



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**DIAGNÓSTICO DE SALUD REGIÓN DEL MAULE CON ENFOQUE DE
DETERMINANTES SOCIALES**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO
DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA**

**AUTORA: VERÓNICA ARANTZAZU CASTILLO FUENZALIDA
PROFESOR GUIA: ODONT. DR. LUIS ALEJANDRO POBLETE NORAMBUENA**

TALCA-CHILE

2021

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2022

DEDICATORIA

*“Nunca me dejarás, tu amor me sostendrá, junto a mí estarás y por siempre brillarás.
Vives en mí”*

A mi amado Tata: José Fuenzalida, quien desde el momento en que llegué a este mundo me amo sin poner condiciones, quien fue capaz de cultivar el amor día tras día dejando parte de él en mí, por enseñarme tantos valores y que el amor de Dios es inmenso incluso en los peores momentos. Contigo conocí el amor de un Tata único y diferente a cualquier otro, ese que eligió amarme y convertirme en la luz de sus ojos. No hay sentimiento o palabras para describir lo inmensamente agradecida que estoy si no fuera por ti y mi mami, no sería la persona que soy.

Lamentablemente hoy no estás para celebrar juntos mis triunfos, pero no tengo duda de que donde estés, eres feliz y estas orgulloso de mi. Y así como en vida me cuidaste y protegiste, sé que ahora seguirás haciéndolo, me harás falta por siempre, pero todo tu amor lo llevo en mi corazón.

Te amo.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá: M^o Victoria Fuenzalida, ya son 22 años desde que nací e incluso desde antes ya estabas buscando maneras de brindarme lo mejor, te esforzaste día a día para que nada me faltará, postergándote en reiteradas ocasiones. Eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, te amo y no va a haber manera de devolverte tanto que me has dado de ti. Esta memoria es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a duda ha sido en gran parte gracias a ti; no sé en donde me encontraría de no ser por tus ayudas, tu compañía, y tu amor. A mi papá: Cristian Castillo quien de una manera particular y especial me otorgo su apoyo en cada una de las etapas vividas hasta este momento. A mi querida tía: Rossana Fuenzalida y abuela: Ismaela Nuñez por regalarme su apoyo y afecto durante toda mi vida.

A mis leales y bondadosas amigas: Tiara Araya y Javiera Lineros, me siento muy afortunada de coincidir con cada una de ustedes, fueron un apoyo fundamental en la realización de este trabajo, gracias por sus palabras de aliento y por muchas veces dedicar parte de su tiempo para socorrerme con mis dudas y/o problemas, parte de esto no hubiera sido posible sin su compañía, las quiero un montón.

INDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	11
Objetivo general:.....	11
Objetivos específicos:	11
METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA.....	12
MARCO TEORICO	13
1-PRIMERA PARTE.....	19
1.1- Territorio y demografía.	19
1.2- Población total.....	20
1.3- Población según sexo y grupos de edad Región del Maule	20
2-SEGUNDA PARTE:	22
2.1- Determinantes Socioeconómicos	22
2.1.1- Pobreza e ingreso	22
2.2- Ruralidad y etnia.....	24
2.2.1 – Ruralidad.....	24
2.2.2 – Etnia	26
2.2.3- Migración.....	27
2.2.3.1 – Población extranjera y su distribución en la Región del Maule.	28
2.2.3.2- Visas Otorgadas.....	32
2.2.3.3- Permanencia definitiva.....	36
2.2.3.4- Refugio.....	39
2.3- Nivel educacional y ocupación	42
2.4- Vivienda y saneamiento habitacional	45

2.4.1- Vivienda	45
2.4.2- Saneamiento e higiene.....	48
3-TERCERA PARTE:	48
3.1- Factores conductuales	48
3.2 - Factores Psicosociales y redes de apoyo	54
4-CUARTA PARTE: INDICADORES DE SALUD	55
4.1- Enfermedades transmisibles.....	55
4.2- Enfermedades no transmisibles.....	58
4.3- Natalidad.....	58
4.4- Mortalidad.....	59
5-QUINTA PARTE: SISTEMA DE SALUD	60
5.1 Previsión de salud.....	61
5.2 Red de salud	64
5.2.1- Establecimientos.....	64
5.2.2- Personal	67
5.2.3- Atenciones médicas.....	67
CONCLUSIONES	69
REFERENCIAS	74

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud, Tomada de Hernadez,J. (2017).....	16
Figura 2: Mapa Región del Maule. Tomada de Trekkingchile (2019)	19
Figura 3: Pirámide poblacional Región del Maule.....	21
Figura 4: Pirámide de la población extranjera residente en la Región del Maule, estimada al 31 de diciembre, años 2018 - 2019	30
Figura 5: Número de Visas otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según año.....	33
Figura 6: Número de permanencias definitivas otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según año.....	37
Figura 7: Organización sistema de salud previsional de Chile, tomado de Maureira, M. (2019)	63
Tabla 1: Población según sexo y grupos de edad.....	20
Tabla 2: Resumen criterios de ingreso por hogar en la Región del Maule y a nivel nacional.	24
Tabla 3: Composición de la población indígena según pueblo año 2017.....	27
Tabla 4: Distribución porcentual de la población extranjera residente en la Región del Maule según país, estimada al 31 de diciembre, años 2018 – 2019.....	31
Tabla 5: Número de Visas otorgadas entre los 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según rango etario y sexo.....	34

Tabla 6: Número de Visas Otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según país.	35
Tabla 7 :Número de Visas Otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según provincia.....	36
Tabla 8: Número de Permanencias definitivas otorgadas entre los 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según rango etario y sexo.....	37
Tabla 9: Número de Permanencias Definitivas Otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según país.	38
Tabla 10: Número de Permanencias Otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según provincia.....	39
Tabla 11: Número de solicitudes de refugio entre los años 2015 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule.....	40
Tabla 12: Número de solicitudes rechazadas entre los años 2016 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule.....	41
Tabla 13: Construcción de índice de materialidad de la vivienda	46
. Tabla 14 : Prevalencia de consumo de alcohol. Región del Maule, 2018.....	49
Tabla 15: Evolución de prevalencia de embriaguez en total de la población y último mes, según sexo. Región del Maule, 2018.	50
Tabla 16: Prevalencia de consumo de Tabaco. Región del Maule, 2018	50
Tabla 17: Prevalencia de consumo de marihuana. Región del Maule, 2018.....	51
Tabla 18:Prevalencia de consumo de cocaína. Región del Maule, 2018.....	52
Tabla 19: Enfermedades transmisibles de vigilancia en Chile para la región del Maule año 2019.....	57

Tabla 20: Requisitos para ser parte de la previsión social CAPREDENA y DIPRECA	62
Tabla 21: Establecimientos de Salud Servicio de Salud Maule Diciembre 2017.	64
Tabla 22: Dotación de Camas Hospitalarias según nivel de complejidad Servicio de Salud Maule diciembre 2017.	66
Tabla 23: Funcionarios por Hospitales y Dirección de Servicio de Salud, Región del Maule, diciembre 2017.	67

RESUMEN

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y hace algunos años lo es en Chile hasta la actualidad. Esta Revisión se sitúa en el área de las Políticas Públicas en Chile, particularmente en el área de la Salud y en las diferentes relaciones que tienen con el estado de bienestar de la población chilena, explorando nuevos factores que son derivados del ya conocido proceso Salud – Enfermedad. Específicamente, interesa indagar acerca del diagnóstico regional de la Región del Maule, con influencia de los determinantes sociales primarios y secundarios en salud, considerando sus 4 provincias y 30 comunas. Preexisten varios factores que conducen a diferencias en el acceso y uso del sistema de salud, lo que genera desigualdades en la promoción de la salud y la posibilidad de recuperación y supervivencia después de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el diagnóstico regional y los determinantes sociales con variables demográficas, étnicas, migratorias, psicosociales, educacionales, socioeconómicas, entre otras, presentes durante el último periodo.

Palabras claves: determinantes sociales, salud, desigualdad, sistema de salud, factores.

INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (1). Adicionalmente se involucran los siguientes aspectos: biología, genética, vida personal, geografía, sociedad, medio ambiente, nutrición, economía, trabajo, cultura, valores, educación, salud e incluso la religión puede determinar cómo se abarca el proceso de una enfermedad. Así mismo hay un factor clave que es el estilo de vida y los factores de riesgos que se encuentran asociado a estos.

Los determinantes sociales de la salud, en su conjunto, resuelven los elementos que tratan de explicar las desigualdades presentes en salud, que se evidencian en las diferentes clases de la sociedad, factores que se relacionan con las diferentes posibilidades que poseen las personas de desarrollarse y de tener una buena salud. Estas desigualdades se observan en las condiciones de vida de los niños, la asistencia a la escuela, la naturaleza del empleo, las condiciones de trabajo, lugar de residencia, etnia y las características físicas. Además del entorno construido y calidad medioambiental donde vive la población. Las condiciones nombradas anteriormente varían para cada grupo social, haciéndolos más o menos vulnerables a la enfermedad dependiendo del estrato social en que se encuentre. La estratificación social también crea brecha en el sistema de salud y en su uso, lo que genera desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las oportunidades de recuperación y supervivencia en el proceso de salud – enfermedad.

Aprender y comprender los determinantes sociales como componentes predictores de la accesibilidad y calidad de la salud en poblaciones estipuladas, permite la generación de

dictámenes que pueden brindar los elementos necesarios, para formular políticas y planes públicos buscando así un bien común, esforzándose por desempeñar el mejor papel en cada política sanitaria.

Esta actualización bibliográfica se ubica en el campo de las políticas públicas en Chile, especialmente en el área de la salud y en su componente de evaluación y diagnóstico en la población chilena. Específicamente, interesa indagar el impacto de los determinantes sociales en salud tanto en los estilos de vida y en el acceso a salud de la población de la región de Maule.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Actualizar el diagnóstico de salud regional, con enfoque de determinantes sociales en la Región del Maule.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar territorial y demográficamente la Región del Maule.
2. Identificar las determinantes sociales de la Región del Maule, en determinantes sociales estructurales y material de vida.
3. Comparar la situación de salud de la Región del Maule en los últimos 5 años.

METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

Se realizó una revisión bibliográfica entre 2015 y 2020, con el fin de identificar aquellos datos clave para la comprensión de términos como para la pesquisa de cifras actuales que respondan a cada una de las temáticas dictaminadas. Para la búsqueda realizada se consultaron base de datos internacionales como Scielo, Elsevier y PubMed, mientras que a nivel nacional se examinaron bases de datos de institucionales tales como Anuario Estadístico, Ministerio de salud (MINSAL), Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Desarrollo social y familia (MDS), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)

Para ser incluidos estos artículos debían cumplir con los siguientes discernimientos, presentar en su contenido términos de búsqueda como: determinantes sociales, determinantes sociales estructurales, material de vida, diagnóstico de salud, población región del Maule, vivienda, ruralidad, nivel educacional, nivel socioeconómico, adicciones, enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles. Además, era requisito excluyente para los datos cuantitativos que debían tener origen Nacional y apuntar a la Región del Maule. Las fuentes que se analizaron se encasillan como revisiones bibliográficas, publicaciones en revistas científicas, artículos electrónicos y encuestas.

MARCO TEORICO

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones de nacimiento, crecimiento, vida, trabajo, edad y el sistema sanitario al que pertenecen las personas. A su vez, estas condiciones están influenciadas por fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas más amplias.

En lo que refiere al estudio de los determinantes ha sido un proceso evolutivo, en donde a lo largo de los años se han ido implementando diferentes modelos en salud, bajo los cuales se establecían los estudios para la evaluación y método de trabajo en una población en cuestión.

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan salud, sin embargo, recién a partir de los años 70 se conocen como “determinantes”(2). A medida que transcurrían los años 70, Marc Lalonde, el cual trabajaba en el ministerio de salud y bienestar de Canadá, comenzó a cuestionar y por tanto comienza a crear un nuevo modelo basándose en que la salud y/o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, de hecho enfatizaba que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen marcadamente socioeconómico (3).

Posteriormente en el año 1974 ocurre la publicación de su artículo "Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los canadienses," documento que se conoce como "The Lalonde Report" El que plantea ver las determinantes sociales bajo 4 grandes categorías: medio ambiente, estilo de vida, biología humana y servicios de atención (4).

Lo que corresponde al medio ambiente refiere a todos aquellos factores relacionados con la salud, que se encuentran fuera del cuerpo humano y que por consiguiente las personas tienen poco o nada que puedan controlar. Las personas por sí solas no pueden garantizar la

seguridad o la pureza de algunos elementos, tales como alimentos, cosméticos, equipos, el suministro de agua, contaminación, por mencionar algunos. En cuanto al estilo de vida simboliza las decisiones o acciones tomadas por individuos por y para su propia salud. Desde una perspectiva de salud, malas decisiones y hábitos aumentan los riesgos personales en cada individuo. Cuando estos riesgos causan enfermedad o muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a esto. En cuanto a la biología incluye a todos los datos relacionados con la salud debido a la biología, incluida la parte física como mental, y la biología pasa a ser la base del hombre y la composición orgánica de los individuos, en donde tiene que incluir la herencia genética, el proceso de maduración y envejecimiento. Considerando la complejidad del cuerpo humano, la biología puede afectar la salud de diversas y graves formas. Finalmente, lo que acontece a los servicios de salud, incluye la práctica de medicina y enfermería, hospitales, residencias, medicamentos, servicios públicos comunitarios, servicios de salud, ambulancia y otros servicios médicos.

En el año 1991, Dahlgren y Whitehead, propusieron otro modelo según el cual los determinantes de salud se distribuyen en capas, de la más interna o cercana al individuo a la más externa, con interacciones entre los distintos niveles. Esta influencia se realiza sobre todo desde fuera hacia dentro (5).

En la parte central, identificaron factores relacionados con las personas, que inicialmente no cambiaron, como la edad, el sexo o los factores genéticos. Alrededor del segundo nivel se encuentran los comportamientos relacionados con la salud, como comer, hacer ejercicio o beber o fumar. En el tercer nivel aparecen las relaciones interpersonales y el apoyo social entre personas. En el cuarto nivel, incluidas las condiciones de vida y de trabajo y el acceso a bienes y servicios básicos (como el sistema de salud), estas condiciones limitan la posibilidad de que las personas mantengan la salud. Finalmente, muestra las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y ambientales más generales, que determinan la configuración de los determinantes sociales antes mencionados. Estos niveles están interrelacionados y finalmente afectan la salud de las personas y las comunidades, regulando así el nivel de salud que las personas pueden alcanzar. Las personas con condiciones

económicas desfavorables o falta de apoyo social tienden a mostrar una mayor incidencia de comportamientos poco saludables, y las condiciones de vivienda, ambientales e infraestructura limitan las posibilidades de las personas de obtener un estilo de vida saludable.

En el año 2008 surge el modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cual es jerarquizado y distingue al menos tres determinantes subsumidos uno en el otro: el determinante estructural dado por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros; el determinante intermedio está dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar, laboral o social de la persona, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades; por ejemplo, los servicios de Salud constituyen un determinante intermedio. Los determinantes proximales están representados por factores de riesgo individuales, como morbilidad potencial, edad, carga genética, género y raza. Sin embargo, categorías como el género también pueden ser determinantes estructurales, siempre que cambien la condición social de una persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y uso de los servicios de salud (6), lo anterior se ilustra en la figura 1.

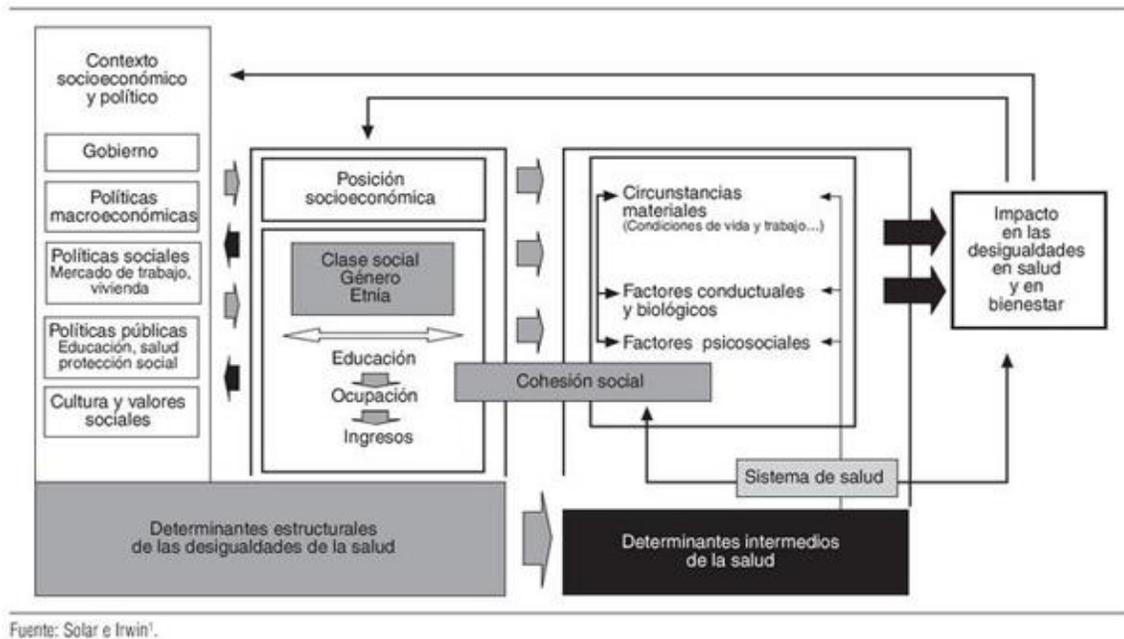


Figura 1: Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud, Tomada de Hernandez,J. (2017)

El modelo de determinantes sociales de la OMS es explicativo e interpretativo en cuanto al proceso de salud-enfermedad, lo que significa que no solo tiene como objetivo buscar la causalidad, sino que también tiene como fin permitir que las personas vean y expliquen las desigualdades en la calidad de vida y la salud de las personas y a su vez generar una orientación a las soluciones de los problemas de iniquidades que se encuentren expuestos en cada caso.

A modo de explicación es necesario entender 3 grandes factores de este modelo. El primero se refiere al Contexto socioeconómico y político, este abarca a los factores estructurales del sistema social que afectarán seriamente la estructura social.

Incluye los siguientes aspectos:

- a) Gobierno general, es decir, tradición política, transparencia y corrupción, poder de los sindicatos, entre otros.

- b) Políticas macroeconómicas, tales como políticas fiscales o políticas que regulan el mercado laboral.
- c) Influir en el mercado laboral, el estado de bienestar y políticas sociales para la asignación de tierras y viviendas.
- d) Otras políticas públicas (educación, salud, etc.).
- e) Valores sociales y culturales, como el valor de la salud y los servicios de salud para la sociedad.

El segundo alude a la posición socioeconómica, en este tema también se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres y las personas de raza blanca (7). Últimamente, el tercero apunta a los determinantes intermedios o factores intermediarios, en los que la estructura social va a determinar la desigualdad de los factores intermedios, que a su vez determina la desigualdad en salud. Estos factores son:

- a) Entorno físico, como vivienda, nivel de ingresos, condiciones de trabajo o zona residencial
- b) Condiciones psicosociales, como falta de apoyo social, situaciones estresantes (acontecimientos vitales negativos), control ineficaz, etc.
- c) Factores conductuales y biológicos, como daños a estilos de vida saludables.
- d) El sistema de salud, porque, aunque los servicios de salud tienen un pequeño impacto en la desigualdad en salud, el acceso a estas enfermedades es raro y la menor calidad de salud proviene de una salud más débil. Las personas de clases sociales bajas son una violación de los derechos humanos.

Finalmente hace algunos años se comenzó a presentar un nuevo modelo que es el histórico-social o de determinación social, en el cual, "no es suficiente con describir las profundas desigualdades sociales y sanitarias, sino que es indispensable develar las raíces de tales desigualdades". En este modelo se cuestiona el "reducir" el concepto de "determinantes estructurales" a la noción de "causas de las causas". Así mismo se pone de presente la no "crítica del sistema social de mercado como estructura de propiedad, con sus procesos de generación y reproducción de la explotación humana y de la naturaleza (8).

Todos estos modelos mencionados anteriormente han permitido que a lo largo del tiempo se haya generado el concepto y el contexto sobre que son los determinantes sociales en salud, además de cuan importantes son para entender las desigualdades sociales que afectan el proceso de la salud y enfermedad en las personas.

Con respecto a Chile, en este sentido, la actual política de salud del país incorpora los conceptos de promoción de la salud y determinantes sociales, y se apega a los lineamientos generales de la (OMS), especialmente determinados por la comisión especializada en determinantes.

Así, es como Chile asume el Modelo de Determinantes en Salud que postula la Comisión del mismo nombre de la OMS en el año 2005. Este Modelo incorpora elementos relevantes a considerar como factores asociados y predictores en la adopción de estilos de vida promotores de salud: al contexto social, la estratificación social, la vulnerabilidad diferencial y los sistemas de salud (9).

El Ministerio de Salud de Chile enfrenta grandes desafíos a través de su compromiso con el diseño de políticas públicas de salud para la década 2011-2020, enfocándose en formular metas estratégicas que consideren específicamente a los determinantes sociales como un referente para entender la generación y formas de desigualdad en salud.

1-PRIMERA PARTE

1.1- Territorio y demografía.

La región del Maule se encuentra ubicada en la zona central de Chile, limita al norte con la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, al sur con la Región de Ñuble, al este con la República Argentina y al oeste con el océano Pacífico. El nombre de la región proviene del río Maule, cuya cuenca ocupa gran parte de la superficie regional (10).

La división político-administrativa regional se estructura en 4 provincias: Talca, Curicó, Linares y Cauquenes. Siendo Talca la capital regional, además cuenta con 30 comunas en su distribución, lo anterior es posible visualizarlo en la figura 2. La región cuenta con una superficie total de 30.296,1 km², con una población de 1.044.950 habitantes según el censo abreviado del 2017.

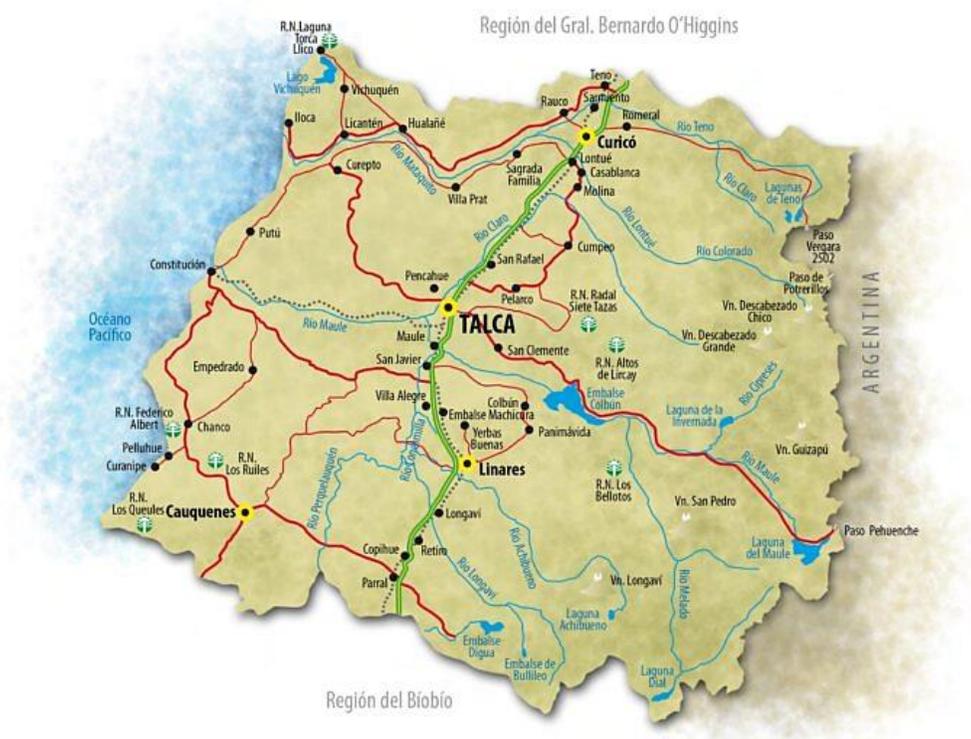


Figura 2: Mapa Región del Maule. Tomada de Trekkingchile (2019)

1.2- Población total

La población nacional para el 2017 según el CENSO del mismo año corresponde a la cantidad de 17.574.003 habitantes en Chile (11), en lo que refiere para la región del Maule hay una población total de 1.044.950, dividiéndose en las 4 provincias de la siguiente manera: Talca: 412.769; Curicó: 288.880; Linares: 286.361 y Cauquenes: 56.940 habitantes.

1.3- Población según sexo y grupos de edad Región del Maule

La distribución por sexo corresponde la mayoría al sexo femenino con una cantidad de 533.326 de mujeres mientras que la cantidad de hombres corresponde a 511.624, por otra parte, en lo que corresponde a la distribución por grupo etario, un 20,4% tienen menos de 15 años, un 41,9% tiene entre 15 a 44 años, un 25,4% tiene de 45 a 64 años, lo anterior se observa en la tabla 1.

Tabla 1: Población según sexo y grupos de edad

GRUPOS DE EDAD (años)	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
0 - 4	69.928	6,7	35.362	6,9	34.566	6,5
5 - 9	72.842	7,0	37.273	7,3	35.569	6,7
10 - 14	70.515	6,7	36.209	7,1	34.306	6,4
15 - 19	72.927	7,0	37.144	7,3	35.783	6,7
20 - 24	74.879	7,2	36.747	7,2	38.132	7,1
25 - 29	79.743	7,6	38.885	7,6	40.858	7,7
30 - 34	69.562	6,7	33.648	6,6	35.914	6,7
35 - 39	68.569	6,6	32.911	6,4	35.658	6,7
40 - 44	72.101	6,9	35.047	6,9	37.054	6,9
45 - 49	70.963	6,8	34.123	6,7	36.840	6,9
50 - 54	74.827	7,2	36.502	7,1	38.325	7,2
55 - 59	65.054	6,2	31.688	6,2	33.366	6,3
60 - 64	54.470	5,2	26.571	5,2	27.899	5,2
65 - 69	42.921	4,1	20.954	4,1	21.967	4,1
70 - 74	33.518	3,2	16.078	3,1	17.440	3,3
75 - 79	23.571	2,3	10.904	2,1	12.667	2,4
80 y más	28.560	2,7	11.578	2,3	16.982	3,2
TOTAL	1.044.950	100,0	511.624	100,0	533.326	100,0

Fuente: INE Población año 2017 corresponde a resultados CENSO 2017

En conjunto estos antecedentes datan de un proceso de envejecimiento de la población en la región, la cual deriva de la transición demográfica avanzada en la que se encuentra el país, lo anterior se puede observar en la figura 3 que corresponde a la pirámide de población de la región del Maule para el año 2017.

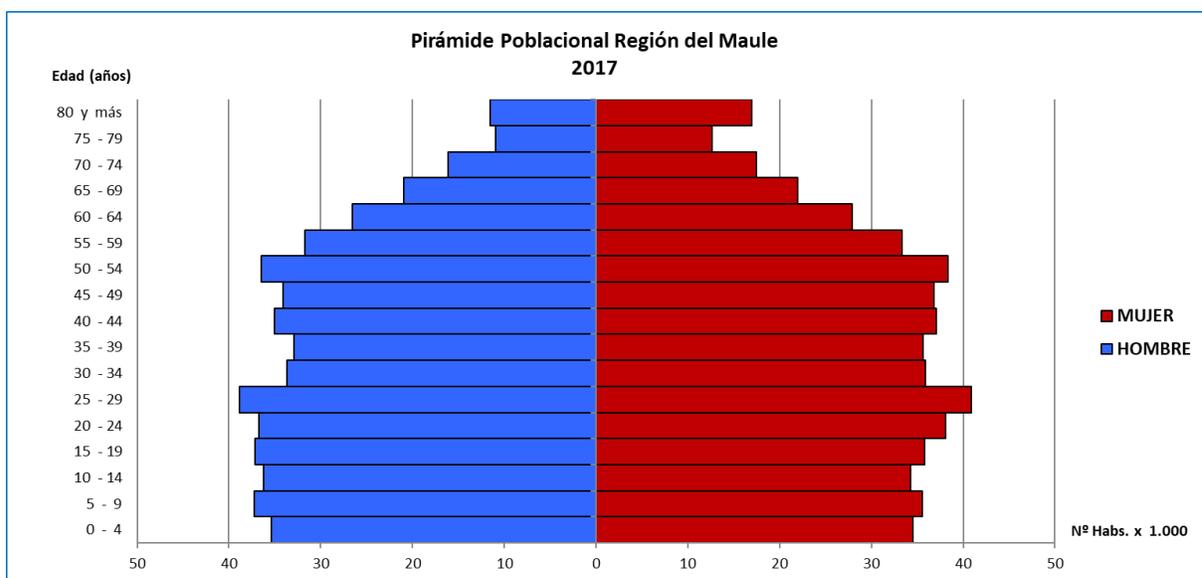


Figura 3: Pirámide poblacional Región del Maule.

Fuente: INE (www.ine.cl). Población año 2017 corresponde a resultados CENSO 2017

El índice de envejecimiento se define como el cociente entre los mayores de 65 años y la población menor de 20 años. Este índice representa la proporción de los más ancianos, 85 y más años sobre la población de 65 y más años, para el CENSO 2017 el índice de vejez para la región es de un 60,3.

2-SEGUNDA PARTE:

2.1- Determinantes Socioeconómicos

2.1.1- Pobreza e ingreso

Según datos estimados y otorgados por el Ministerio de Desarrollo Social 2018, el porcentaje de personas en estado de pobreza corresponde a un 12,7%, mientras que las personas en estado de pobreza extrema corresponden a un 3,0%. Por otra parte, según estos mismos datos entregados en la Región del Maule existe un 4,33% de personas indígenas en estado de pobreza.

Desde la encuesta CASEN del año 2013, el Ministerio de Desarrollo Social implemento una nueva metodología para medir la situación de pobreza en el país, el cual ha sido denominado Índice de Pobreza Multidimensional (IPM). Este índice es una herramienta analítica para identificar a las personas más vulnerables, mostrar los aspectos en los que se ven privados y, en consecuencia, orientar los recursos y diseñar políticas de manera eficiente (12) . Según los datos estimados por la encuesta CASEN 2017 el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) es de un 22,5% para la Región del Maule.

En cuanto a los ingresos de los hogares de la región, hay que tener en cuenta que estos pueden ser interpretados desde distintas variables. En primera instancia se encuentra el Ingreso del trabajo promedio del hogar, el cual corresponde a los ingresos que obtienen todos los miembros del hogar, excluido el servicio doméstico puertas adentro, en su ocupación por concepto de sueldos y salarios, monetarios y en especies, ganancias provenientes del trabajo independiente y la auto provisión de bienes producidos por el hogar. Además, está el Ingreso autónomo promedio mensual del hogar, el cual corresponde a la suma de todos los pagos que

reciben todos los miembros del hogar, excluido el servicio doméstico puertas adentro, provenientes tanto del trabajo como de la propiedad de los activos. Estos incluyen sueldos y salarios, monetarios y en especies, ganancias provenientes del trabajo independiente, la auto provisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, dividendos y retiro de utilidades, jubilaciones, pensiones o montepíos, y transferencias corrientes. Y finalmente se encuentran los Subsidios monetarios, los cuales atañen a todos los aportes en dinero que reciben del Estado, a través de los programas sociales, todos los miembros del hogar, excluido el servicio doméstico puertas adentro (13).

Para la región del Maule según los antecedentes transmitidos por la CASEN 2017, el ingreso del trabajo promedio del hogar es de \$531.345, mientras que el ingreso autónomo promedio mensual del hogar corresponde a \$624.447, los subsidios monetarios promedios recibidos en los hogares es de \$42.091. Finalmente, los ingresos monetarios promedios del hogar son de \$666.538. Siendo este dato la suma de los ingresos autónomos y los subsidios monetarios percibidos por todos los miembros del hogar, excluido el servicio doméstico puertas adentro.

Adicionalmente en la tabla 2 se pueden apreciar los datos correspondientes a la Región del Maule.

Tabla 2: Resumen criterios de ingreso por hogar en la Región del Maule y a nivel nacional.

Criterio	Región del Maule	Chile
Ingreso del trabajo promedio por hogar	\$531.345	\$776.999
Ingreso autónomo promedio por hogar	\$624.447	\$915.484
Subsidios monetarios promedio por hogar	\$42.091	\$31.113
Ingreso monetario promedio por hogar	\$666.538	\$946.597

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. en base a datos Encuesta CASEN 2017.

En materia de desigualdad en la Región, la distribución de ingresos monetarios de la población determina un coeficiente de Gini de 0,44%. El coeficiente de Gini es un índice de desigualdad que muestra cuánto se aleja la distribución de los ingresos respecto a una situación de perfecta igualdad, y cuyo valor se sitúa en el rango (0-1). Toma valor 0 cuando no existe desigualdad de ingresos, es decir, todos los hogares tienen el mismo nivel de ingresos; y, valor 1, cuando existe máxima desigualdad, es decir, todo el ingreso se concentra en un hogar (13)

2.2- Ruralidad y etnia

2.2.1 – Ruralidad

La ruralidad ha sido un término que ha sufrido modificaciones en su entendimiento en las últimas décadas. Una de su primera acepción, que es la más banal y ampliamente difundida, hace referencia a la ruralidad como todos los hechos y fenómenos relativos que se suceden en áreas de baja densidad de población vinculada a la producción de bienes primarios o

agropecuarios (14). Esta definición hace alusión a un concepto estático y tiene un fuerte carácter demográfico y espacial. Desde otra perspectiva, se tiene otro significado, el cual define a la ruralidad como la forma de relación que se establece entre la sociedad y los espacios rurales y a partir de la cual se construye el sentido social de lo rural, la identidad y se moviliza el patrimonio de dichos espacios.

Hoy todos tienen celular, televisión y viven a treinta minutos de sus trabajos, del consultorio, comercio o municipalidad. Así, la antigua ruralidad cambia y se disuelve en una nueva relación entre las ciudades de tamaño intermedio y los campos, al punto de que hoy puede decirse sin riesgo de decir un absurdo que ‘lo rural hoy también es urbano’ (15). Esto crea realidades inéditas, integrando a personas y actividades antes desconectadas, pero suscitando también nuevas formas de exclusión, la de aquellos que permanecen ligados a las explotaciones de supervivencia y aquellos que existen en los márgenes de los nuevos territorios. Queda a la vista que el símbolo del campesino tradicional fue rotundamente cambiado por el del agricultor involucrado en grandes negocios y mercados (16).

La globalización en conjunto a los nuevos requerimientos que presenta el mundo actual a forjado que la población rural de Chile haya tenido que efectuar cambios para poder asimilar y adaptarse a las modernas necesidades de la sociedad.

En la región del Maule para el año 2017 según datos de la síntesis de datos de la Encuesta CASEN indica que hay un 32,4% de población residente en zona rural, siendo el porcentaje más alto a nivel nacional, además en cuanto a la distribución de la población chilena, se encuentra la mayor cantidad arraigada en esta región.

2.2.2 – Etnia

Al principio, el concepto de etnia venía a situarse entre la idea de raza y la de cultura, y se definía como incluyendo a la par una combinación de rasgos biológicos y rasgos culturales: La etnia (veces confundida con la tribu) califica la mayor unidad tradicional de conciencia de especie, en el punto de encuentro de lo biológico, lo social y lo cultural: comunidad lingüística y religiosa, relativa unidad territorial, tradición mítico-histórica (descendencia bilateral a partir de un antepasado real o imaginario), tipo común de organización del espacio. Sin embargo, puede ocurrir que falten varios de los caracteres enumerados (17).

La relación entre los pueblos indígenas y el medio ambiente no es solo una relación dialéctica, interdependiente e indivisible, sin el otro no se puede imaginar la existencia de uno. Han observado desde la Organización de Estados Americanos (OEA) que los pueblos indígenas sobrevivientes continúan regidos por tradiciones y costumbres compatibles con el ecosistema circundante. En la actualidad, las personas pertenecientes a estos grupos étnicos viven en ciudades y zonas rurales remotas y mantienen una forma de vida tradicional.

El Estado chileno, mediante la ley 19.253, reconoce como principales etnias indígenas de Chile a la Mapuche, Aimara, Rapa Nui o Pascuenses, las comunidades Atacameñas, Quechuas, Collas y Diaguita del norte del país, las comunidades Kawashkar o Alacalufe y Yamana o Yaganes de los canales australes. El Estado valora su existencia por ser parte esencial de las raíces de la Nación chilena, así como su integridad y desarrollo, de acuerdo con sus costumbres y valores (18).

Para el CENSO 2017 se registró que 9,5% (1.694.870 personas) de la población chilena es perteneciente a algún pueblo indígena en lo que refiere a la Región del Maule para el año 2017 presentaba un 2,8% de su población era perteneciente a una comunidad indígena.

En la tabla 3 es posible visualizar en detalle la composición de la población indígena a nivel regional y como comparación a nivel nacional.

Tabla 3: Composición de la población indígena según pueblo año 2017.

Pueblo indígena	Región del Maule	Chile
Aimara	0,3 %	6,6 %
Colla	0 %	1,0 %
Quechua	0,2 %	1,2 %
Atacameños	0 %	1,7 %
Diaguitas	0,9 %	4,2 %
Rapa Nui	0 %	0,1 %
Mapuches	98,4 %	84,8 %
Yaganes o Yámana	0 %	0,1 %
Kawashlar o Alacalufes	0,2	0,3 %

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. en base a datos Encuesta CASEN 2017

En lo que se alude a la distribución de las diferentes comunidades según la ubicación de sus hogares se obtuvo en el CENSO 2017, que a nivel regional 239.009 hogares son de la zona urbana, lo que corresponde a 707.626 personas, mientras que en la zona rural hay 111.920 hogares correspondiendo a 339.667 personas.

2.2.3- Migración

Cuando hablamos de movimientos migratorios internacionales hemos de ser conscientes de que estamos haciendo referencia a una gran variedad de desplazamientos humanos, asociados con una amplia diversidad de factores y motivaciones. Se trata de procesos con diferentes puntos de origen y destino, que incluyen desde el desplazamiento de trabajadores altamente cualificados, personas jubiladas que desean cambiar su lugar de residencia, a

población que en su lugar de destino realizará trabajos de escasa cualificación, así como población desplazada o refugiada (19).

Evidentemente, todos estos desplazamientos implican procesos, características y dificultades muy diferentes. Por esta razón, a menudo se utilizan diferentes términos para referirse a estos desplazamientos. Por tanto, términos como inmigrantes, extranjeros, residentes, refugiados. Se utilizan para referirse a diferentes grupos en la vida diaria y en la política y la ciencia.

Para el Estado Chileno se define por persona extranjera residente a aquellas personas nacidas en el extranjero, residentes habituales en Chile o que han solicitado un permiso de residencia en el país.

2.2.3.1 – Población extranjera y su distribución en la Región del Maule.

Las estimaciones de personas extranjeras en Chile consisten en una combinación de información proveniente del Censo de Población y Vivienda 2017 más registros administrativos de personas extranjeras que ingresaron al país con posterioridad al día del censo, de las instituciones vinculadas al proceso migratorio.

Hasta el día del Censo, en la región habitaban 10.780 migrantes, representando el 1,1% del total de los habitantes de la región y el 1,4 % del total de la población extranjera en Chile. Si bien es cierto que existe un significativo aumento en la migración internacional, se debe tener en cuenta que fueron 6.568 las personas que arribaron a la región entre el 2010 y el 2017 (hasta la aplicación del Censo), un aumento de más del 400 % de las 1.400 que declaran haber llegado entre el año 2000 y el 2009 (20).

Lo anterior, no quiere decir que durante todo el periodo 2010-2017 el flujo fue constante, principalmente, porque fue en el año 2015 cuando la migración en Chile y el Maule se volvió más significativa. En cuanto a nacionalidades con más presencia en la región, los venezolanos concentran el 15,2%, cambiando los patrones migratorios que se conocían hasta el momento. Los argentinos presentan un 14,2%, y el tercer grupo más importante, los haitianos con un 13,9%.

Sin embargo, en el marco de colaboración permanente entre las instituciones del Estado vinculadas a la elaboración, procesamiento y análisis de estadísticas relacionadas con la migración internacional, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), en cooperación con la Policía de Investigaciones de Chile (PDI), el Ministerio de Relaciones Exteriores (Minrel) y el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), entregan una estimación acerca de la cantidad de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019.

Para 2019 se estimó un total de 42.874 personas extranjeras residentes en la Región del Maule. Esta cifra representa un aumento absoluto de 7.737 personas y un alza relativa de 22% respecto a lo estimado para 2018. En 2019, la población extranjera en esa región se compuso de 24.946 hombres y 17.928 mujeres, con una relación de masculinidad de 139,1 hombres por cada 100 mujeres, la más alta del país junto con la Región de Ñuble (21).

Alrededor de 8.400 extranjeros entre 20 y 64 años habitan la región, cuestión que podría dar cuenta de cómo el Maule se ha ido configurando como un territorio llamativo para la migración laboral en los últimos años. Con respecto a los rangos de edad, el grueso de habitantes se encuentra en un rango de edad de los 25 a 34 años, siendo un 40,2% de la población extranjera total, el más alto entre las regiones del país para este grupo de edad de manera más específica el con mayor cantidad es un rango de 25 a 29 años, por tanto, siendo la población en edad activa la que tiene mayor cantidad de inmigrantes en la región. En contraste se encuentran los rangos etarios de 75 a 79 años y 80 años o más que son los que

tienen menor cantidad de extranjeros residentes en la región. Lo anteriormente descrito se puede observar en la figura 4.

De la relación de sexo en cada grupo de edad se puede señalar que en la mayoría se observa una mayor proporción de hombres, excepto en los grupos entre 10 a 19 años y entre 60 años y más, que tienen una mayor proporción de mujeres.

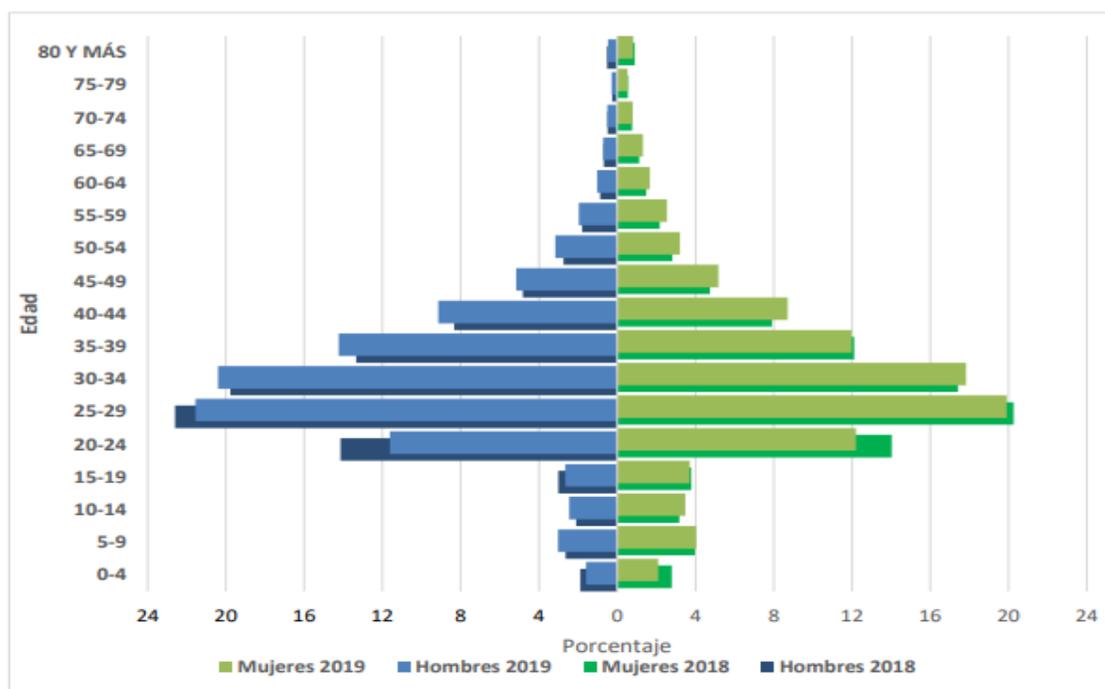


Figura 4: Pirámide de la población extranjera residente en la Región del Maule, estimada al 31 de diciembre, años 2018 - 2019

Fuente: INE-DEM

En lo que apunta a la distribución de la población extranjera residente en la región del Maule según país de procedencia, el colectivo de personas extranjeras de Haití es el principal en la región, con 37,2%, pese a que disminuyó 6,5 puntos porcentuales respecto a 2018. En segundo lugar se ubican las personas de Venezuela, con 35,6%, que aumentan 9 puntos porcentuales respecto de 2018. En tercer lugar, está el colectivo de Colombia, que para 2019 representa un 5,8% del total de personas extranjeras en la región (22), es posible evidenciar lo anterior y más información en la tabla 4.

Tabla 4: Distribución porcentual de la población extranjera residente en la Región del Maule según país, estimada al 31 de diciembre, años 2018 – 2019.

Países	2018	2019
Venezuela	26%	33,6%
Perú	2,3%	2,2%
Haití	44%	37,2%
Colombia	5,9%	5,8%
Bolivia	1,5%	1,5%
Argentina	4,5%	4,3%
Ecuador	2,5%	2,4%
España	1,5%	1,4%
República Dominicana	0,4%	0,3%
Brasil	1,2%	1,1%
Estados Unidos	0,8%	0,8%
Cuba	1,6%	1,5%
China	1%	1%
México	0,5%	0,5%
Alemania	0,6%	0,6%
Francia	0,5%	0,3%
Uruguay	0,4%	0,4%
Italia	0,5%	0,5%
Paraguay	0,2%	0,2%
Otros países	2,2%	2,1%
No declarado	0,4	0,3%

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. en base a datos otorgados por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM).

2.2.3.2- Visas Otorgadas

La visa o Visado es un permiso que legaliza la entrada o estadía en un país del que no se es ciudadano o que no se cuenta con libre tránsito. Este documento le muestra al país al que se va a ingresar, que ya has sido examinado y aprobado (23). Existen diversos tipos de visa, por lo cual se debe identificar cual se ajusta a las necesidades. El propósito de tu viaje determinará que se necesita para la estancia en el país de destino.

Para poder ingresar a Chile se puede optar a los siguientes tipos de visas las cuales están determinadas por el Ministerio de relaciones exteriores:

- a) **Visa turismo simple o múltiple para extranjeros:** Es el otorgamiento de una visa para extranjeros que desean visitar Chile con fines de recreación o similares. Quedan eximidos los nacionales de los países con los cuales Chile mantiene un régimen de exención de visas de turismo.

- b) **Visa Sujeta a Contrato de Trabajo para extranjeros:** Es el otorgamiento de una Visa Sujeta a Contrato de Trabajo para extranjeros que han sido contratados por alguna empresa con residencia en Chile, tiene una duración máxima de dos años. Existe también la Visa Residente Sujeto a Contrato Dependiente, se otorga a los familiares del titular, duración similar, no permite trabajar. El costo del trámite es sobre la base de la reciprocidad.

- c) **Visa para artistas que vienen a trabajar por menos de 90 días**

- d) **Visa de Residencia Temporal:** Obtención de Visa de Residencia Temporal para el extranjero que viaja con el propósito de radicarse en Chile, por tener vínculos de familia, interés en el país o cuya residencia sea útil o ventajosa para Chile. Permite trabajar, estudiar y/o realizar actividades comerciales, plazo máximo de duración un

año. Existe también la Visa de Residente Temporario Dependiente, la cual se otorga a la familia del titular y no permite trabajar, plazo máximo de duración un año.

- e) **Visa de Estudiante residente para extranjeros:** Se otorga al extranjero que viaje a Chile con el objeto de realizar estudios como alumno regular en establecimientos de enseñanza del Estado o particulares reconocidos por éste, por un período máximo de un año y en el caso de los becados, por el tiempo que dure la beca.

Un número de 52.485 de visas fueron otorgadas en la región del Maule durante los últimos 4 años, es decir, entre los años 2017 y 2020. A continuación en la figura 5 se grafica la cantidad por cada año y es posible visualizar el progreso del otorgamiento de visas en la región. Adicionalmente del total de tramites aproximadamente el 40% corresponde a mujeres.

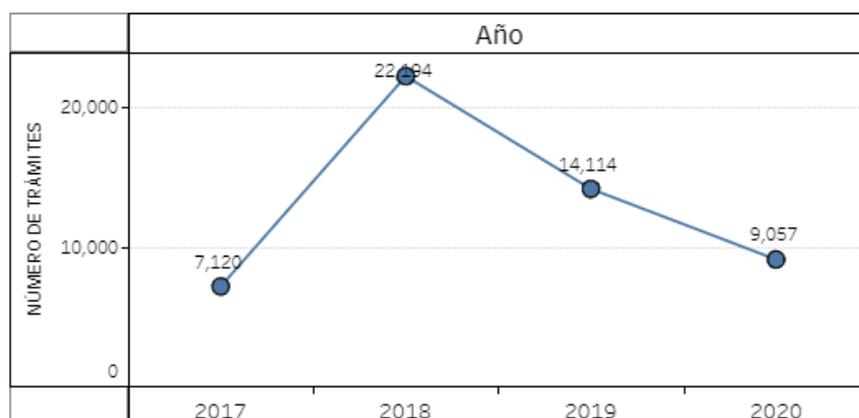


Figura 5: Número de Visas otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según año.

Fuente: INE-DEM

En cuando a la división por grupos etarios el mayor número se sitúa entre los 30 a 44 años, luego le sigue el rango de 18 a 29 años, existiendo una diferencia significativa en cuanto al

sexo, por otra parte la menor cantidad de Visas entregadas fue a personas de 75 o más años. En la tabla 5 se interpreta la cantidad poblacional según tramo de edad y según sexo.

Tabla 5: Número de Visas otorgadas entre los 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según rango etario y sexo.

Rango etario	Mujeres	Hombres
17 o menos años	2.173	2.288
18 a 29 años	8.611	13.012
30 a 44 años	7.619	13.072
45 a 59 años	1.972	2.765
60 a 74 años	525	340
75 o más años	63	45

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. en base a datos otorgados por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM).

Con respecto a las comunidades con mayor representación de la región desde el año 2017 al año 2020 son de origen latinoamericano, entre ellas destaca Venezuela con 18.374 Visas (35%) otorgadas, Colombia con 2865 (2%) y Bolivia 924 (2%) Visas. Y un 49% corresponde a otros países que no fueron estudiados por el departamento de extranjería y migración (DEM). Lo anterior y más información se impone en la tabla 6.

Tabla 6: Número de Visas Otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según país.

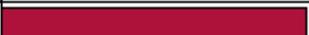
Países	Número de personas	Porcentaje
Venezuela	18.374	35%
Colombia	2.865	5%
Bolivia	924	2%
Ecuador	897	2%
Perú	801	2%
Argentina	672	1%
China	575	1%
Brasil	428	1%
Cuba	404	1%
España	279	1%
Estados Unidos	137	0%
México	127	0%
Uruguay	99	0%
Paraguay	84	0%
Francia	66	0%
Italia	65	0%
Alemania	44	0%
Inglaterra	18	0%
Canadá	5	0%
Japón	5	0%

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. (2021) en base a datos otorgados por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM).

Lo que apunta a la distribución geográfica por Provincias Curicó es quien tiene la mayor cantidad de tramites de visas otorgados con 21.992 (42%), Talca sigue con 20.200 (38%), Linares 8.447 (16%) y finalmente Cauquenes con 1.846 (4%), se puede visualizar en la tabla

7. A nivel de comunas destaca Molina, Constitución, Longaví y Maule y en contraste las comunas que tienen menor relevancia en trámites de Visa son Vichuquen y Curepto.

Tabla 7 :Número de Visas Otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según provincia.

i	Provincia.	nº Región	
1	Curicó	VII	 21,992 (42%)
2	Talca	VII	 20,200 (38%)
3	Linares	VII	 8,447 (16%)
4	Cauquenes	VII	 1,846 (4%)

Fuente: INE-DEM

2.2.3.3- Permanencia definitiva

La permanencia definitiva es el permiso otorgado a los extranjeros que tengan vigente una visa de residente, para residir indefinidamente y desarrollar cualquier actividad lícita en el país. Es requisito que no hayan estado más de 180 días fuera de Chile durante la vigencia de la visa (24).

Un número de 8.388 de permanencia definitiva fueron otorgadas en la región del Maule entre los años 2017 y 2020. A continuación, en la figura 6 se grafica la cantidad por cada año y es posible visualizar el progreso del otorgamiento de visas en la región. Adicionalmente del total de tramites aproximadamente el 34% corresponde a mujeres.

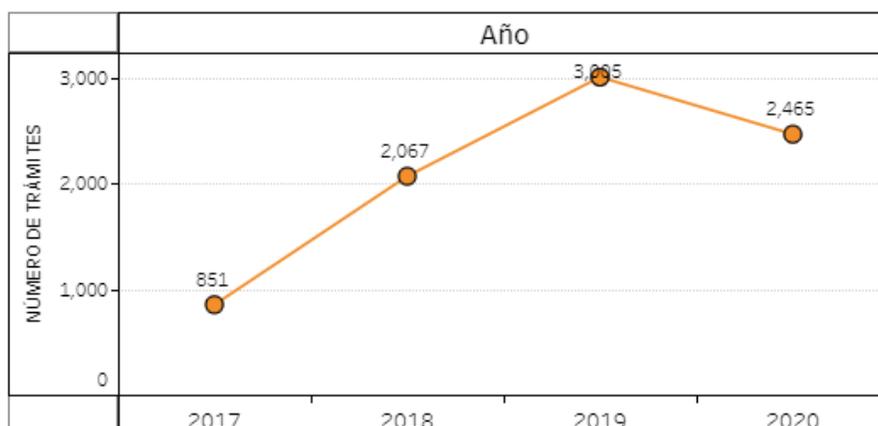


Figura 6: Número de permanencias definitivas otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según año.

Fuente: INE-DEM

En cuanto a la división por grupos etarios el mayor número se sitúa entre los 30 a 44 años, luego le sigue el rango de 18 a 29 años, existiendo una diferencia significativa en cuanto al sexo, por otra parte, la menor cantidad de residencias definitivas entregadas fue a personas de 75 o más años. En la tabla 8 se interpreta la cantidad poblacional según tramo de edad y según sexo.

Tabla 8: Número de Permanencias definitivas otorgadas entre los 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según rango etario y sexo.

Rango etario	Mujeres	Hombres
17 o menos años	437	457
18 a 29 años	824	1.729
30 a 44 años	1.202	2.757
45 a 59 años	284	507
60 a 74 años	90	73
75 o más años	16	12

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. (2021) en base a datos otorgados por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM).

Con relación a las comunidades con mayor representación de la región desde el año 2017 al año 2020 son de origen latinoamericano, entre ellas destaca Venezuela con 2.994 (36%), Colombia con 730 (9%) y Ecuador 196 (2%). Y un 43% corresponde a otros países que no fueron estudiados por el departamento de extranjería y migración (DEM). Complementando la información anterior se impone en la tabla 9.

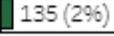
Tabla 9: Número de Permanencias Definitivas Otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según país.

Países	Número de personas	Porcentaje
Venezuela	2.994	36%
Colombia	730	9%
Ecuador	196	2%
Bolivia	78	1%
Perú	156	2%
Argentina	71	1%
China	185	2%
Brasil	44	1%
Cuba	126	2%
España	64	1%
Estados Unidos	29	0%
México	34	0%
Uruguay	13	0%
Paraguay	17	0%
Francia	22	0%
Italia	28	0%
Corea del sur	2	0%
Inglaterra	1	0%
Canadá	7	0%
Japón	1	0%

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. en base a datos otorgados por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM).

Lo que asienta a la distribución geográfica por Provincias Talca es quien tiene la mayor cantidad de tramites otorgados con 3.902 (47%), Curicó con 3.166 (38%), Linares 1.185 (14%) y finalmente Cauquenes con 135 (2%), se puede notar en la tabla 10. A nivel de comunas subraya Maule, Constitución, Molina y San Javier y en contraste las comunas que tienen menor relevancia en permanencia definitiva en el país Vichuquen y Hualañé.

Tabla 10: Número de Permanencias Otorgadas entre los años 2017 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule, según provincia.

i	Provincia.	nº Región	
1	Talca	VII	 3,902 (47%)
2	Curicó	VII	 3,166 (38%)
3	Linares	VII	 1,185 (14%)
4	Cauquenes	VII	 135 (2%)

Fuente: INE-DEM

Para finalizar la temática de migración en 2017 el porcentaje de población nacida fuera de Chile a nivel nacional fue de 4,4%, en la región del Maule fue del 0,9%, lo que corresponde al 1,3% del total de inmigrantes del país.

2.2.3.4- Refugio

La palabra refugio es sinónimo de asilo, de acogida o de amparo, pero también significa lugar adecuado para refugiarse. A menudo se utiliza para referirse al espacio que servirá de resguardo a quienes huyen de guerras o conflictos armados y necesitan un techo urgente para cobijarse mientras esperan a poder volver a sus hogares. Aunque el concepto de refugio puede

tener una connotación temporal, la realidad es que el tiempo medio de una persona en un campo de refugiados es de 17 años (25).

Entre 2010 y 2020 se realizaron un total de 17.981 solicitudes de refugio. Durante 2020 se registraron 1.629 solicitudes de refugio, lo que representa un 208,6 % de las solicitudes del año anterior. Para más detalles observar la tabla 11.

Tabla 11: Número de solicitudes de refugio entre los años 2015 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule.

Años	Solicitudes de refugio
2015	623
2016	2.297
2017	5.723
2018	5.726
2019	781
2020	1.629

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. en base a datos otorgados por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM).

La distribución por sexo de aquellos que han solicitado refugio en el periodo, indica un 58,5% de permisos solicitados por personas de sexo hombre y un 41,5 % de sexo mujer.

Respecto a los países de nacionalidad, se observa que Colombia concentra el 41,1 % de las personas que han solicitado este permiso. Luego, figuran los países de Cuba con 32,6 % y Venezuela con 21,4 % y otros países 4,9

Entre 2010 y 2020 se registraron un total de 682 solicitudes de refugio reconocidas. Durante 2020 se registraron 7 solicitudes de refugio reconocidas. Lo que representa un 23,3 % de las solicitudes reconocidas del año anterior. La distribución por sexo de las solicitudes de refugio reconocidas, indica que un 51,9 % corresponde al sexo mujer y un 48,1 % al sexo hombre. Finalmente, respecto a la nacionalidad, se observa que Colombia concentra el 64,4 % de las solicitudes de la condición de refugiado reconocidas, luego figuran otros países como Siria con el 15,8 % y Turquía con el 4,3 %. Otros 15,5 %.

Estadísticas de Solicitudes de refugio rechazadas Entre 2010 y 2020 se registraron un total de 4.224 solicitudes de refugio rechazadas. Durante 2020 se registraron 2.057 solicitudes de refugio rechazadas. Lo que representa un 309,3 % de las solicitudes rechazadas del año anterior, se puede observar en la tabla 12.

Tabla 12: Número de solicitudes rechazadas entre los años 2016 y 2020, de personas extranjeras de todos los países residentes en las comunas de todas las provincias de la Región del Maule.

Años	Solicitudes de refugio
2016	41
2017	95
2018	257
2019	665
2020	2.057

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. (2021) en base a datos otorgados por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM).

La distribución por sexo de las solicitudes de refugio rechazadas, indica que un 57,4 % corresponde al sexo hombre y un 42,6 % al sexo mujer.

Finalmente, respecto a la nacionalidad, se observa que Colombia concentra el 55,4 % de las solicitudes de la condición de refugiado rechazadas, luego figuran otros países como Venezuela con el 19,4 % y Cuba con el 18,6 %.

2.3- Nivel educacional y ocupación

La escolaridad se define como el período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria (26). Dentro de las fortalezas del proceso de escolaridad, está el desarrollo y potenciación de las habilidades cognitivas, de praxis, de comunicación e interacción social, así como también motoras, cada una de ellas de acuerdo con el ciclo del desarrollo de individuo.

Para Chile el proceso de escolaridad está regido por la ley general de educación del Ministerio de Educación, la cual dictamina que 12 años es el periodo de estudio obligatorio, divididos en la educación básica y media debiendo el Estado costear un sistema gratuito para así asegurar dar la accesibilidad a la educación a toda la población.

El promedio de escolaridad para la región según indicó la encuesta CASEN del año 2017, indica que solo hay un 9,91 años de escolaridad en la región mientras que para el país es de un 11,2 años. Otra variable que se encuentra relacionada a la escolaridad es la asistencia a los centros educacionales, para comenzar la asistencia preescolar para la región es de un 53,1%, (Nacional:51,2%), la asistencia enseñanza básica regional corresponde a un 93,5% (Nacional: 91,4%), en cuanto a los jóvenes que concurren a la enseñanza media para la región del Maule es de un 71,4% (Nacional:73,4%), finalmente a nivel superior la asistencia atañe a un 33,2% (Nacional:37,4%), lo anterior mencionado se puede observar en la figura 7.

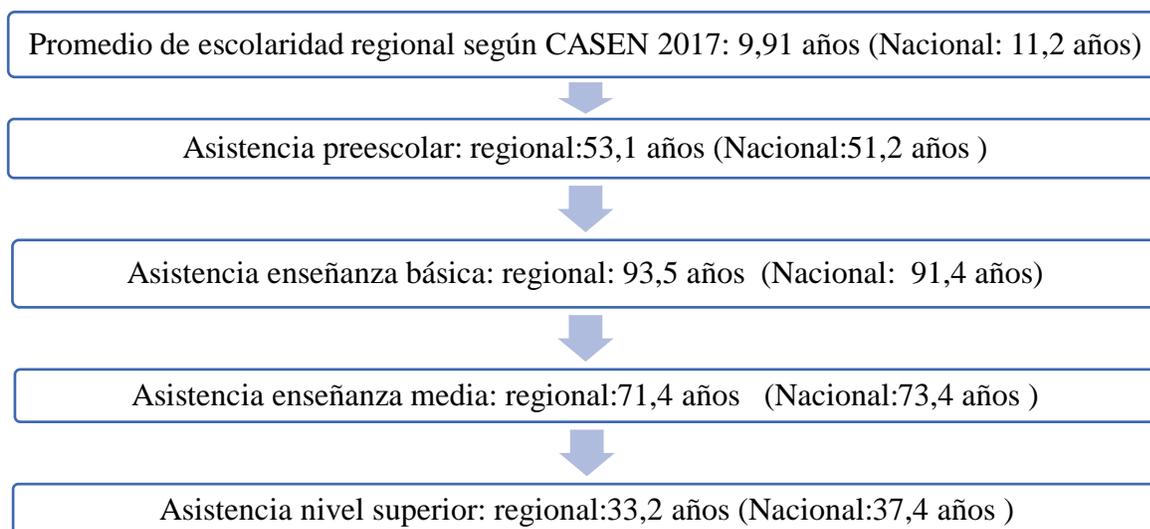


Figura 7: Escolaridad y asistencia escolar Región del Maule

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. (2021) en base a datos de la encuesta CASEN 2017

La tasa de ocupación o también conocido como tasa de empleo, mide el cociente entre el número de personas ocupadas comprendidas en un rango de edad y la población total que comprende el mismo rango de edad. El INE define el término ocupados como aquellas personas de 16 o más años que tienen un trabajo por cuenta ajena o que ejercen una actividad por cuenta propia (27) .

Las estimaciones del boletín estadístico trimestral para la región del Maule, para el año 2019 la tasa de ocupación fue de un 51,4%, dentro de lo cual 476.816 personas eran ocupados y 149.591 individuos eran ocupados informales, este parámetro tuvo un aumento de 1% comparado con los 12 meses anteriores, esta ampliación fue liderada por las mujeres que tuvieron un incremento de 2,6% mientras que los hombres registraron un descenso en la ocupación de un 0,03%. Según tramo etario la mayor influencia en el alza en el número de personas ocupadas se consigné en el segmento de 65 y más años que aumentó un 12,1%. Mientras que el segmento de 25-49 años registró una contracción de 0,5% en doce meses.

Según sector económico, los ocupados aumentaron impulsados por comercio (7,0%), construcción (13,3%) y administración pública (12,2%). Los trabajadores por cuenta propia (3,9%) y asalariados del sector privado (1,0%) fueron las categorías que más incidieron en la expansión de los ocupados (28) . Finalmente, el esparcimiento de los ocupados fue dividida, principalmente, por los sectores: de construcción logrando un 13,3%, administración pública un 12,2% y el comercio un 7%.

En relación con el año 2020 había una tasa de ocupación de un 46,3% incluyendo a 422.625 ocupados y 103.962 ocupados informales, el trabajo disminuyó un 14,4%, siendo primariamente por las mujeres que descendieron 19,4%, seguidas por los hombres que registraron una baja de 11,0%, en referencia a la categoría ocupacional, los trabajadores del sector privado presentaron una disminución de 9,4% y los trabajadores independientes un 22,9%.

Respectivamente a la tasa de desocupación que se interpreta como el porcentaje entre la población desocupada (personas que no trabajaron en la semana de referencia, estaban disponibles y buscaron activamente trabajo en algún momento de los últimos 30 días). Incluye a quienes no buscaron porque ya tenían trabajo asegurado y a suspendidos sin pago que no buscaron porque esperaban ser reincorporados (29).

De acuerdo con los datos proporcionados por del boletín estadístico trimestral para la región del Maule, para el año 2019, la tasa de desocupación regional fue de 6,2%, disminuyendo 0,1 puntos porcentuales respecto a igual período del año anterior, existiendo 31.749 desocupados. En paralelo para el 2020 la tasa de desocupación es de un 10,4%, lo que concierne a 49.021 desocupados.

Por su parte, los desocupados presentaron un alza de 36,4%, influidos únicamente por los cesantes (47,1%). Según sexo, la tasa de desocupación de hombres fue de 10,1%, cifra menor a la tasa de desocupación de las mujeres que alcanzó 10,8%.

Es relevante señalar que las personas no solo se clasifican en ambos conceptos mencionados anteriormente, sino que también se encuentran aquellos individuos que pertenecen a la población inactiva, la cual se puede definir como el conjunto de ciudadanos de un país, de 16 años o más, que cumplen las condiciones para trabajar y que, sin embargo, no se incorporan al mercado laboral, es decir, no son ocupados ni parados. Los grupos que forman este colectivo son los estudiantes, los prejubilados y jubilados, aquellas personas que se dedican a las labores del hogar, los que tienen una incapacidad permanente, otras personas que perciben alguna pensión, pero que no son ni jubilados ni prejubilados, y personas que realizan sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas, principalmente (30)..En la Región esta población para el año 2019 fue de 419.345, mientras que para el 2020 alcanzó un total de 440.623 personas.

2.4- Vivienda y saneamiento habitacional

2.4.1- Vivienda

En lo que refiere al índice de materialidad de la vivienda, la cual se divide en materialidad aceptable, recuperable e irrecuperable; apuntando a la construcción del hogar tanto en muros exteriores, techo y piso, lo cual se ilustra detalladamente en la siguiente tabla.

Tabla 13: Construcción de índice de materialidad de la vivienda

Variable	Parámetros
Muros exteriores	Aceptable: Hormigón armado; albañilería (bloque de cemento, piedra o ladrillo); tabique forrado por ambas caras (madera, lata u otro).
	Recuperable: Tabique sin forro interior (madera u otro); Adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional
	Irrecuperable: Materiales precarios o de desecho (cartón, latas, sacos, plásticos, etc.).
Techo	Aceptable: Tejas o tejuela (arcilla, metálica, cemento, madera, asfáltica); losa hormigón; planchas metálicas (zinc, cobre, etc.) o fibrocemento (pizarreño).
	Recuperable: Fonolita; paja, coirón, totora o caña.
	Irrecuperable: Materiales precarios o de desecho; sin cubierta en el techo.
Piso	Aceptable: Parquet, madera, piso flotante o similar; cerámico, porcelanato, flexit; alfombra o cubrepiso
	Recuperable: Baldosa de Cemento, Radier
	Irrecuperable: Piso de tierra

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. (2021). En base a datos encuesta CASEN 2017.

Para establecer la clasificación en que cada ciudadano se encuentra se deben seguir los siguientes criterios, que es lo establecido por el Ministerio de Desarrollo social para la encuesta CASEN 2017.

- i. **ACEPTABLE** → Materialidad en muros, piso y techo aceptable
- ii. **RECUPERABLE** → Entre 1 y 3 indicadores recuperables y ninguno irrecuperable; Subcategoría (a): muro recuperable, resto aceptable; Subcategoría (b) 2 ó más indicadores recuperables, ninguno irrecuperable ó 1 indicador recuperable distinto de muros y ningún indicador irrecuperable.
- iii. **IRRECUPERABLE** → Al menos un indicador irrecuperable (muro, piso o techo).

En lo que atañe a la región de la totalidad de las viviendas un 82 % es aceptable, 17,5% es de carácter recuperable y un 0,5% es irrecuperable.

En lo que se refiere al hacinamiento y allegamiento, lo cual es un factor en la calidad de vida con el entorno que tienen los habitantes, indica que en el Maule hay un 5,8% de hacinamientos en los hogares establecidos. (Con establecidos no son contemplados aquellos campamentos que pueden estar instalados en diferentes localidades de la región). Existe un 11,5% de personas que se encuentran en el rol de arrendatarios.

La región presenta una magnitud de déficit habitacional del 4%, lo que corresponde a 19.948 de personas que en todas las comunas que abarca la región se encuentran con una situación compleja y de vulnerabilidad en lo que refiere a vivienda.

2.4.2- Saneamiento e higiene

Las condiciones de la vivienda en cuanto al índice de acceso a servicios básicos, dentro de estos servicios esenciales se considera el sistema de agua y la eliminación de excreta. La región tiene un 91,3% aceptable y un 8,7% deficitario. Por otra parte, en cuanto a la obtención de agua de distintas fuentes, se tiene que un 62,1 % la obtiene directamente de una fuente natural sin recibir tratamiento, un 14,7 la recibe desde otro tipo de planta o sistema de distribución comunitario con tratamiento y un 23,3 la recibe desde un sistema de agua potable rural.

3-TERCERA PARTE:

3.1- Factores conductuales

Considerando el Décimo tercer estudio poblacional de drogas en población general en Chile, 2018. Realizado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Es que se obtuvieron diversos datos relevantes en cuanto al consumo de diferentes sustancias que son considerados factores de riesgos, entre ellos, se encuentran; Alcohol, Cigarrillos, Marihuana y Cocaína.

SENDA clasifica el consumo de alguna de las sustancias antes mencionadas, en 3 aristas:

- 1- Consumo alguna vez en la vida
- 2- Consumo en el último mes
- 3- Consumo en el último año

Con respecto al alcohol año 2018, se evidencia en los resultados que el consumo alguna vez en la vida es de un 65,3%, el consumo en el último año es de un 48% y consumo en el

último mes 35,1%, lo cual se ilustra en la tabla 14. En cuanto a la evolución de prevalencia de consumo de alcohol en el último mes se tiene para el año 2018, un total de 35,1% para la Región del Maule, mientras que a nivel nacional alcanza un 43,3 %, lo cual se observa en la tabla 3. La distribución según género evidencia que un 42,7% corresponde a la prevalencia en hombres y un 27,8% corresponde a la prevalencia en mujeres. Mientras que a nivel nacional alcanza un 52,5% en hombres y un 34,2% en mujeres. Finalmente se exhibe en el estudio que la proporción por edades en la región corresponde a un total de prevalencia en consumo de alcohol de 36,3 % para el rango de edad de 12 a 34 años y hay un 34,1% de prevalencia para el rango de edad de 35 a 54 años.

. Tabla 14 : Prevalencia de consumo de alcohol. Región del Maule, 2018

Prevalencia de consumo de alcohol (%)		
Alguna vez en la vida	Último año	Último mes
65,3%	48%	35,1%

Fuente: Elaboración propia en base a datos Décimo Tercer estudio nacional de drogas en población general, 2018, SENDA.

Además, existe otro indicador utilizado para evaluar el riesgo y la severidad del uso de alcohol, es la ocurrencia de episodios de embriaguez (a lo menos un episodio de consumo de 5 o más tragos en los últimos 30 días en hombres y 4 o más en el caso de mujeres) entre quienes han usado alcohol en el último mes (31) ..Según los datos expuestos la evolución de embriaguez total es de un 61,1 %, existiendo una distribución en sexo de un 62,5 % para hombres y un 59% para mujeres. Asimismo, en la distribución por edad se encuentra que existe un 66% que corresponde al grupo etario entre 12 a 34 años y un 56,7% corresponde a quienes se encuentran entre 35 a 64 años. A su vez se analizaron los episodios de embriaguez en el último mes los que arrojaron una disminución en todas las variables, lo anterior se observa en la tabla 15.

Tabla 15: Evolución de prevalencia de embriaguez en total de la población y último mes, según sexo. Región del Maule, 2018.

	Total	Sexo		Tramo edades	
		Masculino	Femenino	12 – 34 años	35 – 64 años
Prevalencia respecto al total de la población (%)	61,1%	62,5%	59%	66%	56,7%
Prevalencia respecto a los prevalentes de último mes (%)	35,1%	24%	16,4%	24%	19,4%

Fuente: Elaboración propia en base a datos Décimo Tercer estudio nacional de drogas en población general, 2018, SENDA

Con respecto al consumo de tabaco año 2018, se evidencia en los resultados que el consumo alguna vez en la vida es de un 53,5%, el consumo en el último año es de un 33,1 % y consumo en el último mes 28,6 %, además se estudió el consumo diario de cigarrillos que arrojó un 17,5% de la población fuma diariamente, lo antedicho se esclarece en la tabla 16.

Tabla 16: Prevalencia de consumo de Tabaco. Región del Maule, 2018

Prevalencia de consumo de tabaco (%)			
Alguna vez en la vida	Último año	Último mes	Diariamente
53,5%	33,1%	28,6%	17,5%

Fuente: Elaboración propia en base a datos Décimo Tercer estudio nacional de drogas, 2018, SENDA.

En cuanto a la evolución de prevalencia de consumo diario de tabaco de prevalencia 2018, un total de 17,5 % para la Región del Maule, mientras que a nivel nacional alcanza un 19,6 %. La distribución según género evidencia que un 21,4% corresponde a la prevalencia en hombres y un 13,7 % corresponde a la prevalencia en mujeres. Mientras que a nivel nacional alcanza un 20,4 % en hombres y un 18,8 % en mujeres. Finalmente se exhibe en el estudio

que la proporción por edades en la región corresponde a un total de prevalencia en consumo de cigarro de 14,9 % para el rango de edad de 12 a 34 años y hay un 19,8 % de prevalencia para el rango de edad de 35 a 54 años.

Con relación al consumo de Marihuana en la región se observó que un 26,6% afirmó haber consumido esta droga alguna vez en la vida, además un 9,9 % de consumo en el último año y un 6,8% en el último mes, esto se muestra en la tabla 17.

Tabla 17: Prevalencia de consumo de marihuana. Región del Maule, 2018

Prevalencia de consumo de Marihuana (%)			
Alguna vez en la vida	Último año	Último mes	Diariamente
26,6%	9,9%	6,8%	17,5%

Fuente: Elaboración propia en base a datos Décimo Tercer estudio nacional de drogas en población general, 2018, SENDA

Conjuntamente se obtuvo la evolución de prevalencia de consumo de Marihuana en el último año, en donde se alcanzó un 9,9 % para la región del Maule mientras que a nivel nacional fue de 12,7%, en la distribución por sexo, un 11,6 % corresponde a consumidores hombres y 8,2 a consumidoras mujeres y en el país los valores alcanzan un 18,1 % y 7,4 % respectivamente.

Finalmente, en lo que refiere a consumo por rangos de edad hay un 17,9% de consumo en personas entre 12 a 34 años y 3,2 % en personas entre 35 – 64 años.

En último lugar se encuentra el consumo de Clorhidrato de Cocaína, en la región del Maule para el año 2018 hay un 2,5% que ha consumido la sustancia al menos alguna vez en la vida y hay 1% de prevalencia en el consumo en el último año. Ilustrado en la tabla 18.

Tabla 18: Prevalencia de consumo de cocaína. Región del Maule, 2018

Prevalencia de consumo de Cocaína (%)	
Alguna vez en la vida	Último año
2,5%	1%

Fuente: Elaboración propia en base a datos Décimo Tercer estudio nacional de drogas en población general, 2018, SENDA.

Adicionalmente en la evaluación de la prevalencia en la región arrojó 1,3% de consumo en el último año para el género masculino y un 0,7% para el género femenino. A su vez a nivel nacional estos valores fueron 1,8 % para ellos y 0,3 % para ellas. Posteriormente, en lo que refiere a consumo por rangos de edad hay un 1,8% de consumo en personas entre 12 a 34 años y 0,3 % en personas entre 35 – 64 años.

Sobre el comportamiento sexual para los jóvenes de la región, según estimaciones realizadas por la 9° Encuesta Nacional de Juventud (INJUV) año 2018, existe un 74,4% que ha iniciado su vida sexual, comparado con un 72,5% a nivel nacional. Además, el promedio de iniciación sexual según los encuestados presenta un rango desde los 15 a los 17 años. En cuanto a los métodos anticonceptivos, se han estudiado diferentes variables, en primer lugar, al menos un método anticonceptivo en la primera relación sexual, en donde en el rango de 15 a 19 años alcanza un 91,7%, de 20 a 24 años un 92% y 25 a 29 años un 80,1%, haciendo la distinción que un 80,2% corresponde a mujeres y un 93% a hombres, por otra parte está el uso de al menos un método anticonceptivo último coito, para el rango de 15 a 19 años alcanza un 66,8%, de 20 a 24 años un 72,7% y 25 a 29 años un 51,4%, haciendo la distinción que un 84,7% corresponde a mujeres y un 93,7% a hombres.

Otra variable es el uso de preservativo en la última relación sexual llegó a un 66,8% en jóvenes de 15 a 19 años, un 72,7% en adultos jóvenes de 20 a 24 años y un 51,4% en adultos de 25 a 29 años. Con una diferencia de un 79,7 % de uso en hombres y un 43,8% en mujeres (32) .

Adicionalmente en la información entregada se hace la diferenciación por los niveles socioeconómicos (NSE), entre los cuales los niveles medio y bajo son las personas que utilizan menos métodos anticonceptivos, específicamente con resultados más desfavorables el NSE bajo. También se evidencia que las personas en áreas rurales tienen menos acceso e información sobre estos métodos, porque los residentes rurales tienen tasas de uso más bajas que las personas que viven en áreas urbanas de la región.

Otro componente relevante en lo que refiere a la salud sexual son las infecciones de transmisión sexual (ITS). Para la región se reflejó un 1.9% de jóvenes han sido diagnosticados al menos de una ITS en un rango de 20 a 24 años, correspondiendo un 0,7% a hombres y un 0,5 % a mujeres. Presentándose con un 0,7% en NSE medio y NSE bajo. Referente a esto, un 50,2% de la muestra indicó haberse practicado la prueba de VIH.

En lo que refiere a la salud reproductiva de la región del Maule, existe un 5,9 % de embarazo adolescente no deseado, presentándose un porcentaje mayor en NSE bajo. Además de estas adolescentes señala un 10,10% la disposición a realizarse un aborto en las primeras 12 semanas, un 27,59% bajo las 3 causales y un 58,47 % a no realizarse un aborto en ninguna circunstancia. También se puede observar las tasas de embarazo no deseado en adolescentes de 20 a 29 años.

Otro indicador relevante en el estilo de vida es el sedentarismo donde el porcentaje estimado en adultos según la Encuesta Nacional de hábitos de actividad física, año 2018. Alcanza un 74,5% de inactividad deportiva. En tanto, el porcentaje de población infantil con niveles de obesidad es de un 25,7% según indica el Mapa Nutricional 2019 (33) .

3.2 - Factores Psicosociales y redes de apoyo

No ha existido una actualización en cuanto a la calidad de vida y salud, por ende, se mantienen los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2010, en donde se establece que un 83,1% de la población que presenta redes de apoyo. Según la 9° Encuesta Nacional de Juventud (INJUV) año 2018 se indica que un 4,8% de jóvenes entre 15 a 29 años que reciben tratamiento psicológico o farmacológico por problemas de salud mental.

Por otro lado, de acuerdo con lo que indica la Encuesta Nacional De Seguridad Ciudadana 2019 (ENUSC), en el año 2018 hay un 17,3% de los hogares que indican haberse sentido victimizados durante los últimos 12 meses, mientras que para el año 2019 hubo un 19,7%. La victimización considera los delitos de robo con violencia o intimidación, por sorpresa, en la vivienda, de vehículos, desde vehículos, hurtos y lesiones.

La tasa de denuncias por violencia intrafamiliar (VIF) de cualquier índole, considerando violencia a la mujer, al hombre, a los niños y adultos mayores, según indican las denuncias documentadas y los reportes para el año 2019 existieron 5.954 denuncias a nivel Regional, mientras que a nivel nacional son 97.165 denuncias. En lo que va del año 2020 se han registrado 2.836 denuncias por violencia intrafamiliar y en a nivel nacional son 43.855 denuncias.

En tanto a las denuncias por delitos de mayor connotación social (DMCS), los cuales son considerados los siguientes: homicidio, lesiones, violación, robo con fuerza y robo con violencia (34). Además, incluye otras infracciones, tales como hurto, cualquier tipo de robo, infracciones a la ley de drogas y violencia intrafamiliar, sin embargo, la violencia intrafamiliar se está estudiando aparte, por lo cual no está siendo considerada como DMCS. Para el año 2019, alcanzan 22.950 denuncias de esta índole para la región mientras que a

nivel de país se realizaron 460.295 denuncias y en lo transcurrido del año 2020 se han registrado 9.290 denuncias y nivel nacional son 191.216.

4-CUARTA PARTE: INDICADORES DE SALUD

4.1- Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles son las que se transfieren de un ser humano a otro o de un animal al hombre, ya sea por vía directa (al toser o estornudar), o a través de vectores (organismos vivos como insectos), o por la exposición a material infeccioso (como el uso de una inyectadora contaminada).

Las enfermedades transmitidas por vectores representan más del 17% de todas las enfermedades infecciosas. En los últimos años, la globalización de los desplazamientos y el comercio, la urbanización no planificada y los problemas medioambientales, están influyendo considerablemente en la transmisión de este tipo de enfermedades (OMS). (35)

Sin duda que las enfermedades infecciosas son una gran problemática por su contagio y manejo. Para ello, el Instituto Nacional de Salud, a cargo de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, ha establecido un equipo funcional responsable de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica a nivel nacional a través de la coordinación, orientación y asistencia técnica; así como la recopilación, análisis y evaluación del sistema de información de vigilancia, monitorear el comportamiento de estas enfermedades y tomar acciones para cumplir con las metas del plan de prevención y control para reducir brotes, epidemias, complicaciones y muertes, por eso se vigilan los siguientes eventos.

En Chile se tiene vigilancia de las siguientes enfermedades transmitidas: Arbovirosis, Coqueluche, ETA (Enfermedad Transmitida por Alimento), Gonorrea, Influenza, Listeria, Enfermedad Meningocócica, Varicela, Hantavirus, Hepatitis A, REVEP, sífilis, Sarampión Rubeola y VIH. En complemento a lo anterior en la tabla 19 se observan las cifras obtenidas por el departamento de epidemiología para la región del Maule en el año 2019 y para todas las regiones.

Tabla 19: Enfermedades transmisibles de vigilancia en Chile para la región del Maule año 2019.

Enfermedades transmisibles	Región del Maule		Nivel Nacional	
Arbovirosis	No presenta brote en la región.		63 Casos confirmados	
Coqueluche	14 Casos		35 Casos	
ETA	446 casos con 105 Brotes, con una tasa de casos de 43,5		6.559 casos con 1.052 Brotes, con una tasa de casos de 35	
Gonorrea	Hombres 65 casos	Mujeres 10 casos	Hombres 1.784 casos	Mujeres 285 casos
Influenza	17 casos con 5 brotes		408 casos con 41 brotes	
Listeria	4 casos		69 casos	
Enfermedad Meningocócica	5 casos		69 casos	
Varicela	129 casos		1839 casos	
Hantavirus	15 casos		70 casos	
Hepatitis A	25 casos		1051 casos	
INTOXICACIONES AGUDAS POR PLAGUICIDAS REVEP	50 casos		496 casos	
Sífilis	Hombres 121 casos	Mujeres 104 casos	Hombres 3.924	Mujeres 2.119
Sarampión Rubeola	0 casos		11 casos de sarampión y 1 de rubéola.	
VIH	Hombres 154 casos	Mujeres 40 casos	Hombres 4.321 casos	Mujeres 838 casos

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. (2021) en base a datos obtenidos del Boletín Epidemiológico Trimestral – Edición N°4, 2019.

4.2- Enfermedades no transmisibles.

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (36).

A diferencia de las enfermedades transmisibles, no se lleva una vigilancia epidemiológica de aquellas patologías que están contempladas para el Ministerio de Salud como enfermedades no transmisibles de importancia, por otro lado, las estimaciones se pueden obtener por la Encuesta Nacional de Salud (ENCAVI), pero lamentablemente en la ENCAVI 2016-2017 no fueron variables estudiadas. Por ende se mantienen los datos de la ENCAVI anterior 2009 -2010.

Según la ENS 2009-2010 el 39,3% de la población del país tiene sobrepeso y un 25,1% presenta obesidad, mientras que la región presenta un 38,7% de personas con sobrepeso y un 27,9% con obesidad. La prevalencia de personas que presenta presión arterial elevada es de 24,9%, la cobertura efectiva de hipertensión arterial (HTA) según población en tratamiento y que está normotensa para la región es de un 34,0%, respecto a las personas en tratamiento el porcentaje de la región es de 35,4%. La prevalencia de sospecha de diabetes es de 9,9% y la cobertura efectiva de diabetes según personas en tratamiento que presenta valores de hemoglobina glicosilada. (37).

4.3- Natalidad

La natalidad es el índice o proporción de nacimientos que se dan en un lugar y en un tiempo determinado.

El índice de natalidad, junto con el índice de mortalidad, sirven para evaluar el nivel de crecimiento de una determinada población, lo que permite prever problemas y necesidades futuros y diseñar políticas acordes para enfrentarlos.

Según las estimaciones en el año 2016 en la región hubo una tasa de natalidad de 12,5 lo que equivale a 13.169 nacidos vivos, en comparación a nivel nacional la tasa fue la misma pero los nacidos vivos fueron 231.749 bebés. Además, en la región hubo un porcentaje de atención profesional del parto de 99,8%, en comparación a nivel nacional este porcentaje alcanza el 99,7%.

La tasa de fecundidad en demografía es una de las medidas de la **fecundidad** referida a la fecundación o relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un cierto periodo de tiempo y la cantidad de población en edad fértil en el mismo periodo. Para el Maule hubo una tasa de fecundidad general de 49,5, en comparación a nivel nacional la tasa fue 49,4.

4.4- Mortalidad

Los indicadores de Mortalidad, muestran mortalidad General, infantil (Riesgo de morir de los nacidos durante primer año de vida), Materna (Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguiente al término del embarazo), Neonatal (Nº defunciones de menores de 28 días), Post-Neonatal (Nº defunciones de niños de 28 días a 11 meses de edad), por causas, entre otras.

En el año 2016 en la región hubo una tasa de mortalidad general de 6,3 lo que equivale a 6.573 personas fallecidas, en comparación a nivel nacional la tasa fue 5,7 lo que equivale a 104.026 personas fallecidas. En cuanto a la discriminación por género del total de defunciones hay una tasa de 6,9 en hombres lo que equivale a 3.579 hombres fallecidos y en las mujeres hubo una tasa de mortalidad general en mujeres de 5,7 lo que equivale a 2.994 mujeres fallecidas.

Según las estimaciones en el año 2016 en la región hubo una tasa de mortalidad infantil de 6,3 lo que equivale a 83 infantes fallecidos, en comparación a nivel nacional la tasa fue de 7,0 lo que equivale a 1.629 infantes fallecidos. Por otro lado de manera similar hubo una tasa de mortalidad neonatal de 5,0 lo que equivale a 66 neonatos fallecidos, en comparación a nivel nacional la tasa fue de 5,2 lo que equivale a 1.213 neonatos fallecidos.

Como análisis se tuvo que para el año 2016 en la región hubo una tendencia de mortalidad infantil de 6,3 en comparación a nivel nacional la tendencia fue de 7,0 y una tendencia de mortalidad neonatal de 5,0 en comparación a nivel nacional la tendencia fue de 5,2.

5-QUINTA PARTE: SISTEMA DE SALUD

Según la Real Academia de la Lengua Española, un sistema es un “conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto”; en coherencia con esta definición, la OMS señala que un sistema de salud “consiste en el conjunto de las organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud” (38). Es importante destacar que la OMS reconoce que junto con esta finalidad principal, “mejorar la salud”, existen otros dos fines igualmente importantes para

el sistema: responder a las expectativas de las personas, otorgando un trato digno y adecuado a los usuarios, y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud (39).

Estos tres objetivos tienen un valor intrínseco, puesto que el sistema de salud es parte del tejido social y contribuye no solo a la salud de la comunidad, sino también a la equidad, la justicia y el respeto a la dignidad de las personas. De esta forma un buen sistema de salud sería aquel que entrega servicios de calidad, que responde a las necesidades de la población, protege del riesgo financiero de la enfermedad y que, al mismo tiempo, dispensa un trato digno a los usuarios (40).

Suele ser difícil equilibrar estos tres objetivos; por ejemplo, en Chile, el sistema es constantemente criticado y mal evaluado debido a los altos costos asistenciales o la mala calidad del tratamiento, lo cual es inconsistente con los buenos resultados que muestran los indicadores de salud de la población.

5.1 Previsión de salud

En Chile, el sistema de salud es segmentado, es decir, dividido en subcomponentes que se “especializan” en distintos grupos de la población (41) y está conformado por un sistema mixto público y privado de financiamiento, aseguramiento y abastecimiento de servicios.

La desconcentración supone la entrega de facultades privativas a los servicios públicos en decisiones o materias específicas. Para el resto de las competencias, estos servicios siguen dependiendo jerárquicamente del presidente de la República a través de los ministerios respectivos. La desconcentración, cuyo objetivo es agilizar la gestión del Servicio y contribuir a la regionalización, puede ser funcional: radicación de potestades en órganos inferiores con competencia nacional; o territorial: cuando las respectivas potestades se dejan legalmente en manos de órganos con competencia regional o local (13)

De manera adicional a la fragmentación que presenta el Sistema de Salud en Chile, se encuentran Capredena (Caja de Previsión de la Defensa Nacional) y Dipreca (Dirección de Previsión de Carabineros de Chile) siendo estas entidades quienes están a cargo de los sistemas de salud, de pensión y asistencia de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública de Chile. Ambas instituciones comprenden a diferentes ciudadanos, lo cual se evidencia en la tabla 20.

Tabla 20: Requisitos para ser parte de la previsión social CAPREDENA y DIPRECA

Capredena	Dipreca
<ul style="list-style-type: none"> • Personal de las plantas de oficiales, cuadro permanente, gente de mar, tropa profesional y de empleados civiles de las Fuerzas Armadas (Ejército, Armada y Fuerzas Aéreas). • Personal de Reserva llamado al servicio activo. • Alumnos de las Escuelas Institucionales de las Fuerzas Armadas, aunque no sean personal de planta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de Nombramiento Supremo (PNS) u oficiales y de Nombramiento Institucional (PNI) o suboficiales. • Personal contemplado en la planta de oficiales, empleados civiles y servicios generales de Policía de Investigaciones de Chile. • Alumnos de las Escuelas Institucionales de Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones de Chile, aunque no sean personal de planta. • Personal de las plantas de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile. • Otras personas en virtud de leyes especiales.

Fuente: Elaboración propia Castillo, V. (2021) en base a datos obtenidos de la encuesta CASEN 2017.

Los habitantes de acuerdo con sus recursos económicos, motivaciones personales y condiciones establecidas se vinculan a alguna de las instituciones que pertenecen a los subsistemas.

Toda persona puede acceder a alguno de los seguros, pero la orientación del seguro público (FONASA) es colectiva e independiente de los riesgos de salud que pueda presentar una persona, mientras que los seguros privados (ISAPRES) funcionan en base a planes que se tarifican en base a los riesgos o preexistencias (42).

La organización del Sistema previsional de salud chileno se puede visualizar de una manera explicativa en la figura 7.

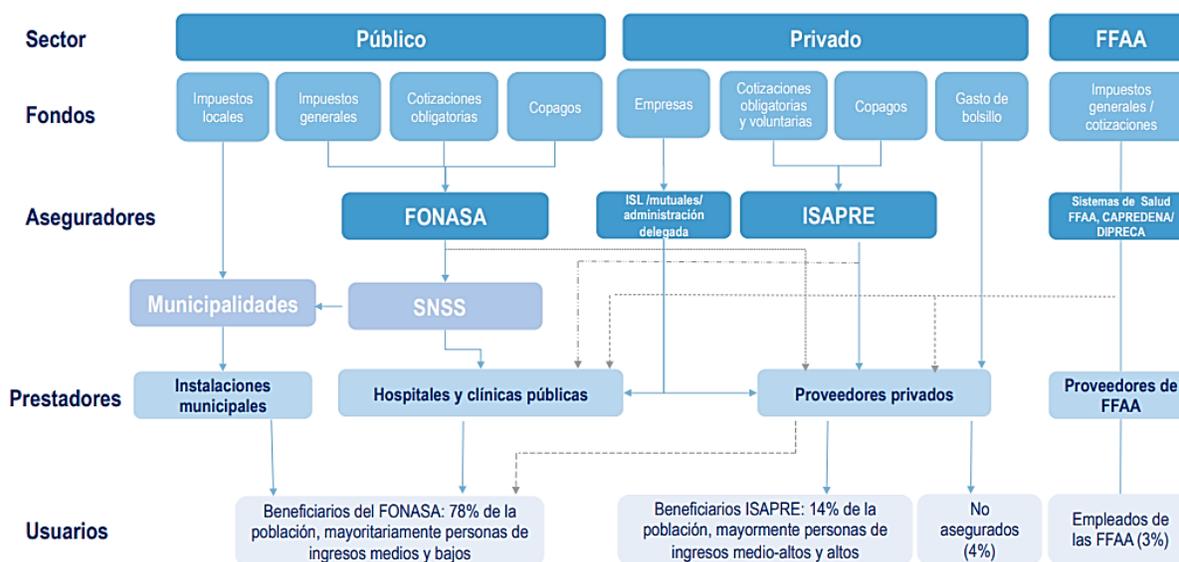


Figura 7: Organización sistema de salud previsional de Chile, tomado de Maureira, M. (2019)

Según la síntesis de resultado en salud de la Encuesta CASEN 2017, la situación de afiliación a sistema previsional de salud en la región del Maule se fraccionó de la siguiente forma, un 86,7% pertenece a FONASA, un 5,5% a ISAPRE y un 2,3% corresponde al sistema previsional de FF.AA. y del Orden y Otro sistema. En contraste a nivel nacional del total de la población un 78% está en FONASA, un 14,4% en ISAPRE y un 2,8 al sistema previsional de FF.AA. y del Orden y Otro sistema.

5.2 Red de salud

5.2.1- Establecimientos

La región cuenta con uno de los servicios más amplios del país, lleva más de 35 años de trayectoria y como mecanismo de acción la atención en el Maule está establecida como una red total, esta organización une a los 13 Hospitales, 30 departamentos de Salud, 44 Centros de Salud Familiar, 19 Centros Comunitarios de Salud Familiar, 6 Servicios de Urgencia de Alta resolutiveidad hay acercamiento a la población más dispersa geográficamente a través de 162 Postas de Salud Rural (10). Siendo el Hospital de Talca el hospital regional y por ende cuenta con una mayor complejidad. Lo anterior relatado es posible visualizar en la tabla 21.

Tabla 21: Establecimientos de Salud Servicio de Salud Maule Diciembre 2017.

ESTABLECIMIENTOS	Número
TOTAL ESTABLECIMIENTOS SERVICIO DE SALUD	263
Hospitales	13
Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS)	1
Consultorio Salud Mental (COSAM)	2
Centro de Salud Familiar (CESFAM)	44
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	22
Postas Rurales	162
Clínica Dental Móvil	1
Estaciones Medicas Rurales y Enfermerías	0
Centros de Salud con SAR	6
Centros de Salud con SAPU (incluidos en CESFAM o RURAL)	10
Centros de Salud con SUR (Incluidos en CESFAM O RURAL)	23
Centro Referencial de Salud (CRS)	1
Centro de Diagnostico Terapeutico (CDT)	1

SAR: SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUTIVIDAD
SAPU : SERVICIO ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA
SUR : SERVICIO URGENCIA RURAL

Fuente: DEIS [www.deis.cl] REM 2017: Estadísticas Hospitalarias * Indicadores Hospitalarios por Servicio de Salud y Establecimientos, SNSS.

Otro elemento que sirve para el estudio de los establecimientos es la dotación de camas, este término acuña a que es la capacidad de camas instaladas base, que tienen en continuo funcionamiento en el establecimiento y que en el escenario ideal deberían coincidir con la autorización sanitaria. Esta información cuenta con una previsualización para ser revisada y confirmada por los prestadores.

Además, se hace alusión al nivel de complejidad que presentan los hospitales para establecer una relación con la dotación de cama, esto es posible observarlo en la tabla 22.

El nivel de complejidad es muy relevante para lograr comprender las atenciones que pueden brindar y además los usuarios sepan a qué instituciones deben concurrir dependiendo de la urgencia o dolencia, a continuación, se definen los niveles según complejidad.

- **Hospital autogestionado en red:** Son aquellos que tienen mayor complejidad técnica, ya que incluyen el desarrollo de especialidades y una organización administrativa. Están descentrados, pero su función asistencial es determinada por el Director de Servicios de acuerdo con los requerimientos y prioridades sanitarias de la Red Asistencial. Puede definir su estructura interna de funcionamiento organizacional.
- **Hospital de menor complejidad:** Dependen del Servicio de Salud al que pertenecen y su rol está determinado por la Red correspondiente. Incluye a los establecimientos de atención primaria. (43)
- **Hospital de baja complejidad:** Acercan la salud a la población, principalmente en zonas extremas y con alta ruralidad. Dan cobertura a toda la población de su jurisdicción en

prestaciones de baja complejidad y dependen administrativamente del Servicio de Salud al cual pertenecen. (44)

- **Hospital de mediana complejidad:** Son centros de referencia que dan cobertura a la población que forma parte de su jurisdicción. Dependen administrativamente del Servicio de Salud al cual pertenecen.
- **Hospital de alta complejidad:** Dan cobertura a toda la población del Servicio de Salud para prestaciones de alta complejidad, según la cartera de servicios definidas por el gestor de red. Pueden ser autogestionados y ofrecer varias especialidades según su función.(45).

Tabla 22: Dotación de Camas Hospitalarias según nivel de complejidad Servicio de Salud Maule diciembre 2017.

HOSPITAL	DOTACIÓN DE CAMAS
REGIÓN DEL MAULE	1.660
ALTA COMPLEJIDAD	1.134
Curicó	285
Talca	577
Linares	272
MEDIANA COMPLEJIDAD	298
Constitución	75
Parral	102
Cauquenes	121
BAJA COMPLEJIDAD	228
San Javier	66
Molina	63
Teno	28
Hualañé	11
Licantén	23
Curepto	12
Chanco	25

* Dotación de Camas a Diciembre 2017 DEIS

Fuente: DEIS [www.deis.cl] REM 2017: Estadísticas Hospitalarias * Indicadores Hospitalarios por Servicio de Salud y Establecimientos, SNSS.

5.2.2- Personal

El equipo de trabajo del Servicio de Salud Maule está compuesto por más de 7.200 funcionarios competentes y motivados, siendo capaces de enfrentar diferentes adversidades y desafíos del mundo de hoy, para entregar una atención de salud integral. En la tabla 23 se puede observar la cantidad de profesionales que se encontraban desempeñándose en los diversos centros hospitalarios en la región, y se hace la distinción entre diferentes carreras.

Tabla 23: Funcionarios por Hospitales y Dirección de Servicio de Salud, Región del Maule, diciembre 2017.

HOSPITALES	TOTAL FUNCIONARIOS	MÉDICOS		ODONTÓLOGOS		Planta Directiva	Enfermeras	Matronas	Nutricionistas	Kinesiólogos	Tecnólogos Médicos
		Nº	HRS.*	Nº	HRS.*						
REGIÓN DEL MAULE	7.742	1.437	41.968	114	3.850	18	817	183	70	124	183
ALTA COMPLEJIDAD	5.360	1.074	28.216	58	1.771	8	657	137	46	80	139
MEDIANA COMPLEJIDAD	1.085	158	5.203	30	979	4	78	26	12	13	21
BAJA COMPLEJIDAD	588	71	3.179	15	660	0	24	16	11	14	12
DIRECCIÓN DE SERVICIO	709	134	5.370	11	440	6	58	4	1	17	11

Fuente: DEIS [www.deis.cl] REM 2017: Estadísticas Hospitalarias * Indicadores Hospitalarios por Servicio de Salud y Establecimientos, SNSS.

5.2.3- Atenciones médicas.

La atención profesional otorgada por el médico a los pacientes en los establecimientos de la Red de Salud, se da en tres niveles de atención: Primaria, Especialidad y Urgencia.

Según indica la información otorgada por el servicio salud y departamentos de salud del Maule, para el año 2017 hubieron 3.117.122 de atenciones totales, las cuales se dividen en 1.116.519 en la atención primaria, 555.857 atenciones de especialidad y 1.444.746 atenciones de urgencia. A comparación para el año 2015 se alcanzaron 2.806.081 atenciones totales.

CONCLUSIONES

Los Determinantes Sociales de la Salud se definen como “las condiciones en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos”(37). En este marco, los diagnósticos regionales de salud representan esfuerzos para medir y comprender los problemas y evaluar el impacto de las medidas implementadas; de esta manera, constituyen insumos para mejorar las condiciones de vida de las personas y combatir la distribución desigual de los determinantes estructurales. Este informe regional sistematiza y analiza información de diferentes fuentes, incluidos registros de diferentes años.

La Región de Maule se encuentra en la zona central del país, se compone de 4 provincias y 30 comunas. La región cuenta con una superficie total de 30.296,1 km², con una población de 1.044.950 habitantes. Respecto de la composición poblacional, la región registra un 32,4% de ruralidad de la zona se obtuvo una baja de un 32,7% a un 32,4% teniendo como principal causa, la urbanización de los lugares y la globalización en sí misma.

La comunidad indígena aumento en 8 puntos de 2,0% de población perteneciente a pueblos indígenas, a un 2,8% de la población y la tasa de migración tuvo un crecimiento exponencial a partir del año 2017, siendo una de las principales regiones que recibe a personas migrantes. La migración se considera que el carácter agrario de la región y la falta de trabajadores en esta área, son una característica atrayente para la población migrante que está en busca de mejores oportunidades funcionando. Por otro lado, los aportes culturales – tradiciones, culinarios, de idioma y otros-, se vuelven importantes en un Chile donde existe poca costumbre ante la diversidad, transformándose en un ejercicio que ayuda a trabajar el respeto y la tolerancia entre nosotros y para otros a nivel social.

La población total del país sufrió una disminución ya que para el CENSO 2017 habían 17.574.003 personas mientras que en el año 2016 y 2015 era sobre 18.000.000 personas, sin embargo, si se realiza la comparación con el censo anterior del año 2012 hubo un pequeño crecimiento ya que habían 17.444.799. Además, la densidad poblacional aumentó levemente en la Región pasando de un 33,7 hab/km² a un 34,5 hab/km².

En el año 2017 hubo 12,7% de pobreza siendo una beneficiosa disminución ya que para el 2015 fue de 18,7%, sin embargo, la baja comenzó en el 2013 ya que 22,3% siendo que en años anteriores superaba el 35% y para el año 2006 se obtuvo un 43,9%. Pero lamentablemente somos de las primeras regiones en índices de pobreza. Respecto a la posición social, se relevan los indicadores de pobreza y educación. En el caso de pobreza, la región tiene un 22,3% de población pobre, lo que aumenta en mujeres y población rural. Mientras que al considerar el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), teniendo un 22,5% de los hogares de la región se clasifica en situación de pobreza multidimensional, tiene un aumento de un incremento de un 0,6%.

En cuanto a la pirámide poblacional sufrió cambios tan relevantes ya que la mayoría de la población se encuentra en estadios de edades mayores siendo el índice de vejez de un 60,3% mientras que para el estudio anterior era de 47,3%, por otra parte, la tasa global de fecundidad fue de 1,73 obteniendo un pequeño descenso y la tasa de crecimiento natural es de 0,6 por 1000 habitantes, disminuyendo igual. Lo cual es preocupante debido a que para que ocurra un cambio generacional, este recambio apunta a que se necesitan que a lo menos haya una tasa global de fecundidad de 2, es decir, que a lo menos una mujer tenga 2 hijos o hijas.

Las tasas de natalidad en las 4 provincias han tenido un descenso a partir del año 2014 al 2016, y la mortalidad se ha visto con cierta estabilidad durante el mismo periodo. La tasa de natalidad para el año 2016 fue de un 12,5%, mientras que en el 2015 fue de un 13,6%. Además, como un dato positivo hubo baja en los nacidos vivos en menores de 15 años.

En escolaridad hay un gran avance ya que el promedio para el año 2017 fue de 9,9 años aumentando en 5 años desde el 2013. Pero es bajo en comparación a la realidad nacional que es un 11,2 años.

En cuanto a lo que se refiere a previsión de salud hubo una baja en los afiliados a FONASA de un 88% a un 86,7% y aumento en las ISAPRES de un 0,2% pasando de 5,3% a un 5,5%

Por otra parte, un 20,3% de la población de la región presentan síntomas depresivos. Según la autopercepción de las personas, un 60,0% califica su salud como buena o muy buena; y en una escala de 1 a 10 respecto a la satisfacción con la vida en general, el promedio regional es 7,2 (mínimo a nivel nacional). Dentro de los factores conductuales y biológicos, de manera preocupante el consumo de estupefacientes legales e ilegales sufrió un aumento demasiado significativo, existiendo una dependencia en las drogas y el alcohol en el día a día, siendo la marihuana la que subió sus tasas de consumo en frecuencia y cantidad. Un 34,4% de las personas de la región consumió tabaco durante el último mes, un 21,8% de la población regional es clasificada como bebedor problema, un 5,3% de las personas declaró consumo de marihuana y un 0,7% de cocaína o pasta base en el último año.

De manera preocupante el consumo de estupefacientes legales e ilegales sufrió un aumento demasiado significativo, existiendo una dependencia en las drogas y el alcohol en el día a día, siendo la marihuana la que subió sus tasas de consumo en frecuencia y cantidad, ya que tuvo un alza de un 12,2% en el consumo diario de marihuana pasando de un 5,3% a un 17,5%, mientras que la cocaína tuvo un alza de un 0,3% en el consumo alguna vez en la vida.

Las denuncias efectuadas por violencia intrafamiliar contra una mujer u hombre aumentaron durante el año 2019 y 2020, así mismo fueron elevadas las denuncias por delitos de connotación social mayor sobrepasando las 14.439 denuncias en la región.

Respecto del sistema de salud, un 88,0% de la población de la región está en FONASA (máximo a nivel nacional) y un 86,8% de la población regional está inscrita en la Atención Primaria de Salud (APS). Por cada 100.000 hab., se estima una tasa de 1,3 hospitales públicos, 10 camas críticas del sistema público (mínimo a nivel nacional) y 48 médicos del sistema público.

En cuanto a las atenciones totales en el sistema ya sea de atención primaria, especialidad y urgencias en el año 2017 se logró superar todas las cifras anteriores con gran ventaja a causa de que se efectuaron 3.117.122 atenciones y en el año 2013 solamente se hicieron 2.806.081 atenciones, lo cual en parte se debe al aumento de nuevos centros de salud como los SAR. De la mano con las atenciones realizadas hubo un incremento del año 2015 al 2017 en la dotación de camas de 379 camas nuevas, siendo las principales de alta complejidad.

En lo que refiere al diagnóstico nutricional infantil, se redujo el riesgo a desnutrir y la desnutrición, aunque no de una manera significativa ya que durante los últimos 5 años se presentan variaciones, adicionalmente la tasa de desnutridos es menor que la nacional. En contraste el sobrepeso, obesidad y obesidad severa tuvieron un alza durante los últimos 4 años, teniendo relación con la malnutrición por exceso, siendo Talca quien lidera la malnutrición con un 60,8% las demás comunas alcanzan máximo el 49%.

Al finalizar esta revisión bibliográfica se concluye que la región del Maule sigue en un estado de pobreza importante, existen carencias multidimensionales que afectan sin duda la calidad de vida de cada uno de los habitantes del lugar, por mencionar algunas, se tienen

penurias en temas educacionales, de salud, de vivienda, entre otras. Es vital que se haya dado a conocer un nuevo diagnóstico para que así se puedan formular nuevas políticas públicas para subsanar las diferentes vulneraciones actuales que hay en la Región, además para que se pueda realizar una distribución de recursos más focalizada según necesidad por provincias y comunas.

REFERENCIAS

1. OMS OMDs. Determinantes sociales de la salud 2020 [
2. Del Cambio ECDS. 4.1. Determinantes en salud. *médica*.11(90):6.
3. Galli A, Pagés M, Swieszkowski S. Factores determinantes de la salud. RESIDENCIAS DE CARDIOLOGÍA, Buenos Aires [Página de internet] diciembre. 2017.
4. Sanchez Silva ADR. Determinantes de la salud en adultos mayores con sobrepeso. Puesto de salud Magdalena Nueva-Chimbote, 2019.
5. Mayenco Cardenal N. ¿Enfermamos todos igual? Los determinantes de salud Madrid, España: Revista FUA; 2018 [
6. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos DS, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*. 2017;19:393-5.
7. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(5):465-73.
8. Salas-Zapata W, Ríos-Orsorio L, Gómez-Arias RD, Castillo Á-D. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;32:77-81.
9. Vidal Gutiérrez D, Chamblas García I, Zavala Gutiérrez M, Müller Gilchrist R, Rodríguez Torres MC, Chávez Montecino A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*. 2014;20(1):61-74.
10. Gajardo R, Garrido P, González R, Retamal V, Riveros R, Palma A. Anuario estadístico 2017. In: Maule SdS, editor. Talca, Chile: Publicaciones Servicio de Salud Maule; 2018.
11. (INJUV) INdIJ. Décimo tercer estudio poblacional de drogas en población general de Chile, 2018. In: drogas Ocd, editor. Observatorio chileno de drogas ed. Santiago: SENDA; 2019.
12. Ponce A, Nuñez M. Diagnósticos Regionales con enfoque DSS, serie de diagnósticos Regionales de Salud, Región del Maule. In: *Epidemiología Dd*, editor. Santiago: Publicaciones Departamento de Epidemiología; MINSAL; Gobierno de Chile 2016.

13. Chile MdDS-Gd. Encuesta Casen-Observatorio Social 2017. Santiago, Chile: Ministerio de desarrollo social y familia 2018.
14. Muñoz R. ¿Qué es la ruralidad? La nueva concepción del termino 2009
15. Albaladejo C, Iscaro M, editors. Avance del agronegocio y el capital financiero sobre el sector agropecuario argentino y sus implicancias sobre el desarrollo de los territorios rurales. Un estudio de caso 2016.
16. Aguilera Valdivia C. Nueva ruralidad: perspectivas y enfoques desde la geografía, aplicadas a la comuna de Santa Cruz, Región del Libertador General Bernardo O'Higgins. 2019.
17. Gómez-García P. Las ilusiones de la 'identidad'. La etnia como pseudoconcepto. Revista Santander. 2017(12):44-65.
18. Reyes AA. Identidad indígena en Chile en contexto de migración, urbanización y globalización. Amériqué Latine Histoire et Mémoire Les Cahiers ALHIM Les Cahiers ALHIM. 2014(27).
19. Espinar-Ruiz E. Migrantes y refugiados: reflexiones conceptuales. 2010.
20. Arriagada Poblete C-CH, Constanza. Migración en el Maule y CENSO 2017. Columna de opinión UCM. 2018(Carta el director).
21. (DEM) DdEyM. Síntesis de Resultados Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019

Distribución regional y comunal. In: Estadísticas INd, editor. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas Migratorias; 2020.
22. (DEM) INdEIyDdEyM. Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019. Informe técnico: desagregación regional y comunal. In: Estadísticas INd, editor. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas Migratorias; 2020.
23. Lahuasi L, Belén A. Derecho al refugio en un estado constitucional de Derechos y Justicia. 2018.
24. Moscoso L, Dayana K, Llanos M, Andres H. Caracterización de la inmigración en Chile y su evolución desde el año 2005 a 2016. 2017.

25. García Fuentes A. Arquitectura de emergencia, un lugar donde habitar. Vivienda industrializada vs vivienda tradicional. 2019.
26. Lexico O. Escolaridad Oxford2021 [
27. Vélez C, Claros JAV. Discapacidad y determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios: diferencias por género. Ciencia e Innovación en Salud. 2014.
28. (INE) Inde. BOLETÍN ESTADÍSTICO: EMPLEO TRIMESTRAL. Santiago, Chile: INE; 2020.
29. Rabaza Valverde MR. Determinación y análisis de indicadores de la oferta laboral, como instrumento de gestión de políticas públicas de empleo de corto plazo en Bolivia. 2012.
30. del Hoyo JJG. ANALES DE ECONOMÍA APLICADA (2018): ECONOMÍA DEL TRANSPORTE Y LOGÍSTICA PORTURIA: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva; 2020.
31. SENDA. Décimo tercer estudio poblacional de drogas en población general de Chile, 2018. In: drogas Ocd, editor. Observatorio chileno de drogas ed. Santiago: SENDA; 2019.
32. INJUV. Novena encuesta nacional de juventud 2018. In: familia Mddsy, editor. Ministerio de desarrollo social y familia ed. Santiago: Ministerio de desarrollo social y familia; 2019.
33. JUNAEB. Mapa nutricional 2019 In: Epidemiología Dd, editor. Santiago: MINEDUC; 2020.
34. Cadena Urzúa P, Letelier Saavedra L. Factores determinantes de los Delitos de Mayor Connotación Social en la Región Metropolitana. Análisis en base a un modelo de regresión logística. Política criminal. 2018;13(26):1170-89.
35. Garcia Palomo JD, Agüero Balbín J, Parra Blanco J. Enfermedades infecciosas. Obstetricia 6th ed: Elsevier Masson. 2013:752.
36. Arias Meza DC, Blanco Leal SM, Caicedo Díaz ME. Prevalencia de los factores de riesgo comportamentales asociados a la ocurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el personal civil administrativo de la Escuela Militar de Cadetes General José Maria Córdova. 2018.
37. Álvarez Iturriaga P, Vergara Mallegas N, Soto Valenzuela F. DIAGNÓSTICOS REGIONALES EN SALUD CON ENFOQUE EN DETERMINANTES SOCIALES In: Salud DdEDdPSSdSPMd, editor. TALCA: Dr. Sergio Loayza Saldivia 2017.

38. Acheson D. Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London: The Stationary Office. 1988:23-34.
39. Koya SF, Nayar KR, Rao AP, Bhat LD. Health achieving societies: Past discourses, present predilections, and possible future contradictions. *Journal of Public Health and Primary Care*. 2021;2(1):1.
40. World Health O. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. 2018.
41. Centers for Disease Control and P. The public health system and the 10 essential public health services. Retrieve from <https://www.cdc.gov/stltpublichealth/publichealthservices/essentialhealthservices.html>. 2017.
42. Maureira Martínez P, Duarte Vásquez Fn. La identidad de género infantojuvenil en la atención del sistema público de salud. 2019.
43. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*. 2011;33(1):7-11.
44. Chiang Vega MM, Salazar Botello CM, Martín Rodrigo MJ, Nuñez Partido A. Clima organizacional y satisfacción laboral: Una comparación entre hospitales públicos de alta y baja complejidad. *Salud de los trabajadores*. 2011;19(1):05-16.
45. Riveros Gómez S. Construcción de pabellones quirúrgicos en hospitales de alta complejidad. 2018.