

Marco de Planificación para Pueblos Indígenas en el Proyecto de Protección de la Población Vulnerable Contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

1 ANTECEDENTES

1.1 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**, constituyo un significativo avance en la política de reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la 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 a 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 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)

Organización

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

Decreto Nº 155/1989. Decreto reglamentario de la ley 23302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes. 17 de Febrero de 1989

Resolución 4811/1996 Registro de Comunidades Indígenas. Secretaria de Desarrollo Social. Buenos Aires, 08 de Octubre de 1996.

	<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>Decreto 345/2004 Designación</p> <p>Decreto 830/2004 Ministerio de Desarrollo Social - Estructura organizativa</p> <p>Decreto 163/2005 Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Organigramas. Subsecretaría de Coordinación e Innovación B.O. 1/6/2005</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. Establécese 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>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. Como **Anexo I** se adjuntan las **disposiciones legales** mencionadas y un resumen del marco normativo de las provincias que al momento actual se identifican como activadoras de la Política sobre Pueblos indígenas del Banco Mundial (OP. 4.10).

1.2 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 INDIGENAS (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 925 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 N° 23.302**, sobre "**Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes**" establece en su artículo 5° 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 N° 152/2004.

11. Con el objetivo de hacer efectiva la representación indígena en el Consejo de Coordinación, el INAI ha dictado la **Resolución N° 152/2004 y su Modificatoria N° 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 7° del Decreto N° 155/89, reglamentario de la ley N° 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.

2. DESCRIPCION DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

14. 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 (Lazzari s/f). Debemos destacar que la identidad cultural (específicamente la étnica) 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 (Martínez Sarasola 2010).

15. 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 (Lazzari s/f: 4).

2.1 Características generales de los Pueblos Indígenas

16. 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.

17. 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 residencia¹.

¹ Debe tenerse en cuenta que la variable de pertenencia a una población indígena se aplicó únicamente a un grupo

18. 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 (Figura 2).

Pueblo Indígena	TOTAL	Pueblo Indígena	TOTAL
Mapuche	205.009	Mbyá Guaraní	7.379
Toba	126.967	Omaguaca	6.873
Guaraní	105.907	Pilaga	5.137
Diaguita	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

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

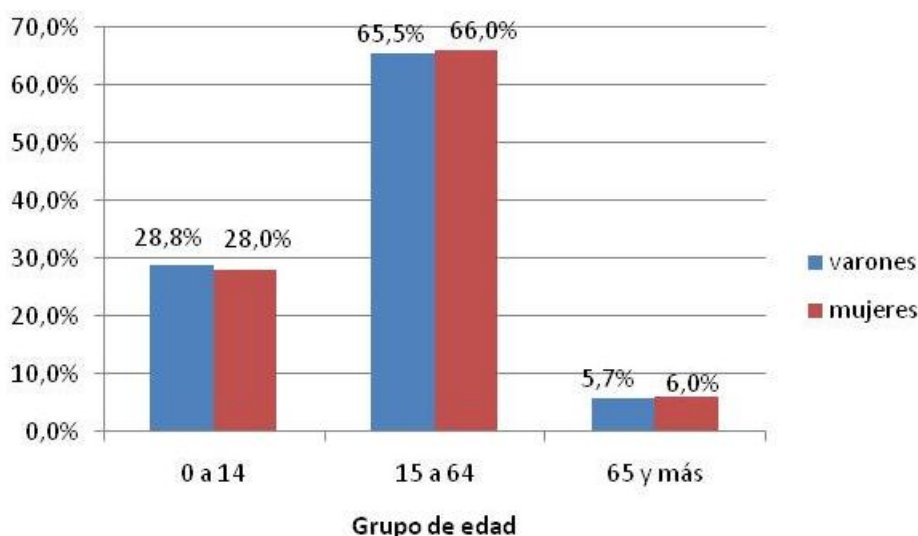


Figura 2. Población indígena o descendientes de pueblos originarios por grandes grupos de edad. Total del país (en base a INDEC Censo 2010).

19. 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). Cerca del 75% de la población indígena del país vive en áreas urbanas, hecho que constituye un caso excepcional en Latinoamérica, superando a los porcentajes ya de por sí altos observados en los pueblos indígenas de Chile y Bolivia (CEPAL 2006).

20. La localización geográfica actual de los pueblos indígenas aún no ha podido realizarse ya que el censo del año 2001 no permite la delimitación cartográfica de todos los pueblos indígenas y el diseño muestral de ECPI 2004/2005 impide la desagregación de los datos en unidades administrativas menores a las regiones muestrales, como las pequeñas comunidades en las que habitan frecuentemente estas poblaciones². A pesar de estas circunstancias, se cuenta con los datos provenientes del RENACI³ (Registro Nacional de Comunidades Indígenas) respecto al Municipio y Departamento en el cual se asientan las 1222 (INAI com. pers.) comunidades registradas (Figura 3).

² Estos datos no se encuentran disponibles aún para el Censo 2010.

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.

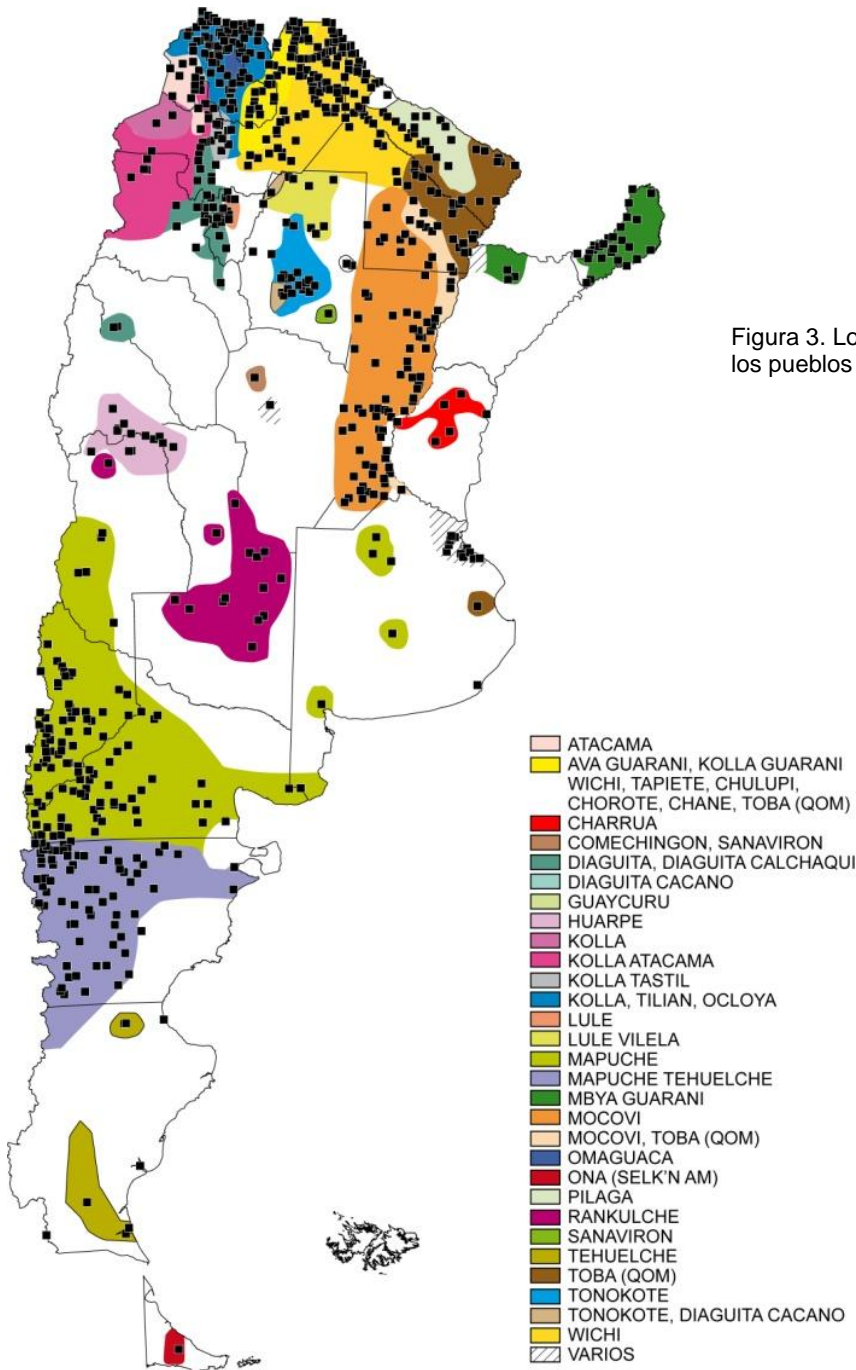


Figura 3. Localización general de los pueblos Originarios

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

21. 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. Sin negar que existan relaciones interculturales en el nivel personal, se puede decir que en el espacio de la sociedad y el Estado, la interculturalidad aún no

existe. 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.

22. 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.

23. En este sentido, La operacionalización del concepto de interculturalidad en salud implica⁴:

- *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*

24. Dichas acciones se implementan a partir de la implementación de Salvaguardas Indígena de distintos proyectos (FESP I/II, H1N1 y Plan NACER/SUMAR) así como de la acción de programas de salud con enfoque intercultural (Equipos especiales para Pueblos Originarios del Programa Nacional Médicos Comunitarios).

3.1 Programa Nacional Médicos Comunitarios

25. Dentro de la estrategia de abordaje integral de salud para las poblaciones indígenas el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) desarrolla acciones específicas para mejorar la situación sanitaria y el acceso a la salud para esas comunidades. Con objeto de optimizar sus intervenciones y fortalecer la integralidad en el área de salud

⁴ 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

Resolución CD37.R5 de la OPS (1993). La resolución exhorta a los Estados Miembros a promover programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para pueblos indígenas, a transformar el sistema de salud para que incluya modelos alternos de atención y que sea adecuado para los pueblos indígenas y a promover la investigación e iniciativas para aumentar la información sobre la salud de los pueblos indígenas, para dichos pueblos y para la comunidad internacional.

Resolución CD40.R6 de la OPS (1997). La resolución exhorta a los Estados Miembros a detectar, monitorear y revertir las desigualdades tanto en la salud de los pueblos indígenas como en su acceso a los servicios básicos de salud. Además insta a los estados miembros a buscar soluciones sustentables a los retos sanitarios.

Resolución CD47.R18 de la OPS (2006). La resolución reconoce que existen desigualdades en la salud y en el acceso a servicios de atención médica que afectan a más de 45 millones de habitantes indígenas de la Región de las Américas.

Los Estados Miembros de la OPS se comprometen a asegurar la incorporación de las perspectivas de los pueblos indígenas y al logro de las Metas de Desarrollo del Milenio en las políticas sanitarias nacionales; a integrar el enfoque intercultural a los sistemas de salud de la Región y a capacitar a recursos humanos del sistema de salud para que actúen como facilitadores interculturales, entre otras medidas.

indígena, el MSN ha ido reorganizando sus áreas en consonancia con las líneas programáticas definidas en las misiones y funciones del Programa ANAHÍ. En este proceso de afianzar aún más los criterios de abordaje comunitarios, en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud, el Programa ha sido reconvertido como Programa Médicos Comunitarios. Dicho Programa incluye dentro de sus intervenciones comunitarias y asistenciales al Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Este subprograma tiene como objetivo generar acciones integrales e intersectoriales, desde una mirada intercultural, con criterios de equidad tendientes a acompañar a los pueblos originarios en el abordaje de sus problemáticas socio-sanitarias.

26. Las actividades del Programa son:

- Proporcionar una atención primaria de alta calidad, prestando cuidados integrales de salud desde la perspectiva bio-psico-social de la persona, la familia y la comunidad.
- Valorar a la promoción de la salud como una herramienta fundamental de las prácticas sanitarias interdisciplinarias.
- Realizar un abordaje interdisciplinario del individuo, la familia y la comunidad.
- Proporcionar cuidados de salud, en forma continua, integral e integrada a la población a cargo bajo su responsabilidad.
- Realizar una atención integral de la salud durante todas las etapas del ciclo vital familiar.
- Adquirir habilidades y destrezas para resolver la mayoría de los problemas de salud de la población nominal bajo su responsabilidad en un área geográfica determinada.

3.2 Plan NACER/SUMAR

27. En el marco de la fase 1 y 2 del PISMIP y como parte de las actividades de la Salvaguarda Indígena, se han realizado diversos encuentros destinados a la consulta con los representantes de Pueblos Originarios (sobre los PPI de las diversas provincias, los MPPI de las fases 1 y 2 y sobre información relevante del proyecto). A su vez, se financiaron estudios específicos⁵ y capacitaciones destinadas a efectores que permitieron la ejecución de los PPI.

28. El Proyecto SUMAR se propone nuevas acciones para todas las provincias cuyo objetivo es superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones indígenas por la distancia y desconfianza que muchos sienten frente a los servicios de salud:

- Información estadística del PISMIP sobre beneficiarios auto reconocidos como pertenecientes a pueblos indígenas inscriptos en los padrones del PISMIP. La ficha de inscripción al Plan Nacer contiene una variable étnica.
- Difusión en las provincias de los resultados de los estudios realizados.

⁵ Encuesta de condiciones de salud materno infantil de pueblos originarios y Evaluaciones Sociales de las provincias que activan la OP 4.10

- Desarrollo e implementación de estrategias de Comunicación, Difusión y Educación para la Salud adaptados a las pautas culturales de la población indígena, incluyendo material en los idiomas originarios.
- Capacitaciones a efectores de salud que contemplan un marco de respeto e integración de las diferencias culturales.
- Generación de espacios de intercambio con otros países de Latinoamérica con sistemas de salud intercultural, y convocatoria de especialistas del extranjero para disertar y capacitar al equipo del Ministerio, de la UEC y a los equipos de salud provinciales ya que se considera que es importante conocer realidades y experiencias de otros países y especialistas en la temática.
- Colaboración con el fortalecimiento institucional para el desarrollo de políticas de salud para pueblos indígenas y equipos de salud.
- Interacción con los distintos programas ministeriales que abordan la temática.
- Cumplimiento de lo consultado y firmado con las comunidades de las 15 provincias bajo la OP 4.10.
- Financiamiento de las acciones enmarcadas en los PPI provinciales.
- Incorporación de prácticas al nomenclador que incentiven el cuidado de la salud de los pueblos indígenas a las ya existentes (Ronda completa de agente sanitario en área rural, Ronda completa de agente sanitario en población indígena):
 1. Atención en control de salud individual en terreno para Pueblos Indígenas.
 2. Rescate en terreno de la población de riesgo indígena para confirmar diagnóstico y orientación terapéutica.
 3. Taller de pautas nutricionales respetando la cultura alimentaria de las Comunidades Indígenas.

3.3 Proyecto de Emergencias H1N1

29. 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.

30. Los objetivos específicos son:

- (i) 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.
- (ii) 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 resolutive de los servicios

hospitalarios (servicios de guardia, hospitalización y terapia intensiva) y (d) pruebas de laboratorio con fines epidemiológicos.

31. 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.

3.4 Proyecto FESP I/II

32. 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 activan 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.

33. El segundo criterio de abordaje se referencia a la estrategia que se planteó la UC para la articulación en el ámbito del MSN 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.

34. 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, 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.

35. 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”.

36. 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.

3.5 Descripción del Proyecto

37. 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.

38. La Argentina no está exenta a esta problemática. De acuerdo a publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECNT representan el 80% del total de muertes y el 76% de los AVAD. 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.

39. Estudios realizados en centros de salud del ámbito público han demostrado varias falencias en la atención, entre ellas, la ausencia de historia clínica ambulatoria para adultos, registros de pacientes nominalizados, guías de práctica clínica (GPC) de alta calidad de evidencia para la toma de decisiones; la falta de acceso a turnos programados, la carencia de un sistema de información clínica que de cuenta de la calidad de atención; la existencia de deficiencias en la articulación entre los distintos niveles de atención; un seguimiento deficiente de los pacientes; la presencia de perfiles profesionales poco adecuados; y la variabilidad inadecuada de la práctica.

40. 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.

41. La efectiva realización de estos tres componentes (reorientación de servicios, promoción de la salud y vigilancia) requiere del fortalecimiento de las capacidades a nivel central para la conducción de una política nacional en control y prevención de ECNT, y también, de las estructuras provinciales quienes serán las que lleven al territorio las acciones necesarias para disminuir la carga que implica esta problemática de salud sobre la población.

42. El Proyecto de Apoyo al Plan Integral de Prevención y Control de ENT tiene como finalidad apoyar la mejora en las capacidades institucionales del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerio de Salud de las provincias en el desarrollo de política sanitarias orientadas a:

1. Reducir la exposición de la población a factores de riesgo de ENT, particularmente exposición a dietas inadecuadas, inactividad física y consumo de tabaco.
2. Reorientar los servicios de salud para mejorar la atención, prevención y control de ENT.
3. Mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica de ENT y sus factores de riesgo y los sistemas de evaluación de las estrategias implementadas.

43. Para esto se proponen tres componentes esenciales transversales a los tres objetivos del Proyecto:

1. Componente I: Mejorar las capacidades del Ministerio de Salud de la Nación e institutos autónomos bajo su responsabilidad y de los ministerios de salud provinciales para la promoción, prevención, control y vigilancia de ENT.
2. Componente II: Apoyo al diseño e implementación de intervenciones de base poblacional para la prevención de factores de riesgo de ENT en las provincias.
3. Componente III: Mejora de los cuidados de las personas con ENT y/ o sus factores de riesgo desde los servicios de salud.

3.6 Descripción del tipo de actividades relacionadas con pueblos indígenas

44. 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. Además,

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.

45. Además de las adecuaciones culturales de las actividades, se incorporará en el aspecto financiero (POA) la ejecución de dichas actividades con la finalidad de disponer de fondos específicos al mismo tiempo que brinda la posibilidad de demostrar de manera transparente la ejecución tanto de fondos como de actividades con pueblos originarios.

46. El nuevo Proyecto aplicará la Salvaguarda OP4.10 de Pueblos Indígenas y habida cuenta que la Argentina tiene una amplia experiencia en el manejo de esta salvaguarda, particularmente con los proyectos FESP I/II, Proyecto de Emergencia H1N1 y Plan Nacer/SUMAR en actual ejecución, que han sido sometidos a las diferentes instancias de consultas a la población indígena, y que la ejecución de los PPI ha alcanzado resultados satisfactorios, es que se han acordado que los criterios para la definición de las líneas de trabajo de la nueva operación recuperen la experiencia realizada y profundicen la implementación de los futuros PPI.

47. En relación a las Enfermedades No Transmisibles resulta evidente que las acciones correctivas del sistema de salud mencionados más arriba (reorientación de servicios, promoción de la salud y vigilancia) afectan a la población que vive en las comunidades indígenas de nuestro país de forma en la que aun no conocemos su magnitud.

48. En función de este hecho y de las actividades planteadas por el proyecto se plantean las siguientes acciones:

- a. **Mejorar la vigilancia de ENT y sus factores de riesgo a partir del diseño e implementación de estrategias de vigilancia.** Un sistema de vigilancia de ENT y sus factores de riesgo busca proveer información sobre las ENT y sus determinantes a decisores y otros usuarios de información, permitiendo el diseño, evaluación y monitoreo de acciones para su prevención y control. En este sentido, las fuentes de información con las que se cuenta determinan la capacidad de acción sobre las causas de mortalidad, morbilidad, y factores de riesgo. Teniendo en cuenta estos factores, la propuesta se basa en la recolección de información relevante para la prevención y promoción de ECNT teniendo en cuenta la pertenencia étnica del entrevistado.
- b. **Apoyo al diseño, implementación, monitoreo y evaluación de intervenciones de promoción, prevención y control de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.** El objetivo es aplicar estrategias de comunicación basadas en videncias que contengan el desarrollo de mensajes adaptados a nivel nacional y local para actuar sobre tres factores de riesgo; tabaquismo, inactividad física y mala alimentación acompañando las estrategias de modificación de entornos, regulatorias, y otras intervenciones que se vienen realizando. En este sentido, la adaptación del mensaje a las características culturales de la población con la cual interactúa este mensaje es pertinente para el desarrollo de una estrategia comunicacional efectiva.

- c. **Mejora de los sistemas de información.** El desarrollo de sistemas de vigilancia de ENT locales permitirá contar con información necesaria para la toma de decisiones adaptada a las prioridades y necesidades específicas de cada contexto. Si bien existe un sistema a nivel nacional, su implementación a nivel subnacional permite otorgar mayor grado de libertad y el análisis de situaciones particulares.

- d. **Implementación a nivel provincial de la estrategia de comunicación en ENT.** El objetivo de implementar una estrategia de comunicación a nivel provincial buscando adaptar los mensajes a las realidades y prioridades de cada provincia. El mismo deberá tener presentes las características culturales de los Pueblos Originarios.

- e. **Apoyo a la coordinación intersectorial a nivel provincial y municipal para el diseño e implementación de intervenciones para la promoción de hábitos saludables.** Esta iniciativa contempla la promoción de actividad física a nivel local y la promoción de alimentación saludable a través de la articulación intersectorial Nación, Provincia y Municipio.

Componente I: Mejorar las capacidades del Ministerio de Salud de la Nación e institutos autónomos bajo su responsabilidad, y de los ministerios de salud provinciales para la promoción, prevención, control y vigilancia de enfermedades no transmisibles.

Subcomponente 1: Mejorar la capacidad del Ministerio de Salud de la Nación e institutos autónomos bajo su responsabilidad para la conducción y evaluación de intervenciones de promoción, prevención, control y vigilancia de ENT.

Actividad: Mejorar la vigilancia de ENT y sus factores de riesgo a partir del diseño e implementación de estrategias de vigilancia.	Observaciones	Aplicación de OP 4.10 (Salvaguarda Indígena)
Encuesta Tabaquismo Jóvenes y Adultos 2017	1 Encuesta	Se realizaran replicas de estas encuestas dirigidas a pueblos originarios en las provincias con mayor cantidad de población originaria. Dichos estudios se realizaran en función de una análisis mas detallado en el diseño de los diferentes estudios y su pertinencia metodológica y costo-efectiva, existiendo la posibilidad de incluir la variable étnica en el diseño de las encuestas
Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2017	1 Encuesta	
Encuesta de Salud Escolar y Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes 2016	1 Encuesta	
I y II Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos	2 Encuestas	
Otros estudios	Estudios menores (1 por año)	
Actividad: Apoyo al diseño, implementación, monitoreo y evaluación de intervenciones de promoción, prevención y control de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	Observaciones	Aplicación de OP 4.10 (Salvaguarda Indígena)
Diseño e implementación a nivel federal de una estrategia de comunicación en ENT focalizando en una alimentación saludable, actividad física y reducción del consumo de tabaco.	Campaña integral de comunicación para la línea de trabajo "promoción del consumo de frutas y verduras", "reducción del consumo de sal", "abordaje y prevención de la obesidad", "control del tabaco"	Incorporar la adaptación cultural de los elementos de comunicación implementados durante el proyecto. Asimismo, se identificó la necesidad de hacer particular énfasis en la capacitación de los referentes de comunicación provinciales respecto a las características culturales de las etnias que habitan las provincias que activan la OP 4.10

Subcomponente 2: Apoyo a los ministerios de salud provinciales para la promoción, prevención, control y vigilancia de ENT

Actividad: Mejora de los sistemas de información	Observaciones	Aplicación de OP 4.10 (Salvaguarda Indígena)
Mejora de los sistemas de vigilancia de ENT y sus factores de riesgo	Análisis preliminar para el diseño y posible implementación de historias médicas electrónicas y de otras herramientas de ehealth	Incorporación de la variable étnica en los sistemas de información provinciales que no lo posean así como en las historias medicas electrónicas
Componente II: Apoyo al diseño e implementación de intervenciones de base poblacional para la prevención de factores de riesgo de ENT en las provincias.		
Actividad: Implementación a nivel provincial de la estrategia de comunicación en ENT.	Observaciones	Aplicación de OP 4.10 (Salvaguarda Indígena)
Diseño e implementación de Estrategia de comunicación destinada a Pueblos Originarios.	Aplica a las 18 provincias que activan la OP 4.10	Adaptación cultural de la estrategia de comunicación implementada durante el proyecto. Capacitación de los referentes de comunicación provinciales respecto a las características culturales de las etnias que habitan las provincias que activan la OP 4.10 y las estrategias de comunicación intercultural.
Actividad: Apoyo a la coordinación intersectorial a nivel provincial y municipal para el diseño e implementación de intervenciones para la promoción de hábitos saludables.	Observaciones	Aplicación de OP 4.10 (Salvaguarda Indígena)
Promoción de actividad física a nivel local		Adecuar culturalmente los materiales de promoción
Intervenciones provinciales y municipales para promover alimentación saludable		Adecuar culturalmente los materiales teniendo en cuenta la revalorización de los alimentos autóctonos y de consumo tradicional.

4. Identificación de las Provincias que activan OP 4.10

49. A través del Estudio Preliminar para determinar la presencia de pueblos indígenas en la zona del Proyecto realizado por el Banco Mundial las siguientes provincias quedan incluidas en la normativa del OP 4.10: Catamarca; Chaco, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.

50. En los Convenios Marco a firmarse con el MSAL para la operacionalización del Proyecto, las provincias que en este Marco se ha considerado que activan la OP 4.10 o aquellas que la activen en el futuro, estarán comprometidas a proceder a actualización de la evaluación social de las comunidades de pueblos indígenas existentes en sus respectivas provincias y, en el caso de corresponder, de preparar los PPI de conformidad con las disposiciones de este Marco de Planificación.

51. 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.

52. Si durante el ciclo del proyecto nuevas comunidades indígenas son identificadas en cualquiera de las provincias participantes del Proyecto, las mismas 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.

53. Los PPI serán financiados con fondos del Proyecto de Protección de la Población Vulnerable Contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

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

5. PROCESO DE PREPARACION DE LOS PPI

5.1 Evaluación Social

55. 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 PI. Para la realización de las Evaluaciones Sociales se tomarán como base aquellas desarrolladas durante el Proyecto FESP2.

56. La evaluación social se llevará a cabo en cada provincia e incluirá los siguientes

elementos de análisis:

- Marco Normativo e Institucional nacional y provincial aplicable en la provincia a sus pueblos indígenas. Organismos gubernamentales provinciales específicos (ej. IDACH)
- 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, etc. aspectos relacionados con la educación, (alfabetismo, bilingüismo, etc.)
- 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.

57. 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.

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

58. Objetivos. Los Planes de Pueblos Indígenas (PPI) tendrán como objetivo: a) evitar, reducir lo más posible, mitigar o compensar los efectos negativos causados los 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. Los PPI serán financiados con fondos del proyecto y deberán ser complementarios a los del Proyecto FESP2 y el SUMAR en aquellas provincias donde estos proyectos se implementen.

59. El contenido del Plan de Pueblos Indígenas incluye:

- a) Los resultados de la evaluación social;
- b) El proceso de consulta previa, libre e informada con las Comunidades Indígenas;
- c) Las medidas adicionales, incluidas las modificaciones del diseño del proyecto, que puedan ser necesarias para abordar los efectos adversos sobre las Comunidades Indígenas y para que el proyecto les reporte beneficios apropiados desde el punto de vista cultural.
- d) Cualquier acuerdo formal alcanzado con las Comunidades Indígenas o con organizaciones de Pueblos Indígenas que sean relevantes para las Comunidades Indígenas y/o el proyecto.

60. 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 PI han sido previa y libre e informados acerca del sub-proyecto.
- b) Las medidas, incluyendo las adicionales para abordar los impactos identificados, tales como modificaciones de diseño del proyecto para abordar 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.

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

61. Cada uno de los PPI contará con un sistema de interacción, atención de reclamos y resolución de conflictos, cuya elaboración, puesta en marcha y funcionamiento estará a cargo de la Provincia. El Sistema será parte integrante de este MPPI.

62. 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.

63. Los procedimientos de interacción, reclamos y resolución de conflictos, 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

64. 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 los sub-proyectos 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.

8. MECANISMO DE MONITOREO DEL MPPI

65. 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 PPIs, y realizar los ajustes que sean necesarios

9. CONSULTA REALIZADA

66. Las consultas son instancias donde se vuelcan necesidades y opiniones sobre el sistema de salud y el plan en particular, estas nos han permitido corregir y re-orientar nuestras acciones y nos indican el rumbo que debemos seguir, sobre todo en lo referido a los Planes con Pueblos Indígenas. La transversalidad de la salvaguarda indígena para el Proyecto, es decir, la inclusión de prácticas específicas que favorezcan la inclusión de la población indígena, ha sido consultada con diferentes programas de salud a nivel nacional y provincial, y con el INAI.

67. El día 27 de noviembre de 2013 se realizó, en el Salón de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), la consulta previa, libre e informada sobre el Marco de Planificación para Poblaciones Indígenas (MPPI) del Proyecto "Apoyo Integral de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles".

68. Participaron del evento las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación, entre ellos funcionarios de la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S), del Área de Salud Indígena del Programa Médicos Comunitarios, de la Salvaguarda Indígena del Proyecto FESP II, así como representantes de la Salvaguarda Indígena del Banco Mundial, referentes indígenas de la Organización Nacional de Pueblos Indígenas en Argentina (ONPIA) e integrantes de la Comisión de Salud de la Mesa Nacional del Consejo de Participación Indígena (CPI) del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI –Ministerio de Desarrollo Social).

69. Al evento asistieron 45 representantes de los Pueblos Ranquel, Qom, Guaraní, Diaguita Calchaquí, Mapuche, Atacama, Toba, Wichí, Huarpe, Kolla, Ava Guaraní, Mbya Guaraní, Mocoví, Ocloya, Tonokoté, Kolla Atacameño y Omaguaca respectivamente de las provincias de Chaco, San Luis, Formosa, Jujuy, Tucumán, Río Negro, Chubut, Neuquén, Salta, Mendoza, Buenos Aires, Misiones, Santa Fé, Santiago del Estero, Catamarca y CABA.

70. Inicialmente se expusieron objetivo, acciones, logros y lecciones aprendidas en el marco de implementación de la Salvaguarda Indígena del Proyecto FESP, explicitando la política operacional O.P. 4.10 en el contexto del financiamiento del BIRF. Posteriormente se presentó el Marco de Planificación para Poblaciones Indígenas (MPPI) del Proyecto de "Apoyo Integral de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles", su objetivo, estrategias, componentes 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:

1. La necesidad de contar con Dirección/Programa Nacional de Salud Indígena que funcione como rector de políticas sanitarias destinadas específicamente a los Pueblos Originarios, en la que participen personas indígenas. Así mismo se consideró pertinente la creación de áreas provinciales de salud indígena en donde exista la posibilidad de conformar consejo indígena en el rol de asesor, todos ellos con cargos remunerados. La participación y la toma de decisiones de los representantes de las comunidades y organizaciones originarias deberá garantizarse en todo el proceso, desde el diseño, a la implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y acciones orientadas a la población objetivo. La conformación de la Unidad Nacional y de las Unidades provinciales permitirá mejorar la articulación interinstitucional en todos los niveles de gobierno (nacional, provincial, departamental, municipal), de tal forma que se concentren las acciones en terreno y se evite la alta fragmentación que hoy en día se observa.
2. Incorporar, en los documentos del Proyecto, el concepto de salud que poseen los Pueblos Originarios, vinculado con la noción del “buen vivir”. Es necesario que se reconozca e incluya la sabiduría de la medicina ancestral, que los médicos tradicionales puedan ser reconocidos y participen en el sistema de salud oficial.
3. Que las consultas sean realmente “previas”, “libres” e “informadas”. Que se basen en el principio de que los representantes no deben decidir directamente por sus comunidades, sino que su rol se limita a ser voceros de dicho sujeto colectivo. Reconocen que la “Estrategia para la implementación del derecho a la consulta previa, libre e informada” debe ser debatido y aprobado por las comunidades y organizaciones. En este sentido, consideran que la consulta deberá realizarse a las organizaciones nacionales y provinciales así como también a las comunidades de base. Consideran que es necesario establecer una consulta anual para evaluar la implementación del proyecto y definir la replanificación del mismo, según su impacto y la emergencia de nuevas problemáticas.
4. Que el financiamiento que se destine para los Pueblos Originarios, sea utilizado para tal fin.
5. Que las encuestas y cualquier sistema de información (ej. historia clínica) incluyan la variable étnica. Además, que del diseño e implementación participen los referentes indígenas, recibiendo una retribución monetaria por la tarea. Acuerdan la importancia de realizar estudios específicos locales en vez de análisis generales a nivel nacional a través de muestreos. Los resultados de las encuestas deberán ser difundidos entre los Pueblos Originarios, para que puedan fundamentar, ante organismos nacionales y provinciales, cuales son las necesidades y definir con ellos las vías de intervención. Solicitan que se incluyan los factores de riesgo y las Enfermedades No Transmisibles

específicas de los pueblos indígenas. En cuanto a la carga de la información relevada, solicitan que la tarea de registro no recaiga únicamente en los agentes sanitarios indígenas, sino también en el equipo de salud y en las organizaciones locales. En caso de que recaiga solamente en el agente sanitario, éste reciba una retribución económica por la tarea.

6. Que participen referentes indígenas en el diseño, junto con los referentes de comunicación provinciales, piezas de comunicación y materiales de difusión adaptados culturalmente. También consideran de importancia que los comunicadores indígenas capaciten a los comunicadores provinciales, percibiendo retribución económica. Los jóvenes deberán ser tenidos en cuenta para la difusión de mensajes de salud, a través de las nuevas tecnologías de comunicación masiva.
7. En cuanto a la promoción de hábitos saludables, consideran necesario que se consulten las adecuaciones culturales de los mensajes y que se trabaje en Escuelas con niños indígenas, más allá de si son o no Interculturales bilingües. Como en los puntos anteriores, se requiere que los referentes indígenas participen del diseño e implementación. Para que los operativos y actividades de promoción y prevención sean efectivos debe proveerse de insumos para llevarlos a cabo.

73. 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 II junto al registro fotográfico y listado de participantes de la consulta.

10. COSTOS DE IMPLEMENTACION DE LA SALVAGUARDA INDIGENA

Se incorporan en el coste de las actividades del proyecto aquellas destinadas a la Salvaguarda Indígena.