



MARCO DE PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS

*PROYECTO BIRF “Cobertura Universal Efectiva
de Salud” (P163345)*

- 2017 -

El presente documento, con las acciones que describe, así como las condiciones que estas implican respecto a responsabilidades de las partes, forman parte del manual operativo y se verán reflejadas en los compromisos anuales u otros documentos del Programa según corresponda. Asimismo, contiene el marco jurídico e institucional (Anexo II) de la República Argentina así como el de las provincias que la componen, al cual adhiere la estrategia del Ministerio de Salud de la Nación respecto a la implementación de la Salvaguarda Social (Anexo III).

Contenido

MARCO DE PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS	4
1 INTRODUCCIÓN	4
2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO COBERTURA UNIVERSAL EFECTIVA DE SALUD.....	4
2.2 Componentes del Proyecto	5
3 IDENTIFICACIÓN DE LAS PROVINCIAS QUE ACTIVAN OP 4.10.....	7
4 DESCRIPCIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.....	8
4.1 Características generales de los Pueblos Indígenas	8
4.2 Población Indígena bajo programa.....	11
4.3 Situación de salud de las poblaciones originaras en Argentina.....	11
5 COMPONENTES DEL PROYECTO Y ACCIONES DE LA SALVAGUARDA INDÍGENA.....	12
6 POSIBLES EFECTOS Y MECANISMOS PREVISTOS PARA OPTIMIZAR RESULTADOS PARA LOS PUEBLOS INDIGENAS. RECLAMOS Y SUGERENCIAS	17
7 DIFUSION DEL MPPI.....	18
8 MECANISMO DE MONITOREO DEL MPPI	18
9 CONSULTA PREVIA, LIBRE E INFORMADA	18
10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	22
11 COSTOS DE IMPLEMENTACION DE LA SALVAGUARDA INDIGENA.....	24
ANEXO I	27
1.1 Evaluación Social	27
1.2 Lineamientos para la preparación de los Plan para Pueblos Indígenas (PPI)	28
ANEXO II	31
2 INSTITUTO NACIONAL DE ASUNTOS INDÍGENAS (INAI)	43
3 CONSEJO CONSULTIVO Y PARTICIPATIVO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	45
ANEXO III	46
1.1 Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (PNSPI)	47
1.2 Proyecto de Emergencias H1N1	47
1.3 Proyecto FESP I/II.....	48
1.4 Plan NACER/SUMAR	49
1.5 Proyecto PROTEGER	50
2 SALVAGUARDA SOCIAL DE LA UFIS	51
2.1 Estrategia de la salvaguarda	52
ANEXO IV	55
ANEXO V	58
ANEXO VI	62

MARCO DE PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS

1 INTRODUCCIÓN

1. Dentro de la estrategia de abordaje integral de salud para las poblaciones indígenas, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) desarrolla acciones específicas para mejorar la situación sanitaria y el acceso a la salud para esas comunidades. Continuando con una iniciativa comenzada en 2000 con el Programa ANAHI (Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas) y seguida a través del área Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, dentro del Programa Médicos Comunitarios, en el año 2016 se creó el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (Resolución 1036), bajo la Dirección Nacional de Atención Comunitaria de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria.

2. En el año 2007 y con el Proyecto “Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública I” (FESP I) comenzó a funcionar la Salvaguarda Indígena, teniendo como objetivo la adecuación cultural de las acciones llevadas a cabo por dicho proyecto. A través de la Resolución Ministerial 136/2016, se transfirieron a la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S) las funciones y competencias de la Salvaguarda Indígena, incorporando los equipos técnicos a la propia estructura de la UFI-S. El equipo de consultores técnicos trabajó desde 2008 en la salvaguarda indígena del Proyecto FESP; del Proyecto de Emergencia H1N1; y actualmente continúa ejecutando las actividades correspondientes a los Marcos de Planificación para Pueblos Indígenas de los proyectos: “Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública II” (FESP II), BIRF N°7993; “Protección de la Población Vulnerable contra las Enfermedades CRÓNICAS no Transmisibles”, BIRF N°8508; y la reestructuración del Proyecto de Desarrollo de Seguros Provinciales de Salud – SUMAR, BIRF N° 8516.

3. En este sentido, la ejecución de la Salvaguarda Indígena del presente proyecto, será realizada por el equipo de Salvaguarda Social de UFIS, perteneciente a la gerencia de Monitoreo y Evaluación.

2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO COBERTURA UNIVERSAL EFECTIVA DE SALUD

2.1 Objetivos del Proyecto

4. El **objetivo de desarrollo del proyecto** es Incrementar la cobertura efectiva de servicios de salud, para la población con cobertura pública exclusiva, mediante el fortalecimiento de los Seguros Públicos de Salud Provinciales, del Ministerio de Salud Nacional, de los Ministerios Provinciales y la implementación de mecanismos de coordinación del financiamiento y prestación de los servicios de salud, en el marco de la estrategia nacional de la Cobertura Universal de Salud (CUS).

5. A fin de alcanzar el cumplimiento de los objetivos generales, los objetivos específicos del Proyecto son:

- Fortalecer los Seguros Públicos de Salud y contribuir a garantizar su sostenibilidad financiera;
- Fortalecer los mecanismos de pago por desempeño, incorporando estándares de calidad, cobertura y seguridad del paciente.
- Ampliar la cobertura efectiva de los servicios priorizados, en base a criterios de acceso oportuno, utilización y calidad de servicios, y asegurando la protección financiera a la población elegible.
- Mejorar la capacidad institucional de las provincias y establecimientos de salud, mediante el fortalecimiento de los procesos, equipamiento y la implementación de sistemas y herramientas de gestión;
- Institucionalizar mecanismos de priorización de prestaciones explícito, sistemático y sensible a las necesidades de las diversas poblaciones del país.
- Incrementar el acceso de la población objetivo a una cobertura de salud integral y de calidad.

2.2 Componentes del Proyecto

6. **Componente 1. Apoyo al fortalecimiento de la cobertura efectiva de salud pública.**

7. **Subcomponente 1.1 Financiamiento por capitación basada en resultados para prestaciones generales y enfermedades catastróficas.** Este subcomponente financiará los pagos por capitación basada en resultados para la provisión de: (a) una intervención de salud en general; y (b) las intervenciones de salud para enfermedades catastróficas.

8. **Subcomponente 1.2 Mejora de servicio de capacidad a nivel nacional y ministerios provinciales de salud.** Este subcomponente fortalecerá la capacidad prestacional a nivel del Ministerio de Salud de la Nación y de los Ministerios de Salud Provinciales, mediante: (a) el suministro de equipamiento (médico, de emergencia, de transporte, sistemas informáticos y comunicaciones); y (b) servicios necesarios para actualizar y ampliar los sistemas informáticos y la conectividad en Centros de Atención Primaria (CAPS) y hospitales, y de comunicación del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) y los Ministerios de Salud Provinciales (MSP) (excluyendo obras civiles).

9. **Componente 2. Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud Nacional y los Ministerios Provinciales para un modelo de atención integral.** Este componente apoyará el suministro al Ministerio de Salud Nacional y los Ministerios Provinciales de las herramientas y los instrumentos necesarios para la integración del modelo de atención de salud dentro del subsistema público y para mejorar la coordinación dentro del subsistema público.

10. **Subcomponente 2.1. Apoyar el desarrollo y aplicación de instrumentos para mejorar la coordinación y de un modelo integrado de atención.** Este subcomponente financiará las siguientes acciones y herramientas para mejorar la coordinación entre subsistemas y dentro del subsistema público y un modelo integrado de atención, así como otros para ser discutido y desarrollado durante la preparación:

- a) mecanismos para definir y sistematizar un Paquete de Prestaciones Priorizadas (PPP) para el subsistema público completo y para definir las vías clínicas claves (incluyendo servicios

- y protocolos), basan en el acuerdo común sobre estándares de calidad requeridos y la entrega condiciones;
- b) relacionada con el punto anterior, mecanismos de armonización (con un plan de convergencia) en normas comunes, servicios y servicio de guías de práctica clínicas y protocolos, definiciones, modelos de atención, redes de referencia y estándares de información;
 - c) diseño e implementación de un mecanismo de priorización explícita para incluir los servicios de salud en el Paquete de Prestaciones Priorizadas (PPP), esto es clave para la eficiencia en la asignación, y también su seguimiento y actualización;
 - d) implementación de forma progresiva un “Proyecto de Interoperabilidad Informática” para permitir el intercambio de información entre todos los actores institucionales con el objeto de que esta información esté automáticamente disponible para su utilización sin necesidad de conversiones de contenido a través de la utilización de estándares y terminologías comunes;
 - e) promoción de expedientes médicos electrónicos y un camino hacia un sistema de "un registro de un paciente";
 - f) los mecanismos para la asignación de pacientes a los servicios de salud, con geo-referenciación de pacientes;
 - g) mejora de los mecanismos para identificar y registrar a las personas como beneficiarios en el Componente 1 y otros programas del sector público;
 - h) estructuras para mejorar la coordinación entre el Ministerio de Salud Nacional y Ministerios Provinciales y fortalecer capacidad para coordinar los diferentes actores en el sistema;
 - i) mejora de los mecanismos y las instalaciones de los efectores públicos para que cuentan con la tecnología, sistemas de información, o procesos implementados que les permitan facturar por las prestaciones o servicios sanitarios que realizan a la población con cobertura de la seguridad social o privada;
 - j) fortalecimiento de las estructuras de coordinación a nivel provincial, por ejemplo, mediante el establecimiento de equipos provinciales encabezados por un coordinador del Ministerio de Salud Provincial y miembros de unidades de ejecución del proyecto (UGSP) en el provincial nivel;
 - k) realización de estudios sobre el financiamiento del sistema de salud y organización para ayudar a MSN y el MSPs diseñar políticas públicas para mejorar la cobertura sanitaria universal, incluyendo mecanismos para integrar los subsectores del sistema de salud diferente.

11. Sub componente 2.2. Pilotos de Integración Provincial. Este subcomponente apoyará a Pilotos en dos provincias seleccionadas para poner a prueba enfoques particulares hacia la mayor integración a nivel provincial. El subcomponente financiará más desarrollo, piloto de prueba y perfeccionamiento de herramientas de integración y de un modelo integrado de atención. Esto incluye herramientas para mejorar la integración en el subsistema público y entre el público y subsistemas de seguridad social (en particular mecanismos para centros de salud pública para cobrarle a OOSS para servicios de salud proporcionados a los miembros de OOSS). Se establecerán mecanismos de evaluación sólida para vigilar a los pilotos y extraer lecciones apropiadas para la posible ampliación de estos enfoques piloto a otras provincias.

12. **Componente 3. Gestión de apoyo, seguimiento y evaluación.** A través de este componente se fortalecerán la UEC, la Unidad de Financiamiento Internacional de MSN (UFI-S) y las UGSP (Unidades de Gestión de Seguros Provinciales) a través de la provisión de asistencia técnica (incluida la financiación de los costos operativos), monitoreo y evaluación, y auditorías financieras y técnicas independientes en el marco del Programa; de manera tal de asegurar una efectiva implementación del Programa y el cumplimiento de las metas establecidas para los indicadores claves.

3 IDENTIFICACIÓN DE LAS PROVINCIAS QUE ACTIVAN OP 4.10

13. Siguiendo los lineamientos de la OP 4.10 del Banco Mundial¹, las siguientes provincias quedan incluidas dentro de la Salvaguarda Indígena: Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.

14. En los Convenios Marco a firmarse con el MSAL para la operacionalización del Proyecto, las provincias que en este Marco se han considerado que activan la OP 4.10 o aquellas que la activen en el futuro, estarán **comprometidas a proceder a la actualización de la evaluación social** de las comunidades de pueblos indígenas existentes en sus respectivas provincias cuando les sea solicitado por la Salvaguarda **y, de preparar los Planes para Pueblos Indígenas (PPI)** de conformidad con las disposiciones de este Marco de Planificación.

15. Tanto la firma de los Convenios Marco como de los Compromisos Anuales entre la Nación y cada provincia son requisito de transferencia de fondos a las provincias respectivas.

16. Si durante el ciclo del proyecto nuevas comunidades indígenas son identificadas en cualquiera de las provincias participantes del Proyecto, las provincias se comprometen a realizar la correspondiente evaluación social y consulta a la comunidad identificada y a preparar, si correspondiera, el Plan con Pueblos Indígenas para alcanzar las mismas con los servicios del Proyecto.

17. La **Evaluación Social** (ver Anexo I) tiene como objetivo ofrecer un diagnóstico socio sanitario de los pueblos originarios de la provincia. La definición del alcance, profundidad y tipo de análisis de la Evaluación Social de las Comunidades Indígenas afectadas se encuentra en relación a la naturaleza y dimensión de los posibles impactos del proyecto en las Poblaciones Indígenas.

18. El objetivo de los **PPI** (ver Anexo I) es incentivar la planificación de acciones de salud para pueblos indígenas de manera articulada entre los distintos programas nacionales y provinciales. **Los Planes de Pueblos Indígenas (PPI) tendrán como objetivo:** a) evitar, reducir

¹ <http://siteresources.worldbank.org/OPSMANUAL/Resources/210384-1170795590012/OP4.10.July1.2005.Spanish.pdf>

lo más posible, mitigar o compensar los efectos negativos causados el proyectos a las Comunidades Indígenas de manera culturalmente apropiada; y/o b) facilitar que las Comunidades Indígenas reciban los beneficios de manera apropiada e inclusiva desde el punto de vista intergeneracional y de género; y evitar que involuntariamente las mismas induzcan a la desigualdad, limitando los beneficios a los elementos más fuertes de la comunidad. La confección de los PPI será responsabilidad del personal designado para tal fin por el MSP y los referentes de aquellos programas y proyectos que activen la salvaguarda indígena y serán financiados con fondos del proyecto. El mismo será validado por la Salvaguarda Social de UFIS y su cumplimiento es **obligatorio para la permanencia de la provincia en el proyecto.**

19. Los PPI serán financiados con fondos del Proyecto Cobertura Universal Efectiva de Salud (P163345).

20. Estos mecanismos permiten y aseguran el cumplimiento de la política de adecuación intercultural para con los pueblos indígenas.

4 DESCRIPCION DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

21. Los pueblos indígenas u originarios son aquellos que se ven y son vistos como los descendientes de las agrupaciones preexistentes a los procesos de conquista, colonización y nacionalización desencadenados por la expansión mundial de las naciones europeas. Debemos destacar que la identidad cultural no es algo fijo, sino que es dinámica, cambiante, en permanente juego con otros grupos étnicos o la sociedad nacional, y siempre en equilibrio con los más profundos contenidos primordiales de la comunidad. Es por ello que no podemos concebir las formas culturales indígenas como una continuidad directa e ininterrumpida del pasado prehispánico.

22. Entendemos que Pueblo Indígena es una categoría político-cultural que remite a un conjunto de personas y grupos con capacidad de actuar y confrontar colectivamente sobre la base de intereses comunes, creencias y valores compartidos. Es una categoría jurídica de alcance mundial, consagrada en documentos de la Organización Internacional del Trabajo y de las Naciones Unidas.

4.1 Características generales de los Pueblos Indígenas

23. En los pueblos indígenas, el análisis de la distribución y el tamaño poblacional a partir de datos censales se encuentra limitado por dos factores. Uno de los más importantes se relaciona con las dificultades para identificar de manera exhaustiva a toda la población indígena. El otro se basa en los inconvenientes para reflejar la diversidad geográfica de los pueblos indígenas, la que no responde necesariamente a los límites de carácter político-administrativo.

24. En el Censo 2010 se incluyó la variable de pertenencia a una población indígena u originario ya sea por adscripción y/o por descendencia, permitiéndonos contar a la fecha con datos más precisos sobre esta franja poblacional. No obstante, es importante señalar que como otros relevamientos estadísticos del tipo, el censo está sujeto a problemas de representatividad, con lo cual no puede proporcionar información detallada de todas las variables, para todos los pueblos, sus regiones o área de residencia².

25. De acuerdo a la Encuesta complementaria para pueblos indígenas (ECPI) 2004-2005, la población indígena de nuestro país se estimó en 603.758 personas. En los datos obtenidos en el Censo 2010 se registró un total de 955.032 personas que se reconocen como pertenecientes y/o descendientes de alguna de las 32 etnias reconocidas en nuestro territorio, representando el 2,4% del total de población de Argentina (Cuadro 1). De ellos el 50,4% son varones y el 49,6% mujeres, porcentajes que se invierten en la población general.

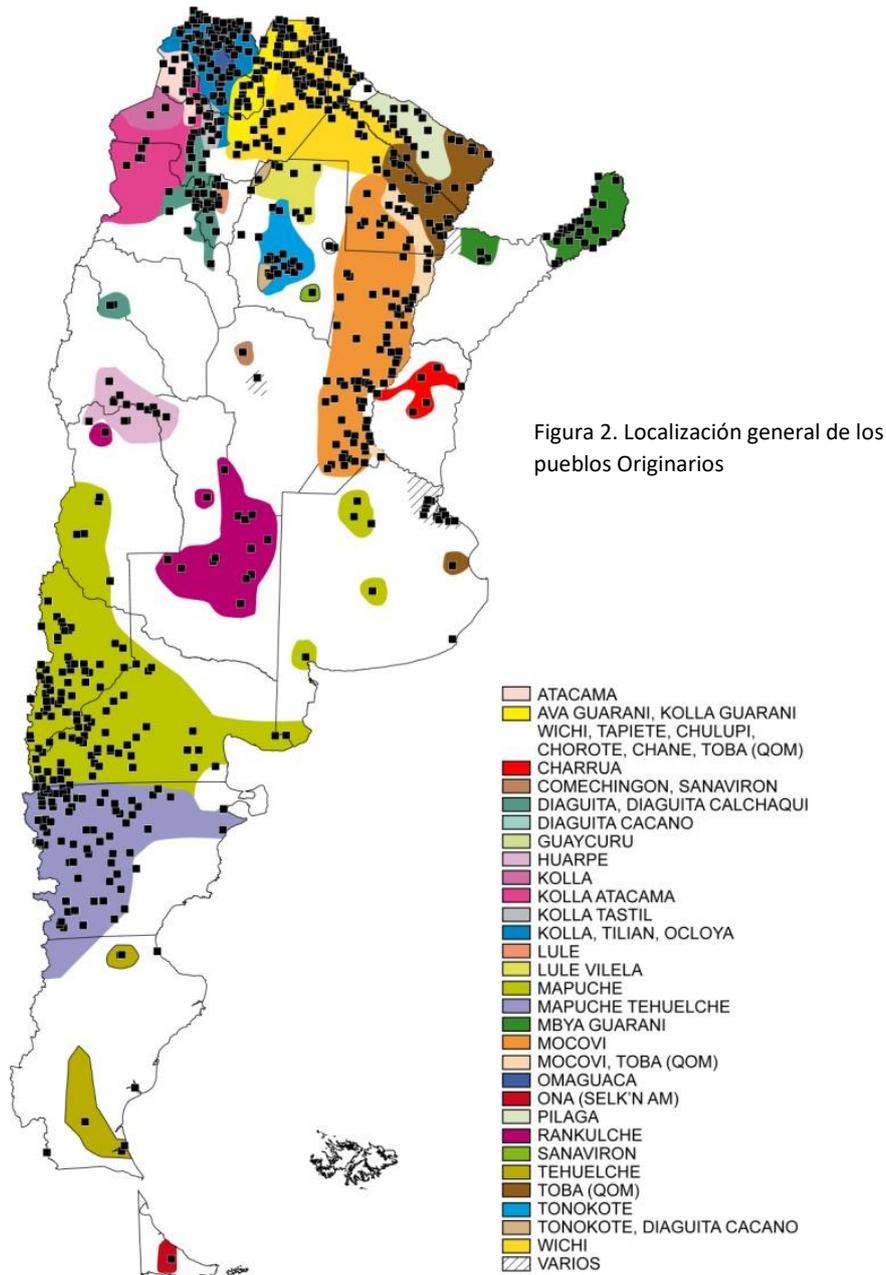
Pueblo Indígena	TOTAL	Pueblo Indígena	TOTAL
Mapuche	205.009	Mbyá Guaraní	7.379
Toba	126.967	Omaguaca	6.873
Guaraní	105.907	Pilagá	5.137
Diaguíta	67.410	Tonocote	4.853
Kolla	65.066	Lule	3.721
Quechua	55.493	Tupí Guaraní	3.715
Wichí	50.419	Querandí	3.658
Comechingón	34.546	Chané	3.034
Huarpe	34.279	Sanavirón	2.871
Tehuelche	27.813	Ona	2.761
Mocoví	22.439	Chorote	2.270
Pampa	22.020	Maimará	1.899
Aymara	20.822	Chulupi	1.100
Ava Guaraní	17.899	Vilela	519
Rankulche	14.860	Tapiete	407
Charrúa	14.649	Otros	5.301
Atacama	13.936	Total	955.032

Tabla 1. Población indígena o descendiente de pueblos originarios en viviendas particulares por sexo, según pueblo indígena (en base a INDEC - Censo 2010)

² Debe tenerse en cuenta que la variable de pertenencia a una población indígena se aplicó únicamente a un grupo que funcionó como muestra poblacional en localidades de 50.000 habitantes o más, siendo de cobertura total únicamente en localidades con población menor a esta cifra (fuente <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>)

26. En la actualidad, las ciudades se han convertido en uno de los principales lugares de residencia de la población indígena de la Argentina, sitios a los que por diferentes motivos se han visto forzados a migrar desde sus comunidades y sus lugares ancestrales de poblamiento (Carrasco 2000). A nivel país, el 81,9% de las personas autoidentificadas como indígenas vive en áreas urbanas (Censo 2010).

27. Según el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI), existen actualmente 1417 comunidades con personería jurídica en nuestro país³(Figura 2).



³ El RENACI fue creado a instancias de la Ley Nacional 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes, y su Decreto Reglamentario 155/89.

4.2 Población Indígena bajo programa

28. Los resultados totales por jurisdicción y sexo (que surgieron de sumar los grupos de edad considerados) se presentan en la Tabla 2. Así, la población originaria elegible para las 24 provincias del país con la inclusión del grupo hombres adultos de 20 a 64 años, ascendería a 446.907.

Jurisdicción	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total del país	446.907	233.589	213.318
CABA	20.748	10.673	10.075
Buenos Aires	110.696	56.172	54.525
Catamarca	3.416	1.836	1.580
Córdoba	17.950	9.427	8.522
Corrientes	2.202	1.166	1.036
Chaco	36.027	19.062	16.965
Chubut	14.121	7.481	6.640
Entre Ríos	4.560	2.373	2.187
Formosa	28.536	14.934	13.602
Jujuy	29.571	15.110	14.460
La Pampa	6.173	3.318	2.856
La Rioja	1.834	1.054	779
Mendoza	17.660	9.267	8.393
Misiones	8.439	4.553	3.886
Neuquén	19.547	10.401	9.146
Río Negro	17.660	9.671	7.989
Salta	58.730	30.899	27.831
San Juan	3.865	2.059	1.806
San Luis	4.120	2.130	1.990
Santa Cruz	1.766	972	793
Santa Fe	22.262	11.743	10.519
Santiago del Estero	7.911	4.344	3.567
Tierra del Fuego	1.192	614	578
Tucumán	7.923	4.328	3.595

Tabla 2. Población indígena menor a 65 años sin cobertura explícita en salud por jurisdicción. Elaboración propia en base INDEC.

4.3 Situación de salud de las poblaciones originaras en Argentina

29. La escasez de información de la variable étnica en los registros de salud es la principal causa de la falta de datos desagregados de salud para poblaciones originarias. Esto ha ocasionado que la información que se posee actualmente sea fragmentaria, escasa y no comparable. A este fin, el presente proyecto contribuirá a fortalecer el registro de la variable étnica en los sistemas informáticos de salud, trabajando a nivel local, provincial y nacional.

30. Entre los problemas de salud para pueblos originarios, destacan aquellos relacionados con mayor ruralidad, marginalidad, pobreza, migración, entre otras. Aquí mencionamos⁴: enfermedades de transmisión vectorial (Chagas, enfermedades transmitidas por mosquito, leishmaniasis, paludismo, hanta virus), enfermedades estacionarias (infecciones respiratorias y diarreas), parasitarias (brucelosis e hidatidosis), lesiones, tuberculosis, psicosociales (abuso de alcohol y drogas, violencia de género e intrafamiliar, suicidios), enfermedades no transmisibles (hipertensión, coronarias, cáncer, diabetes, renales), factores de riesgo.

31. Según el Censo 2010 (INDEC) el 49,8% de la población autoreconocida como perteneciente a pueblos originarios depende del estado para satisfacer sus necesidades en salud. El programa CUS-SUMAR tiene como objetivo asegurar el acceso oportuno a los servicios de salud de calidad, integrados y orientados a partir de un enfoque de APS, entre otros a través de la existencia de un paquete de prestaciones priorizadas, la nominalización y la asignación de población a cargo a efectores.

32. En lo que respecta a los problemas relacionados con la atención de la salud, las comunidades destacan⁴: problemas de accesibilidad tanto geográfica como económica a los servicios de salud, falta de infraestructura en postas sanitarias, escasez de personal médico (particularmente en lo que respecta a especialidades) y amplitud de días y horarios de atención, necesidad de mayor cantidad de agentes sanitarios, necesidad de un enfoque intercultural en la atención y en los establecimientos sanitarios (parto respetando la cosmología indígena, señalética bilingüe, entre otros).

33. Las acciones de la Salvaguarda Indígena del presente proyecto estarán dirigidas a contribuir a la reducción de las barreras en el acceso a la salud y a la mejora de los registros. Entre las mismas se prevé estimular la incorporación de la variable étnica en los registros de salud, brindar capacitaciones en interculturalidad a los equipos de salud local y apoyar las capacitaciones para agentes sanitarios del Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas, al tiempo que se fortalece a los efectores a través de las capitas y en función de las prestaciones. A su vez, para mejorar la capacidad de atención de efectores, se continuará con la estrategia de efectores priorizados por su alta densidad de población indígena.

5 COMPONENTES DEL PROYECTO Y ACCIONES DE LA SALVAGUARDA INDÍGENA

34. **Componente 1. Apoyo al fortalecimiento de la cobertura efectiva de salud pública.**

35. **Subcomponente 1.1. Financiamiento por capitación basada en resultados para prestaciones generales y enfermedades catastróficas.** Como parte del financiamiento de cápitas a las provincias para cubrir el costo de prestaciones sanitarias definidas en el Plan de Servicios de Salud, se continuará con prestaciones específicas para Pueblos Originarios. Actualmente el Sumar cuenta con cinco prestaciones: 1) ronda sanitaria orientada a la

⁴Foro de Investigación en Salud de Argentina (2008); Encuesta de Condiciones de Vida de Familias, Grupos Convivientes y Comunidades Indígenas en la Argentina (INAI 2015)

detección de población de riesgo en población indígena; 2) control de salud individual para población indígena en terreno; 3) consulta para la confirmación de diagnóstico de población indígena con riesgo detectado en terreno; 4) entrega y/o lectura de la Carta de derechos de la mujer embarazada indígena y 5) taller de pautas nutricionales respetando la cultura alimentaria de las comunidades indígenas. En base a las experiencias aprendidas por la Salvaguarda Indígena del programa Sumar, se revisarán las prestaciones específicas para pueblos originarios del Paquete de Prestaciones Priorizadas (PPP) del Programa, reformulando algunas de ellas y diseñando otras que incluyan prestaciones individuales y comunitarias, realizadas tanto en terreno como dentro del establecimiento de salud. El paquete de prestaciones se encuentra actualmente en preparación y estará disponible previo al comienzo del proyecto.

36. Subcomponente 1.2. Mejora de servicio de capacidad a nivel nacional y ministerios provinciales de salud. a) Equipamiento. Debido a que la mayor parte de las acciones de salud propuestas por los proyectos con financiamiento internacional para con población originaria no podrían ser ejecutadas sin los agentes sanitarios indígenas, se fortalecerá a aquellos pertenecientes al Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas, mediante la compra de equipamiento para atención en terreno para los agentes sanitarios. A nivel provincial, se trabajará fortaleciendo a las Unidades de Salud Indígena que existen en las provincias, así como los efectores priorizados a nivel local (los bienes a adquirir serán evaluados en función de las necesidades de cada unidad y/o efector priorizado). Las adquisiciones necesarias para dar cumplimiento a estas actividades serán realizadas por el Programa CUS-SUMAR.

37. Se continuará el trabajo con efectores priorizados (aquellos que poseen mayor cantidad de población originaria a cargo), dando continuidad a la estrategia implementada por el Programa Sumar. Actualmente el programa Sumar cuenta con 58 efectores priorizados, pero dado que la población que atienden los efectores es dinámica, previo al inicio del proyecto los criterios de Alta, Baja y Modificación serán redefinidos junto con las provincias.

38. A inicios del proyecto cada efector realizará una autoevaluación que incluirá cuestiones administrativas, de atención y barreras de acceso de la población, entre otros. Dicha evaluación será completada con la colaboración de las áreas de salud indígena y las UGSP, junto con la comunidad. Para asegurar la participación de la comunidad, cada efector priorizado deberá conformar una mesa de participación en tanto a espacio de diálogo a ser conformado por representantes del efector (médicos y administrativos), agentes sanitarios que atiendan población originaria (en caso de que alguno de ellos trabaje en el efector) y representantes de pueblos indígenas reconocidos por la comunidad cuya población se encuentra a cargo del efector.

39. A partir de la autoevaluación cada efector realizará un plan de mejoras bianual que será parte del Plan para Pueblos Indígenas (PPI) provincial. A medio término del proyecto se realizará una segunda autoevaluación de efectores, siguiendo la misma lógica que la primera. A partir de ella se evaluarán los avances realizados para mejorar la atención a pueblos originarios y serán utilizados para la realización del plan de mejoras para los dos años siguientes. La Salvaguarda Social de UFI-S será la encargada de llevar a cabo el monitoreo del cumplimiento de las acciones.

5 La herramienta para realizar dicha evaluación será confeccionada por la Salvaguarda Indígena y estará disponible a inicios del proyecto.

40. Desde la Salvaguarda Social de UFI-S se realizará una capacitación en salud intercultural en el primer nivel de atención a cada uno de los efectores priorizados, distribuidas en los cuatro años de duración del proyecto.

41. **Componente 2. Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud Nacional y los Ministerios Provinciales para un modelo de atención integral.** En el marco de este componente, se diseñarán acciones que permitan cumplir con los requerimientos puntuales de la política operacional del Banco Mundial para poblaciones indígenas, al tiempo que fortalezcan las capacidades institucionales de los ministerios de salud de la provincia.

42. **Articulación de los programas a nivel nacional, provincial y local.**

43. A fin de lograr una mejor comunicación entre programas es necesario mantener los espacios actuales de articulación con otros programas del MSAL y participar de otros que se generen tanto en el ministerio como con otros organismos gubernamentales y no gubernamentales. Dentro de este proceso de **articulación de acciones y estrategias dirigidas a Pueblos Originarios**, se encuentra el abordaje conjunto de las salvaguardas de los proyectos con financiamiento internacional **centralizando la cartera de salvaguardas sociales en la UFIS.**

44. **A nivel provincial.** Bajo el actual Programa Sumar, la Salvaguarda Indígena se encuentra en implementación a través del personal de las UGSP quien es responsable de las acciones de los PPI referidas a la planificación, ejecución y monitoreo de acciones. Dichas acciones, se espera que continúen bajo el Proyecto en preparación. Las actividades vinculadas a los PPI se vienen realizando desde la activación del Plan NACER y el personal responsable de las mismas que forma parte de las UGSP continuara siendo financiado por el nuevo proyecto. La estructura de las UGSPs se encuentra establecida en el Manual Operativo del Programa Sumar⁶, y en él se define el área responsable de implementar dichas actividades, junto con los Términos de Referencia y perfil que debe cumplir el personal asignado a la misma. Esto ha permitido que las provincias implementen la salvaguarda indígena desde el año 2005, generando capacidad instalada para la ejecución de los PPI al tiempo que se ha ido fortaleciendo la capacidad institucional en lo relativo a evitar la fragmentación de acciones de otros proyectos. En este sentido, se viene implementando una estrategia a partir del FESP II que estimula a las provincias a generar Áreas y/o Unidades de Salud Indígena que realicen la planificación, ejecución y monitoreo de las actividades con Pueblos Originarios de manera articulada para todos los proyectos que activan salvaguarda social. Dicha estrategia se está llevando adelante a nivel nacional a partir de la Res. 136/2016 que unifica las acciones de las Salvaguardas para todos los proyectos que la activen. Para continuar con esta estrategia y fortalecer al personal de las UGSP que se encargan del cumplimiento de la Salvaguarda Indígena, se fomentara paralelamente a las acciones específicas del proyecto y junto con el PNSI, la creación de Áreas y/o Unidades en las provincias que aún no la poseen (Corrientes, Entre Ríos, Santa Cruz y

⁶Ver ANEXO IV. Estructura vigente UGSPs en los ministerios de salud provinciales. Los consultores provinciales afectados a las áreas de Pueblos Indígenas suman 37 personas distribuidas diferencialmente por provincia en función de la estructura.

Tierra del Fuego⁷). A su vez, para consolidar la capacidad de las áreas existentes (sean las UGSP y/o las Unidades existentes)⁸, se realizarán las asistencias técnicas necesarias, considerando al menos una por provincia por año. Asimismo, la **designación de un referente provincial** para la Salvaguarda Indígena, (preferentemente el RRHH de las UGSP que participe del área de capacitación y pueblos indígenas) será **requisito de ingreso** de las provincias al Programa. Del mismo modo, el contar con referente a cargo en los ministerios provinciales, será **condición de permanencia** en el programa a partir del segundo año de implementación del mismo. Esto permitirá mantener un interlocutor válido en las provincias, fomentando al mismo tiempo la institucionalización de esas áreas dentro de las estructuras ministeriales. De esta forma, y en función de la autonomía provincial, se continuara con la política de implementar la salvaguarda indígena a través de las UGSP, potenciando las acciones a nivel provincial articulando con otros programas con la misma población objetivo.

45. Siguiendo la misma línea de trabajo, se estimulará a que las provincias realicen una planificación única que incluya todas aquellas actividades culturalmente adecuadas para población originaria que se realicen a nivel del MSP, debidamente consultado con la población originaria. Un Plan Para Pueblos Indígenas (PPI) unificado contribuirá a la mejor organización de tiempo y recursos, mejorando el trabajo con pueblos indígenas (véase Anexo I). Al igual que con el punto anterior, la **confección del PPI de manera bianual, formará parte del compromiso anual** (véase Anexo I). Cada provincia presentará un PPI bianual a inicios del primer año del proyecto y otro a inicios del tercer año. La Salvaguarda Social UFI-S será la encargada del monitoreo anual del mismo.

46. **A nivel local.** Formación y capacitación en interculturalidad y salud indígena para agentes sanitarios indígenas: fortalecimiento de las acciones de capacitación que realiza el **Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas**. Dado que este programa elabora anualmente un plan de capacitación dirigido a los Agentes Sanitarios Indígenas, desde la Salvaguarda Indígena se fortalecerán dichas acciones a través de asistencia técnica y financiera para su diseño, actualización y ejecución. A su vez, dicho proceso se realizará a medida que se incorporen potenciales nuevos perfiles al Programa Nacional. Se prevé la realización de 5 capacitaciones al año. Esto permitirá tener personal de salud capacitado en salud intercultural, que tenga en cuenta las particularidades culturales respecto a las prácticas de salud, favoreciendo el acceso a nivel cultural al sistema de salud.

47. A fin de fortalecer las acciones realizadas por los efectores, se plantea la financiación de un producto gráfico de comunicación por año por provincia en la temática de atención primaria de la salud con enfoque intercultural.

48. **Presencia de la variable étnica en los registros provinciales y nacionales.**

7 Las áreas de Salud Indígena de las provincias de Santa Cruz y Entre Ríos están a la firma de sus respectivos ministros.

8 Como ANEXO V, se incorpora la distribución y composición de las unidades creadas.

49. En términos generales existe un sub-registro de los datos de salud pertenecientes a Pueblos Originarios, esto, no sólo impide conocer cabalmente el estado de salud de las comunidades, sino que a su vez dificulta la construcción (por falta de líneas de base realistas), seguimiento y medición de indicadores. En relación a esta problemática se propone dirigir las acciones a la mejora del registro de la variable étnica en los niveles nacional, provincial y local, promoviendo el monitoreo permanente y la medición del impacto. Dicha actividad se realizará de manera articulada con el Programa Nacional de Salud Indígena, con las unidades de salud indígena provinciales y a través de los efectores. Para ello se plantea:

- Generar de manera conjunta con el programa nacional, actividades **para incluir la variable étnica en los registros** de salud a nivel provincial.
- Brindar **capacitaciones** a nivel provincial y de efector respecto a la importancia de registrar la variable étnica en los registros de salud. Se realizará una capacitación por provincia en el segundo y tercer año de proyecto.
- Generar e imprimir **material de comunicación** e informativo respecto al registro de la variable étnica (tanto para los efectores como para los beneficiarios). Se generará un producto por provincia durante el segundo año de proyecto.
- Incluir prestaciones de control individual de salud en establecimientos específicos para pueblos originarios, lo que contribuirá a incrementar el registro de cobertura de población originaria. Las mismas estarán disponibles previo al inicio del proyecto.
- Que la provincia cumpla, en sus Sistemas de Información, con los estándares que serán brindados por el MSN. A tal fin, recibirá asistencia técnica del MSN. Esta actividad estará relacionada con las **condiciones de permanencia** a medio término. Las mismas serán financiadas por el programa CUS-SUMAR en línea con el proyecto Interoperabilidad Informática del Componente 2.

50. Dichas acciones se realizarán de manera articulada con el Programa Nacional de Salud Indígena.

51. Medicina Tradicional

52. Se realizará un **relevamiento del uso/práctica de la Medicina Tradicional** de los pueblos originarios de Argentina a través de la **contratación de especialistas o consultores** con experiencia en la temática. El mismo consistirá de una recopilación de prácticas ancestrales, incluyendo información sobre el uso, quién la práctica y el método de aprendizaje sobre la medicina tradicional. La recopilación será realizada en base tanto a bibliografía específica existente como a entrevistas puntuales y recursos a considerar por los especialistas. Este trabajo tendrá dos productos:

- a) un informe que recoja los resultados de la investigación organizado por áreas fitogeográficas y comunidades que las habitan, a partir de la cual se realizará una publicación de difusión con recomendaciones destinadas a efectores
- b) capacitaciones/talleres informativos destinadas a efectores con la finalidad de que los profesionales de la salud puedan conocer que se consume y qué efectos puede tener en la salud.

53. **Instancias de capacitación del Equipo de la Salvaguarda Social**, respecto de la implementación de las políticas operacionales del Banco que incluyan, entre otros: intercambio de experiencias con otros países con proyectos BIRF con la intención de compartir modelos de implementación en efectores de la atención intercultural, capacitación en temáticas específicas de salud y derecho de pueblos originarios.

54. **Subcomponente 2.1 Apoyar el desarrollo y aplicación de instrumentos para mejorar la coordinación y de un modelo integrado de atención.** Dentro del “Proyecto de Interoperabilidad Informática”, se complementará lo mencionado para el componente 2, incluyendo como parte de la adopción de un proceso de identificación de beneficiarios que minimice la posibilidad de errores y duplicaciones la **identificación de pertenencia a un pueblo originario o no por parte del beneficiario.**

55. **Subcomponente 2.2 Pilotos de Integración Provincial.** No requiere de acciones específicas

56. **Componente 3. Gestión de apoyo, seguimiento y evaluación.** Como parte del proceso de monitoreo y evaluación, se avanzará en la incorporación en el tablero de comandos aquellos **indicadores que permitan monitorear y evaluar la cobertura efectiva de los servicios priorizados para pueblos originarios.** A su vez, se monitoreará el grado de cumplimiento efectivo de los PPI, construyendo un indicador de proyecto que dé cuenta de los avances.

57. Se plantea como acción complementaria a nivel nacional la generación de informes semestrales de gestión específicos de salvaguarda indígena para ser distribuida a modo de Boletín entre los responsables de los programas, direcciones, subsecretarías y secretarías nacionales del MSAL.

6 POSIBLES EFECTOS Y MECANISMOS PREVISTOS PARA OPTIMIZAR RESULTADOS PARA LOS PUEBLOS INDIGENAS. RECLAMOS Y SUGERENCIAS

58. Cada uno de los PPI contará con un sistema de interacción, atención de reclamos y resolución de conflictos, cuyo funcionamiento estará a cargo de la Provincia y seguirá los canales normales establecidos por cada jurisdicción.

59. A los fines de atender los reclamos y resolver los conflictos que pudieran generarse en la implementación del PPI, y una vez agotadas las vías administrativas, se promoverá la adopción voluntaria de procedimientos alternativos de solución de los mismos, como la mediación o el arbitraje, en forma previa a la resolución por vía judicial.

60. Los mecanismos de reclamos y sugerencias serán vehiculizados a través de las áreas de salud indígena provinciales, así como por canales virtuales. En este sentido, se diseñarán los mecanismos y protocolos, las vías y el protocolo de respuesta respecto a las sugerencias y reclamos. Asimismo, a los fines de atender los reclamos y resolver los conflictos que pudieran generarse en la implementación del PPI, y una vez agotadas las vías administrativas, se promoverá la adopción voluntaria de procedimientos alternativos de solución de los mismos, como la mediación o el arbitraje, en forma previa a la resolución por vía judicial.

61. Los procedimientos de reclamos y resolución de conflictos, así como el proceso que seguirá, el plazo y las responsabilidades institucionales entre la Provincia/Proyecto, Mediador y Afectado se preverán de acuerdo con las necesidades de cada etapa del ciclo del proyecto. En cualquiera de los casos se llevará un registro de recepción de interacción, y resolución de reclamos y conflictos.

7 DIFUSION DEL MPPI

62. El documento del MPPI se difundirá a través de organizaciones de Pueblos Indígenas del ámbito apropiado (nacional, regional o local), para que llegue a los Pueblos Indígenas que pudieran resultar ser afectados por las acciones del Proyecto. Asimismo, el MPPI será publicado en las páginas web de las Provincias que forman parte del Proyecto. El MPPI también podrá difundirse a través de organizaciones de la sociedad civil que sean pertinentes.

63. **Divulgación y capacitación orientada a la gestión.** En relación con la divulgación de acciones, se generaran materiales y canales (virtuales, presenciales) para capacitar a actores vinculados a la gestión, a nivel provincial y local, así como para divulgar las acciones de la Salvaguarda Indígena (publicaciones virtuales y/o en papel).

8 MECANISMO DE MONITOREO DEL MPPI

64. Los indicadores generales para las diferentes etapas del proyecto se desarrollarán por cada PPI. Estos indicadores tendrán por objetivo proveer una base referencial para el diseño del mecanismo de monitoreo más apropiado para realizar el seguimiento de las actividades y las mediciones del cumplimiento de las metas y objetivos propuestos en el MPPI y los PPI, y realizar los ajustes que sean necesarios. Además, como se mencionó anteriormente, se desarrollarán e implementarán sistemas integrados de información y de selección de indicadores para la conformación de un tablero de comando que permita el monitoreo y evaluación de la cobertura efectiva de los servicios priorizados y el impacto financiero sobre los beneficiarios.

9 CONSULTA PREVIA, LIBRE E INFORMADA

65. Las consultas son instancias donde se vuelcan las necesidades y opiniones sobre el sistema de salud y sobre los proyectos en particular. Estas han permitido corregir y re-orientar las acciones y nos indican el rumbo a seguir, sobre todo en lo referido a los Planes con Pueblos Indígenas.

66. En el marco de la Salvaguarda Indígena, fueron llevadas a cabo consultas previas, libres e informadas para los proyectos Nacer, FESP II (2010) y Proteger (2013) con miembros de organizaciones indígenas y miembros del Consejo de Participación Indígena del INAI (CPI).

67. En todos los casos se presentaron sugerencias de mejoras, las cuales fueron recogidas por la salvaguarda indígena para incorporar a acciones futuras. Algunas de ellas han comenzado a ser incorporadas por medio de acciones realizadas por el equipo de Salvaguarda Social, el nuevo Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas y los gobiernos provinciales. Otras sugerencias se encuentran en proceso de ser incorporadas. A continuación presentamos un resumen de las mismas de los proyectos mencionados en el párrafo anterior:

Propuestas relevadas	Acciones realizadas
Adecuación cultural para actividades en salud	A través de la Salvaguarda Indígena de los proyectos FESP y Nacer-Sumar se ha trabajado la temática por medio de talleres participativos y capacitaciones a efectores de salud así como en el diseño de los aspectos sociales de los proyectos
Contar con una Dirección/Programa Nacional de Salud Indígena	Este programa fue creado por el MSAL en el año 2016 (PNSPI)
Mayor articulación entre programas en terreno	Por medio de la centralización de las salvaguardas indígenas de diferentes proyectos en la Salvaguarda Social de la UFI-S, y el trabajo conjunto con el PNSPI, ha mejorado notablemente la articulación, evitando la superposición de actividades
Creación de áreas provinciales de salud indígena con consejo indígena asesor rentado	A través de una ASP de la Salvaguarda Indígena del FESP II, se fomentó la creación de Unidades de Salud Indígena provinciales, contando en la actualidad con unidades en 16 provincias. Algunas de ellas cuentan con un consejo indígena, aunque no es rentado (lo que depende enteramente de cada provincia).
Garantizar la participación en todo el proceso (diseño, implementación, monitoreo y evaluación)	Además de las consultas previas, libres e informadas a comienzo de cada proyecto, se ha estimulado la consulta permanente a través de los PPI y actas de talleres participativos.
Incorporar en documentos del proyecto el concepto de salud de pueblos originarios	En todas las actividades de la Salvaguarda Social se utiliza el concepto de salud en tanto un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades
Reconocer e incluir la sabiduría de la medicina ancestral	Además de estar como contenido en los talleres y capacitaciones de la Salvaguarda, en este proyecto CUS-Sumar se ha incluido una consultoría para hacer un relevamiento sobre prácticas y uso actual de la medicina tradicional
Reconocimiento y participación de médicos tradicionales en el sistema de salud oficial	Se comenzó a trabajar con la temática a través de las Unidades de Salud Indígena provinciales (por ejemplo, Hospital Pozo Brea de Santiago del Estero)
Consultas realmente previas, libres e informadas. Que contemplen los tiempos de participación. Los representantes no debe decidir por las comunidades, sino que son voceros del sujeto colectivo, que requerirá	A fin de lograr aproximarnos a este ideal, la consulta del presente proyecto será realizada como un proceso. El proyecto será consultado a nivel nacional primeramente utilizando a los CPI como voceros que lleven el proyecto y pueda ser discutido a nivel local. A

mayor tiempo para tratar el tema. Las consultas deberán realizarse a organizaciones nacionales, provinciales y comunidades de base	nivel provincial, a través de los PPI se consulta a los CPI, agentes sanitarios y referentes de comunidades. A nivel local, mediante las actas de consulta de los talleres de participación
Que el financiamiento destinado a pueblos indígenas sea utilizado para tal fin	En el FESP II se diseñaron Actividades de Salud Públicas de pago por resultados específicas para pueblos originarios, transfiriéndose a las provincias los reembolsos por ellas obtenidos
Incluir la variable étnica en encuestas y sistemas de información. En su implementación deberán participar referentes indígenas remunerados	Se viene trabajando en la inclusión de la variable étnica en historia clínica electrónica a nivel provincial (San Juan), nacional (mesa de sistemas MSAL) y por medio del Proyecto Proteger
Participación de referentes indígenas en diseño de piezas de comunicación y materiales de difusión adaptados culturalmente	Se viene trabajando con provincias específicas (Misiones, San Juan, Rio Negro) en el desarrollo de materiales de comunicación

68. Se considera que la consulta debe ser un proceso continuo durante las distintas etapas de un proyecto y que debe darse a diferentes niveles. Plantear la consulta como un proceso de este tipo es lo que posibilita llegar a la mayor cantidad de población posible, recogiendo experiencias, sugerencias y demandas de mejora que nutrirán a los proyectos, mejorando su llegada a las comunidades. Para lograr esto, la Salvaguarda Social de UFIS, viene implementando un proceso de consulta permanente para los proyectos que activan Salvaguarda Indígena a diferentes niveles:

- A nivel nacional:
 - Consulta previa, libre e informada al inicio de proyecto
 - Reuniones con referentes indígenas a nivel nacional durante la ejecución del proyecto
- A nivel provincial:
 - Consulta del Plan para Pueblos Indígenas (PPI) de cada provincia con los referentes indígenas provinciales afectados por las acciones.
- A nivel local:
 - Actas de trabajo resultado de los talleres de participación comunitaria
 - Actas de trabajo resultado de las mesas de trabajo en efectores

69. La consulta previa, libre e informada del Marco de Planificación para Poblaciones Indígenas (MPPI) del Proyecto "Cobertura Universal Efectiva de Salud" fue llevada a cabo por intermedio del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas –INAI- (creado por Ley Nacional Nº 23.302) a través del Consejo de Participación Indígena –CPI- (creado por resolución INAI Nº152/2004).

70. Inicialmente se presentó la Salvaguarda Social de UFI-S, encargada de llevar adelante la ejecución de la Salvaguarda Indígena de este proyecto. Se expuso la política operacional O.P. 4.10 en el contexto del financiamiento del BIRF, así como la estrategia de trabajo del equipo dentro del Ministerio de Salud de la Nación. Posteriormente se presentaron las acciones realizadas por la Salvaguarda Indígena de los proyectos Nacer y Sumar (este último aún en curso) y para finalizar se presentó el MPPI del Proyecto "Cobertura Universal Efectiva de Salud", sus objetivos, estrategias y actividades a realizar.

71. En cuanto a los resultados de la consulta, se evidenció un productivo debate en torno al deber del Estado como garante del derecho a la salud y participación de los Pueblos Originarios en las cuestiones que les afecten, mediante el debido proceso de consulta “previa, libre e informada”.

72. Los consultados manifestaron la importancia de introducir las siguientes observaciones:

- Que para los registros de salud y para realizar la pregunta no se use la palabra ETNIA. Que se use PUEBLO INDÍGENA y/u ORIGINARIO en los registros nacionales. Y que en los registros provinciales se utilice la denominación que los pueblos originarios de cada provincia decidan.
- Que en lo que respecta al registro de la variable se especifique a qué PUEBLO y/o COMUNIDAD pertenece.
- Que el equipo de Salvaguarda Indígena participe en las reuniones de CPI que se realicen. Asimismo que los CPI provinciales participen de las reuniones de trabajo en las provincias.
- Realizar dos encuentros anuales de la Salvaguarda Indígena con los CPI.
- Conformar una mesa chica de CPI específica de salud.
- Se explicitó en varias oportunidades la necesidad de contar con más Agentes Sanitarios Indígenas y por tanto que se abra convocatoria para ello. Que el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas se implemente en aquellas provincias en que no aplique.
- Que las traducciones realizadas en el marco de la elaboración de materiales de comunicación con adecuación cultural, sean trabajos remunerados para quienes realizan dichas traducciones.
- Que los médicos tradicionales se reconozcan en pie de igualdad con los médicos del sistema de salud. Y que los médicos tradicionales se integren a los servicios de salud en aquellos casos en que la comunidad así lo solicite y lo reconozca.
- Que cuando la provincia recibe recursos (monetarios y materiales) de programas de financiamiento internacional se active un circuito para que la información llegue a los pueblos originarios de la provincia.

73. Asimismo se destacó que esta reunión es una primera puesta en común del proyecto. La consulta no se da por finalizada, dado que los representantes vuelven a su territorio y continúan el proceso de consulta con sus comunidades a fin de que pueda ser volcado en nuevos encuentros.

74. Una vez concluido el acto de consulta los asistentes suscribieron de conformidad el acta de consulta previa, libre e informada la cual se incluye como Anexo VI junto al registro fotográfico y listado de participantes de la consulta.

10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Evaluación del estado de salud de las poblaciones y planificación de acciones				
Actualización Evaluación Social	23 evaluaciones sociales actualizadas		23 evaluaciones sociales actualizadas	
Efectores priorizados con autoevaluación realizada	58 efectores autoevaluados		58 efectores autoevaluados	
Presentación PPI (incluyendo planes de mejora de efectores priorizados)	23 PPI presentados con consulta previa, libre e informada		23 PPI presentados con consulta previa, libre e informada	
Monitoreo de los PPI	23 PPI monitoreados	23 PPI monitoreados	23 PPI monitoreados	23 PPI monitoreados
Fortalecimiento institucional				
Referentes de unidades de SI en funciones	23 provincias con referente	23 provincias con referente	23 provincias con referente	23 provincias con referente
Financiamiento de capacitación agentes sanitarios de Pueblos Originarios del PN	5 capacitaciones financiadas	5 capacitaciones financiadas	5 capacitaciones financiadas	5 capacitaciones financiadas
Provisión de Materiales atención en terreno para AS indígenas del PN	1.000 kits entregados			
Producto gráfico de comunicación en APS producido por provincia	23 productos producidos	23 productos producidos	23 productos producidos	23 productos producidos
Capacitaciones en interculturalidad a efectores priorizados	15 capacitaciones realizadas	15 capacitaciones realizadas	15 capacitaciones realizadas	15 capacitaciones realizadas
Capacitación/intercambio equipo Salvaguarda Social	x	x	x	x
Mejora en el registro de la variable de pertenencia a Pueblos Originarios				

Inclusión en los registros provinciales y nacionales				Variable incluida en los registros de 23 provincias
Capacitación respecto a la variable de pertenencia a pueblos originarios		23 capacitaciones	23 capacitaciones	
Materiales de comunicación		23 materiales producidos	23 materiales producidos	
Incluir identificación de pertenencia a un pueblo originario o no en el Proyecto de Interoperabilidad Informática				Identificación incluida
Medicina Tradicional				
Recopilación de prácticas medicina tradicional		Monografía de recopilación		
Diseño de capacitaciones a efectores		Capacitaciones diseñadas		
Publicación de prácticas de medicina tradicional			Monografía publicada	
Paquete de Prestaciones Priorizadas (PPP)				
Inclusión prestaciones específicas para pueblos originarios	x	x	x	x
Monitoreo				
Incorporación de indicador en tablero de comandos	x	x	x	x

11 COSTOS DE IMPLEMENTACION DE LA SALVAGUARDA INDIGENA

65. Se incorporan en el coste de las actividades del proyecto aquellas destinadas a la Salvaguarda Indígena. Se han puesto como “disponibles” aquellos recursos que no implicarán gastos para el presente proyecto, a saber el equipo técnico que ejecutará la Salvaguarda Indígena.

Componente	Subcomponente	Acciones	Actividad	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total	Observaciones
1. Apoyo al fortalecimiento de la cobertura efectiva de salud pública	1.1. Financiamiento por capitación basada en resultados para prestaciones generales y enfermedades catastróficas	Prestaciones de Salud	Prestaciones específicas para Pueblos Originarios						No disponible
	1.2. Mejora de servicio de capacidad a nivel nacional y ministerios provinciales de salud. Equipamiento	Fortalecimiento PNSPI	Kits atención en terreno agentes sanitarios (costo unitario U\$D 300)	1.000 U\$D 300.000				U\$D 300.000	
		Necesidades efectores priorizados Sumar	Compra de las necesidades relevadas en priorizados Sumar	X					
	Total Componente 1				U\$D 300.000				U\$D 300.000
2. Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud Nacional y		Consultoría medicina tradicional	Consultoría– 2 personas (costo unitario \$ 18.000)		2 U\$D 36.000			U\$D 36.000	No disponible
			Publicación			1 U\$D 5.000		U\$D 5.000	No disponible

los Ministerios Provinciales para un modelo de atención integral	Fortalecimiento de las áreas de salud indígena provinciales	Materiales gráficos (costo unitario U\$D 1.000)	23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000	U\$D 92.000	No disponible	
	Capacitación en interculturalidad a efectores priorizados	Capacitación (costo unitario U\$D 1.000)	15 U\$D 15.000	15 U\$D 15.000	15 U\$D 15.000	15 U\$D 15.000	U\$D 60.000	No disponible	
		Viáticos Salvaguarda por capacitación– 2 personas (costo unitario U\$D 800)	15 U\$D 12.000	15 U\$D 12.000	15 U\$D 12.000	15 U\$D 12.000	U\$D 48.000	No disponible	
	Fortalecimiento de acciones de capacitación a nivel local para el PNSPI	Capacitación PNSPI (costo unitario U\$D 1.000)	5 U\$D 5.000	5 U\$D 5.000	5 U\$D 5.000	5 U\$D 5.000	U\$D 20.000	No disponible	
	Inclusión de la variable étnica en los registros nacionales y provinciales	Materiales gráficos (costo unitario U\$D 1.000)		23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000	U\$D 69.000	No disponible	
		Capacitación variable (costo unitario U\$D 1.000)		23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000		U\$D 46.000	No disponible	
		Viáticos Salvaguarda por capacitación inclusión variable – 2 personas (costo unitario U\$D 800)		23 U\$D 36.800			U\$D 36.800	No disponible	
	Reuniones de redes de salud para pueblos originarios	Reuniones (costo unitario U\$D 50.000)	1 U\$D 50.000	1 U\$D 50.000	1 U\$D 50.000	1 U\$D 50.000	U\$D 200.000	No disponible	
	Total Componente 2			U\$D 105.000	U\$D 223.800	U\$D 156.000	U\$D 128.000	U\$D 612.800	
	3. Gestión de apoyo, seguimiento y evaluación	Viáticos Salvaguarda Asistencias técnicas (costo unitario \$ 800)		23 U\$D 18.400	23 U\$D 18.400	23 U\$D 18.400	23 U\$D 18.400	U\$D 73.600	No disponible
Honorarios profesionales* (staff permanente) – 5 consultores		U\$D 90.000	U\$D 90.000	U\$D 90.000	U\$D 90.000	U\$D 360.000	Disponibile		

	Honorarios profesionales USGP** – 37 consultores (costo unitario U\$D 1.600 mensual)	U\$D 710.400	U\$D 710.400	U\$D 710.400	U\$D 710.400	U\$D 2.841.600	Disponible
	Total Componente 3	U\$D 818.800	U\$D 818.800	U\$D 818.800	U\$D 818.800	U\$D 3.275.200	

* Los honorarios profesionales del staff permanente están disponibles por la Salvaguarda Social de UFI-S y no representarán un costo para el proyecto.

** Corresponde al personal contratado como capacitación y pueblos indígenas a la fecha, de acuerdo al *Reglamento Operativo, Anexo I, Estructura y organigrama de las USGP*.

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total
Costo total	U\$D 1.223.800	U\$D 1.042.600	U\$D 974.800	U\$D 831.600	U\$D 4.072.800
Costo Total No Disponible	U\$D 423.400	U\$D 242.200	U\$D 174.400	U\$D 146.400	U\$D 986.400

ANEXO I

1 PROCESO DE PREPARACION DE LOS PPI

1.1 Evaluación Social

1. La evaluación social tiene como objetivo ofrecer un diagnóstico socio sanitario de los pueblos originarios de la provincia. La definición del alcance, profundidad y tipo de análisis de la Evaluación Social de las Comunidades Indígenas afectadas se encuentra en relación a la naturaleza y dimensión de los posibles impactos del proyecto en las Poblaciones Indígenas. Su confección es responsabilidad del personal para ello designado por el MSP y deberá incluir necesariamente las acciones planificadas en el marco de los proyectos que activan salvaguarda indígena/social.

2. Para la realización de las Evaluaciones Sociales, se tomarán como base aquellas desarrolladas previamente por las provincias. Se deberán utilizar fuentes de información disponibles en el marco del MSP (Sala de Situación, Estadística, Epidemiología, Programa Municipios y Comunidades Saludables, Sumar, NOMIVAC, SIP, Historia Clínica Digital, Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas, entre otros) como fuentes externas tanto gubernamentales (otros ministerios, censos) y no gubernamentales (ONG, Universidades, etc.). Cada evaluación social provincial deberá especificar los responsables del registro, consolidación de la información y redacción del documento, así como incluir los siguientes elementos de análisis:

- Marco Normativo e Institucional nacional y provincial aplicable en la provincia a sus pueblos indígenas. Organismos gubernamentales y no gubernamentales provinciales específicos (ej. IDACH).
- Nómina de organizaciones Indígenas provinciales y comunidades registradas en el RENACI y/o registros provinciales.
- Breve descripción etnográfica de las etnias que habitan cada provincia: organización político-social, lengua, modos de subsistencia, aspectos relacionados con la educación, (alfabetismo, bilingüismo, etc.). Distintos conceptos de salud y enfermedad, sistema tradicional de conocimientos y prácticas, relaciones de género, comportamiento sexual y reproductivo, entre otros.
- Ubicación geográfica y descripción del hábitat: provisión de agua, disposición de residuos, eliminación de excretas, combustibles utilizados para cocinar/calearse. Servicios básicos (luz, vías de comunicación, teléfono, radio, etc.). Infraestructura: escuela, CAPS/posta de salud, hospital de referencia (accesibilidad).
- Indicadores socio demográficos: condiciones de vida, población con NBI, indicadores de pobreza, pirámide poblacional, tasa de fecundidad, tasa de masculinidad, migración, nivel de alfabetización /educación, etc.
- Perfil epidemiológico de cada comunidad y a nivel provincial. Aspectos relacionados con la salud (debe incluir también necesidades y problemas de salud priorizados por la comunidad).

- Dato desagregado por sexo y edad de los beneficiarios del Programa SUMAR auto identificados como población indígena y efectores en los que fueron inscriptos.
- Red prestacional existente para la atención de las comunidades indígenas.
- Accesibilidad de las personas indígenas a los servicios de salud (facilitadores y barreras).
- Breve reflexión sobre el impacto de la Salvaguarda en la provincia

3. En caso de no poseer alguno de los datos requeridos, se deberán especificar las razones de su ausencia. Los resultados de la evaluación social serán divulgados ampliamente entre las Comunidades Indígenas y otros grupos de interés, empleando para ello métodos y lugares apropiados desde el punto de vista cultural.

1.2 Lineamientos para la preparación de los Plan para Pueblos Indígenas (PPI)

4. El **Objetivo** de los PPI es incentivar la planificación de acciones de salud para pueblos indígenas de manera articulada entre los distintos programas nacionales y provinciales. **Los Planes de Pueblos Indígenas (PPI) tendrán como objetivo:** a) evitar, reducir lo más posible, mitigar o compensar los efectos negativos causados el proyectos a las Comunidades Indígenas de manera culturalmente apropiada; y/o b) facilitar que las Comunidades Indígenas reciban los beneficios de manera apropiada e inclusiva desde el punto de vista intergeneracional y de género; y evitar que involuntariamente las mismas induzcan a la desigualdad, limitando los beneficios a los elementos más fuertes de la comunidad.

5. La confección de los PPI será responsabilidad del personal designado para tal fin por el MSP y los referentes de aquellos programas y proyectos que activen la salvaguarda indígena y serán financiados con fondos del proyecto. El mismo será validado por la Salvaguarda Social de UFIS y su cumplimiento es **obligatorio para la permanencia de la provincia en el proyecto.**

6. El PPI debe incluir una fundamentación del a selección de los objetivos de trabajo teniendo en cuenta este documento Marco de Planificación para Poblaciones Indígenas, la concepción de sujeto de derecho, el trabajo intersectorial y la labor en la red de salud, considerando las especificaciones culturales de la población objetivo. El mismo debe incluir obligatoriamente los siguientes contenidos:

- a) Los resultados de la evaluación social;
- b) Un resumen de los resultados de las consultas previas, libres e informadas que incluyan:
 - a) las necesidades y problemas de salud, barreras de acceso, determinantes de la salud y acuerdos plasmados en las actas de otras actividades;
 - b) mecanismos para la participación y consulta previa sobre la implementación del Proyecto en las comunidades indígenas;
 - c) los medios de divulgación del PPI previos que contengan las sugerencias y/o demandas que puedan surgir de las distintas comunidades, para ser contempladas en la reformulación del PPI.

- c) El proceso de consulta previa, libre e informada con las Comunidades Indígenas y el/las acta/s resultado del mismo.
- d) Medios de divulgación del PPI
- e) Las actividades planificadas.

7. Dentro de las actividades planificadas, el PPI debe incluir obligatoriamente todas aquellas que afecten a poblaciones indígenas y sean realizadas por proyectos y/o programas que activen la salvaguarda indígena/social. Dado que se espera que la provincia pueda apropiarse del PPI como una herramienta de planificación y gestión integral, es importante que el mismo incluya todas las actividades destinadas a población originaria que realice MSP, cualquiera sea el programa por el que se vehiculicen.

8. Cada una de las actividades debe tener: a) objetivos generales y específicos, b) acciones, c) adecuaciones culturales implementadas, d) indicadores de seguimiento, e) cronograma, f) metas, g) responsable del cumplimiento y h) costeo.

9. Como se mencionó, **el PPI deberá ser sujeto a consulta previa, libre e informada** a referentes de los pueblos indígenas y/o comunidades afectadas. **La Provincia documentará el proceso de consultas en un Informe con el siguiente contenido:**

- a) El proceso de consulta con las evidencias necesarias para verificar que los PPI han sido previa y libre e informados acerca de las actividades.
- b) Las medidas para abordar los impactos identificados tanto los efectos adversos como positivos sobre las Comunidades Indígenas.
- c) Cualquier acuerdo formal alcanzado con la comunidad indígena involucrada o con las organizaciones de pueblos indígenas.



ANEXO II

1 MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL NACIONAL PARA LAS POBLACIONES INDÍGENAS

1. En la **República Argentina** existe un **cuerpo normativo que protege y garantiza la identidad y los derechos colectivos de los pueblos indígenas**, tanto en la **Constitución Nacional** como a través de **Leyes Nacionales, Provinciales y Convenios Internacionales** suscriptos por el Gobierno.

2. La reforma de la **Constitución Nacional del año 1994**, con la sanción del **artículo 75, inciso 17**, que incorpora los **derechos de los pueblos indígenas**, constituyó un significativo avance en la política de reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de Argentina. A partir del reconocimiento constitucional se ha configurado para los **pueblos indígenas** una **situación de derecho específico y particular** que consagra nuevos derechos de contenido esencial que, como mínimo, deben darse por aplicable siempre. Aún la falta de un desarrollo legislativo conlleva la obligación de readecuar el marco del Estado y sus instituciones en función del reconocimiento de su pluralidad étnica y cultural.

3. Se enumeran algunos de los **tratados internacionales** a los que Argentina adhirió y algunas de las **leyes nacionales** por temática consideradas relevantes para nuestro objetivo:

Tratados internacionales

Declaración Universal sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (ONU).

Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (ONU).

Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU).

Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural (UNESCO).

Declaración Universal de Derechos Lingüísticos (UNESCO).

Ley 24.071. Ratificatoria del **Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo**.

Ley 24.375. Ratificatoria del **Convenio sobre la Diversidad Biológica**. Sancionada 7 Septiembre 1994. Promulgada: 3 Octubre 1994. Publicada: 6 Octubre 1994.

Decreto 1347/1997 Ley sobre Diversidad Biológica. Autoridad de Aplicación.

Resolución 91/2003. Estrategia Nacional sobre la Diversidad Biológica Bs. As., 27/1/2003.

Resolución 260/2003. Reglamento de la Comisión Nacional Asesora para la Conservación y Utilización Sostenible de la Diversidad Biológica. Bs. As., 10/3/2003.

Ley 24.544 Aprobación del Convenio constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos

Indígenas de América Latina y el Caribe. Boletín Oficial, 20 de Octubre de 1995.

Ley 25.034. Convenio de integración cultural entre la República Argentina y la República de Bolivia. Sancionada. Octubre 14 de 1998. Promulgada de Hecho: Noviembre 9 de 1998.

4. Cabe resaltar que el **Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), ratificado por Argentina en julio del año 2000**, asume que los Pueblos Indígenas seguirán existiendo como parte de sus sociedades nacionales, manteniendo su propia identidad, sus propias estructuras y tradiciones. Se funda en el principio de que estas estructuras y formas de vida tienen un valor intrínseco que necesita ser salvaguardado, y reconoce a los pueblos indígenas como **sujetos colectivos portadores de derechos específicos**.

5. Asimismo, **el Convenio se refiere al desarrollo autónomo y libre determinación de los pueblos, a su capacidad y derecho de decidir y controlar su propio desarrollo, nacional o regional en la medida que éste afecte sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan y de controlar, en lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural**. También plantea que los planes de desarrollo económico de las regiones donde habitan deberán diseñarse atendiendo al mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados y la adopción de los gobiernos a tomar medidas en cooperación con los pueblos interesados, tendientes a la protección y preservación del medio ambiente de los territorios habitados por ellos.

Legislación nacional (por temática específica en salud o relacionada)

<p>Organización</p>	<p>Ley 23.302 Crea la Comisión Nacional de Asuntos Indígenas para protección y apoyo a las comunidades aborígenes. Promulgada el 30 de septiembre de 1985.</p> <p>Decreto Nº 155/1989. Decreto reglamentario de la ley 23302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes. 17 de Febrero de 1989.</p> <p>Resolución 4811/1996 Registro de Comunidades Indígenas. Secretaria de Desarrollo Social. Buenos Aires, 08 de Octubre de 1996.</p> <p>Decreto 141/2003 (Ley de Ministerios - Modificatorio) Ministerio de Desarrollo Social - Funciones y Objetivos.</p> <p>Resolución INAI 152/2004 y modificatoria 301/2004 que establece la conformación del Consejo de Participación Indígena (CPI).</p>
----------------------------	---

	<p>Ley 25.326 Principios generales relativos a la protección de datos. Sancionada: Octubre 4 de 2000. Promulgada Parcialmente: Octubre 30 de 2000.</p> <p>Ley 24.956 Censo Aborigen Boletín Oficial, 28 de Mayo de 1998.</p> <p>Ley 25.607. Establece la realización de una campaña de difusión de los derechos de los pueblos indígenas. Sancionada: Junio 12 de 2002. Promulgada: Julio 4 de 2002.</p> <p>Decreto 701/2010 establece al INAI como encargado de coordinar, articular y asistir al seguimiento y estudio del cumplimiento de las directivas y acciones dispuestas en la Ley 25517.</p> <p>Decreto 702/2010 Incorporación al INAI de la Dirección de afirmación de los derechos indígenas.</p> <p>Decreto 672/2016 Creación del Consejo Consultivo y Participativo de los Pueblos Indígenas de la República Argentina.</p>
<p>Identidad Cultural</p>	<p>Ley 24.515. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. Sancionada: Julio 5 de 1995.</p> <p>Ley 24.874 Poblaciones Indígenas del Mundo Declárase de interés nacional, cultural, educativo y legislativo, el Decenio Internacional de Las Poblaciones Indígenas del Mundo. Sancionada: Septiembre 3 de 1997. Promulgada: Septiembre 23 de 1997. B.O.: 29/09/97.</p> <p>Resolución 170/2005 Comité Federal de Radiodifusión Comunidad Mapuche Linares Promulgada 15/03/2005 Publicada 21/03/2005.</p> <p>Resolución 931/2005 Comité Federal de Radiodifusión Comunidad Mapuche Lefiman Promulgada 02/08/ 2005 Publicada 08/08/2005.</p> <p>Ley Nº 25517 Deberán ser puestos a disposición de los pueblos indígenas y/o comunidades de pertenencia que lo reclamen, los restos mortales de aborígenes, que formen parte de museos y/o colecciones públicas o privadas.</p> <p>Ley Nº 25.607 Campaña de difusión de los derechos de los pueblos originarios.</p> <p>Decreto 700/2010 Se crea la Comisión de análisis e instrumentación de la propiedad comunitaria indígena.</p>

Espiritualidad	<p>Ley 21.745. Registro de Cultos. Buenos Aires, Febrero de 1977.</p> <p>Decreto Nº 2037/1979, 23 de Agosto de 1979.</p> <p>Resolución 167/1997, 17 de enero de 1997.</p>
Educación	<p>Ley 24.195. Política Educativa. Sistema Educativo Nacional. Estructura del Sistema Educativo Nacional. Sancionada: Abril 14 de 1993. Promulgada: Abril 29 de 1993.</p> <p>Resolución 107/99 C.F.C. y E. Profesor Intercultural Bilingüe Modalidad Aborigen para la Educación Inicial.</p>
Salud	<p>Decreto 455/2000 Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos. Bs. As., 8/6/2000.</p>

6. El Marco Jurídico presentado implica las siguientes acciones

- **Reconocer y proteger valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos** y tomar en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente. Los pueblos interesados **deben participar en todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole, responsables de políticas y programas que les conciernan.**
- **Respetar la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos** así como **establecer los medios para el pleno desarrollo de las iniciativas de esos pueblos, y proporcionar los recursos necesarios para este fin.**
- Adoptar con la **participación y cooperación de CI**, medidas para allanar las dificultades de dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo. Dicha acción, se traduce en la **consulta a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas.**

7. A continuación se compendia la base normativa sobre Pueblos Indígenas para las provincias que activan la OP 4.10 Salvaguarda Indígena:

BUENOS AIRES

Constitución provincial (1994), Art. 36 inc.9 "De los indígenas. La Provincia reivindica la existencia de los pueblos indígenas en su territorio, garantizando el respeto a sus identidades étnicas, el desarrollo de sus culturas, y la posesión familiar y comunitaria de las tierras que legítimamente ocupan".

Decreto 3225/04: Crea el Registro Provincial de Comunidades Indígenas.

Decreto 2324/06: Instaura el Programa "Derechos Humanos e Interculturalidad".

Decreto 3631/07: Reglamenta la Ley 11.331 y crea el Consejo Provincial de Asuntos Indígenas.

Ley Nº 11.331: Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes.

Ley Nº 13.115: Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional Nº 25.607, que establece la realización de una campaña de difusión de los derechos de los Pueblos Indígenas contenidos en el inciso 17 del Art. 75 de la Constitución Nacional.

Decreto 1859/2004: Determina como autoridad de aplicación de la ley 13.115 a la Secretaría de Derechos Humanos.

Decreto 3225/04: Creación del Registro Provincial de Comunidades Indígenas.

CATAMARCA

Ley Nº 5.138/05: Adhesión de la Provincia de Catamarca a la Ley Nacional 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes y su modificatoria

Ley Nacional N. 25.799.

CHACO

Constitución provincial (1994), art. 37. La Provincia reconoce la preexistencia de los pueblos indígenas, su identidad étnica y cultural; la personería jurídica de sus comunidades y organizaciones; y promueve su protagonismo a través de sus propias instituciones; la propiedad comunitaria inmediata de la tierra que tradicionalmente ocupan y las otorgadas en reserva. Dispondrá la entrega de otras aptas y suficientes para su desarrollo humano, que serán adjudicadas como reparación histórica, en forma gratuita, exentas de todo gravamen. Serán inembargables, imprescriptibles, indivisibles e intransferibles a terceros. El Estado les asegurará: a) La educación bilingüe e intercultural. b) La participación en la protección, preservación, recuperación de los recursos naturales y de los demás intereses que los afecten y en el desarrollo sustentable. c) Su elevación socio-económica con planes adecuados. d) La creación de un registro especial de comunidades y organizaciones indígenas.

Ley Nº 3258/86: Principios generales, adjudicación de las tierras, educación y cultura, salud, vivienda, registro y documentación de las personas, creación del Instituto del Aborigen

Chaqueño (IDACH), Dirección y Administración del IDACH, Patrimonio y Recursos. Decreto Reglamentario: 2749/87.

Ley Nº 4804/00: Creación del Registro especial de comunidades y organizaciones indígenas.

Ley 6604/2010: Declara lenguas oficiales de la provincia, además del castellano español a las de los pueblos preexistentes Qom, Moqoit y Wichi, conforme las garantías establecidas por las Constituciones Nacional y Provincial y normativas complementarias. Crea el Consejo Provincial Asesor de Lenguas Indígenas, como organismo técnico político y de concertación.

Ley Nº 5450/04: Adhiere la Provincia del Chaco a la Ley Nacional 25.517 – Restos mortales de aborígenes de museos o colecciones públicas o privadas.

Ley Nº 6691/2010: Ley Provincial de Educación. Reconoce a los pueblos indígenas derechos vinculados a la educación, entre otros: garantiza una educación pública con participación de los pueblos indígenas, reconoce la libertad de los pueblos indígenas de crear instituciones educativas, promueve la valoración de la interculturalidad en la formación de todos los educandos, establece la modalidad bilingüe e intercultural para asegurar el derecho a la educación de los pueblos indígenas.

CHUBUT

Constitución provincial (1994), Art. 34: La Provincia reivindica la existencia de los pueblos indígenas en su territorio, garantizando el respeto a su identidad. Promueve medidas adecuadas para preservar y facilitar el desarrollo y la práctica de sus lenguas, asegurando el derecho a una educación bilingüe e intercultural.

Ley Nº 3657/91: Creación del Instituto de Comunidades Indígenas (ICI). Persona jurídica autárquica, que mantendrá sus relaciones con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Bienestar Social. El Instituto de Comunidades Indígenas será administrado por un Directorio integrado por un representante del poder ejecutivo y comunidades indígenas.

Ley Nº 3247/88: Comisión Provincial de identificación y adjudicación de tierras a las comunidades aborígenes, dependiente del Ministerio de Gobierno y Justicia de la Provincia.

Ley Nº 3623/90: Adhesión a la Ley Nacional 23.302 de Protección de Comunidades Aborígenes, referida a políticas indígenas y apoyo a las comunidades aborígenes.

Ley Nº 4899/02: Adhesión provincial a la Ley Nacional 25.607 sobre campaña de difusión de los derechos de los pueblos indígenas.

Ley Nº 4013/94: Creación del Registro de Comunidades Indígenas. La inscripción en dicho Registro se efectuará a la sola solicitud de cada comunidad, haciéndose constar nombre y ubicación de la misma, pautas de su organización y designación de sus representantes.

Ley Nº 4384/98: Subprograma Integral de Mejoramiento en la Calidad de Vida de las Comunidades Aborígenes. Desarrollo de actividades destinadas a brindar electrificación por energía eólica a población indígena.

Ley XVII Nº 91/2010: Ley de Educación de la Provincia de Chubut. En relación a los derechos indígenas se contempla la educación intercultural y bilingüe, garantizando el derecho constitucional de los pueblos indígenas a recibir una educación respetuosa de sus pautas culturales.

CORDOBA

Ley Nº 8505/95: Adhesión a la Ley Nacional 23.302 de Protección de Comunidades Aborígenes, referida a políticas indígenas y apoyo a las comunidades aborígenes.

Ley Nº 9870/10. Ley Provincial de Educación: considera dentro de sus objetivos la diversidad lingüística y cultural de los pueblos originarios, adopta la modalidad de educación Intercultural bilingüe que garantiza el derecho de los pueblos indígenas de recibir una educación que contribuya a fortalecer y preservar sus pautas culturales, y contempla dentro de las metas para la educación primaria y secundaria la implementación de programas que incrementen las oportunidades y atiendan las necesidades de los pueblos originarios.

CORRIENTES

Constitución Provincial (2007), Art. 66: La Constitución Provincial Reformada, sostiene en su artículo que “Debe preservarse el derecho de los pobladores originarios, respetando sus formas de organización comunitaria e identidad cultural.

ENTRE RIOS

Constitución Provincial (2008), Art. 33: reconoce la preexistencia étnica y cultural de sus pueblos originarios. Además, “asegura el respeto a su identidad, la recuperación y conservación de su patrimonio y herencia cultural, la personería de sus comunidades y la propiedad comunitaria inmediata de la tierra que tradicionalmente ocupan. La ley dispondrá la entrega de otras, aptas y suficientes para su desarrollo humano, que serán adjudicadas como reparación histórica en forma gratuita. Serán, indivisibles e intransferibles a terceros”

Ley 9653 08 de noviembre de 2005 – adhesión del Gobierno de la Provincia de Entre Ríos a la Ley Nacional 23.302 sobre “Política Indígena, protección y apoyo a las Comunidades Aborígenes.

FORMOSA

Constitución Provincial (2003), Art. 79: La Provincia reconoce al aborigen su identidad étnica y cultural, siempre que con ello no se violen otros derechos reconocidos por esta Constitución; y asegura el respeto y desarrollo social, cultural y económico de sus pueblos, así como su efectivo protagonismo en la toma de decisiones que se vinculen con su realidad en la vida provincial y nacional. Asegura la propiedad de tierras aptas y suficientes; las de carácter comunitario no podrán ser enajenadas ni embargadas. La utilización racional de los bosques existentes en las comunidades aborígenes requerirá el consentimiento de éstos para su explotación por terceros y podrán ser aprovechados según sus usos y costumbres, conforme con las leyes vigentes.

Ley Nº 426/84: Ley Integral del Aborigen. Tiene por objeto la preservación de las

comunidades aborígenes, defensa de sus patrimonios y tradiciones. Crea el Instituto de Comunidades Aborígenes (ICA).

Ley 718/87: Planes de Estudio y fundamentación para formulación de orientaciones y especialidades destinadas a los Centros de Nivel Medio para comunidades autóctonas y sectores marginales.

Ley Nº 1261/97: Dirección de Educación del Aborigen. Créase la Dirección de Educación del Aborigen en el ámbito de la Subsecretaría de Educación.

Ley 1470/05: Ley provincial de educación: establece la obligatoriedad de fijar políticas educativas para la educación intercultural y bilingüe que respete y valore las culturas de las comunidades aborígenes.

JUJUY

Constitución provincial (1986), Art. 50: Protección a los aborígenes: La provincia deberá proteger a los aborígenes por medio de una legislación adecuada que conduzca a su integración y progreso económico y social.

Ley Nº 4731/93: Ley provincial de educación: uno de los principios a contemplarse dentro de la política educativa es el respeto por las culturas aborígenes.

LA PAMPA

Constitución provincial (1994), Art.6: La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas.

Ley Nº 1228/90: Adhesión a la Ley Nacional 23.302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes. Crea el Consejo Provincial del Aborigen. Creación del Programa Fomento de la Comunidad Aborigen que tendrá como objetivo, resguardando sus pautas culturales, profundizar la integración y el desarrollo de la población aborigen en la Provincia de La Pampa. Elaboración del Programa a cargo de una Unidad Coordinadora Interministerial.

Ley Nº 2511/09: Ley de Educación Provincial: Establece como modalidad del sistema educativo a la educación intercultural bilingüe a fin de contribuir a rescatar y fortalecer la cultura de los pueblos indígenas.

LA RIOJA

Ley Nº 8678/09: Ley Provincial de Educación. Establece la modalidad educativa intercultural y bilingüe, garantizando así lo dispuesto en el artículo 75 inc. 17 de la Constitución Nacional en relación a los pueblos indígenas.

MISIONES

Constitución provincial (2003), A través de la Ley Nº 4.000/03 se modifica la constitución provincial (artículo 9 del Título Segundo, Capítulo Único): reconoce la preexistencia étnica y cultural del pueblo indígena Mbya y la posesión comunitaria de las tierras que

tradicionalmente ocupa, procurando fomentar el respeto a su identidad, el derecho a la educación bilingüe e intercultural, la participación en la gestión de sus recursos naturales, los servicios propios de salud y demás intereses que los afecten.

- Ley N° 2727/89 y el Decreto N° 660/04: establecen la creación y competencias de la Dirección Provincial de Asuntos Guaraníes, como el organismo administrativo centralizado, dependiente del Gobierno Provincial. Se delinean funciones y obligaciones en torno a la Salud, Educación, acceso a la Tierra, Viviendas, Registro de comunidades, fomento de actividades productivas y la preservación de pautas culturales.

La distribución de alimentos actualmente se encuentra a cargo de APS de la Provincia y el suministro de medicamentos es solicitado ante dicha dependencia por la Dirección de Asuntos Guaraníes.

Ley 4026: Ley Provincial de Educación. Contempla la educación indígena dentro de los regímenes alternativos, a fin de fortalecer su cultura y asegurarles su derecho a una educación bilingüe e intercultural.

MENDOZA

Ley N° 5754/91: Adhesión a la Ley Nacional 23.302. Reconocimiento de un representante en el Consejo de Coordinación del Instituto de Asuntos Indígenas.

NEUQUEN

Constitución provincial (2006), Artículo 23 inciso d: serán mantenidas y aún ampliadas las reservas y concesiones indígenas. Se prestará ayuda técnica y económica a estas agrupaciones, propendiendo a su capacitación y la utilización racional de las tierras concedidas, mejorando las condiciones de vida de sus habitantes y tendiendo a la eliminación progresiva de esta segregación de hecho.

Ley N° 1800/89 Promulgada por Decreto N° 2317/89: Adhiere la Provincia del Neuquén a la Ley Sobre Política Indígena y de Apoyo a las Comunidades Aborígenes, N° 23.302.

Ley N° 2440/03 Promulgada por Decreto N° 1832/03: Adhiere a la Ley Nacional 25.607, a través de la cual se establece una campaña de difusión de los derechos de los pueblos originarios reconocidos por el Artículo 75, inciso 17 de la Constitución Nacional.

RIO NEGRO

Constitución provincial (1988), Artículo 42: El Estado reconoce al indígena rionegrino como signo testimonial y de continuidad de la cultura aborígen preexistente, contributiva de la identidad e idiosincrasia provincial. Establece las normas que afianzan su efectiva incorporación a la vida regional y nacional, y le garantiza el ejercicio de la igualdad en los derechos y deberes. Asegura el disfrute, desarrollo y transmisión de su cultura, promueve la propiedad inmediata de las tierras que posee, los beneficios de la solidaridad social y económica para el desarrollo individual de su comunidad, y respeta el derecho que les asiste a organizarse.

- Decreto Nº 310/98: Creación del Consejo de Desarrollo de Comunidades Indígenas. El consejo se conformará con dos representantes del Poder Ejecutivo y tres representantes del pueblo mapuche. El consejo de desarrollo funcionará en ámbito del Ministerio de Gobierno con dependencia del mismo y tendrá carácter permanente como espacio institucionalizado de gestión gobierno población para establecer las políticas a implementarse.

Ley 2287/88 Decreto 2924/88. Tiene por objeto el tratamiento integral de la situación jurídica, económica y social, individual y colectiva de la población indígena, reconocer y garantizar la existencia institucional de las comunidades y sus organizaciones, así como el derecho a la autodeterminación dentro del marco constitucional, implicando un real respeto por sus tradiciones, creencias y actuales formas de vida.

Ley Nº 2353/92: Instituto Nacional de Asuntos Indígenas. Adhesión a la Ley 23.302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades indígenas.

Ley Nº 2553/92 Decreto 2363/92. El Poder Ejecutivo Provincial designa un representante para integrar el Consejo de Coordinación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 5 - inciso I - apartado f) de la Ley 23.302 y artículo 9 del decreto 155 que reglamenta la mencionada Ley.

Ley Nº 4275/2007: La Provincia de Río Negro adhiere a la Ley Nacional Nº 26160 de Emergencia en la Posesión y Propiedad Indígena.

Ley Nº 2233/88, Decreto Nº 2099/88: Se crea la Comisión de Estudio del Problema Indígena de la Provincia de Río Negro. La Comisión estará integrada por Cinco miembros de la Legislatura, un representante de cada una de las siguientes áreas del Poder Ejecutivo: Tierras, Cooperativas, Trabajo, Salud, Educación, Asuntos Indígenas y dos miembros del Consejo Asesor Indígena. Tendrá por objeto proponer todas las medidas conducentes a superar las condiciones de marginación social y económica, rescatar, proyectar y desarrollar los valores propios de los pobladores indígenas, con el aporte de su cultura.

SALTA

Constitución provincial (1998), Artículo 15: Pueblos Indígenas

I. La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas que residen en el territorio de Salta.

Reconoce la personalidad de sus propias comunidades y sus organizaciones a efectos de obtener la personería jurídica y la legitimación para actuar en las instancias administrativas y judiciales de acuerdo con lo que establezca la ley. Créase al efecto un registro especial.

Reconoce y garantiza el respeto a su identidad, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, la posesión y propiedad de las tierras fiscales que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano. Ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes ni embargos. Asegura su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y demás intereses que los afecten de acuerdo a la ley.

II. El Gobierno Provincial genera mecanismos que permitan, tanto a los pobladores indígenas

como no indígenas, con su efectiva participación, consensuar soluciones en lo relativo con la tierra fiscal, respetando los derechos de terceros.

Ley Nº 6373: Promoción y Desarrollo del Aborigen. Creación del Instituto Provincial del Aborigen. Objetivos, incumbencias y organización. Este organismo fue reemplazado por el Instituto Provincial de los Pueblos Indígenas, vigente actualmente.

Ley Nº 7121/00: Desarrollo de los pueblos indígenas. Su objetivo principal es promover el desarrollo pleno del indígena y de sus comunidades, fomentando su integración en la vida provincial y nacional. Asimismo, establece la creación del Instituto Provincial de los Pueblos Indígenas de Salta.

Ley Nº 7546/08: Ley de Educación de la Provincia. Establece la modalidad de educación intercultural y bilingüe.

SAN JUAN

No se reconocen leyes ni derechos específicos a los pueblos originarios pertinentes.

SAN LUIS

Constitución provincial (2011), Artículo 11 Bis: Esta Constitución reconoce todos los derechos y garantías establecidos en la Constitución Nacional, a los que considera un piso, por sobre el cual la Provincia de San Luis puede establecer mayores derechos y garantías. Todos los habitantes de la Provincia, gozan de los Derechos de Inclusión Social y de Inclusión Digital como Nuevos Derechos Humanos fundamentales. La Provincia de San Luis reconoce la preexistencia étnica y cultural de los Pueblos Indígenas, comprendiendo sus derechos consuetudinarios preexistentes conforme a los acordados por la Carta Magna Nacional, el Convenio Nº 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes y la Declaración de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del 13 de septiembre del año 2007.

Ley Nº V-0600-2007: Se reconoce la preexistencia étnica, cultural y demás derechos de todas las comunidades originarias que han habitado y habitan el territorio de la provincia de San Luis, estableciendo la restitución de tierras suficientes para las mismas, asegurando su desarrollo integral y sustentable, colaborando para que alcancen autonomía económica financiera y reconociendo su derecho a la autodeterminación.

Ley Nº V-0672-2009: Adherir a la Declaración de Naciones Unidas sobre los pueblos indígenas, adoptada en fecha 13 de septiembre de 2007, por la 107ª Asamblea General de las Naciones Unidas.

SANTA CRUZ

Constitución provincial, Art. 26: La cultura es un derecho fundamental. El Estado impulsa las siguientes acciones, entre otras: la promoción, protección y difusión del folclore, las artesanías y demás manifestaciones; el reconocimiento a la identidad y respeto a la diversidad cultural, la convivencia, la tolerancia y la inclusión social, estimulando el intercambio desde una perspectiva latinoamericana; la protección, preservación y

divulgación de los bienes culturales, el patrimonio tangible e intangible, histórico, artístico, arqueológico, arquitectónico y paisajístico; la aplicación de las nuevas tecnologías de la comunicación para la producción cultural. Los fondos para su financiamiento no podrán ser inferiores al uno por ciento de las rentas no afectadas del total de las autorizadas en la ley de presupuesto.

Art. 33: La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de sus pueblos originarios. Asegura el respeto a su identidad, la recuperación y conservación de su patrimonio y herencia cultural, la personería de sus comunidades y la propiedad comunitaria inmediata de la tierra que tradicionalmente ocupan. La ley dispondrá la entrega de otras, aptas y suficientes para su desarrollo humano, que serán adjudicadas como reparación histórica en forma gratuita. Serán, indivisibles e intransferibles a terceros. Reconoce a los pueblos originarios el derecho a una educación bilingüe e intercultural, a sus conocimientos ancestrales y producciones culturales, a participar en la protección, preservación y recuperación de los recursos naturales vinculados a su entorno y subsistencia, a su elevación socio-económica con planes adecuados y al efectivo respeto por sus tradiciones, creencias y formas de vida.

Ley 2.785 – 23 de junio de 2005. Adhiere a la Ley Nacional 23.302

SANTA FE

Ley Nº 5487/61: Creación de la Dirección Provincial del Aborigen.

Ley Nº 11.078/93: Ley de comunidades aborígenes. Regula las relaciones colectivas e individuales de las comunidades aborígenes de la provincia. Reconoce su propia organización y su cultura, propiciando su efectiva inserción social.

Ley Nº 10.701/91: Creación de escuela de educación inicial de comunidad mocoví en Recreo.

Decreto Nº 1719/05: Modalidad de Educación Intercultural Bilingüe (aborigen).

SANTIAGO DEL ESTERO

La Ley Provincial Nº 6771: Art.1º: La Provincia de Santiago del Estero, reconoce en todo su territorio la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas y promueven su participación en los temas e intereses que los afectan a través de sus propias instituciones como Personas de Carácter Público no Estatal.

Art. 2º: El Estado garantizará a los pueblos indígenas el respeto a su identidad, la educación en todos sus niveles y particularmente su carácter intercultural bilingüe, su elevación socioeconómica como así la propiedad intelectual y el producido económico sobre los conocimientos teóricos prácticos provenientes de sus tradiciones cuando sean utilizados con fines de lucro.

Art. 3º. El respeto pleno de sus prácticas religiosas, consecuente con el principio de la libertad de cultos, de sus símbolos y sus autoridades naturales.

Art. 4º: Facultase al Poder Ejecutivo a la creación de un Registro Provincial de Comunidades

Indígenas.
Art. 5º: A los efectos de dar cumplimiento con la presente Ley, facultase al Poder Ejecutivo a realizar el relevamiento territorial y socio ambiental que correspondiere.
Ley N° 6876/07: Ley Provincial de Educación. Asegura a los pueblos indígenas el respeto a su lengua e identidad cultural, promoviendo la valorización de la multiculturalidad en la formación de todos los educandos.
TIERRA DEL FUEGO
Ley N° 235/95: Adhesión a las Leyes Nacionales N° 14.932 sobre Comunidades Indígenas, N° 23.302 sobre Políticas Indígenas y Apoyo a las Comunidades Aborígenes y N° 24.071 sobre Pueblos Indígenas.
TUCUMAN
Constitución provincial (2006), Art. 149: La Provincia reconoce la preexistencia étnico-cultural, la identidad, la espiritualidad y las instituciones de los Pueblos Indígenas que habitan en el territorio provincial.
Garantiza la educación bilingüe e intercultural y el desarrollo político cultural y social de sus comunidades indígenas, teniendo en cuenta la especial importancia que para estos Pueblos reviste la relación con su Pachamama. Reconoce la personería jurídica de sus comunidades y la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regulará la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos.
Asegura su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten. Se dictarán leyes que garanticen el pleno goce y ejercicio de los derechos consagrados en este artículo.
Ley N° 5.778/86: Adhesión a la ley nacional 23.302.

2 INSTITUTO NACIONAL DE ASUNTOS INDÍGENAS (INAI)

8. El **INAI** es la institución del Estado Nacional que tiene la **responsabilidad de crear canales interculturales para la implementación de los derechos de los Pueblos Indígenas** consagrados en la Constitución Nacional (Art. 75, Inc. 17).

9. El Instituto fue creado a partir de la sanción de la Ley 23.302, en septiembre de 1985 como entidad descentralizada con participación indígena y reglamentada por el Decreto N° 155 en febrero de 1989. Sus principales funciones son:

- Disponer la inscripción de las comunidades indígenas en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI). Para ello coordina su acción con los gobiernos

provinciales y presta el asesoramiento necesario a las comunidades mediante el desarrollo de talleres de capacitación a los efectos de facilitar los trámites. A la fecha existen registradas 1417 comunidades indígenas.

- Arbitrar todos los mecanismos disponibles para cumplir con el imperativo constitucional de "... reconocer la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan..." y regular, además, la entrega de otras tierras aptas y suficientes para el desarrollo humano (Art. 75, Inc. 17, de la Constitución Nacional).
- Promover la participación indígena en la formulación y ejecución de proyectos de desarrollo con identidad, dando el apoyo técnico y financiero necesario.
- Coordinar programas de apoyo a la educación intercultural, pedagogías aborígenes, acciones de recuperación cultural y a investigaciones históricas protagonizadas por las comunidades.
- Promover espacios de mediación y participación indígena en las temáticas afines a los intereses de las comunidades, como recursos naturales y biodiversidad, desarrollo sustentable, políticas de salud, comunicación y producción, gerenciamiento y comercialización de artesanías genuinas.

10. La **Ley Nacional Nº 23.302**, sobre "**Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes**" establece en su artículo 5º que en el INAI se constituirá el **CONSEJO DE COORDINACION** integrado por **representantes de los Ministerios Nacionales, representantes de cada una de las Provincias** que adhieran a la ley y **los representantes elegidos por las Comunidades Aborígenes** cuyo número, requisitos y procedimientos electivos está determinado por la Resolución INAI Nº 152/2004.

11. Con el objetivo de hacer efectiva la representación indígena en el Consejo de Coordinación, el INAI ha dictado la **Resolución Nº 152/2004 y su Modificatoria Nº 301/04** impulsando la conformación del **CONSEJO DE PARTICIPACION INDIGENA (CPI)**, cuyas funciones son:

- Asegurar la posterior participación indígena en el mencionado Consejo de Coordinación y determinar los mecanismos de designación de los representantes ante el mismo y,
- Las funciones señaladas en el artículo 7º del Decreto Nº 155/89, reglamentario de la ley Nº 23.302, de la adjudicación de las tierras.

12. El CPI está integrado por un delegado titular y uno suplente, por pueblo indígena y por provincia. Para la elección de estos representantes se llevan a cabo en las provincias asambleas comunitarias de todos los Pueblos Indígenas. Esta instancia participativa en los diseños de las políticas públicas da cumplimiento a la ley arriba mencionada, respondiendo al mandato constitucional en su Artículo 75, Inciso 17 y a la Ley 24.071, aprobatoria del Convenio

169 de la OIT. **La creación del CPI en el ámbito del INAI, ha sido el inicio de un proceso activo de consulta y participación entre el Estado Nacional y los Pueblos Indígenas**, en un espacio de análisis para todos los asuntos que afecten a estos últimos.

13. En cuanto a sus **propias instituciones, los Pueblos Indígenas, a través de sus organizaciones comunitarias, se reúnen en Asambleas**. En estas reuniones discuten las diferentes posiciones de sus miembros, acordando por consenso o por mayoría, y son registradas en actas según lo definan sus estatutos. Estas asambleas se realizan generalmente los días sábados, domingos o feriados, debido a que durante la semana desempeñan tareas laborales, formales o informales, cuya retribución generalmente solo alcanza para cubrir parte del sustento diario familiar. Asimismo, en algunas provincias existen organizaciones que nuclean a las de base.

3 CONSEJO CONSULTIVO Y PARTICIPATIVO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

14. Por medio de Decreto presidencial 627 del 2016 se creó el Consejo Consultivo y Participativo de los Pueblos Indígenas de la República Argentina, bajo la órbita de la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. El mismo está conformado por representantes que los Pueblos, Comunidades y/u Organizaciones de Pueblos Indígenas asignados a tales fines.

15. El mismo se basa en que, para cumplir con los deberes constitucionales establecidos se requiere generar un diálogo intercultural que diseñe políticas públicas para los Pueblos Indígenas, promueva diferentes programas e impulse, entre otros, un reordenamiento territorial, respetando el derecho a la consulta y al consentimiento.

16. Entre sus funciones se encuentran: impulsar la reforma de la ley N°23.302 adecuándola a estándares internacionales; proponer un proyecto de reglamentación del derecho a la consulta previa, libre e informada; proponer un proyecto de reglamentación de la propiedad comunitaria indígena; fortalecer la identidad sociocultural y el autogobierno; participar en el proceso de toma de decisión para la implementación de los programas, planes y proyectos para Población Indígena; promover la redefinición de las diferentes áreas relativas a políticas hacia Pueblos Indígenas.

ANEXO III

1 DESCRIPCIÓN DE LAS POLÍTICAS DEL MINISTERIO DE SALUD NACIONAL RESPECTO A PUEBLOS INDÍGENAS

1. La Interculturalidad supone impulsar espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. Más allá de la mera relación entre culturas, requiere confrontar las desigualdades en los intercambios culturales y entre culturas mismas. Es un “deber ser” alcanzable por medio de nuevas prácticas, valores y acciones sociales concretas y conscientes que se pueden construir, no en “abstracto”, sino en medio de procesos formativos y participativos colectivos en los que se relacionen los miembros de culturas diversas.

2. Por ello, este proceso no se puede reducir a una mezcla, fusión o combinación de elementos o prácticas culturalmente distintas. Sobre todo representa procesos dinámicos y de doble o múltiple dirección, repletos de creación y de tensión y siempre en construcción; procesos enraizados en las brechas culturales reales y actuales, brechas caracterizadas por asuntos de poder y por las grandes desigualdades sociales, políticas y económicas que no permiten una relación equitativa.

3. En este sentido, La operacionalización del concepto de interculturalidad en salud implica⁹:

- *Poner a disposición Servicios de salud adecuados culturalmente (Idioma, costumbres, tiempos, ritos, etc.)*
- *Organizados a nivel Comunitario y con personal de la comunidad*
- *Consulta Previa y libre e informada.*
- *Participación*
- *Concepto amplio de salud (Psico-Bio-Social) y*
- *Práctica de la Medicina Tradicional*

4. Dichas acciones se implementan desde la Salvaguarda Social de UFIS para los distintos proyectos (FESP I/II, H1N1, Plan NACER/SUMAR y Proteger) así como de la acción de programas de salud con enfoque intercultural (Programa Nacional de Salud Indígena). A través de la Resolución Ministerial 136/2016, se transfirieron a la UFI-S las funciones y competencias de la Salvaguarda Social, incorporando los equipos técnicos a la propia estructura de la UFI-S. El equipo de consultores técnicos, desde 2008, trabajó en la salvaguarda indígena del Proyecto FESP; del Proyecto de Emergencia H1N1; y actualmente continúa ejecutando las actividades correspondientes a los Marcos de Planificación para Pueblos Indígenas de los proyectos: “Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública II” (FESP II), BIRF N°7993; “Protección de la Población Vulnerable contra las Enfermedades CRÓNICAS no Transmisibles”, BIRF N°8508; y la

9 En base a los lineamientos establecidos por la OPS, el Convenio 169 de la OIT y la propia práctica de intervenciones de salud con Pueblos Originarios en la Argentina y las Américas

reestructuración del Proyecto de Desarrollo de Seguros Provinciales de Salud – SUMAR, BIRF Nº 8516.

5. En este sentido, la ejecución de la Salvaguarda Indígena del presente proyecto, será realizada por el equipo de Salvaguarda Social de UFIS, perteneciente a la gerencia de Monitoreo y Evaluación.

1.1 Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (PNSPI)

6. Dentro de la estrategia de abordaje integral de salud para las poblaciones indígenas, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) desarrolla acciones específicas para mejorar la situación sanitaria y el acceso a la salud para esas comunidades. Continuando con una iniciativa comenzada en 2000 con el Programa ANAHI (Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas) y seguida a través del área Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, dentro del Programa Médicos Comunitarios, en el año 2016 se creó el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (Resolución 1036), bajo la Dirección Nacional de Atención Comunitaria de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria.

7. Este programa tiene por objetivos:

- Generar la formulación de planes para lograr la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo.
- Propender a la disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena mediante el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud.
- Desarrollar actividades de capacitación de personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud aceptando la interculturalidad.

1.2 Proyecto de Emergencias H1N1

8. El objetivo de desarrollo de este Proyecto fue fortalecer la capacidad del sistema sanitario argentino para prevenir y vigilar la transmisión del virus de influenza y para controlar olas epidémicas de la enfermedad. Considerando la incertidumbre generada en el panorama sanitario mundial el proyecto apoyará al país en su preparación y respuesta a una posible segunda ola de la epidemia.

9. Los objetivos específicos fueron:

- 1) Mejorar la capacidad del sistema sanitario argentino para prevenir y vigilar la transmisión del virus de influenza a través de (a) el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia

Epidemiológica que detecte oportunamente casos de notificación de enfermedades tipo influenza (ETI) y que coordine sus acciones con la vigilancia sanitaria animal, (b) la implementación de campañas de comunicación culturalmente adecuadas a nivel local y de (c) investigaciones operativas para establecer la tendencia y evolución de la enfermedad.

- 2) Mejorar la capacidad del Sistema de Salud para controlar olas epidémicas de influenza a través de (a) la vacunación de 9 millones de personas priorizadas que permitirá reducir la transmisibilidad del virus A/H1N1 y mortalidad en la población, (b) el acceso a tratamiento antiviral ambulatorio para pacientes sintomáticos, (c) la mejora de la capacidad resolutoria de los servicios hospitalarios (servicios de guardia, hospitalización y terapia intensiva) y (d) pruebas de laboratorio con fines epidemiológicos.

10. Para la implementación de este proyecto se utilizaron los planes para pueblos indígenas provinciales elaborados bajo el FESP y el Plan Nacer, los cuales fueron actualizados para reflejar lo referente a las adecuaciones culturales pertinentes para la implementación de los Módulos Operativos de Comunicación Social bajo este proyecto.

1.3 Proyecto FESP I/II

11. La Salvaguarda Indígena del Proyecto FESP desarrolló sus actividades centradas en dos criterios de abordaje: uno de ellos basado en el fortalecimiento de las políticas públicas y áreas provinciales que brindan servicios de salud destinadas a los pueblos originarios, en las 15 provincias que activaron la OP 4.10. Dentro de este criterio, se realizó un trabajo sostenido de asistencia técnica y acompañamiento a las provincias con logros escalonados marcados por las distintas realidades. Si bien todas llegaron a consolidar y alcanzar los objetivos principales enunciados en el Marco de Planificación para Pueblos Indígenas (MPPI), los caminos recorridos fueron de complejidad variada de acuerdo a la existencia o no de áreas provinciales que se ocuparan específicamente de la problemática de salud indígena. Durante el primer año se realizó por un lado, un acompañamiento en los procesos de sensibilización y apropiación de los alcances de la Salvaguarda Indígena, se consiguió que la misma se instalara en las agendas de las gestiones provinciales. Por otro lado, se llegó a la elaboración de los Planes para Poblaciones Indígenas (PPI) y su implementación en 12 provincias. En el transcurso del año 2009, 14 provincias elaboraron y ejecutaron sus respectivos PPI. Actualmente se están definiendo herramientas para superar las debilidades detectadas en los mecanismos de registro y evaluación de las actividades ejecutadas.

12. El segundo criterio de abordaje hizo referencia a la estrategia que se planteó la Unidad Coordinadora (UC) para la articulación en el ámbito del MSAL y su área específica representada en un primer momento, tal como se detalla precedentemente, por el Programa ANAHÍ. Los procesos de reestructuración que afectaron a dicho programa marcaron un debilitamiento en su rol inicial de rectoría y asistencia técnica durante la instrumentación de la Salvaguarda Indígena y el diseño, ejecución y evaluación de los PPI. La Salvaguarda durante ese período

asumió la responsabilidad de asistir y fortalecer a las provincias para que se cumpliera en tiempo y forma con la elaboración de los PPI. Por otra parte, se realizaron tareas conjuntas con el Plan Nacer basadas en el intercambio de experiencias en la gestión y el abordaje a las poblaciones originarias, con el propósito de potenciar y complementar los objetivos de ambos proyectos.

13. Es así que desde la Salvaguarda Indígena se fue generando una estrategia de articulación con otros programas del Ministerio (por ej. con el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa Médicos Comunitarios), otros Ministerios (área de Capacitación Permanente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación; Proyecto de Energía Renovables en Mercados Rurales –PERMER, Ministerio de Economía, etc.); el Plan Nacer/Programa SUMAR, y el INAI, con la intención de potenciar los resultados en la población de las comunidades indígenas. Los resultados han sido disímiles y se sigue proponiendo esta línea de acción a fin de afianzar los vínculos interinstitucionales para alcanzar una gestión conjunta más eficiente tendiente a consolidar una política de Salud que con un enfoque de interculturalidad permita ir reduciendo las crecientes brechas sociales y económicas que separan a la población indígena de la población del resto del país.

14. Dicho proceso se vio reflejado durante la ejecución del FESP I y certificado por sucesivas evaluaciones del Banco Mundial quien ha calificado a la Salvaguarda Indígena como de “mejor práctica en la región”.

15. Bajo este marco legal e institucional es que el Ministerio de Salud de la Nación, con el acompañamiento de la Salvaguarda Indígena, organiza con las provincias participantes los procedimientos de participación e información previa, libre e informada con los Pueblos Indígenas.

1.4 Plan NACER/SUMAR

16. En el marco de las fases 1 y 2 del Préstamo para inversión en el sector materno infantil provincial (PISMIP - Plan Nacer) y del Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud y el Financiamiento Adicional a dicho Proyecto (PDSPPS - Programa SUMAR), como parte de las actividades de la Salvaguarda Indígena, se han realizado diversos encuentros destinados a la consulta con los representantes de Pueblos Originarios. A su vez, se financiaron estudios específicos¹⁰ y capacitaciones destinadas a efectores que permitieron la ejecución de los PPI.

17. El Programa Sumar se plantea el desafío de mejorar la accesibilidad de la población indígena al hospital o centro de salud desde un enfoque intercultural. Las siguientes prestaciones pretenden incentivar el trabajo de los equipos de salud que trabajan con

¹⁰Encuesta de condiciones de salud materno infantil de pueblos originarios y Evaluaciones Sociales de las provincias que activan la OP 4.10

comunidades indígenas, aumentando el número de visitas y operativos en terreno, y generar el trabajo con las comunidades en aquellos lugares donde esto no sucede aún:

- Control de salud individual para población indígena en terreno.
- Consulta para conformación diagnóstico en población indígena con riesgo detectado en terreno.
- Taller de pautas nutricionales respetando la cultura alimentaria de las comunidades indígenas.

18. Estas prestaciones se suman a las ya contempladas en el nomenclador del Plan Nacer:

- Ronda Sanitaria orientada a la detección de población de riesgo en población indígena.
- Carta de derecho de la mujer embarazada indígena.

1.5 Proyecto PROTEGER

19. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), representadas principalmente por las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, implican una creciente carga de mortalidad y morbilidad en todo el mundo. Se estima que 6 de cada 10 muertes y el 70% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) se deben a las enfermedades no transmisibles. Asimismo, se proyecta que para el 2030 más de tres cuartas partes de las muertes serán consecuencia de enfermedades no transmisibles y que representarán el 66% de la carga de enfermedad. Para la región de las Américas, aproximadamente el 77% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad se corresponde con enfermedades no transmisibles.

20. La Argentina no está exenta a esta problemática. Las enfermedades no transmisibles son responsables del 81 por ciento de todas las muertes y alrededor del 62 por ciento de los años potenciales de vida perdidos en el país. Por otro lado, de acuerdo a la información de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) de esta cartera, en 2011 la principal causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares seguida por los tumores. Asimismo, la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2009 para Enfermedades No Transmisibles muestra que si bien se ha avanzado en la reducción del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, otros factores de riesgo como la inactividad física, una alimentación no saludable, el sobrepeso, el colesterol, la hipertensión y la diabetes presentan grandes desafíos, no solo por su relevancia sino también por su impacto en los sectores de población más vulnerables.

21. Lo anterior plantea la necesidad de reorientar los servicios de salud, a lo que hay que sumar dos elementos adicionales para abordar la complejidad de las ECNT. Por un lado, el desarrollo de una estrategia fuerte de promoción de la salud mediante la promoción de estilos de vida saludable, la comunicación social, la regulación la oferta de ciertos productos y servicios, y la generación de entornos más saludables, y por otro, expandir y consolidar el sistema de vigilancia epidemiológica de ECNT y sus factores de riesgo, con la finalidad de

mejorar la información para la toma de decisiones.

22. En relación a actividades relacionadas a la salvaguarda social del proyecto propuesto, se especifica que las acciones llevadas a cabo por las unidades con funciones relacionadas a la prevención y control de ENT a nivel provincial y/o nacional articularán con unidades que aborden los aspectos indígenas, si estas existieran; con el objetivo de incluir la variable etnicidad en los registros donde se releven datos poblacionales y además realizar un abordaje territorial que permita estimar el perfil de factores de riesgo para ENT en una muestra conveniente de esta población. Asimismo, en los casos correspondientes se realizarán las adecuaciones culturales de las actividades destinadas a la población con ENT para asegurar el entendimiento en la población Originaria, como por ejemplo a través de la adecuación gráfica de los materiales y la capacitación al personal profesional que interactúe con estas comunidades.

2 SALVAGUARDA SOCIAL DE LA UFIS

23. La conformación del área a través de la Resolución Ministerial 136/2016 permitió no sólo una mirada integral que asegure la coordinación de proyectos a través de la UFIS para no generar una superposición de acciones y recursos entre proyectos, sino también construir una **estrategia propia, con enfoque intercultural, que atraviese a los diferentes proyectos.**

24. Esta estrategia, toma el enfoque de la Planificación Estratégica Situacional (Matus, 1993) donde se planifica en base a un análisis de la realidad que no se basa simplemente en un estudio objetivo de datos estadísticos sino en un análisis de los problemas, así como de los factores y fuerzas que los condicionan y pueden intervenir en la realidad sobre la que se pretende intervenir.

25. Aquí, se distinguen dos terrenos en los que la salvaguarda debe trabajar con cada problemática:

- 1) **La interculturalidad en las instituciones:** estrategia de atención que facilita el acceso a los servicios de salud a una población que no se respeta o se recuerda desde muchas instituciones de salud.
- 2) **La interculturalidad en las poblaciones:** darle voz a las demandas de estas comunidades, respetando su derecho a la participación y consulta.

26. Se trata entonces de una manera de comprender la política que no considera sólo a las instituciones sino que reconoce como indispensable el trabajo con la comunidad. Los cambios se proyectan hacia la superación de formas de paternalismo para avanzar a relaciones más horizontales, nuevas formas de organización social que hagan parte también a organizaciones y comunidades de la sociedad civil (Menéndez, 1998).

27. Con el concepto de Interculturalidad se hace referencia a la a una relación respetuosa entre culturas, que puedan convivir pero que también se integren. La interculturalidad en

salud supone reconocer que en el proceso de salud-enfermedad-atención- cuidado se están produciendo y reproduciendo valores, creencias, formas de pensar y de abordar la realidad.

28. Ahora bien, en el campo de la salud esto tiene sus particularidades. A la resistencia a la interculturalidad por parte de instituciones con una tradición vertical única que obstaculiza el reconocimiento de colectivos con concepciones distintas, se incorpora la hegemonía del modelo biomédico que atraviesa todo el sistema de salud. Por su parte, las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud-enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Para muchas de esas comunidades, la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, con la familia, la comunidad y la naturaleza; siendo parte de un todo.

29. Los problemas de salud de los pueblos indígenas se ven agravados en muchas ocasiones por la pobreza, el analfabetismo, el desempleo y la carencia de tierras propias a las que están sometidas. Como consecuencia, además de las enfermedades agudas, se evidencia un ascenso progresivo de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas.

2.1 Estrategia de la salvaguarda

30. Aquí se retoman los dos aspectos señalados para el desarrollo de la estrategia de la Salvaguarda.

31. Respecto de las instituciones podemos distinguir tres niveles:

- a- El **nacional**, cuya capacidad reside en la **determinación de Políticas Públicas Interculturales**, así como en la **gobernanza y rectoría** sobre las mismas a través del **diseño de proyectos y programas** con sus respectivas acciones. Las prácticas populares de atención y su relación conflictiva con la medicina occidental, al igual que el posible aislamiento geográfico, con falta de recursos para el traslado y las diversas barreras culturales, económicas y geográficas, que impidan el acceso de la población indígena a una atención de calidad y una vida saludable son problemas que debe solucionar el Estado a través de la formulación de políticas públicas que respeten los derechos colectivos de los Pueblos Originarios. Esto implica en primer lugar reconocer esta población con su conflicto particular en cada comunidad, y decidir integrar esa comunidad en un trabajo que implique un compromiso institucional desde la provincia.
- b- El **provincial**. A este nivel se fortalece la **capacidad institucional de las provincias para aplicar políticas públicas interculturales**, a través de su propia estructura (áreas específicas de salud indígena) y de la ejecución de proyectos y programas nacionales. Las comunidades indígenas muchas veces experimentan desconfianza hacia la medicina occidental y manifiestan resistencia al uso de los servicios de salud. Esto se debe a su concepción distinta del proceso de del proceso salud-enfermedad y a la dificultad de ser respetados en diferencia desde los servicios de salud. Por eso, y para

garantizar los propósitos de lograr equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los destinatarios, la formación del personal de salud debe considerar entre las competencias técnicas y humanas a desarrollar la habilidad para tomar respetuoso contacto y armar vínculos de trabajo sólidos con las diversas comunidades, sean estas indígenas o no.

- c- El **nivel local**, en los que intervienen el gobierno local (municipio) y la red de **efectores del Sistema de Salud y el personal médico** que lo conforma, que son las “presencias estatales” (D’Amico, 2015) con las que interactúan las comunidades.

32. En lo que respecta a las instituciones, La Salvaguarda Indígena ha venido trabajando en esta estrategia por medio de diferentes actividades:

33. *A nivel nacional*, se dio una convergencia de las actividades de la Salvaguarda Social a través de la resolución ministerial n° 136 donde las funciones del área que formaba parte de la UC del Proyecto FESP II pasaron a la UFIS. Asimismo, y como parte del proceso de articulación de las acciones de la Salvaguarda, se diseñaron los aspectos sociales del Proyecto Proteger y de aquellos proyectos con financiamiento internacional que así lo requieren. En todos los caso, las acciones que se proponen tienen como finalidad fortalecer una estrategia de abordaje intercultural en salud

34. *A nivel provincial*:

- La constitución de **Unidades de Salud Indígena (USI)** Provinciales se realizó a través de las ASP del FESP II como parte de una estrategia de fortalecimiento institucional en la temática. Con la misma intención de no superponer acciones y articular las diferentes fuentes de financiamiento que tienen la misma población objetivo, se instó a las provincias a que formaran dichas unidades con RRHH provincial que ya venía trabajando en la temática. De esta manera, de las 16 unidades de Salud Indígena¹¹ creadas a través del FESP II, en 13 participan los referentes del SUMAR, en 6 casos, el referente de la unidad es el mismo que el del Programa Nacional de Salud Indígena y en 5 unidades participa el referente técnico del Proyecto Proteger.
- **Evaluaciones sociales:** las evaluaciones sociales son instrumentos de trabajo que permiten evaluar las condiciones socio sanitarias de los Pueblos Originarios de la provincia. Con anterioridad a la convergencia de las salvaguardas, cada proyecto realizaba su propia evaluación social, lo que derivaba en PPI individuales por proyecto. A partir de la actualización realizada en 2016, la información que poseen las evaluaciones sociales corresponde a los tres proyectos del BM
- **Planes para Pueblos Indígenas:** más allá de que dicho instrumento de planificación es un requisito de la política operacional del BM (OP 4.10), desde la Salvaguarda se viene realizando desde el 2016 de manera sistemática una integración de los PPI de los proyectos

11 Poseen Unidad de Salud Indígena: Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Formosa, Jujuy, La Pampa, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán.

FESP II, SUMAR y Proteger. Asimismo, las provincias incorporan en el PPI las actividades propias que surgen de las necesidades detectadas en las **Evaluaciones Sociales**.

35. *A nivel local:*

- Se vienen realizando con los equipos de Salud **capacitaciones** en los diferentes efectores y localidades centradas principalmente en los aspectos interculturales de la salud y en aquellas cuestiones que el personal de salud debe atender para que su propio accionar no genere una barrera de acceso a los servicios de salud para los Pueblos Originarios. Asimismo, se viene trabajando el fortalecimiento del registro de la variable étnica, lo que permitiría acceder a información sobre la cobertura y el uso del sistema de salud, así como la generación de perfiles epidemiológicos específicos de estas poblaciones. En ambos casos, las actividades se vienen realizando de manera articulada con el área de capacitación del SUMAR
- Otra de las actividades que se realizan a nivel local es la **adecuación intercultural de efectores** a través de una ASP diseñada en el FESP II. La selección de dichos efectores se basó en los 58 efectores priorizados por el SUMAR, también priorizados por el proyecto Proteger para su reorientación a estrategias de atención pertinentes para enfermedades crónicas no transmisibles.
- Actualmente se está pensando en la importancia de incorporar al municipio así como a las fuerzas activas locales como estrategia para incorporar acciones que se puedan realizar sobre los determinantes de la salud que vayan más allá del propio sistema de salud

36. *Respecto a la población originaria*, a realización de **talleres con enfoque de interculturalidad** por personal de provincial a través de las ASP del FESP II diseñadas a tal fin por la Salvaguarda Indígena, permite, como se mencionó anteriormente, evaluar las necesidades y problemas presentados por la población. Asimismo, **funcionan como un espacio de participación y consulta permanente sobre las actividades de la USI (unidad de salud indígena provincial)**, proceso que se acordó realizar con el Banco Mundial (BIRF) como forma de consulta permanente. De esta manera, se facilita una canalización de la demanda, incorporándola a la planificación provincial, que permita instancias de elevación de demandas de “desde abajo” hacia arriba.

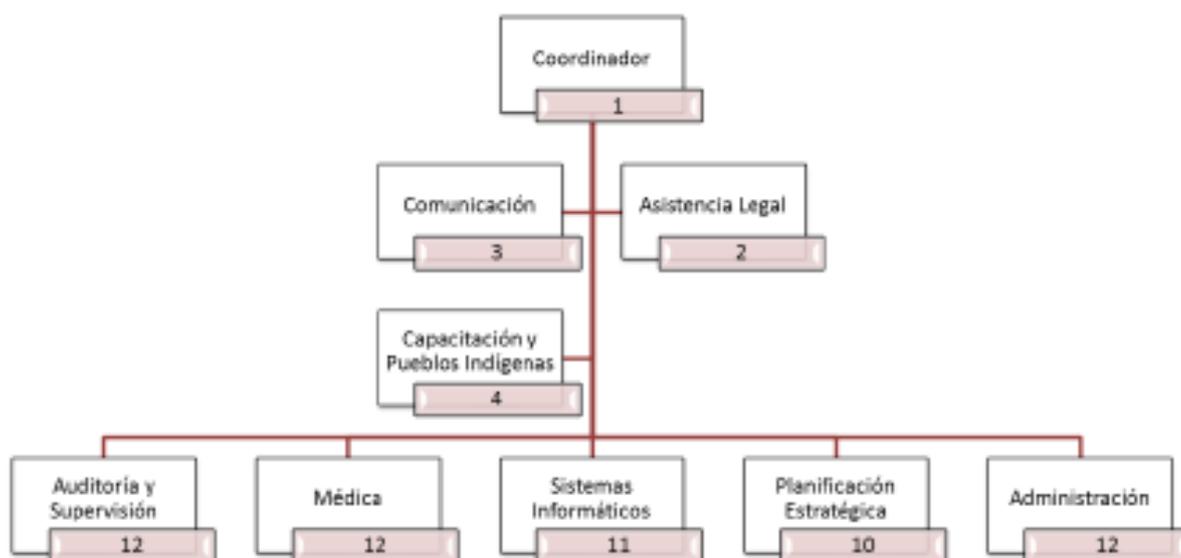
ANEXO IV

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LAS UGSP

1. Organización de las UGSP

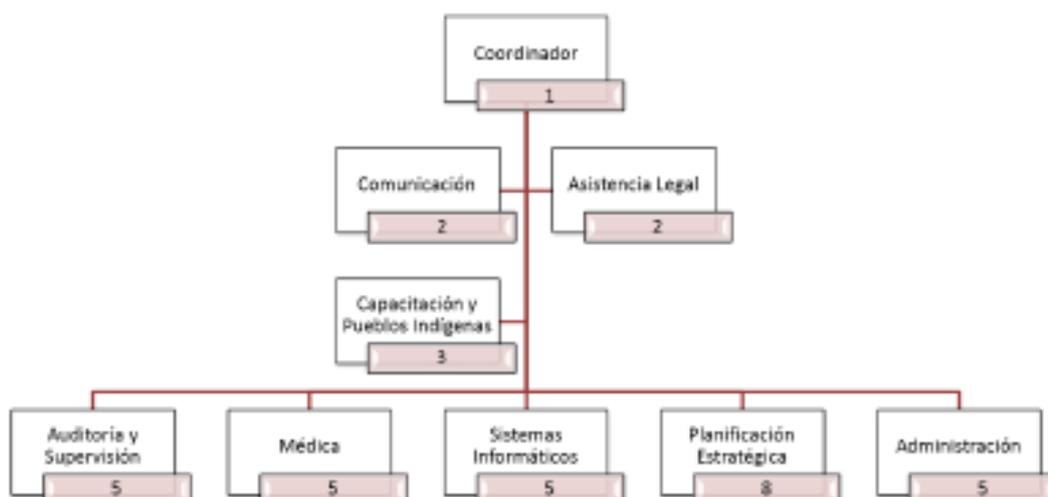
1.1. ORGANIGRAMA UGSP – GRUPO 1

Buenos Aires



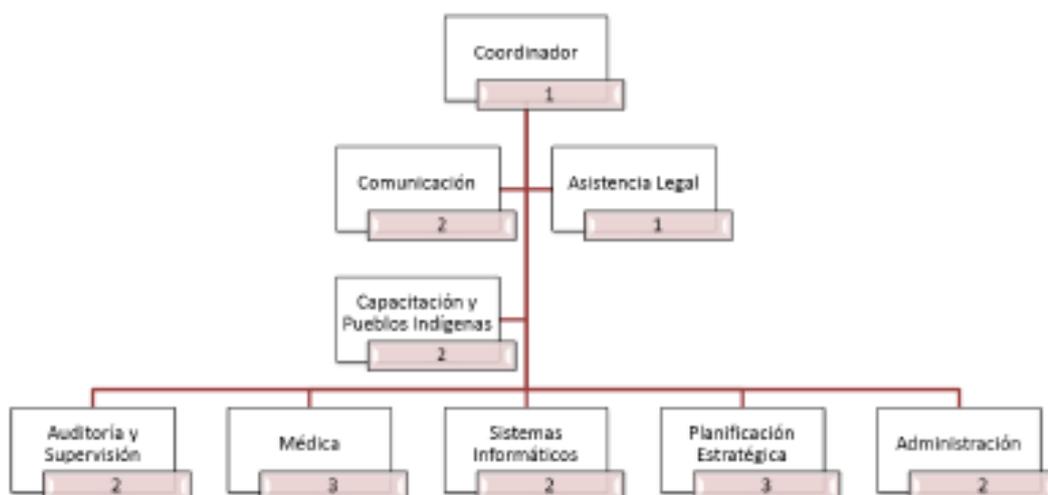
1.2. ORGANIGRAMA UGSP – GRUPO 2

Córdoba y Santa Fe



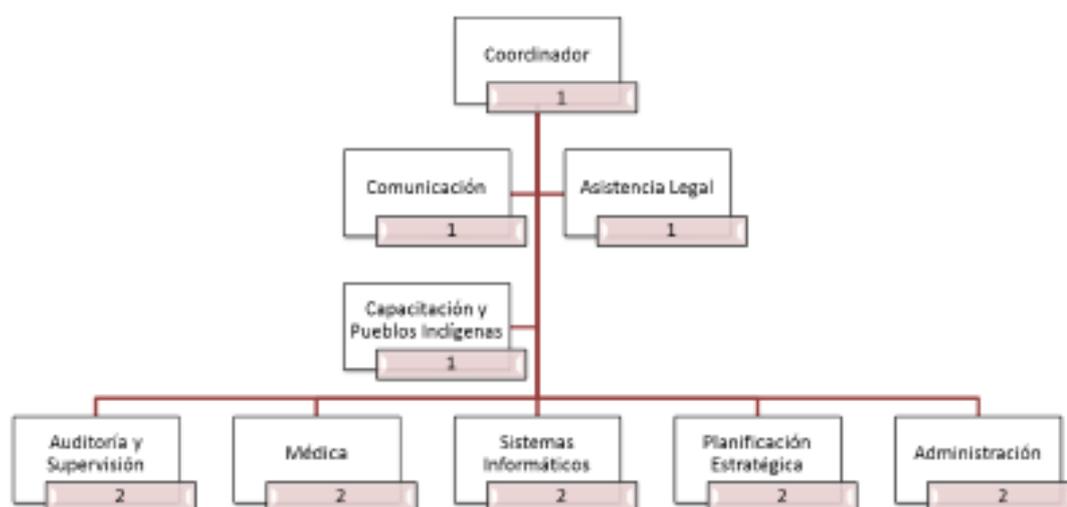
1.3. ORGANIGRAMA UGSP – GRUPO 3

Mendoza, Misiones, Corrientes, Entre Ríos, Santiago del Estero, Tucumán, Jujuy, Chaco y Salta



1.4. ORGANIGRAMA UGSP – GRUPO 4

CABA, La Pampa, Chubut, La Rioja, Catamarca, Río Negro, San Luis, San Juan, Formosa y Neuquén



1.5. ORGANIGRAMA UGSP – GRUPO 5

Santa Cruz y Tierra del Fuego



ANEXO V

Recursos Humanos y articulación interprogramática de las Unidades Provinciales de Salud Indígena

PROVINCIA	Unidades Provinciales de Salud Indígena					
	Coordinación	FESP	SUMAR	PNSI	ECNT	PMCS
Buenos Aires	Dr. Fernando Quiroga			no	Laura Wainstock	no
Catamarca	Lic. Graciela Maza (Coordinadora, Lic. Trabajo Social)	Lic. Graciela Maza (Salvaguada Indígena) Lic. Viviana Ibarra(Equipo FESP -CGP)	Lic. Mabel Castro (Área Capacitación y Pueblos)	si	María Sylvina Castellanos	No
Chaco	Javier Lezcano	Equipo FESP	No	si	Andrea Cruz	No
Chubut	Actualmente no hay referente					
Córdoba	Nayla Palacios (Coordinadora)	CPN. Alejandra Aguilles(Equipo FESP)	Eugenia Olmos (Coordinadora Área Capacitación y Pueblos), Liz Pomodoro y Milagro Torres(Área Capacitación y Pueblos)	Cristina Soto Payva Fernanda Mereles	Leonardo Mongi (Dir. de Crónicas no Transmisibles)	Dr. Darío Tosoroni (Referente Nacional)

Formosa	Alicia Ester Escotorin (Coordinadora Programa Salud Intercultural)					
	Dra. Carina Lizardi (Consejo consultivo)	Alicia Ester Escotorin (Salvadora Indígena)	Cristian Presno	Alicia Ester Escotorin	---	---
	Dra. Laura Filippini (Consejo consultivo)	Equipo FESP				
	Dr. Rafael Silva (Consejo consultivo) especialidad					
Jujuy	Tec. María Mabel Pelo (Coordinadora Provincial del Programa de Salud con Pueblos Indígenas)					
	Lic. Antonia Liliana Apaza (Prof. Equipo Itinerante)	Mabel Pelo (Salvadora Indígena)		PMC (Son unidades integradas que articulan y participan activamente en las cuestiones relacionadas a Pueblos Indígenas)	ECNT (No integra la unidad, pero articula con la misma regularmente)	PMCS (No integra la unidad y articula con ella de manera escasa y circunstancial)
	TS Hugo J. Prieto (Tec. Equipo de Gestión)	Equipo FESP (integra la unidad, se referencia con la Salvadora Indígena)	No			
	Jaqueline Farías (Agente Sanitaria - Tec. Equipo de Gestión)					
	Delma Beatriz Mealla (Secretaria Administrativa)					
	Fernando					

	Elías Zerpa (Administrativo)					
La Pampa	Sonia Sondberg (Referente unidad salud indígena)	Carlos Cabrera	Nora Caseli (coordinadora Sumar) Ana Cora (capacitación)	Sonia Sondberg	Ariel Paladini (Director de APS y Ref. Proteger)	Mercedes Requejo
Mendoza	Lic. Passera (Coordinadora) y Dra. Patricia Leiva (Médica Comunitaria)	Lic. Passera (Salvadora Indígena) Equipo FESP	Lic. Gabriela Martínez (Salvadora Indígena) Eugenia Cardelo (Coordinadora Área Capacitación)	Lic. Passera y Dra. Patricia Leiva (Médica Comunitaria)	Programas Preventivos	Patricia Yanchina
Misiones	Adrián Saldías (Coordinador)	Adrián Saldías (Salvadora Indígena) Equipo FESP	si	si	No	No
Neuquén	Andrea Peve (Jefa de programas)	Equipo FESP	Actualmente con cambio de referente	No	No	---
Río Negro	Edmundo Larrieu	Paola Bufano (Salvadora Indígena) Edmundo Larrieu (Equipo FESP - CGP)	Dr. Carlos Marcapide (Coordinador Área Capacitación y Pueblos)	No	Agustina Salgado (ECNT -Área de Nutrición) Susana Romero (REDES)	Paola Bufano (Coordinadora) con quien se están trabajando los talleres de interculturalidad
Salta	Elfi Jockers (Coordinadora Programa de Relaciones Interculturales -Dirección de APS)	Elfi Jockers (Salvadora Indígena) Equipo FESP	Roberto Dinarte Velázquez (Nos confirman si sigue)	si		
San Juan	Marisa Muratore (Coordinadora)	Marisa Muratore (Salvadora Indígena) Equipo FESP	Andrea Doblas y Lisett O'Brien (Área de Capacitación y Pueblos Indígenas) Néstor Darío Sarmiento (Área	Marisa Muratore	No	Dra. Silvia Guevara y Lic. Valeria Sarmiento

			Comunicación)			
Santiago del Estero	Cristián Pereyra (Coordinador) y Marlen Cura (Educatora Sanitaria)	Cristián Pereyra (Salvadora Indígena) Equipo FESP	Gladys Román (Área Capacitación y Pueblos)	Maria Taboada	Gladys Román (REDES)	
Tucumán	Dr. Estevan Paez (Coordinador)	Dr. Estevan Páez (Salvadora Indígena) Equipo FESP	Florencia Nadal (Área Capacitación y Pueblos)	Dr. Páez		No

ANEXO VI

Buenos Aires, 26 de octubre de 2017

Acta de consulta del MPPI CUS Sumar

A continuación se detallan las sugerencias realizadas por el CPI en el marco de la consulta previa, libre e informada del abordaje del Proyecto CUS Sumar con los pueblos indígenas:

Que para los registros de salud y para realizar la pregunta no se use la palabra ETNIA. Que se use PUEBLO INDÍGENA y/u ORIGINARIO en los registros nacionales. Y que en los registros provinciales se utilice la denominación que los pueblos originarios de cada provincia decidan.

Que en lo que respecta al registro de la variable se especifique luego a qué PUEBLO y/o COMUNIDAD pertenece.

Que el equipo de Salvaguarda Indígena participe de las reuniones del CPI que se realicen. Asimismo que los CPI provinciales participen de las reuniones de trabajo en las provincias.

Realizar dos encuentros anuales de la Salvaguarda Indígena con CPI.

Conformar una mesa chica específica de salud.

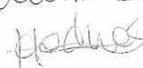
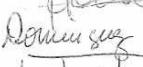
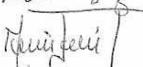
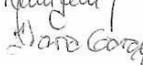
Se explicitó en varias oportunidades la necesidad de contar con más Agentes Sanitarios Indígenas y por tanto que se abra convocatoria para ello. Que el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas se implemente en aquellas provincias en que no aplique.

Que las traducciones realizadas en el marco de la elaboración de materiales de comunicación con adecuación cultural, sean trabajos remunerados para quienes realizan dichas traducciones.

Que los médicos tradicionales se reconozcan en pie de igualdad con los médicos del sistema de salud. Y que los médicos tradicionales se integren a los servicios de salud en aquellos casos en que la comunidad así lo solicite y lo reconozca.

Que cuando la provincia recibe recursos (monetarios y materiales) de programas de financiamiento internacional se active un circuito para que la información llegue a los pueblos originarios de la provincia.

Esta es una primera puesta en común del proyecto. Acá no se cierra el proceso de consulta sino que los representantes vuelven a su territorio y continúan el proceso de consulta con sus comunidades, a fin de que pueda ser volcado en nuevos encuentros.


• CPI MAPACHE TENOCHTITLAN BS AS. Hugo Victor Gonzalez 20586520
• Diputado delegado Seltz Lopez June 2010640 @mzil.com
• Analista Marielena Santillan DNI 14897713. CPI Sag del Estero
•  MARTA GOMEZ 30246 P72 CPI Sds Juan
•  Lidia A. Dominguez 6186 409 CPI Jujuy
•  Miriam S. Sotelo 29551234 CPI Ecorrientes.
•  Mario Coraj 2604390536 CPI Mapache

Margareta Abajilo
CPI Pueblo Guaraní
- Pcia - Jujuy -
DNI 23762312

Hilario Vera
Hilario Vera Sotero
C.P.I. Director
SALTA - ARGENTINA
DNI 20826411

HILARIO VERA
TITULAR C.P.I. SALTA
PUEBLO AWA GUARANI
REPÚBLICA ARGENTINA
DNI 8176461

Elpidio Cruz
C.P.I. - Pueblo Koya Salta
Sub Coordinador U.C.A.V.

Walter Cruz
20236701
CPI - Rio Negro

SAYOKHA ROSARIO
C.D.I. CHANTON
Entre Ríos

Jorge
Jorge Lino Pinestelli
REFERENTE REGION SUR
MREO CPS- INAJ.

Virginia Cruz
CPI
Pueblo Diagriba, Catamarca.

Cruzado Pablo Alexis
3228896
Pueblo Selknam

RAMON VILLEJOS
CACIQUE AWA GUARANI
COMUNIDAD GUYRAY
DELEGADO SUPLENTE CPI - MISIONES
RESOLUCION N° 13308 / 13.11.11

Esteban Páez Matomas
33.938.900
Pueblo Wichí (Chaco)

Pablo
10269067
CPI Pueblo Runkel
La Campa

Onofre Guillerme
Coatzen
14.198.816
CPI Kouchingon Cba

Roberto R. Puga
22.727.900
CPI
Zusuma.



NOMBRE	LUGAR DE PROCEDENCIA	PROVINCIA
REGIÓN NOA		
Virginia del Valle Cruz	Cerro Pintao	Catamarca
Rolando Florencio Fregenal	Concepcion	Tucumán
Haydee Fabiana Calisaya	La Quiaca	Jujuy
Margarita Adriana Abapillo	San Pedro	Jujuy
Celia Asucena Dominguez	Volcan	Jujuy
Santos Esteban Alancay	Salta	Salta
Hilario Vera	Aguaray	Salta
Elpidio Carranza	Santa Victoria Oeste	Salta
Marilena Santillán	La Armonía	Santiago del Estero
REGIÓN NEA		
Roberto Sandoval	Concordia	Entre Ríos
Samuel Ponciano	Berna	Santa Fe
Ramón Vallejos	San Vicente	Misiones
Miriam Soledad Sotelo	Concepción	Corrientes
Anselmo Salteño	Villa Angela	Chaco
REGIÓN CENTRO		
Ana Maria Domínguez	Santa Rosa	La Pampa
Maria Garay	Malargüe	Mendoza
Orlando Castañares	La Higuera	Cordoba
Víctor Hugo González	Olavarría	Buenos Aires
Nadia Gómez	Rawson	San Juan
REGIÓN PATAGONIA		
Ramon Quidulef	Alumine	Neuquén
Walter Cañumil	Kona Niyeu	Río Negro
Cristián David Vilas	Lago Puelo	Chubut
Jose Guillermo Bilbao	Las Heras	San cruz
Daniela Alexia Guevara Varela	Tolhuin	Tierra del Fuego