



## **Plan para Pueblos Indígenas**

### **Proyecto de Apoyo al Sector Salud**

**MINSAL- Banco Mundial**

**Santiago, Marzo de 2017**

#### **Objetivo de Desarrollo del Proyecto**

El objetivo del proyecto es mejorar: (i) la eficiencia del sector para la atención de la salud pública y (ii) mejorar la calidad de los servicios de atención a la salud relacionados con enfermedades no transmisibles.

#### **Descripción del Proyecto**

**Componentes del Proyecto:**

**Componente 1. Mejorar la eficiencia de las redes para la provisión de servicios de salud con focalización en una mejor integración de los servicios de atención a la salud.** Ganancias en mayor eficiencia pueden derivarse de mejoras en la gestión clínica, de la calidad y efectividad de los servicios de atención a la salud a pacientes con enfermedades no transmisibles y especialmente pacientes frágiles y complejos. Este componente tiene dos subcomponentes.

**Subcomponente 1.A. Mejorar la integración de los servicios de atención a la salud pública para pacientes con enfermedades no transmisibles y condiciones crónicas.** Este subcomponente incluirá actividades para: (a) desarrollar e implementar la estrategia para una estratificación de riesgos a la salud en pacientes con enfermedades no transmisibles para identificar usuarios frecuentes en hospitales y otros niveles de atención a la salud pública; y (b) desarrollar unidades para la gestión de casos y entrenar al personal en atención a la salud para gestionar mejor la atención a los pacientes frágiles crónicos identificados a través del análisis de la estratificación de riesgos. A nivel de la atención al cuidado de la salud, el subcomponente apoyará las siguientes actividades: (c.i.) usar el análisis de la estratificación de riesgos para asegurar la continuidad de la atención y el cumplimiento del tratamiento, previniendo el avance de la enfermedad en pacientes con enfermedades no transmisibles; (c.ii.) introducir innovaciones en tecnologías de la información y medidas de educación para una gestión proactiva e la salud de la población para mejorar la autogestión de los pacientes con enfermedades no transmisibles en las etapas iniciales de su condición; y (c.iii.) promover los chequeos para la detección temprana del cáncer, con focalización especial en cánceres altamente prevalentes en mujeres (cervical, senos y colon); (d) expandir el uso de nuevos procesos e instrumentos para mejorar la integración de los servicios para enfermedades no transmisibles mediante una mejor coordinación de la atención a lo largo de diferentes niveles incluyendo: (d.i.) actividades de divulgación de tercer nivel; (d.ii.) el fortalecimiento de los mecanismos de derivación y contra-derivación; (d.iii.) el uso de telemedicina para la consulta con especialistas virtuales; (d.iv.) el uso de tecnologías de la información y comunicación para monitorear y hacer seguimiento a la atención ambulatoria para pacientes crónicos; (d.v.) actividades de capacitación para el staff médico en la atención primaria y secundaria; y (d.vi.) construir capacidad para usar información para mejoras clínicas mediante el análisis comparativo (benchmarking).

**Subcomponente 1.B. Mejorar la capacidad gerencial a nivel de hospitales.** Este subcomponente apoyará la introducción de herramientas gerenciales que buscan resolver los problemas actuales en la gerencia de la atención hospitalaria a nivel de las redes de hospitales. Las actividades a ser incluidas son: (a) posterior expansión de la implementación de sistemas de Grupos Relacionados al Diagnóstico en los hospitales y (b) el desarrollo de lineamientos y actividades de capacitación que buscan: (b.i.) reducir la duración de la estadía en atención aguda y reducir las listas de espera para procedimientos seleccionados; (b.ii.) prevenir el sobre tratamiento en hospitales y reducir la atención de bajo valor e inapropiada; (b.iii.) expandir el uso de cirugía en el mismo día; (b.iv.) reducir las tasas de hospitalizaciones y readmisiones evitables; (b.v.) reintroducir mecanismos de gobernanza clínica para auditar las prescripciones de alto costo; y (b.vi.) asegurar el estricto monitoreo financiero de los hospitales públicos.

**Componente 2. Optimizar las adquisiciones y logística de medicinas e insumos médicos en el sector público.** Este componente apoyará los resultados que surjan de la ejecución mejorada de la Estrategia Nacional de Salud, principalmente del Objetivo Estratégico No. 7, para el fortalecimiento del Sector Salud, (específicamente su financiamiento). Apoyará las ganancias de eficiencia a través de la implementación de actividades que persiguen la adopción de compras de medicinas mejor estructuradas y más centralizadas para los servicios de salud del sector público. Las actividades serían: (a) apoyar a la agencia de compras farmacéuticas (Central Nacional de Abastecimiento – CENABAST) en la implementación de mecanismos de

adquisiciones más avanzados, entre otros, tales como el desarrollo y la implementación de acuerdos marco multi-anales y otros métodos que podrían incrementar la efectividad de las compras centralizadas; (b) la introducción de una nomenclatura estandarizada para medicinas; (c) el desarrollo e implementación de un sistema de información para la gestión de inventarios en tiempo real en hospitales e instalaciones de atención primaria a la salud; (d) la implementación de auditorías regulares sobre procesos logísticos para la provisión de medicinas a los proveedores de atención a la salud; and (e) el refuerzo de los controles de calidad para los insumos médicos.

**Componente 3. Asistencia Técnica, Coordinación y Monitoreo.** Este componente proveerá actividades de asistencia técnica para generar información faltante, desarrollar herramientas de gestión y proporcionar capacitación a los gerentes y al personal de salud que son claves para apoyar la implementación de los Componentes 1 y 2. Este componente financiará servicios de consultoría y no consultoría, costos Operacionales y capacitación. Para el Componente 1 del proyecto, las actividades de asistencia técnica incluirán, entre otras: (a) una revisión de las estrategias de atención primaria a la salud para satisfacer mejor las necesidades de los pacientes con condiciones crónicas y factores de fragilidad asociados; (b) un taller de capacitación sobre el desempeño y eficiencia del sector de atención a la salud primaria; (c) estudios de gobernanza y financiamiento de la atención a la salud primaria incluyendo una revisión de los PRAPS; (d) estudios relacionados al Plan Nacional del Cáncer; (e) un estudio de adaptación y validación del instrumento de encuesta para Medidas de Resultados basadas en Reportes de Pacientes; (f) un análisis costo-efectividad para intervenciones a pacientes frágiles y complejos en el contexto de Chile; (g) una evaluación de los efectos de las unidades proactivas de gestión en la atención para pacientes frágiles y complejos; (h) una adaptación del currículo y el diseño de capacitación para la gestión y capacitación clínica en servicios regionales de salud, hospitales y atención primaria a la salud; (i) una evaluación de las principales intervenciones apoyadas por el proyecto; (j) actividades analíticas relacionadas a la introducción de DRGs para análisis y pagos de servicios hospitalarios ambulatorios; y (k) estudios sobre mecanismos de pago usando DRGs. Para el Componente 2 del proyecto, las actividades de asistencia técnica incluirían, entre otras: (l) una revisión de los procesos de provisión de medicinas e insumos médicos; (m) un estudio sobre la variación en los precios para medicinas similares compradas a través de CENABAST o directamente por hospitales y municipalidades; (n) un estudio sobre cómo mejorar el uso de marcos multi-anales para compra de medicinas y dispositivos médicos; y (o) una revisión de la alineación entre los lineamientos de la práctica clínica y los formularios farmacéuticos.

### **Antecedentes y situación de los Pueblos Indígenas en Chile.**

En Chile, la ley indígena nº 19.253 (1993) reconoce a los pueblos indígenas *Alacalufe (Kawashkar), Atacameño, Aymara, Colla, Diaguita, Mapuche, Quechua, Rapa Nui, Yámana (yagán)*<sup>1</sup>. En cuanto a su población, en los últimos 10 años se experimenta una sostenida auto identificación de la población indígena en el país, desde un 6,6% del total (692.192 habitantes) en 2002, a un 9,1 % del total (1.565.915 habitantes) de la población declara pertenecer a un pueblo indígena en 2013, siendo el pueblo mapuche el mayoritario con un 84,4 % del total seguido por los pueblos Aymara (7%) y Diaguita (3,2%) en el norte del país (Ministerio Desarrollo Social, 2013). Del total de la población indígena del país, un 74% de la población corresponde a población urbana y un 26% rural, reforzando la tendencia regional (Banco Mundial, 2015).

Según distribución geográfica, la mayor cantidad de población indígena se concentra en las regiones Metropolitana de Santiago (29,9%), Araucanía (19,8%) y Los Lagos (13,4%) siendo la presencia más significativa según región en La Araucanía (32% del total) en el sur y Arica Parinacota en el norte (31,5% del total), seguidos por la regiones de Aysen (26,5%), Los Lagos (25,8) y Los Ríos (22%) (Ministerio de Desarrollo Social, op.cit)

Respecto del nivel socioeconómico, las últimas cuatro versiones de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) demuestran un descenso sostenido en la pobreza en la población indígena, aunque las brechas entre indígena y no indígena persistan. Por ejemplo, para 2006 la incidencia de la pobreza era un 60% más elevada entre la población indígena (44%) que entre la no indígena (28%); y, en 2013, fue un 70% mayor, siendo una incidencia de un 23,4% para la población indígena y un 13,5% para la población no indígena. Respecto de la pobreza multidimensional (Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, y Vivienda), mientras que un 31% de la población indígena se encuentra en dicha situación de pobreza, ésta alcanza a 19,3% en los no indígenas.

Respecto de la dimensión educacional, si bien Chile tiene tasas de analfabetismo de las más bajas de la región (4,2% / 2002), las brechas se evidencian según composición étnica. Mientras para la población indígena encontramos un 5,0% de analfabetismo, esta proporción se reduce a un 3,6% para la población no indígena. La cobertura de los servicios de salud para la población indígena es en su mayoría pública por medio del Fondo Nacional de Salud (FONASA) donde se inscriben la mayoría de la población (87,3 por ciento), concentrándose en los grupos A y B (65,6%), quienes corresponden a personas sin ingresos corrientes e ingreso mínimo respectivamente.

Según la encuesta CASEN correspondiente año 2013, el porcentaje de hogares con presencia de niñas, niños y adolescentes (0 a 17 años) es de un 57,2% para hogares con presencia indígena, mientras que no indígenas la presencia de NNyA es de 48,5% para el mismo año, situación que se invierte para presencia de adultos mayores sobre 60 años, siendo un 39,2% para hogares no indígenas y un 34,1% de hogares indígenas mantienen presencia de adulto mayor, es decir, que la población indígena posee una estructura poblacional más joven y menos envejecida que la no indígena<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> La ley reconoce a los pueblos indígenas como “etnias” definiéndolas como “descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura” (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

<sup>2</sup> Responde a una pirámide poblacional del tipo progresiva.

### **Legislación nacional en materia de salud y pueblos indígenas.**

En Chile, se promulga el año 1993 la Ley nº 19.253 sobre “Protección, fomento y desarrollo de los indígenas y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena” que reconoce la existencia de los nueve principales “etnias” indígenas antes señaladas y establece en su artículo 1° que “Es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines y proteger las tierras indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación”. Sobre la participación social indígena señala en particular en su artículo N° 34 que “los servicios de la administración del Estado y las organizaciones de carácter territorial, cuando traten materias que tengan injerencia o relación con cuestiones indígenas, deberán escuchar y considerar la opinión de las organizaciones indígenas que reconoce esta ley” (MIDEPLAN, *op. cit.*).

En términos generales en Chile entró en vigencia desde el año 2009 por ley el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes donde entre otros se establece el derecho a consulta de los pueblos indígenas cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente (art. 6) y en particular en su artículo 25 establece en el campo de la salud:

1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país<sup>3</sup>.

Asimismo Chile posee legislación y normativa específica en el campo de la salud que establece derechos de los pueblos indígenas a participación y pertinencia cultural en la provisión de servicios de atención, prevención y promoción de salud en particular para dicha población y que son aplicables a la programación nacional y local en salud:

**1. La Ley 20.584 (2012), que Regula los Derechos y los Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud,** 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”*.

---

<sup>3</sup> Convenio 169 OIT.

2. La **“Ley de Autoridad Sanitaria Nº 19.937” (2004)**, en su art. 4, establece que “El Ministerio de Salud tendrá, entre otras, las siguientes funciones: Nº 16 *“Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena”*”.

3. El **“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”*.

4. 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”*.

### **Situación de salud de los pueblos indígenas en Chile.**

A pesar que a partir de 2007 el MINSAL instruye la incorporación de una pregunta de autoidentificación étnica en los registros de egresos hospitalarios este dispositivo aún no se implementa efectivamente en los registros regulares, lo cual redundaría en ausencia de información sistemática disponible para la planeación en los niveles nacional, regional y local. Ante esto, el Ministerio de Salud se ha planteado como desafío incluir en los registros regulares de ingreso y diagnósticos de situación de salud la desagregación de datos según género, grupo etario y pertenencia a pueblo indígena.

No obstante, desde el año 2003 el Ministerio de Salud ha implementado una serie de investigaciones epidemiológicas en las regiones de Tarapacá, Arica Parinacota, Antofagasta, Los Ríos, Bio Bio, Araucanía, Los Lagos y Magallanes (MINSAL, 2006, 2007, 2009 a, b y c, 2010; MINSAL, 2011 y 2012; MINSAL, 2012 a y b, 2013) las que han arrojado diversas inequidades en los niveles locales y de servicios donde el Ministerio de Salud reconoce no haber impactado aún en programaciones de acciones de prevención y atención de salud para reducir las brechas a pesar de la existencia de normativas vigentes (Minsal, 2015)<sup>4</sup>. Estos estudios encargados por el MINSAL han identificado brechas regionales en los niveles de Servicios de Salud en indicadores clave como mortalidad infantil, donde por ejemplo el riesgo de morir antes de cumplir un año en niños mapuche cuadruplica el de los no mapuche en la Provincia de Chiloé y lo septuplica en el área de cobertura del Servicio de Salud del Reloncaví (2013). En el caso de las niñas, niños mapuche residentes en el área de cobertura del Servicio de Salud Bío Bío tenían un 140% más de riesgo de morir antes de cumplir un año que los no mapuche durante el trienio 2002-2003; y, en el trienio 2004-2006, los niños mapuche tenían un riesgo 310% mayor, respecto a los no mapuche (2011), en tanto en la Región de La Araucanía, especialmente en las comunas de la zona costera se constata que los niños indígenas tienen un 250% más riesgo de morir antes de cumplir un año que los niños no mapuche (RR 3.5) (Minsal, op.cit:12).

Un estudio comparado sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile (Minsal, 2016a) en base a la serie de investigaciones epidemiológicas antes señaladas que abarca muestras en 11 Servicios de Salud identifica indicadores seleccionados tales como mortalidad general por grupos de edad donde identifica que las niñas y niños indígenas menores de 5 años tienen 2,6 veces más riesgo de morir que los niños no

---

<sup>4</sup> Norma Administrativa 16 que establece las directrices para la acción de los Servicios de Salud en su relación con los pueblos indígenas. Ley 20584 art 7 que establece el derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural y a la asistencia religiosa de dicha cultura.

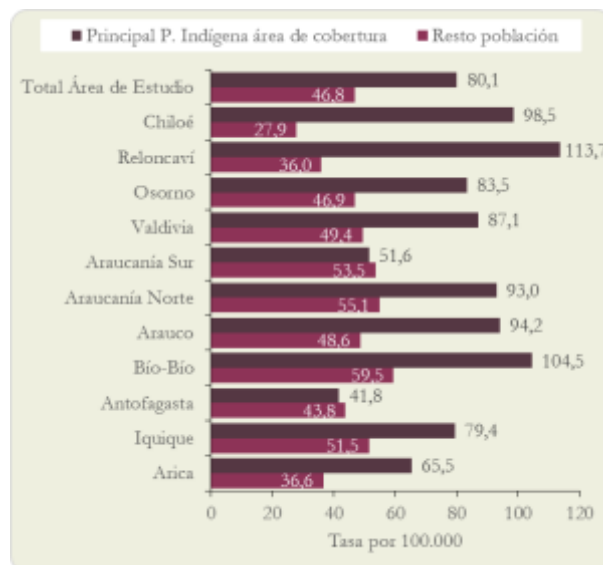
indígena<sup>5</sup>; riesgo que aumenta a 3,6 entre los 5-9 años; y que alcanza los niveles más críticos entre los 20-24, estrato de edad en que los indígenas tienen un riesgo 3,4 veces más elevado (*ibíd*).

La situación global de Chile en la denominada transición epidemiológica involucra también a los indígenas en el aumento de mortalidad por causas del Sistema Circulatorio, así como por Cáncer en segundo lugar, y las muertes por causas externas donde la población indígena obtiene mayores índices, al menos en los 11 servicios bajo estudio<sup>6</sup>. “En el área estudiada -tal como ocurre con la mortalidad general- son los hombres pertenecientes a pueblos indígenas los que presentan el mayor riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares (ECV), alcanzando una tasa de 247,8 por 100.000. Aunque muy por debajo de esta cifra, las mujeres indígenas exhiben la segunda tasa más alta (177,2 por 100.000); se sitúa, luego, la tasa en hombres no indígenas (172,4 por 100.000); y, por último las mujeres no indígenas con la tasa más baja (119,4 por 100.000). En términos de riesgo relativo, esto implica que los hombres indígenas tienen un 40% más riesgo de morir por esta causa que sus congéneres no indígenas; brecha que se amplía entre las mujeres” (*ibídem*).

En términos específicos, dentro de la mortalidad por ECV, para los no indígenas la mayor cantidad de muertes por esta causa se debe a Isquemias Cardíacas (34,7%), para los indígenas 4 de cada 10 muertes por ECV se debe en particular a Enfermedades Cerebrovasculares, encontrándose las tasas más altas en la población bajo influencia de los Servicios de Salud del Reloncaví y Bío Bío en el sur del país (ver gráfico N° 1). Las enfermedades hipertensivas, en tanto causan el 11,8% de estas defunciones en no indígenas; y, el 13,0% en indígenas.

**Gráfico N° 1**

**Servicios de Salud Focalizados. Tasas ajustada de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares en población indígena y no indígena (Trienio 2004-2006).**



Fuente: MINSAL, 2016.

De acuerdo a las cifras aportadas por el gráfico N°1, las y los indígenas residentes en el área de cobertura del Servicio de Salud Chiloé tienen un riesgo 250% más elevado de morir por causas asociadas a ECV que los

<sup>5</sup> Este tipo de mortalidad menor a 5 años hace alusión a factores ambientales.

<sup>6</sup> Servicios de Salud Arica, Iquique, Antofagasta, Bío Bío, Arauco, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Reloncaví, Chiloé.

no indígenas, siendo entre estos últimos donde se verificó la menor tasa en el área estudiada; una brecha similar se verificó en el SS Reloncaví (RR: 3,2).

Respecto de la mortalidad por cáncer, durante el trienio 2004-2006, se verificó una sobre mortalidad por cáncer entre los pueblos indígenas, quienes registraron un riesgo de morir 50% más elevado que el resto de la población<sup>7</sup>. Para las causas externas, el mismo estudio identificó una tasa de 148,7 por 100.000 para la población indígena y de 50,8 por 100.000 para población no indígena; es decir, que el riesgo de morir por estas causas entre los indígenas triplica el de los no originarios (ibíd.). Respecto de las tasas de suicidio se ha identificado para trienio 2004-2006 el riesgo de suicidio entre los pueblos indígenas es 2,4 veces mayor que en población no indígena (RR 2,4).

En términos de morbilidad es importante señalar la persistencia de enfermedades infecciosas transmisibles como las tuberculosis (TBC) que en términos relativos afecta mayoritariamente a población indígena, siendo la tasa promedio de incidencia de TBC para la población indígena fue 37,3 casos por 100.000 habitantes y de 12,9 por 100.000 en población no indígena; es decir que el riesgo entre los pueblos originarios triplica el del resto de la población en el país (ibíd.).

De cara a los estudios realizados, el Ministerio de Salud afirma que existen antecedentes certeros sobre la prevalencia de enfermedades fuertemente asociadas a determinantes sociales de la salud que afectan especialmente a indígenas tales como la “tuberculosis, alcoholismo, las enfermedades parasitarias e infecciosas, además de los problemas asociados al trabajo por las deficientes condiciones en que desarrollan su actividad laboral y problemas de salud mental, expresado en altas tasas de suicidio” (Minsal, 2016b).

#### **Acceso y uso de los servicios de salud por parte de los pueblos indígenas**

Según el Minsal, existen mayores desigualdades en acceso a la atención en territorios donde residen los pueblos originarios, dando cuenta que los logros desarrollados en salud no alcanzan en igual medida a toda la población, y que permanecen segmentos con importantes rezagos, que corresponden a comunidades indígenas (ibíd.). Las comunidades y territorios indígenas que han sido estudiadas presentan un perfil epidemiológico complejo asociado a una posición de marginalidad en la estructura social sumado a patrones de riesgo/protección diferenciales de acuerdo al modo de vida. La información disponible muestra mayores desigualdades en situación de salud y acceso a la atención en territorios donde residen los pueblos originarios, el desafío será elaborar estrategias regionales que focalicen las acciones en las comunas con indicadores de mayor vulnerabilidad (Minsal, 2015:14).

De acuerdo al Minsal, el común denominador de las poblaciones indígenas estudiadas a la fecha es la sobre mortalidad, en todos los grupos de edad, asociada a un patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, en que persisten simultáneamente altos niveles de infecciones comunes con enfermedades degenerativas- crónicas y lesiones (ibíd.).

En el caso de las Enfermedades crónicas y degenerativas no transmisibles el efecto sobre las poblaciones indígenas es similar al resto de la población no indígena en tanto fenómeno epidémico en alza; son la principal causa de muerte y las cardiovasculares junto con los tumores malignos dan cuenta de más de la mitad de las muertes con 27,1% y 25,8% (2011). De hecho en Chile, el 84% de los años de vida saludables perdidos (AVISA) corresponde a las enfermedades crónicas, es decir, se pierden más años de vida por discapacidad que por muerte prematura. En particular la hipertensión arterial (HTA) ha ido en aumento los

---

<sup>7</sup> Tasas ajustadas por edad de 193,4 por 100.000 y 132,6 por 100.000 respectivamente. Minsal, 2016.



últimos 20 años así como las tasas de mortalidad por enfermedad hipertensiva del corazón; mientras que la diabetes mellitus del tipo 2 (DMII) ha aumentado desde una tasa de 16,8 a 19,7 por 100.000 habs. (17%) siendo mayor en hombres en todas las edades. En general en Chile, sobre el 78% de la población que tienen diabetes conoce su condición, sin embargo, sólo un 34,3% se mantiene en control según la Encuesta Nacional de Salud (2009-2010), lo cual es preocupante en tanto determinante de otras ECNT como la enfermedad renal crónica. En el caso de la hipertensión arterial, el 65% de la población que padece esta enfermedad conoce su condición y sólo un 16,5% se mantiene en control (ENS, 2009-2010).

### **Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y Pueblos Indígenas en Chile.**

En el caso de los pueblos indígenas, si bien no se cuentan con registros regulares, distintos estudios en población indígena señalan que dentro de las ECNT las patologías de HTA o DMII tienen una prevalencia significativa en población indígena asociada a cambios o mantención de patrones culturales y estilos de vida propios y en transición en tanto determinante de la salud (Oliva & Narváez, 2009).

Esto se acentúa en ciertos pueblos como los mapuche pehuenche, que con respecto a la HTA los datos arrojan un 20,4% de prevalencia en hombres y 18,8% en mujeres. En esta población, estudios oficiales demuestran problemas de adherencia a los tratamientos antihipertensivo, a pesar de las altas tasas de dicha enfermedad (ibid), lo mismo ocurre para el caso de DMII. Por otra parte, estudios en población mapuche urbana de Santiago identificó una prevalencia de obesidad (en tanto factor de riesgo para HTA y DMII) en el grupo Mapuche de Santiago de 55,2% en mujeres y 30,9% en hombres para población localizada en comunas de bajo ingreso socioeconómico (Berríos, et al, 1990).

Asimismo, se han encontrado casos en población mapuche de baja prevalencia de diabetes (2,14% en hombres y 1,41% en mujeres), lo que podría deberse a estilos de vida asociados a un bajo porcentaje de sedentarismo y a la presencia de prácticas culturales relacionados con la alimentación ancestral que aún mantienen, situación que podría cambiar dados los procesos de occidentalización que sufren las poblaciones rurales en la actualidad (Navarrete & Cartes-Velásquez, 2012).

Respecto de la población indígena urbana se espera que las ECNT se acrecienten toda vez que se asocian a sedentarismo, especialmente en el caso de grandes ciudades. Un estudio realizado con habitantes adultos aymara y mapuche residentes en ciudades identificó una alta prevalencia de obesidad, HTA, intolerancia a la glucosa y DMII, observando en el caso de la obesidad similares promedios en ambas etnias (45% de obesidad en Aymara y 48,2% en Mapuche), lo mismo en el caso de la intolerancia a la glucosa (4,3% en Aymaras y 4,8% en Mapuches). No obstante en el caso de la HTA, ésta fue significativamente mayor<sup>8</sup> entre los individuos Mapuches (27,9%) que en Aymaras (8,1%). Respecto de la DMII mientras que en el grupo Aymara, la prevalencia total fue de 6,9% y en el grupo Mapuche se estimó una prevalencia del 8,2% (Carrasco et al, 2004). Tomando en cuenta que la diabetes está fuertemente asociada con la obesidad y esta última condicionada por patrones de consumo y estilos de vida urbana, la tendencia es que la DMII afectará cada vez a grupos más jóvenes, afectando a las personas durante su período de vida económicamente activo, similar fenómeno ocurre con la DMII como factor de riesgo para enfermedad cardíaca, la cual es causa de más de un tercio de todas las muertes observadas en diabéticos mayores de 40 años (idem). Esta situación se agrava toda vez que la tendencia de la población indígena es el asentamiento urbano y el hecho que en Chile un 74% de la población indígena se asienta en contexto urbano.

De igual forma, en el caso Aymara, se ha observado una mayor prevalencia de obesidad en población urbana con cifras de 35,7% en hombres y 48,3% en mujeres (Pérez, et al, 1999), mientras que la prevalencia

---

<sup>8</sup> p <0,03.

para similar muestra en aymaras altiplánicos determinó 27,0% en hombres y 39,7% en mujeres (Carrasco, op.cit.).

Dicha dificultad tiene su correlato en la actualidad en una alta prevalencia de personas indígenas ingresadas al Programa de Salud Cardiovascular del Ministerio de Salud (PSCV) implementado en el primer nivel de atención a partir de antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica documentada, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y personas que fuman de 55 años y más. En los servicios de salud asentados en territorios indígenas o interétnicos reportan aumento de incidencia de DMII e HTA, así como una baja adherencia a los tratamientos y controles irregulares, lo cual redundo en un bajo porcentaje de compensación de personas indígenas bajo control, lo cual no difiere del bajo grado de compensación para la población en general, cuyo porcentaje es de sólo un 54,76% para 2011, muy por debajo de la meta nacional de 65% (Valenzuela, 2013, en Minsal 2016).

La situación es preocupante dada la información de estudios que señalan casos en aumento de ECNT y la inexistencia de pertinencia cultural en el abordaje de estas patologías en el desarrollo del Programa de Salud Cardiovascular que redundo no sólo en aumento sostenido de casos ingresados al Programa sino también en un bajo rendimiento del sistema por problemas de baja adherencia y descompensación a pesar de tratarse de población “bajo control”. Por otro lado, el enfoque de riesgo consensuado por el PSCV, al reducir su tratamiento a estilos de vida saludable y tratamiento farmacológico alopático (Minsal, 2014) no permiten una mejor comprensión del fenómeno y un abordaje pertinente en relación a las determinantes socioculturales de la ECNT en pueblos indígenas, además de la no consideración de procesos protectores, itinerarios terapéuticos, experiencias del padecimiento, diferentes sistemas de salud utilizados, prácticas preventivas, entre otros.

Estudios cualitativos en enfermos crónicos, particularmente diagnosticados con HTA y DMII en México (Ruiz *et al* 2006; Mercado *et al* 1999) enfatizan en las experiencias particulares y únicas de estos padecimientos que no han sido abordadas por el PSCV, estas particularidades aluden no sólo al ámbito orgánico, sino también a las dimensiones laborales, sociales, emocionales y culturales durante la experiencia de padecimiento. En particular en el caso de los pueblos indígenas en Chile el PSCV en sus orientaciones técnicas y en sus intervenciones no establece diferenciación respecto de su población objetivo, contexto sociocultural, usos, costumbres, alimentación o estrategias que apunten a intervenciones costo efectivas atendiendo a las determinantes socioculturales y procesos protectores y agresores del contexto que inciden en la actualidad en el desempeño de los abordajes farmacológico y de estilos de vida del Programa.

De la misma forma se requiere avanzar en un abordaje pertinente que profundice e incluya las trayectorias de los padecimientos en tanto proceso en el cual los sujetos enfermos buscan, seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias, medidas y programas para la atención de su padecimiento. Este proceso cambiante en el cual se incluyen las formas y modalidades en cómo los individuos organizan y responden a su enfermedad, teniendo en cuenta los modelos de atención existentes en su medio así como los recursos materiales y simbólicos disponibles (Mercado, 1999: 183) ha sido sistemáticamente obviado en los planes existentes y que son menester de abordar en los niveles programáticos nacional y locales.

### **Programa de Salud para la Población Indígena.**

El Ministerio de Salud implementa el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) desde el año 2000, definiendo tres principios que posteriormente se ven reflejados en la Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006) y en la legislación vigente sobre la materia:

- Enfoque de equidad,
- Participación social indígena,
- Enfoque intercultural en salud.

El Programa se desarrolla desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (DIVAP), se coordina con referentes de los Servicios de Salud, en 26 de los 29 Servicios de Salud a lo largo de Chile. Por su parte, la Subsecretaría de Salud Pública a través del Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad de la División de Políticas Públicas Saludables DIPOL, desarrolla funciones regulatorias y trabaja con las regiones a través de las SEREMI.

Ambas Subsecretarías tienen el propósito de contribuir a la disminución de brechas de inequidad en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de políticas, normas y orientaciones en salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.

Tres grandes ejes estratégicos son los que permiten el desarrollo e implementación de la Política y del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas a nivel nacional; la equidad, la interculturalidad y la participación. La participación a nivel regional y local es la estrategia para la incorporación de los pueblos indígenas a la elaboración, implementación y evaluación de estas políticas, y es solo así, que es posible realizar cambios en salud de acuerdo a las características que los propios pueblos indígenas señalan. Es por esta razón que las políticas e iniciativas en esta materia se construyen en forma participativa y recogen las propuestas a nivel regional y local (Minsal, 2016b).

### **Objetivo General del PESPI**

Contribuir a la disminución de brechas de inequidad, en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.

### **Objetivos específicos**

1. Generar acciones que permitan contribuir a mejorar la calidad, accesibilidad y resolutivez en la atención de salud a través de estrategias de facilitadores, asesores, sensibilización y capacitación con enfoque intercultural.
2. Incorporar la transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud mediante la ejecución de estrategias orientadas a mejorar la pertinencia cultural de las actividades de salud.
3. Apoyar procesos orientados al reconocimiento, salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas.
4. Desarrollar el Programa con la participación activa de los pueblos indígenas en la formulación y evaluación de los planes de salud intercultural en la red de Servicios, a través de Mesas regionales, provinciales y locales.

Los componentes para la programación son: equidad, enfoque intercultural en salud y participación social indígena.

Una de las expresiones permanentes del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas son los Facilitadores Interculturales en establecimientos de la red asistencial en tanto personal de salud indígena que relaciona comunidad y equipos de salud, incluyendo la promoción de intercambio entre sistemas médicos por parte de los usuarios del sistema de salud. En la actualidad existen 105 facilitadores y

facilitadoras interculturales distribuidos en 77 establecimientos de salud, con dependencia tanto de los Servicios de Salud como de la Salud Municipal trabajando en 17 de 29 Servicios de Salud en Chile.

En la actualidad, la Estrategia Nacional de Salud (ENS) que define objetivos sanitarios para la década 2011-2020 expresa en su objetivo N°5 sobre “equidad y salud en todas las políticas” su propósito de contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas que se operacionaliza a través de orientaciones técnicas con el propósito de proporcionar lineamientos a los equipos responsables del tema en las SEREMI y en los Servicios de Salud, en la priorización de líneas de acción para la elaboración de Planes Anuales con población indígena.

### **Principales avances y desafíos**

- 1.- Instalación e institucionalización de un Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas en el Ministerio desde el año 1996 en 13 de 15 regiones y 26 Servicios de Salud.
- 2.- Transversalización de la política de salud y pueblos indígenas en el Ministerio de Salud.
- 3.- Elaboración de una Política de Salud y Pueblos Indígenas con participación de los pueblos indígenas.
- 4.- Mecanismos de participación indígena para la implementación de la Política de salud y pueblos indígenas y Norma N° 16.
- 5.- Enfoque de derechos para avanzar en las demandas indígenas sectoriales y en la satisfacción de las necesidades de salud de los pueblos indígenas.
- 6.- Proceso de adecuación y modificaciones normativas sectoriales que incorporan la interculturalidad en los programas de salud, en el modelo de atención y la complementariedad con los sistemas de salud indígena, con participación indígena.
- 7.- Recursos humanos especializados para implementar a nivel ministerial la política de interculturalidad en salud:
  - a) la Política de Salud y Pueblos indígenas a nivel nacional y regional en las áreas de mayor concentración de pueblos indígenas,
  - b) las tareas específicas del Programa de Salud y Pueblos Indígenas en las Redes Asistenciales del Ministerio de salud.
  - c) Creación de un nuevo rol profesional que enlaza ambas culturas y en el marco de los procesos de atención de la salud (facilitador intercultural)
  - d) Proceso de capacitación en salud intercultural a profesionales de la salud en los distintos niveles del sistema.
  - e) Atención de especialistas de medicina indígena en centros de salud o en lugares habilitados por organizaciones indígenas.
8. Experiencias de administración de servicios de salud por parte de asociaciones indígenas bajo su propia responsabilidad con medios económicos otorgados por el Estado.
9. Transversalización de programas de salud con pertinencia cultural. En Programas como Salud Mental, de la Mujer, Chile Crece Contigo entre otros, han sido focalizados y trabajados, mostrando cambios importantes.
10. Relación de sistemas de salud estatal con sistemas de salud indígena en experiencias.
11. Propuesta de Ley que reconoce y salvaguarda los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas, que están trabajando líderes y asociaciones indígenas (Minsal, 2012).
12. Proceso de participación y consulta de la propuesta reglamentaria del artículo 7 de la Ley Derechos y Deberes N° 20.584 (2012) con participación local de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), junto con las organizaciones de pueblos indígenas de acuerdo a los servicios de salud involucrados.

### **Consulta indígena en salud.**

En octubre del año 2015, el Ministerio de Salud dio inicio oficial al proceso de participación y consulta a los pueblos indígenas sobre la propuesta de Reglamento que establece el derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir atención de salud con pertinencia cultural. Dicho reglamento regula lo establecido en el artículo 7 de la ley 20.584, conocida como la Ley de deberes y derechos que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Esta consulta es la primera de carácter nacional del sector y se ha desarrollado en las 15 regiones del país, incluyendo Isla de Pascua, convocando a los 9 pueblos indígenas reconocidos por la Ley 19.253—Aymara, Quechua, Atacameño o Licanantay, Diaguita, Mapuche, Rapa Nui, Kawésqar, Yagán y Kolla, y el pueblo Chango. De acuerdo con los registros del Ministerio de Salud en la consulta han participado 9.018 representantes de pueblos indígenas y 1.308 organizaciones representativas.

El proceso de consulta se encuentra en curso y el compromiso que el Ministerio de Salud ha contraído con los representantes de los pueblos indígenas es finalizar la consulta y enviar la versión nacional final del Reglamento a la Contraloría General de la República el 31 de marzo de 2017.

El proceso de consulta desarrollado regionalmente ha generado una serie de aportes y propuestas por parte de los pueblos indígenas que señalan la necesidad de adecuaciones técnicas y organizacionales en el sistema de salud que consideren la pertinencia sociocultural en la forma en cómo se implementan y ejecutan los programas de salud. Para que estas propuestas se hagan operativas en las redes asistenciales, los pueblos indígenas señalan el mejoramiento de los sistemas de registro diferenciados por pueblos indígenas, estrategias de formación y entrenamiento a los equipos en competencias interculturales, formalización de las instancias de participación indígena en salud, el reconocimiento e institucionalización de la complementariedad entre sistemas médicos. En ese sentido, la necesidad de aumentar la pertinencia cultural en la atención del PSCV que este proyecto promueve es coherente con el conjunto de propuestas levantadas por los pueblos indígenas durante el proceso de consulta.

#### **Programación del Ministerio de Salud en asuntos con pueblos indígenas.**

Desde el año 2000, en el país se desarrollan iniciativas que han tendido a la atención de la salud en territorios indígenas con la participación de organizaciones funcionales de pueblos indígenas. En estos se han implementado progresivamente modelos de atención a la salud que tienden a la pertinencia cultural de la atención, a la vez que incluyen un sostenido componente de revitalización cultural. Estos últimos incluyen la incorporación de terapéutica indígena en centros de salud, de manera no uniforme. Iniciativas subsidiadas por el Ministerio, por medio de transferencias regulares vía prestación de servicios a organizaciones indígenas<sup>9</sup>.

De acuerdo a dichos avances y apoyos a los mismos por parte del Minsal, la tarea identificada para el trienio 2015-2017 es avanzar en la implementación de modelos de atención y de gestión en los establecimientos de salud en la red asistencial de acuerdo a normativa que regula lo establecido en el artículo 7 de la Ley 20.584 en todo el país. Es decir, se planea *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*

---

<sup>9</sup> La transferencia de recursos a dichas instituciones se realiza mayoritariamente por vía prestación de servicios delegado a privados por medio del instrumento legal DFL 36 del año 1980.

*y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura*<sup>10</sup>.

La prevalencia de ECNT en población indígena se encuentra en aumento, al igual que en el resto de la población chilena. Hay evidencia sobre el aumento de casos de HTA y DMII asociada a obesidad en zonas con presencia indígena lo cual aumenta en contextos urbanos. La misma evidencia señala problemas en la adherencia a tratamientos farmacológicos y escaso abordaje preventivo en los estilos de vida saludables determinados por una alta movilidad de personas indígenas campo – ciudad. También evidencia las restricciones de abordaje de campo de las determinantes sociales, económicas, ambientales y culturales que inciden en la patología diferenciada en pueblos indígenas, así como el desconocimiento de la experiencia del padecimiento con diferenciación cultural.

El Ministerio de Salud visualiza una oportunidad para implementar de manera progresiva un abordaje pertinente de las ECNT, con especial atención en HTA y DM II, a través de orientaciones y estrategias al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), basadas en evidencia actualizada de nivel cualitativo y cuantitativo.

La ausencia de pertinencia cultural en el desarrollo del PSCV en contexto de aumento de las ECNT en población indígena se identifica como un efecto negativo de base que será abordada por el Plan, mientras que los efectos negativos que el Plan pudiese generar serán identificados ex ante en los procesos de validación metodológica en niveles locales junto a actores significativos (equipos de establecimientos de salud, servicios de salud y comunidad) con la finalidad de minimizarlos.

Al planearse acciones que tiendan a la organización de servicios en el nivel comunitario y garantizar la pertinencia cultural que mejore la calidad de atención y experiencia del usuario indígena con ECNT, en tanto obligación estatal, se cumple con lo estipulado en el Convenio 169 de la OIT en materia de salud (art. 25), así como con la legislación nacional señalada en el apartado anterior, en especial con el artículo 7 de la ley 20.584, que Regula los Derechos y los Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Este último establece, en particular, 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”*.

---

<sup>10</sup> Ley 20.584 art. 7 (2012).

## **Plan para Pueblos Indígenas (PPI) en el Proyecto de Apoyo al Sector Salud en Chile**

El Ministerio de Salud en Chile ha suscrito un convenio con el Banco Mundial para un apoyo técnico financiero con los siguientes objetivos:

- (i) Mejorar la eficiencia del sector de salud público; y
- (ii) Mejorar la calidad de los servicios de salud vinculados con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Asimismo, el Proyecto estará enfocado a las siguientes cuatro dimensiones:

- a) Mejorar la eficiencia y la productividad del sector farmacéutico y hospitalario con enfoque costo-efectividad.
- b) Mejorar la calidad de la atención y la experiencia de pacientes multifrecuentadores, específicamente de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles); particularmente HTA y enfermedades cardiovasculares, DM y cáncer prevalentes, con foco especial en cáncer en la mujer.
- c) mejorar el rendimiento del sistema APS con enfoque en un mejor manejo de pacientes con ECNT.
- d) Mejorar la gobernanza, transparencia y la gestión del desempeño en el sector público.

A partir de estas dimensiones de la cooperación, y en consonancia con los procedimientos establecidos en la Política Operativa 4.10 del Banco Mundial, relativa a las salvaguardas a los derechos de los pueblos indígenas, el presente Plan para Pueblos Indígenas (PPI) se enfoca en la mejora de la calidad y experiencia de usuarios indígenas del nivel primario y secundario de salud diagnosticados con ECNT, así como mejorar el rendimiento institucional en el abordaje de ECNT en usuarios pertenecientes a pueblos originarios.

### **Objetivos del PPI**

#### **Objetivo General**

Aumentar la pertinencia sociocultural en la atención del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) destinadas a personas indígenas para mejorar el manejo y adherencia al tratamiento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, por medio del levantamiento de evidencia desagregada, estrategias de formación a equipos de salud y del desarrollo de acciones preventivas, de atención y promoción pertinentes en la dimensiones familiar y comunitaria.

#### **Objetivos específicos**

1. Generar evidencia pertinente y oportuna en los niveles locales y territoriales para orientar acciones de prevención y atención pertinentes y oportunas para la prevención y el manejo de ECNT en usuarios indígenas del nivel de APS y secundario centrando el foco en el usuario y su contexto sociocultural, los equipos y sistema de salud, así como los determinantes sociales y el ambiente.
2. Implementar estrategias de formación en contenidos y acciones pertinentes a equipos de salud en el nivel de APS y nivel secundario que implementan el PSCV, en contextos urbanos y rurales, que mejoren la calidad y efectividad de las acciones de prevención y atención de ECNT en población indígena en los niveles locales y regionales.
3. Desarrollar y sistematizar buenas prácticas o experiencias piloto de servicio de salud, cuyo modelo de atención y gestión en salud aborde de manera pertinente y participativa las ECNT en población indígena, en base a la evidencia disponible.

4. Instalar Planes que permitan desarrollar la interculturalidad de manera permanente en el PSVC, medibles en el corto y mediano plazo.

## **Elementos constitutivos del PPI (Componentes)**

### **1. Componente Investigación: Cuantitativa y cualitativa**

Se espera realizar con las SEREMI y Servicios de Salud investigaciones cualitativas destinadas a desarrollar orientaciones y estrategias pertinentes para equipos de salud del PSCV del nivel primario y secundario, así como para el refuerzo o implementación de mejores prácticas locales. Estas investigaciones tendrán foco en población indígena adscrita al PSCV y/o establecimientos de salud en los niveles locales que permitan una adecuado abordaje investigativo sobre las prácticas sanitarias<sup>11</sup>.

Se espera el desarrollo de investigaciones adscritas a las 15 SEREMI de salud en coordinación con los 29 Servicios de Salud bajo programa con foco en las dimensiones de usuarios, equipos y servicios, ambiente y contexto sociocultural que aborde al menos los siguientes focos de observación:

- a) Usuarios: Conocimientos, prácticas, itinerarios terapéuticos y del padecimiento, autoatención, representaciones, narrativas de padecer, representaciones del cuerpo, valoración de la atención, entre otras.
- b) Equipos y servicios: Organización de servicios, cultura organizacional, complementariedad, representaciones de enfermos indígenas, percepciones, acceso, eficacia del tratamiento, desarrollo y evaluaciones del programa cardiovascular, percepción de los equipos sobre abordaje pertinente, entre otros.
- c) Ambiente: Determinantes del contexto ambiental (pasivos ambientales), social, económico, comunicación, economía local, territorio, entre otros.
- d) Cultural: Costumbres asociadas, representaciones, prácticas, uso cultural de servicios, sistemas de salud, entre otros.
- e) Apoyo a investigaciones epidemiológicas (cuantitativas/positivistas) en coordinación con Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y Departamento de Epidemiología del MINSAL, con desagregación étnica que analice la situación de salud de pueblos indígenas, incluyendo la identificación de prevalencia y brechas en ECNT en contextos interculturales y de presencia indígena en distintos SEREMI y Servicios de Salud.

### **2. Componente Capacitación**

Con la finalidad de mejorar la calidad de atención de salud y experiencia del usuario indígena bajo PSCV, que redunde mejor adherencia al tratamiento y pronóstico de la enfermedad cardiovascular, se realizarán capacitaciones a equipos de SEREMI y Servicios de Salud vinculados al PSVC y Programa de Salud y Pueblos indígenas (TENS, médico, enfermera, nutricionistas, trabajadores sociales). Los contenidos de las capacitaciones se basarán en la última evidencia disponible sobre prevención de ECNT en contextos indígenas e interculturales y la evidencia local arrojada por las investigaciones. Los contenidos serán definidos localmente y de acuerdo a los hallazgos del componente 1 y abordarán al menos las dimensiones de:

- a) Formas de prevención y prácticas protectoras desde la epidemiología sociocultural.

---

<sup>11</sup> Para más información ver Ramirez, S (2011) "Ética y calidad en investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad". En Acta Bioethica 2011; 17 (1): 61-71. Santiago: Universidad de Chile.



- b) Comprensión sociocultural de las ECNT y formas plurales de abordaje.
- c) Estrategias de abordaje participativas y situadas en contexto cultural.
- d) Programación local del PSCV con enfoque cultural y epidemiológico local.

### **3. Componente Mejores Prácticas**

En orden de gradualidad de ejecución, se espera contar la identificación de centros de salud en el nivel de APS y secundario que desarrollen un abordaje de ECNT con personas pertenecientes a pueblos indígenas de manera pertinente con la finalidad de apoyar, fortalecer y sistematizar los mecanismos de atención y gestión. De no existir, se apoyarán centros de salud o servicios que implementen estrategias, programaciones, prácticas y capacitaciones de acuerdo al desarrollo del proyecto y las orientaciones resultantes.

### **4. Componente Planes Anuales de Continuidad**

Con el objeto de asegurar la permanencia y continuidad de las intervenciones se deberá prever la adecuada planificación de las intervenciones, en la planificación anual que realizan las SEREMI y los Servicios de Salud en los diferentes territorios con el debido acompañamiento técnico profesional dispuestos desde la institucionalidad regional y que estará en concordancia con las capacitaciones previstas.

## **Resultados esperados por componente**

La implementación de los componentes del Plan se registrará por el principio de gradualidad y constará de dos fases. Una primera fase a cargo del Comité Ejecutivo conformado por referentes técnicos del Programa de Salud Cardiovascular y del Programa de Salud y Pueblos Indígenas de ambas Subsecretarías del Ministerio de Salud destinada a ajuste del Plan y una segunda fase de implementación en SEREMI y Servicios de Salud.

### **1. Componente Investigación**

- 1.1. Diseño de investigación participativo.
- 1.2. Desarrollo investigación en colaboración con pueblos indígenas en Servicio de Salud bajo programa.
- 1.3. Borrador de orientaciones y estrategias de abordaje pertinente al PSCV (primera fase) y a la programación local del Servicio de Salud bajo programa (segunda fase).

Los productos esperados para este componente incluyen:

- 1. Orientaciones Técnicas para manejo pertinente de usuarios indígenas del PSCV de acuerdo al contexto sociocultural, económico y ambiental correspondiente.
- 2. Contenidos de capacitación en servicio para abordaje pertinente de usuarios indígenas del PSCV.
- 3. Orientaciones para la elaboración de estrategias y materiales de prevención y promoción de la salud para personas indígenas, enfocado a la prevención de ECNT.
- 4. Guía de contenidos de prácticas protectoras de la salud y barreras culturales identificadas en contexto indígena para la prevención y tratamiento de ECNT.
- 5. Otros resultados identificados de acuerdo a contexto sociocultural, económico y ambiental de los servicios.
- 6. Edición y publicación de las investigaciones

### **2. Componente Capacitación**

- 2.1. Diseño de plan de capacitación.
- 2.2. Diseño de materiales y orientaciones locales.
- 2.3. Ejecución de capacitación a efectores locales definidos por Servicios de Salud en PPI.
- 2.4. Reporte de propuestas de equipos locales para abordaje pertinente de ECNT en población indígena.

### **3. Componente Mejores Prácticas**

3.1. Identificación concertada (equipos, pueblos indígenas) de experiencia de abordaje pertinente de ECNT en población indígena o centro de salud para experiencia piloto de acuerdo a recomendaciones y orientaciones del proyecto.

3.2. Sistematización participativa de experiencia de abordaje pertinente de ECNT en población indígena.

3.3. Apoyo técnico para implementación de experiencia piloto para abordaje pertinente de DMII e HTA en población indígena con participación de equipos de salud locales, usuarios indígenas y nivel de gestión de salud local.

### **4. Componente de Planes Anuales de Continuidad.**

4.1. Conformación de Comité Ejecutivo Local para prestar asesoría en la fase de programación de la atención primaria.

4.2. Diseño y/o propuestas de intervención a los equipos locales, de acuerdo a las realidades territoriales.

4.3. Monitoreo y retroalimentación de ejecución del plan, por parte de equipos locales.

4.4. Evaluación semestral del programa de acuerdo a la construcción de indicadores.

### **Arreglos institucionales para la implementación del plan.**

La implementación de los componentes del Plan se regirá por el principio de gradualidad y tendrá una primera ejecución de 18 meses a cargo del Comité Ejecutivo conformado por referentes técnicos del Programa de Salud Cardiovascular y del Programa de Salud y Pueblos Indígenas de ambas Subsecretarías del Ministerio de Salud. Para el desarrollo de cada componente se deberá intencionar la coordinación y articulación con departamentos y programas ministeriales (Departamentos de Promoción de la Salud, Nutrición y Alimentos, Capacitación, Estadísticas e Información de Salud, Programa Vida Sana, entre otros) y con el Intersector (Ministerio de Medio Ambiente, Ministerio de Educación y otros) en concordancia con materias o temas que abordará el plan local.

El plan se focalizaría inicialmente en las regiones (SEREMI y Servicios de Salud) Antofagasta, Los Ríos y Los Lagos. Luego se instalará en las regiones a medida que incorporen en su planificación anual la pertinencia sociocultural al PSCV de acuerdo a sus análisis de situación y realidad local. La planificación anual en el ámbito de PSCV con pertinencia sociocultural deberá involucrar los siguientes ejes de:

- i) Investigación sanitaria.
- ii) Mejora de acceso.
- iii) Calidad de atención y experiencia del usuario.
- iv) Mejora de manejo y resultados en el nivel de APS y nivel secundario en relación a adherencia a tratamiento.

La planificación anual en el ámbito de PSCV con pertinencia sociocultural deberá ser diseñada coordinadamente entre SEREMI y Servicios de Salud. De igual forma la planificación deberá ser diseñada de acuerdo a un proceso participativo con los pueblos indígenas, basado en la política operacional del Banco Mundial (OP 4.10).

Los Servicios de Salud serán ejecutores de sus respectivos Planes, por medio de la conformación de equipos de trabajo locales y apoyos técnicos específicos.

La ejecución de los componentes se desarrollará de la siguiente manera:

Componente 1: Estará a cargo de la SEREMI en articulación con los Servicios de Salud.

Componente 2: Se desarrollará de acuerdo a ámbito de competencia.

Componente 3: Estará a cargo de los Servicios de Salud.

Componente 4: Estará a cargo del Comité Ejecutivo quien hará la supervisión de los Planes Anuales de Continuidad.

Los cuatro (4) componentes contarán con un equipo de apoyo técnico matricial según evaluación de requerimiento para apoyar y garantizar la adecuada implementación de los planes respecto de los objetivos del proyecto.

La ejecución del proyecto será detallada en el Plan de Operaciones respectivo elaborado una vez aprobado el proyecto. El financiamiento será provisto por las fuentes regulares de ejecución presupuestal de cada área de ejecución de los componentes definidos.

La supervisión de los planes estará a cargo del Comité Ejecutivo conformado por referentes técnicos del Programa de Salud Cardiovascular y del Programa de Salud y Pueblos Indígenas de ambas Subsecretarías del Ministerio de Salud.

#### **Consultas y diseño participativo del PPI**

El diseño de este PPI se enmarcó en los resultados del proceso de participación y consulta a los pueblos indígenas, sobre la pertinencia cultural en la atención de salud de la red de salud pública que el MINSAL viene desarrollando desde el año 2015 y está próximo a cerrar.

Los componentes de este PPI se desarrollaron, entonces, a partir de las propuestas y requerimientos que han surgido de este amplio proceso de consulta, referidos a la adecuación y pertinencia que debe tener la prestación de servicios de salud en contextos indígenas. Por esta vía, se buscó adaptar los requerimientos de consulta de la PO 4.10 del Banco Mundial al proceso más amplio y sistemático de consulta, diálogo y participación que viene desarrollando el MINSAL.

Adicionalmente, sin embargo, el diseño de PPI ha pasado por un proceso de socialización interna y construcción participativa, por medio de una serie de reuniones con autoridades y referentes técnicos ministeriales del PSCV y Salud y Pueblos Indígenas de ambas Subsecretarías.

Asimismo, el perfil del PPI fue socializado con las regiones de Antofagasta, Los Ríos y Los Lagos, con quienes se realizaron talleres de trabajo, vía Video Conferencia, en enero del 2017. La selección de estas regiones responde a los criterios de:

- Concentración de población indígena,
- Existencia de Mesa de Participación Indígena en los Servicios,
- Población indígena asociada a mayor incidencia de problemas de salud cardiovascular en el último trienio (información disponible).

Previo a realización de los talleres, se compartió el perfil de proyecto con los equipos técnicos de ambas materias y con los facilitadores interculturales. Durante los talleres, el equipo MINSAL presentó una síntesis de los contenidos centrales del perfil, y se recibieron, por parte del nivel local, consultas y observaciones que luego fueron sistematizadas y remitidas al nivel central en minutas.

En líneas generales, los aportes recibidos por los grupos de trabajo regional se centraron en cuatro puntos: (1) se generarán oportunidades para el abordaje local de enfermedades desatendidas, en su especificidad indígena; (2) se sumaron categorías de análisis para el componente de investigación; (3) se enfatizó la necesidad de que el desarrollo de los proyectos asegure la sostenibilidad local de acciones; y (4) se vincularon las acciones descritas en el PPI con los SEREMI de Salud (autoridad sanitaria a nivel regional). Estas y todas las observaciones menores relativas al proyecto han sido incorporadas y el MINSAL conserva minutas de los comentarios recibidos en los talleres de validación y por escrito.

Todo esto permitió ajustar el Plan Nacional y seguir adelante con el diseño y tramitación del proyecto de acuerdo al punto 7 de las OP.4.10 (Banco Mundial, 2005).

#### **Mecanismos de divulgación de las acciones identificadas dentro del PPI**

Las acciones del presente PPI serán de pública circulación en sus fases de planeación, desarrollo y evaluación por medio de las plataformas del Banco Mundial, así como los Planes Anuales serán publicadas en los respectivos sitios web institucionales. Asimismo, en las distintas fases del proyecto se desarrollarán procesos de construcción participativa donde la divulgación de información es requisito previo de dicha obligación de los Estados y el BM.

Los resultados del componente de investigación serán divulgados por parte de las SEREMI y Servicios de Salud involucrados mediante mecanismos pertinentes a las realidades socioculturales locales y en al menos dos formatos (escrito y oral).

## **Bibliografía**

Banco Mundial (BM) (2015) “Latinoamérica indígena en el siglo XXI”. Washington DC: World Bank.

Berríos X, Jadue L, Zenteno J, Ross MI, Rodríguez H (1990) “Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas. Estudio en población general de la Región Metropolitana, 1986-1987”. *Revista Médica de Chile*. Rev Méd Chile. Vol. 118, 1990.

Carrasco E et al (2004) “Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano”. *Revista Médica de Chile*. Vol.132, N° 10, 2004.

Mercado – Martínez F. et al. (1999) “La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.15, N° 1, 1999.

Ministerio de Desarrollo Social (2015) “Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional - CASEN, 2013”. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.

Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) (1993) “Ley 19.253 Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los pueblos indígenas y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena”. Santiago: MIDEPLAN.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2016c) “Fundamentos del Plan Sectorial 2015-2017, ejes prioritarios”. MINSAL, borrador de trabajo.

Ministerio de Salud (2004) “Ley 19. 937. Modifica el D.L N° 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Santiago: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2005) “Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los establecimientos en que éstas se realizan”. Santiago: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2012) “Ley 20.584. Regula los Derechos y los Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud”. Santiago: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud (2012) “Minuta de avance en salud y pueblos indígenas. MINSAL, Borrador de trabajo.

Ministerio de Salud (2015) “Orientaciones técnicas de los planes regionales de salud y pueblos indígenas de SEREMI de salud trienio 2015-2017”. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, División Políticas Saludables y Promoción, Oficina de Salud y Pueblos Indígenas.

Ministerio de Salud (2015a) “Orientaciones Técnicas 2015-2017” MINSAL.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2006) Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Arica. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* N° 1. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2007) Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Iquique. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* Nº 3. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2009a) Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* Nº 4. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2009b) Perfil epidemiológico básico. Pueblos kawésqar, yámana y mapuche-williche. Región de Magallanes. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* Nº 5. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2009c) Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* Nº 6. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2010) Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco. Serie *Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* Nº 7. Octubre 2010. Ed. MINSAL / CELADE-CEPAL.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2012a) Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Malleco. *Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* Nº 8. Ed. MINSAL. Santiago de Chile

Ministerio de Salud (MINSAL) (2012b) Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en la Provincia de Osorno. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* Nº 9. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2013) Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en las áreas de cobertura de los Servicio de Salud de Chiloé y de Reloncaví. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* Nº 10. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2014) Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Enfermedades No Transmisibles. “Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares, Consenso 2014”. Santiago: MINSAL. Disponible en <http://tinyurl.com/gtt3lmf> . Última Consulta 09/12/16.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2016a). Estudio Comparado de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas en Chile. Documento no editado.

Ministerio de Salud Chile (MINSAL) (2010) “Objetivos estratégicos en Salud” [Documento de trabajo] Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud Chile (MINSAL) (2016a) “Estudio comparado de la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile”. [Documento de trabajo]. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud Chile (MINSAL) (2016b) “Informe de Salud Intercultural en respuesta a ordinario INDH” [Documento de trabajo]. Santiago: MINSAL.

Navarrete B., C; Cartes-Velásquez, R (2012) "Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en comunidades Pehuenches, Alto Biobio". Revista Chilena de Nutrición Vol. 39, N°3, 2012.

Oliva P & Buhring K (2011) "Problemas de adherencia a dietoterapia en pacientes hipertensos pehuenches". Revista Chilena de Nutrición. Vol. 38, N°3, 2011.

Oliva P & Narváez C (2009) "Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche". Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 13, N°2, 2009.

Ramirez, S (2011) "Ética y calidad en investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad". En Acta Bioethica 2011; 17 (1): 61-71. Santiago: Universidad de Chile.

Ruiz A; Mercado F; Perea M (2006) "La atención a la enfermedad crónica en los servicios públicos de salud. La perspectiva de los profesionales y los legos". Investigación en Salud, vol. VIII, núm. 1, abril, 2006, pp. 23-30.

Servicio de Salud Bio Bio (SSBB) (2011) Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Bío-Bío. Mayo de 2011. Ed. SS Bío-Bío.

Valenzuela, N (2013) "Situación cardiovascular: Análisis Comparativo Servicios de Salud" [Presentación]. Servicio de Salud Osorno, Sub Departamento de Atención Sanitaria y Articulación en red. MINSAL, Osorno. Disponible en <http://tinyurl.com/zglh28l> Ultima Consulta 07/12/16.