



Ministerio de Salud
Gobierno de Chile
N° 126
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
DEPTO MODELO ATENCION PRIMARIA
RZP / ANB / SCM / CMS / CCW



1856

ORD C 51 N° _____ /

ANT.:

MAT.: Remite Informe de Glosa 05, Pueblos Indígenas: Impacto en la Salud de los pueblos indígenas que habitan el territorio de Chile.

SANTIAGO,

30 ABR. 2018

DE : SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

A : COMISIÓN ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTO

Junto con saludar, remito a usted, información referente al Impacto en la Salud de los pueblos indígenas que habitan el territorio de Chile, en el marco de la gestión y desarrollo del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, según se establece en la Glosa 05 de la Ley de Presupuesto año 2018.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted.



[Signature]
DRA. GLORIA BURGOS MARABOLI
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:

- La indicada
- Subsecretaria de Redes Asistenciales
- Depto. Modelo Atención Primaria
- Oficina de Partes



Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria
Departamento de Modelo APS

Informe GLOSA 05, Ley de Presupuesto 2018

PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DE PUEBLOS INDÍGENAS.

Impacto en la Salud de los pueblos indígenas que
habitan el territorio de Chile

Abril 2018

Contenido

PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS	3
ANTECEDENTES.....	3
RESPALDO JURÍDICO PARA EL TRABAJO CON PUEBLOS INDÍGENAS.....	4
a. Legislación y normativa sectorial.....	4
b. Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI):.....	5
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	6
Componente 1: Equidad.....	6
Componente 2: Enfoque Intercultural en Salud.....	6
Componente 3: Participación Social Indígena.....	7
IMPACTO EN LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS QUE HABITAN EL TERRITORIO DE CHILE LOGRADO POR EL PROGRAMA DESDE SU IMPLEMENTACIÓN.....	8
a. Bases Conceptuales del Programa	8
b. Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).....	10

PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

Impacto en la Salud de los pueblos indígenas que habitan el territorio de Chile logrado por el Programa desde su implementación.

ANTECEDENTES.

El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas vigente desde el año 2000, según resolución Exenta N° 1190, y surge a partir de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, específicamente de la Resolución V de la OPS/OMS (1993), la cual invita avanzar desde los Ministerios de Salud en la generación de políticas y estrategias nacionales.

En este contexto, se conformó una comisión de salud que tenía por finalidad generar insumos para levantar información epidemiológica específica en población indígena e instalación de estrategias comunicacionales para el debate entre los sectores involucrados, cuestión que se concretó con la realización del “Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas” en la Región de la Araucanía (1996), donde participaron directivos de Servicios de Salud, actores claves del mundo académico, ONGs con trabajo comunitario y organizaciones de pueblos indígenas.

Uno de los planteamientos derivados del Primer Encuentro fue avanzar en la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades y características culturales de la población indígena. Frente a este desafío el Ministerio de Salud a través de la División de Atención Primaria (1996) crea la línea técnica de salud y pueblos indígenas, constituyendo un hito importante para la institución en cuanto a iniciar un trabajo con los pueblos indígenas y la modelación de una política de salud intercultural a nivel país. Por su parte, los Servicios de Salud más proclive a la temática indígena desarrollaron acciones a nivel comunitario, en coordinación con los trabajadores de la salud de los territorios y el apoyo directo del Ministerio de Salud.

Otra medida adoptada por el Sector, fue propiciar la instalación de programa piloto en Servicio de Salud con trabajo comunitario validado y mayor concentración de población perteneciente a pueblos indígenas “Programa de Salud Mapuche” (PROMAP) del SS Araucanía, sumándose al siguiente año 5 Servicio de Salud (Arica, Iquique, Bio Bio, Osorno y Llanquihue¹).

La implementación y desarrollo de esta estrategia, permitió a los equipos de salud consolidar una apuesta política y técnica para el abordaje integral de la situación de salud de los pueblos indígenas, diagnóstico materializado en el “Perfil Epidemiológico: Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile”, financiado por el Ministerio de Salud y colaboración de OPS/OMS (1997). Los principales resultados que arrojó el Perfil Epidemiológico fueron los siguientes:

- 39 comunas de país con alta concentración de población indígena.
- los pueblos indígenas presentan condiciones de vida desmejorada en comparación a otra zona geográfica del país.
- alta correspondencia entre zonas de pobreza y zonas indígenas.
- el perfil de salud de las poblaciones indígenas de Chile, comparado con el resto del país revela una brecha sustantiva, expresada en:
 - o **Altas tasas de mortalidad infantil**, superiores hasta en 40 puntos a la tasa nacional, en el caso atacameño.
 - o **Menor esperanza de vida**, inferior incluso en 10 años, en el caso aymara.
 - o **Bajo Índice de Swaroop**, equivalente al que poseía Chile a inicios de la década de los ochenta.
 - o **Patrón de Causa de Muerte pre-transición epidemiológica**, en el caso aymara.
 - o **Condiciones de salud indígena –urbana más deterioradas que en el campo.**

¹ Servicio de Salud, cual se dividió en Servicio de Salud del Reloncaví y Chiloé.

El Estudio estableció un perfil preliminar de salud de los pueblos indígenas de Chile, y su continuidad requirió una línea programática específica, formulándose para ello, el **Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (2000)**, con los siguientes lineamientos y desafíos:

Lineamientos Estratégicos	Principales Desafíos
Mejoría de la accesibilidad y calidad de la atención	Incorporación de facilitadores interculturales y habilitación de oficinas en establecimientos de salud de comunas que lo requiera.
	Generación de sistemas de información adecuada culturalmente.
	Elaboración de material (difusión, educativo u otro) apropiado culturalmente
	Reforzar rondas médicas en comunas de difícil acceso
	Adecuación de sistema de salud e infraestructura
Capacidad resolutive de problemas de salud	Desarrollo de programas de oportunidad de la atención a beneficiarios indígenas: adecuación horaria.
	Aumento de cobertura de beneficiarios indígenas en atención de especialidades (oftalmológico, otorrino y odontólogo)
Desarrollo de Recursos Humanos	Sensibilización y capacitación a equipos de salud sobre enfoque intercultural y estrategias de trabajo con población indígena.
	Incorporación al equipo de trabajo de profesionales de las ciencias sociales.
Participación social e intersectorialidad	Diálogos comunales con comunidades indígenas para la identificación de necesidades y demandas en salud.
	Ejecución de proyectos locales de promoción de la salud, ejecutados por organizaciones indígenas, equipos de salud e intersectoriales
Comunicación Social	Encuentros de autoridades regionales y locales con pueblos indígenas.
	Información sobre derechos y deberes: usuarios
Investigación	Continuidad y profundización de perfiles epidemiológicos, demográficos y socioculturales.
	Estudios y/o sistematización sobre el desarrollo de la interculturalidad en salud.

RESPALDO JURÍDICO PARA EL TRABAJO CON PUEBLOS INDÍGENAS.

a. Legislación y normativa sectorial.

El desarrollo y construcción de este tipo de estrategia apunta a establecer directrices de orden jurídico, con el propósito de que la institucionalidad del sector salud, adopte las medidas necesarias para incorporar el enfoque intercultural en sus prácticas de salud, en sus programas e incorporando cambios en su organización institucional, a fin de atender y dar respuestas culturalmente pertinentes a la realidad de los 9 pueblos indígenas consignado en la Ley N° 19.253, que existen en el país.

- ✓ La "Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.397" (2004) en su Art. 4 establece que "El Ministerio de Salud tendrá, entre otras, las siguientes funciones: N°-16 *"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" (2005), 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 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”*.
- ✓ Marco General e Internacional: Desde la ratificación del Convenio N° 169 de la OIT (2008), Chile tiene el deber de cautelar los derechos colectivos de los pueblos indígenas; y específicamente, el derecho a la salud (art. 24 y 25 del citado Convenio). Desde la entrada en vigencia del Convenio N° 169 (15 de Sept, 2009) en lo relativo a salud establece la obligatoriedad de los gobiernos a disponer de servicios de salud adecuado y acorde a las necesidades de salud de los pueblos interesados.
- ✓ Ley que Regula los Derechos y los Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.² Ley 20.584 (2012), Art 7 relativo a salud intercultural.

b. Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI):

A continuación, una serie de iniciativas que llevan al fortalecimiento del programa PESPI:

- ✓ Se crea el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas en el Ministerio de Salud: Res. Exenta N° 1190, 12 de mayo de 2000.
- ✓ Política de Salud y Pueblos Indígenas³, vigente desde el año 2006 y plantea como principal desafío el desarrollo de un Modelo de Atención con enfoque intercultural orientado a la disminución de las desigualdades sociales en salud y que incorpore en el proceso la participación indígena.
- ✓ La Norma General Administrativa N°16 sobre “Interculturalidad en los Servicios de Salud”, vigente desde el año 2006, desarrolla 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 y las SEREMI de Salud.
- ✓ Ley N° 20.584, 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”*⁴.
- ✓ Estrategia Nacional de Salud 2011-2020: constituye una Política Pública en Salud, diseñada con el fin de contar con un marco y sistema de planificación sanitaria para el periodo 2011-2020. En materia de salud y pueblos indígenas se identifica el Objetivo Estratégico N° 5: Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen las determinantes sociales y económicas de la salud. El OE5: “Inequidades en Pueblos Originarios”, establece 12 indicadores de proceso.

²Promulgada el 13 de abril de 2012 y publicada el 24 de abril de 2012

³ Res. Exenta Ministerio de Salud N° 91 año 2006

7. La aplicación de los conceptos de equidad e interculturalidad, no sólo está relacionada con la salud, sino también con otros aspectos del desarrollo de las personas lo que requiere de esfuerzos multisectoriales en lo social, político y económico.

⁴ http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-7564_recurso_1.pdf

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.

Desde la instalación de la línea técnica de salud y pueblos indígenas (1996), los Servicios de Salud fueron comprometiendo acciones socio sanitario para atender las necesidades más urgentes de los pueblos indígenas y priorizando actividades en instancias regionales, locales y proyectos específicos orientado al reconocimiento, respeto y relaciones de confianza entre la institución de salud y los pueblos indígenas.

Propósito:

Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la implementación y desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural y de derechos humanos, diseñado y ejecutado con la participación de las organizaciones y/o comunidades indígenas.

Objetivos Generales y Específicos:

Contribuir a la disminución de brechas de inequidad en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la generación de estrategias de coordinación, planes de salud con enfoque de derechos, acciones sanitarias basados en perfiles epidemiológicos específicos y promoción de un modelo de salud intercultural.

1. Generar estrategias de coordinación y condiciones para la implementación de acciones sanitarias orientadas a la mejoría de la situación de salud de los pueblos indígenas.
2. Impulsar la incorporación del enfoque intercultural en los programas de la red asistencial para brindar atención de salud con pertinencia cultural.
3. Promover la transversalización del enfoque intercultural en actividades de salud preventiva y continuidad en el cuidado de la salud.
4. Apoyar la promoción de salud indígena, complementariedad entre sistemas médicos, mediante el desarrollo de planes, estrategias y/o modelos de salud intercultural.
5. Garantizar la participación en salud para el establecimiento de acuerdos, colaboración y coordinación con los pueblos indígenas.

Componentes Estratégicos del Programa

Componente 1: Equidad.

Apunta a la disminución de brechas de equidad en el acceso y la calidad de la atención, a través de acciones de mejoramiento de la calidad de atención, estrategia de sensibilización y capacitación, propuestas de intervención intercultural, incorporación de recursos humanos específicos – Facilitador Intercultural- cuya función es favorecer la comunicación derivada de la relación médico – usuario indígena y acompañamiento en el proceso de atención, habilitación de espacios con pertinencia cultural e incorporación de la variable de pertenencia a pueblos indígenas en los registros de salud.

Componente 2: Enfoque Intercultural en Salud.

Desarrollo de experiencias de atención intercultural a nivel de la Red Asistencial y salud indígena a nivel comunitario y territorial, fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas, mejoría de la oferta de salud con pertinencia cultural y desarrollo de programas de capacitación continua y específicas, según requerimiento de los equipos de salud, de modo de favorecer la implementación de un **Modelo de Salud Intercultural**.

La definición de Modelo de Salud intercultural involucra procesos de participación, identificación de brechas de recursos humanos, recursos terapéuticos indígenas, modelo de gestión de salud, infraestructura y adecuación de normativas, con la finalidad de contar con establecimientos de salud “culturalmente adecuada a la cosmovisión indígena y el mobiliario local sea culturalmente pertinente a la realidad de los territorios”.

Componente 3: Participación Social Indígena.

Conforme a los derechos que asisten a los pueblos indígenas, normativas y leyes vigentes en el país, la participación es uno de los principios orientadores para la implementación de estrategias interculturales en el ámbito de la salud, la comunicación, promoción y proceso de deliberación para una planificación en salud culturalmente pertinente.

Indicadores de procesos

Indicador	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo
1	Porcentaje de establecimientos de la red que cuentan con dotación de facilitadores interculturales.	$(\text{N}^\circ \text{ de establecimiento con dotación de facilitadores interculturales} / \text{N}^\circ \text{ total de establecimientos del Servicio de Salud}) * 100$
2	Porcentaje de prestaciones de salud dirigidas a las víctimas y familiares del Fallo CIDH.	$(\text{N}^\circ \text{ de atenciones de salud realizadas; médicas, odontológicas y psicológicas} / \text{N}^\circ \text{ total de beneficiarios contemplado en el Plan de Reparación de Salud}) * 100$
3	Porcentaje de establecimientos que implementan acciones de salud con pertinencia cultural	$(\text{N}^\circ \text{ de establecimientos que implementan acciones de salud con pertinencia cultural} / \text{N}^\circ \text{ total de establecimientos del Servicio de Salud}) * 100$
4	Porcentaje de atenciones realizadas por agentes/sanadores/especialistas de la medicina de pueblos indígenas.	$(\text{N}^\circ \text{ de atenciones realizadas por agentes/especialistas de medicina indígena} / \text{N}^\circ \text{ de establecimientos que incorporan atención de salud intercultural}) * 100$
5	Plan de salud local programado en conjunto con los pueblos indígenas.	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades comprometidas en el plan de salud local} / \text{N}^\circ \text{ Total de planes de la salud programados en conjunto con los pueblos indígenas de los SS}) * 100$
6	Instancias de participación indígena en salud.	$(\text{N}^\circ \text{ de reuniones locales, provinciales y regionales de salud intercultural realizadas con pueblos indígenas} / \text{N}^\circ \text{ Total de reuniones programadas por Servicio de Salud}) * 100$

IMPACTO EN LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS QUE HABITAN EL TERRITORIO DE CHILE LOGRADO POR EL PROGRAMA DESDE SU IMPLEMENTACIÓN.

Desde entonces el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (2000) –PESPI, se ha extendido a 29 Servicios de Salud del país, cubriendo así demandas de atención en salud con pertinencia cultural, tanto de población que reside en los territorios históricos, como aquella que se han visto en la necesidad de migrar, habitando en centros urbanos y que siguen manteniendo sus modelos culturales respecto del cuidado de su salud.

En este contexto, el Programa PESPI, asume un rol activo de coordinación nacional, regional y local 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.

De esta manera, los Servicios de Salud, a través de sus equipos de salud y representantes de pueblos indígenas, han desarrollado numerosas iniciativas orientadas a la mejoría en la calidad de la atención, la accesibilidad, resolutivez y la pertinencia cultural de la oferta programática.

Todo esto conlleva un trabajo con énfasis en los procesos de participación con los pueblos indígenas, constituyéndose en un elemento clave para el diseño e implementación de acciones de salud más pertinentes.

a. Bases Conceptuales del Programa

- *Interculturalidad y Pueblos Indígenas en coordinación con el modelo de atención de la red de salud.*

La incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud asistencial ha requerido varios esfuerzos a nivel institucional, principalmente en la red asistencial y en el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, donde las particularidades culturales cobran especial sentido. El enfoque comunitario genera instancia de participación y alternativa de encuentro entre la comunidad y el sector de salud, propiciando instalación de mesas de trabajo comunal, provincial y regional para abordar los problemas de salud que los atañen.

Un resultado inmediato del trabajo comunitario es la reorientación del quehacer sanitario, poniendo al centro de la atención a las personas actores de sus procesos de sanación y la cultura es un elemento clave para entender las causas que originan el deterioro de la salud en un contexto determinado. En este contexto, el Programa de Salud y Pueblos Indígenas es un eje transversal de la Atención Primaria de Salud.

Otro resultado importante que ha instalado el Programa ha sido la incorporación del enfoque intercultural en la planificación sanitaria, cuya base está en el reconocimiento de que “ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica que el modelo científico *occidental* no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena es integral y tiene un amplio desarrollo”⁵.

⁵“Política de Salud y Pueblos Indígenas”. Ministerio de Salud, 2006

Por último, considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención de salud, se puede plasmar en diversas acciones tales como: implementación de procesos de sensibilización y capacitación para facilitar la comunicación entre el personal de salud y las personas de comunidades indígenas; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud; coordinación intersectorial e interdisciplinaria para generar estrategias y metodologías de trabajo a nivel de la red, que en definitiva favorezcan la integralidad y coherencia de las políticas y estrategias en salud.

- **Derechos a la Salud y Pueblos Indígenas**

Un componente importante para el trabajo con pueblos indígenas, es considerar el enfoque de derecho y el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamental, el ejercicio de estos derechos apunta a la autonomía y autodeterminación de las personas, respecto a su salud y generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida.

En contexto de pueblos indígenas se vincula a lo establecido en el Convenio 169 de la OIT, donde reconoce los derechos colectivos de los pueblos indígenas, propios de cada uno de los individuos que los componen y de los pueblos que los detentan. En este sentido, el Convenio refuerza la idea de equidad, participación y el derecho a recibir atención de salud según sus necesidades epidemiológicas y prioridades expresados en los territorios. Así como tener en cuenta sus propios métodos, prácticas y medicamentos que le son propios a su cosmovisión y cultura (Art 24 y 25 del Convenio).

La Ley Derechos y Deberes del Paciente Art. N° 7 establece el derecho de los pueblos indígenas en Chile a recibir una atención de salud con pertinencia cultural y la obligación de los prestadores institucionales públicos en los territorios de alta concentración de población indígenas a asegurar dicho derecho, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado comunitariamente.

- **Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria⁶.**

El Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, ha sido definido como *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”⁷.*

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos sanitarios de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros.

- **Modelo de Salud Intercultural**

Un concepto integral, dinámico y estratégico presente en los procesos de gestión de salud y pueblos indígenas. En su dimensión operativa, apunta hacia la construcción participativa de un modelo de atención en salud, basado en el respeto y acorde a las necesidades epidemiológicas y características culturales de la población indígena en Chile.

⁶ Bases Conceptuales Programación y Planificación en Red, año 2017. Ministerio de Salud

⁷ MINSAL. (2005). Modelo integral de atención en salud. Serie cuadernos Modelo de Atención N° 1. Subsecretaría de Redes Asistenciales Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

En términos operacionales el concepto de modelo de salud intercultural se entenderá como el resultado de un proceso colaborativo entre los pueblos indígenas y los prestadores institucionales, favoreciendo el diálogo intercultural, la complementariedad entre los sistemas de salud y fortalecimiento de los sistemas de salud de los pueblos indígenas.

En el marco del proceso de consulta y participación sobre el derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, referido a la ley de derechos y deberes del paciente, se establece la aplicación de un modelo de salud intercultural validado comunitariamente. Esto significa que los gestores de la red asistencial tienen la obligación de diseñar conjuntamente con los pueblos el modelo de gestión de salud intercultural.

Principales Logros:

- Adecuación de espacios y habilitación de oficina de orientación intercultural en centros asistenciales de alta complejidad: Hospitales Interculturales, Cesfam con adecuación intercultural y centros de referencias de atención de salud indígenas.
- Incorporación de la variable de pertenencia a pueblos indígenas, lo que favorece enormemente la cobertura de atención y mejoría en la oportunidad de la atención de salud.
- Incorporación de planes de mejoras en programa claves, tales como Salud Mental, Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Programa de Infancia y Adolescencia, entre otros.
- Adecuación Institucional y Diseños Arquitectónicos con pertinencia cultural, incorporado como un eje de evaluación y aprobación del modelo de gestión de los centros de salud – APS.
- Programas de capacitación y desarrollo de recursos humanos con competencias interculturales.
- Orientaciones Técnicas en coordinación con otro programa asistencial, de modo de reforzar el trabajo comunitarios y realidades socio sanitaria en contextos de pueblos indígenas.
- Activación de protocolos para garantizar el derecho a la asistencia espiritual en la red de servicios; orientación en bioética, entrega de placenta y complementariedad en salud.
- Inclusión de señaléticas y simbología de pueblos indígenas en establecimiento de la red con la finalidad de rescatar la cultura patrimonial y facilitar el acceso.

b. Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)

Desde la implementación del Programa en la red asistencial se ha impulsado el trabajo con los pueblos indígenas, dotándolo de información, generando procesos de participación y articulación con los equipos de salud en los territorios. Los pueblos indígenas han sido actores claves en los procesos de levantamiento de información y ejecución de cada uno de los perfiles epidemiológicos realizado por el Ministerio de Salud.

- a. Estudio Epidemiológico del Servicio de Salud Arica año 2006, demuestra que 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.
- b. Estudio Epidemiológico Servicio de Salud Iquique del 2007, el trienio analizado 2001 – 2003 muestra que la población Aymara 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 alto entre hombres y mujeres Aymara que entre hombres y mujeres no indígenas.

- c. Estudio Epidemiológico en Población Mapuche, Servicio de Salud Araucanía Sur año 2009. En la región de la Araucanía, donde la población mapuche representa el 23,4%, históricamente, este servicio 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 llegando que 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. Una de las causas de muerte es atribuible a “síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos clasificados en otra parte” (no clasificada) la 2º causa son por muertes de enfermedades del sistema circulatorio que en población mapuche existe un 10% más de riesgo que en población no mapuche, otra causa de muestre se destaca el Cáncer, específicamente el cáncer digestivo y en estos casos se atribuye a los tipos de cultivos a la que está expuesta la población rural (mapuche y no mapuche).
- d. Estudio Epidemiológico en Población Mapuche, Servicio de Salud Araucanía Norte de 2009, donde 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.
- e. Estudio Epidemiológico en población Kawesqar, Yámana y Mapuche –williche, en el año 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.
- f. Estudio Epidemiológico población mapuche-huilliche Región Los Ríos año 2009. Se presenta que la población mapuche y huilliche de esta región tiene un perfil de morbimortalidad similar al de la población no indígena donde las principales causas son: enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los traumatismos y violencias y las enfermedades respiratorias, no obstante, la mortalidad por estas causas es más alta en población mapuche, asociada a falta de acceso a información.
- g. Estudio Epidemiológico población mapuche en Región de los Lagos, año 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.

Esta serie de estudios epidemiológicos comparados, han permitido dimensionar las profundas brechas de equidad en salud que afectan a los pueblos indígenas, expresadas en: una sistemática sobre mortalidad general, en las grandes desigualdades en mortalidad infantil y en la niñez, así como en la persistencia de enfermedades históricamente vinculadas a la pobreza, como la TBC, ocultas tras las grandes tendencias nacionales. A su vez, en estas investigaciones, se aporta evidencia que refuerza una de las principales hipótesis que ha orientado esta línea de trabajo: con la pérdida de vigencia de los modos de vida tradicionales, en el contexto de mayor contacto y participación subordinada de los pueblos indígenas en la sociedad occidental, éstos adoptan un patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, en el que persisten simultáneamente infecciones comunes, enfermedades degenerativas-crónicas y lesiones, en un contexto de agudización de las desigualdades sociales en materia de salud, que los expone a mayores riesgos de enfermar y morir.



En la Región Metropolitana se cuenta con los Atlas Sociodemográficos del área de residencia urbana (CEPAL, 2012) información que ha servido a las propias organizaciones indígenas mapuche para levantar propuesta de intervención en salud intercultural.

Los resultados de estos estudios han permitido al Ministerio de Salud y específicamente al Programa, activar una estrategia política técnica tendiente a sensibilizar a los equipos de salud y a los directivos, para incorporar en los programas de salud el componente de pertinencia cultural, enfoque de derechos y participación social indígena.



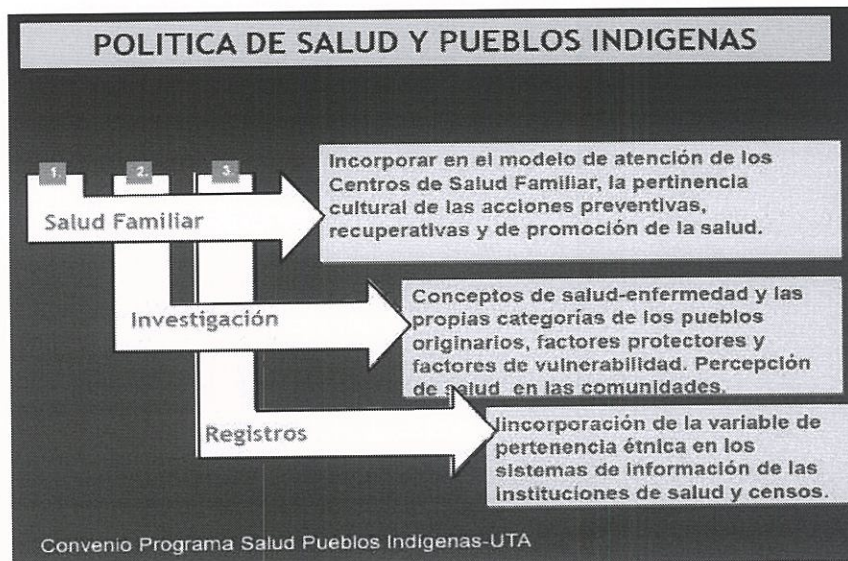
Línea de Acción: Sensibilización, Talleres y Seminarios

Línea Transversalización del Enfoque Intercultural	Línea Sensibilización a equipos de salud de la Red asistencial
<p>EJERCICIOS DE PRACTICAS INTERCULTURALES</p>	

La línea de sensibilización sigue siendo una de las mejores estrategias de comunicación intercultural; propicia el acercamiento entre los saberes médicos, genera procesos de coordinación intersectorial y favorece la complementariedad entre sistemas de salud a nivel territorial y la red asistencial.

En el marco del desarrollo del Programa de Salud y Pueblos Indígenas, los pueblos han sido actores claves en los procesos de sensibilización, capacitación e implementación en salud intercultural, colaborando activamente en el diseño de estrategias para la ejecución del programa con el enfoque intercultural en la red asistencial.

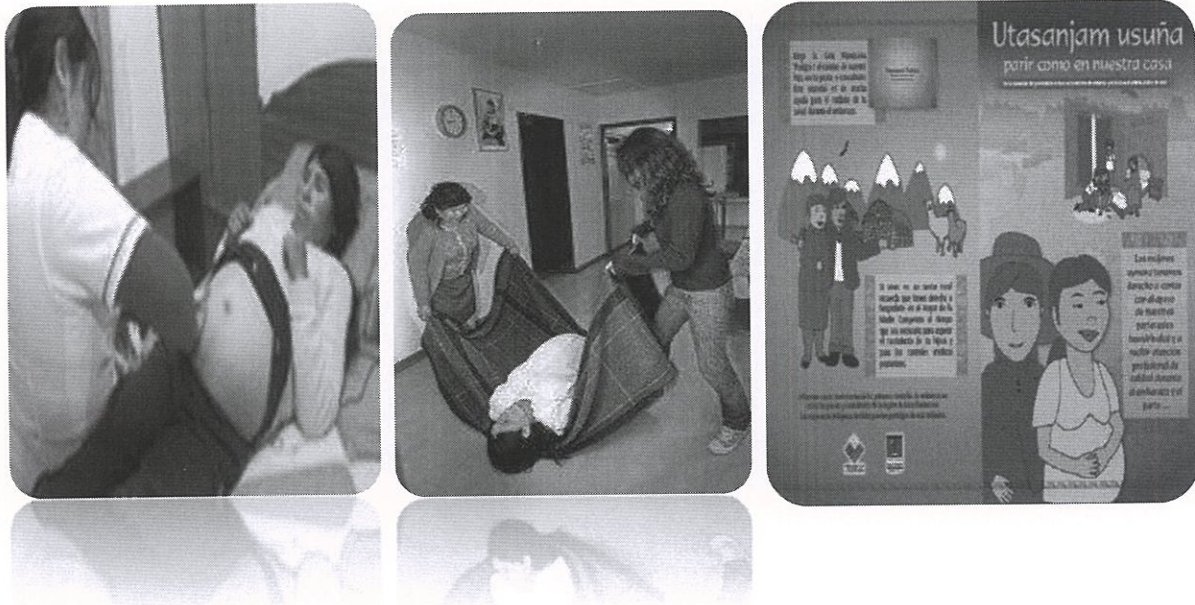
Plan de acción: transversalización del enfoque intercultural



Desde la implementación del programa se han desarrollado iniciativas locales, traduciéndose en experiencias de atención y promoción de salud para los pueblos originarios. La experiencia de salud intercultural ha contribuido en el mejoramiento del acceso a la atención en los establecimientos de la red, procesos de acompañamiento y facilitación de información a través de la estrategia de incorporación de los facilitadores interculturales y reforzamiento de las rondas médicas a través de la incorporación de médicos andinos y parteras - Usuyiri y Qulliri – en zona aymara.

Wawasana Thakipa
 el camino de nuestro hijo
 Guía de la gestación y el nacimiento

Hogar de la Familia Altiplánica: Fue creado en el año 1996 y su objetivo es promover la permanencia de las mujeres de sectores rurales a un lugar seguro, acogedor y cercano al hospital en los días previos a la fecha probable de parto y cuenta con una partera que cuida a la gestante hasta el momento de ingresar a la Sala de Parto Intercultural



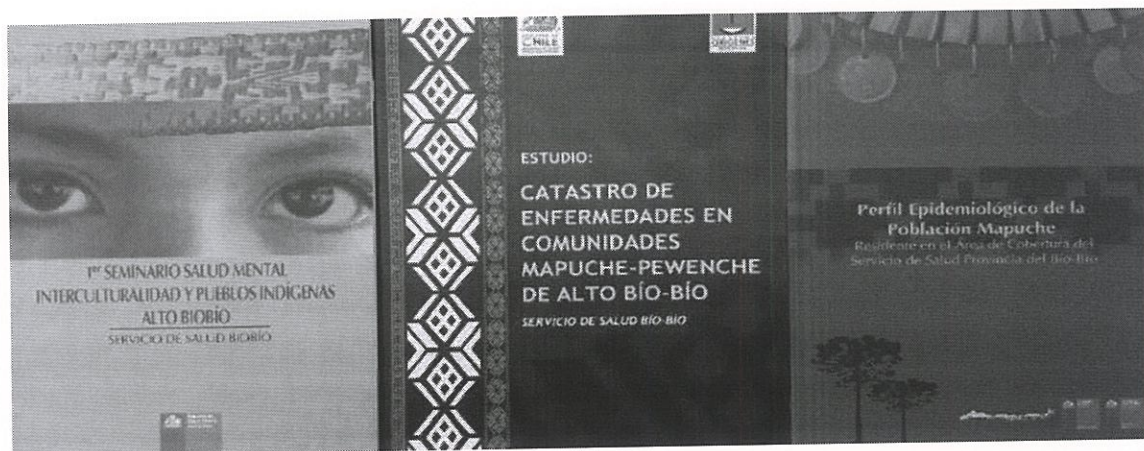
Desde la implementación del programa se han desarrollado iniciativas locales, traducéndose en experiencias de atención y promoción de salud para los pueblos originarios. La experiencia de salud intercultural ha contribuido en el mejoramiento del acceso a la atención en los establecimientos de la red, procesos de acompañamiento y facilitación de información a través de la estrategia de incorporación de los facilitadores interculturales y reforzamiento de las rondas médicas a través de la incorporación de médicos andinos y parteras - Usuyiri y Qulliri – en zona aymara.

La incorporación de Yatiris, Usuyiri, Qulliri- parteras y facilitadores interculturales han contribuido en el mejoramiento de la oferta de salud, acceso a información y atención de salud culturalmente pertinente.

Línea de Acción: Interculturalidad y Estudios Focalizados

Los Servicios en conjuntos con los referentes de programas de salud de TBC, Salud Mental, Participación, entre otros, han generado materiales de difusión sobre promoción de la salud, promoción de la salud indígena y levantamiento de tipología de enfermedades desde el sistema de salud de los pueblos, esto, con el fin de generar una atención de salud culturalmente pertinente en la red de salud y territorios.

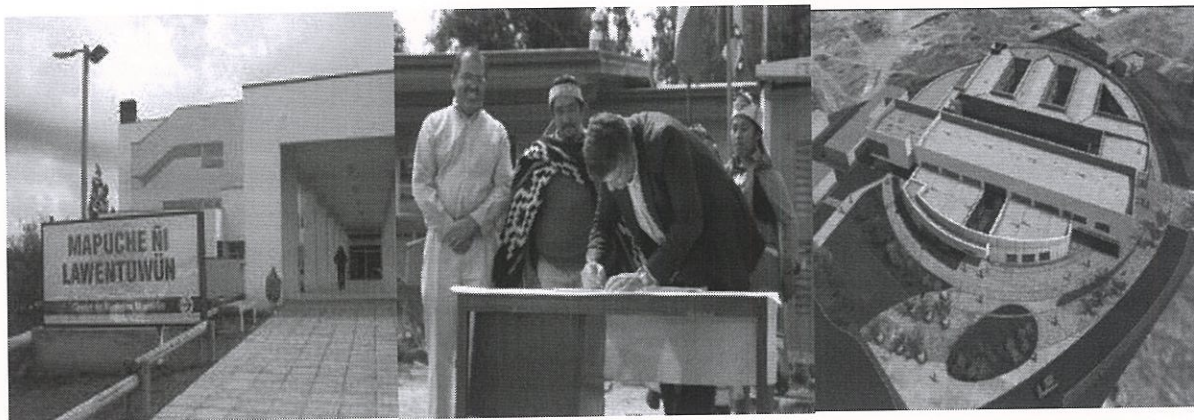
Las diferentes iniciativas implementadas a nivel de la red, ha permitido desarrollar la interculturalidad en salud, visualizando como punto de partida el mejoramiento del trato al usuario, la adecuación horaria, disponibilidad de información y la pertinencia cultural en la atención de salud.



La pertinencia cultural como propuesta de acción significa abrir espacios de participación a los pueblos y en el ámbito de salud significa la adecuación del sistema de salud según perfil epidemiológico y necesidades de los pueblos.

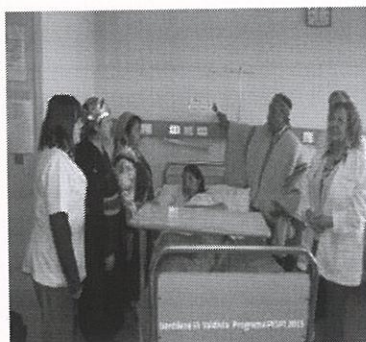
Línea de Acción: Adecuación y Habilitación de Espacios Interculturales

En la actualidad, el impacto más inmediato es que se cuenta espacios físicos apropiados para la implementación del componente intercultural, espacios de trabajo visibles para la atención de personas perteneciente a pueblos indígenas. También se cuenta con dotación y perfil de recursos humanos pertinentes, esto es que se incorpora el rol de facilitadores y asesores culturales en establecimientos de la red asistencial, y con ello se logra en gran medida la mejoría en el trato, acompañamiento cultural, orientación biomédica e intercultural. No obstante, aún quedan brechas importantes por cerrar, dado que no todos los establecimientos tienen adecuaciones interculturales y se requiere reforzar las competencias interculturales tanto en los equipos de salud como en la transversalización del enfoque intercultural en todas las políticas de salud.



Incorporación de señaléticas en español y en lengua de los pueblos indígenas, el diseño y la escritura debe ser trabajado conjuntamente con los pueblos, esto porque existe diferencias lingüísticas dependiendo de los territorios y la comunidad de habla vigentes.

Los Pueblos Originarios exigen ser parte de los procesos de definición de prioridades en los territorios y en los temas que los afectan como sociedad. Uno de los problemas que más recientes los pueblos originarios en las regiones tiene que ver con la falta de acceso y oportunidad en la atención de salud, situación dada por altas dispersiones geográficas, barreras idiomáticas y culturales que interfieren en los procesos de atención. En este contexto, los problemas de salud deben ser abordados a través de elementos estructurales (establecimientos de salud culturalmente adecuado) y lineamientos estratégicos pertinentes que asegure el funcionamiento de los mecanismos de interconexión (referencia y contra referencia, redes de apoyo familiar y social) y los equipos de salud. Por otra parte, es necesario establecer mecanismos claro que favorezcan la complementariedad en salud, desarrollo de acciones de salud indígenas integrada al establecimiento o en espacio autónomo aledaños al establecimiento, responsabilidad compartida tanto al interior como entre los establecimientos de salud que componen la red asistencial.



En este contexto, las coordinaciones para contar con días de cama para usuarios de las comunidades rurales y para el acompañante se han dispuesto ajustes en casa de acogidas; la casa Utama en Arica, Casa Pehuenche en Bio-Bio, la casa de Madre y el Niño en Valdivia, por mencionar algunos, son acciones concretas de mejoramiento en el acceso y tratamiento médicos de personas de pueblos indígenas.

Línea de Acción: Facilitadores Interculturales

Los establecimientos de salud de todos los niveles de la red asistencial podrán contar con facilitadores interculturales, si se justifica bajo la solicitud de la comunidad. Ellos deben ser el nexo entre el equipo de salud y las comunidades indígenas, cumpliendo la función de asesores culturales para el equipo de salud. Deben ser personas que pertenezcan a una comunidad indígena y ser avalada por ésta.

Las funciones que deben abordar los facilitadores son:

- Orientar, informar y apoyar al enfermo y a sus familiares cuando requieren de atención de salud ambulatoria y de hospitalización.
- Coordinar acciones acompañamiento con los diferentes servicios clínicos y administrativos para la resolución del problema de salud.
- Apoyar al enfermo y al equipo de salud en resolver situaciones donde lo cultural sea relevante para la recuperación de la salud.
- Mantener en forma permanente la relación del paciente hospitalizado con su familia.
- Brindar apoyo en las rondas rurales para el seguimiento y resolución de casos clínicos en sus comunidades de origen.
- Realizar visitas domiciliarias en casos indicados por el equipo y/o agentes de salud indígena.
- Participación en reuniones atinentes al tema de salud intercultural.
- Llevar un registro de las acciones efectuadas.

El Facilitador Intercultural debe tener un proceso de capacitación para conocer y manejar la dinámica de funcionamiento del establecimiento de salud y de la red asistencial. Su capacitación debe considerar el manejo del lenguaje, trato al usuario, cultura y organización del sistema de salud y trabajo comunitario. Como también, conocimientos básicos de salud, conceptos de prevención de las enfermedades prevalentes y de promoción de la salud (autocuidado de la salud individual y colectiva).



Perfil necesario:

- Ser e identificarse como una persona perteneciente a los pueblos originarios
- Ser bilingüe: lengua originaria y castellano
- Conocer la cultura y protocolo tradicional de su pueblo y la cultura occidental
- Mantener contacto con las comunidades y sus organizaciones.

Actualmente el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas cuenta con 132 Facilitadores Interculturales en 20 Servicios de Salud y 29 Coordinadores de Programas, cubriendo el 100% de los Servicios.

- 20 Servicios de Salud incorporan Facilitadores Interculturales en la red

Dotación de Facilitadores interculturales en la Red.	Programa Indígenas Subt (21)	Pueblos Indígenas Subt (24)	Total
Cesfam, Cecofs, Hospitales Comunitarios y Hospitales de Alta Complejidad	96	36	132

Fuente: Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas 2017

Salud Intercultural: Orientada a la implementación del enfoque intercultural tanto a nivel de los programas como en los procesos de atención de salud específica.

Otro logro importante es el fortalecimiento del rol de médicos/sanadores/especialistas de pueblos originarios, dado que se reconoce el derecho al libre ejercicio de la medicina indígena, reconocimiento del sistema de sanación y sus recursos terapéuticos. Tal es así que en la actualidad se ha conformado distintas organizaciones según territorios y cosmovisión; en zona norte están la Asociación de Yatiri, Qulliri, Pachan kutt'aniña, consolidación de asociación indígena Suma Qamañataki y generación de redes comunitarias mediante la incorporación de asesores culturales, facilitadores interculturales en área de alta concentración de pueblos originarios, en zona Metropolitana y Quinta, están las Casas de Salud que consiste en brindar atención de machi y lawentuchefe con apoyo de una red de comunitaria urbana, en región del Biobio y Araucanía se cuenta con atención de machi, lawentuchefe, püñeñleche y ngütamchefe, atención disponibles tanto en los territorios como en establecimientos de salud. En zona de los Ríos y Los Lagos, la atención de salud intercultural se aborda desde la red de facilitadores interculturales en los territorios y establecimientos de la red, principalmente en los CESFAM, y actualmente se está trabajando en la necesidad de incluir esta variable en proyecto de Hospitales Interculturales.

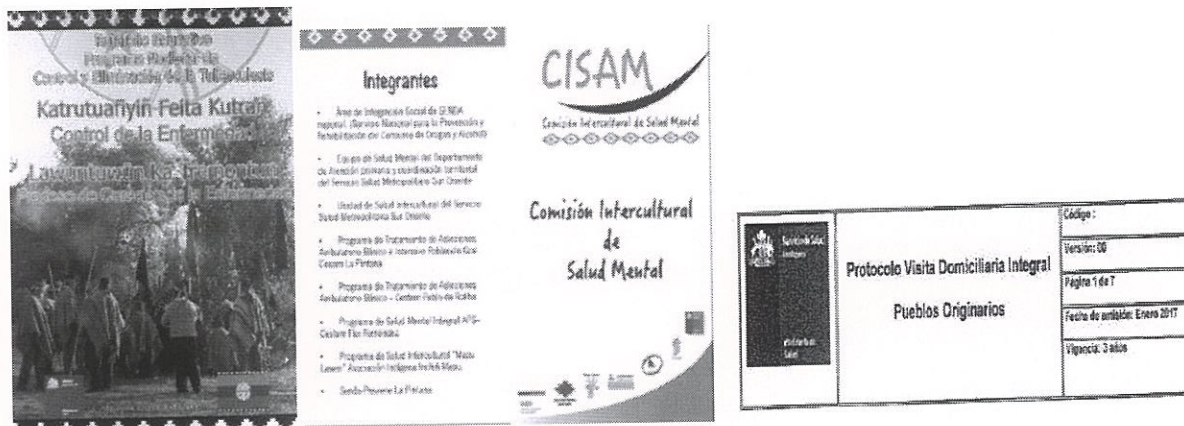
Incorporación del enfoque intercultural en los programas de la red asistencial para brindar atención de salud con pertinencia cultural

Línea de Acción	Actividad / Temática	Grupo objetivo	Resultados
Interculturalidad	Jornada de Buenas Prácticas.	Jefes de Departamentos, Directivos de Establecimientos, Encargado Some. OIRS,	Guías y Orientaciones Técnicas para el abordaje de los temas relacionado a pueblos indígenas
Transversalización del enfoque intercultural	Jornada de Salud Mental y Pueblos Indígenas	Referentes de Programas de Salud Mental Equipo de Salud Mental Referentes de Pueblos Indígenas	Participación de 80 funcionarios (APS) ligado a la temática de salud mental.
Intercambios de saberes y complementariedad	Actividades de promoción de medicina de pueblos indígenas en conjunto con equipos de salud	Médicos, Enfermeras, matronas y kinesiólogos. Lawentuchefe, Ngütamchefe, Machi, Püñeñleche, Yatiriri y Usuyiri.	35 Pasantías orientadas al intercambio de saberes indígenas y de complementariedad en salud.

Para dar cuenta de la incorporación del enfoque intercultural y que ambos sistemas médicos logran niveles de interacción y complementariedad, se han establecidos mecanismo de evaluación mediante la implementación de protocolos de atención de salud intercultural; sistema de referencia y contra referencia implementada en el CESFAM y Hospitales, atención de salud realizadas por especialistas/sanadores de pueblos indígenas en Registro Estadístico Mensual (REM), derivación a través de sus sistema de información y registro de actividades, registro de atención diaria en papel que se utiliza principalmente en las rondas médicas y de atención complementaria a nivel de establecimientos.

Dentro del componente de interculturalidad se ha desarrollado actividades de capacitación y sensibilización a los equipos directivos y equipos de salud, esto con la finalidad de lograr mejoría en la atención de salud que se brinda en los establecimientos de la red. Anualmente se presentan proyectos al Programa Anual de Capacitación de cada Servicio, los que son ejecutados por relatores invitados desde la Academia, Ministerio, expertos de los propios pueblos indígenas, quienes exponen sobre cosmovisión, salud indígena, interculturalidad y migración, el tema de migración tiene especial relevancia en zona fronteriza donde la movilidad de pueblos indígenas es mayoritaria, ejemplo el pueblo Aymara.

Por último, destacar el programa de capacitación para los médicos que están en ciclo de destinación y formación (EDF), que ingresan a nuestra red asistencial año a año. Los Servicios han determinado que dicha capacitación privilegie el encuentro con los pueblos a través de sus sanadores y la comunidad, esto con el propósito de lograr mejor comprensión de la realidad sociocultural donde están emplazados los dispositivos de salud.



Línea de Acción: Registro Variable Pertenencia a Pueblos Originarios

Es importante señalar que las recomendaciones de los estudios anteriormente referidos exigen la adecuación del sistema de información y registro de salud, dado que debe recoger la variable de pertenencia a pueblo indígena, y actualmente los pueblos originarios han colaborado activamente en la incorporación de dicha variable en los registro de población (REM P) y avance en los registros de acciones de salud intercultural (REM A04 – acciones de salud intercultural realizados por agente de medicina indígenas, 2012 en adelante. ANEXO N°2).

Sistema de Registros Variable Pueblos Originarios.

1. Población en control según estado nutricional para niños menor de un mes-59 meses, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2017 (Datos preliminares)

Total SNSS		Pueblos Originarios	
Indicador nutricional y parámetros de medición		Hombres	Mujeres
Total de niños en control		16.603	16.307
INDICADOR PESO/EDAD	+ 2 D.S. ($\geq +2.0$)	1.053	959
	+ 1 D.S. (+1.0 a +1.9)	2.377	2.514
	Total	3.430	3.473
	- 1 D.S. (-1.0 a -1.9)	541	428
	- 2 D.S. (≤ -2.0)	67	65
	Total	608	493

2. Población en control, según método de regulación de fertilidad, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2017 (Datos preliminares)

Total SNSS		Población bajo control	
Métodos		Total	Pueblos Originarios
D.I.U T de Cobre		258.356	11.270
D.I.U Medicado		943	28
Hormonal	Oral Combinado	371.053	11.399
	Oral Progestágeno	107.494	4.092
	Inyectable Combinado	219.861	8.264
	Inyectable Progestágeno	164.367	7.718
Preservativo	Implante	191.191	7.515
	Mujeres	45.417	1.522
	Hombres	8.679	247
Total		1.366.418	52.027

3. “VDI realizadas a familias por Facilitador (a) Intercultural” 2017

Apoyo trabajo comunitario	Total de Acciones
Facilitador Intercultural	11.691

Fuente REM: A-26

4. Atención de medicina indígenas realizados por agentes de medicina indígenas

Atención de medicina indígena 2017		
Pueblos No Originarios	Pueblos Originarios	Total
13.144	12.652	25.796

Fuente REM: A04- Sección G.

Línea de Acción Coordinación Ministerial

Coordinación	Temática/actividad	Resultados
Conformación Grupo de Trabajo entre Pueblos Indígenas DEIS- DIPLAS y DIPOL-DIVAP	Actualización Norma N° 820 sobre Estándares de Información en Salud; Conjunto Mínimo Básico de Datos. 2 Jornada por Macro Zona "Elaboración de Orientación Técnica con la participación de los equipos locales.	a) Revisión y actualización pregunta por pertenencia a pueblos indígenas, Capítulo III, "Estándares de datos de la persona". b) Formulación de Orientación Técnica para la formulación de la pregunta sobre pertenencia a pueblos indígenas y mejorar la captura del dato.
Programa Salud Sexual y Salud Reproductiva Programa de la Mujer – DIPRECE- DIGERA, DIVAP y Pueblos Indígenas DIPOL y DIVAP	Taller Salud Sexual y Salud Reproductiva y Pueblos Indígenas	Dos Talleres Macrozonales con experiencias significativas en Salud Sexual y Salud Reproductivas.
Propuesta de Borrador de Reglamento Art 7, Ley Derechos y Deberes	Jornada de Cierre Proceso de Participación y Consulta a pueblos indígenas	Un documento borrador de Propuesta de Reglamento Art 7.
Jornada de Salud Mental y Pueblos Indígenas	Problematización del rol dupla psicosocial en contexto de pueblos indígenas	Formulación de protocolo de derivación con enfoque intercultural. Orientación y acompañamiento de facilitador intercultural

Cobertura por servicios de salud y comunas donde se desarrolla el Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) desde 2006 a 2018. El aumento de comunas del año 2017 y 2018 se debe al ingreso de los Servicios de Coquimbo, Maule y Ñuble.

Número de servicios de salud y comunas de Chile con PESPI entre el 2006 a 2018.

AÑO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N° SERVICIOS	22	24	25	25	25	25	26	26	26	26	26	29	29
N° COMUNAS	138	148	168	168	170	172	174	176	176	176	176	179	181