Gobierno de Chile

[redacted]8

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
DIVISIÓN JURÍDICA
DL/ JRB/ NDC/ ATC/ RMA/ MOP/ CBP

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES SUBSECRETARIO

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES JEFE GABINETE V°B°

RECIBIDO
CODIGO:_____ FOLIO:_____
16 FEB 2021
HORA:_____
Of. Partes Dirección
Serv. Salud Araucanía Norte

APRUEBA PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

EXENTA N° 160 /

SANTIAGO,- 8 FEB 2021

VISTO: Memorándum C51 N°193 de 17 de noviembre de 2020, de la Jefa de División de Atención Primaria y lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en el decreto supremo N° 2.296, de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de la ley N° 19.378; en la resolución N°30 de 2015, y resolución N°7 de 2019, ambas de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional.

2. Que, esta función es expresión de la atribución que le compete a esta cartera de Estado de ejercer la rectoría del sector salud, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 4 N°1 letra a) del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud.

3. Por su parte, los programas de salud tienen por finalidad la realización de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación del individuo, organizadas con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población, en una determinada región o país en forma integral y sostenible.

4. Que, asimismo, la Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centrado en las personas, familia y comunidad.

5. Que, en este contexto, el presente programa denominado Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas tiene por propósito disminuir la prevalencia en enfermedades crónicas y enfermedades infecciosas que contribuyen a establecer un patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, en la población perteneciente a los pueblos indígenas de Chile, adscrita a FONASA.

6. Que, los objetivos fijados para este Programa apuntan a desarrollar procesos de mejora continua en el acceso y oportunidad de atención a la población usuaria del sistema de salud pública considerando la pertinencia cultural.

7. Que, en base a las razones expuestas, dicto la siguiente:

R E S O L U C I O N:

1. **APRUÉBASE** el **Programa** Especial de Salud y Pueblos Indígenas, en adelante, el Programa de Salud, cuyo texto es el que se inserta a continuación:

PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

1. ANTECEDENTES

Según dato del último CENSO (CENSO, 2017) en Chile existe un total de 2.185.792 personas pertenecientes a pueblos indígenas y representa el 12,4% de la población total nacional. La población potencial del Programa ha tenido distintas aproximaciones en cuanto a su definición y focalización, lo que permite dar cuenta de un sentido de progresividad previo ajuste y unificación de la pregunta por pertenencia a pueblos originarios en instancias formales. La Ley Indígena N°19.253, define la condición de pueblos indígenas y posterior formalización de la pregunta que incorpora la variable de pertenencia a pueblos indígenas en el sistema de información, por parte del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Acogiendo el llamado de los organismos internacionales, en especial la Resolución V de OPS/OMS (1993), que insta avanzar desde los Ministerios de Salud en la generación de políticas y estrategias nacionales, para brindar atención de salud acorde a las necesidades y características culturales de la población indígena, el Ministerio de Salud asume la responsabilidad de instalar la unidad técnica de salud y pueblos indígenas (1996) con lineamientos orientados a conocer la situación de salud, de la población indígena de Chile.

El Ministerio de Salud avanzó en la formalización de línea técnica de Salud y Pueblos Indígenas y crea el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas el año 2000, cuyo objetivo apuntaba a "*mejorar la situación de salud y medio ambiente*"... "*impulsando estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y la integralidad de las acciones*". Sin embargo, en la medida que se ha ido desarrollando acciones del programa en coordinación con las organizaciones y líderes de los territorios, se han formulado nuevos requerimientos y espacios de acción, muchos de los cuales escapan a los ámbitos de competencias del Programa.

En el contexto de la reforma del Sector, Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937 (2004) y los reglamentos internos, del Ministerio de Salud (2005) como de los Servicios de Salud (2005), definen la responsabilidad sectorial de incluir dentro de su quehacer, el enfoque intercultural, incorporando el respeto a la cultura existente en los territorios y como estrategia la participación activa de las comunidades y organizaciones indígenas.

La Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006) y la Norma General Administrativa N° 16 (2006), refuerza los lineamientos técnicos y políticos sobre Interculturalidad descritos en ambos reglamentos internos (Ministerio de Salud y Servicios de Salud) y promueve la incorporación de la pertinencia cultural a través del quehacer del Programa, como en la red asistencial.

Con ocasión de las recomendaciones internacionales sobre pueblos indígenas y derechos humanos, el Estado de Chile acoge y suscribe el Convenio N° 169 de Pueblos Indígenas y Tribales de Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ratificado por Chile (2008); la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007); y la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, (CIDH), entre otros, reconociendo el derecho, tanto colectivo como individual, de los pueblos indígenas a disfrutar del nivel más alto de salud física, mental y espiritual. En concordancia con lo anterior, el Ministerio de Salud en la Ley de Derechos y Deberes del Paciente (N°20.584/2012) incluye en uno de sus artículos el derechos de los pueblos indígenas, a recibir atención de salud con pertinencia cultural[1].

Con la finalidad de avanzar hacia la satisfacción usuaria y demandas de atención en salud con pertinencia cultural, tanto para la población que reside en territorios históricos como para aquellos que se ha visto en la obligación de migrar, el Ministerio de Salud a través de sus líneas técnicas de salud y pueblos indígenas de ambas Subsecretarias, han impulsado la inclusión de la variable de pertenencia a pueblos originarios en la normativa que regula los estándares de información en salud (Decreto N°643/2016) con la finalidad de mejorar la identificación y focalización de la población beneficiaria de pueblos indígenas adscrita al Fondo Nacional de Salud (86,4%, Casen 2017).

El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, se ejecuta en los 29 Servicios de Salud desde el año 2018.

NORMATIVA NACIONAL VIGENTE PARA EL TRABAJO CON PUEBLOS INDÍGENAS

Desde el Sector se han establecido políticas, leyes, normas, reglamentos y programas para garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas y reconocer sus sistemas de salud. En este marco se destaca: La "Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937"[2], el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud[3], el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud[4], la Norma General Administrativa N° 16[5], Políticas de Salud y Pueblos Indígenas[6] y la Ley N° 20.584 que Regula los Derechos y los Deberes que tienen las Personas en relación a su atención de salud[7], este último incluye un artículo específico sobre atención de salud con pertinencia cultural y su reglamentación requiere de un proceso participativo conforme a lo establecido en el Convenio 169 de la OIT[8].

Al respecto se enuncian los principales hitos que respalda el accionar del Programa de Salud y Pueblos Indígenas en el País:

- **La "Ley de Autoridad Sanitaria"** (2004) en su Art. 4 establece que "El Ministerio de Salud tendrá, entre otras, las siguientes funciones: "Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena"(N°16).
- **"Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud"** en el Art. 21, señala entre las funciones del Ministerio de Salud, "formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la

---

[1] Lineamiento de pertinencia cultural asociado al art. 24 y 25 del Convenio 169 de la OIT (2008), que cautela los derechos colectivos de los pueblos indígenas; y específicamente, el derecho a la salud.

[2] Publicada en el Diario Oficial 24.02.04.
[3] Decreto N° 136/04 Publicado en el Diario Oficial de 21.04.05
[4] Decreto N° 140/04 Publicado en el Diario Oficial de 21.04.05
[5] Resolución 260/28-04-06 del Ministerio de Salud.

[6] Res. Exenta N° 91 año 2006, Ministerio de Salud.
[7] Promulgada el 13 de abril de 2012 y publicada el 24 de abril de 2012
[8] Decreto Promulgado desde el Ministerio de Relaciones Exteriores Núm. 236.- Santiago, 2 de octubre de 2008, entrando en vigencia plenamente el 15 de septiembre de 2009.

colaboración y complementariedad en salud para obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural".

- **El "Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud"** (2005), en el artículo 8 letra e) establece facultades del Director del Servicio, quien: "deberá programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud".
- **La Norma General Administrativa N°16 sobre "Interculturalidad en los Servicios de Salud"** (2006), desarrolla 13 directrices que constituyen orientaciones relativas a la implementación de la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en salud que serán competencia de los Servicios de Salud.
- **Política de Salud y Pueblos Indígenas**, desde el año 2006 se cuenta oficialmente con este instrumento que establece un marco de principios donde se reconoce la diversidad cultural, el derecho a la participación, y los derechos políticos que asisten a los pueblos indígenas. El desafío es desarrollar un Modelo de Atención con enfoque intercultural con participación indígena y que apunte a la disminución de las desigualdades sociales en salud. En dicho instrumento se proponen definiciones de conceptos orientadores como, Equidad, Interculturalidad y participación.
- **El Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan,**[9] (2005) reguló el ejercicio de las prácticas médicas alternativas excluyendo la medicina popular chilena, Art. 2°.- La medicina popular tradicional chilena, entendida como las actividades y procedimientos de recuperar y mantener la salud, de origen sociocultural autóctono[10] en el país, ejercida por sanadores formados tradicionalmente en sus propias comunidades de pertenencia y que gozan del respeto de éstas, quedará al margen de la aplicación de este reglamento.
- **La Ley que Regula los Derechos y los Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud**, Ley 20.584[11] (2012), establece en su artículo 7, la obligación de los prestadores institucionales públicos en los territorios de alta concentración de población indígena a "asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura"[12].

2. FUNDAMENTACIÓN

Los pueblos indígenas en Chile, requieren una especial atención desde el Estado, debido a que cuentan con menores índices de escolarización, calificación, remuneración e indicadores sanitarios bajo el promedio de la población no indígena en el país (CASEN 2017), según información disponible en el Ministerio de Salud, específicamente en "Serie Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile" (2006 – 2014, MINSAL).

---

[9] DTO. N° 42 DE 2004 Publicado en el Diario Oficial de 17.06.05

[10] El concepto "sociocultural autóctono", en este reglamento refiere a los pueblos indígenas. Sobre ésta medicina se señala que tiene una formación tradicional, de carácter comunitaria, lo que le da legitimidad social comunitaria.

[11] PUBLICADA DO. 24.04.2012.

[12] http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-7564_recurso_1.pdf

En materia de Salud, se han identificado los siguientes hallazgos; La población Aymara tiene un perfil de morbi-mortalidad distinto de la población no indígena. La primera causa de muerte corresponde a tumores (24,9%), en segundo lugar, traumatismos, envenenamientos y causas externas (13,5%), en tercer lugar, enfermedades del sistema respiratorio (13,1%) y, en cuarto lugar, enfermedades del sistema digestivo (9.7%).

A diferencia, la población no indígena tiene como principal causa de muerte las enfermedades del sistema circulatorio (Arica, 2006). La población Aymara residente en el área del SS Iquique tiene mayor riesgo de morir por tumores (50% superior al registrado para la población no-indígena), asimismo sostiene que el riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio es más alta entre hombres y mujeres Aymara que entre hombres y mujeres no indígenas (2007).

En el caso de la Población Mapuche, el Perfil Epidemiológico Básico de la Población Mapuche, (SS Araucanía Sur, 2008) ha registrado una tasa de mortalidad general superior a las del país. Para el caso mapuche, las tasas de mortalidad son más alta en población mapuche que la del resto de la población, según sexenio 2001 – 2006 donde los mapuches tienen un 30% más riegos de morir que los no mapuches. También se evidencia notable diferencia por área de residencia urbano- rural, donde la ruralidad es un factor determinante de la salud, tanto mapuche como no mapuche tienen una mayor mortalidad en el medio rural, pero las brechas entre indígenas, asociadas al área de residencia, son más pronunciadas que las diferencias observables entre los no indígenas, según este mismo criterio. Estas brechas diferenciadas remiten a la interacción acumulativa de determinantes sociales como la etnia y la ruralidad, que -en el caso del área lafkenche- está también asociada a la pobreza (Pág.45:2008). En el área de Araucanía Norte (2009), la característica general de mortalidad de la provincia de Malleco muestra tasas más alta que las del país (período 2003 – 2005, tasas de referencia de 5.3 x 1.000 habitantes), alcanzando cifras de 6,7 x 1.000 y 7,4 x 1.000, respectivamente.

Para el caso de la población Kawesqar, Yámana y Mapuche –Williche, (2009), las tasas brutas de mortalidad del Servicio de Salud Magallanes han sido levemente superiores a las nacionales, con riesgo entre un 10% y un 20%. Esta brecha es mucho más amplia para población indígena del extremo sur, con un riesgo relativo de un 1,8% respecto de la tasa nacional para el 2002. Es decir, en esta zona existe mayor vulnerabilidad en la población indígena en comparación al resto del país.

En la Región Los Ríos (2009), las diferencias entre las tasas de mortalidad Mapuche y No Mapuche por grupo de edad permite concluir que en la mayoría de los grupos etarios existe un aumento del riesgo relativo. Por ejemplo, los niños Mapuche menores de 4 años, pasaron de un 90% más de riesgo de morir que los niños No Mapuche en el bienio 2002-2003 a un 230% más de riesgo en el trienio 2004-2006 (Pag.38:2009).

En la Región de los Lagos, (2013) los resultados también refuerzan la noción que en la medida que los pueblos indígenas aumentan su contacto y participación en la sociedad occidental, adoptan una estructura de mortalidad por causas similares a la de los no indígenas, pero -dada la posición desventajosa que poseen, así como la falta de control cultural sobre su inserción en la modernidad- tiene mayores riesgos de morir por la mayoría de las causas.

El perfil epidemiológico del área andina SS de Antofagasta (2014) evidencia las principales inequidades en la situación de salud; sobre-mortalidad indígena a nivel regional, 50% de riesgo de morir en infancia lo que se triplica al de la no indígena, el riesgo de morir por cáncer es similar entre indígenas y no indígenas, situación que se asocia a factores ambientales, incidencia de TBC es 7 veces más alta entre la población indígena que entre el resto de la población regional y la mortalidad por estas causas es 9 veces mayor, situación que no solo refiere a marginalidad y exclusión social, sino que también guarda

relación con el acceso al diagnóstico, tratamiento oportuno y la organización del Programa de Control de la TBC.

Población y población objetivo que contempla el Programa

Es importante señalar que persisten problemas de identificación y auto identificación de la población de pueblos originarios en los sistemas de información en salud. Según fuentes de información oficiales como los Censos 2002, 2012, 2017 y Casen, 2017, arrojan diferencias significativas y, por ende, diferencias en la definición del porcentaje de la población que se identifica con algún pueblo originario.

La CASEN 2017 proyecta un 9.5% de personas que se identifican pertenecientes a algún Pueblo Indígena reconocido en la Ley Indígena N°19.253, es decir, un total de 1.694.870 personas. El CENSO – 2017 arrojó un 12,4% de población indígena, con 2.185.792 personas que declaró su pertenencia a uno de los pueblos reconocido en la Ley Indígenas. Junto con haber unificado la forma de realizar la pregunta por pertenencia a pueblos originarios, desde el Ministerio de Salud se trabajó en la actualización de la Norma N° 820 sobre Estándares de Información en Salud con la finalidad de mejorar la identificación de la variable de pertenencia a pueblos originarios en los sistemas de registro regulares en los establecimientos de salud, población inscrita validada – Fonasa (86,4%, CASEN 2017).

Desde el año 2018, el Programa se ejecuta en los 29 Servicios de Salud del país y debido a la tardía incorporación de varios Servicios no es posible establecer una sola línea de desarrollo, existen marcadas diferencias en la forma en que se ha implantado el programa y el abordaje para incorporar la variable de pertenencia en el sistema de información de salud.

Lineamientos del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas

Existe una especial preocupación por garantizar a los pueblos indígenas el oportuno y adecuado acceso a la Red de Atención de Salud, promoviendo la equidad y pertinencia cultural de las acciones y estrategias vinculadas a promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Es importante señalar que una de las obligaciones del Estado es garantizar la seguridad social y el acceso a los servicios de salud para toda la población, y que el personal de salud tiene la obligación de conocer su población adscrita al centro de salud, siguiendo los principios del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria (MAIS), el respeto a los derechos humanos en general y de los pueblos indígenas en particular.

En este sentido, las actividades y prestaciones de salud que entrega el sistema público de salud, tienen escasa pertinencia cultural dado que no incorpora el enfoque intercultural en sus prestaciones como en los programas regulares del sistema, dado el desconocimiento de las concepciones de salud-enfermedad-curación que poseen los pueblos indígenas, sus valores, prácticas culturales y concepción de bienestar, y poca visibilidad de los pueblos indígenas en los territorios donde opera el sistema de salud.

Los lineamientos ministeriales y acciones desarrolladas a través de los componentes del Programa apuntan a mejorar el acceso, calidad y cobertura de atención de salud en la red asistencial para personas pertenecientes a pueblos originarios. Con la incorporación del facilitador intercultural se ha logrado apoyar a las personas, familias y comunidades indígenas a la red asistencial, articular las necesidades de atención de salud, orientación cultural en caso de requerir atención de salud indígena y apoyar las acciones de salud complementaria a través de protocolos de derivación, acciones orientadas al cuidado de la salud de las personas pertenecientes a pueblos indígenas.

Por su parte, las acciones orientadas al desarrollo de competencias interculturales dirigidos al personal de salud, permiten en el corto plazo mantener una mejor gestión de los objetivos del Programa y coordinación con los distintos niveles de la red asistencial, potenciando la participación de los pueblos indígenas en los ámbitos de promoción y prevención de la

salud. La participación Social Indígena en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS) se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud.

La transversalización es un componente clave en el quehacer del Programa y consiste, en hacer efectiva el compromiso del Sector e involucramiento de los gestores de red para otorgar atención de salud con pertinencia cultural, considerando el enfoque de determinantes sociales, derechos humanos, e interculturalidad; es decir, considerar las particularidades culturales de los distintos pueblos existentes en los territorios. En este mismo sentido, se apoyan acciones para el levantamiento de información y campaña comunicacional para mejorar el registro de la variable de pertenencia a pueblos originarios en el sistema de información de salud.

Los pueblos indígenas portan culturas propias y poseen un sistema de salud con distintos niveles de desarrollo y mecanismos de salvaguarda de sus prácticas médicas en los territorios de origen como en contextos más urbanos. Es importante destacar que existe un importante desarrollo del sistema de salud indígena en algunos espacios territoriales, comunitarios y espacios urbanos, no exento de dificultades en su modalidad de funcionamiento y sostenibilidad financiera por parte del programa y desde el gestor de la red. Actualmente, las prestaciones de salud indígenas son realizadas por agentes de medicina indígena: Machi, Yatiri, Qulliri, Lawentuchefe, Ngütamchefe y otros terapeutas tradicionales indígenas. Dentro las principales prestaciones y/o intervenciones entregadas están: atención de salud en lengua indígena, apoyo en visita domiciliaria (principalmente en zona norte - Pueblo Aymara) y atención de salud complementaria, particularmente donde se ha dado un trabajo previo con los equipos de salud y los sanadores de pueblos indígenas, a través de estrategias de intercambios de saberes entre médicos indígenas y equipos de salud, entre otras acciones.

En este contexto, la intervención del Programa está orientada al establecimiento de la relación entre el sistema de salud oficial y los sistemas de salud indígena, generar estrategias pertinentes para la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud de APS y estrategias para mejorar la identificación de la población perteneciente a pueblos originarios que acuden a los centros de salud (APS).

3. PROPÓSITO

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas, a través del desarrollo progresivo de la pertinencia cultural en los programas de salud del sistema público.

Las condiciones crónicas representan cerca del 60% de las muertes, y 40% de las causas de muerte prematura. Se estima que los costos de éstas y sus factores de riesgo, medidos por estudios de costo de enfermedad, van desde 0,02 a 6,77% del producto interno bruto (PIB) de un país, siendo el costo de las patologías cardiovasculares entre 1-3% del PIB. A lo anterior, se agregan importantes costos para las familias, llegando hasta 15-25% de los ingresos familiares, en el caso de diabetes y su relevancia en la productividad laboral, constituyendo un impacto para nuestra macroeconomía. La modificación sustancial del estilo de vida y el incremento de la supervivencia en diversas patologías, los avances de la medicina, han llevado a la cronificación de patologías. Factores como la pobreza, la falta de salubridad del medio y la ausencia de una educación adecuada, influenciados por la situación geopolítica y económica, contribuyen al incremento de las condiciones crónicas.

En las últimas décadas, ha aumentado la morbimortalidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) lo que representa la principal causa de años de vida saludables perdidos (AVISA), con un 84%, y las enfermedades cardiovasculares corresponden a la primera causa de mortalidad en Chile. Las patologías cardiovasculares son una de las primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVD): 5,6% corresponde a HTA y 2,3% a la glicemia elevada. En Chile, de acuerdo con la ENS 2017, en población de 15 y más años, el 70,6% tiene 2 o más condiciones crónicas (más de 9,5 millones de personas) y el 17,5%, tiene 5 o más condiciones crónicas (más de 2 millones de personas), que se ha incrementado desde el 2010 a 2017.

Los pueblos indígenas tienen más riesgo de enfermar y morir que el resto de la población, tienen una esperanza de vida de 20 años menos, una situación de salud precaria dada las condiciones de pobreza estructural, tienen mayor exposición a situación de riesgo aumentando casos de discapacidad, aumento de enfermedades prevenibles no transmisible, tuberculosis, problemas de malnutrición (obesidad), las personas indígenas que padecen de diabetes tipo 2 ya han alcanzado cifras alarmantes, 50% de los adultos indígenas de 35 años padecen de dicho mal. (Serie de Estudio sobre situación de salud, Minsal, 2014).

4. DESCRIPCIÓN

El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas es un Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) y su continuidad está garantizada en la Ley de Presupuesto, Partida 16, Glosa 05.

Desde la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP) – Subsecretaría de Redes Asistenciales, se entregan los lineamientos ministeriales, programáticos y financieros para su ejecución en los 29 Servicios de Salud del país, promoviendo acciones de coordinación con los equipos gestores para abordar en conjunto con los pueblos indígenas y el Sector Salud, la generación de estrategias metodológicas, proveer servicios de salud integrales y culturalmente apropiados a la realidad regional y local.

Las acciones del Programa apuntan a mejorar el abordaje de los problemas de salud más prevalentes de la población perteneciente a pueblos originarios, reforzando la pertinencia cultural en los procesos de atención de salud y mejorar la identificación de la población usuaria en el sistema de salud pública. Los pueblos indígenas han sido actores claves en los procesos de levantamiento de información y ejecución de las actividades programáticas, con énfasis en procesos de participación y colaboración con los equipos de salud.

5. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar procesos de mejora continua en el acceso y oportunidad de atención a la población usuaria del sistema de salud pública considerando la pertinencia cultural.

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Reforzar estrategias de equidad e implementación de acciones orientadas a la mejoría de la situación de salud de los pueblos indígenas y la identificación de la variable de pertenencia en los sistemas de información en salud.
2. Impulsar la transversalización del enfoque intercultural en los programas asistenciales y otorgar atención de salud con pertinencia cultural.
3. Promover actividades de promoción y prevención de la salud con enfoque de pueblos originarios.
4. Apoyar la acción de salud indígena y complementariedad entre sistemas médicos, mediante el desarrollo de planes, estrategias de coordinación y protocolos de derivación.

5. Garantizar la participación de los pueblos indígenas mediante la formalización de instancias de participación de los establecimientos de salud.
6. Apoyo a la gestión del Plan de Reparación Indígena en Derechos Humanos derivado del Fallo de la CIDH. (Medidas cautelares y Provisionales, soluciones amistosas y sentencias internacionales.)

7. COMPONENTES

7.1 Equidad en Salud y Pueblos Indígenas

Apunta a la construcción de un sistema de salud equitativo y pertinente a las necesidades de salud de la población perteneciente a pueblos indígenas, favoreciendo el acceso, oportunidad y calidad de la atención a fin de lograr la satisfacción usuaria, junto con la disminución efectiva de las brechas de equidad, en la situación de salud entre sectores sociales, áreas geográficas y comunas.

Para el logro de este desafío es fundamental la generación de acciones en el ámbito de la mejoría de los sistemas de información sobre la variable de pertenencia a pueblos originarios. Se ha observado que en aquellos establecimientos y Servicios de Salud dónde se ha trabajado el tema de la importancia de contar con información desagregada por pueblos indígenas y de la autoidentificación, las personas pertenecientes a pueblos indígenas se reconocen más.

La línea de formación y desarrollo de competencias interculturales en instancias formales de capacitación como los "PAC de capacitación de los establecimientos de salud" son claves en los procesos de involucramiento de los equipos de salud con la realidad sociocultural y acciones de transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud, acciones que en su conjunto promueven el derecho a recibir atención con pertinencia cultural, Art 7 Ley de Derechos y Deberes del Paciente (Ley, 20.584).

7.2 Participación Social Indígena y Salud

Este componente busca integrar la visión e involucramiento de los pueblos originarios en los espacios de toma de decisiones, en concordancia con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS) que se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios.

Para el logro del objetivo es preciso contar con instancias de participación en el nivel local de modo de incidir en la gestión, organización y adecuación de las prestaciones de salud. En este contexto se propicia la incorporación de representantes de pueblos originarios en los consejos establecidos o creación de Mesas de Salud Intercultural y de ese modo, mejorar la entrega de información y participación en actividades de promoción de la salud con enfoque intercultural, entendida como parte del ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud.

Además, se promueve instancias de participación indígena a nivel de los Servicios de Salud, programación de actividades en coordinación con las organizaciones de pueblos originarios, autoridades de los Servicios de Salud y Seremis.

A través de este componente se identifican las necesidades de atención de salud que se requiere en los territorios y provisión de salud intercultural, relación colaborativa entre el sistema de salud y el sistema de salud indígenas.

La participación social indígena y salud es un marco mínimo para el acercamiento entre los pueblos indígenas y los equipos de salud, cuyo principal fin es promover acciones para la promoción de la salud y canalización de necesidades en los distintos niveles que comprende la red asistencial.

Este componente contempla acciones de promoción de la salud, colaboración en procesos de detección de necesidades de capacitación y sensibilización a los equipos de salud en modelo de salud intercultural, programa de inducción en salud intercultural para médicos en etapa de destinación y formación (EDF), protocolos de derivación para la pertinencia cultural, difusión de los derechos de salud indígenas y normas sectoriales que apuntan a la prevención y promoción de la salud de los pueblos indígenas.

A nivel de Servicios de Salud este componente contempla al menos la realización de 4 sesiones al año y a nivel de establecimiento puede tener una mayor frecuencia debido a los temas de interés.

7.3 Interculturalidad en salud

Salud como sector del Estado "lleva años de trabajo intentando avanzar en la pertinencia de las políticas públicas enfocadas a la población indígena, bajo un marco de principios donde se reconoce la diversidad cultural, el derecho a la participación y los derechos políticos de los indígenas. En este escenario, la Reforma de Salud recoge estos planteamientos y enfatiza la interculturalidad en Salud como parte de las grandes tareas a desarrollar en Salud Pública y en la Red Asistencial de Servicios de Salud". (Política de Salud y Pueblos Indígenas Res. Exenta N° 91, año 2006).

La interculturalidad apunta a establecer una forma de relación más abierta entre las partes; los funcionarios de salud y las personas, representantes y dirigentes de los pueblos originarios, sobre bases del respeto e instancias formales para la interlocución. Un proceso que debe ejercitar el diálogo cultural reconociendo también la desigualdad real en que se encuentran los pueblos originarios y que presenta un gran desafío tanto para la política pública como para las prácticas institucionales.

A través de éste componente es posible reforzar la comunicación intercultural mejorando la relación del usuario con el equipo de salud y los requerimientos que se derivan de la atención. Desafío que se resuelve con la incorporación de recursos humanos de pueblos indígenas como lo es el rol de Facilitador/a intercultural con características específicas; ser hablante, conocedor del sistema de salud indígena, formado en su comunidad de origen, ser integrante de uno de los pueblos originarios de Chile, y antecedentes académicos formales.

La principal función del Facilitador/a es orientar y acompañar a las personas, familias y comunidades indígenas en la gestión de sus necesidades de atención de salud en la red asistencial y coordinar acciones de derivación hacia el sistema de sanación de los pueblos originarios, previa coordinación con los sanadores, organizaciones o establecimientos de salud.

Los establecimientos de salud que cuentan con este recurso deben disponer de espacios habilitados y adecuados para la acogida, debidamente señalizados en idioma de pueblos originarios y garantizar una orientación culturalmente pertinente a los usuarios de pueblos indígenas.

La población que recibe el servicio de facilitación cultural es aquella persona adscrita al sistema FONASA (inscrita validada), y que declara su pertenencia a pueblo indígena de Chile (Casen 2017), y usuarios en general que llegan a la oficina de información.

En salud, la desigualdad bajo la forma de brechas ha sido visibilizada a través de los diagnósticos epidemiológicos de salud de los pueblos indígenas, donde la principal acción es desarrollar acciones de salud o modelo de salud intercultural a fin de superar la desigualdad y hacer realidad el derecho a la no discriminación.

7.4 Prestaciones de Salud Indígenas

Este componente consiste en una atención de salud indígena realizada por un sanador/a indígena como Usuyiri, Qulliri, Machi, Lawentuchefe, entre otros roles que dispone el sistema médico perteneciente a pueblos originarios. Según la disposición de la oferta de atención de salud indígena en la jurisdicción de los Servicios de Salud, la modalidad de atención es a través de consulta espontánea o programada por medio de los facilitadores interculturales en coordinación con el personal de salud, organizaciones indígenas y centros de salud de carácter territorial.

Los Servicios de Salud que tienen un trabajo más sostenido con los pueblos indígenas pueden apoyar el acceso a la atención de sanadores mediante la gestión de traslado de paciente a los territorios previa programación de visita gestionada por el/la Facilitador/a.

Las prestaciones corresponden a la entrega de atenciones realizadas por agentes de medicina indígena en el establecimiento de salud y en espacios comunitarios - territorios indígenas. Este beneficio se caracteriza por la entrega de atención de salud indígena mediante protocolos de derivación, referencia y contra referencia entre medicina indígena y alópata (no indígena) y donde los principales beneficiarios que describe el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas debe ser las personas de pueblos originarios que buscan reforzar su proceso de sanación de manera complementaria.

Las prestaciones de salud indígena son realizadas por sanadores de pueblos indígenas (yatiris, qulliris, machi, lawentuchefe, taotes, entre otros) y la modalidad de atención es mediante técnicas diagnósticas ancestrales, entrega de infusiones de herbolarias y asistencia espiritual. Las acciones se registran en el sistema de Registros Estadísticos Mensual (REM A04: G).

7.5 Programa de Reparación Indígena en Derechos Humanos

Este componente es resultado de la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) y consiste en otorgar prestaciones de salud a personas identificadas en el caso Norin Catriman y Otros, y Acuerdo de cumplimiento dictaminada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el caso Alex Lemun Saavedra Vs Chile, ambos casos corresponden a personas pertenecientes al pueblo mapuche.

Consiste en la provisión de prestaciones de salud física, psicológica o psiquiátrica y odontológica, suministro gratuito de medicamentos recetados por profesional médico, transporte para la realización de prestaciones de salud. La población beneficiaria son las víctimas directas y familiares de ambas sentencias y la modalidad de ejecución es mediante la implementación de un Programa de Reparación en salud a las víctimas directas y por acuerdo del Ministerio de Salud, a sus familiares individualizados en FONASA por su Rut para que accedan con la sola presentación de la cédula de identidad. El Programa se concentra en los Servicios de Salud donde reside la mayor parte de los beneficiarios (SS. Araucanía Norte y SS Arauco), pero es de alcance nacional en FONASA.

8. PRODUCTOS ESPERADOS

Componentes transversales: Equidad en Salud y Pueblos Indígenas

Descripción	RESULTADOS ESPERADOS
La disposición de servicios que no se adaptan a las necesidades de la población y su perfil de morbi-morbilidad, generan problemas de inequidad en el acceso y atención de salud. La expresión más dramática de inequidad en salud en contexto de pueblos indígenas se debe a factores de determinantes sociales y estructurales. Tales inequidades han sido acrecentadas en contextos de relaciones interétnicas marcadas por conflictos territoriales y actualmente en contexto de pandemia.	1. Adecuaciones técnicas y organizacionales para garantizar el derecho a recibir atención con pertinencia cultural a los pueblos indígenas. 2. Contar con plan de capacitación y formación continua para el logro de habilidades y competencia en interculturalidad en salud con enfoque de derechos y promocionando relaciones entre saberes médicos. 3. Registro y producción de información desagregada por pueblos indígenas a través de la aplicación de la variable de pertenencia a pueblo indígena en el sistema salud. 4. Colaborar en el levantamiento de información epidemiológica y sociocultural sobre la situación local de salud. 5. Coordinación de planes de salud integral desde un enfoque de derechos humanos, interculturalidad y transversalización de los programas de salud.

Nombre Componente: Participación Social Indígena y salud

Descripción	Resultados Esperados
La Declaración internacional sobre derechos humanos, en su artículo 25, reconoce y protege el derecho y la oportunidad de todos los ciudadanos a participar en la dirección de los asuntos públicos. Las actividades desarrolladas por los equipos de salud están orientadas a la preparación del diálogo, convocatoria, análisis y sistematización de los acuerdos y su posterior devolución y difusión. La actividad debe quedar registrada en REM A 19b, Sección B, actividades a pueblos indígenas, Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural.	1. Programación de actividades de participación con pueblos indígenas, conforme a normativa vigente y objetivos del Programa de Salud y Pueblos Indígenas. 2. Instancias de participación formalizada en coordinación con los equipos del Programa 3. Programación de actividades de promoción y prevención de salud de los pueblos indígenas en el marco del Programa. 4. Asesoría y acompañamiento a organizaciones que desarrollan acciones de salud indígenas.

Nombre Componente: Acción de orientación y acompañamiento realizada por Facilitador Intercultural en establecimiento de salud.

Descripción	Resultados Esperados
El Rol de Facilitadores es integral y cubre un amplio campo de acción; es parte del equipo de salud local, promueve la participación, apoya acción de capacitación, actividades de promoción de la salud con enfoque de pueblos originarios, difusión de la variable de pertenencia a pueblos originarios en el sistema de información de salud, entre otras acciones que ayudan en la mejoría de la situación de salud de los pueblos indígenas.	1. Plan de trabajo anual y descripción de las principales actividades que desarrolla en el establecimiento de salud. 2. Orientación cultural, acompañamiento, gestión de la atención de salud según requerimientos de los usuarios y acogida en idioma de pueblos originarios en procesos de hospitalización, tratamiento, medicación y cuidado de la salud. 3. Asesoría cultural, apoyo a la gestión local en los programas de salud y actividades de promoción en coordinación con los pueblos indígenas. 4. Registro y producción de la actividad en REM 19 Sección b, y REM 26.

Nombre Componente: Prestaciones de Salud Indígenas

Descripción	Resultados Esperados
Las prestaciones corresponden a la entrega de atenciones realizadas por agentes de medicina indígena en el establecimiento de salud y en espacios comunitarios - territorios indígenas. Este beneficio se entrega a las personas que solicitan atención de salud indígenas y se caracteriza por la aplicación de protocolos de derivación, referencia y contra referencia entre medicina indígena y alópata (no indígena) y donde los principales beneficiarios que describe el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas debe ser las personas de pueblos originarios que buscan reforzar su proceso de sanación de manera complementaria.	1. Plan de acción para la entrega de atención de salud indígenas en los establecimientos de salud, espacios comunitarios y coordinación con organizaciones de pueblos indígenas 2. Acompañamiento y orientación técnica a organizaciones responsable de las prestaciones de salud indígenas. 3. Atención de salud indígena realizados por sanadores de pueblos originarios. 4. Difusión de las acciones de salud indígenas en los territorios, facilitando el acceso y disposición de recursos.

Nombre Componente: Programa de Reparación Indígena en Derechos Humanos

Descripción	Resultados Esperados
Consiste en la provisión de prestaciones de salud física, psicológica o psiquiátrica y odontológica, suministro gratuito de medicamentos recetados por profesional médico en la red asistencial.	1. Plan de salud de reparación indígenas en dos Servicios de Salud: Arauco y Araucanía Norte. 2. Monitoreo y seguimiento para garantizar el acceso a la atención de salud dictaminada por el Fallo.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas informa a cada ente ejecutor el marco presupuestario correspondiente al año de ejecución, solicitando el Plan Anual de Actividades y su distribución por componentes.

El Plan debe considerar actividades que apunten al logro de los objetivos descritos en el Programa, definición de estrategias, monitoreo y evaluación de los indicadores. Para el desarrollo del plan, los Servicios deberán transferir recursos conforme a la planificación y en virtud del Convenio suscrito con los Municipios, asociaciones indígenas u otras instituciones en el caso que corresponda.

A su vez, la División de Atención Primaria, mediante el Depto. de APS será la responsable de la gestión y disposición financiera.

Cada Servicio deberá presentar al Ministerio de Salud su planificación anual en el mes de Enero, explicitando los avances del año anterior, planes de continuidad, actividades que incorporan modificación y aquellas que requieran ser incorporadas en el presente año, además deben estar respaldados en el plan financiero según ítem.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación,** se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. El Servicio es el responsable de cargar la producción de cada componente en sistema REM, en caso que corresponda, y evacuar el informe correspondiente en primera semana del mes de septiembre.

  Cada referente técnico deberá revisar su evaluación, para verificar el porcentaje de avance informado y realizar los ajustes necesarios para asegurar el gasto correspondiente al año presupuestario.

- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las actividades comprometidas y los gastos asociados debidamente informado en la plataforma financiera.

El monitoreo y seguimiento de los actos administrativos correspondientes a las transferencias de recursos y los actos de evaluación permitirán el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Salud Local. Asimismo, la elaboración del *plan de salud local* deberá considerar el cumplimiento de al menos 4 indicadores consignados en el Programa, tales insumos permitirán proporcionar información en el marco de monitoreo y seguimiento del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas en los Programas Sociales (MIDESO).

10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Nombre del Indicador	Fórmulas de Cálculos	Medio de verificación
Porcentaje de Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural realizada, respecto de las actividades programadas	(N° de Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural realizadas / Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesas de salud intercultural programadas)	REM A 19b, Sección B, actividades a pueblos indígenas, Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural

Nombre del Indicador	Fórmulas de Cálculos	Medio de verificación
Porcentaje de establecimientos que cuentan con facilitadores interculturales	(Número de establecimientos que cuentan con facilitadores interculturales / Número total de establecimientos) *100	Establecimientos APS (Cesfam y HBC) DEIS
Porcentaje de establecimientos que implementan acciones de salud con pertinencia cultural	(Nº de establecimientos que implementan acciones de salud con pertinencia cultural / N° total de establecimientos del Servicio de Salud)*100	Informe de corte Servicios de Salud, Establecimientos DEIS

Nombre del Indicador	Fórmulas de Cálculos	Medio de verificación
Porcentaje de atenciones realizadas por especialistas de medicina indígenas	(Número de prestaciones de salud indígena realizada por especialista de medicina indígena en el año t / Número de atenciones programadas de especialistas de medicina indígena a población indígena para el año t) * 100	REM A-04, Sección G

Nombre del Indicador	Fórmulas de Cálculos	Medio de verificación
Promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad, en beneficiarios Pri Lonco.	(Sumatoria de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad de beneficiarios Pri Lonco / N° total de beneficiarios Pri Lonco en lista de espera).	Prestaciones de Salud caso Fallo CIDH, Informe de programación de los Servicios de Salud Arauco y Araucanía Norte.

11. FINANCIAMIENTO

Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas es un Programa de continuidad contemplado en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16 del Ministerio de Salud, glosa 05 "Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas", clasificado como Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de los objetivos, metas, actividades e indicadores. El destinatario de este Programa fija como estrategia y localización a los Servicios de Salud y establecimientos dependientes.

El Ministerio de Salud, asignará los recursos según lo dispuesto en la ley de Presupuestos, Partida 16, Glosa 05, y señala "El monto máximo de gasto del Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas y de los Convenios DFL Nº 36, (S), de 1980; para cada Servicio de Salud, será determinado mediante Resolución del Ministerio de Salud, el que podrá ser modificado mediante igual procedimiento".

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado según distribución vigente en los siguientes subtítulos (21), (22) y (24).

Los recursos asignados al Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas mediante resolución exenta, serán ejecutados por los Servicios de Salud respectivos, según programación de gastos y actividades. Con este acto administrativo, los Servicios de Salud disponen del marco presupuestario anual, y conforme a indicaciones de FONASA, que fija modalidad de transferencia para Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) financiado en la Ley de Presupuesto – recursos de continuidad a medida que se rinda cuenta de la ejecución del Programa, se obtendrá los recursos financieros.

2. Este Programa de Salud se financiará con recursos contemplados en la ley de presupuestos del sector público del año respectivo.

3. PÓNGASE TÉRMINO a la resolución exenta N°31 de 08 de enero de 2018, del Ministerio de Salud, a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución.

4. REMÍTASE una copia de la presente resolución a todos los Servicios de Salud del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
MINISTRO

ENRIQUE PARIS MANCILLA
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:
- Jefe de Gabinete Ministro de Salud.
- Jefe de Gabinete de la Subsecretaria de Redes Asistenciales.
- Servicios de Salud del país.
- División de Atención Primaria.
- División de Presupuesto de Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División Jurídica.
-Oficina de partes.