



Ministerio de Justicia  
y Derechos Humanos

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO
3 MAR 2016
Dirección de Derechos Humanos Nº 124

*Josefina*

CP 82831686 3

25 FEB 2016

BUENOS AIRES,

NOTA SDH-DAI Nº 188/16

REF.: Derechos de los Pueblos  
Indígenas Resolución 30/4 del CDH

SEÑOR DIRECTOR:

Tengo el agrado de dirigirme a usted con relación a la Nota Nº 610/15, referida al Mecanismo de Expertos de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, relativa a la Resolución 30/4 del Consejo de Derechos Humanos.

Al respecto, remitimos un documento elaborado por el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) con la información recabada del Ministerio de Salud de la Nación, a los fines que sea puesta en conocimiento del Mecanismo de Expertos.

Sin más saludo a usted atentamente.

Dr. BRIAN SCHAPIRA  
SUBSECRETARIO DE PROTECCION DE DERECHOS HUMANOS  
SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS  
MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS

AL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE DERECHOS HUMANOS  
DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO  
MINISTRO FEDERICO VILLEGAS BELTRÁN  
S. / D.

**INAI**



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
ASUNTOS  
INDÍGENAS

2016 "Año de la Declaración de la Independencia  
Nacional "

BUENOS AIRES, 22 FEB 2016  
NOTA SDH – INAI N°  
Ref: Informe Consejo de  
Derechos Humanos  
S/Resolución 30/4

SEÑOR SECRETARIO:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de dar respuesta al pedido solicitado por Ud. s/ Nota 46/16; respecto de la solicitud del Mecanismo de Expertos de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas relativa a la Resolución 30/4 del Consejo de Derechos Humanos (CDH). Y se elabore un informe sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas centrado en los niños y jóvenes, para ser presentado en el 33º período de sesiones.

En el presente, se le acerca desde el INAI (Instituto Nacional de Asuntos Indígenas), la elaboración de un informe sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas; y asimismo se adjunta copias de cada uno de los informes elevados por las áreas de salud intervinientes que atienden a la población indígena dentro del Ministerio de Salud de la Nación.

Dada la relevancia del tema en cuestión y la sensible e importante información recabada; se presenta en carpeta adjunta y foliada a fin de facilitar su proceso de lectura por parte del Mecanismo de Expertos de Naciones Unidas.

Sin otro particular, salud a Ud. muy atentamente

  
Dr. RAUL EDUARDO RUIDIAZ  
PRESIDENTE  
INSTITUTO NACIONAL DE ASUNTOS INDÍGENAS  
MINISTERIO DE JUSTICIA Y  
DERECHOS HUMANOS DE LA NACION

SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS Y PLURALISMO CULTURAL  
MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN  
LIC. Claudio Avruj

S

D

## LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE ARGENTINA

El presente documento forma parte de los informes de Evaluación de Medio Término del Proyecto FESP 2. En el mismo se describen tanto las características sociodemográficas generales de la población originaria de la República Argentina, así como las condiciones de salud y epidemiológicas de las mismas en función de la información disponible. Esta tarea se ve dificultada por la debilidad de los datos registrados en lo que refiere a la inclusión de la pertenencia étnica. Se presenta la información en base a estimaciones generales a nivel nacional producto de los datos obtenidos del Censo 2001, ECPI 2004-2005 y Censo 2010, de las Evaluaciones Sociales realizadas por las provincias en el marco del Proyecto FESP2 y de publicaciones específicas sobre la temática.

### 1. PRESENTACIÓN

Uno de los obstáculos a la hora de conocer el estado de salud de los pueblos indígenas es la dificultad al acceso a la información específica. Dicha carencia ha sido remarcada por distintos investigadores e instituciones (CEPAL/CELADE 2010; FISA 2008; Cuyul 2009; Propuesta de Salud de los Pueblos Originarios en el Marco del Bicentenario 2009; entre otros). Asimismo, como se menciona en diversas notas y ayuda memoria, la Salvaguarda Indígena se ha enfrentado a este problema a el nivel nacional<sup>1</sup>.

A ello se suma que, la desagregación de la información sobre estos grupos a escalas territoriales menores, constituye uno de los principales vacíos en los diagnósticos e investigaciones sociodemográficas de pueblos indígenas (CEPAL/CELADE, 2010)

Las jurisdicciones nacionales, provinciales y locales muestran debilidades en sus estructuras técnico-operativas que se reflejan en dificultades para el acceso a los datos. Esto deriva en la imposibilidad de contar con registros que permitan consolidar información oportuna y confiable para la elaboración de diagnósticos sociodemográficos y epidemiológicos que muestren la realidad socio sanitaria en que viven las comunidades indígenas que habitan nuestro territorio. Por otro lado, los programas del Ministerio de Salud de la Nación carecen de datos que identifiquen en forma desagregada los indicadores sanitarios para las Poblaciones Originarias.

El presente Informe se elaboró de acuerdo a la información existente, la cual es fragmentaria y dispersa. Fue confeccionado sobre la base de la bibliografía y de las fuentes consultadas que se encuentran al final del texto.

### 2. INTRODUCCIÓN

<sup>1</sup> Nota nº 4179 del 8/10/2009. En el punto 1 de las Evaluaciones Sociales se menciona la dificultad de actualizarlas por la falta de datos epidemiológicos específicos sobre población indígena debido a la existente debilidad de las estructuras operativas provinciales. Por lo cual se sugirió fortalecer las estructuras provinciales a través de una (ASP para la creación de Unidades provinciales de Salud Indígena). En el punto 3 de M&E se aclara que la respuesta obtenida al momento de requerir datos muestra información fragmentada y parcial.

Nota 417 28/12/2009. Debido a la ausencia del Programa (ANAHI), en el Punto 1 se aclara que, en relación a la actualización de las evaluaciones sociales, el Ministerio de Salud carece de datos epidemiológicos referentes a las poblaciones originarias. En el punto de M&E se describen las dificultades que presentan las provincias para el registro sistemático de las actividades desarrolladas con pueblos originarios.

En el Ayuda memoria de la Misión de Supervisión de febrero 2010, en el anexo I, el referente a la Salvaguarda Indígena menciona "se detectaron dificultades para actualizar las Evaluaciones Sociales. Dicha dificultad se debe a que, en la mayoría de los casos, los provincias carecen de información actualizada y desagregada a partir de la condición de pueblo originario del individuo. En relación a esta circunstancia que dificulta tanto la posibilidad de tomar decisiones sobre datos certeros, así como el monitoreo y evaluación de las actividades, se consideró pertinente derivar al área programática Pueblos Originarios del Ministerio de Salud de la Nación las inquietudes referidas la necesidad de incluir la variable etnicidad a nivel nacional en el registro de datos epidemiológicos".

La reforma constitucional de 1994 en Argentina produjo importantes avances en relación a la consideración constitucional de los pueblos indígenas como sujetos de derecho y el reconocimiento de su preexistencia étnica y cultural incorporado en el Artículo 75, inciso 17.

Por otro lado, la Argentina incluyó, como innovación, en los Censos Nacionales de Población Hogares y Viviendas 2001 y 2010 la medición de la temática de los pueblos indígenas. Con anterioridad se habían realizado 8 censos nacionales (1869, 1895, 1914, 1947, 1960, 1970, 1980 y 1991) y dicha temática sólo fue tratada en forma parcial en los tres primeros mientras que en los demás no fue considerada. Cabe destacar que durante el período 1966-1968 se llevó a cabo un Censo Indígena Nacional (CIN) que quedó inconcluso.

En los pueblos indígenas, el análisis de la distribución y el tamaño poblacional a partir de datos censales se ve limitado por algunos factores. Uno de los más importantes se relaciona con las dificultades para identificar de manera exhaustiva a toda la población indígena. Otro obstáculo está representado por las restricciones para reflejar la diversidad geográfica de los pueblos indígenas, la que no responde necesariamente a los límites oficiales, de carácter político-administrativo.

No obstante, es importante señalar que, como otros relevamientos estadísticos del tipo, la encuesta está sujeta a problemas de representatividad, con lo cual no puede proporcionar información detallada de todas las variables, para todos los pueblos, sus regiones o área de residencia. Asimismo, Organizaciones no Gubernamentales dedicadas a la temática indígena, como así también diversas Organizaciones indígenas señalan que la encuesta no provee datos completos de la población originaria, ya sea por la metodología de registro, porque no se pudieron relevar exhaustivamente las zonas urbanas en donde vive gran parte de esta población, o porque en estas mismas áreas hay personas que todavía niegan su identidad étnica por temor a la discriminación.

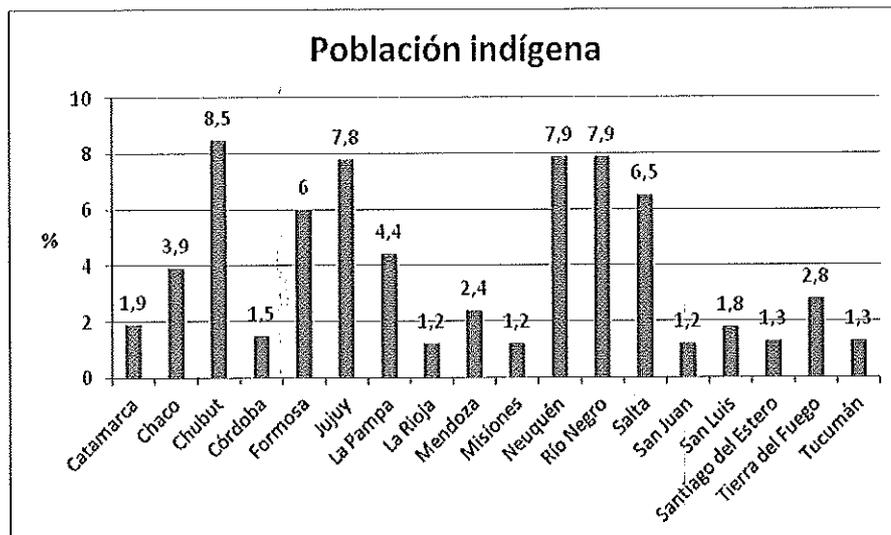
### **3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

En las 18 provincias bajo programa<sup>2</sup> la población que se autorreconoce indígena es de N=517.746, representando un 3,2% sobre una población total en esas provincias (N=15.904.771).

#### ***3.1. Estructura por Sexo y Edad***

---

<sup>2</sup> Las provincias que activan la Salvaguarda Indígena son: Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.

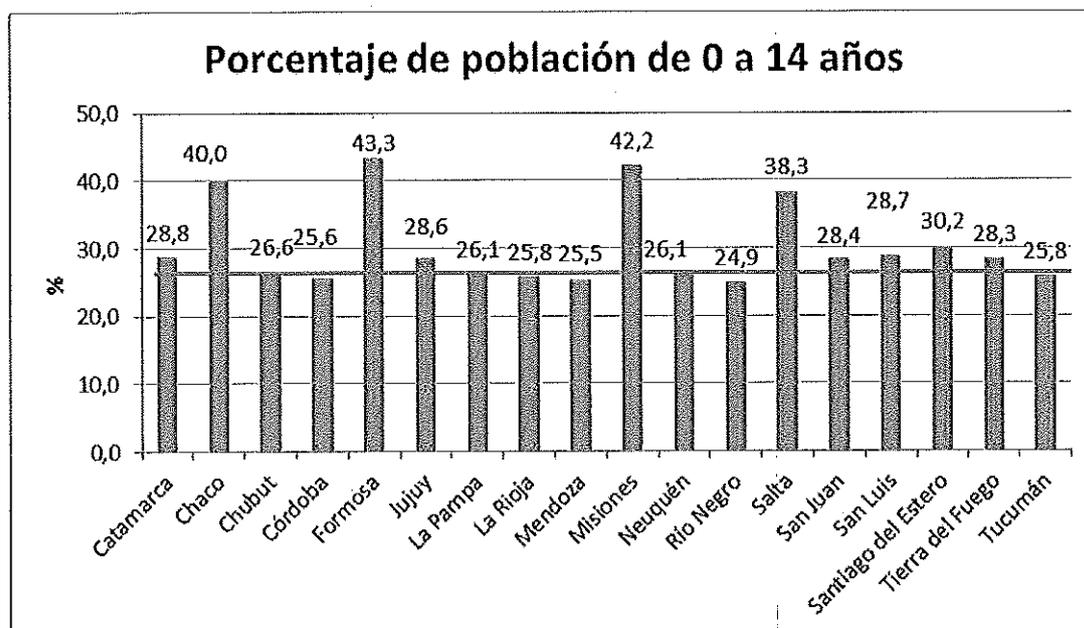


Porcentaje de población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios en las provincias bajo FESP2. Fuente: Censo 2010.

A continuación se presenta la variación según grupos etarios, según la provincia y en relación al promedio nacional total.

#### 3.1.1. Población de 0 a 14 años

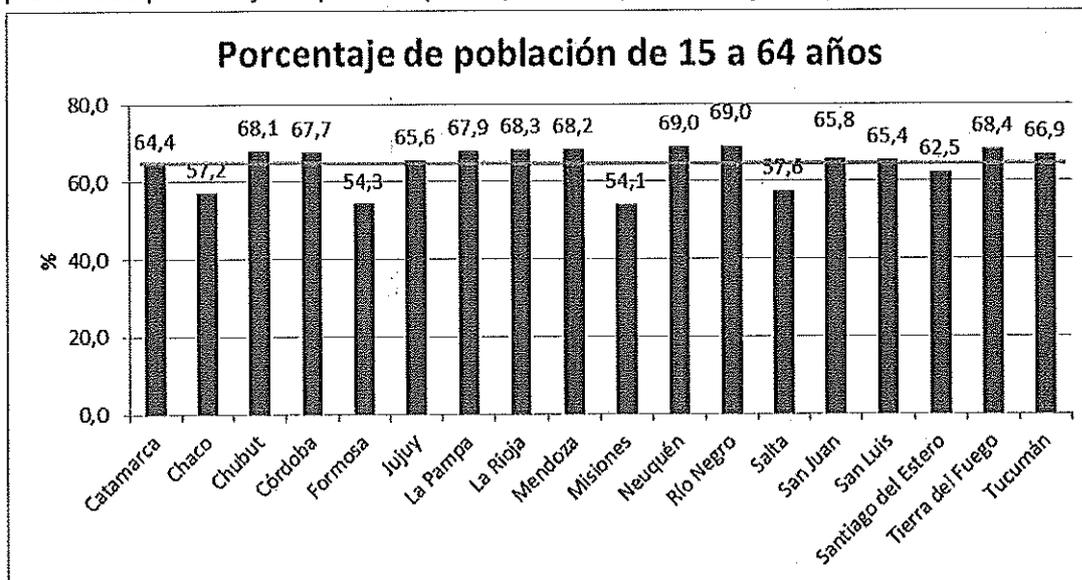
Observamos que el porcentaje de población originaria dentro de este grupo etario es cercano al promedio nacional dentro de la mayor parte de las provincias, registrando variaciones mínimas. Sin embargo, en cuatro provincias (Chaco, Formosa, Misiones y Salta) los porcentajes son muy superiores al 25,5% nacional, como puede observarse en el cuadro siguiente.



Porcentaje de población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios en el grupo etario de 0 a 14 años en las provincias bajo FESP2. La línea rosada marca el porcentaje promedio nacional del total de la población de esta franja etaria (25,5%). Fuente: Censo 2010.

### 3.1.2. Población de 15 a 64 años

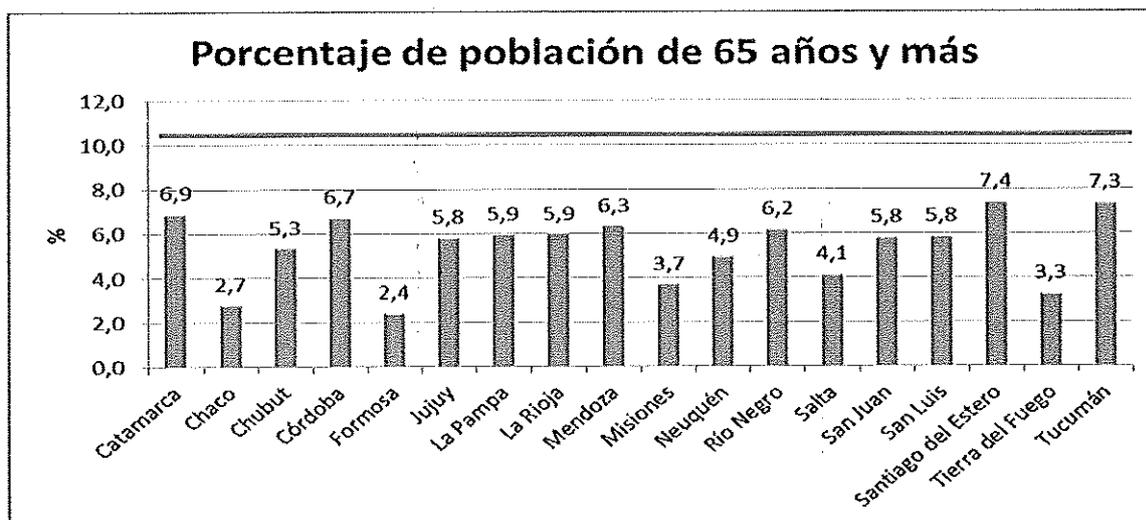
El porcentaje poblacional perteneciente a este grupo etario en las provincias bajo programa se mantiene cercano al porcentaje promedio nacional (64,3%), similar a lo que ocurre con el grupo anterior. Resulta interesante observar que las provincias donde el promedio se encuentra por debajo del nacional son las mismas en donde el grupo poblacional de 0 a 14 presentaba porcentajes superiores (Chaco, Formosa, Misiones y Salta).



Porcentaje de población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios en el grupo etario de 15 a 64 años en las provincias bajo FESP2. La línea rosada marca el porcentaje promedio nacional del total de la población de esta franja etaria (64,3%). Fuente: Censo 2010.

### 3.1.3. Población de 65 años y más

En este grupo etario es donde se observa la mayor variabilidad, oscilando entre el 2,4% y 7,4%. Asimismo hemos de destacar que en todos los casos el promedio está muy por debajo del promedio nacional (10,2%). Esto es especialmente notorio en las provincias de Chaco, Formosa, Misiones, Salta y Tierra del Fuego. Si bien son varios los factores que intervienen en la conformación de un grupo etario, se observa una mayor mortalidad temprana en poblaciones originarias.



Porcentaje de población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios en el grupo etario de 65 años y más en las provincias bajo FESP2. La línea rosada marca el porcentaje promedio nacional del total de la población de esta franja etaria (10,2%). Fuente: Censo 2010.

La estructura por sexo y edad de la población resulta de la interrelación de tres componentes demográficos: la *fecundidad*, la *mortalidad* y la *migración*. En el caso de las poblaciones indígenas de nuestro país, actúan consideraciones extras que pueden alterar la distribución del sexo y la edad. Cuando la población indígena se cuantifica a partir de la *autopertenencia*, los procesos de *asimilación cultural* o incluso los recientes procesos de *revitalización étnicocultural*, pueden llegar a impactar sobre las distintas generaciones afectando la estructura por sexo y edad. Por ejemplo, el estrechamiento de la pirámide poblacional en las edades jóvenes, probablemente responda al descenso de la fecundidad en el pasado reciente, pero también puede estar sesgado por el mayor o menor grado de conciencia étnica de éstas generaciones (Del Popolo *et al.* 2007). Un ejemplo de posibles sesgos en la declaración étnica, debidos a procesos de asimilación cultural, estaría constituido por la propensión a declarar como no indígenas a los niños nacidos de matrimonios interétnicos. A su vez, un ensanchamiento de la pirámide poblacional en edades adultas puede estar asociado a procesos de revitalización cultural.

Sexo	N	%
Varones	481.074	50,4
Mujeres	473.958	49,6
<b>Total</b>	<b>955.032</b>	<b>100</b>

Cuadro 1. Población indígena por sexo y edad. Total del país. Censo Nacional 2010

Población indígena por grupos de edad y Población indígena urbana y rural. Total del país. Años 2004-2005							
Población urbana y rural	Grupos de edad						
	Total	0-14	%	15-64	%	65 y más	%
Urbana <sup>(1)</sup>	452.220	151.377		275.403		25.440	
Rural <sup>(2)</sup>	148.109	61.487		77.715		8.907	
<b>Total</b>	<b>600.329</b>	<b>212.864</b>	<b>35,45%</b>	<b>353.118</b>	<b>58,83%</b>	<b>34.347</b>	<b>5,72%</b>

<sup>(1)</sup> Se considera población urbana a la que habita en localidades de 2.000 y más habitantes, y población rural al resto.

<sup>(2)</sup> Se clasifica como población rural a la que se encuentra agrupada en localidades de menos de 2.000 habitantes y a la que se encuentra dispersa en campo abierto

Cuadro 2. Población indígena urbana y rural por grupos de edad. Total del país. ECPI 2004-2005.

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 (Carrasco 2000). En este sentido, el cuadro 2 muestra que el 75% de la población indígena del país vive en áreas urbanas, hecho que constituye un caso excepcional en Latinoamérica, superando a los porcentajes ya de por sí altos observados en los pueblos indígenas de Chile y Bolivia (CEPAL 2006). En términos regionales, el grado de urbanización de la población indígena de Argentina se encuentra en relación inversa con los núcleos ancestrales de poblamiento. En este sentido, el porcentaje de población indígena en áreas urbanas (cuadro 3) se incrementa en la región Pampeana (95%), se iguala en Cuyo y la Patagonia (aproximadamente 79%), y disminuye en el Noroeste (59%) y el Noreste (53%) (CEPAL/CELADE 2010).

**ARGENTINA: POBLACIÓN INDÍGENA URBANA, DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA URBANA, PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN INDÍGENA URBANA SOBRE EL TOTAL DE POBLACIÓN INDÍGENA, PORCENTAJE DE POBLACIÓN INDÍGENA URBANA SOBRE EL TOTAL URBANO Y BRECHA ÉTNICA, POR REGIÓN Y PROVINCIA. 2001.**

Provincia	Población Indígena urbana	Distribución porcentual	% sobre total Indígena	Brecha Étnica <sup>4*</sup>	% sobre total urbano
Pampeana	579.552	63,3	95,2	0,99	2,8
Buenos Aires	362.924	39,6	96,8	1,00	2,9
Capital Federal	71.043	7,8	100,0	1,00	2,7
Córdoba	62.401	6,8	92,2	0,97	2,5
Entre Ríos	16.075	1,8	88,9	0,93	1,8
La Pampa	10.624	1,2	81,1	1,01	4,6
Santa Fe	56.485	6,2	88,0	1,02	2,3
Noreste	53.835	5,9	53,1	1,47	0,9
Chaco	22.435	2,4	50,5	1,61	3,1
Corrientes	7.788	0,9	82,6	0,97	1,2
Formosa	14.545	1,6	44,4	1,81	4,2
Misiones	9.067	1,0	61,7	1,16	1,4
Noroeste	114.921	12,5	59,1	1,35	3,5
Catamarca	5.179	0,6	64,1	1,18	2,2
Jujuy	41.778	4,6	64,3	1,36	8,3
La Rioja	4.860	0,5	84,4	0,99	2,2
Salta	38.597	4,2	50,0	1,73	4,6
Santiago	6.870	0,7	60,1	1,11	1,4
Tucumán	17.637	1,9	65,6	1,22	1,8
Cuyo	52.006	5,7	78,8	1,04	1,2
Mendoza	36.327	4,0	75,9	1,05	3,1
San Juan	7.852	0,9	83,3	1,03	1,6
San Luis	7.827	0,9	89,6	0,98	2,6
Patagonia	115.691	12,6	78,6	1,15	7,8
Chubut	32.841	3,6	77,5	1,18	9,3
Neuquén	33.087	3,6	73,7	1,23	8,2
Río Negro	36.636	4,0	79,3	1,08	8,2
Santa Cruz	9.106	1,0	94,9	1,02	5,0
Tierra Del Fuego	4.021	0,4	97,2	1,01	4,3
Total	916.005	100,0	82,0	1,10	3,0

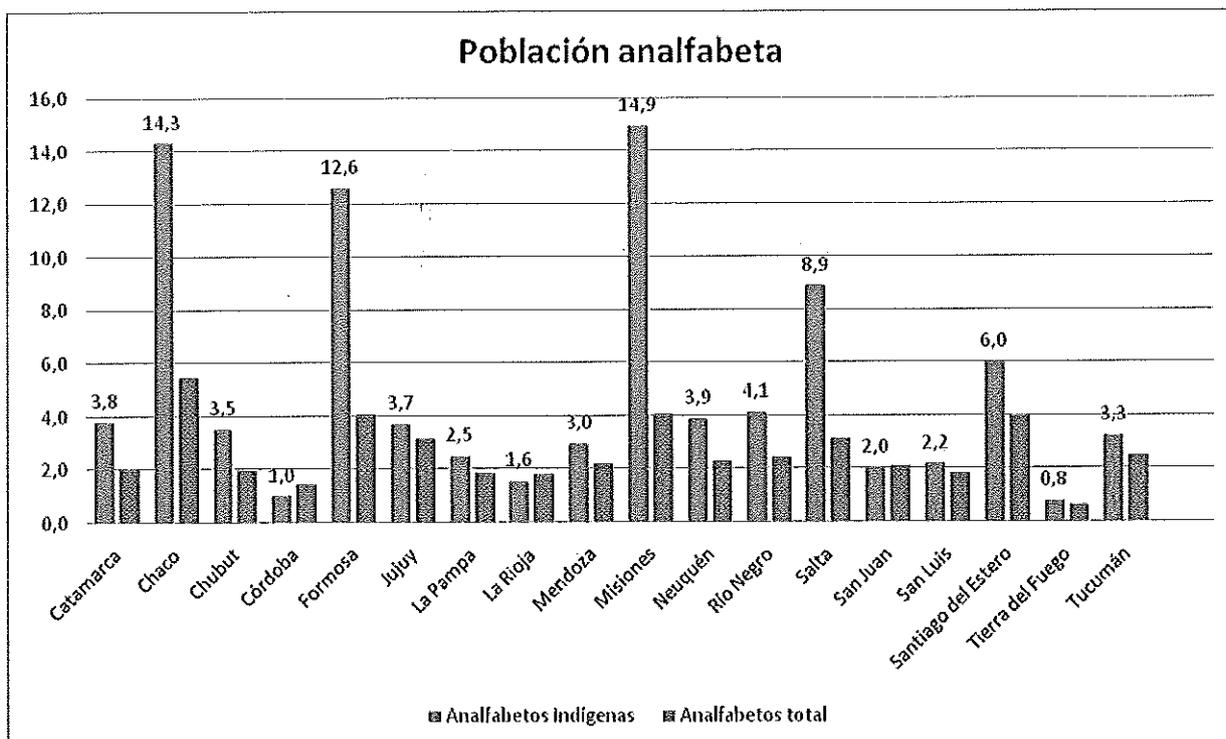
Fuente: CEPAL/CELADE, procesamientos especiales de microdatos censales

**Cuadro 3.** Grado de urbanización de los Pueblos Indígenas por región y provincia. Total país. CEPAL/CELADE 2010.

### 3.2. Educación

En el Censo 2010 se registró un descenso en el porcentaje de analfabetos a nivel país, siendo el actual del 1,9% y del 2,6% el registrado en el año 2001.

En el caso de la población originaria en las provincias que activan la Salvaguarda Indígena del Fesp2 el promedio asciende al 5,1% según el Censo 2010. Si bien en algunas provincias los porcentajes son menores a la media nacional (como en Córdoba, La Rioja y Tierra del Fuego) todas las demás la superan. Los porcentajes de analfabetismo en población originaria son muy elevados en Chaco (14,3%), Formosa (12,6%), Misiones (14,9%), Salta (8,9%) y Santiago del Estero (6%), ascendiendo en las cuatro primeras a más del doble del porcentaje de analfabetos en la población total de la provincia.



Porcentaje de población analfabeta mayor a 10 años autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios en las provincias bajo FESP2, comparado con el porcentaje de población analfabeta total de la provincia. La línea rosada marca el porcentaje promedio nacional del total de la población (1,9%). Fuente: Censo 2010.

A partir de los datos de la ECPI 2004-2005 (Cuadro 4) se observa que algunos pueblos presentan indicadores que dan cuenta de su situación crítica; dos de los cuatro pueblos más numerosos, el Wichí y el Toba, presentan una proporción de analfabetos del 20,7%, que asciende al 23,4% si se restringe la mirada a quienes habitan las provincias de Chaco, Formosa y Salta. Algo similar ocurre con los Toba de las provincias de Chaco, Formosa y Santa Fe, con un nivel de analfabetismo que alcanza el 19,5%. Tanto el pueblo Pilagá como el mbyá guaraní y el chorote se encuentran en desventaja respecto de otros pueblos (UNICEF 2010)

Pueblo indígena	Región muestral	Población de 10 años o más	Tasa de alfabetismo <sup>(2)</sup>
Atacama	Total del país	2.167	96,7
	Jujuy	1.971	96,4
Ava guaraní	Total del país	15.728	93,3
	Jujuy y Salta	12.444	91,7
	Corrientes, Entre Ríos, Misiones y Santa Fe	281	98,6
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	2.501	99,8
Aymara	Total del país	3.189	99,7
Chané	Total del país	3.236	96,0
	Salta	1.400	92,3
Charrúa	Total del país	3.583	99,7
	Entre Ríos	565	98,9
Chorote	Total del país	1.842	87,8

	Salta	1.408	84,0
Chulupí	Total del país	422	92,2
	Formosa y Salta	315	89,5
Comechingón	Total del país	9.007	98,8
	Córdoba	4.226	98,7
Diaguita/ Diaguita calchaquí	Total del país	25.754	97,2
	Jujuy, Salta y Tucumán	11.613	96,4
	Catamarca, Córdoba, La Rioja, Santa Fe y Santiago del Estero	4.962	95,4
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	5.349	98,8
Guaraní	Total del país	18.450	96,2
	Jujuy y Salta	5.222	89,5
	Corrientes, Entre Ríos, Misiones y Santa Fe	1.946	98,7
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	8.028	98,7
Huarpe	Total del país	12.183	94,9
	Mendoza, San Juan y San Luis	10.487	94,3
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	1.022	99,3
Kolla	Total del país	53.156	92,7
	Jujuy y Salta	39.104	91,1
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	8.727	96,4
Lule	Total del país	844	99,6
Malmará	Total del país	...	...
	Jujuy	123	(..)
Mapuche	Total del país	90.147	94,3
	Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego	61.744	92,5
	La Pampa y Resto de la Provincia de Buenos Aires	16.260	98,0
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	8.433	99,0
Mbyá guaraní	Total del país	5.955	86,7
	Misiones	2.498	70,6
Mocoví	Total del país	11.580	91,0
	Chaco y Santa Fe	8.675	88,2
Omaguaca	Total del país	1.372	93,2
	Jujuy	1.196	92,2
Ona	Total del país	494	99,2
	Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	253	100,0
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	92	100,0
Pampa	Total del país	1.247	99,3
Pilagá	Total del país	3.205	83,5
	Formosa	2.723	80,9
Quechua	Total del país	5.157	94,9
	Jujuy y Salta	442	87,3
Querandí	Total del país	619	100,0
Rankulche	Total del país	8.105	94,3
	La Pampa	3.789	94,8
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	1.195	99,6
Sanavirón	Total del país	540	97,6
	Córdoba	512	97,5

Taplete	Total del país	340	87,4
	Salta	307	86,0
Tehuelche	Total del país	8.505	95,1
	Chubut y Santa Cruz	3.514	92,8
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	1.449	94,5
Toba	Total del país	49.783	86,5
	Chaco , Formosa y Santa Fe	32.457	80,5
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	11.575	98,1
Tonocote	Total del país	3.752	99,8
Tupí guaraní	Total del país	12.788	94,8
	Jujuy y Salta	4.568	89,4
	Corrientes, Entre Ríos, Misiones y Santa Fe	166	98,2
	Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires	6.979	97,5
Wichí	Total del país	27.358	79,3
	Chaco, Formosa y Salta	24.248	76,6

Cuadro 4. Tasa de Alfabetización por Pueblo y Region Muestral. ECPI 2004-2005

Según UNICEF (2010) la situación de postergación social de numerosos pueblos indígenas de Argentina también se manifiesta en el máximo nivel de instrucción formal alcanzada por la población de 15 años y más. Sólo una minoría de la población adulta perteneciente a pueblos indígenas ha logrado completar el nivel medio. En los pueblos más rezagados (toba, pilagá, wichí, mocoví y mbyá guaraní), la proporción se aproxima al 10%.

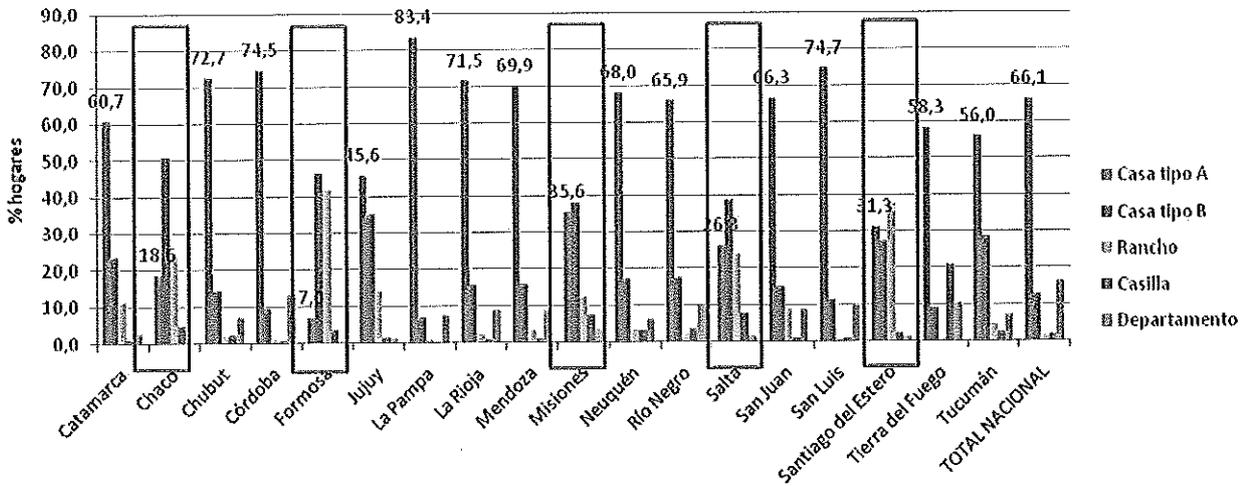
### 3.3. Vivienda

Los datos correspondientes a hogares según propiedad del terreno muestran que, en las provincias bajo programa, un promedio del 65,4% de los hogares con población originaria son propietarios de la vivienda y el terreno, cercano al promedio total nacional (67,7%). Asimismo no se observan variaciones significativas entre las provincias, oscilando entre el 48,3% (Tierra del Fuego) y 75,6% (Catamarca). Es factible que estas diferencias se deban, entre otros factores, a si los indígenas están organizados en comunidades con propiedad comunitaria de la tierra, o si viven en áreas rurales o urbanas.

Se registran diferencias significativas tanto entre las provincias como entre estas y el total nacional en lo que respecta al tipo de vivienda en que habitan las poblaciones originarias. Así observamos que en el total de hogares nacional predominan las Casas tipo A (66,1%), mientras que el promedio en los hogares indígenas de las provincias bajo programa habitando este tipo de casa es de tan sólo el 20%. Esta diferencia se debe principalmente a la incidencia de cinco provincias, donde los porcentajes de casas tipo A son muy bajos: Chaco (18,6%), Formosa (7%), Jujuy (45,6%), Misiones (35,6%), Salta (26,3%) y Santiago del Estero (31,3%). En todas ellas se observan altos porcentajes de viviendas más precarias, entre ellas predominan las casas tipo B<sup>3</sup> y ranchos. El porcentaje de ranchos es especialmente significativo en las provincias de Chaco (24,5%), Formosa (41,7%), Salta (23,8%) y Santiago de Estero (37,6%). Asimismo el porcentaje de casas tipo B es muy elevado en Jujuy (35,3%) y Tucumán (28,4%).

<sup>3</sup> Las casas tipo B son aquellas que cumplen por lo menos con una de las siguientes condiciones: tienen piso de tierra o ladrillo suelto u otro material (no tienen piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado, cemento o ladrillo fijo) o no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda o no disponen de inodoro con descarga de agua.

### Porcentaje de hogares según tipo de vivienda



Porcentaje de hogares con población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios en viviendas particulares en las provincias bajo FESP2 y total nacional. Fuente: Censo 2010-

#### 3.3.1. Hacinamiento

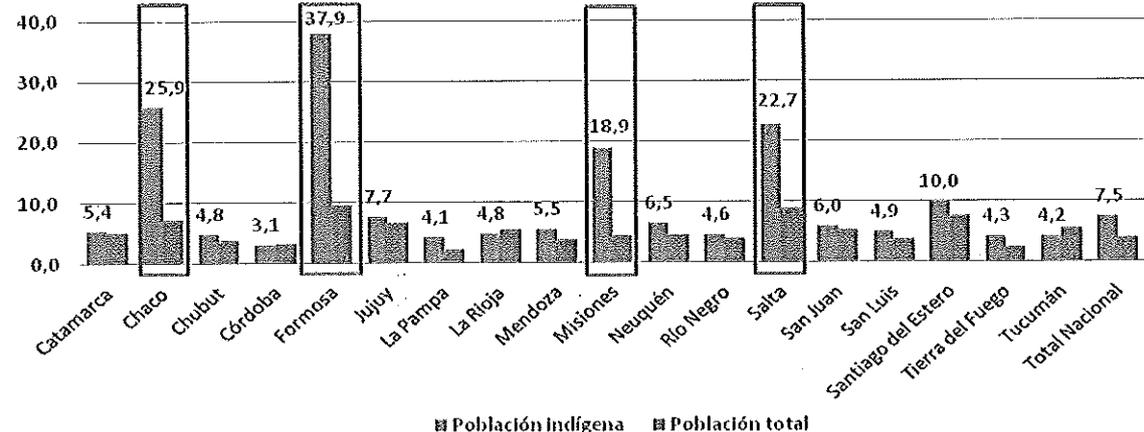
El Censo Nacional 2010 considera hogares con hacinamiento crítico a aquellos que presentan más de tres personas por cuarto. Para este censo se tomó la cantidad total de habitaciones o piezas que posee el hogar, no de cuartos destinados a dormir. Asimismo este concepto no ha sido adecuado culturalmente, por lo que debemos tomarlo con recaudos en su aplicación para poblaciones originarias.

A nivel nacional y considerando al total de la población, el 5,4% de los hogares registra más de 3 personas por cuarto y el mayor hacinamiento se registra en las provincias de Salta (8,9%), Santiago de Estero (7,6%) y Formosa (9,5%).

Al comparar el hacinamiento crítico en los hogares indígenas con el de la población general observamos que en casi todas las provincias así como en el total del país el hacinamiento es mayor en los hogares con integrantes de pueblos originarios<sup>4</sup>.

Las mayores brechas se observan en las provincias de Chaco (25,9% vs 7,2%), Formosa (37,9% vs 9,5%), Misiones (18,9% vs 4,4%) y Salta (22,7% vs 8,9%).

#### Hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto)

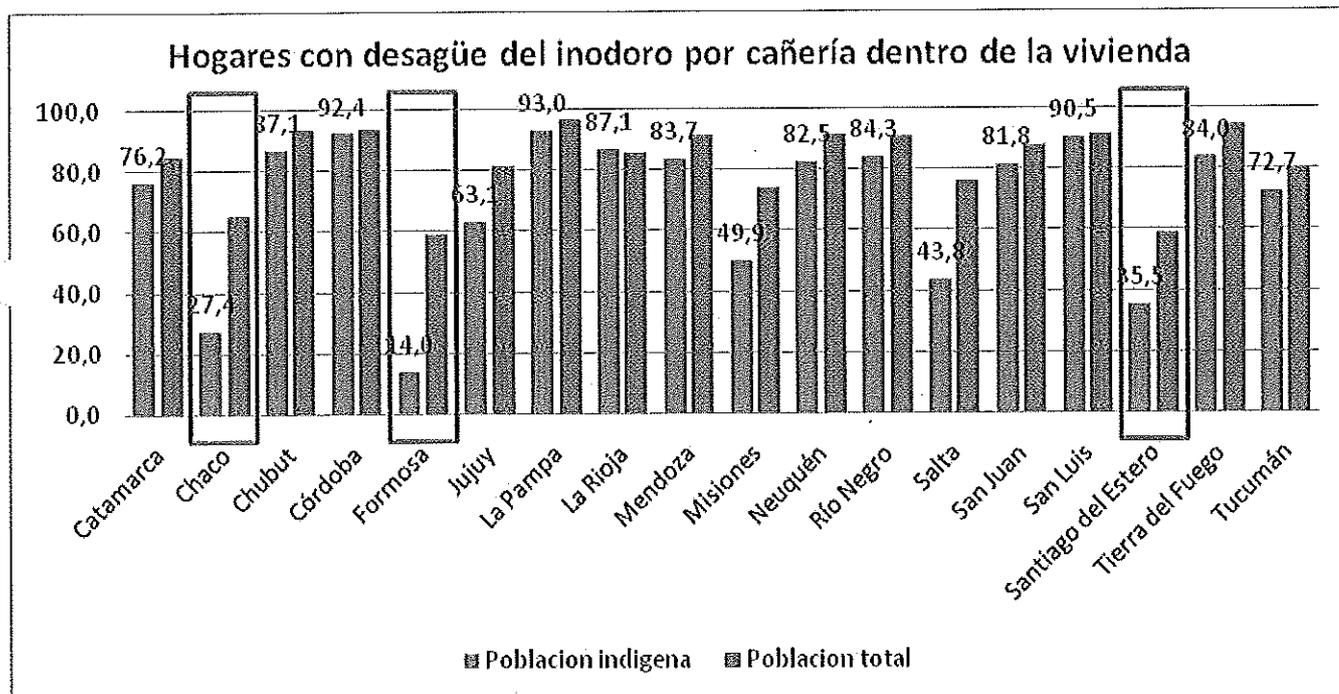


Porcentaje de hogares con población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios en viviendas particulares de las provincias bajo FESP 2 según hacinamiento crítico. Fuente Censo 2010.

### 3.3.2. Desagüe cloacal

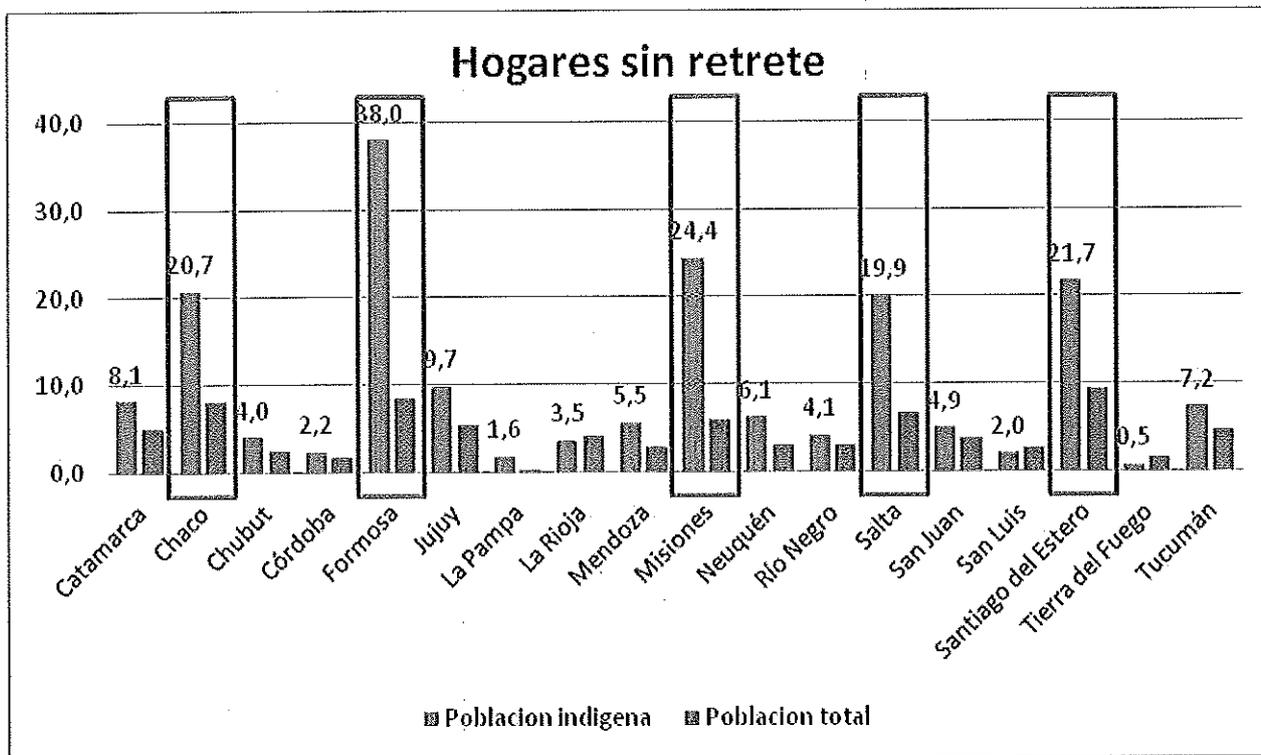
En la presencia de desagüe cloacal por cañería dentro de la vivienda se observan marcadas diferencias entre las provincias y entre los hogares con población indígena y el total de la población.

Las provincias que poseen menores porcentajes de hogares con población indígena que poseen desagüe por cañería dentro de la vivienda son Chaco (27,4%), Formosa (24%) y Santiago del Estero (35,5%), seguidas por Salta (43,8%) y Misiones (49,9%).



Porcentaje de hogares con población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios en viviendas particulares de las provincias bajo FESP 2 según desagüe del inodoro por cañería dentro de la vivienda. Fuente Censo 2010.

Asimismo, es significativo el alto porcentaje de hogares indígenas sin retrete a nivel nacional (7,2%). Estos porcentajes son muy elevados en las provincias de Chaco (20,7%), Formosa (38%), Misiones (24,4%), Salta (19,9%) y Santiago del Estero (21,7%), más aún al compararlos con los porcentajes del total de los hogares de la provincia.



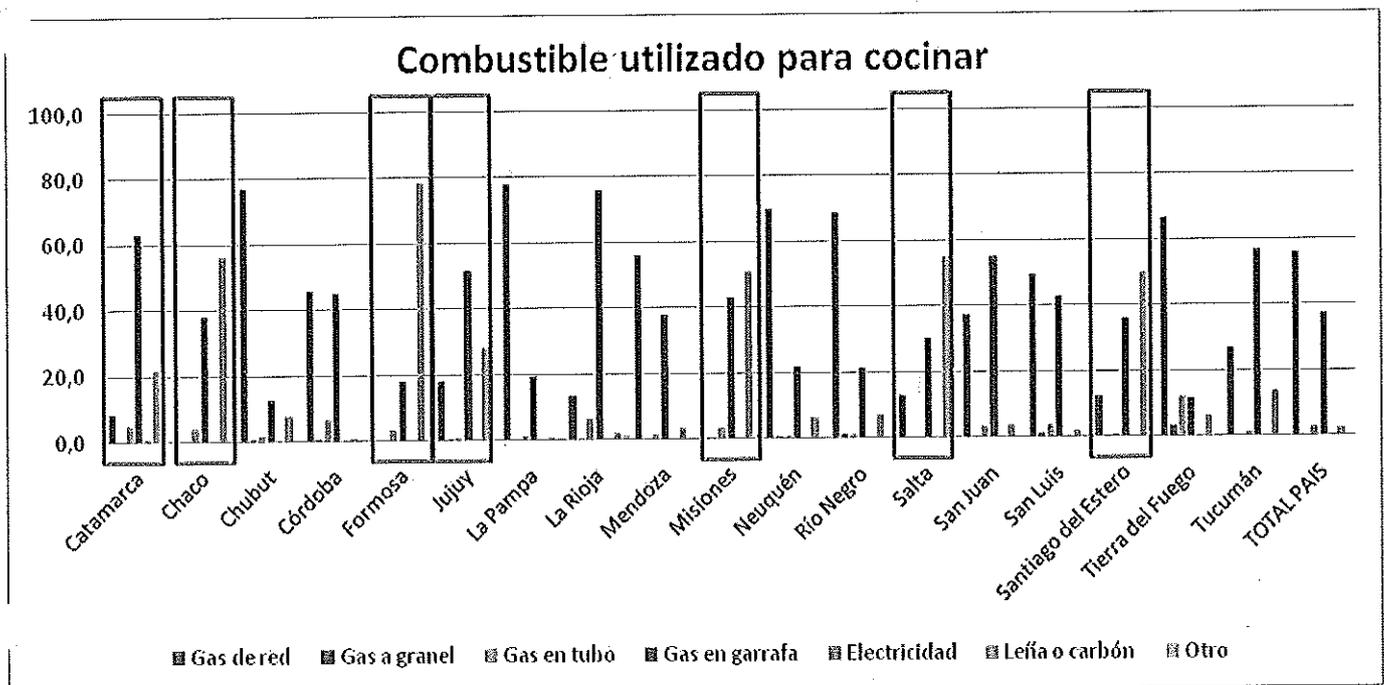
Porcentaje de hogares con población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios en viviendas particulares de las provincias bajo FESP 2 según desagüe del inodoro por cañería dentro de la vivienda. Fuente Censo 2010.

### 3.3.3. Combustible

Ante todo debemos tener en cuenta que la disponibilidad de combustible para cocinar no es la misma en todo el país, ya que algunas provincias no cuentan con red de gas en absoluto (como ser Chaco, Formosa y Misiones) y en otras la red es parcial.

Como alternativa se utiliza gas en garrafa y en menor medida en tubo, a granel y electricidad. Otro de los combustibles alternativos más utilizados para cocinar es la leña o carbón, especialmente en aquellos hogares que no cuentan con artefactos de cocina a gas ni red eléctrica. Asimismo este es uno de los combustibles menos saludables para el ser humano, debido a las altas emisiones de dióxido de carbono y hollín.

Como podemos observar en el siguiente cuadro, el uso de este combustible es muy frecuente en los hogares con miembros indígenas en las provincias bajo FESP2, destacándose en las provincias de Catamarca (22%), Chaco (56,5%), Formosa (78,3%), Jujuy (28,4%), Misiones (51,3%), Salta (55,2%) y Santiago del Estero (50%).



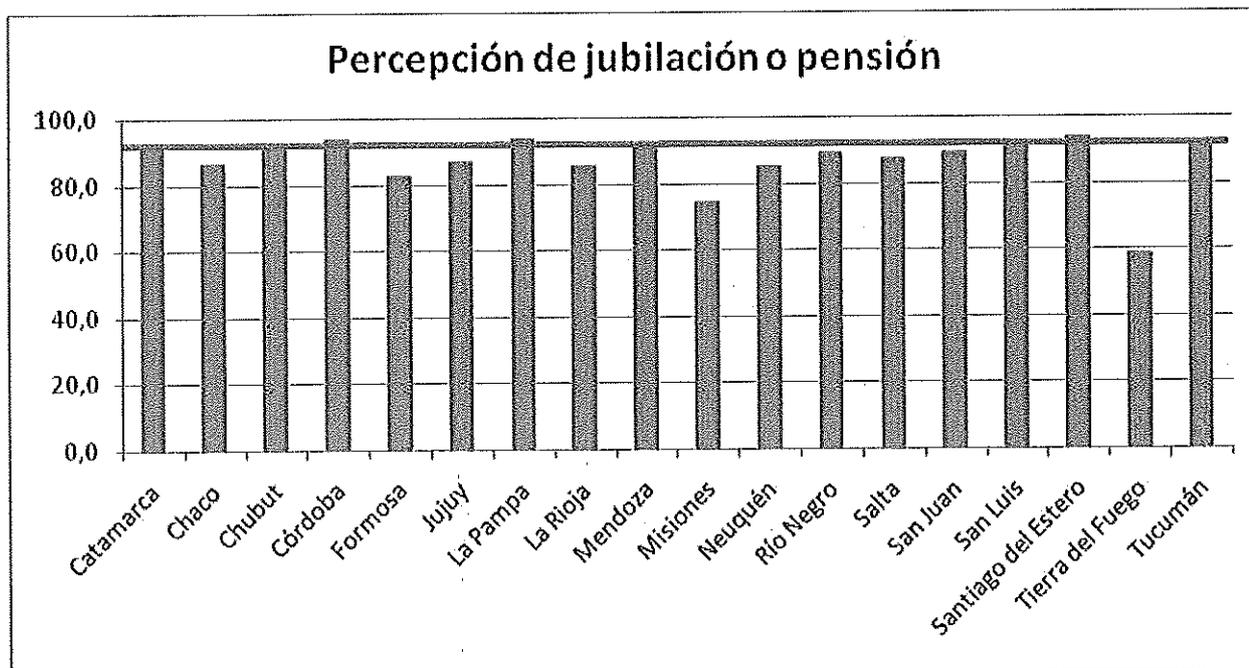
Porcentaje de hogares con población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios en viviendas particulares de las provincias bajo FESP 2 según combustible utilizado para cocinar. Fuente Censo 2010.

### 3.4. Prevision Social

Según los datos del Censo 2010 el 93% de los adultos de 65 años y más perciben jubilación y/o pensión, en un claro avance con respecto a lo registrado para el año 2001 (70,2%).

En lo que respecta a la población indígena en las provincias bajo programa podemos observar que el porcentaje de adultos de 65 años y más que perciben jubilación y/o pensión es muy cercano a la media nacional e incluso ligeramente mayor en algunos casos como Córdoba (93,8%), La Pampa (93,8%) y Santiago del Estero (93,9%).

Al comparar la población originaria con el total de la población dentro de cada provincia observamos que en casi todos los casos los porcentajes son bastante parejos. Sin embargo debemos destacar la gran diferencia presente en las provincias de Tierra del Fuego (58,6% vs 75,1%) y Misiones (74,3% vs 90,1%), las que poseen menores porcentajes de adultos indígenas de 65 años y más que perciben jubilación y/o pensión.



Porcentaje de población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios de 65 años y más que percibe jubilación y/o pensión en las provincias bajo FESP2. La línea rosada marca el porcentaje promedio nacional del total de la población (93%). Fuente: Censo 2010.

#### 4. PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

En la región, la movilización de los pueblos indígenas como actores políticos y la apertura en los estados democráticos a la realidad multicultural han favorecido el reconocimiento de sus derechos, entre ellos el relacionado con la salud. Se ha dado paso a partir de los instrumentos internacionales de derechos humanos a la construcción de un estándar mínimo referido a la salud de los pueblos indígenas: el *derecho a la salud integral indígena*, entendida como el uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional, así como la protección de los territorios como espacios vitales, y el *derecho a contribuir en el diseño, implementación, gestión, administración y evaluación de las políticas y programas de salud*, con libertad para administrar los recursos. Tal estándar se traduce en nuevas obligaciones de los Estados en términos legislativos y en el campo de las políticas públicas (CEPAL 2007).

A pesar de estos cambios que se van introduciendo paulatinamente, a la fecha los registros vitales y de salud de la Argentina carecen de la desagregación étnica que permitiría contar con un diagnóstico epidemiológico detallado de la situación de las personas indígenas.

Distintos estudios (Munilla y Goldztein 2005; Condiciones de Salud Materno Infantil de los Pueblos Originarios 2006; FISA 2008; CEPAL/CELADE 2010, entre otros) referidos a la salud y al acceso a los servicios de salud de la población indígena, muestran a estas comunidades en una situación particularmente desventajosa. Algunas investigaciones han indicado niveles de morbi-mortalidad sistemáticamente más altos que los observados en la población no indígena

(Mychaszula *et al.* 1991; Sotelo *et al.* 2004; Galván Fabre *et al.* 2003; Taranto *et al.* 2003; Lanza *et al.* 2007; Lanza y Valeggia 2007; entre otros). Sin embargo, gran parte de estas investigaciones se refieren a pueblos indígenas en particular o, dentro de éstos, a ciertas comunidades indígenas.

Un diagnóstico reciente basado en el testimonio de líderes comunitarios y especialistas en la materia, ha sintetizado cuál sería la situación actual en salud de los pueblos indígenas de la Argentina (FISA 2008). Los aspectos más sobresalientes se detallan a continuación:

- Acceso a los servicios de salud (geográfico, cultural y económico). Las personas indígenas reciben deficiente atención en los centros de salud, ya sea por discriminación en el sistema de salud o por las dificultades para comunicarse por hablar lenguas distintas.
- Endemias de tuberculosis y enfermedad de Chagas, que no han podido controlarse.
- Percepción de aumento de las enfermedades oncológicas relacionadas con las industrias extractivas (minería e hidrocarburos) y el uso de agroquímicos.
- Enfermedades parasitarias debidas a la falta de vacunación de animales, en particular, de la brucelosis e hidatidosis.
- Patologías relacionadas con los problemas en la alimentación; en particular, desnutrición en niños y adultos mayores y obesidad.
- Enfermedades resultantes de la carencia de agua potable, con la contaminación del agua y las deficiencias en los sistemas de eliminación de excretas; por ejemplo, diarreas, dermatitis y parasitosis.
- Enfermedades estacionarias (como las infecciones respiratorias y las diarreas), tropicales y por desmontes (dengue, leishmaniasis y paludismo) y transmitidas por roedores (hanta virus).
- Defunciones prematuras causadas por problemas en la alimentación, pérdida de recursos naturales y contaminación de los alimentos por químicos industriales.
- Enfermedades y trastornos psicológicos relacionados con la migración (violencia, drogas y alcoholismo, suicidio).
- Persistencia de otras patologías comunes a las poblaciones no indígenas (como la diabetes, la hipertensión arterial, y las cardiopatías, entre otras).

De acuerdo a la Encuesta sobre las Condiciones de Salud Materno Infantil de los Pueblos Originarios (2006) entre los problemas percibidos por las mujeres de la población con incidencia en la salud, más de la mitad de las respuestas estuvieron referidas a la pobreza, sus causas y sus consecuencias: pobreza: 21,1% de las respuestas; desocupación: 16,9%; alimentación deficiente: 11,6%; vivienda insalubre: 9,1%. La falta de higiene fue mencionada por el 13,6% de las entrevistadas y las aguas contaminadas por el 10,1%. Un 7,5% de las respuestas hicieron referencia a la falta de atención de la salud.

La pobreza como principal factor de riesgo es especialmente mencionada en la Ciudad de Buenos Aires, en la región metropolitana, en el NEA (específicamente en Chaco y Misiones) y

en las provincias de Entre Ríos, Santa Fe, La Pampa, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Río Negro.

Las menciones sobre la desocupación aumentan en Ciudad de Buenos Aires en el NEA (particularmente en Chaco), NOA (especialmente en Catamarca, La Rioja, Salta y Santiago del Estero) y en la provincia de Río Negro.

La falta de higiene es mencionada en mayor medida en las regiones Pampeana (Buenos Aires), Cuyo (Mendoza San Luis) y en las provincias Jujuy, La Pampa, Chubut y Tierra del Fuego.

La alimentación deficiente se menciona en mayor medida en la Ciudad de Buenos Aires, en el Nea (Formosa y Misiones) y en las provincias de Entre Ríos y Santa Fe.

Las menciones sobre aguas contaminadas se refieren principalmente a la región Pampeana (Buenos Aires), NOA (Catamarca, Santiago del Estero y Tucumán) y las provincias de , San Luis, Santa Cruz, La Pampa y Tierra del Fuego.

La falta de atención de la salud es mencionada con porcentajes superiores al promedio muestral en la región del NOA (Catamarca, Jujuy, La Rioja Salta y Santiago del Estero) y las provincias de Córdoba, San Juan, Formosa y Misiones, .

Entre las mujeres que en su hogar sólo se habla lengua originaria, la alimentación deficiente se menciona como problema principal, seguido por la desocupación y ubicando en tercer lugar a la falta de atención de la salud (Condiciones de Salud Materno Infantil de los Pueblos Originarios 2006).

El mismo estudio refiere la siguiente situación en relación a los riesgos de la salud presentes en comunidades indígenas:

- Alrededor de nueve de cada diez mujeres de la población objetivo son no fumadoras.
- Tres de cada cuatro mujeres afirma no consumir alcohol, y una de cada cuatro lo hace ocasionalmente.
- Cerca de ocho de cada diez mujeres tiene conocimiento sobre el SIDA, y al menos dos tercios de éstas expresan conocer formas adecuadas de prevención.

#### ***4.1. Utilización y Acceso a los servicios de salud***

Un aspecto relevante que hace al bienestar de la población en general e indígena en particular se refiere a la salud y acceso a los servicios de salud. En estudios previos realizados por UNICEF en algunas comunidades de pueblos específicos, las mismas mostraron una situación sanitaria y de salud particularmente desventajosa (UNICEF 2009). Se detectó una alta incidencia de enfermedades, como el mal de Chagas y la tuberculosis, y la enorme mayoría de los niños, niñas y adolescentes nunca había concurrido a un dentista u oculista. En cuanto al acceso a los servicios, si bien todas las comunidades tienen algún centro de salud o posta sanitaria cerca, con frecuencia los horarios de atención son reducidos y es también insuficiente el número de profesionales médicos y paramédicos que atiende.

En casi la mitad de los pueblos de los que se tiene información, al menos tres cuartas partes de sus miembros cuentan sólo con servicios públicos de salud, es decir que sólo un 25% tiene

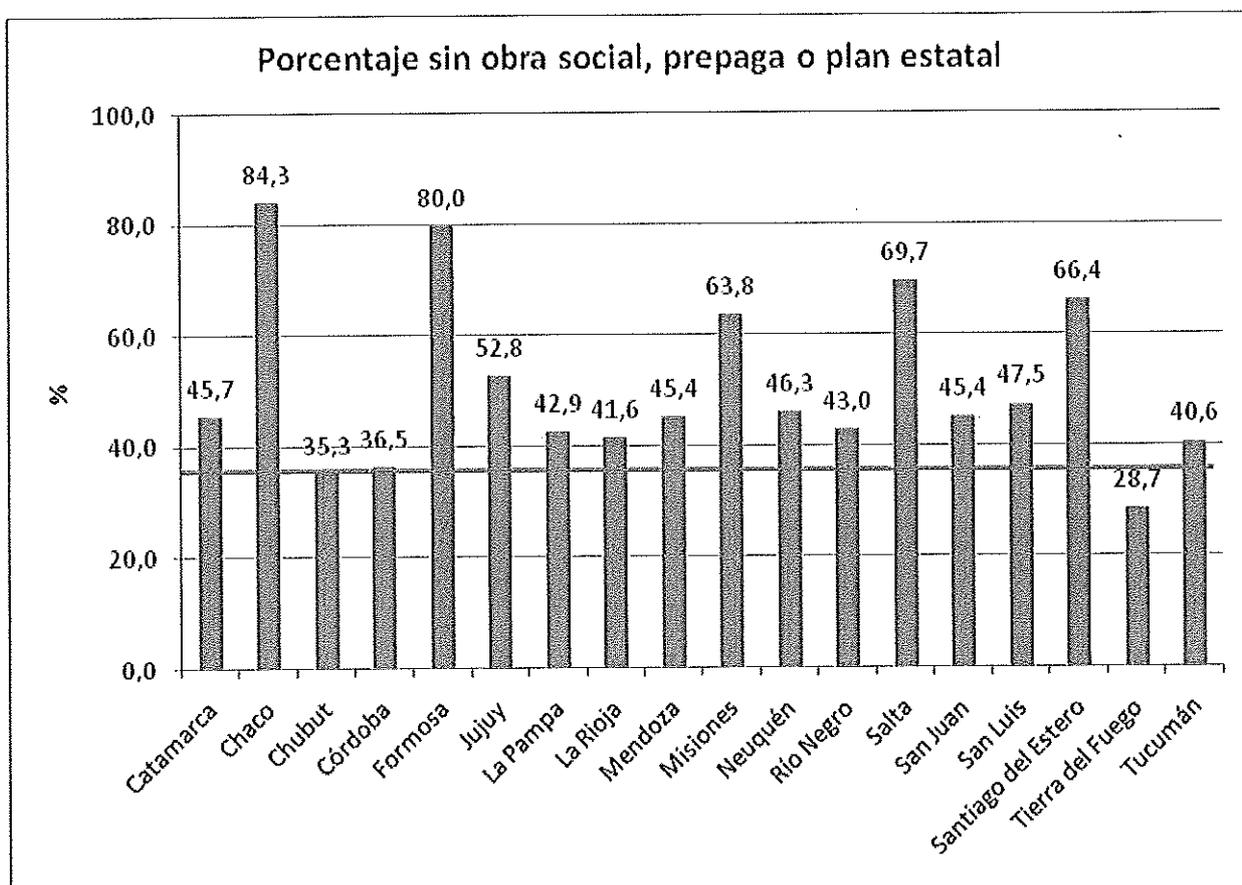
acceso a una obra social o plan de salud, privado o mutual. Esta situación se vincula sin duda con el tipo de inserción laboral y, por ende, con las condiciones de empleo a las que se encuentran sujetos los trabajadores de origen indígena.

Asimismo, existen diferencias de carácter regional que pueden asociarse con el nivel de desarrollo y los mercados de trabajo locales, la incidencia de empleo público (por lo general, de carácter protegido) y las políticas provinciales de empleo.

Son los pueblos más rezagados social y económicamente los que se encuentran en esta situación (wichí, toba, tupí guaraní, pilagá, chorote, ava guaraní y mocoví, entre otros). En cambio, en otros pueblos, el porcentaje de personas que han accedido a una obra social o plan de salud es considerablemente mayor, como por ejemplo, los ona, comechingón, tehuelche, rankulche, diaguita, guaraní, huarpe y mapuche. Es importante señalar que, con cierta independencia de esta situación, frente a un problema o malestar de salud, la población indígena acude mayormente a un hospital, centro de salud, posta sanitaria o "salita". En alrededor de dos tercios de los pueblos, más del 80% de sus miembros hace uso del sistema público de salud.

En base a lo registrado por el Censo 2010, el 36,1% de la población nacional no posee obra social, prepaga ni plan estatal, ascendiendo a 47,4% dentro de la población autorreconocida como indígena en las provincias bajo FESP2.

Como podemos observar en el gráfico, dentro de la población originaria el porcentaje de personas sin cobertura de salud es altamente variable entre las provincias, estando por encima del promedio nacional en la mayor parte de los casos. Debemos destacar los altos porcentajes en las provincias de Chaco (84,3%), Formosa (80%), Misiones (63,8%), Salta (69,7%) y Santiago del Estero (66,4%).



Porcentaje de población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios que no posee obra social, prepaga o plan estatal en las provincias bajo FESP2. La línea rosada marca el porcentaje promedio nacional del total de la población (36,1%). Fuente: Censo 2010.

En lo referido a la **accesibilidad económica** se carecen de datos a nivel nacional. Sin embargo se pueden inferir dificultades en cuanto a los costos que genera realizar el viaje al hospital a partir de la situación económica de los pueblos originarios. De acuerdo con la ECPI-2005, casi un cuarto (23,5%) de los hogares Indígenas encuestados presenta necesidades básicas insatisfechas. En tres provincias (Chaco, Misiones y Salta), una mayoría significativa (57-75%) de los hogares Indígenas vive en condiciones de pobreza estructural. Teniendo en cuenta que el promedio de pobreza en la Argentina es de 14,3%, el censo pone de manifiesto bolsones de pobreza definidos étnicamente. Otros resultados relacionados a la vivienda, medios para cocinar e instalaciones sanitarias ponen en evidencia las mismas observaciones de inequidad. La comparación de hogares Indígenas y no-Indígenas con relación a estos tres indicadores muestra claramente que en todas las provincias los hogares Indígenas están siempre en peores condiciones que el promedio de la población general.

En relación a la **accesibilidad cultural** al sistema de salud, se carecen de datos a nivel nacional. Sin embargo, y de acuerdo a la Encuesta condiciones de Salud Materno Infantil del año 2006, el porcentaje de mujeres indígenas que manifiestan o perciben trato diferencial negativo respecto de otros sectores de la población por su condición de pertenencia a pueblos originarios fueron los siguientes:

- 40% de las mujeres pertenecientes a la población objetivo afirma creer que existe trato discriminatorio en el sistema público de salud a personas pertenecientes a pueblos originarios por su condición de tales.
- 30% de las mujeres afirman tener conocimiento sobre trato discriminatorio por desconocimiento sobre los servicios que prestan los centros de salud/hospitales.

Asimismo, es posible considerar la forma en que la población objetivo toma conocimiento sobre cuestiones de salud como un aspecto de la accesibilidad cultural a los servicios de salud. En este sentido, se observa que la fuente de información principal son los centros de salud/hospital y medios de comunicación, seguida por el agente sanitario y las campañas de salud. El agente sanitario es principalmente señalado en áreas rurales y por las mujeres en cuyos hogares se habla solamente lengua originaria. Se carece de información cuantitativa.

Con respecto a la **accesibilidad geográfica**, la relación que se observa respecto de la distancia al centro de salud más cercano, el tiempo de demora en llegar al mismo, las dificultades existentes en el acceso, el ámbito de residencia de las mujeres y el uso de los servicios de salud, indica que: es en el ámbito rural, y entre las mujeres en cuyos hogares se habla solamente lengua originaria, donde se observa la mayor distancia promedio de acceso al centro de salud más cercano desde el hogar de las mujeres de la población objetivo; donde más de demora en tiempo para llegar al centro de salud más cercano y donde se registran los menores niveles mensuales de ingresos (Condiciones de Salud Materno Infantil de los Pueblos Originarios 2006).

Por otro lado, el proyecto SUMAR posee datos relativos a la inscripción de los pueblos originarios y el tipo de prestación que les brinda, a partir de los que se puede observar el acceso efectivo (esto es, no solo la disponibilidad del servicio sino su uso) a los servicios de salud (ver tabla anexo I). Como se puede observar, el porcentaje de población originaria que recibe atención y se encuentra registrada como tal es muy bajo con respecto a la población originaria total. Esto no significa necesariamente que no reciban atención médica, sino que no se registra la pertenencia étnica del paciente que recibe una prestación por falta de capacitación de los efectores. Esto mismo resulta en que al momento de generar estrategias sanitarias

especificas para Pueblos Originarios no se cuenten con los datos desagregados que permitan observar la prevalencia étnicamente determinada de ciertas patologías.

#### 4.2. Salud Materno-Infantil.

De acuerdo a la Encuesta de Salud Materno Infantil de los Pueblos Originarios, tres de cada cuatro mujeres evalúan positivamente la atención recibida en el sistema de salud público, con una mejora en la evaluación en el ámbito rural en las regiones de NEA (Chaco y Misiones), Pampeana (Buenos Aires), Cuyo (San Luis) y las provincias de Chubut, Santiago del Estero, Entre Ríos, Tucumán, La Pampa.

Según datos del censo 2001, en los hogares particulares de la Argentina había 122 mil niños indígenas de 0 a 4 años. De cada 100 de estos niños, 46 mil se encontraban en la región Pampeana, 22 mil en el Noroeste, 13 mil en el Noreste y la Patagonia, y 6 mil en Cuyo (cuadro 5). Al comparar la distribución geográfica de los niños indígenas menores de 5 años con las del total de su grupo étnico, se aprecia que los primeros se concentran más fuertemente en el Noroeste y Noreste, de manera muy similar en la Patagonia y Cuyo, y en menor medida, en la región Pampeana. Esta pauta sugiere la existencia de diferenciales geográficos en la fecundidad y en la migración interna de la población indígena.

ARGENTINA: DISTRIBUCION ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS NIÑOS INDIGENAS (MENORES DE 5 AÑOS), Y PORCENTAJE QUE ÉSTOS REPRESENTAN EN EL TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE CADA JURISDICCION, POR REGION Y PROVINCIA. 2001.

Región/Provincia	Niños indígenas (0-4 años)	Porcentaje niños indígenas región/provincia
Pampeana	56.729	3,1
Buenos Aires	34.760	3,2
C.A.B.A.	5.432	3,7
Córdoba	6.490	2,6
Entre Ríos	1.854	1,7
La Pampa	1.362	5,4
Santa Fe	6.831	3,0
Noreste	16.478	4,4
Chaco	7.226	6,6
Corrientes	1.117	1,2
Formosa	5.926	10,8
Misiones	2.209	2,0
Noroeste	26.488	5,6
Catamarca	919	2,6
Jujuy	8.158	12,1
La Rioja	583	2,1
Salta	12.381	10,2
Santiago del Estero	1.423	1,6
Tucumán	3.024	2,3
Cuyo	6.820	2,9
Mendoza	4.837	3,5
San Juan	995	1,6
San Luis	988	2,7
Patagonia	15.676	9,4
Chubut	4.526	11,6
Neuquén	4.889	10,7
Río Negro	4.770	9,2
Santa Cruz	1.043	5,3
Tierra del Fuego	448	4,4
Total	122.191	3,9

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento especiales de microdatos censales

Cuadro 5. Distribucion de Niños Indígenas por Provincia.

La Encuesta de Salud Materno Infantil de los Pueblos Originarios informa sobre la aplicación de vacunas a los niños, y sobre la posesión – de manera de constatar la vacunación – del carnet de vacunación. Así, un 73,8% de las madres de niños menores de seis años afirman haber vacunado al niño y poseer el carnet. Sólo un 1,1% de las madres afirma no haber vacunado al niño.

De acuerdo a la misma encuesta, los porcentajes de aplicación de cada vacuna fueron los siguientes:

Vacuna	Hepatitis B	BCG	Cuádruple	Sabin	Triple Viral
Cobertura (Línea de Base)	94,7%	97,2%	88,0%	89,1%	86,2%
Cantidad de Niños/as indígenas Vacunados	115.534	118.584	107.360	108.702	105.164

Cuadro 6. Porcentaje de niños/as de 0 a 4 vacunados en Pueblos Originarios. Fuente: Elaboración propia en base la Encuesta de Salud Materno Infantil de los Pueblos Originarios y del Censo de Población, Hogares y Vivienda 2001, INDEC.

Los resultados nos muestran que, sobre el objetivo del 100% de vacunación de todas las vacunas para todos los niños, la mayor lejanía a ese objetivo se observa en la Triple Viral, en la Cuádruple, y en la Sabin.

Debe considerarse que permanece como una incógnita la vacunación en los casos en los que las madres afirmaron no poseer el carnet, o porque el carnet está en manos del agente sanitario.

#### 4.3. Mortalidad Materna

Aunque no existe información sistemática sobre la gravedad del problema en las mujeres indígenas, los datos disponibles muestran una mayor intensidad al ser comparadas con el resto de la población. De hecho, en una investigación realizada en la Argentina entre los años 2002 y 2003, se comprobó que más de un tercio de las muertes maternas ocurridas en la provincia de Formosa correspondían a mujeres indígenas, siendo que la población de este grupo equivale a sólo un 7% de la total. Al respecto, la relación entre defunciones maternas/muertes maternas tardías fue de 8 a 1 entre las mujeres no indígenas frente a 1,5 a 1 en las mujeres indígenas (Ramos *et al.* 2004).

#### 4.4. Mortalidad Infantil

Los resultados la Encuesta de Salud Materno Infantil de los Pueblos Originarios nos muestran que el 12,65% de las mujeres pertenecientes a la población objetivo tuvieron por lo menos un hijo que nació vivo y falleció antes del primer año de vida. La proporción aumenta en la región del NEA y en la Pampeana, en esta última, por la fuerte proporción de un hijo fallecido en la provincia de Santa Fe.

Más de la mitad de las muertes mencionadas fue en edad pos-neonatal tardía (28 a 364 días de vida) y una de cada tres fue en edad neonatal precoz (0 a 6 días de vida).

Dentro de las causas de deceso de los niños - expuestas por las entrevistadas-, y de acuerdo a la clasificación realizada, seis de cada diez muertes se deben a causas altamente prevenibles,

sea por diagnóstico y tratamiento oportuno (27%), por control del embarazo (16,2%), por educación en cuidado materno (11,7%), por atención en el parto (6,1%), por organización del sistema de salud (0,4%) y por inmunización (0,3%).

Cabe mencionar que:

- En aproximadamente de tres de cada cuatro niños fallecidos, el nacimiento fue en centro de salud/hospital. En uno de cada cuatro casos, el niño nació en la casa de los padres. La proporción de nacimientos en el hogar es mayor en las provincias de Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Chubut, en la región del NEA y en el ámbito rural.
- En más de ocho de cada diez casos, se le realizaron controles a la madre durante el embarazo, con menor proporción en el NEA (Chaco y Formosa) y las provincias de La Pampa, Misiones, Río Negro, especialmente en el ámbito rural.
- En más de la mitad de los casos, el parto fue atendido por un médico, y en uno de cada cuatro fue atendido por una partera. Sólo en uno de cada diez casos fue atendido por una comadrona. Los partos atendidos por comadrona aumentan en Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones y Santiago del Estero.

En esta síntesis, puede observarse que la gran mayoría de los niños fallecidos antes del primer año de vida, fueron atendidos por el sistema de salud oficial. Así mismo, la proporción de partos realizados en el hogar y atendidos por comadrona, aumenta a medida que aumenta la distancia del hogar al centro de salud más cercano.

#### **4.5. Patologías gastro-intestinales en pueblos indígenas de argentina**

En algunos pueblos indígenas de la Argentina, numerosas investigaciones han identificado la presencia de enfermedades gastro-intestinales en general y de parasitosis intestinales en especial (véase Gamboa *et al.* 2009; Mengui *et al.* 2007; Navone *et al.* 2006). Estas investigaciones han verificado el problema tanto en comunidades rurales como urbanas, e indicado que las inequidades respecto a las poblaciones indígenas son sustantivas. Entre los factores de riesgo encontrados, se mencionan la carencia de agua potable, la residencia en las áreas más desfavorecidas en términos geográficos y climáticos y con alta contaminación, y la falta de calzado que causa el contacto con el suelo y, por lo tanto, con los agentes causantes de la enfermedad, entre otros. El 6,2% de los hogares de la Argentina posee abastecimiento de agua inadecuado. De acuerdo a datos del CENSO 2001, el porcentaje se duplica en el caso de los pueblos indígenas. Las situaciones más críticas se presentan las regiones del Noreste (59,9%), el Noroeste (27,2%) y la Patagonia (14,9%).

A título ilustrativo, una investigación interdisciplinaria centrada en dos comunidades Mbyá Guaraní de la provincia de Misiones, y reseñada en el marco de un trabajo más amplio (Sy 2007), destaca que las enfermedades gastro-intestinales, sobre todo las enteroparasitosis y enfermedades asociadas, son las que poseen mayor relevancia, sea en términos médicos-sanitarios como desde la perspectiva de las personas pertenecientes o descendientes de pueblos indígenas.

Entre los factores asociados, se indican aquellas condiciones que llevan a las personas pertenecientes o descendientes de pueblos indígenas a modificar sus patrones ancestrales de movilidad, y terminan confinándolos en áreas muy desfavorecidas. Las actividades productivas de las personas pertenecientes o descendientes de pueblos indígenas se han modificado

correlativamente, desde las actividades de subsistencia tradicionales. Consecuentemente, han sido notables los cambios en la dieta, producto de la introducción de alimentos elaborados.

## 5. CONCLUSIONES

Al considerar las variables analizadas hasta el momento por el Censo 2010 para los pueblos originarios podemos derivar algunas observaciones<sup>5</sup>:

- La cantidad de personas autorreconocidas como pertenecientes a pueblos indígenas es altamente variable entre las provincias.
- Con la excepción de algunas provincias, los porcentajes de población en los grupos etarios de 0 a 14 y de 15 a 64 años es bastante similar a la del total nacional.
- Se observan porcentajes muy bajos en el grupo etario poblacional de 65 años y más para todas las provincias, siendo más significativos en algunas de ellas. Si bien las causas pueden ser muy variadas esto podría estar indicando ya sea un momento de menor natalidad y/o una mayor incidencia de mortalidad temprana en las poblaciones originarias.
- En promedio, se observa una precarización de la vivienda en la población originaria, estando el promedio de casas tipo A muy por debajo del total nacional (20% vs 66,1%), con alta incidencia de casa tipo B en general y de viviendas tipo rancho en algunas provincias en particular.
- Observamos que, en líneas generales y exceptuando algunas provincias, los porcentajes de hogares con población indígena que presentan hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto) son similares (aunque en su mayoría ligeramente más elevados) al del total de la población, a excepción de determinadas provincias.
- La presencia de desagüe cloacal por cañería al interior de la vivienda en hogares indígenas es, en casi todas las provincias, ligeramente menor al total de la población. Nuevamente, en algunas provincias estos porcentajes son mucho menores.
- La ausencia de retrete al interior de la vivienda en hogares indígenas es mayor que en el total de la población en casi todas las provincias, destacándose nuevamente en algunas de ellas ya mencionadas.
- Dado que la red de gas no es uniforme en todo el territorio nacional, es difícil marcar su incidencia en hogares indígenas respecto al total de la población. Sin embargo debemos destacar el elevado uso de gas en garrafa en la mayor parte de las provincias.
- En líneas generales, es destacado el uso de leña o carbón para cocinar en muchas de las provincias bajo programa, superando el 20% de los hogares en siete de ellas.

---

<sup>5</sup> Nos limitamos a destacar los aspectos sobresalientes tratando de no emitir juicios de opinión debido a que las causas que afectan el comportamiento de las variables están más allá de los alcances de este análisis.

- En casi todas las provincias el porcentaje de adultos indígenas mayores de 10 años analfabetos es mayor al del total de la población, ascendiendo a más del doble en siete provincias.
- En la mayor parte de las provincias bajo programa el porcentaje de adultos indígenas de 65 años o más que perciben jubilación o pensión es muy similar al promedio nacional.
- Con la excepción de tres provincias, el porcentaje de indígenas que no poseen obra social, prepaga o plan estatal de salud es superior al promedio nacional, siendo muy superior en seis de ellas.
- En todas las variables (a excepción de previsión social) se destacan con valores atípicos las provincias de Chaco, Formosa, Misiones, Salta y Santiago del Estero. En todos los casos estos valores atípicos se asocian a un empobrecimiento y/o precarización en las condiciones de vida de las poblaciones originarias en estas provincias muy por encima de lo observado en las demás.

## BIBLIOGRAFIA

Carrasco Morita (2000). Los derechos de los pueblos indígenas en Argentina. Buenos Aires: Asociación de Comunidades Indígenas LHAKA HONHAT / International Work Group for Indigenous Affaire (IWGIA).

Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas en la Argentina 2001. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

CEPAL (2007). Panorama Social de América Latina 2006, Santiago de Chile, CEPAL. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México 2006. México: CDI-PNUD, noviembre 2006.

CEPAL-CELADE (2010). Diagnóstico Sociodemográfico de los Pueblos Indígenas de Argentina, proyecto CEPAL-Fundación Ford "Desigualdades territoriales y exclusión social de pueblos indígenas y afrodescendientes en países seleccionados de América Latina", a través del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)

Condiciones De Salud Materno Infantil De Los Pueblos Originarios (2006). Proyecto De Inversion En Salud Materno Infantil Provincial- Prestamo BIRF 7225-AR- PNUD ARG/04/023. Ministerio De Salud De La Nación.

Cuyul, A. (2009) "Interculturalidad y Fuentes de Información en Salud de los Pueblos Indígenas" (Octubre 2009)  
[http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones/20virtuales/semanaBVS/prese-ntaciones/interculturalidad\\_cuyul.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones/20virtuales/semanaBVS/prese-ntaciones/interculturalidad_cuyul.pdf)

Del Popolo, Oyarce y Ribotta, (2007). Sistema de Indicadores Sociodemográfico de Poblaciones y Pueblos Indígenas de América Latina – SISPP. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL- Fondo Indígena.

## Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas. INDEC 2004-2005

Evaluaciones sociales (2007) de las 15 provincias que activan la Salvaguarda Indígena. Fueron realizadas por consultoras en el, consignan datos en base a la ECPI y sólo las provincias de Chubut, Salta y Misiones presentan datos desagregados por departamento según etnia y cantidad de población.

FISA, (2008) Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA 2008). Conformado por el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas (IIE) de la Academia Nacional de Medicina, el Equipo Multicéntrico de Prioridades de Investigación en Salud de la Comisión Nacional Salud Investiga y Ministerio de Salud de la Nación

Galván M., Fabre A., Alonso, J., Miranda, O. (2003). Impacto de la enfermedad de Chagas en comunidades aborígenes de la provincia de Formosa – Argentina. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas.

Gamboa, M.; Kozubsky, L., Costas, M., Garraza, M.; Cardozo, M.; Susevich M., Magistrello, P. y Navone, G. (2009). Asociación entre geohelminthos y condiciones socioambientales en diferentes poblaciones humanas de Argentina. Rev Panam Salud Publica: 26(1):1-8.

INAI (2010). Listado de comunidades inscriptas en el RENACI. Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Informes sociosanitarios (2007) producidos por el Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios (este subprograma actualmente no está vigente) del Programa Nacional Médicos Comunitarios, del MSN. Se trata de trabajos puntuales para la comunidad en que intervinieron dichos equipos. Refieren a algunas comunidades localizadas en las provincias de Catamarca, Santiago del Estero, Chaco, Misiones, Mendoza, Santa Fe, Tucumán y Jujuy.

INDEC (2007). "Resultados de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI). Resultados Nacionales". Buenos Aires: Publicaciones del INDEC.

Lanza, N. Peláez, N., Valeggia, C. (2007). Primeras estimaciones demográficas de una población Toba del oeste formoseño. Huerta Grande, Córdoba: IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA).

Lanza, N. Valeggia, C.R. (2007). Poblaciones Toba del Gran Chaco Argentino: Situación Demográfica, Epidemiológica y Nutricional. Instituto de Investigaciones Geohistóricas (Resistencia. Chaco. Taller. Las poblaciones indígenas de la actual Argentina: pasado y presente. Comisión Científica de Demografía Histórica de la AEPA. Instituto de Investigaciones Geohistóricas. IIGHI- CONICET.

Menghi, C.; Iuvaro, C.; Dellacasa, M. y Gatta, C. (2007). "Investigación de Parásitos Intestinales en una Comunidad Aborigen de la Provincia de Salta". MEDICINA (Buenos Aires) 67: 705-708.

Munilla, Diana y Goldztein, Nicolás Los Pueblos Indígenas en la Argentina a través del Censo 2001. Seminario de Población y Sociedad en América latina – 2005. SEPOSAL 2005 Salta – Argentina, 8 al 10 de junio.

Mychaszula, S. M., G. Pollitzer y J. L. Somoza (1991). Mortalidad infantil en Junín de los Andes y en la población mapuche del sur de la provincia del Neuquén. Buenos Aires: Fundación Cruzada Patagónica – CIID – CENEP.

Navone, G.; Gamboa, M.; Oyhenart, E. y Orden, A. (2006). Parasitosis intestinales en poblaciones Mbyá-Guaraní de la Provincia de Misiones, Argentina: aspectos epidemiológicos y nutricionales. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.22, n.5, pp. 1089-1100.

OPS. Propuesta de Lineamientos estratégicos y Plan de Acción 2005-2010. Programa Salud de los Pueblos Indígenas.

OPS. Evaluación de los logros en Salud en el marco del decenio internacional de los pueblos indígenas del mundo. Año 2008.

Propuesta de Salud de los Pueblos Originarios en el Marco del Bicentenario (2009). En el marco del Taller de interculturalidad en Salud, desarrollado los días 28, 29 y 30 de Octubre de 2009, en las instalaciones del Salón Ramón Carrillo, del Ministerio de Salud de la Nación, con la participación de las Organizaciones y Comunidades de los Pueblos Originarios de la Republica Argentina, y la presencia de las Autoridades del Programa Médicos Comunitarios

Ramos, Romero, Karolinski, Mercer, Insúa, del Río Fortuna (2004). Para que cada muerte materna importe. Buenos Aires: CEDES.

Sotelo, NS., Fabre, Adriana, Galván, Miriam y Alonso, José M. (2004). "Enfermedad de Chagas: Situación Actual en Comunidades Aborígenes de Chaco y Formosa" Resistencia: Dpto. de Inmunología, Instituto de Medicina Regional. UNNE.

Sy, A. (2007). "La enfermedad en un contexto pluriétnico. Parásitos y enfermedad parasitaria en el Valle del Cuña Pirú, provincia de Misiones (Argentina)". Molina I, compilador. Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad. La selección y combinación de medicinas en Argentina. Buenos Aires: Espacio editorial.

Taranto, N., Cajal, S., De Marzi M., FERNÁNDEZ M., Frank F., Bru A., Minvielle M., Basualdo J., Malchiodi E. (2003): Clinical status and parasitic infection in a Wichi Aboriginal community in Salta, Argentina. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* Sep-Oct; 97 (5): 554-8.

UNICEF, 2009. Los pueblos indígenas en Argentina y el derecho a la educación. Situación socioeducativa de niñas, niños y adolescentes de comunidades rurales wichí y mbyá guaran. [http://www.oei.es/pdf2/Libro\\_EIB.pdf](http://www.oei.es/pdf2/Libro_EIB.pdf)

## **CONSULTA A INFORMANTES CALIFICADOS**

Centro de Documentación. Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC.

Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud de La Nación.

Equipo Nacional Pastoral Aborigen (ENDEPA).

Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI). Dirección de Tierras y RENACI.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Centro de documentación.

SIEMPRO, Dirección Nacional del Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales.

Universidad Nacional de Buenos Aires/CONICET, consulta a investigadores.

**ANEXO**

Información sobre las prestaciones realizadas por el SUMAR y principales problemáticas expresadas en las Evaluaciones Sociales del Proyecto FESP2

Provincia	Pueblo	Población Original (censo Provincial 2010)	Población Originaria Beneficiaria del SUMAR	Población Originaria Beneficiaria CES	TTM	TMIMI	Enfermedades prevalentes	Necesidades y problemas priorizados
Chubut	Mapuche-Tehuelche	43279	538	231	S/D	S/D	S/D	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incorporar en los registros estadísticos del Sistema Público de Salud la variable población indígena.</li> <li>2. Producir un diagnóstico epidemiológico sobre las enfermedades prevalentes en la población indígena.</li> <li>3. Producir un diagnóstico sobre accesibilidad de la población indígena en general y materno infantil en particular a la red de efectores del Sistema de Salud Provincial.</li> <li>4. Incorporar criterios de interculturalidad en la atención de la salud en todos los niveles del Sistema Público de Salud, incluyendo factores socio-culturales tales como la articulación con las prácticas médicas ancestrales.</li> <li>5. Trabajar en una mayor articulación entre los programas de atención primaria de la salud y salud materno-infantil, con énfasis en acciones dirigidas a la mujer embarazada.</li> </ol>
La Pampa	Ranquel	14.086	101	48	S/D	S/D	S/D	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incorporar en los registros estadísticos del Sistema Público de Salud la variable población indígena.</li> <li>2. Producir un diagnóstico epidemiológico sobre las enfermedades prevalentes en la población indígena.</li> <li>3. Producir un diagnóstico sobre accesibilidad de la población indígena en general y materno infantil en particular a la red de efectores del Sistema de Salud Provincial, en particular referida a la atención de la población que vive en Comunidades.</li> <li>4. Producir un diagnóstico sobre el tipo de infraestructura que poseen los Puestos y Centros de Salud en relación a la demanda de servicios de la población indígena, en particular a la que vive en Comunidades.</li> <li>5. Desarrollar un Plan o Programa de Salud que atienda las especificidades de la salud-enfermedad de la población Mapuche, con especial énfasis en la población que vive en Comunidades.</li> <li>6. Incorporar criterios de interculturalidad en la atención de la salud en todos los niveles del Sistema Público de Salud, incluyendo factores socio-culturales tales como la articulación con las prácticas médicas ancestrales.</li> </ol>

Neuquén	Mapuche	43357	2625	809	S/D	S/D	S/D	1. Incorporar en los registros estadísticos del Sistema Público de Salud la variable población indígena. 2. Producir un diagnóstico epidemiológico sobre las enfermedades prevalentes en la población indígena. 3. Producir un diagnóstico sobre accesibilidad de la población indígena en general y materno infantil en particular a la red de efectores del Sistema de Salud Provincial, en particular referida a la atención de la población que vive en Comunidades. 4. Producir un diagnóstico sobre el tipo de infraestructura que poseen los Puestos y Centros de Salud en relación a la demanda de servicios de la población indígena, en particular a la que vive en 5. Desarrollar un Plan o Programa de Salud que atienda las especificidades de la salud-enfermedad de la población Mapuche, con especial énfasis en la población que vive en Comunidades. 6. Incorporar criterios de interculturalidad en la atención de la salud en todos los niveles del Sistema Público de Salud, incluyendo factores socio-culturales tales como la articulación con las prácticas médicas ancestrales.
Río Negro	Mapuche	45375	568	354	S/D	S/D	S/D	1. Accesibilidad geográfica, económica y cultural a los servicios de salud 2. No existen datos epidemiológicos desagregados según pertenencia a un pueblo originario S/D
Tierra del Fuego	Selk'nam	3563	40	12	S/D	S/D	S/D	• Hipertensión, Respiratorias (asma, bronquiales, etc.), Sobrepeso, bajo peso, obesidad, Diabetes, Cáncer, Parasitosis, Chagas, Tabaquismo, Consumo de drogas y drogadependencia, Alcoholismo, Estrés, Enfermedades crónicas en adultos mayores, Lesiones por accidentes. • En niños: Problemas nutricionales, problemas de parasitosis y espasmos bronquiales. • En adolescentes: acceso a drogas, alcohol y tabaco, casos de violencia, embarazos no planificados y falta de control médico. • En mujeres: problemas de acceso a controles médicos de embarazo y puerperio, salud sexual y reproductiva, problemas nutricionales, violencia de género. • En hombres: adicciones a alcoholismo y tabaquismo. • En adultos mayores: se encuentran en situación de vulnerabilidad. Generalmente no poseen jubilación ni pensión y padecen de enfermedades crónicas. • Otros: contaminación por metales pesados, acceso al agua potable, manejo de excretas. • Barreras de acceso a la Salud Geográficas, Económicas, Administrativas y Culturales (prejuicios, mala comunicación interpersonal, etc.).
Córdoba	Comechingon	51142	88	30	S/D	S/D	S/D	

Mendoza	Huarpe	41026	438	263	S/D	S/D	S/D	S/D	<p>Infecciones Respiratorias Agudas, Trastornos Gastro Intestinales, Parasitosis Intestinales, Enfermedad de Chagas, Brucelosis, Salud Mental (Uso Nocivo de Alcohol, drogadependencia), Hipertensión Arterial, Irregularidad del abastecimiento de agua potable y energía, Falta de Letrinas, Cuidado Preventivo de la Salud de la Mujer, Barreras de acceso a la Salud Geográficas, Económicas, Administrativas y Culturales, Déficit de abordaje intercultural de la Salud Familiar, a predominio de los Controles de Salud en las diferentes Etapas del Ciclo Vital Económicas, Administrativas y Culturales, Control de la Enfermedad de Chagas, Diabetes Mellitus Salud reproductiva, Violencia de Género, Control de la Enfermedad de Chagas, Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Diabetes Mellitus TIPO 2 No Insulinodependiente, Discapacidad, Necesidad de la captación precoz de las Enfermedades Crónicas no transmisibles, Nutrición (desnutrición, bajo peso y sobrepeso, alto consumo de grasas, sal, etc.).</p>
San Juan	Huarpe Diaguita	7962	990	479	S/D	S/D	S/D	S/D	<p>Hipertensión Arterial, Diabetes, Chagas, Enfermedades respiratorias (EPOC/Asma), Tabaquismo, Enfermedades zoonóticas como brucelosis, hidatidosis, leishmaniasis, Alcoholismo, Parasitosis por insuficiente potabilización del agua, Enfermedades Crónicas no Transmisibles relacionadas con estilos de vida no saludables como sedentarismo, alimentación inadecuada (bajo peso y sobrepeso, alto consumo de grasas y sal) y consumo de tabaco, Problemas respiratorios relacionados con la contaminación, exposición a alérgenos, características de la vivienda, cercanía de animales, Barreras de acceso a la Salud Geográficas, Económicas, Administrativas y Culturales.</p>
San Luis	Ranquel Huarpe	7994	330	166	S/D	S/D	S/D	S/D	<p>Hipertensión Arterial, Enfermedad de Chagas, Sobrepeso y obesidad, Diabetes, Barreras de acceso a la Salud Geográficas, Económicas, Administrativas y Culturales, Contaminación química de napas, Nutricionales: alto consumo de grasas, sal y harinas. Ausencia de verduras y frutas en la dieta.</p>
Catamarca	Comunidad Originaria Antofalja Comunidad Originaria Mortentos - Las Cuevas - y comunidad Ingamana	6927	88	63	S/D	S/D	S/D	S/D	<p>-Se necesita por lo menos tres veces al año la visita a la comunidad de profesionales médicos de distintas especialidades. - Veterinario para la castración y desparasitación de animales domésticos. - Que la atención del médico de la zona tenga mayor frecuencia por lo menos dos veces por mes y en todos los parajes que forman la comunidad. - La necesidad de un agente sanitario permanente en la comunidad. - Ver la posibilidad de contar con la visita del odontólogo una vez por mes. - Que las visitas del médico sean programadas con el objetivo de dar conocimiento a la comunidad y poder captar la mayor cantidad de población beneficiaria. - Necesidad de atención oftalmológica debido a niños y adultos con problemas de visión. - Tratamiento ambiental para eliminar la basura. - Distribuir la carga horaria del equipo de salud (enfermero- agente sanitario) con la finalidad de tener atención en ambos turnos (mañana y tarde). - Refraccionar la posta sanitaria, en lo referente a lo edilicio debido a graves deterioros de su estructura, el cadoque señala que necesitaría como indispensable los materiales y que la mano de obra puede ser aportada por la comunidad. <b>SANEAMIENTO AMBIENTAL:</b></p>



Santiago del Estero	Tonokoré, Vilela, Zurita, Vilela, Lule, Guaycurú y Sanavirón	11508	824	401	S/D	S/D	S/D	S/D	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Incorporar en los registros estadísticos del Sistema Público de Salud la variable población indígena.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Producir un diagnóstico epidemiológico sobre las enfermedades prevalentes en la población indígena.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Producir un diagnóstico sobre accesibilidad de la población indígena en general y materno infantil en particular a la red de efectores del Sistema de Salud Provincial.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Incorporar criterios de interculturalidad en la atención de la salud en todos los niveles del Sistema Público de Salud, incluyendo factores socio-culturales tales como la articulación con las prácticas médicas ancestrales.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Trabajar en una mayor articulación entre los programas de atención primaria de la salud y salud materno-infantil, saneamiento ambiental, desarrollo social y acciones intersectoriales.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Incorporar en los registros estadísticos del Sistema Público de Salud la variable población indígena.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Producir un diagnóstico epidemiológico sobre las enfermedades prevalentes en la población indígena.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Producir un diagnóstico sobre accesibilidad de la población indígena en general y materno infantil en particular a la red de efectores del Sistema de Salud Provincial.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Incorporar criterios de interculturalidad en la atención de la salud en todos los niveles del Sistema Público de Salud, incluyendo factores socio-culturales tales como la articulación con las prácticas médicas ancestrales.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Trabajar en una mayor articulación entre los programas de atención primaria de la salud y salud materno-infantil, con énfasis en acciones dirigidas a la mujer embarazada.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Identificar población indígena (migrantes de países limítrofes), ya que constituye una realidad en la provincia.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Promover la articulación con otros organismos del estado provincial con injerencia en el ámbito de las comunidades indígenas, socializando la información por ser el sistema de salud quien cuenta con base de datos actualizados.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Garantizar el acceso de integrantes de los PI como miembros de la Unidad de Salud Indígena.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Garantizar los medios para la creación y el funcionamiento del Consejo Asesor establecido en los objetivos de la Salvaguarda Indígena, para lograr una real participación de los interesados en la planificación y seguimiento de los objetivos del programa.</li> </ul>
Tucumán	Lules, Diaguitas	19317	362	173	S/D	S/D	S/D	S/D	

Chaco	Wichis, Tobas y Mocovies	41.304	12288	5235	S/D	S/D	S/D	Las enfermedades prevalentes son: la parasitosis, piodermitis y patologías bronquiales; siendo los motivos de internación más frecuentes la tuberculosis, diarrea y desnutrición, como también las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)	<p>En la provincia se observan desequilibrios entre la oferta de equipamiento hospitalario y la demanda de la población. Las peores situaciones en términos de cobertura social se sitúan en asentamientos de la región del Impenetrable (con presencia aborigen predominantemente de la étnia Wichí). Necesidad de incorporar a los registros estadísticos del sistema público de salud la variable población indígena. Producir un diagnóstico epidemiológico sobre las enfermedades prevalentes en la población indígena. Producir un diagnóstico sobre accesibilidad de la población indígena en general y materno infantil en particular a la red de efectores del Sistema de Salud Provincial. Incorporar criterios de interculturalidad en la atención de la salud en todos los niveles del Sistema Público de Salud, incluyendo factores socio-culturales tales como la articulación con las prácticas ancestrales, médicas.</p> <p>Trabajar en una mayor articulación entre los programas de atención primaria de la salud y salud materno-infantil, con énfasis en acciones dirigidas a la mujer embarazada.</p> <p>Todas las organizaciones sociales y las comunidades indígenas acuerdan en que la muerte de niños en sus Comunidades no es un hecho reciente, sino una situación que viene de arrastre desde hace décadas, la combinación entre lo cultural y el cambio de sus hábitos plantea un panorama de difícil crianza de sus hijos.</p> <p>La dirección de Programas Comunitarios de APS monitorea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro y control diario de internados. Res. Nº 281/06</li> <li>• Gestión de turnos con especialistas. (178 de 02/2013 a 05/2014) como resultado de implementación de programas y efectividad en atención médica</li> <li>• Coordinación de traslados por altas. (Red-Móviles de Salud Indígena)</li> <li>• Referencia o contra referencias.</li> <li>• Asistencia y contención a pacientes hospitalizados en el Parque de la Salud. (Posadas) y Hospitales de Nivel III (Obera y Eldorado) A través del Promotor Indígena Intercultural.</li> <li>• Gestión de medicación y leche para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Coordinación con los Promotores Indígenas y médicos de las Aldeas y los móviles. (Comunicación constante)</li> <li>• Control de cumplimiento de visitas a las Comunidades Mbya.</li> <li>• Sistematización de Censos Poblacionales generados por los Promotores de Salud Indígena.</li> <li>• Sistematización nominal de estudios (Serologías: Chagas, VDRL, PAP, etc)</li> </ul>
Misiones	Mbya Guaraní	13006	3664	2395	S/D	S/D			

Formosa	Toba Pilagá Wichi	Qom	32216	13266	2681	S/D	22,10%	<p>Necesidad de fortalecer la capacitación y la supervisión operativa y mejorar la articulación en los hospitales de cabecera y la provisión de los recursos mínimos apropiados, tales como remedios esenciales, combustible, mantenimiento y taller mecánico de ambulancias, servicio nutricional en hospitales, por ejemplo.</p> <p>Problemas priorizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Captación precoz de la embarazada.</li> <li>• Acompañamiento y participación en los controles del embarazo.</li> <li>• Contención y acompañamiento durante el trabajo de parto.</li> <li>• Consejería para la lactancia materna, en salud reproductiva y para el parto hospitalario.</li> </ul> <p>Los problemas que se pueden detectar con mayor frecuencia son las enfermedades respiratorias, desnutrición infantil, piodermitis, diarrea, litiasis vesicular y renal y anemias crónicas y las enfermedades endémicas: tuberculosis, mal de chagas y brucelosis. En ese sentido, se registra una disminución de la prevalencia de estas enfermedades endémica, diarreas, parasitosis en relación al impacto positivo de la mejora de los determinantes sociales: agua potable, rutas pavimentadas, energía eléctrica, educación, vivienda y seguridad alimentaria.</p> <p><b>NUEVOS PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accidentes viales( motocicletas, medio de transporte más utilizado en las comunidades indígenas)</li> <li>- Obesidad por cambios dietarios con la incorporación de alimentos ricos en hidratos de carbono, conservantes químicos propios de la cultura criolla, sedentarismo, diabetes, adicciones( alcohol y sustancias tóxicas)</li> </ul>
---------	-------------------------	-----	-------	-------	------	-----	--------	---

## Informe sobre el Derecho a la Salud de los Pueblos Originarios Salvaguarda Indígena – Proyecto FESP

El presente informe ha sido elaborado a pedido de la Dirección de Desarrollo de comunidades indígenas del INAI perteneciente al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. El mismo contiene información sobre las acciones realizadas por la Salvaguarda Indígena del Proyecto FESP respecto al derecho a la salud de los Pueblos Indígenas.

### INTRODUCCION. MARCO LEGAL

Las políticas interculturales, en el marco de la construcción de sujetos de derecho, potencian el valor social de lo diferente, revalorizan al otro, construyen identidad. Nuestra concepción es la de considerar la Diversidad como Valor. Desde esta perspectiva las políticas interculturales, en el marco de la construcción de sujetos de derecho, potencian el valor social de lo diferente, revalorizan al otro en su especificidad y construyen identidad en el marco de un ejercicio de respeto y tolerancia ciudadana.

El marco legal internacional y nacional que protege los derechos de la salud de las poblaciones indígenas es amplio. Dicho marco legal incluye **Convenios Internacionales suscriptos por el Gobierno, la Constitución Nacional (artículo 75, inciso 17), Leyes Nacionales y Leyes Provinciales.**

Algunas de estas herramientas han surgido de *convenciones o tratados* y tienen obligatoriedad legal para los Estados que las han ratificado. Algunos acuerdos son de carácter general y otros son de carácter específico como el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1989); Convenio de la Biodiversidad (1992); la Resolución CD37.R5 de OPS/OMS (1993); la Resolución CD40.R6 de OPS/OMS (1997); y la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007).

**Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (ratificado por Ley Nacional N° 24.071)**

Establece un conjunto de normas mínimas que promueven el diálogo entre los gobiernos, organizaciones indígenas y organizaciones no gubernamentales. Dicho convenio tiene una esencia interdisciplinaria y por lo tanto, las repercusiones en la salud son concebidas en una dimensión integral. En este sentido, **los servicios de Salud deben ser (art. 25):**

1. Adecuados desde el punto de vista cultural o se deben proporcionar los medios para que los pueblos organicen sus propios servicios,
2. Con planificación participativa y administración en cooperación con los pueblos indígenas atento a sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. Los sistema de asistencia sanitaria para las comunidades indígenas debe basarse en la formación y empleo de personal sanitario de la comunidad local, y
4. Deben estar organizados a nivel comunitario, lo cual tiende a transferir los beneficios antes mencionados.

## Convenio de biodiversidad

Este convenio establecido en 1992, reconoce "la estrecha y tradicional dependencia de muchas comunidades locales y poblaciones indígenas que tienen sistemas de vida tradicionales basados en los recursos biológicos (ratificado por Ley Nacional Nº 24.375)

Se centra en:

1. La protección de la propiedad intelectual y de la naturaleza colectiva del conocimiento indígena.
2. La protección de los derechos ambientales e intelectuales de la población indígena.
3. Resguarda la relación entre utilización de los conocimientos y la forma de redistribuir los beneficios
4. Resguarda la relación entre los sistemas de vida y los recursos biológicos

El Convenio 169 de la OIT no hace referencia al tema. Por esta razón, el Convenio sobre la Diversidad Biológica, que sí hace alusión a esta problemática, se ha convertido en un documento fundamental para proteger los derechos ambientales e intelectuales de la población indígena.

## Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007).

El Artículo 1 establece que los pueblos indígenas tienen derecho al goce pleno, de forma colectiva o individual, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales que se reconocen en la Carta de las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en las convenciones internacionales de derechos humanos.

Con respecto a la salud, los derechos más relevantes plasmados en esta Declaración incluyen el **derecho a sus medicinas tradicionales, a mantener sus prácticas sanitarias y a gozar del más alto nivel posible de salud** (art. 24) que son fundamentales para el ejercicio de otros derechos y libertades incluidos en esta Declaración, como el derecho a estar libre de todo tipo de discriminación (artículo 2), el derecho a la vida (artículo 7), el derecho a la integridad física y mental (artículo 7), el derecho a practicar sus tradiciones y costumbres culturales (artículo 11), el derecho a manifestar sus tradiciones espirituales y religiosas (artículo 12), el derecho a establecer y controlar sus sistemas educativos (artículo 14), el derecho a mantener y desarrollar sus instituciones o sistemas políticos, económicos y sociales (artículo 20) y el derecho a mejorar sus condiciones económicas y sociales (artículo 21) entre otros.

## Resoluciones OPS

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

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

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

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

### **Constitución Nacional**

En el Capítulo IV, Atribuciones al Congreso. Art. 75 Corresponde al Congreso: Inc. 17. "Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible, ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afectan. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones."

Implica la obligación de readecuar el marco del Estado y sus instituciones en función del reconocimiento de su pluralidad étnica y cultural. Esta readecuación se realiza en una primera instancia a través de la promulgación de leyes de alcance nacional.

**Ley Nº 23.302 y Decreto Reglamentario Nº 155/89** sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes: los artículos 18 a 21 tratan de los planes de salud a coordinar por los estados nacionales y provinciales para prevención y "recuperación" (sic) de salud psicofísica de los miembros de CI. Incluye: diagnóstico y tratamiento de enfermedades, catastro sanitario, saneamiento ambiental, provisión de agua potable y vivienda, atención odontológica, exámenes clínicos y cardiovasculares y nutrición adecuada. A pesar de que la ley parece indicar planes de acción administrativa, su coherente interpretación con el convenio 169 y demás tratados de derechos humanos permiten establecer que se tratan de derechos exigibles al estado nacional y/o provincial (Salgado, Juan Manuel, 2006. *Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas*. Universidad Nacional del Comahue).

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

De la interpretación del marco legal vigente se desprenden un mínimo de acciones que deben ser cumplida en salud para los Pueblos Originarios y que se expresan a través de:

1. la participación (principalmente a través de la consulta previa, libre e informada),
2. la adecuación de las acciones desde el punto de vista cultural,
3. organizar el sistema de salud a nivel comunitario,
4. emplear y formar al personal de las propias comunidades,
5. uso de la medicina y prácticas sanitarias tradicionales.

### **PROYECTO FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA (FESP)**

El Proyecto FESP surge como una iniciativa del Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y de intercambios en el Consejo Federal de Salud, en respuesta a los actuales y nuevos desafíos y experiencias en el área de la Salud Pública que evidenció el país en años recientes. Es además una respuesta a la transición demográfica y epidemiológica actual y tiene como objetivos generales fortalecer la capacidad institucional del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud provinciales para dar cumplimiento con las Funciones Esenciales de Salud Pública<sup>II</sup>.

Si bien el Proyecto FESP no está diseñado específicamente para pueblos indígenas, la Salvaguarda Indígena (SI) propone un enfoque particular que permita aproximarse y actuar sobre la cuestión indígena desde una concepción de interculturalidad, que resulte más apropiada al contexto social de estos pueblos, y con una mirada más específica a sus valores y pautas culturales.

#### ***Ejecución de la Salvaguarda indígena***

Las actividades de la Salvaguarda indígena se gestionan principalmente a través de Actividades de Salud Pública (ASP), las cuales son actividades de salud protocolizadas y costo efectivas acordadas con los programas nacionales. Dentro de esta metodología basada en la transferencia de recursos en función de los resultados alcanzados, la Salvaguarda Indígena posee sus propias ASPs.

Si bien en todas las provincias existen miembros de pueblos indígenas, no en todas ellas se enmarcan en los criterios de la OP 4.10<sup>III</sup>. Las 18 provincias que activan la Salvaguarda Indígena son: Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán. Las provincias de Entre Ríos y Santa Cruz se encuentran en proceso de incorporarse a la SI.

#### **Objetivo:**

El objetivo primordial del FESP respecto a la SI, además de cumplir con los requerimientos de las Políticas operacionales del BM (Consulta previa, libre e informada, desarrollo de Evaluaciones Sociales, desarrollo del PPI – Plan para Pueblos Indígenas- y Difusión de la información), es el de fortalecer la rectoría del MSN mejorando las capacidades institucionales de los programas nacionales y de los Ministerios provinciales (MSP) en cuanto al desarrollo de políticas públicas interculturales.

#### **Estrategia:**

En función de este objetivo y de los resultados obtenidos a partir de la Encuesta de Capacidad Institucional (estructura, procesos –planes específicos-, RRHH) de los MSP respecto a la implementación de la SI y de políticas de salud intercultural en general, se planteó una estrategia basada en: a. Fortalecimiento de la estructura institucional para mejorar el acceso a los servicios de salud (creación de unidades de salud indígena y ASP asociadas a su fortalecimiento) y b. Capacitación de RRHH a nivel provincial

Logros:

En función de dicho objetivo se realizaron actividades específicas que muestran los siguientes avances:

**a. Fortalecimiento de la estructura institucional**

1. Creación de las Unidades de Salud Indígena (ASP SAI 031): Como parte de la estrategia de la Salvaguarda Indígena de fortalecer la capacidad institucional de las provincias se diseñaron Actividades de Salud Pública destinadas a crear una Unidad de Salud Indígena (SAI 003 etapa 1) para las provincias de Catamarca, Córdoba, Chaco, Chubut, Formosa, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán. Al día de la fecha se crearon 13 Unidades de Salud Indígena sobre las 15 asp disponibles. Las provincias de Formosa (espera la firma del gobernador para el cambio en el organigrama) y San Luis (no poseen a nadie especializado en el área) no han cumplido con este objetivo al día de la fecha.
2. Evaluaciones Sociales: Durante el periodo 2014/2015 se actualizaron las 18 Evaluaciones Sociales y se confeccionaron las de las provincias de Entre Ríos y Santa Cruz (requisito para activar la S.I.)
3. Plan para Pueblos Indígenas (PPI) (ASP SAI 032): de las 20 provincias que activan SI, 15 confeccionaron los PPI. Las provincias de Entre Ríos y Santa Cruz, se encuentran en proceso de incorporación de actividades de la SI con lo cual todavía no poseen PPI. La Rioja, Tierra del Fuego y La Pampa no poseen brecha para esta actividad. Incluyeron otras actividades (SAI 004) de la SI en el CGA
4. Proceso de consulta: Todos los PPI fueron refrendados por representantes legitimados por instituciones gubernamentales (Líderes del Consejo de Participación Indígena-CPI- del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas –INAI- del Min. de Desarrollo Social) o líderes de organizaciones provinciales o nacionales (por ejemplo: IDACH, CODECI, ETNOPO, etc.). Al mismo tiempo, las provincias complementaron el proceso de consulta con la ejecución de la ASP SAI 004 (Talleres de Interculturalidad y Participación Comunitaria)
5. Talleres de Interculturalidad y Participación Comunitaria (ASP SAI 004): Son espacios de participación y consulta a las comunidades indígenas para el desarrollo de los PPI y para la adecuación intercultural del sistema de salud. El mismo implica la realización de un informe con los resultados del taller a ser utilizado como insumo para el desarrollo de otras actividades con Pueblos Originarios, así como para la confección de los PPI. Durante el FESP 2 fueron ejecutados por las provincias 269 talleres de los cuales 44 fueron realizados en 2015<sup>iv</sup>.

**b. Capacitación de RRHH**

1. Capacitaciones de RRHH en interculturalidad: Son capacitaciones que fueron diseñadas en función de los resultados obtenidos a partir de la Encuesta de Capacidad Institucional. Las mismas tratan sobre aspectos teóricos y prácticos (aspectos comportamentales, actitudinales y procedimentales de la práctica). El contenido de la misma es el siguiente: Marco legal (derecho a la salud y derechos específicos de Pueblos Originarios), Interculturalidad, interculturalidad y salud, aspectos interculturales del proceso de atención y análisis de experiencias. El contenido se ajusta en función del público y el tiempo disponible. Durante el FESP2 se realizaron 35 capacitaciones en 14 provincias que activan la Salvaguarda Indígena (Entre Ríos, Jujuy, Salta, San Juan, San Luis, , La Rioja, Chaco , Mendoza, Misiones, Chubut, Córdoba, Tucumán, Catamarca, Río Negro), dejando capacidad instalada en los programas provinciales, personal administrativo y de efectores de salud de todos los niveles que atienden a la población originaria.

**c. Actividades Planificadas**

1. Continuar proceso de capacitación de RRHH en las provincias faltantes con unidades de salud indígena (Neuquén y Río Negro) y en provincias que aún no la poseen (La Pampa)
2. Ejecución de ASP específicas (incorporación de variable étnica en los registros provinciales y adecuación cultural de hospitales)
3. Evaluación de la capacidad institucional 2015 y publicación de los resultados a partir de la comparación con la línea de base al inicio del FESP2
4. Adecuación intercultural de material para la atención de poblaciones Mocoví en Chaco
5. Pedidos del BM: Diseño de TDR para evaluar el uso de medicina tradicional y para evaluar la prevalencia de las enfermedades de Chagas, VIH y TBC en comunidades indígenas.
6. Continuar con las actividades para incorporar las provincias de Entre Ríos y Santa Cruz (desarrollo de PPI 2016)
7. Realización de un encuentro con los líderes del Consejo de Participación Indígena (CPI) para difundir las actividades realizadas por la SI del FESP2 y consultar la inclusión de actividades 2016.
8. Encuentro de referentes de unidades salud indígena provinciales

## SALVAGUARDA INDIGENA EN NÚMEROS

**269** Talleres de Salud Intercultural y Participación Comunitaria (total FESP2)

**5572** Participantes (total FESP2)

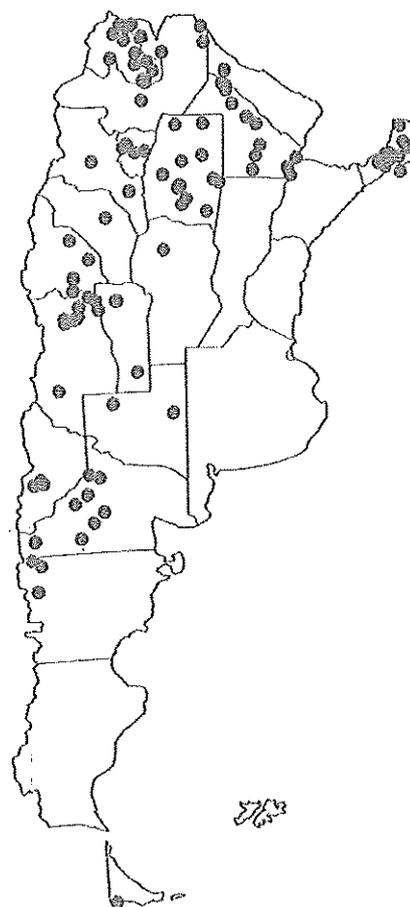
**20** Provincias con Evaluación Social actualizada

**23** Comunidades Indígenas suscritas al Acuerdo Territorial por la Salud Colectiva (PNMCS)

**13** Unidades de Salud Indígena Creadas

**15** Planes para Pueblos Indígenas

**35** Capacitaciones de RRHH en interculturalidad (total FESP2)



Distribución Geográfica de los Talleres

### Descripción de las actividades realizadas por la Salvaguarda Indígena durante el FESP

Durante los años 2012 y 2013 se realizaron reuniones periódicas de trabajo con el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables (PNMCS) con la finalidad de desarrollar los documentos que incluyan las adaptaciones culturales requeridas para el trabajo con población originaria. Como resultado, se elaboró el "Manual para la Implementación de Actividades de Salud Pública", el "Perfil Socio-Sanitario de las Comunidades Indígenas"<sup>v</sup> y se incorporaron a las MTI (Mesas de Trabajo Intersectorial<sup>vi</sup>) a los representantes de las comunidades originarias como medio de participación.

Se elaboró material para la capacitación/sensibilización de funcionarios y efectores de salud que atienden a comunidades indígenas sobre la "Salud Intercultural y estrategias de abordaje", "Marco legal para el trabajo con Pueblos Originarios".

La S.I. participó en reuniones de articulación con las Salvaguarda Indígena del Programa Sumar y desarrollo de actividades conjuntas (por ejemplo, Talleres de parto humanizado realizado en la localidad de Yavi).

Se financiaron actividades que resultaron en la elaboración del libro "Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en Paso de los Indios" Provincia de Chubut, editado por el Consejo Federal de Inversiones.

Durante los años 2012 y 2013 se realizaron gestiones conjuntas con las Universidades Nacionales de Tucumán y Salta para la capacitación intercultural de efectores de salud, así como de los alumnos/as de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Nacional de Tucumán.

Dentro de las actividades realizadas en el 2013, la Salvaguarda Indígena del FESP organizó la Consulta Previa, Libre e Informada al Marco de Planificación para Pueblos Indígenas (MPPI) del Proyecto "Apoyo al Plan Integral de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles", llevada a cabo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 27 de noviembre. Participaron de la misma autoridades de la UFI-S, del Área de Salud Indígena del PMC, Salvaguarda Indígena del Banco Mundial y 45 representantes de Pueblos Indígenas de las provincias de Chaco, San Luis, Formosa, Jujuy, Tucumán, Río Negro, Chubut, Neuquén, Salta, Mendoza, Buenos Aires, Misiones, Santa Fe, Santiago del Estero y Catamarca y la Mesa de Salud del Consejo de Participación Indígena (CPI) del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI).

Con la finalidad de comunicar los avances y generar espacios de participación, la Salvaguarda Indígena participó de una reunión del CPI el día 19 de diciembre de 2013. En ella la Salvaguarda expuso los trabajos realizados en el marco del Proyecto FESP y puso a consideración el MPPI del nuevo proyecto de "Apoyo al Plan Integral de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles".

Durante el primer semestre de 2014 se comenzó a gestionar la creación de las unidades de Salud Indígena provinciales en las 15 provincias que activan la ASP SAI 003. Asimismo, llevo a cabo la actualización de las Evaluaciones Sociales de las 18 provincias que activan la OP 4.10, las cuales son insumos fundamentales para la elaboración del PPI (Plan para Pueblos Indígenas)

En el mes de junio de 2014 la S.I. asistió a una capacitación para agentes sanitarios indígenas de la provincia de Misiones organizada por el Programa Nacional de Médicos Comunitarios y el Área de Salud Indígena de la provincia.

Asimismo, se realizaron reuniones de trabajo con el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino a fin de coordinar las acciones que este programa llevará a cabo en poblaciones indígenas en el marco del FESP2. La propuesta se basa en la realización de talleres a nivel hospitalario para garantizar la atención de mujeres con diagnóstico patológico de las comunidades originarias.

Se realizaron reuniones de articulación con la Dirección de Desarrollo de Comunidades Indígenas (INAI), así como con programas nacionales (Sumar, PNMycS, PMC, Nomivac, Adicciones,

PROSANE, entre otros) con la intención de abordar de manera conjunta e interdisciplinariamente las problemáticas de las comunidades indígenas

Durante el año 2015, como parte de la estrategia de la Salvaguarda Indígena de fortalecer la capacidad institucional de las provincias se ejecutaron Actividades de Salud Pública destinadas a crear una Unidad de Salud Indígena (SAI 003 etapa 1) en las provincias de Catamarca, Córdoba, Chaco, Chubut, Formosa, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán.

Como parte de las actividades a realizar por dicha Unidad se elaboró el Plan para Pueblos Indígenas (PPI) 2015 a nivel provincial y la actualización de la evaluación social 2014 insumo fundamental de éste. Dentro de este contexto, las provincias han mantenido canales fluidos de comunicación e intercambio con la Salvaguarda Indígena, situación que ha permitido consolidar los PPI de acuerdo a las pautas metodológicas y procedimentales fijadas en la O.P. 4.10. Cabe destacar, que los PPI realizados por las Unidades de Salud Indígena creadas, se confeccionaron en la mayoría de los casos de manera conjunta con el SUMAR, cuyos integrantes provinciales forman parte de la misma.

### **Participación**

Dentro de las actividades fomentadas por el Proyecto FESP asociadas a la participación se encuentran: 1. Consulta previa, libre e informada: Las provincias cumplieron, con modalidades diferentes conforme a los usos culturales de cada pueblo, con la consulta previa, libre e informada a las comunidades originarias en forma directa o a través de sus referentes. Todos los PPI fueron refrendados por representantes legitimados por instituciones gubernamentales (Líderes del Consejo de Participación Indígena o líderes de organizaciones provinciales –por ejemplo: IDACH, CODECI, etc.)<sup>vii</sup>. A su vez, como se menciona más arriba, se realizó la consulta con representantes de todas las etnias sobre la implementación de nuevos Proyectos<sup>viii</sup>.

2. Al mismo tiempo, las provincias complementaron el proceso de consulta con la ejecución de la ASP SAI 004 (Talleres de Interculturalidad y Participación Comunitaria), la cual implica la realización de un informe con los resultados del taller a ser utilizado como insumo para el desarrollo de otras actividades con Pueblos Originarios así como para la confección de los PPI.

### **Adecuación de las acciones desde el punto de vista cultural**

Respecto a la adecuación cultural de las acciones de salud, existe una amplia variedad de estrategias dependientes del grado de aculturación de las distintas comunidades. En relación al FESP, las principales adecuaciones estuvieron dadas desde el punto de vista de la comunicación intercultural así como la realización de talleres donde tanto las temáticas como el enfoque dado tuvieron como eje la influencia de los comportamientos culturales y su influencia en el estado de salud de las comunidades, los métodos de prevención tradicionales y las prácticas asociadas a la medicina tradicional. Un detalle de las actividades realizadas se presenta como Anexo VII

### **Organizar el sistema de salud a nivel comunitario**

En relación a esta premisa, el Proyecto FESP posee poca injerencia sobre la toma de decisión tanto a nivel provincial como local. Las provincias manejan los sistemas de salud desde el nivel central aunque paulatinamente se tiende a la descentralización de las acciones. Uno de los programas nacionales que pone mayor énfasis en el manejo de la salud a nivel local es el de Municipios y

comunidades saludables (PNMyCS). Dicho programa fomenta la creación de Mesas de Trabajo Intersectorial (MTI) donde participan los distintos actores/instituciones locales que poseen injerencia sobre el estado de salud de la comunidad, se identifican problemas de salud y se proponen proyectos para solucionarlos. Dentro de este esquema de trabajo se fomentó la inclusión de los representantes de las comunidades indígenas en las MTI. Como parte de este trabajo, se logró la incorporación de representantes indígenas en 27 MTI de distintas localidades.

#### **Emplear y formar al personal de las propias comunidades**

En relación al empleo de personal sanitario proveniente de las comunidades indígenas, el proyecto FESP no tiene dentro de sus componentes la capacidad de contratar recurso humano para aquellas acciones que no sean la gestión del proyecto. En este sentido, el Programa Nacional Médicos Comunitarios posee un área de Pueblos Originarios que se encarga de gestionar la incorporación de personal de salud proveniente de las comunidades cuando los equipos interdisciplinarios de atención en terreno tienen población indígena a cargo. A su vez, el programa funciona como posgrado de salud comunitaria con capacitación en servicio.

#### **Uso de la medicina y prácticas sanitarias tradicionales**

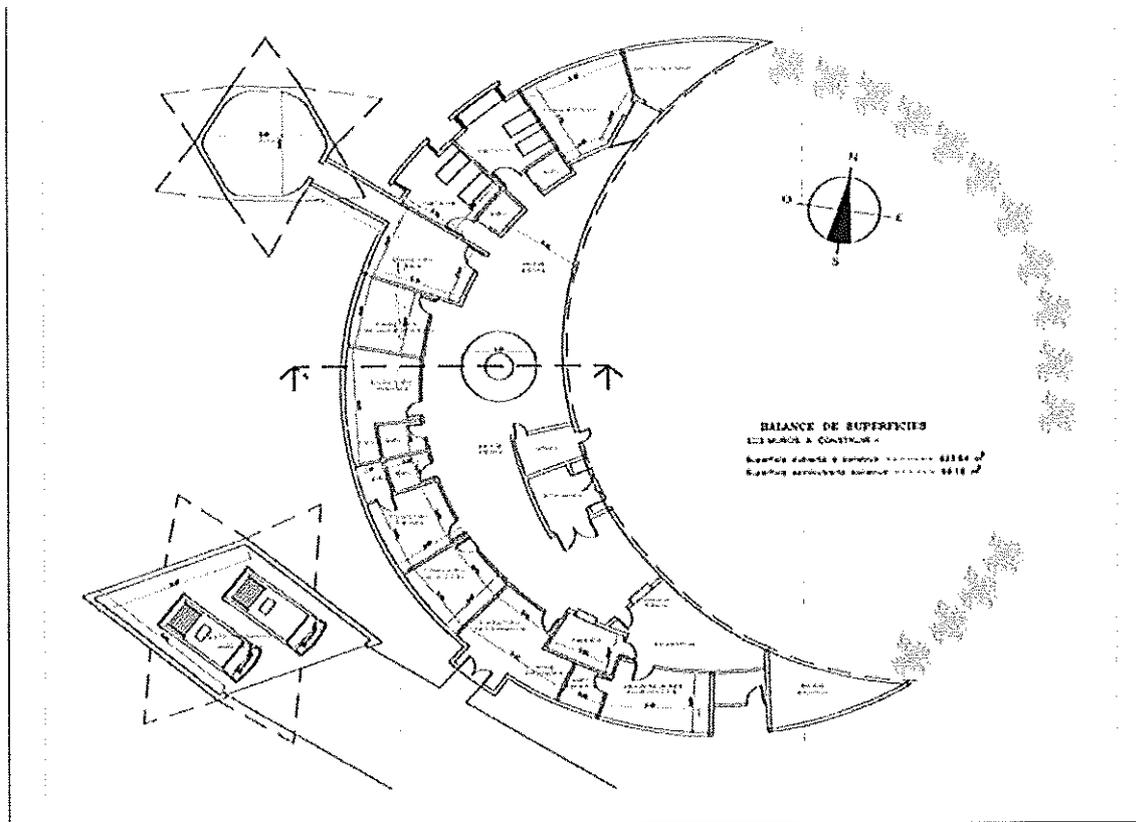
Dentro de las actividades del FESP asociadas a la medicina tradicional, el principal avance se viene dando en la provincia de Neuquén, departamento de Aluminé.

Los líderes y familias mapuches que habitan la zona han iniciado un acercamiento con el sistema de salud de la provincia, específicamente con la zona sanitaria II a la cual pertenece el Departamento de Aluminé y su equipo de salud.

Durante el año 2008 se realizan distintos talleres con enfoque intercultural en salud en los que participan la comunidad, el personal de salud y Machis con la intención de revisar las prácticas y modelo de atención en salud.

En 2009 las comunidades de Carril III y Ruca Choroy se reúnen con el Subsecretario de Salud Pública de la provincia de Neuquén y le solicitan la construcción de un Puesto Sanitario acorde a las necesidades de la población.

Se comienza un proceso de planificación participativa de los comuneros mapuches, el equipo de salud del hospital y el Departamento de Recursos Físicos de la Secretaría de Salud Pública de Neuquén, lo cual culminó en el *diseño arquitectónico con pertinencia cultural* del Puesto de salud Ruka Choroy.



En los sucesivos encuentros se plantearon asimismo *elementos para un nuevo modelo de salud* a implementar en el territorio de las comunidades, por lo que el Puesto Sanitario se inscribe en esa reflexión, sobre la cual se proyectó la idea de *diseño* acorde a la cosmovisión mapuche, funcionalidad y clima de la zona. Sobre la base de estos encuentros se decidió:

- Que el "*Centro de Salud Intercultural*" incluya un fuerte valor identitario y cultural, reconocible e identificable por los actores del área salud así como por los vecinos y personas que visitan la localidad.
- El Centro de Salud, en tanto intercultural, prestará un servicio para personas mapuches y no mapuches,
- Los trabajadores de la salud serán profesionales y técnicos de origen mapuche y no mapuche,
- La oferta de salud será intercultural y complementaria, es decir, además de la atención del equipo médico, contará con atención de terapeutas mapuches para lo cual el espacio debe estar adecuado a ambos procedimientos técnicos,
- Espacio de internación: para ambas medicinas, servirá también para espacio de rotaciones médicas nacionales e internacionales,

Dentro de este contexto, el proyecto FESP viene financiando a través de los Talleres de Interculturalidad y Participación (ASP SAI004) que tuvieron como producto presente desarrollo. Actualmente la provincia se encuentra desarrollando el marco legal e institucional que permita el ejercicio de la medicina y prácticas tradicionales.

Paralelamente se han realizado 19 Talleres sobre la temática, 3 de los cuales se realizaron en la Provincia de Jujuy, 2 en Chubut y 14 en Neuquén<sup>x</sup>.

#### Adecuación del marco institucional para el cumplimiento de las leyes.

Una de las principales actividades realizadas por la Salvaguarda Indígena del Proyecto FESP fue incentivar a las provincias para establecer un área específica dentro de los Ministerios de Salud Provinciales que se encargue de la salud de los Pueblos Originarios. Como se menciona más arriba, a partir del 2014 se crea una ASP (SAI 003) tendiente a fortalecer institucionalmente a los ministerios provinciales, las cuales fueron ejecutadas principalmente durante el 2015. Las mismas tienen como objetivo generar lineamientos estratégicos de políticas interculturales en salud para mejorar el acceso a los servicios de salud con continuidad, equidad y universalidad. Asimismo será encargada de promover la articulación de las intervenciones entre los programas de salud provincial y nacional y con las áreas de competencia de otros ministerios e institutos provinciales referentes a pueblos originarios, con la intención de potenciar los resultados de las acciones de salud en la población indígena. A su vez, será responsable de la planificación, registro, monitoreo y evaluación de las acciones ejecutadas con pueblos originarios<sup>x</sup>. La presente actividad ha sido ejecutada por Catamarca, Córdoba, Chaco, Chubut, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán, provincias que poseen un mayor número de habitantes pertenecientes a Pueblos Originarios.

A su vez, la provincia de Salta, y como producto de la interacción con otras áreas de gobierno, ha promulgado una ley para la *Creación de una red de apoyo sanitario intercultural e interinstitucional para Pueblos Originarios*. En dicha oportunidad<sup>i</sup>, el FESP asesoró respecto al marco legal vigente, el enfoque intercultural y en los acuerdos con las comunidades y autoridades provinciales. Dichas actividades se realizaron durante los años 2013-2014 a través de la ejecución de 7 talleres que tuvieron como producto el texto del cuerpo principal de la ley.

---

<sup>i</sup> Para un relevamiento completo de las leyes que afectan a los pueblos originarios ver Anexo I

<sup>ii</sup> Las 11 funciones esenciales de salud pública son: Monitoreo y evaluación, Vigilancia en salud, Promoción de la salud, Participación social, planificación y gestión, Regulación y fiscalización, Promoción del acceso equitativo, Fortalecimiento de los recursos humanos, Garantía de calidad de atención, Investigación en salud y Reducción del impacto de emergencias y desastres.

<sup>iii</sup> Política operacional 4.10 del Banco Mundial. En el mismo se describen y definen los destinatarios de dicha política, las características de las evaluaciones sociales y de los PPI, así como el alcance de la Salvaguarda Indígena. Ver Anexo II

<sup>iv</sup> La nómina completa de talleres se presenta como anexo III

<sup>v</sup> El documento del perfil socio sanitario se encuentra disponible como anexo IV

<sup>vi</sup> Las MTI son espacios de participación a nivel local donde confluyen las fuerzas vivas de la sociedad para priorizar problemas de salud y encontrar en el proceso solución intersectoriales a nivel local.

<sup>vii</sup> La nómina completa de los PPI confeccionados durante el FESPI-II así como de las evaluaciones sociales realizadas se encuentra como Anexo V

<sup>viii</sup> El acta de consulta se adjunta como Anexo VI

<sup>ix</sup> Para mayor detalle de los talleres ver anexo III

<sup>x</sup> Se adjuntan los lineamientos sugeridos por la Salvaguarda Indígena como anexo VIII

Año	Cantidad	Provincia	Lugar	Pueblo	Tema	Cantidad de participantes
2012	1	Chaco	Misión Nueva Pompeya	Wichi	Formación sobre la temática Agua pura, pueblo sano.	50
2012	1	Chaco	Miraflores	Wichi	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con Plan NACER. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Univesales del Plan NACER y como políticas de salud.	44
2012	1	Chaco	Nueva Pompeya	Wichi	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con Plan NACER. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Univesales del Plan NACER y como políticas de salud.	51
2012	1	Chaco	El Sauzalito	Wichi	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con Plan NACER. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Univesales del Plan NACER y como políticas de salud.	38
2012	1	Chaco	SUM del Hospital Pediátrico Avelino Castelán	Pueblos varios	Derecho indígena a la salud. Enfoque intercultural. El desafío del Modelo Médico Hegemónico al Modelo Médico Intercultural.	20
2012	1	Chaco	Misión Nueva Pompeya	Wichi	Control de vectores y agua pura, pueblo sano.	50
2012	1	Chaco	Misión Nueva Pompeya	Wichi	Agua Pura, pueblo sano	50
2012	1	Chubut	El Matén	Mapuche	1ª Jornada de Salud Popular y Ciencia	100
2012	1	Chubut	Lago del Rosario	Mapuche	2ª Jornada de Salud Popular y Ciencia	79
2012	1	Mendoza	Laguna del Rosario (Lavalle)	Huarpe	Prevención y control vectorial de la Enfermedad de Chagas	15
2012	1	Mendoza	Laguna del Rosario (Lavalle)	Huarpe	Acceso a la salud de la mujer y de la embarazada	15
2012	1	Misiones	Aristobulo del Valle	Mbya Guaraní	Acceso a la salud de la población infantil	20
2012	1	Misiones	Jardín América	Mbya Guaraní	Encuentro con equipos de salud: Interculturalidad y Salud	23
2012	1	Misiones	Iguazú	Mbya Guaraní	Encuentro con equipos de salud: Interculturalidad y Salud	100
2012	1	Misiones	El Soberbio	Mbya Guaraní	Encuentro con equipos de salud: Interculturalidad y Salud	50
2012	1	Salta	Oran	Guaraní, Kolla, Wichi, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Dieguita Calchaquí, Toba	Encuentro con equipos de salud: Interculturalidad y Salud	21
2012	1	Salta	Oran	Guaraní, Kolla, Wichi, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Dieguita Calchaquí, Toba	Jornadas de Salud Intercultural del NOA	300

2012	1	Salta	Oran	Equipos de salud que pertenecen o trabajan con pueblos Wichí, Chorote, Chulupí, Toba	Taller Barreras y Oportunidad en la dimens intercultural del proceso salud-enfermedad-atención	40
2012	1	Salta	Alto de la Sierra- Dpto Rivadavia	Wichí	Herramientas de accesibilidad a tratamientos	20
2012	1	Salta	Comunidad 25 Agosto Santa Victoria Este	Chorote	Herramientas de accesibilidad a tratamientos	13
2012	1	Salta	Nazareno	Equipos de salud que pertenecen o trabajan con pueblos andinos	Actualización en Salud Intercultural Materno Infantil en la Prepuna de Salta	72
2012	1	San Juan	Sawa (Sarmiento)	Huarpe	Promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad de Chagas	50
2012	1	San Luis	Municipio Ranquel	Ranquel	Promoción de hábitos saludables y de condiciones de protección de niñas y niños, adolescentes y ancianos, agua segura, educación, protección y empleo.	25
2012	1	Sgo. del Estero	Mitre, Aguirre y Salavina - Hospital zonal de Pinto	Sanavión	Interculturalidad, importancia de la inmunización, las dos visiones, TBC, ingreso al PNIMC	39
2012	1	Sgo. del Estero	Atamisqui - Hospital de Atamisqui	Diaguia (Cacano)	Interculturalidad, importancia de la inmunización, las dos visiones, TBC, ingreso al PNIMC	19
2012	1	Sgo. del Estero	San Martín - Hospital de Brea Pozo	Tonokoté	Interculturalidad, importancia de la inmunización, las dos visiones, TBC, ingreso al PNIMC	23
2012	1	Tucumán	Comunidad indígena de Amaicha del Valle	Calchaquí	Vídeo Institucional de PNIMCS, taller de análisis de las problemáticas de salud locales	17
2013	1	Chaco	SUM Centro Integrador Comunitario, La Leonesa, Dpto. Bermejo.	ASSIB QOM	Enfermedad infectocontagiosa crónica, vía de contagio, distinción entre contagio y enfermedad, partes del cuerpo humano que afecta, síntomas clásicos. Epidemiología. Relación entre TBC y pobreza. Diagnóstico, tratamiento, medidas preventivas. Uso de la vacuna BGC.	18
2013	1	Chaco	Asociación Wichí Misión Nueva Pompeya	ASIB QOM	Capacitación en actividades del agente sanitario y su relación con el programa SUMAR y su relación con los pueblos originarios. Derecho del agente sanitario a la información y a la constate capacitación. Relación del programa SUMAR y las comunidades como Políticas de Salud.	30

2013	1	Chaco	Asociación Indígena Pompeya QOM	ASIB QOM	Presentación Programa Sumar. Capacitación en actividades del agente sanitario y su relación con Programa. Derecho del agente sanitario a la información y constante capacitación. Relación de las Asignaciones Universales con Plan Nacer y como Políticas de salud.	29
2013	1	Chaco	CIC de El Sauzalito	ASIB Wichí	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con el Sumar. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Universales con Plan Nacer y como Políticas de Salud.	30
2013	1	Chaco	CIC Néstro Kichner	ASIB QOM	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con el Sumar. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Universales con Plan Nacer y como Políticas de Salud.	40
2013	1	Chaco	CIC de la Tigra	ASIB MOQOIT	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con el Sumar. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Universales con Plan Nacer y como Políticas de Salud.	30
2013	1	Chaco	Salón Freire de la Municipalidad de Villa Ángela	MOQOIT	Aprendizaje y prácticas de técnicas básicas en primeros auxilios: reanimación cardiopulmonar y fisiología de la respiración y circulación. Reconocer y evaluar la emergencia y dar atención necesaria. Aprendizaje de destreza y socorrismo básico. Módulo de salud integral en la adolescencia.	107
2013	1	Chaco	Cámara de comercio Resistencia	QOM	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con Programa SUMAR y su relación con los pueblos originarios. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación del Programa SUMAR y las comunidades como Políticas de Salud.	25
2013	1	Chaco	Pastoril Villa Ángela	ASIB MOQOIT	Control de vectores e interculturalidad.	23
2013	1	Chaco	Salón del CIC de la Tigra	ASIB MOQOIT	Control y estrategia sanitaria para el abordaje operativo anti vectorial y el manejo del medio ambiente en territorio indígena. La enfermedad de chagas y la vinchuca. El dengue y el mosquito Aedes Aegyptis. Plagas urbanas y manejo de medio ambiente.	21

2013	1	Chaco	Salón Municipal de Usos Múltiples	ASIB MOOQIT	Capacitación en Actividades del Agente Sanitario y su relación con los pueblos originarios. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de la interculturalidad en salud y las comunidades originarias, como Políticas de Salud.	20
2013	1	Chaco	Hotel Gualok, Pcia. Roque Sáenz Peña	ASIB QOM	Capacitación en Actividades del Agente Sanitario y su relación con los pueblos originarios. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de la interculturalidad en salud y las comunidades originarias, como Políticas de Salud.	15
2013	1	Chaco	Hospital del Bicentenario J.J. Castelli	ASIB QOM	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con los pueblos originarios. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación del SASOI y las comunidades, como Política de Salud.	27
2013	1	Chaco	CIC de El Sauzalito	ASIB Wichí	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con SUMAR. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Universales con Plan Nacer y como Políticas de Salud.	37
2013	1	Chaco	CIC Mira Flores	QOM, Wichí	Informar y crear conciencia de la tenencia responsable de mascotas (perros y gatos), y las enfermedades relacionadas con los mismos, para una concientización de la problemática sanitaria que conlleva la misma.	25
2013	1	Córdoba	San Marcos Sierras	Comechingón	Incorporación al Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables -Participación Comunitaria-	18
2013	1	Córdoba	San Marcos Sierras	Comechingón	Incorporación al Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables -Participación Comunitaria-	18
2013	1	Córdoba	Córdoba	Comechingón	Prevenición de enfermedades transmisibles, promoción de la vacunación	207
2013	1	Córdoba	Córdoba	Comechingón	Prevenición de enfermedades transmisibles, promoción de la vacunación	106
2013	1	Córdoba	Córdoba	Comechingón	Participación Comunitaria, detección de problemáticas	15
2013	1	Córdoba	Córdoba	Comechingón	Participación Comunitaria, detección de problemáticas	16
2013	1	Jujuy	Salón Ateneo - Hospital Héctor Quintana y Cine Teatro de Pálpala.	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guaraní y Ocloya	Marco Jurídico Nacional e Internacional relacionado con la Salud Intercultural para Pueblos Indígenas.	25
2013	1	Jujuy	Cine Teatro de Pálpala y Hotel de Turismo de Humahuaca	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guaraní y Ocloya	Historia, cultura e identidad en el abordaje de la Salud Intercultural.	28

2013	1	Jujuy	Salón del Consejo de Médicos de Jujuy, S.S. de Jujuy	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	El Derecho a la Salud Intercultural "Un derecho ganado por la lucha".	23
2013	1	Jujuy	Cine Teatro "Altos Hornos Zapla"	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Concepciones y Prácticas relacionadas a la salud y el cuidado de los RN, en las Comunidades Indígenas Andinas de Jujuy.	30
2013	1	Jujuy	Sala de visitantes de la empresa Ledesma en Libertador General San Martín	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Concepciones y Prácticas relacionadas a la salud y el cuidado de los RN, en las Comunidades Indígenas Andinas de Jujuy.	29
2013	1	Jujuy	Hotel de Turismo de la Ciudad de Humahuaca	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Concepciones y Prácticas relacionadas a la salud y el cuidado de los RN, en las Comunidades Indígenas Andinas de Jujuy.	35
2013	1	Jujuy	Salón Comunitario de la comunidad de Ocumazo	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Taller sobre pautas de inclusión en el PNMYCS.	22
2013	1	Jujuy	Salón Comunitario de San Francisco - Valle Grande	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Taller sobre pautas de inclusión en el PNMYCS.	39
2013	1	Jujuy	Aula E, Inst. de Educación Superior N°2 - Tlicara	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Interculturalidad "Desafíos de ayer y hoy".	32
2013	1	Jujuy	Aula C, Inst. de Educación Superior N°2 - Tlicara	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Programa de Salud Indígena. Objetivos y estrategias de intervención de C. Indígenas.	24
2013	1	Jujuy	Salón Comunitario de la Comunidad de Barrios	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Capacitación para la Gestión de Salud Intercultural.	38
2013	1	Jujuy	Salón Comunitario de la Comunidad - Cienaguillas	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Capacitación para la Gestión de Salud Intercultural.	26
2013	1	Jujuy	Casilla de Turismo de la Com. Portico de los Andes Susques	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Aportes para nuevas formas de participación comunitaria (gestión de recursos)	32
2013	1	Jujuy	Salón de APS, Hospital Nuestra Sra. Del Rosario	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Debate sobre la interculturalidad en APS.	25

2013	1	Jujuy	Centro Integrador Comunitario CIC Abra Pampa	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Emergencias Sanitarias, Salud Integral - Adolescencia y Uso excesivo del alcohol.	31
2013	1	Jujuy	Centro Integrador - CIC Canal de Beagle Paipala	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	La participación comunitaria "Un desafío histórico y actual".	28
2013	1	La Pampa	Santa Isabel	Ranquel	Taller de interculturalidad y salud	21
2013	1	Mendoza	Asunción (Lavalle)	Huarpe	Salud mental de la población infanto-juvenil	15
2013	1	Mendoza	Lavalle	Huarpe	Acceso a la salud de la embarazada	12
2013	1	Mendoza	El Cavadito (Lavalle)	Huarpe	Prevención y Control vectorial de la Enfermedad de Chagas	15
2013	1	Mendoza	Asunción (Lavalle)	Huarpe	Promoción de controles durante el embarazo y asistencia adecuada	22
2013	1	Mendoza	El Cavadito (Lavalle)	Huarpe	Promoción de la Cesación Tabáquica	15
2013	1	Mendoza	Lavalle	Huarpe	Cuidado de niños, niñas y adolescentes	35
2013	1	Mendoza	Santa Rosa	Huarpe, Kolla	Cuidado de niños, niñas y adolescentes	50
2013	1	Mendoza	Malgüe	Mapuche	Cuidado de niños, niñas y adolescentes	35
2013	1	Mendoza	Laguna del Rosario (Lavalle)	Huarpe	Prevención de Factores de Riesgo de Diabetes	35
2013	1	Misiones	Hospital de El Soberbio	Mbya Guarani	Charla taller de sensibilización con el personal del Hospital de El Soberbio para atención de la población Mbya Guarani.	11
2013	1	Misiones	Comunidad El Doradito	Mbya Guarani	Charla taller y encuesta de satisfacción sobre la atención médico sanitaria en la Aldea el Doradito.	9
2013	1	Misiones	Comunidad Yaka Pora	Mbya Guarani	Charla taller y encuesta de satisfacción sobre la atención médico sanitaria en la Aldea Yaka Pora.	10
2013	1	Misiones	Comunidad Peruti	Mbya Guarani	Charla taller y encuesta de satisfacción sobre la atención médico sanitaria en la Aldea Peruti.	24
2013	1	Misiones	Hospital de San Pedro	Mbya Guarani	Charla taller de sensibilización en el Hospital de San Pedro, en atención de la Población Mbya.	11
2013	1	Misiones	Comunidad Tekoa Arandu	Mbya Guarani	Charla taller y encuesta de satisfacción sobre la atención médico sanitaria en la Aldea Tekoa Arandu.	23
2013	1	Misiones	Comunidad Tekoa Alecrin	Mbya Guarani	Charla taller y encuesta de satisfacción sobre la atención médico sanitaria en la Aldea Tekoa Alecrin.	22
2013	1	Misiones	Comunidad Tekoa Guarani	Mbya Guarani	Charla taller y encuesta de satisfacción sobre la atención médico sanitaria en la Aldea Tekoa Guarani.	11
2013	1	Misiones	Comunidad Tekoa Virgen Maria	Mbya Guarani	Charla taller y encuesta de satisfacción sobre la atención médico sanitaria en la Aldea Tekoa Virgen Maria.	17
2013	1	Misiones	Hospital de San Pedro	Mbya Guarani	Charla taller de sensibilización en el Hospital de San Pedro, en atención de la Población Mbya.	11
2013	1	Misiones	Comunidad Tekoa Marangatu	Mbya Guarani	Charla taller y encuesta de satisfacción sobre la atención médico sanitaria en la Aldea Tekoa Marangatu.	10

2013	1	Neuquén	Centro Comunitario de Epu Pehuen	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	13
2013	1	Neuquén	Escuela N° 145 de Carrillil	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	11
2013	1	Neuquén	Taller de artesanías de Ruca Choroy	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	12
2013	1	Neuquén	Salón Comunitario de Epu Pehuen	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	12
2013	1	Neuquén	Taller de artesanías de Ruca Choroy	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	12
2013	1	Neuquén	Taller de artesanías de Ruca Choroy	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	12
2013	1	Neuquén	Centro de Salud de Roca Choroi - Hospital Aluminé	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	10
2013	1	Río Negro	SUM El Cuy	Mapuche	Interculturalidad y participación	59
2013	1	Río Negro	Aguada Guzmán - El Cuy	Mapuche	Interculturalidad en la promoción de la salud	31
2013	1	Río Negro	Club de Leones - Cipolletti	Mapuche	Interculturalidad y participación, Análisis de Situación de la provincia	24
2013	1	Río Negro	Salón Municipal - Cipolletti	Mapuche	Interculturalidad y Salud, fortalecimiento en regiones andina y línea	9
2013	1	Río Negro	Consejo Deliberante - General Roca	Mapuche	Interculturalidad en la prevención de la salud, tenencia responsable	66
2013	1	Río Negro	Salón Municipal - San Carlos de Bariloche	Mapuche	Interculturalidad y Salud, Derechos indígenas en el marco jurídico	37
2013	1	Río Negro	Aula Magna Hospital de El Bolsón	Mapuche	Interculturalidad y Salud, Derechos indígenas en el marco jurídico	21
2013	1	Río Negro	Organismos Central - Viedma	Mapuche	Interculturalidad y Salud, Derechos indígenas en el marco jurídico	19
2013	1	Río Negro	Taller Microcena de la Legislatura de Río Negro - Viedma	Mapuche	Interculturalidad y Salud, Derechos indígenas en el marco jurídico	40
2013	1	Salta	Salta Cap	Wichi	Taller Interculturalidad voluntarios UNICEF	23
2013	1	Salta	HPMI	Pueblos andinos	Parto Humanizado en poblaciones originarias y campesinas	25
2013	1	Salta	Salta Capital	Guarani, Kolla, Wichi, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Diaguita Calchaquí, Toba	Proyecto Traslados Pacientes Originarios Ambulatorios	14

2013	1	Salta	Salta Capital	Guaraní, Kolla, Wichi, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Diaguita Calchaquí, Toba	Proyecto Traslados Pacientes Originarios Ambulatorios	16
2013	1	Salta	Hosp Público Materno Infantil	Pueblos andinos	Parto respetado en comunidades originarias y campesinas	20
2013	1	Salta	Hospital Papa Francisco- Salta	Guaraní, Kolla, Wichi, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Diaguita Calchaquí, Toba	Aportes interculturales en AIEPI	30
2013	1	Salta	Yavi-Jujuy	Pueblos andinos	Parto Respetado Culturalmente aceptado	65
2013	1	Salta	Centro Cívico Grand Bourg	Guaraní, Kolla, Wichi, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Diaguita Calchaquí, Toba	Red de Apoyo	10
2013	1	San Juan	Salvador Taquenza (25 de Mayo)	Huarpe	Participación Comunitaria, detección de problemáticas, concepcion	23
2013	1	San Juan	Salvador Taquenza (25 de Mayo)	Huarpe	Participación Comunitaria, detección de problemáticas, concepcion	27
2013	1	San Juan	Punta del Agua (25 de Mayo)	Huarpe	Prevención y control de enfermedades zoonóticas (Hidatidosis y Br	50
2013	1	San Juan	La Majadita (Valle Fértil)	Diaguita	Promoción de hábitos saludables (nutrición, actividad física, cesació	50
2013	1	San Luis	Municipio Huarpe	Huarpe	Promoción de ambientes saludables, accesibilidad al sistema de sai	18
2013	1	San Luis	Municipio Ranquel	Ranquel	Promoción de la alimentación saludable	25
2013	1	San Luis	Municipio Ranquel	Ranquel	Promoción de ambientes saludables, accesibilidad al sistema de sai	19
2013	1	San Luis	Municipio Ranquel	Ranquel	Interculturalidad, sexualidad responsable, parto respetado y	39
2013	1	Sgo. del Estero	SUM de la comunidad	Guaycurú	Interculturalidad, sexualidad responsable, parto respetado y	30
2013	1	Sgo. del Estero	Galpón de reuniones de la comunidad	Lule Vilela	Interculturalidad, sexualidad responsable, parto respetado y	30
2013	1	Sgo. del Estero	Casa de la Kcamachej de la comunidad	Guaycurú	Interculturalidad, sexualidad responsable, parto respetado y	20
2013	1	Sgo. del Estero	Salón de reuniones de la comisión municipal de la comunidad	Vilela	Interculturalidad, sexualidad responsable, parto respetado y	20
2013	1	Sgo. del Estero	Vivienda de la Kcamachej de la comunidad	Tonokoté	Interculturalidad, sexualidad responsable, parto respetado y	15
2013	1	Sgo. del Estero	Vivienda de la Kcamachej de la comunidad	Lules Vilelas	Interculturalidad, lactancia materna, embarazo y sus cuidados, parto respetado, lineamientos del PNMCS	15

2013	1	Sgo. del Estero	Vivienda de la Kcamachej de la comunidad	Sanavirón	Interculturalidad, sexualidad responsable, parto respetado y lineamientos del PNMCS	18
2013	1	Sgo. del Estero	Vivienda de la Kcamachej de la comunidad	Diaguita (Cacano)	Interculturalidad, sexualidad responsable, parto respetado y lineamientos del PNMCS	17
2013	1	Sgo. del Estero	Vivienda de la Kcamachej de la comunidad	Tonokoté	Interculturalidad, sexualidad responsable, parto respetado y lineamientos del PNMCS	11
2013	1	Tierra del Fuego	centro Comunitario B° Kaupen	Aymara	Violencia de género	7
2013	1	Tierra del Fuego	centro Comunitario B° Kaupen	Aymara	Violencia de género	28
2013	1	Tierra del Fuego	centro Comunitario B° Kaupen	Aymara	Violencia de género	9
2013	1	Tierra del Fuego	centro Comunitario B° Kaupen	Aymara	Violencia de género	9
2013	1	Tucumán	Comunidad indígena de Amaicha del Valle	Calchaquí	Taller de interculturalidad destinado a adolescentes	60
2013	1	Tucumán	Comunidad indígena de Amaicha del Valle	Calchaquí	Taller de interculturalidad destinado a adolescentes	45
2014	1	Chaco	SUM CIC el Sauzalito	QOM	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con el Plan NACER. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Universales con el Plan NACER y como Políticas de Salud.	30
2014	1	Chaco	Asociación Civil Esperanza Progresiva - El Sauzalito	QOM	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con el Plan NACER. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Universales con el Plan NACER y como Políticas de Salud.	30
2014	1	Chaco	Pto. Sanitario B Tres Pozos. Asociación Civil Esperanza Progresiva	QOM	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con el Plan NACER. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Universales con el Plan NACER y como Políticas de Salud.	30
2014	1	Chaco	Pto. Sanitario B El Vicacheral - Asociación Civil Esperanza Progresiva	QOM	Capacitación en actividades del Agente Sanitario y su relación con el Plan NACER. Derecho del agente sanitario a la información y a la constante capacitación. Relación de las Asignaciones Universales con el Plan NACER y como Políticas de Salud.	30
2014	1	Chaco	Sauzalito	ASSIB Wichí	Control de vectores e interculturalidad	32
2014	1	Chaco	Salón "Casa de la Memoria", Resistencia	ASIB QOM	Marco legal, medicina e interculturalidad. El desafío del modelo médico hegemónico al modelo médico intercultural. Dirección de Salud Indígena.	58
2014	1	Córdoba	Córdoba	Comchingón	Participación Comunitaria -Unidad de Salud Indígena y Evaluación S	16

2014	1	Córdoba	Córdoba	Comechingón	Participación Comunitaria - Unidad de Salud Indígena y Evaluación S	16
2014	1	Córdoba	Córdoba	Comechingón y Ranquel	Participación Comunitaria - Unidad de Salud Indígena y Consejo Ase	39
2014	1	Córdoba	Córdoba	Comechingón y Ranquel	Participación Comunitaria - Unidad de Salud Indígena y Consejo Ase	39
2014	1	Formosa	Ing. Suarez	Namqorn	Encuentro con equipos de salud interculturalidad y Salud	40
2014	1	Jujuy	Oficina de Salud Indígena	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Taller "fijación de Actividades Prioritarias con Pueblos Indígenas"	36
2014	1	Jujuy	Salón Auditorium Ministerio de Salud	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Socialización de Acciones en el marco del Programa de Salud Indígena	22
2014	1	Jujuy	Salón Usos Múltiples B° Bajo Éxodo	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Rescatando Saberes y Valores de los Adultos Mayores	39
2014	1	Jujuy	Salón Comisión Municipal - Susques	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Taller "La importancia de la Participación de los Pueblos en la Gestión de Salud"	27
2014	1	Jujuy	Salón Comunitario de la Comunidad de Rinconada	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Taller "La importancia de la Participación de los Pueblos en la Gestión de Salud"	35
2014	1	Jujuy	Salón Comunitario de la Comunidad de Escaya	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Estrategias de Acción participativa con Comunidades Indígenas	30
2014	1	Jujuy	Oficina de la Red de Comunidades Indígenas	Atacama, Kolla, Quechua, Omaguaca, Guarani y Ocloya	Taller "La importancia de la Participación de los Pueblos en la Gestión de Salud"	28
2014	1	Mendoza	El Forzudo (Lavalle)	Huarpe	Prevención y control de enfermedades femeninas específicamente	15
2014	1	Mendoza	El Cavadito (Lavalle)	Huarpe	Prevención de enfermedades de transmisión sexual y promoción de	15
2014	1	Mendoza	Las Heras (Uspallata)	Mapuche	Promoción de la salud integral, prevención de Cáncer de Cuello Utr	60
2014	1	Mendoza	Laguna del Rosario (Lavalle)	Huarpe	Prevención y Control vectorial de la Enfermedad de Chagas	20
2014	1	Mendoza	Los Médanos (Lavalle)	Huarpe	Prevención y Control vectorial de la Enfermedad de Chagas	12
2014	1	Mendoza	Laguna del Rosario (Lavalle)	Huarpe	Prevención de factores de riesgo cardiovasculares, prevención y co	20
2014	1	Mendoza	San Miguel (Lavalle)	Huarpe	Promoción de la salud femenina	20
2014	1	Misiones	Jardín América	Mbya Guarani	Incorporación de herramientas para el abordaje de problemáticas relacionadas con la adolescencia. Uso excesivo de alcohol, embarazo y parto adolescente. Prevención de infecciones como las ITS y el VIH.	45

2014	1	Misiones	Jardín América	Mbya Guarani	Aprendizaje y prácticas de técnicas básicas en Primeros Auxilios: reanimación cardiopulmonar, fisiología de la respiración y circulación. Reconocer y evaluar la emergencia y dar la atención necesaria. Aprendizaje de habilidades de destreza y socorrismo básico.	76
2014	1	Misiones	Jardín América	Mbya Guarani	Derechos del paciente. Ley Provincial de Salud. Sensibilización en la atención y adherencia al tratamiento. Leyes Nacionales y Convencios Internacionales. Discusión de casos hipotéticos	48
2014	1	Misiones	Jardín América	Mbya Guarani	Actualización de Censos poblacionales de las Aldeas de la Zona Sanitaria. Relevamiento de necesidades de insumos y medicamentos. Informe de Atenciones. Programación de actividades segundo semestre 2014. Resolución de conflictos en el grupo.	27
2014	1	Neuquén	Centro de Salud de Roca Choroí	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	12
2014	1	Neuquén	- Hospital Aluminé Centro de Salud de Roca Choroí	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	10
2014	1	Neuquén	- Hospital Aluminé	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	12
2014	1	Neuquén	Centro de salud de Carrilli	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	16
2014	1	Neuquén	Escuela N° 145 de Carrilli	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	12
2014	1	Neuquén	Puesto Sanitario de Ruca	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	12
2014	1	Neuquén	Choroí	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	19
2014	1	Neuquén	Puesto Sanitario de Ruca	Mapuche	Diseño del Modelo de gestión y atención del Centro de Salud Intercultural	19
2014	1	Salta	HPMI Salta	Guarani, Kolla, Wichí, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Diaguita Calchaquí, Toba	Red de Apoyo	16
2014	1	Salta	Hospital Público Materno Infantil Salta	Guarani, Kolla, Wichí, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Diaguita Calchaquí, Toba	Red P.O.-Unidad de Apoyo HPMI	12

2014	1	Salta	C. Diputados Salta	Guaraní, Kolla, Wichí, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Diaguita Calchaquí, Toba	Ley de Pueblos Orig/Salud	13
2014	1	Salta	Salta Capital	Guaraní, Kolla, Wichí, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Diaguita Calchaquí, Toba	Semana del Aborigen	público
2014	1	Salta	Concejo Deliberante	Guaraní, Kolla, Wichí, Tapiete, Chané, Chorote, Chulupí, Diaguita Calchaquí, Toba	Presentación red en C. Deliberante	50
2014	1	San Juan	Santa Rosa	Huarpe y Diaguita	Participación Comunitaria -Unidad de Salud Indígena-	20
2014	1	San Juan	Sarmiento	Huarpe y Diaguita	Participación Comunitaria -Unidad de Salud Indígena-	15
2014	1	San Juan	El Encón (25 de Mayo)	Huarpe y Diaguita	Participación Comunitaria -Unidad de Salud Indígena-	28
2014	1	San Juan	San Juan	Huarpe y Diaguita	Participación Comunitaria -Unidad de Salud Indígena-	28
2014	1	San Juan	San Juan	Huarpe y Diaguita	Participación Comunitaria -Unidad de Salud Indígena-	14
2014	1	San Luis	Municipio Huarpe	Huarpe	Promoción de la alimentación saludable	13
2014	1	San Luis	Municipio Huarpe	Huarpe	Participación Comunitaria -Unidad de Salud Indígena-	11
2014	1	San Luis	Municipio Ranquel	Ranquel	Participación Comunitaria -Unidad de Salud Indígena-	12
2014	1	San Luis	Municipio Ranquel	Ranquel	Prevención de enfermedades	12
2014	1	Tucumán	SUM de la Dirección de Emergentología	Calchaquí	Primer curso de "Formación de Referentes en Primeros Auxilios"	20
2014	1	Tucumán	SUM de la Dirección de Emergentología	Calchaquí	Tercer curso de "Formación de Referentes en Primeros Auxilios"	25
2014	1	Tucumán	SUM de la Dirección de Emergentología	Calchaquí	Tercer curso de "Formación de Referentes en Primeros Auxilios"	24
2015	1	Sgo. del Estero	Capital	Tonokoté	Chagas	24
2015	1	Sgo. del Estero	Capital	Tonokoté	Chagas	29
2015	1	Sgo. del Estero	Capital	Guaycurú	Chagas	15
2015	1	Jujuy	Salón Ateneo del Hospital San Roque	-	Violencia contra la Mujer y su abordaje en contextos comunitarios interculturales.	26
2015	1	Jujuy	S.S. de Jujuy	-	La participación comunitaria en la gestión de Salud para Pueblos Indígenas	15
2015	1	Jujuy	Centro Integrador Comunitario-Susques	Comunidad de Susques	La participación comunitaria en la gestión de Salud para Pueblos Indígenas	15

2015	1	Jujuy	CAPS Paso de Jama	Comunidad Aborigen Paso de Jama	Sensibilización sobre la autotoma como estrategia en contextos de Comunidades Indígenas.	15
2015	1	Jujuy	Salón del Comedor Municipal Abra Pampa Ciudad de Abra Pampa	-	Abordajes interculturales para la Inclusión de Personas con Discapacidad	27
2015	1	Jujuy	CAPS Santuario de Tres Pozos	Comunidad de Tres Pozos	Sensibilización sobre la autotoma como estrategia en contextos de Comunidades Indígenas.	19
2015	1	Jujuy	Salón Ateneo del Hospital San Roque S. S. de Jujuy	-	Trabajo en Equipo, redes y participación desde una mirada intercultural	22
2015	1	Jujuy	Salón de APS – Hospital Abra Pampa Ciudad de Abra Pampa	-	Nuevas Miradas sobre viejos problemas de Salud en las Comunidades Indígenas.	20
2015	1	Jujuy	Salón Ateneo del Hospital San Roque S. S. de Jujuy	-	Nuevas Miradas sobre viejos problemas de Salud en las Comunidades Indígenas.	21
2015	1	Salta	Centro Cívico Grand Bourg	-	Reunión de la Red Interinstitucional (Conformación de Comisiones para la Reglamentación de la Ley Nº 7856)	
2015	1	Salta	Centro Cívico Grand Bourg	-	Reunión de la Red Interinstitucional (Comisión 1: Preámbulo, Comisión 2: Facilitadores, Comisión 3: Albergues, Comisión 4: Referencia y Contra referencial) Problemas/Avances.	
2015	1	Salta	Oran, Pichanal, Embarcación, La Unión, Hipólito Yrigoyen y Rivadavia	Reunión con Supervisores Intermedios de APS de la Zona Norte	Capacitación y entrega de Recetarios Iconográficos y Rotafolios de modo de administración de medicamentos para población originaria y analfabeta.	
2015	1	Salta	Centro Cívico Grand Bourg	-	Reunión de la Red Interinstitucional (seguimiento de pacientes originarios egresados del Centro de Recuperación Nutricional)	
2015	1	Salta	Área Operativa Morillo	-	Control de foco por brote de Hepatitis "A"	
2015	1	Salta	Cafayate	Áreas Operativas de Angastaco, San Carlos y Cafayate	Charlas educativas en escuelas	
2015	1	Salta	Cafayate	Áreas Operativas de Angastaco, San Carlos y Cafayate	Capacitación en Problemáticas Psicosociales (intento de suicidio, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, etc.)	
2015	1	Salta	Campo Quijano	-	Capacitación en Problemáticas Psicosociales (intento de suicidio, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, etc.)	

2015	1	Salta	Tartagal	Áreas Operativas de Salvador Mazza, Aguaray, Mosconi y Tartagal	Capacitación en Problemáticas Psicosociales (Intento de suicidio, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, etc.)	
2015	1	Córdoba	Cruz del Eje	Comechingón	Participación Comunitaria -Unidad de Salud Indígena-	20
2015	1	Mendoza	Mendoza Capital	Huarpe-Mapuche	Participación Comunitaria -Unidad de Salud Indígena-	25
2015	1	San Luis	Municipio Huarpe	Huarpe	Prevención de enfermedades	20
2015	1	San Luis	Municipio Huarpe	Huarpe	Prevención de enfermedades	18
2015	1	Misiones	Jardin America	Mbya Guarani	Adecuación intercultural de los servicios de salud	25
2015	1	Misiones	Posadas	Mbya Guarani	Adecuación intercultural de los servicios de salud	27
2015	1	Misiones	Posadas	Mbya Guarani	Adecuación intercultural de los servicios de salud	22
2015	1	Misiones	San Ignacio	Mbya Guarani	Adecuación intercultural de los servicios de salud	31
	211					5990