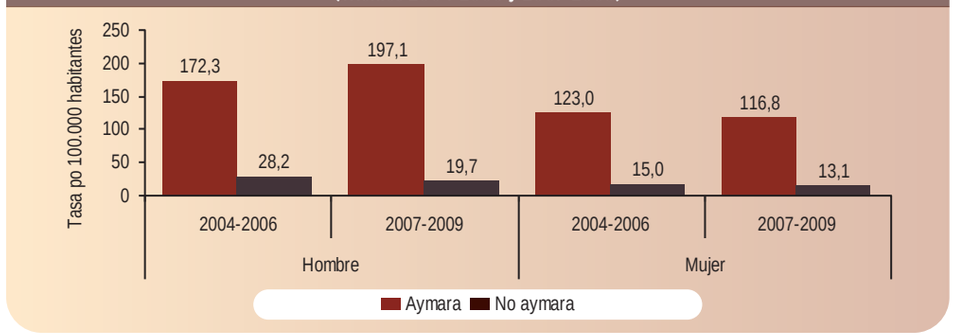


Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

En Chile la incidencia de la TBC se comporta de acuerdo con el patrón de los países desarrollados en lo referido a la distribución por edades y sexo, con tasas más altas en edades avanzadas y con una mayor concentración de los casos entre los hombres. La situación regional, particularmente entre la población aymara, es diferente. Por un lado, la enfermedad sigue afectando a población joven: 4 de cada 10 casos ocurren en menores de 30 años, mientras que en no aymara solo 2 de cada 10; conjuntamente, más del 70% de los casos nuevos notificados para este grupo de edad corresponde a aymara; además, solo un 13,7% de los casos ocurrió en mayores de 65 años, proporción inferior a la observada entre los no aymara. Esta situación se confirma al analizar los egresos hospitalarios por esta causa (Ver Gráficos 72 y 73). Por otro lado, si bien en los dos grupos los casos se concentran mayoritariamente en hombres, éstos tienen un peso relativo levemente inferior entre los aymara.

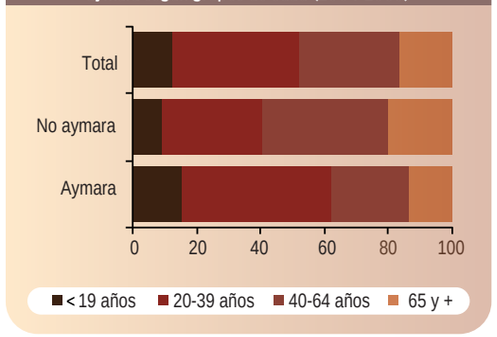
Por localización, 83,9% de los casos aymara corresponden a TBC pulmonar; proporción levemente superior a la registrada en los casos no aymara (78,4%). La pleuresía tuberculosa tiene el mismo peso relativo en los dos grupos (Ver Gráfico 74).

Gráfico 71
Tasa ajustada de incidencia de TBC en población aymara y no aymara, según sexo
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



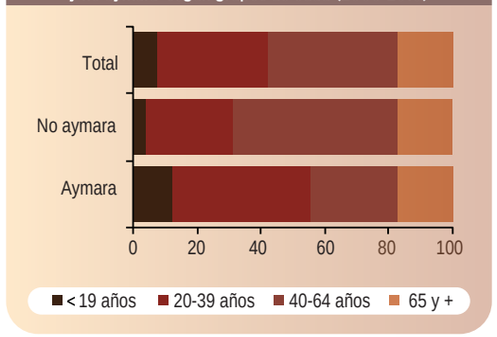
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 72
Casos nuevos de TBC notificados en población aymara y no aymara según grupos de edad (2004-2009)



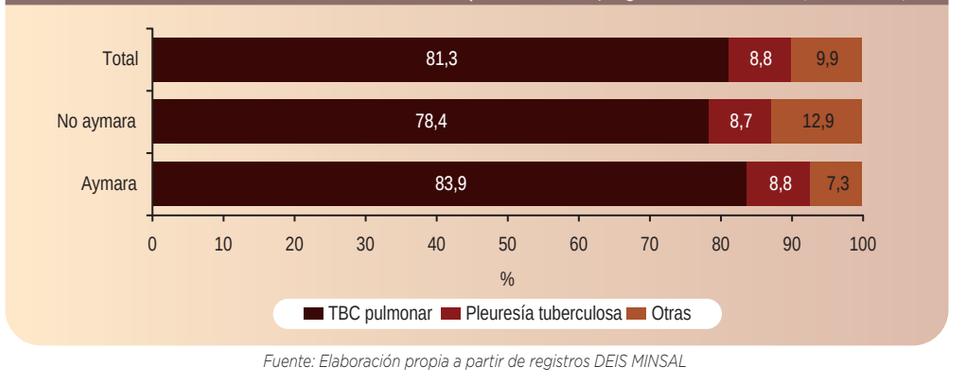
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 73
Egresos hospitalarios por TBC en población aymara y no aymara según grupos de edad (2006-2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 74
Distribución relativa casos notificados de TBC por localización, según condición étnica (2004-2009)

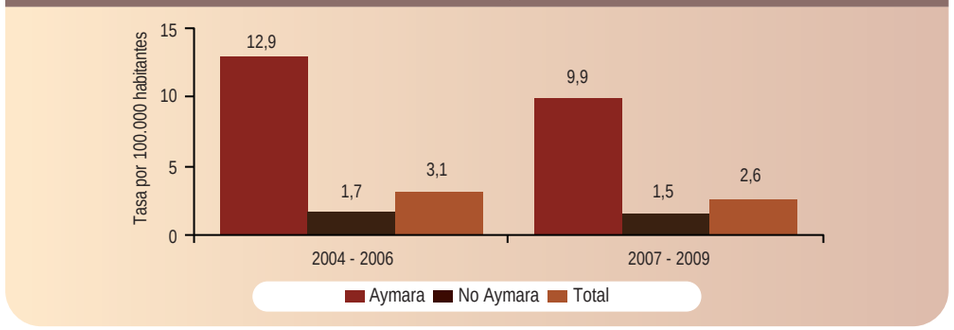


Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Las inequidades interétnicas también son claras en la mortalidad por TBC. A nivel general, el riesgo de morir por esta causa disminuyó en aymara y no aymara entre 2004-2006 y 2007-2009; no obstante, este descenso no logra impactar de manera sustantiva en las brechas, que se mantienen en niveles alarmantes; más si consideramos que en la actualidad la mayor parte de estas muertes son evitables con un diagnóstico oportuno y un acceso adecuado al tratamiento (Ver Gráfico 75).

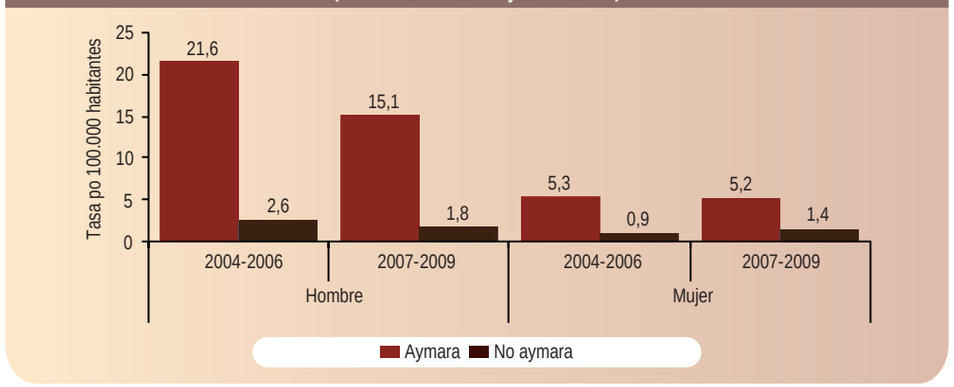
El patrón general descrito para la mortalidad por TBC muestra una distribución desigual del riesgo por sexo, siendo los hombres los que presentan el mayor daño. Si bien esta tendencia se observa también entre los aymara y los no aymara de la Región, es evidente que las inequidades que tienen mayor preponderancia son las étnicas, puesto que los riesgos están ordenados en virtud de este determinante social de la salud. Así, son los hombres aymara los que concentran el mayor riesgo de morir; le siguen las mujeres aymara; luego los hombres no aymara y las mujeres de este grupo (Ver Gráfico 76).

Gráfico 75
Tasa ajustada de mortalidad por Tuberculosis en población aymara y no aymara
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 76
Tasa ajustada de mortalidad por Tuberculosis por sexo en población aymara y no aymara
(Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

1.1. La necesidad de contextualizar estos indicadores.

Desarrollar e implementar estrategias interculturales de prevención y tratamiento de la Tuberculosis requiere, en primer lugar, conocer y entender cómo interpretan los pueblos indígenas las causas de la enfermedad; esto es la necesidad de **comprender las etiologías locales** de la TBC, que proveen al enfermo de un significado para su enfermedad, proporcionando así un soporte emocional y una comprensión de los desequilibrios que la originaron. Conocer estos modelos etiológicos posibilita **comprender la causa percibida en el marco de la cultura propia del usuario y el cumplimiento de la terapia convencional.**

Así, por ejemplo, las investigaciones de Turner (1989) entre los ndembu de África, revelaron que para éstos la tuberculosis es producida por los *musong´u* (espíritus de las almas de los extranjeros), que por las noches se apoderan de las personas, para apoderarse de sus pulmones, provocándoles violentos temblores. Por su parte Menegoni (1996), en su estudio de la comunidad tzeltal y tzotzil en México, comprobó que este grupo no percibe la tuberculosis en términos biomédicos, sino que la identifican con el nombre de sak obal (tos blanca), cuya etiología es variada: brujería, ingesta excesiva de bebidas alcohólicas, efecto de catástrofes naturales, como la erupción de volcanes y exposición prolongada al agua fría. Esta última causa también ha sido identificada en Pakistán (Liefooghe, 1995) donde la tuberculosis se percibe como una enfermedad causada por bañarse con agua fría. En Sudáfrica (Metcalft y otros, 1990), también se cree que la tuberculosis es causada por el agua fría, por fumar y por no llevar una adecuada alimentación. La investigación desarrollada por Rubel y Garro (1992) entre grupos hispanos, rescató nociones de tuberculosis como una enfermedad agotadora (wasting sickness), que muchas veces es confundida con otras enfermedades respiratorias, como la gripe o la bronquitis. Conjuntamente, el trabajo desarrollado por Ndeti (1972) en Kenya, estableció que la tuberculosis se atribuye a la acción de los ancestros sobre la vida de las personas, al efecto de brujerías y al exceso de trabajo físico.

No obstante, los estudios también muestran que la gente no excluye las explicaciones biomédicas, pero que las considera insuficientes para explicar la emergencia de la enfermedad; si bien la medicina occidental puede ofrecer al enfermo una explicación biológica de la tuberculosis, no puede explicar por qué algunas personas se contagian y otras no (Steen, 1999). Desde la perspectiva indígena, es la articulación de múltiples factores causales (transgresiones, desequilibrios, brujerías, golpes, "acumulación" de frío, etc.) la que permite que el bacilo penetre en el cuerpo. Es más, cuando la enfermedad es atribuida a brujerías, se recurrirán siempre en primera instancia a agentes tradicionales, y sólo cuando éstos fracasan buscan ayuda en la medicina occidental (Veecchiato, 1997).

Para aproximarse a los modelos etiológicos indígenas, una epidemiología sociocultural de la TBC es necesario, además, conocer dos aspectos relevantes: a) **el concepto integral de cuerpo y alma**, ampliamente documentado a través del mundo, que no solo implica que en las comunidades indígenas los síntomas físicos no pueden entenderse separados de los "psicológicos", sino que muchas veces éstos últimos pueden ser considerados más relevantes; b) **la relación de la TB con otras enfermedades** dado que en ocasiones la enfermedad puede ser percibida como el resultado de una progresión que va desde las bronquitis, pasando por asmas y culminando en cáncer al pulmón (Nichter, 1996). Además, los síntomas comúnmente identificados de la TBC (tos, debilidad y fiebre) pueden estar relacionados con muchas otras enfermedades, especialmente con SIDA en aquellas zonas de alta incidencia de ésta (Ngamvitha et al 2000); o con "síndromes culturales" que encuentran su explicación (etiología, diagnóstico, pronóstico y curación) en los modelos médicos indígenas.

1.1.1. Modelos etiológicos aymara de la Tuberculosis.

Para comprender las causas de la TBC desde la perspectiva aymara es necesario adentrarse en sus conceptos de salud-enfermedad, que –a su vez- deben entenderse en el marco de su forma particular de entender el mundo; aspecto que desarrollamos en el Capítulo V de este documento y que retomaremos ahora.

Hemos organizado solo con fines descriptivos las etiologías locales de la TBC en cinco categorías, aun cuando éstas no son excluyentes y actúan generalmente de manera sinérgica en el origen de la enfermedad.

a) El cuidado del cuerpo individual: la alimentación, el alcoholismo y el trabajo excesivo en condiciones adversas.

Gran importancia que le confieren los aymara a la mala alimentación como causa de la enfermedad. Ésta se asocia a las precarias condiciones de vida de la población, principalmente en los espacios urbanos en que se asientan los migrantes; a la falta de implementación de los principios del *Suma Q'amaña* (conductas adictivas como el alcoholismo, vida disipada, etc.); y al reemplazo de los patrones alimentarios tradicionales por los modernos.

En una visión integral del problema, una especialista médico tradicional aymara de la Región, sitúa la alta incidencia de TBC en población aymara en la pobreza:

> *[...] Yo siempre digo: ¿por qué enfocan tanto a los aymaras? Porque a los aymaras no se alimentan bien, pescan más rápido. [...] La otra gente, no. Los Q'ara no, pues; porque se alimentan bien, comen a su hora, trabajan no tanto como ellos [los aymara], que trabajan como animales. [Los aymara] se levantan como a las tres de la mañana ¿A qué hora toman desayuno? No toman desayuno nunca. Como al mediodía comen comida, no más. Entonces, ahí es cuando se activa. [...] Están expuestos a la tuberculosis los aymaras, por el trabajo, que no se preocupan nunca de su salud, nunca está ahí con su salud, por eso se exponen mucho, no como la otra gente que se cuida.*
>
> *Siempre apunta a la gente aymara, siempre enfocado que el aymara tiene más. Es que el aymara siempre es de escasos recursos; en la casa hay pocos recursos, no se alimentan bien* (Terapeuta tradicional, Arica).

En la racionalidad aymara, se asume que la pérdida de los patrones alimentarios tradicionales y la incorporación de elementos foráneos "modernos" a la dieta, como efecto del contacto con la sociedad no indígena, produce un desequilibrio en las personas, que —en última instancia— se asocia con la paulatina pérdida de los modos de vida andinos.

Al respecto, hay que considerar que cuando se habla de "mala alimentación" no solo se hace referencia a las características proteicas y valor nutricional de los alimentos que se ingieren, sino al lugar que estos ocupan dentro de la cosmovisión andina. En efecto, dentro de la concepción aymara del mundo como totalidad orgánica y plétora de vida, los alimentos tienen también un carácter animado, por lo que no pueden ser desperdiciados ni botados. Se cree, entonces, que si se desperdician los alimentos, se causa la molestia de los seres tutelares —a quienes a través de múltiples rituales se alimenta, para que éstos, a su vez, alimenten a los hombres— que pueden malograr, por ejemplo, la cosecha, limitando la disponibilidad de alimentos en la comunidad (Jiménez, 1953). La presencia de ciertos víveres en los sueños tiene también un profundo significado simbólico; por ejemplo, soñar con carne cruda indica que se es víctima de brujerías.

Por su parte, Vokral (1991) ha señalado que en comunidades andinas del Perú se cree que para que los alimentos no causen daño a la personas deben primero matarse, exponiéndolos al calor o la liofiliciación. Señala que "la coca dañaría el corazón, el hígado y los ojos si no muriera antes de consumirse, por lo tanto primeramente se la debe 'matar' con *llipta* elaborada de cenizas. En este contexto, se entiende por qué en las culturas andinas se consume rara vez comidas o agua 'cruda'" (op.cit.:285).

Por otro lado, hay que tener presente que los valores nutricionales de la alimentación tradicional están asociados al equilibrio entre distintos pares opuestos y complementarios (lo frío–lo cálido, lo espeso-lo aguado, lo seco-lo húmedo, por ejemplo). En este contexto, el *Tinku* alimentario regular se obtendrá con la combinación de víveres que tengan estos atributos, de acuerdo a ciertos requerimientos del ciclo vital individual, de la disponibilidad de recursos en las distintas fases del ciclo agropecuario anual y del cumplimiento de las responsabilidades de las personas y las comunidades en su relación con los ancestros, con quienes deben compartir alimentos específicos dentro del calendario ceremonial andino.

Los estudios etnográficos sobre cocina y alimentos en Los Andes desarrollados por López García (2001), han mostrado que el cuerpo del *Jaq'i* se forma a partir de la combinación de alimentos secos y húmedos; los primeros dan forma a la estructura del cuerpo; y los segundos se asocian a la circulación de la sangre; ésta, a su vez, es el soporte de los valores y principios propios de la cultura aymara. Vale decir, los alimentos secos proveen de la energía necesaria para el funcionamiento físico del cuerpo; y los alimentos húmedos propician el desarrollo del espíritu (sobre estos aspectos, volveremos en la sección siguiente). Su combinación, entonces, permite el desarrollo equilibrado del *Jaq'i*.

En síntesis, para el hombre andino la mantención de una alimentación equilibrada no solo favorece la salud del cuerpo individual del *Jaq'i*, sino también la salud del cuerpo social de la comunidad, a través de la reproducción de la cultura propia y de la relación recíproca con la comunidad de la naturaleza y la comunidad de los ancestros.

La ingesta excesiva de alcohol también es vista como una causa de la TBC. Los especialistas médicos indígenas asumen que el alcoholismo, debilita y empobrece al *Jaq'i*, haciéndolo propenso a contraer múltiples enfermedades, puesto que su espíritu se fragiliza. No se cuestiona acá la ingesta alcohólica común en las actividades ceremoniales aymara, sino la adopción de patrones occidentales de consumo.

También se considera que el exceso de trabajo en condiciones adversas es un factor agresor contra la salud y que puede poner a las personas en riesgo de contraer TBC. Entre los usuarios que residen en comunidades tradicionales, se menciona -como se verá más adelante- la exposición prolongada a condiciones climáticas adversas (frío, lluvia) durante el desarrollo de las actividades agropecuarias, como causal de la enfermedad; en las ciudades, refieren a las extensas jornadas de trabajo que tienen que asumir para alcanzar un salario que les permita sobrevivir.

b) La desintegración del cuerpo social y la labilidad individual del jaq'i: la migración, la soledad, la pena.

Ya mencionamos con anterioridad que los viajes, particularmente las migraciones prolongadas, revisten un alto riesgo para la mantención de la salud; poniendo al centro las dualidades tan propias de la cosmovisión aymara: adentro (de la comunidad) y en lo propio como protección y afuera (de la comunidad) y en lo ajeno como riesgo y amenaza.

Por otro lado, el aislamiento y la soledad son también factores de riesgo para enfermar de TBC; rasgo bastante común en las sociedades sociocéntricas, como la aymara. Si bien en todos Los Andes se han verificado en las últimas décadas transformaciones de tal magnitud que paulatinamente los intereses

individuales empiezan a instalarse por sobre las necesidades y requerimientos del colectivo, continúan operando mecanismos de cohesión social que imponen límites a estos cambios, al menos en los espacios tradicionales. Sin embargo, los crecientes procesos migratorios campo-ciudad, entrañan dos situaciones de riesgo: por un lado, el abandono permanente o definitivo de las generaciones más jóvenes de las comunidades de origen, implica la desestructuración de la relación entre el *ajayu* del *Jaq'i* y los *uywiris* (los ancestros tutelares criadores y protectores de la vida). No contando en la ciudad con su protección, el *Jaq'i* puede ser controlado por *ñanq'a ajayus* (espíritus ajenos), que dañarán su salud (y su identidad). Por otro lado, como efecto de la migración, se reducen los grupos de parentesco, lo que acarrea muchas veces severas consecuencias para la sobrevivencia de los modos de vida andinos. No son pocas las ocasiones en que los mayores permanecen solos, sin contar con la mano de obra necesaria para la labor agroproductiva y las faenas colectivas asociadas a ella, poniendo en entredicho la posibilidad de continuidad de los patrones tradicionales de vida. Estas situaciones bien pueden terminar expresándose en que el llaki (pena, tristeza) se "instale" en el cuerpo, gran amenaza para la integridad y la salud del *Jaq'i*, por lo que debe alejársela presurosamente del cuerpo, para lo cual en muchas ocasiones se requerirá del ritual de *llaqi t'aka*.

c) Cuando el *jaq'i* está fragmentado: la relación entre el *ajayu* y debilidad del cuerpo individual.

Ya mencionamos antes la importancia del ajayu en la mantención de la salud del *jaq'i*. En el caso de la TBC, su pérdida o debilitamiento también es concebida como un factor de riesgo. Por ello, es necesario que los equipos de salud entiendan cómo se articula esta enfermedad con otra muy común para los aymara: la acción de los *kharisiri*[47] (también denominados en algunas área *khari khari* o *lik'ichiri*, el ladrón de grasa). Esta figura, bastamente extendida en Los Andes, ha sido descrita como un monje (u otros personajes ajenos a la comunidad) que se quiere apoderar del untu de las personas. Para ello, los hace dormir, para -a través de una incisión a nivel, generalmente, de las costillas- extraer su grasa. Ya señalamos que la grasa es, junto a la sangre, el principio vital aymara, por lo que su pérdida hace que la salud se deteriore paulatinamente, pudiendo causar la muerte. Burman (op. cit.) ha señalado que entre los aymara de Bolivia se cree que el *kharisiri* asume en contextos modernos nuevas personificaciones y métodos de acción: "ya no solo aparece en caminos desolados, sino en los mercados, bares y buses del transporte público y, según algunos, hasta en las oficinas gubernamentales".

La importancia del *kharisiri* en la interpretación local de la TBC es altamente relevada por los terapeutas tradicionales y debe ser considerada por los equipos de salud a la hora de definir estrategias de prevención pertinentes. Lo cierto es que cuando una persona padece *kharsuta*, el *lik'ichado* (persona a quien el *kharisiri* le robó la grasa) presenta síntomas similares a la TBC (el enfermo pierde fuerzas y ya no puede trabajar; no siente hambre; adelgaza rápidamente; su piel se oscurece; siente pena y tiene miedo), pero por la naturaleza de la enfermedad, que muchas veces es interpretada como pérdida de animu o de *ajayu*, requiere de intervenciones rituales para la recuperación de la salud[48].

d) La tuberculosis como enfermedad causada por la exposición prolongada al frío y a las lluvias.

Los aymara confieren gran importancia a la exposición al frío como causa de la enfermedad, situación asociada a la naturaleza permeable del janchi. No se trata de la exposición eventual al frío, sino de su acumulación en el cuerpo del *Jaq'i* a lo largo de su vida. El riguroso clima de las zonas altoandinas expone permanentemente a las personas a las bajas temperaturas y al viento —en la concepción tradicional el aliento de los *ajayus* de los *uywiris* o de otras entidades ancestrales— que literalmente "entran y se van quedando" en sus cuerpos, haciéndolos más propensos a contraer tuberculosis. En estos casos, para alcanzar el *Tinku* se utilizarán diversas técnicas tradicionales (no siempre comprendidas por los equipos de salud) que permiten sacar el frío.

e) Cuando la TBC no es un evento coyuntural individual: la enfermedad que "corre en familia" y como resultado del daño acumulado a lo largo de la vida.

Un planteamiento frecuente es que la Tuberculosis se transmite en el seno de una misma familia. De hecho, en ocasiones se asume que "es el turno" de enfermarse de uno de sus integrantes. No se descartan otros factores agresores (enfriamientos, resfríos mal cuidados, exceso de trabajo, etc.), sino que se asume que

47 Para una etnografía de los kharisiri en Los Andes, ver —entre otros— Carter y Mamani, 1982; Rivera, 1990; Spedding, 2005; y Fernández, 2008.

48 Un esquema comparativo es propuesto por Fernández (2008:120-121).

la enfermedad es de suerte hereditaria; de otra forma no es explicable el por qué "cae" recurrentemente en los integrantes de una misma familia.

2. Información básica para aproximarse a la salud mental de la población aymara.

Los problemas de salud mental de los pueblos indígenas deben ser entendidos en el contexto de violencia estructural y cambio social sin control cultural que enfrentan los colectivos, especialmente los más vulnerados, como es el caso de los indígenas (Desjarlais y otros, 1995). Varios estudios han mostrado que la situación de los pueblos originarios, a nivel mundial, está marcada por el colapso demográfico, la usurpación, la pobreza, la marginalidad, la represión y la subordinación de sus culturas, como legado de la conquista europea que se mantiene hasta nuestros días (Desjarlais op. cit., Young y otros, 1990; CEPAL, 2007). Diversas investigaciones han asociado precisamente la violencia estructural con las altas tasas de depresión, alcoholismo, suicidio y violencia que existen actualmente en los pueblos indígenas; y han mostrado, además, que estos traumas sociales han impactado de manera preponderante en los jóvenes y que podrían estar en la base de la mayor prevalencia de problemas mentales que presentan hoy día los jóvenes indígenas en comparación con las otras generaciones de sus pueblos y con sus pares no indígenas (Cohen, 1999, Kirmayer y otros, 2000).

Los registros de mortalidad y egresos hospitalarios no constituyen la fuente más adecuada para aproximarse a la salud mental de las poblaciones. En efecto, solo podemos incluir dentro de esta categoría las muertes por agresiones, por suicidio y aquellas relacionadas con la ingesta alcohólica excesiva; todas situaciones, qué duda cabe, expresiones del daño colectivo y acumulado que afecta a los pueblos indígenas en contextos de discriminación y marginación social y política. También podemos analizar las defunciones por enfermedades mentales y del comportamiento, pero poco o nada podemos señalar respecto a cómo se expresaron estas patologías en la vida de las personas. Estas mismas causas se pueden analizar en los registros de los egresos hospitalarios, pese a sus sesgos.

A pesar de las limitaciones de las fuentes de datos, consideramos que los indicadores que se presentan a continuación permiten hacer un proxy a la salud mental de los aymara; a partir del cual los equipos pueden identificar áreas relevantes de intervención y necesidades de generar conocimiento colectivo e intercultural.

2.1. Altas tasas de mortalidad por suicidio entre los aymara.

Especial atención debe prestarse a las muertes por suicidio, cuyas tasas a nivel mundial han crecido de manera alarmante en los últimos 50 años; transformándose en la décima causa de muerte a nivel general; en la tercera en la población de 15-44 años; y en la segunda entre los jóvenes de 15-24 años (OPS, 2003). En la Región, es la segunda causa específica en la población de 15-44 años, tanto aymara como no aymara; la cuarta para los aymara de 15-44 años y la segunda para los no aymara de esas edades.

Los antecedentes disponibles, revelan una gran heterogeneidad de patrones de suicidio por países, área de residencia y situación socioeconómica, entre otros factores. Por ejemplo, las tasas más altas se observan en los países de Europa oriental y en algunos países asiáticos; y, las más bajas en algunos países de América Latina. Los estudios muestran también grandes disparidades entre las tasas de suicidio de las zonas urbanas y las rurales: en Estados Unidos, por ejemplo, las tasas registradas para estados de gran ruralidad, como Nevada, triplican las de estados eminentemente urbanos como Nueva York; una situación similar se ha informado en Australia; en algunos países europeos, como Inglaterra y Escocia; y, en China. Conjuntamente, se dispone de evidencias respecto a la relación entre la migración y las tasas de suicidio en países como Australia, Canadá y Estados Unidos. Allí, la tendencia observada es que la tasa de comportamiento suicida entre los inmigrantes sea muy similar a la tasa en su país de origen (OPS, op. cit.).

De acuerdo con los registros de la OMS (2008), también se observa una gran variabilidad en los métodos utilizados para cometer suicidio: el ahorcamiento es el modo general más frecuente en el mundo; las armas de fuego son el instrumento más utilizado en Estados Unidos, Argentina, Uruguay y Suiza; los saltos desde las alturas, en los centros urbanos de Europa; la sobredosis de fármacos es más recurrente en Canadá, los países nórdicos y el Reino Unido; y, la ingesta de pesticidas es más extendida en los países latinoamericanos.

En Chile las tasas de suicidio han mostrado también una dramática tendencia de crecimiento, con cifras para el 2008 un 130% más altas que en el año 1990. Si bien en todo este período las tasas de suicidio han

sido más altas entre los hombres que entre las mujeres, hay que destacar que es entre estas últimas dónde más ha aumentado el riesgo; los registros del DEIS muestran que en dos décadas el riesgo de suicidio ha aumentado en un 210% entre ellas y un 120% entre los hombres.

La información sobre el suicidio en poblaciones indígenas disponible es fragmentaria. Algunas investigaciones reportan un aumento de las muertes autoinfligidas en los pueblos indígenas de Canadá, Australia y Estados Unidos. En estos países las tasas de suicidio indígena, que pueden ser hasta cinco veces más altas que en los no indígenas, se han asociado a fuerte estrés social, traumas históricos que se traspasan intergeneracionalmente, historias de abuso sexual y duelos no resueltos. El estrés social es un término usado para referirse a la pérdida de confianza en los modos de entender la vida y vivirla que han sido enseñados al interior de una cultura particular. Se produce cuando el complejo set de relaciones, (conocimiento, lengua, instituciones sociales, creencias, valores y reglas éticas) que unen a las personas y le dan un sentimiento colectivo de quiénes son y a qué pertenecen es abruptamente cambiado. Para los pueblos indígenas, la pérdida del territorio y del control sobre sus condiciones de vida, la supresión del sistema de creencias y la espiritualidad, el quiebre de sus instituciones políticas y sociales y discriminación racial han dañado seriamente su confianza, predisponiéndolos al suicidio, la auto-agresión y otras conductas destructivas.

Otros estudios sobre el suicidio entre jóvenes aborígenes de Australia han asociado el suicidio a altas tasas de depresión y abuso de sustancias relacionados con pobreza, falta de educación, perspectivas limitadas de empleo, acceso reducido a servicios de protección social, ruralidad extrema, violencia doméstica y abuso de alcohol (www. livingforeveryone.com.au).

En Canadá, varios estudios epidemiológicos han documentado altos niveles de suicidio, alcoholismo, violencia y desmoralización en comunidades indígenas, que pueden ser rápidamente entendidas como la directa consecuencia de la historia de desplazamiento y disrupción de los patrones tradicionales de subsistencia y de su vínculo con el territorio (La Fombiose, 1988; Richarson, 1991; Shkilnyk, 1985; Waldram, 1997, York, 1990; citados por Kirmayer y otros, 2000). Un estudio llevado a cabo entre los Inuit del norte de Canadá, que han sufrido de un "colonialismo activo" muestra que si bien la muerte por TBC ha disminuido considerablemente, las tasas de suicidio han seguido la tendencia inversa. Así, éstas son varias veces mayores para hombres jóvenes que para mujeres de la misma edad, y son mucho más altas que entre sus pares en Dinamarca, el sur de Canadá y Estados Unidos (Hicks, 2007). En este último país, los pocos datos disponibles muestran una clara evidencia de suicidio y abuso de sustancias entre jóvenes de comunidades nativas, por ejemplo, una encuesta en jóvenes indígenas entre 11 y 18 años de los pueblos de las planicies del Norte, reportó que dos tercios habían experimentado eventos traumáticos como accidentes, muertes autoinfligidas o producto de sucesos violentos (Kunitz y otros, 1999).

Es evidente que las tasas de suicido son el indicador más dramático de sufrimiento social entre los indígenas de las primeras naciones Inuit y Métis; sin embargo, también hay heterogeneidad de situaciones; por ejemplo, los Cree, también de las planicies del norte, no tienen tasas más altas que el resto de la provincia (Petawabano et al, 1994). Por lo anterior, hay una urgente necesidad de estudiar cada pueblo en su contexto histórico y territorial, ya que esta variabilidad debe enseñarnos mucho acerca de los patrones colectivos y locales que afectan al suicidio (Kirmayer y otros, 2000).

Entre los Inuit, por ejemplo, se ha identificado el sentimiento de alienación de la comunidad tradicional como factor de riesgo de las tasas extremadamente altas entre los jóvenes. Por el contrario, entre los factores protectores, están la asistencia regular al colegio e iglesia. Estos autores concluyen que hay una gran disrupción de los roles tradicionales para los jóvenes indígenas resultantes en profundos problemas de identidad y autoestima (Kirmayer y otros, op. cit)

Otro estudio en Columbia Británica ha revelado una clara asociación entre niveles de control de la comunidad o autonomía y las tasas de suicidio. Examinando seis variables de "continuidad cultural", construyen un índice de "control cultural local". Los resultados muestran que un valor alto de este índice está asociado en un sentido negativamente inverso a la tasa de suicidio; en otras palabras hay una asociación entre la falta de control comunitario y estas tasas (Chandler y Lalonde, 1998).

En América Latina, existen pocos estudios sobre suicido. Un caso notable es el del Pueblo Emberá de Colombia, que evidenció que cuando la supervivencia y la vida están amenazadas, la incidencia de suicidios aumenta. En el 2008, este pueblo de 12 comunidades y 270 familias se vio amenazado por una empresa minera extranjera que pretendía explorar y explotar cobre, oro y otros minerales en un área ubicada en su territorio tradicional y resguardo, donde también se encuentran lugares sagrados. Previendo

la contaminación de los ríos, la destrucción de fauna y flora, la amenaza sobre los recursos naturales y las fuentes tradicionales de vida, el despojo y la pérdida de los derechos sobre la tierra, se generó una angustia colectiva que derivó en 8 suicidios y varios otros intentos principalmente de jóvenes por la desmoralización y la falta de perspectivas para el futuro (http://www.salvalaselva.org).

También se ha registrado un aumento en el número de suicidios de niños, adolescentes y jóvenes en Argentina, Colombia, Nicaragua, Paraguay, Venezuela y Brasil. En este último país, estudios realizados por el Consejo Nacional de Salud, mostró que entre los indígenas el suicidio ocupa el tercer lugar después de los problemas cardiacos y de desnutrición. Otras investigaciones en ese país muestran también cifras extremadamente altas para los guaraní kaiowá, donde entre los años 1986 y 2000 se suicidaron más de 320 personas (Coloma y de Oliveira, 2010). Además, se ha constatado que hay un gran número de suicidios entre las 22 etnias del Alto Río Negro, frontera con Colombia y Venezuela; y entre los Ticuna en el Alto Río Solimões, en el lado brasileño de la triple frontera entre Brasil, Colombia y Perú, todos ellos en el Estado de Amazonas.

Frente a esta alarmante situación, los pueblos indígenas han elaborado sus propias explicaciones, que deben ser consideradas por los equipos de salud para el diseño e implementación de estrategias de prevención del suicidio integrales, que tengan sentido para las propias comunidades. Al respecto, para los Emberá de Colombia, en cuya cultura el suicidio se considera inaceptable, éste sería originado por una gran bestia que viene a devorar a sus niños; los ancianos, además, explican que la decisión de quitarse la vida de los jóvenes obedece principalmente al temor y la depresión que ha causado en ellos los conflictos armados vigentes en sus territorios. Para ellos estas muertes no se producen por voluntad propia, sino que son el efecto del desplazamiento de las comunidades y del aumento de la tensión social, que afecta desfavorablemente la identidad, la autoestima de la juventud, que experimenta frustración, y carece de esperanzas para el futuro.

En Colombia, los sabios del Pueblo Nasa atribuyen este fenómeno a la pérdida de armonía en el territorio producto del abandono de las prácticas de usos y costumbres tradicionales; la existencia de duelos afectivos inconclusos (muchas veces relacionados con el conflicto); el temprano consumo de alcohol por parte de los adolescentes; y el debilitamiento de sus redes de apoyo cercanas.

En Argentina, la oleada de suicidios de jóvenes que se registró en las comunidades Guaraní de Misiones, fue atribuida por las autoridades tradicionales indígenas a un "fracaso espiritual" y a la falta de acompañamiento del Consejo de Ancianos y de Asuntos Guaraníes.

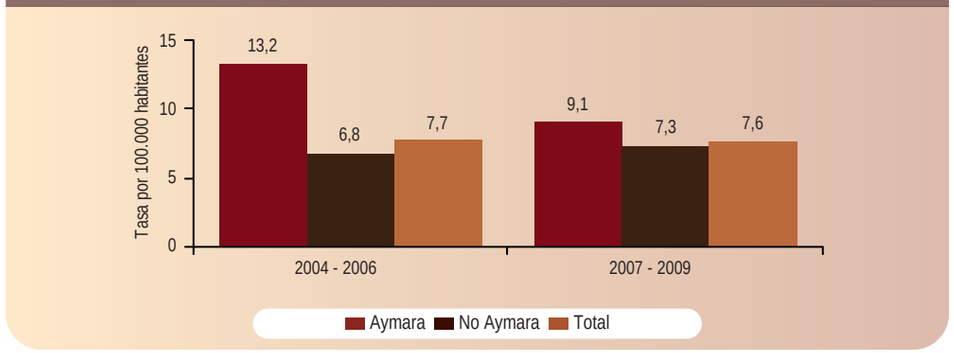
Explicaciones también integrales son dadas por las comunidades Guaraní, en Brasil, que plantean que los jóvenes se están suicidando "porque no tenemos tierras. Ya no tenemos espacio. Antes éramos libres; ahora ya no somos libres. Por eso, nuestros jóvenes miran a su alrededor y piensan que no queda nada y se preguntan cómo pueden vivir. Se sientan y piensan, olvidan, se pierden, y al final, se suicidan."

En Chile, en el territorio de Callaqui, Alto Bío-Bío, los ancianos trataron de dar una respuesta al suicidio, a través de la figura de un hombre negro completo que se lleva y desaparece a las personas desde el suicidio (Oyarce y Pedrero, 2010).

A pesar de la heterogeneidad de situaciones, las cifras disponibles en América reflejan 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 etáreos. 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).

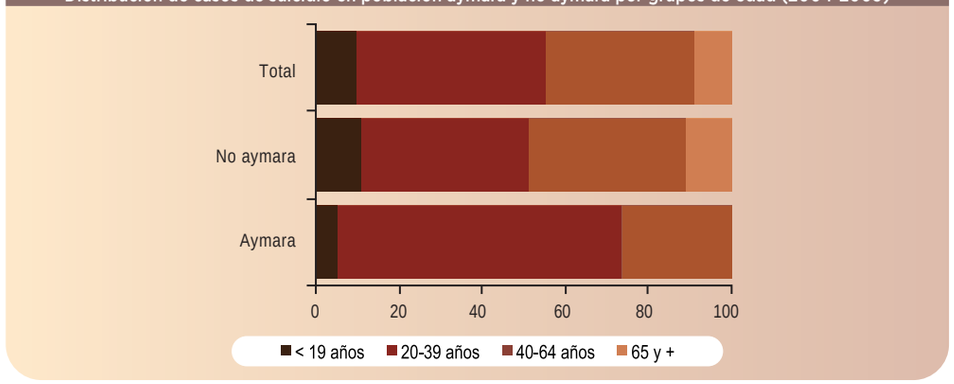
La situación en la Región de Arica y Parinacota, no escapa de la alarmante tendencia observada a nivel internacional, verificándose también un mayor riesgo de suicidio en la población aymara; situación, además, consistente con la observada para otros pueblos indígenas del país (Ver Gráfico 77). Llama la atención, sin embargo, que los suicidios aymara ocurridos entre los años 2006 y 2009 se concentren mayoritariamente entre los 20-49 años. Vale decir, no son los "adolescentes" los que concentran el riesgo (Ver Gráfico 78). Esta misma situación se aprecia en los egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionalmente (Ver Gráfico 79).

Gráfico 77
Tasa ajustada de mortalidad por Lesiones autoinfligidas intencionalmente en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



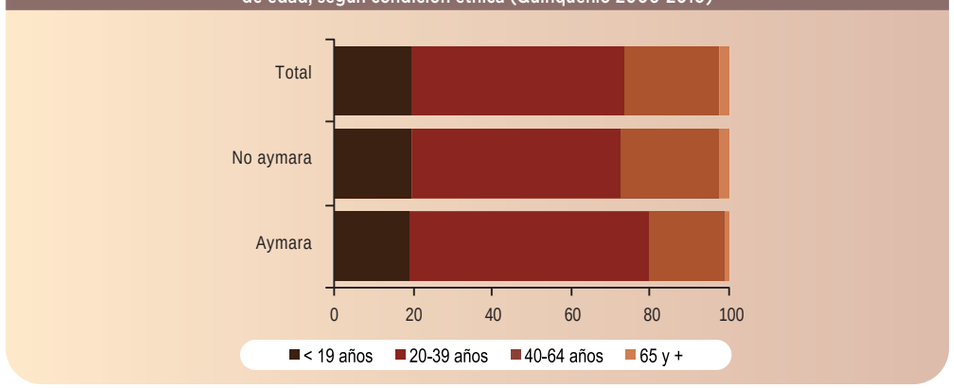
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 78
Distribución de casos de suicidio en población aymara y no aymara por grupos de edad (2004-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 79
Distribución relativa egresos hospitalarios por Lesiones autoinfligidas intencionalmente por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

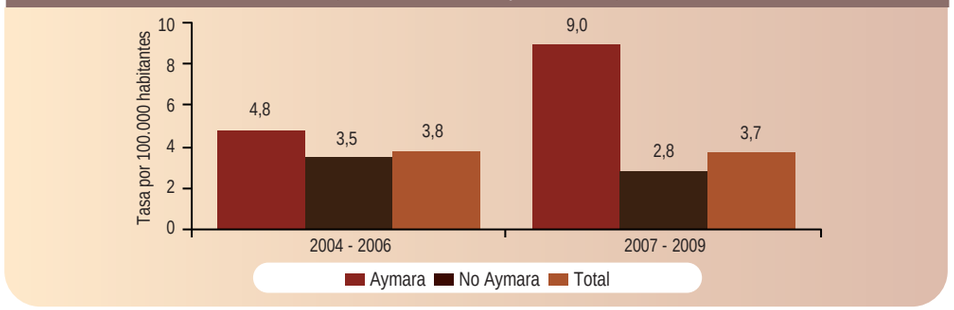
2.2. Muertes producidas por agresiones.

Más allá de la magnitud de las tasas de mortalidad por agresiones, lo que resulta gravitante para este estudio es que las brechas existentes entre la población aymara y no aymara, observables en los dos trienios (Ver Gráfico 80), deben entenderse en el marco del contexto de violencia estructural en que viven los pueblos indígenas; y no como eventos individuales que terminen por estigmatizar a los aymara como "violentos".

Al respecto, el concepto de violencia estructural resulta de gran utilidad para entender los determinantes sociales que causan sufrimiento, enfermedad y muerte. Con él se alude a la opresión sistemática causada por la pobreza, racismo, y sexismo; es posible aplicarlo para aproximarse a los procesos que afectan a los pueblos y personas que sufren extrema pobreza, discriminación, hambre, violencia doméstica, migración obligada y desplazamiento (Desjarlais y otros, 1995). En este sentido, altas tasas de enfermedad, muerte y autodestrucción, así como la violencia cotidiana por falta de oportunidades vitales, pueden también ser consideradas violencia estructural (Farmer, 1992 y 1997).

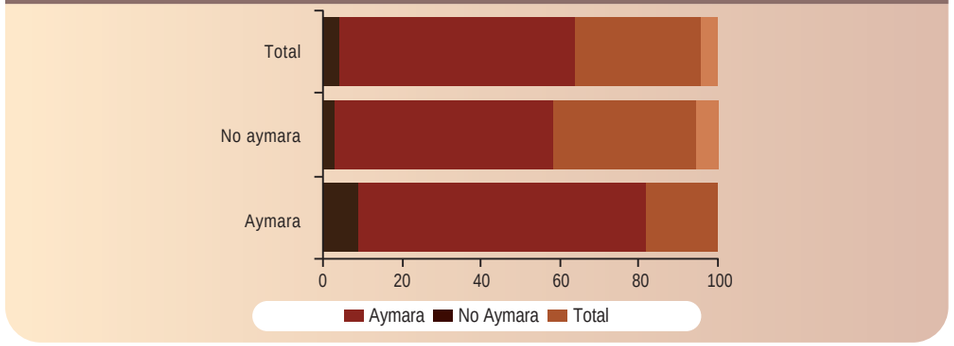
A nivel regional, la mayoría de estas muertes ocurre entre menores de 44 años para este grupo (72,2%); en cambio, para los no aymara, solo 4 de cada 10 muertes por agresiones ocurren a estas edades (Ver Gráfico 81). Una estructura similar, para ambos grupos, se aprecia en los egresos hospitalarios por esta causa (Ver Gráfico 82).

Gráfico 80
Tasa ajustada de mortalidad por Agresiones en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



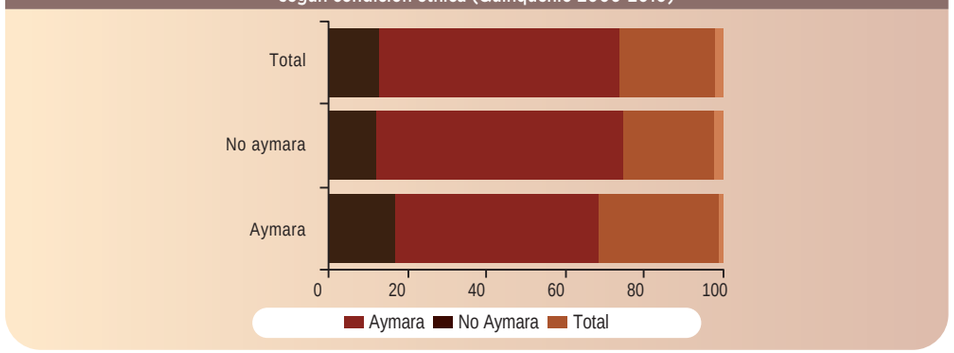
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 81
Distribución de casos de muertes por agresiones en población aymara y no aymara por grupos de edad (2004-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 82
Distribución relativa egresos hospitalarios por agresiones por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)

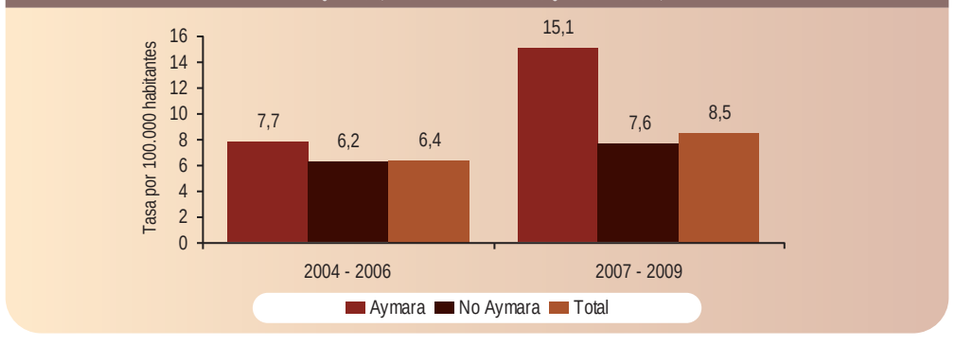


Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

2.3. Enfermedades mentales y del comportamiento.

Si bien en las bases de datos de mortalidad utilizadas registraron un número suficiente de casos indígenas en los dos períodos considerados como para calcular tasas, creemos que su análisis puede inducir a errores, puesto que casi todas estas muertes entre los aymara corresponden a trastornos mentales orgánicos en personas mayores de edad, que tienen en promedio 88 años (Ver Gráfico 83).

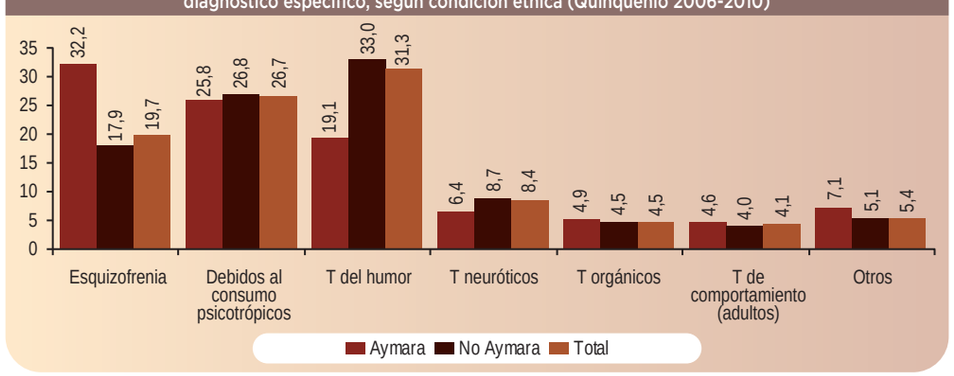
Gráfico 83
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Mentales y del Comportamiento en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

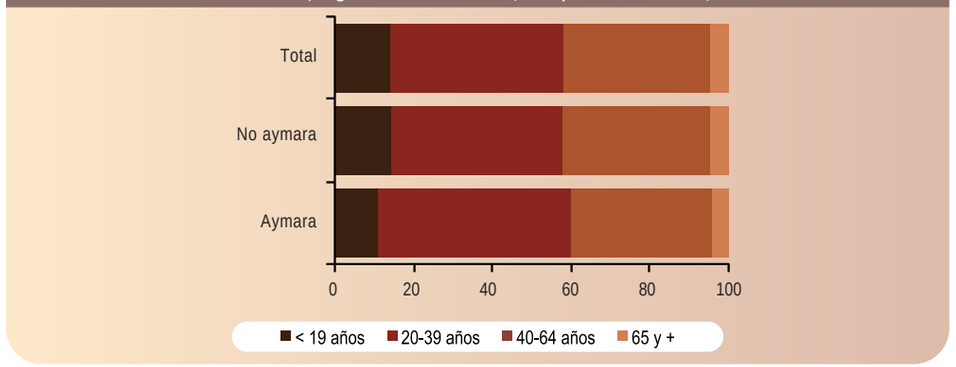
De mayor utilidad son los casos de trastornos mentales y del comportamiento registrados en los egresos hospitalarios. Primero, porque vienen a refrendar lo ya descrito para el suicidio y las agresiones: que el daño a la salud mental de los aymara se manifiesta de manera más pronunciada entre los 20-40 años (72,7%), situación que se expresa también, aunque en proporciones variables, en los diagnósticos específicos significativos para este grupo (Ver Gráficos 85 al 88). Y, segundo, porque insinúan comportamientos distintos de estas patologías en cada uno de los grupos. Por ejemplo, 3 de cada 10 egresos por este gran grupo de causa tiene por diagnóstico la esquizofrenia para los aymara y 2 de cada 10 para los no aymara; los trastornos del humor (principalmente los relacionados con la depresión), en cambio, son más significativos entre estos últimos; los asociados a la ingesta alcohólica son mayores entre aymara, pero los asociados al consumo de drogas son más significativos entre no indígenas (Ver Gráfico 84). El desafío, entonces, reviste una doble connotación: por un lado, diseñar estrategias que permitan evitar el sesgo etnocéntrico del diagnóstico y propiciar que aquellas enfermedades que tienen sentidos distintos en el sistema médico aymara y que allí encuentran curación, terminen sobremedicalizándose y acarreando nefastos efectos sobre la salud de las personas; y, por otro, explorar las determinantes sociales que están detrás del daño, para establecer abordajes colectivos de estas enfermedades.

Gráfico 84
Distribución relativa egresos hospitalarios por Enfermedades mentales y del comportamiento por diagnóstico específico, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)



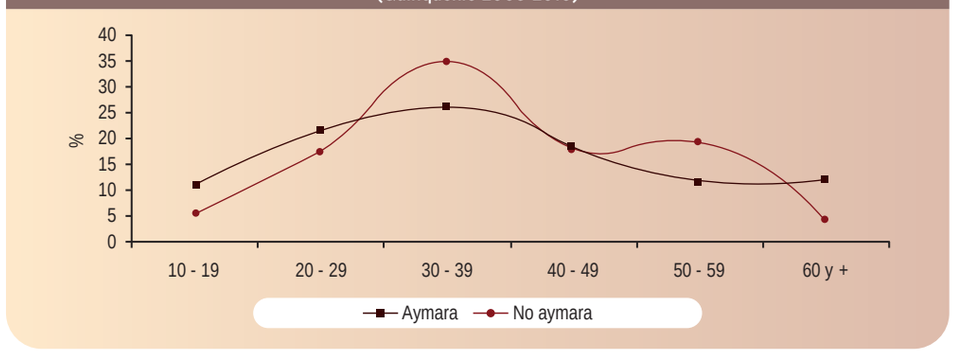
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 85
Distribución relativa egresos hospitalarios por Enfermedades mentales y del comportamiento por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)



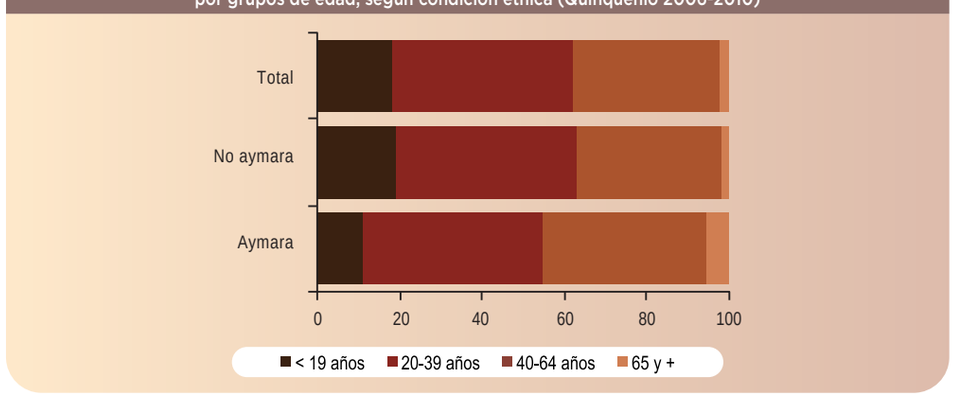
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 86
Distribución relativa egresos hospitalarios por Esquizofrenia por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)



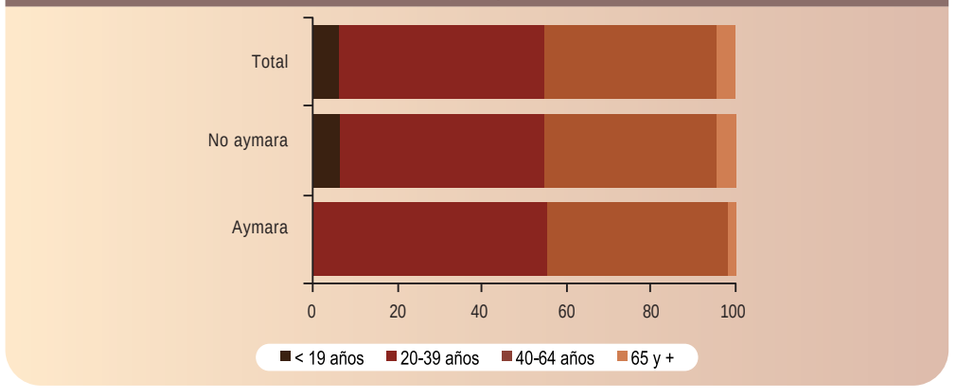
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 87
Distribución relativa egresos hospitalarios por Trastornos mentales debidos al consumo de psicotrópicos por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 88
Distribución relativa egresos hospitalarios por Trastornos del humor por grupos de edad, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

2.3.1. Buscando pistas para el abordaje intercultural de la salud mental: algunos antecedentes epidemiológicos sobre depresión en jóvenes.

Los datos epidemiológicos sobre la depresión en jóvenes son fragmentarios, contradictorios y claramente insuficientes; más allá de los enormes problemas metodológicos en su medición y comparación intra e intercultural[49], la información proveniente de diferentes países muestra que la prevalencia de depresión en jóvenes menores de 20 años varía entre 1,8 a 8,9 %, con un promedio general de alrededor de un 2 a 3% (Angold y Costello 2001). De manera consistente, se reporta una prevalencia y un aumento mayor en mujeres respecto de varones (Petersen 1993).

La información sobre depresión en jóvenes indígenas es prácticamente inexistente[50]. De manera similar a la antecedentes de suicidio, los datos disponibles provienen de estudios parciales de jóvenes indígenas de Australia, Canadá y Estados Unidos. Entre los pueblos nativos de este último país, las tasas de depresión parecen ser más altas que en no indígenas (Beiser y Attneave, 1982; May, 1983) principalmente en los internados (Manson y otros, 1990; Dinges y Quang Doung-Tran, 1999). Un estudio en jóvenes del Pueblo Hopi de Arizona reveló altas tasas de depresión asociadas con pérdida cultural y pobreza (Manson, 1985).

Otras investigaciones aportan evidencia sobre la relación entre depresión en jóvenes indígenas y etnicidad, donde los eventos vitales estresantes interactúan con la pobreza, el bajo rendimiento escolar, la disrupción familiar y desarmonía comunitaria (Kirmayer y otros, 2000). En este mismo sentido, el racismo, la marginalidad cultural, los conflictos entre los valores tradicionales (familiares o comunitarios) y los de la sociedad mayoritaria occidental, sumados a las tensiones intergeneracionales y un limitado acceso a recursos y oportunidades vitales, ponen a los jóvenes indígenas en un mayor riesgo de depresión (Marsella y otros, 1991).

Una investigación desarrollada por La Rue y otros (1994) muestra que depresión y aculturación se vinculan de varias maneras: a) como una relación negativa, en que aquellos jóvenes que están menos aculturados presentan un mayor riesgo de depresión debido a la pérdida reciente de redes de soporte social, estrés socio-económico en un nuevo ambiente y bajas en la autoestima; b) como una asociación positiva, en que un aumento de la aculturación lleva a un mayor riesgo de depresión por la exposición a la discriminación hacia los grupos étnicos, la alienación en las comunidades de inmigrantes e internalización de baja autoestima; o, c) como una relación curva, en que el riesgo de sufrir una depresión aumenta en los extremos de baja y alta aculturación. Por ejemplo, las mujeres jóvenes latinas están mas impactadas por la aculturación y en mayor riesgo de depresión, ya que por un lado la socialización familiar está orientada a un rol tradicional, pero el mundo de sus pares la orienta hacia el logro personal. Producto de ello, las niñas experimentan altas expectativas y no pueden romper con su cultura tradicional lo cual las pone en riesgo de depresión. En este sentido, un balance entre la cultura tradicional y la nueva cultura parece ser el factor de protección contra la depresión.

49 Los principales problemas en la interpretación de los datos sobre depresión disponible se producen en: 1) comparación entre criterios (síntomas, necesidad de tratamiento, incapacidad social o una combinación de ambos); 2) el modo en el cual la información que proviene de diferentes fuentes es combinada; 3) el tipo de prevalencia reportada que varía según el periodo del estudio; y, 4) las diferencias en la muestra (Por ejemplo, diferencias en colegios pueden subestimar las muestras por alumnos que no asisten o se han retirado (Harrington, 1993).

50 Algunos estudios sobre afrodescendientes en EE. UU. muestran que hay tasas más altas en algunos grupos étnicos y no en otros (Manson, et al 1990, Dinges y Quang Doung-Tran 1994, Petersen 1993). En dos de estos estudios los adolescentes afroamericanos presentan tasas más altas que los no afro (Fleming y Offord, 1990). Similarmente, Schoenbach et al (1982) encuentran altas tasas en jóvenes afro que en jóvenes blancos (Harrington 1993). Por el contrario, Nettle y Pleck (1987) revisando varios estudios concluyen que si bien están en un mayor riesgo, las tasas son más bajas que en los caucásicos. Otros estudios no encuentran ninguna asociación (Costello 1989 citado por Harrington 1993). Dornbush et al (1991) reportan que los jóvenes caucásicos y Asian American experimentan más síntomas depresivos que los Afro Americanos o hispanos American adolescentes aun controlando otros factores como eventos vitales estresantes.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A modo de síntesis.

El "Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Arica" realizado en 2005, que generó indicadores étnicamente diferenciados para el período 2001-2003, concluía que **las tasas de mortalidad en población aymara eran sostenidamente más altas que en población no aymara, situación que se expresaba a lo largo de todo el ciclo vital y sin distinciones por sexo"; y que existía también una "sobremortalidad aymara en todos los grupos de causa [...] con excepción de las enfermedades del sistema circulatorio**" (Oyarce y Pedrero, 2006). Los indicadores analizados en este nuevo estudio —esta vez para los trienios 2004-2006 y 2007-2009— permiten concluir que **las tasas de mortalidad en población aymara son sostenidamente más altas que en población no aymara, situación que se expresa a lo largo de todo el ciclo vital y sin distinciones por sexo; y que existe también una sobremortalidad aymara en todos los grupos de causa, incluidas ahora las enfermedades del sistema circulatorio**. Vale decir, sus resultados son una elocuente evidencia de la persistencia de inequidades en salud que afectan a la población aymara de la Región de Arica y Parinacota.

Los resultados también refuerzan la hipótesis que se ha venido sosteniendo en los últimos años en la iniciativa de investigación epidemiológica con enfoque sociocultural del MINSAL: a) que en la medida que los pueblos indígenas aumentan su contacto y participación en la sociedad occidental, adoptan una estructura de la mortalidad por causas similar a la de los no indígenas; y, b) pese a ello —dada la posición marginal que ocupan en la estructura socioeconómica y política, así como la falta de control cultural sobre su inserción en la modernidad— tienen mayores riesgos de morir por la mayoría de las causas. Estas dos tendencias se ven claramente expresadas a nivel regional. Por un lado, las dos primeras causas de muerte son las mismas para la población aymara y no aymara: cáncer y enfermedades del sistema circulatorio; y, por el otro, el riesgo de morir por ellas es más alto entre aymara.

En este mismo ámbito, la situación particular de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, es una evidencia de cómo las intervenciones de carácter general permiten reducir el problema, pero no necesariamente reducir las inequidades entre grupos sociales. Efectivamente, los datos muestran que la disminución del riesgo de morir por esta causa entre 2004-2006 y 2007-2009, tanto en la población aymara como la no aymara, no ha permitido superar las brechas interétnicas.

El estudio también aporta evidencias consistentes sobre la transición epidemiológica prolongada y polarizada que atraviesan la población aymara. De hecho, entre ellos persisten altas tasas de morbimortalidad por enfermedades pre-transicionales propias del subdesarrollo —como, por ejemplo, la Tuberculosis y otras enfermedades infecciosas— y, simultáneamente tienen también más riesgo de enfermar y morir por enfermedades no transmisibles, degenerativas-crónicas y lesiones (sobremortalidad por cáncer, enfermedades del sistema circulatorio y accidentes de tránsito, por ejemplo), en un contexto de agudización de las desigualdades sociales en materia de salud.

La alta morbimortalidad por Tuberculosis en población aymara es una de las más claras pruebas de las inequidades en salud, no solo porque refiere marginalidad y exclusión social, sino porque también guarda relación con el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno y la organización del Programa de Control de la TBC. Más allá de las tasas, el simple hecho de que el 53% de los casos nuevos notificados entre 2004-2009, el 45% de los egresos hospitalarios registrados por esta causa entre 2006-2010 y el 48% de las defunciones por TBC entre 2004-2009 correspondieran a personas aymara, constituye la principal señal de alerta sobre la magnitud del problema; más si se tiene en cuenta que las fuentes oficiales consignan que los aymara sería solo el 13,5% de la población (Censo 2002), o nos más de un 20% (CASEN 2009).

La aproximación a la salud mental de la población aymara, aunque limitada por las fuentes a las que se recurrió, muestran que se ve impactada por mayores tasas de suicidio y muertes por agresiones; mismas que —desde la perspectiva de derechos humanos y determinantes sociales— deben ser contextualizadas en el marco de los procesos de aculturación forzada y de injusticia social, en una Región donde aún la identidad étnica —como producto de la discriminación histórica— sigue viviéndose en muchos casos como estigma. Conjuntamente, los resultados muestran que, al parecer, no sería la población más joven la que se ve mayormente afectada por problemas de salud mental como la depresión y el alcoholismo, sino la que se sitúa en el rango etario 20-40 años.

Por último, este estudio aporta los primeros indicadores construidos a partir de fuentes oficiales que permiten visibilizar la situación del VIH en poblaciones indígenas. Los indicadores, una vez más, relevan las inequidades interétnicas, con tasas de mortalidad entre los aymara que casi triplican las de los no aymara.

1. Definir metas sanitarias específicas para la población aymara y establecer un sistema permanente de monitoreo de su situación de salud.

Esto, desde un enfoque de derechos, implica:

a) Compartir los resultados de este estudio con las comunidades y organizaciones indígenas, a través de metodologías pertinentes que permitan democratizar el acceso al conocimiento, buscando profundizar en las categorías explicativas que los propios aymara tengan para los principales problemas de salud identificados.

b) Implementar estrategias de capacitación orientada a los equipos de salud, que proporcionen conocimientos y herramientas para participar de los procesos de negociación intercultural requeridos para definir, en conjunto con los médicos tradicionales y organizaciones indígenas, las metas sanitarias locales. Tales procesos debieran considerar, al menos:

- Los derechos de los pueblos indígenas en materia de salud.
- Enfoque étnico en los sistemas de información en salud: aspectos conceptuales y metodológicos.
- Condiciones de salud de la población aymara local.
- Sistema médico aymara, con énfasis en los modelos explicativos y no en las prácticas y los agentes. Esto implica conocer las concepciones andinas de tiempo, espacio y persona (la construcción social del *jaq'i*, el ciclo vital, la relación entre *janchi* y *ajayu*, etc.

c) Establecer, a partir de ello, también de manera colectiva, prioridades y metas sanitarias específicas; así como estrategias interculturales para alcanzarlas.

d) Para el monitoreo de tales metas es **imprescindible avanzar en la inclusión sistemática del enfoque étnico en los SIS**. En este ámbito, se requiere iniciar un proceso que apunte a:

- Evaluar la inclusión de la variable etnia en los registros de salud, identificando los principales problemas de la implementación de la medida.
- De ser necesario, consensuar con las comunidades indígenas la redefinición de preguntas que permitan identificar de mejor forma a los usuarios aymara.
- Capacitar a los equipos sobre las razones y la importancia de introducir esta innovación.
- Socializar la medida, sus objetivos, el tipo de información que se generará, etc., entre las comunidades indígenas, así como entre la sociedad no indígena, con el fin de que no sea percibida como un elemento de discriminación étnica, y favoreciendo así una mejor captura del dato.
- Definir orientaciones para la producción sistemática de información a partir de los registros, así como para su socialización permanentes entre las comunidades.

2. Abordaje intercultural de la Tuberculosis.

Hasta que no se avance en la recomendación anterior,

a) Revitalizar y ampliar la estrategia Suma Q'amaña de prevención de la TBC: para ello se debiera establecer un plan de acción conjunto, que cuente con financiamiento específico del PESPI. Este plan debiera avanzar en:

- Identificación de los sectores poblacionales de la comuna de Arica que concentran más casos de TBC.
- Identificar en tales sectores las organizaciones indígenas existentes; y, de existir, coordinar con ellas acciones de promoción.
- Retomar las acciones públicas de promoción en los sectores de concentración natural de población indígena.
- Restablecer el acompañamiento a la terapia por parte de médicos tradicionales aymara.

b) Por su parte, los equipos del Programa de Control de la TBC debieran:

- Mejorar la identificación de casos aymara en las notificaciones: hay que tener presente que identificar el problema y medir el riesgo en los grupos más vulnerables es fundamental para la definición de intervenciones adecuadas.
- Identificar las familias en que la enfermedad se reproduce intergeneracionalmente y definir mecanismos permanentes de seguimiento.

3. Profundizar en la comprensión del daño a la salud mental individual y colectiva del pueblo aymara.

Dado que los indicadores incluidos en este análisis, pese a tener solo un carácter exploratorio, están indicando un fuerte daño en este ámbito, que muy probablemente irán en aumento de mantenerse la tendencia al quiebre cultural y la acelerada modernización, urge generar conocimiento intercultural que sustente intervenciones efectivas. Los principales aspectos a considerar son:

- 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 concepción de vida y muerte, así como las explicaciones locales para el suicidio.

Este conocimiento debería fundamentarse en la cosmovisión aymara y su concepción del *Suma Q'amaña*, de tal forma que no se centre solo en los factores de riesgo de las enfermedades mentales y del suicidio que se han reportado para la población general, sino que incluya también aspectos relativos a la pérdida del control territorial, los cambios en el ecosistema, pérdida cultural, disrupción familiar y espiritual, etc.

Reconocemos que la perspectiva intercultural es una contribución fundamental para realizar un buen diagnóstico psiquiátrico, pues no solo permite comprender la fenomenología de la enfermedad, sino que posibilita también una acción psicoterapéutica adecuada. No obstante, al menos a nivel local, los procesos de abordaje intercultural de la salud mental son todavía tan precarios, que proponerle a un equipo de salud que, para evitar los sesgos etnocéntricos del diagnóstico, debieran seguir los pasos sugeridos por Kleinmann y Benson (2006), resultaría fútil mientras no se avance en un trabajo serio y sistemático con los especialistas médicos aymara que permitan comprender de mejor forma la relación entre el janchi y el *ajayu* del *jaq'i*; así como la relación entre ajayu, identidad étnica y migración, entre otros aspectos. ¿Cuáles son los pasos propuestos por estos autores?

- Evaluación de la identidad étnica.
- Uso de fuentes de referencia para entender la pertenencia étnica o cultural relevante para la persona enferma.
- Evaluación del significado cultural de los síntomas, así como el lenguaje corporal a través del que se expresa el problema.
- Evaluación de los modelos explicativos de salud-enfermedad de la persona enferma y de su familia (y en ciertos casos, de la comunidad).
- Evaluación de los efectos de la familia, trabajo y comunidad en el problema o enfermedad de la persona.
- Evaluación de las formas sociales significantes de estigma u otras formas de respuesta negativa al problema.
- Auto evaluación reflexiva de los sesgos etnocéntricos del propio psiquiatra.
- Negociación de la realidad clínica y del tratamiento entre el paciente, familia y psiquiatra.

En este mismo ámbito, se debe tener presente que estas orientaciones son útiles para enfrentar aquellos casos que buscan atención médica; pero que el daño colectivo a la salud mental de los aymara requiere de otras aproximaciones, situadas en el ámbito social y político: reconocimiento de derechos, educación para el ejercicio de una ciudadanía diferenciada, etc.

4. Avanzar en la comprensión del VIH en el contexto indígena.

Contar con evidencia epidemiológica convencional sobre la vulnerabilidad de la población aymara regional en materia de VIH, impone a los equipos de salud la obligación ética de implementar estrategias que permitan conocer: a) la visión indígena de la enfermedad, sus causas, grupos de riesgo, pronóstico y terapia; b) la relación del VIH con la migración y la pobreza, entre otros determinantes sociales; c) el papel del estigma social en la búsqueda de atención y adherencia a la terapia; y, d) perspectiva de las personas aymara que viven con VIH sobre la organización de los programas de salud. Y, a partir de este nuevo conocimiento, generar, en conjunto con las organizaciones aymara, estrategias colectivas de promoción y prevención.

Por último, esperamos que esta información resulte de utilidad para los equipos de salud y las comunidades aymara; y, que a partir de ella, se generen procesos participativos que permitan definir estrategias sólidas que contribuyan a superar las inequidades aquí evidenciadas. De no ser así, lo más probable es que en algunos años más un nuevo estudio volverá a concluir que "**las tasas de mortalidad en población aymara son sostenidamente más altas que en población no aymara, situación que se expresa a lo largo de todo el ciclo vital y sin distinciones por sexo" y que "existe también una sobremortalidad aymara en todos los grupos de causa**" en un contexto de agudización de las desigualdades en salud.

Anaya, James
2005 Los pueblos indígenas en el derecho internacional. Ed. Trotta. Madrid, España

Aylwin, José
2002 El derecho de los pueblos indígenas a la tierra y al territorio en América Latina. Antecedentes históricos y tendencias actuales. Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile

Aylwin y otros
2010 Las implicancias de la ratificación del Convenio Nº 169 de la OIT en Chile. Documento de Trabajo Nº 10. Programa de derechos de los pueblos indígenas

Bouysse Cassagne, Thérèse.
1987 La identidad aymara: aproximación histórica (Siglo XV, siglo XVI). La Paz, Bolivia: HISBOL / IFEA

CEPAL
2006 Panorama Social. Capítulo III. Pueblos Indígenas de America Latina: Antiguas Inequidades, realidades heterogéneas y nuevas obligaciones para las democracias del siglo XXI. Santiago, Chile.

CEPAL/ATM
2012 Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos. Santiago, Chile. LC/W.473/Rev.1

Stavenhagen, Rodolfo.
2006 Los derechos humanos y las cuestiones indígenas. Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas. E/CN.4/2006/78/Add.4

Beaglehole y Yach
2003 Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. En Lancet 362.

Bartomeu, Meliá
2004 La novedad Guaraní (viejas cuestiones y nuevas preguntas) Revisita bibliográfica (1987-2002). En Revista de Indias, 2004, vol. LXIV, núm. 230 Págs. 175-226, ISSN: 0034-8341.

Beckman L. y K. Kawachi
2000 Social Epidemiology. Oxford press Nº 55 pp. 693-700.

CEPAL-UNIFEF
2007 El derecho a entornos saludables para la infancia y la adolescencia. Un diagnóstico de América Latina y el Caribe. Desafíos Nº 5, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

CEPAL-UNIFEF
2011 Mortalidad en la niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960. LC/R.2169.

Claeson y Waldman
2000 La evolución de los programas de salud infantil en los países en desarrollo: el punto de mira se desplaza de las enfermedades a las personas. Bulletin World Health Organization 2000, Volumen 78, Nº 10.

Cohen, Alex
1999 The Mental Health of Indigenous peoples. An international overview. Department of Mental Health. World Health Organization WHO/MNH/NAM/99.1.

Cooper, R y otros
2001 Trends and disparities in coronary heart disease, stroke and other cardiovascular diseases in the United States: Findings of the National Conference on CVD Prevention. Circulation 2001; 102:3137-3147.

Desjarlais, R., Eisenberg Leon, B. Good, and A. Kleinman
1995 World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries. New York: Oxford University Press.

Farmer, Paul
1999 Hidden epidemics of tuberculosis. Working paper. Woodrow Willson.

2002 On suffering and structural violence: a view point from below. Daedalus 125.

Frenk J. y otros
1991 "Elements for a theory of the health transition", Health Transition Review, Nº 1:21-38, Health Transition Centre, Canberra, Australian National University.

Frenk J. y otros
1991 "La transición epidemiológica en América Latina", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 111, Nº6, Washington, D.C.

Gobierno de Chile
2010 Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe del Gobierno de Chile.

Ito, Karen
1999 Health culture and clinical encounter: Vietnamese refugees'responser to preventibe drug treatment of inactive tuberculosis. En Medical Anthropology Quartely 13 (3): 338-364.

Jiménez, Jorge
2010 Mapa de la investigación en cáncer en Chile. Informe Final.

Kirmayer Laurence, J. Boothroyd y Hodgins
1998 Attempted suicide among Inuit Youth: Psychological correlates and implications for prevention. Canadian Journal of Psychiatry 43, 816-822.

Kirmayer Laurence, Mac Donald Mary Ellen y Gregory M. Brass
2000 The Mental Health of Indigenous Peoples. Culture and Mental Health Research Unit. Report Nº 10. Mc Gill University

Kleinman A y Benson P
2006 Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. PLoS Med 3(10): e294. doi:10.1371/journal.pmed.0030294.

Leeder, S y otros
2004 A Race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies. New York. Columbia University.

Martínez, Ángela y Enrique Guinsberg
2009 Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública Volumen 27. Nº 1. Universidad de Antioquia, Colombia.

Ministerio de Salud (MINSAL)
2011 Guía de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad de Chagas.

Muñoz, Elías y Pedrero, Malva-marina
2002 Facilitadores interculturales en el Servicio de Salud Arica. ¿Una experiencia intercultural en salud? CEDEMU-Fundación Ford. Arica, Chile.

Needham D, Foster S, Tomlinson G y Godfrey-Faussett P
2001 Socio-economic, gender and health services factors affecting diagnostic delay for tuberculosis patients in urban Zambia. Tropical Medicine and International Health 6, 256–259.

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 Pedrero, Malva-marina
2007 Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Iquique. Serie Análisisde Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile Nº 3. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Oyarce, A y Pedrero, Malva-marina
2009(a) 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.

2009(b) Perfil epidemiológico básico. Pueblos kawésqar, yámana y mapuche-williche. Región de Magallanes. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile Nº 5. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Oyarce, A y Pedrero, Malva-marina
2009(c) 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 Nº 6. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Oyarce, Ana María y Pedrero, Malva-marina
2010 Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco. Serie Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile Nº 7. Octubre 2010. Ed. MINSAL / CELADE-CEPAL.

Oyarce, Ana María y Pedrero, Malva-marina
2011 Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío. Mayo de 2011. Ed. SS Bío-Bío.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)
2003 Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, EE. UU.

Organización Mundial de la Salud (OMS)
2011 Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010.

Organización Mundial de la Salud (OMS)
2011 Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud (OMS)
2012 Informe sobre la situación mundial sobre la Tuberculosis 2012.

Organización Mundial de la Salud (OMS)
2013 Cáncer. Nota descriptiva Nº297. Febrero de 2013.

Organización Mundial de la Salud (OMS)
2013 Cáncer en las Américas: perfiles de país. 2013.

Organización Mundial de la Salud (OMS)
2013 Determinantes e inequidades en salud. http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content

Pedrero, Malva-marina y Oyarce, Ana María
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 Oyarce, Ana María
2011 Salud de la población joven indígena en América Latina. Un panorama general. OPS/CELADE- CEPAL. Santiago, Chile.

Pedrero, Malva-marina y Oyarce, Ana María
2012 Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Malleco. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile Nº 8. Ed. MINSAL. Santiago de Chile.

Pedrero, Malva-marina y Oyarce, Ana María
2013 Lineamientos para incluir la identificación de pueblos indígenas y afrodescendientes en los registros de salud. OPS/CELADE-CEPAL (en prensa).

Pedrero, Malva-marina
2012 Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina. CEPAL/UNICEF. Santiago de Chile.

Pedrero, Malva-marina
2012 Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en la Provincia de Osorno. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile Nº 9. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Pedrero, Malva-marina
2012 Protección de las aguas de las comunidades aymara: Balance de un proceso. 17 años de gestión de Programa de Aguas de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena en la Región de Arica y Parinacota. Uraqi-CONADI.

Pedrero, Malva-marina
2013 Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en las áreas de cobertura de los Servicios de Salud de Chiloé y de Reloncaví. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile Nº 10. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Pedrero, Malva-marina y Carrasco, Simi
2004 La situación de la propiedad de la tierra en las comunidades aymara de Tacora, Humapalca y Alcérreca. Comuna de General Lagos. CONADI.

Pedrero, Malva-marina y Novoa, Rodrigo
2011 Situación de las actuales propiedades aymara en el ayllu histórico de Ancomarca: El caso de las comunidades de tierra de la localidad de Visviri. Uraqi-CONADI.

Pedrero, Malva-marina y Novoa, Rodrigo
2012 Una aproximación inicial a la situación de las propiedades aymara en la Quebrada de Ayco, Comuna de Camarones. Uraqi-CONADI.

Servicio de Salud Arica
2003 Informe gestión oficina facilitadores interculturales Hospital Juan Noé. 2002 (Documento de trabajo)

Servicio de Salud Arica
2004 Informe gestión oficina facilitadores interculturales Hospital Juan Noé. 2003 (Documento de trabajo)

Servicio de Salud Arica
2007 Informe gestión oficina facilitadores interculturales Hospital Juan Noé. 2006 (Documento de trabajo)

Van der Berg, Hans
1990 La tierra no da así no más: los ritos agrícolas en la religión de los aymaras cristianos. Ed. HISBOL. La Paz, Bolivia.

Vechiato, Norbert L.
1995 Sociocultural aspects of Tuberculosis Control in Ethiopia. Medical Anthropology Quaterly 11 (2): 183 -201.

Yashar, Deborah
2005 Contestating citizenship in Latin America. Ther rise of indigenous movements and the posliberal Challenger.

Young, A
1990 "A description of how ideology shapes knowledge of a mental disorder (Post Traumatic Stress Disorder)", Knowledge, Power and Practice, S. Lindenbaum y M. Lock (eds.), Berkley, University of California Press.

ANEXO ESTADÍSTICO

índice de tablas

Tabla 1	Estimación de la población aymara y no aymara por grupos de edad, según sexo-Año 2005	109
Tabla 2	Estimación de la población aymara y no aymara por grupos de edad, según sexo-Año 2008	109
Tabla 3	Distribución defunciones por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	109
Tabla 4	Distribución defunciones por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	109
Tabla 5	Distribución defunciones por Gran Grupo de Causa según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	110
Tabla 6	Distribución defunciones en hombres por Gran Grupo de Causa según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	110
Tabla 7	Distribución defunciones en mujeres por Gran Grupo de Causa de Muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	111
Tabla 8	Distribución defunciones en menores de 1 año por causa de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	111
Tabla 9	Distribución defunciones por Ciertas Afecciones originadas en el período perinatal por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	111
Tabla 10	Distribución defunciones en menores de 5 años por causa de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	112
Tabla 11	Distribución defunciones por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	112
Tabla 12	Distribución defunciones por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	113
Tabla 13	Distribución defunciones por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	113
Tabla 14	Distribución defunciones por Tuberculosis por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	113
Tabla 15	Distribución defunciones por Tuberculosis por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	114
Tabla 16	Distribución defunciones por Secuelas de Tuberculosis por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	114
Tabla 17	Distribución defunciones por Secuelas de Tuberculosis por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	114
Tabla 18	Distribución defunciones por VIH por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	115
Tabla 19	Distribución defunciones por VIH por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	115
Tabla 20	Distribución defunciones por Neoplasias por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	115
Tabla 21	Distribución defunciones por Neoplasias por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	115
Tabla 22	Distribución defunciones por Cáncer de los órganos digestivos por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	116
Tabla 23	Distribución defunciones por Enfermedades de la Sangre por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	116
Tabla 24	Distribución defunciones por Enfermedades Endocrinas por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	116
Tabla 25	Distribución defunciones por Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	116
Tabla 26	Distribución defunciones por Diabetes Mellitus por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	117
Tabla 27	Distribución defunciones por Diabetes Mellitus por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	117
Tabla 28	Distribución defunciones por Desnutrición por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	117
Tabla 29	Distribución defunciones por Desnutrición por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	117
Tabla 30	Distribución defunciones por Trastornos Mentales y del Comportamiento por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	118
Tabla 31	Distribución defunciones por Trastornos Mentales y del Comportamiento por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	118
Tabla 32	Distribución defunciones por Trastornos Mentales y del Comportamiento por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	118
Tabla 33	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Nervioso por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	118
Tabla 34	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Nervioso por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	119
Tabla 35	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Circulatorio por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	119
Tabla 36	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Circulatorio por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	120
Tabla 37	Distribución defunciones por Isquemia Cardiaca por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	120
Tabla 38	Distribución defunciones por Isquemia Cardiaca por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	120
Tabla 39	Distribución defunciones por Enfermedades hipertensivas por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	120
Tabla 40	Distribución defunciones por Enfermedades Hipertensivas por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	121
Tabla 41	Distribución defunciones por Enfermedades Cerebrovasculares por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	121

Tabla 42	Distribución defunciones por Enfermedades Cerebrovasculares por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	121
Tabla 43	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Respiratorio por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	121
Tabla 44	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Respiratorio por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	122
Tabla 45	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Respiratorio por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	122
Tabla 46	Distribución defunciones por Influenza, gripe y neumonía por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	122
Tabla 47	Distribución defunciones por Influenza (gripe) y neumonía por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	123
Tabla 48	Distribución defunciones por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	123
Tabla 49	Distribución defunciones por Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	123
Tabla 50	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Digestivo por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	124
Tabla 51	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Digestivo por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	124
Tabla 52	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Digestivo por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	125
Tabla 53	Distribución defunciones por Enfermedad alcohólica del hígado por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	125
Tabla 54	Distribución defunciones por Enfermedades de la Piel por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	125
Tabla 55	Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Osteomuscular por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	126
Tabla 56	Distribución defunciones por Enfermedades del Aparato Genitourinario por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	126
Tabla 57	Distribución defunciones por Enfermedades del Aparato Genitourinario por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	126
Tabla 58	Distribución defunciones por Enfermedades del Aparato Genitourinario por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	127
Tabla 59	Distribución defunciones por Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	127
Tabla 60	Distribución defunciones por Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	128
Tabla 61	Distribución defunciones por Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	128
Tabla 62	Distribución defunciones por Causas Externas por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	129
Tabla 63	Distribución defunciones por Causas Externas por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	129
Tabla 64	Distribución defunciones por Causas Externas por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	129
Tabla 65	Distribución defunciones por Lesiones autoinfligidas intencionalmente por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	129
Tabla 66	Distribución defunciones por Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	130
Tabla 67	Distribución defunciones por Agresiones por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	130
Tabla 68	Distribución defunciones por Agresiones por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	130
Tabla 69	Distribución defunciones por Accidentes de Transporte Terrestre por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	130
Tabla 70	Distribución defunciones por Accidentes de Transporte Terrestre por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)	131
Tabla 71	Distribución casos notificados de ENO por diagnóstico, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	131
Tabla 72	Distribución egresos hospitalarios por diagnóstico, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	131
Tabla 73	Distribución egresos hospitalarios por Enfermedades mentales y del comportamiento por diagnóstico específico, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	132
Tabla 74	Distribución relativa egresos hospitalarios por Embarazo, parto y puerperio por diagnóstico específico, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)	132

índice de gráficos

Gráfico 1	Principales causas de muerte en el adulto mayor por pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	112
Gráfico 2	Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	113
Gráfico 3	Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	114
Gráfico 4	Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Nervioso en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	119
Gráfico 5	Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Nervioso por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	119
Gráfico 6	Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Respiratorio por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	122
Gráfico 7	Tasa ajustada de mortalidad por Influenza (gripe) y neumonía por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)	123

Gráfico 8 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 124

Gráfico 9 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Digestivo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 124

Gráfico 10 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Digestivo por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 125

Gráfico 11 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del aparato genitourinario en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 126

Gráfico 12 Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Aparato Genitourinario por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 127

Gráfico 13 Tasa ajustada de mortalidad por Insuficiencia Renal en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 127

Gráfico 14 Tasa ajustada de mortalidad por Causas mal definidas en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 128

Gráfico 15 Tasa ajustada de mortalidad por Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 128

Gráfico 16 Tasa ajustada de mortalidad por Accidentes de Transporte por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009) 132

Tabla 1
Estimación de la población aymara y no aymara por grupos de edad, según sexo-Año 2005

Grupos de edad	Pueblo de pertenencia						Total		
	Aymara			No Aymara					
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
<15	3406	3388	6794	21208	20691	41899	24614	24079	48693
15-24	2365	2283	4648	15628	13781	29409	1799	16064	34057
25-34	2042	2163	4205	10859	11519	22378	12901	13682	26583
35-44	1723	1880	3603	11293	12558	23851	13016	14438	27454
45-54	1278	1470	2748	9958	9981	19939	11236	11451	22687
55-64	1014	1041	2056	6869	7390	14258	7883	8431	16314
65 y +	824	949	1773	5838	7460	13298	6662	8409	15071
Total	12651	13175	25826	81654	83379	165033	94305	96554	190859

Fuente: Elaboración propia a partir de proyecciones de población DEIS y Censo de población y vivienda 2002

Tabla 2
Estimación de la población aymara y no aymara por grupos de edad, según sexo-Año 2008

Grupos de edad	Pueblo de pertenencia						Total		
	Aymara			No Aymara					
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
<15	3166	3153	6319	19722	19259	38981	22888	22412	45300
15-24	2246	2243	4489	14862	13538	28400	17108	15781	32889
25-34	1983	2080	4063	10641	11093	21734	12624	13173	25797
35-44	1578	1787	3366	10361	11942	22302	11939	13729	25668
45-54	1251	1558	2809	9757	10566	20323	11008	12124	23132
55-64	1089	1095	2184	7363	7774	15137	8452	8869	17321
65 y +	946	1094	2039	6663	8538	15202	7609	9632	17241
Total	12259	13009	25268	79369	82711	162080	91628	95720	187348

Fuente: Elaboración propia a partir de proyecciones de población DEIS y Censo de población y vivienda 2002

Tabla 3
Distribución defunciones por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total
	Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado	
<15	25	70		95	32	73		105	25	47		72
15-24	27	32		59	17	44		61	16	42		58
25-34	32	70		102	25	48	1	74	19	41		60
35-44	38	103	1	142	43	85		128	21	76		97
45-54	52	178		230	48	202	1	251	36	137		17
55-64	66	326		392	79	384		463	48	232	1	281
65 y +	339	1533	2	1874	358	1673		2031	272	1230		1502
Total	579	2312	3	2894	602	2509	2	3113	437	1805	1	2243

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 4
Distribución defunciones por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15	14	35	11	35	17	45	15	28	13	18	12	29
15-24	18	23	9	9	16	31	1	13	10	32	6	10
25-34	24	47	8	23	18	31	7	17	13	30	6	11
35-44	22	72	16	31	30	52	13	33	14	55	7	21
45-54	33	119	19	59	28	126	20	76	24	89	12	48
55-64	3	208	33	118	49	242	30	142	32	140	16	92
65 y +	187	794	152	739	194	880	164	793	136	642	136	588
Total	331	1298	248	1014	352	1407	250	1102	242	1006	195	799

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 5
Distribución defunciones por Gran Grupo de Causa según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Capítulo CIE 10	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total
	Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado	
I	41	65	1	107	33	67		100	22	44		66
II	116	626		742	136	671		807	88	438		526
III	2	10		12	4	14		18	4	7		11
IV	28	158		186	31	159		190	26	129		155
V	8	47		55	18	66		84	10	38		48
VI	23	70		93	11	88		99	10	71		81
IX	107	600		707	95	572		667	72	394		466
X	50	182		232	50	229		279	33	171		204
XI	49	173	1	223	67	211		278	49	148		198
XII	2	6		8	2	8		10	1	4	1	5
XIII	8	11		19	5	21		26		12		16
XIV	24	74		98	22	97		119	4	84		98
XV	1	2		3	2	3		5	14	4		4
XVI	5	25		30	6	25		31	7	17		24
XVII	6	26		32	12	31		43	11	23		34
XVIII	23	52		76	25	55	1	81	23	61		84
XIX	86	185	1	271	83	192	1	276	63	160		223
Total	579	2312	3	2894	602	2509	2	3113	437	1805	1	2243

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 6
Distribución defunciones en hombres por Gran Grupo de Causa según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Capítulo CIE 10	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total
	Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado	
I	32	47	1	80	21	42		63	12	27	32	47
II	50	347		397	74	374		448	47	243	50	347
III	1	5		6	1	4		5	3	4	1	5
IV	16	74		90	15	81		96	17	63	16	74
V	5	21		26	9	31		40	6	18	5	33
VI	14	33		47	6	307		359	6	37	14	316
IX	54	316		370	52	45		51	38	93	54	21
X	24	104		128	33	127		160	14	212	24	104
XI	35	112	1	148	35	126		161	29	90	35	112
XII	1	2		3	1	3		2	1	2	1	2
XIII	2	2		4	1	1		4	1	3	2	2
XIV	14	43		57	14	53		67	4	38	14	43
XVI	3	13		16	4	18		22	4	7	3	13
XVII	1	13		14	6	16		22	6	12	1	13
XVIII	12	26		39	13	28	1	42	11	28	12	26
XIX	67	140	1	207	67	151	1	219	43	129	67	140
Total	331	1298	3	1632	352	1407	2	1761	242	1006	331	1298

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 7
Distribución defunciones en mujeres por Gran Grupo de Causa de Muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
I	9	18	27	12	25	37	10	17	27
II	66	279	345	62	297	359	41	195	236
III	1	5	6	3	10	13	1	3	4
IV	12	84	96	16	78	94	9	66	75
V	3	26	29	9	35	44	4	20	24
VI	9	37	46	5	43	48	4	34	38
IX	53	284	337	43	265	308	34	182	216
X	26	78	104	17	102	119	19	78	97
XI	14	61	75	32	85	117	20	58	78
XII	1	4	5	1		8		2	2
XIII	6	9	15	4	18	22	3	9	12
XIV	10	31	41	8	44	52	10	46	56
XV	1	2	3	2		5		4	4
XVI	2	12	14	2		9	3	10	13
XVII	5	13	18	6	15	21	5	11	16
XVIII	11	26	37	12	27	39	12	33	45
XIX	19	45	64	16	41	57	20	31	51
Total	248	1014	1262	250	1102	1352	195	799	994

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 8
Distribución defunciones en menores de 1 años por causa de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

Causa de muerte	2004-2006			2007-2009		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
Infecciosas y parasitarias		2,0	1,6	5,0	3,5	3,9
E. de la sangre	7,1		1,6		1,8	1,3
Sistema Respiratorio		36,7	6,3	15,0	5,3	1,3
Sistema Osteomuscular			00	30,0	43,9	7,8
Afecciones perinatales	35,7	8,2	47,6		1,8	40,3
M. Congéntas	28,6		34,9	50,0	35,1	39,0
Mal definidas	21,4	2,0	3,2		8,8	6,5
Causas externas	7,1	51,0	4,8			
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	14	49	63	20	57	77

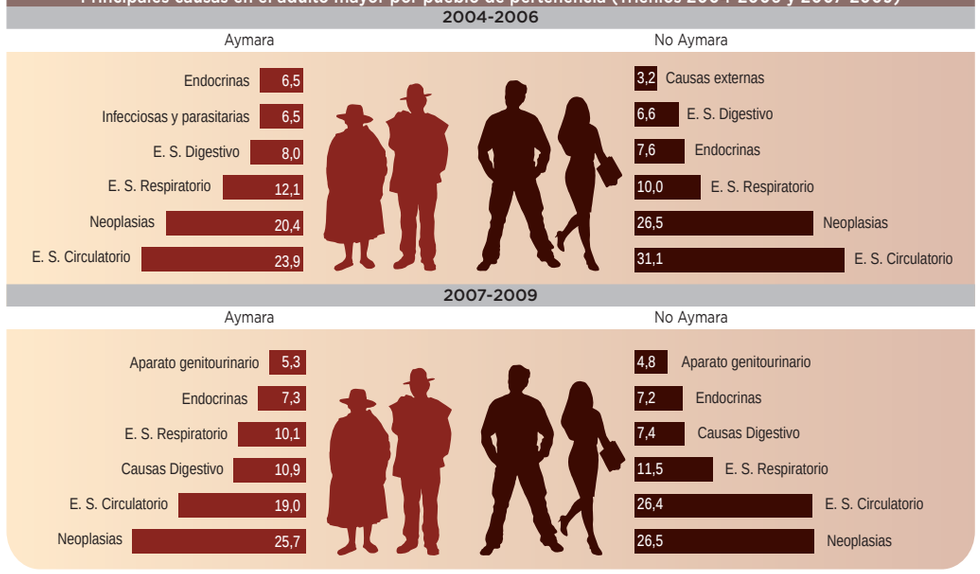
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 9
Distribución defunciones por Ciertas Afecciones originadas en el período perinatal por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Causa específica	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
Feto y recién nacido afectados por factores maternos	1	10	11	2	9	11	3	2	5
Trastornos respiratorios y cardiovasculares	1	7	6		3	3	1	2	3
Relacionados con duración gestación y crecimiento fetal	2	5	9	4	9	13	3	6	9
Infecciones específicas del período perinatal	1	2	3		2	2		2	1
Trastornos del sistema digestivo del feto y del recién nacido		1	1		1			1	2
T. hemorrágicos y hematológicos feto y recién nacido						1		1	1
Afecciones asociadas con la regulación tegumentaria									
Otros trastornos originados en el período perinatal					1	1		3	3
Total	5	25	30	6	25	31	7	17	24

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 1
Principales causas en el adulto mayor por pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 10
Distribución defunciones en menores de 5 años por causa de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

Causa de muerte	2004-2006			2007-2009		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
Infecciosas y parasitarias		5,4	3,9	4,3	3,1	3,4
E. de la sangre	4,8	7,1	0,0		1,6	1,1
Sistema Nervioso	9,5	1,8	2,6		3,1	3,4
Sistema Respiratorio	4,8		39,0	4,3	4,7	6,9
Sistema Digestivo	4,8		2,6	13,0		
S. Osteomuscular		44,6	31,2	26,1	1,6	1,1
Afecciones perinatales	23,8	33,9	6,5	43,5	39,1	35,6
M. Congénitas	23,8		3,9		34,4	36,8
Mal definidas	14,3		1,3		9,4	6,9
Causas externas	14,3	7,1	9,1	8,7	3,1	4,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	21	56	77	23	64	87

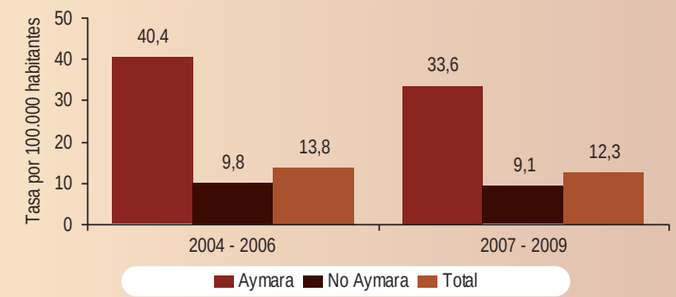
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 11
Distribución defunciones por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total
	Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado	
<15	2	3		3	2	2		4				0
15-24	4			2	2	2		4	1	1		2
25-34	6	7		11	4	3		7	3	4		7
35-44	3	7		13	3	7		10	1	7		8
45-54	4	14		17	3	13		16	2	9		11
55-64	21	13		17	15	11		15	5	2		7
65 y +	40	22	1	44	4	29		44	10	21		31
Total		66	1	107	33	67		100	22	44		66

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 2
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 12
Distribución defunciones por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15		2	1	1	1	1	1	1			1	
15-24	1		1		2	1		1	1		2	1
25-34	3	6	2	1	3	3	1			3	1	1
35-44	4	5		2	1	3	2	4		5		2
45-54	3	13		1	1	12	2	1	2	7		2
55-64	4	8		5	3	8	1	3	3	1	2	1
65 y +	17	13	5	8	10	14	5	15	6	11	4	10
Total	32	47	9	18	21	42	12	25	12	27	10	17

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 13
Distribución defunciones por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Causa específica	2004-2006				2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Pueblo de pertenencia		
	Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Total	Aymara	No Aymara	Total
Infecciosas intestinales		7,7		4,7	3,0	6,0	5,0		2,3	1,5
TBC	31,7	20,0		24,3	30,3	17	22,0	40,9	20,5	27,3
Otras enfermedades bacterianas	0,0	4,6		4,7	18,2	14,9	16,0		15,9	10,6
Infecciones virales del S. Nervioso	4,9	4,6		2,8	0,0	7,5	5,0		2,3	1,5
Hepatitis viral	2,4	1,5		1,9	0,0	4,5	3,0	31,8	4,5	3,0
VIH	4,9	41,5		34,6	30,3	40,3	37,0	4,5	36,4	34,8
Enfermedad de Chagas	24,4	1,5	100,0	3,7	3,0	9,0	11,0	22,7	2,3	3,0
Secuelas de tuberculosis	29,3	15,4		20,6	15,2		1,0		15,9	18,2
Otras	2,4	100,0		2,8						
Total	100,0	3,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	41	65	1	107	33	67	100	22	44	66

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 14
Distribución defunciones por Tuberculosis por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15				1	1	2	1		
15-24	1		1				1		1
25-34	1		1			2			1
35-44	1	1	2	2			1	4	4
45-54		1	1					1	2
55-64	4	3	7		2	2		1	1
65 y +	6	8	14	7	9	16	6	3	9
Total	13	13	26	10	12	22	9	9	18

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 15
Distribución defunciones por Tuberculosis por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15			1								1	
15-24			1									
25-34					1		1		1			1
35-44	1	1								3		
45-54		1							1	1		
55-64	4	2		1		2						1
65 y +	6	5		3	5	5	2	4	3	3	3	
Total	11	9	2	4	7	7	3	5	5	7	4	2

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 16
Distribución defunciones por Secuelas de Tuberculosis por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15			0			0			0
15-24			0			0			0
25-34	1		0		1	0			0
35-44	1	1	2			1		2	0
45-54		1	2			0			2
55-64		3	3	2		2	2		2
65 y +	10	5	15	3	5	8	3	5	8
Total	12	10	22	5	6	11	5	7	12

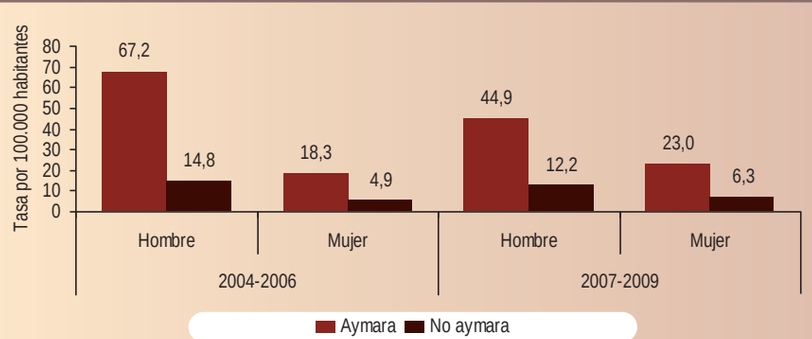
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 17
Distribución defunciones por Secuelas de Tuberculosis por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15												
15-24												
25-34												
35-44			1	1		1						
45-54	1	1										2
55-64		2		1	1		1				2	
65 y +	8	4	2	1	2	3	1	2	2	3	1	2
Total	9	7	3	3	3	4	2	2	2	3	3	4

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 3
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 18
Distribución defunciones por VIH por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15			0		1	1			0
15-24	1		1	1	1	2	2	1	1
25-34	2	6	8	4	3	7	1	3	5
35-44	4	5	9	1	5	6	1	3	4
45-54	2	10	12	2	13	15	2	5	6
55-64		4	4	1	3	4		1	3
65 y +	1	2	3	1	1	2	1	3	4
Total	10	27	37	10	27	37	7	16	23

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 19
Distribución defunciones por VIH por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15						1						
15-24	1				1			1				1
25-34	2	5		1	3	3	1			3	2	
35-44	3	4	1	1		2	1	3		2	1	1
45-54	2	10			1	12	1	1	1	5		
55-64		3		1	1	3			2	1		
65 y +	1	1		1	1	1			1	2		1
Total	9	23	1	4	7	22	3	5	4	13	3	3

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 20
Distribución defunciones por Neoplasias por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15			0	1		1		2	2
15-24	1	1	2		5	5	1	4	5
25-34	1	14	15	3	8	11	2	4	6
35-44	4	22	26	5	17	22	6	12	18
45-54	17	55	72	16	60	76	10	35	45
55-64	24	128	152	19	138	157	15	84	99
65 y +	69	406	475	92	443	535	54	297	351
Total	116	626	742	136	671	807	88	438	526

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 21
Distribución defunciones por Neoplasias por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15					1							2
15-24	1	1				2		3	1	4		
25-34		3	1	11	3	3		5	1	3	1	1
35-44	1	9	3	13	1	6	4	11	3	4	3	8
45-54	4	32	13	23	6	27	10	33	5	18	5	17
55-64	7	74	17	54	10	74	9	64	9	42	6	42
65 y +	37	228	32	178	53	262	39	181	28	172	26	125
Total	50	347	66	279	74	374	62	297	47	243	41	195

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 22
Distribución defunciones por Cáncer de los órganos digestivos por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15									
15-24									
25-34		3	3	1	1	2			
35-44		2	2	2	5	7		4	4
45-54	6	22	28	5	20	25	5	10	15
55-64	8	50	58	5	36	41	6	31	37
65 y +	24	143	167	39	161	200	21	105	126
Total	38	220	258	52	223	275	32	150	182

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 23
Distribución defunciones por Enfermedades de la Sangre por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15	1	1	2		2	2			
15-24									
25-34		1	1						
35-44		1	1	1		1			
45-54					1	1			
55-64					1	1			
65 y +	1	7	8	3	10	13	4	7	11
Total	2	10	12	4	14	18	4	7	11

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 24
Distribución defunciones por Enfermedades Endocrinas por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15		1	1		1	1	1	2	3
15-24									0
25-34		1	1		1	1		1	1
35-44		5	5	1	2	3	1	3	4
45-54	3	10	13		7	7	1	10	11
55-64	3	24	27	4	28	32	2	13	15
65 y +	22	117	139	26	120	146	21	100	121
Total	28	158	186	32	159	190	26	129	155

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 25
Distribución defunciones por Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15				1		1			1	1		1
15-24												
25-34				1				1		1		
35-44		3		2	1	1		1	1	2		1
45-54	2	2	1	8		4		3		6	1	4
55-64	2	10	1	14	2	20	2	8	2	8		5
65 y +	12	59	10	58	12	55	14	65	13	45	8	55
Total	16	74	12	84	15	81	16	78	17	63	9	66

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 26
Distribución defunciones por Diabetes Mellitus por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15							1		1
15-24									
25-34									
35-44		3	3				1	1	2
45-54	1	9	10		6	6	1	6	7
55-64	3	23	26	3	25	28	1	12	13
65 y +	11	87	98	15	93	108	14	73	87
Total	15	122	137	18	124	142	18	92	110

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 27
Distribución defunciones por Diabetes Mellitus por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15									1			
15-24												
25-34												
35-44		2		1					1	1		
45-54	1	2		7		4		2		3	1	3
55-64	2	9	1	14	1	18	2	7	1	7		5
65 y +	7	46	4	41	6	44	9	49	9	32	5	41
Total	10	59	5	63	7	66	11	58	12	43	6	49

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 28
Distribución defunciones por Desnutrición por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15									
15-24									
25-34									
35-44									
45-54	1		1					3	3
55-64					1	1	1	1	2
65 y +	10	25	35	8	19	27	5	22	27
Total	11	25	36	8	20	28	6	26	32

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 29
Distribución defunciones por Desnutrición por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15												
15-24												
25-34												
35-44												
45-54	1									2		1
55-64						1			1	1		
65 y +	5	10	5	15	5	8	3	11	2	11	3	11
Total	6	10	5	15	5	9	3	11	3	14	3	12

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 30
Distribución defunciones por Trastornos Mentales y del Comportamiento por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15									
15-24		1	1						
25-34		1	1				1		1
35-44		1	1		2	2	1	1	2
45-54		2	2		5	5	1	1	2
55-64		3	3	1	4	5		3	3
65 y +	8	39	47	17	55	72	7	33	40
Total	8	47	55	18	66	84	10	38	48

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 31
Distribución defunciones por Trastornos Mentales y del Comportamiento por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15												
15-24		1										
25-34		1							1			
35-44		1				2				1	1	
45-54		2				3		2	1	1		
55-64		2		1		3	1	1		2		1
65 y +	5	14	3	25	9	23	8	32	4	14	3	19
Total	5	21	3	26	9	31	9	35	6	18	4	20

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 32
Distribución defunciones por Trastornos Mentales y del Comportamiento por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)

Causa de muerte	2004-2006			2007-2009		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
Trastornos mentales orgánicos	8	33	41	14	40	54
Esquizofrenia		1	1		3	3
Trastornos mentales psicotrópicos		13	13	3	20	23
Trastornos del humor (afectivos)				1		1
Otras					3	3
Total	8	47	55	18	66	84

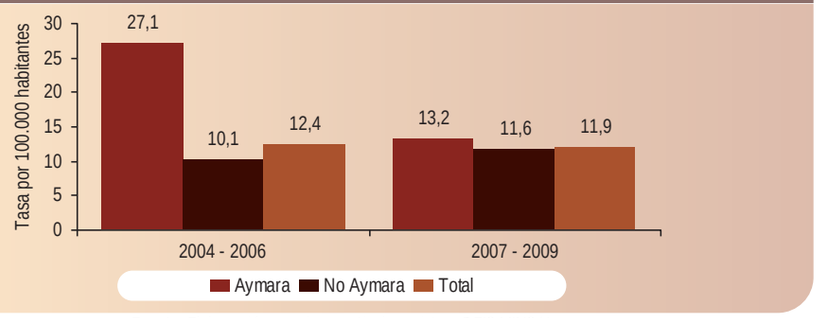
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 33
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Nervioso por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15	5	4	9	2	4	6		1	1
15-24	1	4	5	3	4	7	2	3	5
25-34	2	1	3		2	2		1	1
35-44	2	1	3		3	3	1	5	6
45-54		5	5		5	5	2	3	5
55-64	1	4	5		7	7	1	1	2
65 y +	12	51	63	6	63	69	4	57	61
Total	23	70	93	11	88	99	10	71	81

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 4
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Nervioso en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



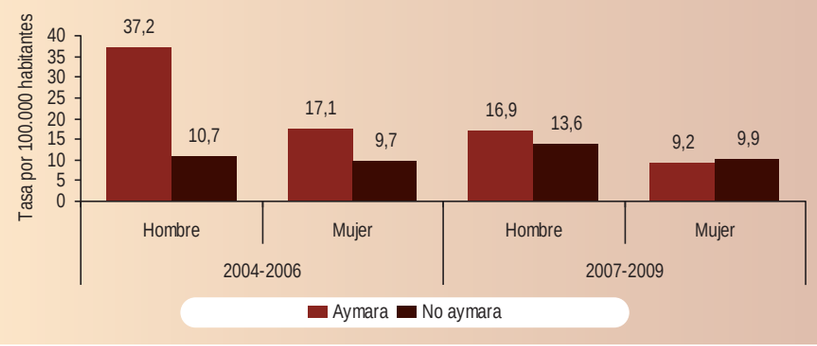
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 34
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Nervioso por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15	5	3		1	2	4						1
15-24	1	1		3	2		1	4	1	2	1	1
25-34	1	1	1			2				1		
35-44		1	2			3			1	5		
45-54		1		4		3		2	2	2		1
55-64		2	1	2		5		2	1	1		
65 y +	7	24	5	27	2	28	4	35	1	26	3	31
Total	14	33	9	37	6	45	5	43	6	37	4	34

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 5
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Nervioso por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 35
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Circulatorio por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15				1		1			0
15-24		2	2	1		1	1		1
25-34	3	6	9		3	3	1	5	6
35-44	7	8	15	2	16	18	2	6	8
45-54	7	36	43	3	37	40	4	19	23
55-64	9	72	81	20	75	95	8	52	60
65 y +	81	476	557	68	441	509	56	312	368
Total	107	600	707	95	572	667	72	394	466

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 36
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Circulatorio por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15							1					
15-24				2	1				1			
25-34	2	4	1	2		1		2	1	2		3
35-44	3	6	4	2	2	8		8	2	5		1
45-54	5	26	2	10	2	23	1	14	3	14	1	5
55-64	6	55	3	17	13	50	7	25	3	36	5	16
65 y +	38	225	43	251	34	225	34	216	28	155	28	157
Total	54	316	53	284	52	307	43	265	38	212	34	182

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 37
Distribución defunciones por Isquemia Cardiaca por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15						0			
15-24						0			
25-34		1	1			0		1	1
35-44	3	2	5	1	3	4	1	4	5
45-54	4	17	21		19	19		7	7
55-64	1	32	33	8	34	42	1	19	20
65 y +	14	133	147	13	111	124	15	82	97
Total	22	185	207	22	167	189	17	113	130

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 38
Distribución defunciones por Isquemia Cardiaca por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15												
15-24												
25-34		1										1
35-44	1	2	2		1	2		1	1	4		
45-54	4	15		2		15		4		5		2
55-64	1	29		3	6	29	2	5	1	15		4
65 y +	10	76	4	57	8	71	5	40	10	55	5	27
Total	16	123	6	62	15	117	7	50	12	79	5	34

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 39
Distribución defunciones por Enfermedades hipertensivas por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15									
15-24									
25-34		1	1						
35-44	1		1		1	1			
45-54		1	1		1	1		1	1
55-64	2	7	9	2	4	6	1	6	7
65 y +	15	76	91	9	56	65	4	53	57
Total	18	85	103	11	62	73	5	60	65

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 40
Distribución defunciones por Enfermedades Hipertensivas por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15												
15-24												
25-34		1										
35-44	1							1				
45-54				1		1				1		
55-64	2	5		2	1	3	1	1		4	1	2
65 y +	5	31	10	45	4	28	5	28	2	17	2	36
Total	8	37	10	48	5	32	6	30	2	22	3	38

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 41
Distribución defunciones por Enfermedades Cerebrovasculares por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15				1		1			
15-24		1	1						
25-34	3	3	6		3	3	1	3	4
35-44	3	2	5		5	5	3	2	2
45-54	3	12	15	1	6	7	4	3	6
55-64	4	20	24	6	16	22	20	13	17
65 y +	32	145	177	26	166	192		77	97
Total	45	183	228	34	196	230	28	98	126

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 42
Distribución defunciones por Enfermedades Cerebrovasculares por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15							1					
15-24				1								
25-34	2	1	1	2		1		2	1	1		2
35-44	1	1	2	1		2		3		1		1
45-54	1	8	2	4		3	1	3	2	2	1	1
55-64	2	13	2	7	3	8	3	8	1	7	3	6
65 y +	14	65	18	80	10	70	16	96	9	39	11	38
Total	20	88	25	95	13	84	21	112	13	50	15	48

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 43
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Respiratorio por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15	1	5	6	3	3	6		2	2
15-24		1	1			0			0
25-34	1	1	2		1	1		1	1
35-44	1	1	2	2	1	3		1	1
45-54	3	5	8	4	7	11		6	6
55-64	3	16	19	5	24	29		12	12
65 y +	41	153	194	36	193	229	33	149	182
Total	50	182	232	50	229	279	33	171	204

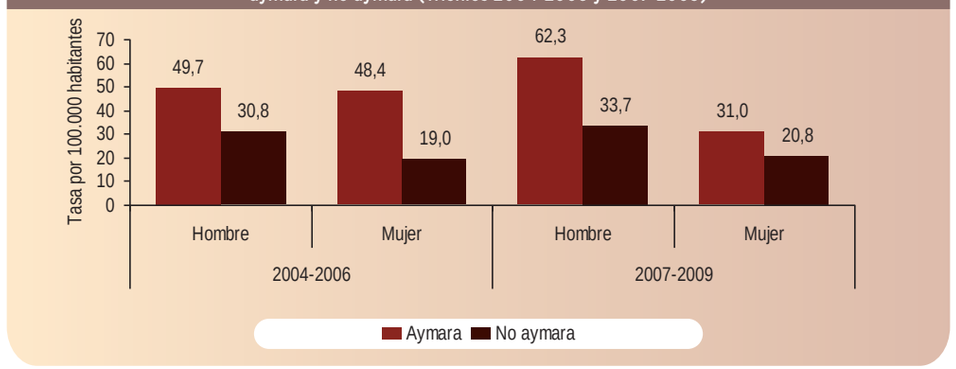
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 44
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Respiratorio por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15		2	1	3	1	3	2					2
15-24		1										
25-34	1	1				1				1		
35-44		1	1		2	1				1		
45-54	2	4	1	1	3	5	1	2		5		1
55-64	1	11	2	5	5	14		10		3		9
65 y +	20	84	21	69	22	103	14	90	14	83	19	66
Total	24	104	26	78	33	127	17	102	14	93	19	78

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 6
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Respiratorio por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 45
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Respiratorio por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Causa específica	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
Influenza (gripe) y neumonía	36,0	27,5	29,3	40,0	32,3	33,7	15,2	27,5	25,5
Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	30,0	45,1	41,8	24,0	35,4	33,3	36,4	34,5	34,8
Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	2,0	2,2	2,2	4,0		0,7		1,8	1,5
Otras enfermedades respiratorias que afectan al intersticio	30,0	18,1	20,7	28,0	26,2	26,5	36,4	24,6	26,5
Otras	2,0	7,1	6,0	4,0	6,1	5,7	12,1	11,7	11,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	50	182	232	50	229	279	33	171	204

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 46
Distribución defunciones por Influenza, gripe y neumonía por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15	1	3	4	3	3	6		1	1
15-24			0			0			0
25-34		1	1		1	1		1	1
35-44			0	2	1	3		1	1
45-54		2	2	3	1	4		1	1
55-64		2	2		6	6		2	2
65 y +	17	42	59	12	62	74	5	41	46
Total	18	50	68	20	74	94	5	47	52

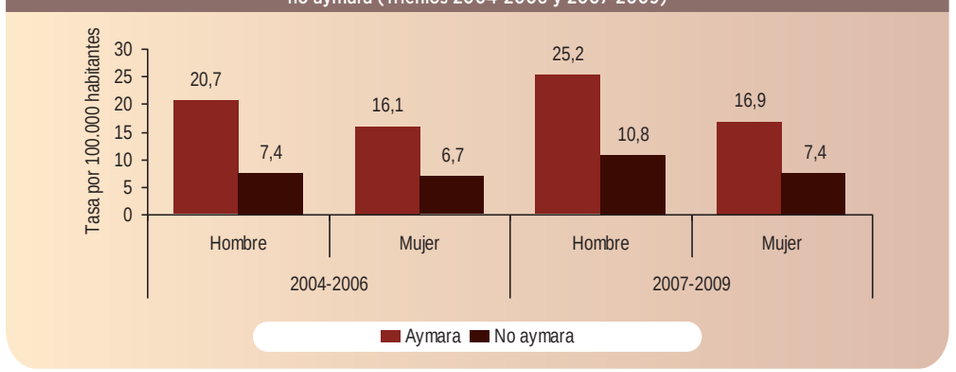
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 47
Distribución defunciones por Influenza (gripe) y neumonía por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15			1	3	1	3	2					1
15-24												
25-34		1				1				1		
35-44					2	1				1		
45-54		2			3	1				1		
55-64		2				5		1		1		1
65 y +	10	20	7	22	6	26	6	36	2	22	3	19
Total	10	25	8	25	12	37	8	37	2	26	3	21

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 7
Tasa ajustada de mortalidad por Influenza (gripe) y neumonía por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 48
Distribución defunciones por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15		1	1						
15-24									
25-34									
35-44	1		1						
45-54	2	1	3		1	1		2	2
55-64		7	7	2	6	8		4	4
65 y +	12	73	85	10	74	84	12	53	65
Total	15	82	97	12	81	93	12	59	71

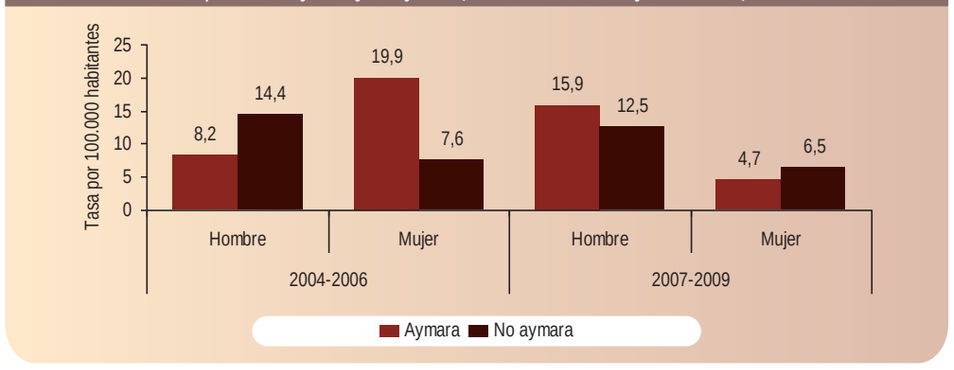
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 49
Distribución defunciones por Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15		1										
15-24												
25-34												
35-44			1									
45-54	1		1	1				1		2		
55-64		5		2	2	4		2				4
65 y +	3	43	9	30	7	45	3	29	6	36	6	17
Total	4	49	11	33	9	49	3	32	6	38	6	21

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 8
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



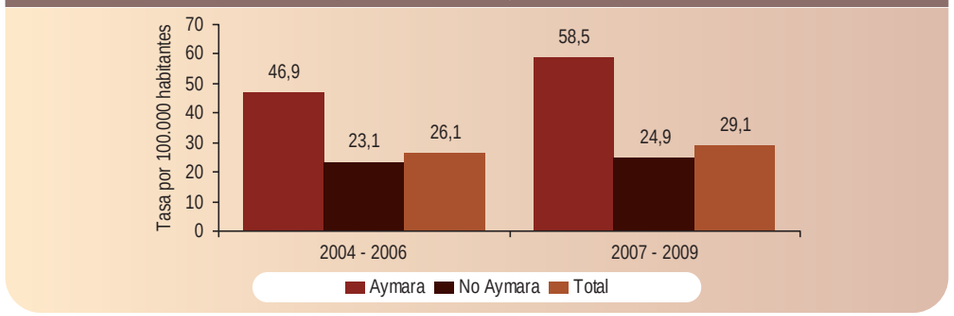
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 50
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Digestivo por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total
	Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado	
<15	1			1								
15-24		1		1					1	2		3
25-34		7		7	1	2		3		1		1
35-44	4	9		13	7	8		15	3	11		14
45-54	8	24		32	7	29		36	6	17		23
55-64	9	31		40	13	49		62	7	30	1	38
65 y +	27	101	1	129	39	123		162	32	87		119
Total	49	173	1	223	67	211		278	49	148	1	198

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 9
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Digestivo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



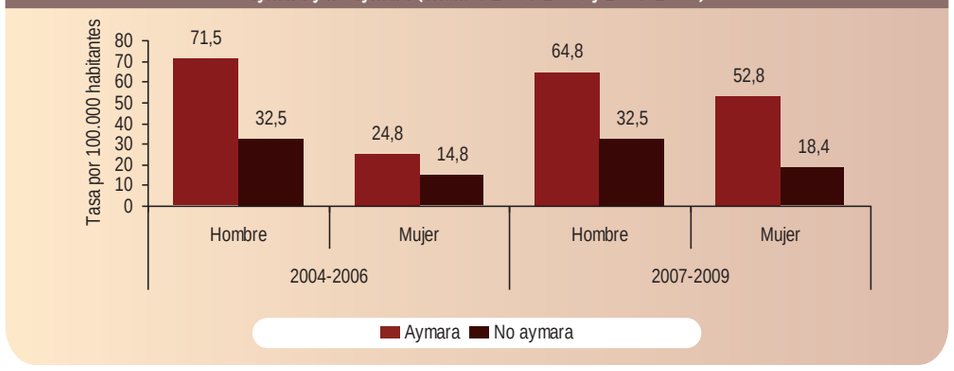
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 51
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Digestivo por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15	1											
15-24		1								1	1	1
25-34		5		2		1	1	1		1		
35-44	4	6		3	4	5	3	3	3	8		3
45-54	7	20	1	4	5	19	2	10	5	9	1	8
55-64	6	21	3	10	9	33	4	16	7	22		8
65 y +	17	59	10	42	17	68	22	55	14	49	18	38
Total	35	112	14	61	35	126	32	85	29	90	20	58

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 10
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Digestivo por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 52
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Digestivo por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Causa específica	2004-2006				2007-2009			2010-2011			
	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia			Total
	Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	Ignorado	
Enfermedades del apéndice	10,2	1,2		3,1	3,0		0,7	2,0	0,7		1,0
Otras enfermedades de los intestinos	10,2	12,7		12,1	9,0	14,2	12,9	10,2	8,1	100,0	9,1
Enfermedades del hígado	61,2	68,2		66,4	67,2	67,3	67,3	63,3	65,5		64,
Vesícula biliar, vías biliares del páncreas	14,3	8,7	100,0	10,3	9,0	9,0	9,0	4,1	10,8		9,1
Otras	4,1	9,2		8,1	11,9	9,5	10,1	20,4	14,9		16,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	49	173	1	223	67	211	278	49	148	1	198

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 53
Distribución defunciones por Enfermedad alcohólica del hígado por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15									
15-24									
25-34		1	1	1		1			
35-44	1	5	6	2	2	4		5	5
45-54	3	8	11	1	11	12	4	6	10
55-64	2	7	9	3	17	20	2	4	6
65 y +	3	23	26	1	17	18	2	6	8
Total	9	44	53	8	47	55	8	21	29

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 54
Distribución defunciones por Enfermedades de la Piel por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15									
15-24									
25-34									
35-44									
45-54									
55-64	1		1		1	1	1		1
65 y +	1	6	7	2	7	9		4	4
Total	2	6	8	2	8	10	1	4	5

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 55
Distribución defunciones por Enfermedades del Sistema Osteomuscular por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15					1	1			
15-24					1	1		1	1
25-34	1		1	1		1			
35-44	3		3	2	1	3			
45-54		2	2	1	2	3	2	1	3
55-64	2	3	5		3	3		2	2
65 y +	2	6	8	1	13	14	2	8	10
Total	8	11	19	5	21	26	4	12	16

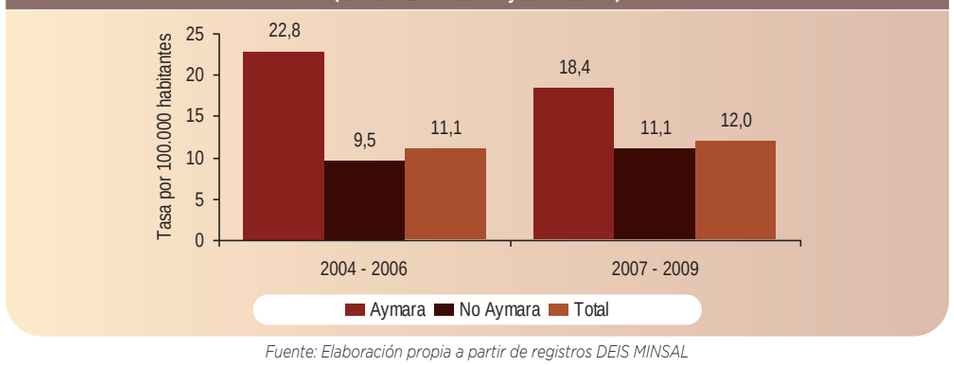
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 56
Distribución defunciones por Enfermedades del Aparato Genitourinario por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15									
15-24									
25-34								1	1
35-44		2	2		2	2		2	2
45-54	2	4	6	1	4	5		2	2
55-64	2	6	8	2	10	12		9	9
65 y +	20	62	82	19	81	100	14	70	84
Total	24	74	98	22	97	119	14	84	98

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 11
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del aparato genitourinario en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



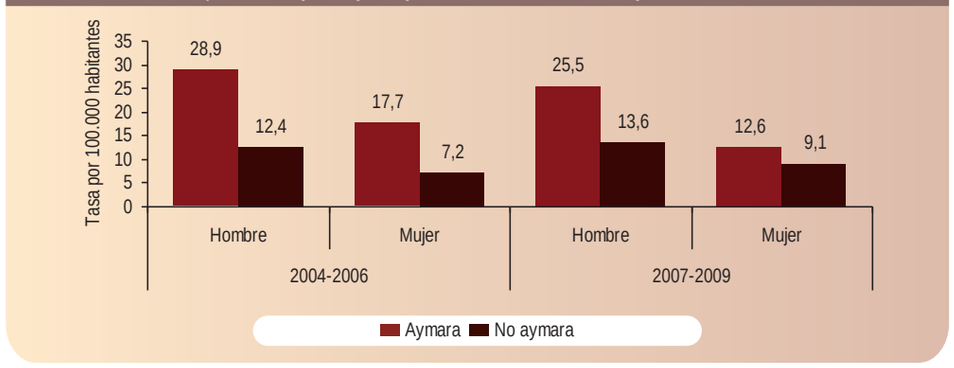
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 57
Distribución defunciones por Enfermedades del Aparato Genitourinario por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15												
15-24												
25-34										1		
35-44		2				1		1		1		1
45-54	1	2	1	2	1	2		2		1		1
55-64		4	2	2		5	2	5		5		4
65 y +	13	35	7	27	13	45	6	36	4	30	10	40
Total	14	43	10	31	14	53	8	44	4	38	10	46

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 12
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Aparato Genitourinario por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



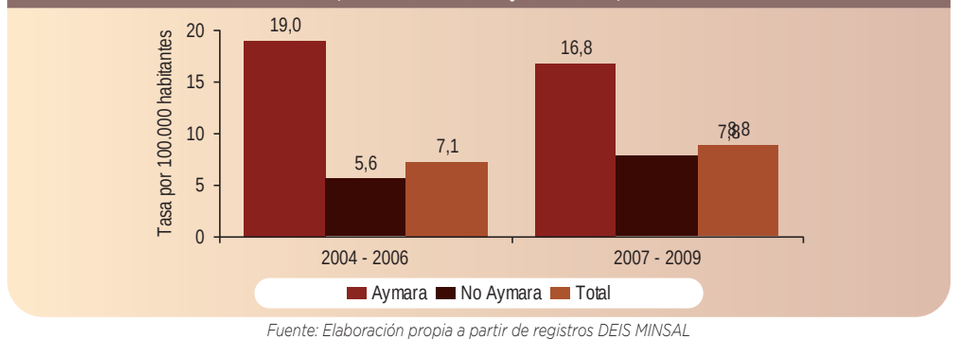
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 58
Distribución defunciones por Enfermedades del Aparato Genitourinario por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Causa específica	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
E. renal tubulointersticial	8,3	8,1	8,2		4,1	3,4	8,3	8,1	8,2
Insuficiencia renal	83,3	58,1	64,3	90,9	70,1	73,9	83,3	58,1	64,3
Otras E. del sistema urinario	4,2	25,7	20,4	4,5	19,6	16,8	4,2	25,7	20,4
E. órganos genitales masculinos	4,2	5,4	5,1	4,5	4,1	4,2	4,2	5,4	5,1
Otras		2,7	2,0		2,1	1,7		2,7	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	24	74	98	22	97	119	24	74	98

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 13
Tasa ajustada de mortalidad por Insuficiencia Renal en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 59
Distribución defunciones por Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15	6	20	26	12	24	36	10	17	27
15-24			0		2	2		1	1
25-34		2	2		1	1			0
35-44			0			0		1	1
45-54			0		1	1	1	2	3
55-64		2	2		1	1		1	1
65 y +		2	2		2	2		1	1
Total	6	26	32	12	31	43	11	23	34

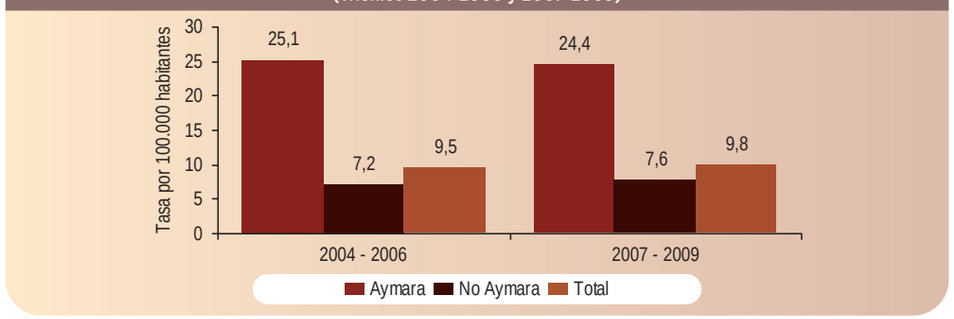
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 60
Distribución defunciones por Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total	Pueblo de pertenencia			Total
	Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado		Aymara	No Aymara	Ignorado	
<15	3			3	2	6		8		1		1
15-24	1			1	1			1	1	5		6
25-34		3		3	1	1		2	1	1		2
35-44	2	7	1	10	1	2		3	1	1		2
45-54		2		2	1	5	1	7		3		3
55-64		3		3	1	5		6	2	2		4
65 y +	17	37		54	18	36		54	18	48		66
Total	23	52	1	76	25	55	1	81	23	61		84

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 14
Tasa ajustada de mortalidad por Causas mal definidas en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



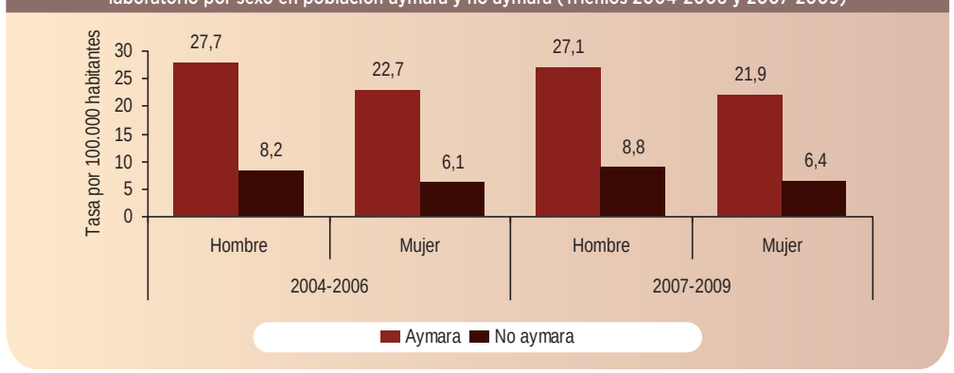
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 61
Distribución defunciones por Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15	2		1		1	4	1	2				1
15-24			1		1					4	1	1
25-34		3				1	1		1			1
35-44	1	5	1	2	1	1		1		1	1	
45-54		2			1	4		1		1		2
55-64		3			1	4		1	2	1		1
65 y +	9	13	8	24	8	14	10	22	8	21	10	27
Total	12	26	11	26	13	28	12	27	11	28	12	33

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 15
Tasa ajustada de mortalidad por Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 62
Distribución defunciones por Causas Externas por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15	3	11	14	3	5	8	7	5	12
15-24	21	22	43	10	29	39	9	24	33
25-34	20	26	46	14	24	39	11	21	32
35-44	9	37	46	18	24	42	5	24	29
45-54	9	19	28	12	26	38	7	29	36
55-64	8	21	29	10	27	37	7	21	28
65 y +	16	49	65	16	57	73	17	36	53
Total	86	185	271	83	192	276	63	160	223

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 63
Distribución defunciones por Causas Externas por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15	2	5	1	6	1	2	2	3	2	1	5	4
15-24	15	18	6	4	10	27		2	7	20	2	4
25-34	17	22	3	4	12	18	2	6	8	17	3	4
35-44	7	32	2	5	16	21	2	3	4	21	1	3
45-54	9	15		4	9	23	3	3	6	25	1	4
55-64	6	17	2	4	6	25	4	2	4	18	3	3
65 y +	11	31	5	18	13	35	3	22	12	27	5	9
Total	67	140	19	45	67	151	16	41	43	129	20	31

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 64
Distribución defunciones por Causas Externas por causa específica de muerte según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Causa específica	2004-2006			2007-2009			
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia			Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	Ignorado	
Accidente transporte terrestre	50,0	32,4	38,0	47,0	33,3		37,3
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	12,8	22,2	19,2	9,6	21,4		17,8
Ahogamiento y sumersión accidentales	10,5	4,3	6,3	13,3	7,8	100,0	9,8
Caídas	8,1	11,4	10,3	3,6	10,9		8,7
Agresiones	4,7	10,8	8,9	8,4	8,3		8,3
Envenenamiento accidental	3,5	1,6	2,2	1,2	3,1		2,5
Exposición a la corriente eléctrica	3,5	2,2	2,6	4,8	2,1		2,9
Otras	7,0	15,1	12,5	12,0	13,0		12,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	86	185	271	83	192	1	276

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 65
Distribución defunciones por Lesiones autoinfligidas intencionalmente por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15			0			0	1		1
15-24	3	6	9		10	10	3	5	8
25-34	4	6	10	4	7	11	3	7	10
35-44	3	12	15	2	10	12		10	10
45-54	1	9	10	1	4	5	1	10	11
55-64		2	2	1	7	8	1	4	5
65 y +		6	6		3	3	1	3	4
Total	11	41	52	8	41	49	10	39	49

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 66
Distribución defunciones por Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15											1	
15-24	3	4		2		10			3	3		2
25-34	4	5		1	4	7			2	5	1	2
35-44	3	10		2	2	9		1		9		1
45-54	1	7		2	1	2		2	1	8		2
55-64		2			1	6		1	1	3		1
65 y +		6				3			1	3		
Total	11	34		7	8	37		4	8	31	2	8

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 67
Distribución defunciones por Agresiones por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15		1	1	1		1			
15-24		1	1		1	1	1	3	4
25-34	3	5	8	4	6	10		5	5
35-44	1	7	8	1	1	2	1	3	4
45-54					6	6			
55-64		4	4	1	2	3		1	1
65 y +		2	2						
Total	4	20	24	7	16	23	2	12	14

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 68
Distribución defunciones por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15		1					1					
15-24		1				1			1	3		
25-34	2	5	1		3	6	1			4		1
35-44	1	6		1	1	1			1	3		
45-54						5		1				
55-64		4			1	2				1		
65 y +		2										
Total	3	19	1	1	5	15	2	1	2	11		1

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 69
Distribución defunciones por Accidentes de Transporte Terrestre por grupos de edad según pueblo de pertenencia (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006			2007-2009			2010-2011		
	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total	Pueblo de pertenencia		Total
	Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara		Aymara	No Aymara	
<15		3	3		2	2	3	2	5
15-24	10	11	21	2	14	16	3	7	10
25-34	11	8	19	3	6	9	5	5	10
35-44	4	9	13	11	9	20	3	3	6
45-54	5	2	7	6	5	11	1	10	11
55-64	5	10	15	6	9	15	3	9	12
65 y +	6	19	25	11	19	30	7	13	20
Total	41	62	103	39	64	103	25	49	74

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 70
Distribución defunciones por Accidentes de Transporte Terrestre por grupos de edad en población aymara y no aymara por sexo (Trienios 2004-2006 y 2007-2009, bienio 2010-2011)

Grupos de edad	2004-2006				2007-2009				2010-2011			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara	Aymara	No Aymara
<15				3		1		1	1		2	2
15-24	6	9	4	2	2	12		2	2	6	1	1
25-34	10	6	1	2	2	3	1	3	4	5	1	
35-44	2	8	2	1	9	7	2	2	2	3	1	
45-54	5	2			4	5	2		1	9		1
55-64	5	7	1	2	3	9	3		1	7	2	2
65 y +	6	12	1	6	8	13	3	6	5	11	2	2
Total	34	44	9	16	28	50	11	14	16	41	9	8

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 71
Distribución casos notificados de ENO por diagnóstico, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)

Diagnóstico	Condición étnica			Total	% Sin
	Sin información	Aymara	No Aymara		
E. infecciosas intestinales		27	57	84	
Infecciones virales del sistema nervioso central		5	17	22	
Zoonosis y vectoriales		35	133	168	
Rubéola		1	4		
Hepatitis vírica	19	116	188	323	5,9
Parotiditis infecciosa	1	30	98	129	0,8
Enfermedades inflamatoria		3	9	12	
Influenza		11	49	60	
VIH	52			52	100,0
ETS	830	19	46	895	92,7
Otras	1	2	7	10	10,0
Total	903	249	608	1760	51,3

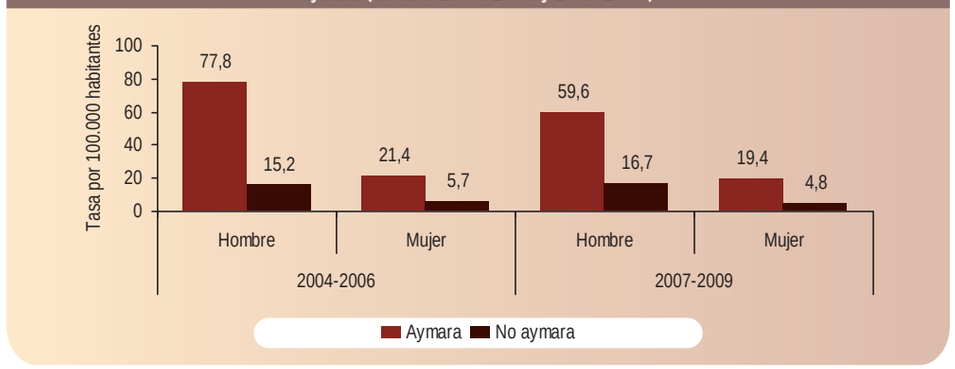
Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 72
Distribución egresos hospitalarios por diagnóstico, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)

Diagnóstico (CIE 10)	Condición étnica			
	Sin información	Aymara	No aymara	Total
E. Infecciosas y parasitarias	1,8	3,1	3,1	3,1
Neoplasias	15,4	7,6	8,0	7,9
E. de la sangre	0,6	0,4	0,4	0,4
E. Endocrinas	26,0	1,5	2,3	2,2
E. del comportamiento	1,8	1,7	2,6	2,4
E. del Sistema Nervioso	0,6	1,2	1,9	1,8
E. del ojo y sus anexos		4,0	4,7	4,6
E. del oído		0,3	0,5	0,5
E. del S. Circulatorio	11,8	3,4	6,5	6,0
E. del S. Respiratorio	3,0	5,5	5,3	5,3
E. del S. Digestivo	5,3	12,8	11,6	11,8
E. de la piel	0,6	1,1	1,3	1,3
E. del S. Osteomuscular	3,6	2,3	3,7	3,4
E. del aparato genitourinario	4,1	7,6	9,6	9,3
Embarazo, parto y puerperio	1,2	28,2	17,9	19,6
Afecciones perinatales		1,5	1,2	1,2
Malformaciones congénitas	2,4	1,3	1,2	1,2
Síntomas y signos	2,4	1,8	2,5	2,4
Causas externas	1,8	10,7	10,9	10,9
F. que influyen en estado de salud	17,8	3,9	4,8	4,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N	169	16295	79969	96433

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Gráfico 16
Tasa ajustada de mortalidad por Accidentes de Transporte por sexo en población aymara y no aymara (Trienios 2004-2006 y 2007-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 73
Distribución egresos hospitalarios por Enfermedades mentales y del comportamiento por diagnóstico específico, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)

Diagnóstico (CIE 10)	Condición étnica			
	Sin información	Aymara	No aymara	Total
Orgánicos		4,9	4,5	4,5
Debidos al consumo psicotrópicos		25,8	26,8	26,7
Esquizofrenia	66,7	32,2	17,9	19,7
T del humor	33,3	19,1	33,0	31,3
T neuróticos		6,4	8,7	8,4
Síndromes de comportamiento		0,7	1,1	1,1
T de comportamiento (adultos)		4,6	4,0	4,1
Retraso mental		3,5	1,8	2,0
T del desarrollo psicológico		2,1	1,3	1,4
T comportamiento (niñez y adolescencia)		0,7	0,9	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N	3	283	2064	2350

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Tabla 74
Distribución relativa egresos hospitalarios por Embarazo, parto y puerperio por diagnóstico específico, según condición étnica (Quinquenio 2006-2010)

Diagnóstico (CIE 10)	Condición étnica			Total
	Sin información	Aymara	No Aymara	
Aborto	0,0	11,6	12,3	12,1
Edema, proteinuria y transtornos hipertensivos	0,0	0,9	1,3	1,2
Otros trastornos del embarazo	50,0	3,6	4,3	4,1
Atención materna relacionada con feto	0,0	7,2	7,7	7,5
Complicaciones trabajo parto y puerperio	50,0	1,7	2,2	2,0
Parto	0,0	73,0	70,0	70,7
Complicaciones de parto y puerperio	0,0	0,7	0,6	0,7
Otras afecciones obstétricas	0,0	1,3	1,6	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N	2	4588	14301	18891

Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL