

Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)

Versión: 3
Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Año de inicio: 2000
Año de término: Permanente

1. ANTECEDENTES

Unidad responsable: División de Atención Primaria

Nombre del encargado: Clodovet Millalen Sandoval

Cargo: Encargada Programa

Teléfono(s): 25740751

E-mail: cmillalen@minsal.cl

Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
16	02	02	21-22-24		

Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022": 1, Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006)

2. "Plan de Gobierno en materia de Pueblos Indígenas de Proteger y fomentar la medicina indígena, garantizando recursos para revitalizar los conocimientos y salvaguardar las prácticas y servicios de los especialistas en la misma" 2018-2022.

¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?: Otro

¿Cuál?: Plan de Derechos Humanos del Ministerio de Salud

Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):

Regular y supervisar la implementación de las políticas públicas gubernamentales del sector, a través del diseño de estrategias, normas, planes y programas para mejorar la coordinación y articulación de la red asistencial buscando eficiencia y el correcto uso de los recursos fiscales. Centrar la gestión en las personas, implementando acciones de carácter preventivo y promocional, que permita anticiparse al daño y satisfacer las necesidades de la salud de los usuarios durante todo su ciclo vital.

Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): 1) Apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas, que permita una mejora continua en el acceso y oportunidad, dando solución a los problemas de salud de la población a su cargo; 2) desarrollar estrategias en los Servicios de Salud que permitan optimizar la operación para entregar las prestaciones GES y no GES, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida; 3) fomentar el desarrollo de competencias del equipo de salud a través de la implementación de un sistema de capacitación y perfeccionamiento que facilite la retención de estos para resolver los problemas de salud de la población.

Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados: Convenio N°169 de la OIT (Art 24 Y 25) , Ley Indígena, Ley Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (2012), Art. 7: obligación de prestadores institucionales públicos en 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.

Norma N°820 sobre Estándares de Información en Salud (Decreto N°643/2016) que obliga a los prestadores de salud a realizar la pregunta para el registro de la variable de pertenencia a pueblos originarios. Norma General sobre "Interculturalidad en los Servicios de Salud" (2006): orientaciones para implementación de la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en salud que serán competencia de los Servicios de Salud. Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006) 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. Se proponen definiciones de conceptos orientadores como equidad, interculturalidad y participación.

Ley 21.053 "Ley de Autoridad Sanitaria" (2004), Art. 4 (funciones del Ministerio): "Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena". "Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud", Art. 21 (funciones del Ministerio) "formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad en salud para obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural". "Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud" (2005), Art. 8.e) (facultades Director Servicio): "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".

Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados: Convenio N°169 de la OIT (Art 24 Y 25) , Ley Indígena, Ley Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (2012), Art. 7: obligación de prestadores institucionales públicos en 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.

Norma N°820 sobre Estándares de Información en Salud (Decreto N°643/2016) que obliga a los prestadores de salud a realizar la pregunta para el registro de la variable de pertenencia a pueblos originarios. Norma General sobre "Interculturalidad en los Servicios de Salud" (2006): orientaciones para implementación de la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en salud que serán competencia de los Servicios de Salud. Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006) 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. Se proponen definiciones de conceptos orientadores como equidad, interculturalidad y participación.

Ley 21.053 "Ley de Autoridad Sanitaria" (2004), Art. 4 (funciones del Ministerio): "Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena". "Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud", Art. 21 (funciones del Ministerio) "formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad en salud para obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural". "Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud" (2005), Art. 8.e) (facultades Director Servicio): "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".

2. DIAGNÓSTICO

Problema principal que el programa busca resolver: Disminuir la prevalencia en enfermedades crónicas, 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

Analice cómo ha evolucionado el problema o necesidad, identificando su variación desde que se inició la implementación del programa hasta la actualidad, presentando datos cuantitativos que permitan dimensionar esta evolución y la necesidad de un cambio de diseño. Asimismo, se debe caracterizar a la población afectada por el problema (población potencial), utilizando la fuente de información más

actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.): Los pueblos indígenas en Chile, han estado socialmente marginados y se ubican en los estratos bajos de la sociedad, con bajos índices de escolarización, calificación y remuneración e indicadores sanitarios bajo el promedio de la población no indígena en el país (CASEN 2017). La información epidemiológica disponible en el Ministerio de Salud sobre la situación de salud de los pueblos indígenas no contempla al total de los pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena (19.253). En "Serie Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile" (2006 - 2014, MINSAL), se describen los principales hallazgos de perfil epidemiológico básico de la población de pueblos originarios; La población Aymara tiene un perfil de morbi-mortalidad distinto de la población no indígena. La 1º causa de muerte corresponde a tumores (24,9%), 2º traumatismos, envenenamientos y causas externas (13,5%), 3º enfermedades del sistema respiratorio (13,1%) y 4º enfermedades del sistema digestivo (9,7%). A diferencia de la población no indígena que 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). Perfil Epidemiológico Básico en Población Mapuche (SS Araucanía Sur, 2008) La Araucanía ha registrado tasa de mortalidad general superior a las del país. Para el caso mapuche, las tasas de mortalidad son más alta en población mapuche que en no mapuche, según sexenio 2001 - 2006 donde los mapuches tienen un 30% más riesgos 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 (periodo 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. 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, 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, por citar el grupo más vulnerable, 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 la mortalidad por causas similar a la de los no indígenas, pero -dada la posición marginal que ocupan en la estructura socioeconómica y política, así como la falta de control cultural sobre su inserción en la modernidad- tiene mayores riesgos de morir por la mayoría de las causas. El perfil epidemiológico del área andina SS de Antofagasta (2014) evidencia las principales iniquidades en la situación de salud; sobremortalidad 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 porque también guarda relación con el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno y la organización del Programa de Control de la TBC. Por último, la población indígena se ve impactada por mayores tasas de suicidio y muertes por agresiones, situaciones que debe ser abordado desde la perspectiva de derechos humanos y determinantes sociales, y deben ser contextualizado en el marco de procesos de aculturación. Por último, señalar que persiste un problema de información y auto identificación de la población potencial de pueblos originarios en los sistemas de información en salud. Según fuentes de información (Censo 2002, 2012, 2017 y Casen, 2012 y 2017). En 2012 la CASEN arrojaba un 4,6% de población indígena (Fuente CELADE - CEPAL). La CASEN 2017 arroja un 9,5% con 1.694.870 personas que se identifican pertenecientes a algún Pueblo Indígena de los 9 en el País. El CENSO del mismo año (CENSO 2017) arroja un 12,4% de población indígena con 2.185.792 personas pertenecientes a pueblos indígenas junto con haber subsanado el problema de formulación de la pregunta por pertenencia a pueblos originarios. La población potencial del Programa ha tenido un crecimiento relevante y progresivo, a diferencia de la asignación presupuestaria y desde el año 2017 el Programa esta a nivel nacional 29 SS

A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada: El problema descrito tiene su origen, entre otras determinantes, en la no pertinencia de la atención de salud que brinda el sistema público, el bajo registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas y la invisibilidad de los sistemas de salud de los pueblos indígenas.

La baja pertinencia cultural de las actividades y prestaciones de salud ofrecidas a la población de pueblos indígenas en el sistema público de salud, tiene relación con la escasa competencia de los equipos asistenciales para incorporar el enfoque intercultural en sus prestaciones como en los Programas regulares del sistema y por desconocimiento de las concepciones de salud-enfermedad- curación de los pueblos indígenas, sus valores y prácticas culturales y concepción de bienestar, el desconocimiento o invisibilidad de los Sistemas Médicos indígenas tradicionales y los conocimientos que posee cada pueblo en salud, sumado al desconocimiento de la población de pueblos indígenas presente en sus territorios.

Otra situación negativa es la falta de identificación en los sistemas de registro regulares de los establecimientos de salud (población inscrita validada), por el bajo registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas, pudiendo ser subsanada mediante estrategia de comunicación culturalmente pertinente para el cumplimiento de la norma establecida sobre registro en salud (Norma N° 820, actualizada el año 2016)

Esto genera problemas para el abordaje pertinente en los procesos de atención de salud, diagnósticos y tratamiento oportuno, adherencia y complementariedad de ser necesario, específicamente en Programas de Control de Enfermedades como el caso de TBC, enfermedad que sigue afectando en forma desproporcionada a los pueblos indígenas debido a situaciones de pobreza, Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) donde no se logra visibilizar a la población indígenas, VIH/Sida, Enfermedades Crónicas y degenerativas (No transmisibles) que van en aumento y la falta de adecuación de los servicios de salud para atender las diferencias culturales y lingüísticas que acentúan las barreras de acceso al sistema.

En este contexto, la intervención del Programa está orientado 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, orientación y acompañamiento a través de la facilitación lingüísticas y cultural, atención de salud con pertinencia cultural por parte de los equipos de salud y mejor comprensión del fenómeno salud-enfermedad-curación que tienen los pueblos originarios.

Debido al bajo nivel de registro de la variable de pertenencia a pueblos originarios en los sistemas de registros en salud, el Programa (PESPI) ha buscado la forma de visibilizar la población objetivo y contribuir en el desarrollo de estrategias para otorgar atención de salud con pertinencia cultural y generar una oferta de prestaciones de salud indígenas en todas las regiones, focalizando los recursos en aquellas con mayor presencia

de pueblos indígenas, junto con apoyar actividades tendientes a mejorar el registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas. No obstante, la actualización del perfil de morbi-mortalidad por pueblos indígenas, considerando sus diferenciales territoriales y características socioculturales, sigue siendo uno de los temas pendiente que requiere ser desarrollado junto con el fortalecimiento de los agentes o sanadores y su sistema de salud indígena.

Los perfiles epidemiológicos se explican por complejas relaciones multifactoriales y están condicionados, tanto, por los avances de la salud pública, como por el mejoramiento de las condiciones económicas y alimentarias y la dinámica poblacional, entre otros. De lo anterior, se constata condicionantes previas como las determinantes sociales estructurales, la pobreza multidimensional y vulnerabilidad social, condiciones sanitarias y las complejas relaciones interétnicas, eventualmente racismo y discriminación que condicionan tanto, el derecho humano a la salud, como problemas de acceso al sistema de salud oficial, y en particular a prestaciones de especialidad, por brechas en la oferta, lejanía, deficientes medios de transporte, escasos recursos económicos, condiciones medioambientales, desconocimiento e incompreensión del funcionamiento del sistema público y funcionamiento de la Red.

Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional: Esperamos aportar a la mitigación del daño a la salud de la población perteneciente a pueblos indígenas y contribuir a mejorar el abordaje de los problemas de salud más prevalentes en dicha población, dotándolos de pertinencia cultural para mejorar la eficiencia y eficacia de las acciones y prestaciones en una población que según la evidencia, tiene 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 transmisibles, 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), (en Serie de Estudio sobre situación de salud, Minsal 2014)

En síntesis, los pueblos indígenas experimentan desproporcionadamente alto niveles de mortalidad materno infantil, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA y en la actualidad los problemas asociados a la Pandemia - Covid 19. En este contexto, el Programa de Salud y Pueblos Indígenas busca disminuir la brecha de equidad en la situación de salud de la población perteneciente a pueblos originarios a través de la implementación de estrategias para favorecer el acceso a la atención de salud y tratamiento oportuno en la red asistencial y adecuación de los servicios de salud para atender las diferencias culturales y lingüísticas que constituyen barreras de acceso al sistema; incorporación del enfoque intercultural en el quehacer de los equipos de salud a través de actividades de capacitación; y promover el derecho a la atención de salud con pertinencia cultural en conformidad al mandato del Art 7 de la ley de Derechos y deberes del paciente 20.584. En el corto plazo se busca la transversalización del enfoque intercultural de 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, a través de incorporar la variable de pertenencia a pueblos originarios en los sistemas de registro, y dotar de pertinencia cultural a los Programas de Salud, focalizando en los de mayor impacto en la salud de los Pueblos Indígenas, tales como Programa de TBC enfermedad que sigue afectando en forma desproporcionada a los pueblos indígenas debido a situaciones de pobreza, Salud Mental, Programa de la Mujer, Programa Adolescentes, Cardiovascular, reforzando con formulación de Orientaciones Técnicas para la programación en red y recomendaciones para la pertinencia cultural.

De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados: 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.

El abordaje de las condiciones crónicas es una realidad que se plasma en todos los niveles de atención y requiere de un cambio integral. Finalmente, no existen estudios de costes asociados a enfermedad, específicos para pueblos indígenas lo que implica otra brecha de inequidad.

Justifique la solicitud de reformulación del programa, detallando los resultados positivos y negativos que ha logrado el programa con su intervención, para lo cual debe considerar la presentación de resultados de indicadores de desempeño y/o de evaluaciones realizadas anteriormente. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:

La reformulación busca la articulación entre las estrategias y acciones del programa respecto del problema. Con la acción del facilitador intercultural en los establecimientos de APS y Hospitales, se ha favorecido la accesibilidad de las personas, familias y comunidades indígenas a la red asistencial, mejor articulación de las necesidades de atención de salud al interior de los establecimientos, orientación cultural en caso de requerir atención de medicina indígena y apoyar las acciones de salud complementaria a través de protocolos de derivación o traslado de paciente a medicina indígena. La habilitación de espacios interculturales para la atención, acogidas y señaléticas en idioma de pueblos originarios (13 Servicios del País incorpora señalética en idioma de pueblos originarios en Cefam y Hospitales), se ha logrado visibilizar en parte la realidad sociocultural, y por consiguiente avanzar hacia una mejor comunicación con los usuarios de pueblos indígenas, asegurando la cadena de cuidado que comprende el proceso de atención (atención, diagnósticos y oportunidad en el tratamiento). Con la incorporación de la prestación de salud indígena en la red asistencial se han habilitado espacios para la atención, entrega de insumos de medicina indígena basada en recursos terapéuticos herbolarios de territorios y derivación de atenciones en espacios comunitarios ancestrales hoy incorporados en los registros estadísticos de actividades en sistema REM (A04-G). También hay iniciativas donde participan activamente los sanadores indígenas apoyando actividades en visita domiciliaria (principalmente en zona norte - Pueblo Aymara) y acciones de salud complementaria orientado a la activación de la relación entre atención de salud indígena y atención de salud asistencial (por ejemplo manejo de heridas con enfoque de salud intercultural y complementaria del pie diabético, atención de salud mental tratada en conjunto por agente de medicina indígena y psicólogo, intercambios de saberes entre médicos indígenas y equipos de salud, entre otras). También se han desarrollado iniciativas de capacitación en competencias para la interculturalidad dirigidos al personal (APS) y actividades de participación social para la difusión del derecho a recibir atención con pertinencia cultural (Ley Derechos y Deberes del Paciente - 20.584).

Sin embargo, los pueblos indígenas presentan particularidades en su percepción de salud, elaboran significados y categorías que representan la buena o mala salud, por lo tanto, la heterogeneidad de dolencias, síntomas y causas, se encuentran culturalmente construidas y asociadas a complejos sistemas de tratamiento, sanación y cura (Flores, 2004). En este marco, los sistemas salud que operan en la red asistencial no consideran dichas particularidades y por ende, no generan estrategias o acciones tendientes a superar dichas diferencias y evitar las barreras de información en salud, mediar o complementar atención de salud con enfoque intercultural. Esta situación impide la continuidad del cuidado de la salud, acentuándose problemas de comunicación intercultural, traducidos en reclamos por malos tratos o discriminación, atención de salud inadecuada y culturalmente poco pertinentes. Por otra parte, la transversalización del enfoque intercultural de los programas de salud aún no es posible dar cuenta de aquello, falta involucrar a los equipos directivos y adecuaciones de normativas técnicas, junto con desarrollar un modelo de salud intercultural para otorgar atención de salud con pertinencia cultural en los establecimientos de la red y prestaciones de salud indígenas en los espacios territoriales o comunitarios (prestaciones realizadas por agentes de medicina indígena: Machi, Yatiri, Qulliri, Lawentuchefe, Ngütamchefe y otros terapeuta tradicional indígenas, donde se aborda el problema de salud desde la cosmovisión de los pueblos).

Detalle los cambios y mejoras que se implementarán en el programa reformulado en comparación con el diseño anterior, es decir, mencione aquellos elementos del programa que serán modificados a partir de este nuevo diseño (Ej.: población potencial, componentes, estrategia de intervención, indicadores, etc.): Principales cambios que se busca superar en este proceso de reformulación; incorporación de estrategias para una mejor identificación y focalización de la población beneficiaria de pueblos indígenas adscrita al Fondo Nacional de Salud (86,4%, Casen 2017), Transversalización de Programas clave para dotar de pertinencia cultural, focalizando en los de mayor impacto en la salud de los Pueblos Indígenas, tales como Programa de TBC enfermedad que sigue afectando en forma desproporcionada a los pueblos indígenas debido a situaciones de pobreza, Salud Mental, Programa de la Mujer, Programa Adolescentes, Cardiovascular, reforzando con formulación de Orientaciones Técnicas para la programación en red y recomendaciones para la pertinencia cultural a las atenciones del sistema público. Incorporación del componente Derechos Humanos y Reparación en Salud con Pueblos indígenas como resultado del Fallo de la CIDH. Mejoramiento del indicador de equidad con la incorporación de más Facilitadores Interculturales y mejoramiento del Sistema de Registro de población (Población inscrita validada y REM:P1)

Proporcione evidencia de experiencias nacionales y/o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar este nuevo diseño (reformulación) y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados: En consideración a 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. En concordancia con 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, reconoce el derecho, tanto colectivo como individual, de los pueblos indígenas a disfrutar del nivel más alto de salud física, mental y espiritual. La aplicación de este mandato, específico a salud y pueblos indígenas se encuentra en el artículo 7 de la ley de Derechos y Deberes del Paciente (20.584)

Las barreras culturales plantean el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas, en este marco se formula un documento de "Recomendaciones para el Desarrollo de un Sistema de Licenciamiento y Acreditación de Servicios Interculturales de Salud en el marco de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud" (2009, Quito, Ecuador).

Programa de Salud Indígena (PSI) para la Amazonía Peruana, el Programa se creó en 1991 con la finalidad de desarrollar los sistemas de salud indígenas y de mejorar la calidad de la salud de las comunidades, implementando actividades y proyectos centrados en fortalecer y desarrollar los sistemas de salud indígenas y la atención de las enfermedades prevalentes en la Amazonía² (Reátegui, 2005). En un inicio, la estrategia consistió en desplegar equipos itinerantes en comunidades indígenas de la región Ucayali, conformados por una enfermera, un representante de la organización y un especialista de la medicina indígena, como parteras, vaporadoras o sobadores (Aidesepe, 2010, 2011; Hvalkof, 2003a; Reátegui, 2005; Reátegui Silva, 2003). El principal logro del Programa fue reconocer que los pueblos indígenas no renuncian al desarrollo de sus sistemas de salud, se hace necesario que planteen al Estado el desarrollo de un sistema de salud que reconozca sus conocimientos y prácticas sanitarias. Es así que la formación en salud intercultural aparece como una respuesta a este nuevo contexto, que demanda la formación de profesionales capaces de dialogar con los dos conocimientos y las diferentes perspectivas del mundo .

Experiencia de Capacitación y elaboración de Material de apoyo para la sensibilización en salud intercultural dirigido a facilitadores interculturales con el objetivo de fortalecer los conocimientos básicos del personal de salud en interculturalidad y poner a disposición herramientas conceptuales que propicien un acercamiento de la medicina occidental con los especialistas y terapeutas de la medicina tradicional, del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas (2017).

A nivel nacional existen varias experiencias que dan cuenta de la intervención del Programa, y requieren ser sostenidas a través de una política de salud y pueblos indígenas más robusta. Por ejemplo, el caso clínico desarrollado en el Hospital Kalvu Llanca, "Curación Avanzada de Heridas: Manejo Intercultural Hospital Dr. Ricardo Figueroa Gonzalez Comuna de Cañete" , que observa la elevada incidencia de lesiones de pie diabético asociado a insuficiencia venosa en la población adulta del país, y su complejo manejo terapéutico trae consigo altos costos financieros asociados a ellas, transformándose en un problema sanitario y económico mundial que también afecta a Chile, y a su vez desde el punto de vista epidemiológico representa un riesgo inherente a desarrollar infecciones asociadas a la atención en salud, por tratarse de lesiones altamente colonizadas por microorganismos patógenos. El manejo multifactorial de heridas, en especial el pie diabético, lo que da la oportunidad al equipo de Enfermería del HRFG de la comuna de Cañete, experimentar a través de un caso clínico, el manejo complementario entre la cultura mapuche y la medicina occidental de esta patología, en respuesta al respeto de la diversidad cultural existente en la zona.

Por tanto, los aspectos centrales de la cosmovisión mapuche relacionados con el manejo de las enfermedades y la sanación, como son el uso de plantas medicinales y la ceremonia de machitún, respectivamente, se complementan para reforzar la relación equilibrio-desequilibrio, energía negativa - positiva, y la utilización de los conceptos relacionados a salud en mapudungun.

3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

3.1) Objetivo

Fin del programa: 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.

Propósito del programa: Disminuir la prevalencia en enfermedades crónicas, 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.

3.2) Población potencial

Descripción: Población que se declara perteneciente a uno de los pueblos indígenas de la Ley 19.253 y de acuerdo al Censo 2017.

Unidad de medida: Personas

Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente: 2.185.732

Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada: CENSO 2017

3.3) Población objetivo

Descripción: La población objetivo de pueblos indígenas es la adscrita al sistema FONASA (inscrita validada), que corresponde al 86,4% de las personas que se declara perteneciente a uno de los 9 grupos identificados como pueblo indígena en Chile, Casen 2017.

¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?: No

	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	1.355.896	1.888.524	1.916.852	1.945.605

4.1) Estrategia

El programa presenta 4 componentes.

Nombre	Descripción
<p>Participación Social Indígena y Salud Otro (Otro)</p>	<p>Este componente se caracteriza por integrar la visión de los pueblos originarios respecto al cuidado de la salud y su involucramiento 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.</p> <p>1) El objetivo es contar con instancias de participación para incidir en la gestión, organización y adecuación de los servicios de salud. En este contexto se propicia la incorporación de representantes de pueblos originarios en los consejos establecidos 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.</p> <p>2) Instancias de participación indígena establecida en la red de servicios, programación de actividades en coordinación con las organizaciones de pueblos originarios y equipos de salud local, 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.</p> <p>3) 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.</p> <p>4) 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.</p> <p>5) A nivel de Servicios de Salud este componente contempla al menos 4 sesiones al año y a nivel de establecimiento puede tener una mayor frecuencia debido a los temas de interés.</p> <p>Meta de producción año 2021: 985 Número de mesas territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 280.959</p>

Nombre	Descripción
<p>Acción de orientación y acompañamiento realizada por Facilitador Intercultural en establecimiento de salud. Prestaciones de Salud (Prestación de salud o sociosanitaria)</p>	<p>El rol de facilitador intercultural surge a partir de la detección de necesidades de comunicación entre el usuario del sistema y el equipo de salud, específicamente, en la relación médico-paciente y los requerimientos derivados del proceso de atención. El Facilitador/a debe ser hablante, conocedor del sistema de salud indígena, formado en su comunidad de origen, Enseñanza Media Completa y ser integrante de uno de los pueblos originarios de Chile.</p> <p>1) 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.</p> <p>2) Apoyo a la gestión de atención de salud según requerimientos de los usuarios, acompañamiento y acogida en idioma de pueblos originarios, orientación cultural en procesos de hospitalización, tratamiento, medicación y cuidado de la salud en coordinación con el equipo médico del establecimiento. Los establecimientos de salud que cuentan con recurso de facilitador se ubican en espacios habilitados para la acogida, debidamente señalizados en idioma de pueblos originarios.</p> <p>3) La población que recibe el servicio es aquella persona adscrita al sistema FONASA (inscrita validada), y que declara pertenencia pueblo indígena de Chile (Casen 2017).</p> <p>4) Las actividades desarrolladas se registran en hoja de atención diaria y consolidada en el Registro Estadístico Mensual (REM A-26) DEIS. Contempla acción de atención de público, acompañamiento para la acción de derivación a salud indígena, atención de salud complementaria con pertinencia cultural en Programas de Salud y orientación en el proceso de atención en el intrasistema. Participación en acción de capacitación para el personal de salud, actividades de promoción de la salud con enfoque de pueblos originarios y difusión de la variable de pertenencia a pueblos originarios en el sistema de información de salud, (REM 19b de Participación).</p> <p>5) Componente vigente según disponibilidad de recurso para la contratación del facilitador intercultural y la duración de la prestación es por demanda espontánea y actividades programada por el establecimiento en tema de salud y pueblos indígenas, en que se busca dotar de pertinencia cultural.</p> <p>Meta de producción año 2021: 33.708 Porcentaje de establecimientos que cuentan con facilitadores interculturales</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 799.509</p>

Nombre	Descripción
<p>Prestación de Salud Indígena Prestaciones de Salud (Atención Médica)</p>	<p>Este componente consiste en una atención de salud indígena realizada por un sanador/a indígena (Usuyiri, Qulliri, Machi, Lawentuchefe, entre otros) 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 a través de los facilitadores interculturales en coordinación con el personal de salud. Cuando no existe provisión de servicios de salud indígenas en los establecimientos, se establecen coordinaciones con una o más organizaciones indígenas para el levantamiento de la necesidad y celebración de convenios de prestaciones de salud. También los Servicios 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 Facilitador/a.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Corresponde a la entrega de atenciones realizadas por agentes de medicina indígena en el establecimiento de salud y en espacios comunitarios - territorios indígenas. 2) Las prestaciones de salud indígenas se entregan a las personas que los solicitan a través de los facilitadores interculturales o en coordinación con las organizaciones indígenas de los territorios. Este beneficio se caracteriza por la aplicación de protocolos de derivación, referencia y contra referencia entre medicina indígena y alópata (no indígena) 3) Los principales beneficiarios son las personas de pueblos originarios que buscan reforzar su proceso de sanación de manera complementaria. 4) Las prestaciones de salud indígena es realizada 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). 5) Las acciones de salud indígenas cumple con la función de reforzar la atención con enfoque biopsicosocial que incorpora la mirada intercultural, mejorando la adherencia al tratamiento y dimensionando el problema de salud desde su cosmovisión, por lo tanto es una atención continua. <p>Meta de producción año 2021: 50.817 Prestaciones asistenciales y sociosanitarias</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 2.123.317</p>
<p>Programa de Reparación Indígena en Derechos Humanos Prestaciones de Salud (Prestación de salud o sociosanitaria)</p>	<p>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 perteneciente al pueblo mapuche.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Se provee 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. 2) La población beneficiaria son las víctimas directas y familiares de la sentencia en el caso Norin Catriman y del acuerdo de cumplimiento en el caso Alex Lemun, en total 437 beneficiarios. 3) La modalidad de producción es 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 cedula de identidad. El programa se concentra en los Servicios de Salud dónde reside la mayor parte de los beneficiarios (SS.Araucanía Norte y SS Arauco), pero es de alcance nacional en FONASA. El programa es gratuito a través de las instituciones y personal de salud especializado en la Red Pública de Salud y de no contar con los servicios requeridos se deriva al extra sistema sin cargo para el beneficiario. 4) El Programa es de carácter vitalicio para las personas identificados en el registro del FONASA. La causa es la violación de los Derechos Humanos, por parte del estado chileno a comuneros mapuche con consecuencias para su salud física y psíquica. <p>Meta de producción año 2021: 874 Prestaciones asistenciales o sociosanitarias</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 391.377</p>

Estrategia de intervención: La Equidad apunta a mejorar el acceso, la calidad y cobertura de atención de salud en la red asistencial para personas pertenecientes a pueblos indígenas. Con la incorporación del Facilitador Intercultural se logra mejorar el acceso de las personas, familias y comunidades indígenas a la red asistencial, resolver las necesidades de atención de salud, orientación cultural, en el caso de requerir medicina indígena y apoyar las acciones de salud complementaria a través de protocolos de atención y derivación. Habilitación de espacios de acogida y señalética en idioma de pueblos originarios para mejorar la comunicación con los usuarios. Desarrollo de competencias interculturales dirigidas a

personal de salud. Actualización de orientaciones técnicas para fortalecer el registro de variable de pertenencia a pueblos originarios en el sistema de información en salud, permitiendo el estudio de información epidemiológica planes de salud y metas sanitarias. La estrategia incorpora el enfoque de Derechos Humanos y el resguardo de las medidas cautelares y provisionales, soluciones amistosas y sentencias internacionales. En particular la implementación del cumplimiento de fallos y sentencias en lo que respecta a reparación en salud de las víctimas de violación de derechos humanos.

Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa: Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa: 6 años o más

Criterios de egreso: El programa asistencial es vitalicio para los beneficiarios identificados por FONASA, donde está incluida la población indígena, y desde el enfoque de derechos.

¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?: Si, Las personas adscrita al Sistema de Salud están incluidas en FONASA y por ende, las prestaciones de salud de morbilidad están diferenciadas según especialidades de salud,

Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar): El Programa al promover las acciones de salud indígenas en el ámbito comunitario, territorial y en espacios de alta concentración, por ejemplo en la Región Metropolitana, está evitando el deterioro del patrimonio cultural médico y terapéuticos de los pueblos indígenas en Chile.

Las organizaciones que trabajan en coordinación con los equipos de salud local logran una mejor comunicación intercultural de algunos programas orientados a la comunidad, por ejemplo actividades de promoción a la salud, consejos de salud local y proyectos comunitarios en áreas de participación

Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa: El programa es de aplicación individual y en el itinerario terapéutico pueden incorporarse atención grupal a través de ceremonias colectivas de pueblos originarios.

4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

Ejecución: El programa no es ejecutado por instituciones distintas a la responsable del programa.

Articulaciones: El programa se articula con otras instituciones.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
DEIS MINSAL	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	Datos Estadísticos de Información en Salud	Seguimiento y monitoreo del registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas, aplicación de Normativa N°820 (Exenta N° 643 Minsal, 2016) sobre obligación de captura de información por pertenencia a pueblos originarios que acuden a la red asistencial.

Complementariedades Internas: El programa no se complementa con programa(s) o intervención(es) de la misma Institución o Servicio Público.

Complementariedades Externas: El programa no se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	Si	El Programa Especial de Salud Indígenas rescata elementos de la cosmovisión de los pueblos originarios sobre dualidad de roles, espiritualidad y relación de equilibrio. Tales principios se incorporan en la definición y selección de facilitadores interculturales, resguardando el acceso a la oportunidad laboral de hombres y mujeres, así como cambian en el rol de los sanadores de pueblos indígenas que contribuyen en las prestaciones de salud indígenas, fase de ejecución del Programa.	

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Pueblos indígenas	Si	En etapa de diseño, momento en que se priorizan las acciones de participación y su vinculación con las actividades de promoción de la salud, según lineamientos ministeriales y planificación del nivel local. Al final del periodo de ejecución los Servicios de Salud dan cuenta del trabajo con pueblos indígenas tanto en su fase de evaluación como a nivel consultivo.	
Pertinencia territorial	Si	Fase de ejecución de los Planes de Salud Local donde el componente cultural es relevante para el abordaje de la problemática, por ejemplo acciones de acompañamiento y orientación en problemas de salud mental, lo que apunta a orientar la referencia o derivación de consultas hacia especialistas del sistema biomédico como al sistema de salud indígenas, esto en el marco de la comprensión de los síndromes culturales.	
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	Si	Desde el 2019 se trabaja en estrategia de promoción y cuidado de la salud donde se incorpora la variable de pertinencia cultural en las Orientaciones Técnicas en el Programa Espacio Amigable.	
Discapacidad	Si	A través de la estrategia de facilitador intercultural y en el proceso de acceso a la atención, principalmente en las rondas médicas interculturales y Visitas Domiciliarias a personas con discapacidad.	
Migrantes	Si	En zona del Pueblo Aymara y Quechua, área norte la situación migratoria de pueblos indígenas es un tema que se aborda a nivel de los Servicios de Salud de Arica e Iquique. La modalidad de abordaje se realizó a través de la incorporación de Facilitador Intercultural de origen Quechua y de nacionalidad Boliviana.	
Otra condición	Si	En etapa de diseño y ejecución se incorpora la condición de beneficiarios a las víctimas del Fallo "Norin Catriman y Otros", y Acuerdo caso "Alex Lemun", ambos se incorporan en el componente de Programa de Reparación Indígena, Salud y Derechos Humanos	

4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

Mecanismos de participación ciudadana: Si

- Encuestas de satisfacción
- Diagnósticos participativos
- Otros

Descripción: los pueblos indígenas demandan su participación en la etapa de diseño y/o definición de acciones

Mecanismos de participación y transparencia pública: Si

- Cuenta pública
- Otros

Descripción: Reuniones comunitarias de evaluación con presencia de autoridades locales

5. INDICADORES

5.1) Indicadores

Indicadores a nivel de Propósito:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de pacientes diabéticos compensados (personas de 15 a 79 años con HbA1c < 7%, personas de 80 y más años con HbA1c < 8%) pertenecientes a los pueblos indígenas bajo control.	(N° pacientes diabéticos pertenecientes a los pueblos indígenas, bajo control en el nivel primario con HbA1c < 7% (para personas de 15 a 79 años) y HbA1c < 8% (personas de 80 y más años) / Total de pacientes diabéticos pertenecientes a los pueblos indígenas bajo control) *100. Fuente de información: REM P04, Sección B (DEIS).	Personas bajo control por Hipertensión compensada: Corresponde a las personas que se encuentran en control en el Programa con diagnóstico de Hipertensión Arterial con control de la presión arterial a la fecha del corte. La medición de la presión arterial considerada debe ser la más reciente respecto a la fecha del censo y con una antigüedad no mayor de un año.	38,00%	38,00%	38,00%
Porcentaje de pacientes hipertensos compensados (personas de 15 a 79 años con PA < 140/90 mmHg, personas de 80 y más años con PA < 150/90 mmHg) pertenecientes a los pueblos indígenas bajo control	(N° pacientes hipertensos pertenecientes a los pueblos indígenas, bajo control en el nivel primario con P.A. < 140/90 mmHg (para personas de 15 a 79 años) y P.A. < 150/90 mmHg (personas de 80 y más años) / Total de pacientes hipertensos pertenecientes a los pueblos indígenas bajo control) *100 Fuente de información: : REM P04, Sección B (DEIS).	Corresponde a las personas que se encuentran en control en el Programa con diagnóstico Diabetes Mellitus Tipo 2, y la cantidad Hemoglobina Glicosilada (HbA1C). Para tributar a la celda de "Pueblos Originarios", debe cumplir con el criterio de compensación indicado en la tabla diferenciada por edad y además pertenecer a un pueblo originario. Siendo así un subgrupo para la meta de compensación para los diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2	66,00%	70,00%	70,00%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: Los Indicadores de propósitos 1 y 2, la información está centralizada en el Sistema de Registro Estadísticos de Población bajo control - REM P, columna Pueblo Originarios. En esta columna se debe registrar la variable de pertenencia a pueblos originarios.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: Revisión del REM de población bajo control, prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, esto es Hipertensión y Diabetes Mellitus en personas de pueblos originarios. Revisión que permitió dar cuenta del problema de salud como problemas en el subregistro de la variable de la pertenencia a pueblos originarios.

Indicadores a nivel de Componentes:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
----------------------	--------------------	---	----------------------------	------------------------	------------------------

Porcentaje de Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural realizadas, respecto de las actividades programadas.	(N° de Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural realizadas / Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesas de salud intercultural programadas) Fuente de información: REM A 19b, Sección B, actividades a pueblos indígenas, Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural.	Programación de Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural realizada e informada por los Servicios de Salud (informes de planificación anual).	94,00%	91,00%	91,00%
Porcentaje de establecimientos que cuentan con facilitadores interculturales	(Número de establecimientos que cuentan con facilitadores interculturales / Número total de establecimientos) *100 Fuente de información: Establecimientos DEIS (año 2018)	Los establecimientos que cuentan con Facilitadores Interculturales son los Consultorios General Urbanos y Rural, denominado actualmente como CESFAM, y Hospitales Base Comunitarias (esta definición se ajusta al Modelo de Salud Integral y Familiar - MAIS de APS.	18,00%	20,00%	22,00%
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 Fuente de información: REM A 04, Sección G: Prestaciones de salud indígenas realizada por especialistas sanadores de pueblos originarios.	Las prestaciones de salud indígenas es gestionada por el Programa y formalizada mediante convenios donde se especifica el tipo de prestaciones de salud y la modalidad de producción con la organizaciones de pueblos originarios. Son varios los nombres que reciben los sanadores tales como yatiris/quilliris en el mundo andino, machi, lawentuchefe, ngütamchefe en zona mapuche, taote en Rapa Nui, y parteras, los cuales se agrupan bajo la denominación de "especialistas de salud de pueblos originarios".	73,00%	75,00%	76,00%
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). Fuente de información: Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).	Los datos del presente indicador, se gestionará a través de la plataforma SIGTE de DIGERA y se está trabajando para la obtención del dato año 2021.			

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: Indicador 1: REM A 19b, Sección B, actividades a pueblos indígenas, Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural. Indicador 2: Establecimientos APS (Cesfam y HBC) DEIS . Indicador 3: REM A-04, Sección G y para los Indicadores de Propósitos 1 y 2: REM P04, Sección B (DEIS). Para el Indicador N° 4 Prestaciones de Salud caso Fallo CIDH, es el unico que se obtiene contra Informe de programación de los Servicios de Salud Arauco y Araucanía Norte.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: Se revisaron el total de Convenios y la asignación presupuestaria para respaldar la contratación del Facilitador - Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas

5.2) Sistemas de información del programa

¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos:

Para la Estrategia de Reparación y Derechos Humanos se cuentan con información detalladas de los beneficiarios y las cuales están identificadas con la categoría de Pri.Loncos y Pri Lemun en FONASA,

¿El programa reporta información al Registro de Información Social (RIS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia?: No

6. PRESUPUESTO

6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
Participación Social Indígena y Salud	280.959	Destinado al financiamiento del Componente de Participación Social Indígenas y Salud; los gastos involucra reuniones de las instancias de participación a nivel regional y locales; Dialogos interculturales, Encuentros de saberes de pueblos indígenas, actividad de inducción a equipos de salud y médicos EDF en los territorios y actividades de promoción cultural indígenas.
Acción de orientación y acompañamiento realizada por Facilitador Intercultural en establecimiento de salud.	799.509	Honorarios Suma Alzada de 115 Facilitadores Interculturales ; Honorarios Suma Alzada de 12 profesionales a cargo de desarrollar el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas y 5 Asesores Culturales en 5 Servicios de Salud, todos son gastos de continuidad y disponibilidad financiera.
Prestación de Salud Indígena	2.123.317	Los gastos corresponde a pagos de agentes de medicina de pueblo originarios, compra de insumos herbolarios, almacenajes, secado, personal de apoyo cultural en la gestión de la atención de medicina mapuche, ceremonias individual y colectivas, transportes en traslado de pacientes referencia y contrareferencia para apoyar la atención de salud complementaria y habilitación y condicionamientos de espacios culturalmente pertinentes.
Programa de Reparación Indígena en Derechos Humanos	391.377	Corresponde al financiamiento de las prestaciones de salud Pri Lonco y Pri Lemun, honorarios equipos de salud comunitaria, compras de insumos médicos, habilitación de espacios en 2 postas de salud y algunas compras de atención de especialidad en el extra sistema.

Gastos Administrativos: 169250

Detalle gastos administrativos: Los Servicios que tienen convenios de colaboración con organizaciones de pueblos indígenas como; Casas de Salud o Rukas, Centros de Salud Intercultural y Hospitales Comunitarios en sus módulos de salud indígenas.

Total Gastos: 3764412

6.2) Gastos de Inversión

Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$): 3.764.412

6.3) Gastos por Subtítulo

Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente:

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	02	02	21 Gastos en personal		799.509
16	02	02	22 Bienes y servicios de consumo		1.369.343
16	02	02	24 03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a otras entidades públicas (1)		1.585.560

Gasto Total por Subtítulo (M\$): 3.754.412