



TESÁI HA TEKO
PORÁVE
Moronidcha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

■ TETĀ REKUĀI
■ GOBIERNO NACIONAL

*Paraguay
de la gente*

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas

Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud
Marco de Planificación para Pueblos Indígenas

Enero de 2019

Lista de siglas y abreviaturas

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
APS	Atención Primaria de la Salud
CLS	Consejos Locales de Salud
CRS	Consejos Regionales de Salud
DGEEC	Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos
DINASAPI	Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas
CONASAPI	Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas
El Proyecto	Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
INDI	Instituto Paraguayo del Indígenas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
MPPI	Marco de Planificación para Pueblos Indígenas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OP 4.10	Política Operacional De Pueblos Indígenas del Banco Mundial
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PI	Pueblos Indígenas
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPI	Plan de Pueblos Indígenas
TBC	Tuberculosis
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UP	Unidad de Proyecto
USF	Unidad de Salud de la Familia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Tabla de contenido

A.	RESUMEN EJECUTIVO.....	4
B.	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	4
C.	CARACTERIZACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE PARAGUAY.....	5
	Datos Demográficos e Indicadores Sociales Generales.....	5
	Organización Política, Aspectos Culturales, Históricos y Religiosos.....	9
	Indicadores de Salud.....	10
	Acceso a servicios de las Unidades de Salud Familiar.....	12
D.	MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.....	14
	Legislación nacional e instituciones relevantes.....	14
	Legislación de Salud Indígena e instituciones relevantes.....	15
	Política Operacional De Pueblos Indígenas del Banco Mundial (OP 4.10).....	16
	Actores Relevantes.....	17
E.	PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS.....	19
	Alcance del MPPI.....	19
	Preparación de los Planes de Pueblos Indígenas.....	21
F.	MECANISMO DE GESTIÓN DE RECLAMOS.....	22
G.	MECANISMO DE CONSULTA Y DIVULGACIÓN DEL MPPI.....	23
	Procedimiento de la Consulta Libre, Previa e Informada.....	23
H.	ARREGLOS INSTITUCIONALES.....	24
	Responsabilidades.....	24
	Fortalecimiento Institucional.....	26
I.	PRESUPUESTO.....	26
	ANEXOS.....	26
	Anexo 1. NORMATIVA DE SALUD INDIGENA (a Incluir).....	26
	Anexo 2. INFORMACIÓN DEL CENSO INDIGENA 2012.....	27
	Anexo 3. RESULTADOS DE LAS CONSULTAS DEL MPPI	32

A. RESUMEN EJECUTIVO

1. Este **Marco de Planificación para Pueblos Indígenas (MPPI)** es parte de los instrumentos sociales del Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud (en adelante el Proyecto) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), a ser financiado por el Banco Mundial. Fue desarrollado por la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DINASAPI) para garantizar que los beneficios del Proyecto lleguen de una forma culturalmente adecuada a los Pueblos Indígenas (PI) de Paraguay, siguiendo los lineamientos de la Ley de Salud Indígena (5469/15), la Política Nacional de Salud Indígena y la Política Operativa de Pueblos Indígenas del Banco Mundial (OP 4.10).
2. El documento contiene una descripción del Proyecto, información sobre los PI de Paraguay, en sus aspectos poblacionales, culturales, de organización, identidad, historia y otros aspectos relacionados a la salud de los PI, una descripción sobre el Marco Normativo e Institucional, los actores institucionales relevantes y la OP 4.10, una lista de organizaciones indígenas y de ONG que trabajan con Pueblos Indígenas. En la sección de Planificación para Pueblos Indígenas se desarrolla el objetivo del MPPI, su alcance en relación a los componentes del Proyecto, con un desarrollo de acciones posibles para cada componente, y los procedimientos para la preparación de los Planes de Pueblos Indígenas (PPI). Finalmente se describen el mecanismo de gestión de quejas y reclamos, de consulta y divulgación del MPPI, y los arreglos institucionales necesarios para desarrollar el MPPI.

B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

3. El Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud tiene como objetivos:
 - (i) Ampliar el acceso de la población cubierta por el MSPBS a servicios de salud de calidad para la atención materna e infantil y enfermedades prevalentes
 - (ii) Fortalecer las micro redes de atención primaria de la salud
4. El Proyecto incluye tres componentes:

Componente 1- Inversiones para el fortalecimiento de la capacidad prestacional de las micro redes de APS y las USF. Este componente financiaría las siguientes actividades

- (i) Construcción de nuevas USF, readecuaciones de infraestructura en algunos hospitales distritales y en USF existentes y reconversión a USF de Centros de Salud y puestos de salud, en departamentos priorizados (principalmente los Departamentos Central, Paraguari, Cordillera y Amambay).
- (ii) Equipamiento médico de USF nuevas, readecuadas y reconvertidas; equipamiento asistencial menor indispensable para otras USF en todo el país.
- (iii) Mobiliario para USF; equipamiento informático y de comunicación para USF y para el nivel central del MSPBS para fortalecer su capacidad en términos de gestión y monitoreo del sistema de salud.
- (iv) Capacitación para mejorar la calidad de servicios en las Líneas de Cuidado Priorizadas en todo el país.
- (v) Actividades de apoyo para la optimización de procesos de compra centralizada de medicamentos e insumos, para mejoras en el acceso a las líneas de cuidado

priorizadas y para el diseño de estrategias de comunicación social destinadas a la prevención de enfermedades.

Componente 2 - Mejora en el acceso a servicios de calidad en las líneas de cuidado priorizadas.

El objetivo de este componente es ampliar el acceso de la población a servicios de atención de salud de calidad para las siguientes líneas de cuidados: (i) salud materno infantil; (ii) las Enfermedades No Transmisibles altamente prevalentes (la hipertensión y la diabetes) y los cánceres más prevalentes entre las mujeres (cáncer cervical-uterino y cáncer de mama); y, (iii) enfermedades infecciosas (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual (ETS) como por ejemplo la sífilis y el VIH).

Este componente financiará la transferencia de recursos estimados sobre base poblacional para la provisión de servicios de salud asociados con las líneas de cuidado anteriormente mencionadas.

Componente 3 - Administración y Monitoreo de la implementación del Proyecto.

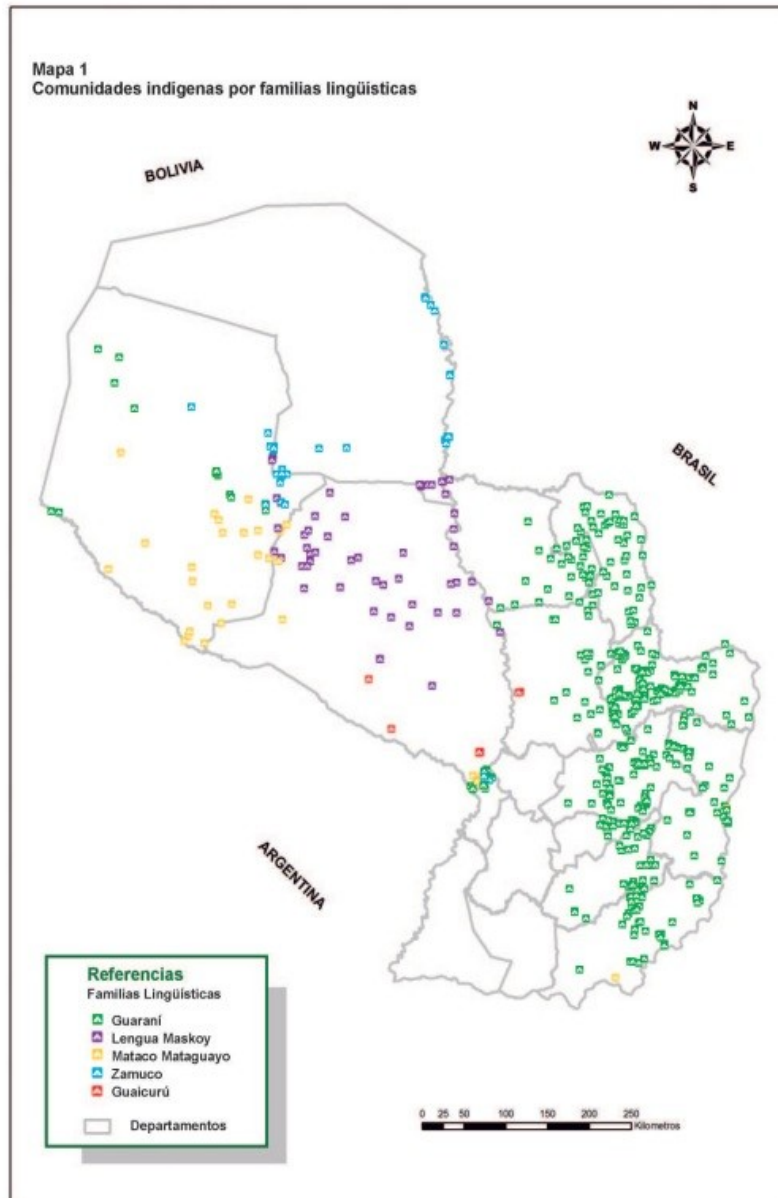
C. CARACTERIZACION DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE PARAGUAY

Datos Demográficos e Indicadores Sociales Generales

5. Según los datos del III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas 2012, la población indígena en el Paraguay consta de 117.150 indígenas de los cuales 113.254 fueron captados a través del Censo Indígena y 3.896 en el operativo del Censo Nacional (aproximadamente el 2% de la población total del país).
6. Esta población indígena vive en 711 comunidades y aldeas o barrios, distribuidos en 13 departamentos tanto en la Región Oriental como en la Región Occidental o Chaco paraguayo (Concepción, San Pedro, Guaira, Caaguazú, Caazapá, Itapúa, Alto Paraná, Central, Amambay, Canindeyú, Presidente Hayes, Boquerón, Alto Paraguay) y en la Capital del país, Asunción.
7. La población indígena está asentada en un 91,3 % en zonas rurales y solo un 8,7 en zonas urbanas. Son los Departamentos de Boquerón y Central quienes tienen el mayor número de comunidades indígenas asentadas en zonas urbanas.
8. No hay población indígena en los deptos. de Cordillera, Paraguairí, Misiones y Ñeembucú.
9. El III Censo Nacional identifica 19 Pueblos Indígenas pertenecientes a 5 familias lingüísticas:
 - **Guaraní:** Aché, Avá Guaraní, Mbya Guaraní, Paĩ Tavytera, Guaraní Ñandeva, Guaraní Occidental
 - **Maskoy:** Toba Maskoy, Enlhet Norte, Enxet Sur, Sanapaná, Angaité, Guaná
 - **Mataco Mataguayo:** Nivaclé, Maká, Manjui
 - **Zamuco:** Ayoreo, Yvytoso, Tomáraho

- **Guaicurú:** Qom

10. En el Mapa 1 expuesto a continuación, se puede observar la distribución en el territorio nacional de las Comunidades indígenas según familias lingüísticas. Cabe mencionar que el mayor número de comunidades en la región oriental del país, no se corresponde necesariamente a un mayor número de población indígena, ya que las comunidades tienen menor población, lo que se puede corroborar en el Cuadro 5.



Fuente:
DGECC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas 2012.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
 Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud de Paraguay

Cuadro 5

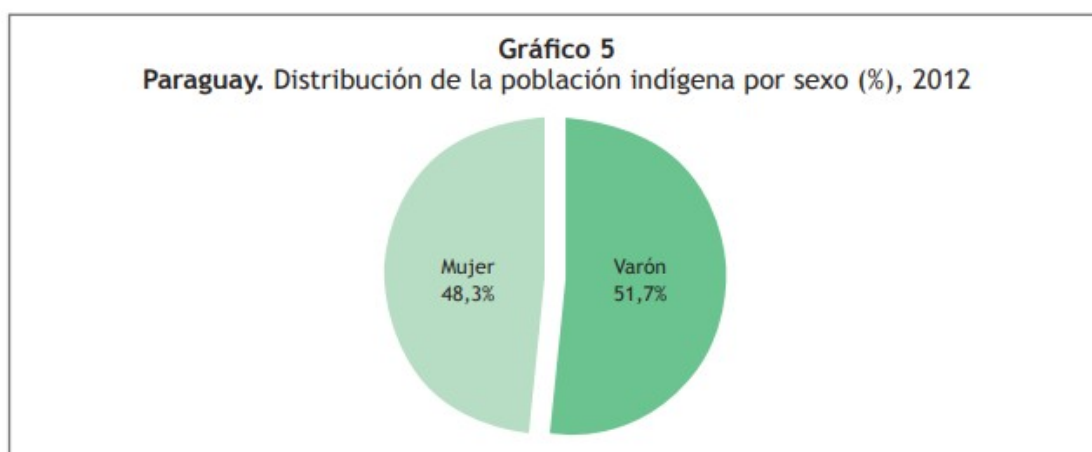
Población indígena por departamento, según familia lingüística y pueblo indígena, 2012

Familia lingüística y pueblo	Total país	Asunción	Concepción	San Pedro	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Alto Paraná	Central	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes	Boquerón	Alto Paraguay
Total	113.254	459	3.998	3.703	1.221	9.367	3.694	2.266	6.859	2.012	11.852	13.662	25.573	24.454	4.134
Guaraní	61.902	325	3.495	3.442	1.221	9.289	3.684	2.232	6.611	400	11.826	13.485	20	5.870	2
Guaraní Occidental	3.587	-	3	163	-	-	-	-	-	18	2	5	5	3.389	2
Ache	1.884	-	-	1	-	233	448	-	163	67	-	972	-	-	-
Ava Guaraní	17.921	272	1	1.607	9	788	6	8	5.185	91	270	9.649	8	27	-
Mbya Guaraní	20.546	53	1.234	1.290	1.212	8.260	3.230	2.224	1.262	224	2	1.554	1	-	-
Paĩ Tavaytorá	15.494	-	2.254	380	-	7	-	-	1	-	11.547	1.304	1	-	-
Guaraní ñandéva	2.470	-	3	1	-	1	-	-	-	-	5	1	5	2.454	-
Lengua Maskoy	26.774	1	469	3	-	1	-	-	-	11	1	2	20.279	4.601	1.406
Toba Maskoy	2.072	-	22	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1.719	81	248
Enlhet Norte	8.167	-	185	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.796	4.183	3
Enxet Sur	7.284	-	21	2	-	-	-	-	-	1	-	-	7.173	68	19
Sanapaná	2.866	-	61	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.612	9	183
Angaité	5.992	1	79	-	-	-	-	-	-	10	1	-	4.963	260	678
Guaná	393	-	101	-	-	-	-	-	-	-	-	1	16	-	275
Mataco Mataguayo	17.238	57	4	-	-	-	-	32	167	1.301	1	-	3.369	12.304	3
Nivaclé	14.768	57	-	-	-	-	-	-	-	71	-	-	2.932	11.705	3
Maká	1.888	-	4	-	-	-	-	32	167	1.228	1	-	436	20	-
Manjuí	582	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	579	-
Zamuco	4.528	50	9	-	-	1	1	-	-	266	-	1	-	1.505	2.695
Ayoreo	2.461	1	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	1.501	956
Ybytosó	1.915	49	8	-	-	-	-	-	-	265	-	1	-	4	1.588
Tomaráho	152	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	151
Guaicurú	1.939	-	2	207	-	-	-	-	-	3	-	-	1.718	8	1
Qom	1.939	-	2	207	-	-	-	-	-	3	-	-	1.718	8	1
No indígena (*)	873	26	19	51	-	76	9	2	81	31	24	174	187	166	27

Fuente: DGEEC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas, 2012.

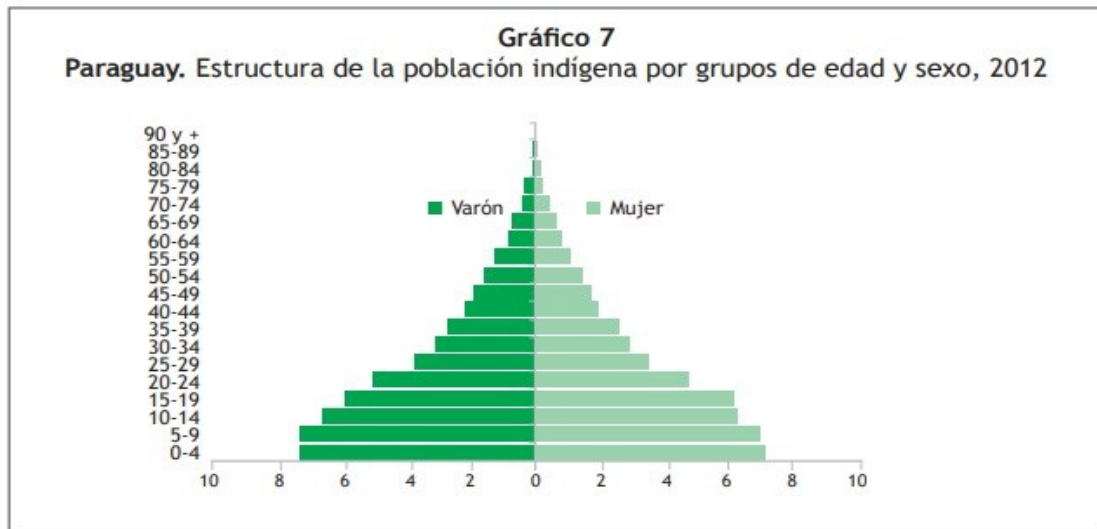
(*) Se refiere a la población no indígena que vive en comunidades.

- En el Cuadro 5 se puede observar que el departamento con mayor población indígena es Presidente Hayes, seguido por el departamento de Boquerón y Canindeyú.
- El Gráfico 5 vemos que contrariamente a lo que sucede en la población general hay una ligera prevalencia de personas del sexo masculino.



Fuente:

DGEEC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas, 2012.



Fuente:

DGEEC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas, 2012.

13. En el gráfico 7 puede observarse en la pirámide poblacional que hay dos ensanchamientos pronunciados: por debajo de los 25 años y la base que ha sufrido un evidente ensanchamiento en los 10 años previos al censo, tendencia que se mantiene.
14. En el Cuadro 2 puede observarse la prevalencia de la población indígena en zonas rurales.

Cuadro 2
 Paraguay. Distribución de la población indígena total y área urbana-rural,
 según departamento, 2012

Departamento	Población		Área			
	Total	%	Urbana	%	Rural	%
Total	113.254	100,0	9.858	8,7	103.396	91,3
Presidente Hayes	25.573	22,6	111	0,4	25.462	99,6
Boquerón	24.454	21,6	5.891	24,1	18.563	75,9
Canindeyú	13.662	12,1	266	1,9	13.396	98,1
Amambay	11.852	10,5	-	-	11.852	100,0
Caaguazú	9.367	8,3	-	-	9.367	100,0
Alto Paraná	6.859	6,1	613	8,9	6.246	91,1
Alto Paraguay	4.134	3,7	277	6,7	3.857	93,3
Concepción	3.998	3,5	381	9,5	3.617	90,5
San Pedro	3.703	3,3	-	-	3.703	100,0
Caazapá	3.694	3,3	-	-	3.694	100,0
Itapúa	2.266	2,0	-	-	2.266	100,0
Central	2.012	1,8	1.860	92,4	152	7,6
Guairá	1.221	1,1	-	-	1.221	100,0
Asunción	459	0,4	459	100,0	-	-

Fuente:

DGEEC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas, 2012.

Organización Política, Aspectos Culturales, Históricos y Religiosos

15. Los 19 Pueblos Indígenas están organizados políticamente en Comunidades con Personería Jurídica de acuerdo a la legislación vigente. Cada comunidad elige sus líderes y/o lideresas y sus autoridades son reconocidas por el Estado paraguayo.
16. Existen diversos tipos de organizaciones indígenas como ser nacionales, departamentales, según pueblos, de mujeres, jóvenes. En la sección de Actores Relevantes se mencionan las organizaciones más relevantes en función de los objetivos del MPPI.
17. En los siguientes cuadros se puede ver información por Pueblos Indígenas referida a la identidad, historia y otros aspectos¹.

¹ **Fuente:** Censo de Comunidades de los Pueblos Indígenas. Resultados Finales 2012. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. STP-DGEEC.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud de Paraguay

Pueblos	Denominación	Ubicación departamental 2012	Población total 2012 ²
Guarani			
Paĩ Tavyterã	Paĩ fue el nombre dado por el Dios-Creador Ñane Ramõi Papa al primer hombre, cuando le preguntó: Reikovépa Paĩ?, y el primer Paĩ dijo entonces: «Aikove», lo que hasta hoy sigue siendo su saludo tradicional". Tavyterã significa habitantes de la ciudad del centro de la tierra. (Melìa y Grünberg, 2008).	Amambay, San Pedro, Concepción y Canindeyú	15 494
Aché	Significa persona verdadera. Son también conocidos como Guayakí, una expresión ajena a su cultura y despectiva que literalmente significa ratón del monte. (Zanardini y Biedermann, 2006).	Canindeyú, Alto Paraná, Caazapá y Caaguazú	1 884
Avá Guarani	Anteriormente, fueron denominados Chiripá por Métraux (1948, 71), mientras SúsNIK (1961, 173) los llama Chiripá-Guaraníes o Avá-Katú-Eté, que significa los hombres del verdadero poder. (Zanardini, s.f.)	Alto Paraná, San Pedro, Caaguazú, Concepción, Canindeyú y Asunción.	17 921
Mbyá Guarani	Se autodenominan Jeguakáva Tenonde Porãngue'i, los primeros, los elegidos para llevar el adorno plumario en la cabeza, que caracteriza a la humanidad masculina, mientras que <i>Jachukáva</i> son las que llevan el emblema de la femineidad, nombre sagrado de la mujer. (Cadogan, 1992).	Concepción, Itapúa, Caaguazú, Canindeyú, Caazapá, Guairá, Alto Paraná y San Pedro.	20 546
Guarani Ñandéva	Se los denominaba Tapieté, Tapii, Yanaygua, Yana, Manaigua, pero ellos rechazan estos nombres y se autodenominan Guarani Ñandéva. (Métraux, 1996).	Boquerón	2 470
Guarani Occidental	Se autodenominan Guarani Occidental y Guarani Guarayo. Pertenecen probablemente a los Guarani que migraron hasta la cordillera andina en la búsqueda del Yvy Marañe'ý, Tierra sin mal, procedentes del Paraguay y del litoral atlántico brasileño. (Zanardini, s.f.)	Boquerón	3 587

Pueblos	Denominación	Ubicación departamental 2012	Población total 2012
Mataco Mataguayo			
Nivaclé	Significa en su propia lengua: "Hombre, persona, señor". Eran conocidos como Chulupi o también Ashlulhlay. Según Chase-Sardi Nivaclé significa hombre, en sentido genérico, ser humano. Pero, también el de género masculino, mientras el de género femenino es Nivacchei o Nivacche. (Chase-Sardi, 2003, Tomo I).	Boquerón y Presidente Hayes	14 768
Manjui	Se los conoce más como Manjui rechazan el nombre Choroti, pues se trata de un pueblo diferente, que existía antes. Muchos de ellos reivindican la denominación Lumnana, que significa los monteses. (Chamorro, 2006).	Boquerón	582
Maká	Maká significa propiamente nuestro. Son descendientes de los antiguos Enimagá, (Imacá, Inimacá, Imaga) o Lengua-Cochaboth. (Zanardini y Biedermann, 2006).	Central, Presidente Hayes, Itapúa y Alto Paraná	1 888

Guaicurú			
Qom	Se autodenominan Qom Lyk que significa ser humano. En el pasado conformaron uno de los grupos indígenas más numerosos de la región chaqueña. (Métraux, 1996).	Presidente Hayes y San Pedro.	1 939

Zamuco			
Ayoreo	Se autodenominan Ayoreo que significa gente verdadera denominan a los que son de fuera, que no pertenecen a su grupo, cojñone que significa gente de fuera, que hace cosas raras. Los Ayoreo conforman uno de los últimos pueblos indígenas más recientemente contactados y cuentan con grupos que siguen viviendo en aislamiento voluntario. (Rojas, 2004).	Boquerón y Alto Paraguay	2 461
Ybytoso	Anteriormente, se los conocían con el nombre de Chamacoco. En tiempo pasado se hablaba de la existencia de cuatro grupos, pertenecientes a este pueblo, de los cuales solo quedan los Tomaráho y los Ybytoso. Ybytoso significa los verdaderos hombres.	Alto Paraguay	1 915
Tomaráho	Los Ybytoso y Tomaráho tienen un tronco cultural común que se diferencia por sus dialectos. (Sequera 2002).		152

Lengua Maskoy			
Toba Maskoy	Se autodenominan Enelhet al igual que los Angaité. El término Maskoy viene del nombre que los Toba-Qom dan a ciertos grupos indígenas del Chaco paraguayo, mashkoi. (Unruh y Kalisch, 2003).	Alto Paraguay y Presidente Hayes	2 072
Enlhet Norte	Hasta hace poco los Enxet y los Enlhet eran considerados un solo pueblo, denominado Lengua, luego ellos mismos han manifestado que son de pueblo distinto reflejado en su lengua, hábitos y tradiciones.	Boquerón y Presidente Hayes	8 167
Enxet Sur	Enlhet, powok eenthlit, significa pariente, prójimo Enxet significa hombre, persona. (Zanardini, s.f.)		7 284
Guaná	Eran conocidos antiguamente con el nombre de Kaskiha. Su nombre Guaná se origina entre los antiguos Mbayá-Guaicurú, donde los vasallos eran llamados Guaná-Niyolola. (Métraux, 1946).	Concepción y Alto Paraguay	393
Angaité	Se autodenominan Enlhet. Fue Alfred Métraux (1946) quien se refirió a ellos con la denominación de Angaité –palabra guaraní– con la cual se les reconoce comúnmente. Está conformado por tres grupos: Koahlok, Koietevees y Konjanava que se identifican como unidad.	Presidente Hayes, Boquerón y Alto Paraguay	5 992
Sanapaná	Se autodenominan Nenlhet. Sin embargo Sanapaná es el término más utilizado para referirse a este pueblo. (Zanardini, s.f.).	Presidente Hayes	2 866

Indicadores de Salud

18. En los siguientes textos se pueden ver los algunos de los principales resultados de la Primera Encuesta Nacional Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles en Población Indígena².

2 Fuente: Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles en Población Indígena. Paraguay 2011. MSPBS y DGECC con de la OPS y de la AECID.

De la Población que consume productos de Tabaco:

- La edad media de inicio del hábito de fumar fue de 18.3 años.
- El 14,3% fuma cigarrillos todos los días.
- El 8% consume tabaco que no emite humo.
- El consumo de tabaco de mascar por día fue de 5,4.
- El 25% de los fumadores intentó dejar de fumar en los últimos 12 meses.
- El 63,9% no piensan dejar de fumar.

Alimentación

- El 97,6% de los encuestados siempre agrega sal al cocinar los alimentos
- El 12% también agrega sal a la comida una vez servida en la mesa.
- El 8,4% dice consumir mucha sal y el 58% cree que consume lo justo.
- El 43,8% de la población consume comidas rápidas 2 veces por semana y 13,6% 5 veces o más.
- El 24% de los encuestados refiere que nunca ha consumido comidas rápidas.
- El consumo de porciones de carne en una semana fue: 2,5 para carne vacuna, 1,6 para pollo, 0,8 para pescado y 1,1 para animales silvestres.

Actividad física

De la Población encuestada que realiza actividad física intensa en los diferentes escenarios fue:

- 55,6% en el trabajo.
- 73% en el desplazamiento activo.
- 24,7% en el tiempo libre.

Tiempo promedio de actividad física realizada por día:

- En el Trabajo 277 de minutos.
- En el desplazamiento 93,6 minutos.
- En el tiempo libre 86,4 minutos
- Tiempo promedio de sedentarismo en un día fue 283 minutos.

Colesterol

- El 77% de la población nunca se midió el colesterol en sangre.
- De los que se midieron: El 1,7% refirió tener colesterol elevado

Presión Arterial

- El 20% de la población indígena, declaró tener hipertensión arterial
- Se constató con la medición que el 30,5% de la población indígena tiene hipertensión arterial.
- El 50,3% de la población declaró que se controló la presión arterial por 1ra. vez durante la presente encuesta.

Diabetes Mellitus

- El 75,2% de la población nunca se midió la glucosa en sangre.
- De los que se midieron el 5,1% presenta diabetes, de los cuales el 85% son mujeres y 15% son hombres.

De la Población con diabetes en tratamiento:

- 23,1% recibe insulina
- 53,8% recibe medicación oral.

La Población encuestada presentó antecedentes familiares de:

- Diabetes en el 4,2%
- Hipertensión arterial en el 16,8%
- Infarto Agudo del Miocardio (IAM) a edad temprana en el 2,5%
- Cáncer o tumor maligno en 1,5%.
- Colesterol Elevado en 2,6%.
- Accidente Cerebro Vascular (ACV) en 1,1%.

Estado Nutricional

- El 39,6% de la población indígena tiene sobrepeso y obesidad.
- El 56,8% de las mujeres presenta circunferencia de cintura con riesgo moderado y alto
- El 8,2% de los hombres presenta circunferencia de cintura con riesgo moderado y alto.

Tamizaje en Salud

Estudios de detección realizados en la población indígena:

- El 73,6% de las mujeres nunca se realizó un estudio de Papanicolaou.
- El 3,2% realizó un examen de mama por un profesional.
- El 96,9 % nunca se realizó una mamografía
- Solo el 1.4% realizó sangre oculta en heces.
- El 0,3% se realizó una colonoscopia
- El 1,2% de los hombres realizó un estudio de próstata.

Salud Mental

- El 31,6% de la población encuestada presentó síntomas de presión
- El 30,1% fue víctima de violencia familiar alguna vez

Medidas de Seguridad

El 12,3% estuvo en un automóvil en los últimos 30 días y de ellos:

- El 2,8% siempre utilizó cinturón de seguridad.
- El 97,7% no siempre, de los cuales el 51,7% nunca utilizó.
- El 9,3% de los conductores estaba alcoholizado, declarado por él mismo.
- El 2,2% de los conductores estaba alcoholizado, dicho por el acompañante.

El 57,8% de la población indígena encuestada, estuvo en moto en los últimos 30 días, y de ellos utilizaron casco:

- Siempre en el 9,2% de los casos
- No siempre en el 90,8% de los cuales 53% nunca utilizaron

El 20,6% de la población indígena estuvo en bicicleta en los últimos 30 días, y de ellos utilizaron casco:

- Nunca en el 98,6% de los casos.
- Algunas veces en el 1,4% de los casos

El 5% de la población estuvo involucrada en un accidente de tránsito ya sea como conductor, pasajero o peatón, de los cuales el 47,2% requirieron atención médica.

El 4,7% de la población sufrió lesiones de causas externas sin incluir los accidentes de tránsito, entre ellas la más frecuente fue la caída en un 42%.

Acceso a servicios de las Unidades de Salud Familiar

19. Según el III Censo Nacional Indígena 2012, de las 711 comunidades y aldeas o barrios indígenas, 537 de ellas manifestaron recibir atención de las USF (Cuadro 16). Se hace la salvedad que estas atenciones en algunas de las comunidades se realizan de manera esporádica, por la falta de vehículos y/o transportes adecuados, la falta de caminos de todo tiempo y por condiciones climatológicas adversas, lluvias e inundaciones.
20. La población indígena no cubierta por las USF acude a los hospitales regionales, distritales y/o al Hospital Indígena San Roque de Santa Cruz que funciona en la ciudad de Limpio, Departamento Central.
21. Actualmente del total de 804 USF, 169 atienden también a comunidades indígenas. Estas USF están ubicadas en las 14 Regiones Sanitarias que cuentan con población indígena (de las 18 existentes).
22. Las USF se encuentran asentadas en un territorio determinado de aproximadamente 3.500 a 5.000 habitantes (500 a 700 familias) en zonas urbanas. En zonas rurales se debe considerar la extensión territorial, dispersión poblacional y accesibilidad, por lo que pueden tener menor cantidad de familias y personas a cargo en una vasta área. El equipo médico de las USF está compuesta básicamente por un profesional médico, licenciada en obstetricia o enfermería y un técnico en salud³.
23. Las USF atienden de lunes a viernes de 7 a 15 hs., ofreciendo todos los programas de salud disponibles del MSPBS (vacunaciones, desparasitación, control prenatal, salud sexual y reproductiva, Programa Alimentario Nutricional Integral - PANI, TBC, VIH, Diabetes, entre otros).

³ Guía de trabajo en Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, 2017.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud de Paraguay

Cuadro 16.

Paraguay. Comunidades, aldeas o barrios indígenas por acceso a servicios de la Unidad de Salud Familiar (USF), según familia lingüística y pueblo, 2012

Familia lingüística y pueblo indígena	Total de comunidades, aldeas o barrios	Recibe los servicios de la USF		
		Sí recibe	No recibe	No reportado
Total	711	537	166	8
Guaraní	438	319	114	5
Guarani Occidental	19	15	4	-
Aché	6	6	-	-
Avá Guaraní	148	103	43	2
Mbyá Guaraní	178	127	50	1
Paí Tavyterá	73	59	12	2
Guaraní ñandéva	14	9	5	-
Lengua Maskoy	157	125	29	3
Toba Maskoy	9	7	2	-
Enlhet Norte	35	23	11	1
Enxet Sur	48	37	10	1
Sanapaná	21	19	2	-
Angaité	42	38	3	1
Guaná	2	1	1	-
Mataco Mataguayo	71	59	12	-
Nivacle	64	53	11	-
Maká	4	3	1	-
Manjui	3	3	-	-
Zamuco	34	26	8	-
Ayoreo	25	22	3	-
Ybytoso	8	4	4	-
Tomaráho	1	-	1	-
Guaicurú	11	8	3	-
Qom	11	8	3	-
Región Oriental	416	299	112	5
Región Occidental	295	238	54	3

Fuente: STP-DGEEC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. Censo Comunitario, 2012.

Cuadro 17.

Paraguay. Comunidades, aldeas o barrios indígenas que reciben el servicio de una Unidad de Salud Familiar (USF) por frecuencia de atención de los profesionales, según familia lingüística y pueblo, 2012

Familia lingüística y pueblo indígena	Total de comunidades que recibe el servicio de una USF	Los profesionales de la USF atienden						
		Cinco días a la semana	Una vez a la semana	Una vez cada 15 días	Una vez al mes	Una vez al año	Algunas veces al año	No reportado
Total	537	39	27	29	289	52	90	11
Guaraní	319	29	11	18	155	39	62	5
Guarani Occidental	15	8	-	-	6	-	1	-
Aché	6	-	1	1	2	1	1	-
Avá Guaraní	103	8	4	8	36	22	21	4
Mbyá Guaraní	127	3	4	8	80	9	22	1
Paí Tavyterá	59	8	2	1	27	6	15	-
Guaraní ñandéva	9	2	-	-	4	1	2	-
Lengua Maskoy	125	2	4	7	83	9	16	4
Toba Maskoy	7	1	-	1	5	-	-	-
Enlhet Norte	23	1	1	1	14	-	4	2
Enxet Sur	37	-	1	1	26	2	6	1
Sanapaná	19	-	1	-	13	2	3	-
Angaité	38	-	1	3	25	5	3	1
Guaná	1	-	-	1	-	-	-	-
Mataco Mataguayo	59	4	10	4	35	1	4	1
Nivacle	53	3	9	3	33	1	3	1
Maká	3	-	1	-	2	-	-	-
Manjui	3	1	-	1	-	-	1	-
Zamuco	26	3	2	-	13	3	5	-
Ayoreo	22	2	-	-	12	3	5	-
Ybytoso	4	1	2	-	1	-	-	-
Tomaráho	-	-	-	-	-	-	-	-
Guaicurú	8	1	-	-	3	-	3	1
Qom	8	1	-	-	3	-	3	1
Región Oriental	299	19	12	18	148	38	59	5
Región Occidental	238	20	15	11	141	14	31	6

Fuente: STP-DGEEC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. Censo Comunitario, 2012.

D. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Legislación nacional e instituciones relevantes

24. El Paraguay es país signatario de los principales tratados internacionales sobre derechos humanos y medio ambiente. A nivel regional, el Paraguay ha ratificado la Convención Americana sobre Derechos Humanos y ha reconocido la jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
25. En 1993, el Paraguay ratificó el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Núm. 169). En 2007, votó en la Asamblea General de las Naciones Unidas a favor de la adopción de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.
26. **La Constitución Nacional paraguaya de 1992**, una de las más avanzadas en su época en su reconocimiento de los derechos de los Pueblos Indígenas, dedica el Capítulo V al tema. El artículo 62 reconoce la preexistencia de los Pueblos Indígenas, definidos como "grupos de cultura anteriores" a la formación del Estado. El artículo 63 reconoce y garantiza el derecho de los Pueblos Indígenas a preservar y desarrollar su identidad étnica y a aplicar sus sistemas de organización política, social, económica, cultural y religiosa, además de la sujeción voluntaria a sus normas consuetudinarias en asuntos internos. Otras disposiciones constitucionales reconocen el derecho a la propiedad comunal de la tierra (art. 64) o a la participación indígena (art. 65) y establecen medidas especiales de protección de dichos pueblos contra la regresión demográfica, la depredación de su hábitat, la contaminación ambiental, la explotación económica y la alienación cultural (art. 66), así como otras medidas afirmativas.
27. **La Declaración de la Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas**, precisa los derechos colectivos e individuales de los Pueblos Indígenas: derecho a la tierra, recursos vitales, territorio, cultura, identidad, lengua, empleo, salud, educación y a determinar libremente su condición política y desarrollo económico. Enfatiza el derecho de los Pueblos Indígenas a mantener y fortalecer su cultura y tradiciones, perseguir libremente su desarrollo de acuerdo a sus propias necesidades y aspiraciones, prohíbe la discriminación contra los indígenas, promueve su participación en todos los asuntos que le conciernan, promueve su derecho a mantener su diversidad, y a propender por su propia visión económica y social.
28. **El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre "Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes"**, fue aprobado por el Estado paraguayo mediante la Ley 234/93, uno de los instrumentos internacionales más importantes aprobado por el estado en materia de derechos humanos de los Pueblos Indígenas. Para su cumplimiento, el Estado paraguayo se comprometió a formular y definir las Políticas Públicas con la participación de los Pueblos Indígenas, es decir todo plan, proyecto o actividad que afecte a los Pueblos Indígenas debe hacerse a través de la consulta y consentimiento previo, libre e informado. El consentimiento debe ser dado libremente, obtenido antes de la implementación de las actividades, y debe estar basado en un entendimiento completo de los asuntos implicados por la actividad o la decisión en cuestión (Colchester y Mackay, 2004).

29. **La Ley 904/81 Estatuto de las Comunidades Indígenas.** El principal instrumento legislativo referido a los derechos de los Pueblos Indígenas en el Paraguay es el Estatuto de las Comunidades Indígenas (Ley 904/81). Crea la institución oficial a cargo de los asuntos indígenas (el INDI) y establece el procedimiento administrativo para el reconocimiento de la personería jurídica y la regulación de la tenencia de tierras de las comunidades indígenas a través del INDI y el Instituto de Bienestar Rural (actualmente, Instituto de Desarrollo Rural y de la Tierra). Reconoce la existencia legal de las comunidades indígenas, su derecho a la posesión de tierras de carácter comunitario y su derecho a la titularidad de la tierra, condición para la salud física y cultural de las mismas, así como su derecho consuetudinario.
30. **La Ley 43/89 "Que Establece un Régimen para la Regularización de los Asentamientos de las Comunidades Indígenas".** Con los alcances de dicha ley, los indígenas pueden pedir la prohibición de realizar mejoras y destrucción de los bosques en las zonas determinadas como asentamiento tradicional. Esta obliga a los propietarios de las tierras a respetar la conformación natural de las áreas en conflicto, o negociación, mientras dure la tramitación y legalización de la misma.

Legislación de Salud Indígena e instituciones relevantes

31. **La Política Nacional de Salud Indígena,** aprobada por Resolución S.G. 143 del MSPBS, del 31-03-2008 y convalidada en septiembre de 2009, fue resultado de un proceso de trabajo conjunto y participativo entre el MSPBS, organizaciones de los 19 Pueblos Indígenas del país, la sociedad civil y de la cooperación internacional, constituidos en una Mesa Interinstitucional de Salud Indígena.
32. El objetivo general es garantizar a los Pueblos Indígenas el acceso a los servicios de salud con oportunidad, calidad y equidad, con una atención integral que respete sus costumbres y prácticas de autocuidado, conciliando la medicina indígena con la medicina occidental. Entre los objetivos específicos más importantes de la Política Nacional de Salud Indígena está la divulgación de las normas jurídicas nacionales e internacionales relativas a la Salud e incorporar la perspectiva y derechos indígenas en las Políticas Públicas Nacionales, fomentando la participación de los representantes legítimos de los Pueblos Indígenas en los espacios o instancias relacionadas a decisiones en asuntos de salud.⁴
33. **La Ley 5469/2015 de Salud Indígena,** tiene como objeto garantizar a los Pueblos Indígenas el acceso a los servicios de salud y el reconocimiento, respeto y fortalecimiento de los sistemas propios de atención a la salud de los diversos Pueblos Indígenas. Para ello crea la **Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas** -DINASAPI, dependiente jerárquicamente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con autonomía funcional, técnica y de gestión para el cumplimiento de sus fines.
34. En su proceso de implementación fueron aprobados por Resolución S.G 194 del 15-04-2016 "Por la cual se reconoce la conformación del Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas -CONASAPI, integrado por representantes de los Pueblos Indígenas", la Resolución S.G. 653 del 12-12-2016 "Por la cual se reglamenta la Ley 5469/2015 de Salud Indígena y se dispone normativas para su cumplimiento" y

⁴ Ver texto completo en <http://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4455/ley-n-5469-de-la-salud-de-los-pueblos-indigenas>

la Resolución S.G. 233 del 02-05-2018 “Por la cual se aprueba el Manual de Organización y Funciones de la DINASAPI del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”.

35. En este sentido, la DINASAPI está llamada a cumplir con los principios de universalidad, equidad, participación, integralidad e interculturalidad, y lograr los objetivos propuestos en la ley, entre los que se encuentran:
- Orientar con enfoque intercultural los servicios de salud para la atención de los Pueblos Indígenas.
 - Promover la defensa de los sistemas propios de salud de los Pueblos Indígenas.
 - Respetar e incorporar la medicina indígena en los planes, programas y proyectos de salud en concordancia con la Política Nacional de Salud.
 - Elaborar instrumentos culturalmente apropiados para obtener información y para analizar la situación de salud de los diversos Pueblos Indígenas
 - Crear alianzas con instituciones para realizar acciones enfocadas en los determinantes sociales de la salud.
 - Establecer normativas de atención a indígenas en aislamiento y contacto inicial
 - Promover la formación y el empleo de personal sanitario perteneciente a los Pueblos Indígenas.
 - Elaborar materiales informativos, educativos, didácticos, con pertinencia lingüística y cultural.
36. Para el ejercicio de sus funciones, la DINASAPI cuenta con el Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas - CONASAPI, instancia autónoma de participación de los Pueblos Indígenas, con carácter deliberativo, consultivo, contralor y asesor de la DINASAPI, conformado por un representante de cada uno de los 19 Pueblos Indígenas del Paraguay, siendo éste un elemento fundamental establecido en la Ley. La misma garantiza que los representantes de los Pueblos Indígenas participen en el diseño, formulación, aplicación y evaluación de programas de salud coordinados y articulados en el contexto de los planes nacionales.

Política Operacional De Pueblos Indígenas del Banco Mundial (OP 4.10)

37. La Política Operacional de Pueblos Indígenas (OP 4.10) del Banco Mundial⁵ busca que en los proyectos financiados por el Banco “se incluyen medidas para a) evitar posibles efectos adversos sobre las comunidades indígenas, o b) cuando éstos no puedan evitarse, reducirlos lo más posible, mitigarlos o compensarlos.” También especifica la exigencia de implementar un proceso de consulta previa, libre e informada “en todos los proyectos propuestos para financiamiento por el Banco que afectan a Pueblos Indígenas”.
38. Si bien el presente proyecto no generará efectos adversos sobre comunidades indígenas, en tanto se implementará en regiones con presencia de Pueblos Indígenas,

⁵ Ver texto completo en <http://siteresources.worldbank.org/OPSMANUAL/Resources/210384-1170795590012/OP4.10.July1.2005.Spanish.pdf>

la OP 4.10 se aplica a través de este Marco para asegurar que el proyecto “se diseñe de manera que los Pueblos Indígenas reciban beneficios sociales y económicos que sean culturalmente apropiados, e inclusivos desde el punto de vista intergeneracional y de género.”

39. A los efectos de la OP 4.10, la expresión “Pueblos Indígenas” se emplea en sentido genérico para hacer referencia a grupos con una identidad social y cultural diferenciada que, en mayor o menor grado, presentan las siguientes características:
- a) Su propia identificación como miembros de un grupo determinado de cultura indígena y el reconocimiento de su identidad por otros;
 - b) Un apego colectivo a hábitats geográficamente definidos o territorios ancestrales en la zona del proyecto y a los recursos naturales de esos hábitats o territorios;
 - c) Instituciones consuetudinarias culturales, económicas, sociales o políticas distintas de las de la sociedad y cultura dominantes,
 - d) Una lengua indígena, con frecuencia distinta de la lengua oficial del país o región.

Actores Relevantes

Organizaciones indígenas

40. Existe una multiplicidad de organizaciones indígenas nucleadas a partir de diversos criterios como ser nacionales, departamentales, según pueblos, de mujeres, jóvenes⁶. En el siguiente listado no figuran todas las organizaciones.

A nivel nacional:

- Federación por la Autodeterminación de los Pueblos Indígenas - FAPI
- Organización Nacional de Aborígenes Independientes - ONAI

A nivel regional y por pueblos:

- Federación de las Comunidades Guaraníes de la Región Oriental
- Asociación de Comunidades Indígenas Avá Guaraní del Alto Paraná - ACIGAP
- Asociación de Indígenas Avá Guaraní del Alto Canindeyu
- Asociación de Comunidades Indígenas Mbya del Departamento Itapúa - ACIDI
- Unión de Comunidades Indígenas Nación Yshir Ybytosó - UCINY
- Coordinadora de Líderes de Bajo Chaco – Clibch
- Asociación de Comunidades Indígenas del Pueblo Pai Tavytera *Pai Reta Joaju*
- Asociación *Pai Reko Pave* del Pueblo Pai Tavytera (Capitan Bado)
- Asociación del Pueblo Pai Tavytera *Jopotyra*
- Asociación de Comunidades Mbya “Noo Ñendua”
- Asociación de Comunidades Mbya “Mbae Pu Pora”
- Asociación de Comunidades Ava Guaraní “Noovusu” (Canindeyú)
- Asociación de Comunidades indígenas de San Pedro - ACISPE
- Asociación de Comunidades Ache – ACA

⁶ Fuente: “Juntos podemos” Orientaciones para el trabajo con los Pueblos Indígenas con enfoque intercultural. INDI – Secretaria de la Función Pública y otras instituciones públicas – FAPI – CONAMURI – CPI – Asociación de Mujeres Artesanas Nivacchei – Federación de Asociaciones de Comunidades Indígenas de la Región Oriental. Segunda edición 2014

- Federación de Comunidades Ache
- Organización del Pueblo Nivacle
- Organización del Pueblo Ñandeva - OPÑ
- Organización del Pueblo Enlhet Norte – OPEN
- Organización del Pueblo Maka
- Unión de Nativos Ayoreos del Paraguay - UNAP
- Organización de Payipielyadie Totobiegosode – OPIT
- Organización del Pueblo Lhumnanas - OPL

Organizaciones de mujeres indígenas:

- Organización de Mujeres Mismo Indígena – OMMI
- Organización de Mujeres Indígenas del Departamento de Boquerón
- Coordinadora Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas – CONAMURI
- Organizaciones de Mujeres Artesanas Nivacle
- Organizaciones de Mujeres Artesanas Ayoreas
- Organizaciones de Mujeres Artesanas “Bajo la sombra de un algarrobo”
- Kuña Guarani Aty

Organizaciones de Jóvenes:

- Asociación de Jóvenes Toba Qom
- Red Juvenil Indígena del Paraguay

Organizaciones profesionales:

- Asociación de Promotores de Salud Indígena de Canindeyu
- Asociación interétnica de Profesionales de Salud del Alto Paraná

ONG que trabajan con Pueblos Indígenas

41. A nivel nacional existen organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan desde distintos enfoques con Pueblos Indígenas. La siguiente lista no es exhaustiva:

- Tierraviva a los Pueblos Indígenas del Chaco
- Sunu Acción Intercultural
- Coordinadora Nacional de Pastorales Indígenas de la Conferencia Episcopal Paraguaya - CONAPI CEP
- Gente, Ambiente y Territorio – GAT
- Servicio de Apoyo Indígena - SAI
- Asociación Indigenista del Paraguay - AIP
- Iniciativa Amocotodie
- Tierra Libre

Organismos de cooperación internacional

42. Los organismos de cooperación internacional con interés particular en Salud Indígena son:

- OPS Paraguay
- PNUD, UNICEF, ONU Mujeres, FAO, UNFPA
- AECID
- Fundación de Religiosos para la Salud - FRS

E. PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS

43. El objetivo del MPPI es extender los beneficios del Proyecto a las Comunidades Indígenas de Paraguay de forma culturalmente adecuada, siguiendo los lineamientos de la Ley de Salud Indígena (5469/15), la Política Nacional de Salud Indígena y la Política Operativa de Pueblos Indígenas (OP 4.10) del Banco Mundial.
44. El MPPI se implementará a través de Planes de Pueblos Indígenas (PPIs) que serán elaborados anualmente junto con la planificación de metas y actividades del Proyecto a nivel central, de tal forma que para todas las actividades planificadas por el MSPBS para el Proyecto se evalúe la pertinencia y se realicen adaptaciones o actividades complementarias para lograr el objetivo del MPPI.
45. Los PPIs contemplarán acciones en dos niveles:
- A nivel central y local, incluyendo acciones de capacitación, asistencia técnica, monitoreo, consulta y comunicación.
 - A nivel local, las actividades del PPI se incluirán como parte de los acuerdos con los Consejos Locales de Salud (CLS) que tengan a cargo territorios en los que hay población indígena. Las actividades a nivel de las USF, responsabilidad del MSP y BS, incluirán atención a las comunidades indígenas y carga de los datos de salud contemplando la variable de etnicidad.

Alcance del MPPI

46. En la tabla siguiente se delinea el alcance del MPPI para cada componente del Proyecto y se definen las líneas de acción que podrán ser desarrolladas bajo cada componente como parte de los PPI anuales.

Componente 1- Inversiones para el fortalecimiento de la capacidad prestacional de las micro redes de APS y las USF. Este componente se subdivide en subcomponentes y actividades asociadas a las mismas:	
(i) Construcción de nuevas USF, readecuaciones de infraestructura en algunos hospitales distritales y en USF existentes y reconversión a USF de Centros de Salud y puestos de salud, en departamentos priorizados (principalmente los Departamentos Central, Paraguari, Cordillera y Amambay)	
Alcance:	Departamentos Central y Amambay
Líneas de acción posibles:	<ul style="list-style-type: none"> Procesos de consulta y consentimiento libre, previo e informado para los casos de readecuación y construcción de USF que estén en terrenos comunales indígenas.
(ii) Equipamiento médico de USF nuevas, readecuadas y reconvertidas; equipamiento asistencial menor indispensable para otras USF en todo el país.	
(iii) Mobiliario para USF; equipamiento informático y de comunicación para USF y para el nivel central del MSPBS para fortalecer su capacidad en términos de gestión y monitoreo del sistema de salud.	
Alcance:	Departamentos Central y Amambay
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Equipamientos para las USF locales.

posibles:	
------------------	--

(iv) Capacitación para mejorar la calidad de servicios en las Líneas de Cuidado Priorizadas en todo el país.	
Alcance:	Nacional
Líneas de acción posibles:	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en interculturalidad a los equipos de salud familiar de las USF (entre otros, relacionamiento con las comunidades, atención con calidad y calidez, importancia de registrar adecuadamente la pertenencia étnica, parto culturalmente adecuado). • Seguimiento in situ con equipos de las USF locales que requieran atención especial para mejorar el relacionamiento y la comunicación con las comunidades indígenas. • Capacitación en interculturalidad a funcionarios de distintos niveles de atención y administrativos en temas tales como atención con calidad y calidez, la importancia de registrar adecuadamente la pertenencia étnica. • Organización de talleres de capacitación, evaluación y planificación a nivel regional y local. • Organización de talleres de capacitación a Promotores Indígenas de Salud. • Desarrollo de encuentros de intercambio de saberes entre chamanes, parteras indígenas y conocedores de plantas medicinales y los equipos de salud.

(v) Actividades de apoyo para el diseño de estrategias de comunicación social destinadas a la prevención de enfermedades.	
Alcance:	Nacional
Líneas de acción posibles:	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de la Ley de Salud Indígena a través de jornadas a nivel regional con líderes de las comunidades y autoridades locales. • Difusión de los derechos de los pueblos indígenas a la atención médica intercultural dirigida a la población en general (p.e. impresión de materiales, afiches, folletos y spots radiales). • Adaptación de los productos de comunicación a las pautas culturales de los PI.

Componente 2 - Mejora en el acceso a servicios de calidad en las líneas de cuidado priorizadas.

El objetivo de este componente es ampliar el acceso de la población a servicios de atención de salud de calidad para las siguientes líneas de cuidados: (i) salud materno infantil; (ii) las Enfermedades No Transmisibles altamente prevalentes (la hipertensión y la diabetes) y los cánceres más prevalentes entre las mujeres (cáncer cervical-uterino y cáncer de mama); y, (iii) enfermedades infecciosas (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual (ETS) como la sífilis y el VIH).

Este componente financiará la transferencia de recursos estimados sobre base poblacional para la provisión de servicios de salud asociados con las líneas de cuidado anteriormente mencionadas.	
Alcance:	Nacional
Líneas de acción posibles:	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño y actualización anual de las actividades del PPI a ser incluidas como parte de los acuerdos con los CLS para asegurar la ejecución culturalmente adecuada de las líneas de cuidados previstas bajo el Componente 2, a ser implementadas por las USF que atienden a población indígena. • Monitoreo de la atención dada a la población indígena en establecimientos de niveles de mayor complejidad. • Seguimiento in situ de situaciones específicas de salud que requieren de apoyo culturalmente adecuado. • Monitoreo participativo con las comunidades de la atención dada por los equipos de salud familiar con presencia de las autoridades locales. • Mejora de los registros de atención de las USF y de los hospitales distritales que permitan poder evaluar los indicadores sanitarios de los Pueblos Indígenas.

Componente 3 de Administración y monitoreo de la implementación del Proyecto	
Este componente financiará a la Unidad Ejecutora del Proyecto y actividades de su evaluación y monitoreo.	
Alcance:	Nacional
Líneas de acción posibles:	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de reuniones de planificación y consulta con el CONASAPI. • Realización de reuniones de planificación y consulta con las organizaciones indígenas.

Preparación de los Planes de Pueblos Indígenas

47. Antes de la ejecución del Proyecto se llevará a cabo una actualización de la evaluación social incluida en este MPPI, en lo posible con un desarrollo desagregado para las distintas regiones sanitarias en las que hay presencia de pueblos indígenas (PI) de forma tal que pueda servir de base para los PPI. Esta evaluación se actualizará anualmente.
48. Los PPI elaborados serán remitidos para información y consulta al CONASAPI y a las organizaciones indígenas presentes en los territorios de alcance del proyecto.

Evaluación social

49. La **evaluación social** estará orientada a analizar los principales indicadores sociales, y de salud de los PI presentes en la zona del Proyecto, desagregado por región

sanitaria, así como las barreras de acceso que existen para el acceso de los PI a la Salud Pública en general y a las USF en particular. Estará basada en datos secundarios, como censos, encuestas, artículos y otros datos producidos por el MSPBS y fuentes primarias, como entrevistas con líderes y referentes indígenas y funcionario de la salud de distintos niveles.

Proceso de Consulta libre, previa e informada

50. Las consultas y consentimientos de los PPI garantizarán la participación previa, libre e informada de los PI en el Proyecto, siguiendo el Procedimiento de Consulta a los PI aprobado por el Gobierno de Paraguay a través del Decreto N° 1039/18⁷.

Contenidos mínimos de los PPI

51. Los PPI tendrán al menos los siguientes contenidos:

- a. Objetivos
- b. Resultados de la evaluación social
- c. Resultados de la consulta previa, libre e informada
- d. Acciones adicionales, incluidas las modificaciones del diseño del Proyecto, que sean necesarias para que éste reporte beneficios apropiados a los PI desde el punto de vista cultural
- e. Procedimiento de monitoreo participativo (Aty Guasu)
- f. Responsabilidades Institucionales
- g. Indicadores de monitoreo
- h. Presupuesto

Monitoreo y Evaluación

52. Cada PPI contendrá **indicadores de monitoreo** para poder hacer un seguimiento periódico de los resultados a lo largo de su implementación y analizar las medidas necesarias para mejorar su ejecución. Se realizarán anualmente instancias de monitoreo conjuntas con la DINASAPI y el CONASAPI para compartir los resultados y analizar conjuntamente las dificultades que pudieran surgir en la implementación.

53. Bianualmente se realizará una evaluación general en forma conjunta con el CONASAPI en la que se analizará el desempeño y se sistematizarán lecciones aprendidas y buenas prácticas desarrolladas a lo largo de su implementación.

F. MECANISMO DE GESTIÓN DE RECLAMOS

54. Durante la implementación de los PPI se contará con un sistema de interacción, atención de reclamos y resolución de conflictos, cuyo funcionamiento estará a cargo de las Regiones Sanitarias y la DINASAPI- CONASAPI siguiendo los canales normales establecidos por cada jurisdicción.

55. Los reclamos y sugerencias serán vehiculizados a través de la consulta y las áreas de salud indígena regionales, así como por canales virtuales. En este sentido, se

⁷ Se adjunta al presente documento como Anexo.

diseñarán los mecanismos y protocolos, las vías y el protocolo de respuesta respecto a las sugerencias y reclamos.

56. En los casos en los que resulte necesario, se recurrirá a intérpretes a través de las organizaciones y los líderes comunitarios para que los reclamos y las respectivas respuestas puedan ser realizados en lengua indígena. La implementación de los monitoreos mediante reuniones con las comunidades indígenas, permitirá también la gestión de reclamos a través de los mecanismos de resolución de conflicto propios de las comunidades.
57. La DINASAPI contará con un registro de reclamos y presentará a la UP informes mensuales sobre la gestión de los reclamos cuya información se incluirá en los informes semestrales a presentar al Banco Mundial.
58. Asimismo, a los fines de atender los reclamos y resolver los conflictos que pudieran generarse en la implementación del PPI, y una vez agotadas las vías administrativas, se promoverá la adopción voluntaria de procedimientos alternativos de solución de los mismos, como la mediación o el arbitraje, en forma previa a la resolución por vía judicial.
59. Los procedimientos de interacción, reclamos y resolución de conflictos, el proceso que seguirá, el plazo y las responsabilidades institucionales entre la Región Sanitaria/Proyecto, Mediador y Afectado se preverán de acuerdo con las necesidades de cada etapa del ciclo del proyecto. En cualquiera de los casos se llevará un registro de recepción de interacción, y resolución de reclamos y conflictos.
60. Si no hubiera acuerdo en estas instancias, el reclamante podrá canalizarlo a través de las instituciones del sistema legal del país tales como Reclamo ante el Defensor del Pueblo y el sistema judicial. Estos reclamos serán tratados de acuerdo con las previsiones del sistema legal vigente en el país.
61. Adicionalmente, se pondrá a disposición de los reclamantes el Servicio de Atención de Reclamos del Banco Mundial (GRS – por sus siglas en inglés).

G. MECANISMO DE CONSULTA Y DIVULGACIÓN DEL MPPI

62. El MPPI fue socializado con el CONASAPI y consultado con los dirigentes de las organizaciones indígenas de las regiones priorizadas (el viernes 4 y el martes 22 de enero de 2019. Ver Anexo 3). El documento borrador será difundido en la página web de MSPBP y del Banco Mundial para poder recibir comentarios sobre el mismo y luego se publicará el documento final para promover su difusión.

Procedimiento de la Consulta Libre, Previa e Informada

63. Con el fin de garantizar la participación plena y lograr un ámbito productivo, se seguirán las siguientes pautas:
 - a) La consulta del MPPI será organizada por la DINASAPI

- b) La convocatoria buscará asegurar la participación de los integrantes del CONASAPI y dirigentes de las organizaciones indígenas y/o líderes de las comunidades indígenas presentes en el área del Proyecto.
- c) Especial atención se dedicará a la participación de las mujeres indígenas a las consultas para garantizar que manifiesten sus puntos de vista en condiciones de igualdad con los hombres.
- d) Las consultas serán dirigidas por personal de la DINASAPI en castellano y guaraní.
- e) Las invitaciones para la consulta serán realizadas con por lo menos 15 días de anticipación por la DINASAPI.
- f) Las Consultas se realizará en un lugar y en horarios que permitan la asistencia de los involucrados
- g) Los consultados recibirán la documentación y material del Proyecto y borrador del MPPI en modos y formas apropiados para asegurar su comprensión. Se utilizarán resúmenes, esquemas, figuras e ilustraciones.
- h) El Proceso de Consultas será debidamente documentado en un Informe que resumirá e incluirá por lo menos los siguientes puntos:
 - i. Se incluirá información sobre: invitados y medios utilizados para las invitaciones; fecha/s de invitación, puesta a disposición y/o envío de materiales, y realización de la/s consultas; materiales enviados antes de las consultas y utilizados durante la misma; participantes.
 - ii. Exposiciones realizadas por organizadores.
 - iii. Preguntas conductoras de la consulta.
 - iv. Las discusiones, conclusiones y recomendaciones realizadas por los participantes.
 - v. Las respuestas a las recomendaciones, incluidas las medidas adicionales y/o modificaciones adoptadas – si fuera el caso.
 - vi. Cualquier acuerdo formal alcanzado con los consultados.
 - vii. Anexos: registros de las reuniones in extenso, incluyendo actas/minutas y firmas de participantes, presentaciones de expositores, fotos, grabaciones, encuestas u otros instrumentos utilizados y relevantes.
- i) Los resultados de las consultas serán difundidos a la brevedad posible luego de su realización por el MSP y BS y remitidos a los participantes.

H. ARREGLOS INSTITUCIONALES

Responsabilidades

- 64. El Proyecto será ejecutado a través de una Unidad de Proyecto (UP) que dependerá directamente del Ministro de Salud. La UP ejecutará la implementación de las tareas de Administración Financiera, Adquisiciones, Coordinación de Salvaguardas (Sociales y Ambientales), y Monitoreo y Evaluación.

65. La DINASAPI estará a cargo de implementar este Marco bajo la coordinación de la UP. Elaborará los PPI con las Direcciones Generales en paralelo a la definición anual de metas y acciones del Proyecto. Las actividades del PPI se incluirán como parte de los acuerdos con los Consejos Locales de Salud (CLS) que tengan a cargo territorios en los que hay población indígena. Las USF estarán encargadas de realizar la atención con enfoque intercultural y registrar y reportar los resultados incluyendo la variable étnica para permitir su desagregado. El monitoreo será realizado en conjunto por la DINASAPI y la Dirección General de Redes y Servicios de Salud.
66. La UP estará a cargo de; (i) presentar los PPIs e informes al Banco Mundial para su No Objeción y (ii) de la ejecución del presupuesto.
67. A lo largo de la implementación del Proyecto la DINASAPI contará con el asesoramiento permanente del CONASAPI, tal como está establecido en la Ley 5469/2015.
68. Las responsabilidades de la ejecución de las acciones de este marco son resumidas en la Tabla siguiente:

	Acción	Responsable	Instrumento
1	Elaborar la evaluación social actualizada	DINASAPI	Evaluación social
2	Presentar al Banco Mundial la evaluación social actualizada para su no objeción	UP	Nota de solicitud de no objeción
3	Asegurar que las provisiones de los materiales de la evaluación social están de acuerdo con la OP 4.10	Banco Mundial	Nota de otorgamiento de no objeción
4	Planificar la lista de establecimientos de salud que serán construidos o readecuados a través del Proyecto	Redes y servicios	Plan de Adquisiciones
5	Evaluar en qué establecimientos es necesario realizar un proceso de consulta libre, previa e informada en función de la población indígena a cargo	DINASAPI	PPI
6	Planificar y consultar las acciones necesarias para el desarrollo de la Salud Indígena a nivel nacional	DINASAPI	PPI
7	Implementar las acciones necesarias para que los beneficios del Proyecto alcancen a los PI	Redes y Servicios	Compromisos anuales
8	Presentar al Banco Mundial los PPI para su no objeción	UP	Nota de solicitud de no objeción
9	Asegurar que las provisiones de los planes están de acuerdo con la OP 4.10	Banco Mundial	Nota de otorgamiento de no objeción
10	Responder a los reclamos según el Mecanismo establecido y registrar los resultados	Región Sanitaria DINASAPI	Mecanismo de gestión de reclamos
11	Realizar un monitoreo de los resultados de los PPI	DINASAPI y UP	Reuniones de coordinación

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud de Paraguay

12	Monitorear y evaluar la implementación del MPPI	DINASAPI CONASAPI UP	Reuniones periódicas del CONASAPI
13	Informar al Banco Mundial de los avances de la implementación del MPPI	UP	Informes semestrales
14	Monitorear la implementación del MPPI	Banco Mundial	Misiones y visitas técnicas

Fortalecimiento Institucional

69. Se requerirá de la disponibilidad de recursos el financiamiento de los costos de logística para cubrir al menos (3) tres reuniones anuales con el CONASAPI (para cada reunión se debe prever dos días con alojamiento, alimentación, cobertura de los pasajes y traslados de ida y vuelta de los consejeros titulares (en total 19).
70. Tanto la DINASAPI como la UP participarán de una capacitación sobre Salvaguardas Sociales del Banco Mundial y los esquemas administrativos del Banco Mundial.
71. El MSPBS asignará a la DINASAPI los recursos humanos necesarios para poder ejecutar adecuadamente el MPPI.
72. La DINASAPI mejorará su equipamiento de informática para realizar tareas de planificación, monitoreo y seguimiento de las acciones del Proyecto y de las consultas que sean llevadas a cabo como parte del mismo.

I. PRESUPUESTO

Presupuesto para Consultas y Consentimientos con los Pueblos y Comunidades Indígenas

Actividades	Cantidad de actividades	Monto USD	Gasto	Observación
1. Consultas con pueblos y/o comunidades indígenas		124.000		Serán incorporados en el componente 3 del Proyecto.
1.1. Solicitud de consulta (PCCPI, 2.1)	8	20.000	Viáticos y logística	Fuente: Número USF con PI en su distrito. Dirección de Economía de la Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación
1.2. Internalización de la consulta (PCCPI, 2.5)	8	16.000	Viáticos y logística	Aporte del proyecto
1.3. Presentación preliminar (PCCPI, 2.6)	8	16.000	Viáticos y logística	Aporte del proyecto
1.4. Asistencia técnica independiente (PCCPI, 3.5)	1	24.000	Asistencia técnica	Aporte del proyecto para AT a los PI
1.5. Reuniones aclaratorias	24	48.000	Viáticos y logística	Reuniones para aclaraciones (contingentes) sobre el proyecto. Se calcula un máximo de 3 reuniones aclaratorias.
2. Reuniones entre la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DINASAPI) y el Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CONASAPI)		64.000		Serán incorporados en el componente 3 del Proyecto.
2.1 Reuniones trimestrales de monitoreo y seguimiento de proyectos	16	64.000	Viáticos y logística	Fuente: Consulta a DINASAPI. Incluye la participación de las Regiones Sanitarias y de la DINASAPI.
3. Adquisición de equipos de informática		20.000		Serán incorporados en el componente 1 del Proyecto.
3.1. Adquisición de equipos de informática para Monitoreo y Seguimiento de las consultas y proyectos		20.000	Equipos de informática	Para el monitoreo y seguimiento de las consultas con PI.
Total		208.000		

(a) La sigla PCCPI: Protocolo para el Proceso de Consulta y Consentimiento con Pueblos Indígenas del Paraguay.

(b) En Anexos el Decreto N° 1039/2018 "Que aprueba el Protocolo para el Proceso de Consulta y Consentimiento libre, previo e informado con los Pueblos Indígenas que habitan en el Paraguay".

(c) Los cálculos fueron realizados en base al número de distritos con comunidades indígenas en los que se construirían USF o reconstruirían Puestos de Salud. Se ha tenido en cuenta también que se podrían realizar dos o más consultas en un mismo distrito debido a la extensión territorial del mismo.

(d) Las capacitaciones a los recursos humanos de las USF y de los hospitales distritales al igual que las acciones de comunicación, y equipamiento de USF para la atención y servicios dados a la población indígena mencionados como líneas de acción serán incorporadas en el Componente 1.

ANEXOS

Anexo 1. NORMATIVA DE SALUD INDIGENA

- Política Nacional de Salud Indígena (2008)
- Decreto N 1039/2018 Por la cual se aprueba el “Protocolo para el Proceso de Consulta y Consentimiento libre, previo e informado con los pueblos indígenas que habitan en el Paraguay”
-

Anexo 2. INFORMACIÓN DEL CENSO INDIGENA 2012

Porcentaje de población indígena por departamento

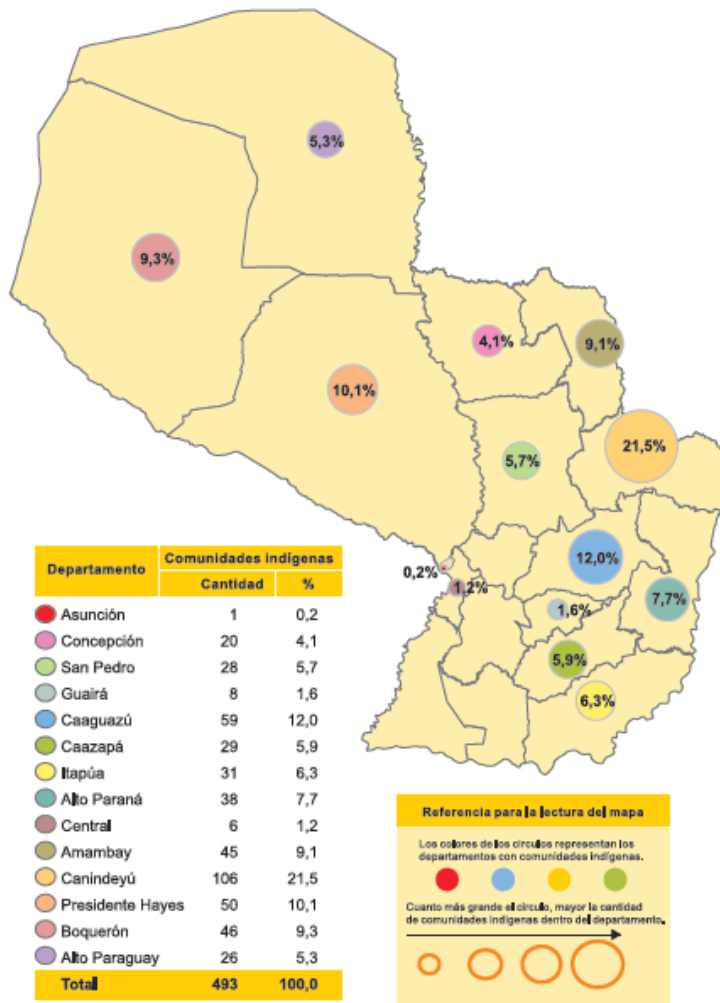
Cuadro 2
Paraguay. Distribución de la población indígena total y área urbana-rural, según departamento, 2012

Departamento	Población		Área			
	Total	%	Urbana	%	Rural	%
Total	113.254	100,0	9.858	8,7	103.396	91,3
Presidente Hayes	25.573	22,6	111	0,4	25.462	99,6
Boquerón	24.454	21,6	5.891	24,1	18.563	75,9
Canindeyú	13.662	12,1	266	1,9	13.396	98,1
Amambay	11.852	10,5	-	-	11.852	100,0
Caaguazú	9.367	8,3	-	-	9.367	100,0
Alto Paraná	6.859	6,1	613	8,9	6.246	91,1
Alto Paraguay	4.134	3,7	277	6,7	3.857	93,3
Concepción	3.998	3,5	381	9,5	3.617	90,5
San Pedro	3.703	3,3	-	-	3.703	100,0
Caazapá	3.694	3,3	-	-	3.694	100,0
Itapúa	2.266	2,0	-	-	2.266	100,0
Central	2.012	1,8	1.860	92,4	152	7,6
Guairá	1.221	1,1	-	-	1.221	100,0
Asunción	459	0,4	459	100,0	-	-

Fuente:
 DGECC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas, 2012.

MAPA N° 1

Paraguay. Distribución departamental de las comunidades indígenas (%), 2012



Fuente:
 STP-DGEEC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas.
 Censo Comunitario, 2012.

Pueblos Indígenas según familia lingüística y por departamento y pueblo

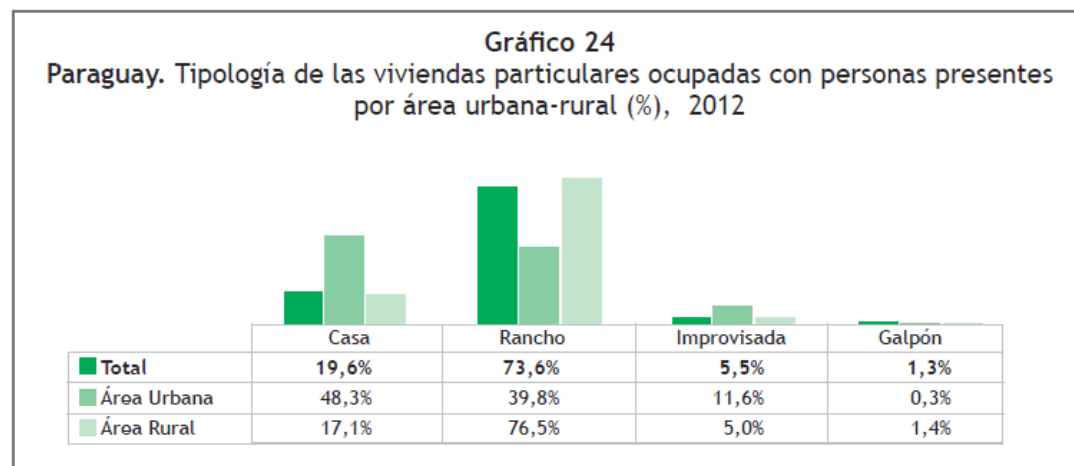
Cuadro 5

Población indígena por departamento, según familia lingüística y pueblo indígena, 2012

Familia lingüística y pueblo	Total país	Asunción	Concepción	San Pedro	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Alto Paraná	Central	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes	Boquerón	Alto Paraguay
Total	113.254	459	3.998	3.703	1.221	9.367	3.694	2.266	6.859	2.012	11.852	13.662	25.573	24.454	4.134
Guaraní	61.902	325	3.495	3.442	1.221	9.289	3.684	2.232	6.611	400	11.826	13.485	20	5.870	2
Guaraní Occidental	3.587	-	3	163	-	-	-	-	-	18	2	5	5	3.389	2
Ache	1.884	-	-	1	-	233	448	-	163	67	-	972	-	-	-
Ava Guaraní	17.921	272	1	1.607	9	788	6	8	5.185	91	270	9.649	8	27	-
Mbya Guaraní	20.546	53	1.234	1.290	1.212	8.260	3.230	2.224	1.262	224	2	1.554	1	-	-
Pa'i Tavyterã	15.494	-	2.254	380	-	7	-	-	1	-	11.547	1.304	1	-	-
Guaraní ñandová	2.470	-	3	1	-	1	-	-	-	-	5	1	5	2.454	-
Lengua Maskoy	26.774	1	469	3	-	1	-	-	-	11	1	2	20.279	4.601	1.406
Toba Maskoy	2.072	-	22	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1.719	81	248
Enlhet Norte	8.167	-	185	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.796	4.183	3
Enxet Sur	7.284	-	21	2	-	-	-	-	-	1	-	-	7.173	68	19
Sanapanã	2.866	-	61	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.612	9	183
Angaité	5.992	1	79	-	-	-	-	-	-	10	1	-	4.963	260	678
Guanã	393	-	101	-	-	-	-	-	-	-	-	1	16	-	275
Mataco Mataguayo	17.238	57	4	-	-	-	-	32	167	1.301	1	-	3.369	12.304	3
Nivaclé	14.768	57	-	-	-	-	-	-	-	71	-	-	2.932	11.705	3
Maká	1.888	-	4	-	-	-	-	32	167	1.228	1	-	436	20	-
Manjui	582	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	579	-
Zamuco	4.528	50	9	-	-	1	1	-	-	266	-	1	-	1.505	2.695
Ayoreo	2.461	1	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	1.501	956
Ybytoso	1.915	49	8	-	-	-	-	-	-	265	-	1	-	4	1.588
Tomaráho	152	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	151
Guaicurú	1.939	-	2	207	-	-	-	-	-	3	-	-	1.718	8	1
Qom	1.939	-	2	207	-	-	-	-	-	3	-	-	1.718	8	1
No indígena (*)	873	26	19	51	-	76	9	2	81	31	24	174	187	166	27

Fuente: DGECC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas, 2012.
 (*) Se refiere a la población no indígena que vive en comunidades.

Tipo de vivienda de comunidades indígenas



Fuente: DGECC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas, 2012.

Paraguay: cantidad de comunidades indígenas por tenencia de personería jurídica y tenencia de tierra, según etnias

Cuadro 1.

Paraguay. Comunidades indígenas por condición de tenencia de personería jurídica, según familia lingüística y pueblo, 2012

Familia lingüística y pueblo indígena	Total de comunidades	Condición de tenencia de personería jurídica	
		Sí tiene	No tiene
Total	493	425	68
Guarani	371	319	52
Guarani Occidental	6	5	1
Aché	6	6	-
Avá Guarani	124	110	14
Mbyá Guarani	170	140	30
Pa'i Tavyterá	61	54	7
Guarani ñandéva	4	4	-
Lengua Maskoy	50	46	4
Toba Maskoy	2	2	-
Enlhet Norte	11	10	1
Enxet Sur	16	15	1
Sanapaná	6	5	1
Angaité	13	13	-
Guaná	2	1	1
Mataco Mataguayo	27	24	3
Ñivaclé	21	20	1
Maká	4	3	1
Manjui	2	1	1
Zamuco	34	27	7
Ayoreo	25	20	5
Ybytoso	8	6	2
Tomaráho	1	1	-
Guaicurú	11	9	2
Qom	11	9	2
Región Oriental	371	316	55
Región Occidental	122	109	13

Fuente: STP-DGEEC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. Censo Comunitario, 2012.

Cuadro N° 1

Paraguay. Comunidades Indígenas por cantidad de hectárea de tierra titulada, según departamento, 2012

Departamento	Cantidad de hectárea de tierra titulada		% de hectárea de monte
	Total	Con monte	
Concepción	10.353	5.360	51,8
San Pedro	13.849	4.199	30,3
Guiará	2.170	1.380	63,6
Caaguazú	17.177	3.119	18,2
Caazapá	35.262	31.074	88,1
Itapúa	11.173	7.517	67,3
Alto Paraná	22.353	6.114	27,4
Central	10	0	0,0
Amambay	80.292	37.268	46,4
Canindeyú	84.250	45.024	53,4
Presidente Hayes	275.144	167.997	61,1
Boquerón	275.743	220.922	80,1
Alto Paraguay	136.177	100.956	74,1
Total país	963.953	630.929	65,5

Fuente:

STP-DGEEC. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. Censo Comunitario, 2012.

Otros aspectos culturales, históricos y religiosos de los Pueblos Indígenas⁸

Ava Guarani: El jeroky ñembo'e, danza oración es la ceremonia ritual sagrada del pueblo Ava guaraní que se constituye en el espacio fundamental para transmitir y preservar su cultura, es un momento de fiesta y alegría donde se rememora los hechos guardados en la memoria colectiva. (Zanardini, s.f.)

Maka: mantiene vigente sus costumbres y creencias religiosas que manifiestan a través de la danza y cantos ancestrales, pese a la influencia de las religiones cristianas, según afirma Andrés Chemei, líder del pueblo Maka.

Angaite: Una de las celebraciones tradicionales del pueblo angaite es la Waika Kenlteiyoma que significa fiesta de la campanilla donde participan todos los miembros de la comunidad. En esta ceremonia se danza largas horas en grandes rondas al ritmo de tambores y maracas. Además de la danza se realizan juegos tradicionales intercalados por los relatos y mitos de sus antepasados guardados en la memoria de los ancianos.

Ayoreos: celebran la fiesta de Asojna a finales del mes de agosto, empiezan a buscar un lugar donde haya agua abundante, allí preparan un lugar adecuado para aguardar que Asojna cante por primera vez, pues su canto anuncia el cambio de las estaciones que trae la lluvia después de la larga sequía de invierno, y empieza la época de la abundancia de frutos, raíces silvestres y miel para alimentar a toda la gente de la comunidad, (Cf. Gente Ambiente y Territorio GAT).

Según cuentan los Ayoreos, Asojna era una poderosa y mala mujer chamana que fue asesinada varias veces, pero ella volvía a resucitar, los antepasados ya no sabían que hacer, entonces procedieron a quemarla y con ella se quemó también la naturaleza. Sin embargo, Asojna resucitó nuevamente, lloró por todo lo que había pasado y se convirtió en pájaro, pues ya no quería convivir con los seres humanos. Sus lágrimas produjeron las primeras lluvias que a la vez hizo revivir a la naturaleza. Los Ayoreos dicen que desde ese tiempo existe en el mundo la época de lluvia y la época de sequía, que se repite año tras año hasta hoy (entrevista a Francisco Comai, Ayoreo de Jesudi, Radio Paí Puku, 1999).

Nivaclé: “Fisôc'ôyich era y es nuestro verdadero Padre. Él hizo que el sol saliera a su tiempo y se escondiera, debajo de la tierra, también a su tiempo. Que el tiempo caminara derecho, para adelante, de ayer a hoy y de hoy a mañana. Que lloviera en verano y hubiera sequía en invierno. Que el suelo se quedara quieto, firme [...] Fisôc'ôyich inventó el baile, enseñó a tejer a las mujeres, explicó como trenzar redes para pescar a los hombres, a usar taparrabos, pieles, mantas a la gente [...] Él trajo muchos bienes para los Nivaclé” (Relato de Ta'nuuj citado en Chase-Sardi, 2003: 200, Tomo II)

Qom: Los Qom poseen conocimientos ancestrales para el tratamiento de las enfermedades y mantener la Salud. En la actualidad existen aún en las comunidades ancianos y ancianas que practican la curación utilizando grasa de animales silvestre para

⁸ Fuente: Censo de Comunidades de los Pueblos Indígenas. Resultados Finales 2012. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. STP-DGEEC.

fricción, infusión de sumo de hierbas medicinales y succión (Censo Nacional Indígena 2002)

Páĩ Tavyterã: “Los cuatro fundamentos de la vida humana para el Páĩ son: el rayo solar, la tierra, el aire y el agua; por eso no deben estar en el comercio estos elementos; porque la tierra es madre, el sol es nuestro padre y el encuentro de ellos produce la energía y esta produce la vida humana” (Zarratea, 1991: 143).

Aché: Entre 1959 y 1972, se sabe de seis grandes capturas de Aché y una masacre. En estos atropellos se calculan que fueron capturados 277 personas. Estos hechos fueron calificados en su momento como de genocidio y etnocidio, y fueron denunciados en 1974 ante la Comisión de Derechos Humanos de la Naciones Unidas y ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (Cfr. Chase-Sardi, Brun y Enciso, 1990).

Guaraní Ñandéva: Se trata de un pueblo transfronterizo que cuenta con comunidades en Paraguay, Argentina y Bolivia. Se los denominaba Tapieté, Tapii, Yanaygua, Yana, Manaigua pero ellos rechazan estos nombres, y durante la Guerra del Chaco fueron llamados también Guadurangüe, nombre de un cacique famoso de la época (Métraux, 1996).

Guaraní Occidental: Una de las celebraciones religiosas más importantes de los Guaraní Occidental es el Arete Guasu, gran día verdadero, conocido popularmente como el Carnaval Guaraní. En esta fiesta las almas de los difuntos, representados por medio del Agueró, danzan durante tres días con sus noches con sus seres queridos que aún viven sobre la tierra. Todos los integrantes de la comunidad participan de esta celebración con máscara y disfraces, danzan en grandes rondas al compás de flauta y percusión.

Los Sanapaná: El algarrobo tiene un significado especial para los Sanapaná, pues de sus frutos extraen la harina para preparar el patay, una comida tradicional de ellos que actualmente hacen para celebrar la fiesta de la cosecha del algarrobo que forma parte de sus ceremonias ancestrales. (Cfr. Zanardini, s.f.)

Anexo 3. RESULTADOS DE LAS CONSULTAS DEL MPPI