



Política Nacional de Salud Indígena





Política Nacional de Salud Indígena

unicef 


Coordinación Nacional
de Pastoral Indígena - CEP

 PARAGUAY
TODOS

 MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL
Presidencia de la República
del Paraguay

Pueblos Indígenas del Paraguay

Guaraní Occidental

Aché

Avá Guaraní

Mbya Guarani

Paĩ Tavyterã

Guarani Ñandéva

Maskoy

Enlhet Norte

Enxet Sur

Sanapaná

Toba

Angaité

Guaná

Nivaclé

Maká

Manjui

Ayoreo

Yvytoso

Tomaraho

Toba Qom

*“Por nuestro imperfecto vivir
se apoderan de nosotros
nuestras enfermedades”*

AYVU ROPYTA, PÁG. 179

Ministra

Dra. Esperanza Martínez

Viceministro

Dr. Edgar Giménez Caballero

Directora General de Planificación y Evaluación

Dra. María Cristina Guillen

Directora General de Atención Primaria de Salud

Dra. María del Carmen Gómez

Director General de Desarrollo de Servicios de Salud

Dr. Diego Gamarra Britos

Directora General de Asistencia a Grupos Vulnerables

Dra. Filomena Bejarano

Participación Indígena

Participantes en los talleres de consulta

Promotores y promotoras de salud, enfermeros y enfermeras, parteras, líderes religiosos, líderes políticos y médicos indígenas de las siguientes etnias: Guaraní Occidental, Aché, Avá Guaraní, Mbya Guaraní, Paĩ Tavyterã, Guaraní Ñandéva, Toba Maskoy, Enlhet Norte, Enxet Sur, Sanapaná, Toba, Angaité, Guaná, Nivaclé, Maká, Manjui, Ayoreo, Yvytoso, Tomaráho y Toba Qom.

Participantes en el proceso de validación

Representantes de Organizaciones Indígenas:

- Coordinadora por la Autodeterminación de los Pueblos Indígenas (CAPI)
- Federación de Asociaciones Guaraní de Comunidades Indígenas de la Región Oriental

Región Oriental:

- Asociación Indígena Che Iro Ara Poty – Caaguazú
- Asociación de Paĩ Reko Pavẽ – Amambay
- Asociación de Comunidades Indígenas de Itapúa (ACIDI)
- Asociación Avá Guaraní Alto Canindeyú
- Asociación Tekoa Jeeã Pavẽ – Caazapá
- Asociación de Comunidades Guaraníes Alto Paraná (ACIGAP)
- Asociación de Comunidades Paĩ Tavyterã “Paĩ Retã Joaju” de Concepción y Amambay
- Asociación de Comunidades Mbya Guraraní “No`o Ñendua” de Canindeyú
- Asociación de Comunidades Avá Guaraní “Tupã Yvoty” de S. Pedro
- Asociación de Maestros Indígenas de Caaguazú (AMIC)
- Asociación de Maestros Avá Guaraní “Mbo`ehára Ypy kuéra Aty Pavẽ Luis Rivarola” Alto Paraná y Canindeyú
- Comisión Distrital Indígena para el Desarrollo Comunitario
- Organización Nacional de Aborígenes Independiente (ONAI)

Región Occidental:

- Coordinadora por la Autodeterminación de los Pueblos Indígenas (CAPI)
- Organización de Líderes y Pueblos Indígenas (OLPI)
- Asociación de Educadores Aborígenes del Bajo Chaco (ASEAPY)
- Coordinadora de Líderes Indígenas del Bajo Chaco (CLIBCH)
- Organización Pueblo Nivaclé (OPN)
- Organización del Pueblo Enlhet Norte (OPEN)
- Federación Regional Indígena del Chaco Central (FRICC)
- Unión Nativo Ayoreo del Paraguay (UNAP)

- Organización Payipie Ichadie Totobiegosode (OPIT)
- Unión de Comunidades Indígenas Nativas Yshir (UCINY)
- Movimiento 19 de abril
- Comisión de Pueblos y Comunidades Indígenas del Chaco Paraguay - CPI Chaco Py.
- Asociación Angaité de Desarrollo Comunitario (ASADEC)
- Organización de Mujeres Indígenas del Paraguay (AMIPA)
- Organización Mismo Indígena (OMI)
- Organización Pueblo Guaraní Ñandéva (OPÑ)
- Asociación de Parcialidades Indígenas (API)

Delegados indígenas en el equipo de redacción

- Wilfrido Alvarenga, Líder de la Comunidad La Herencia - Enxet
- David Romero, Líder de la Comunidad Fischat - Nivaclé
- Plutarco López, Líder de la Asociación Che Iro Ara Poty - Mbya
- Mario Rivarola, Líder de la Asociación ONAI - Avá Guaraní

Fuentes de fotos: UNICEF, CONAPI, Visualmente, Dirección General de Asistencia a Vulnerables, Pastoral Indígena “Nueva Esperanza”

Organizaciones de la Sociedad Civil y especialistas participantes de la consulta y validación

Instituto Nacional de Salud, MSP y BS

Dirección General de Promoción de la Salud

Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud

Dirección General de Asistencia a Grupos Vulnerables

Dirección General de Planificación y Evaluación

Dirección General de Asistencia a Grupos Vulnerables

Directores y Técnicos de las Regiones Sanitarias

Representantes del Nivel Gerencial del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Ongs. y agentes de pastoral

- Alter Vida
- Gente Ambiente Territorio (GAT)
- Oguasú
- Centro de Estudios Paraguayos Antonio Guasch (CEPAG)
- Grupo de Acompañamiento a Comunidades de Itapúa (GACI)
- Pastoral Indígena de Bajo Chaco
- Pastoral de Cnel. Oviedo
- Pastoral Indígena de Nueva Esperanza
- Pastoral Indígena de Concepción
- Pastoral Indígena de Tava'i
- Pastoral Indígena de Pedro P. Peña
- Pastoral Indígena de Caaguazú
- Vicariato Apostólico del Pilcomayo - VAP

Coordinación General

Silvio Ortega Rolón¹
Ministerio de Salud

Raquel Peralta
Coordinadora Nacional de Pastoral Indígena -
CONAPI

Apoyo Institucional – MSP y BS

Dra. Norma Duré de Bordón
Ex Viceministra de Salud²

Elaboración de Documento Base

Silvio Ortega Rolón

Stella Cabral de Bejarano³

Luís Medina
Consultor de Asuntos Indígenas

Iván Vera
Consultor de Salud Indígena

Angela Espínola
Presidenta de Oguasú

Raquel Peralta
Antropóloga / Coordinadora, CONAPI

Enrique Gaska
Antropólogo, CONAPI

Serafina Álvarez
Asesora Responsable de Políticas Públicas, CONAPI

Lorenza Benítez Vargas
Asistente de Políticas Públicas, CONAPI

Pablo Balmaceda
Raquel Rodríguez
Obdulia Miranda
Dirección de Asistencia a Grupos Vulnerables

Edith López⁴

Felipa Gladis Jara Torres
Representante del INDI

Roberto Aquino⁵
Antropólogo

Ida Esquivel
Sociedad Paraguaya de Pediatría

Hugo Medina
Consultor de Salud Indígena

Lucía de Terol⁶

Compilación y Revisión Final

Lorenza Benítez Vargas
Responsable Asistente de Políticas Públicas,
CONAPI

Econ. Nilda Dalva Recalde Mora⁷

Jorge Aníbal Servín Segovia
Consultor - Antropólogo

Cooperación técnica

Bernardo Sánchez
Consultor Nacional, OPS

Susana Sánchez
Consultora en salud y nutrición. UNICEF

Ana Margarita Ramos
Asistente de programas. Pueblos Indígenas
y Afro descendientes. UNICEF

1 Silvio Ortega Rolón - Ex Asesor del Vice-Ministerio

2 Impulsó el trabajo de elaboración de la Política Nacional de Salud Indígena.

3 Ex Asesora de la Dirección General de Planificación y Evaluación

4 Dpto. Grupos Vulnerables, MSP y BS

5 Fallecido

6 Lucía de Terol - Ex Directora de la XVII Región Sanitaria

7 Econ. Nilda Dalva Recalde Mora - Ex Directora de la Unidad de Programación de Inversiones y Proyectos, MSP y BS

Índice de contenido

| | |
|--|----|
| 1. Presentación | 12 |
| 2. Introducción | 13 |
| 3. Situación de los pueblos indígenas | 14 |
| 4. Antecedentes de la creación de la Política Nacional de Salud Indígena | 18 |
| 5. Marco jurídico | 20 |
| 5.1. Constitución Nacional | |
| 5.2. Instrumentos internacionales | |
| 5.3. Código sanitario | |
| 5.4. Estatutos de las comunidades indígenas | |
| 5.5. Sistema Nacional de Salud | |
| 5.6. Decretos del Poder Ejecutivo | |
| 5.7. Resoluciones ministeriales | |
| 6. Marco conceptual | 23 |
| 6.1. Principios rectores y valores | |
| 6.2. Visión | |
| 6.3. Objetivo general | |
| 6.4. Objetivos específicos | |
| 7. Ejes de la política de Salud Indígena | 26 |
| 7.1. Políticas públicas, legislación y normas favorables a la Salud Indígena | |
| 7.2. Articulación de las instituciones públicas y privadas para desarrollar actividades con los pueblos indígenas en el área de la salud | |
| 7.3. Acceso de la población indígena a los servicios de salud de diferente complejidad con equidad y enfoque intercultural | |
| 7.4. Formación de promotores, técnicos y profesionales universitarios de salud indígena y no indígena con enfoque intercultural | |
| 7.5. Promoción de la salud y participación indígena | |
| 7.6. Protección del ambiente y el hábitat | |
| 7.7. Fortalecimiento de la medicina indígena | |
| 7.8. Promoción de la investigación en salud indígena | |
| 7.9. Creación de un sistema de información de salud indígena | |
| 7.10. Identificación de fuentes de financiamiento | |
| 8. Medicina indígena | 31 |
| 9. Salud intercultural | 33 |
| 10. Definiciones | 35 |
| Anexo | 37 |
| Glosario | 49 |
| Bibliografía | 50 |

1- Presentación

La política Nacional de Salud Indígena es el resultado del esfuerzo coordinado entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, representantes de los Pueblos Indígenas, organizaciones de la sociedad civil, agencias de cooperación, constituidos en la mesa Interinstitucional de Salud Indígena, creada por Resolución y coordinada por la Dirección General de Asistencia a Grupos Vulnerables. Dicha Política fue aprobada por Resolución S. G. N° 143, del 31 de marzo del 2008.

El Ministerio de Salud Pública por Resolución S.G. N° 653 del 7 de setiembre del 2009 convalida la Política Nacional de Salud Indígena, y modifica el artículo 3 de la citada Resolución para su implementación, responsabilizando a la Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud y a la Dirección de Atención Primaria de Salud, el monitoreo y seguimiento a cargo de la Dirección de Grupos Vulnerables con el apoyo técnico de la Dirección General de Planificación y Evaluación.

Considerando los lineamientos políticos y la estructura de funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, es oportuno y pertinente dar respuesta a las múltiples necesidades de salud de los indígenas, que presentan grandes desafíos, no sólo en la cobertura de los servicios, sino también en las concepciones de la salud indígena. El Sistema Nacional de Salud tampoco cuenta con información desagregada que permita relevar evidencias de la situación. Al mismo tiempo se dará cumplimiento a los derechos consagrados en la Constitución Nacional y otras leyes internacionales que son soportes para la construcción de la política de salud indígena.

El presente documento constituye un marco político relevante para la atención de la salud de los pueblos indígenas con enfoque de derecho e interculturalidad, elaborado y diseñado para su implementación con la participación de los pueblos indígenas.

Finalmente el objetivo de la presente publicación es hacer conocer los elementos que componen la Política Nacional de Salud Indígena, para que los Pueblos Indígenas, Directores de las Regiones Sanitarias, Secretarías de Salud de las Gobernaciones y Municipios y otros actores de la sociedad civil, se interioricen de ésta política y colaboren con su participación y experiencia en el proceso de implementación, favoreciendo el protagonismo de los Pueblos Indígenas.

2- Introducción

Este documento plantea un “conjunto de conceptos, orientaciones, normas, procedimientos y acciones del Estado en relación a la Salud de los Pueblos Indígenas” que respetan los principios de universalidad, equidad, integralidad, transparencia, participación y justicia social; en concordancia con las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad del Gobierno Nacional, periodo 2008 /2013.

La Política Nacional de Salud Indígena orienta el accionar del MSP y BS para implementarla de manera respetuosa y articulada, garantizando la permanente participación de los Pueblos Indígenas, reconociendo sus valores, sabiduría y visión del mundo.

Sus objetivos traducen el interés de múltiples sectores comprometidos con el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los pueblos indígenas, entre los que se incluye a Organismos públicos y privados, Comunidades y Organizaciones indígenas, Organismos de cooperación internacional, y otros.

El concepto de salud intercultural se incorpora de manera transversal en todos los ejes de la Política de Salud Indígena entre las que se destacan: Políticas Públicas, Legislación y normas favorables a la Salud Indígena, Articulación de las instituciones públicas y privadas dedicadas a desarrollar actividades con los Pueblos Indígenas en el área de la Salud, Acceso de la Población indígena a los servicios de Salud desde la atención primaria hasta los de diferentes complejidades, con equidad y enfoque intercultural, Formación de promotores de salud, técnicos y profesionales universitarios de salud indígena y no indígena con enfoque intercultural, Promoción de la Salud y participación indígena, Protección del ambiente y el hábitat, Fortalecimiento de la Medicina indígena, Promoción de la Investigación en Salud, Creación de un Sistema de Información de Salud Indígena, e Identificación de fuentes de Financiamiento. En todos los ejes mencionados se incorpora de manera transversal el concepto de salud intercultural y la participación de los pueblos indígenas en los temas referentes a la salud.

La atención a la salud de los pueblos indígenas deberá ser planificada, direccionada y ejecutada en función a responder a las exigencias y necesidades de las comunidades, garantizando una atención organizada y continua con calidad y calidez.

En este sentido el MSP y BS establecerá las instancias orgánicas y de coordinación necesarias, previendo los recursos financieros y fortaleciendo las capacidades técnicas. Así mismo deberá adecuar los servicios de salud y establecer las condiciones necesarias para iniciar un proceso progresivo de implementación que garantice el ejercicio pleno del Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas.



3. Situación de los Pueblos indígenas

En el Paraguay la población indígena está conformada por 87.099 personas pertenecientes a 20 Pueblos Indígenas, de cinco familias lingüísticas diferentes, según el censo de 2002. El 47% de esta población está conformada por niñas, niños, adolescentes y jóvenes menores de 18 años ⁸. Los indígenas están asentados predominantemente en áreas rurales (91.5%), sin embargo 5 etnias tienen mayor presencia en áreas urbanas: Maka (77.4%), Maskoy (32.7%), Guaraní Occidental (29.4%), Nivaclé (25.2%), Enhlet Norte (24.4%). Cerca del 50.7% (44.135 indígenas) de la población indígena vive en la Región Oriental y el 49.3% (42.964 indígenas) en la Región Occidental o Chaco Paraguayo.

Comunidades Indígenas por tenencia de personería jurídica y tierra, según departamento, 2002.

| Departamentos | Comunidades | Con tierra propia | Con personería jurídica | | Sin personería jurídica | | NR |
|---------------|-------------|-------------------|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|----|
| | | | Sin tierra propia | | Sin tierra propia | | |
| | | | En trámite | Sin trámite | En trámite | Sin trámite | |
| Total | 414 | 225 | 85 | 5 | 70 | 25 | 4 |
| Asunción | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| Concepción | 21 | 11 | 3 | - | 5 | 1 | 1 |
| San Pedro | 26 | 17 | 5 | 1 | 3 | - | - |
| Guairá | 8 | 2 | 4 | - | 2 | - | - |
| Caaguazú | 47 | 7 | 31 | - | 5 | 4 | - |
| Caazapá | 20 | 14 | 2 | - | 3 | 1 | - |
| Itapúa | 31 | 14 | 3 | 1 | 8 | 5 | - |
| Alto Paraná | 27 | 17 | - | - | - | - | - |
| Central | 1 | 1 | 5 | - | 3 | 2 | - |
| Amambay | 41 | 34 | 4 | 1 | - | 2 | - |
| Canindeyú | 97 | 52 | 10 | 1 | 27 | 5 | 2 |
| Pdte. Hayes | 39 | 26 | 7 | - | 4 | 1 | 1 |
| Boquerón | 38 | 21 | 7 | 1 | 5 | 4 | - |
| Alto Paraguay | 17 | 9 | 3 | - | 5 | - | - |

El Paraguay cuenta con un marco legal amplio y favorable a los pueblos indígenas ⁹, sin embargo los datos relevados en el ultimo Censo Nacional Indígena 2002 ¹⁰, muestran cifras no muy alentadoras que revelan el alto grado de exclusión en términos de acceso a servicios básicos: sólo un 2,5 % acceden al agua potable, 4,7% al servicio de recolección de basura, 1,1% al servicio sanitario y 9,7% al servicio de luz eléctrica. La misma fuente revela que el promedio años de estudio de la población indígena es de 2.2 años, muy alejado de la media nacional situado en 7 años ¹¹. Esta situación pone en evidencia la necesaria y urgente mirada de atención, acompañamiento y acción a favor de los pueblos indígenas de las instituciones públicas y privadas; así como el de la cooperación internacional hacia este sector.

En el caso del acceso a la tenencia legal de la tierra, los datos censales y estudios complementarios revelan la información indicada en el cuadro.

La información sobre la tenencia de tierra es preocupante, dado que casi un poco menos de la mitad de las comunidades indígenas aún en los tiempos del Paraguay democrático y moderno, no llegaron a conseguir la tenencia mínima de la tierra, donde vivir dignamente.

8 Datos del Censo Nacional 2002, DGEEC.

9 Constitución Nacional en su artículo 46 garantiza la igualdad de las personas, en el art. 48 se refiere a la igualdad entre varones y mujeres y dedica el capítulo V al reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas. Otros cuerpos legales son la Ley 904/81 y el nuevo Código Procesal Penal, que reconoce la aplicación del Derecho Consuetudinario a las sociedades indígenas y la Ley 234/93 que ratifica el Convenio 169 de la OIT.

10 11 Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002. Pueblos Indígenas del Paraguay. Resultados Finales. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo. Fernando de la Mora, Paraguay, DGEEC, 2003.

11 Encuesta Permanente de Hogares 2003, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo. Fernando de la Mora, Paraguay, DGEEC, 2004

A esto se debe sumar el acelerado proceso de deforestación que impacta negativamente en la vida y salud de los pueblos indígenas. Las comunidades indígenas enfrentan diferentes situaciones de presión social y deterioro ambiental, amenazas, vulnerabilidad y exclusión.

La expansión la frontera agrícola con monocultivos y ganadería extensivos altamente dependiente de insumos (pesticidas, fumigaciones masivas, maquinarias pesadas, etc.) van deteriorando y amenazando la integridad y calidad ambiental de sus territorios, como también de sus creencias, sistemas económicos y organización social basada en el jopói o gestión compartida. La mayoría de la población indígena vive en pobreza extrema considerando los parámetros oficiales utilizados para la medición de la pobreza o el de necesidades básicas insatisfechas (NBI) utilizados por la DGEEC a nivel nacional, a consecuencia del proceso de expulsión sistemática de sus territorios.

Indicadores de salud

Según datos demográficos del 2002 para la población indígena, la tasa global de fecundidad descendió de 6.9 hijos por mujer en 1981 a 5.7 hijos por mujer en 1992, en tanto, se percibe un incremento de 6.9 hijos por mujer en el 2002.

Las enormes desigualdades que existen con respecto a los pueblos indígenas se ven reflejadas en los indicadores socioeconómicos, de salud y demográficos, aún con el subregistro existente. A modo de ejemplo mencionamos la tasa bruta de mortalidad general, que en la población paraguaya no indígena es de 6,1 por 1.000 habitantes mientras que en la población indígena es de un promedio de 16,9 por 1000 hab. llegando al 400 por 1000 hab. en el pueblo Manjui.

Por otra parte la desnutrición global en menores de 5 años llega a ser del 9,9% en la población indígena frente al 4,2% de la población no indígena paraguaya.

Los datos e informaciones disponibles en cuanto a las dolencias más frecuentes en las comunidades, son las generadas en el ámbito de las Regiones Sanitarias, que no están desagregadas. Sobresalen una alta incidencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales agudas, malaria, tuberculosis, parasitosis, infecciones de transmisión sexual y desnutrición. Esto evidencia un cuadro sanitario caracterizado por la ocurrencia de enfermedades que pueden ser significativamente reducidas y evitadas con el establecimiento de acciones sistemáticas y continuas de atención integral (que incluye promoción de la calidad de vida, prevención de enfermedades, atención curativa y rehabilitación) con énfasis en el apoyo nutricional y la atención sanitaria en las comunidades.

La casi nula cobertura sanitaria a las comunidades indígenas, ha deteriorado aún más sus condiciones de vida. La ausencia de una asistencia activa a los casos infecciosos, la poca accesibilidad por causas geográficas, económicas, lingüísticas o culturales de los indígenas a los centros asistenciales, la falta de seguimiento ambulatorio a los pacientes indígenas y el frecuente abandono de los tratamientos, favorecen la permanencia de enfermedades como la tuberculosis en la población indígena.



La tuberculosis es una de las enfermedades que azota con mayor frecuencia a las comunidades indígenas.



El uso de la lengua es otro aspecto interesante. Además del castellano y el guaraní paraguayo, gran parte de la población indígena ha manifestado que utiliza su lengua (76%)

En algunas localidades donde la población indígena tiene un relacionamiento más estrecho con la sociedad envolvente, van apareciendo problemas de salud relacionados a los cambios en sus modos de vida, la reducción de su hábitat, la migración a áreas urbanas, los cambios de hábitos alimentarios, etc.; no conocidos por estas poblaciones como la hipertensión arterial, diabetes, cáncer, alcoholismo, depresión y suicidio. No se disponen de datos cuantificados, desagregados por comunidades o Pueblos Indígenas, sobre personas infectadas con el HIV/SIDA. Esta ausencia de información sistematizada es también un indicador de que no se ha planteado el problema, lo que no significa que tal enfermedad no exista en las comunidades.

Otro de los problemas actuales que afecta a las comunidades indígenas es la exposición a las fumigaciones masivas y el uso indiscriminado de agrotóxicos en el país. Esto ocasiona intoxicaciones agudas y crónicas, deteriorando aún más la salud de las personas. Esta situación que afecta además el ambiente y calidad de vida de los indígenas debe ser considerada como uno de los más graves atropellos a los derechos económicos, sociales y culturales de las comunidades indígenas. Pues afecta también a la subsistencia de las mismas, ya que disminuyen drásticamente las fuentes de alimentación y de medicina natural. De esta manera los agrotóxicos se incorporan a la cadena alimentaria, con efecto acumulativo y persistente.

Otro grave problema es la deficiencia del sistema de información en salud, que no contempla entre sus datos una diferenciación e identificación étnica de los casos registrados, ni de la ubicación territorial del paciente indígena. Esto dificulta la vigilancia de los eventos que afectan a los indígenas y por ende a la construcción de un perfil epidemiológico, lo que genera dificultades para la intervención oportuna y la sistematización de acciones dirigidas a la atención de salud de los pueblos indígenas.

Educación formal

La escolarización institucional (lecto-escritura) pensada y desarrollada con y para los pueblos indígenas sigue siendo un desafío pendiente. Para evidenciarlo basta observar el promedio de años de estudio al que acceden los pueblos indígenas.

Según los datos del II Censo Nacional 2002, la población indígena de 10 años y más, en promedio, sólo llega a 2 años de escolaridad en zonas rurales, y 3 años en zonas urbanas, mientras que la totalidad del Paraguay en promedio llega a 7 años.

Según el censo escolar indígena 2007 18.139 personas constituye la población escolar indígena, sin embargo la población indígena en edad escolar es de 31.828 para el rango de 5 a 14 años, lo que significa que casi el 50% no se encuentran vinculados a la escolarización formal.

La población escolar indígena esta concentrada en la Escolarización Inicial (1.767) y Escolarización Escolar Básica (15.990); mientras que sólo 382 personas están en la Escolarización Media. Esto significa que la mayoría de las comunidades indígenas cuentan con instituciones educativas de nivel inicial, el desafío es la escolarización media, y ni siquiera se menciona la educación superior.

Los datos señalados son promedios generales, pero si se realiza una revisión por etnia y por zonas de ubicación de la población indígena, los datos son más lacerantes.

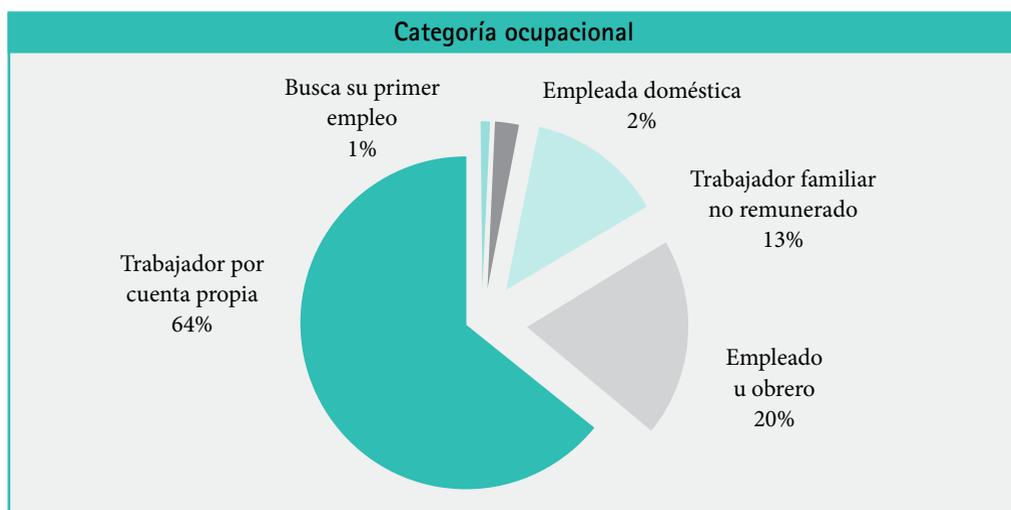
El uso de la lengua es otro aspecto a considerar, pues los Pueblos Indígenas utilizan, en un 95% su lengua materna, además del castellano y el guaraní paraguayo, para su relacionamiento con las sociedades de su entorno y de otras familias lingüísticas, hecho no reconocido en el ámbito de los saberes.

Categoría y ocupación indígena

Si se considera que el 91,5% de la población indígena vive en zonas rurales, no es tan difícil deducir que la ocupación y la categoría de ocupación serán eminentemente rurales. Al respecto, en el siguiente cuadro se revelan los resultados obtenidos en el último censo.

Ocupación laboral

- 82 % del PEA son agricultores, trabajadores agropecuarios y pesqueros.
- 78 % del PEA trabaja en el sector primario.
- Sólo el 20 % es empleado u obrero.



De estos datos también podemos inferir el limitado poder adquisitivo de la población indígena. Como se evidencia, la mayor parte de la población en edad de trabajar está con una ocupación primaria y sin remuneración fija, lo que hace entrever que la mayor parte de las familias no poseen un ingreso seguro para la subsistencia diaria.

De hecho, la ocupación primaria de los indígenas se ve hoy día agravada por la alta deforestación, principalmente en la Región Oriental y, tal como señala Bartolomé¹², la pérdida del ámbito del cual extraían la mayor parte de los productos alimenticios ha obligado a gran parte de la población de las distintas parcialidades a emplearse temporalmente con propietarios locales, para los cuales realizan los trabajos a destajo conocidos como “changas”, esto es informal (y generalmente arbitrario), contrato temporal por tareas que se pagan por día, es decir, por jornales. Los flechadores de la selva, los portadores de aquellas armas primigenias que enseñó a hacer Kuarahy, Sol, tal como lo enseñan los mitos, deben ahora limitarse a cazar miserables jornales.

12 Bartolomé, Miguel, 2003:233-234

4. Antecedentes de la creación de la Política Nacional de Salud Indígena

El Estado y el Gobierno tienen la responsabilidad de formular directrices, Políticas Públicas Nacionales, entre ellas la Política Nacional de Salud Indígena, basada en los Derechos consagrados en la Constitución Nacional de 1992, la Ley 234/93, que ratifica el Convenio 169 de la OIT, Ley 1032/96, que establece el Sistema Nacional de Salud, la Ley 904/81 Estatuto de las Comunidades Indígenas; así como en numerosas declaraciones internacionales refrendadas por el gobierno nacional; en respuesta a las necesidades de los Pueblos Indígenas en el Paraguay.



A partir de la Constituyente, se generaron iniciativas para la formulación de Políticas de Salud, entre Organizaciones Indígenas, no Indígenas y el MSP y BS, como la que se halla contenida en el documento “Propuestas al MSP y BS. Área de Cooperación. Etnias Indígenas de la Región Oriental” noviembre de 1995.

A partir de conocerse el documento y sus lineamientos más esenciales, se ha evidenciado un mayor acceso a los Centros y Puestos de Salud por parte de los indígenas; aunque la prestación de los servicios del MSP y BS continuó sin la eficiencia y calidad esperada. Además, es notoria la ausencia de los Pueblos Indígenas en el Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales y Locales.

Posteriormente, a demanda de las organizaciones indígenas, UNICEF convoca a distintos actores del área de la salud, indigenistas, políticos y sectores sociales para el análisis y discusión de la situación de salud de los Pueblos Indígenas en el Paraguay, en octubre del año 2000.

Resultado de esta convocatoria fue la conformación de un grupo de trabajo interinstitucional para la elaboración de un Plan Nacional de Salud Indígena y una propuesta de Sistema de Salud Indígena articulado al Sistema Nacional de Salud. El mismo se constituyó con representantes de UNICEF, MSP y BS, INDI, CONAPI, Gobernación de Boquerón, Oguazú, Sociedad Paraguaya de Pediatría y otros trabajadores de salud indígena.

A finales del 2001 la CONAPI presentó al grupo de trabajo interinstitucional, un documento base para la discusión y tratamiento de un anteproyecto de Ley de salud indígena, como marco legal para el establecimiento de una política de salud indígena. Dicho documento fue sometido a consultas ante diferentes instancias institucionales; con representantes de organizaciones y comunidades indígenas.

Entre el 2003 y 2005 se realizaron reuniones, talleres, encuentros, jornadas de estudio y análisis del anteproyecto de ley. Al final de esta etapa hubo un estancamiento en el proceso del tratamiento del anteproyecto de ley. La coyuntura sociopolítica del país, dificultó la presentación del anteproyecto de ley y la modificación de la ley del Sistema Nacional de Salud.

Se retomó el proceso a través del MSP y BS y otras organizaciones, pero no tuvo la continuidad necesaria, razón por la cual el Vicemi-

nisterio de Salud hizo un llamado a los involucrados y propuso dar continuidad al tratamiento del anteproyecto de ley en cuestión.

Al no contar con una respuesta de la máxima autoridad del MSP y BS sobre este anteproyecto, la Comisión Interinstitucional planteó la introducción de algunos artículos a la Ley 1032 del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de incorporar el derecho a la salud de los Pueblos Indígenas desde una **perspectiva incluyente e intercultural**.

Elaboración de la Política Nacional de Salud Indígena

En el 2006, se realizó un taller en el cual participaron líderes y promotores de salud indígena de las diferentes etnias, profesionales del área de salud indígena y representantes gubernamentales. El tema central de discusión fue “La situación actual de la salud de los pueblos indígenas - Sistemas y Políticas”.

En la oportunidad los indígenas solicitaron la elaboración de una Política Nacional de Salud Indígena, que reconozca la medicina indígena, la capacitación de los funcionarios públicos de salud para la atención a indígenas y el buen funcionamiento de las instituciones oficiales. Además se reiteró la solicitud de contar con una ley de Sistema de Salud Indígena, que garantice el derecho a una asistencia a través de los organismos responsables de implementar la Política Nacional de Salud, coordinada y articulada en todos los aspectos con el Sistema Nacional de Salud.

Durante el año 2007, se realizaron varios talleres para elaborar el documento de la Política Nacional de Salud Indígena con participación de los pueblos indígenas, el MSP y BS, y demás representantes del sector salud.

Finalmente en diciembre del 2007 y enero del 2008 se reunieron líderes religiosos, políticos, promotores de salud, parteras tradicionales y representantes de las organizaciones indígenas de la Región Oriental y Occidental del Paraguay, conjuntamente con el Grupo de Apoyo Interinstitucional para la revisión y análisis del documento “Política Nacional de Salud indígena”. El contenido del documento fue sometido a un debate, lo que permitió incorporar valiosos aportes de los participantes. A pedido de los indígenas participantes, dos representantes indígenas por región se incorporaron al equipo redactor para la redacción final del documento.



5. Marco jurídico

Su función es contribuir a la difusión y conocimiento de la legislación vigente para los pueblos indígenas, sus estructuras sociales, organizaciones e instituciones y su dinámica social, que sirve de soporte a los reclamos indígenas para la construcción de políticas de salud indígena que garanticen su derecho a la salud.

5.1. Constitución Nacional

La Constitución del Paraguay dedica el Capítulo V a los derechos y las garantías básicas de los pueblos indígenas, a quienes reconoce como grupos de culturas anteriores a la formación y organización del Estado paraguayo.

Los artículos del Capítulo V de la Constitución Nacional (arts. 62 al 67) constituyen el sustento más importante para la defensa del derecho a la salud indígena. En el art. 63 garantiza y reconoce el derecho de los pueblos indígenas a preservar y desarrollar su identidad étnica en su respectivo hábitat y aplicar libremente sus sistemas de organización política, social, económica, cultural y religiosa; y el de sus normas consuetudinarias para la regulación de su convivencia interna. Este artículo es muy importante a la hora de definir políticas nacionales, étnicas o departamentales, como ser los organismos de implementación de esas políticas y lo que se refiere a la organización y funcionamiento de un sistema de salud.

Además los artículos del Capítulo VI, como el art. 68 Derecho a la salud, menciona que “el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad”; en el art. 69 establece la obligatoriedad de implementar un “Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas del sector público y privado”, y en el art. 70 define como “estrategias básicas para la salud: la educación sanitaria y la participación comunitaria”.

5.2 Instrumentos internacionales

Ley 234/93 que ratifica el Convenio 169 de la OIT, sobre “Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes” fue íntegramente ratificada por el Congreso Nacional y es el documento normativo internacional más importante en materia de protección de los derechos de los pueblos indígenas.

Al suscribirla el Estado a través del gobierno se compromete a asumir la responsabilidad de formular y definir, con la participación de los pueblos indígenas, políticas públicas de salud indígena.

El art. 7 (inc. 2) establece que “el mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan.”

La Constitución del Paraguay dedica el Capítulo V a los derechos y las garantías básicas de los pueblos indígenas, a quienes reconoce como grupos de culturas anteriores a la formación y organización del Estado paraguayo.



Los arts. 24 y 25 del Capítulo V del Convenio se refiere a la seguridad social y salud y trata de la responsabilidad de los gobiernos de ofrecer cobertura de los servicios básicos de salud, también los medios para que las comunidades puedan organizarse y prestar servicios bajo su propia responsabilidad y control, según sus pautas culturales, y coordinar con otras medidas a nivel nacional.

Otros instrumentos internacionales a través de los cuales se obliga a instalar los mecanismos necesarios para que el derecho a la salud se efectivice en normativas y políticas de salud, son:

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

Resolución V del Consejo Directivo de la OPS. En setiembre del año 1993, el Consejo Directivo de la OPS priorizó el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de la región.

Asamblea General de las Naciones Unidas N.º 61/295, en la que aprueba la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas, el derecho al uso de las medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, entre otras.

5.3. Código Sanitario

La **Ley 836/80**, conocida como Código Sanitario, promulgada el 30 de diciembre de 1980 es un instrumento jurídico que regula la atención de las personas e interviene en las comunidades, siempre que el bien público lo requiera en materia de salud. Busca asegurar la responsabilidad del Estado en la cobertura sanitaria para las personas más vulnerables. Este código está en proceso de revisión.

5.4. Estatuto de las Comunidades Indígenas

La **Ley 904/81** Estatuto de las Comunidades Indígenas ha sido un paso fundamental para el reconocimiento de la existencia legal de las comunidades indígenas y su derecho a la titularidad de la tierra, condición para la salud física y culturas de las mismas, así como su derecho consuetudinario.

Es la primera vez que se cuenta con una ley dedicada a la defensa de los derechos de los pueblos indígenas que asegure al órgano indigenista oficial intervenir en los determinantes territoriales, socioeconómicos y medioambientales para el acceso y la utilización de los servicios sanitarios.

5.5. Sistema Nacional de Salud

La **Ley 1032/96**, Sistema Nacional de Salud, dice en su art. 2 que su objetivo es establecer “conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas e incorporadas a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de la enfermedad de individuos y comunidades”.

El Sistema Nacional de Salud establece implementar la participación comunitaria en la gestión de la salud, y la creación de los Consejos

El Sistema Nacional de Salud establece implementar la participación comunitaria en la gestión de la salud, y la creación de los Consejos Locales de Salud



Locales de Salud, instancia de participación de representantes de la comunidad de los centros sanitarios locales y de las autoridades municipales para administrar la transferencia de las competencias referidas a la salud en las localidades.

Como sistema integrado de acciones y servicios públicos y privados, constituye un sistema a nivel nacional, departamental y local de atención integral de la salud y de actividades preventivas, atendiendo a las causas socioeconómicas y culturales, de participación institucional pública y privada, de atención a la población de mayor riesgo, en coordinación con las diversas instituciones de salud.

5.6. Decretos del Poder Ejecutivo

Decreto 22385/98 que reglamenta la Ley 1032/96.

Decreto Ley N° 19966/98 que reglamenta la descentralización, participación ciudadana y la autogestión en salud.

Decreto 22385 que reglamenta el funcionamiento de los Consejos Locales de Salud.

5.7. Resoluciones Ministeriales

Resolución S.G. N° 242/91 de la atención gratuita a funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como así también a los excombatientes de la Guerra del Chaco y a los indígenas.

Resolución S.G. N° 7/99 “Por la cual se integra una Comisión interinstitucional para estudiar, coordinar y planificar la atención integral de la problemática de salud indígena en la Región Occidental del Paraguay”.

Resolución S.G. N° 657/02 Actualizar el Grupo Técnico de Apoyo a la Salud de los Pueblos Indígenas.

Resolución S.G. N° 266/04 Actualizar el Grupo Técnico de Apoyo a la Salud de los Pueblos Indígenas.

Resolución S.G. N° 270/07 “Por la cual se conforma y actualiza el Grupo Técnico de Apoyo a la Salud de los Pueblos Indígenas, constituido por Resolución S.G: N.º 266/04”.



6. Marco conceptual

El propósito de esta política es garantizar a los pueblos indígenas el acceso a la atención integral a la salud, contemplando la diversidad social, cultural, geográfica, histórica y política, de modo de favorecer la superación de los factores que tornan a esta población más vulnerable asumiendo la eficacia de su medicina, así como sus derechos y su cultura como pueblo.

La Política Nacional de Salud Indígena centra su atención en los pueblos indígenas de todo el país y durante su ciclo de vida en su ámbito personal, familiar, clínico, comunitario y étnico, en el ambiente físico, psicosocial y espiritual en que transcurre su existencia. Forma parte de la Política Nacional de Desarrollo, y de la estrategia de lucha contra la pobreza, y está orientada a fortalecer el capital humano y social del Paraguay.¹³

Las estrategias y líneas de acción de la Política Nacional de Salud Indígena deberán ser operativizadas con la participación indígena en todos los niveles de gestión de acuerdo a las características, necesidades, recursos, perfil demográfico-étnico, epidemiológico departamental y local, de manera descentralizada, gradual y sostenida.

6.1. Principios rectores y valores

Principios

Derechos humanos y derecho a la salud, con igualdad. Los principios rectores que fundamentan la Política Nacional de Salud Indígena están enmarcados en los mismos principios y enunciados de la Política Nacional de Salud 2005-2008, donde se parte del concepto de Salud como derecho humano fundamental de todas las personas y como condición esencial para el desarrollo humano sostenible. La equidad social, étnica y cultural, como ideas conductoras y transversales para la organización de los servicios y la asignación de recursos, con focalización de acciones en las comunidades indígenas.

La intersectorialidad y gestión compartida con el gobierno y la sociedad civil, con activa participación de personas, familias, comunidades y organizaciones indígenas a través de la abogacía y acciones concretas, a fin de fortalecer la vida de los pueblos indígenas.

La atención humanizada, con enfoque intercultural en los servicios de salud para incrementar la eficiencia, eficacia y calidad técnica de las prestaciones.

Valores

- La dignidad y la trascendencia de la persona humana.
- La solidaridad y el bien común.
- La equidad territorial, social, de género, generacional y étnico-cultural.
- La justicia social y la equidad en el acceso, en los resultados y en el financiamiento en salud.

El propósito de esta política es garantizar a los pueblos indígenas el acceso a la atención integral a la salud



¹³ Política Nacional de Salud 2005 - 2008 - Pág. 12

Para los pueblos indígenas la salud es vida; incluye la salud física, mental y espiritual, vinculada a un ambiente saludable.



- La integralidad y la humanización en los programas y servicios.
- La interculturalidad, el pluralismo y la ausencia de todas las formas de discriminación y estigma.
- La honestidad, la transparencia en la gestión y la responsabilidad con la rendición de cuentas a la ciudadanía.
- La confianza, asociatividad y cooperación para la acción.
- El compromiso y la vocación de servicio.
- Salud y desarrollo pleno de las comunidades indígenas.
- El respeto y la seguridad.

6.2. Visión

Para los pueblos indígenas la salud es vida; incluye la salud física, mental y espiritual, vinculada a un ambiente saludable. El Estado garantizará a los mismos, el acceso a los servicios de salud con oportunidad, calidad y equidad, en el marco de una atención integral que corresponda a sus costumbres y prácticas de autocuidado, conciliando la medicina indígena con la medicina occidental enfocada a todo el grupo familiar.

6.3. Objetivo general

Mejorar la situación de salud de los pueblos indígenas y las condiciones generales de vida, a través del diseño y aplicación de programas de salud articulados en el contexto de los planes nacionales de desarrollo socioeconómico, cultural, político y ambiental con la participación activa de los pueblos indígenas.

6.4. Objetivos específicos

- a. Orientar con enfoque intercultural los servicios de salud para la atención de los pueblos indígenas.
- b. Respetar e incorporar la medicina indígena en la elaboración e implementación de proyectos, programas y planes de salud articulados con la Política Nacional de Salud.
- c. Crear espacios para discutir y consensuar acciones entre el sector gubernamental, no gubernamental, y organizaciones indígenas, a fin de mejorar la atención efectiva e integral de la salud indígena.
- d. Promover y asegurar la participación de los representantes legítimos de los pueblos indígenas en los espacios o instancias relacionadas con decisiones en asuntos de salud.
- e. Elaborar instrumentos culturalmente apropiados para la obtención de información para el análisis de la situación de salud, gestión y evaluación, orientados a la selección de acciones y estrategias destinadas a mejorar la atención de salud de los pueblos indígenas según la etnia.
- f. Incorporar procesos armonizados de supervisión, monitoreo y evaluación a los proyectos, programas y planes de salud indígena, tendientes a medir el acceso, la pertinencia, la calidad y la cobertura de las acciones implementadas, con la participación de las diferentes comunidades y organizaciones indígenas.

- g. Crear alianzas con instituciones involucradas para llevar adelante acciones relacionadas con la seguridad alimentaria.
- h. Realizar vigilancia epidemiológica del agua, con provisión de agua potable segura y sostenida.
- i. Velar por el cumplimiento de las normativas del medioambiente que afectan la salud de los pueblos indígenas.
- j. Articular mecanismos para el acceso creciente de los pueblos indígenas a algún sistema de seguro social.
- k. Establecer normativas de atención a indígenas en estado de aislamiento y contacto inicial.

Orientar con enfoque intercultural los servicios de salud para la atención de los pueblos indígenas.



7. Ejes de la Política de Salud Indígena

Estrategias y líneas de acción

El MSP y BS, como presidente del Sistema Nacional de Salud (SNS), a través de sus direcciones específicas, y demás subsectores en apertura y diálogo con los representantes de los pueblos indígenas y especialistas en el área garantizará el alcance del propósito de esta política, a través de estrategias y líneas de acción que orienten la planificación, validación, ejecución y control.

7.1. Políticas públicas, legislación y normas favorables a la salud indígena

Líneas de acción:

- I. Abogar para la sanción y promulgación del anteproyecto de la Ley de Salud Indígena.
- II. Difundir y abogar para que el contenido de las normativas jurídicas nacionales e internacionales con relación a la salud de los pueblos indígenas.
- III. Elaborar, promulgar, implementar y evaluar normativas para la protección de la salud indígena.
- IV. Incorporar la perspectiva indígena en las políticas públicas nacionales, regionales y distritales, mediante la activa participación de los representantes de los pueblos indígenas.
- V. Elaborar normativas especiales de atención a indígenas en aislamiento y en contacto inicial reciente.

7.2. Articulación de las instituciones públicas y privadas dedicadas a desarrollar actividades con los pueblos indígenas en el área de la salud

Líneas de acción:

- I. Fortalecer el grupo técnico multidisciplinario – multiétnico de apoyo a la salud indígena, bajo la conducción del Viceministerio de Salud.
- II. Establecer espacios de coordinación y relacionamiento entre las instituciones públicas y privadas, organizaciones indígenas y organismos de cooperación para el incremento de cobertura y racionalización de recursos.
- III. Abogar para que otros sectores del estamento público, MEC, Secretarías de Estado, Fuerzas Armadas, Fiscalías, Policía Nacional, MOPC, entre otros, favorezcan y faciliten el acceso de las comunidades indígenas a los servicios de salud.
- IV. Conformar unidades regionales y locales de atención de salud indígena e incorporar las existentes a las Direcciones Regionales de Salud correspondientes a cada departamento, con población indígena.



Incorporar la perspectiva indígena en las políticas públicas nacionales, regionales y distritales, mediante la activa participación de los representantes de los pueblos indígenas.

- V. Garantizar la representación indígena en los consejos locales y regionales de salud, con base en una selección previa dentro de cada etnia.

7.3. Acceso de la población indígena a los servicios de salud de diferente complejidad con equidad y enfoque intercultural

Líneas de acción:

- I. Fortalecer la red de Servicios de Salud de las Regiones Sanitarias, según niveles de atención y complejidad, concomitantemente, acordes a las costumbres y prácticas de cada etnia.
- II. Construir o adecuar la infraestructura y el equipamiento según los criterios de pertinencia cultural de cada pueblo indígena.
- III. Uso adecuado y racional de medicamentos, articulado con la medicina indígena.
- IV. Garantizar el acceso a los programas de salud preventivos a todas las comunidades indígenas, con énfasis en la prevención de enfermedades etno-epidemiológicas y ambientales.
- V. Promover acciones específicas en situaciones especiales y brigadas móviles para la extensión de la cobertura.
- VI. Implementar mecanismos de detección y referencias de casos críticos, con énfasis en salud materna e infantil y enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles y otros.
- VII. Vigilancia epidemiológica con enfoque intercultural vinculado a las modificaciones del ecosistema (enfermedades causadas por agro-tóxicos, deforestación de bosques, expansión de la frontera agrícola y ganadera, introducción de productos transgénicos, contaminación de aguas, tierras) y otros para definir un perfil epidemiológico.
- VIII. Adecuar los servicios de atención de salud a indígenas con capacidades diferentes, desde una perspectiva intercultural.
- IX. Contar con una estrategia adecuada en los casos de atención a indígenas en aislamiento y contacto inicial, garantizando el concurso de un equipo altamente calificado para tales fines.
- X. Acceder a los distintos programas de salud del MSP y BS.

7.4. Formación de promotores, técnicos y profesionales universitarios de salud indígena y no indígena con enfoque intercultural

Líneas de acción:

- I. Aunar esfuerzos para que los equipos de salud local y regional, de cada Región Sanitaria, gobiernos locales, y entidades de apoyo fomenten un trabajo articulado con perspectiva intercultural.

Uso adecuado y racional de medicamentos, articulado con la medicina indígena.



Fortalecer los programas de formación y capacitación de promotores y otros agentes de salud indígena, para el manejo de programas de promoción, prevención y atención sanitaria básica.

- II. Fomentar la incorporación del profesional indígena a la prestación de los servicios de salud a las comunidades indígenas, garantizando su incorporación al presupuesto de salud y otras fuentes.
- III. Garantizar los procesos educativos de formación en salud, orientados a comunidades indígenas, de nivel técnico y profesional, con enfoque intercultural, incluido en los currículos de todas las instituciones formadoras de recursos humanos.
- IV. Realizar capacitación intercultural entre chamanes, parteras empíricas, promotores de salud y trabajadores de salud no indígenas.
- V. Articular, con instituciones educativas y otros organismos, la obtención de becas para la formación de profesionales indígenas de nivel técnico y universitario.
- VI. Fortalecer los programas de formación y capacitación de promotores y otros agentes de salud indígena, para el manejo de programas de promoción, prevención y atención sanitaria básica.
- VII. Garantizar el acceso a la nivelación de escolaridad para la formación de técnicos y profesionales de salud indígena.

7.5. Promoción de la salud y participación indígena

Líneas de acción:

- I. Conocer, respetar, incorporar e impulsar las acciones de promoción de la salud existentes en los pueblos indígenas.
- II. Diseñar e implementar, con la participación de los pueblos indígenas, un programa de educación y comunicación en salud con enfoque intercultural.
- III. Concienciar a toda la sociedad nacional a favor del modelo cultural de salud indígena, divulgando el derecho constitucional y el consuetudinario que ampara a los indígenas.
- IV. Crear y desarrollar espacios y mecanismos de participación, deliberación y construcción de consensos de líderes y representantes indígenas locales, regionales y nacionales en todo lo que atañe a su salud.
- V. Promover la participación y el compromiso de las comunidades indígenas y sus representantes (líderes, promotores de salud, parteras tradicionales) para el análisis de la situación de la salud y la elaboración e implementación de proyectos, programas, planes de salud en los niveles nacionales, regionales y locales.
- VI. Garantizar el acceso de las comunidades indígenas a la información sobre el derecho a la salud, la seguridad alimentaria, el acceso al agua potable y el saneamiento básico, con enfoque de derechos humanos.
- VII. Incorporar a los programas de la educación formal contenidos relacionados con la salud pública con pertinencia cultural, según la etnia y la ubicación geográfica.
- VIII. Incluir en los programas de promoción y prevención de la salud pública el enfoque específico de los pueblos indígenas sobre la salud.



IX. Garantizar la incorporación del uso de la lengua materna y otros aspectos culturales en los materiales, mensajes comunicativos en los medios locales y nacionales, así como en las metodologías de intervención y promoción.

7.6. Protección del ambiente y el hábitat

Líneas de acción:

- I. Crear espacios de información, educación y comunicación de la protección del medioambiente y el territorio.
- II. Articular acciones con las instituciones relacionadas con el área ambiental.
- III. Abogar por el cumplimiento de las normativas referentes al medioambiente y el hábitat.



7.7. Fortalecimiento de la medicina indígena

Líneas de acción:

- I. Garantizar el fortalecimiento de la medicina indígena mediante el conocimiento, el respeto y la difusión de los saberes y prácticas culturales de los diversos pueblos indígenas en relación con la salud.
- II. Incentivar la protección jurídica de los derechos de autoría de la herboristería y el conocimiento de la medicina indígena, certificación, venta y explotación de los recursos propios.
- III. Valorizar e incentivar la medicina indígena en la formación, capacitación y atención directa de los recursos humanos de los servicios de salud y de los propios agentes de salud y las comunidades indígenas.
4. Establecer en el sistema de salud las condiciones necesarias para el respeto de las prácticas de la medicina indígena y la libre decisión de los pueblos indígenas de su uso, así como del acceso a la medicina occidental de calidad con sentido de complementariedad.

Establecer en el sistema de salud las condiciones necesarias para el respeto de las prácticas de la medicina indígena y la libre decisión de los pueblos indígenas de su uso, así como del acceso a la medicina occidental de calidad con sentido de complementariedad.

7.8. Promoción de la investigación en salud indígena

Líneas de acción:

- I. Generar evidencias sobre los diferentes determinantes de la salud indígena, a través de los servicios de salud, la participación de los pueblos indígenas, universidades y otros.
- II. Investigar y difundir estudios del impacto de las contaminaciones del ambiente sobre la salud de los pueblos indígenas.
- III. Establecer las condiciones para la investigación, el registro, la difusión oral y escrita de las costumbres y las prácticas de la medicina indígena con los diferentes pueblos indígenas.

7.9 Creación de un sistema de información de salud indígena

Líneas de acción:

- I. Crear un sistema de Información de salud indígena diferenciado por etnia, género y ubicación geográfica, a través del Departamento de Bioestadística, MSP y BS, y otras instituciones del sector.
- II. Desarrollar un mecanismo de monitoreo y evaluación de las acciones implementadas en las comunidades indígenas, bajo responsabilidad de las Direcciones Generales del MSP y BS y de las Regiones Sanitarias.
- III. Incorporar indicadores de salud indígena en el control de gestión de los servicios de salud.

7.10 Identificación de fuentes de financiamiento

Líneas de acción:

- I. Establecer un sistema de costeo y monitoreo del gasto social en salud orientado a los pueblos indígenas de manera desagregada, así como un proceso de planificación de los servicios y programas de salud que afectan a los pueblos indígenas y la aplicación de los mismos.
- II. Elaboración de un presupuesto destinado a la salud de los pueblos indígenas, con la participación de sus legítimos representantes en los niveles local, regional y nacional.
- III. Ampliar el financiamiento y la inversión en políticas de salud indígena procedentes del Presupuesto General de Gastos de la Nación y consensuar e integrar los recursos económicos, financieros, logísticos y humanos provenientes del apoyo de organizaciones nacionales e internacionales y no gubernamentales a nivel municipal, departamental y nacional.
- IV. Contar con un fondo específico para la ejecución de los planes operativos anuales para la atención de la salud indígena de manera descentralizada en las Regiones Sanitarias y Consejos Departamentales y locales de salud que cuentan con población indígena.



8. Medicina indígena

Se entiende por medicina indígena la cultura de la armonía o el equilibrio entre salud y enfermedad de los pueblos indígenas, que interrelaciona el conjunto de conocimientos y prácticas de salud, preventivas y sanadoras propias de un pueblo indígena, que se encarnan en expertos de dicho pueblo, que la desarrollan y actualizan con la finalidad de mantener la armonía espiritual, física, psíquica y emocional de su comunidad y su entorno.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina indígena es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias, oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, la diagnosis o el tratamiento de las enfermedades físicas o mentales.

Los conocimientos y las prácticas de las comunidades indígenas en salud constituyen parte del patrimonio cultural de los pueblos indígenas, y su protección y reconocimiento han estado presentes en las demandas sectoriales como generales que se han formulado en las distintas instancias de diálogo con el Estado ¹⁴.

La medicina indígena no debe ser considerada como un resabio de la ignorancia y de la superstición, ya que la antropología médica nos enseña que es un sistema etno-médico coherente que ha resistido la prueba del tiempo y que sigue concitando la ferviente adhesión de la gente, a despecho y pesar de los prodigiosos avances de la medicina científica que, sin embargo, sigue y probablemente seguirá teniendo limitaciones, técnicas, sociales, económicas y políticas. Con base en estas consideraciones, el profesional sanitario debe tener una actitud respetuosa hacia todas las expresiones etno-médicas, aprovechando todos los elementos positivos o inocuos, y tratando de eliminar o sustituir con mucho tacto los elementos potencialmente perjudiciales ¹⁵.

Por otra parte, se debe indicar que existe todavía un vacío importante en el reconocimiento de la medicina indígena en varios ámbitos y, de hecho, forma parte de la deuda histórica que la sociedad tiene con los pueblos indígenas, en cuanto a valorar el aporte que realizan a partir de su propia cosmovisión, conocimientos, valores y prácticas de la vida y la salud. Un primer paso es saber qué significa estar sano en la “otra” cultura. Una persona sana es una persona que no sólo está bien desde el punto de vista biofísico o que goza de fortaleza, sino que además tiene un temperamento controlado y en armonía con su entorno físico, social y simbólico ¹⁶.

En este contexto, la tarea es contribuir al reconocimiento, la protección y el fortalecimiento de la medicina indígena, en lo que respecta a conocimientos y prácticas sobre la salud y la enfermedad. El reconocimiento de la medicina indígena como parte del patrimonio cultural debe ser abordado como un desafío que no involucra sólo al sector salud: más bien debe ser intersectorial.

La medicina indígena no debe ser considerada como un resabio de la ignorancia y de la superstición



14 Documento Política Indígena de Perú

15 Rodríguez, Sinforiano 2004:97

16 Fernández, Noly 2007:163

Avanzar en la construcción de una política respecto a las medicinas indígenas, que reconozca y valide el uso y el transporte de las plantas medicinales de la medicina ancestral.

En base a lo expuesto debe considerarse como prioritario:¹²

Favorecer la protección de los conocimientos tradicionales en salud de la posible utilización con otros fines, como también la diversidad biológica y los derechos de propiedad intelectual de los pueblos originarios, para que no sean plagiados o patentados por personas naturales o jurídicas foráneas a las comunidades.

Implementar un trabajo intersectorial que haga efectivas las recomendaciones en lo referente a los conocimientos, las prácticas y las innovaciones de los pueblos indígenas en materia de biodiversidad.

Favorecer líneas de investigación respecto a la medicina indígena, con participación de las propias comunidades, orientadas a identificar la eficacia, seguridad y el costo-efectividad de terapias o prácticas específicas, estrategias de preservación de los recursos terapéuticos y formas de reproducción cultural de la medicina indígena, como también otros temas de investigación que sean prioritarios con las comunidades.

Avanzar en la construcción de una política respecto a las medicinas indígenas, que reconozca y valide el uso y el transporte de las plantas medicinales de la medicina ancestral. Dicha política deberá resultar de un proceso de negociación entre los diferentes sectores involucrados y los pueblos indígenas.



12 Política de Salud y Pueblos Indígenas, Chile: 28

9. Salud intercultural ¹⁷

“Los pueblos indígenas continúan existiendo, con sus propias culturas distorsionadas por casi cinco siglos de dominación colonial, pero sin haber perdido su identidad y conservando una matriz cultural (civilizatoria) que no corresponde a la occidental.”

Bonfil Batalla

El concepto de interculturalidad es, ante todo, cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. La interculturalidad se define como una actitud hacia los demás, en una relación de diálogo, en condiciones de igualdad y permanente intercambio entre los portadores de diferentes culturas. La interculturalidad no es un atributo “natural”, ni una realidad dada, ni un punto de llegada. Se trata de un proceso continuo que requiere voluntad y sensibilidad de las partes. Busca establecer una relación de negociación (social, política y cultural) de la que deben emerger nuevas estrategias, expresiones, sentidos y prácticas que desafían la prevalencia de una cultura sobre la otra ¹⁸.

Aplicado este concepto al área de la salud, se tiene que en las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención a la salud. El concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores, es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúan la calidad y el resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad ¹⁹.

La utilización e incorporación efectiva del concepto de interculturalidad, en este caso, en el plano de la salud, conlleva la búsqueda de una nueva relación interétnica entre el Estado, la sociedad y los pueblos indígenas. La interculturalidad desde esta perspectiva no viene desde una hacia otra, se constituye en la articulación de horizontes culturales en un contexto político y epistémico verdaderamente democrático.

En la aplicación práctica del enfoque intercultural de la salud se han identificado lineamientos estratégicos en tres áreas de acción:

La armonización jurídica: es un proceso orientado a la adaptación de los marcos jurídico-políticos, leyes, regulaciones y normas, a las características socioculturales de los pueblos indígenas. Es decir, al establecimiento de una relación equitativa entre los pueblos indígenas y la sociedad nacional. Específicamente en el ámbito de los sistemas y servicios de salud implica la generación de marcos jurídicos que favorezcan el acceso de la población indígena a ambientes saludables, a una atención de salud de calidad y que oficialicen



en una relación de diálogo,
en condiciones de igualdad y
permanente intercambio
entre los portadores de
diferentes culturas.

¹⁷ Libro Comunicación Intercultural Miguel Rodrigo Alsina; el antropólogo Edgard T. Hall fue quien utilizó por primera vez en 1959 el término interculturalidad.

¹⁸ Albo, X, y Romero R 2005: 29

¹⁹ Alarcón M, Ana M, Vidal H, Aldo y Neira Rozas, Jaime, 2003:1061-1065

la contribución de los sistemas de salud indígenas en el mantenimiento y restauración de la salud de la población.

La armonización conceptual: es un proceso orientado al reconocimiento de los saberes, prácticas y recursos indígenas como sistemas de salud, y a la generación de paradigmas nuevos y alternativos que permitan la comprensión de la complejidad y riqueza de las respuestas teóricas y prácticas, materiales y simbólicas que los sistemas de salud indígena tienen en el mantenimiento

y restauración de la salud. Es decir, la generación de marcos conceptuales, instrumentos y metodología que aporten en la revisión de los planos de análisis al tener que confrontar la teoría y las perspectivas generales con las condiciones particulares de los pueblos indígenas y, más aún, de una comunidad o grupos de comunidades en concreto.

La armonización práctica: está orientada a la formulación e implementación de modelos de atención que, a la vez que priorizan la excelencia técnica, tienen en cuenta las características sociales y culturales de la población beneficiaria, en este caso, de la población indígena, los recursos de la comunidad y los perfiles epidemiológicos específicos. Esto supone la formación y desarrollo de recursos humano-indígenas y no indígenas, capaces de respetar, comprender y responder a los diferentes contextos socioculturales de la población beneficiaria, a fin de proporcionar una atención integral de salud al individuo y a la comunidad.

La armonización práctica está orientada a la formulación e implementación de modelos de atención que, a la vez que priorizan la excelencia técnica, tienen en cuenta las características sociales y culturales de la población indígena.



10. Definiciones ²⁰

Indígena

Persona originaria del país. Se dice de la persona que se declara perteneciente a una etnia o pueblo originario y se manifiesta miembro de una comunidad, núcleo de familias o barrio indígena, independientemente de que siga hablando o no la lengua de origen.

Etnia

Comunidad humana definida por afinidades lingüísticas, culturales y sociales.

Pueblo

Conjunto de personas que se caracterizan por una cultura y forma de vida social propia. En Paraguay, como en otros lugares de América, durante el tiempo colonial, se le llamaba incluso “nación”, porque habían nacido en un mismo territorio y generalmente tenían un idioma propio y seguían tradiciones comunes.

Comunidad indígena

Grupo o conjunto de grupos de familias indígenas afincadas en una determinada superficie territorial, propia o ajena, que se identifica con un modo de ser, una cultura y una organización social propios. La comunidad no debe interpretarse sólo en términos geográficos, sino en términos sociales, lo que a su vez incluye espacios y formas de convivencia social característica aún en otros ambientes, como los establecimientos ganaderos, los barrios urbanos y campamentos provisorios.

Área urbana

Son consideradas áreas urbanas todas las cabeceras de los distritos oficiales, definidas también conforme a leyes administrativas que así las reconocen. Espacio geográfico que se distingue por presentar sus viviendas agrupadas por cuadras o manzanas.

Área rural

Espacio geográfico y zonas que se encuentran fuera de los límites del área considerada urbana.

Indígenas en aislamiento

Situación de un pueblo indígena, o parte de él, que ocurre cuando este no ha desarrollado relaciones sociales sostenidas con los demás miembros de la sociedad nacional o que, habiéndolo hecho, ha optado por discontinuarlas.

Indígenas en contacto inicial

Los indígenas en contacto inicial son aquellos que hasta hace poco han estado en aislamiento y que recientemente han establecido

²⁰ II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002. Pueblos Indígenas del Paraguay. Resultados Finales. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo. Fernando de la Mora, Paraguay. DGEEC, 2003.

relaciones con la sociedad no indígena, pero desean controlar y limitar esas relaciones. Se trata de grupos humanos que han sobrevivido a experiencias traumáticas de genocidio, como las generadas en la época del boom del caucho a principios del siglo XX.

Medicina tradicional

Se denomina “medicina tradicional indígena” al sistema de conceptos, creencias, prácticas y recursos materiales y simbólicos destinado a la atención de diversos padecimientos y procesos desequilibrantes, cuyo origen se remonta a las culturas prehispánicas, pero que, como toda institución social, ha variado en el curso de los siglos, influida por otras culturas médicas.

Interculturalidad

La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, de una forma simétrica, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. Estableciéndose una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo.

Participación indígena

La participación indígena se considera no solo como un medio para ofrecer servicios de atención de salud más efectiva, sino como un fin y un indicador de democracia y derechos políticos.



Anexos



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General

Resolución S.G. N° 653

POR LA CUAL SE CONVALIDA LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD INDÍGENA, APROBADA POR RESOLUCIÓN S.G. N° 143, DEL 31 DE MARZO DE 2008; Y SE MODIFICA EL ARTÍCULO 3° DE LA CITADA RESOLUCIÓN, PARA SU IMPLEMENTACIÓN.

Asunción, 7 de *setiembre* de 2009

VISTA:

La nota registrada como expediente N° 8428, por la cual la Dirección General de Asistencia a Grupos Vulnerables solicita la Convalidación de la Política Nacional de Salud Indígena; y

CONSIDERANDO:

Que el citado documento constituye un marco político relevante para la atención a las comunidades indígenas de nuestro país.

Que es necesario actualizar el marco normativo de implementación de la Política de Salud Indígena, aprobada por Resolución S.G. N° 143, del 31 de marzo de 2008, considerando los lineamientos políticos y la estructura de funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Que dicho instrumento ha sido aprobado y consolidado en sus principios por el trabajo de la Mesa Interinstitucional de Salud Indígena, creada por Resolución Ministerial y coordinada por la Dirección General de Asistencia a Grupos Vulnerables.

Que las Políticas aprobadas reflejan las conclusiones de múltiples reuniones con líderes indígenas de las diferentes parcialidades, autoridades políticas, religiosas y representantes de la sociedad civil; respetando las culturas, conocimientos, tradiciones y creencias.

Que el Estado tiene la obligación de cumplir con su responsabilidad de formular políticas y directrices que aseguren el pleno goce de todos los derechos consagrados en la Constitución Nacional, para los pueblos indígenas; además de poner en práctica los Tratados Internacionales ratificados por el Paraguay y todo lo establecido en el marco legal de las Leyes, Decretos y Resoluciones que tengan relación con la protección integral de las comunidades indígenas del país.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, según Dictamen A.J. N° 2724, de fecha 02 de setiembre de 2009, ha emitido su parecer favorable a la firma de la presente Resolución.

POR TANTO, de conformidad con los Artículos N°s. 62, 63, 65 y 66, 240 y 242 de la Constitución Nacional, y en el Decreto N° 21.376/98, Artículo 20, numeral 7; y en uso de sus atribuciones;





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 653

7 de *setiembre* de 2009
Hoja N° 2

**LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

Artículo 1°. Convalidar la **Política Nacional de Salud Indígena**, aprobada por Resolución S.G. N° 143, del 31 de marzo de 2008, en todo su contenido.

Artículo 2°. Modificar el Artículo 3° de la mencionada Resolución, de la siguiente manera:

"Artículo 3°. Responsabilizar de su implementación institucional a la Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud y a la Dirección General de Atención Primaria de Salud; la primera, con inserción gradual en los servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social mediante la identificación de un funcionario que actúe como "punto focal" para las acciones a llevarse a cabo en el área de la Salud Indígena, en las Direcciones Regionales y en los Hospitales de diferentes niveles, incluyendo los especializados; y la segunda, con adecuación de las Unidades de Atención de la Familia. El monitoreo y seguimiento de la política quedarán a cargo de la Dirección General de Asistencia a Grupos Vulnerables, con el apoyo técnico de la Dirección General de Planificación y Evaluación".

Artículo 3°. Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



[Signature]
**DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA**

/b/m



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 143

POR LA CUAL SE APRUEBA LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD INDÍGENA; Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN.

Asunción, 31 de mayo de 2008

VISTA:

La propuesta de "POLÍTICA NACIONAL DE SALUD INDÍGENA", presentada al gabinete por el Viceministerio de Salud Pública y Bienestar Social, por medio del Memorandum SSS N° 54/08, registrado como expediente N° 1964 - SG; y

CONSIDERANDO:

Las exigencias de establecer delineamientos de pautas políticas en la atención de la salud indígena, y la necesidad de aunar esfuerzos y orientar los planes, programas y proyectos en el marco de un instrumento conductor de procesos nacionales, denominado Política Nacional de Salud Indígena, en un contexto de participación de los pueblos indígenas y de respeto a sus culturas, conocimientos, tradiciones y creencias.

Que la Propuesta ha sido elaborada en forma conjunta por representantes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Grupo Técnico Interinstitucional de Apoyo a la Salud de los Pueblos Indígenas constituido por Resolución S.G. N° 262 de fecha 20 de febrero de 2007, como asimismo por promotores, enfermeros/as, parteras, líderes políticos y religiosos de las diferentes comunidades y representantes de organizaciones indígenas de las Regiones Oriental y Occidental.

Que la Constitución Nacional, en su Capítulo V (Arts. 62 al 67) consagra los derechos de los Pueblos Indígenas, definidos como grupos de culturas anteriores a la formación y organización del Estado Paraguayo. En su Capítulo VI, Art. 68, establece que "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de las personas y en interés de la comunidad". En su Art. 69 "Del Sistema Nacional de Salud", preceptúa que se promoverá un Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones sanitarias integradas con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos de los sectores público y privado.

Que la Ley N° 234/93, que aprueba el Convenio N° 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); establece que "los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental", entre otros...

Que la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, aprobada por Resolución V del Consejo Directivo de la OPS, en Setiembre de 1993, representa el compromiso político de los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, para priorizar el mejoramiento de la Salud de los Pueblos Indígenas de la Región, enfatizando el respeto a su cultura y a sus conocimientos ancestrales.





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General 143

Resolución S.G. N°

31 de mayo de 2008
Hoja N° 2

Que las Naciones Unidas, en su última Asamblea General N° 61/295, en la que aprueba la Declaración de los Derechos de los Pueblos indígenas, enfatiza la inclusión de los temas relacionados a los mismos en el contexto de los Derechos Humanos Universales; y en su art. 24, incisos 1 y 2, garantiza, el derecho al uso de las medicinas tradicionales y a mantener sus practicas de salud, entre otros.

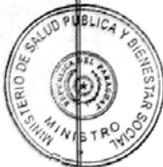
Que el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, en su 39° periodo de sesiones, recomienda al Estado Parte *"a que intensifique su esfuerzo en el área de salud, y lo invita a que adopte una política global de salud que permita garantizar el acceso de las poblaciones más pobres a una atención primaria de la salud gratuita y de calidad"*.

Que, conforme a la Ley N° 1032/96, al Estado corresponde la responsabilidad de mantener la igualdad de los deberes y derechos de los ciudadanos; para lo cual, desarrolla el Sistema Nacional de Salud, como ente integrador y regulador de las Instituciones y Servicios, con la finalidad primordial de prestar asistencia a todas las personas, de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase.

POR TANTO, de conformidad con las disposiciones legales invocadas, y en uso de sus atribuciones;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL:
RESUELVE:**

- Artículo 1°** Aprobar la *Política Nacional de Salud Indígena*, como Instrumento conductor de procesos nacionales, con el fin de implementar y aplicar en forma transversal los planes, programas y proyectos, para el logro de los objetivos estratégicos.
- Artículo 2°** Determinar que las instancias responsables de la implementación establezcan los Planes periódicos que permitan la ejecución de las líneas de acción y estrategias contenidas en dicha Política.
- Artículo 3°** Responsabilizar de su implementación Institucional a la Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud y a la Dirección General de Asistencia a Grupos Vulnerables, con inserción gradual en los Servicios de Salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la creación de Unidades de Salud Indígena en las Direcciones Regionales y en los hospitales de diferentes niveles, incluyendo los especializados; quedando el monitoreo y seguimiento de la política a cargo de la Dirección General de Planificación y Evaluación, con la participación de representantes de los pueblos indígenas.





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

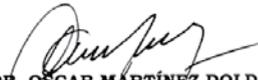
Secretaría General

Resolución S.G. N° 143

31 de mayo de 2008
Hoja N° 3

- Artículo 4°** Establecer que las instancias públicas que tienen bajo su responsabilidad la provisión de servicios básicos, como el SENASA, DIGESA, SENEPA, INAN; entre otras, incluyan en sus Planes la operativización de los componentes de la citada Política que caen bajo su responsabilidad.
- Artículo 5°** Disponer, además, la implementación y ejecución de la Política aprobada, en las demás instituciones públicas del Sector Salud, recomendando también su aplicación en las entidades privadas y comunitarias del sector, en el marco de Acuerdos con el Sector Público.
- Artículo 6°** Incorporar al Sistema de Estadística Nacional de Información en Salud todos los aspectos relacionados a la vigilancia epidemiológica, morbilidad, mortalidad, servicios prestados y otros datos de relevancia, relacionados a la salud de los pueblos indígenas.
- Artículo 7°** Encomendar a la Dirección General de Administración y Finanzas, facilitar los medios y los recursos económicos financieros necesarios para el desarrollo operativo e implementación de la Política en los Servicios de Salud.
- Artículo 8°** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar




DE OSCAR MARTÍNEZ DOLDÁN
MINISTRO

ms/u



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 270

POR LA CUAL SE CONFORMA Y ACTUALIZA EL GRUPO TÉCNICO DE APOYO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, CONSTITUIDO POR RESOLUCIÓN S.G. N° 266/04.

Asunción, 09 de Mayo de 2007

VISTO:

El Memorándum presentado por el Vice Ministerio de Salud, por el cual solicita la actualización del Grupo Técnico de Apoyo a la Salud Indígena y presenta la propuesta de entidades públicas y de la sociedad civil que integran el mismo; y

CONSIDERANDO:

Que es necesario dar seguimiento a la propuesta del Anteproyecto de Ley de Creación del Sub Sistema de Salud Indígena elaborado por el Comité Técnico de Apoyo a la Salud Indígena y ante la exigencia de establecer delineamientos de pautas políticas en la atención de la Salud Indígena,

Que, debido a su condición de Grupos Vulnerables y excluidos que requieren la protección del Estado y respeto a su cultura, tradición y creencias, la Constitución Nacional en su Capítulo V (arts. 62 al 67) consagra los derechos de los pueblos indígenas, definidos como grupos de culturas anteriores a la formación y organización del Estado Paraguayo;

Que la Carta Magna, en su Capítulo VI, art. 68, establece que "el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad"; y en su Art. 69 "Del Sistema Nacional de Salud", preceptúa que se promoverá un Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones sanitarias integradas con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Que la Ley N° 234/93 aprueba el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT);

Que la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, aprobada por la Resolución V del Consejo Directivo de la OPS, en setiembre de 1993, representa el compromiso político de los Gobiernos miembros y de la Organización Panamericana de la Salud para priorizar el mejoramiento de la salud de los Pueblos Indígenas de la Región, enfatizando el respeto a su cultura y a sus conocimientos ancestrales.

Que, conforme a la Ley N° 1032/96, al Estado corresponde la responsabilidad de mantener la igualdad de los deberes y derechos de los ciudadanos; para lo cual desarrolla el Sistema Nacional de Salud, como ente integrador y regulador de las Instituciones y Servicios, con la finalidad primordial de prestar asistencia a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase.

POR TANTO, y en uso de sus atribuciones;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

Artículo 1°: Actualizar el Grupo Técnico de Apoyo a la salud de los pueblos indígenas creado por Resolución S.G. N° 266/04.





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General

Resolución S.G. N° 270

09 de Mayo de 2007
Hoja N° 2

Artículo 2°. Disponer que el Grupo Técnico esté conformado por las siguientes instituciones:

COORDINADORA GENERAL:

✓ **Dra. Norma Dure de Bordón**, Vice Ministra de Salud

COORDINADOR EJECUTIVO:

✓ **Dr. Silvio Ortega Rolón**, Asesor del Vice Ministerio de Salud

MIEMBROS:

- ✓ Representante de la Dirección General de Atención a Grupos Vulnerables
- ✓ Representante de la Dirección General de Planificación y Evaluación
- ✓ Representante de la Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud
- ✓ Representante de la Dirección General de Programas de Salud
- ✓ Representante de la Dirección General de Vigilancia de la Salud
- ✓ Representante de la Dirección General de Asesoría Jurídica
- ✓ Representante de la Dirección General de Promoción de la Salud
- ✓ Representante de la Dirección General del Instituto de Bienestar Social
- ✓ Representante de SENEPA
- ✓ Representante de SENASA
- ✓ Representante de la Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias
- ✓ Representante de los Directores Regionales de las Regiones Occidental y Oriental
- ✓ Representante del Ministerio de Educación y Cultura
- ✓ Representante del Ministerio de Agricultura y Ganadería
- ✓ Representante del Ministerio Público – Dirección de Asuntos Étnicos
- ✓ Representante del Instituto Nacional del Indígena – INDI
- ✓ Representante de la Pastoral Social y del Niño – CONAPI
- ✓ Representante de Organizaciones Indígenas de las Regiones Occidental y Oriental
- ✓ Representantes de Organizaciones no Gubernamentales y otras
- ✓ Oguasu
- ✓ Representante de Alteridad
- ✓ Representante de OPS/OMS
- ✓ Representante de UNICEF
- ✓ Representante de Secretaría de Acción Social -SAS
- ✓ Representante de Secretaría Técnica de Planificación
- ✓ Representante de Gabinete Social
- ✓ Representante de Secretaría del Medio Ambiente -SEAM
- ✓ Representante de IPS

Artículo 3°. Solicitar a las Instituciones mencionadas en el Art. 2° de esta Resolución la designación de sus respectivos representantes.

Artículo 4°. Crear la Coordinación Ejecutiva para articular, impulsar, elaborar y monitorear el proceso de consolidación de la Política de Salud Indígena.





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General

Resolución S.G. N° 270

09 de Mayo de 2007
Hoja N° 3

- Artículo 5°.** Determinar que la Coordinación General sea responsabilidad del Vice Ministerio de Salud.
- Artículo 6°.** Asignar a la Coordinación General las siguientes funciones: planificar, coordinar, controlar y evaluar el proceso de elaboración de la Política de Salud Indígena.
- Artículo 7°.** Responsabilizar a la Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud de la coordinación operativa del proceso.
- Artículo 8°.** Convocar a través del Comité Técnico de Apoyo, a especialistas del área u otros, para consultas, con vistas al cumplimiento de los objetivos propuestos.
- Artículo 9°.** Dejar sin efecto la Resolución S.G. N° 212/2007 y todas las demás disposiciones ministeriales anteriores que se opongan a ésta.
- Artículo 10°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.




DR. OSCAR MARTÍNEZ DOLDÁN
MINISTRO

/br



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General
Resolución S.G. N° 266

POR LA CUAL SE ACTUALIZA LOS NOMBRES DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO TÉCNICO DE APOYO A LA SALUD INDÍGENA, CONSTITUIDA POR RESOLUCIÓN S.G. N° 657/02.

Asunción, 19 de marzo de 2004

VISTO:

El pedido formulado por la Dirección General de Desarrollo de los Servicios de Salud, de este Ministerio, relacionado con la actualización de los integrantes del Grupo Técnico de Apoyo a la Salud Indígena, responsable de la elaboración del Anteproyecto de Creación del Subsistema de Salud Indígena, reconocida por Resolución S.G. N° 657/2002; y

CONSIDERANDO:

Que a los efectos del mejor cumplimiento de sus propósitos, es necesario actualizar los nombres de los integrantes del citado Grupo Técnico de Apoyo a la Salud Indígena,

POR TANTO, en uso de sus atribuciones;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

ARTÍCULO 1°. Actualizar los nombres de los integrantes del Grupo Técnico de Apoyo a la Salud Indígena, constituido en el Artículo 1° de la Resolución S.G. N° 657/2002; que estará integrada en la siguiente manera:

Por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social:

- **Dr. Silvio Ortega Rolón**, Director General de Desarrollo de los Servicios de Salud
- **Dr. Luis Anibal Medina Huerta**, Director de la XIIIª. Región Sanitaria – Amambay
- **Dra. Lucía Ibarra de Teroí**, Directora de la XVIIª. Región Sanitaria – Boquerón
- **Dr. Osvaldo Alvarenga Princigalli**, Director de la Iª. Región Sanitaria – Concepción
- Representante del I.N.D.I.





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General
Resolución S.G. N° 266

12 de marzo de 2004
Hoja N° 2

- Representante de la Dirección General de Asistencia a Grupos Vulnerables
- Representante de la Dirección General de Vigilancia de la Salud
- Representante de la Dirección del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
- Representante de la Dirección General de Salud Ambiental (SENASA)
- Por la Coordinación de la C.E.P., **Sra. Serafina de Alvarez**
- Por la ONG "Oguazú", **Antropóloga Marilin Rehnfeldt**
- Por la Sociedad Paraguaya de Pediatría, **Dra. Ida Esquivel**
- Por la Gobernación del Departamento de Boquerón, **Dr. Iván Vera**
- **Dr. Roberto Aquino**, Médico Antropólogo - Consultor en temas Indígenas de ONG

ARTÍCULO 2°. Designar al **Dr. Silvio Ortega Rolón** como Coordinador del Grupo Técnico reconocido en el artículo precedente.

ARTÍCULO 3°. Comunicar a quienes corresponda y cumplida, archivar.




DR. JULIO CÉSAR VELÁZQUEZ
MINISTRO

/Ene

Bibliografía

1. Alarcón M, Ana M, Vidal H, Aldo y Neira Rozas, Jaime. “Salud Intercultural: Elemento para la construcción de sus bases conceptuales”. Rev. Méd. Chile sep. 2003, vol. 131, n° 9 p. 1061-1065. ISSN 00 34-9887.
2. Albó, Xavier y Romero, Ruperto. “Interculturalidad”, Programas de Formación e Innovación Institucional y Académica dirigidos a los Institutos Normales Superiores (INS) públicos de Bolivia, 2005:29.
3. Anteproyecto de Ley de Salud Indígena. Documentación año 2003-2005.
4. Constitución Nacional de 1992.
5. Derecho a la Salud Indígena, Políticas y Sistemas. 2006. CONAPI. San Lorenzo – Paraguay.
6. Documento base para la discusión y tratamiento de una Ley de Subsistema de Salud Indígena. 2001. CONAPI. Asunción – Paraguay.
7. Fernández, Noly, “Salud Indígena en Venezuela”, Volumen I Gobierno Bolivariano de Venezuela. 2007, 163.
8. Ley 1032/94 que crea el “Sistema Nacional de Salud”. Paraguay.
9. Ley 904/81 “Estatuto de las Comunidades Indígenas”.
10. Ley 836/80 Código Sanitario.
11. Política de Salud de los Pueblos Indígenas – Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.
12. Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas República Bolivariana de Venezuela – Diciembre 2003.
13. II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002. Pueblos Indígenas del Paraguay. Resultados Finales. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo. Fernando de la Mora, Paraguay. DGEEC, 2003.
14. Universidad Católica – Suplemento Antropológico – junio 1969 y diciembre 1978.
15. SEAM- Secretaría del Ambiente “Política Ambiental Nacional del Paraguay”.
16. Política Nacional de Salud 2005 – 2008 Construyendo Juntos una Política de Estado “Salud para todos con equidad”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay.
17. Política de Promoción de la Salud 2006-2010, Salud con Equidad, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay.
18. Políticas públicas para pueblos indígenas aislados – Bolivia.
19. Propuestas al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Área de Cooperación. Etnias Indígenas de la Región Oriental. Fernando de la Mora, Nov. 1995.
20. La Experiencia Internacional en Materia de Reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena – Gobierno de Chile.
21. Rodríguez Doldán Sinforiano, Antropología Cultural Aplicada a las Ciencias de la Salud, Centro de Estudios Antropológicos de la Universidad Católica Vol. 47, 2004, 76-77, 95-97. Asunción-Paraguay.
22. Salud Indígena, DIM, Diciembre 1997, N° 58, Año XVI – Asunción - Paraguay
23. Kwatia Aryguaju. 1995. Asunción Paraguay.
24. Documento Política Indígena de Perú.

Glosario

MSP y BS

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

CONAPI

Coordinación Nacional Pastoral Indígena

DGEEC

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

UNICEF

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

NBI

Necesidades Básicas Insatisfechas

SNS

Sistema Nacional de Salud

MEC

Ministerio de Educación y Cultura

MOPC

Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones

SEAM

Secretaría del Ambiente

OMS

Organización Mundial de la Salud

