

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS (PESPI)

PROGRAMA REFORMULADO - VERSIÓN: 3
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD

CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES

PROPÓSITO

Disminuir la prevalencia en enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas que contribuyen a establecer un patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, en la población perteneciente a los pueblos indígenas de Chile, adscrita a FONASA.

JUSTIFICACIÓN DE LA REFORMULACIÓN

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

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

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES			
Componente	Gasto estimado 2021 (Miles de \$ (2020))	Producción estimada 2021 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2021 (Miles de \$ (2020))
Participación Social Indígena y Salud	280.959	985 (Número de mesas territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural)	285,24
Acción de orientación y acompañamiento realizada por Facilitador Intercultural en establecimiento de salud.	799.509	33.708 (Porcentaje de establecimientos que cuentan con facilitadores interculturales)	23,72
Prestación de Salud Indígena	2.123.317	50.817 (Prestaciones asistenciales y sociosanitarias)	41,78
Programa de Reparación Indígena en Derechos Humanos	391.377	874 (Prestaciones asistenciales o sociosanitarias)	447,80
Gasto Administrativo	169.250		
Total	3.764.412		
Porcentaje gasto administrativo	4,50%		
Porcentaje gasto respecto a presupuesto inicial 2020	100,00%		

POBLACIÓN Y GASTO POR BENEFICIARIO				
Concepto	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	1.355.896 Personas	1.888.524	1.916.852	1.945.605

Concepto	2021 (Meta)	Población a la que se orienta
Población potencial	2.185.732 Personas	Población que se declara perteneciente a uno de los pueblos indígenas de la Ley 19.253 y de acuerdo al Censo 2017.
Gasto por Personas (Miles de \$ (2020))	2,78	

Concepto	2021	Comentarios
Cobertura (Objetivo/Potencial)*	86,40%	El programa estima para el año 2021 una cobertura suficiente.

* Cobertura menor al 10% = Baja; Cobertura entre el 10 y 100% = Suficiente; Cobertura sobre el 100% = Sobre cobertura.

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2021 (Estimado)
Porcentaje de pacientes diabéticos compensados (personas de 15 a 79 años con HbA1c < 7%, personas de 80 y más años con HbA1c < 8%) pertenecientes a los pueblos indígenas bajo control.	(N° pacientes diabéticos pertenecientes a los pueblos indígenas, bajo control en el nivel primario con HbA1c < 7% (para personas de 15 a 79 años) y HbA1c < 8% (personas de 80 y más años) / Total de pacientes diabéticos pertenecientes a los pueblos indígenas bajo control) *100.	Eficiencia	38,00%
Porcentaje de pacientes hipertensos compensados (personas de 15 a 79 años con PA)	(N° pacientes hipertensos pertenecientes a los pueblos indígenas, bajo control en el nivel primario con P.A.	Eficacia	70,00%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2021 (Estimado)
Porcentaje de Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural realizadas, respecto de las actividades programadas.	(N° de Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural realizadas / Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesas de salud intercultural programadas)	Eficacia	91,00%
Porcentaje de establecimientos que cuentan con facilitadores interculturales	(Número de establecimientos que cuentan con facilitadores interculturales / Número total de establecimientos) *100	Eficacia	20,00%
Porcentaje de atenciones realizadas por especialistas de medicina indígenas	(Número de prestaciones de salud indígena realizada por especialista de medicina indígena en el año t / Número de atenciones programadas de especialistas de medicina indígena a población indígena para el año t) * 100	Eficiencia	75,00%
Promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad, en beneficiarios Pri Lonco.	(Sumatoria de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad de beneficiarios Pri Lonco / N° total de beneficiarios Pri Lonco en lista de espera).	Eficacia	

II. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN GENERAL

El programa no cumple en términos de atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación con la población que se ve afectada por dicho problema), coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención), ni en consistencia (relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores, del sistema de información y los gastos planificados). Se requiere que la institución proponente profundice en la especificación de ciertos elementos que se indican en adelante.

Atingencia: Se evidencia una limitada pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación con la población que se ve afectada. Se debe trabajar en la formulación del problema. No se presentan antecedentes suficientes que permitan avalar la pertinencia del diseño, falta incorporar mayor evidencia nacional y/o internacional.

Coherencia: Se observa una limitada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta. No se establece con claridad cuál es el objetivo de política pública a que se espera contribuya la intervención. El propósito del programa no permite conocer cuál es el resultado que se espera alcanzar. Debe revisarse la caracterización de la población potencial y objetivo.

Consistencia: Se observa una limitada relación entre el diseño del programa y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores, el sistema de información propuesto y los gastos planificados. No se presentan o no se justifican adecuadamente los gastos administrativos del programa. Se sugiere reformulación a los indicadores del programa.

EVALUACIÓN POR ÁMBITO

Antecedentes del Programa: Es necesario que ingrese el registro del ítem y asignación del programa.

Diagnóstico de la Necesidad del Programa: Es necesario trabajar en la formulación del problema, en tanto debe ser expresado como una situación negativa que debe ser revertida (por ejemplo: "Alta prevalencia de enfermedades crónicas?"), y no como una meta a alcanzar o una situación deseada ("Disminuir la prevalencia en enfermedades crónicas?"). Del mismo modo, la población mencionada es inconsistente con lo declarado en la población potencial.

En el análisis del problema se debe definir qué se entiende por "prevalencia de enfermedades crónicas" (¿cuáles?), "prevalencia de enfermedades infecciosas" (¿cuáles?), "patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada", elementos relevantes mencionados tanto en el problema como en el propósito del programa. El análisis no presenta datos para dar cuenta de la prevalencia de dichas enfermedades en la población descrita, ni tampoco aborda nada relacionado al patrón epidemiológico.

Si bien se da cuenta de tres causas principales, no queda claro cómo se relacionan con el problema de intervención, ni cómo se relacionan con los componentes que el programa propone como beneficios de su estrategia de intervención. Dado que aún es necesario trabajar en la formulación y análisis del problema, esta sección deberá ser reformulada a partir de los cambios que se efectúen en las demás secciones. Por último, es necesario incorporar fuentes de información con los nombres y las fechas pertinentes.

No se identifican los efectos negativos que se espera evitar producto de la implementación del programa, los elementos actualmente planteados no dan cuenta de efectos. Sólo se menciona que "se busca disminuir la brecha de equidad en la situación de salud?", sin embargo, no es posible distinguir cómo se relaciona con el problema ("disminuir la prevalencia de enfermedades?"). Además, es importante incorporar datos y evidencia empírica nacional o internacional. Dado que aún es necesario trabajar en la formulación del problema, esta sección deberá ser ajustada a partir de los cambios que se efectúen.

Cabe señalar que, si bien se señalan costos fiscales asociados a algunos efectos, dichos efectos no han sido identificados en la sección anterior. En este sentido, es relevante tener en cuenta la coherencia del programa. Además, tampoco distingue temporalidad en los costos (corto y largo plazo).

Si bien se señalan algunos aspectos positivos y negativos que ha logrado la intervención, cabe señalar que no se proveen resultados, ni se utilizan indicadores de desempeño y/o evaluaciones para dar cuenta de ello, y tampoco se mencionan fuentes de información, ni fecha de los datos entregados.

Se mencionan cambios y mejoras a implementar, no obstante, es necesario describir las modificaciones con más detalle, justificando su implementación en el nuevo diseño y contrastándolo con el diseño anterior del programa. Esto es necesario para todos los cambios señalados. Por último, si bien se presentan dos experiencias (una nacional y otra internacional), cabe señalar que ambas deben indicar más claramente la estrategia de intervención, cuáles han sido los resultados de dichas iniciativas y cómo se vinculan con el nuevo diseño del programa (reformulación).

Objetivo del Programa y Población: Se sugiere reformular el fin, pues el actualmente propuesto no corresponde a un nivel jerárquico superior al propósito del programa.

Una vez que mejore la formulación del problema, será posible evaluar más claramente si el propósito permite abordar la situación negativa que originó el programa. De todas formas, cabe señalar que la población identificada en el propósito es distinta a la población potencial.

La caracterización de la población potencial y los criterios de focalización identificados son pertinentes, pero insuficientes en función del problema identificado en el diagnóstico. Al respecto, cabe señalar que en el diagnóstico se menciona que la situación afecta a población indígena en Chile, y a la vez que se trata de población adscrita a FONASA, sin embargo, esto último no se encuentra señalado en la población potencial, sino que en la población objetivo. De todas formas, será posible evaluar tanto a la población potencial como a la población objetivo, una vez se realicen los ajustes al problema, diagnóstico y propósito.

Estrategia del Programa: Es necesario que los componentes del programa describan explícitamente los siguientes elementos que no están

presentes o se encuentran descritos de manera insuficiente en la formulación actual:

Componente 1 "Participación Social Indígena y Salud": En el objetivo se señala que "se propicia la incorporación de representantes de pueblos originarios en los consejos establecidos", sin embargo, es preciso estipular a qué consejos se refiere, quiénes lo integran, y qué labor realizan. En este mismo sentido, es preciso que se describa más detalladamente el bien o servicio provisto, en tanto sólo señala "instancias de participación indígena establecida en la red de servicios", sin describir más específicamente en qué consisten dichas instancias. Además, es preciso señalar a qué población se entrega el bien o servicio provisto. Por otra parte, en la modalidad de producción se hace referencia a elementos que no son descritos completamente, y que no han sido mencionado en la descripción del componente, tales como: "acciones de promoción de salud", "colaboración en detección de necesidades de capacitación?", "difusión de derechos de salud indígenas", "normas sectoriales?", debe señalar explícitamente todas las instancias en que participan los pueblos indígenas y de qué manera se genera dicha participación. Por último, se debe reformular la unidad de producción, en tanto está apuntando a tres elementos distintos que - además - no han sido mencionados en la descripción del componente.

Componente 2 "Acción de orientación y acompañamiento realizada por Facilitador Intercultural en establecimiento de salud": se debe precisar la unidad de producción, pues esta debe indicar qué unidad se utilizará para medir al componente (por ejemplo: n° de facilitadores interculturales asignados), y no el tipo de medida (porcentaje/tasa).

Componente 3 "Prestación de Salud Indígena": es necesario identificar el objetivo al que se orienta el componente, pues no es posible distinguirlo en lo señalado en el punto 1). Además, debe revisar la unidad de producción, en tanto se considera "prestaciones asistenciales y sociosanitarias" y en la descripción del componente sólo se mencionan las "prestaciones sanitarias".

Componente 4 "Programa de Reparación Indígena en Derechos Humanos": en la unidad de producción se menciona "prestaciones asistenciales o sociosanitarias", sin embargo, en la descripción del componente sólo se mencionan "prestaciones de salud".

La estrategia de intervención del programa no permite conocer cómo contribuirá al logro de los objetivos. En este sentido, es necesario describir más claramente el flujo de la intervención para la población a atender, señalando de principio a fin las acciones que realiza el programa para entregar los servicios provistos a la población, detallando los pasos del proceso y los actores con quienes se relaciona para ejecutar estas acciones. En este punto es necesario describir claramente el rol de cada uno de los actores involucrados. La estrategia debe dar cuenta del ciclo completo de los beneficiarios, desde el momento que accede al programa hasta que egresa de él. Además, es necesario que los bienes y servicios entregados por los componentes, sean redactados dando cuenta de la forma en que se interrelacionan entre ellos (secuencial o de forma paralela).

Del mismo modo, una vez mejorada la descripción de los componentes y estrategia se debe revisar el tiempo de duración del programa. Finalmente, el programa debe explicitar si atiende un riesgo potencial o da solución a un problema existente. Así también, debe explicitar si el programa incorpora en su intervención a la familia/hogar/cuidadores de los beneficiarios en la intervención.

Se requiere analizar la pertinencia de que el programa no presente articulaciones con otras instituciones ni complementariedades con otros programas de la oferta social. De todas formas, la articulación con el DEIS MINSAL se encuentra adecuadamente descrita.

Respecto de las perspectivas y enfoques de Derechos Humanos:

- Se solicita precisar claramente en qué etapa del programa se incorporará la condición de género y cómo será abordada.

- En el enfoque territorial se hace referencia a Planes de Salud Local que no son descritos en los componentes y tampoco en la estrategia de intervención. Además, se solicita señalar a qué se refiere con la conceptualización "síndromes culturales".

- Respecto a los enfoques de NNA y de discapacidad, deben reformular la descripción, señalando explícitamente en qué etapas y cómo se aborda.

- Respecto al enfoque de migrantes, debe reformular la descripción, señalando explícitamente en qué etapas y cómo se abordará este enfoque. Además, debe revisar la redacción, pues presenta faltas de ortografía ("Bolibiana (sic)").

La descripción de los mecanismos de participación ciudadana y transparencia pública es insuficiente. En este sentido se requiere detallar con mayor profundidad los mecanismos empleados.

Indicadores: Los indicadores de propósito no permiten dar cuenta del logro del resultado u objetivo que se espera alcanzar con el programa. Una vez que el propósito sea reformulado, será posible evaluar la pertinencia de ambos indicadores. De todas formas, debe revisar la sección Metodología y definiciones conceptuales, en tanto para ambos indicadores deberían explicitarse las variables y criterios utilizados para la fórmula de cálculo. En este sentido, el indicador de propósito 1 debería indicar qué se entiende por "HbA1c <" y por qué se define "7% (para personas de 15 a 79 años)" y "8% (personas de 80 y más años)" como criterios de cumplimiento. Lo mismo se repite para el indicador de propósito 2, debe señalar por qué se define como criterios "P.A

Todos los indicadores de componente se orientan a detectar avances en procesos de planificación sin establecer un estándar de cumplimiento, o presentan problemas en su formulación, que no permiten conocer el éxito o nivel de logro de los bienes y servicios entregados a la comunidad. Más específicamente:

- El indicador de componente 1 "Porcentaje de Mesas Territoriales, diálogos ciudadanos, mesa salud intercultural realizadas, respecto de las actividades programadas" se orienta a medir planificación, en tanto se está midiendo el porcentaje de actividades realizadas en contraste con las actividades programadas. Además, la fórmula no cumple con criterios de calidad, en tanto no establece temporalidad en su numerador, ni denominador, ni tampoco considera *100.

- El indicador de componente 2 "Porcentaje de establecimientos que cuentan con facilitadores interculturales" presenta problemas de calidad, en tanto no señala la temporalidad de la medición para el numerador, ni para el denominador.

- El indicador de componente 3 "Porcentaje de atenciones realizadas por especialistas de medicina indígenas" se orienta a medir la planificación, pues está midiendo el número de prestaciones de salud indígenas realizadas por especialistas de medicina indígena con relación al número de atenciones programas. Además, cabe señalar que en la sección Metodología y definiciones conceptuales se menciona que los

"sanadores" se agrupan bajo la denominación de "especialistas de salud de pueblos originarios", sin embargo, el indicador hace referencia a "especialistas de medicina indígena". Recuerde velar por la coherencia en los términos utilizados.

- El indicador de componente 4 "Promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad, en beneficiarios Pri Lonco" presenta problemas de calidad, pues la fórmula de cálculo no integra temporalidad y señala que la unidad de medida es porcentual, cuando en realidad registra un promedio. Además, el indicador se encuentra incompleto, dado que no señala los datos de cálculo del numerador y denominador para el 2020, 2021 y 2022. Por otro lado, el indicador debe señalar en su metodología por qué el promedio de días de espera para consulta se considera relevante para la entrega de los bienes o servicios del componente. Por último, no queda claro por qué el indicador se refiere a "beneficiarios Pri Lonco", pues esto no es señalado en la descripción del componente.

Además, es preciso señalar la evidencia que permite definir la situación actual y proyectada de los indicadores de propósito y componente, señalando específicamente la forma en que se determinaron dichos valores. En lo presentado no se responde a la pregunta.

El programa no señala si cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios para todos sus componentes, sino que sólo distingue que posee un sistema para los beneficiarios del componente 4, sin señalar que datos se almacenan (rut, datos de contacto, etc). Además, debe indicar si la información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos.

Gastos: Es necesario detallar si los gastos por componentes asociados al programa son gastos adicionales a los actuales. Además, se solicita mejorar el detalle de los gastos administrativos, y señalar -también- si se trata de gastos adicionales a los actuales.

Por último, debe ingresar las asignaciones para cada uno de los gastos reportados en la sección "Gastos por subtítulo".