



# Salvaguarda Social

## *Marco de Planificación para Pueblos Indígenas*

*Proyecto de Protección de la población  
vulnerable contra las enfermedades  
crónicas no transmisibles (BIRF AR-8508)*

**2020**



**El presente documento es una actualización de los aspectos sociales del proyecto de “Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles”. 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 DE PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN VULNERABLE CONTRA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	5
3. IDENTIFICACIÓN DE LAS PROVINCIAS QUE ACTIVAN OP 4.10	6
4. DESCRIPCIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	7
5. COMPONENTES DEL PROYECTO Y ACCIONES DE LA SALVAGUARDA INDÍGENA	12
6. ARREGLOS INSTITUCIONALES	19
7. POSIBLES EFECTOS Y MECANISMOS PREVISTOS PARA OPTIMIZAR RESULTADOS PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS. RECLAMOS Y SUGERENCIAS	21
8. DIFUSIÓN DEL MPPI	24
9. MECANISMO DE MONITOREO DEL MPPI	25
10. CONSULTA PREVIA, LIBRE E INFORMADA	25
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	
12. COSTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA SALVAGUARDA INDIGENA	28
ANEXO I. PROCESO DE PREPARACIÓN DE LOS PPI	30
EFECTOR	35
ANEXO II. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL NACIONAL PARA LAS POBLACIONES INDÍGENAS	43
ANEXO III. DESCRIPCIÓN DE LAS POLÍTICAS DEL MINISTERIO DE SALUD NACIONAL RESPECTO A PUEBLOS INDÍGENAS	61
ANEXO IV. PROCESO DE CONSULTA	71
ANEXO V. LISTADO DE EFECTORES CON AGENTE SANITARIO INDÍGENA DEPENDIENTE DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS (PNSPI)	115
EFECTORES PRIORIZADOS POR EL PROYECTO PROTEGER IDENTIFICADOS QUE ATIENDEN POBLACIÓN ORIGINARIA	129

## 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 desarrolla acciones específicas para mejorar la situación sanitaria y el acceso a la salud para esas comunidades. Continuando con una iniciativa comenzada en el año 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). Actualmente, dicho programa forma parte de la Secretaría de Equidad en Salud y depende de la Dirección Nacional de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

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 Dirección General de Programas y Proyectos Sectoriales y Especiales (DGPPSE) las funciones y competencias de la Salvaguarda Indígena, incorporando los equipos técnicos a la propia estructura de la DGPPSE. Actualmente, la DGPPSE se convirtió en la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo (DGPFE). El equipo de consultores técnicos trabajó desde 2008 en la salvaguarda indígena del Proyecto FESP I y FESP II; del Proyecto de Emergencia H1N1; y actualmente continúa ejecutando las actividades correspondientes a los Marcos de Planificación para Pueblos Indígenas de los proyectos: “Protección de la Población Vulnerable contra las Enfermedades Crónicas no Transmisibles”, BIRF N°8508; el Proyecto de Emergencia para la Prevención y Manejo de la Enfermedad por COVID-19 en la República Argentina BIRF N° 9083 y la reestructuración del Proyecto de Desarrollo de Seguros Provinciales de Salud – SUMAR, BIRF N° 8516 y BIRF N° 8853.

3. En este sentido, el monitoreo y la asistencia técnica para la ejecución de la Salvaguarda Indígena del presente proyecto, será realizada por el equipo de Área Técnica de Salvaguarda Social (ATSS) de la DGPFE en articulación con el Proyecto y los programas y direcciones intervinientes.

## 2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN VULNERABLE CONTRA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

4. 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 (ENT) 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.

5. 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 Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2018 para Enfermedades No Transmisibles muestra que si bien la prevalencia de consumo de tabaco continúa con su tendencia descendente desde 2005, y se evidencia 25% de reducción desde entonces y la exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar y en el trabajo, durante los últimos 30 días, se redujo significativamente respecto de la edición de la ENFR 2013, 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.

6. 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 dé 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.

7. 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.

### 2.1 Objetivos del Proyecto

8. El Proyecto PROTEGER tiene dos objetivos (i) mejorar las condiciones de los centros públicos de atención para brindar servicios de alta calidad en las Enfermedades No Transmisibles para los grupos de población vulnerable, y expandir el alcance de servicios seleccionados; y (ii) proteger a los grupos de población vulnerable de los factores de riesgo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles de mayor prevalencia.

### 2.2 Componentes del Proyecto

9. El proyecto cuenta con tres componentes:

- Componente 1: Mejorar las condiciones de los centros de atención de la salud pública para proveer servicios de mayor calidad para Enfermedades No Transmisibles a los grupos vulnerables, y expandir el alcance de los servicios seleccionados.
- Componente 2: Protección de los grupos de población vulnerable contra los factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de mayor prevalencia.
- Componente 3: Apoyo al Ministerio de Salud Nacional y Provinciales para mejorar la vigilancia, monitoreo, promoción, prevención y control de ENT, lesiones y factores de riesgo.

## 3. IDENTIFICACIÓN DE LAS PROVINCIAS QUE ACTIVAN OP 4.10

10. Siguiendo los lineamientos de la OP 4.10 del Banco Mundial<sup>1</sup>, 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.

11. En los Convenios Marco a firmarse con el Ministerio de Salud de la Nación 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

---

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

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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. El Objetivo de los **Planes de Pueblos Indígenas (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 PPI tendrán como objetivo:** a) evitar, reducir lo más posible, mitigar o compensar los efectos negativos causados por 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, evitando que involuntariamente las mismas induzcan a la desigualdad. La confección de los PPI será responsabilidad del personal designado para tal fin por el Ministerio de Salud Provincial 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 DGPFE y su cumplimiento es **obligatorio para la permanencia de la provincia en el Proyecto.**

16. **Los PPI serán financiados con fondos del Proyecto Proteger (AR-8508).**

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

#### 4. DESCRIPCIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

18. 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 (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.

19. 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 socio-demográficas de los Pueblos Indígenas

20. 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.

21. 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 este grupo 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 residencia<sup>2</sup>.

22. 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.

---

<sup>2</sup> 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/>)



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

Pueblo Indígena	TOTAL	Pueblo Indígena	TOTAL
Mapuche	205.009	Mbya Guaraní	7.379
Toba	126.967	Omaguaca	6.873
Guaraní	105.907	Pilaga	5.137
Diaguita	67.410	Tonocoté	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	Chulupí	1.100
Ava Guaraní	17.899	Vilela	519
Rankulche	14.860	Tapiete	407
Charrúa	14.649	Otros	5.301
Atacama	13.936	<b>Total</b>	<b>955.032</b>

23. 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. A nivel país, el 81,9% de las personas autoidentificadas como indígenas vive en áreas urbanas (Censo 2010).

24. Según el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI), existen actualmente 1417 comunidades con personería jurídica en nuestro país<sup>3</sup> (Figura 2).

<sup>3</sup> 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.

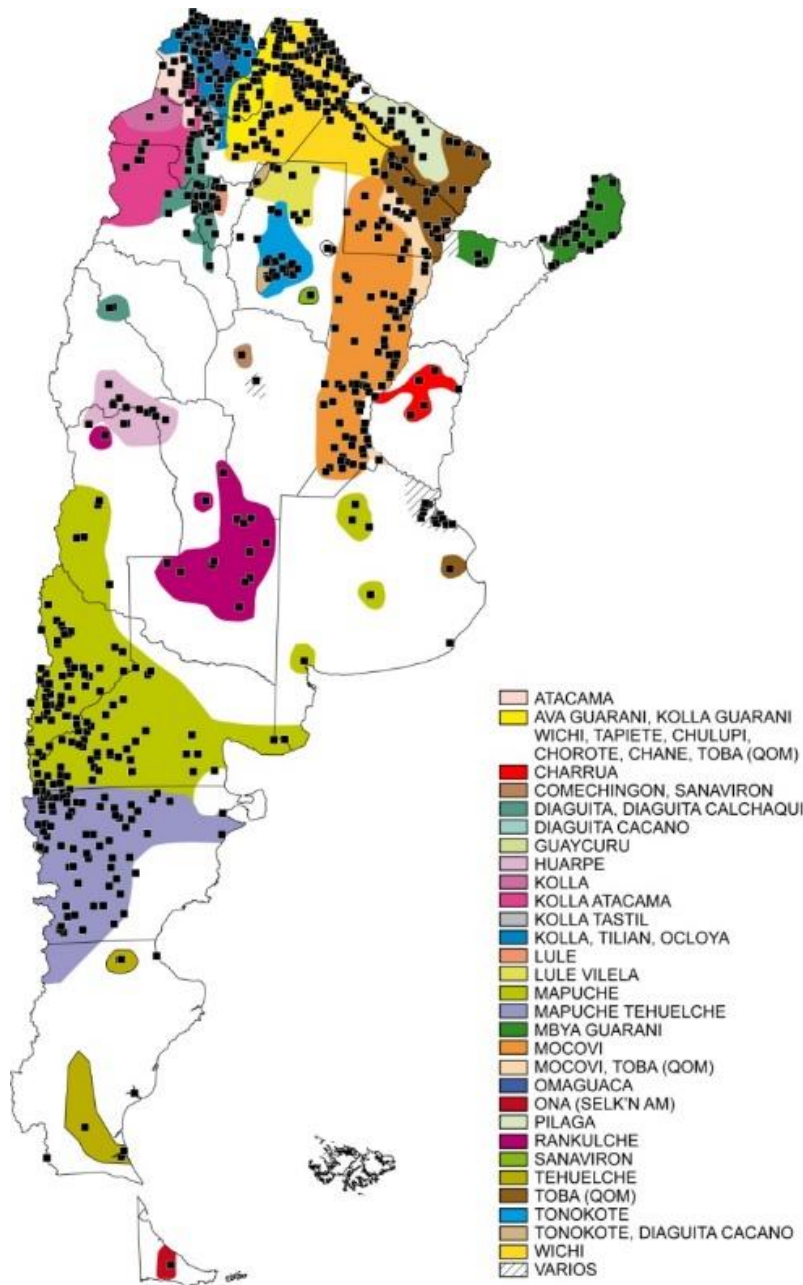


Figura 2. Localización general de los pueblos Originarios

#### 4.2 Situación de salud de las poblaciones originarias en Argentina

25. 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.

26. Entre los problemas de salud para pueblos originarios, destacan aquellos relacionados con mayor ruralidad, marginalidad, pobreza, migración, entre otras. Aquí mencionamos<sup>4</sup>: enfermedades de transmisión vectorial (Chagas, enfermedades vectoriales transmitidas por mosquito, leishmaniasis, hanta virus, etc.), enfermedades estacionarias (infecciones respiratorias y diarreas), parasitarias (brucelosis e hidatidosis), lesiones, Tuberculosis, trastornos psicosociales (abuso de alcohol y drogas, violencia de género e intrafamiliar, suicidios) y enfermedades no transmisibles así como los factores de riesgo asociados.

27. Según el Censo 2010 (INDEC) el 49,8% de la población autoreconocida como perteneciente a pueblos originarios depende exclusivamente del sistema público de salud para satisfacer sus necesidades en salud. En este sentido, el Proyecto Proteger tiene dos objetivos (i) mejorar las condiciones de los centros públicos de atención para brindar servicios de alta calidad en las ENT para los grupos de población vulnerable, y expandir el alcance de servicios seleccionados; y (ii) proteger a los grupos de población vulnerable de los factores de riesgo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles de mayor prevalencia.

28. En lo que respecta a los problemas relacionados con la atención de la salud, las comunidades destacan<sup>4</sup>: 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).

29. 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, en lo particular a lo referido a enfermedades crónicas no transmisibles. Entre las mismas se prevén capacitaciones a los equipos de salud, fortalecimiento de los efectores a través de los Indicadores Vinculados a Transferencias (IVT) y el fortalecimiento de los programas nacionales intervinientes respecto a la adecuación intercultural de las acciones desarrolladas. A su vez, para mejorar la capacidad de atención de efectores, se

---

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

continuará con la estrategia de efectores priorizados por su alta densidad de población indígena o que posean agentes sanitarios pertenecientes a pueblos originarios.

## 5. COMPONENTES DEL PROYECTO Y ACCIONES DE LA SALVAGUARDA INDÍGENA

30. El Proyecto de Protección de la Población Vulnerable contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles tiene como finalidad apoyar la mejora en las capacidades institucionales del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud de las provincias en el desarrollo de políticas 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.

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

- Componente 1: Mejorar las condiciones de los centros de atención de la salud pública para proveer servicios de mayor calidad para Enfermedades No Transmisibles a los grupos vulnerables, y expandir el alcance de los servicios seleccionados.
- Componente 2: Protección de los grupos de población vulnerable contra los factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de mayor prevalencia.
- Componente 3: Apoyo al Ministerio de Salud Nacional y Provinciales para mejorar la vigilancia, monitoreo, promoción, prevención y control de ENT, lesiones y factores de riesgo.

### 5.1 Descripción del tipo de actividades relacionadas con pueblos indígenas

32. 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 mejorar el acceso a los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA) de esta población. A su vez, en los casos correspondientes se realizarán las adecuaciones culturales de las actividades destinadas a 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.

33. 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. Estas se encuentran en la planificación anual, contempladas dentro del presupuesto, sin un número específico de POA hasta el momento.

34. El Proyecto aplicará la Salvaguarda OP4.10 de Pueblos Indígenas. Argentina tiene una amplia experiencia en el manejo de esta salvaguarda en salud, particularmente con los proyectos FESP I/II, Proyecto de Emergencia H1N1 y Plan Nacer/SUMAR en actual ejecución, ejecutados por lo que actualmente es el equipo de Salvaguarda Social de la DGPFE y que han sido sometidos a las diferentes instancias de consultas a la población indígena, alcanzando la ejecución de los PPI resultados satisfactorios. Es por ello que ha 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 articulando las acciones para pueblos originarios de los distintos proyectos.

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

- a. **Dirección Nacional de Gobernanza e Integración de los Sistemas de Salud:** 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 control de ECNT teniendo en cuenta la pertenencia étnica del usuario. En este sentido se plantea fortalecer a la Dirección Nacional de Gobernanza e Integración de los Sistemas de Salud respecto a la **incorporación de la variable étnica en las HCE**. Para ello, se incorporó en SNOMED Arg un refset extensional "pueblos originarios argentinos" que incluya los conceptos que no estén representados en la categoría "ethnic group" en la extensión argentina de SNOMED CT. Esto posibilitará principalmente la explotación de datos (consulta pacientes con grupo étnico perteneciente al refset pueblos originarios), al tiempo que podría tener utilidad en implementaciones locales, por ejemplo, diseño de formularios de registros especiales donde sólo interese registrar etnias argentinas. Dicha información formará parte del set de datos ampliados del paciente. El elemento de registro etnia según esta especificación deberá ser soportado por los sistemas de HCE que adhieran al estándar nacional. Las mencionadas acciones formarán parte de la implementación del IVT 2

(Porcentaje de CAPS que realizan acciones para la implementación de un sistema de información de salud interoperable).

b. **Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Trasmisibles:** El objetivo es aplicar estrategias de comunicación que contengan el desarrollo de mensajes adaptados a nivel nacional y local para actuar sobre los factores de riesgo y ECNT acompañando las estrategias de modificación de entornos, regulatorias, y otras intervenciones que se vienen realizando. En este sentido, se realizará la adaptación del mensaje de las piezas gráficas de comunicación desarrolladas por la DNAIENT, a las características culturales de las poblaciones a través de la traducción a las lenguas Mbya Guaraní, mapudungun, Toba (Qom), Avá Guaraní y Wichi. Dicho proceso implica la adecuación y traducción, la impresión y la distribución de las piezas. Las piezas específicas sobre las que se realizará la adecuación, serán definidas conjuntamente con la DNAIENT, focalizando las acciones en lo referido a la alimentación saludable, actividad física y reducción del consumo de tabaco.

En lo relativo a las encuestas planificadas a ser realizadas por el proyecto, se incorporó la pertenencia étnica del encuestado en los aspectos sociodemográficos de la ENNyS (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud) a manera de piloto. En función de los primeros resultados arrojados (70 % de las encuestas procesadas) se observó que sólo el 2,8% de las personas encuestadas (450 casos) pertenece a Pueblos Originarios, lo cual dificulta la extrapolación de conclusiones en función de su baja representatividad. Esto se debe a la forma en que se selecciona la muestra (muestra estratificada por centros urbanos de más de 5000 habitantes sobre la que se realiza un muestreo simple al azar) que no está dirigida específicamente a población originaria. Por su parte, la ENFR es diseñada y manejada por el INDEC bajo estándares que le son propios lo que impidió la incorporación en el bloque sociodemográfico de la pertenencia étnica. En relación a la 3° Encuesta Mundial de Salud escolar (EMSE) y 5° Encuesta Mundial de tabaquismo en Jóvenes (EMTJ), no se puede incorporar la pertenencia étnica debido a que los formularios y el cuestionario responden a modelos utilizados mundialmente lo que posibilita su comparación a nivel global.

c. **Dirección Nacional de Salud Comunitaria. Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (PNSPI).** En relación al fortalecimiento del PNSPI, se prevé trabajar con la estrategia de la Dirección Nacional de Salud Comunitaria. Se prevé ejecutar a lo largo del ciclo de vida del proyecto el **IVT 1** (Porcentaje de CAPS con equipos de salud familiar y comunitaria que realizan adscripción de la población a cargo) en los efectores que cuente con ASI. Es por eso que se espera que las provincias seleccionen entre los efectores a



trabajar durante el año al menos uno de los priorizados por la Salvaguarda Indígena. Asimismo, se incorporó en la planilla de relevamiento de la población adscripta la variable “pertenencia a una etnia originaria”. De igual manera, y como se mencionó anteriormente, se ejecutará el **IVT 2** (Porcentaje de CAPS que realizan acciones para la implementación de un sistema de información de salud interoperable) en aquellos efectores priorizados por tener población indígena a cargo o en aquellos efectores en los que los ASI del PNSPI cumplen funciones (son un total de 416 efectores), fortaleciendo la estrategia del PNSPI en aquellos aspectos relacionados con la vigilancia y la mejora en los sistemas de información lo que permitirá contar con los datos necesarios para la toma de decisiones adaptada a las prioridades y necesidades específicas de este grupo poblacional. A fin de contribuir a dicho fortalecimiento, se espera que la provincia incorpore en su HCE el campo correspondiente a variable étnica, en concordancia con lo expresado en el punto “a” del párrafo 35 de este documento.

- d. En relación al fortalecimiento de **la gestión de calidad de atención de los centros de salud del Primer Nivel de Atención (PNA)** para lograr el cuidado integral de la salud de la población, los **IVT 3** (Porcentaje de CAPS priorizados certificados para proveer servicios de salud de calidad para la detección y control de ECNT) e **IVT 4** (Porcentaje de CAPS priorizados que realizan procesos de mejora para la provisión de servicios de calidad en ECNT) serán ejecutados en efectores priorizados (ya sea por tener población indígena a cargo o por ser un efector en los que los ASI del PNSPI cumplen funciones).
- e. El Instrumento de Evaluación y Mejora de la Calidad del PNA está diseñado para favorecer el cuidado integral de la salud de la población; promover una gestión integrada y coordinada de los centros de salud con los distintos niveles de atención del sistema de salud y con la comunidad; brindar herramientas que permitan realizar un diagnóstico de situación de la calidad de atención; identificar oportunidades de mejora e implementar un plan de acción; implementar ciclos de mejora continua de la calidad por parte de los equipos multidisciplinarios del PNA; y desarrollar un monitoreo sistemático de la calidad de atención en el PNA.
- f. De igual manera, como se mencionó anteriormente, dicho instrumento incorpora aspectos interculturales relacionados con la calidad del servicio teniendo en cuenta las características socio-culturales de la población en el punto “Enfoque étnico y participación en salud de pueblos originarios”. Se espera que dicho apartado sea completado satisfactoriamente por

los efectores priorizados por la Salvaguarda Indígena que presenten los IVT 3 y 4. En este sentido, de los 1671 efectores priorizados que conforman el universo del Proyecto, se han identificado a Julio 2020 235 efectores que atienden población indígena (ya sea por tener población indígena a cargo o por ser un efector en los que los ASI del PNSPI cumplen funciones)<sup>5</sup> en los cuales se espera poder aplicar a lo largo del ciclo del Proyecto la herramienta para obtener un diagnóstico de situación de la calidad de atención, identificar oportunidades de mejora e implementar un plan de acción que permita ciclos de mejora continua. En relación al plan de mejora, este será apoyado a través de la producción de materiales específicos y el desarrollo de una capacitación virtual destinada a brindar herramientas para implementar las acciones de mejora. En el anexo I se explicita la meta de ejecución por provincia que se estableció a través de los PPI.

- g. La aplicación de la herramienta del Plan de evaluación y mejora de la calidad en el PNA permitirá ampliar la identificación de los efectores que atienden población originaria, brindando la posibilidad de incorporar dicha información a las bases de datos que conforma el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) perteneciente al SIISA (Sistema Integrado de Información de Sanitaria Argentino)<sup>6</sup>
- h. Asimismo, como parte del fortalecimiento del PNSPI, se ejecutará en los efectores mencionados anteriormente los **IVT 5** (Porcentaje de CAPS que realizan mejoras en el tratamiento de personas con Diabetes Mellitus) e **IVT 6** (Porcentaje de CAPS seleccionados que realizan mejoras en el tratamiento de personas con Hipertensión Arterial). Las metas de cumplimiento para los CAPS serán las mismas que las definidas para el resto de la población.
- i. Paralelamente al trabajo con los efectores, **se fortalecerá la “estrategia de acogimiento” definida por el PNSPI**. La misma apunta a la capacitación del personal de salud de los efectores del primer nivel de atención junto con materiales de comunicación (Afiches y señalética) que serán distribuidos en centros de salud con población Indígena a cargo<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Ver anexo V

<sup>6</sup> De manera similar, la información de los efectores identificados a través del PNSPI y por el SUMAR será incorporada al registro.

<sup>7</sup> Dicha estrategia puede variar en función de las acciones a ser implementadas por la Dirección Nacional de Salud Comunitaria.



- j. Por su parte, los **IVT 7** (Provincias que implementan acciones para reducir la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco ajeno) e **IVT 8** (Provincias que implementan acciones para reducir la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco ajeno) plantean la necesidad de contar cada uno con una mesa intersectorial en funcionamiento que promueva que las políticas públicas sean el resultado de un trabajo intersectorial y comunitario, políticas que se apliquen en la forma de acciones de comunicación y difusión. A modo de adecuación, desde la Salvaguarda Indígena se sugiere la incorporación a las mesas de actores sectoriales, institucionales y de la sociedad civil con injerencia en salud para población originaria (p.e. Áreas y/o Programas relacionados a Salud Indígena provinciales, miembros del Consejo de Participación Indígena del INAI, referentes indígenas provinciales, entre otros). A partir de esta incorporación, se espera que las acciones de comunicación y difusión contengan las adecuaciones culturales necesarias para que el mensaje sea efectivo en su llegada a todos los pueblos originarios de la provincia.
- k. A modo de resumen, en el cuadro siguiente se presentan las actividades a desarrollar en el marco de la Salvaguarda Indígena del Proteger así como las oportunidades de mejora identificadas<sup>8</sup>:

	Actividades	Adecuaciones a realizar
<b>DNAIENT</b>	- Que la Dirección realice la selección de las piezas de comunicación y la traducción de las mismas para actuar sobre los factores de riesgo y ECNT	- Se realizarán traducciones a las lenguas Mbya Guaraní, mapudungun, Toba (Qom), Avá Guaraní y Wichi de las piezas de comunicación realizadas por la DNAIENT. Las mismas serán traducidas, impresas y distribuidas a través de los referentes provinciales del proyecto y de la Salvaguarda Social.
<b>IVT 1</b>	- Que la provincia seleccione al menos un (1) efector priorizado por Salvaguarda Indígena	- Que se incluyan las variables “pueblo indígena” y “comunidad originaria” en el conjunto de datos mínimos para el registro de la adscripción de la población en efectores priorizados por S.I.

<sup>8</sup> Se debe tener en cuenta que la selección de efectores para los IVT 2,5 y 6, se realizó en el año 4 del Proyecto y se trabajará de manera permanente todos los años de implementación del proyecto con esa selección.

		- Que se reporte el pueblo indígena de pertenencia del agente sanitario indígena del equipo asociado a la micro área
IVT 2	- Que la provincia seleccione al menos un (1) efector priorizado por Salvaguarda Indígena	- <b>incorporación de la variable étnica en las HCE.</b> Incorporación en SNOMED Arg. de un refset extensional "pueblos originarios argentinos" que incluya los conceptos que no estén representados en la categoría "ethnic group" en la extensión argentina de SNOMED CT. Dicha información formará parte del set de datos ampliados del paciente
IVT 3	- Que la provincia seleccione efectores priorizados por Salvaguarda Indígena en función de la meta establecida en el Anexo I	- Que los efectores priorizados por S.I. y/o aquellos de los seleccionados por la provincia que cuenten con población indígena a cargo completen satisfactoriamente el apartado "Enfoque étnico y participación en salud de pueblos originarios" del "Instrumento de evaluación de la calidad del primer nivel de atención"
IVT 4	- Que la provincia seleccione efectores priorizados por Salvaguarda Indígena en función de la meta establecida en el Anexo I	- Que los efectores priorizados por S.I. y/o aquellos de los seleccionados por la provincia que cuenten con población indígena a cargo implementen acciones de mejora en los efectores evaluados.  - Realizar materiales y capacitación virtual destinada a brindar herramientas para implementar las acciones de mejora
IVT 5	- Que la provincia seleccione al menos un (1) efector priorizado por Salvaguarda Indígena	- Que la provincia identifique en el reporte la cantidad de personas con diabetes por CAPS que atienden a población originaria que han obtenido valores de HbA1c menores o iguales a 9% en la medición presentada en la DDJJ.

		- Incorporación en las planillas de reporte de la DDJJ de la variable de pertenencia étnica.
<b>IVT 6</b>	- Que la provincia seleccione al menos un (1) efector priorizado por Salvaguarda Indígena	- Que la provincia identifique en el reporte la cantidad de personas por con HTA por CAPS que atienden a población originaria que han obtenido valores de PA menores a 140/90 mmHg en la medición de esta variable  - Incorporación en las planillas de reporte de la DDJJ de la variable de pertenencia étnica.
<b>IVT 7</b>	- En caso de ser necesario por las características de la población indígena provincial, que se realice la adecuación cultural de las acciones de comunicación y difusión	- Que la mesa intersectorial cuente con participación de actores sectoriales, institucionales y de la sociedad civil con injerencia en salud para población originaria
<b>IVT 8</b>	- En caso de ser necesario por las características de la población indígena provincial, que se realice la adecuación cultural de las acciones de comunicación y difusión	- Que la mesa intersectorial cuente con participación de actores sectoriales, institucionales y de la sociedad civil con injerencia en salud para población originaria

- I. En caso de realizarse otras actividades dentro del Proyecto que no estén incluidas en la descripción precedente, se evaluará la necesidad de generar adaptaciones culturales de las mismas.

## 6. ARREGLOS INSTITUCIONALES

36. Arreglos institucionales para la implementación y el monitoreo (responsabilidades entre SALVAGUARDA, PROYECTO y PROGRAMA)



Objetivo/componen te/tema	Acciones a ejecutar	Arreglos institucionales para la implementación y el monitoreo
<b>Planificaciones</b>	Elaboración del PPI como componente del Compromiso Anual Integrado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La UC de PROTEGER solicita el PPI a la provincia en el marco del Compromiso anual integrado (CAI) según indicaciones proporcionadas por la SALVAGUARDA SOCIAL correspondientes a cronograma, contenido y metodología de elaboración.</li> <li>2. Las provincias y la SALVAGUARDA SOCIAL llevan a cabo un proceso de trabajo conjunto para la elaboración y corrección de la planificación.</li> <li>3. Las provincias presentan el documento final en los tiempos definidos y según los requerimientos solicitados por el PROTEGER incluida la consulta previa, libre e informada de los PPI.</li> <li>4. La SALVAGUARDA SOCIAL comparte el documento con el PNSPI y el BM.</li> </ol>
<b>Monitoreo</b>	Relevamiento y consolidación de la información sobre la ejecución de lo planificado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La UC de PROTEGER solicita a la provincia información sobre ejecución de acciones en el marco del PPI con copia a la SALVAGUARDA SOCIAL.</li> <li>2. SALVAGUARDA SOCIAL trabaja a nivel provincial con los referentes para consolidar información sobre ejecución.</li> <li>3. Provincia envía información sobre ejecución a la UC de PROTEGER con copia a la SALVAGUARDA SOCIAL.</li> <li>4. SALVAGUARDA SOCIAL consolida y distribuye información al PNSPI salud indígena, a la DINAIENT, a la DNGISS (en función de la especificidad de cada área) y al BM.</li> </ol>
<b>Adquisiciones</b>	Compra de equipamiento para el fortalecimiento del abordaje territorial de Salvaguarda Indígena a través de actividades extramuros en relación a la población a cargo de los equipos de salud con agentes de salud indígenas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La UC de PROTEGER difunde de manera oportuna la oferta de adquisiciones.</li> <li>2. Se acuerda con los programas nacionales interesados sobre las adquisiciones y/o contrataciones a realizar.</li> <li>3. La UC de PROTEGER incorpora los ítems en su POA.</li> <li>4. La UC de PROTEGER define cronograma de acción.</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Las definiciones técnicas y/o TDR se realizan en función de la especificidad de cada ítem y de la competencia de los programas.</li> <li>6. La UC de PROTEGER da curso a la contratación del bien o servicio.</li> <li>7. La UC de PROTEGER constata la entrega del bien o servicio.</li> </ol>
<b>Asistencias técnicas del equipo nacional de SALVAGUARDA SOCIAL</b>	Implementación de la planificación anual estimada en cantidad de asistencias técnicas y fechas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La SALVAGUARDA SOCIAL realiza la planificación de asistencias técnicas (AT) de manera conjunta con las provincias y envía a la UC de PROTEGER para su aprobación.</li> <li>2. La SALVAGUARDA SOCIAL inicia el proceso administrativo de pedido de pasajes a la UC de PROTEGER.</li> <li>3. La UC de PROTEGER lo aprueba.</li> <li>4. Se comunica a los interesados sobre la realización de la asistencia técnica (dificultad detectada u objetivo de la AT, fechas y lugares).</li> <li>5. La UC de PROTEGER gestiona pasajes y viáticos.</li> <li>6. SALVAGUARDA SOCIAL comparte con los interesados resultados de la AT.</li> </ol>
<b>Comunicación</b>	Producción de informes de monitoreo de SALVAGUARDA SOCIAL a proyectos y programas; Documentos del proyecto (de comunicación, recolección de datos, registro de ejecución, sobre aspectos operacionales, etc.)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realización de reuniones mensuales entre la SALVAGUARDA SOCIAL y la UC del PROTEGER para arreglos de gestión.</li> <li>2. Comunicación de la UC del PROTEGER a la SALVAGUARDA SOCIAL sobre documentos creados y/o utilizados por el proyecto.</li> <li>3. Envío de la SALVAGUARDA SOCIAL a la UC del PROTEGER del documento con las adecuaciones necesarias</li> </ol>

## 7. POSIBLES EFECTOS Y MECANISMOS PREVISTOS PARA OPTIMIZAR RESULTADOS PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS. RECLAMOS Y SUGERENCIAS

37. 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.

38. Los mecanismos de reclamos y sugerencias serán vehiculizados a través de la consulta y las áreas de salud indígena provinciales, así como por canales virtuales. 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.

39. 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, y resolución de reclamos y conflictos.

40. Con respecto al mecanismo de atención a reclamos de trabajadores del proyecto, el Ministerio de Salud de la Nación cuenta con un Mecanismo de Atención de Quejas y Reclamos que está en función para gestionar reclamos sobre los proyectos que ejecuta. El mecanismo es manejado por el área legal del DGPFE y puede recibir quejas a través de los puntos de contacto que siguen:

Página web: [www.ufisalud.gov.ar/mensajes](http://www.ufisalud.gov.ar/mensajes)

Mail: [quejasyreclamos@ufisalud.gov.ar](mailto:quejasyreclamos@ufisalud.gov.ar)

Tel: (+54)(011)43723733 Int:2016

Asimismo, respecto a las acciones específicas de los PPI, la DGPFE y el Proyecto reciben y monitorean los reclamos a través de los siguientes contactos:

Página web: [www.ufisalud.gov.ar/mensajes](http://www.ufisalud.gov.ar/mensajes)

Mail: [ssocial@ufisalud.gov.ar](mailto:ssocial@ufisalud.gov.ar)/[coordinaciónprotegernacion@gmail.com](mailto:coordinaciónprotegernacion@gmail.com)

Nombre del Proyecto y # de préstamo	Unidad Ejecutora	Nombre y apellido del punto focal	Cargo	Tel	Correo Electrónico	Mecanismo de Atención de Quejas y Reclamos (incluir web, correo, tel., etc.)
PROTEGERAR-8508	DGPFE	Gimena Quiñones	Asesora Legal	(+54)(011)43723733 Int:2016	<a href="mailto:gquinones@ufisalud.gov.ar">gquinones@ufisalud.gov.ar</a>	<a href="http://www.ufisalud.gov.ar/mensajes">www.ufisalud.gov.ar/mensajes</a> Mail: <a href="mailto:quejasyreclamos@ufisalud.gov.ar">quejasyreclamos@ufisalud.gov.ar</a> Tel: (+54)(011)43723733 Int:2016
PROTEGERAR-8508	DGPFE	Mariano Orlando	Responsable ATSS	(+54 11) 4372-3733 int. 332	<a href="mailto:ssocial@ufisalud.gov.ar">ssocial@ufisalud.gov.ar</a>	<a href="http://www.ufisalud.gov.ar/mensajes">www.ufisalud.gov.ar/mensajes</a> Mail: <a href="mailto:ssocial@ufisalud.gov.ar">ssocial@ufisalud.gov.ar</a> Tel: (+54)(011)4372-3733 Int:332
PROTEGERAR-8508	UC	Manuela Barco	Apoyo Operativo a la Coordinación	(+54 11) 7090-3600 Interno: 3660	<a href="mailto:manuelabarco22@gmail.com">manuelabarco22@gmail.com</a>	Mail: <a href="mailto:coordinaciónprotegernacion@gmail.com">coordinaciónprotegernacion@gmail.com</a> Tel: (+54 11) 7090-3600 interno 3651/2

#### 41. Proceso de resolución de reclamos y conflictos:

- a) Medios de Recepción: Para el monitoreo de los mecanismos de reclamos de los PPI, tanto el Proyecto como la DGPFE, darán seguimiento a los reclamos recibidos a través de los puntos focales (vía web, mail o telefónicamente) y de las provincias (a través de las instancias de reclamo de los Ministerios de Salud Provinciales). Pudiendo existir otros modos en que los reclamos se manifestasen, en función de factores contextuales y socio-culturales, los receptores de la queja deberán: o bien orientar a quién desea realizar la queja según el procedimiento formal, o bien actuarán de oficio.
- b) Recepción y registro de datos: Se pretende que todos los reclamos sean atendidos telefónicamente, por escrito u otros medios, impliquen la definición por parte del Proyecto y de la DGPFE, el tipo de intervención para la resolución del reclamo o conflicto. Adicionalmente, los reclamos recibidos a nivel central deberán ser registrados en una planilla y remitidos a las provincias y al referente Social de las provincias. Asimismo, en función del impacto del reclamo, se procederá a categorizarlo en función de la prioridad: Alta, Media o Baja
- c) Plazo de atención del reclamo: aviso de recepción y verificación del reclamo dentro de los 3 días hábiles. Tales plazos cambian cuando, según el reclamo, está en riesgo la vida humana de no ser atendido de manera inmediata.
- d) Respuesta y cierre del reclamo: 1. En caso de que la provincia reciba un reclamo y llegue a un acuerdo y resolución del mismo, deberá realizar un acta de compromiso donde se especifiquen los acuerdos así como los tiempos para cumplirlos. Dicha acta deberá ser remitida a la coordinación del Proyecto y al Área Técnica de Salvaguarda Social de la DGPFE. 2. En el caso en que la provincia no cuente con un acta al no poder reunirse con los reclamantes, la provincia deberá remitir dentro de los 3 días una comunicación a los reclamantes indicando las medidas a tomar en función del reclamo. Asimismo debe sugerirse una reunión donde se siga el procedimiento establecido en el punto anterior. El tratamiento y resolución de los casos será debidamente documentado a través de lista de participantes (si se tratara de reuniones), informe de los temas tratados, razones de consultas, tipo de conflictos emergentes o posibles, metodología de resolución, conclusiones y compromisos asumidos, respaldo fotográfico y cualquier otra forma de verificación del proceso de trabajo con el/los reclamantes y/o comunidades afectadas (según se haya participado presencial o de manera virtual).
- e) Solución del reclamo: Habiéndose llegado a acuerdos por una u otra vía y contando con el compromiso de plazos de solución por parte de las provincias en acuerdo con el/los reclamante/s, la provincia debe proceder en consecuencia. Las acciones en campo serán sistematizadas por los responsables provinciales y monitoreadas por el Proyecto y el ATSS de la DGPFE.

f) Monitoreo y evaluación del mecanismo de reclamos: Los casos serán considerados cerrados una vez que cuenten con el acuerdo de las partes, el cual será respaldado por un documento firmado entre ambas partes y serán archivados por el Proyecto y la DGPFE. El seguimiento y la documentación tienen como objetivos: Documentar la severidad de un reclamo (alta, media, baja). El nivel de severidad guía los requerimientos de alertar a las autoridades competentes; Brindar seguridad de que una persona determinada es responsable de supervisar cada reclamo; Promover la resolución a tiempo; Informar a todos los interesados (el reclamante y el personal de la institución) sobre el estado del caso y el progreso hacia su resolución; Registrar las respuestas de las partes interesadas y si se necesitan acciones adicionales; Llevar un registro de arreglos y ayudar a desarrollar estándares y criterios para usarlos en la resolución de cuestiones comparables en el futuro y Monitorear la implementación de cualquier arreglo para asegurar que sea oportuna e inclusiva.

## 8. DIFUSIÓN DEL MPPI

42. El documento del MPPI se difundirá a través de los CPI del INAI, para que llegue a los Pueblos Indígenas que pudieran resultar ser afectados por las acciones del Proyecto, teniendo en cuenta el contexto del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, pudiéndose utilizar para ello canales virtuales de consulta. A su vez, será difundido y consultado con la Mesa de Salud del INAI, conformada por representantes del Consejo de Participación Indígena. Se prevé mantener reuniones semestrales con dicha Mesa de Salud con la finalidad de generar espacios continuos de consulta e intercambio de información sobre las actividades y desarrollos del proyecto. El esquema previsto sujeto al funcionamiento de la Mesa de Salud del INAI constará de al menos una reunión a realizarse en Octubre 2020, y de al menos dos reuniones durante el 2021 a realizarse en los meses de Abril y Octubre respectivamente. Como se menciona más arriba, el formato de la consulta podrá realizarse a través de la modalidad virtual siguiendo los lineamientos de la nota técnica “Consultas públicas y participación de los interesados en las operaciones respaldadas por el Banco Mundial cuando las reuniones públicas se encuentran limitadas” que forma parte del Anexo IV, o podrán ser convocadas de manera presencial de acuerdo a las posibilidades. Asimismo, el MPPI será publicado en la página web de la DGPFE. El MPPI también podrá difundirse a través de organizaciones de la sociedad civil que sean pertinentes. Inicialmente se difundirá en organizaciones que estén relacionadas con el trabajo con Pueblos Originarios, (Fundación para el desarrollo en paz y justicia; Fundación Pueblos Nativos; Ayuda a Pueblos Originarios) que estén conformadas por representantes de Pueblos originarios (Organización de Naciones y Pueblos Indígenas de la Argentina -ONPIA-; Asociación Indígena República Argentina –AIRA-) y/o que desempeñen sus funciones en el ámbito de la salud (Observatorio de Salud, UBA). Asimismo, como parte de la



reestructuración, el MPPI será presentado durante las consultas que se realicen a nivel provincial del PPI, las cuales se prevé serán realizadas al menos una durante el 2020 y dos en el 2021 en función de los tiempos y posibilidades provinciales.

43. **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, reuniones con referentes indígenas).

## 9. MECANISMO DE MONITOREO DEL MPPI

44. 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.

## 10. CONSULTA PREVIA, LIBRE E INFORMADA

45. 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.

46. En el marco de la Salvaguarda Indígena, fueron llevadas a cabo consultas previas, libres e informadas para los proyectos Nacer, FESP II (2010), Proteger (2013) y SUMAR (2017) con miembros de organizaciones indígenas y miembros del Consejo de Participación Indígena del INAI (CPI). Asimismo, durante la reestructuración del programa se realizaron 2 consultas virtuales con los referentes del CPI. Los documentos relacionados con ambas instancias forman parte del Anexo IV.

47. 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, los programas y los gobiernos provinciales. Otras sugerencias se encuentran en proceso de ser incorporadas. Los documentos relacionados con la consulta forman parte del Anexo IV.

48. Teniendo en cuenta que con el brote y la propagación de la COVID-19, se ha aconsejado u obligado, mediante normas nacionales o locales, a la población a mantener distancia social y, específicamente, a evitar las concentraciones públicas, con el propósito de prevenir y reducir el riesgo de transmisión del virus, y que este hecho puede afectar los requisitos de consultas públicas

y participación de los interesados, las instancias y modalidades de consulta serán evaluadas en función de las posibilidades teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Evitar las concentraciones de público (de acuerdo con las restricciones nacionales), incluidas audiencias públicas, talleres y reuniones comunitarias.
- Si las reuniones reducidas están permitidas, realizar consultas en grupos pequeños, como los de discusión. Si no lo están, hacer todo lo posible por organizarlas mediante canales en línea, como Webex, Zoom y Skype.
- Diversificar los medios de comunicación y recurrir más a los medios sociales y los canales en línea. Cuando sea factible y corresponda, crear plataformas en línea especiales y grupos de chat ad hoc, en función del tipo y la categoría de las partes interesadas.
- Emplear canales de comunicación tradicionales (televisión, periódicos, radio, líneas telefónicas exclusivas y correo postal) cuando los interesados no tengan acceso a los canales en línea o no los utilicen con frecuencia. Los canales tradicionales también pueden ser muy efectivos para transmitir a los interesados información de importancia y permitirles comunicar sus opiniones y sugerencias.
- Cuando la participación directa de las personas beneficiadas o afectadas por el proyecto sea necesaria, como en el caso de la preparación y la ejecución de los planes de acción para reasentamiento o los planes para los pueblos indígenas, definir, con cada hogar afectado, los canales de comunicación directa mediante una combinación específica de mensajes de correo electrónico, correo postal, plataformas en línea y líneas telefónicas exclusivas con operadores capacitados.
- Debería explicarse claramente de qué manera, a través de cada uno de los canales de participación propuestos, las partes interesadas pueden dar a conocer sus opiniones y sugerencias.
- En la mayoría de los contextos y las situaciones se puede idear un sistema apropiado para que los interesados participen. Sin embargo, cuando ninguno de los medios de comunicación mencionados se considere adecuado para llevar adelante las consultas necesarias, el equipo debe analizar con la unidad de administración del proyecto si la actividad en cuestión se puede reprogramar para una fecha posterior que resulte satisfactoria para los interesados.

49. La nota técnica con las recomendaciones para Consultas públicas y participación de los interesados en las operaciones respaldadas por el Banco Mundial cuando las reuniones públicas se encuentran limitadas, se encuentra adjunta como Anexo IV del presente documento.

## 11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



Área interviniente	Actividad	2019				2020				2021			
		T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4
Dirección Nacional de Gobernanza e Integración de los Sistemas de Salud (DNGISS)	DNGISS -001. Ejecución IVT 2 en efectores priorizados												
	DNGISS -002. Incorporación en SNOMED de “pueblos originarios argentinos” en el conjunto “Ethnic group”												
	DNGISS -002.1. Revisar la lista de pueblos Argentina												
	DNGISS -002.2. Buscar códigos SNOMED existentes en la edición SNOMED CT internacional												
	DNGISS -002.3. Crear los conceptos que no estén representados en la categoría ethnic group en la extensión argentina de SNOMED CT												
	DNGISS -002.4 Crear SNOMED Arg un refset extensional "pueblos originarios argentinos" que incluya DNS-001.2 y DNS-001.3 como miembros												
	DNGISS -003. Incorporación en la HCE de la variable étnica en la identificación del paciente												
Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles (DNAIENT)	DNAIENT -001. Ejecución IVT 3 y 4 en efectores priorizados												
	DNAIENT -001.1. Inclusión de aspectos interculturales relacionados con la calidad del servicio al instrumento de evaluación												
	DNAIENT -001.2 identificación de efectores que atienden a población originaria												
	DNAIENT -001.3 incorporación en el REFES de la presencia de población originaria en el efector												
	DNAIENT -002. Ejecución de los IVT 5 y 6 en efectores priorizados												
	DNAIENT -003. Selección de piezas de comunicación para traducir. Traducción, impresión y distribución.												
Programa Proteger (PROTEGER)	PROTEGER-001. Adquisición de equipamiento para el fortalecimiento del abordaje territorial de Salvaguarda Indígena.												
	PROTEGER-001.1. Proceso de licitación para la compra de bienes.												
	PROTEGER-001.2 Entrega y reparto de bienes												
Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (PNSPI)	PNSPI-001. Ejecución IVT 1 en efectores priorizados												
	PNSPI-002. Fortalecimiento de la “estrategia de acogimiento” del PNSPI (impresión de materiales. Afiches y señalética distribuidos en PNA)												
	DNC-002.1. Adaptación grafica de las piezas de comunicación												
	DNC-002.2. Traducción del material de comunicación												



Área interviniente	Actividad	Unidades	Canti dad	Costo unitario	Costo Total
Dirección Nacional de Gobernanza e Integración de los Sistemas de Salud (DNGISS)	DNGISS -002. Incorporación en SNOMED de "pueblos originarios argentinos" en el conjunto "Ethnic group"	Conjunto incorporado	1	0	0
	DNGISS -002.1. Revisar la lista de pueblos Argentina	Lista revisada	1	0	0
	DNGISS -002.2. Buscar códigos SNOMED existentes en la edición SNOMED CT internacional	Revisión de códigos realizada	1	0	0
	DNGISS -002.3. Crear los conceptos que no estén representados en la categoría ethnic group en la extensión argentina de SNOMED CT	Creación de códigos inexistentes realizada	1	0	0
	DNGISS -002.4 Crear SNOMED Arg un refset extensional "pueblos originarios argentinos" que incluya DNS-001.2 y DNS-001.3 como miembros.	Creación refset	1	0	0
	DNGISS -003. Incorporación en la HCE de la variable étnica en la identificación del paciente	Incorporación de variable en HCE	1	0	0
Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DINAIENT)	DNAIENT -001.1. Inclusión de aspectos interculturales relacionados con la calidad del servicio al instrumento de evaluación.	Inclusión realizada	1	0	0
	DNAIENT -003 Traducción, impresión y distribución de piezas de comunicación.	Material traducido, impreso y distribuido	7500	\$100	\$750.000
Programa Proteger	PROTEGER-001. Adquisición de equipamiento para el fortalecimiento del abordaje territorial de Salvaguarda Indígena	Planificada la compra	700	\$71.559	\$50.091.400
Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (PNSPI)	PNSPI-002. Fortalecimiento de la "estrategia de acogimiento" del PNSPI (impresión de materiales, afiches y señalética) distribuidos en PNA	Material impreso y distribuido	1.000	\$ 100	\$ 100.000
<b>Total</b>					<b>\$ 50.941.400</b>

## ANEXO I. PROCESO DE PREPARACIÓN DE LOS PPI

### 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 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/calefacionarse. 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 Social y serán financiados con fondos del proyecto. El mismo será validado por el Área Técnica de Salvaguarda Social de DGPFE y su cumplimiento es **obligatorio para la permanencia de la provincia en el proyecto.**

---

6. El PPI debe incluir una fundamentación de la 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 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 vehiculen.

8. 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 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.

9. en relación a las características que deben cumplir los PPI, se diseñó un documento específico para su confección. El mismo se incluye a continuación.

---

# ***Instructivo para el desarrollo de los Planes para Pueblos Indígenas (PPI)***

---

***Área Técnica de Salvaguarda Social***

***Dirección General de Proyectos con  
Financiamiento Externo (DGPFE)***

***- 2020 -***

---

## Plan con Pueblos Indígenas (PPI) 2020-2021

### Objetivo

Con el objetivo de realizar una planificación operativa integrada, ponemos a disposición modelo de **PPI** que contiene las acciones de salvaguarda indígena, tanto de SUMAR como de PROTEGER, así como los aspectos provinciales relativos a la misma. Dicho **PPI** propone una labor secuencial y continua de duración bianual, basada en el diseño y ejecución de tres tipos de planificaciones. Dos de ellas correspondientes al trabajo a nivel de efectores, y una referida a las acciones provinciales que se realizan en el marco de los proyectos. Asimismo, el **PPI** forma parte de un proceso de mejora continua que fue iniciado a partir de la aplicación de la **“Matriz ponderada de evaluación de efectores con pertinencia intercultural”**, a partir de cuyos resultados se deberán diseñar las acciones que serán plasmadas en la planificación específica para los efectores priorizados del SUMAR.

La herramienta se presenta en una planilla de Excel con tres solapas: **SUMAR Actividades Efectores**, **Acciones generales provinciales** y **PROTEGER**, las cuales refieren a los siguientes abordajes:

- **Planificación de SUMAR Actividades Efectores** para cada uno de los efectores priorizados por la provincia por SUMAR
- **Planificación de Acciones generales provinciales** para toda la red de efectores conveniados por SUMAR y priorizados por PROTEGER que atienda a población indígena y/o acciones provinciales que fortalezcan la capacidad de los programas respecto a la temática.
- **Priorización de efectores para PROTEGER** por año con los IVT correspondientes a ser ejecutados, así como la aplicación de la herramienta “Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención”.

### Criterios para completar la matriz de SUMAR Actividades Efectores

A continuación se amplían los criterios de llenado de cada una de las columnas de dicha matriz:

#### Efactor

En esta columna se debe inscribir el efector priorizado por SUMAR sobre el cual se desarrollará la planificación.

---

### 1.3 DIMENSIÓN A MEJORAR Y ESTADO QUE SE ESPERA ALCANZAR (RESPECTIVO A LA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA)

La herramienta diagnóstica releva 9 dimensiones o aspectos y cada uno de ellos tiene varios estados que son escalables (salvo los de Comunicación y Adecuación cultural relativa al parto, que son acumulativos). En este campo se debe volcar la dimensión que se espera abordar y qué estado se busca alcanzar con la acción planificada. Dado que en los diagnósticos se relevan múltiples dimensiones recomendamos priorizar algunas en las que hacer foco en los próximos dos años, que es la extensión temporal de este PPI.

De este modo este campo nos dará el objetivo de la acción en diálogo directo con el diagnóstico realizado.

#### Acción

Aquí se desarrolla específicamente lo que se realizará para alcanzarse el objetivo propuesto. Dicha **acción** debe ser específica y susceptible de establecer metas e indicadores que monitoreen su impacto.

#### Metas

En este campo se determina de manera cuantificable el producto de la **acción** que se está planificando y que se busca conseguir.

Primeramente hay que determinar el **indicador de la acción** y luego determinar las **metas** para cada semestre (cuánto se compromete ejecutar). Las metas comprometidas serán las que determinarán el cumplimiento de la acción.

#### Ejecución

Aquí se expresa la cantidad de acciones ejecutadas en cada semestre, lo cual permitirá establecer el nivel de cumplimiento de las metas planificadas.

#### Monitoreo del impacto

Esta sección de la matriz busca identificar un indicador desde el cual medir el impacto de la acción ejecutada en relación a la dimensión y estadio en el cual se encuentra el efector, la cual se pretende. Para ello, se deberá determinar cuál es el indicador de monitoreo (dimensión y estadio) y cuál es la línea de base de dicho indicador (el valor obtenido en la dimensión a trabajar a partir de la aplicación de la herramienta diagnóstica aplicada en el efector). **Deben recordar que no son metas sino**

---

**herramientas para monitorear el impacto de las acciones realizadas en relación con la dimensión sobre la cual se realiza la acción.**

## Criterios para completar la matriz de Acciones generales provinciales

Esta matriz contiene la planificación de acciones que el SUMAR y el PROTEGER realizan en toda la red de efectores conveniados que atiendan a población indígena. Son las acciones que se realizan más allá del abordaje específico con los efectores priorizados.

**En esta tabla hay dos cuadros:**

**El primero corresponde a acciones generales realizadas por los proyectos a nivel provincial.** Estas pueden incluir producción y traducción de materiales de comunicación, compras de Bs o insumos para efectores o agentes sanitarios indígenas, capacitaciones respecto a la temática para el personal de salud, encuentros, consultas con las comunidades respecto a las acciones de salud propuestas, acciones realizadas para la implementación de sistemas de información desagregados étnicamente, la planificación de asistencias técnicas de la salvaguarda nacional requeridas por la provincia<sup>9</sup> y otras actividades que se consideren pertinentes. En todas las actividades, se debe especificar la cantidad propuesta como “meta de acción” y en que semestre se realizara. En la segunda sección de este cuadro “ejecución de la acción” se deberá completar una vez realizada la actividad y se deberá especificar el monto ejecutado. **El segundo corresponde al seguimiento provincial de los indicadores específicos de población indígena que tiene el SUMAR.** A diferencia de la matriz de la solapa “SUMAR Actividades Efectores” donde estos indicadores se monitorean por cada efector priorizado, aquí se monitorea el desempeño provincial de las acciones que el programa realiza para abordar el componente indígena en todos los efectores (prestaciones, facturación, CEB, inscripciones, etc.).

**Tanto en la matriz de SUMAR Actividades Efectores como en la de Acciones generales provinciales lo que se medirá para calcular el porcentaje de cumplimiento de estas planificaciones es el grado de ejecución de acciones planificadas, esto es, cuántas de las acciones planificadas se ejecutaron. Por tanto es importante planificar acciones que sean viables de ser realizadas.**

---

<sup>9</sup> Aquí se planifican las asistencias técnicas que la provincia solicita a la salvaguarda nacional para ambos programas.

---

## PROTEGER

En el cuadro de “meta de IVT” y “ejecución de IVT”, se debe volcar el año al cual corresponde la priorización del efector, el efector, la localidad y marcar con una cruz el semestre en el que se planifica ejecutar el IVT. Los efectores priorizados que aquí se vuelcan son solo aquellos que tengan población indígena a cargo, no la totalidad de efectores priorizados para el programa<sup>10</sup>.

La sección de este cuadro “ejecución de la acción” será completada una vez ejecutada la actividad. En la sección “observaciones” de cada cuadro, se incluirán aquellas acciones realizadas para dar cumplimiento del IVT

Respecto a las metas<sup>11</sup> de ejecución de los IVT a alcanzar durante el Proyecto, las jurisdicciones deberán cumplir con los siguientes objetivos:

IVT	META
IVT 1	1 por provincia
IVT 2	1 por provincia
IVT 3	- Hasta 10 efectores: 100% - De 10 a 19 efectores: 50% - Más de 20 efectores: 30%
IVT 4	- Hasta 10 efectores: 100% - De 10 a 19 efectores: 50% - Más de 20 efectores: 30%
IVT 5	1 por provincia
IVT 6	1 por provincia

Cantidad de efectores por provincia que atienden población originaria y que pertenecen al universo PROTEGER:

---

<sup>10</sup> La planificación de acciones expresadas en el PPI deben coincidir con las plasmadas en el "Plan anual de acciones, metas y resultados" del Compromiso de Gestión

<sup>11</sup> Las metas para los IVT 1,2,5 y 6 son el mínimo que se planifica alcanzar, lo cual no impide que puedan realizarse más acciones en un mismo efector. Se debe tener en cuenta que la selección de efectores para los IVT 2,5 y 6, se realizó en el año 4 del Proyecto y se trabajará de manera permanente todos los años de implementación del proyecto con esa selección.

Provincias	Cantidad de CAPS	Meta
Buenos Aires	18	50%
Catamarca	6	100%
Chaco	18	50%
Chubut	13	50%
Córdoba	39	30%
Corrientes	3	100%
Entre Ríos	3	100%
Formosa	9	100%
Jujuy	17	50%
La Pampa	4	100%
La Rioja	6	100%
Mendoza	16	50%
Misiones	22	30%
Neuquén	15	50%
Rio Negro	4	100%
Salta	13	50%
San Juan	2	100%
San Luis	1	100%
Santa Cruz	2	100%
Santa Fe	2	100%
Santiago del Estero	17	50%
Tierra del Fuego	1	100%
Tucumán	4	100%
<b>Total</b>	<b>235</b>	-

### Mecanismo de consulta del PPI 2020-2021

Parte de las obligaciones que implica el desarrollo de un PPI, incluyen que el mismo tenga una consulta sobre las acciones que serán ejecutadas. En función de los tiempos y recursos que esto implica, se espera que se realicen para el presente PPI bianual al menos 1 consulta durante el primer año y en el caso de necesitar realizar cambios en la planificación, deberá ser nuevamente consultada.

Más allá del cumplimiento de este mínimo de cantidad consultas, se recomienda realizarlas la mayor cantidad de veces posibles de acuerdo a la disponibilidad provincial. A su vez, será necesario especificar la modalidad de consulta, los referentes que son consultados (representantes del CPI, representantes de organismos y/o consejos consultivos provinciales, personal de salud indígena, habitantes de las comunidades donde se realizaran las acciones, etc.), los temas tratados y acciones

---

PPI consultadas, acuerdos realizados y las firmas y/o actas de consulta que acompañen el documento.

Dicho documento deberá ser remitido a la salvaguarda social de los proyectos y formará parte del presente PPI.

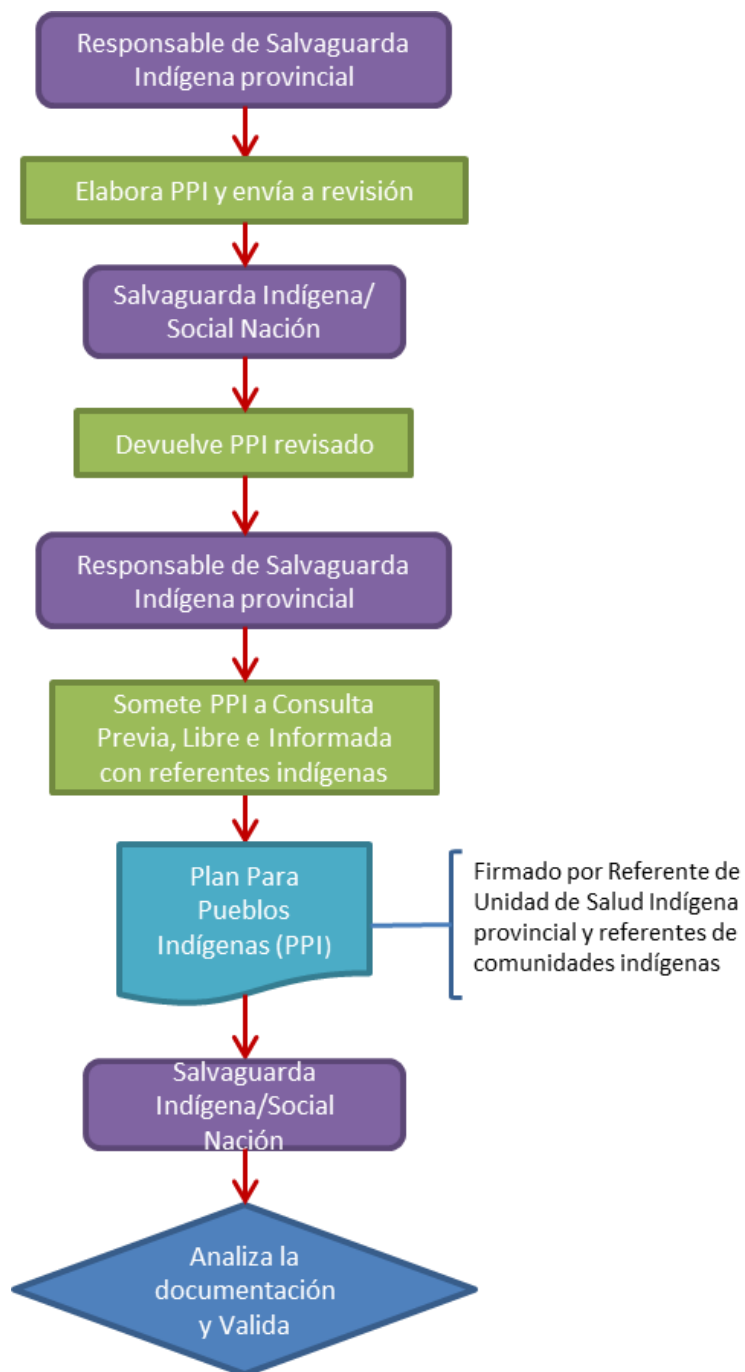


---

## Modelo de ACTA DE CONSULTA

1. Fecha y lugar:
2. Modalidad de consulta:
3. Referentes consultados:
4. Temas tratados y acciones del PPI consultadas:
5. Acuerdos realizados:
6. Firmas o actas de consulta:

Nombre y Apellido	DNI	Pueblo	Provincia	Firma



---

## ANEXO II. 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 de los Derechos Humanos \(ONU, 1948\).](#)

[Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial \(ONU, 1968\).](#) Aprobada por [Ley N° 17.722/67.](#)

[Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo \(1989\), ratificado por Ley N° 24.071/92.](#)

[Convenio sobre la Diversidad Biológica \(1992\), aprobado por Ley N° 24.375/94. Decreto N° 1347/97:](#) Ley sobre Diversidad Biológica. Autoridad de Aplicación. [Resolución 91/03:](#) Estrategia Nacional sobre la Diversidad Biológica. [Resolución N° 260/03:](#) Reglamento de la Comisión Nacional Asesora para la Conservación y Utilización Sostenible de la Diversidad Biológica.

[Convenio constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe \(1992\), aprobado por Ley N° 24.544/95.](#)

[Declaración Universal de Derechos Lingüísticos \(UNESCO, 1996\).](#)

[Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural \(UNESCO, 2001\).](#)

[Declaración Universal sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas \(ONU, 2007\).](#)

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)	
Organización	<p><a href="#"><u>Ley Nº 23.302/85</u></a>: Crea el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas para protección y apoyo a las comunidades aborígenes. <a href="#"><u>Decreto Nº 155/89</u></a>: Decreto reglamentario de la Ley 23.302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes.</p> <p><a href="#"><u>Ley Nº 24.515/95</u></a>: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo.</p> <p><a href="#"><u>Resolución Nº 4.811/96</u></a>: Registro de Comunidades Indígenas. Secretaria de Desarrollo Social.</p> <p><a href="#"><u>Resolución INAI Nº 152/04 y modificatoria Nº 301/04</u></a>: Instituto Nacional de Asuntos Indígenas. Establece la conformación del Consejo de Participación Indígena (CPI).</p> <p><a href="#"><u>Resolución Nº 41/08</u></a>: Instituto Nacional de Asuntos Indígenas. Mecanismo de designación de representantes por cada Etnia y Región en el Consejo de Coordinación Indígena.</p> <p><a href="#"><u>Resolución nº 328/10</u></a>: Instituto Nacional de Asuntos Indígenas. Creación del Registro Nacional de Organizaciones de Pueblos Indígenas.</p> <p><a href="#"><u>Decreto Nº 702/10</u></a>: Incorporación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas a la Dirección de Afirmación de los Derechos Indígenas.</p> <p><a href="#"><u>Decreto Nº 672/16</u></a>: Creación del Consejo Consultivo y Participativo de los Pueblos Indígenas de la República Argentina.</p> <p><a href="#"><u>Decreto nº 12/16</u></a>: Transferencia del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas de la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, a la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.</p>
Identidad Cultural	<p><a href="#"><u>Ley Nº 25.517/01</u></a>: 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><a href="#"><u><b>Ley Nº 25.607/02:</b> Campaña de difusión de los derechos de los pueblos originarios.</u></a></p> <p><a href="#"><u><b>Ley Nº 26.522/09:</b> Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual. Preservación de la identidad de los pueblos originarios. Representante en el Consejo Federal de Comunicación Audiovisual. Reserva de frecuencia de radio y televisión en las localidades donde cada pueblo está asentado.</u></a></p> <p><a href="#"><u><b>Decreto Nº 933/13:</b> Servicios de Comunicación Audiovisual. Programación. Avisos publicitarios y avances de programas. Idioma oficial o en los idiomas de los pueblos originarios.</u></a></p>
<b>Espiritualidad</b>	<p><a href="#"><u><b>Ley Nº 21.745/77:</b> Registro de Cultos.</u></a></p>
<b>Educación</b>	<p><a href="#"><u><b>Ley Nº 24.195/93:</b> Política Educativa. Sistema Educativo Nacional. Estructura del Sistema Educativo Nacional.</u></a></p> <p><a href="#"><u><b>Resolución Nº 107/99:</b> C.F.C. y E. Profesor Intercultural Bilingüe Modalidad Aborigen para la Educación Inicial.</u></a></p> <p><a href="#"><u><b>Ley Nº 26.206/06:</b> Ley de Educación Nacional. Respeto a la diversidad cultural y a la lengua e identidad cultural indígenas.</u></a></p>
<b>Tierras, territorios y recursos naturales</b>	<p><a href="#"><u><b>Ley Nº 26.160/06:</b> Declaración de la emergencia en materia de posesión y propiedad de las tierras que tradicionalmente ocupan las comunidades indígenas originarias del país. <b>Decreto Nº 1.708/06.</b> Prórrogas <b>Leyes Nº 26.554/09, 26.894/13, 27.400/17.</b></u></a></p> <p><a href="#"><u><b>Resolución Nº 587/07:</b> Programa Nacional de Relevamiento Territorial de Comunidades Indígenas. Ejecución de la Ley Nº 26.160.</u></a></p> <p><a href="#"><u><b>Ley Nº 26.331/07:</b> Protección ambiental para el enriquecimiento, la restauración, conservación, aprovechamiento y manejo sostenible de los bosques nativos. Respeto de los derechos de las comunidades indígenas originarias del país. Uso de recursos naturales para su supervivencia.</u></a></p> <p><a href="#"><u><b>Decreto Nº 700/10:</b> Se crea la Comisión de análisis e instrumentación de la propiedad comunitaria indígena.</u></a></p> <p><a href="#"><u><b>Ley Nº 26.994/14:</b> Aprobación del Código Civil y Comercial de la Nación. Art. 18: Derechos de las comunidades indígenas a la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan.</u></a></p>
<b>Salud</b>	<p><a href="#"><u><b>Decreto Nº 455/00:</b> Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos.</u></a></p> <p><a href="#"><u><b>Resolución Nº 1.036-E/16:</b> Ministerio de Salud. Creación del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.</u></a></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 Comunidades Indígenas**, 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
<a href="#"><u>Constitución provincial (1994), Art. 36 inc.9:</u> "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".</a>
<a href="#"><u>Ley Nº 11.331/92:</u> Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional Nº 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes.</a>
<a href="#"><u>Ley Nº 12.917/02:</u> Adhesión a la Ley Nacional Nº 25.517.</a>
<a href="#"><u>Ley Nº 13.115/03:</u> Adhesión del a 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.</a>
<a href="#"><u>Decreto Nº 18.59/04:</u> Determina como autoridad de aplicación de la Ley Nº 13.115 a la Secretaría de Derechos Humanos.</a>
<a href="#"><u>Decreto Nº 3.225/04:</u> Crea el Registro Provincial de Comunidades Indígenas.</a>
<a href="#"><u>Decreto Nº 662/06:</u> Creación de la Comisión Provincial por los Derechos de los Pueblos Originarios.</a>
<a href="#"><u>Decreto Nº 2.324/06:</u> Instaura el Programa "Derechos Humanos e Interculturalidad".</a>
<a href="#"><u>Decreto Nº 3.631/07:</u> Reglamentación de la Ley Nº 11.331. Creación del Consejo Provincial de Asuntos Indígenas.</a>

## CATAMARCA

**Ley Nº 5.158/05:** Adhesión a la Ley Nacional Nº 25.517.

**Ley Nº 5.138/05:** Adhesión de la Provincia de Catamarca a la Ley Nacional Nº 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes y su modificatoria Ley Nacional Nº 25.799/03.

**Decreto Nº 1.218/08:** Creación del Registro de Comunidades Aborígenes para la inscripción de todas las entidades que hayan obtenido su correspondiente reconocimiento de personería jurídica.

**Ley Nº 5.311/10:** Ordenamiento ambiental y territorial del bosque nativo. Defensa de la identidad cultural y social. Potencialidad para el uso y habitabilidad sustentable para comunidades indígenas. Aprovechamientos realizados en propiedades de comunidades indígenas.

## 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 3.258/86:** Principios generales, adjudicación de las tierras, educación y cultura, salud, vivienda, registro y documentación de las personas, creación del Instituto del Aborígen Chaqueño (IDACH), Dirección y Administración del IDACH, Patrimonio y Recursos. Decreto Reglamentario Nº 2.749/87 y 1.677/06. Modificatorias Leyes Nº 3.457/89, 3.605/90, 4.801/00 y 5.089/02.

**Ley Nº 4.790/00:** Creación del Registro de Nombres Indígenas de la Provincia.

**Ley Nº 1.099-W (antes Ley Nº 4.804/00):** Creación del Registro especial de comunidades y organizaciones indígenas.

**Ley Nº 5.450/04:** Adhiere la Provincia del Chaco a la Ley Nacional Nº 25.517 – Restos mortales de aborígenes de museos o colecciones públicas o privadas.

**Ley Nº 5.565/05:** Adhesión a la Ley Nacional Nº 25.607.

**Resolución Nº 277/07:** Instituto del Aborigen Chaqueño. Creación del Registro de Comunidades y Organizaciones Indígenas de los Pueblos Tobas, Mocoví y Wichi de la provincia.

**Ley Nº 6.166/08:** Ley de mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades aborígenes. Prohibición de embargo, enajenación y constitución de garantía sobre las tierras adjudicadas.

**Ley Nº 6.522/10:** Adhesión a la Ley Nacional Nº 26.160.

**Ley Nº 6.604/10:** 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. Decreto reglamentario Nº 257/11. Modificatoria Ley Nº 7462.

**Ley Nº 6.691/10:** 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.

**Ley Nº 6.780/11:** Ley de protección del patrimonio bio-cultural comunitario de los pueblos originarios del Chaco.

**Ley Nº 7.094/12:** Creación del Registro de Natalidad y Mortalidad de los Pueblos Indígenas.

**Ley Nº 7.446/14:** Educación Pública de Gestión Comunitaria Bilingüe Intercultural Indígena.

**Ley Nº 7.581/15:** Obligación del acompañamiento de un asistente bilingüe en los casos de emergencia, traslado y hospitalización de pacientes indígenas que no hablen idioma español.

## 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 V-Nº 52 (antes Ley Nº 3.247/88):** Comisión Provincial de identificación y adjudicación de tierras a las comunidades aborígenes, dependiente del Ministerio de Gobierno y Justicia de la Provincia.

**Ley V-Nº 58 (antes Ley Nº 3.510/90):** Reconocimiento a las comunidades indígenas radicadas en la provincia.



**Ley V-Nº 60 (antes Ley Nº 3.623/90):** Adhesión a la Ley Nacional Nº 23.302 de Protección de Comunidades Aborígenes, referida a políticas indígenas y apoyo a las comunidades aborígenes.

**Ley V-Nº 61 (antes Nº 3.657/91):** 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 I-Nº 171 (antes Ley Nº 4.013/94):** 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 4.384/98:** 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 V-Nº 89 (antes Ley Nº 4.899/02):** Adhesión provincial a la Ley Nacional Nº 25.607 sobre campaña de difusión de los derechos de los pueblos indígenas.

**Ley I-Nº 403/09:** Derechos de los pobladores aborígenes sobre las tierras. Inembargabilidad. Inejecutabilidad. Intransferibilidad.

**Ley VII-Nº 91/10:** 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.

## CÓRDOBA

**Ley Nº 8.085/91:** Adhesión a la Ley Nacional Nº 23.302 de Protección de Comunidades Aborígenes, referida a políticas indígenas y apoyo a las comunidades aborígenes.

**Ley Nº 9.870/10:** 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.

**Ley Nº 10.316/15:** Creación del Registro de Comunidades de Pueblos Indígenas de la Provincia de Córdoba y del Consejo de Comunidades de Pueblos Indígenas.

**Ley Nº 10.317/15:** Adhesión a la Ley Nacional Nº 25.517.

## 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 RÍOS

**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 Nº 9.653/05:** Adhesión del Gobierno de la Provincia de Entre Ríos a la Ley Nacional Nº 23.302 sobre “Política Indígena, protección y apoyo a las Comunidades Aborígenes”.

**Ley Nº 10.420/16:** Adhesión a la Ley Nacional Nº 25.517

**Constitución Provincial (2003), Art. 79:** La Provincia reconoce al aborígene 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 Aborígene. Tiene por objeto la preservación de las comunidades aborígenes, defensa de sus patrimonios y tradiciones. Crea el Instituto de Comunidades Aborígenes (ICA).

**Ley Nº 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 1.261/97:** Dirección de Educación del Aborígene. Créase la Dirección de Educación del Aborígene en el ámbito de la Subsecretaría de Educación.

**Ley Nº 1.425/03:** Derecho de inscripción de nombres aborígenes o derivados de voces autóctonas y latinoamericanas.

**Ley Nº 1.470/05:** 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.

**Ley Nº 1.613/14:** Nueva Ley de Educación. Respeto de la realidad multiétnica y pluricultural y de la participación de las comunidades indígenas en la educación

intercultural y bilingüe. Garantía del derecho de los pueblos indígenas a una educación que contribuya a preservar y fortalecer sus pautas culturales, su lengua materna, su cosmovisión e identidad étnica.

#### 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 4.731/93:** Ley provincial de educación: uno de los principios a contemplarse dentro de la política educativa es el respeto por las culturas aborígenes.

**Ley Nº 5.030/97:** Aprobación de convenio de regularización y adjudicación de tierras a la población aborígen.

**Ley Nº 5.968/16:** Adhesión a la Ley Nacional Nº 26.160 y prórrogas por Leyes Nº 26.554 y Nº 26.894.

**Resolución Nº 17/16:** Secretaría de Pueblos Indígenas. Implementación del Programa de Apoyo al Desarrollo de las Comunidades Indígenas de la Provincia de Jujuy.

#### LA PAMPA

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

**Ley Nº 1.228/90:** Adhesión a la Ley Nacional Nº 23.302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes. Crea el Consejo Provincial del Aborígen. Creación del Programa Fomento de la Comunidad Aborígen que tendrá como objetivo, resguardando sus pautas culturales, profundizar la integración y el desarrollo de la población aborígen en la Provincia de La Pampa. Elaboración del Programa a cargo de una Unidad Coordinadora Interministerial.

**Ley Nº 2.511/09:** 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 8.678/09:** 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.

**Ley Nº 9.188/12:** Ordenamiento de los Bosques Nativos de la Provincia.

**Ley Nº 9.711/15:** Promoción, conservación, manejo sustentable y restauración de los bosques nativos.

**Ley Nº 9.755/16:** Adhesión a la Ley Nacional Nº 25.517.

## MENDOZA

[Ley Nº 5.754/91](#): Adhesión a la Ley Nacional 23.302. Reconocimiento de un representante en el Consejo de Coordinación del Instituto de Asuntos Indígenas.

[Ley Nº 6.920/01](#): Reconocimiento de la preexistencia étnica y cultural del pueblo Huarpe Milcallac.

[Ley Nº 8.064/09](#): Creación del registro de nombres de origen Huarpe (Millcayac o Allentiac).

[Ley Nº 8.195/10](#): Ordenamiento de los Bosques Nativos.

## 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 VI – Nº 37 \(antes Ley Nº 2.727/89\)](#): 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 VI- Nº 104 \(antes Ley Nº 4.026\)](#): 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.

[Ley Nº II–15 \(antes Ley Nº 3.773/01\)](#): Creación del Registro de Nombres Aborígenes de Misiones.

[Decreto Nº 917/03](#): Consejo de Ancianos Arandú y Guías Espirituales. Reconocimiento como institución representativa de la cultura y religión ancestral de la Nación Mbya Guaraní.

[Ley Nº 4.236/05](#): Ordenanzas. Conceptos a los que debe responder. Concepto de defensa de la identidad y cultura indígena.

## NEUQUÉN

[Constitución provincial \(2006\), Artículo 53](#): La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas neuquinos como parte inescindible de la identidad e idiosincrasia provincial. Garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural. La Provincia reconocerá 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, ni transmisible, ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurará su participación en la gestión de sus recursos naturales y demás intereses que los afecten, y promoverá acciones positivas a su favor.

**Ley Nº 1.800/89 Promulgada por Decreto Nº 2.317/89:** Adhiere la Provincia del Neuquén a la Ley Sobre Política Indígena y de Apoyo a las Comunidades Aborígenes, Nº 23.302.

**Ley Nº 2.207/97:** Regulación y control de la investigación biomédica en seres humanos. Investigación en comunidades indígenas. Asentimiento de los representantes de las mismas.

**Decreto Nº 1.184/02:** Reglamentación parcial de la Ley Nacional Nº 23.302. Reconocimiento de personería a las agrupaciones indígenas.

**Ley Nº 2.440/03 Promulgada por Decreto Nº 1.832/03:** Adhiere a la Ley Nacional Nº 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.

## RÍO NEGRO

**Constitución provincial (1988), Art. 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 cogestión gobierno población para establecer las políticas a implementarse.

**Ley Nº 2.233/88, Decreto Nº 2.099/88:** 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.

**Ley Nº 2.287/88 Decreto 2.924/88:** 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 2.553/92 Decreto 2.363/92:** 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 Nº 23.302 y artículo 9 del decreto Nº 155 que reglamenta la mencionada Ley.

**Ley Nº 2.553/92:** Instituto Nacional de Asuntos Indígenas. Adhesión a la Ley Nº 23.302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades indígenas. 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 Nº 155 que reglamenta la mencionada Ley.

**Ley Nº 2.669/93:** Sistema Provincial de Áreas Naturales Protegidas. Modificada por Ley Nº 3193/98

**Ley Nº 3.452/00:** Donación de tierras fiscales para cementerio de los pueblos originarios de la provincia.

**Ley Nº 4.275/07:** La Provincia de Río Negro adhiere a la Ley Nacional Nº 26160 de Emergencia en la Posesión y Propiedad Indígena.

**Ley Nº 4.552/10:** Ley de protección ambiental de los bosques nativos. Propiedad de comunidades indígenas originarias. Asistencia técnica y financiera.

**Ley Nº F-4.819/13:** Ley Orgánica de Educación. Revalorización de la cultura y la lengua de los pueblos originarios Mapuche y Tehuelche. Derecho a la educación bilingüe. Participación de las organizaciones en la planificación de las políticas educativas interculturales.

## SALTA

**Constitución provincial (1998), Art. 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 6.373:** 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 6.681/92:** Adhesión a la Ley Nacional Nº 23.302.

**Ley Nº 7.070/99:** Ley de Protección del Medio Ambiente. Habitantes tradicionales, lugareños o indígenas radicados en áreas protegidas.

**Ley Nº 7.096/00:** Acta Ambiental del Noroeste Argentino. Protección del patrimonio histórico, cultural, biológico, científico y paleontológico.

**Ley Nº 7.121/00:** 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 7.543/08:** Ordenamiento Territorial de Bosques Nativos de la Provincia de Salta. Criterios. Potencial para el uso de comunidades indígenas o pueblos originarios.

**Ley Nº 7.546/08:** Ley de Educación de la Provincia. Establece la modalidad de educación intercultural y bilingüe.

**Ley Nº 7.856/14:** Creación de red de apoyo sanitario, intercultural e interinstitucional para pueblos originarios.

#### SAN JUAN

**Ley n LP-477-E/15 (antes Ley Nº 6.455/94):** Adhesión a la Ley Nacional Nº 23.302.

#### SAN LUIS

**Constitución provincial (2011), Art. 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-0600/07:** 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-0613/08:** Creación del Registro de Comunidades Originarias.

**Ley Nº V-0639/08:** Declaración del 11 de octubre de 1492 como el "Último día de libertad de los pueblos originarios".

**Ley Nº V-0672/09:** Adherir a la Declaración de Naciones Unidas sobre los pueblos indígenas, adoptada en fecha 13 de septiembre de 2007, por la 107° Asamblea General de las Naciones Unidas.

**Ley Nº V-0677/09:** Aprobación de DNU Nº 2.884/09 de restitución en propiedad al pueblo Ranquel.

<u><b>Ley Nº V-0721/10:</b> Expropiación. Parque Nacional Sierras de las Quijadas. Restitución al Pueblo Nación Huarpes de San Luis.</u>
<u><b>Ley Nº V-0788/11:</b> Reconocimiento de la preexistencia étnica y cultural de los pueblos originarios y sus derechos consuetudinarios preexistentes. Ratificación del Decreto Nº 1751/11.</u>
<u><b>Decreto Nº 1751/11:</b> Reconocimiento de libre determinación y jurisdicción de determinadas tierras. Comunidad indígena Pueblo Nación Huarpe.</u>
<b>SANTA CRUZ</b>
<u><b>Constitución provincial, Art. 33:</b> 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.</u>
<u><b>Ley Nº 2.785/05.</b> Adhiere a la Ley Nacional Nº 23.302</u>
<b>SANTA FE</b>
<u><b>Ley Nº 5.487/61:</b> Creación de la Dirección Provincial del Aborigen.</u>
<u><b>Ley Nº 10.375/89:</b> Adhesión a Ley Nacional Nº 23.302.</u>
<u><b>Ley Nº 10.701/91:</b> Creación de escuela de educación inicial de comunidad mocoví en Recreo.</u>
<u><b>Ley Nº 11.078/93:</b> 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.</u>
<u><b>Decreto Nº 1.719/05:</b> Modalidad de Educación Intercultural Bilingüe (aborigen).</u>
<u><b>Decreto Nº 2.204/05:</b> Reglamentación parcial de Ley Nº 11.078. Designación de miembros de la Asamblea Provincial Indígena.</u>
<u><b>Decreto Nº 1.175/09:</b> Creación del Registro Especial de Comunidades Aborígenes de la Provincia Santa Fe. Personería jurídica. Gratuidad.</u>
<u><b>Ley Nº 13.394/13:</b> Ley de servicios de comunicación audiovisual y tecnologías de la información y comunicación. Utilización de idioma oficial. Programas emitidos en los idiomas de los pueblos originarios.</u>
<b>SANTIAGO DEL ESTERO</b>



**Ley Provincial Nº 6.771:**

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 Nº 6.841/06: Conservación y Uso Múltiple de las Áreas Forestales. Prohibición del desmonte de bosques cuando afecten sitios de valor cultural, poblaciones y/o territorios de pueblos originarios.

Ley Nº 6.876/07: 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.

Ley Nº 6.942/09: Ordenamiento Territorial de Bosques Nativos.

## TIERRA DEL FUEGO

Ley Nº 235/95: Adhesión a las Leyes Nacionales Nº 14.932 sobre Comunidades Indígenas, Nº 23.302 sobre Políticas Indígenas y Apoyo a las Comunidades Aborígenes y Nº 24.071 sobre Pueblos Indígenas.

Ley Nº 370/97: Régimen del patrimonio cultural y paleontológico provincial. Patrimonio arqueológico. Bienes y objetos pertenecientes a los grupos indígenas.

Ley Nº 925/13: Adhesión a la Ley Nacional Nº 25.517.

Ley Nº 1.018/14: Ley de Educación. Educación intercultural bilingüe de pueblos originarios. Respeto por su lengua e identidad. Participación permanente de sus representantes.

## TUCUMÁN

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 N° 23.302.

Ley N° 7.958/07: Declaración del 11 de octubre como el "Último Día de Libertad de los Pueblos Originarios".

Ley N° 8.304/10: Ley de Ordenamiento Territorial de Bosques Nativos. Reglamentación especial para la propiedad de comunidades indígenas. Autorización previa de desmontes de bosques nativos. Acceso a la información ambiental.

## II.1 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 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 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.

## II.2 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. 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. 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 las 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. El enfoque intercultural de la salud reconoce la importancia de caracterizar a la población y comprender las dimensiones de la pertenencia étnica, la cultura y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud. Los cuatro principios básicos de la interculturalidad: reconocimiento de la diversidad cultural, relaciones equitativas, respeto a las diferencias y enriquecimiento mutuo, facilitarán el trabajo en equipo en la salud.

3. En este sentido, La operacionalización del concepto de interculturalidad en salud implica<sup>12</sup>:

- *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 vienen implementando desde la Salvaguarda Social de DGPFE para los distintos proyectos (FESP I/II, H1N1, Plan NACER/SUMAR y Proteger) y a través de la acción de programas de salud con enfoque intercultural como el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas. A través de la Resolución Ministerial 136/2016, se transfirieron a la DGPFE las funciones y competencias de la Salvaguarda Social, incorporando los equipos técnicos a la propia estructura de la DGPFE. 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

---

<sup>12</sup> 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 cada jurisdicción y será monitoreada y evaluada por el equipo de Salvaguarda Social de DGPF...

### III.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 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 - E/2016), bajo la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria, actual Dirección Nacional de Salud Comunitaria de la Secretaría de Equidad del Ministerio de Salud de la Nación.

7. El Programa se propone atender las problemáticas específicas de salud que aquejan a la población indígena implementando acciones sanitarias desde una perspectiva intercultural. Asimismo, se encarga de implementar la consulta previa, libre e informada a las comunidades indígenas –según establece la legislación vigente- y de coordinar las acciones desarrolladas por las distintas dependencias del Ministerio de Salud de la Nación con relación a la salud de esas comunidades. Establece vínculos con los ministerios de salud provinciales y otros organismos del Estado Nacional para coordinar acciones conjuntas de atención y promoción de la salud de la población indígena.

8. 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.

9. Implementar estos objetivos implica diseñar y proponer acciones orientadas a identificar y **remover barreras de accesibilidad** que condicionan el acceso de la población indígena al sistema público de salud, sean estas **económicas, geográficas, sociales, culturales, lingüísticas, etc.** Al mismo tiempo, el enfoque intercultural orientado a la salud enfatiza, dimensiones tan importantes como la pertenencia étnica, cultural, así como también, aspectos de su cosmovisión vinculados al buen vivir (salud).

#### III.1.1 Interculturalidad y salud indígena

10. El trabajo del Programa Salud para los Pueblos Indígenas se inscribe en el diseño, planificación, implementación y evaluación de las políticas de salud dirigidas hacia las comunidades indígenas desde una perspectiva intercultural, es decir, entendido como un dialogo entre culturas, como un

---

espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial y la medicina tradicional.

11. El contacto entre dichos sistemas de salud permitirá el enriquecimiento de ambos y la construcción de nuevos canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud. Se trata de construir un espacio de interculturalidad basado en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural.

### III.1.2 Promover la creación de un espacio de Interculturalidad

12. El PN tiene como propuesta la generación de espacios de intercambio entre el sistema de salud oficial y el sistema de salud tradicional. En muchas circunstancias, las prácticas tradicionales constituyen el principal recurso disponible en las comunidades para abordar los problemas que hacen al cuidado, atención y preservación de la salud, conformando un corpus de saberes acordes a su sistema de creencias y valores.

13. Los miembros de los equipos de salud que atienden a comunidades indígenas deben ser entrenados para incluir la dimensión sociocultural en el proceso salud enfermedad; a fin de comprender las diferentes cosmovisiones y estrategias que los grupos humanos desarrollan para enfrentar la enfermedad, cuidar, mantener y recuperar la salud.

14. **En la actualidad el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDIGENAS tiene convenios firmados con 16 Provincias y financia becas de capacitación en servicio para 717 agentes sanitarios Indígenas elegidos por sus comunidades. La cobertura actual alcanza a 457 efectores de salud y 301 localidades.**

### III.1.3 Ejes estratégicos

- Participación de las Comunidades Indígenas a través de la consulta previa, libre e informada
- Formación y capacitación en Interculturalidad y Salud Indígena
- Implementación de proyectos locales en salud.
- Implementación a nivel nacional de políticas interculturales de Salud.

## III.2 Resolución creación del programa del Programa

### MINISTERIO DE SALUD

#### Resolución 1036 - E/2016

Bs. As., 25/07/2016

VISTO el Decreto Nº 13 de fecha 10 de diciembre de 2015, el Decreto Nº 114 de fecha 12 de enero de 2016, la Resolución Ministerial Nº 439 de fecha 12 de abril de 2011 y el Expediente Nº 1-2002-3974-16-4 del registro del MINISTERIO DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto Nº 13 de fecha 10 de diciembre de 2015, compete al MINISTERIO DE SALUD intervenir en el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la

---

salud tendientes a lograr la protección de las comunidades indígenas.

Que entre los objetivos establecidos en el Decreto Nº 114 de fecha 12 de enero de 2016 para la SECRETARÍA DE PROMOCIÓN, PROGRAMAS SANITARIOS Y SALUD COMUNITARIA se encuentra el de formular, ejecutar y controlar los programas nacionales sanitarios encuadrados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud para el logro de una mayor equidad.

Qué asimismo, en el mencionado Decreto se determina como objetivo de la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD entender en el seguimiento y monitoreo de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y de los Programas de Salud Comunitaria que se implementen en su órbita con especial énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Que a partir de la experiencia del ex-Programa ANAHI y del Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, en el año 2009 comenzó a funcionar —dentro de la esfera del PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS - EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN— un área dedicada específicamente al cuidado y la atención de la salud de los Pueblos Originarios de nuestro país.

Que por Resolución Nº 439/2011 se creó el “Área de Salud Indígena” en la órbita del PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS - EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, en un todo de acuerdo a lo consagrado en el artículo 75, inciso 17 de la Constitución Nacional, así como también en la Ley Nº 23.302 de creación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) y en el Convenio Nº 169 de la ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT).

Que atento a las particularidades propias de los Pueblos Indígenas, en cuanto a las tradiciones y costumbres de los diferentes grupos culturales, así como a la específica problemática de salud de los mismos, resulta necesario consolidar las distintas acciones que se vienen llevando a cabo mediante la conformación de un Programa Nacional.

Que en consecuencia, resulta conducente la creación del PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS, con el objeto de lograr la reducción de la inequidades en las condiciones de Salud, disminuir la morbi-mortalidad y capacitar personal de las propias comunidades, interpretando las diferentes realidades culturales y adoptando para ello una estrategia de abordaje intercultural.

Que se incorporará al mismo la experiencia y los recursos humanos del Área de Salud Indígena del PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS - EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, incluyendo además a los Agentes Sanitarios Indígenas financiados por dicho Programa.

Que respondiendo a la organización federal de nuestro país, se buscará la creación en cada jurisdicción de un área que acompaña el Programa Nacional.

Que resulta necesario dotar a los equipos de trabajo abocados a la implementación del mencionado Programa, de las herramientas necesarias y las facultades suficientes para su diseño.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su



---

competencia.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por la Ley de Ministerios - T.O. 1992, modificada por Ley N° 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1° — Créase el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS, en el ámbito de la DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN COMUNITARIA de la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD de la SECRETARÍA DE PROMOCIÓN, PROGRAMAS SANITARIOS Y SALUD COMUNITARIA.

ARTÍCULO 2° — El Programa creado por el artículo anterior tendrá como objetivos:

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

ARTÍCULO 3° — El gasto que demande la ejecución efectiva del Programa, será solventado con las partidas específicas correspondientes a la jurisdicción del MINISTERIO DE SALUD, de acuerdo a lo establecido por el Presupuesto General para la Administración Pública Nacional.

ARTÍCULO 4° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — JORGE DANIEL LEMUS, Ministro, Ministerio de Salud.

### III.3.1 Proyecto de Emergencias H1N1

15. 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.

16. 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.

17. 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.

### III.3.2 Proyecto FESP I/II

18. 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.

19. 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 restructuración 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.

20. 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.

21. 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”.

### III.3.3 Plan NACER/SUMAR

22. 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 específicos<sup>13</sup> y capacitaciones destinadas a efectores que permitieron la ejecución de los PPI.

23. 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 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.
- 

24. 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.

### III.4 Salvaguarda Social de la DGPFE

25. 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 DGPFE 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.**

---

<sup>13</sup> Encuesta de condiciones de salud materno infantil de pueblos originarios y Evaluaciones Sociales de las provincias que activan la OP 4.10

---

26. 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.

27. 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.

28. 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).

29. 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. 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.

30. 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.

#### III.4.1 Estrategia de la salvaguarda

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

32. 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.

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

34. *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 DGPFE. 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.

35. *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 19 unidades de Salud Indígena<sup>14</sup> 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

---

<sup>14</sup> Poseen Unidad de Salud Indígena: Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis, San Juan, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tucumán.

---

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 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**.

36. *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 barreras de acceso a los servicios de salud que atienden a 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.

37. *Respecto a la población originaria*, la realización de **talleres con enfoque intercultural** por personal provincial a través de las ASP del FESP II permitió evaluar las necesidades y problemas presentados por la población. Asimismo, **funcionaron como un espacio de participación y consulta permanente sobre las actividades de las Unidades de Salud Indígena Provincial (USI)**, proceso que se acordó realizar con el Banco Mundial (BIRF). De esta manera, se facilitó la canalización de demandas “desde abajo” hacia arriba, incorporándolas a la planificación provincial.

---

## ANEXO IV. PROCESO DE CONSULTA

1. 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.

2. 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 de Protección de la Población Vulnerable Contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

3. 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).

4. Al evento asistieron 45 representantes de los Pueblos Ranquel, Qom, Guaraní, Diaguíta Calchaquí, Mapuche, Atacama, Toba, Wichi, 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.

5. 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 Protección de la Población Vulnerable Contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, su objetivo, estrategias, componentes y actividades a realizar.

6. 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 la participación de los Pueblos Originarios en las cuestiones que les afecten, mediante el debido proceso de consulta “previa, libre e informada”.

7. 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.



---

8. 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.



Ministerio de Salud  
Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios



**Acta de consulta previa, libre e informada  
sobre el Marco de Planificación para Poblaciones Indígenas (MPPI)  
Proyecto "Apoyo Integral de Prevención y Control de Enfermedades No  
Transmisibles"**



En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el día 27 de noviembre de 2013, en el Salón de la Confederación Médica de la República Argentina, ubicado en la Av. Belgrano 1235, se reúnen autoridades del Ministerio de Salud de la Nación, funcionarios de la Salvaguarda Indígena del Proyecto FESP II, representantes de la Salvaguarda Indígena del Banco Mundial, referentes indígenas de la ONPIA y funcionarios de la UFS, a los efectos de realizar 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".

Comisión de  
Salud de la  
MESA NAC. DEL  
CPE (INAI)

Se exponen los logros y lecciones aprendidas en el marco de implementación de la Salvaguarda Indígena del Proyecto FESP. Luego se presenta el Marco de Planificación para Poblaciones Indígenas (MPPI) del Proyecto de "Apoyo Integral de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles".

A continuación los presentes manifiestan:

- Haber tomado conocimiento de la Salvaguarda Indígena del Proyecto FESP, de los objetivos y acciones que se desarrollan a través de sus Actividades de Salud Pública (ASP).
- Que tienen conocimiento que se han realizado consultas sobre el MPPI del Proyecto FESP y de los PPI de las provincias que activan la OP 4.10, a través de la Salvaguarda Indígena del mismo, así como también de otros proyectos financiados por el Banco Mundial
- Haber tomado conocimiento del objetivo, estrategias, componentes y actividades enunciadas en el MPPI elaborado especialmente por el Proyecto "Apoyo Integral de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles" y que los mismos están claramente expresados.
- Que es deber del Estado el garantizar el derecho a la salud y que los pueblos indígenas participen en la difusión y promoción de estos derechos al interior de las comunidades.
- Que es deber del Estado garantizar la consulta a los Pueblos Indígenas para que puedan ejercer su derecho a participar de la gestión de las cuestiones que les atañen.

Concluido el acto de consulta, a continuación, los asistentes suscriben de conformidad el presente documento con las sugerencias realizadas por los mismos.

Tel.: 4331-56673746/5231 - Av. de Mayo 844 - Piso 6º (C1084AAQ)  
Buenos Aires República Argentina - <http://www.msal.gov.ar> - E-mail: [info@fesp.gov.ar](mailto:info@fesp.gov.ar)

Se sugiere:

- Que se cree, a nivel del Ministerio de Salud de la Nación, un ~~area~~ <sup>DIRECCIÓN</sup> programa de salud indígena que funcione como rector/a de políticas sanitarias destinadas a Pueblos Originarios
- Que se conforme un área de salud indígena en cada provincia para la implementación de políticas sanitarias para pueblos ~~india~~ originarios.
- Que ambos áreas (nacional y provincial) cuente con personal y consejos asesor indígena para garantizar la participación y la toma de decisiones en las cuestiones que les atañen. Que estén legitimados por las comunidades <sup>y organizaciones</sup> indígenas y sean contactados.
- Que ambas áreas sean llenadas de contenido por los representantes de los pueblos originarios.
- Que se incluya el concepto de salud de los pueblos indígenas en la formulación del Proyecto ("Buen vivir")
- Que se debate el protocolo diseñado específicamente para la realización de las futuras consultas previas, libres e informadas, e las comunidades y organizaciones indígenas
- Que las consultas sean realmente "previas", dado que los representantes no pueden decidir por las "comunidades" de manera directa.
- Que, dada la alta fragmentación de las acciones en territorios, se articule entre áreas / programas Nacionales / provinciales / <sup>MUNICIPALES Y EN TODOS LOS NIVELES DE GOBIERNO</sup> para trabajar en conjunto con las comunidades.
- Que ~~el mismo~~ <sup>para ellos</sup> ~~destinado~~ para pueblos originarios sea utilizado para acciones específicamente Subcomponente 1:
  - Incluir la variable étnica en las encuestas
  - Que las encuestas sean realizadas y diseñadas por referentes indígena contactados para tal fin, dado que el IMDEC no suele consultar "previamente" y que los indígenas suelen ser encuestados "ad hoc".
  - Que se consulten "hacia dentro" la estructura y contenido de dichas encuestas, según la <sup>ESTRATEGIA DE CONSULTA A ORGANIZACIONES NACIONALES EN RECTORIO JUNTO CON COMUNIDADES BASE</sup>
  - Que se realicen estudios específicos y locales.
  - Que se consulten e incluyan factores de riesgo y ENT que afecten específicamente a las comunidades y organizaciones indígenas
  - Que los resultados de las encuestas sean difundidos entre los pueblos originarios, para que puedan solicitar acciones específicas ante organismos provinciales y nacionales.
- Realizar una reunión anual (2015-2016-2017) como espacio consultativo de evaluación u RE-



### Priorización:

- Que se incorporen referentes indígenas como consultores contratados para el diseño del proyecto en cuestión y de estrategias de comunicación.
- Elaboración conjunta de piezas de comunicación (referentes indígenas y referentes de comunicación provincial)
- Adaptación de los materiales de difusión
- Que los comunicadores indígenas (u otros referentes indígenas "contratados") capaciten a los comunicadores provinciales "no indígenas".
- Tener en cuenta a los jóvenes en cuanto a nuevas tecnologías para la comunicación de mensajes de salud (COMPLEJIDAD=GENERO)

### Subcomponente 2:

- Incorporar la variable étnica en los sistemas de información (Historia clínica), teniendo en cuenta cómo va a redactarse la pregunta y quién la va a realizar.
- Que las tareas de registro y carga de la información no recaiga únicamente en los agentes sanitarios sino en el equipo y en organizaciones indígenas.
- En caso que el registro y carga recaiga únicamente en los agentes sanitarios indígenas, que la actividad sea remunerada.

### Componente II:

- Es tomar en un proceso de discusión sobre escuelas que tienen niños originarios y no son bilingües, por ello, se requiere trabajar con todas las escuelas que tienen alumnos indígenas.
- Que se consulten las adecuaciones culturales.
- Que del diseño participen referentes indígenas.
- Que se garantice la provisión de materiales e insumos para llevar a cabo operativos y actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles.

### Otras propuestas:

- Que se ~~reconozca~~ <sup>RECONOZCA E INCORPORA</sup> ~~como como~~ <sup>VALOR</sup> la sabiduría de la medicina tradicional de los territorios comunitarios, socialmente responsable. Por ello, es fundamental la participación en el sistema de salud.
- mental reconocer e los médicos tradicionales "abiéndolos se"

- QUE LOS COORDINADORES y/o referentes de Programas / Planes / Proyectos Nacionales / Provinciales / Municipales / Departamentales SEAN PERSONAS DE PUEBLOS ORIGINARIOS LEGITIMADOS POR <sup>INDICANDO EL "SUNAL" Y PHC</sup> Se adjunta de síntesis del Taller n° 28. reunión de los pueblos originarios: Subtaller N°1

Y el Encuentro Nacional de Organizaciones Territoriales de Pueblos Originarios. LA COMUNIDAD  
Y/O ORGANIZACIONES DE PUEBLOS ORIGINARIOS



Ministerio de Salud  
Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios

HILARIO YERA  
PUEBLO ANA GUARANI  
PROVINCIA DE SALTA  
C.P.L. ARGENTINA



**FESP2**  
FUNCIONES ESENCIALES Y  
PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA



*[Handwritten signature]*  
Néstor Sarmiento  
7190173  
Org. Productora  
ONPIA

Samuel Salinas  
COMUNIDAD TOBA CHACO  
ONPIA

*[Handwritten signature]*  
Jorge Mancueteo  
VTC-ONPIA

Dimitris Espinosa  
Comunidad Toba Chaco

*[Handwritten signature]*  
FLORA ELSA CRUZ  
C. KUARASA DE OU  
GUARANÍ-JUJUY  
ORG. ONPIA

*[Handwritten signature]*  
MIGUEL A. RODRIGUEZ  
ENFERMERO  
M.N. 29.919 - M.P. 2.272

Secretaría de Salud ONPIA  
Santa María Cotacachi

*[Handwritten signature]*  
Jorge de Lee  
com. Huarpe  
ONPIA 166405085

*[Handwritten signature]*  
Elena Claudia Herrera  
11802662  
Com. Huarpe PUATAMARI  
ONPIA

*[Handwritten signature]*  
CPI MCHACO

*[Handwritten signature]*  
DNI: 30714374  
Pueblo Guom  
Colonias Aborígen.  
ONPIA.

*[Handwritten signature]*  
Dante Banti  
16 US 4556  
Pueblo Guom  
ONPIA

Burgosliliana  
Presidente ASOCIACION  
MUJERES ARTESANA  
INGENIERO JUARES  
FSA

ESQUINATARINA  
SECRETARIA ACTA ONPIA.  
ROSARIO, SANTA FE.  
-DNI: 36.006.125.  
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
TALERO  
ERNESTO  
GOM SANTA FE

*[Handwritten signature]*  
GOM SANTIAGO  
TOPA FSA

*[Handwritten signature]*  
OSCAR VILLARBA  
MUCONI



Ministerio de Salud  
Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios



**FESP2**

FUNCIONES ESENCIALES Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA



HILARIO VERA  
TIT. PUEBLO AVA GUARANI  
PROVINCIA DE SALTA  
S.P.N. ARGENTINA



Consejo Nación Tonkocktá  
"LLUTKI"  
SGO. DEL ESTERO

Depallitan Flojpa  
MARIA LUISA PEREYRA  
TINKINA PUEBLO TONOKOTE  
del Consejo LLUTQUI y CPI

FRURA ESO (RUE)  
C. KUARAST DE OO  
GUARANÍ - JUJUY  
ORG. ONPIA

Miruel Sarmiento  
Org. Polvotons  
"LA SALAMANCA"

Leonardo  
Cristovani  
12917474

Graciana Vilma C.  
Org. LA SALAMANCA  
comunidad  
Campo Blanco  
O.N.P.T.A

Lucía Mateo  
GUARANÍ  
Ivitarapó Opate. Yoti  
Dpt. Sta Barbara  
EL TALAR - JUJUY  
O.N.P.I.A.

C.I.B.A.  
MIGUEL HUECHUQUEO  
PUEBLO MAPUCHE

Hidalgo Claudia  
22418247  
ORG. NOR FELEO

Mag. H. No.  
CASTRO  
337

Graciana Susana A.  
33.482.784  
COMUNIDAD GUARANÍ  
CAMP. B. NICO - ABOYAY  
SALTA

Huenchupán Ruth  
Consejera del CO.D.E.C.I.  
Zona Andina

Lenca Nicás  
CPI. Huarpe - Mercedes  
ONPIA  
Org. Martina Chaparay.

Com. Pueblo Ranquel  
San Luis

Myriam Doris Cañumil

MYRIAM DORIS CAÑUMIL  
Werken - Consejera Indígena  
PRESIDENTA DEL CO.D.E.C.I.  
MINISTERIO DE GOBIERNO  
PROVINCIA DE RIO NEGRO

José María  
TORN  
OSCAR

Suárez Berna Cruz  
CACIQUE  
Comunidad Guarani  
EL CEJERO  
ONPIA



Ministerio de Salud  
Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios



**FESP2**  
FUNCIONES ESENCIALES Y  
PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA

*[Signature]*  
MIGUEL ELISEO RAMOS  
CASIQUE  
COMUNIDAD KOLLA ATACAMA  
ANTOFALLA - ANT. DE LA SIERRA  
CATAMARCA

*[Signature]*  
Luis Rodríguez  
D.U.S. 331.900  
CACIQUE  
COMUNIDAD LORO HUNSI  
DNG 16.735573 STA MARSA - CATAMARCA  
COMUNIDAD  
EL MOLLAR - BUC.



*[Signature]*  
MAMANI JORGE WIS  
CPI KOLLA JUJUY

DUMINAO LORENZO  
LONKO  
*[Signature]*  
Miguel Sosa  
P.I. Pueblo  
Ordiweusca  
Jujuy

HILARIO VERA  
TT. PUEBLO AVA GUARANI  
PROVINCIA DE SALTA  
C.P.I. ARGENTINA

*[Signature]*  
Abad  
Españolita Flojosa  
MARIA LUISA PEREYRA  
TINKINA PUEBLO TONOKOTE  
del Consejo LLUTSKI y EPI

*[Signature]*  
Cruz María Lourdes  
Se. de Com. PIA  
CPI de Col. 1600  
CPI de Indio Col. 1600

*[Signature]*  
JOY WICER  
17190773  
ONPIA

Consejo Nación Tonokote  
"LLUTKI"  
SGO. DEL ESTERO

*[Signature]*  
Abel Compadre  
AVA GUARANI  
JUJUY

*[Signature]*  
Luis Stahvia  
30.571.557  
Wichi  
Misión Nueva  
Rompeya  
CHACO

*[Signature]*  
ANTONIO MORINISO  
PRESIDENTE  
ASOCIACION  
ONPIA

MIGUEL C. RODRIGUEZ  
ENFERMERO  
M.N. 29.919 - M.P. 2.272  
Secretaría de Salud ONPIA  
Comunidad Loro Hunsi  
Cotamarca

Ignacio Choque  
C.P.I.  
Consejo de Participación Indígena  
P. ATA MA SUSQUES - JUJUY

*[Signature]*  
FLORA ESSA CRUZ  
C. GUARANI DE AVA  
GUARANI - JUJUY  
ORG. ONPIA

*[Signature]*  
Pescador Rosana  
COMUNIDAD GOM.


*[Signature]*  
SEGOLIA RAMONA  
Comunidad TOBA  
ONPIA  
Colonia Aborigen



Ministerio de Salud  
Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios



*[Handwritten signature]*  
OCA>TAF-E

*[Handwritten signature]*  
Eduar Zapata  
Com. MSP 22/2  


*[Handwritten signature]*  
torrogal

*[Handwritten signature]*  
Bentos  
NOR FELEZ  
chubut.

10. Asimismo, el 26 de octubre del año 2017 se realizó la consulta del MPPI del CUS-Sumar, llamado actualmente Proyecto para la Ampliación del a Cobertura Efectiva de Salud (PACES CUS), que comenzará a ejecutarse en julio de 2019. Durante esa consulta se expusieron los avances realizados en el marco del PROTEGER, así como las estrategias de trabajo conjunto entre ambos proyectos en



el marco de la estrategia de Cobertura Universal de Salud impulsada por la Secretaría de Estado de Salud.

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.

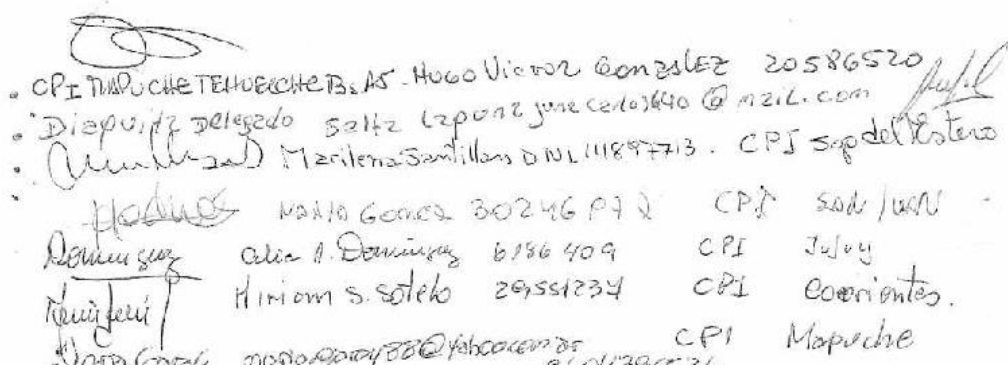
Se explicitó en varias oportunidades la necesidad de contar con más Agentes Sanitarios Indígenas y por tanto que se abra convocatoria para ello. Que el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas se implemente en aquellas provincias en que no aplique.

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.

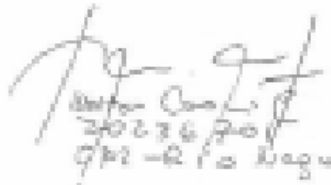
  
• CPI MAPUCHE TETUOCHE TETA AS - Hugo Victor Gonzalez 20586520  
• Diputado delegado Soltz Lopez Juan Carlos 6101640 @mziL.com  
• (Mendoza) Marielena Santillan DNI 111897713 - CPI Sgo del Estero  
• MARIA GONZALEZ 30246972 CPI Sado Juan  
• Alicia A. Dominguez 6186409 CPI Jujuy  
• Himiam S. Sotelo 29551234 CPI Corrientes.  
• CPI Mapuche

Opella Dui 23102302  
Margareta Alcapella  
CPI Pablo Guaraní  
- Pcia - Jujuy -

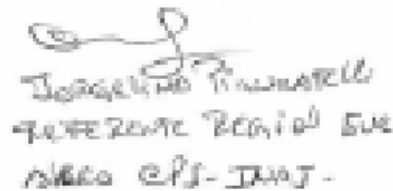
Hilario Vera  
Blanca y Roberto Sotomayor  
C. P. E. Director  
SANTA - ARGENTINA  
DNI 2082641

HILARIO VERA  
TITULAR CPI SANTA  
FLORIANO OLIVARI  
REPUBLICA ARGENTINA  
DNI 2082641


  
C. P. E. Director  
SANTA - ARGENTINA  
DNI 2082641

  
Santa Cruz  
20276 201  
971 - R. La Laguna

SMYRNA ROBERTO  
C.D.I. CHARRAS  
EDITH ROS


  
Jorge Luis Fumarell  
REFERENTE RECIDIV ENE  
MESA CPI - JUAZ.

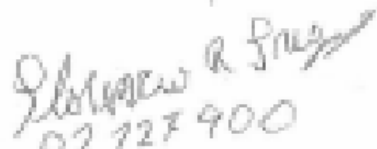
  
Virginia Carr  
CPI  
Riebo Diguiba Cataratas.


  
Guillermo Puro  
masore  
Puesto Salinas  
L.D.F

RAMON VALENTIN  
CARRERA DE LA  
COMUNIDAD DE PUEBLOS  
INDIANOS DEL NOROCCIDENTE  
REPUBLICA ARGENTINA

  
Esteban Puel Matamoros  
93.938.900  
Riebo Uruks (Chaco)

  
Roberto Sotomayor  
CPI Pto. Salinas  
La Laguna

  
Roberto Sotomayor  
22 727 900  
CPI CPI  
Zuñiga

  
Quirino Guillermo  
Costa Rica  
14.198.816  
CPI Canelinas CB9

NOMBRE	LUGAR DE PROCEDENCIA	PROVINCIA
<b>REGIÓN NOA</b>		
Virginia del Valle Cruz	Cerro Pintao	Catamarca
Rolando Florencio Fregenal	Concepcion	Tucumán
Haydee Fabiana Calisaya	La Quisca	Jujuy
Margarita Adriana Abapillo	San Pedro	Jujuy
Celia Asucena Dominguez	Volcan	Jujuy
Santos Esteban Alancay	Salta	Salta
Hilario Vera	Aguaray	Salta
Epidio Carranza	Santa Victoria Oeste	Salta
Marilena Santillán	La Armonia	Santiago del Estero
<b>REGIÓN NEA</b>		
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
<b>REGIÓN CENTRO</b>		
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
<b>REGIÓN PATAGONIA</b>		
Ramon Quidulef	Alumine	Neuquén
Walter Cañumil	Kona Niyeu	Río Negro
Cristián David Vilas	Lago Puelo	Chubut
Jose Guillermo Bilbao	Las Heras	San cruz
Daniela Alexis Guevara Varela	Tolhuin	Tierra del Fuego



Asimismo, 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).

11. A modo de resumen, en ambas reuniones surgieron las siguientes sugerencias por parte de los representantes indígenas. 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.

<b>Propuestas/Necesidades manifestadas</b>	<b>Acciones realizadas</b>
<b>Falta de RRHH en efectores rurales</b>	La Salvaguarda no cuenta con la capacidad institucional necesaria para la propuesta de acciones que mejoren dicha carencia
<b>Adecuación cultural para actividades en salud</b>	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
<b>Contar con una Dirección/Programa Nacional de Salud Indígena</b>	Este programa fue creado en el 2016 por el entonces Ministerio de Salud de la Nación (PNSPI)
<b>Mayor articulación de programas en terreno</b>	Por medio de la centralización de las salvaguardas indígenas de diferentes proyectos en bajo el equipo de la Salvaguarda Social de la DGPFE y el trabajo conjunto con el PNSPI, se ha mejorado notablemente la articulación, evitando la superposición de actividades
<b>Creación de áreas provinciales de salud indígena con consejo indígena asesor rentado</b>	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)
<b>Garantizar la participación en todo el proceso (diseño, implementación, monitoreo y evaluación)</b>	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, así como en reuniones con el INAI
<b>Incorporar en documentos del proyecto el concepto de salud de pueblos originarios</b>	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. También se incorpora la concepción de los Pueblos sobre el “buen vivir”
<b>Reconocer e incluir la sabiduría de la medicina ancestral</b>	Además de estar como contenido en los talleres y capacitaciones de la Salvaguarda, en el Proyecto PACES CUS se ha incluido la contratación de una consultoría para realizar el relevamiento de prácticas y uso actual de la medicina tradicional
<b>Reconocimiento y participación de médicos tradicionales en el sistema de salud oficial</b>	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)

<b>Consultas realmente previas, libres e informadas.</b> Que contemplen los tiempos de participación. Los representantes no debe decidir por las comunidades, sino que son voceros del sujeto colectivo, que requerirá mayor tiempo para tratar el tema. Las consultas deberán realizarse a organizaciones <b>nacionales, provinciales y comunidades</b> de base	A fin de lograr aproximarnos a este ideal, la consulta del presente proyecto será realizada como un proceso. El proyecto será consultado primeramente a nivel nacional, utilizando a los CPI como voceros que discutan el proyecto a nivel local. A 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
<b>Establecer consulta anual para evaluar la implementación del proyecto y replanificación del mismo</b>	Se encuentran planificadas las consultas anuales, cuya realización depende de la disponibilidad de recursos de los proyectos
<b>Que el financiamiento destinado a pueblos indígenas sea utilizado para tal fin</b>	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 obtenidas
<b>Incluir la variable étnica en encuestas y sistemas de información. En su implementación deberán participar referentes indígenas remunerados</b>	Se viene trabajando en la inclusión de la variable étnica en la historia clínica electrónica a nivel provincial (San Juan), nacional (mesa de sistemas MSAL) y por medio del Proyecto Proteger. Se promovió en las provincias que las mismas convoquen a los referentes indígenas con los cuales se vincula para hacer operativa la incorporación en los registros provinciales.
<b>Participación de referentes indígenas en diseño de piezas de comunicación y materiales de difusión adaptados culturalmente</b>	Se viene trabajando con provincias específicas (Misiones, San Juan, Rio Negro) en el desarrollo de materiales de comunicación

12. A su vez, y como parte de la reestructuración del proyecto, los cambios principales serán consultados a nivel provincial como parte del proceso de consulta de los PPI.

Reunión virtual MESA NACIONAL CPI. 19 de octubre 2020

### *Acuerdos y establecimiento de fecha de consulta Marcos de Planificación para Pueblos Indígenas (MPPI)*

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el día 19 de octubre de 2020, a través de la aplicación virtual ZOOM, se reúne el equipo del Área Técnica de Salvaguarda Social (ATSS) de la Dirección General de Programas con Financiamiento Externo (DGPFE) y del Proyecto Proteger del Ministerio de Salud de la Nación, los referentes de la MESA NACIONAL del CPI y representante del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), a los efectos de establecer un proceso de consulta permanente con el Consejo de Participación Indígena (CPI). Para ello, con fecha 18 de Septiembre, se envió una encuesta para establecer las características de un proceso de consulta sistemático. En función de los resultados de la encuesta y de los acuerdos alcanzados durante la reunión, se establece que:

1. La información que debe ser presentada en las consultas es la siguiente: en primer lugar deben incluirse los objetivos y componentes del proyecto, área de influencia del proyecto y el modelo de los Planes para Pueblos Indígenas (PPI). En segundo lugar, el proceso de participación previstos por el proyecto y los mecanismos de quejas y

---

reclamos. En tercer lugar, las acciones contenidas en los Marcos para mitigar efectos negativos y potenciar los efectos positivos del proyecto y el Marco de gestión social y/o Marco par Pueblos Indígenas (MPPI).

2. Además de los representantes de la Mesa de Coordinación Nacional, se convocará a los CPI que la Mesa considere pertinente.
3. En relación a aplicar los protocolos de consulta ya existentes, los cuales fueron mencionados en la encuesta (Cachy Yupi; Protocolo CLPI ENOTPO): Hubo posiciones encontradas, tanto positivas como negativas.
4. La modalidad de la consulta Virtual/presencial/ambas: La mayoría considera que está de acuerdo con la modalidad virtual, dado el contexto de pandemia. Cuando pase este contexto, se podría volver a las consultas presenciales. Se acordó que la información previa y posterior a la consulta puede ser enviada a través de distintos medios como ser mail, mensaje de texto; WhatsApp, correo postal. En el último caso, deberíamos contar con la dirección postal. Además se comenta que en la medida de que realicemos consultas virtuales se puede ver la posibilidad de financiar paquetes de datos para aquellos CPI que tienen problemas de acceso a wifi.
5. El tiempo previo para convocar la consulta y enviar la información necesaria para darle el carácter de informada y previa, para la mayoría, es de entre 30 y 60 días. Suelen tardar un mes en compartir la información a todas las comunidades.
6. Para la mayoría, la frecuencia con la cual deben realizarse las consultas es de un mínimo de 4 meses y un máximo de 6 meses.
7. Los presentes manifestaron las siguientes aclaraciones, recomendaciones y comentarios:

El Señor Joel Sarmiento CPI del Pueblo Chorote (Salta) solicita respuesta urgente del Estado Nacional y Provincial en relación a la grave situación que persiste en las comunidades chorotes de los departamentos de Rivadavia y San Martín: hambre, desnutrición y discontinuación en la entrega de los módulos alimentarios, falta de insumos de higiene personal y de protección contra Covid-19 (barbijos, alcohol en gel), la falta de agua segura, la deshidratación y la alta cantidad de niños con diarrea, la discriminación sufrida en los establecimientos de salud, la necesidad de capacitar al personal de salud así como contar con otras herramientas así como la necesidad de otras acciones de salud para las comunidades chorotes. Hace dos meses han elevado a la presidenta del INAI el pedido de barbijos y alcohol en gel y aún no han tenido respuesta. No han tenido respuestas a las notas elevadas a los distintos organismos de la provincia.

Además, denuncia que el agua que toman sus hermanos de Santa Victoria Este es salada y que se encuentran angustiados porque no saben cómo hacer para buscarle comida a sus hijos. Que el estado provincial ha sacado los módulos alimenticios y que ratifica que no hay desnutrición. Por el contrario, asegura que la situación es muy mala, que el estado nacional y provincial los ha dejado solos y por ello, hay mucho enojo. Solicita apoyo y que los Estados nacional y provincial den respuesta, que hay hermanos de todas las edades que se están

---

muriendo de hambre, desnutrición, deshidratación, es decir, que se mueren de hambre, sed y enfermedades asociadas a éstas. Deben comprar los medicamentos y no tienen dinero para hacerlo.

Menciona que están pidiendo a gritos y no responde los llamados. Que el INAI no está presente, que no los escucha y no da respuestas

Federico Czesli contesta que la responsabilidad de salud es de la provincia y que el rol del INAI es recibir las demandas y generar las articulaciones con los programas, tanto a nivel nacional como provincial, para que ellos sean los que den respuesta. Comenta que en la gestión de la anterior ministra de salud de Salta, el INAI envió 7 notas, sin recibir respuesta y que con el nuevo ministro se reactivó la comunicación. Recalca que el INAI tiene 11 técnicos territoriales en la provincia que están activos y en contacto con las comunidades y que son aquellos con los cuales deben articular. Menciona, además, que en el INAI se encuentra abierto el expediente para financiar los insumos de protección contra Covid-19, pero que no puede asegurar que salga.

Por su parte, el Señor Joel Sarmiento menciona inconvenientes con dos de los técnicos del INAI y comenta lo sucedido. Gabriela Gastaldi y Mariano Orlando proponen concertar una reunión con la provincia para poder trabajar las necesidades de salud. Además se le comenta que existe un Plan de Acción acordado con la provincia para la zona de la emergencia sociosanitaria, los cuales involucra los departamentos de Rivadavia, San Martín y Orán pero para la población wichi.

El Señor Ignacio Copa CPI del Pueblo Kolla (Salta) menciona que se van a quedar sin agua pura de los deshielos ya que la minera de Catamarca ha dejado un pequeño arroyo. Comenta que existe un código de agua que debiera modificarse en la legislatura de la provincia.

Menciona que la minera además de estar usando gran parte del agua de deshielo que es para consumo de las comunidades, la están contaminando, arrojando desechos químicos de plomo. Considera que deba usarse el protocolo de consulta del ENOTPO porque no se siente representado. Se propone evaluar la pertinencia de concretar una reunión con el Ministerio de Ambiente de la Nación.

El Señor David Torres CPI del Pueblo Lule (Salta) solicita al INAI que los CPI sean convocados a las reuniones previas a la firma de convenios con instituciones y organismos, y acordar agendas para que estén más de acuerdo con las necesidades de los pueblos y comunidades. También menciona la problemática del agua en las comunidades lules, que requieren personal de salud originario y que solo poseen una salita. Cree que es importante incorporar y actualizar los protocolos de consulta del ENOTPO.

Por su parte, el Señor Alfredo Casimiro CPI Atacama (Salta) considera que es útil utilizar los protocolos ya existentes, además de todo lo que surja de esta reunión.

La Señora Julia Martha Ceballos CPI Comechingón (Córdoba) propone hacer un acto solidario y apoyar a los hermanos a que tengan el agua. Considera importante la medicina tradicional y que salvaguarda siga trabajando con la provincia.



- 
8. Próxima reunión: última semana de noviembre o primera semana de diciembre 2020.
  9. A continuación, se adjunta el listado de los convocados así como de los presentes.

Martha Ceballos Comechingón Córdoba

Alfredo Casimiro Atacama Salta

David Torres Lule Salta

Hugo Dominguez Kolla Salta

Joel Sarmiento Chorote Salta

Ignacio Copa Kolla Salta

Cornelio Herrera Kolla Salta

Federico Czesli INAI, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

Manuela Barco Proyecto Proteger, Secretaría de Articulación Jurisdiccional, Ministerio de Salud de la Nación

Prof. Mariano Orlando, Lic. Marisa Angelo y Gabriela Gastaldi, Área Técnica de Salvaguarda Social, Dirección General de Proyectos con Financiamiento Interno, Ministerio de Salud de la Nación.

## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### *Objetivo*

Establecer un proceso de consulta permanente con el Consejo de Participación Indígena (CPI)

### *Objetivos específicos*

1. Conocer los procesos y expectativas para una adecuada consulta previa, libre e informada en el marco del Plan de Consulta Permanente
2. Articular y acordar con los representantes de CPI instancias de consulta de forma permanente y sistemática
3. Establecer acuerdos sobre el proceso de consulta, el seguimiento de la implementación de los MPPI y el cronograma del mismo.



---

## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### *Actividades*

1. Establecer acuerdos en base a los resultados de la encuesta. *Realizar acuerdos entre los presentes en relación a los temas de la encuesta.*
2. Establecer fecha de próximo encuentro.



## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### *Actividad 1: Principales características de la encuesta*

1. **Datos del/la encuestado/a**
2. **Características de la consulta**
3. **Modalidad de la consulta**
4. **Tiempos necesarios para la consulta**



## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

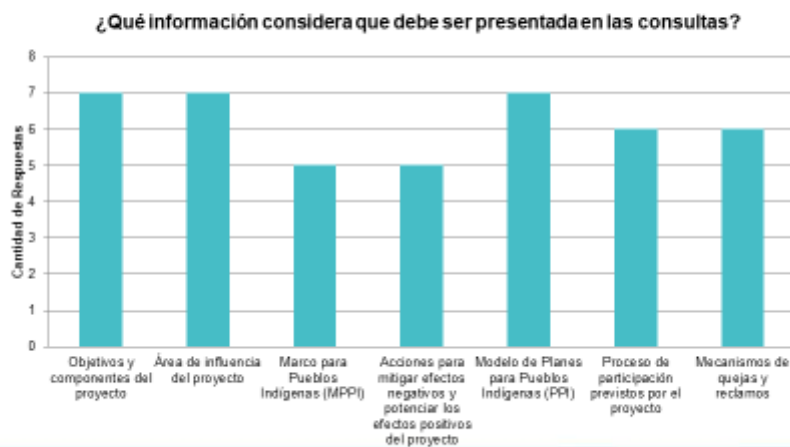
#### 2. Características de la consulta: Resultados



## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

#### 2. Características de la consulta: Resultados



---

## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1

#### 1. Revisión de la encuesta y sus resultados

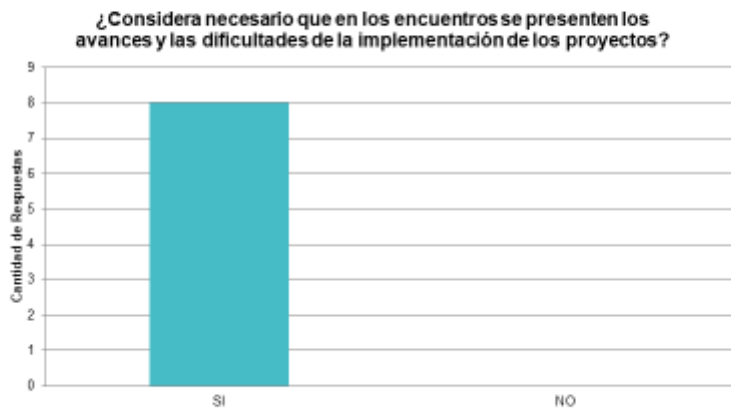
El 18 de Septiembre 2020 se envió una encuesta para indagar las expectativas y características de un proceso de consulta sistemático



## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

#### 2. Características de la consulta: Resultados



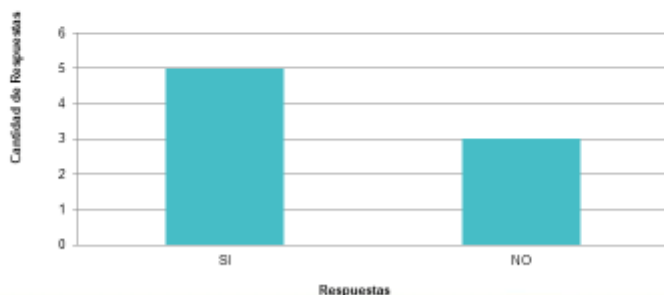
## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

#### 2. Características de la consulta: Resultados

Cuáles? CEAPI; La justicia; Consejo asesor indígena en el ámbito de la universidad nacional de san juan; Organismos relacionados a cada tema; Autoridades Indígenas comunitarias, Defensor del pueblo de la nación.

De acuerdo a su criterio ¿Considera necesario que otras personas, asociaciones, ONG's u organismos del estado deben participar de la consulta además de los representantes del CPI?



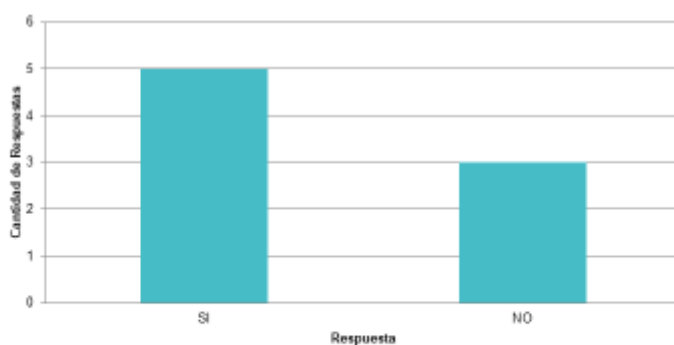
## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

#### 2. Características de la consulta: Resultados

Cuáles? Cachi Yupi; Protocolo CLPI ENOTPO.

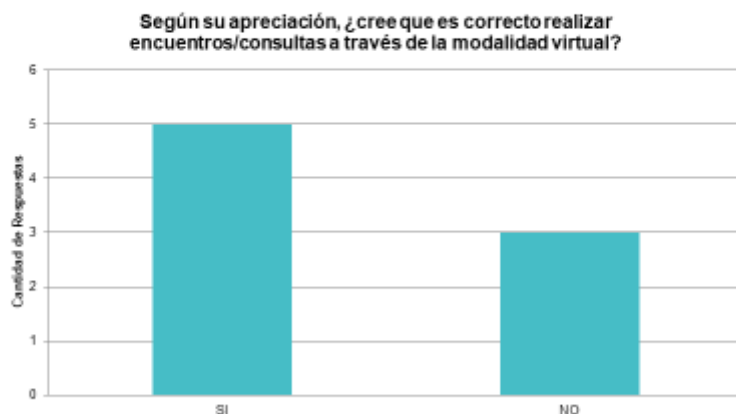
¿Considera que algunos de los "protocolos de consulta previa, libre e informada" existente debe aplicarse en estas instancias?



## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

#### 3. Modalidad de la consulta: Resultados



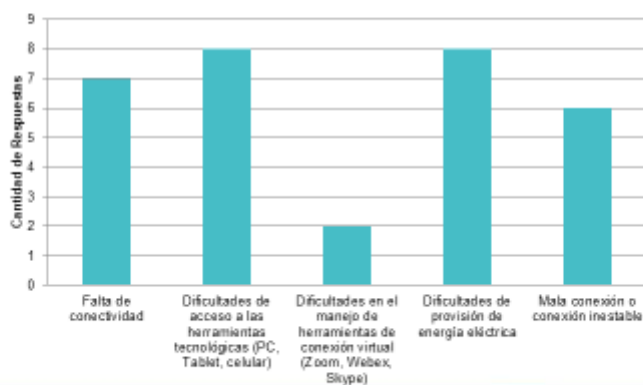
## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

Otras Dificultades:  
Falta de estímulo político

#### 3. Modalidad de la consulta: Resultados

¿Cuáles considera que pueden ser las dificultades de realizar encuentros/consultas virtuales?

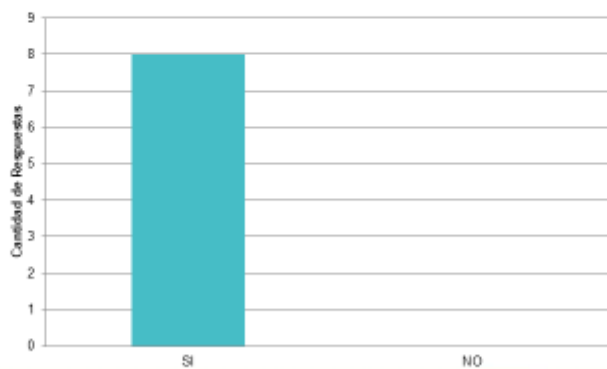


## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

#### 3. Modalidad de la consulta: Resultados

¿considera correcto enviar la información previa por medios tradicionales (correo postal y/o vía telefónica)?

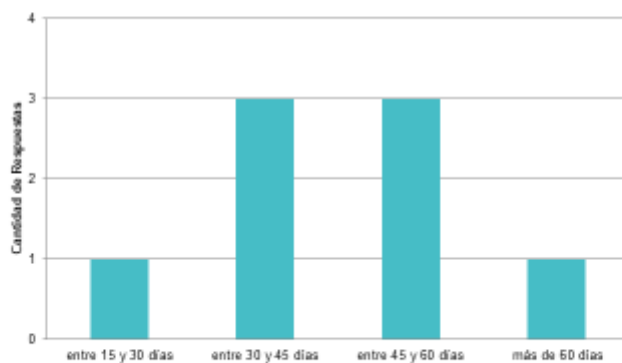


## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

#### 4. Tiempos necesarios para la consulta: Resultados

¿Con que anticipación debe convocarse y enviar los materiales para la consulta?



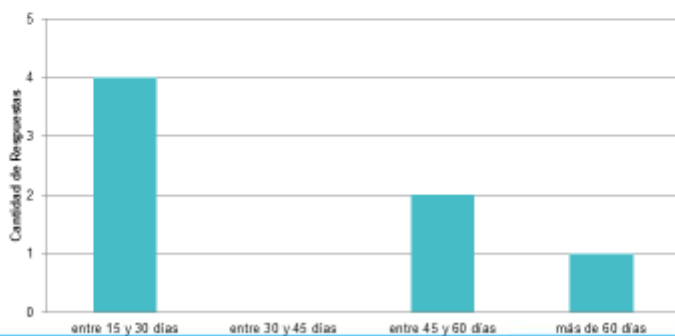
## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

Otras : Mora Administrativa

#### 4. Tiempos necesarios para la consulta: Resultados

¿Cuál son los tiempos habituales involucrados al compartir la información a las comunidades de su provincia y en tener respuestas acerca de su parecer sobre lo que se está consultando?

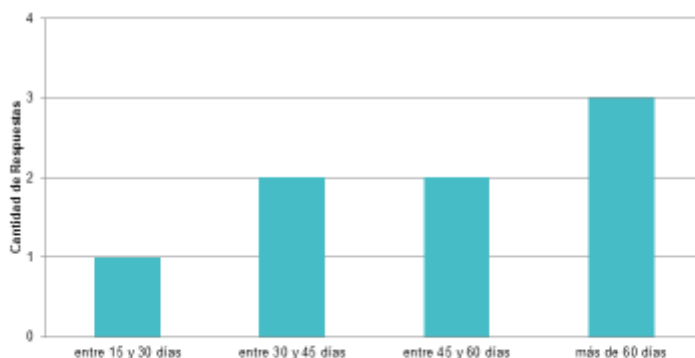


## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

#### 4. Tiempos necesarios para la consulta: Resultados

¿Cuánto tiempo se necesitaría para realizar este proceso en el contexto actual de pandemia?





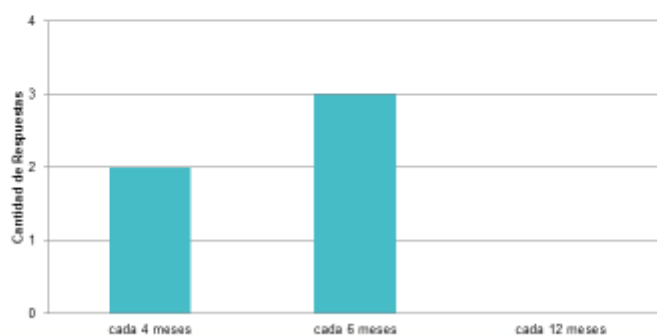
## Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

### Actividad 1: Resultados de la encuesta

Otras: cada 60 días;  
Consensuados y permanentes

#### 4. Tiempos necesarios para la consulta: Resultados

¿Con que frecuencia deben realizarse los encuentros para establecer un proceso de consulta permanente y sistemático?



---

## *Reunión Virtual 27 de noviembre 2020*

### *Acuerdos consulta Marcos de Planificación para Pueblos Indígenas (MPPI) Proyectos PROTEGER y SUMAR*

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el día 27 de noviembre de 2020, a través de la aplicación virtual ZOOM, se reúne el equipo del Área Técnica de Salvaguarda Social (ATSS) de la Dirección General de Programas con Financiamiento Externo (DGPFE) y del Proyecto Proteger del Ministerio de Salud de la Nación, los referentes de la MESA NACIONAL del CPI del INAI, a los efectos de establecer la consulta sobre el MPPI con el Consejo de Participación Indígena (CPI). Para ello, con fecha 13 de noviembre, se envió la información referida de los MPPI de los proyectos PROTEGER y SUMAR. En función de la información enviada y presentada, los presentes manifestaron las siguientes percepciones, problemáticas y propuestas para ser abordadas:

Llegado el horario de la reunión se había conectado dos personas de las convocadas. se decidió esperar alrededor de 30 minutos antes de comenzar mientras se dialogaba con los referentes de pueblos originarios presentes sobre la consulta y cómo subsanar la falta de participación del resto de los convocados.

El Sr. Oscar Toconas (CPI Kolla -Jujuy) frente a observar la presencia de sólo 2 CPI, consulta al equipo de Salvaguarda Social si la invitación fue enviada a todos los CPI. Comenta que en el caso de Jujuy, 2 de los 3 CPI de la mesa nacional se encuentran en territorio y es difícil ubicarlos y que puedan conectarse. Pregunta si los CPI convocados han respondido los mensajes. También se pregunta si el resto de las provincias coincide con la modalidad de consulta, o si hablan entre ellas y hay algo de esto con lo cuál no estén de acuerdo. Considera que las consultas son necesarias ya que es importante contar con espacios para decir lo que se piensa al respecto de cada tema.

Frente a esto, Mariano Orlando (Salvaguarda Social) comenta que la invitación fue enviada a todos los CPI de la Mesa Nacional, tanto vía mail como por whatsapp y mensaje de texto para aquellos cuyos mails han rebotado. Que el día miércoles 25 de noviembre se ha enviado un recordatorio por los mismos medios a los mismos actores. Sólo un CPI ha contestado a la fecha.

Francisco Faure (Consultor Social de Proyectos de Salud- Banco Mundial) considera importante existan espacios de consulta del componente social de los proyectos con financiamiento externo, que cuente con la presencia de los representantes de los pueblos.

La señora Marta Ceballos (CPI Comechingón- Córdoba) frente a la presencia de solo dos CPI, propone re enviar el cuestionario con preguntas y realizar una nueva reunión, para que pueda haber un intercambio más fluido.

---

Mariano Orlando ve positiva la propuesta de la Sra. Mara Ceballos y se va a realizar el envío del cuestionario y un nuevo espacio de participación.

Una vez definido cómo continuar se presentaron las características de los proyectos:

La señora Marta Ceballos menciona algunas dificultades que hacen a la gestión de la Salvaguarda Social de los proyectos de financiamiento externo en su provincia. La persona que se desempeña como **referente de Salvaguarda Social**, Lic. Nayla Palacios y que realiza las tareas de convocatoria, consulta, planificación, ejecución y monitoreo no cobra por las tareas brindadas por este tema y **no cuenta con los recursos financieros** para realizar las consultas en territorios. Lo cual hace difícil garantizar la participación de los referentes de las comunidades.

En relación a la necesidad de un equipo de salvaguarda social con integrantes de pueblos, Mariano Orlando menciona que en las provincias donde existe un equipo provincial de salud indígena son las que tienen mejor resultado de gestión. Asimismo, manifiesta que **los proyectos provinciales deben financiar las consultas y las actividades del PPI**. Cree necesario **promover**, en aquellas provincias que aún no lo han hecho, la **participación de los CPI** en el proceso de **planificación, ejecución y monitoreo del PPI**.

Gabriela Gastaldi (Salvaguarda Social) comenta que estas son problemáticas frecuentes en muchas provincias. Ya sea por desconocimiento de los gastos que se pueden financiar con los fondos recibidos por los proyectos y efectores para las acciones de salvaguarda, porque manifiestan a los referentes de Salvaguarda Social y de Salud Indígena de la provincia que carecen de fondos, porque desconocen que **la provincia (proyectos) tiene la obligación de financiar las consultas y actividades planificadas en el PPI conforme a la cláusula 13 del Compromiso Anual Integrado (CAI) y que el componente social es un requerimiento obligatorio de las operaciones del BIRF**. Además de este obstáculo comentan muy frecuentemente que no cuentan con el financiamiento de los proyectos en el momento en que lo requieren (para el desarrollo de las actividades del PPI). Propone trabajar con los equipos nacionales Sumar-Proteger para reforzar con los referentes provinciales de los proyectos y en los tomadores de decisión el uso de fondos para actividades de Salvaguarda, los cuales deben ser financiados con los fondos aportados por los proyectos.

La señora Marta Ceballos (CPI Comechingón- Córdoba) solicita trabajar los siguientes puntos:

- Algunas comunidades poseen un Proyecto de **Huertas para cultivo de vegetales y plantas medicinales** con el objetivo de acceder a alimentos que no tengan agrotóxicos, a una **alimentación saludable para la reducción de la obesidad, diabetes e hipertensión**. El Proyecto Proteger al basarse en estas temáticas, debería poder financiarlo.
- **Capacitaciones para agentes sanitarios** sobre atención primaria y seguimiento de personas con enfermedades no transmisibles (toma de presión).

- 
- Que los proyectos Sumar y Proteger financien **proyectos de alimentación y ejercicio físico para comunidades** similares al de las plazas saludables.
  - Que el **financiamiento de las acciones incorporadas en el PPI** esté cuando sea necesario.

En relación a lo comentado, Gabriela Gastaldi propone que el equipo nacional de los proyectos y de Salvaguarda Social promuevan una **mejor comunicación entre los referentes provinciales de ambos equipos así como con los programas/unidades de salud indígena para que informen cuándo va a haber recurso monetario disponible**. En cuanto a los proyectos de huertas, ejercicio físico y alimentación es necesario consultar al proyecto Proteger si existe la posibilidad de financiarlo con los fondos que la provincia y los efectores reciben.

Sobre el tema del **financiamiento de proyectos de huertas, ejercicio y alimentación**, Manuela Barco (Proyecto Proteger), comenta que **los efectores pueden utilizar los fondos que perciben por la ejecución de indicadores** para el desarrollo de dichas actividades.

En cuanto a las **capacitaciones para los agentes sanitarios**, en el caso de ser agentes sanitarios indígenas del **Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas (PNSPI)**, el equipo suele realizar capacitaciones. La referente provincial del programa es la Sra. Cristina Soto Payva, es quien tiene los agentes sanitarios indígenas a su cargo y debieran conversar esta necesidad de capacitación o elevar el pedido al PNSPI.

Oscar Toconas (CPI Kolla -Jujuy) solicita trabajar los siguientes puntos:

- Reuniones de trabajo con Zenón Lamas, coordinador del Programa provincial de Salud Indígena, para abordar los temas de Salvaguarda Social.
- **Trabajar temas de maltrato, violencia de género, Femicidio; drogadicción y alcoholismo en y con las comunidades**. Solicita incorporar proyectos preventivos para los Agentes Sanitarios Indígenas sobre estos temas. También material y capacitaciones. Contar con Psicóloga o asistentes para las comunidades. No son escuchados en esta necesidad.
- Proveer **insumos y equipamiento a los centros de salud más retirados, especialmente equipo de comunicación**.
- Es difícil juntar a la población para las actividades de capacitación, más que nada a los adultos mayores. Se debe garantizar algo más que un poco de comida.
- **Capacitación de técnicos, de los abuelos, de los sabedores**.
- **Agua segura** en una comunidad.
- **Problemas con el acceso a la justicia** para casos de dos niñas de las comunidades que fueron abusadas.

En relación a las violencias, Mariano Orlando comenta que se está participando del diseño de una **capacitación sobre violencia de género, en conjunto con la Dirección Nacional de**

---

**Géneros y Diversidades, del Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de incorporar la mirada intercultural.** Propone hacer lo mismo con las capacitaciones de alcoholismo. En cuanto al tema del acceso a la justicia ante la violación de las niñas de las comunidades, propone conseguir la articulación con la Dirección de Afirmación de Derechos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Asimismo, consultar a la Dirección Nacional de Géneros y Diversidades si entre las organizaciones de la sociedad civil con las cuales se vinculan, existe alguna que pueda dar acompañamiento frente a este tema.

Manuela Barco (Proyecto Proteger) comenta que **el proyecto, a través de la provincia y los fondos recibidos por los efectores, financia los honorarios de los capacitadores, viáticos y pasajes así como todo lo necesario para la capacitación (insumos y equipo, diseño e impresión de materiales de comunicación, etc.). En cuanto al alcoholismo, es un objetivo del proyecto. Propone fortalecer el contacto con los referentes provinciales para orientar estos fondos.**

Gabriela Gastaldi a su vez comenta la posibilidad de proponer al equipo provincial la **incorporación de las problemáticas manifestadas en el PPI 2021.** Realizar una reunión con Zenón Lamas, los CPIs, los referentes de los proyectos y de Salvaguarda Social a fin de posibilitar la incorporación de actividades que estén necesitando las comunidades. En relación al proyecto de huerta y agua ver si existen otros espacios para elevarlos, como ser Desarrollo Social. **En relación a las temáticas vinculadas con géneros y adicciones, existen prestaciones en el Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar.** Se puede proponer trabajar el abordaje intercultural y comunitario de dichas prestaciones para pueblos originarios, tanto con el equipo provincial, el Programa de Salud Indígena, los CPIs y las comunidades. Además se puede proponer relevar las necesidades de capacitación que tenga el personal de salud y los sabedores para abordar dichas prestaciones para pueblos.

### *Compromisos*

1. Re enviar el cuestionario a los CPI junto con las presentaciones de los proyectos para que envíen sus comentarios y sugerencias respecto a los cambios en los proyectos ya que los proyectos en sí fueron consultados anteriormente en sucesivas instancias.
2. Próxima reunión: no se fijó la fecha del encuentro. Se va a realizar conforme a los tiempos definidos como adecuados por los representantes de la Mesa Nacional que participaron previamente en la consulta realizada el 19 de octubre de 2020. En esa instancia se definió realizar encuentros semestrales, teniendo como próxima fecha julio 2021.
3. Durante la revisión de los PPI 2021, se trabajará con las provincias de Córdoba y Jujuy para la inclusión de las acciones mencionadas por los representantes de los pueblos, actividad que ya se comenzó a realizar con la provincia de Salta en función de los comentarios realizados por el señor Joel Sarmiento CPI del Pueblo Chorote (Salta) el día 19 de octubre de 2020 durante la “Reunión virtual con la MESA NACIONAL de CPI”
4. A continuación, se adjunta el listado de los presentes.

Marta Ceballos (CPI Comechingón -Córdoba). Oscar Toconas (CPI Kolla - Jujuy).

---

Francisco Faure (Consultor Social de Proyectos de Salud- Banco Mundial).

Programa Proteger: Agostina De Monte. Fiorella Forciniti. Manuela Barcos.

ATSS: Mariano Orlando. Marisa Angelo. Gabriela Gastaldi.

**Proyecto de Protección de la Población Vulnerable contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles**  
**PROTEGER – BIRF 8508-AR**

**Proceso de Consulta**  
27 de noviembre 2020

Área Técnica de Salvaguarda Social  
Dirección General de Programas con Financiamiento Externo

 **Ministerio de Salud Argentina**

### **Enfermedades crónicas no transmisibles**

- 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.**
- Se proyecta que para el **2030 más de tres cuartas partes de las muertes serán consecuencia de enfermedades no transmisibles (ENT)** y que representarán el 66% de la carga de enfermedad.

## Necesidad de reorientar los servicios de salud.



## El Proyecto PROTEGER tiene dos objetivos:

1. Mejorar las condiciones de los centros públicos de atención para brindar servicios de alta calidad en las Enfermedades No Transmisibles para los grupos de población vulnerable, y expandir el alcance de servicios seleccionados.
2. Proteger a los grupos de población vulnerable de los factores de riesgo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles de mayor prevalencia.



## El proyecto cuenta con tres componentes:

- **Componente 1:** Mejorar las condiciones de los centros de atención de la salud pública para proveer servicios de mayor calidad para Enfermedades No Transmisibles a los grupos vulnerables, y expandir el alcance de los servicios seleccionados.
- **Componente 2:** Protección de los grupos de población vulnerable contra los factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de mayor prevalencia.
- **Componente 3:** Apoyo al Ministerio de Salud Nacional y Provinciales para mejorar la vigilancia, monitoreo, promoción, prevención y control de ENT, lesiones y factores de riesgo.



## Actividades del proyecto

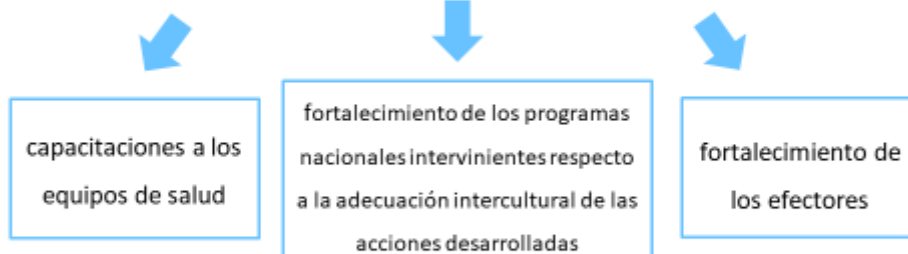
	Actividades
IVT1	Porcentaje de CAPS con equipos de salud familiar y comunitaria que realizan adscripción de la población a cargo.
IVT2	Porcentaje de CAPS que realizan acciones para la implementación de un sistema de información de salud interoperable.
IVT3	Porcentaje de CAPS priorizados certificados para proveer servicios de salud de calidad para la detección y control de ECNT.
IVT4	Porcentaje de CAPS priorizados que realizan procesos de mejora para la provisión de servicios de calidad en ECNT.
IVT5	Porcentaje de CAPS que realizan mejoras en el tratamiento de personas con Diabetes Mellitus.
IVT6	Porcentaje de CAPS seleccionados que realizan mejoras en el tratamiento de personas con Hipertensión Arterial.
IVT7	Provincias que implementan acciones para reducir la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco ajeno.
IVT8	Provincias que implementan acciones para reducir la prevalencia de la obesidad infantil en entornos escolares.





## Las acciones de la **Salvaguarda Indígena** del presente Proyecto

contribuyen a la reducción de las barreras en el acceso a la salud, en lo particular a lo referido a enfermedades crónicas no transmisibles



**Acciones centradas en efectores con población indígena o que posean agentes sanitarios pertenecientes a pueblos originarios.**



## Acciones

- Traducciones las piezas de comunicación realizadas por la DNAIENT. Las mismas serán traducidas, impresas y distribuidas a través de los referentes provinciales del proyecto y de la Salvaguarda Social.
- Incorporación en las planillas de reporte de la DDJJ de la variable de pertenencia étnica.
- Realizar materiales y capacitación virtual destinada a brindar herramientas para implementar las acciones de mejora.
- Incluir las variables “pueblo indígena” y “comunidad originaria” en el conjunto de datos mínimos para el registro de la adscripción de la población en efectores priorizados por S.I.(IVT 1)



---

## Acciones

- Incorporación de la variable étnica en las HCE. (IVT 2)
- Que los efectores priorizados completen satisfactoriamente el apartado “Enfoque étnico y participación en salud de pueblos originarios” del “Instrumento de evaluación de la calidad del primer nivel de atención”. (IVT 3)
- Que los efectores priorizados implementen acciones de mejora en los efectores evaluados. (IVT 4)
- Que la provincia identifique en el reporte la cantidad de personas con diabetes por CAPS que atienden a población originaria que han obtenido valores de HbA1c menores o iguales a 9% en la medición presentada en la DDJJ. (IVT 5)



## Acciones

- Que la provincia identifique en el reporte la cantidad de personas por con HTA por CAPS que atienden a población originaria que han obtenido valores de PA menores a 140/90 mmHg en la medición de esta variable. (IVT 6)
- Que la mesa intersectorial cuente con participación de actores sectoriales, institucionales y de la sociedad civil con injerencia en salud para población originaria. (IVT 7y 8)
- Adquisición de equipamiento para Agentes Sanitarios Indígenas (750)  
**(Tensiómetro Digital/Termómetro Digital/Balanza Portátil/Pediómetros/Linterna LED Frontal/Mochila)**



---

# Muchas Gracias



Ministerio de Salud  
Argentina

Contacto: [ssocial@ufisalud.gov.ar](mailto:ssocial@ufisalud.gov.ar)

---

---

## Nota técnica: Consultas públicas y participación de los interesados en las operaciones respaldadas por el Banco Mundial cuando las reuniones públicas se encuentran limitadas<sup>15</sup>

Con el brote y la propagación de la COVID-19 (coronavirus), se ha aconsejado u obligado, mediante normas nacionales o locales, a la población a mantener distancia social y, específicamente, a evitar las concentraciones públicas, con el propósito de prevenir y reducir el riesgo de transmisión del virus. Los países han adoptado varias medidas restrictivas, algunas de las cuales limitan considerablemente las concentraciones, las reuniones y la circulación de personas, mientras que otras desaconsejan los eventos públicos. Al mismo tiempo, el público en general conoce cada vez mejor —y le preocupan cada vez más— los riesgos de transmisión, especialmente a través de la interacción social en grandes concentraciones.

Estas restricciones repercuten en las operaciones que apoya el Banco Mundial. En particular, afectarán los requisitos de consultas públicas y participación de los interesados que el Banco establece para los proyectos, tanto en ejecución como en preparación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado orientaciones técnicas relativas a la COVID-19 como las siguientes: i) **Comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE): Plan de acción, preparación y respuesta**; ii) *Comunicación de riesgos y participación comunitaria en la preparación y la respuesta*; iii) *Comunicación de riesgos sobre la COVID-19 para centros de salud*; iv) *Preparación de los lugares de trabajo en tiempos de la COVID-19*, y v) *Guía para prevenir y abordar el estigma social asociado a la COVID-19*. Todos estos documentos se pueden consultar en el sitio web de la OMS a través del siguiente enlace: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>.

En esta nota se presentan recomendaciones sobre la gestión de las consultas públicas y la participación de los interesados que los equipos de los proyectos del Banco Mundial pueden hacer llegar a los organismos homólogos, con la salvedad de que la situación varía rápidamente y se debe prestar la debida atención a las necesidades nacionales y las indicaciones actualizadas que imparte la OMS. Es importante que las distintas formas de llevar adelante las consultas y la participación de los interesados analizadas con los clientes sean acordes con las leyes y políticas locales pertinentes, en especial las relacionadas con los medios y la comunicación. Las recomendaciones enunciadas más abajo están supeditadas a la confirmación de que se ajustan a las leyes y los reglamentos aplicables al proyecto.

**Proyectos de inversión en ejecución.** Es probable que, en todos los proyectos en ejecución, se hayan planificado y comprometido consultas públicas y la participación de los interesados como parte del diseño. Estas actividades pueden estar descritas en diversos documentos de los proyectos e

---

<sup>15</sup> Esta Guía se ha nutrido de las últimas orientaciones emitidas por organismos relevantes para los temas del COVID-19 hasta el 28 de junio de 2020 (por ejemplo, de la Organización Mundial de la Salud - OMS). En la misma se proporcionan los enlaces a estos documentos de referencia. Dada la rápida evolución de la situación del COVID-19, al momento de diseñar la preparación y respuesta a contingencia específica para COVID-19, es indispensable comprobar si se han publicado actualizaciones de estos recursos externos, basarse en las últimas actualizaciones disponibles y revisar los sitios web sistemáticamente en búsqueda de posibles nuevas actualizaciones. Esta Guía no pretende sustituir o modificar la legislación aplicable en materia de COVID-19.

---

involucrarán a una variedad de partes interesadas. Las modalidades de participación que se suelen planificar son audiencias públicas, reuniones comunitarias, grupos de discusión, estudios de campo y entrevistas individuales. Ante la creciente preocupación por el riesgo de propagación del virus, es preciso ajustar el enfoque y la metodología para proseguir con las consultas y la participación de los interesados. Sin olvidar la importancia de confirmar que cumplen con las disposiciones de la legislación nacional, a continuación se formulan algunas recomendaciones para que los equipos de los proyectos tengan en cuenta al asesorar a sus clientes.

Los equipos deberán revisar sus proyectos, junto con las unidades de administración, y deberán realizar las siguientes tareas:

- Identificar y someter a nuevo examen las actividades planificadas que requieren la participación de los interesados y consultas públicas.
- Evaluar con los interesados el nivel de participación directa propuesta, incluidos la ubicación y el tamaño de los encuentros propuestos, la frecuencia de la participación y las categorías de los interesados (internacionales, nacionales, locales), entre otras consideraciones.
- Evaluar el nivel de riesgo de transmisión del virus derivado de esas formas de participación y determinar de qué manera las restricciones en vigor en el país o en la zona del proyecto afectarían esas modalidades.
- Definir las actividades del proyecto para las cuales las consultas o la participación son cruciales y que no se pueden aplazar sin incidir considerablemente en el cronograma del proyecto; por ejemplo, la selección de las opciones de reasentamiento a disposición de las personas afectadas durante la ejecución del proyecto. De acuerdo con la actividad específica, analizar los medios viables de obtener la opinión de los interesados (véase más abajo).
- Evaluar el nivel de penetración de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) entre los principales grupos de interesados, con el objeto de determinar el tipo de canal de comunicación que se puede utilizar eficazmente en el proyecto.

Basándose en lo expuesto, los equipos de los proyectos deberían discutir y consensuar con las unidades de administración los canales de comunicación que se deberían usar para llevar a la práctica las consultas y las actividades de participación de los interesados. Las siguientes son algunas de las consideraciones para tener en cuenta a la hora de escogerlos, a la luz de la situación imperante con la COVID-19:

- Evitar las concentraciones de público (de acuerdo con las restricciones nacionales), incluidas audiencias públicas, talleres y reuniones comunitarias.

- 
- Si las reuniones reducidas están permitidas, realizar consultas en grupos pequeños, como los de discusión. Si no lo están, hacer todo lo posible por organizarlas mediante canales en línea, como Webex, Zoom y Skype.
  - Diversificar los medios de comunicación y recurrir más a los medios sociales y los canales en línea. Cuando sea factible y corresponda, crear plataformas en línea especiales y grupos de chat *ad hoc*, en función del tipo y la categoría de las partes interesadas.
  - Emplear canales de comunicación tradicionales (televisión, periódicos, radio, líneas telefónicas exclusivas y correo postal) cuando los interesados no tengan acceso a los canales en línea o no los utilicen con frecuencia. Los canales tradicionales también pueden ser muy efectivos para transmitir a los interesados información de importancia y permitirles comunicar sus opiniones y sugerencias.
  - Cuando la participación directa de las personas beneficiadas o afectadas por el proyecto sea necesaria, como en el caso de la preparación y la ejecución de los planes de acción para reasentamiento o los planes para los pueblos indígenas, definir, con cada hogar afectado, los canales de comunicación directa mediante una combinación específica de mensajes de correo electrónico, correo postal, plataformas en línea y líneas telefónicas exclusivas con operadores capacitados.
  - Debería explicarse claramente de qué manera, a través de cada uno de los canales de participación propuestos, las partes interesadas pueden dar a conocer sus opiniones y sugerencias.
  - En la mayoría de los contextos y las situaciones se puede idear un sistema apropiado para que los interesados participen. Sin embargo, cuando ninguno de los medios de comunicación mencionados se considere adecuado para llevar adelante las consultas necesarias, el equipo debe analizar con la unidad de administración del proyecto si la actividad en cuestión se puede reprogramar para una fecha posterior que resulte satisfactoria para los interesados. Cuando no sea posible posponer la actividad (como en el caso de un reasentamiento en curso) o cuando la postergación probablemente implique un retraso de varias semanas, el equipo debe pedir asesoramiento y orientación al Comité de Revisión Ambiental y Social de las Operaciones (OESRC).

**Proyectos de inversión en preparación.** Cuando los proyectos se encuentran en preparación y la participación de las partes interesadas está por comenzar o ya se ha iniciado, como en el proceso de planificación ambiental y social de los proyectos, las consultas y las actividades de participación de los interesados no deben postergarse, sino, antes bien, diseñarse para que resulten efectivas y provechosas, y permitan atender las necesidades del proyecto y de las partes interesadas. A continuación se presentan algunas sugerencias sobre el asesoramiento que se puede prestar a los clientes acerca de la participación de los interesados en esas situaciones. Estas sugerencias están supeditadas a la situación del coronavirus en el país y a las restricciones impuestas por los Gobiernos. El equipo del proyecto y la unidad de administración del proyecto deben realizar las siguientes tareas:

- 
- Estudiar la propagación de la COVID-19 en el país y en la zona del proyecto, y las restricciones impuestas por el Gobierno para contenerla.
  - Examinar el borrador del plan de participación de las partes interesadas (si lo hay) u otro mecanismo de participación convenido, en particular el enfoque, las formas y los métodos de participación propuestos, y evaluar los riesgos potenciales vinculados a la transmisión del virus al desarrollar las distintas actividades.
  - Asegurarse de que todos los miembros del equipo y de la unidad de ejecución del proyecto enuncien y expresen la forma en que entienden las prácticas de comportamiento social y de higiene adecuadas, y de que todas las actividades con los interesados vayan precedidas de la explicación de esas prácticas higiénicas.
  - Evitar las concentraciones de público (teniendo en cuenta las restricciones nacionales), incluidas audiencias públicas, talleres y reuniones comunitarias, y minimizar la interacción directa entre los organismos del proyecto y los beneficiarios o las personas afectadas.
  - Si las reuniones reducidas están permitidas, realizar consultas en grupos pequeños, como los de discusión. Si no lo están, hacer todo lo posible por organizarlas mediante canales en línea, como Webex, Zoom y Skype.
  - Diversificar los medios de comunicación y recurrir más a los medios sociales y los canales en línea. Cuando sea factible y corresponda, crear plataformas en línea especiales y grupos de chat *ad hoc*, en función del tipo y la categoría de las partes interesadas.
  - Emplear canales de comunicación tradicionales (televisión, periódicos, radio, líneas telefónicas exclusivas, anuncios públicos y correo postal) cuando los interesados no tengan acceso a los canales en línea o no los utilicen con frecuencia. Estos canales también pueden ser muy efectivos para transmitir a los interesados información de importancia y permitirles comunicar sus opiniones y sugerencias.
  - Emplear herramientas de comunicación en línea para diseñar talleres virtuales cuando las reuniones y los talleres grandes sean imprescindibles en vista de la etapa de preparación del proyecto. Webex, Skype y, cuando la capacidad en materia de TIC sea escasa, las audioconferencias pueden ser herramientas eficaces para diseñar talleres virtuales, cuyo formato podría incluir las siguientes etapas:
    - *Inscripción virtual de los participantes*: Estos se pueden inscribir en línea en una plataforma exclusiva.
    - *Distribución del material del taller entre los participantes, que incluirá el programa, los documentos, las presentaciones, los cuestionarios y los temas de discusión*: Se pueden distribuir en línea.



- 
- *Examen del material informativo distribuido:* Se otorga a los participantes un plazo determinado para este examen, antes de programar un análisis de la información suministrada.
  - *Análisis, recopilación de comentarios e intercambios:*
    - ✓ Se puede organizar a los participantes y asignarlos a distintos grupos temáticos, equipos o “mesas” virtuales, siempre que ellos estén de acuerdo.
    - ✓ Las discusiones de los grupos, los equipos y las mesas se pueden organizar a través de herramientas de los medios sociales, como Webex, Skype o Zoom, o bien se pueden recabar los comentarios por escrito, mediante cuestionarios por vía electrónica o formularios que se pueden devolver por correo electrónico.
  - *Conclusión y resumen:* El presidente del taller sintetizará el intercambio de ideas del taller virtual, formulará las conclusiones y compartirá electrónicamente toda esta información con todos los participantes.
- Cuando la interacción en línea sea difícil, la información se puede suministrar a través de alguna plataforma digital (donde esté disponible), como Facebook, Twitter, grupos de WhatsApp, enlaces y sitios web del proyecto, y medios tradicionales de comunicación (televisión, periódicos, radio, llamadas telefónicas y correo postal), con una clara descripción de los mecanismos existentes para enviar los comentarios por correo postal o mediante líneas telefónicas especiales. Todos los canales de comunicación deben especificar claramente de qué manera los interesados pueden proporcionar sus comentarios y sugerencias.
  - *Interacción con las partes directamente interesadas para llevar a cabo las encuestas de hogares:* Puede haber actividades de planificación que requieran la participación directa de los interesados, particularmente en el terreno. Ejemplo de ello es la planificación de los reasentamientos, donde es necesario realizar encuestas para determinar la condición socioeconómica de las personas afectadas, inventariar los bienes afectados y facilitar las conversaciones sobre la reubicación y la planificación de los medios de subsistencia. Tales actividades exigen la participación activa de las partes interesadas locales, en especial la de las comunidades que podrían verse perjudicadas. Sin embargo, puede haber situaciones que involucren a comunidades indígenas o a otras comunidades que carezcan de acceso a los medios de comunicación o las plataformas digitales. En estos casos, los equipos deben desarrollar mecanismos de participación adaptados especialmente a las circunstancias específicas. Los equipos deben dirigirse a los gerentes de proyectos regionales de las áreas de medio ambiente, recursos naturales y economía azul y desarrollo social, o bien a los encargados de las evaluaciones de los sistemas ambientales y sociales de la región respectiva, en caso de que necesiten más ayuda para elaborar esos mecanismos especiales.

- 
- Cuando se determine que las consultas que son decisivas para llevar adelante una actividad específica del proyecto no se pueden realizar pese a que el cliente respaldado por el Banco ha hecho todos los esfuerzos razonables a ese efecto, el equipo del proyecto debe analizar con el cliente si las actividades propuestas se pueden postergar algunas semanas en vista de los riesgos de propagación del virus. Esto dependería de la situación de la COVID-19 en el país y de las políticas aplicadas por el Gobierno para contener la propagación. Cuando no sea posible posponer la actividad (como en el caso de un reasentamiento en curso) o cuando la postergación probablemente implique un retraso de varias semanas, el equipo debe pedir asesoramiento y orientación al OESRC.

---

ANEXO V. LISTADO DE EFECTORES CON AGENTE SANITARIO INDÍGENA  
DEPENDIENTE DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS  
(PNSPI)

Provincia	Departamento	Localidad / Municipio	Etnia	Tipo efector	Efector
Catamarca	Santa María	Agua amarilla	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Paloma Yaco
Catamarca	Belen	Aguas Calientes - Villa Vil	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Aguas Calientes
Catamarca	Santa María	Chañar Punco y Medanitos	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Chañar Punco
Catamarca	Belen	Corral Blanco - Villa Vil	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Aguas Calientes
Catamarca	Santa María	La Hoyada	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	La Hoyada
Catamarca	Santa María	La Quebrada	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	La Quebrada
Catamarca	Belen	Laguna Blanca/ Villa Bil	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Corral Blanco
Catamarca	Belen	Las Cuevas - Villa Vil	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Villa Vil
Catamarca	Belen	los Morteritos - Villa Vil	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Morteritos
Chaco	Chacabuco	Charata	Qom	Centro de salud	No consigna en convenio
Chaco	Gral. Güemes	El Sauzal	Qom	Centro de salud	P. Sanitario "A"
Chaco	Gral. Güemes	El Sauzalito	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Arturo Illia
Chaco	Gral. Güemes	El Sauzalito	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Arturo Illia
Chaco	Gral. Güemes	El Sauzalito	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Arturo Illia
Chaco	Gral. Güemes	El Sauzalito	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Arturo Illia
Chaco	Gral. Güemes	El Sauzalito	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Arturo Illia
Chaco	Gral. Güemes	El Sauzalito	Wichi	Centro de salud	Hospital Dr. Arturo Illia
Chaco	Gral. Güemes	El Sauzalito	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Arturo Illia
Chaco	Gral. Güemes	El Sauzalito	Moqoit	Centro de salud	Hospital Dr. Arturo Illia
Chaco	Gral. Güemes	Fortín Belgrano	Wichi	Centro de salud	Hospital Dr. Arturo Illia
Chaco	Libertador Gral. San Martín	Gral. San Martín	Qom	Centro de salud	Bº Toba " Los Silos "
Chaco	Libertador Gral. San Martín	Gral. San Martín	Qom	Centro de salud	Bº Toba " Los Silos "
Chaco	Libertador Gral. San Martín	Gral. San Martín	Qom	Centro de salud	Bº Toba " Los Silos "
Chaco	Libertador Gral. San Martín	Gral. San Martín	Moqoit	Centro de salud	C.S. Bº La Esperanza
Chaco	Libertador Gral. San Martín	Gral. San Martín	Qom	Centro de salud	Laguna El Lobo
Chaco	Libertador Gral. San Martín	Gral. San Martín	Qom	Centro de salud	Laguna El Lobo
Chaco	Libertador Gral. San Martín	Gral. San Martín	Moqoit	Centro de salud	Laguna El Lobo
Chaco	Gral. Güemes	J.J.Castelli	Qom	Centro de salud	Bº Curishi
Chaco	Gral. Güemes	J.J.Castelli	Qom	Centro de salud	Bº Nocaayi
Chaco	Gral. Güemes	J.J.Castelli	Moqoit	Centro de salud	Hospital Centenario
Chaco	Gral. Güemes	J.J.Castelli	Qom	Centro de salud	No consigna en convenio
Chaco	Gral. Güemes	J.J.Castelli	Qom	Centro de salud	Obras Médicas
Chaco	Bermejo	La Leonesa	Qom	Centro de salud	Hospital
Chaco	O'Higgins	La Tigra	Moqoit	Centro de salud	La Tigra
Chaco	O'Higgins	La Tigra	Qom	Centro de salud	La Tigra
Chaco	O'Higgins	La Tigra	Moqoit	Centro de salud	La Tigra
Chaco	O'Higgins	La Tigra	Moqoit	Centro de salud	La Tigra
Chaco	O'Higgins	La Tigra	Moqoit	Centro de salud	La Tigra

Chaco	O'Higgins	La Tigra	Moqoit	Centro de salud	La Tigra
Chaco	O'Higgins	La Tigra	Qom	Centro de salud	CAPS N° 18
Chaco	O'Higgins	La Tigra	Qom	Centro de salud	La Tigra
Chaco	O'Higgins	La Tigra	Qom	Centro de salud	La Tigra
Chaco	O'Higgins	La Tigra	Wichi	Centro de salud	La Tigra
Chaco	25 de Mayo	Machagay	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Darío
Chaco	25 de Mayo	Machagay	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Días y Pereyro
Chaco	25 de Mayo	Machagay	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Víctor Martínez
Chaco	25 de Mayo	Machagay	Moqoit	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo	Machagay	Moqoit	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo	Machagay	Qom	Centro de salud	No consigna en convenio
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay	Wichi	Centro de salud	Colonia Aborigen
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Qom	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Moqoit	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Moqoit	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Qom	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Qom	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	WICHI	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Qom	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Qom	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Qom	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Moqoit	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Moqoit	Centro de salud	Hospital Huguito Ramírez
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Qom	Centro de salud	N° 4: Leguiza
Chaco	25 de Mayo / Quitilipi	Machagay (Colonia Aborigen)	Qom	Centro de salud	N° 4: Leguiza
Chaco	Gral. Güemes	Miraflores	Moqoit	Centro de salud	Central de Norte
Chaco	Gral. Güemes	Miraflores	Qom	Centro de salud	El Techat
Chaco	Gral. Güemes	Miraflores	Wichi	Centro de salud	El Techat
Chaco	Gral. Güemes	Miraflores	Qom	Centro de salud	El Techat
Chaco	Gral. Güemes	Miraflores	Qom	Centro de salud	El Techat I
Chaco	Gral. Güemes	Miraflores	Qom	Centro de salud	Hospital Miraflores
Chaco	Gral. Güemes	Miraflores	Qom	Centro de salud	
Chaco	Gral. Güemes	Misión Nueva Pompeya	Qom	Centro de salud	C.S. Pozo del Toba
Chaco	Gral. Güemes	Misión Nueva Pompeya	Wichi	Centro de salud	Hospital Rural Nueva Pompeya

Chaco	Gral. Güemes	Misión Nueva Pompeya	Qom	Centro de salud	Hospital Rural Nueva Pompeya
Chaco	Gral. Güemes	Misión Nueva Pompeya	Qom	Centro de salud	Pozo del Toba
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Bº 713 Viv. J.D. Perón
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Wichi	Centro de salud	Bº 713 Viv. J.D. Perón
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Bº Mitre
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Moqoit	Centro de salud	C.S. Lamadrid
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	C.S. Nala
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	C.S. Nala
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Hospital 4 Junio
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Moqoit	Centro de salud	Hospital 4 Junio
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Moqoit	Centro de salud	Hospital 4 Junio
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Wichi	Centro de salud	Hospital 4 Junio
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Wichi	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Moqoit	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Wichi	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Nan Qom
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Nan Qom (Estrella de La Esperanza)
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Santa Mónica
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Santa Mónica
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Wichi	Centro de salud	Santa Mónica
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Santa Mónica
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Santa Mónica
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Santa Mónica
Chaco	Comandante Fernández	P.R.S. Peña	Qom	Centro de salud	Santa Mónica
Chaco	Libertador Gral. San Martín	Pampa del Indio	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Dante Tardelli
Chaco	Libertador Gral. San Martín	Pampa del Indio	Qom	Centro de salud	Pampa Chica
Chaco	Pampa del Indio	Pampa del Indio	Qom	Centro de salud	Cancha Larga
Chaco	Quitilipi	Quitilipi	Qom	Centro de salud	Hospital Dr. Emilio Rodríguez
Chaco	Quitilipi	Quitilipi	Wichi	Centro de salud	Hospital Dr. Emilio Rodríguez
Chaco	Quitilipi	Quitilipi	Wichi	Centro de salud	Hospital Dr. Emilio Rodríguez
Chaco	Resistencia	Resistencia	Qom	Centro de salud	Bº Toba

Chaco	Resistencia	Resistencia	Wichi	Centro de salud	Bº Toba
Chaco	Resistencia	Resistencia	Qom	Centro de salud	Bº Toba
Chaco	Resistencia	Resistencia	Qom	Centro de salud	Bº Toba
Chaco	Resistencia	Resistencia	Qom	Centro de salud	C.S. Bº Toba
Chaco	RESISTENCIA	Resistencia	Qom	Centro de salud	Cristo Rey
Chaco	RESISTENCIA	Resistencia	Wichi	Centro de salud	Cristo Rey
Chaco	Resistencia	Resistencia	Qom	Centro de salud	Mapic
Chaco	Resistencia	Resistencia	Qom	Centro de salud	Mapic
Chaco	Resistencia	Resistencia	Qom	Centro de salud	Santa Polonia
Chaco	Resistencia	Resistencia	Moqoit	Centro de salud	Villa Don Alberto
Chaco	Resistencia	Resistencia	Qom	Centro de salud	Villa Ghio
Chaco	Resistencia	Resistencia	Qom	Centro de salud	Villa Ghio
Chaco	Resistencia	Resistencia	Moqoit	Centro de salud	Villa Ghio
Chaco	Resistencia	Resistencia	Moqoit	Centro de salud	Villa Ghio
Chaco	O'Higgins	San Bernardo	Wichi	Centro de salud	Lote 3 -Colonia D. Matheu
Chaco	Maipú	Tres Isletas	Qom	Centro de salud	Hospital Jorge Vázquez
Chaco	Maipú	Tres Isletas	Qom	Centro de salud	Hospital Tres Isletas
Chaco	Maipú	Tres Isletas	Qom	Centro de salud	KM 841
Chaco	Maipú	Tres Isletas	Qom	Centro de salud	Lote 15 - Lalelay
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Qom	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Qom	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril

Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia El Pastoril
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Colonia el Peguriel
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Wichi	Centro de salud	Colonia el Peguriel
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Dr. Otaño - El Porvenir
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Dr. Otaño - El Porvenir
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Dr. Otaño - El Porvenir
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Wichi	Centro de salud	Dr. Otaño - El Porvenir
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Dr. Otaño - El Porvenir
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Dr. Otaño - El Porvenir
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	La Tigra II
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	Las Tolderías
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Qom	Centro de salud	No consigna en convenio
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	No consigna en convenio
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	No consigna en convenio
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Qom	Centro de salud	No consigna en convenio
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Qom	Centro de salud	No consigna en convenio
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	No consigna en convenio
Chaco	Mayor Jorge Luis Fontana	Villa Ángela	Moqoit	Centro de salud	No consigna en convenio
Chaco	San Lorenzo	Villa Berthet	Moqoit	Centro de salud	Abel Otaño
Chaco	Gral. Güemes	Wichi, El Pintado	Wichi	Centro de salud	P. Sanitario "A"
Chaco	Gral. Güemes	Wichi, El Pintado	Wichi	Centro de salud	P. Sanitario "A"
Córdoba	Ischilin	Copacabana	Comechingón	Centro de salud	Copacabana
Córdoba	Ischilin	Copacabana	Comechingón	Centro de salud	Copacabana
Córdoba	Córdoba (Capital)	Córdoba (Capital)	Aimara	Centro de salud	Asentamiento Aníbal Verón Capital
Córdoba	Córdoba (Capital)	Córdoba (Capital)	Comechingón	Centro de salud	Costa Canal Capital
Córdoba	Córdoba (Capital)	Córdoba (Capital)	Comechingón	Centro de salud	Villa Angeleli Capital
Córdoba	Cruz del Eje	Cruz del Eje	Comechingón	Centro de salud	Centro Salud
Córdoba	Colón	El Manzano	Comechingón	Centro de salud	El Manzano
Córdoba	Colón	El Manzano	Comechingón	Centro de salud	El Manzano
Córdoba	Río Cuarto	Río Cuarto	Comechingón	Centro de salud	N° 1
Córdoba	Río Cuarto	Río Cuarto	Comechingón	Centro de salud	S/D
Córdoba	Río Cuarto	Río Cuarto	Comechingón	Centro de salud	Sta. Clara
Córdoba	Río Cuarto	Río Cuarto	Comechingón	Centro de salud	Sta. Clara



Córdoba	Córdoba (Capital)	Ruiz Díaz	Comechingón	Centro de salud	Barrio Libertador
Córdoba	Colón	Salsipuedes	Comechingón	Centro de salud	Julián Obstrosky
Córdoba	Cruz del Eje	San Marcos Sierras	Comechingón	Centro de salud	del Rincón
Córdoba	Cruz del Eje	San Marcos Sierras	Comechingón	Centro de salud	Marcos Sierras
Córdoba	Santa Maria	Santa Maria	Comechingón	Centro de salud	Bower
Córdoba	Santa Maria	Santa Maria	Comechingón	Centro de salud	Bower
Córdoba	Gral. San Martin	Villa Nueva	Comechingón	Centro de salud	Centro Salud
Córdoba	Gral. San Martin	Villa Nueva	Comechingón	Centro de salud	Barrio Las Playas
Córdoba	Gral. San Martin	Villa Nueva	Comechingón	Centro de salud	Calamochita Villa nueva
Formosa	Ramón Lista	El Chorro	Wichi	Centro de salud	Comunidad
Formosa	Ramón Lista	El Chorro	Wichi	Centro de salud	El Chorro
Formosa	Pirané	El Colorado	Qom	Centro de salud	Centro de Salud
Formosa	Ramón Lista	El Potrillo	Wichi	Centro de salud	S/D
Formosa	Ramón Lista	El Quebracho	Wichi	Centro de salud	Comunidad
Formosa	Formosa Capital	Formosa	Pilagá	Centro de salud	Las Delicias
Formosa	Formosa Capital	Formosa	Toba	Centro de salud	NamQom
Formosa	Formosa Capital	Formosa	Qom	Centro de salud	NamQom
Formosa	Formosa Capital	Formosa	Qom	Centro de salud	NamQom
Formosa	Patiño	Ibarreta	Qom	Centro de salud	Colonia Ensanche Norte
Formosa	Patiño	Ibarreta	Qom	Centro de salud	Colonia Ensanche Norte
Formosa	Matacos	Ingeniero Juárez	Wichi	Centro de salud	Barrio Obrero
Formosa	Matacos	Ingeniero Juárez	Wichi	Centro de salud	Barrio Palo Santo Zona Norte
Formosa	Matacos	Ingeniero Juárez	Wichi	Centro de salud	Barrio Viejo
Formosa	Bermejo	La Rinconada	Toba	Centro de salud	Churcal
Formosa	Bermejo	La Rinconada	Qom	Centro de salud	La Rinconada
Formosa	Bermejo	La Rinconada	Qom	Centro de salud	Vaca Perdida
Formosa	Bermejo	Laguna Yema	Wichi	Centro de salud	Barrio El Simbolar
Formosa	Bermejo	Laguna Yema	Wichi	Centro de salud	El Cañón
Formosa	Bermejo	Laguna Yema	Wichi	Centro de salud	El Quemado Nuevo
Formosa	Bermejo	Laguna Yema	Wichi	Centro de salud	Matadero
Formosa	Bermejo	Laguna Yema	Wichi	Centro de salud	Pozo del Mortero
Formosa	Bermejo	Los Chiriguanos	Wichi	Centro de salud	Los Chiriguanos
Formosa	Ramón Lista	LOTE 8	Wichi	Centro de salud	Lote 8
Formosa	Ramón Lista	María Cristina	Wichi	Centro de salud	Campo del Hacha
Formosa	Ramón Lista	María Cristina	Wichi	Centro de salud	Comunidad
Formosa	Bermejo	Pozo de Maza	Wichi	Centro de salud	Pozo Sargento
Formosa	Patiño	Pozo de Tigre	Wichi	Centro de salud	Pozo del Tigre
Formosa	Patiño	Pozo de Tigre	Pilagá	Centro de salud	Pozo del Tigre
Formosa	Patiño	Pozo de Tigre	Pilagá	Centro de salud	Pozo del Tigre
Formosa	Patiño	Subteniente Perín	Qom	Centro de salud	Perín

Jujuy	La Quiaca	Abra Colorada - Rodeo	Quechua	Centro de salud	Abra Colorada - Rodeo
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Agua de Castilla
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Alfacito
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Atacama	Centro de salud	Barrancas
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Casa Colorada
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Casabindo	Centro de salud	Casabindo
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Quechua	Centro de salud	Ciénaga del Paicone
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Quechua	Centro de salud	Ciénaga del Paicone
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Cochinoca
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Quechua	Centro de salud	Cusi Cusi
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Laguna del Pozuelo
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Quechua	Centro de salud	Libiaria
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Omaguaca	Centro de salud	Misarumi
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Muñayoc
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Pan de Azúcar
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Pozuelos
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Quichagua Doncellas
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Sauzalito - Santa Ana
Jujuy	Cochinoca	Abra Pampa	Kolla	Centro de salud	Tambillos
Jujuy	Tilcara	Alonso	Kolla	Centro de salud	Alonso
Jujuy	Susques	Barrancas	Kolla	Centro de salud	Barrancas
Jujuy	Humahuaca	Cahupi Rodeo	Omaguaca	Centro de salud	Chaupi Rodeo
Jujuy	Humahuaca	Calete	Omaguaca	Centro de salud	Calete
Jujuy	La Quiaca	Casira - Pizcuno	Quechua	Centro de salud	Casira - Pizcuno
Jujuy	Humahuaca	Caspala	Omaguaca	Centro de salud	Caspalá
Jujuy	Humahuaca	Caspala	Omaguaca	Centro de salud	Caspalá
Jujuy	Susques	Catua	Guaraní	Centro de salud	Catua
Jujuy	La Quiaca	Chalguamayoc	Kolla	Centro de salud	Chalguamayoc
Jujuy	Humahuaca	Cianzo	Omaguaca	Centro de salud	Cianzo
Jujuy	La Quiaca	El Angosto	Quechua	Centro de salud	El Angosto
Jujuy	El Carmen	El Carmen	Kolla	Centro de salud	Cnel. Arias
Jujuy	Tilcara	El Colorado	Kolla	Centro de salud	El Colorado
Jujuy	La Quiaca	El Cóndor - Corral Blanco	Quechua	Centro de salud	El Cóndor - Corral Blanco
Jujuy	Tilcara	El Durazno	Fiscara	Centro de salud	El Durazno
Jujuy	Tilcara	El Moreno	Kolla	Centro de salud	El Moreno
Jujuy	Susques	El Toro	Atacama	Centro de salud	El Toro
Jujuy	Tilcara	Huacalera	Kolla	Centro de salud	Sector N° 18 Yaquispampa
Jujuy	Susques	Huáncar	Atacama	Centro de salud	Huáncar
Jujuy	Susques	Huáncar	Atacama	Centro de salud	Huáncar

Jujuy	La Quiaca	Inti Cancha	Kolla	Centro de salud	Inti Cancha
Jujuy	Yavi	La Quiaca	Kolla	Centro de salud	J. Uro
Jujuy	Tilcara	Lipán El Moreno	Kolla	Centro de salud	Lipán El Moreno
Jujuy	La Quiaca	Llulluchayoc	Quechua	Centro de salud	Santa Catalina
Jujuy	Tilcara	Maimará	Kolla	Centro de salud	Tres Pozos
Jujuy	Humahuaca	Miyuyoc	Omaguaca	Centro de salud	Miyuyoc
Jujuy	Ledesma	Normenta	Atacama	Centro de salud	Normenta
Jujuy	La Quiaca	Oratorio	Quechua	Centro de salud	Oratorio
Jujuy	Susques	Paso de Jama	Atacama	Centro de salud	Paso de Jama
Jujuy	Susques	Paso de Jama	Atacama	Centro de salud	Paso de Jama
Jujuy	Tilcara	Pozo Colorado	Kolla	Centro de salud	Pozo Colorado
Jujuy	Humahuaca	Pueblo Viejo	Omaguaca	Centro de salud	Pueblo Viejo
Jujuy	La Quiaca	San Francisco	Quechua	Centro de salud	San Francisco
Jujuy	Tilcara	San José de Chañi	Kolla	Centro de salud	San José del Chañi
Jujuy	La Quiaca	San Juan de Oros	Quechua	Centro de salud	San Juan de Oros
Jujuy	Ledesma	San Lucas	Guaraní	Centro de salud	San Lucas
Jujuy	San Pedro	San Pedro de Jujuy	Guaraní	Centro de salud	Patricios
Jujuy	Humahuaca	Santa Ana	Quechua	Centro de salud	Santa Ana
Jujuy	Humahuaca	Santa Ana	Omaguaca	Centro de salud	Santa Ana
Jujuy	Humahuaca	Santa Ana	Omaguaca	Centro de salud	Santa Ana
Jujuy	La Quiaca	Suripugio	Kolla	Centro de salud	Suripugio
Jujuy	La Quiaca	Timón Cruz	Quechua	Centro de salud	Timón Cruz
Jujuy	Tilcara	Tres Pozos	Kolla	Centro de salud	Tres Pozos
Jujuy	Humahuaca	Varas	Omaguaca	Centro de salud	Varas
La Pampa	Utracan	Gral. Hacha	Ranquel	Centro de salud	Gral. Acha
La Pampa	Rancul	Parera	Ranquel	Centro de salud	Armando Parodi
La Pampa	Puelen	Puelen	Ranquel	Centro de salud	Puelen
La Pampa	Loventue	Victorica	Ranquel	Centro de salud	Efactor Pistarini
La Rioja	Capital	el Tala	Diaguita	CAPS	El Tala
La Rioja	Capital	Faldeo Sur	Aimara	CAPS	Faldeo Sur
La Rioja	Capital	Faldeo Sur	Aimara	CAPS	Faldeo Sur
La Rioja	Gral. San Martin	La Cañada	Aimara	CAPS	La Cañada
La Rioja	Capital	Los Tres Pozos	Diaguita	CAPS	Eva Perón
La Rioja	Capital	Paraje la Cañada	Diaguita	CAPS	La Cañada
Mendoza	Malargüe	Agua Escondida	Mapuche	CAPS	CAPS 126
Mendoza	Lavalle	Asunción	Huarpe	CAPS	CAPS 133
Mendoza	Guaymallén	Belgrano	Inka Colla	CAPS	CAPS 196 Josefina Oros
Mendoza	Malargüe	El Cortaderal	Mapuche	CAPS	CAPS 127
Mendoza	Lavalle	El Forzudo	Huarpe	CAPS	CAPS 145
Mendoza	Lavalle	El Forzudo	Huarpe	CAPS	CAPS 145
Mendoza	San Rafael	El Sosneado	Mapuche	CAPS	CAPS 118
Mendoza	San Rafael	El Sosneado	Mapuche	CAPS	CAPS 118

Mendoza	Guaymallén	Guaymallén	Quechua	CAPS	CAPS 14 Pedro Molina
Mendoza	Santa Rosa	La Dormida	Huarpe	CAPS	CAPS 74 Abdon
Mendoza	Santa Rosa	La Dormida	Huarpe	CAPS 74	CAPS 74 Abdon
Mendoza	Lavalle	La Josefa	Huarpe	CAPS	el retamo 049
Mendoza	Lavalle	La Majada	Huarpe	CAPS	200 a San Gabriel
Mendoza	Lavalle	Laguna del Rosario	Huarpe	CAPS	CAPS 46
Mendoza	Lavalle	Laguna del Rosario	Huarpe	CAPS	CAPS 46
Mendoza	Lavalle	Lagunita	Huarpe	CAPS	CAPS 131
Mendoza	Malargüe	Los Molles	Mapuche	CAPS	CAPS 129
Mendoza	Malargüe	Malal Picheira	Mapuche	CAPS	CAPS 225
Mendoza	Malargüe	Malargüe	Mapuche	CAPS	CAPS 124
Mendoza	Malargüe	Malargüe	Mapuche	CAPS	CAPS 126
Mendoza	Malargüe	Malargüe	Mapuche	CAPS	CAPS 165 El Manzano
Mendoza	Junín	Otoyanes	Kolla	CAPS	Caps. 230
Mendoza	Guaymallén	Puente de Hierro	Huarpe	CAPS	CAPS N 308 Puente de Hierro
Mendoza	Maipú	Rodeo del Medio	Kolla	CAPS	CAPS 056
Mendoza	Lavalle	San José	Huarpe	CAPS 47	CAPS 47
Mendoza	Guaymallén	San José de Guaymallén	quechua	CAPS	CAPS 214
Mendoza	Luján de Cuyo	Ugarteche	Inca Coya	CAPS 39	CAPS 39 Ugarteche
Mendoza	Las Heras	Uspallata	Ranquel	CAPS	Monteavaro N 25
Mendoza	Malargüe	Virgen del Carmen	Mapuche	CAPS	CAPS 177
Misiones	25 de Mayo	25 de Mayo	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tamanduai
Misiones	25 de Mayo	25 de Mayo	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tamanduai
Misiones	Andresito	Andresito	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tape Pyau
Misiones	Cainguas	Aristóbulo del Valle	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Ivi Pirá
Misiones	Cainguas	Aristóbulo del Valle	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Kaa Poty
Misiones	Cainguas	Aristóbulo del Valle	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Ka'Aguy Miri Rupa
Misiones	Cainguas	Aristóbulo del Valle	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Kapii Poty
Misiones	Cainguas	Aristóbulo del Valle	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Koenyu
Misiones	Cainguas	Aristóbulo del Valle	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Te Kaá Kaagui Poty
Misiones	Cainguas	Aristóbulo del Valle	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Te Kaá Kaagui Poty - CIC Aristóbulo del Valle
Misiones	Cainguas	Aristóbulo del Valle	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tekoa Cuñapírú - CIC Aristóbulo del Valle
Misiones	Cainguas	Aristóbulo del Valle	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tekoa Ivytu Pora
Misiones	Candelaria	Bompland	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yvoti Okara
Misiones	Cainguas	Campo Grande	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Koenyu II
Misiones	Montecarlo	Caraguatay	Mbyá Guaraní	Centro de salud	El Doradito
Misiones	Colonia Alberdi	Colonia Alberdi	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yacuntinga

Misiones	25 de Mayo	Colonia Aurora	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Aldea Ara Poty
Misiones	Eldorado	Colonia Delicia	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Aguaray Mini
Misiones	Eldorado	Colonia Delicia	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Kaguai Poty
Misiones	Iguazú	Colonia Wanda	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Guavyra Poty
Misiones	Iguazú	Colonia Wanda	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Guayaibi Poty
Misiones	Iguazú	Colonia Wanda	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Nvo. Amanecer I
Misiones	Gral. Belgrano	Comandante Andresito	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Kaagui Pora
Misiones	Gral. Belgrano	Comandante Andresito	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Kaagui Pora
Misiones	Concepción	Concepción de la Sierra	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Ojo de Agua
Misiones	Concepción	Concepción de la Sierra	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Y Haka Miri
Misiones	Gral. San Martin	El Alcazar	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Peruti
Misiones	Gral. San Martin	El Alcazar	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Peruti
Misiones	Gral. San Martin	El Alcazar	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Peruti
Misiones	Gral. San Martin	El Alcazar	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Peruti
Misiones	Gral. San Martin	El Alcazar	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Peruti
Misiones	Guaraní	El Soberbio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	La Flor // ladeas Mbyá Guaraní
Misiones	Guaraní	El Soberbio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Pindo Poty
Misiones	Guaraní	El Soberbio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tekoa Mini (Mocona)
Misiones	Guaraní	El Soberbio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yriapu
Misiones	Guaraní	El Soberbio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Colonia La Flor - El Soberbio
Misiones	Gral. San Martin	Garuhape	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Puente Quemado1 y 2
Misiones	Gral. San Martin	Garuhape	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Puente Quemado II
Misiones	San Ignacio	Gdor. Roca	Mbyá Guaraní	Centro de salud	El Chapa
Misiones	San Ignacio	Gdor. Roca	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yacutinga
Misiones	San Ignacio	Hipólito Irigoyen	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Guaporayti
Misiones	San Ignacio	Jardín América	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Aldeas Jardín América
Misiones	San Ignacio	Jardín América	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Virgen María
Misiones	Montecarlo	Montecarlo	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Arroyo 9
Misiones	Montecarlo	Montecarlo	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tekoa Pya Guazú
Misiones	Gral. San Martin	Oro Verde	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tekoa Miri
Misiones	Capital	Posadas	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Posadas
Misiones	Capital	Posadas	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Posadas
Misiones	Capital	Posadas	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Posadas
Misiones	Puerto Iguazú	Puerto Iguazú	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Fortín Mbororé
Misiones	Puerto Iguazú	Puerto Iguazú	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Fortín Mbororé
Misiones	Puerto Iguazú	Puerto Iguazú	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Fortín Mbororé
Misiones	Puerto Iguazú	Puerto Iguazú	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yasy Pora, Iguazú
Misiones	Puerto Iguazú	Puerto Iguazú	Mbyá Guaraní	Centro de salud	YASY PORA, IGUAZÚ
Misiones	Puerto Iguazú	Puerto Iguazú	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yriapu
Misiones	Puerto Iguazú	Puerto Iguazú	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yriapu

Misiones	Puerto Iguazú	Puerto Iguazú	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yriapu
Misiones	Puerto Iguazú	Puerto Iguazú	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Fortín Mbororé
Misiones	Puerto Leoni	Puerto Leoni	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Kaaguy Ivate
Misiones	Gral. San Martin	Puerto Leoni	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Kaaguy Ivate
Misiones	Gral. San Martin	Puerto Leoni	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Leoni Poty
Misiones	Gral. San Martin	Puerto Leoni	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Leoni Tabay
Misiones	Gral. San Martin	Puerto Leoni	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Marangatu
Misiones	Gral. San Martin	Puerto Leoni	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tekoa Guaraní
Misiones	Gral. San Martin	Puerto Leoni	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tekoa Pora
Misiones	Gral. San Martin	Ruiz de Montoya	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Guavirami
Misiones	Gral. San Martin	Ruiz de Montoya	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Kaa Kupe
Misiones	Gral. San Martin	Ruiz de Montoya	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Kaa Kupe
Misiones	Gral. San Martin	Ruiz de Montoya	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Pira Cua
Misiones	Gral. San Martin	Ruiz de Montoya	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Pira Cua
Misiones	Gral. San Martin	Ruiz de Montoya	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tacuapi
Misiones	Gral. San Martin	Ruiz de Montoya	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tupa Mbae
Misiones	Gral. San Martin	Ruiz de Montoya	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yhovv
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Aldeas de San Ignacio
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Andresito
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Andresito
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Invernada
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Invernada
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Katupiry
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Katupyri - San Ignacio
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Kokuere'l
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Mbocayati
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	San Ignacio
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	San Ignacio Mini / Pindo Poty
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Taja Miri
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tape Pora
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yatai Mini
Misiones	San Ignacio	San Ignacio	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yvi Poty
Misiones	San Pedro	San Pedro	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Alecrim y CIC San Pedro
Misiones	San Pedro	San Pedro	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Pozo Azul
Misiones	San Pedro	San Pedro	Mbyá Guaraní	Centro de salud	San Pedro
Misiones	San Pedro	San Pedro	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tekoa Arandu
Misiones	San Pedro	San Pedro	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tekoa Arandu
Misiones	San Pedro	San Pedro	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yaboty
Misiones	Guaraní	San Vicente	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Aldeas San Vicente
Misiones	Guaraní	San Vicente	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Pai Antonio Martínez

Misiones	Guaraní	San Vicente	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Pino Poty
Misiones	Guaraní	San Vicente	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tacuarí
Misiones	Guaraní	San Vicente	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Tacuarí
Misiones	Guaraní	San Vicente	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Ygua Porá
Misiones	Guaraní	San Vicente	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Chafariz
Misiones	Guaraní	San Vicente	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Guirai
Misiones	Candelaria	Santa Ana	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Santa Ana Miri
Misiones	Candelaria	Santa Ana	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Santa Ana Miri
Misiones	Candelaria	Santa Ana	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Santa Ana Poty
Misiones	Concepción	Santa María	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Pindo Jue
Misiones	Concepción	Santa María	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Santa María
Misiones	Concepción	Santa María	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Yhaka Miri
Misiones	Eldorado	Santiago de Liniers	Mbyá Guaraní	Centro de salud	Santiago de Liniers
Salta	La Poma	La Poma	Kolla	Centro de salud	Las Mesadas
Salta	La Poma	La Poma	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	San Miguel
Salta	La Poma	La Poma	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	San Miguel
Salta	Rivadavia	La Unión	WICHI	Centro de salud	La Bolsa
Salta	Rivadavia	La Unión	Wichi	Centro de salud	Santa Rosa
Salta	Santa Victoria	Los Toldos	criollo	Centro de salud	El Arachay
Salta	Molinos	Molinos	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Hualfin
Salta	Seclantás	Molinos	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	La Puerta
Salta	Rivadavia	Morillo	WICHI	Centro de salud	El Chañar
Salta	Rivadavia	Santa Victoria Este	WICHI	Centro de salud	La Gracia
Salta	Rivadavia	Santa Victoria Este	Wichi	Centro de salud	La Puntana
Salta	Rivadavia	Santa Victoria Este	WICHI	Centro de salud	La Puntana
Salta	Rivadavia	Santa Victoria Este	WICHI	Centro de salud	Las Vertientes
Salta	Rivadavia	Santa Victoria Este	WICHI	Centro de salud	Misión cañaveral
Salta	Rivadavia	Santa Victoria Este	chorote	Centro de salud	Misión La Paz
Salta	Rivadavia	Santa Victoria Este	WICHI	Centro de salud	Misión La Paz sector 2
Salta	Rivadavia	Santa Victoria Este	WICHI	Centro de salud	Paraje Curvita
Salta	Rivadavia	Santa Victoria Este	WICHI	Centro de salud	Vertiente Chica
San Juan	Sarmiento	Cienaguita	Huarpe	Centro de salud	CIC Los Berros
San Juan	Sarmiento	Cienaguita	Huarpe	Centro de salud	Cienaguita
San Juan	Sarmiento	Cochagual	Huarpe	Centro de salud	Cochagual Centro
San Juan	25 de Mayo	Encón	Huarpe	Centro de salud	La Chimbera
San Juan	Sarmiento	Encón	Huarpe	Centro de salud	Encón
San Juan	Sarmiento	Guanacache	Huarpe	Centro de salud	CAPS Guanacache
San Juan	Sarmiento	Las Lagunas	Huarpe	Centro de salud	Las Lagunas
San Juan	Sarmiento	media agua	Huarpe	Centro de salud	Punta del Médano
San Juan	25 de Mayo	Santa Rosa	Huarpe	Centro de salud	Punta del Agua
San Juan	Valle Fértil	Villa San Agustín	Diaguita	Centro de salud	Usno

S. del Estero	Figueroa	Bandera Bajada	Tonokoté	UPA N° 9 Bajo de Vertiz	Bandera Bajada
S. del Estero	Capital	Capital	Tonokoté	CAPS	Los Lagos (Municipal)
S. del Estero	Salavina	Salavina	Tonokoté	Centro de Salud	Bordo Pampa
Tucumán	Tafi del Valle	Ñorco (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Ñorco
Tucumán	Tafi del Valle	Alta Montaña	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Anca Juli
Tucumán	Tafi del Valle	Amaicha del Valle	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Los Zazos
Tucumán	Tafi del Valle	Anca Juli (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Anca Juli
Tucumán	Tafi del Valle	Anca Juli (Alta montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Anca Juli
Tucumán	Tafi del Valle	Anfama (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Anfama
Tucumán	Tafi del Valle	Anfama (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Anfama
Tucumán	Tafi del Valle	Chasquivil (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Chasquivil
Tucumán	Tafi del Valle	Chasquivil (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Chasquivil
Tucumán	Tafi del Valle	Chasquivil (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Chasquivil
Tucumán	Tafi del Valle	Chasquivil (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	San José de Chasquivil
Tucumán	Tafi del Valle	Colalao del Valle	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Colalao del Valle
Tucumán	Tafi del Valle	Colalao del Valle	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Colalao del Valle
Tucumán	Tafi del Valle	El Bañado	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Bañado
Tucumán	Tafi del Valle	El Bañado	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Bañado
Tucumán	Tafi del Valle	El Mollar	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Mollar
Tucumán	Tafi del Valle	El Mollar	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Mollar
Tucumán	Tafi del Valle	El Mollar	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Mollar
Tucumán	Tafi del Valle	El Mollar	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Mollar
Tucumán	Tafi del Valle	El Mollar	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Mollar
Tucumán	Tafi del Valle	El Mollar	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Rincón 132
Tucumán	Trancas	El Nogalito (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Nogalito
Tucumán	La Cocha	El Potrerillo	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Potrerillo
Tucumán	Tafi del Valle	La Angostura	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Mollar
Tucumán	Tafi del Valle	La Ovejería	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Rodeo Grande
Tucumán	Tafi del Valle	Lara (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	CAPS Lara
Tucumán	Tafi del Valle	Lara (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Lara
Tucumán	Tafi del Valle	Los Cuartos	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Costa 2
Tucumán	Tafi del Valle	Mala Mala (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Mala Mala
Tucumán	Tafi del Valle	Mala Mala (Alta Montaña)	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Mala Mala
Tucumán	Trancas	Nogalito (Alta Montaña)	Lule	Centro de salud	Nogalito
Tucumán	Tafi del Valle	Quilmes	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Quilmes
Tucumán	Tafi del Valle	Rodeo Grande	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	La Ovejería
Tucumán	Tafi del Valle	Rodeo Grande	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Las Carreras
Tucumán	Tafi del Valle	Tafi del Valle	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	El Mollar
Tucumán	Tafi del Valle	Tafi del Valle	Diaguita Calchaquí	Centro de salud	Potrerillo



---

## Efectores priorizados por el Proyecto PROTEGER identificados que atienden población originaria

El proyecto posee de acuerdo a su universo<sup>16</sup> 1671 efectores del primer nivel de atención que se encuentran priorizados para implementar las acciones vinculadas al Programa. Al cruzar esta base de datos con las del Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas (PNSPI)<sup>17</sup> (n=561), se identificaron n=235 efectores que atienden población originaria entre los priorizados por el PROTEGER distribuidos entre las provincias de la siguiente manera:

Provincia	Cantidad de efectores con SI
Buenos Aires	18
Catamarca	6
Chaco	18
Chubut	13
Córdoba	39
Corrientes	3
Entre Ríos	3
Formosa	9
Jujuy	17
La Pampa	4
La Rioja	6
Mendoza	16
Misiones	22
Neuquén	15
Río Negro	4
Salta	13
San Juan	2
San Luis	1
Santa Cruz	2
Santa Fe	2
Santiago del Estero	17
Tierra del Fuego	1
Tucumán	4
<b>Total</b>	<b>235</b>

(\*) Datos actualizados al 31.07.2020

---

<sup>16</sup> Base de datos facilitada por el PROTEGER el día 27-01-2017

<sup>17</sup> Dicha base de datos fue complementada con la información proveniente de las Evaluaciones sociales de las provincias que activan la Salvaguarda Social así como de los efectores priorizados del Proyecto SUMAR.