

Pueblo Mapuche y COVID-19: la violencia estructural que salta a la vista. Escenario 2021

Mapuche people and COVID-19. Structural violence that is obvious. The current panorama 2021

Manuel Fuenzalida

Departamento de Geografía, Universidad Alberto Hurtado. Centro Interdisciplinar de Políticas Públicas (CiPP) UAH; mfuenzal@uahurtado.cl
<https://orcid.org/0000-0003-3207-5763>

Historia editorial

Recibido: 03//10/2022
 Primera Revisión: 30/11/2022
 Aceptado: 16/12/2022
 Publicado: 17/12/2022

Palabras clave

COVID-19, Mapuche
 Wallmapu

Resumen

Esta investigación analiza la evolución de la pandemia en el Wallmapu y si ésta tiende a impactar sanitariamente en territorios más vulnerables. Los datos se extraen del 166° informe epidemiológico de COVID-19 y para el proxy de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se utilizan 5 variables o indicadores sociales de fuentes oficiales de información vigente. Se utilizó el método k-medias para agrupar los datos. Tras diversas pruebas, fue posible identificar a 4 grupos de municipios de valoración bajo, medio, alto y muy alto impacto sanitario. En los territorios donde las DSS son más negativos o con ausencia del factor protector de la ruralidad explicarían los peores resultados epidemiológicos.

Fuenzalida, M. (2022). Pueblo Mapuche y COVID-19: la violencia estructural que salta a la vista. Escenario 2021, *Anuario del Conflicto Social*, 13, e-40703. <https://doi.org/10.1344/ACS2022.13.9>

Paraules clau

COVID-19, Maputxe,
 Wallmapu

Resum: Poble Maputxe i COVID-19: la violència estructural que salta a la vista. Escenari 2021

Aquesta recerca analitza l'evolució de la pandèmia en el Wallmapu i si aquesta tendeix a impactar sanitàriament en territoris més vulnerables. Les dades s'extreuen del 166° informe epidemiològic de COVID-19 i per al proxy dels Determinants Socials de la Salut (DSS) s'utilitzen 5 variables o indicadors socials de fonts oficials d'informació vigent. Es va utilitzar el mètode k-mitjanes per a agrupar les dades. Després de diverses proves, va ser possible identificar a 4 grups de municipis de valoració baix, mitjà, alt i molt alt impacte sanitari. En els territoris on les *DSS són més negatius o amb absència del factor protector de la ruralitat explicarien els pitjors resultats epidemiològics.

Abstract

Keywords

COVID-19, Mapuche,
 Wallmapu

This research analyzes the evolution of the pandemic in Wallmapu and if it tends to have a health impact in more vulnerable territories. The data is extracted from the 166th epidemiological report of COVID-19 and for the proxy of the Social Determinants of Health (SDH) 5 variables or social indicators are used from official sources of current information. The k-means method was used to pool the data. After various tests, it was possible to identify 4 groups of communes with a low, medium, high and very high health impact. In the territories where the SDH are more negative or with the absence of the protective factor of rurality, they would explain the worst epidemiological results.

1. Introducción

La pandemia representa un desafío sanitario para toda la población mundial, y en especial para determinados colectivos. En territorios indígenas la realidad se complejiza con diversas aristas críticas implicadas, principalmente económicas, culturales y sobre todo políticas. La fragilidad se agudiza en territorios donde la exclusión social y la vulneración de derechos son rasgos históricos y estructurales, y donde las políticas sanitarias son implementadas sin pertinencia cultural a la hora de enfrentar la actual crisis sanitaria. Diversos medios y organismos internacionales se han referido al descuido y a la invalidación de los derechos de las poblaciones indígenas frente a la pandemia, quienes tienen “casi tres veces más probabilidades de vivir en la extrema pobreza que los no indígenas, y por lo tanto ser más propensas a las enfermedades infecciosas” (Nuorgam, 2020). En Wallmapu (región del territorio mapuche entre Los Andes y El Pacífico), junto a la histórica violencia estructural (Rojas Pedemonte, 2017) y a la débil capacidad gubernamental (Tilly, 2010), se evidencian hoy importantes rezagos de Estado chileno en el cumplimiento del Convenio n°169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Estas brechas no sólo se expresan en los compromisos políticos de participación y consulta, sino también en el deber de proveer con pertinencia los pueblos indígenas los servicios y medios para la sanidad física y mental de las comunidades originarias (Convenio N°169, 2008). El cumplimiento de estas garantías es cuestionable atendiendo a la desmesurada propagación del coronavirus en territorio mapuche, y a la ausencia de medidas sanitarias específicas, y con pertinencia cultural, para este colectivo. La no publicación en los canales oficiales de registros sobre número de casos de personas indígenas contagiadas, recuperadas o fallecidas¹, evidencia el desinterés gubernamental en estos colectivos y dificultad para desplegar políticas con eficacia local, sin embargo, en este breve artículo recurriremos a diversos cruces de datos y estimaciones para ofrecer un panorama aproximado sobre la realidad del Pueblo Mapuche en el contexto de la pandemia.

El impacto de la pandemia en los pueblos indígenas, conlleva complicaciones en sus dimensiones geográficas, debido a la localización de comunidades en zonas rurales y/o aisladas, donde los servicios de atención de la salud son difíciles de alcanzar y tienen capacidad limitada o simplemente no existe (CEPAL, 2020). La exclusión de los servicios y derechos sociales ha obligado muchas veces a las mismas comunidades, a tomar medidas autónomas frente a las limitaciones laborales, a la reducción territorial, a las insuficiencias del sistema de salud chileno y al desarrollo de las políticas nacionales de

¹ Norma Técnica 820 *Estándares de Información de Salud* https://degi.saludorientec.cl/degidssmo/documentos/normas/NORMA_820.pdf

carácter prioritario. Ejemplo de eso son los cordones sanitarios, el control comunitario de los territorios habitados y el uso de la medicina tradicional (Hogar de Cristo, 2020).

El Pueblo Mapuche representa un 79,8% de la población (1.745.147 personas) que se considera perteneciente a algún pueblo indígena o pueblo originario, representando un 9,9% de toda la población censada para el año 2017 (INE, 2018). En las regiones del Biobío, Los Lagos, y la Araucanía se concentra un 10,24%, un 12,65% y un 18,0% de la población mapuche respectivamente, mientras que en la Región Metropolitana se concentra el 31,8% (INE, 2018). El flujo interregional refleja un desplazamiento por parte de nuevas generaciones mapuche, desde zonas rurales a los espacios urbanos, principalmente de la Región Metropolitana, estableciéndose en los municipios periféricos de Puente Alto, Maipú, La Florida, San Bernardo, Peñalolén, Pudahuel, La Pintana, Santiago, Quilicura y Cerro Navia.

Para el año 2021, las cifras observadas en la Región de La Araucanía fueron reflejo de una pandemia que no pudo ser contenida, alcanzando una tasa acumulada de 11.371,4 por 100.000 habitantes, 1.554 fallecidos, con una tasa de mortalidad acumulada en 153,2 y una tasa de letalidad de 1,5 (MINSAL, 2021).

En Wallmapu y en particular en las comunidades mapuche se concentran aquella población “sin seguridad social ni capacidad de ahorro individual; es decir, trabajadores por cuenta propia altamente precarizados” (Hogar de Cristo, 2020), que sufren las consecuencias económicas, sanitarias, tecnológicas, educativas, territoriales y sociales de la crisis. Así, “las realidades más críticas pueden invisibilizarse con las gruesas cifras regionales. Es en determinados territorios y municipios con alta presencia de comunidades mapuche, “muchas veces por la violencia estructural, la pobreza y el conflicto socio-ambiental, donde el virus puede alcanzar otros ribetes e impactos” (Hogar de Cristo, 2020). El histórico despojo territorial padecido y la invasión sufrida por el Pueblo Mapuche por parte del Estado chileno, hoy se actualiza con la reproduciendo la pobreza, la vulneración de derechos, y la persecución del activismo mapuche frente la ocupación extractivista y militarización del territorio (Caniguan & de la Maza, 2020).

La pregunta de investigación se centra cómo ha evolucionado la pandemia en el Wallmapu durante el año 2021 y si ésta tiende a impactar sanitariamente en territorios más vulnerables o de mayor complejidad territorial en cuanto a la mayor dispersión de su población rural y mayores dificultades de acceso a servicios de soporte de habitabilidad.

El texto sigue describiendo la metodología, sus resultados para finalizar en una discusión.

2. Metodología

2.1. Área de estudio

El área de estudio está determinada por los 40 municipios que componen el Wallmapu. Su distribución en base a las provincias que pertenecen: Alto BioBío (Provincia de BioBío). Arauco, Cañete, Contulmo, Curanilahue, Lebu, Los Álamos y Tirúa, (Provincia de Arauco). Angol, Collipulli, Curacautín, Ercilla, Lonquimay, Los Sauces, Lumaco, Purén, Renaico, Traiguén y Victoria (Provincia de Malleco). Carahue, Cholchol, Cunco, Curarrehue, Freire, Galvarino, Gorbea, Lautaro, Loncoche, Melipeuco, Nueva Imperial, Padre Las Casas, Perquenco, Pitrufquén, Pucón, Saavedra, Temuco, Teodoro Schmidt, Toltén, Vilcún, y Villarrica (Provincia de Cautín).

2.2. Fuente de datos

Para analizar la dinámica del avance de la pandemia durante 2021, se ha optado por trabajar con el Informe Epidemiológico N°166 para enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19), del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile. El informe abarca el estado de la pandemia hasta el 29 de diciembre de 2021. La variable que se analizará será la tasa acumulada por 100.000 habitantes

2.3. Co-variables determinantes sociales de la salud

Para contextualizar las variables de determinantes sociales de la salud, entendidas estas como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (OMS y OPS, 2017), se utilizarán:

-*Porcentaje de Pobreza Multidimensional (PMULTI)*: Identifica múltiples carencias a nivel de los hogares y las personas en los ámbitos de la salud, la educación y el nivel de vida. Cada miembro de una familia es clasificado como pobre o no pobre en función del número de carencias que experimente su hogar. Estos datos se agregan a nivel comunal para conformar el indicador de la pobreza multidimensional. Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017.

-*Porcentaje de población de pueblos originarios (P_ORGIN)*: Identifica el porcentaje de habitantes en una comuna que se declara perteneciente a una etnia originaria. Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017.

-*Número de Localidades Rurales en la Comuna (LR)*: Identifica el número de localidades rurales que existen al interior de la comuna. A mayor número de localidades rurales, supondría un efecto protector para COVID-19. Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017.

-*Cantidad de Población Rural en la Comuna (PR)*: Identifica la cantidad de población rural que habita al interior de la comuna. A mayor cantidad de población rural, supondría un efecto protector para COVID-19. Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017.

-*Clasificación de complejidad territorial (CCT)*: Identifica los niveles de complejidad de intervención en localidades rurales. Existen siete niveles de clasificación (Muy Baja; Baja; Transición a Baja; Media; Transición a alta; Alta y Muy Alta), siendo “muy baja” para población rural concentrada en torno a su sede municipal, sede municipal con altos niveles de integración de servicios y costos en diésel bajos hasta “muy alta” para población rural dispersa en torno a su sede municipal, sede municipal con bajos niveles de integración de servicios y costos en diésel altos. Fuente: Subsecretaría de Desarrollo Regional 2020.

2.4. Técnicas de análisis

La base de datos para el análisis está compuesta por Tasa de Acumulada, PMULTI, P_ORGIN, LR, PR y CCT. Se utilizó el método “k-medias” (utilizando distancias euclidianas) que permite agrupar datos en función del parecido o similitud existente entre ellos y separar aquellos que no lo son y por tanto pertenecen a otro clúster. Tras diversas pruebas, fue posible identificar a cuatro (4) grupos de municipios similares entre sí, pero distintos entre ellos, considerando la variación de medias que presenta cada conglomerado. Tal proceso se llevó a cabo mediante el software GeoDa 1.14.

3. Resultados

3.1. Indicadores comunales y casos de COVID-19 al 28-12-2021

La distribución de los casos acumulados y la tabla de incidencia para COVID-19 se puede apreciar en la Tabla 1. Según las estadísticas sanitarias expuestas, en la Región del Biobío, son los municipios de Alto Biobío (15.837,6), Arauco (14.025,7), Curanilahue (12.988,3) y Tirúa (12.950,4), las que concentra las mayores tasas de morbilidad o incidencia por cada 100.000 habitantes.

Para la Región de la Araucanía, los municipios con las tasas más altas de morbilidad son Galvarino (18.997,9), Renaico (16.588,2), Perquenco (16.018,3), Ercilla (15.831,2), Collipulli (13.790,7), Saavedra (13.210,3), Curarrehue (12.996,7), Toltén (12.978,6), Los Sauces (12.505) y Padre Las Casas (12.209,2).

Resulta importante destacar que, en estos territorios, una mayor proporción de su reducida población comunal contrajo la enfermedad.

Tabla 1. Indicadores comunales y casos de COVID-19 al 28-12-2021.

Región	Provincia	Comuna	Población	N de casos	Tasa de Incidencia
BioBío	BioBío	Alto Biobío	6.775	1.073	15.837,60
	Arauco	Arauco	38.679	5.425	14.025,70
		Cañete	37.003	4.361	11.785,50
		Contulmo	6.330	729	11.516,60

		Curanilahue	33.892	4.402	12.988,30	
		Lebu	27.100	2.781	10.262,00	
		Los Álamos	22.524	2.675	11.876,20	
		Tirúa	11.019	1.427	12.950,40	
La Araucanía	Malleco	Angol	56.058	6.369	11.361,40	
		Collipulli	26.148	3.606	13.790,70	
		Curacautín	18.178	1.459	8.026,20	
		Ercilla	8.458	1.339	15.831,20	
		Lonquimay	11.049	1.240	11.222,70	
		Los Sauces	7.517	940	12.505,00	
		Lumaco	10.050	1.168	11.621,90	
		Purén	12.188	1.128	9.255,00	
		Renaico	10.833	1.797	16.588,20	
		Traiguén	19.314	2.017	10.443,20	
		Victoria	35.467	3.677	10.367,40	
		Cautín	Carahue	25.486	2.782	10.915,80
			Cholchol	12.341	1.202	9.739,90
			Cunco	18.055	1.819	10.074,80
			Curarrehue	7.802	1.014	12.996,70
			Freire	25.446	2.753	10.819,00
			Galvarino	12.633	2.400	18.997,90
			Gorbea	15.148	1.491	9.842,90
			Lautaro	40.746	4.702	11.539,80
			Loncoche	24.739	2.402	9.709,40
			Melipeuco	6.265	566	9.034,30
			Nueva Imperial	33.777	3.430	10.154,80
			Padre Las Casas	82.110	10.025	12.209,20
			Perquenco	7.223	1.157	16.018,30
			Pitrufquén	26.096	2.828	10.836,90
			Pucón	29.782	3.452	11.590,90
			Saavedra	12.793	1.690	13.210,30
			Temuco	302.931	33.684	11.119,40
			Teodoro Schmidt	15.786	1.768	11.199,80
			Toltén	10.055	1.305	12.978,60
	Vilcún	30.766	3.602	11.707,70		
	Villarrica	59.103	6.478	10.960,50		

Fuente: Elaboración propia en base al Informe Epidemiológico N°166, MINSAL, 2021.

3.2. Distribución territorial del impacto sanitario según clase.

Tomado en cuenta los cuarenta (40) municipios que componen el Wallmapu, los resultados permitieron obtener los centroides y respectivos tamaños de las clases que se observan en la Tabla 2. La distribución territorial se puede apreciar en la Figura 1.

La clase 1 (C1) corresponde a quince (15) territorios que se caracterizan por tener un medio impacto sanitario, baja pobreza multidimensional, bajo porcentaje de población que se declara de pueblos originarios, medio número de localidades rurales y población rural, pero con territorios con población rural dispersa en torno a su sede municipal, sede municipal con buenos niveles de integración de servicios y costos en diésel moderado. En esta clase, los determinantes sociales de la salud al ser más positivos, explicarían que los resultados epidemiológicos sean algo mejor.

Tabla 2. Centroides y respectivos tamaños de las clases.

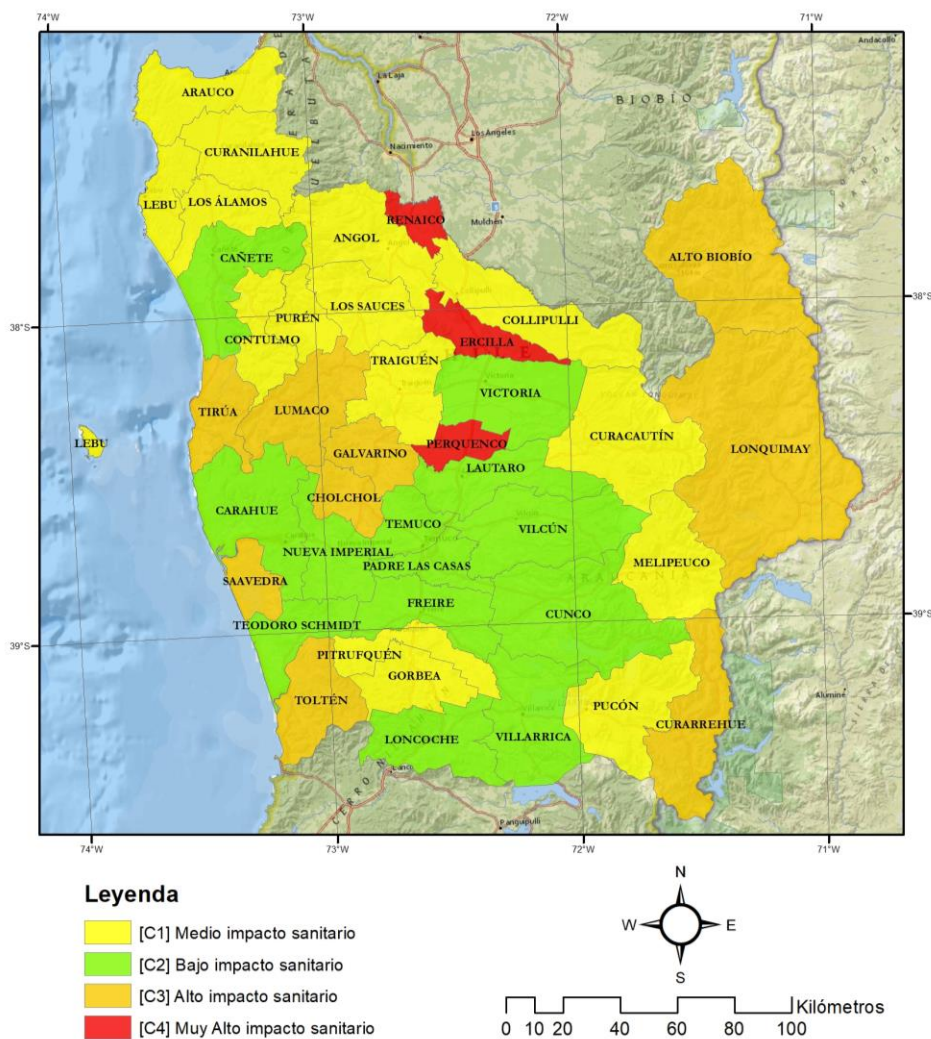
Clase	Tasa	PMULTI	P_ORGIN	LR	PR	CCT	Tamaño
C1	11.361	30	28,1	81	4.254	0,71	15
C2	10.961	34,1	35,5	191	12.729	0,58	13
C3	12.979	54,2	69,3	85	6.464	0,55	9
C4	16.018	33,6	50,9	59	3.341	0,83	3

Fuente: Elaboración propia.

La clase 2 (C2) corresponde a trece (13) territorios que se caracterizan por tener un bajo impacto sanitario, alta de pobreza multidimensional, medio porcentaje de población que se declara de pueblos originarios, muy alto número de localidades rurales y población rural, pero territorios con población rural dispersa en torno a su sede municipal, sede municipal con bajos niveles de integración de servicios y costos en diésel altos. En esta clase, el factor protector de la ruralidad explicaría en gran parte los mejor resultados epidemiológicos.

La clase 3 (C3) corresponde a nueve (9) territorios que se caracterizan por tener un alto impacto sanitario, muy alta pobreza multidimensional, muy alto porcentaje de población que se declara de pueblos originarios, alto número de localidades rurales y población rural, pero territorios con población rural semi dispersa, sede municipal con altos niveles de integración y costos en diésel altos. En esta clase, los determinantes sociales de la salud al ser más negativos, explicarían en los peores resultados epidemiológicos.

Figura 1. Distribución territorial de las clases.



Fuente: Elaboración propia.

La clase 4 (C4) corresponde a tres (3) territorios que se caracterizan por tener un muy alto impacto sanitario, valores medios de pobreza multidimensional, alto porcentaje de población que se declara de pueblos originarios, menor número de localidades rurales y población rural, pero territorios con Población rural concentrada en torno a su sede municipal, sede municipal con niveles de integración de servicios medios y costo en diésel bajos. En esta clase, la ausencia de un factor protector de la ruralidad explicaría en gran parte los peores resultados epidemiológicos.

Discusión

Es ampliamente aceptado en la comunidad científica y política que el comportamiento de las enfermedades está condicionado por ciertos factores provenientes de la relación del ser humano con su medio, ejemplo de ello son los hábitos de vida o los comportamientos culturales que una comunidad desarrolla en la cotidianidad (Fuenzalida Díaz et al. 2013).

Los conceptos de salud y enfermedad solo pueden ser entendidos como construcciones culturales e históricas. El modelo de epidemiología con enfoque intercultural amplía el modelo multicausal de la enfermedad, incorporando los modelos indígenas multifactoriales e integrales, en los cuales el concepto de salud guarda relación con el equilibrio entre dimensiones éticas, espirituales, sociales y ambientales (MINSAL, 2011).

En este sentido, el conjunto de determinantes sociales que dan forma a la salud condiciona de forma importante como el pueblo mapuche enfrenta la pandemia por COVID-19. Por ejemplo, el estatus socioeconómico influye en el lugar de residencia, el cuál es peor para condiciones de vivienda, hacinamiento y saneamiento los cuales ponen a las personas en mayor riesgo de transmisión de COVID-19 (Rollston y Galea, 2020). El estatus socioeconómico también influye en la posibilidad de acceso a servicios sanitarios de APS u hospitalarios, lo que afecta a la detección y tratamiento oportuno de COVID-19 (Rozenfeld et al., 2020). Es por ello que, en los nueve (9) municipios que pertenecen a la C3, la continua exposición al virus es un riesgo mayor para la población con mayores índices de pobreza multidimensional, y en particular para una mayor proporción de población mapuche, más excluida debido a escasez de recursos, desigual distribución de la salud, escasez de agua potable o hacinamiento en viviendas. Ciertamente la exclusión que experimenta el pueblo mapuche es multidimensional y si se quiere, interseccional, y requiere de políticas acordes a sus condiciones de vida y a su cultura, como lo señala el Convenio n° 169, donde los servicios de salud “deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.” (OIT, 2008, pág. 14).

En el mundo, los impactos de la pandemia provocada por COVID-19 se han multiplicado en mayor medida en las zonas urbanas, en especial las grandes ciudades, al momento son menores en las zonas rurales (Flor 2020) y en el Wallmapu no se ha dado una excepción. De esta forma, los trece (13) territorios que pertenecen a la C2 se comportan de forma similar a los resultados obtenidos en otras latitudes para municipios que presentan un mayor porcentaje de población rural, se tiene una menor cantidad de contagios por COVID-19 (Cortés et al., 2020). Lo opuesto sucede con los tres (3) municipios de la C4, que al tener una población fundamentalmente urbana superan una tasa de quince mil (15.000) casos.

El protocolo metodológico implementado con el software libre GeoDA, permite de forma eficaz conocer el impacto en los territorios más vulnerables, en relación con la incidencia de la enfermedad y sus determinantes sociales de la salud.

La urgencia por contener las críticas estadísticas sanitarias (de morbilidad y mortalidad) exige la orientación de los esfuerzos y recursos al cuidado de la población y medidas conciliadoras y no represivas por parte del Estado. Más allá de las ideologías políticas e intereses empresariales y de las autoridades de turno, la emergencia sanitaria requiere hoy de estrategias técnicas e intersectoriales, y que se disponga de las cifras sanitarias específicas sobre las condiciones de los pueblos indígenas, así como de enfoques que se adapten con pertinencia a las dificultades económicas y sociales de los territorios.

Referencias

- Caniguan, N., & de la Maza, F. (23 de 06 de 2020). Pueblos Indígenas, los invisibilizados de la pandemia. <https://www.ciperchile.cl/2020/06/23/pueblos-indigenas-los-invisibilizados-de-la-pandemia/>: CIPER ACADÉMICO.
- CEPAL, N. (2020). El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva.
- Cortés, F., Vargas, D., & Valdés, S. (2020). Las relaciones sociales y la difusión del contagio municipal por el SARS-CoV-2 en México/Social relations and the spread of municipal contagion by SARS-CoV-2 in Mexico. *EconomíaUNAM*, 17(51), 418-436.
- Flor, F. H. (2020). FRENTE A LA PANDEMIA: Potencialidades de la ruralidad y las agriculturas campesinas. *Sociología y Política HOY*, (4), 103-113.
- Fuenzalida Díaz, Manuel, Cobs Muñoz, Víctor, & Guerrero Espinoza, Rodrigo. (2013). El territorio como unidad de análisis en estudios sobre las determinantes sociales de la salud. *Argos*, 30(59), 086-106
- Hogar de Cristo, Infocap, Techo Chile, Fondo Esperanza, Servicio Jesuita a Migrantes, Fundación Lican de Tirúa, . . . Fundación Súmate. (10 de Septiembre de 2020). Pobreza y Pandemia. Diagnóstico y propuestas para un Chile más digno y justo. Chile.
- INE. (2018). 2da Entrega de resultados definitivos Censo 2017. Obtenido de http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2018/05/presentacion_de_la_segunda_entrega_de_resultados_censo2017.pdf
- MINSAL (2011). Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio Araucanía Norte. Serie Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile, N°008. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

- MINSAL (2021). Informe epidemiológico N°166 enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19). Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile
- Nuorgam, A. (2020, April). Mensaje de la Presidenta del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas para asegurar que los pueblos indígenas estén informados, protegidos y sean priorizados durante la pandemia mundial del Covid-19. United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2017). Determinantes Sociales de la Salud en las Américas, pp. 1– 9.
https://www.paho.org/salud-en-las-americas2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es
- Rojas Pedemonte, N. &. (2017). Violencia estructural y exclusión del Pueblo Mapuche: estadísticas multidimensionales de un territorio en conflicto. Documento de trabajo. ODSAL.
- Rollston, R., & Galea, S. (2020). COVID-19 and the Social Determinants of Health. *American Journal of Health Promotion*, Vol.34, 6, pp. 687-689.
- Rozenfeld, Y., Beam, J., Maier, H., Haggerson, W., Boudreau, K., Carlson, J., & Medows, R. (2020). A model of disparities: risk factors associated with COVID-19 infection. *International journal for equity in health*, 19(1), 1-10.
- Tilly, C. (2010). Democracia. Madrid: Akal.



Este texto está protegido por una licencia Reconocimiento [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)