



MARCO DE PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS

PROYECTO BIRF AR-8853

- 2020 -



El presente documento, así como las condiciones que se describen respecto a responsabilidades de las partes, es una actualización realizada en Julio de 2020 en función de la reestructuración del Proyecto BIRF 8853/AR. Forma parte del manual operativo y las acciones que describe, 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). Este documento, esta basado en la versión del Manual Operativo del Proyecto de Diciembre 2019 y se ha adaptado a los cambios de la reestructuración.



Contenido

MARCO DE PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS	4
1 INTRODUCCIÓN	4
2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO BIRF 8853/AR	5
3 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO BIRF N° 9083	11
4 IDENTIFICACIÓN DE LAS PROVINCIAS QUE ACTIVAN OP 4.10	15
5 DESCRIPCIÓN DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.....	17
6 COMPONENTES DEL PROYECTO Y ACCIONES DE LA SALVAGUARDA SOCIAL	23
7 POSIBLES EFECTOS Y MECANISMOS PREVISTOS PARA OPTIMIZAR RESULTADOS PARA LOS PUEBLOS ORIGINARIOS. RECLAMOS Y SUGERENCIAS	29
8 DIFUSIÓN DEL MPPI	29
9 CONSULTA PREVIA, LIBRE E INFORMADA	30
10 MECANISMO DE MONITOREO DEL MPPI	35
11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	37
12 COSTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA SALVAGUARDA SOCIAL	39
ANEXO I	42
ANEXO II	65
ANEXO III	80
ANEXO IV	89
ANEXO V	95



MARCO DE PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS

1 INTRODUCCIÓN

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

2. En el año 2007 y con el Proyecto “Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública I” (FESP I) comenzó a funcionar la Salvaguarda Social, teniendo como objetivo la adecuación cultural de las acciones llevadas a cabo por dicho proyecto. A través de la Resolución Ministerial 136/2016, se transfirieron a la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S) las funciones y competencias de la Salvaguarda Social, incorporando los equipos técnicos a la propia estructura de la UFI-S. El equipo de consultores técnicos trabajó desde 2008 en la Salvaguarda Social del Proyecto FESP; del Proyecto de Emergencia H1N1; el proyecto “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; 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, así como el presente proyecto BIRF N° 8853.

3. En este sentido, la ejecución de la Salvaguarda Social del presente proyecto, será realizada por el equipo del Área Técnica de Salvaguarda Social (ATSS) de la DGPFE, perteneciente a la Dirección de Monitoreo de Financiamiento Externo.

4. A mediados de enero de 2020, China informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la existencia de un nuevo virus de la familia de los coronavirus (SARS-CoV-2) que infectó a 62 personas y provocó la muerte de dos de ellas en la ciudad de Wuhan. El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró el brote del nuevo coronavirus como una pandemia. Al día siguiente, la Argentina declaró la Emergencia Nacional por la pandemia COVID-19¹, y desde allí ha trabajado en diversas medidas para dar respuesta a las necesidades de la población².

5. Es por ello que, luego de transcurrido casi el primer año de implementación del nuevo préstamo y en el marco de la coyuntura actual de la emergencia sanitaria por el COVID-19, surge la necesidad de **universalizar la cobertura poblacional del Programa**, esto es, incorporar en la población objetivo a los adultos mayores de 65 años con cobertura pública exclusiva y,

1 EMERGENCIA SANITARIA. Decreto 260/2020. DECNU-2020-260-APN-PTE - Coronavirus (COVID-19). <https://www.boletinoficial.gob.ar/suplementos/2020031201NS.pdf>

2 <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/medidas-gobierno>.



consecuentemente, revisar y actualizar la Matriz de Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Proyecto (ODP).

6. En respuesta a la declaración de la Emergencia Nacional por la pandemia COVID-19 y el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO), decretado por el gobierno nacional el día 19 de marzo de 2020³, el Programa comenzó a diseñar e implementar un Plan de Apoyo que ha tenido entre sus principales acciones:

- a) la actualización del valor de la cápita (base y equidad) con el objetivo de aumentar las transferencias a las jurisdicciones;
- b) la incorporación de prestaciones ambulatorias que integran el circuito de prevención y atención en sospecha y diagnóstico positivo por COVID-19 al Plan de Servicios de Salud (PSS) general;
- c) la adaptación del PSS en el marco de la pandemia, con incorporación de prestaciones de telesalud y consultas domiciliarias para el primer nivel de atención; y
- d) la incorporación de prestaciones de internación hospitalaria relacionadas al COVID-19 al PSS de Alta Complejidad, entre otras.

7. Asimismo, el Programa se propuso alcanzar la universalidad en su cobertura poblacional incorporando en su población elegible a los mayores de 65 años con cobertura pública exclusiva. De manera directa, este **aumento en la población elegible deriva en una revisión de la definición operativa de los indicadores poblacionales** de la Matriz de Indicadores que solo consideraban a la población hasta 64 años.

8. El presente documento es una actualización del Marco para Pueblos Indígenas (MPPI) en lo referido a la Matriz de Indicadores del Indicador de Resultado Intermedio 7 (Proporción de provincias que cumplen las metas del PPI), su definición, así como en aquellos aspectos asociados a combatir la pandemia.

2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO BIRF 8853/AR

2.1 Objetivos del Proyecto

9. A partir de la exitosa implementación del Programa SUMAR el Gobierno Nacional decidió profundizar y ampliar su modelo de gestión y financiamiento a fin de garantizar el acceso oportuno de la población a servicios de salud priorizados, de calidad, integrados y orientados a partir de un enfoque de atención primaria de la salud. Asimismo, otra de sus finalidades es contribuir a avanzar en la generación de información sanitaria nominalizada en tiempo real, fortaleciendo la interoperabilidad y la conectividad necesarias para permitir el monitoreo de la cobertura de la población, la calidad de los servicios de salud esenciales prestados y la protección financiera de la población elegible.

10. El PROYECTO BIRF 8853/AR tiene como objetivos generales, incrementar la cobertura efectiva y equitativa de servicios de salud priorizados para la población, de 0 a 64 años de edad,

³ Decreto Nacional 279/2020. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)



con cobertura pública exclusiva, y fortalecer la Secretaría de Gobierno de Salud, bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, y los Ministerios de Salud Provinciales para la implementación de mecanismos que logren un sistema de salud integrado, el cual involucre a diferentes actores claves en el financiamiento y provisión de servicios de salud, en el marco de la estrategia nacional de la Cobertura Universal de Salud.

11. A partir de la implementación del nuevo préstamo y en el marco de la coyuntura actual de la emergencia sanitaria por el COVID-19, surge la necesidad de universalizar la cobertura poblacional del Programa incorporando en la población objetivo a los adultos mayores de 65 años con cobertura pública exclusiva.

12. El **objetivo de desarrollo del proyecto** es Incrementar la cobertura efectiva de servicios de salud, para la población con cobertura pública exclusiva, mediante el fortalecimiento de los Seguros Públicos de Salud Provinciales, del Ministerio de Salud Nacional, de los Ministerios Provinciales y la implementación de mecanismos de coordinación del financiamiento y prestación de los servicios de salud.

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

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

2.2 Componentes del Proyecto

14. Las actividades se han agrupado en los siguientes tres componentes:

- Componente 1: Apoyo al fortalecimiento de la Cobertura Efectiva de Salud Pública.
- Componente 2: Fortalecimiento Institucional de los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales.



- Componente 3: Administración, Monitoreo y Evaluación.

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

15. Subcomponente 1.1 Pagos por capitación para Servicios Generales de Salud. Este subcomponente financiará los pagos por capitación ajustados por desempeño para la provisión de un Plan de Servicios Generales de Salud. Estos pagos se realizarán a las Jurisdicciones Participantes y serán establecidos en función de la población elegible inscripta y con Cobertura Efectiva en cada una de ellas. El pago por capitación para Servicios Generales de Salud estará compuesto por un componente "básico", uniforme para todas las Jurisdicciones Participantes y un componente de "equidad" cuyo valor estará determinado por condiciones de equidad con el objetivo de destinar recursos adicionales a las Jurisdicciones más desfavorecidas. Las Transferencias Capitadas recibidas por la Jurisdicción en función del componente de equidad, será utilizado para incentivar prestaciones específicas incluidas en el Plan de Servicios de Salud tendientes a mejorar los resultados de equidad.

16. Subcomponente 1.2 Pagos por capitación para la provisión de intervenciones seleccionadas de Enfermedades de Alta Complejidad. Este sub-componente prevé el financiamiento de pagos por capitación para la provisión de un Plan de Servicios de Alta Complejidad. Estos pagos se realizarán al Fondo de Alta Complejidad (FONAC) y serán establecidos en función del número de personas beneficiarias inscriptas en el Programa.

17. Componente 2. Fortalecimiento Institucional de los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales. Este componente proporcionará información y herramientas para el desarrollo de capacidades que permitan mejorar la gobernanza en la asignación de los recursos, capacidad organizativa y de rectoría de los Ministerios de Salud provinciales y del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación..

18. Subcomponente 2.1. Instrumentos para apoyar una mayor coordinación y establecer un modelo de atención integrado. Este subcomponente fortalecerá la provisión, al Ministerio de Salud de la Nación y a los Ministerios de Salud Provinciales, de herramientas e instrumentos requeridos para un modelo de atención integrado y de calidad dentro del sub-sistema público de salud. A través de este sub-componente se financiarán bienes, servicios de consultoría y no consultoría, asistencia técnica, capacitación y costos de operación para:

i) Fortalecer la asignación de la población a cargo: las Jurisdicciones contarán con herramientas, capacitación y asistencia técnica para mejorar de manera efectiva sus esfuerzos hacia la asignación de población a cargo, incluyendo el uso de herramientas para la geo-referencia. Además, se proporcionarán herramientas y capacitación para facilitar y promover los esfuerzos de los trabajadores de la salud en los centros de atención primaria para buscar activamente nuevos pacientes dentro del área geográfica asignada a cada establecimiento de salud.

ii) Desarrollar medidas efectivas para mejorar la calidad de atención a nivel del establecimiento de salud y su seguimiento: se desarrollarán medidas apropiadas de acuerdo al contexto



argentino, comenzando con pilotos en aquellas Jurisdicciones con sistemas de información con un nivel de desarrollo que permita la instalación de determinados procesos y herramientas. Se desarrollarán mecanismos para reportar, verificar y monitorear indicadores de calidad claves.

iii) Definir servicios y estándares para el sub-sistema público de salud (priorización de prestaciones). Esto incluye: a) establecer un mecanismo para definir y sistematizar un Plan de Servicios de Salud para todo el sub-sistema público, especialmente para las líneas de cuidado claves (incluyendo los servicios y protocolos), basado en un acuerdo común sobre los estándares de calidad y condiciones de provisión requeridos; b) definir mecanismos para la armonización (con un plan de convergencia) en torno a estándares comunes, servicios y definiciones de servicios, guías y protocolos clínicos, modelos de atención, redes de referencia y estándares de información; c) diseñar e implementar un mecanismo explícito de priorización para la inclusión, monitoreo y actualización de todos los servicios de salud que forman parte de Plan de Servicios de Salud.

iv) Mejorar la integración de los sistemas de información de salud. Esto incluiría: a) actividades para apoyar el establecimiento y la adopción de estándares básicos de interoperabilidad de sistemas de información relacionados con el uso de registros de referencia y terminología clínica estándar, vocabularios, estructura de documentos clínicos e interoperabilidad; b) actividades transversales relacionadas con: la mejora de la gobernanza de eSalud, y la adopción de tecnologías de la información; c) actividades avanzadas relacionadas con: conectar a los proveedores de servicios de salud y promover la transferencia electrónica de información a lo largo de la línea de atención; apoyar la estandarización e integración de flujos de datos entre los programas; soluciones digitales para apoyar esfuerzos de población a cargo de los centros de atención; y mejorar y agilizar los procedimientos para la facturación.

v) Contribuir a la mejora del sistema de recupero de costos de las Obras Sociales/Seguridad Privada por parte de los establecimientos públicos de salud (cobertura financiera): Se proveerá soporte técnico para el proceso de registro de hospitales públicos como Hospitales Públicos con Gestión Descentralizada (HPGD) que están legalmente autorizados a facturar los Sistemas Operativos. Además, se proveerá de equipamiento informático, asistencia y capacitación de modo que los efectores que aún no lo hacen puedan comenzar a facturar y fortalecer a aquellos que ya lo han implementado.

vi) Mejorar la coordinación entre los diferentes programas de salud: Esto incluiría: a) el establecimiento de equipos integrados de implementación a nivel provincial y nacional (involucrando equipos implementando diferentes programas); b) el desarrollo de un plan detallado claramente definido, que muestre los roles y responsabilidades de cada programa de forma complementaria dentro del marco de la cobertura universal de salud; c) planificación conjunta para abordar los diversos tipos de desafíos de coordinación que son inherentes al sistema; d) auditoría técnica combinada para todos los programas.

vii) Contribuir al logro de la Cobertura Universal de Salud a través de: a) estudios sobre el financiamiento y organización de los Sistemas de Salud para contribuir a los Ministerios de Salud



Nacional y Provinciales a diseñar políticas públicas con el objetivo de avanzar en la implementación de la CUS, incluidos los mecanismos para integrar los diferentes sub-sistemas de salud; b) brindar soporte en las actividades de evaluación, incluidas las evaluaciones de impacto y procesos; c) desarrollar e implementar mecanismos de pago por desempeño a establecimientos de salud.

Sub componente 2.2. Mejora en la capacidad de provisión de servicios de Salud de los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales.

19. Este subcomponente fortalecerá la capacidad prestacional a nivel del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y de los Ministerios de Salud Jurisdiccionales, mediante: (a) el suministro de equipamiento (médicos, transporte, tecnología de la información y comunicaciones) basados en un análisis sistemático de las brechas de prestación de servicios identificadas por Jurisdicción, especialmente en el nivel primario para las "líneas de cuidado" claves y para las redes de Enfermedades de Alta Complejidad y (b) equipamiento y servicios, y tecnología de la información, para el MSYDSN y los MSJ, basados en un análisis sistemático de las brechas y el nivel de participación jurisdiccional en las actividades de apoyo a la integración de sistemas de información.

Componente 3. Administración, Monitoreo y Evaluación.

20. Este componente financiará: (i) el fortalecimiento del Equipo Coordinador del Programa (ECP), la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo (DGPFE), la Subsecretaría de Gestión Administrativa (SSGA), la Dirección Nacional de Sistemas de Información (DNSIS) y las Unidades de Implementación Provinciales (UIP) a través de la provisión de asistencia técnica; (ii) actividades de monitoreo y evaluación del Programa; y (iii) auditorías técnicas financieras e independientes bajo el Programa.

3 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE EMERGENCIA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR COVID-19 EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. BIRF N° 9083

21. Con fecha 02 de abril de 2020, el Directorio del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF, en adelante y, de modo indistinto, también llamado el Banco) aprobó un préstamo para financiar el "Proyecto de Emergencia para la Prevención y Manejo de la enfermedad por COVID-19 en la República Argentina". Mediante la sanción del Decreto N° 387 del 20 de abril de 2020, el Poder Ejecutivo Nacional procedió a aprobar el Modelo de Convenio de Préstamo.

22. Las actividades clave apoyadas por el Proyecto están alineadas con el SPRV COVID-19 desarrollado por La OMS. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está brindando apoyo técnico al Ministerio de Salud de la Nación (MSN) sobre el manejo de la pandemia. Además, se ha solicitado apoyo financiero de otras organizaciones internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Corporación Andina de Fomento (CAF),



principalmente a través de la reestructuración de sus operaciones existentes para apoyar el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del país para enfrentar la pandemia de COVID-19.

23. El Proyecto ayudará a nuestro país en los esfuerzos de prevención, detección y respuesta en la lucha contra el COVID-19, así como al fortalecimiento del sistema nacional de preparación y respuesta de salud pública frente a la emergencia. Apoyará actividades destinadas a fortalecer la capacidad para: (i) identificar, aislar y brindar atención a los pacientes con COVID-19 de manera oportuna para minimizar la propagación de la enfermedad, la morbilidad y la mortalidad; (ii) preparar y fortalecer el sistema de salud para aumentar los niveles de demanda de atención; y (iii) proporcionar información oportuna, transparente y basada en evidencia para apoyar las intervenciones de atención médica.

3.1. Componentes del Proyecto

24. El proyecto propuesto constará de dos componentes. El primer componente respaldará los esfuerzos de detección y respuesta y el segundo ayudará a fortalecer los sistemas de salud en la lucha contra el COVID-19 a través de actividades para: (i) identificar, aislar y brindar atención a los pacientes con COVID-19 de manera oportuna para minimizar la propagación de la enfermedad, la morbilidad y la mortalidad; (ii) preparar y fortalecer el sistema de salud para aumentar los niveles de demanda de atención; y (iii) proporcionar información oportuna, transparente y basada en evidencia para apoyar las intervenciones de atención médica. El costo total del proyecto es de US\$ 35 millones. El proyecto propuesto constará de dos componentes. El primer componente respaldará los esfuerzos de detección y respuesta y el segundo ayudará a fortalecer los sistemas de salud en la lucha contra el COVID-19 a través de actividades para: (i) identificar, aislar y brindar atención a los pacientes con COVID-19 de manera oportuna para minimizar la propagación de la enfermedad, la morbilidad y la mortalidad; (ii) preparar y fortalecer el sistema de salud para aumentar los niveles de demanda de atención; y (iii) proporcionar información oportuna, transparente y basada en evidencia para apoyar las intervenciones de atención médica. El costo total del proyecto es de US\$ 35 millones.

3.2. Desarrollo de procesos de intervención para la ejecución del Marco de Gestión Ambiental y Social durante el Proyecto.

25. En el Marco de Gestión Ambiental y Social se identifican las distintas acciones de intervención del Proyecto sobre las cuales debe existir resguardo ambiental y social. En este sentido se plantea una estrategia para el abordaje de las acciones contemplando la relación aspecto/impacto. Asimismo, se identifican las acciones a potenciar, destacando oportunidades de mejora, con impactos positivos en las capacidades de gestión ambiental de cada jurisdicción.

26. La estrategia pretende fortalecer las áreas de salud ambiental o Referentes de Salvaguarda Ambiental, y a las áreas de salud indígena o a los Referentes de Salvaguarda Social en el ámbito gubernamental subnacional, para que conformen a su vez espacios de participación donde se incorporen las capacidades de otros actores, con el propósito de trabajar en red los temas prioritarios locales y regionales.

27. En este sentido se destaca que la designación de Referentes de ambas salvaguardas (requisito de ingreso a SUMAR) dentro del Ministerio de Salud provincial contribuye a su vez al



cumplimiento de los ODS definidos por la ONU en la agenda 2030 y principalmente a los objetivos 3, 6, 8, 11, 12 y 17.

28. Se ha identificado la importancia de contar Referentes o Unidades Provinciales en la temática, que cuenten con los recursos para su implementación en las provincias. En este contexto, cobra importancia el apoyo que se ha brindado, y se brinda con los Proyectos, al fortalecimiento institucional, creando estructuras y proporcionando las herramientas e información necesaria para trabajar con los factores ambientales y sociales identificados como determinantes ambientales y sociales de la salud y sobre los cuales se deben centrar las acciones, priorizando la Gestión de Residuos de Establecimientos de Salud reconociendo un aumento en la generación de los mismos por la ejecución del Proyecto.

3.3. Potenciales riesgos ambientales y sociales, y mitigación

29. La calificación de riesgo social para este proyecto es Bajo. Se espera que el Proyecto solo tenga impactos sociales positivos, ya que los suministros adquiridos a través de este préstamo se dirigirán al sistema público de salud nacional, que brinda atención y contención epidemiológica a los más vulnerables de la población, incluidos los grupos históricamente excluidos. El proyecto no implicará reasentamientos o adquisiciones de tierras y no incluirá nuevas actividades ni contratación de personal adicional.

30. En relación a los derechos laborales, el marco legal nacional aplicable es en general materialmente consistente con los principios y estándares de la ESS2, por lo tanto, no serán necesarios procedimientos de gestión laboral específicos para este proyecto. En todos los casos, el Ministerio de Salud se asegurará de que todos los trabajadores de este Proyecto tengan acceso a un mecanismo de quejas destinado a ellos, de acuerdo con las leyes y regulaciones nacionales existentes mencionadas anteriormente.

31. La implementación de las actividades del Proyecto tendrá en cuenta las consideraciones de género según sea necesario. Las acciones a tener en cuenta incluyen: (i) mensajes de medios de comunicación personalizados que incorporen consideraciones de género; y (ii) participación femenina en actividades de capacitación, así como representación femenina en grupos de gestión de emergencias y comités de toma de decisiones. Además, los indicadores del proyecto se desglosarán por género, cuando sea factible.

32. Por su parte, respecto los pueblos indígenas, no se espera que ninguna de las actividades relacionadas con el Proyecto tenga impactos negativos directos o indirectos sobre los mismos. Todas las actividades financiadas por el Proyecto respetarán los derechos humanos, la dignidad, las aspiraciones, la identidad, la cultura y los medios de vida de los PI. La capacitación y el desarrollo de capacidades para los profesionales de la salud en el marco del proyecto garantizarán que se brinde atención a todos, independientemente de su origen u origen étnico, y con el debido cuidado para tener en cuenta los requisitos culturales y lingüísticos de los PI. Para el seguimiento de casos se articuló con la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, el INAI, y el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas (PNSPI), para la incorporación de la variable Pueblos Originarios en los registros del SNVS con la



finalidad de realizar seguimiento de casos. Asimismo, se desarrollaron protocolos de actuación frente a la ocurrencia de casos en comunidades indígenas. Dichas acciones se describen mas adelante.

33. Otros grupos vulnerables identificados son los habitantes de barrios populares y los residentes de instituciones geriátricas, por el mayor hacinamiento y las mayores dificultades para el aislamiento.

34. En relación a la participación de partes afectadas e interesadas el Ministerio de Salud ya preparó y está implementando un Plan de Preparación y Respuesta de Argentina para la pandemia COVID-19 , en función del cual se preparó el Plan de Participación de Partes interesadas (PPPI) del Proyecto. El objetivo general del PPPI es definir un programa para la participación de las partes interesadas, incluida la divulgación de información pública y la consulta con actores relevantes, a lo largo de todo el ciclo del proyecto. El PPPI describe las formas en que el equipo del proyecto se comunicará con las partes interesadas e incluye un mecanismo por el cual las personas pueden plantear inquietudes, proporcionar comentarios o presentar quejas sobre el proyecto y cualquier actividad relacionada con el proyecto.

3.4 Procedimientos para abordar las cuestiones ambientales y sociales

35. En relación a los aspectos sociales del proyecto, los mismos serán abordados a través de los MPPI existentes en los proyectos. En caso de existir acciones que sean desarrolladas y ejecutadas a nivel provincial, las mismas serán incluidas a través de adendas a los PPI existentes de los proyectos SUMAR (BIRF N°8853) y Proteger (BIRF N°8508).

3.5 Acciones desarrolladas respecto al abordaje de Poblacion Indigena en el contexto de la pandemia por COVID-19

36. Teniendo en cuenta que la coordinación directa con los pueblos indígenas es la manera más efectiva para orientar el diseño y la implementación de acciones en sus territorios, desde abril 2020, el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) comenzaron a articular acciones sanitarias para afrontar la pandemia . Asimismo, a través del INAI, los referentes de Pueblos indígenas del Consejo de Participación Indígena (CPI), intervienen en la toma de decisiones respecto a las estrategias adoptadas. En función de ello, se conformó una mesa de trabajo de la que participan el INAI y el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, la Dirección Nacional de Salud Comunitaria, el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas y el Área Técnica de Salvaguarda Social dependiente de la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo (DGPFE). A partir del trabajo de articulación generado, se realizaron las siguientes acciones:

A. COORDINACIÓN DE SISTEMA DE SALUD Y REFERENTES DE PUEBLOS INDÍGENAS

37. A partir de la articulación a nivel nacional, los referentes provinciales del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (PNSPI) y los referentes provinciales del Área Técnica de Salvaguarda Social (ATSS), comenzaron un proceso de articulación con los referentes



provinciales del INAI para establecer acciones de prevención y generar canales de comunicación. Dichos actores funcionan como puntos focales de doble vía para una comunicación ágil entre comunidades y personal responsable de los ministerios de salud, con la finalidad de articular la disponibilidad de los diferentes recursos sanitarios para la atención de las comunidades indígenas.

B. MESAS DE EMERGENCIA SOCIO SANITARIA

38. A raíz de los casos detectados en comunidades indígenas de la provincia de Chaco, se elaboró un documento⁴ con recomendaciones que propone la conformación de MESAS DE EMERGENCIA SOCIO SANITARIAS INTERCULTURALES PARA EL ABORDAJE EN POBLACIONES Y TERRITORIOS INDÍGENAS. El objetivo del documento es diseñar, de manera articulada y participativa, las estrategias de intervención en las comunidades indígenas en el marco de la pandemia COVID-19, reconociendo a las instituciones representativas de los pueblos originarios, a sus autoridades como representantes legítimos junto con sus saberes, representaciones, prácticas y cultura. Asimismo, se proponen consideraciones y lineamientos generales para la prevención, contención y manejo de casos de infección por COVID-19 en poblaciones y territorios indígenas atendiendo, fundamentalmente, a la dimensión intercultural y a la articulación institucional a nivel provincial y local.

C. DESARROLLO DE RECOMENDACIONES Y PROTOCOLOS

39. Sumado a los protocolos para el manejo de casos sospechosos desarrollados por el Ministerio de Salud de la Nación, a partir de la coordinación interinstitucional mencionada anteriormente, se desarrollaron y publicaron dos documentos relacionados:

- Covid-19. Mesas de emergencia socio-sanitarias interculturales para el abordaje en poblaciones y territorios indígenas. Recomendaciones (<https://www.argentina.gob.ar/noticias/mesas-de-emergencia-sociosanitarias-interculturales-para-el-abordaje-en-poblaciones-y>)
- Covid-19. Abordaje integral para el cuidado de la población indígena. Recomendaciones (http://www.msal.gob.ar/index.php/component/bes_contenidos/?filter_problematika=100&filter_soporte=0&start=20)

40. Como se mencionó anteriormente, el primero de dichos documentos tiene por objetivo diseñar, de manera articulada y participativa, las estrategias de intervención en las comunidades indígenas en el marco de la pandemia COVID-19.

⁴ El documento fue desarrollado con la Fundación Napalpí, el referente del CPI de la provincia de Chaco, el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) y el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, la Dirección Nacional de Salud Comunitaria, el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas y el Área Técnica de Salvaguarda Social dependiente de la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo (DGPFE)



41. Por su parte, el documento "Abordaje Integral para el Cuidado de la Población Indígena"⁵ tiene como objetivo brindar consideraciones que puedan ser de utilidad para el manejo/abordaje del COVID-19 en territorios indígenas, facilitando el diálogo y la coordinación de acciones entre los gobiernos nacional, provincial, municipal y los Pueblos Indígenas, tomando en cuenta sus características socioculturales y territoriales cuenta con recomendaciones de prevención y cuidado. El documento cuenta con recomendaciones orientadas a las comunidades, recomendaciones para autoridades locales, recomendaciones para el equipo de salud, recomendaciones para personas con enfermedades crónicas no transmisibles, recomendaciones para la detección de casos sospechosos, para el aislamiento de casos confirmados así como para la hospitalización de aquellos pacientes que lo necesiten.

42. El ATSS ha difundido entre sus referentes provinciales, las recomendaciones elaboradas para el abordaje del COVID-19 en Pueblos Originarios.

D. REGISTRO DESAGREGADO ÉTNICAMENTE DE LOS REPORTES DEL SNVS

43. En junio, el Ministerio de Salud de la Nación publica la "Ampliación de la definición de caso", incluyendo a las personas de Pueblos Originarios dentro de la definición de caso sospechoso (criterio 1)⁶, en la definición de contacto estrecho, así como las acciones a realizar según los tipos de contacto⁷.

44. Para el seguimiento de casos se articuló con la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, el Instituto Nacional (INAI), el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas (PNSPI) y el Área Técnica de Salvaguarda Social (ATSS), para la incorporación de la variable "Pueblos Originarios" en los registros del SNVS con la finalidad de realizar el seguimiento de casos. La variable fue incorporada a la ficha de notificación de casos de COVID-19.

E. COMUNICACIÓN

45. Como parte de las acciones destinadas a pueblos indígenas, una estrategia de comunicación diferenciada es fundamental para que los temas de las campañas que han sido transmitidos al resto de la población posean el mismo impacto. Para ello deben adaptarse y adecuarse a los idiomas nativos y al contexto sociocultural de las poblaciones objetivo. Teniendo en cuenta estos aspectos, tanto a nivel nacional, a través del INAI, así como también a nivel provincial se han desarrollado materiales con las adecuaciones necesarias.

Material de comunicación INAI

Enlaces en diferentes idiomas de pueblos indígenas.

- Quechua (https://youtu.be/CXZnls_08UU)

⁵ http://www.msal.gob.ar/index.php?filter_problematika=64&filter_soporte=0&palabra_clave=&opcion=com_bes_contenidos

⁶ <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/definicion-de-caso>

⁷ <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/identificacion-y-seguimiento-de-contactos>



- Wichi (<https://youtu.be/GrMuM2v2ta0>)
- Qom (https://youtu.be/Frldp_ZhZrU)
- Mocoví (https://youtu.be/nhC_thBqnB4)
- Mapuzungun (<https://youtu.be/R2Yl-qilBrA>)
- Guaraní (https://youtu.be/_pWztacFOo)

Material de comunicación Provincial

- Recomendaciones traducidas para la comunidad Qom: <https://www.facebook.com/MinSaludSantaFe/videos/1924540497702789/>
- Spot Coronavirus para comunidades Mbya Guaraní: <https://www.youtube.com/watch?v=NB-hxzz0CTQ>
- Mbya Guaraní-Medidas de Prevención y Síntomas COVID 19: <https://www.youtube.com/watch?v=wotaG4TAoew>
- Mbya Guaraní: Ante síntomas o consultas acudir al Promotor de Salud Indígena: <https://www.youtube.com/watch?v=mg81FHFmGr0>
- COVID 19: Si salimos de la Aldea, ¿cómo debemos cuidarnos?: <https://www.youtube.com/watch?v=wo0vwl9ulqo>
- Recomendaciones para la población mapuche y mapuche tehuelche de Santa Cruz <https://ne-np.facebook.com/MEIBSC/videos/tripalaymi-ruka-meu-peshm-kash-kenaikker-kau-ai-kkom-shooiu/209615040336395/>

46. El ATSS ha difundido entre sus referentes provinciales, los materiales de comunicación así como materiales elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación y que han sido publicados en su portal oficial.

4 IDENTIFICACIÓN DE LAS PROVINCIAS QUE ACTIVAN OP 4.10

47. Siguiendo los lineamientos de la OP 4.10 del Banco Mundial⁸, las siguientes provincias quedan incluidas dentro de la Salvaguarda Social: 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.

48. En los Convenios Marco a firmarse con el MSAL para la operacionalización del Proyecto, las provincias que en este Marco se han considerado que activan la OP 4.10 o aquellas que la activen en el futuro, estarán **comprometidas a proceder a la actualización de la evaluación social** de las comunidades de pueblos indígenas existentes en sus respectivas provincias cuando les sea

⁸ <http://siteresources.worldbank.org/OPSMANUAL/Resources/210384-1170795590012/OP4.10.July1.2005.Spanish.pdf>



solicitado por la Salvaguarda **y, de preparar los Planes para Pueblos Indígenas (PPI)** de conformidad con las disposiciones de este Marco de Planificación.

49. 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. En relación a los Convenios Marco, una condición de ingreso y permanencia por parte de las Jurisdicciones, es el nombramiento de un Referente Provincial de Salvaguarda Social. Dicha condición fue cumplida por todas las provincias durante el 2019 y su cumplimiento es de monitoreo constante.

50. 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 (PPI) para alcanzar las mismas con los servicios del Proyecto.

51. 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.

52. El Objetivo de los **PPI** (ver Anexo I) es incentivar la planificación de acciones de salud para pueblos indígenas de manera articulada entre los distintos programas nacionales y provinciales. **Los Planes de Pueblos Indígenas (PPI) tendrán como objetivo:** a) evitar, reducir lo más posible, mitigar o compensar los efectos negativos causados por el proyectos a las Comunidades Indígenas de manera culturalmente apropiada; y/o b) facilitar que las Comunidades Indígenas reciban los beneficios de manera apropiada e inclusiva desde el punto de vista intergeneracional y de género; y evitar que involuntariamente las mismas induzcan a la desigualdad, limitando los beneficios a los elementos más fuertes de la comunidad. La confección de los PPI será responsabilidad del personal designado para tal fin por el MSP y los referentes de aquellos programas y proyectos que activen la Salvaguarda Social y las actividades planificadas serán financiadas 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.**

53. **En función de la reestructuración, la Matriz de los PPI incluye:** a) La planificación de los efectores priorizados por el SUMAR, b.1.) la planificación de acciones provinciales, incluidas aquellas relacionadas con la pandemia de COVID-19, b.2.) la planificación de las prestaciones brindadas a poblaciones originarias así como la Cobertura Efectiva Básica de dicha población, c) la planificación de ejecución de acciones del proyecto PROTEGER en efectores con población originaria, d) presentar un plan de consultas y seguimiento de las actividades del PPI a lo largo de su implementación, e) presentar un informe de avance semestral de la ejecución de los Planes de Mejora de los efectores priorizados por su alta densidad de población indígena a cargo y de las acciones para mejorar el registro de la población indígena a nivel provincial y su cobertura efectiva básica, teniendo como meta anual lo indicado la Matriz de Indicadores de



Resultados Intermedios para el indicador 7, f) aquellas provincias que ejecuten Proyectos Innovadores del Programa REDES, incluirán dichos proyecto en sus PPI. g) Asimismo, y en caso de ser necesario, los PPI deberán incluir las adecuaciones a la planificación asociadas a las acciones COVID-19.

54. A su vez, para la medición del cumplimiento del los PPI's, el proyecto cuenta con el Indicador de Resultado Intermedio 7: **Proporción de provincias que cumplen las metas del PPI el cual se vio modificado a partir de la reestructuración. El mismo es descrito en la sección 8 "MECANISMO DE MONITOREO DEL MPPI"** de este documento.

55. **Los PPI serán financiados con fondos del Proyecto BIRF AR-8853**

5 DESCRIPCION DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

56. 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.

57. 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.

5.1 Características generales de los Pueblos Indígenas

58. 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.

59. En el Censo 2010 se incluyó la variable de pertenencia a una población indígena u originario ya sea por adscripción y/o por descendencia, permitiéndonos contar a la fecha con datos más precisos sobre esta franja poblacional. No obstante, es importante señalar que como otros relevamientos estadísticos del tipo, el censo está sujeto a problemas de representatividad, con



lo cual no puede proporcionar información detallada de todas las variables, para todos los pueblos, sus regiones o área de residencia⁹.

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

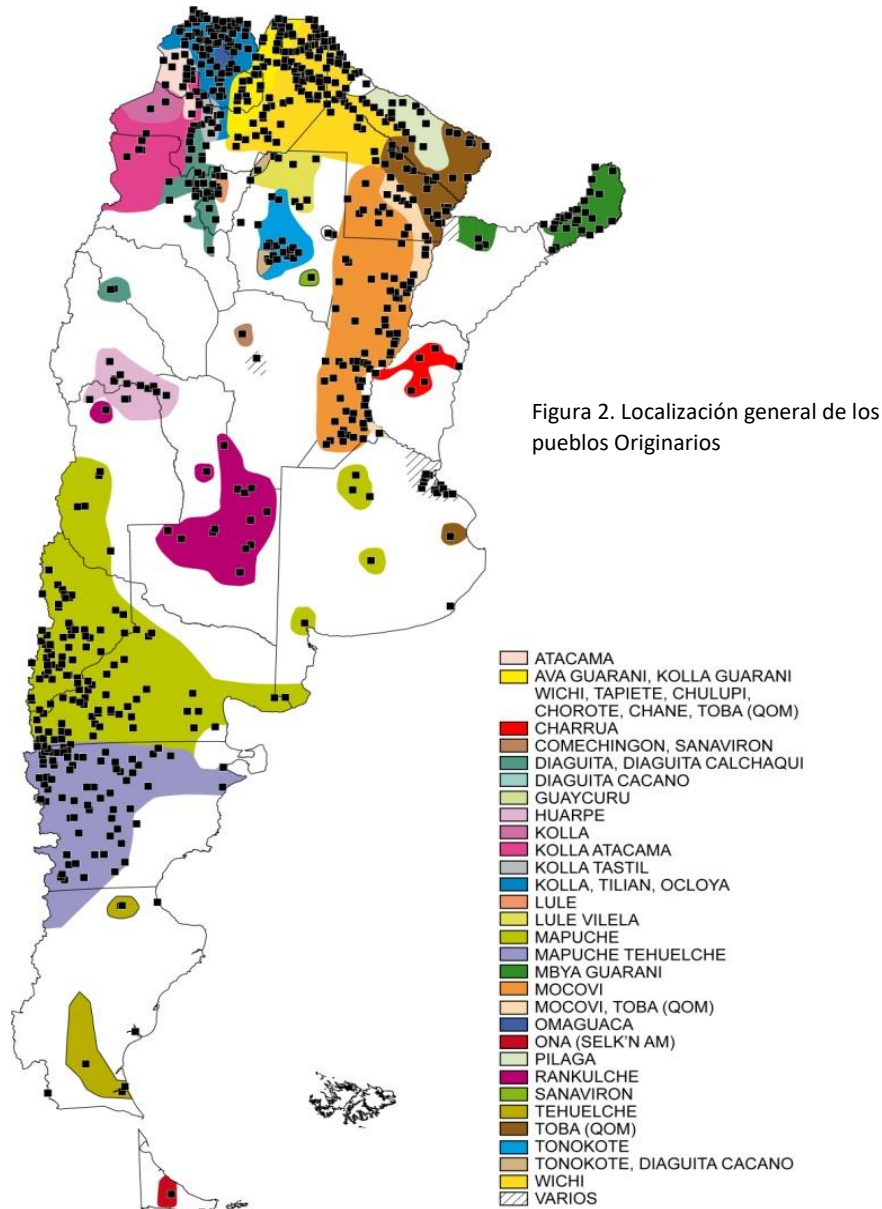
Pueblo Indígena	TOTAL	Pueblo Indígena	TOTAL
Mapuche	205.009	Mbyá Guaraní	7.379
Toba	126.967	Omaguaca	6.873
Guaraní	105.907	Pilaga	5.137
Diaguíta	67.410	Tonocote	4.853
Kolla	65.066	Lule	3.721
Quechua	55.493	Tupí Guaraní	3.715
Wichí	50.419	Querandí	3.658
Comechingón	34.546	Chané	3.034
Huarpe	34.279	Sanavirón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

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

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

⁹ 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/>)

62. Según el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI), existen actualmente 1750 comunidades con personería jurídica en nuestro país¹⁰ (Figura 2).



10 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. Algunas de las comunidades poseen personería jurídica registrada, otras con registro en trámite y otras no registradas pero con relevamiento técnico, jurídico y catastral



5.2 Población Indígena bajo programa

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

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

Tabla 2. Población indígena menor a 65 años sin cobertura explícita en salud por jurisdicción. Elaboración propia en base INDEC 2010.

38. A partir de la reestructuración y de inclusión de población mayor a 65 años, la población originaria dentro de este rango de edad es de 56.021 personas, de las cuales 50.235 perciben jubilación y/o pensión y 5.786 no la reciben según se describe en la tabla 3.



Jurisdicción	Población indígena de 65 años y más	Percibe jubilación o pensión	
		Sí	No
Total del país	56.021	50.235	5.786
CABA	4.359	3.820	539
Buenos Aires	40.840	36.690	4.150
Catamarca	476	439	37
Chaco	1.134	979	155
Chubut	2.299	2.097	202
Córdoba	3.424	3.211	213
Corrientes	337	317	20
Entre Ríos	962	881	81
Formosa	778	642	136
Jujuy	3.047	2.645	402
La Pampa	837	785	52
La Rioja	234	200	34
Mendoza	2.588	2.399	189
Misiones	479	356	123
Neuquén	2.132	1.815	317
Río Negro	2.793	2.492	301
Salta	3.263	2.853	410
San Juan	462	414	48
San Luis	467	431	36
Santa Cruz	409	315	94
Santa Fe	2.742	2.626	116
Santiago del Estero	849	797	52
Tierra del Fuego	116	68	48
Tucumán	1.414	1.308	106

Tabla 3. Población indígena mayor a 65 años por jurisdicción. INDEC 2010.

5.3 Situación de salud de las poblaciones originaras en Argentina



64. 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.

65. Entre los problemas de salud para pueblos originarios, destacan aquellos relacionados con mayor ruralidad, marginalidad, pobreza, migración, entre otras. Aquí mencionamos¹¹: enfermedades de transmisión vectorial (Chagas, enfermedades transmitidas por mosquito, leishmaniasis, paludismo, hanta virus), enfermedades estacionarias (infecciones respiratorias y diarreas), parasitarias (brucelosis e hidatidosis), lesiones, Tuberculosis, psicosociales (abuso de alcohol y drogas, violencia de género e intrafamiliar, suicidios), enfermedades no transmisibles (hipertensión, coronarias, cáncer, diabetes, renales), factores de riesgo.

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

67. En lo que respecta a los problemas relacionados con la atención de la salud, las comunidades destacan: 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).

68. Las acciones de la Salvaguarda Social del presente proyecto estarán dirigidas a contribuir a la reducción de las barreras en el acceso a la salud. Entre las mismas se prevén capacitaciones en interculturalidad a los equipos de salud, contribución a las capacitaciones de agentes sanitarios del Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas y fortalecimiento a la capacidad institucional de áreas de salud indígenas provinciales, al tiempo que se fortalece a los efectores a través de las capitas y en función de los resultados. A su vez, para mejorar la capacidad de atención de efectores, se continuará con la estrategia de efectores priorizados por su alta densidad de población indígena.

- a) Respecto a las adecuaciones debidas a la pandemia de COVID-19, además de la inclusión de la población indígena mayor de 65 años, se incorporaron en el Plan de Servicios de

¹¹ 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)



- Salud (PSS) prestaciones específicas relacionadas con el COVID-19: prestaciones ambulatorias que integran el circuito de prevención y atención en sospecha y diagnóstico positivo por COVID-19 al Plan de Servicios de Salud (PSS) general;
- b) adaptación del PSS en el marco de la pandemia, con incorporación de prestaciones de telesalud y consultas domiciliarias para el primer nivel de atención; y
 - c) prestaciones de internación hospitalaria relacionadas al COVID-19 al PSS de Alta Complejidad, entre otras.

69. Dichas prestaciones así como aquellas acciones realizadas por las provincias, serán incorporadas en el PPI como adenda a los CAI 2020

6 COMPONENTES DEL PROYECTO Y ACCIONES DE LA SALVAGUARDA SOCIAL

Componente 1. Apoyo al fortalecimiento de la Cobertura Efectiva de Salud Pública.

70. **Subcomponente 1.1. Pagos por capitación para Servicios Generales de Salud y Subcomponente 1.2. Pagos por capitación para la provisión de intervenciones seleccionadas de Enfermedades de Alta Complejidad.** Como parte del financiamiento de cápitas a las provincias para cubrir el costo de prestaciones sanitarias definidas en el Plan de Servicios de Salud, se continuará con prestaciones específicas para Pueblos Originarios. Actualmente el Sumar cuenta con cinco prestaciones: 1) ronda sanitaria orientada a la detección de población de riesgo en población indígena; 2) control de salud individual para población indígena en terreno; 3) consulta para la confirmación de diagnóstico de población indígena con riesgo detectado en terreno; 4) entrega y/o lectura de la Carta de derechos de la mujer embarazada indígena y 5) taller de pautas nutricionales respetando la cultura alimentaria de las comunidades indígenas. En base a las experiencias aprendidas por la Salvaguarda Social del programa Sumar, se revisaron las prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PSS), reformulando algunas de ellas y diseñando otras que incluyan prestaciones individuales y comunitarias, realizadas tanto en terreno como dentro del establecimiento de salud. Específicamente para población originaria se incorporó la prestación " Taller Interculturalidad y participación para pueblos originarios" (TA T031 A98). A su vez, se solicitó a las jurisdicciones el recálculo de los precios de las prestaciones específicas del PSS 2020.

En relación a la reestructuración, a partir de la pandemia COVID-19 se incorporaron las siguientes prestaciones:



Línea de cuidado	Etapa o condición del paciente	Tipo de Prestación	Nombre de la Prestación	Código	
COVID-19	SOSPECHA	Consulta	Consulta de diagnóstico y seguimiento domiciliario de persona con sospecha por COVID-19	CTC091R83	
		Teleconsulta	Tele-consulta de persona con sospecha por COVID-19	TCC092R83	
		Teleconsulta	Tele-consulta por seguimiento domiciliario de persona con sospecha de COVID-19	TCC091R83	
		Consulta	Consulta de persona aislada por ser contacto estrecho de persona con COVID-19	CTC080R83	
		Teleconsulta	Tele-consulta de persona aislada por ser contacto estrecho de persona con COVID-19	TCC080R83	
		Notificación	Notificación de caso sospechoso de COVID-19	NTN034R83	
	TEST	Práctica		Toma de muestra de test para COVID-19	PRP066A98
				Lectura del Test para COVID-19	PRP067R83-A98
		Laboratorio	Test rápido para COVID-19	LBL149R83-A98	
	ATENCIÓN DE CASOS POSITIVOS (DOMICILIO O TELECONSULTA)	Notificación		Notificación de persona con diagnóstico de COVID-19	NTN035R83
		Consulta		Consulta de seguimiento domiciliario de persona con COVID-19	CTC094R83
		Teleconsulta		Tele-consulta para seguimiento domiciliario de persona con diagnóstico de COVID-19	TCC094R83
		Teleconsulta		Teleconsulta de seguimiento domiciliario por especialista	TCC093R83
		Práctica		Dispensa de medicamentos en domicilio	PRP068VMD
	CONSULTAS DOMICILIARIAS DE SALUD MENTAL Y TRABAJO SOCIAL	Consulta		Consulta de seguimiento domiciliario de salud mental	CTC098R83
		Consulta		Consulta Trabajador social	CTC015R83
	INICIO DE TRATAMIENTO	Notificación		Notificación de inicio de tratamiento de persona con COVID-19	NTN002R83
	TRASLADO PARA INTERNACIÓN	Traslado		Traslado de adulto en móvil de alta complejidad	TLM020R83
		Traslado		Traslado de paciente en móvil de baja o mediana complejidad, hasta 50 Km.	TLM081R83
		Traslado		Traslado de paciente en móvil de baja o mediana complejidad, más de 50 Km.	TLM082R83
	ALTA	Consulta		Consulta de alta en domicilio de persona con COVID-19	CTC095R83
		Notificación		Notificación de alta del paciente positivo para COVID-19	NTN036R83
	POS-ALTA	Consulta		Consulta de seguimiento domiciliario post alta de persona con COVID-19	CTC097R83
		Teleconsulta		Tele-consulta de seguimiento post-alta de persona con COVID-19	TCC097R83
		Consulta		Consulta de seguimiento post alta de persona con COVID-19	CTC096R83
	VACUNAS	Inmunizaciones		Vacuna antigripal	IMV013A98
				Vacuna neumococo conjugada	IMV015A98
TELESALUD ENTRE EQUIPOS DE SALUD	Teleconsulta		Teleconsulta síncrona	TCC200VMD	
			Teleconsulta asíncrona	TCC201VMD	
	Teleeducación		Tele-educación para equipos de salud	TET036VMD	

 Tabla 4. Prestaciones líneas de cuidado COVID-19. Programa Sumar¹².

Componente 2. Fortalecimiento Institucional de los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales.

71. Subcomponente 2.1 Instrumentos para apoyar una mayor coordinación y establecer un modelo de atención integrado y Subcomponente 2.2 Mejora en la capacidad de provisión de

12 Modelo de compra estratégica de servicios de salud para la atención ambulatoria de personas con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID – 19. Abril 2020.



servicios de Salud de los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales. En el marco de este componente, se diseñarán acciones que permitan cumplir con los requerimientos puntuales de la política operacional del Banco Mundial para poblaciones indígenas, al tiempo que fortalezcan las capacidades institucionales de los ministerios de salud de la provincia.

Acciones a nivel nacional, provincial y local.

72. Debido a que la mayor parte de las acciones de salud propuestas por los proyectos con financiamiento internacional para con población originaria no podrían ser ejecutadas sin los agentes sanitarios indígenas, se fortalecerá a aquellos pertenecientes al Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas, mediante la compra de equipamiento para atención en terreno para los agentes sanitarios. A nivel provincial, se trabajará fortaleciendo a las Unidades de Salud Indígena que existen en las provincias, así como los efectores priorizados a nivel local (los bienes a adquirir serán evaluados en función de las necesidades de cada unidad y/o efector priorizado). Las adquisiciones necesarias para dar cumplimiento a estas actividades serán realizadas por el **Proyecto BIRF AR-8853.**

73. Se continuará el trabajo con efectores priorizados (aquellos que poseen mayor cantidad de población originaria a cargo), dando continuidad a la estrategia implementada por el Programa Sumar. Actualmente el programa cuenta con 67 efectores priorizados, habiéndose incrementado el número en función de la inclusión de nuevas provincias y efectores..

74. A inicios del proyecto cada efector realizó una autoevaluación a partir de la utilización de la “Matriz ponderada de evaluación de efectores con pertinencia intercultural”¹³. Se seleccionaron 10 aspectos a evaluar. De cada uno de ellos, el efector deberá identificar en qué estadio se encuentra. El puntaje asignado a la evaluación es de 0 a 10, donde 0 es el valor extremo de “una deficiente adecuación intercultural del establecimiento” y 10 el valor extremo de “una apropiada adecuación intercultural del establecimiento”. Cada uno de los estadios es superior al anterior (por tanto al elegir un estadio se excluyen los demás) en todos los puntos excepto en “comunicación” y “adecuación del parto” (en estos casos se pueden seleccionar todas las opciones que apliquen las cuales se sumaran para obtener el resultado final). Dicha evaluación fue completada con la colaboración de las áreas de salud indígena y equipos sumar provinciales, junto con la comunidad y los efectores. Para asegurar la participación de la comunidad, cada efector priorizado deberá conformar una mesa de participación en tanto a espacio de diálogo a ser conformado por representantes del efector (médicos y administrativos), agentes sanitarios que atiendan población originaria y representantes de pueblos indígenas reconocidos por la comunidad. La “Matriz ponderada de evaluación de efectores con pertinencia intercultural” se presenta en el Anexo I

75. A partir de la autoevaluación con la Matriz ponderada de evaluación de efectores con pertinencia intercultural, cada efector realizará un plan de mejoras bianual que será parte del Plan para Pueblos Indígenas (PPI) provincial. Anualmente se realizará una segunda autoevaluación de efectores, siguiendo la misma lógica que la primera. A partir de ella se verán los avances realizados para mejorar la atención a pueblos originarios y serán utilizados para la

13 La Matriz ponderada de evaluación de efectores con pertinencia intercultural para realizar dicha evaluación fue confeccionada por la Salvaguarda Social y estuvo disponible a inicios del proyecto.



realización del plan de mejoras para los dos años siguientes. El Area Tecnica de Salvaguarda Social de la DGPFE será la encargada de llevar a cabo el monitoreo del cumplimiento de las acciones.

76. Desde El Area Tecnica de Salvaguarda Social de la DGPFE comenzó, en articulación con el Área de Fortalecimiento de las Competencias para la Gestión Sanitaria de la Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales (Secretaría de Equidad en Salud), con el diseño de una estrategia de capacitación a mediano y largo plazo que incluye capacitaciones en salud intercultural para el primer nivel de atención para los efectores priorizados. Durante los meses de junio, julio y agosto 2020 se encuentra en implementación la primera edición del curso “Salud Intercultural. Introducción a un abordaje de la salud para Pueblos Originarios” el cual fue dirigido al personal provincial de los proyectos con financiamiento internacional así como a personal asistencial. Dicha prueba piloto será capitalizada para la realización de las capacitaciones dirigidas a los efectores priorizados. A su vez, la estrategia de capacitación del ATSS, incluye los siguientes productos: a) Capacitaciones para los equipos técnicos provinciales de los proyectos con financiamiento internacional relacionada con las características, responsabilidades y procesos de trabajo de la salvaguarda, incluyendo las herramientas de gestión específicas (PPI-Matriz ponderada de evaluación de efectores con pertinencia intercultural, Planes de acción específicos, b) Capacitación conjunta con el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas (PNSPI) sobre los aspectos interculturales de la salud, c) Capacitaciones conjuntas con los programas provinciales sobre los aspectos interculturales específicos de su área de acción.

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

78. **A nivel provincial.** Para fortalecer las capacidades institucionales respecto a la articulación de acciones, se encuentra en implementación una estrategia que estimula a las provincias a generar **Áreas y/o Unidades de Salud Indígena** que realicen la planificación, ejecución y monitoreo de las actividades con Pueblos Originarios de manera articulada para todos los proyectos que activan salvaguarda social. Como se mencionó anteriormente, todas las provincias han presentado por nota y cumplido el requisito de ingreso y permanencia al proyecto referido a la designación de los referentes del área. A su vez, para consolidar la capacidad de las unidades ya creadas, se realizarán las asistencias técnicas necesarias desde la UC, considerando al menos una por provincia por año. Esto permitirá mantener un interlocutor válido en las provincias, fomentando al mismo tiempo la institucionalización de esas áreas dentro de las estructuras ministeriales

79. Siguiendo la misma línea de trabajo, las provincias realizan una planificación única que incluye todas aquellas actividades culturalmente adecuadas para población originaria que se realicen a nivel del MSP, debidamente consultado con la población originaria. (véase Anexo I). Al igual que con el punto anterior, la **confección del PPI de manera bianual, formará parte del compromiso anual**. Durante el primer trimestre del 2020, cada provincia presentó un PPI



bianual. En función de la mencionada pandemia y como se especifico en el punto 27 del presente documento, en caso de ser necesario, los PPI deberán incluir las adecuaciones a la planificación asociadas a las acciones COVID-19. El Área Técnica de Salvaguarda Social (DGPFE) será la encargada del monitoreo anual del mismo.

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

81. **A nivel local.** Formación y capacitación en interculturalidad y salud indígena para agentes sanitarios indígenas: fortalecimiento de las acciones de capacitación que realiza el **Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (PNSPI)**. Dado que este programa elabora anualmente un plan de capacitación dirigido a los Agentes Sanitarios Indígenas, desde el Área Técnica de Salvaguarda Social (ATSS) se fortalecerán dichas acciones a través de asistencia técnica para su diseño, actualización y ejecución. A su vez, dicho proceso se realizará a medida que se incorporen potenciales nuevos perfiles al Programa Nacional. Se prevé la realización de 5 capacitaciones al año. Dichas capacitaciones podrán ser realizadas a través de modalidad virtual o presencial y dependerán de las necesidades del PNSPI

Registro de la variable étnica en los registros provinciales y nacionales.

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

- Generar de manera conjunta con el programa nacional, actividades **para incluir la variable étnica en los registros** de salud a nivel Nacional y Provincial. En función de este objetivo y para el seguimiento de casos de COVID-19 en poblaciones indígenas, se articuló con la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, el Instituto Nacional INAI, el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas (PNSPI) y el Área Técnica de Salvaguarda Social, para la incorporación de la variable Pueblos Originarios en los registros del SNVS. A su vez, respecto a la incorporación de la variable étnica en las Historias Clínicas Electrónicas, 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. 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.
- Brindar **capacitaciones** a nivel provincial y de efector respecto a la importancia de registrar la variable étnica en los registros de salud. Como se menciono anteriormente,



se encuentra en ejecución una capacitación en salud intercultural que incluye un módulo dedicado a la temática.

- Generar e imprimir **material de comunicación** e informativo respecto al registro de la variable étnica (tanto para los efectores como para los beneficiarios). Como parte de la incorporación de la variable étnica en los registros del SNVS, se confeccionó un material informativo para reforzar el uso de la variable étnica en los registros.
- Incluir prestaciones de control individual de salud en establecimientos específicos para pueblos originarios, lo que contribuirá a incrementar el registro de cobertura de población originaria. Actualmente se encuentran disponibles las siguientes prestaciones específicas para población indígena:

Código	Prestación
RO X002 A98	Ronda sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en población indígena
TA T004 A98	Pautas nutricionales respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas
TA T031 A98	Interculturalidad y participación para pueblos
COT019W78	Carta de derechos de la mujer embarazada indígena
CTC009A97-A21-B02- B87- D05-D23-D82-K81- K86- T82-T83-T79	Control de salud individual para población indígena en terreno
CTC090A97-A75-B72- B73- B80-B78-B81-B82-D96- D61-D62-D72-B90- K73- K83-K86-T79-T82- T83- T89-T90	Consulta para confirmación diagnóstica en población indígena con riesgo detectado en terreno

83. Dichas acciones se realizarán de manera articulada con el Programa Nacional de Salud Indígena. Las mismas serán financiadas por el Proyecto BIRF AR-8853.

Medicina Tradicional

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

- a) una monografía que recoja los resultados de la investigación organizada por áreas fitogeográficas y comunidades que las habitan, a partir de la cual se realizará una publicación de difusión con recomendaciones destinadas a efectores
- b) capacitaciones/talleres informativos destinadas a efectores.



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

Componente 3. Administración, Monitoreo y Evaluación.

86. Las acciones relacionadas con el monitoreo se describen en la sección 8 "MECANISMO DE MONITOREO DEL MPPI" de este documento

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

87. 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.

88. 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.

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

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

8 DIFUSION DEL MPPI

91. 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. Asimismo, el MPPI será publicado en la páginas web de la DGPFE. El MPPI también podrá difundirse a través de organizaciones de la sociedad civil que sean pertinentes.

92. 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 del Área Técnica de Salvaguarda Social (publicaciones virtuales y/o en papel). A su vez, se plantea como acción complementaria a nivel nacional la generación de informes semestrales de gestión específicos del Área Técnica de Salvaguarda Social para ser distribuida a modo de Boletín entre los responsables de los programas, direcciones, subsecretarías y secretarías nacionales del MSAL. Dicha información será compartida con la Mesa de Salud del INAI, así como con los CPI.

9 CONSULTA PREVIA, LIBRE E INFORMADA

93. 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.

94. 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) y SUMAR (2017) con miembros de organizaciones indígenas y miembros del Consejo de Participación Indígena del INAI (CPI). Asimismo, durante la reestructuración y financiamiento adicional del programa se realizaron 2 consultas virtuales con los referentes del CPI. Los documentos relacionados con ambas instancias forman parte del Anexo V.

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



Propuestas Relevadas	Acciones realizadas
Adecuación cultural para actividades en salud	A través de la Salvaguarda Indígena de los proyectos FESP y Nacer-Sumar se ha trabajado la temática por medio de talleres participativos y capacitaciones a efectores de salud así como en el diseño de los aspectos sociales de los proyectos
Contar con una Dirección/Programa Nacional de Salud Indígena	Este programa fue creado por el MSAL en el año 2016 (PNSPI)
Mayor articulación entre programas en terreno	Por medio de la centralización de las salvaguardas indígenas de diferentes proyectos en la Salvaguarda Social de la UFI-S, y el trabajo conjunto con el PNSPI, ha mejorado notablemente la articulación, evitando la superposición de actividades
Creación de áreas provinciales de salud indígena con consejo indígena asesor rentado	A través de una ASP de la Salvaguarda Indígena del FESP II, se fomentó la creación de Unidades de Salud Indígena provinciales, contando en la actualidad con unidades en 16 provincias. Algunas de ellas cuentan con un consejo indígena, aunque no es rentado (lo que depende enteramente de cada provincia). En la actualidad y a partir del préstamo AR-8853, todas las provincias cuentan con referentes del ATSS
Garantizar la participación en todo el proceso (diseño, implementación, monitoreo y evaluación)	Además de las consultas previas, libres e informadas a comienzo de cada proyecto, se ha estimulado la consulta permanente a través de los PPI y actas de talleres participativos. Paralelamente se crea un espacio de participación a través de la Mesa de Salud del INAI conformada por los CPI
Incorporar en documentos del proyecto el concepto de salud de pueblos originarios	En todas las actividades de la Salvaguarda Social se utiliza el concepto de salud en tanto un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades
Reconocer e incluir la sabiduría de la medicina ancestral	Además de estar como contenido en los talleres y capacitaciones de la Salvaguarda, en este proyecto se ha incluido una consultoría para hacer un relevamiento sobre prácticas y uso actual de la medicina tradicional
Reconocimiento y participación de médicos tradicionales en el sistema de salud oficial	Se comenzó a trabajar con la temática a través de las Unidades de Salud Indígena provinciales (por ejemplo, Hospital Pozo Brea de Santiago del Estero). A su vez, a partir de la implementación del proyecto AR-8853, los planes de mejora de los efectores priorizados están enfocados a realizar adecuaciones interculturales de los servicios de salud con participación de la comunidad.
Consultas realmente previas, libres e informadas. Que contemplen los tiempos de	A fin de lograr aproximarnos a este ideal, la consulta del presente proyecto será realizada



<p>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 nacionales, provinciales y comunidades de base</p>	<p>como un proceso. El proyecto fue consultado a nivel nacional primeramente utilizando a los CPI como voceros que lleven el proyecto y pueda ser discutido 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</p>
<p>Que el financiamiento destinado a pueblos indígenas sea utilizado para tal fin</p>	<p>En el FESP II se diseñaron Actividades de Salud Públicas de pago por resultados específicas para pueblos originarios, transfiriéndose a las provincias los reembolsos por ellas obtenidos. Asimismo, el Proyecto Proteger cuenta con acciones destinadas a efectores que atienden a población originaria cuyos fondos son destinados a dichos efectores. Por su parte, el presente proyecto, además de las prestaciones que se brindan para la población general, cuenta con prestaciones específicas para pueblos originarios. En ambos casos, el reintegro de esas prestaciones es recibido por el efector para mejorar los servicios.</p>
<p>Incluir la variable étnica en encuestas y sistemas de información. En su implementación deberán participar referentes indígenas remunerados</p>	<p>Se viene trabajando en la inclusión de la variable étnica en historia clínica electrónica a nivel provincial (San Juan), nacional (se incluyó como registro) por medio del Proyecto Proteger. A su vez, se incluyó en los registros del SNVS para los casos de COVID-19, los cuales se encuentran siendo monitoreados junto a las áreas provinciales correspondientes.</p>
<p>Participación de referentes indígenas en diseño de piezas de comunicación y materiales de difusión adaptados culturalmente</p>	<p>Se viene trabajando con provincias específicas (Misiones, San Juan, Rio Negro) en el desarrollo de materiales de comunicación. A su vez, el INAI tradujo material audiovisual referido al COVID-19, así como las provincias de Santa Cruz, Santa Fé y Misiones.</p>

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

A nivel nacional:

-Consulta previa, libre e informada al inicio de proyecto

- Reuniones con referentes indígenas a nivel nacional durante la ejecución del proyecto

A nivel provincial:



- Consulta del Plan para Pueblos Indígenas (PPI) de cada provincia con los referentes indígenas provinciales afectados por las acciones. Un detalle de los mecanismos de consulta de los PPI se encuentra en el Anexo I.

A nivel local:

- Actas de trabajo resultado de los talleres de participación comunitaria
- Actas de trabajo resultado de las mesas de trabajo en efectores

97. La consulta previa, libre e informada del Marco de Planificación para Poblaciones Indígenas (MPPI) del Proyecto "Cobertura Universal Efectiva de Salud" fue llevada a cabo por intermedio del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas –INAI- (creado por Ley Nacional Nº 23.302) a través del Consejo de Participación Indígena –CPI- (creado por resolución INAI Nº152/2004) en Octubre de 2017.

98. Inicialmente se presentó el ATSS de DGPFE, encargada de llevar adelante la ejecución de la Salvaguarda Indígena de este proyecto. Se expuso la política operacional O.P. 4.10 en el contexto del financiamiento del BIRF, así como la estrategia de trabajo del equipo dentro del Ministerio de Salud de la Nación. Posteriormente se presentaron las acciones realizadas por la Salvaguarda Indígena de los proyectos Nacer y Sumar (este último aún en curso) y para finalizar se presentó el MPPI del Proyecto AR-8853, sus objetivos, estrategias y actividades a realizar.

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

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

- Que para los registros de salud y para realizar la pregunta no se use la palabra ETNIA. Que se use PUEBLO INDÍGENA y/u ORIGINARIO en los registros nacionales. Y que en los registros provinciales se utilice la denominación que los pueblos originarios de cada provincia decidan.
- Que en lo que respecta al registro de la variable se especifique a qué PUEBLO y/o COMUNIDAD pertenece.
- Que el equipo de Salvaguarda Indígena participe en las reuniones de CPI que se realicen. Asimismo que los CPI provinciales participen de las reuniones de trabajo en las provincias.
- Realizar dos encuentros anuales de la Salvaguarda Indígena con los CPI.
- Conformar una mesa chica de CPI específica de salud.
- Se explicitó en varias oportunidades la necesidad de contar con más Agentes Sanitarios Indígenas y por tanto que se abra convocatoria para ello. Que el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas se implemente en aquellas provincias en que no aplique.
- Que las traducciones realizadas en el marco de la elaboración de materiales de comunicación con adecuación cultural, sean trabajos remunerados para quienes realizan dichas traducciones.



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

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

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

102. Siguiendo las observaciones recibidas durante la última consulta, el presente documento que refleja la reestructuración del Proyecto 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. Asimismo, el MPPI será publicado en la páginas web de la DGPFE.

103. 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.

104. 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.

10 MECANISMO DE MONITOREO DEL MPPI

105. Como parte del proceso de monitoreo y evaluación, se incorporaron en los PPI **indicadores que permitan monitorear y evaluar la cobertura efectiva, tanto de los efectores priorizados para pueblos originarios así como a nivel provincial**. A su vez, se monitoreará el grado de ejecución de las **prestaciones específicas para pueblos indígenas**, así como aquellas otras **actividades provinciales relacionadas con pueblos indígenas**.

106. Al mismo tiempo, el proyecto cuenta con el Indicador de Resultado Intermedio 7: **Proporción de provincias que cumplen las metas del PPI el cual se vio modificado a partir de la reestructuración**. El mismo posee las siguientes metas anuales y se define de la siguiente manera:

Indicador 7: Proporción de provincias que cumplen las metas del PPI	Metas vigentes	54% (junio 2017)	70%	74%	78%	83%
	Metas nuevas		70%	70%	74%	78%

Numerador: Número de provincias que cumplen con la ejecución de al menos el 60% de las metas comprometidas en el componente del Plan con Población Indígena provincial del Compromiso Anual. Actualmente se encuentra en revisión el porcentaje de cumplimiento de las metas comprometidas pudiendo ser elevadas al 75% de cumplimiento. El porcentaje de cumplimiento de las metas relativas al indicador intermedio 7 se verá reflejado en el Manual Operativo.

Denominador: Número de provincias participantes.

Fuente: Reporte provincial de cumplimiento de PPI.

Frecuencia de medición: anual



11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Evaluación del estado de salud de las poblaciones y planificación de acciones				
Actualización Evaluación Social	23 evaluaciones sociales actualizadas		23 evaluaciones sociales actualizadas	
Efectores priorizados con autoevaluación realizada	61 efectores autoevaluados		61 efectores autoevaluados	
Presentación PPI (incluyendo planes de mejora de efectores priorizados)	23 PPI presentados con consulta previa, libre e informada		23 PPI presentados con consulta previa, libre e informada	
Monitoreo de los PPI	23 PPI monitoreados	23 PPI monitoreados	23 PPI monitoreados	23 PPI monitoreados
Fortalecimiento institucional				
Referentes de unidades de SI en funciones	23 provincias con referente	23 provincias con referente	23 provincias con referente	23 provincias con referente
Financiamiento de capacitación agentes sanitarios de Pueblos Originarios del PN	5 capacitaciones financiadas	5 capacitaciones financiadas	5 capacitaciones financiadas	5 capacitaciones financiadas
Provisión de Materiales atención en terreno para AS indígenas del PN	1.000 kits entregados			
Producto gráfico de comunicación en APS producido por provincia	productos producidos	productos producidos	productos producidos	productos producidos
Capacitaciones en interculturalidad a efectores priorizados	capacitaciones realizadas	capacitaciones realizadas	capacitaciones realizadas	capacitaciones realizadas



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



12 COSTOS DE IMPLEMENTACION DE LA SALVAGUARDA SOCIAL

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

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



Institucional del Ministerio de Salud Nacional y los Ministerios Provinciales para un modelo de atención integral		Publicación			1 U\$D 5.000		U\$D 5.000	No disponible
	Fortalecimiento de las áreas de salud indígena provinciales	Materiales gráficos (costo unitario U\$D 1.000)	23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000	U\$D 92.000	No disponible
	Capacitación en interculturalidad a efectores priorizados	Capacitación (costo unitario U\$D 1.000)	15 U\$D 15.000	15 U\$D 15.000	15 U\$D 15.000	15 U\$D 15.000	U\$D 60.000	No disponible
		Viáticos Salvaguarda por capacitación – 2 personas (costo unitario U\$D 800)	15 U\$D 12.000	15 U\$D 12.000	15 U\$D 12.000	15 U\$D 12.000	U\$D 48.000	No disponible
	Fortalecimiento de acciones de capacitación a nivel local para el PNSPI	Capacitación PNSPI (costo unitario U\$D 1.000)	5 U\$D 5.000	5 U\$D 5.000	5 U\$D 5.000	5 U\$D 5.000	U\$D 20.000	No disponible
	Inclusión de la variable étnica en los registros nacionales y provinciales	Materiales gráficos (costo unitario U\$D 1.000)		23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000	U\$D 69.000	No disponible
		Capacitación variable (costo unitario U\$D 1.000)		23 U\$D 23.000	23 U\$D 23.000		U\$D 46.000	No disponible
		Viáticos Salvaguarda por capacitación inclusión variable – 2 personas (costo unitario U\$D 800)		23 U\$D 36.800			U\$D 36.800	No disponible
	Reuniones de redes de salud para pueblos originarios	Reuniones (costo unitario U\$D 50.000)	1 U\$D 50.000	1 U\$D 50.000	1 U\$D 50.000	1 U\$D 50.000	U\$D 200.000	No disponible
	Total Componente 2			U\$D 105.000	U\$D 223.800	U\$D 156.000	U\$D 128.000	U\$D 612.800



3. Gestión de apoyo, seguimiento y evaluación	Viáticos Salvaguarda Asistencias técnicas (costo unitario \$ 800)	23 U\$D 18.400	23 U\$D 18.400	23 U\$D 18.400	23 U\$D 18.400	U\$D 73.600	No disponible
	Honorarios profesionales* (staff permanente) – 5 consultores	U\$D 90.000	U\$D 90.000	U\$D 90.000	U\$D 90.000	U\$D 360.000	Disponibile
	Total Componente 3	U\$D 108.400	U\$D 108.400	U\$D 108.400	U\$D 108.400	U\$D 433.600	

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

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total
Costo total	U\$D 513.400	U\$D 332.200	U\$D 264.400	U\$D 236.400	U\$D 1.346.400
Costo Total No Disponible	U\$D 423.400	U\$D 242.200	U\$D 174.400	U\$D 146.400	U\$D 986.400



ANEXO I

1 PROCESO DE PREPARACION DE LOS PPI

1.1 Evaluación Social

1. La evaluación social tiene como objetivo ofrecer un diagnóstico socio sanitario de los pueblos originarios de la provincia. La definición del alcance, profundidad y tipo de análisis de la Evaluación Social de las Comunidades Indígenas Afectadas se encuentra en relación a la naturaleza y dimensión de los posibles impactos del proyecto en las Poblaciones Indígenas. Su confección es responsabilidad del personal para ello designado por el MSP y deberá incluir necesariamente las acciones planificadas en el marco de los proyectos que activan Salvaguarda 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/calefaccionarse. 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 del a selección de los objetivos de trabajo teniendo en cuenta este documento Marco de Planificación para Poblaciones Indígenas, la concepción de sujeto de derecho, el trabajo intersectorial y la labor en la red de salud, considerando las especificaciones culturales de la población objetivo. El mismo debe incluir obligatoriamente los siguientes contenidos:

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

que puedan surgir de las distintas comunidades, para ser contempladas en la reformulación del PPI.

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

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

8. 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 -

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 provincia¹⁴ 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.

¹⁴ 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 programa¹⁵. 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 metas¹⁶ de ejecución de los IVT, 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 por provincia de efectores que atienden población originaria y que pertenecen al universo proteger:

Provincias	Cantidad de CAPS	Meta
Buenos Aires	19	50%

¹⁵ 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

¹⁶ Los IVT 1, 2, 5 y 6, implican acciones incrementales que deben cumplirse para alcanzar los objetivos de la actividad. En este sentido, la provincia debe trabajar en un efector sin perjuicio de ejecutar los IVT en otros efectores que atiendan población originaria. Dichas metas son para el PPI 2020-2021 y de duración bianual.

Catamarca	4	100%
Chaco	18	50%
Chubut	13	50%
Cordoba	39	30%
Corrientes	3	100%
Entre Ríos	3	100%
Jujuy	17	50%
La Pampa	5	100%
La Rioja	6	100%
Mendoza	12	50%
Misiones	22	30%
Neuquén	15	50%
Rio Negro	4	100%
Salta	15	50%
San Juan	2	100%
Santa Cruz	4	100%
Santa Fe	2	100%
Santiago del Estero	14	50%
Tierra del Fuego	3	100%
Tucumán	4	100%
Total	224	-

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.

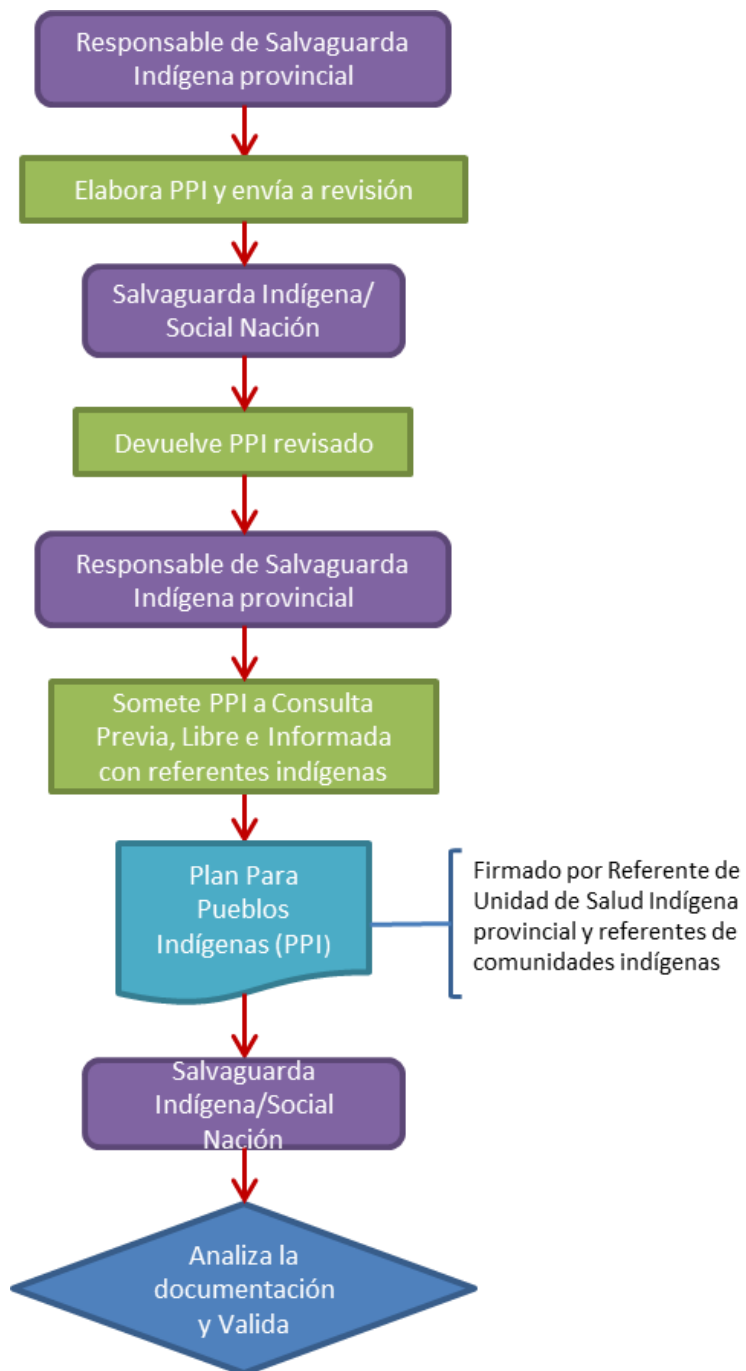
Más allá del cumplimiento de este mínimo de cantidad consultas, se recomienda realizarlas la mayor cantidad de veces posibles de acuerdo a la disponibilidad provincial. A su vez, será necesario especificar la modalidad de consulta, los referentes que son consultados (representantes del CPI, representantes 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 formara 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



Matriz ponderada de evaluación de efectores con pertinencia intercultural

Salvaguarda Social

*Dirección General de Programas y Proyectos
Sectoriales y Especiales*

- 2019 -

Matriz ponderada de evaluación de efectores con pertinencia intercultural

La matriz de ponderación de evaluación de efectores con pertinencia intercultural es una herramienta adaptada para ser aplicada en el marco de la Salvaguarda Social de la Dirección General de Programas y Proyectos Sectoriales y Especiales (DGPPSE) de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.

El siguiente instrumento fue diseñado para evaluar aquellos aspectos que mínimamente introducen acciones tendientes a adecuar el servicio de salud a las características culturales de la población a cargo, haciéndolos accesibles desde el punto de vista cultural y permitiendo a su vez determinar el grado de adecuación del efector. Estos aspectos fueron seleccionados en base a aprendizajes desarrollados por otros países latinoamericanos y a la experiencia del equipo técnico de la Salvaguarda Social de la DGPPSE producto de todas las instancias participativas nacionales, provinciales y locales en el marco de los Proyectos FESP I y II, Nacer, Sumar, Paces y Proteger.

Esta herramienta fue creada para ser utilizada en el marco de Proyectos de Financiación Internacional en Salud, específicamente el PACES. Una vez realizada la evaluación, se espera que el efector pueda plantear estrategias y actividades tendientes a mejorar su desempeño en cada uno de los aspectos evaluados.

El propósito de esta estrategia es que pueda contarse con una serie de mediciones anuales que puedan mostrar el grado de avance del efector, y que al mismo tiempo su desempeño pueda ser comparado de manera eficaz con el de otros efectores. El desafío fue lograr una serie de indicadores que sean aplicables a establecimientos de todo el país, teniendo en cuenta las diferencias existentes tanto entre los diferentes pueblos originarios de las provincias, así como los diferentes contextos en los que desempeña su actividad el efector (rural/urbano).

En el caso de los pueblos originarios, para mejorar la accesibilidad al sistema de salud se requiere, entre otras cosas, ofrecer servicios de salud acordes a las necesidades de la población. En este sentido, las estrategias deben ser modificadas ampliando su enfoque de manera que tomen en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género de los pueblos indígenas, así como sus modalidades de organización social, factores importantes todos ellos en el mantenimiento o pérdida de la salud.

Aquí, al hablar de **pueblos indígenas** se hace referencia a los grupos sociales que se auto identifican como descendientes de poblaciones que habitaron en la época de la conquista, colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera sea su situación jurídica, conservan voluntariamente instituciones sociales, económicas, culturales y políticas propias (Convenio 169 OIT¹⁷).

17 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/470/norma.htm>

Metodología

Se seleccionaron 10 aspectos a evaluar. De cada uno de ellos, el efector deberá identificar en qué estadio se encuentra. El puntaje asignado a la evaluación es de 0 a 10, donde 0 es el valor extremo de “una deficiente adecuación intercultural del establecimiento” y 10 el valor extremo de “una apropiada adecuación intercultural del establecimiento”. Cada uno de los estadios es superior al anterior (por tanto al elegir un estadio se excluyen los demás) en todos los puntos excepto en “comunicación” y “adecuación del parto” (en estos casos se pueden seleccionar todos las opciones que apliquen las cuales se sumaran para obtener el resultado final).

Cada efector completará la evaluación, para lo que a continuación se realiza una descripción de cada uno de los aspectos a evaluar, con los criterios a tener en cuenta a la hora de seleccionar el estadio de cada uno.

En tal sentido, se diferenció en la matriz a aquellos efectores que poseen maternidad y realizan partos, de aquellos que no lo hacen. La misma será completada en Excel de manera conjunta por un responsable de PACES y un responsable del efector (director/a o designado para tal fin).

Una vez completada, la matriz deberá ser enviada al equipo de Salvaguarda Social de la DGPPSE quien procesará la información y hará una devolución con recomendaciones.

Matriz para efectores sin maternidad y su ponderación de cada aspecto

Indicador	Puntaje	Ponderación	Total
Salud Familiar y Comunitaria		12%	0
Capacitación en interculturalidad para recurso humano		8%	0
Recurso humano intercultural		8%	0
Comunicación (para promoción, prevención y atención)		6%	0
Rondas (sólo CAPS)		10%	0
Registro de la variable étnica		14%	0
Cobertura Efectiva Básica		13%	0
Medicina tradicional		14%	0
Participación		15%	0
TOTAL		100%	0

Matriz para hospitales con maternidad y su ponderación para cada aspecto

Indicador	Puntaje	Ponderación	Total
Salud Familiar y Comunitaria		12%	0
Capacitación en interculturalidad para recurso humano		8%	0

Recurso humano intercultural		8%	0
Comunicación (para promoción, prevención y atención)		6%	0
Adecuación cultural relativa al parto (sólo hospitales con maternidad)		10%	0
Registro de la variable étnica		14%	0
Cobertura Efectiva Básica		13%	0
Medicina tradicional		14%	0
Participación		15%	0
TOTAL		100%	0

1. Estructura de la Matriz

a. Salud Familiar y Comunitaria

Pasar de un paradigma de empadronamiento a otro de responsabilidad nominada implica el trabajo de un sistema de salud comprometido con el territorio, para lo que es necesario un equipo de salud con agentes o promotores de salud adecuado y capacitado y la organización de sectores de salud bajo su responsabilidad.

Siguiendo los lineamientos de la Cobertura Universal de Salud (CUS), por **Población a cargo** se entiende a aquella que se encuentra en el área de responsabilidad y que debe ser cubierta asistencial y preventivamente por el centro de salud. Es decir, el establecimiento de salud tiene la responsabilidad sanitaria o es referencia para su efectivo acceso al sistema de salud. En este caso, se considera que el tener un adecuado conocimiento de la población indígena a cargo es un paso fundamental hacia un establecimiento culturalmente accesible.

Salud Familiar y Comunitaria		Puntaje
A	El centro de salud no cuenta con una definición del área de responsabilidad	0
B	El centro de salud tiene su área de responsabilidad definida y cuenta con una nómina de su población indígena a cargo	6
C	El centro de salud tiene su área de responsabilidad definida y cuenta con una nómina de su población indígena a cargo cartografiada y/o georreferenciada	7
D	El centro de salud cumple con el punto anterior y hasta el 50% de la población indígena a cargo del efector se encuentra adscriptas bajo la responsabilidad de promotores de salud y del resto del equipo de salud, Centro de Salud o CIC que forma parte	8
E	El centro de salud cumple con el punto anterior y más del 50% de la población indígena a cargo del efector se encuentra adscriptas bajo la responsabilidad de promotores de salud y del resto del equipo de salud, Centro de Salud o CIC que forma parte	9
F	El centro de salud cumple con el punto anterior y, de manera SISTEMÁTICA/PERIÓDICA realiza informe sanitario que permita registrar la información de cada familia sobre los determinantes sociales, los factores de riesgo, las condiciones de salud y enfermedades específicas, mortalidad y condiciones que definen a las familias críticas	10

b. Capacitación en interculturalidad para recurso humano

En muchas ocasiones existe desconocimiento en el equipo de salud respecto de las prácticas tradicionales y populares relativas a la salud y a la enfermedad de su población indígena a cargo.

Disminuir este desconocimiento, particularmente en los servicios de salud del primer nivel de atención, depende en gran parte de la formación y competencia del personal que atiende a la población indígena. Por este motivo se plantea la necesidad de incorporar un enfoque intercultural de la salud y una estrategia de sensibilización tendiente a modificar la percepción y sobre todo las prácticas del equipo de salud en situaciones interculturales.

Aquí se considera como valor mínimo al menos una capacitación entre los últimos 13 a 24 meses en el efector, ya sea una capacitación en servicio o fuera del espacio en donde se realiza la tarea, virtual o presencial. Se toma como valor máximo que se realice al menos una capacitación en el último año y que la misma esté dictada por referentes de pueblos indígenas, ya que consideramos que son los idóneos para brindar dichas capacitaciones.

Capacitación en interculturalidad para recurso humano		Puntaje
A	El personal de salud del efector no ha recibido capacitaciones relacionadas a aspectos interculturales ¹⁸ en los últimos 2 años	0
B	El personal de salud del efector recibió al menos una capacitación relacionada a aspectos interculturales entre los últimos 13 y 24 meses	5
C	El personal de salud del efector recibió al menos una capacitación relacionada a aspectos interculturales en los últimos 12 meses	7
D	El personal de salud del efector recibió al menos una capacitación relacionada a aspectos interculturales en los últimos 12 meses dictada por referentes de pueblos indígenas	10

c. Recurso humano intercultural

Dentro de las estrategias de adecuación intercultural, se encuentra aquella que buscan componer el equipo de salud con profesionales de las propias comunidades o conocedores de las prácticas sanitarias y del idioma de la población indígena.

Aquí, el menor puntaje se obtiene si el efector no cuenta en su equipo con personal perteneciente a pueblos originarios. Por su parte, la mayor valorización se obtiene cuando el efector cuenta con al menos un integrante perteneciente a alguno de los pueblos indígenas a cargo.

Recurso humano intercultural		Puntaje
A	El efector no cuenta con miembro del equipo de salud que conozca el idioma y/o costumbres sanitarias de su población indígena a cargo	0
B	El efector cuenta con miembro del equipo de salud que conozca el idioma y/o costumbres sanitarias de su población indígena a cargo.	5

¹⁸ “Aspectos interculturales”: participación comunitaria, producción de información de salud teniendo en cuenta la diversidad cultural de la población, accesibilidad cultural, prácticas medicinales tradicionales, creencias y representaciones sobre la salud, la enfermedad y la atención, marco legal, etc.

C	El efector cuenta con miembro del equipo de salud que conozca el idioma y/o costumbres sanitarias de su población indígena a cargo y que ha recibido capacitación en aspectos interculturales de la salud	7
D	El efector cuenta con al menos un miembro del equipo de salud perteneciente a alguno de los pueblos indígenas de su población indígena a cargo	10

d. Comunicación (para promoción, prevención y atención)

Las barreras lingüísticas y de comunicación intercultural juegan un papel importante en la relación de las poblaciones indígenas con las instituciones públicas de salud. De parte de los usuarios se manifiesta una resistencia al uso de los servicios. El lenguaje utilizado por los/as médicos/as dificulta la comunicación e imposibilita la empatía y confianza de las/os usuarias/os. La escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como la vacunación, la extracción de sangre, medición de presión, o algunas prácticas más invasivas, terminan por distanciar definitivamente a los actores del proceso terapéutico.

Médicos/as y usuarias/os del sistema no sólo en muchos casos hablan idiomas distintos sino que operan visiones del mundo a menudo contrapuestas, y no siempre encuentran los puntos de contacto intercultural.

Consideramos aquí que la presencia de un/una facilitador/dora intercultural permite mejorar la adherencia a los tratamientos, al identificarse con la enfermedad y lograr la recuperación o rehabilitación.

En el caso de este punto no se evalúa por estadios superadores, sino que cada uno de los puntos (A, B, C y D) son independientes, pudiendo seleccionarse más de uno que luego serán sumados para obtener el puntaje final del bloque.

Comunicación (para promoción, prevención y atención)		Puntaje
A	El centro de salud no cuenta con ninguna adecuación cultural relativa a la comunicación	0
B	El centro de salud cuenta con adecuación cultural relativa a la información y comunicación gráfica y/o audiovisual	3
C	El centro de salud cuenta con herramientas culturalmente adecuadas para asegurar la adhesión al tratamiento (recetarios, indicaciones verbales o escritas, etc.)	3
D	El centro de salud cuenta con un facilitador cultural ¹⁹ perteneciente a pueblos originarios que favorezca la comunicación entre el sistema de salud y la comunidad	4
SUMA		10

¹⁹ Se entiende por "facilitador intercultural" a aquellas personas que brindan servicios de atención para la salud y/o orientación de la población indígena dentro del establecimiento.

e. Rondas (sólo CAPS)

La ronda sanitaria es una de las prestación extramuros más sistemática de abordaje territorial del sistema de salud. Esta reduce barreras de accesibilidad y es muy valorada y demandada por las comunidades indígenas en los espacios de participación y consulta.

En el marco del proyecto PACES, hay una prestación específica: “ronda sanitaria completa orientada a la detección de población de riesgo en población indígena” la cual consideramos de una valoración media si se realiza, registra y factura.

En el marco de la ronda, y si la misma está acompañada de un profesional habilitado para realizar un control de salud, se puede facturar otra prestación del PACES específica para población indígena: “control individual de salud individual para población indígena en terreno”. La realización, registro y facturación de ambas prestaciones tiene una valorización máxima en el marco de este diagnóstico.

Rondas (sólo CAPS)		Puntaje
A	El centro de salud no realiza la “ronda sanitaria completa orientada a la detección de población de riesgo en población indígena”	0
B	El centro de salud realiza la “ronda sanitaria completa orientada a la detección de población de riesgo en población indígena”, la registra pero no la factura	4
C	El centro de salud realiza la “ronda sanitaria completa orientada a la detección de población de riesgo en población indígena”, la registra y factura	6
D	Cumple con la anterior y la ronda es acompañada por un/una médico/a que realiza el “control individual de salud individual para población indígena en terreno”, la registra pero no factura esa prestación	8
E	Cumple con la anterior y la ronda es acompañada por un/una médico/a que realiza el “control individual de salud individual para población indígena en terreno” y el centro de salud la registra y la factura	10

f. Adecuación cultural relativa al parto (sólo hospitales con maternidad)

Cuando hablamos de parto culturalmente respetado nos referimos a una atención sanitaria caracterizada por el respeto a los derechos de las mujeres gestantes y recién nacidos, en consonancia con sus prácticas culturales, costumbres, necesidades y deseos, para garantizar así las mejores condiciones de confort y seguridad.

Al realizar adecuaciones culturales relativas al parto²⁰, el efector está contribuyendo a mejorar la aceptabilidad de los servicios de salud frente a la población indígena. Así, tienden a reducir las desigualdades en salud materna e infantil, promover el empoderamiento de las mujeres y su capacidad de decisión, e impulsar modelos para la atención al parto con perspectiva

20 Se entienden por adecuaciones culturales relativas al parto acciones tales como parto vertical, presencia de parteras tradicionales u otras figuras, tratamientos rituales pre y post parto, entrega de placenta y/o cordón umbilical, entre otros, así como adecuaciones edilicias relacionadas con las prácticas tradicionales de pre y post parto.

intercultural. En el caso de este punto, al igual que en el de Comunicación, no se evalúa por estadios superadores, sino que cada uno de los puntos (A, B, C, etc.) son independientes, pudiendo seleccionarse más de uno que luego serán sumados para obtener el puntaje final del bloque.

Adecuación cultural relativa al parto (sólo hospitales con maternidad)		Puntaje
A	El personal del efector no tiene conocimiento sobre las particularidades de atención al parto culturalmente adecuado	0
B	El personal tiene conocimiento y ha recibido capacitación sobre las particularidades sobre atención al preparto, parto y posparto culturalmente adecuado	1
C	El efector facilita y/o gestiona alojamiento para el grupo familiar durante preparto, parto y posparto	2
D	El efector posee sala de preparto y/o parto y/o posparto culturalmente adecuadas (decoración, disposición y tipo de mobiliario)	3
E	El efector realiza entre 1 y 2 adecuaciones culturales relativas a la atención del preparto, parto y postparto (diferentes a C y D). Especifique en "observación complementaria"	1
F	El efector realiza entre 3 y 5 adecuaciones culturales relativas a la atención del preparto, parto y postparto (diferentes a C y D). Especifique en "observación complementaria"	1
G	El efector realiza 6 o más adecuaciones culturales relativas a la atención del preparto, parto y postparto (diferentes a C y D). Especifique en "observación complementaria"	2
SUMA		10

g. Registro de la variable étnica

Consideramos que es fundamental el fortalecimiento del registro de la variable étnica en los registros de salud del efector, con el objetivo final de que pueda contarse con información confiable y continua. Esto llevará a tomar decisiones de manera informada que permita responder a las necesidades y las características particulares de los miembros de estas poblaciones. Además, los datos desglosados y de calidad permitirán realizar un seguimiento del impacto de las políticas públicas y de los resultados en materia de salud.

Cuando hablamos del *registro en forma desagregada* de la variable, nos referimos específicamente a que se pregunte sistemática y adecuadamente a la persona si pertenece o no a un pueblo indígena y cuenten con espacio en sus registros para dejar asentada dicha respuesta. Además de un campo con variable binaria del tipo SI/NO, lo más indicado sería contar con un campo donde se pueda registrar a qué pueblo originario pertenece (p.e. mapuche, calchaquí, mbyá guaraní, entre otros).

Registro de la variable étnica		Puntaje
A	El centro de salud no registra la variable de pueblos indígenas en sus registros de salud	0
B	El centro de salud registra la variable de pueblos indígenas en sus registros de salud	5
C	El centro de salud registra en forma desagregada la variable de pueblos indígenas y realiza acciones para mejorar el registro (por ej: Capacitaciones respecto al uso de variable étnica, acciones de comunicación que estimulen a la población a auto	7

	identificarse, incorporar el campo variable étnica en los registros físicos y digitales, participación de la comunidad en la recolección de datos, otros)	
D	El centro de salud realiza un análisis de situación de salud de su población a cargo desagregando la variable de pueblos originarios, para la toma de decisiones	9
E	El centro de salud cuenta con un plan de acción culturalmente pertinente dirigido a promover la salud, prevenir, detectar, diagnosticar y tratar eficaz y oportunamente a pacientes de las comunidades originarias, basado en el análisis de situación de salud de su población a cargo	10

h. Cobertura Efectiva Básica

La Cobertura Efectiva Básica (CEB) es una estrategia para procurar que los/as usuarios y usuarias del Programa PACES reciban al menos una prestación en un intervalo de tiempo de 12 meses, y que la misma cuente con los atributos de calidad para que sea facturada y efectivamente aprobada por el Programa. Este requisito se realiza con el objetivo de promover el acceso efectivo de los beneficiarios al conjunto de prestaciones de salud priorizadas por el programa, así como estimular e incentivar el seguimiento individualizado del nivel de utilización de servicios de salud por parte de la población inscrita.

Es por ello que, en el marco del PACES, hemos tomado este aspecto, considerando que la CEB para población indígena es factible de mejorar su desempeño por medio de diferentes estrategias. Las mismas comprenden desde una reducción en las barreras de acceso al efector para población indígena (especialmente culturales), hasta una búsqueda activa de beneficiarios indígenas, especialmente en lo que respecta a hombres adultos, quienes son los más reticentes a realizar consultas médicas de tipo preventivo.

Cobertura Efectiva Básica		Puntaje
A	La Cobertura Efectiva Básica (CEB) de la población indígena inscrita es menor o igual al 10%	0
B	La Cobertura Efectiva Básica (CEB) de la población indígena inscrita está entre el 11% y el 25%	2
C	La Cobertura Efectiva Básica (CEB) de la población indígena inscrita está entre el 26% y el 50%.	5
D	La Cobertura Efectiva Básica (CEB) de la población indígena inscrita se encuentra entre el 51% y el 75%	7
E	La Cobertura Efectiva Básica (CEB) de la población indígena inscrita es mayor o igual al 76%	10

i. Medicina tradicional

A través de la implementación de la medicina tradicional, se busca potenciar el diálogo de saberes que facilite el desarrollo y el fortalecimiento de modelos interculturales de salud como una forma de lograr la atención centrada en las necesidades de las personas y las comunidades. Una condición necesaria para el diálogo de saberes es la revalorización y la promoción de los conocimientos, las prácticas y las expresiones culturales tradicionales. Aprovechar la

contribución posible de la medicina tradicional y complementaria para la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en la persona es uno de los objetivos de la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023²¹.

Medicina tradicional		Puntaje
A	El personal de salud del efector no conoce si las poblaciones indígenas a su cargo utilizan prácticas de salud tradicionales ni la existencia de especialistas dentro de las comunidades que realicen estas prácticas	0
B	El personal de salud del efector tiene conocimiento de las prácticas de salud tradicionales de las poblaciones indígenas a su cargo y/o conoce la existencia de especialistas dentro de las comunidades que realicen estas prácticas	3
C	El personal de salud del efector realiza recomendaciones basadas en su conocimiento de las prácticas de salud tradicionales de las poblaciones indígenas a su cargo	6
D	Existe derivación de pacientes (informal) entre el personal de salud del efector y las/os especialistas de salud tradicionales	9
E	Las/os especialistas de salud tradicional de las comunidades realizan prácticas al interior del efector en días y horarios pre-acordados	10

j. Participación

Entendemos que la participación es inherente a la incorporación de la dimensión intercultural en la salud, ya sea en los espacios de programación, intervención y/o seguimiento de programas, políticas y hasta del sistema de salud. La participación “es un proceso que enlaza necesariamente a los sujetos y los grupos; la participación de alguien en algo, relaciona a ese uno con los otros también involucrados. Ser participante implica ser coagente, copartícipe, cooperante, coautor, corresponsable” (Migallón Sanz 2005:27).

Los diferentes estadios de este aspecto a evaluar, implican un creciente grado de participación en la toma de decisiones de las poblaciones indígenas en aquellas cuestiones que les afectan. Pasando de la falta de información (A), a simplemente estar informados (B), luego a no sólo estar informados sino a expresar opinión informada (C), lograr que su opinión sea tenida en cuenta (D) y finalizando en ser corresponsable en la toma de decisiones (E).

Participación		Puntaje
A	El efector no posee espacios de participación ni trabaja con representantes y/o miembros de pueblos indígenas de su población a cargo	0
B	El efector informa a su población indígena a cargo sobre el estado de salud de la comunidad así como de las acciones realizadas y planificadas	4

21 Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra (Suiza): OMS; 2013. <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21201es/>

C	El centro de salud posee y/o integra una mesa de participación de la que forman parte representantes y/o miembros de los pueblos indígenas de su población a cargo con agenda periódica	7
D	La mesa de participación releva las barreras de acceso y necesidades particulares de los pueblos indígenas y elabora una planificación de acciones con adecuación intercultural destinadas a superarlas	8
E	La mesa de participación monitorea la ejecución del plan de acciones con adecuación intercultural y lo re planifica en base a lo ejecutado	10

2. Resultados de la evaluación

En base al puntaje resultado de la evaluación, se ubicará al establecimiento según la siguiente clasificación:

Referencias Matriz ponderada de evaluación de efectores con pertinencia intercultural		
Puntaje	Descripción	Identificación cromática
0 a 2	Escasa o nula adecuación cultural	Rojo
2 a 4	Baja adecuación cultural	Naranja
4 a 6	Adecuación cultural moderada	Amarillo
6 a 8	Realiza una buena adecuación cultural	Verde
8 a 10	Se constituye como establecimiento de Referencia de adecuación cultural	Verde

ANEXO II

1 MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL NACIONAL PARA LAS POBLACIONES INDÍGENAS

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

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

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

Tratados internacionales

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

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

Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU).

Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural (UNESCO).

Declaración Universal de Derechos Lingüísticos (UNESCO).

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

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

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

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

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

Ley 24.544 Aprobación del Convenio constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe. Boletín Oficial, 20 de Octubre de 1995.

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

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

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

Legislación nacional (por temática específica en salud o relacionada)

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

	<p>Ley 25.326 Principios generales relativos a la protección de datos. Sancionada: Octubre 4 de 2000. Promulgada Parcialmente: Octubre 30 de 2000.</p> <p>Ley 24.956 Censo Aborigen Boletín Oficial, 28 de Mayo de 1998.</p> <p>Ley 25.607. Establece la realización de una campaña de difusión de los derechos de los pueblos indígenas. Sancionada: Junio 12 de 2002. Promulgada: Julio 4 de 2002.</p> <p>Decreto 701/2010 establece al INAI como encargado de coordinar, articular y asistir al seguimiento y estudio del cumplimiento de las directivas y acciones dispuestas en la Ley 25517.</p> <p>Decreto 702/2010 Incorporación al INAI de la Dirección de afirmación de los derechos indígenas.</p> <p>Decreto 672/2016 Creación del Consejo Consultivo y Participativo de los Pueblos Indígenas de la República Argentina.</p>
Identidad Cultural	<p>Ley 24.515. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. Sancionada: Julio 5 de 1995.</p> <p>Ley 24.874 Poblaciones Indígenas del Mundo Declárase de interés nacional, cultural, educativo y legislativo, el Decenio Internacional de Las Poblaciones Indígenas del Mundo. Sancionada: Septiembre 3 de 1997. Promulgada: Septiembre 23 de 1997. B.O.: 29/09/97.</p> <p>Resolución 170/2005 Comité Federal de Radiodifusión Comunidad Mapuche Linares Promulgada 15/03/2005 Publicada 21/03/2005.</p> <p>Resolución 931/2005 Comité Federal de Radiodifusión Comunidad Mapuche Lefiman Promulgada 02/08/ 2005 Publicada 08/08/2005.</p> <p>Ley Nº 25517 Deberán ser puestos a disposición de los pueblos indígenas y/o comunidades de pertenencia que lo reclamen, los restos mortales de aborígenes, que formen parte de museos y/o colecciones públicas o privadas.</p> <p>Ley Nº 25.607 Campaña de difusión de los derechos de los pueblos originarios.</p> <p>Decreto 700/2010 Se crea la Comisión de análisis e instrumentación de la propiedad comunitaria indígena.</p>
Espiritualidad	<p>Ley 21.745. Registro de Cultos. Buenos Aires, Febrero de 1977.</p>

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

6. El Marco Jurídico presentado implica las siguientes acciones

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

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

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

Decreto 3225/04: Crea el Registro Provincial de Comunidades Indígenas.
Decreto 2324/06: Instaura el Programa “Derechos Humanos e Interculturalidad”.
Decreto 3631/07: Reglamenta la Ley 11.331 y crea el Consejo Provincial de Asuntos Indígenas.
Ley Nº 11.331: Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes.
Ley Nº 13.115: Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional Nº 25.607, que establece la realización de una campaña de difusión de los derechos de los Pueblos Indígenas contenidos en el inciso 17 del Art. 75 de la Constitución Nacional.
Decreto 1859/2004: Determina como autoridad de aplicación de la ley 13.115 a la Secretaría de Derechos Humanos.
Decreto 3225/04: Creación del Registro Provincial de Comunidades Indígenas.
CATAMARCA
Ley Nº 5.138/05: Adhesión de la Provincia de Catamarca a la Ley Nacional 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes y su modificatoria
Ley Nacional N. 25.799.
CHACO
Constitución provincial (1994), art. 37. La Provincia reconoce la preexistencia de los pueblos indígenas, su identidad étnica y cultural; la personería jurídica de sus comunidades y organizaciones; y promueve su protagonismo a través de sus propias instituciones; la propiedad comunitaria inmediata de la tierra que tradicionalmente ocupan y las otorgadas en reserva. Dispondrá la entrega de otras aptas y suficientes para su desarrollo humano, que serán adjudicadas como reparación histórica, en forma gratuita, exentas de todo gravamen. Serán inembargables, imprescriptibles, indivisibles e intransferibles a terceros. El Estado les asegurará: a) La educación bilingüe e intercultural. b) La participación en la protección, preservación, recuperación de los recursos naturales y de los demás intereses que los afecten y en el desarrollo sustentable. c) Su elevación socio-económica con planes adecuados. d) La creación de un registro especial de comunidades y organizaciones indígenas.
Ley Nº 3258/86: Principios generales, adjudicación de las tierras, educación y cultura, salud, vivienda, registro y documentación de las personas, creación del Instituto del Aborigen Chaqueño (IDACH), Dirección y Administración del IDACH, Patrimonio y Recursos. Decreto Reglamentario: 2749/87.
Ley Nº 4804/00: Creación del Registro especial de comunidades y organizaciones indígenas.
Ley 6604/2010: Declara lenguas oficiales de la provincia, además del castellano español a las de los pueblos preexistentes Qom, Moqoit y Wichi, conforme las garantías establecidas por

las Constituciones Nacional y Provincial y normativas complementarias. Crea el Consejo Provincial Asesor de Lenguas Indígenas, como organismo técnico político y de concertación.

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

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

CHUBUT

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

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

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

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

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

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

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

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

CORDOBA

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

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

CORRIENTES

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

ENTRE RIOS

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

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

FORMOSA

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

Ley Nº 426/84: Ley Integral del Aborigen. Tiene por objeto la preservación de las comunidades aborígenes, defensa de sus patrimonios y tradiciones. Crea el Instituto de Comunidades Aborígenes (ICA).

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

Ley N° 1261/97: Dirección de Educación del Aborigen. Créase la Dirección de Educación del Aborigen en el ámbito de la Subsecretaría de Educación.

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

JUJUY

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

Ley N° 4731/93: Ley provincial de educación: uno de los principios a contemplarse dentro de la política educativa es el respeto por las culturas aborígenes.

LA PAMPA

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

Ley N° 1228/90: Adhesión a la Ley Nacional 23.302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes. Crea el Consejo Provincial del Aborigen. Creación del Programa Fomento de la Comunidad Aborigen que tendrá como objetivo, resguardando sus pautas culturales, profundizar la integración y el desarrollo de la población aborigen en la Provincia de La Pampa. Elaboración del Programa a cargo de una Unidad Coordinadora Interministerial.

Ley N° 2511/09 : Ley de Educación Provincial: Establece como modalidad del sistema educativo a la educación intercultural bilingüe a fin de contribuir a rescatar y fortalecer la cultura de los pueblos indígenas.

LA RIOJA

Ley N° 8678/09: Ley Provincial de Educación. Establece la modalidad educativa intercultural y bilingüe, garantizando así lo dispuesto en el artículo 75 inc. 17 de la Constitución Nacional en relación a los pueblos indígenas.

MISIONES

Constitución provincial (2003), A través de la Ley N° 4.000/03 se modifica la constitución provincial (artículo 9 del Título Segundo, Capítulo Unico): reconoce la preexistencia étnica y cultural del pueblo indígena Mbya y la posesión comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupa, procurando fomentar el respeto a su identidad, el derecho a la educación bilingüe e intercultural, la participación en la gestión de sus recursos naturales, los servicios propios de salud y demás intereses que los afecten.

- Ley N° 2727/89 y el Decreto N° 660/04: establecen la creación y competencias de la Dirección Provincial de Asuntos Guaraníes, como el organismo administrativo centralizado, dependiente del Gobierno Provincial. Se delimitan funciones y obligaciones en torno a la

Salud, Educación, acceso a la Tierra, Viviendas, Registro de comunidades, fomento de actividades productivas y la preservación de pautas culturales.

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

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

MENDOZA

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

NEUQUEN

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

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

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

RIO NEGRO

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

- Decreto N° 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 2287/88 Decreto 2924/88. Tiene por objeto el tratamiento integral de la situación jurídica, económica y social, individual y colectiva de la población indígena, reconocer y garantizar la existencia institucional de las comunidades y sus organizaciones, así como el

derecho a la autodeterminación dentro del marco constitucional, implicando un real respeto por sus tradiciones, creencias y actuales formas de vida.

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

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

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

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

SALTA

Constitución provincial (1998), Artículo 15: Pueblos Indígenas

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

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

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

II. El Gobierno Provincial genera mecanismos que permitan, tanto a los pobladores indígenas como no indígenas, con su efectiva participación, consensuar soluciones en lo relativo con la tierra fiscal, respetando los derechos de terceros.

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

Ley Nº 7121/00: Desarrollo de los pueblos indígenas. Su objetivo principal es promover el desarrollo pleno del indígena y de sus comunidades, fomentando su integración en la vida

provincial y nacional. Asimismo, establece la creación del Instituto Provincial de los Pueblos Indígenas de Salta.

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

SAN JUAN

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

SAN LUIS

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

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

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

SANTA CRUZ

Constitución provincial, Art. 26: La cultura es un derecho fundamental. El Estado impulsa las siguientes acciones, entre otras: la promoción, protección y difusión del folclore, las artesanías y demás manifestaciones; el reconocimiento a la identidad y respeto a la diversidad cultural, la convivencia, la tolerancia y la inclusión social, estimulando el intercambio desde una perspectiva latinoamericana; la protección, preservación y divulgación de los bienes culturales, el patrimonio tangible e intangible, histórico, artístico, arqueológico, arquitectónico y paisajístico; la aplicación de las nuevas tecnologías de la comunicación para la producción cultural. Los fondos para su financiamiento no podrán ser inferiores al uno por ciento de las rentas no afectadas del total de las autorizadas en la ley de presupuesto.

Art. 33: La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de sus pueblos originarios. Asegura el respeto a su identidad, la recuperación y conservación de su patrimonio y herencia cultural, la personería de sus comunidades y la propiedad comunitaria inmediata de la tierra que tradicionalmente ocupan. La ley dispondrá la entrega de otras, aptas y suficientes para su desarrollo humano, que serán adjudicadas como reparación histórica en

forma gratuita. Serán, indivisibles e intransferibles a terceros. Reconoce a los pueblos originarios el derecho a una educación bilingüe e intercultural, a sus conocimientos ancestrales y producciones culturales, a participar en la protección, preservación y recuperación de los recursos naturales vinculados a su entorno y subsistencia, a su elevación socio-económica con planes adecuados y al efectivo respeto por sus tradiciones, creencias y formas de vida.

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

SANTA FE

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

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

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

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

SANTIAGO DEL ESTERO

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

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

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

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

Art. 5º: A los efectos de dar cumplimiento con la presente Ley, facultase al Poder Ejecutivo a realizar el relevamiento territorial y socio ambiental que correspondiere.

Ley Nº 6876/07: Ley Provincial de Educación. Asegura a los pueblos indígenas el respeto a su lengua e identidad cultural, promoviendo la valorización de la multiculturalidad en la formación de todos los educandos.

TIERRA DEL FUEGO

Ley 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.

TUCUMAN

Constitución provincial (2006), Art. 149: La Provincia reconoce la preexistencia étnico-cultural, la identidad, la espiritualidad y las instituciones de los Pueblos Indígenas que habitan en el territorio provincial.

Garantiza la educación bilingüe e intercultural y el desarrollo político cultural y social de sus comunidades indígenas, teniendo en cuenta la especial importancia que para estos Pueblos reviste la relación con su Pachamama. Reconoce la personería jurídica de sus comunidades y la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regulará la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos.

Asegura su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten. Se dictarán leyes que garanticen el pleno goce y ejercicio de los derechos consagrados en este artículo.

Ley Nº 5.778/86: Adhesión a la ley nacional 23.302.

2 INSTITUTO NACIONAL DE ASUNTOS INDÍGENAS (INAI)

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

9. El Instituto fue creado a partir de la sanción de la Ley 23.302, en septiembre de 1985 como entidad descentralizada con participación indígena y reglamentada por el Decreto Nº 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.

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

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

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

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

ANEXO III

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

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

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

3. En este sentido, La operacionalización del concepto de interculturalidad en salud implica²²:

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

4. Dichas acciones se implementan desde el Área Técnica de Salvaguarda Social de la DGPFE para los distintos proyectos (FESP I/II, H1N1, Plan NACER/SUMAR y Proteger) así como de la acción de programas de salud con enfoque intercultural (Programa Nacional de Salud Indígena). A través de la Resolución Ministerial 136/2016, se transfirieron a la UFI-S las funciones y competencias de la Salvaguarda Social, incorporando los equipos técnicos a la propia estructura de la UFI-S. El equipo de consultores técnicos, desde 2008, trabajó en la Salvaguarda Social 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”,

²² 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

BIRF N°8508; y la reestructuración del Proyecto de Desarrollo de Seguros Provinciales de Salud – SUMAR, BIRF N° 8516.

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

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

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

7. Este programa tiene por objetivos:

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

1.2 Proyecto de Emergencias H1N1

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

9. Los objetivos específicos fueron:

- 1) Mejorar la capacidad del sistema sanitario argentino para prevenir y vigilar la transmisión del virus de influenza a través de (a) el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica que detecte oportunamente casos de notificación de enfermedades tipo influenza (ETI) y que coordine sus acciones con la vigilancia sanitaria animal, (b) la implementación de campañas de comunicación culturalmente adecuadas a nivel local y de (c) investigaciones operativas para establecer la tendencia y evolución de la enfermedad.

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

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

1.3 Proyecto FESP I/II

11. La Salvaguarda Social 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 Social, se consiguió que la misma se instalara en las agendas de las gestiones provinciales. Por otro lado, se llegó a la elaboración de los Planes para Poblaciones Indígenas (PPI) y su implementación en 12 provincias. En el transcurso del año 2009, 14 provincias elaboraron y ejecutaron sus respectivos PPI. Actualmente se están definiendo herramientas para superar las debilidades detectadas en los mecanismos de registro y evaluación de las actividades ejecutadas.

12. El segundo criterio de abordaje hizo referencia a la estrategia que se planteó la Unidad Coordinadora (UC) para la articulación en el ámbito del MSAL y su área específica representada en un primer momento, tal como se detalla precedentemente, por el Programa ANAHÍ. Los procesos de reestructuración que afectaron a dicho programa marcaron un debilitamiento en su rol inicial de rectoría y asistencia técnica durante la instrumentación de la Salvaguarda Social y el diseño, ejecución y evaluación de los PPI. La Salvaguarda durante ese período asumió la responsabilidad de asistir y fortalecer a las provincias para que se cumpliera en tiempo y forma con la elaboración de los PPI. Por otra parte, se realizaron tareas conjuntas con el Plan Nacer basadas en el intercambio de experiencias en la gestión y el abordaje a las poblaciones originarias, con el propósito de potenciar y complementar los objetivos de ambos proyectos.

13. Es así que desde la Salvaguarda Social se fue generando una estrategia de articulación con otros programas del Ministerio (por ej. con el Programa de Salud Sexual y Procreación

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

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

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

1.4 Plan NACER/SUMAR

16. En el marco de las fases 1 y 2 del Préstamo para inversión en el sector materno infantil provincial (PISMIP - Plan Nacer) y del Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud y el Financiamiento Adicional a dicho Proyecto (PDSPPS - Programa SUMAR), como parte de las actividades de la Salvaguarda Social, se han realizado diversos encuentros destinados a la consulta con los representantes de Pueblos Originarios. A su vez, se financiaron estudios específicos²³ y capacitaciones destinadas a efectores que permitieron la ejecución de los PPI.

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

²³ Encuesta de condiciones de salud materno infantil de pueblos originarios y Evaluaciones Sociales de las provincias que activan la OP 4.10

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

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

1.5 Proyecto PROTEGER

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

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

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

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

2 SALVAGUARDA SOCIAL DE LA DGPFE

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

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

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

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

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

27. Con el concepto de Interculturalidad se hace referencia a la a una relación respetuosa entre culturas, que puedan convivir pero que también se integren. La interculturalidad en salud supone reconocer que en el proceso de salud-enfermedad-atención- cuidado se están produciendo y reproduciendo valores, creencias, formas de pensar y de abordar la realidad.

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

29. Los problemas de salud de los pueblos indígenas se ven agravados en muchas ocasiones por la pobreza, el analfabetismo, el desempleo y la carencia de tierras propias a las que están

sometidas. Como consecuencia, además de las enfermedades agudas, se evidencia un ascenso progresivo de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas.

2.1 Estrategia de la salvaguarda

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

31. Respecto de las instituciones podemos distinguir tres niveles:

- a- El **nacional**, cuya capacidad reside en la **determinación de Políticas Públicas Interculturales**, así como en la **gobernanza y rectoría** sobre las mismas a través del **diseño de proyectos y programas** con sus respectivas acciones. Las prácticas populares de atención y su relación conflictiva con la medicina occidental, al igual que el posible aislamiento geográfico, con falta de recursos para el traslado y las diversas barreras culturales, económicas y geográficas, que impidan el acceso de la población indígena a una atención de calidad y una vida saludable son problemas que debe solucionar el Estado a través de la formulación de políticas públicas que respeten los derechos colectivos de los Pueblos Originarios. Esto implica en primer lugar reconocer esta población con su conflicto particular en cada comunidad, y decidir integrar esa comunidad en un trabajo que implique un compromiso institucional desde la provincia.
- b- El **provincial**. A este nivel se fortalece la **capacidad institucional de las provincias para aplicar políticas públicas interculturales**, a través de su propia estructura (áreas específicas de salud indígena) y de la ejecución de proyectos y programas nacionales. Las comunidades indígenas muchas veces experimentan desconfianza hacia la medicina occidental y manifiestan resistencia al uso de los servicios de salud. Esto se debe a su concepción distinta del proceso de del proceso salud-enfermedad y a la dificultad de ser respetados en diferencia desde los servicios de salud. Por eso, y para garantizar los propósitos de lograr equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los destinatarios, la formación del personal de salud debe considerar entre las competencias técnicas y humanas a desarrollar la habilidad para tomar respetuoso contacto y armar vínculos de trabajo sólidos con las diversas comunidades, sean estas indígenas o no.
- c- El **nivel local**, en los que intervienen el gobierno local (municipio) y la red de **efectores del Sistema de Salud y el personal médico** que lo conforma, que son las “presencias estatales” (D’Amico, 2015) con las que interactúan las comunidades.

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

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

acciones que se proponen tienen como finalidad fortalecer una estrategia de abordaje intercultural en salud

34. A nivel provincial:

- La constitución de **Unidades de Salud Indígena (USI)** Provinciales se realizó a través de las ASP del FESP II como parte de una estrategia de fortalecimiento institucional en la temática. Con la misma intención de no superponer acciones y articular las diferentes fuentes de financiamiento que tienen la misma población objetivo, se instó a las provincias a que formaran dichas unidades con RRHH provincial que ya venía trabajando en la temática. De esta manera, de las 16 unidades de Salud Indígena²⁴ creadas a través del FESP II, en 13 participan los referentes del SUMAR, en 6 casos, el referente de la unidad es el mismo que el del Programa Nacional de Salud Indígena y en 5 unidades participa el referente técnico del Proyecto Proteger.
- **Evaluaciones sociales:** las evaluaciones sociales son instrumentos de trabajo que permiten evaluar las condiciones socio sanitarias de los Pueblos Originarios de la provincia. Con anterioridad a la convergencia de las salvaguardas, cada proyecto realizaba su propia evaluación social, lo que derivaba en PPI individuales por proyecto. A partir de la actualización realizada en 2016, la información que poseen las evaluaciones sociales corresponde a los tres proyectos del BM
- **Planes para Pueblos Indígenas:** más allá de que dicho instrumento de planificación es un requisito de la política operacional del BM (OP 4.10), desde la Salvaguarda se viene realizando desde el 2016 de manera sistemática una integración de los PPI de los proyectos FESP II, SUMAR y Proteger. Asimismo, las provincias incorporan en el PPI las actividades propias que surgen de las necesidades detectadas en las **Evaluaciones Sociales**.

35. A nivel local:

- Se vienen realizando con los equipos de Salud **capacitaciones** en los diferentes efectores y localidades centradas principalmente en los aspectos interculturales de la salud y en aquellas cuestiones que el personal de salud debe atender para que su propio accionar no genere una barrera de acceso a los servicios de salud para los Pueblos Originarios. Asimismo, se viene trabajando el fortalecimiento del registro de la variable étnica, lo que permitiría acceder a información sobre la cobertura y el uso del sistema de salud, así como la generación de perfiles epidemiológicos específicos de estas poblaciones. En ambos casos, las actividades se vienen realizando de manera articulada con el área de capacitación del SUMAR
- Otra de las actividades que se realizan a nivel local es la **adecuación intercultural de efectores** a través de una ASP diseñada en el FESP II. La selección de dichos efectores se basó en los 58 efectores priorizados por el SUMAR, también priorizados por el proyecto

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

Proteger para su reorientación a estrategias de atención pertinentes para enfermedades crónicas no transmisibles.

- Actualmente se está pensando en la importancia de incorporar al municipio así como a las fuerzas activas locales como estrategia para incorporar acciones que se puedan realizar sobre los determinantes de la salud que vayan más allá del propio sistema de salud

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

ANEXO IV

Nota técnica: Consultas públicas y participación de los interesados en las operaciones respaldadas por el Banco Mundial cuando las reuniones públicas se encuentran limitadas²⁵

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.

²⁵ 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.

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 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

Acta de consulta

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.

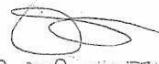
Se explicitó en varias oportunidades la necesidad de contar con más Agentes Sanitarios Indígenas y por tanto que se abra convocatoria para ello. Que el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas se implemente en aquellas provincias en que no aplique.

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.

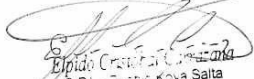
Esta es una primera puesta en común del proyecto. Acá no se cierra el proceso de consulta sino que los representantes vuelven a su territorio y continúan el proceso de consulta con sus comunidades, a fin de que pueda ser volcado en nuevos encuentros.

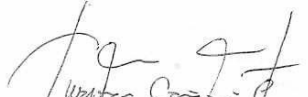

• CPI MAPUCHE TENOCHE B.S. AS. Hugo Victor Gonzalez 20586520
• Diputado delegado Seltz Lopez juncel@n2i.com
• (Aguilera) Mariana Santillan DNI 14897713. CPI Sap del Estero
• Hodius María Gomez 30246472 CPI Sado Juan
• Domínguez Alicia A. Domínguez 6196409 CPI Jujuy
• Muniz Miriam S. Solero 29551234 CPI Corrientes.
• Diario Coraj maria.gomez88@fabc.com.ar CPI Mapuche
2604390536

Opello Dni 23762312
Margarita Abajal
CPI Pueblo Guaraní
- Pcia - Jujuy -


Alfonso Santos Esteban
C.P.I. Director
SALTA - ARGENTINA
DNI 20826411



HILARIO VERA
TITULAR C.P.I. SALTA
PUEBLO AVA GUARANI
REPUBLICA ARGENTINA
DNI 8176461



Elio Crespo
C.P.I. - Pueblo Koya Salta
Sub Coordinador U.C.A.V.


Walter Coria
20236701
CPI - Rio Negro


SAYOKA ROSARIO
C.D.I. CHANTON
Entre Ríos

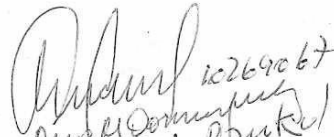

Jorge Luis Pinchevelli
REFERENTE REGION SUR
SREO CPS- INAJ.

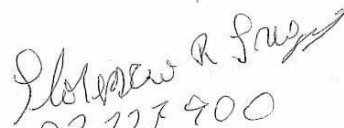

Virginia Cruz
CPI
Pueblo Diagriba Catamarca.

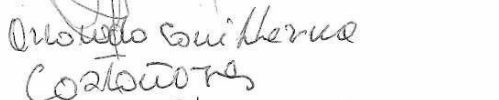

Carlos Alberto
3228896
Pueblo Selknam

RAMON VILLEJOS
CACIQUE AVA GUARANI
COMUNIDAD GUYRAY
DELEGADO SUPLENTE CPI - MISIONES
RESOLUCION N° 13308 / 1 N AN


Gastón Pisul Motornas
33.938.900
Pueblo Wichí (chaco)


Raúl
10269067
CPI Pueblo Ranquel
La Campa


Roberto R. Souza
22 727 900
CPI
Zusumme.


Onofre Guillerme
Coatzenango
14-198.816
C.P.I. Comelchingen CB9

Registro fotográfico



Listado de participantes

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

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

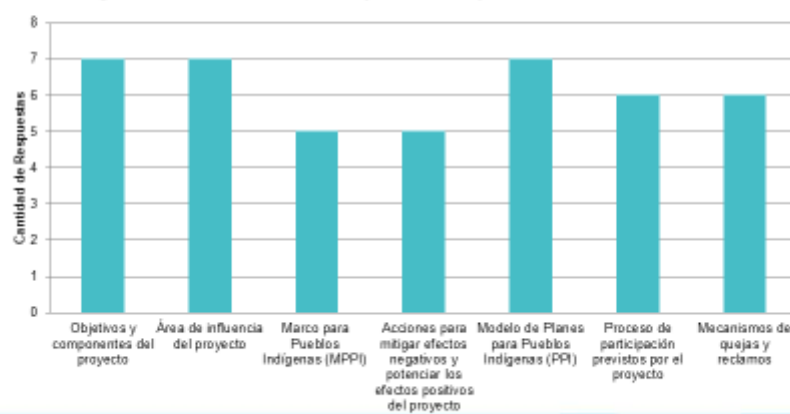


Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

Actividad 1: Resultados de la encuesta

2. Características de la consulta: Resultados

¿Qué información considera que debe ser presentada en las consultas?



Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

Actividad 1

1. Revisión de la encuesta y sus resultados

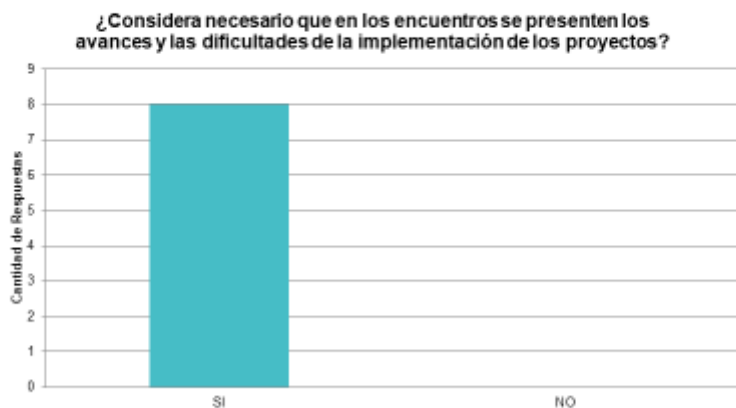
El 18 de Septiembre 2020 se envió una encuesta para indagar las expectativas y características de un proceso de consulta sistemático



Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

Actividad 1: Resultados de la encuesta

2. Características de la consulta: Resultados



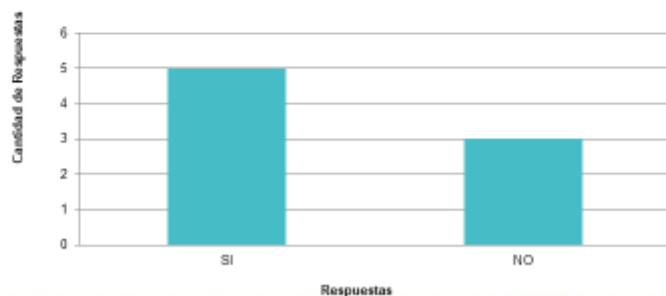
Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

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?



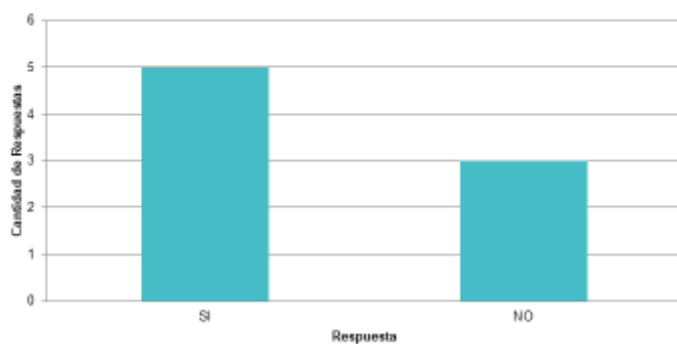
Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

Actividad 1: Resultados de la encuesta

Cuáles? Cachy Yupi;
Protocolo CLPIENOTPO.

2. Características de la consulta: Resultados

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

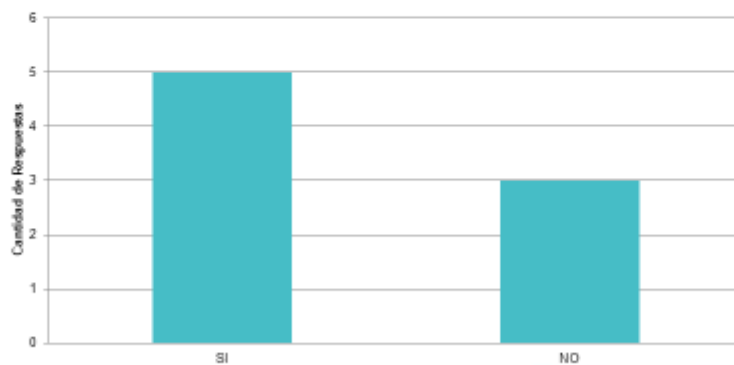


Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

Actividad 1: Resultados de la encuesta

3. Modalidad de la consulta: Resultados

Según su apreciación, ¿cree que es correcto realizar encuentros/consultas a través de la modalidad virtual?



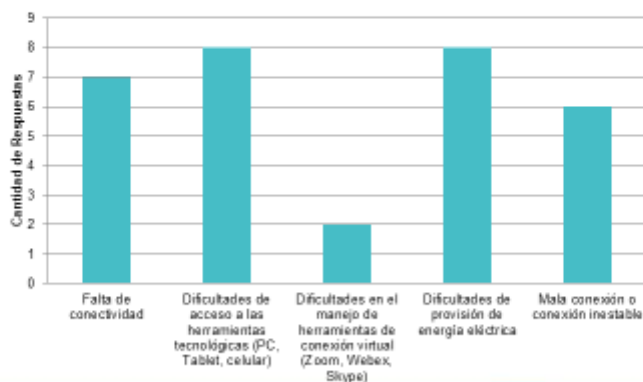
Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

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?

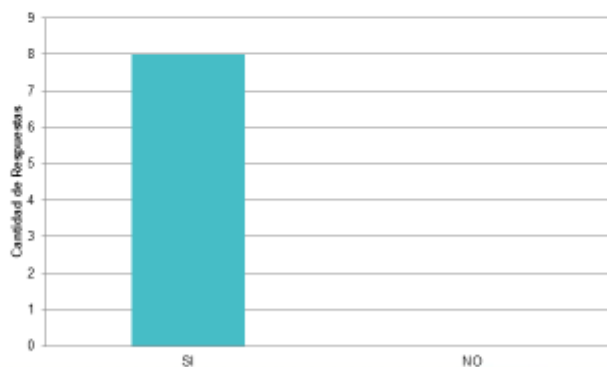


Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

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)?

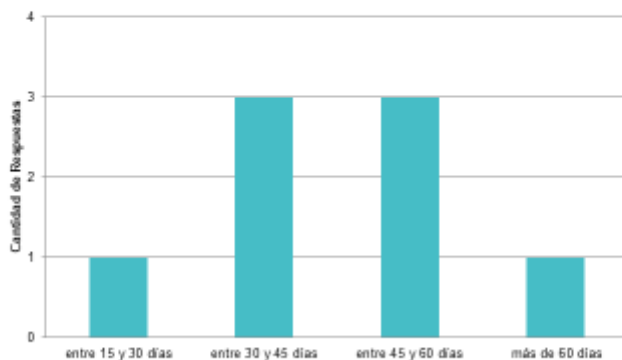


Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

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?



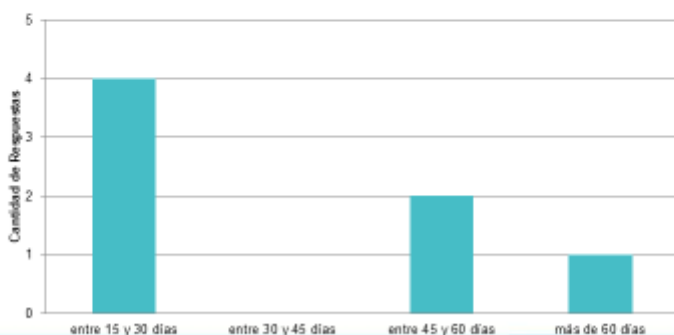
Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

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?

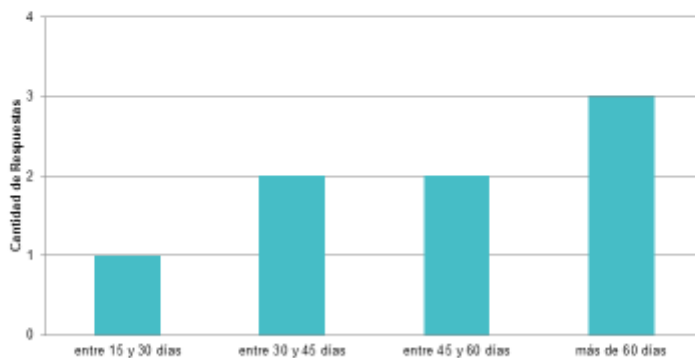


Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

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?



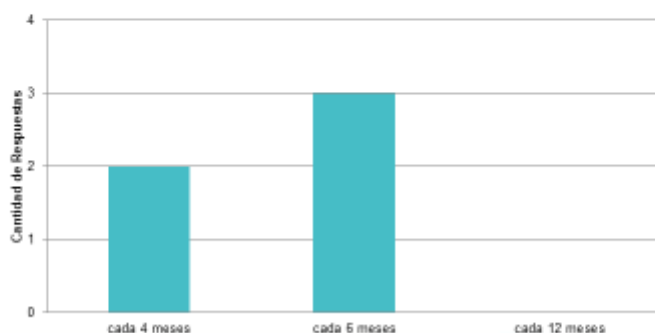
Reunión virtual MESA NACIONAL CPI

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 si 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.

MARCO DE PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS
INDÍGENAS (MPPI) DEL PROGRAMA SUMAR
(PROYECTO BIRF AR-8853) Reestructuración Julio 2020

RESUMEN

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



Ministerio de Salud
Argentina

Programa Sumar

- Es un **seguro público de salud**.
- Brinda prestaciones a sus beneficiarios tanto en terreno como en sus instalaciones.
- Reembolsa a las provincias el precio de las prestaciones (atención) que les han realizado, ya sea en forma de rondas, talleres de prevención y promoción, diagnóstico y atención ambulatoria clínica y por especialidades, teleconsulta, estudios de laboratorio, imágenes, internaciones, atención de contactos estrechos, sospechosos y confirmados de Covid-19, enfermedades complejas, etc.



Programa Sumar

OBJETIVO

Incrementar la cobertura efectiva de servicios de salud, para la población con cobertura pública exclusiva, mediante el fortalecimiento de los Seguros Públicos de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Dar una atención integral y de calidad, adecuada a las características y necesidades de los beneficiarios, considerando los aspectos culturales de los pueblos originarios.



Ministerio de Salud
Argentina

Cobertura Efectiva Básica (CEB)



Busca que los beneficiarios tengan una atención de las consideradas básicas a lo largo de los 12 meses del año.

Sólo dan CEB las prestaciones consideradas esenciales, para que las personas no queden fuera del sistema de salud.

- **Población objetivo**: personas de 0 a 65 años con cobertura pública exclusiva.

A partir de la **pandemia COVID-19**, surge la necesidad de incorporar a la población objetivo a los adultos mayores de 65 años.



Ministerio de Salud
Argentina

Programa Sumar

En respuesta a la declaración de la Emergencia Nacional por la pandemia COVID-19 y el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) **se elaboró un Plan de Apoyo** con las siguientes acciones:

- Actualización del valor (base y equidad) de los montos transferidos a las jurisdicciones.
- Incorporación de prestaciones por COVID-19 al Plan de Servicios de Salud (PSS) general.
- Incorporación de prestaciones de tele salud y consultas domiciliarias para el primer nivel de atención.
- Incorporación de prestaciones de internación hospitalaria relacionadas al COVID-19 de Alta Complejidad.



Ministerio de Salud
Argentina

Marco para Pueblos Indígenas MPPI

- La estrategia pretende fortalecer a las Áreas/Programas/Unidades provinciales de Salud Indígena o a los Referentes de Salvaguarda Social para que conformen **espacios de participación**.
- Es **requisito obligatorio** la designación de **Referente de Salvaguarda Indígena** dentro del Ministerio de Salud provincial.
- **Planes para Pueblos Indígenas (PPI)**. Cada provincia seleccionó efectores que atienden a la población originaria y se evaluó el grado de adecuación cultural de los mismos.



Ministerio de Salud
Argentina

Plan para Pueblos Indígenas 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.

El **PPI** forma parte de un **proceso de mejora continua** 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.



Ministerio de Salud
Argentina

Marco para Pueblos Indígenas MPPI

- Diseño de una estrategia de **capacitación** que incluye capacitaciones en salud intercultural para los efectores priorizados.
- **Seguimiento de casos sospechosos y confirmados de Covid-19** en articulación con la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, el INAI, y el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas (PNSPI). Se incorpora la variable Pueblos Originarios en los registros del SNVS con la finalidad de realizar dicho seguimiento de casos.
- Se desarrollarán **protocolos** de actuación frente a la ocurrencia de casos en comunidades originarias.



Ministerio de Salud
Argentina

Marco para Pueblos Indígenas MPPI

- **Prestaciones específicas para pueblos originarios:**
 - Ronda sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en población indígena.
 - Pautas nutricionales respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas.
 - Taller de Interculturalidad y participación para pueblos.
 - Carta de derechos de la mujer embarazada indígena.
 - Control de salud individual para población indígena en terreno.
 - Consulta para confirmación diagnóstica en población indígena con riesgo detectado en terreno.

