

## MORTALIDAD EN LA NIÑEZ DE LA POBLACIÓN INDÍGENA VS NO INDÍGENA. VENEZUELA, 2013

Alejandro Rísquez (1), Cruz Cordero (2), José Javier Damas (3),  
Enma Navarro (4), Verónica Nevett (4)

Recibido: 27-06-2018  
Aceptado: 20-11-2018

### RESUMEN

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que mundialmente, los indígenas tienen acceso limitado a la atención sanitaria y la mortalidad infantil indígena es mayor que en los otros grupos socio-étnicos. El objeto del estudio es la comparación entre las muertes de la niñez indígena vs. no indígena (Venezuela 2013). **Metodología:** Estudio epidemiológico comparativo transversal de revisión documental. Fuentes: Anuario de mortalidad oficial (2013) y del Instituto Nacional de Estadística. Se analizan las categorías diagnósticas de defunción según Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE-10, OMS). Variables; Grupo humano, edad y sexo. Distribuciones de frecuencia y medidas absolutas y relativas, Chi-cuadrado ( $\alpha = 0.05$ ), razones con sus intervalos de confianza (95%).

**Resultados:** Los indígenas <15 años representan más de 1/3 de la población (36,8%) y las muertes >25% mientras que los no indígenas son más de 1/4 de la población (27,6%) y solo 8% de las muertes. Mueren más varones que hembras tanto en indígenas (53,3%) como no indígenas (56,9%). Existen grandes diferencias entre los grupos en cuanto a la mortalidad porcentual, las causas y su posición. La mayoría (59,5%) de las defunciones en población indígena fueron debidas a causas exógenas (infecciosas y parasitarias, respiratorias y malnutrición), mientras que en población no indígena predominaron causas endógenas 64,7% (perinatales y malformaciones congénitas).

**Conclusión:** La mortalidad en la niñez indígena es debida a enfermedades infecciosas y desnutrición. Malas condiciones sanitarias, pobreza extrema y poco acceso a la asistencia médica explican la mortalidad indígena preventable y hacen la diferencia con los no indígenas.

**Palabras clave:** Mortalidad, indígena, no indígena, niños, Venezuela

### Childhood mortality of the indigenous population vs. non indigenous. Venezuela, 2013

### SUMMARY

**Introduction:** World Health Organization advises that globally and in Latin American, indigenous people have limited access to health care, and the indigenous maternal and child mortality is higher than in other social ethnic human groups. The object of the study is compare indigenous infant mortality vs. non-indigenous population (Venezuela 2013). **Methodology:** Cross-sectional comparative epidemiological study of document review. Source: Yearbook of mortality of the Ministry of Health and the National Institute of Statistics. Clasification of the diagnostic categories of death were done according to the International Classification of Diseases, World Health Organization WHO, ICD-10). Variables; Human groups, age and sex. Frequency distributions and measures absolute and relative, Chi square ( $\alpha = 0.05$ ), ratio with intervals of confidence (95%). **Results:** Indigenous children < 15 years account for more than 1/3 of the population (36.8%) , with >25% of deaths while non indigenous children represent more than 1/4 of the population (27.6%) and had only 8% of deaths. More males than females in indigenous and non indigenous deaths, 53.3% and 56.9% respectively. There are major differences between the groups in terms of percentage mortality, causes and positioning. The deaths are mostly exogenous 59.5% (infectious and parasitic, respiratory and malnutrition) in indigenous while the non indigenous are endogenous 64.7% (perinatal and congenital malformations). **Discussion:** The indigenous high maternal and child mortality is due to infectious and malnutrition. Inequity in health conditions, extreme poverty and poor access to medical care explain indigenous mortality preventable and make a difference with the no indigenous.

**Key words:** mortality, no indigenous population, indigenous population, children, Venezuela

## INTRODUCCIÓN

La tasa de mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud y social más sensibles y responde de manera fiel y rápido a las políticas sanitarias de un país y a sus cambios económicos. Una de sus grandes ventajas es que permite comparar una población con otra, aún cuando sean de diferente composición demográfica. Para algunos expresa la situación de la salud de un país y es el indicador más sencillo y directo de los cambios rotundos de la economía (1).

- (1) Profesor Titular, Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV
- (2) Médico Salud Pública. Docente. Escuela de Medicina, Núcleo Bolívar, UDO
- (3) Médico Salud Pública. Docente. Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV.
- (4) Estudiantes. Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV.

**Primer Premio Investigación. Modalidad Poster.**

64 Congreso de Pediatría 2018

Los pueblos indígenas representan una rica variedad de culturas, religiones, tradiciones, lenguas e historias, pero siguen estando entre los grupos de población más marginados (Organización Mundial de la Salud, OMS). La población indígena de América Latina alcanza alrededor de 44 millones de personas, pertenecientes a más de 800 pueblos; esto representa aproximadamente el 10% de la población total de la región y el 40% de la población rural de América Latina (2).

Por otra parte, aún dentro del mundo rural, las problemáticas que viven los pueblos que se autoidentifican como indígenas u originarios, suelen ser muy distintas a las de otros actores del entorno rural, pues responden a procesos históricos diferentes en los que su relación con el mundo institucional de los respectivos Estados, su agenda, y reivindicaciones difieren enormemente con las de otros grupo rurales, como por ejemplo, los campesinos (3).

La población indígena venezolana está constituida por más de 724.000 personas, que representan 2,8% de la pobla-

ción total en Venezuela. Con una composición demográfica muy joven, los menores de 15 años son el 36% de la población, en comparación con el grupo no indígena el cual representa 27% (4). Existe predominio del sexo masculino sobre el sexo femenino, el índice de masculinidad para el año 2011 fue de 101,8 hombres por cada 100 mujeres (4). El crecimiento de la población indígena es mucho mayor al de la población criolla o no indígena, la fecundidad de los grupos indígenas para el año 2013 fue 31,82% mayor que en población criolla, con una tasa de fecundidad general de 2,2 y 1,5 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, respectivamente (4).

La mayoría de los 57 pueblos indígenas de Venezuela viven en estados fronterizos del país, con población rural de más del 45% (4). Los estados con mayor población indígena tradicionalmente son Amazonas, Anzoátegui, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas, Sucre y Zulia (4). Algunos grupos indígenas como los Yanomami y los Eñepa son predominantemente rurales, mientras que otras como Guaiqueríes y los Caquetíos son predominantemente urbanos (4). De acuerdo a las declaraciones de etnia del último censo 2011, las principales etnias indígenas venezolanas son los Wayúu/Guajiro (57,1%), los Warao (6,7%), Kariña (4,7%), Pemón (4,1%), Jivi/Guajibo (3,3%), Kumanagoto (2,9%) y Añú/Paraujano (2,9%) (4).

Las condiciones de vida del entorno rural, con pocos servicios sociales como educación y limitado acceso a los programas sanitarios y de salud son características de los pueblos aborígenes (5). Para el año 2000, un estudio realizado evidenció que la tasa de mortalidad infantil de los pueblos indígenas es de 43,2 muertes, versus un 19,7 por cada 1000 nacidos vivos registrados en población no indígena, para una brecha relativa de 2,2 (5). Las mayores proporciones de niños indígenas sin acceso a los sistemas formales de enseñanza en Latinoamérica se encuentran en Venezuela (17,8%), Colombia (17,1%), Costa Rica (14,8%), Guatemala (15,3%), Honduras (14,3%) y Panamá (14,1%) (5).

El estado Amazonas posee la mayor proporción de población indígena y rural de Venezuela (6). Un análisis del año reporta que los principales sanitarios del estado son: déficit de enfermeros, baja cobertura vacunal (menor de 65%), elevada tasa de mortalidad por afecciones del período perinatal (1.066,93 muertes en < 1 año por cada 100.000 nacidos vivos registrados), elevada tasa de mortalidad por VIH/SIDA (6,08 muertes por cada 100.000 habitantes, elevada tasa de mortalidad materna (266,73 muertes por cada 100.000 nacidos vivos registrados), alta incidencia de Malaria (52,22 casos por cada 1.000 habitantes), cumplimiento irregular de abordaje de zonas de difícil acceso geográfico, alto porcentaje de población sin acceso a agua potable y un alto porcentaje de población sin acceso a saneamiento a través de cloacas o pozos (6); esta situación es muy similar a la de otros estados con población indígena (6).

La reciente publicación del anuario de mortalidad del año 2013 por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud

de Venezuela en mayo de 2017, arroja las defunciones y sus causas por sexo, edad y entidad federal de los indígenas venezolanos que son reportadas de forma oficial por primera vez en Venezuela (7).

El objetivo de este estudio fue el análisis de la mortalidad infantil indígena en menores de 15 años por grupos de edad: infantil (menores de 1 año de edad), niñez (de 1 año a 4 años de edad) y escolar de 5 años a 14 años, y compararla con la mortalidad de la población no indígena durante el año 2013, esta última conocida tradicionalmente como criolla o mestiza en Venezuela.

## METODOLOGÍA

Se realizó un análisis secundario, de corte transversal, de los datos publicados en el Anuario de Mortalidad oficial del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela (MPPS) del año 2013. Dicho anuario compila los certificados de defunción producidos a nivel de parroquias, municipios y estados de Venezuela, que son elaborados, distribuidos, llenados, registrados y remitidos según la Norma Técnica número 002 para el año 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela número 397.405 del 31 de Octubre del año 2013 (7). Posteriormente, las causas de muerte son extraídas y presentadas según su distribución en la población por grupos de edades, sexo y ubicación geográfica. Las causas son reportadas según el volumen II de la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (8).

La población estudiada fue toda la población venezolana, tanto indígena como no indígena durante el período comprendido entre el 01/01/2013 hasta 31/12/2013 en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

Se extraen del Anuario de Mortalidad oficial de MPPS para el año 2013, las frecuencias de las muertes en categorías diagnósticas y las principales causas de defunción según el Clasificador Internacional de Enfermedades y Eventos relacionados a la Salud. Las variables a estudiar fueron: grupos humanos (indígenas y no indígenas) y los grupos de edad de los menores de 15 años, clasificados en tres grupos: Mortalidad Infantil (menores de 1 año), Mortalidad de la Niñez (1 a 4 años) y Mortalidad escolar (de 5 a 14 años). Dicha extracción se realizó también por sexo y entidades federales. Para el cálculo de las muertes de la población no indígena, se sustraen las muertes de los indígenas a la muertes de la población general.

Para el cálculo de la población total en Venezuela, se revisaron las estadísticas demográficas del XIV Censo Nacional de Población y Vivienda 2011 del Instituto Nacional de Estadística (INE) y sus proyecciones para Venezuela.

Para el análisis estadístico, se transcribieron los datos extraídos en una hoja de Cálculo de Microsoft Excel®. Se realizó un análisis de dichos datos mediante medidas de fre-

cuencia absolutas (número de muertes) y relativas (porcentaje, porcentaje acumulado, fracciones, razones, tasa por 100.000 habitantes de población de riesgo). Para la comparación entre variables categóricas se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado con alfa 0,05, razones y sus intervalos de confianza al 95%.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se presenta la mortalidad absoluta y relativa en tasas por 100.000 habitantes para la población indígena y la no indígena por estados de Venezuela. Al calcular las tasas de mortalidad indígena de acuerdo al censo de 2011 se encontraron las siguientes cifras: muertes indígenas 1.829 entre la población indígena 724.592 por la constante 1.000 para una tasa de mortalidad ( $\times 1.000$  habs.) 2,52; en los no indígenas con un número de muertes de 147.283 entre la po-

blación total de 25.346.760, se obtuvo una tasa de mortalidad ( $\times 1.000$  habs.) de 4,9. La tasa de mortalidad en los no indígenas duplicó la correspondiente a los indígenas, razón de mortalidad de 1,94; dicha razón fue mayor en los varones que en las hembras; de 2,22 y 1,64 respectivamente; se observó que la diferencia resultó mucho mayor entre los varones que entre las hembras.

Mortalidad indígena porcentual según niños menores de 15 años y adultos

Se observó una gran diferencia porcentual entre los grupos de edad con predominio de los niños en ambos grupos. La mortalidad indígena en menores de 15 años fue de 25,6% mientras que en los no indígenas: 7,6%, es decir la cuarta parte de la mortalidad indígena estuvo en los niños menores de 15 años (Figura 1).

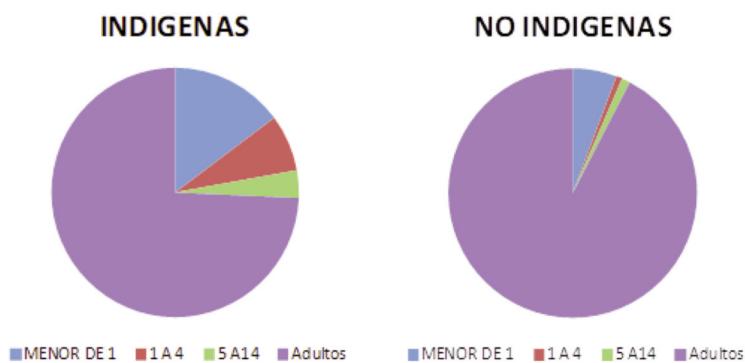
Al extraer la mortalidad infantil en sus grupos de riesgo etario se encontró que la mortalidad porcentual en menores de

**Tabla 1. Número de muertes, población y tasas de mortalidad ( $\times 100.000$  habs.) en la población indígena y no indígena según entidades federales. Venezuela 2013**

Entidades	Muertes indígenas*	Pob. Indígena**	Muertes No indígenas*	Pob. No Indígena**	Tasas Indígenas	Tasas No Indígenas
Zulia	1.164	443.544	18.154	3.043.259	262,4	596,5
Amazonas	314	76.314	339	65.829	411,5	515,0
Delta Amacuro	196	41.543	687	121.909	471,8	563,5
Bolívar	86	54.686	7.371	1.317.592	157,3	559,4
Apure	17	1.559	2.053	430.236	1.090,4	477,2
Anzoátegui	14	33.848	6.159	1.405.170	41,4	438,3
Miranda	10	3.348	16.956	2.483.413	298,7	682,8
Monagas	9	17.898	4.294	872.439	50,3	492,2
Guárico	5	948	4.191	735.812	527,4	569,6
Mérida	3	2.103	4.493	784.816	142,7	572,5
Distrito Capital	2	2.888	13.733	1.808.834	69,3	759,2
Aragua	2	1.453	9.574	1.577.785	137,6	606,8
Carabobo	2	2.198	12.903	2.154.204	91,0	599,0
Trujillo	2	888	3.921	672.928	225,2	582,7
Barinas	1	1.095	4.044	777.421	91,3	520,2
Lara	1	2.112	9.497	1.741.864	47,3	545,2
Yaracuy	1	496	2.518	591.148	201,6	426,0
Cojedes	-	289	1.681	316.169	-	531,7
Falcón	-	1.377	3.822	886.902	-	430,9
Nueva Esparta	-	2.200	2.560	472.482	-	541,8
Portuguesa	-	666	4.329	859.376	-	503,7
Sucre	-	22.213	5.205	864.871	-	601,8
Táchira	-	589	6.551	1.021.100	-	641,6
Vargas	-	336	2.248	339.116	-	662,9
<b>Venezuela</b>	<b>1.829</b>	<b>724.592</b>	<b>147.283</b>	<b>25.346.760</b>	<b>252,4</b>	<b>581,1</b>

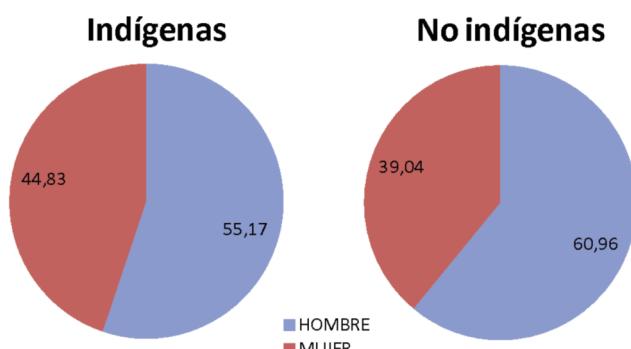
\*Muertes año 2013 y \*\*Habitantes Censo 2011

Fuente: Anuario de Mortalidad de Venezuela 2013. Censo Indígena 2011 del Instituto Nacional de Estadística. (13,4)



**Figura 1. Mortalidad proporcional según niños y adultos, y grupos humanos. Venezuela 2013**

Fuente: Anuario de Mortalidad de Venezuela 2013 (13)



**Figura 2. Mortalidad proporcional según grupos humanos y sexo. Venezuela 2013**

Fuente: Anuario de Mortalidad de Venezuela 2013. (13)

1 año fue 2,57 veces mayor en los indígenas que en los no indígenas; en la niñez (1 a 4 años): 9,1 veces mayor; en los escolares de 5 a 14 años: 3,25 veces más alta también para los indígenas. Por lo tanto, la mortalidad porcentual de los mayores de 15 años y de los adultos fue 1,24 veces mayor en los no indígenas que en los indígenas (Figura 1).

Los menores de 15 años representaron 25,6% del total de la mortalidad indígena; de estos, los menores de un año: 15,36%, más de 2/3; mientras que en el grupo 1-4 años: 7% y los escolares del 3,5%. El comportamiento de la mortalidad porcentual en los no indígenas fue diferente, es notorio que en estos últimos se concentraron las muertes en los menores de 1 año (75,4%), el resto de los grupos de edad representaron el 24,6%. La diferencia porcentual entre los grupos de edad resultó estadísticamente significativa ( $\chi^2=13,19$ , gl=3;  $p=0,0042$ ).

Mortalidad infantil proporcional en menores de 15 años según grupo humano, grupos de edad y sexo

En cuanto al sexo, en ambos grupos humanos y en todos los grupos de edad hubo mayor mortalidad de los varones que de las hembras. La mortalidad de los niños fue mayor que la de las niñas para todos los grupos de edad y humanos. La diferencia de muertes en la población infantil menor de 15 años

entre varones y hembras fue de 261/472 (55,3%) mayor en varones mientras que en la población no indígena fue de 6.408/11.267 (56,9%), diferencia de 1,6% entre los grupos, la cual careció de significación estadística ( $\chi^2=0,1012$ ;  $p=0,75$ ) (Figura 2).

Se encontraron grandes diferencias entre los grupos indígenas y no indígenas en la mortalidad porcentual de los menores de 15 años de edad; así como también en cuanto a las causas o en sus determinantes y a su posición de acuerdo a frecuencia de las categorías diagnósticas en cada grupo humano clasificado por su origen étnico/socio-cultural (Figura 3). Se evidenció que las defunciones en los indígenas, en su mayoría fueron por causas exógenas (59,5%): enfermedades infecciosas y parasitarias, respiratorias y por malnutrición; por lo tanto, modificables o prevenibles con medidas de protección de la salud pública. En el caso de los no indígenas predominaron las causas de muerte endógenas (64,7%): enfermedades perinatales y malformaciones congénitas, más difíciles de modificar con los protocolos disponibles y de bajo costo usados en salud pública, las mismas requieren de mayor medicalización y tecnologías con insumos y medicamentos de alto costo (Figura 3).

En los menores de 1 año las primeras 5 causas de muerte acumularon más del 93% en los indígenas y en los no indígenas el 95%; por lo tanto, se concentraron en un pequeño grupo de categorías diagnósticas y enfermedades (Figura 4). Los indígenas dentro de sus 5 primeras causas, tres eran exógenas: infecciosas y parasitarias, respiratorias y endocrinas, así como también las perinatales y malformaciones; mientras que para los no indígenas, las dos principales eran endógenas: perinatales y malformaciones congénitas y apareció en la tercera posición o puesto dentro de las causas externas. Mas de la mitad de los indígenas menores de 1 año (57,3%), fallecieron por causas exógenas y prevenibles tales como: desnutrición, infecciones, diarreas, parasitos y neumonías, versus solamente el 16,2% en los no indígenas. La mayoría 72,5% de los no indígenas menores de 1 año, la causa de la muerte ocurrió por causas endógenas: sufrimiento fetal, asfixia, y malformaciones congénitas, cuya preventión es mas compleja; por el contrario, estas causas se registraron en el 40% de los indígenas.

Dentro de las causas externas, la mitad de los fallecidos por ahogamiento eran menores de 15 años, generalmente niños de 2-4 años y escolares, en cambio los tres fallecidos por accidentes de tránsito pertenecían al grupo de 10 a 14 años de edad.

Otra causa externa relevante fueron las muertes ocasionadas por animales ponzoñosos ((X20-X21), de las cuales 11 de 68 muertes del total de la población en indígenas, proporción muy alta; sin embargo, no se pudieron clasificar por edad pues no aparecía en el anuario ese nivel de detalle.

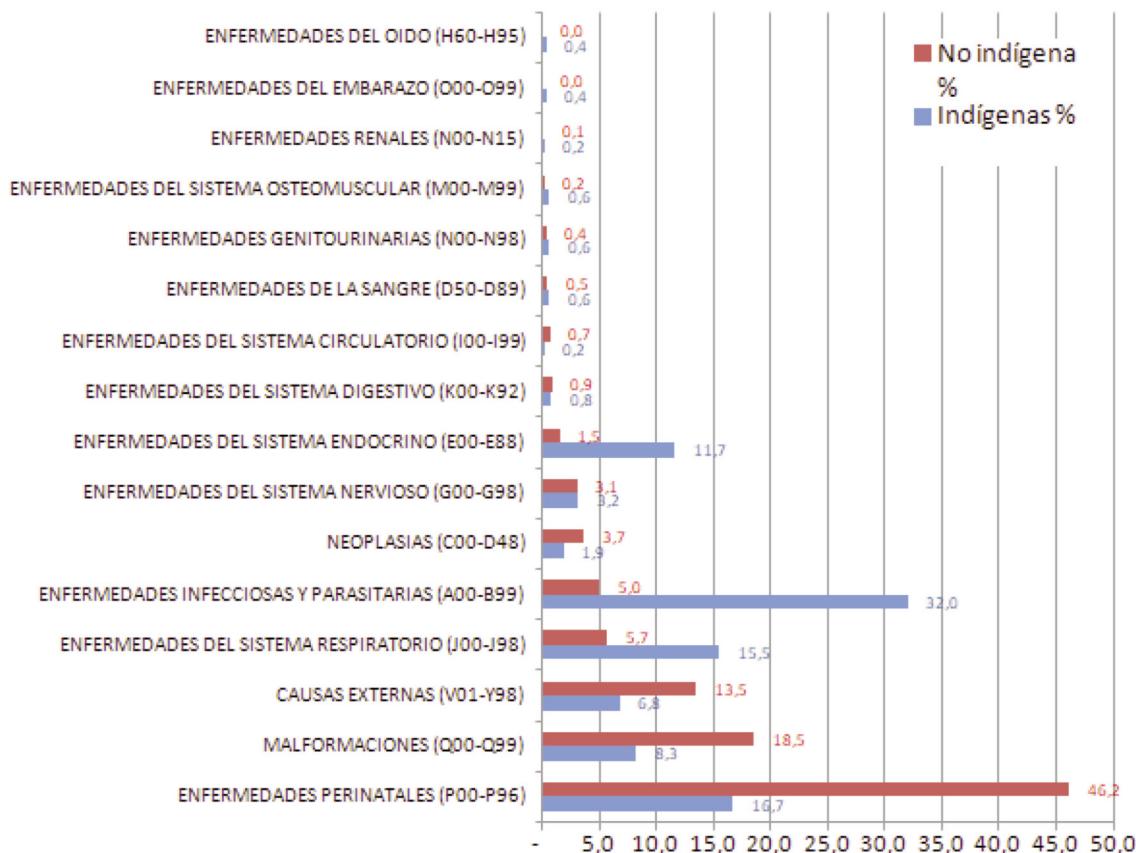


Figura 3. Mortalidad infantil indígena en menores de 15 años y comparación con la no indígena. Venezuela, 2013.

Fuente: MPPS. Anuario de Mortalidad 2013 (13)

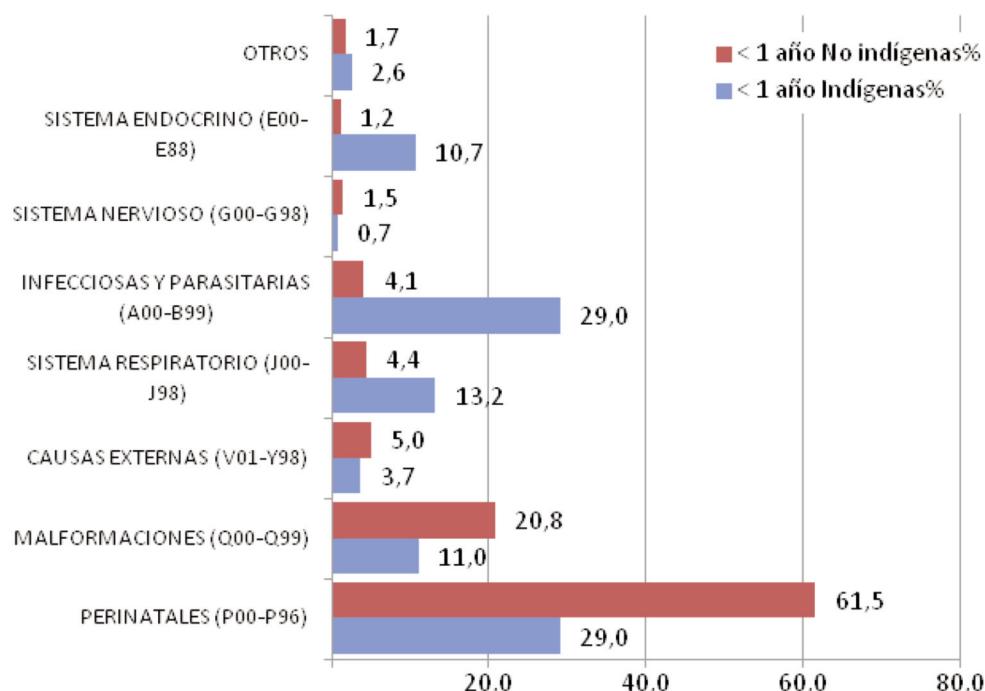
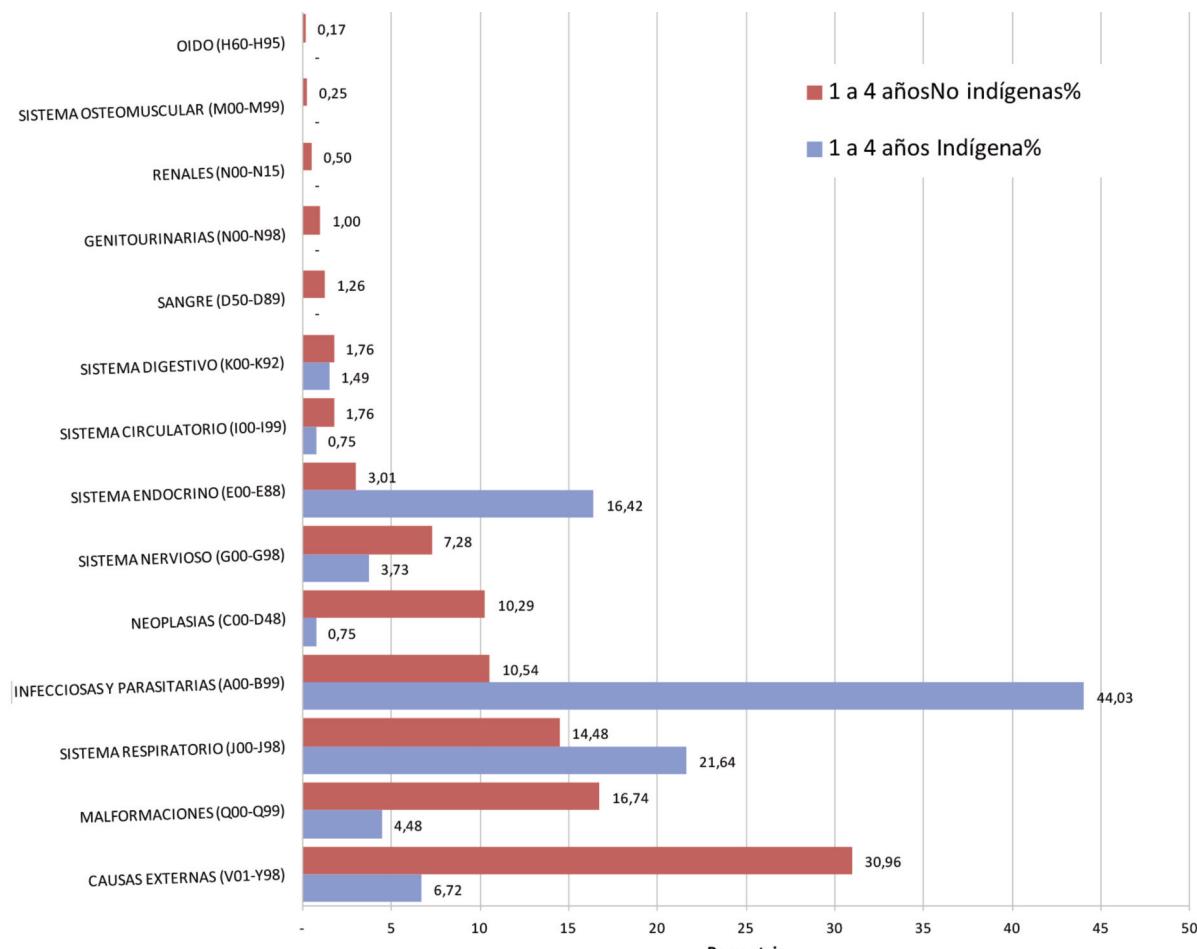


Figura 4. Mortalidad infantil indígena en menores de 1 año y comparación con la no indígena. Venezuela, 2013.

Fuente: MPPS. Anuario de Mortalidad 2013. (13)



**Figura 5. Mortalidad infantil indígena de 1 a 4 años y comparación con la no indígena. Venezuela, 2013.**

Fuente: MPPS. Anuario de Mortalidad 2013. (13)

En cuanto a las defunciones en el grupo de 1 a 4 años (Figura 5), se pudieron observar las siguientes características: a) El orden de las categorías diagnósticas fue absolutamente diferente en los dos tipos de población evaluados; b) La mortalidad indígena se concentró en 9 categorías mientras que en la no indígena se incluyeron 14 categorías; c) Se observó que la población indígena fue más susceptible a causas exógenas, ya que éstas representaron el 82,09% de la mortalidad, mientras que en la población no indígena se redujo al 58,99%; d) Las causas endógenas tuvieron mayor impacto en la población no indígena que en los indígenas.

En relación con el grupo de edad de 5 a 14 años de edad, el rango de categorías diagnósticas fue mayor (13 rubros) a diferencia de lo encontrado en los niños menores de 5 años. Las enfermedades infecciosas y parasitarias junto a las causas externas compartieron el primer lugar con apenas un aproximado del 20% cada una, seguido de las enfermedades del sistema nervioso y respiratorio con 12% aproximado respectivamente y luego las neoplasias y sistema endocrino con 6,0 y 4,5 respectivamente.

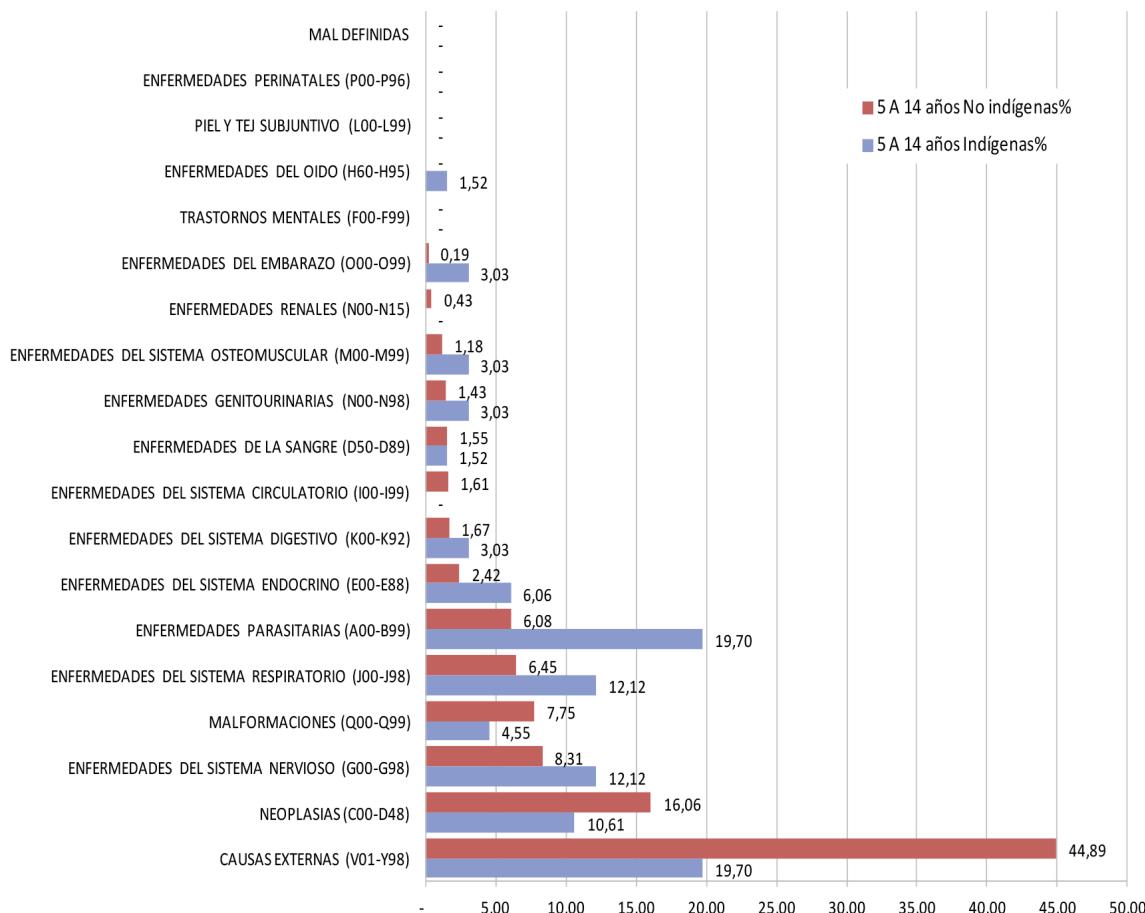
El orden jerárquico de la posición o puestos de las catego-

rías diagnósticas evidencian diferencias importantes entre ambos grupos poblacionales. A pesar de no seguir la misma distribución, ambas poblaciones estaban dispersas en un número casi igual de categorías diagnósticas (Figura 6). La categoría causas externas ocupó el primer lugar en ambas poblaciones; sin embargo, para la población no indígena fue 44,89% y menor en la población indígena (19,70%). El porcentaje de enfermedades infecciosas y parasitarias en la población indígena triplicó las cifras observadas en no indígenas.

## DISCUSIÓN

Los determinantes sociales y económicos de la mortalidad infantil son reconocidos internacionalmente y de vieja data, estudios como los de Behm Lugo reportados en los años 1970 han sido reeditados más recientemente en 2011, por su importancia, relevancia y vigencia para el estudio de poblaciones postergadas o marginadas, o bien llamadas vulnerables como los indígenas o aborígenes (13).

Las poblaciones indígenas han padecido de tasas de mortalidad infantil mucho más elevadas que en las poblaciones

**Figura 6. Mortalidad infantil indígena de 5 a 14 años y comparación con la no indígena. Venezuela, 2013.**

Fuente: MPPS. Anuario de Mortalidad 2013. (13)

no indígenas tanto en el medio urbano como rural, con diferencias entre los grupos que alcanzaban más de 10 a 20 puntos. Muestras de los países latinoamericanos, cifras tan impactantes como en Bolivia para el año 2001 la población indígena 75,9x 1000 NVR, mientras que para los no indígenas 51,9. Para Ecuador (2001) 59,3 y 25,8 respectivamente. En otros países con mejor desarrollo como Costa Rica (2000) las cifras eran 29,0 y 16,5 y para Chile (2002) 20,9 19,9 (14). Colombia, país vecino de Venezuela con características ambientales y étnicas similares, muestra también la predominancia de la mortalidad indígena sobre la criolla o no indígena en varias regiones del territorio (15). En un estudio del mencionado país durante el período 2008-2013, se encontró que la mortalidad de las comunidades indígenas tanto la materna, 4 veces, e infantil, casi 2 veces, superan las de sus coterráneos no indígenas en todas las regiones (16). Venezuela tiene de las más altas tasas de mortalidad indígena en comparación con los no indígenas y la duplica, acompañado de Panamá, Ecuador y Paraguay. En cuanto a la mortalidad, siempre es más alta en las zonas rurales con una brecha entre indígenas y no indígenas del doble (3).

La incorporación y primera presentación oficial de los

datos de las muertes de la población indígena en Venezuela, como parte de la publicación anual oficial de las estadísticas de mortalidad por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud es importante para la salud pública. Los Tablas 47 y 48 del Anuario de Mortalidad del año 2013 constituyen un avance en la identificación y conocimiento de la epidemiología de los pueblos indígenas venezolanos tienen una “perspectiva étnica” tal cual lo menciona en el resumen del Anuario. Se cubren aspectos y características de edad, sexo y entidad federal de las defunciones que permiten hacer análisis más detallados y profundos (17).

Las limitaciones sobre el criterio del auto reconocimiento o auto identificación étnica ha sido cuestionado, sin embargo, es el más aceptado internacionalmente para alcanzar la meta del complejo abordaje del espectro racial/étnico. Se acepta que las estimaciones pueden tener dispersión o falta de precisión en los datos recolectados para la elaboración de las estadísticas no solo para los indígenas sino también para los otros grupos, como son los afrodescendientes (18). La incorporación de los indígenas en las estadísticas de mortalidad puede mejorar o disminuir la invisibilidad de los pueblos indígenas. El subregistro de información epidemiológica se asocia al

déficit de atención de salud en muchas comunidades indígenas que resulta en que no se lleven registros de los hechos vitales (nacimientos y muertes), ni de la morbilidad y la mortalidad, generando las llamadas “zonas de silencio epidemiológico” (12).

Se considera que este primer abordaje clasificatorio en recolección de los datos y presentación de los registros resumidos en el anuario es un esfuerzo firme para lograr un reconocimiento de las diferencias entre los grupos humanos o etnias. El censo indígena venezolano del 2011 y la Encuesta Nacional de Empleo en Zonas Indígenas de México son ejemplos de metodologías que pueden estandarizarse para ser usadas en varios países de la región y tener una visión más integral y experta sobre estas poblaciones (19),

Las altas tasas de mortalidad infantil y materna, así como las enfermedades infecciosas y la desnutrición son comunes en las poblaciones indígenas (20). Las causas más frecuentes de enfermedad grave y muerte en los indígenas son las diarreas infecciosas y las infecciones respiratorias en especial en los más vulnerables como son los niños menores de 2 años y los desnutridos, esta realidad que se reporta en otras regiones se refleja en la mortalidad indígena de la población infantil venezolana (20,21). Las poblaciones indígenas como las de las etnias Añi, Waraos, Wayúu y otras más aisladas como tribus de la etnia Yanomami, Piaroa, Hoti, localizadas en diferentes regiones de Venezuela, han sido estudiadas evidenciando altas tasas de desnutrición en los infantes y menores de 5 años (22-24).

Las condiciones sociales de aislamiento y escasos recursos asistenciales explican en buena parte tal realidad epidemiológica de enfermedades infecciosas y parasitarias como la tuberculosis, el VIH/SIDA, malaria, hepatitis B como de problemas sociales complejos como abandono familiar, destierro, desplazamientos, destrucción del ambiente (tala y quema indiscriminadas), nomadismo, entre otros que dificultan las condiciones de vida del indígena. (25,26).

En algunos grupos indígenas se han evidenciado situaciones de hiperendemicidad para la hepatitis B como en los Yanomamis, donde es la tercera causa de muerte después de la malaria y desnutrición (5,27). Estas altas prevalencias de hepatitis B también han sido reportadas en los pueblos Waraos y Wayúu con cifras que alcanzan hasta el 15% de la población (28).

En el análisis estadístico de los datos documentados se hace evidente que las enfermedades infecciosas y parasitarias son las principales causas de muerte y dentro del espectro resaltan por su relevancia para la salud pública enfermedades de difícil manejo y fácil transmisión por vía sexual como el VIH y la hepatitis B (5). Llama la atención que la malaria no aparece dentro de las principales causas de muerte a pesar de encontrarse una buena proporción de los pueblos indígenas en zonas endémicas de paludismo como los estados al sur del río Orinoco. Este insólito hallazgo amerita una revisión más profunda de las estadísticas y su forma de recolección, para ave-

riguar si se trata de un subregistro o de silencio epidemiológico o de falla diagnóstica o la suma de las anteriores. Reportes publicados por la OMS informan que Venezuela durante el período 2000-2015 fue el único país a escala mundial que aumentó su incidencia de malaria (29). Además, discrepan de las cifras reportadas por el Anuario de Mortalidad del año 2013 sobre las muertes y casos de paludismo, las estimaciones del organismo internacional -autoridad mundial de la salud- señalan que las muertes por malaria para Venezuela en este año estuvieron entre 20 y 350 y a diferencia de las 5 registradas y publicadas oficialmente en el documento señalado.

Las diarreas infecciosas y las neumonías son las causas más frecuentes de muertes infantiles que se asocian a los determinantes sociales que caracterizan las poblaciones indígenas de Venezuela y la mayoría de los países de la región; al comparar con la población no indígena se evidencia que tienen mayor riesgo de morir por estas causas exógenas que son fácilmente prevenibles con recursos mínimos y saneamiento ambiental básico. Las tasas de muertes infantiles por infecciones intestinales, reportadas durante el lapso 1998-2008 en Venezuela, son las más elevadas en los estados con mayor número de pueblos indígenas o fronterizos: Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Zulia, seguidos por Bolívar (30).

Causas muy soterradas propias en las comunidades indígenas tanto urbanas como las rurales, profundizan la complejidad de la problemática y su abordaje por los no indígenas o la cultura dominante. Existe una larga lista de determinantes socio-culturales que se asocian a la transmisión de enfermedades tropicales: la globalización y transculturización de los pueblos indígenas, su visión propia sobre el ámbito salud-enfermedad, las costumbres y el manejo del género, la concepción de la salud de los niños y los ancianos, las costumbres y ritos mágico-religiosos, la medicina tradicional indígena o chamanismo, y su integración con el ambiente físico donde se desarrollan sus actividades más tradicionales (31).

El suicidio está reportado como frecuente dentro de las comunidades indígenas, así como otras formas de violencia, los resultados de esta investigación reflejan estas situaciones dentro de las causas de muertes infantiles, más comunes en los adolescentes, dentro de las causas externas más frecuentes están los ahogamientos relacionados con el modo de vida y el uso cotidiano del transporte fluvial en la mayoría de las etnias rurales como son los estados del sur (Apure, Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro), estudios epidemiológicos sobre los ahogamientos muestran que coinciden con estas entidades federales las muertes por ahogamiento en Venezuela en los años 1997 al 2007 (32).

Las muertes ocasionadas por animales ponzoñosos son frecuentes en el medio rural, así lo reflejan estudios epidemiológicos en Venezuela, donde se reportaron un número considerable de estos accidentes o causas externas en las zonas rurales que superan las registradas en la población no indígena mayoritariamente urbana; entre los grupos de edad más frecuentes se encuentran los escolares de 5 a 9 años (33).

## CONCLUSIONES

Entre la mayoría de las comunidades indígenas venezolanas y las no indígenas existe una gran brecha socio-económica y en las condiciones de vida que se caracterizan en el caso de los indígenas, por vivir en la pobreza, en áreas más remotas o marginales urbanas con poco acceso a la asistencia médica, educación y a los programas sanitarios básicos de saneamiento ambiental y servicios públicos; esto determina o explica la carga proporcional de enfermedades infecciosas y parasitarias y malnutrición en la mortalidad de los más vulnerables, los menores de 15 años. Los cambios y programas de ayuda al indígena no parecen haber logrado un impacto positivo importante sobre los indicadores de salud tan sensibles como son las causas de mortalidad infantil en infantes, niños y adolescentes. Por lo tanto, la desigualdad social y sanitaria se mantiene en las poblaciones originarias más vulnerables y posiblemente aumente al considerar la gran crisis económica y social que estalló en Venezuela desde el año 2013.

## LIMITACIONES

La revisión de las tasas es un indicador esencial de la epidemiología por su valor como medida de cambio y para el estudio de poblaciones y sus factores como grupos étnicos, edad, sexo y procedencia, en relación con un tiempo determinado en general se usa el lapso de un año. Para la obtención de una tasa o razón determinada es necesario tener datos confiables, tanto el numerador, en el caso que nos convoca las defunciones o muertes como en el denominador el grupo de riesgo o población bien sea la población indígena y la no indígena para un tiempo determinado el año 2013 (9,10).

La estimación de las tasas o razones de mortalidad de la población indígena revela dificultades técnicas por la poca confiabilidad de los datos en cuanto a la cantidad, pero no la calidad de los Certificados de Defunción. (11, 12).

El objetivo de estimar las tasas o razones de mortalidad infantil de la población indígena no es posible por las siguientes razones que se exponen a continuación:

1. El numerador, es decir, las defunciones de los indígenas no están registradas en todas las entidades del país como se observa en el Tabla 1. de acuerdo al Censo del año 2011 la población indígena se distribuye en todas las entidades del país y se observa cómo en algunas entidades no aparecen muertes de indígenas como en los estados Sucre, Cojedes, Nueva Esparta, Portuguesa y otros 7 donde existen indígenas.
2. El denominador extraído del Censo Indígena depende de lo que se llama el “autorreconocimiento étnico” es decir, se consideró indígena a toda persona que se declaró como tal, por lo tanto, podría existir alguna desviación con lo que consideran sus representantes o familiares a la hora del reconocimiento del fallecido y su registro en el Certificado de Defunción.

3. Se observa que las tasas de defunción son casi el doble para los No indígenas 581,1 x 100.000 habitantes que para los Indígenas 252,4 x 100.000 habitantes; situación muy discrepante con estudios locales con seguimiento de las cohortes poblacionales, en particular la infantil.
4. Es muy probable que la definición de indígena no se aplicó en Certificados de Defunción por falta de reconocimiento o definición de grupos por parte de los familiares y médicos responsables por su llenado, especialmente en los estados o entidades que no son tradicionalmente indígenas.
5. El subregistro natural por la lejanía a los centros de salud y poblados por tratarse de poblaciones indígenas en áreas remotas y muy alejadas que no reportan las muertes y no se realizan los certificados de defunción.
6. Para el Censo Indígenas del 2011 se realizaron operativos especiales para estas zonas de difícil acceso por vías terrestres, aéreas y acuáticas, remotas y muy alejadas por lo que se logró alcanzar los habitantes. Para el registro de la defunción no se realizan operativos especiales.

Por lo antes expuesto, se consideran las tasas de mortalidad de los indígenas poco confiables por problemas con el numerador y por lo tanto, se trabajó con la mortalidad proporcional o porcentual y así, evitar el sesgo de selección y de observación al clasificar los certificados de defunción o por la definición de los grupos humanos.

## REFERENCIAS

1. Croce N. El gasto en salud y su impacto en la situación de la salud en Venezuela. En: L. Echezuría, M. Fernández M, A. Rísquez, A. Rodríguez-Morales (editores). Temas de Epidemiología y Salud Pública. Primera edición. Ediciones de la Biblioteca EBUC. Caracas 2013, pp. 131-133.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud de los pueblos indígenas. Nota descriptiva N°326, Octubre de 2007.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos. Naciones Unidas, New York, NY 2010. [serie de internet]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3798-mortalidad-infantil-la-ninez-pueblos-indigenas-afrodescendientes-america-latina> [citado 11 abril 2018].
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). La población indígena de Venezuela. Censo 2011, República Bolivariana de Venezuela 2013. [serie de internet]. Disponible en: [http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com\\_content&view=article&id=648%3A2014-03-11-19-01-12&catid=149%3Ademograficos&Itemid=2](http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=648%3A2014-03-11-19-01-12&catid=149%3Ademograficos&Itemid=2) [citado 11 abril 2018].
5. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Los Pueblos Indígenas y las Políticas Públicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe: Una visión regional. New York, NY 2015. [serie de internet]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4828s.pdf> [citado 9 abril 2018].
6. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Análisis de Situación de Salud Estado Amazonas, Puerto Ayacucho, Estado Amazonas 2014.

7. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad 2013. Cuadros 47-48. pp 411-425. Caracas 2015. [serie de internet]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/publicaciones/documentos-oficiales/anuario-mortalidad-2013> [citado 11 abril 2018]. /.
8. Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC. Cuarta reimpresión 1997.
9. Echezuría L, Fernández M, Rísquez A. Fundamentos de investigación epidemiológica y la metodología epidemiológica. A. Rodríguez-Morales. Temas de Epidemiología y Salud Pública. Primera edición. Ediciones de la Biblioteca EBUC, Caracas 2013, pp. 332-333.
10. Elandt-Johnson R. La definición de tasas: Algunas precisiones acerca de su correcta e incorrecta utilización. Salud pública Méx. [serie de Internet]; 39(5): 474-479. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036-36341997000500011&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036-36341997000500011&lng=en). Fecha de consulta: 31 mayo 2017]
11. Mather CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Org 2005; 83 (3) : 171-177.
12. Aimé T. Visibilizando la situación de salud de los pueblos indígenas de Venezuela. Observatorio de Ecología Política de Venezuela. Disponible en: [http://www.ecopoliticavenezuela.org/2018/03/06/visibilizando-la-situacion-salud-los-pueblos-indigenas-venezuela/#\\_ednref2](http://www.ecopoliticavenezuela.org/2018/03/06/visibilizando-la-situacion-salud-los-pueblos-indigenas-venezuela/#_ednref2). Fecha de consulta:31 mayo 2017.
13. Behm H. Social and economic determinants of mortality in Latin America. Salud colectiva.; 7(2): 231-253. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652011000200014&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000200014&lng=es). Fecha de consulta: 12 abril, 2018.
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población. Notas de población año XXXI, N° 79, Santiago de Chile. 2005. Disponible en: <https://www.cepal.org/celade/migracion/imila/> Fecha de consulta: 31 mayo, 2017
15. Piñeros-Petersen M, Ruiz-Salguero M. Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia. Salud Pública de México1998;40: 324-329.
16. Tovar FA, Hernández JM, Bello AH. Desigualdades en la mortalidad materna y neonatal en Colombia. 2008-2013. Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en: <file:///C:/Users/alejandro/Downloads/53.Oral.Lnea4.FredyCamelo-Tovar.pdf>, Fecha de consulta: 31 mayo, 2018
17. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad 2013. Cuadros 47-48. Pag 4. Caracas – Venezuela. Diciembre, 2015.
18. Del Popolo F. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina CEPAL – Colección Documentos de proyectos. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3616/S2008122\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3616/S2008122_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Fecha de consulta: 9 abril, 2018
19. Hall G, Patrinos HA. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/pueblosindigenaspobreza\\_resumen\\_es.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/pueblosindigenaspobreza_resumen_es.pdf) Fecha de consulta: 9 abril, 2018
20. Villalba JA, Liu Y, Alvarez MK, Calderon L, Canache M, Cardenas G, et al. Low Child Survival .Index in a Multi-dimensional Poor Amerindian Population in Venezuela. PLoS ONE 8. 2013; (12): e85638. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085638>. Fecha de consulta: 9 abril, 2018
21. Gracey, M, King, M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. The Lancet 2009;374 :65–75.
22. Villalobos, D., García, D., Bravo, A. Situación nutricional de niños indígenas de la etnia Añú de la laguna de Sinamaica del estado Zulia, Venezuela. Antropo 2016;33: 39-50. Disponible en: <http://www.didac.edu.ve/antropo>. Fecha de consulta: 31 mayo, 2017
23. Villalobos-Colina D, Marrufo-Torres L, Bravo-Henriquez A. Situación Nutricional y Patrones Alimentarios de Niños Indígenas en Edad Escolar de la Etnia Wayuú. Antropo 2012; 28, 87-95. Disponible en: <http://www.didac.edu.ve/antropo>. Fecha de consulta: 31 mayo, 2018
24. Bello LJ. La situación de los pueblos indígenas aislados o con poco contacto en Venezuela. Informe IWGIA 2010. Agencia de Cooperación Española, AECID. 48 p. Disponible en: [https://www.iwgia.org/images/publications/0271\\_EB-INFORME\\_8\\_good.pdf](https://www.iwgia.org/images/publications/0271_EB-INFORME_8_good.pdf). Fecha de consulta: 9 de abril de 2018
25. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: determinants and disease patterns. The Lancet; 374:76–85.
26. Fernández de Larrea C, Fandiño C, López D, del Nogal B, Rodríguez N, Convit J et al. Tuberculosis en Menores de 15 años en la Población Warao de Venezuela. Invest Clín 2002; 43(1):35-48.
27. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Los Pueblos Indígenas y las Políticas Públicas de Seguridad Alimentaria y la Nutricional en América Latina y el Caribe. Una visión regional. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4678s.pdf>. Fecha de consulta: 9 de abril de 2018.
28. Rísquez A, Echezuría L. Epidemiología de las Hepatitis virales A y B. Departamento de Pedernales, Estado Delta Amacuro. Venezuela 1994. VIII Congreso Latinoamericano de Infectología Pediátrica y III Congreso Venezolano de Infectología “Dr. Raul Istoriz”. Resumen de Ponencias. Caracas 1997.
29. World Health Organization. Malaria World Report. Geneva 2016. Disponible en: <https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/en/>. Fecha de consulta: 31 mayo, 2018
30. Rísquez-Parra A, Mosquera C, Ochoa K, Di Giacomo Z, Mata A, Mezzoni M, et al. Mortalidad infantil por enfermedades infecciosas intestinales en Venezuela, 1996-2008. Rev Med Risaralda 2011; 17 (2): 77 - 84
31. Botto-Abella C, Graterol-Mendoza B. Globalización y transmisión de enfermedades tropicales. Cad. Saude Pública, Rio de Janeiro 2007; 23 Supl. 1: S51-S63.
32. Madrid C, Maldonado MH, Rísquez Parra A, Rodriguez-Morales A. Epidemiology of drowning deaths in Venezuela, 1996-2007. Presentado en el XIV congreso de Enfermedades Infecciosas, Marzo 2010.
33. Parra L, Peña J, Rísquez Parra A, Echezuria L, Rodriguez-Morales A. Trends in fatal snakebites in Venezuela, 2003-2007. Presentado en el XIV congreso de Enfermedades Infecciosas. Caracas, Marzo 2010.