



Ministerio de  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**



**Namyasãi**  
Salud y familia

**GOBIERNO  
NACIONAL**

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas

Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud

**Marco de Planificación para Pueblos Indígenas**

Actualización  
Julio 2023



## Lista de siglas y abreviaturas

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



## Tabla de contenido

<b>A. RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>4</b>
<b>B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....</b>	<b>4</b>
<b>C. CARACTERIZACION DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE PARAGUAY...6</b>	<b>6</b>
Datos Demográficos e Indicadores Sociales Generales .....	6
Organización Política, Aspectos Culturales, Históricos y Religiosos.....	10
Indicadores de Salud.....	14
Acceso a servicios de las Unidades de Salud Familiar.....	16
<b>D. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS ....19</b>	<b>19</b>
Legislación nacional e instituciones relevantes .....	19
Legislación de Salud Indígena e instituciones relevantes .....	20
Política Operacional de Pueblos Indígenas del Banco Mundial (OP 4.10).....	20
Actores Relevantes .....	23
<b>E. PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS.....24</b>	<b>24</b>
Alcance del MPPI.....	25
Preparación de los Planes de Pueblos Indígenas .....	28
<b>F. MECANISMO DE GESTIÓN DE RECLAMOS.....29</b>	<b>29</b>
<b>G. MECANISMO DE CONSULTA Y DIVULGACIÓN DEL MPPI .....</b>	<b>30</b>
Procedimiento de la Consulta Libre, Previa e Informada.....	30
<b>H. ARREGLOS INSTITUCIONALES.....31</b>	<b>31</b>
Responsabilidades .....	31
Fortalecimiento Institucional .....	32
<b>I. PRESUPUESTO .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS.....33</b>	<b>33</b>
Anexo 1. Normativa de Salud Indígena .....	34
Anexo 2. Información del Censo Indígena 2012.....	34
Anexo 3. Resultados de las Consultas del MPPI .....	39
Anexo 4. Guía y Recomendaciones para la Prevención del COVID en Pueblos y Comunidades Indígenas y la “Guía y/o Recordatorio de Vacunación Anti COVID para los Pueblos Indígenas” .....	46
Anexo 5. Resultados de la 2da. Consulta del MPPI y PPI 2022 al 2024.....	54
Anexo 6. Actualización al informe de la primera consulta del MPPI (2019).....	60

## A. RESUMEN EJECUTIVO

1. Este **Marco de Planificación para Pueblos Indígenas (MPPI)** es parte de los instrumentos sociales del Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud (en adelante el Proyecto) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), a ser financiado por el Banco Mundial. Fue desarrollado por la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DINASAPI) para garantizar que los beneficios del Proyecto lleguen de una forma culturalmente adecuada a los Pueblos Indígenas (PI) de Paraguay, siguiendo los lineamientos de la Ley de Salud Indígena (5469/15), la Política Nacional de Salud Indígena (2008) y la Política Operativa de Pueblos Indígenas del Banco Mundial (OP 4.10).
2. El documento contiene una descripción del Proyecto, información sobre los PI de Paraguay, en sus aspectos poblacionales, culturales, de organización, identidad, historia y otros aspectos relacionados a la salud de los PI, una descripción sobre el Marco Normativo e Institucional, los actores institucionales relevantes y la OP 4.10, una lista de organizaciones indígenas y de ONG que trabajan con Pueblos Indígenas. En la sección de Planificación para Pueblos Indígenas se desarrolla el objetivo del MPPI, su alcance en relación a los componentes del Proyecto, con un desarrollo de acciones posibles para cada componente, y los procedimientos para la preparación de los Planes de Pueblos Indígenas (PPI). Se describen el mecanismo de gestión de quejas y reclamos, de consulta y divulgación del MPPI, y los arreglos institucionales necesarios para desarrollar el MPPI.
3. Se han incluido apartados específicos para las actividades y procesos de consultas realizados al documento, junto con los resultados de las Consultas realizadas al CONASAPI, como a organizaciones de Pueblos Indígenas, los cuales se iniciaron en el 2019 con una primera consulta (ver anexo 3).
4. Debido a la Pandemia del COVID-19 el Proyecto ha tenido que ser reestructurado y en consecuencia se ha actualizado el MPPI para cubrir las actividades que se han incorporado bajo el nuevo Componente 4. Esta nueva versión del MPPI fue consultada con el CONASAPI en el mes de abril del 2023 en conjunto con el PPI desarrollado para los años 2022 – 2023 (ver anexo 5).

## B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

5. El Proyecto de Fortalecimiento del Sector Público de Salud tiene como objetivos:
  - (i) Ampliar el acceso de la población cubierta por el MSPBS a servicios de salud de calidad para la atención materna e infantil y enfermedades prevalentes.
  - (ii) Fortalecer las micro redes de atención primaria de la salud
  - (iii) Fortalecer el Sistema Nacional de Salud para responder a la emergencia de la pandemia COVID-19
6. El Proyecto incluye cuatro componentes:

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

- (i) Construcción de nuevas USF, readecuaciones de infraestructura en USF existentes y reconversión a USF de Centros de Salud y puestos de salud, en departamentos



priorizados (principalmente los Departamentos Central, Paraguarí, Cordillera y Amambay).

- (ii) Equipamiento médico de USF nuevas, readecuadas y reconvertidas; equipamiento asistencial menor indispensable para otras USF en todo el país.
- (iii) Mobiliario para USF; equipamiento informático y de comunicación para USF y para el nivel central del MSPBS para fortalecer su capacidad en términos de gestión y monitoreo del sistema de salud.
- (iv) Capacitación para mejorar la calidad de servicios en las Líneas de Cuidado Priorizadas en todo el país.
- (v) Actividades de apoyo para la optimización de procesos de compra centralizada de medicamentos e insumos, para mejoras en el acceso a las líneas de cuidado priorizadas y para el diseño de estrategias de comunicación social destinadas a la prevención de enfermedades.

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

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

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

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

Este componente apoyará y financiará la implementación y supervisión del Proyecto, incluyendo las tareas de gestión, las fiduciarias, las de gestión de riesgos ambientales y sociales, y las de monitoreo y evaluación. A su vez, financiará las auditorías financieras por medio de servicios de consultoría y no consultoría, y los costos operativos.

El Proyecto será gestionado por una Unidad Ejecutora de Proyecto (UEP) que dependerá del MSPBS. Este diseño contribuirá a un desarrollo y una aplicación más eficaz del Proyecto, lo que permite una transferencia progresiva de las actividades y capacidades para la administración interna del MSPBS.

### ***Nuevo Componente 4 - Respuesta de Emergencia al COVID-19.***

Este componente apoyará al MSPBS en la implementación de actividades seleccionadas del Plan de Preparación y Respuesta (PRP) COVID-19 actualmente en ejecución y alineado con el PRP de la OMS.

El PRP COVID-19 tiene como objetivo brindar una atención a todos los pacientes, especialmente a los enfermos graves, así como minimizar el impacto de la pandemia en el sistema de salud y los servicios sociales y, en consecuencia, en la actividad económica. Este componente apoyará los esfuerzos para: (i) fortalecer los sistemas de vigilancia de enfermedades, los laboratorios de salud pública y la capacidad epidemiológica para la detección temprana y confirmación de casos; y (ii) fortalecer el sistema de salud para brindar una atención médica a los pacientes en riesgo, mantener los servicios comunitarios esenciales y minimizar los riesgos para los pacientes y el personal de salud.

El componente financiará, entre otros: (i) equipos de laboratorio, insumos y reactivos para el diagnóstico de COVID-19, enfermedades tipo influenza y otras enfermedades respiratorias e infecciosas; (ii) equipos de protección y materiales de higiene adecuados para el personal de salud; (ii) insumos médicos, medicamentos y equipos para las instalaciones de salud pública y equipos específicos para las unidades de cuidados intensivos; (iii) suministros y equipos para bancos de sangre; (iv) ambulancias para el transporte de pacientes; y (v) sistemas de gestión y eliminación de desechos médicos. Ninguna de estas actividades implica el financiamiento de vacunas contra COVID-19, que no serán financiadas por el Proyecto.

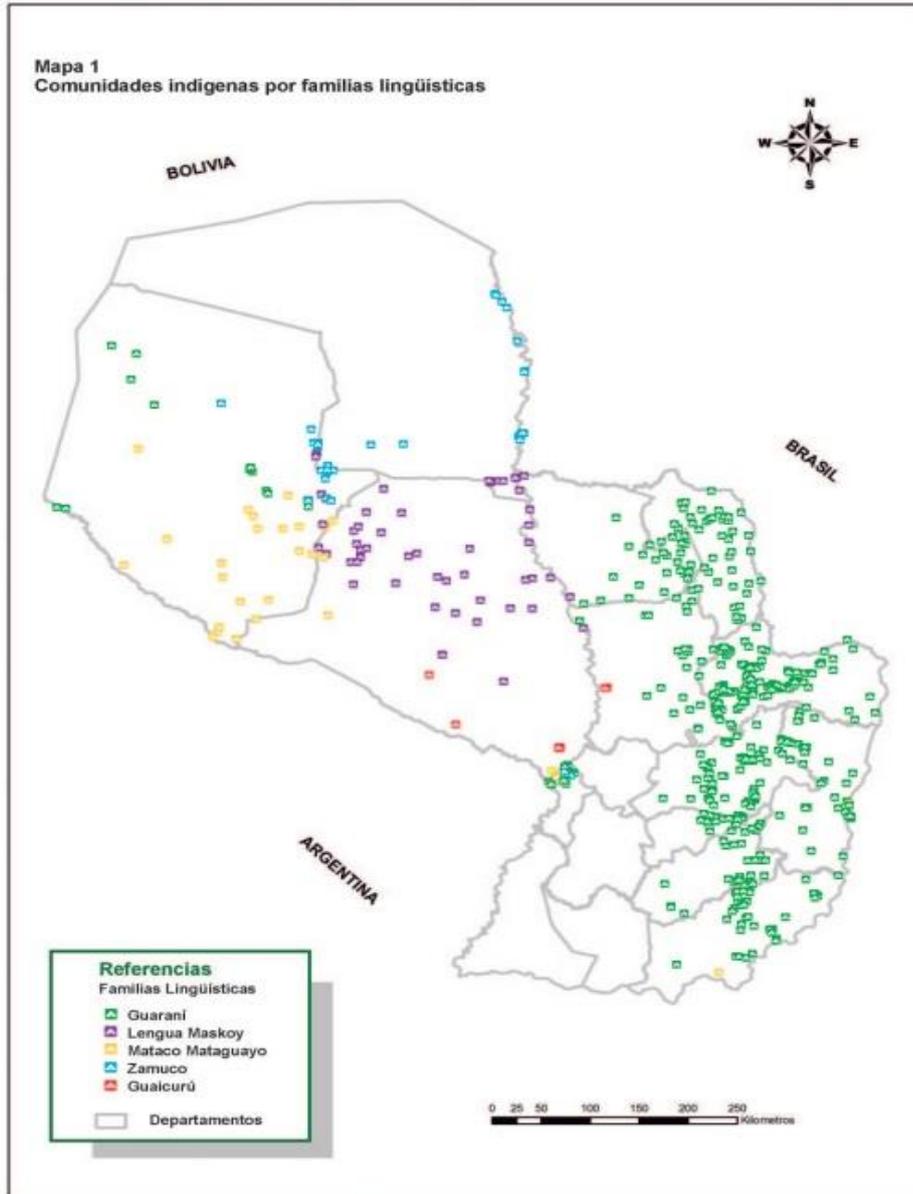
## C. CARACTERIZACION DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE PARAGUAY

### Datos Demográficos e Indicadores Sociales Generales

7. Según los datos del III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas 2012 (el censo más reciente), la población indígena en el Paraguay consta de 117.150 indígenas de los cuales 113.254 fueron captados a través del Censo Indígena y 3.896 en el operativo del Censo Nacional (aproximadamente el 2% de la población total del país).
8. Esta población indígena vive en 711 comunidades y aldeas o barrios, distribuidos en 14 departamentos<sup>1</sup> tanto en la Región Oriental como en la Región Occidental o Chaco paraguayo (Concepción, San Pedro, Guaira, Caaguazú, Caazapá, Itapúa, Paraguari, Alto Paraná, Central, Amambay, Canindeyú, Presidente Hayes, Boquerón, Alto Paraguay) y en la Capital del país, Asunción.
9. La población indígena está asentada en un 91,3 % en zonas rurales y solo un 8,7 en zonas urbanas. Son los Departamentos de Boquerón y Central quienes tienen el mayor número de comunidades indígenas asentadas en zonas urbanas.
10. No hay población indígena en los departamentos Cordillera, Misiones y Ñeembucú.
11. El III Censo Nacional identifica 19 Pueblos Indígenas<sup>2</sup> pertenecientes a 5 familias lingüísticas:
  - **Guaraní:** Aché, Avá Guaraní, Mbya Guaraní, Pañ Tavyterã, Guaraní Ñandéva, Guaraní Occidental
  - **Maskoy:** Toba Maskoy, Enlhet Norte, Enxet Sur, Sanapaná, Angaité, Guaná
  - **Mataco Mataguayo:** Nivaclé, Maká, Manjui
  - **Zamuco:** Ayoreo, Yvytoso, Tomáraho
  - **Guaicurú:** Qom
12. En el Mapa 1 expuesto a continuación, se puede observar la distribución en el territorio nacional de las Comunidades indígenas según familias lingüísticas. Cabe mencionar que el mayor número de comunidades en la región oriental del país, no se corresponde necesariamente a un mayor número de población indígena, ya que las comunidades tienen menor población, lo que se puede corroborar en el Cuadro 5.

<sup>1</sup> En el III Censo fueron registrados 13 departamentos. En la actualidad se registra población indígena en el departamento Paraguari.

<sup>2</sup> El Censo Indígena 2002 ha registrado 20 pueblos indígenas en el territorio nacional. Para el Censo Indígena 2012, se unificó el nombre del pueblo Toba y Toba Maskoy siguiendo la propuesta del lingüista Hannes Kalish, quedando oficialmente 19 pueblos (Censo de Comunidades de los Pueblos Indígenas. Resultados Finales 2012. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. STP-DGEEC.



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

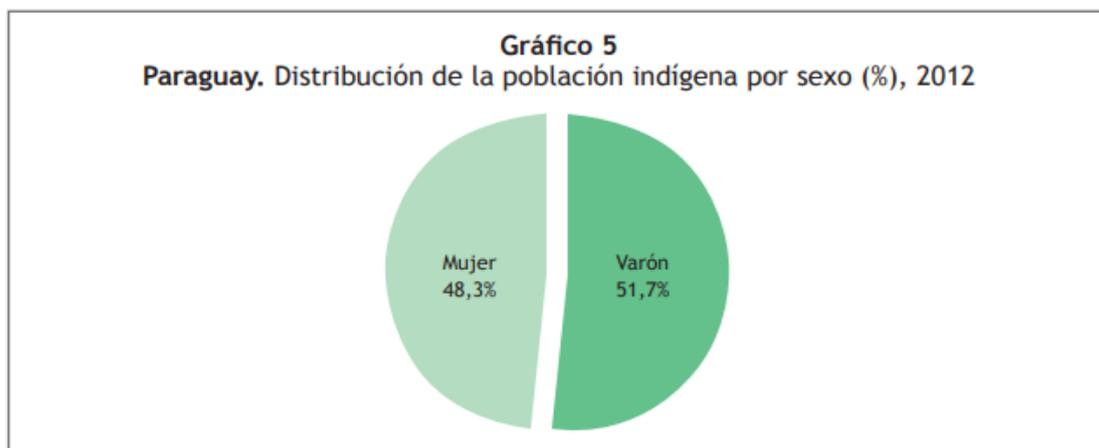
**Cuadro 5**

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

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

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

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



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



Fuente:

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

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

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

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

Fuente:

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

Organización Política, Aspectos Culturales, Históricos y Religiosos

17. Los 19 Pueblos Indígenas están organizados políticamente en Comunidades con Personería Jurídica de acuerdo a la legislación vigente. Cada comunidad elige sus líderes y/o lideresas y sus autoridades son reconocidas por el Estado paraguayo.
18. Existen diversos tipos de organizaciones indígenas como ser nacionales, departamentales, según pueblos, de mujeres, jóvenes. En la sección de Actores Relevantes se mencionan las organizaciones más relevantes en función de los objetivos del MPPI.
19. En los siguientes cuadros hay información referida a la identidad, historia y otros aspectos culturales e históricos por Familia Lingüística, de los Pueblos Indígenas<sup>3</sup>:

<b>Familia Lingüística Guaraní</b>	<b>Denominación</b>	<b>Ubicación departamental 2012</b>	<b>Población total 2012</b>
<b>Paĩ Tavyterã</b>	Paĩ fue el nombre dado por el Dios- Creador Ñane Ramõi Papa al primer hombre, cuando le preguntó: ¿Reikovépa Paĩ?, y el primer Paĩ dijo entonces: “aikove”, lo que hasta hoy sigue siendo su saludo tradicional”. Tavyterã significa habitantes de la ciudad del centro de la Tierra (Melià y Grümberg) “Los cuatro fundamentos de la vida humana para el Paĩ son: el rayo solar, la tierra, el aire y el agua; por eso no deben estar en el comercio estos elementos; porque la tierra es madre, el sol es nuestro padre y el encuentro de ellos produce la energía y esta produce la vida humana” (Zarratea, 1991:143).	Departamentos de Amambay, Concepción, San Pedro y Canindeyú.	15.494
<b>Ache</b>	Significa persona verdadera. Son también conocidos como Guayaki, una expresión ajena a su cultura y despectiva que literalmente significa ratón del monte (Zanardini y Biedermann, 2006). Entre 1959 y 1972, se sabe de seis grandes capturas de Aché y una masacre. En estos atropellos se calculan que fueron capturados 277 personas. Estos hechos fueron calificados en su momento como de genocidio y etnocidio, y fueron denunciados en 1974 ante la Comisión de Derechos Humanos de la Naciones Unidas y ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Cfr. Chase-Sardi, Brun y Enciso, 1990).	Departamentos de Canindeyú, Alto Paraná, Caazapá y Caaguazú.	1.884
<b>Ava Guarani</b>	Anteriormente, fueron denominados Chiripá por Métraux (1948:71), mientras que Susnik (1961, 173) los llama Chiripá-guaraníes o Avá-katú-eté, que significa los hombres del verdadero poder. El jeroky ñembo'e, danza oración es la ceremonia ritual sagrada del pueblo Ava guaraní que se constituye en el espacio fundamental para transmitir y preservar su cultura, es un momento de fiesta y alegría donde se rememora los hechos guardados en la memoria colectiva (Zanardini y Biedermann, 2006).	Departamentos de Alto Paraná, San Pedro, Caaguazú, Concepción, Paraguari, Central, Canindeyú y Capital.	17.921

<sup>3</sup> Censo de Comunidades de los Pueblos Indígenas. Resultados Finales 2012. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. STP-DGEEC.



<b>Familia Lingüística Guaraní</b>	<b>Denominación</b>	<b>Ubicación departamental 2012</b>	<b>Población total 2012</b>
<b>Mbya Guarani</b>	<p>Se autodenominan Jekuakáva Tenonde Porãngue' i, los primeros, los elegidos para llevar el adorno plumario en la cabeza, que caracteriza a la humanidad masculina, mientras que Jachukáva son las que llevan el emblema de la feminidad, nombre sagrado de la mujer (Cadogan, 1992).</p> <p>En la visión Mbya, la tierra no es solo un recurso de producción, sino un ámbito de relaciones sociales además de ser escenario de la vida religiosa. En la cultura Mbyá tan importante como las necesidades de subsistencia son las necesidades no materiales, ligadas al plano simbólico que da sentido a la existencia” (Zanardini y Biedermann, 2006)</p>	Departamentos de Concepción, San Pedro, Guairá, Caaguazú, Caazapá, Itapúa, Paraguari, Alto Paraná, Central, Canindeyú y Capital	20.546
<b>Guarani Ñandéva</b>	<p>Se trata de un pueblo transfronterizo que cuenta con comunidades en Paraguay, Argentina y Bolivia. Se los denominaba Tapieté, Tapii, Yanaygua, Yana, Manaigua pero ellos rechazan estos nombres, y durante la Guerra del Chaco fueron llamados también Guadurangüe, nombre de un cacique famoso de la época pero ellos rechazan estos nombres y se autodenominan Guaraní Ñandéva (Métraux, 1996).</p>	Departamento de Boquerón	2.470
<b>Guarani Occidental</b>	<p>Se autodenominan Guaraní Occidental y Guarani Guarayo. Pertenecen probablemente a los guaraní que migraron hasta la cordillera andina en la búsqueda del Yvy Marane' ÿ, Tierra sin mal, procedentes del Paraguay y del litoral atlántico brasileño (Zanardini y Biedermann, 2006).</p> <p>Una de las celebraciones religiosas más importantes de los Guaraní Occidental es el Arete Guasu, gran día verdadero, conocido popularmente como el Carnaval Guaraní. En esta fiesta las almas de los difuntos, representados por medio del Agueró, danzan durante tres días con sus noches con sus seres queridos que aún viven sobre la tierra. Todos los integrantes de la comunidad participan de esta celebración con máscara y disfraces, danzan en grandes rondas al compás de flauta y percusión.</p>	Departamento de Boquerón	3.587

<b>Familia Lingüística Mataco Mataguayoi</b>	<b>Denominación</b>	<b>Ubicación departamental 2012</b>	<b>Población total 2012</b>
<b>Manjui</b>	<p>Se los conoce más como Manjui. Rechazan el nombre Choroti, pues se trata de un pueblo diferente, que existía antes. Muchos de ellos reivindican la denominación Lumnana, que significa los monteses (Chamorro, 2006).</p> <p>Los Manjui son muy buenos artesanos. Las mujeres continúan tejiendo con la fibra del karaguata para realizar los bolsones que les permiten un ingreso por la venta. Los hombres realizan artesanías talladas en madera de palosanto (Chamorro, 2006)</p>	Departamento de Boquerón	582
<b>Familia Lingüística</b>	<b>Denominación</b>	<b>Ubicación departamental 2012</b>	<b>Población total 2012</b>



<b>Mataco Mataguayói</b>			
<b>Maká</b>	Maká significa propiamente nuestro. Son descendientes de los antiguos Enimagá (Imaca, Inimacá, Imaga o Lengua-Cochaboth (Zanardini y Biedermann, 2006). Mantienen vigente sus costumbres y creencias religiosas que manifiestan a través de la danza y cantos ancestrales, pese a la influencia de las religiones cristianas, según afirmaba Andrés Chemei (+), líder del pueblo Maka.	Departamento de Central, Presidente Hayes, Itapúa y Alto Paraná	1.888
<b>Nivacle</b>	Significa en su propia lengua “Hombre, persona, señor”. Eran conocidos como Chulupi o también Ashlushlay. Según Chase Sardi Nivacle significa hombre, en sentido genérico, ser humano. Pero, también el de género masculino, mientras el de género femenino es Nivacchei o Nivacche (Chase Sardi, 2003, Tomo I). “Fisôc’ôyich era y es nuestro verdadero Padre. Él hizo que el sol saliera a su tiempo y se escondiera, debajo de la tierra, también a su tiempo. Que el tiempo caminara derecho, para adelante, de ayer a hoy y de hoy a mañana. Que lloviera en verano y hubiera sequía en invierno. Que el suelo se quedara quieto, firme [...] Fisôc’ôyich inventó el baile, enseñó a tejer a las mujeres, explicó como trenzar redes para pescar a los hombres, a usar taparrabos, pieles, mantas a la gente [...] Él trajo muchos bienes para los Nivacle” (Relato de Ta’nuuj citado en Chase-Sardi, 2003: 200, Tomo II)	Departamento de Boquerón y Presidente Hayes	14.768

<b>Familia Lingüística Guaicurú</b>	<b>Denominación</b>	<b>Ubicación departamental 2012</b>	<b>Población total 2012</b>
<b>Qom</b>	Se autodenominan Qom Lyk que significa ser humano. En el pasado conformaron uno de los grupos indígenas más numerosos de la región Chaqueña (Métraux, 1996). Los Qom poseen conocimientos ancestrales para el tratamiento de las enfermedades y mantener la Salud. En la actualidad existen aún en las comunidades ancianos y ancianas que practican la curación utilizando grasa de animales silvestre para fricción, infusión de sumo de hierbas medicinales y succión (Censo Nacional Indígena 2002). Los Qom son conocidos también por la variedad de trabajos artesanales que realizan, emplean como materia prima la totora, hoja de palma, fibra de karaguatá, lana, luma y takuara en algunos productos. Elaboran canastos, cestos, bolsos de diversos y prácticos modelos que venden en la vera de la Ruta Transchaco, en Asunción y en otros lugares del país.	Departamento de Presidente Hayes y San Pedro	1.939



Familia Lingüística Zamuco	Denominación	Ubicación departamental 2012	Población total 2012
<b>Ybytosó</b>	<p>Anteriormente, se los conocía con el nombre de Chamacoco. En tiempo pasado se hablaba de la existencia de cuatro grupos, pertenecientes a este pueblo, de los cuales solo quedan los Tomárãho y los Ybytosó. Ybytosó significa los verdaderos hombres. La economía estaba basada en la recolección, la caza y la pesca. Cosechaban el algarrobo para hacer harina, diferentes tipos de porotos silvestres, diferentes especies de palmas, muchas variedades de tunas y túberos silvestres, algunos de ellos llamado batata de monte y otro llamado mandioca de los Chamacocos. La miel ocupa un importante papel en la dieta y en la tradición Ishir. Conocían por lo menos diez especies de abejas melíferas. Para transportar los productos de la recolección utilizaban bolsas de tejido vegetal confeccionadas por las mujeres con fibra de karaguatá (Zanardini y Biedermann, 2006).</p>	Departamento de Alto Paraguay	1.915
<b>Tomárãho</b>	<p>Los Ybytosó y Tomárãho tienen un tronco cultural común que se diferencia por sus dialectos (Sequera, 2002)</p>	Departamento de Alto Paraguay	152
<b>Ayoreo</b>	<p>Se autodenominan Ayoreo que significa gente verdadera. Denominan a los que son de fuera, que no pertenecen a su grupo, cojñone que significa gente de fuera, que hace cosas raras. Los ayoreos conforman uno de los últimos pueblos indígenas más recientemente contactados y cuentan con grupos que siguen viviendo en aislamiento voluntario (Rojas, 2004).</p> <p>Celebran la fiesta de Asojna. A finales del mes de agosto, empiezan a buscar un lugar donde haya agua abundante, allí preparan un lugar adecuado para aguardar que Asojna cante por primera vez, pues su canto anuncia el cambio de las estaciones que trae la lluvia después de la larga sequía de invierno, y empieza la época de la abundancia de frutos, raíces silvestres y miel para alimentar a toda la gente de la comunidad (Cf. Gente Ambiente y Territorio GAT).</p> <p>Según cuentan los Ayoreos, Asojna era una poderosa y mala mujer chamana que fue asesinada varias veces, pero ella volvía a resucitar, los antepasados ya no sabían que hacer, entonces procedieron a quemarla y con ella se quemó también la naturaleza. Sin embargo, Asojna resucitó nuevamente, lloró por todo lo que había pasado y se convirtió en pájaro, pues ya no quería convivir con los seres humanos. Sus lágrimas produjeron las primeras lluvias que a la vez hizo revivir a la naturaleza. Los Ayoreos dicen que desde ese tiempo existe en el mundo la época de la lluvia y de la sequía, que se repite año tras año hasta hoy (entrevista a Francisco Comai, Ayoreo de Jesudi, Radio Paí Puku, 1999).</p>	Departamentos de Boquerón y Alto Paraguay	2.461

<b>Familia Lingüística Maskoy</b>	<b>Denominación</b>	<b>Ubicación departamental 2012</b>	<b>Población total 2012</b>
Toba Maskoy	Se autodenominan Enenlhet al igual que los Angaité. El término Maskoy viene del nombre que los Toba Qom dan a ciertos grupos indígenas del Chaco paraguayo, mashkoi (Unruh y Kalisch, 2003)	Departamentos de Alto Paraguay y Presidente Hayes	2.072
Enlhet Norte	Hasta hace poco los Enxet y los Enlhet eran considerados un solo pueblo, denominado Lengua, luego ellos mismos han manifestado que son de pueblo distinto reflejado en su lengua, hábitats y tradiciones. Enlhet, powok eenthlit, significa pariente, prójimo.	Departamentos de Boquerón y Presidente Hayes	8.167
Enxet Sur	Enxet significa hombre, persona (Zanardini y Biedermann, 2006).	Departamento de Presidente Hayes	7.284
Guaná	Eran conocidos antiguamente con el nombre de Kaskiha. Su nombre Guaná se origina entre los antiguos Mbayá- Guaicurú, donde los vasallos eran llamados Guaná –Niyolola (Métraux, 1946). El pueblo Guana ha sufrido prácticamente la pérdida total de su lengua propia. No obstante, mantienen sus ritos religiosos y su modelo de liderazgo tradicional (Unruh y Kalisch, 1999)	Departamentos de Concepción y Alto Paraguay	393
Angaité	Se autodenominan Enlhit. Fue Alfred Métraux (1946) quien se refirió a ellos con la denominación de Angaité –palabra guaraní- con la cual se les reconoce comúnmente. Está conformado por tres grupos: Koahlok, Koieteeves y Konjanava que se identifican como unidad. Una de las celebraciones tradicionales del pueblo Angaité es la Waika Kenlteiyoma que significa fiesta de la campanilla donde participan todos los miembros de la comunidad. En esta ceremonia se danza largas horas en grandes rondas al ritmo de tambores y maracas. Además de la danza se realizan juegos tradicionales intercalados por los relatos y mitos de sus antepasados guardados en la memoria de los ancianos.	Departamentos de Presidente Hayes, Boquerón y Alto Paraguay	5.992
Sanapaná	Se autodenominan Nenlhet. Sin embargo Sanapaná es el término más utilizado para referirse a este pueblo (Zanardini y Biedermann, 2006) El algarrobo tiene un significado especial para los Sanapaná, pues de sus frutos extraen la harina para preparar el patay, una comida tradicional de ellos que actualmente hacen para celebrar la fiesta de la cosecha del algarrobo que forma parte de sus ceremonias ancestrales. (Cfr. Zanardini, s.f.)	Departamento de Presidente Hayes	2.866

### Indicadores de Salud

20. En los párrafos siguientes se resume algunos de los principales resultados de la Primera Encuesta Nacional Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles en Población Indígena<sup>4</sup>.

#### De la Población que consume productos de Tabaco:

<sup>4</sup> Fuente: Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles en Población Indígena. Paraguay 2011. MSPBS y DGEEC con de la OPS y de la AECID.



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

### **Alimentación**

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

### **Actividad física**

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

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

Tiempo promedio de actividad física realizada por día:

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

### **Colesterol**

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

### **Presión Arterial**

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

### **Diabetes Mellitus**

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

De la Población con diabetes en tratamiento:

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

### **La Población encuestada presentó antecedentes familiares de:**

- Diabetes en el 4,2%



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

### **Estado Nutricional**

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

### **Tamizaje en Salud**

Estudios de detección realizados en la población indígena:

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

### **Salud Mental**

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

### **Medidas de Seguridad**

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

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

El 57,8% de la población indígena encuestada, estuvo en moto en los últimos 30 días, y de ellos el 9,2% utilizaron casco. En el 90,8% no siempre utilizaron casco (53% nunca lo hicieron). El 20,6% estuvo en bicicleta en los últimos 30 días, y de ellos en el 98,6% de los casos nunca utilizaron casco y el 1,4% algunas veces lo hicieron. El 5% estuvo involucrada en un accidente de tránsito ya sea como conductor, pasajero o peatón, de los cuales el 47,2% requirieron atención médica.

### **Acceso a servicios de las Unidades de Salud Familiar**

21. Según el III Censo Nacional Indígena 2012, de las 711 comunidades y aldeas o barrios indígenas, 537 de ellas manifestaron recibir atención de las Unidades de Salud Familiar (en adelante USF) (Cuadro 16). Se hace la salvedad que estas atenciones en algunas de las comunidades se realizan de manera esporádica, por la falta de vehículos y/o transportes adecuados, la falta de caminos de todo tiempo y por condiciones climatológicas adversas, lluvias e inundaciones.
22. La población indígena no cubierta por las USF acude a los hospitales regionales, distritales y/o al Hospital Indígena San Roque de Santa Cruz que funciona en la ciudad de Limpio, Departamento Central.

23. Actualmente del total de las 866 USF, 185 atienden a comunidades indígenas, ubicadas en las 15 Regiones Sanitarias que cuentan con población indígena (de las 18 existentes).
24. Las USF se encuentran asentadas en un territorio determinado de aproximadamente 3.500 a 5.000 habitantes (500 a 700 familias) en zonas urbanas. En zonas rurales se debe considerar la extensión territorial, dispersión poblacional y accesibilidad, por lo que pueden tener menor cantidad de familias y personas a cargo en una vasta área<sup>5</sup>.
25. Las USF estándar están compuestas por un profesional médico, un/a profesional con licenciatura en enfermería u obstetricia y un/a profesional auxiliar en enfermería u obstetricia, agentes comunitarios y promotores indígenas de salud. También hay USF ampliada, móvil y satélite.
26. Atiende de lunes a viernes de 7 a 15 hs., ofreciendo todos los programas del MSPBS: vacunaciones, desparasitación, Control Prenatal, Salud Sexual y Reproductiva, Programa Alimentario Nutricional Integral-PANI, Control de la Tuberculosis, Infecciones de Transmisión Sexual-ITS, VIH, enfermedades crónicas (Diabetes, hipertensión, otros). Entre sus actividades principales están: consultas médicas en consultorio, consultas obstétricas, control de crecimiento y desarrollo, planificación familiar, visitas y consultas domiciliarias, charlas y reuniones comunitarias de promoción y prevención.

### Cuadro 16.

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

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

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

<sup>5</sup> Guía de trabajo en Atención Primaria de Salud del MSPBS, 2017.

**Cuadro 17.**

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

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

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

## Impacto de la pandemia de Covid 19 en pueblos indígenas

La DINASAPI en trabajo conjunto con la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSPBS está siguiendo la situación sanitaria de las comunidades indígenas, mediante el registro de los casos positivos identificando las comunidades y pueblos indígenas. El registro oficial del primer caso positivo se dio el 10 de julio del 2020 en una comunidad indígena del Departamento de San Pedro, Distrito Yryvucua

Al 23 de setiembre 2021 se han registrado 589 indígenas contagiados, 75 fallecidos que pertenecen a 17 pueblos indígenas y en 13 departamentos<sup>6</sup> con población indígena. Para mayor información se puede consultar el resumen estadístico actualizado en: <https://bit.ly/3kbAXr9>.

Existe un subregistro en relación a la cantidad de indígenas contagiados y fallecidos, debido a que la mayoría de las comunidades ante un caso positivo han manifestado no creer en la enfermedad y en consecuencia se han negado a realizarse el hisopado. También se ha encontrado registros de indígenas que viven en zonas urbanas que no han declarado su pertenencia étnica, así como errores en la carga de datos.

En lo que respecta al **Plan Nacional de Vacunación anti Covid-19**, hay comunidades que la rechazan y otras que aceptan ser inmunizados, por lo que se hace muy necesario seguir el diálogo con los líderes y lideresas, promotores indígenas de salud y las Regiones Sanitarias en la búsqueda de estrategias para llegar a un acuerdo con todos, teniendo en cuenta siempre la autonomía de cada comunidad y que la vacunación es VOLUNTARIA, no es obligatoria.

## D. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

### Legislación nacional e instituciones relevantes

27. El Paraguay es país signatario de los principales tratados internacionales sobre derechos humanos y medio ambiente. A nivel regional, el Paraguay ha ratificado la Convención Americana sobre Derechos Humanos y ha reconocido la jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
28. En 1993, el Paraguay ratificó el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989), de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En 2007, votó en la Asamblea General de las Naciones Unidas a favor de la adopción de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.
29. **El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre “Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes”**, fue aprobado por el Estado paraguayo mediante la Ley 234/93, uno de los instrumentos internacionales más importantes aprobado por el estado en materia de derechos humanos de los Pueblos Indígenas. Para su cumplimiento, el Estado paraguayo se comprometió a formular y definir las Políticas Públicas con la participación de los Pueblos Indígenas, es decir todo plan, proyecto o actividad que afecte a los Pueblos Indígenas debe

---

<sup>6</sup> Hay casos positivos en comunidades indígenas que están en los departamentos de Concepción, San Pedro, Guairá, Caaguazú, Caazapá, Itapúa, Alto Paraná, Central, Canindeyú, Presidente Hayes, Boquerón y Alto Paraguay. No hay casos positivos oficiales de población indígena en los Departamentos de Cordillera, Paraguarí, Misiones, Ñeembucú y en la Capital del país.

hacerse a través de la consulta y consentimiento previo, libre e informado. El consentimiento debe ser dado libremente, obtenido antes de la implementación de las actividades, y debe estar basado en un entendimiento completo de los asuntos implicados por la actividad o la decisión en cuestión (Colchester y Mackay, 2004).

30. **La Declaración de la Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas**, precisa los derechos colectivos e individuales de los Pueblos Indígenas: derecho a la tierra, recursos vitales, territorio, cultura, identidad, lengua, empleo, salud, educación y a determinar libremente su condición política y desarrollo económico. Enfatiza el derecho de los Pueblos Indígenas a mantener y fortalecer su cultura y tradiciones, perseguir libremente su desarrollo de acuerdo a sus propias necesidades y aspiraciones, prohíbe la discriminación contra los indígenas, promueve su participación en todos los asuntos que le conciernan, promueve su derecho a mantener su diversidad, y a propender por su propia visión económica y social.
31. **La Constitución Nacional paraguaya de 1992**, es una de las más avanzadas en su época en su reconocimiento de los derechos de los Pueblos Indígenas. En su Capítulo V, el artículo 62 reconoce la preexistencia de los Pueblos Indígenas, definidos como "grupos de cultura anteriores" a la formación del Estado. El artículo 63 reconoce y garantiza el derecho de los Pueblos Indígenas a preservar y desarrollar su identidad étnica y a aplicar sus sistemas de organización política, social, económica, cultural y religiosa, además de la sujeción voluntaria a sus normas consuetudinarias en asuntos internos. Otras disposiciones constitucionales reconocen el derecho a la propiedad comunal de la tierra (art. 64) o a la participación indígena (art. 65) y establecen medidas especiales de protección de dichos pueblos contra la regresión demográfica, la depredación de su hábitat, la contaminación ambiental, la explotación económica y la alienación cultural (art. 66), así como otras medidas afirmativas.
32. La **Ley 904/81 Estatuto de las Comunidades Indígenas**. El principal instrumento legislativo referido a los derechos de los Pueblos Indígenas en el Paraguay es el Estatuto de las Comunidades Indígenas (Ley 904/81). Crea la institución oficial a cargo de los asuntos indígenas (el INDI) y establece el procedimiento administrativo para el reconocimiento de la personería jurídica y la regulación de la tenencia de tierras de las comunidades indígenas a través del INDI y el Instituto de Bienestar Rural (actualmente, Instituto de Desarrollo Rural y de la Tierra). Reconoce la existencia legal de las comunidades indígenas, su derecho a la posesión de tierras de carácter comunitario y su derecho a la titularidad de la tierra, condición para la salud física y cultural de las mismas, así como su derecho consuetudinario.
33. La **Ley 43/89 "Que Establece un Régimen para la Regularización de los Asentamientos de las Comunidades Indígenas"**. Con los alcances de dicha ley, los indígenas pueden pedir la prohibición de realizar mejoras y destrucción de los bosques en las zonas determinadas como asentamiento tradicional. Esta obliga a los propietarios de las tierras a respetar la conformación natural de las áreas en conflicto, o negociación, mientras dure la tramitación y legalización de la misma.

#### Legislación de Salud Indígena e instituciones relevantes

34. **La Política Nacional de Salud Indígena**<sup>7</sup>, aprobada por Resolución S.G. 143 del MSPBS, del 31-03-2008 y convalidada en septiembre de 2009, fue resultado de un proceso de trabajo conjunto y participativo entre el MSPBS, organizaciones de los 19 Pueblos Indígenas del país, la sociedad civil y de la cooperación internacional, constituidos en una Mesa Interinstitucional de Salud Indígena (adjunto en Anexo 1).

<sup>7</sup> Se adjunta al presente documento como Anexo.

El objetivo general es garantizar a los Pueblos Indígenas el acceso a los servicios de salud con oportunidad, calidad y equidad, con una atención integral que respete sus costumbres y prácticas de autocuidado, conciliando la medicina indígena con la medicina occidental. Entre los objetivos específicos más importantes de la Política Nacional de Salud Indígena está la divulgación de las normas jurídicas nacionales e internacionales relativas a la Salud e incorporar la perspectiva y derechos indígenas en las Políticas Públicas Nacionales, fomentando la participación de los representantes legítimos de los Pueblos Indígenas en los espacios o instancias relacionadas a decisiones en asuntos de salud.

35. La **Ley 5469/2015 de Salud Indígena**<sup>8</sup>, tiene como objeto garantizar a los Pueblos Indígenas el acceso a los servicios de salud y el reconocimiento, respeto y fortalecimiento de los sistemas propios de atención a la salud de los diversos Pueblos Indígenas. Para ello crea la **Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas - DINASAPI**, dependiente jerárquicamente del MSPBS, con autonomía funcional, técnica y de gestión para el cumplimiento de sus fines.
36. En el proceso de implementación de la ley fueron aprobados por Resolución S.G. N° 500 del 14-07-2021 *“Por la cual se reconoce la conformación del Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas -CONASAPI, integrado por representantes de los Pueblos Indígenas y se abroga la Resolución S.G. N° 194 del 15-04-2016, la Resolución S.G. N° 653 del 12-12-2016 “Por la cual se reglamenta la Ley 5469/2015 de Salud Indígena y se dispone normativas para su cumplimiento” y la Resolución S.G. N° 233 del 02-05-2018 “Por la cual se aprueba el Manual de Organización y Funciones de la DINASAPI del MSPBS”.*
37. Para el ejercicio de sus funciones, la DINASAPI cuenta con el **Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas - CONASAPI**, instancia autónoma de participación de los Pueblos Indígenas, con carácter deliberativo, consultivo, contralor y asesor de la DINASAPI, conformado por un representante de cada uno de los 19 Pueblos Indígenas del Paraguay, siendo éste un elemento fundamental establecido en la Ley. La misma garantiza que los representantes de los Pueblos Indígenas participen en el diseño, formulación, aplicación y evaluación de programas de salud coordinados y articulados en el contexto de los planes nacionales.
38. Por mandato de la ley la DINASAPI está llamada a cumplir con los principios de universalidad, equidad, participación, integralidad e interculturalidad, y lograr los objetivos propuestos en la ley, entre los que se encuentran:
  - Orientar con enfoque intercultural los servicios de salud para la atención de los Pueblos Indígenas.
  - Promover la defensa de los sistemas propios de salud de los Pueblos Indígenas.
  - Respetar e incorporar la medicina indígena en los planes, programas y proyectos de salud en concordancia con la Política Nacional de Salud.
  - Elaborar instrumentos culturalmente apropiados para obtener información y para analizar la situación de salud de los diversos Pueblos Indígenas
  - Crear alianzas con instituciones para realizar acciones enfocadas en los determinantes sociales de la salud.
  - Establecer normativas de atención a indígenas en aislamiento y contacto inicial

---

<sup>8</sup> Ídem anterior.



- Promover la formación y el empleo de personal sanitario perteneciente a los Pueblos Indígenas.
  - Elaborar materiales informativos, educativos, didácticos, con pertinencia lingüística y cultural.
39. Ante la situación devenida por la Pandemia del COVID-19, la DINASAPI y el CONASAPI han elaborado la “Guía y Recomendaciones para la Prevención y Protección del COVID-19 dirigido a los Pueblos y Comunidades Indígenas del Paraguay” (2020) y la “Guía y/o Recordatorio de Vacunación anti COVID-19 para los Pueblos Indígenas” (2021) ambos oficializados por el MSPBS. Se adjuntan al presente documento en Anexo 4<sup>9</sup>.

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

40. La Política Operacional de Pueblos Indígenas (OP 4.10) del Banco Mundial<sup>10</sup> busca que en los proyectos financiados por el Banco “se incluyen medidas para a) evitar posibles efectos adversos sobre las comunidades indígenas, o b) cuando éstos no puedan evitarse, reducirlos lo más posible, mitigarlos o compensarlos”. También especifica la exigencia de implementar un proceso de consulta previa, libre e informada “en todos los proyectos propuestos para financiamiento por el Banco que afectan a Pueblos Indígenas”.
41. Si bien el presente proyecto no generará efectos adversos sobre comunidades indígenas, en tanto se implementará en regiones con presencia de Pueblos Indígenas, la OP 4.10 se aplica a través de este Marco para asegurar que el proyecto “se diseñe de manera que los Pueblos Indígenas reciban beneficios sociales y económicos que sean culturalmente apropiados, e inclusivos desde el punto de vista intergeneracional y de género”. No se encuentran brechas significativas entre el marco legal nacional y la OP 4.10 en lo que hace a las actividades del Proyecto, incluyendo el componente 4. En todos los casos en los que haya alguna diferencia, a través de este Marco se aplicarán las provisiones de la OP 4.10.
42. A los efectos de la OP 4.10, la expresión “Pueblos Indígenas” se emplea en sentido genérico para hacer referencia a grupos con una identidad social y cultural diferenciada que, en mayor o menor grado, presentan las siguientes características:
- a) Su propia identificación como miembros de un grupo determinado de cultura indígena y el reconocimiento de su identidad por otros;
  - b) Un apego colectivo a hábitats geográficamente definidos o territorios ancestrales en la zona del proyecto y a los recursos naturales de esos hábitats o territorios;
  - c) Instituciones consuetudinarias culturales, económicas, sociales o políticas distintas de las de la sociedad y cultura dominantes,
  - d) Una lengua indígena, con frecuencia distinta de la lengua oficial del país o región.

<sup>9</sup> Ver texto completo <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/c8b5a4-2020111PueblosIndigenas.pdf>

<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/b318e6-GUIADEVACUNACIONANTICOVIDPARAPUEBLOSINDIGENAS.pdf>

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



## Actores Relevantes

### Organizaciones indígenas

43. Existe una multiplicidad de organizaciones indígenas nucleadas a partir de diversos criterios como ser nacionales, departamentales, según pueblos, de mujeres, jóvenes<sup>11</sup>. En el siguiente listado no figuran todas las organizaciones.

A nivel nacional:

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

A nivel regional y por pueblos:

- Asociación de Comunidades Ache – ACA
- Asociación de Comunidades Indígenas Avá Guaraní del Alto Paraná - ACIGAP
- Asociación de Indígenas Avá Guaraní del Alto Canindeyú
- Asociación de Comunidades Indígenas Mbya del Departamento Itapúa - ACIDI
- Asociación de Comunidades Indígenas del Pueblo Pañ Tavyterã “Pañ Reta Joaju”
- Asociación “Pañ Reko Pavẽ” del Pueblo Pañ Tavyterã (Capitán Bado)
- Asociación del Pueblo Pañ Tavyterã “Jopotyra”
- Asociación de Comunidades Mbya “Noo Ñendua”
- Asociación de Comunidades Mbya “Mbae Pu Pora”
- Asociación de Comunidades Ava Guaraní “Noovusu” (Canindeyú)
- Asociación de Comunidades indígenas de San Pedro - ACISPE
- Coordinadora de Líderes de Bajo Chaco – Clibch
- Federación de las Comunidades Guaraníes de la Región Oriental
- Federación de Comunidades Aché
- Organización del Pueblo Nivaclé
- Organización del Pueblo Ñandéva - OPÑ
- Organización del Pueblo Enlhet Norte – OPEN
- Organización del Pueblo Maká
- Organización de Payipielyadie Totobiegosode – OPIT
- Organización del Pueblo Lhumnanas - OPL
- Unión de Comunidades Indígenas Nación Yshir Ybytosó - UCINY
- Unión de Nativos Ayoreos del Paraguay – UNAP

Organizaciones de mujeres indígenas:

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

Organizaciones de Jóvenes:

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

<sup>11</sup> “Juntos podemos” Orientaciones para el trabajo con los Pueblos Indígenas con enfoque intercultural. INDI, Secretaria de la Función Pública, FAPI, CONAMURI, CPI, Asociación de Mujeres Artesanas Nivacchei, Federación de Asociaciones de Comunidades Indígenas Región Oriental. 2da. edición 2014



Organizaciones profesionales:

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

#### *ONG que trabajan con Pueblos Indígenas*

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

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

#### *Organismos de cooperación internacional*

45. Organismos de cooperación internacional con interés particular en Salud Indígena:

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

## **E. PLANIFICACIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS**

46. El objetivo del MPPI es extender los beneficios del Proyecto a las Comunidades Indígenas en los departamentos priorizados, de forma culturalmente adecuada, siguiendo los lineamientos de la Ley de Salud Indígena (5469/15), la Política Nacional de Salud Indígena (2008) y la Política Operativa de Pueblos Indígenas (OP 4.10) del Banco Mundial.

47. El MPPI se implementará a través de **Planes de Pueblos Indígenas** (PPIs) que serán elaborados anualmente junto con la planificación de metas y actividades del Proyecto a nivel central, de tal forma que para todas las actividades planificadas por el MSPBS para el Proyecto se evalúe la pertinencia y se realicen adaptaciones o actividades complementarias para lograr el objetivo del MPPI.

48. Los PPIs contemplarán acciones en dos niveles:

- a. A nivel central y local, incluyendo acciones de capacitación, asistencia técnica, monitoreo, consulta y comunicación.
- b. A nivel local, las actividades del PPI se incluirán como parte de los acuerdos con los Consejos Locales de Salud (CLS) que tengan a cargo territorios en los que hay población indígena. Las actividades a nivel de las USF, responsabilidad del MSPBS, incluirán atención a las comunidades indígenas y carga de los datos de salud contemplando la variable de etnicidad.

## Alcance del MPPI

49. En la tabla siguiente se delinea el alcance del MPPI para cada componente del Proyecto y se definen las líneas de acción que podrán ser desarrolladas bajo cada componente como parte de los PPI anuales.
50. Atendiendo a las observaciones y propuestas recibidas en las dos consultas realizadas a las organizaciones indígenas (ver Anexo 3) se incluyeron como líneas de acción actividades de capacitación en atención intercultural para equipos médicos y funcionarios, trabajo coordinado con los promotores indígenas de salud, la difusión de la Ley 5469/2015 de Salud Indígena, la participación de las comunidades en el monitoreo de la atención dada por los equipos de salud familiar, la necesidad de realizar consultas previas, libres e informadas con las comunidades en donde se construirán USF y reuniones de trabajo periódicas con el CONASAPI.

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



(iv) Capacitación para mejorar la calidad de servicios en las Líneas de Cuidado Priorizadas en todo el país.

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

(v) Actividades de apoyo para el diseño de estrategias de comunicación social destinadas a la prevención de enfermedades.

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

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

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

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

<b>Alcance:</b>	Nacional
<b>Líneas de acción posibles:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Diseño y actualización anual de las actividades del PPI a ser incluidas como parte de los acuerdos con los CLS.</li><li>▪ Monitoreo de la atención dada a la población indígena en establecimientos de niveles de mayor complejidad.</li><li>▪ Seguimiento in situ de situaciones específicas de salud que requieren de apoyo culturalmente adecuado.</li><li>▪ Monitoreo participativo con las comunidades de la atención dada por los equipos de salud familiar con presencia de las autoridades locales.</li><li>▪ Mejora de los registros de atención de las USF y de los hospitales distritales que permitan poder evaluar los indicadores sanitarios de los Pueblos Indígenas.</li></ul>

### **Componente 3 de Administración y monitoreo de la implementación del Proyecto**

Este componente financiaría a la Unidad Ejecutora del Proyecto y actividades de su evaluación y monitoreo.

<b>Alcance:</b>	Nacional
<b>Líneas de acción posibles:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Realización de reuniones de consulta con el CONASAPI.</li><li>▪ Realización de reuniones de consulta, planificación y evaluación con las organizaciones indígenas.</li></ul>

### **Componente 4 de Respuesta de Emergencia al COVID-19**

Este componente apoyará al MSPBS en la implementación de actividades seleccionadas del Plan de Preparación y Respuesta (PRP) COVID-19 actualmente en ejecución y alineado con el PRP de la OMS.

<b>Alcance:</b>	Nacional
<b>Líneas de acción posibles:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Difusión de la guía y recomendaciones para la prevención del COVID-19 y de la guía/recordatorio sobre la vacunación anti COVID-19 a los pueblos y comunidades indígenas ambas aprobadas por el CONASAPI y oficializado por el MSPBS. Actualmente están disponibles en español (ver anexo 4).</li><li>▪ Desarrollo e implementación de una campaña de comunicación dirigido a los pueblos y comunidades indígenas para la prevención e importancia de la vacunación anti COVID-19 mediante afiches impresos y digitales, spots radiales y podcasts en lenguas indígenas<sup>12</sup> (con el apoyo de la OPS/OMS, organismos de Naciones Unidas, la Federación por la Autodeterminación de los Pueblos Indígenas – FAPI, el Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI y la Dirección General de Comunicación del MSPBS con el acuerdo del CONASAPI y la DINASAPI).</li><li>▪ Seguimiento epidemiológico de la situación de COVID-19 en la población indígena desagregado por comunidad y pueblo indígena, sexo, edad, distrito y departamento.</li></ul>

<sup>12</sup> Actualmente en las lenguas guaraní, ayoreo, nivacle, ybytosó, qom y enlhet norte.

## Preparación de los Planes de Pueblos Indígenas

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

### *Evaluación social*

53. La **evaluación social** estará orientada a analizar los principales indicadores sociales, y de salud de los PI presentes en la zona del Proyecto, desagregado por región sanitaria, así como las barreras de acceso que existen para el acceso de los PI a la Salud Pública en general y a las USF en particular. Estará basada en datos secundarios, como censos, encuestas, artículos y otros datos producidos por el MSPBS y fuentes primarias, como entrevistas con líderes y referentes indígenas y funcionario de la salud de distintos niveles.

### *Proceso de Consulta libre, previa e informada*

54. Las consultas y consentimientos de los PPI garantizarán la participación previa, libre e informada de los PI en el Proyecto, siguiendo el Procedimiento de Consulta a los PI aprobado por el Gobierno de Paraguay a través del Decreto N° 1039/18<sup>13</sup>.

### *Contenidos mínimos de los PPI*

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

### *Monitoreo y Evaluación*

56. Cada PPI contendrá **indicadores de monitoreo** para poder hacer un seguimiento periódico de los resultados a lo largo de su implementación y analizar las medidas necesarias para mejorar su ejecución. Se realizarán anualmente instancias de monitoreo conjuntas con la DINASAPI y el CONASAPI para compartir los resultados y analizar conjuntamente las dificultades que pudieran surgir en la implementación.
57. Bianualmente se realizará una evaluación general en forma conjunta con el CONASAPI en la que se analizará el desempeño y se sistematizarán lecciones aprendidas y buenas prácticas desarrolladas a lo largo de su implementación.

---

<sup>13</sup> Se adjunta al presente documento en el Anexo 3.

## F. MECANISMO DE GESTIÓN DE RECLAMOS

58. Durante la implementación de los PPI se contará con un sistema de interacción, atención de reclamos y resolución de conflictos, cuyo funcionamiento estará a cargo de las Regiones Sanitarias y la DINASAPI - CONASAPI siguiendo los canales normales establecidos por cada jurisdicción. Además, se podrán utilizar los canales definidos para el Servicio de Atención al Usuario/a de la Salud (SAU) dependiente de la Dirección de Calidad/Dirección General de Gabinete. El SAU es un canal regular para la recepción, derivación, gestión y respuesta de las quejas, reclamos, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones relacionadas a los servicios de salud y oficinas administrativas del MSPBS. Las personas usuarias pueden acceder al mismo a través del número telefónico (+595) 21-2374232, 204601/3 y el correo electrónico sau@mspbs.gov.py, y mediante un Formulario en línea alojado en la web del MSPBS. Este mismo canal será adecuado para atender de una forma culturalmente adecuada los reclamos relativos al Proyecto que puedan realizar las comunidades indígenas.

Los reclamos y sugerencias serán vehiculizados a través de la consulta, la DINASAPI y las áreas de salud indígena regionales, así como por canales virtuales. En este sentido, se diseñarán los mecanismos y protocolos, las vías y el protocolo de respuesta respecto a las sugerencias y reclamos. En los casos en los que resulte necesario, se recurrirá a intérpretes a través de las organizaciones y los líderes comunitarios para que los reclamos y las respectivas respuestas puedan ser realizados en lengua indígena. La implementación de los monitoreos mediante reuniones con las comunidades indígenas, permitirá también la gestión de reclamos a través de los mecanismos de resolución de conflicto propios de las comunidades. Los reclamantes podrán optar por realizar su reclamo de forma anónima, y el mismo será procesado en los mismos tiempos que el resto de los reclamos.

59. La DINASAPI contará con un registro de reclamos y presentará a la UP informes mensuales sobre la gestión de los reclamos cuya información se incluirá en los informes semestrales a presentar al Banco Mundial.
60. Asimismo, a los fines de atender los reclamos y resolver los conflictos que pudieran generarse en la implementación del PPI, y una vez agotadas las vías administrativas, se promoverá la adopción voluntaria de procedimientos alternativos de solución de los mismos, como la mediación o el arbitraje, en forma previa a la resolución por vía judicial.
61. Los procedimientos de interacción, reclamos y resolución de conflictos, el proceso que seguirá, el plazo y las responsabilidades institucionales entre la Región Sanitaria/Proyecto, Mediador y Afectado se preverán de acuerdo con las necesidades de cada etapa del ciclo del proyecto. En cualquiera de los casos se llevará un registro de recepción de interacción, y resolución de reclamos y conflictos.
62. Si no hubiera acuerdo en estas instancias, el reclamante podrá canalizarlo a través de las instituciones del sistema legal del país tales como Reclamo ante el Defensor del Pueblo y el sistema judicial. Estos reclamos serán tratados de acuerdo con las previsiones del sistema legal vigente en el país.
63. Adicionalmente, se pondrá a disposición de los reclamantes el Servicio de Atención de Reclamos del Banco Mundial (GRS – por sus siglas en inglés). El GRS es una vía para que las personas y las comunidades presenten quejas directamente al Banco Mundial si creen que un proyecto del Banco Mundial tiene o es probable que tenga efectos adversos en ellos, su comunidad o su medio ambiente. Cualquier individuo o



comunidad que crea que un proyecto financiado por el Banco Mundial les ha afectado o es probable que les afecte de manera adversa puede presentar una queja. Las quejas deben presentarse por escrito y dirigirse al GRS. Pueden enviarse:

- EN LÍNEA - a través del sitio web de GRS en [www.worldbank.org/grs](http://www.worldbank.org/grs)
- POR CORREO ELECTRÓNICO a [grievances@worldbank.org](mailto:grievances@worldbank.org)
- POR CARTA O ENTREGARSE EN MANO a cualquier Oficina de País del Banco Mundial
- POR CARTA a la Sede del Banco Mundial en Washington en el Servicio de reclamaciones / Mecanismo de Quejas (GRS) MSN MC 10-1018 1818 H St NW Washington DC 20433, EE.

## G. MECANISMO DE CONSULTA Y DIVULGACIÓN DEL MPPI

64. El MPPI original fue socializado con el CONASAPI y consultado con los líderes y lideresas de las organizaciones indígenas de las regiones priorizadas (en enero de 2019, en Anexo 3). Se estima que la versión borrador del documento actualizado para la reestructuración sea consultado con el CONASAPI en la segunda quincena de octubre y será difundido en la página web de MSPBS para poder recibir comentarios sobre el mismo y luego se publicará el documento final para promover su difusión.

### Procedimiento de la Consulta Libre, Previa e Informada

65. Con el fin de garantizar la participación plena y lograr un ámbito productivo, se seguirán las siguientes pautas acordes al Decreto N° 1039/2018 y a las políticas operacionales del Banco Mundial:

- a) La consulta del MPPI será organizada por la DINASAPI.
- b) La convocatoria buscará asegurar la participación de los integrantes del CONASAPI y dirigentes de las organizaciones indígenas y/o líderes de las comunidades indígenas presentes en el área del Proyecto.
- c) Especial atención se dedicará a la participación de las mujeres indígenas a las consultas para garantizar que manifiesten sus puntos de vista en condiciones de igualdad con los hombres.
- d) Las consultas serán dirigidas por la DINASAPI en castellano y guaraní.
- e) Las invitaciones para la consulta serán realizadas con por lo menos 15 días de anticipación por la DINASAPI.
- f) Las Consultas se realizará en un lugar y en horarios que permitan la asistencia de los involucrados.
- g) Los consultados recibirán la documentación y material del Proyecto y borrador del MPPI en modos y formas apropiados para asegurar su comprensión. Se utilizarán resúmenes, esquemas, figuras e ilustraciones.
- h) El Proceso de Consultas será debidamente documentado en un Informe que resumirá e incluirá por lo menos los siguientes puntos:
  - i. Se incluirá información sobre: invitados y medios utilizados para las invitaciones; fecha/s de invitación, puesta a disposición y/o envío de materiales, y realización de la/s consultas; materiales enviados antes de las consultas y utilizados durante la misma; participantes.
  - ii. Exposiciones realizadas por organizadores.
  - iii. Preguntas conductoras de la consulta.
  - iv. Las discusiones, conclusiones y recomendaciones realizadas por los participantes.

- v. Las respuestas a las recomendaciones, incluidas las medidas adicionales y/o modificaciones adoptadas – si fuera el caso.
  - vi. Cualquier acuerdo formal alcanzado con los consultados.
  - vii. Anexos: registros de las reuniones in extenso, incluyendo actas/minutas y firmas de participantes, presentaciones de expositores, fotos, grabaciones, encuestas u otros instrumentos utilizados y relevantes.
- i) Los resultados de las consultas serán difundidos a la brevedad posible luego de su realización por el MSP y BS y remitidos a los participantes.

## H. ARREGLOS INSTITUCIONALES

### Responsabilidades

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

	<b>Acción</b>	<b>Responsable</b>	<b>Instrumento</b>
1	Elaborar la evaluación social actualizada	DINASAPI	Evaluación social
2	Presentar al Banco Mundial la evaluación social actualizada para su no objeción	UIP	Nota de solicitud de no objeción
3	Asegurar que las previsiones de los materiales de la evaluación social están de acuerdo con la OP 4.10	Banco Mundial	Nota de otorgamiento de no objeción
4	Planificar la lista de establecimientos de salud que serán construidos o readecuados a través del Proyecto	Redes y servicios	Plan de Adquisiciones
5	Evaluar en qué establecimientos es necesario realizar un proceso de consulta libre, previa e informada en función de la población indígena a cargo	DINASAPI	PPI
6	Planificar y consultar las acciones necesarias para el desarrollo de la Salud Indígena a nivel nacional	DINASAPI	PPI



7	Implementar las acciones necesarias para que los beneficios del Proyecto alcancen a los PI	Redes y Servicios	Compromisos anuales
8	Presentar al Banco Mundial los PPI para su no objeción	UIP	Nota de solicitud de no objeción
9	Asegurar que las previsiones de los planes están de acuerdo con la OP 4.10	Banco Mundial	Nota de otorgamiento de no objeción
10	Responder a los reclamos según el Mecanismo establecido y registrar los resultados	Región Sanitaria DINASAPI, SAU	Mecanismo de gestión de reclamos
11	Realizar un monitoreo de los resultados de los PPI	DINASAPI y UIP	Reuniones de coordinación
12	Monitorear y evaluar la implementación del MPPI	DINASAPI CONASAPI UIP	Reuniones periódicas del CONASAPI
13	Informar al Banco Mundial de los avances de la implementación del MPPI	UIP	Informes semestrales
14	Monitorear la implementación del MPPI	Banco Mundial	Misiones y visitas técnicas

#### Fortalecimiento Institucional

71. Se requerirá de la disponibilidad de recursos el financiamiento de los costos de logística para cubrir al menos (4) cuatro reuniones anuales con el CONASAPI (para cada reunión se debe prever tres días con alojamiento, alimentación, cobertura de los pasajes y traslados de ida y vuelta de los consejeros titulares (en total 19).
72. Tanto la DINASAPI como la UIP participarán de una capacitación sobre Salvaguardas Sociales del Banco Mundial y los esquemas administrativos del Banco Mundial

## I. PRESUPUESTO

### Presupuesto para Consultas y Consentimientos con los Pueblos y Comunidades Indígenas

Actividades	Cantidad de actividades	Monto USD	Gasto	Observación
<b>1. Consultas con pueblos y/o comunidades indígenas siguiendo el Protocolo para el Proceso de Consulta y Consentimiento con Pueblos Indígenas del Paraguay (PCCPI)</b>		<b>56.658</b>		Los gastos se incluyen en el Componente 1 del Proyecto.
1.1. Solicitud de consulta (PCCPI, apartado 2.1)	8	7554	Viáticos y logística	Fuente: Número USF con PI en su distrito. Dirección de Economía de la Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación
1.2. Internalización de la consulta (PCCPI, apartado 2.5)	8	7554	Viáticos y logística	Aporte del proyecto
1.3. Presentación preliminar (PCCPI, apartado 2.6)	8	7554	Viáticos y logística	Aporte del proyecto
1.4. Asistencia técnica independiente (PCCPI, apartado 3.5)	40		Asistencia técnica	Aporte del proyecto para AT a los PI (d)
1.5. Reuniones aclaratorias	24	33995	Viáticos y logística	Reuniones para aclaraciones (contingentes) sobre el proyecto. Se calcula un máximo de 3 reuniones aclaratorias.
<b>2. Reuniones de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DINASAPI) con el Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CONASAPI)</b>		<b>29.824</b>		Los gastos se incluyen en el Componente 1 del Proyecto.
2.1 Reuniones trimestrales de monitoreo y seguimiento de proyectos	16	29984	Viáticos y logística	Fuente: Consulta a CONASAPI. Incluye la participación de las Regiones Sanitarias y de la DINASAPI.
<b>3. Adquisición de equipos de informática</b>		<b>20.000</b>		Los gastos se incluyen en el Componente 1 del Proyecto.
3.1. Adquisición de equipos de informática para Monitoreo y Seguimiento de las consultas y proyectos		20.000	Equipos de informática	Para el monitoreo y seguimiento de las consultas con PI.
<b>Total</b>		<b>106.482</b>		

#### Referencias:

- La sigla PCCPI: Protocolo para el Proceso de Consulta y Consentimiento con Pueblos Indígenas del Paraguay.
- En Anexos el Decreto N° 1039/2018 "Que aprueba el Protocolo para el Proceso de Consulta y Consentimiento libre, previo e informado con los Pueblos Indígenas que habitan en el Paraguay".
- Los cálculos fueron realizados en base al número de distritos con comunidades indígenas en los que se construirían USF o reconvertirían Puestos de Salud. Se ha tenido en cuenta también que se podrían realizar dos o más consultas en un mismo distrito debido a la extensión territorial del mismo.
- Las Contrataciones para la AT se propone realizar con financiamiento del componente 3
- Las capacitaciones relacionadas a interculturalidad y calidad dirigida a los recursos humanos de las USF y de los hospitales distritales sobre la atención y servicios dados a la población indígena serán incorporadas en el Componente 1.



## ANEXOS

### ANEXO 1. NORMATIVA DE SALUD INDÍGENA

- Política Nacional de Salud Indígena (2008)  
**<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/a25a59-PoliticaNacionaldeSaludIndigenaParaguay.pdf>**
- La Ley 5469/2015 de Salud Indígena  
**<https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4455/de-la-salud-de-los-pueblos-indigenas#:~:text=%2D%20El%20objeto%20de%20la%20presente,de%20los%20diversos%20Pueblos%20Ind%C3%ADgenas.>**
- Decreto N° 1039/2018 por la cual se aprueba el “Protocolo para el Proceso de Consulta y Consentimiento libre, previo e informado con los pueblos indígenas que habitan en el Paraguay”  
**<https://fapi.org.py/para-descargar-el-protocolo-de-consulta-a-los-pueblos-indigenas-aprobado-por-el-ejecutivo/>**

## ANEXO 2. INFORMACIÓN DEL CENSO INDIGENA 2012

### Porcentaje de población indígena por departamento

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

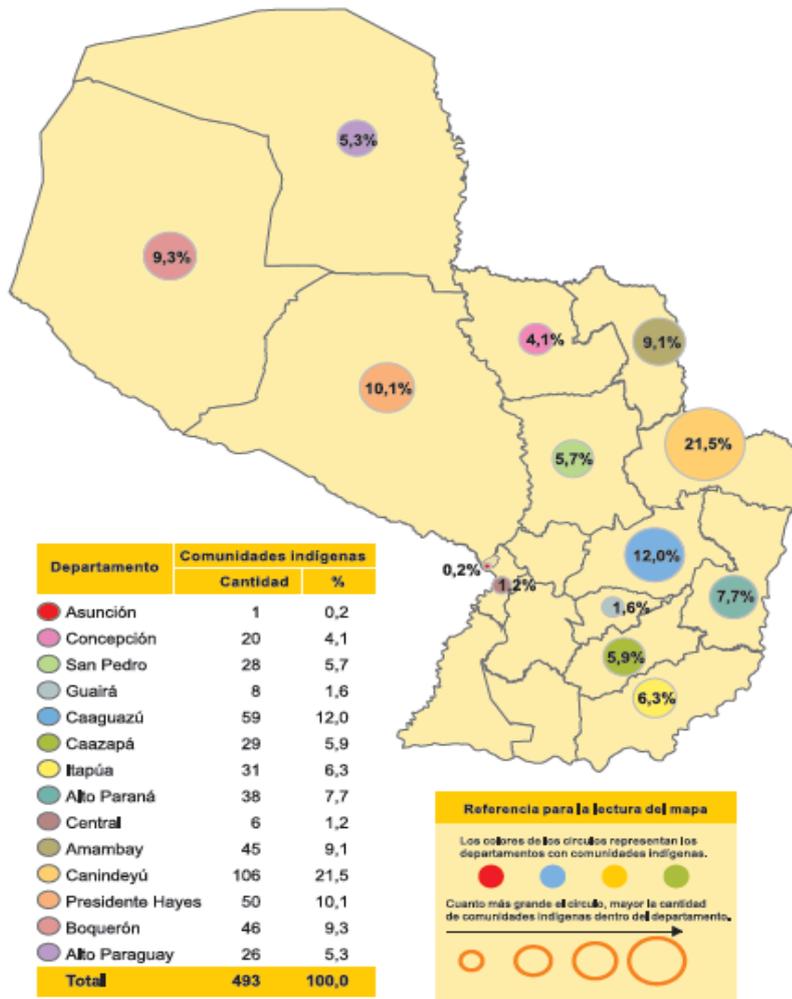
Departamento	Población		Área			
	Total	%	Urbana	%	Rural	%
<b>Total</b>	<b>113.254</b>	<b>100,0</b>	<b>9.858</b>	<b>8,7</b>	<b>103.396</b>	<b>91,3</b>
Presidente Hayes	25.573	22,6	111	0,4	25.462	99,6
Boquerón	24.454	21,6	5.891	24,1	18.563	75,9
Canindeyú	13.662	12,1	266	1,9	13.396	98,1
Amambay	11.852	10,5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

**Fuente:**

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

MAPA N° 1

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



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

*Pueblos Indígenas según familia lingüística y por departamento y pueblo*

**Cuadro 5**

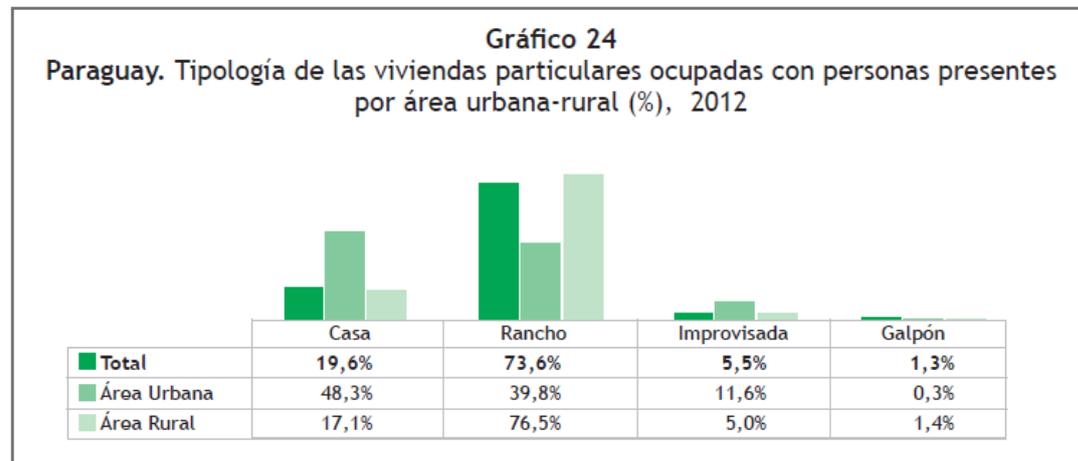
Población indígena por departamento, según familia lingüística y pueblo indígena, 2012

Familia lingüística y pueblo	Total país	Asunción	Concepción	San Pedro	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Alto Paraná	Central	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes	Boquerón	Alto Paraguay
<b>Total</b>	113.254	459	3.998	3.703	1.221	9.367	3.694	2.266	6.859	2.012	11.852	13.662	25.573	24.454	4.134
Guaraní	61.902	325	3.495	3.442	1.221	9.289	3.684	2.232	6.611	400	11.026	13.485	20	5.870	2
Guaraní Occidental	3.587	-	3	163	-	-	-	-	-	18	2	5	5	3.389	2
Ache	1.884	-	-	1	-	233	448	-	163	67	-	972	-	-	-
Ava Guaraní	17.921	272	1	1.607	9	788	6	8	5.185	91	270	9.649	8	27	-
Mbya Guaraní	20.546	53	1.234	1.290	1.212	8.260	3.230	2.224	1.262	224	2	1.554	1	-	-
Pa'i Tavyterã	15.494	-	2.254	380	-	7	-	-	1	-	11.547	1.304	1	-	-
Guaraní Nandéva	2.470	-	3	1	-	1	-	-	-	-	5	1	5	2.454	-
Lengua Maskoy	26.774	1	469	3	-	1	-	-	-	11	1	2	20.279	4.601	1.406
Toba Maskoy	2.072	-	22	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1.719	81	248
Enlhet Norte	8.167	-	185	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.796	4.183	3
Enxot Sur	7.284	-	21	2	-	-	-	-	-	1	-	-	7.173	68	19
Sanapanã	2.866	-	61	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.612	9	183
Angaité	5.992	1	79	-	-	-	-	-	-	10	1	-	4.963	260	678
Guanã	393	-	101	-	-	-	-	-	-	-	-	1	16	-	275
Mataco Mataguayo	17.238	57	4	-	-	-	-	32	167	1.301	1	-	3.369	12.304	3
Nivaclé	14.768	57	-	-	-	-	-	-	-	71	-	-	2.932	11.705	3
Makã	1.888	-	4	-	-	-	-	32	167	1.228	1	-	436	20	-
Manjui	582	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	579	-
Zamuco	4.528	50	9	-	-	1	1	-	-	266	-	1	-	1.505	2.695
Ayoreo	2.461	1	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	1.501	956
Ybytosó	1.915	49	8	-	-	-	-	-	-	265	-	1	-	4	1.588
Tomaráho	152	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	151
Guaicurú	1.939	-	2	207	-	-	-	-	-	3	-	-	1.718	8	1
Qom	1.939	-	2	207	-	-	-	-	-	3	-	-	1.718	8	1
No indígena (*)	873	26	19	51	-	76	9	2	81	31	24	174	187	166	27

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

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

*Tipo de vivienda de comunidades indígenas*



Fuente:

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

Paraguay: cantidad de comunidades indígenas con personería jurídica y tenencia de tierra

### Cuadro 1.

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

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

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

### Cuadro N° 1

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

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

Fuente:

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



### Anexo 3. RESULTADOS DE LAS CONSULTAS PRELIMINARES DEL MPPI

#### **INFORME SOBRE LAS CONSULTAS REALIZADAS A ORGANIZACIONES INDIGENAS**

En el marco del inicio del Proyecto de **Fortalecimiento del Sector Público de Salud de Paraguay del MSPBS** con financiamiento del Banco Mundial fueron convocadas por la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DINASAPI) en el mes de enero del año 2019, las Jornadas de Consultas a los integrantes del Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas - CONASAPI y a los líderes/lideresas de comunidades indígenas asentadas en los departamentos priorizados por el Proyecto<sup>14</sup>.

Las jornadas se realizaron con el fin de presentarles y poner a consideración de las organizaciones indígenas los objetivos, componentes y área prioritarias de intervención del Proyecto y específicamente el **Marco de Planificación para Pueblos Indígenas (MPPI)** y las posibles líneas de acción. El objetivo del MPPI es extender los beneficios del Proyecto a las Comunidades Indígenas en los departamentos priorizados, de forma culturalmente adecuada, siguiendo los lineamientos de la Ley 5469/2015 de Salud Indígena, la Política Nacional de Salud Indígena y la Política Operativa de Pueblos Indígenas del Banco Mundial, acompañada de la DINASAPI.

Una vez finalizadas las presentaciones del MSPBS se dio la palabra a los líderes y lideresas e integrantes del CONASAPI para sus preguntas e inquietudes. Expresaron su conformidad por el espacio de información y por la posibilidad de opinar y compartir situaciones en lo que se refiere a la salud y coincidieron que es muy bueno el inicio del proyecto por la participación que tuvieron. También remarcaron la necesidad de sostener los espacios de participación durante la implementación del Proyecto de manera tal a que sus observaciones y propuestas puedan ser atendidas y consideradas.

Desde la DINASAPI se agradecieron la participación de todos y se informó que sus propuestas serán tenidas en cuenta en las líneas de acción del Marco de Planificación para Pueblos Indígenas - MPPI y en las actividades de los planes anuales. Específicamente han sido incluidas las siguientes actividades: capacitación en atención intercultural para equipos médicos y funcionarios, trabajo coordinado con los promotores indígenas de salud, la difusión de la Ley 5469/2015 de Salud Indígena, la participación de las comunidades en el monitoreo de la atención dada por los equipos de salud familiar, la necesidad de realizar consultas previas, libres e informadas con las comunidades en donde se construirán USF y reuniones de trabajo periódicas con el CONASAPI.

A continuación, se exponen las principales observaciones y propuestas manifestadas por los líderes/lideresas de las comunidades indígenas y por el CONASAPI:

---

<sup>14</sup> En fecha 04-01-2019, se realizó en Asunción, el encuentro con integrantes del CONASAPI y con líderes y lideresas de las comunidades indígenas del Departamento Central y de Asunción. En fecha 22-01-2019 en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero, se realizó el encuentro con organizaciones indígenas del departamento Amambay.



## OBSERVACIONES

- Hay discriminación en los servicios y centros asistenciales. Los funcionarios de salud no tienen paciencia hacia nosotros, les cuesta darnos una buena atención. Somos culturas diferentes y por lo tanto nos regimos por reglas diferentes. A los indígenas nos tienen que respetar. Si nos hablan mal y fuerte se cierra todo el entendimiento.
- Muchas veces no se realiza la consulta en las USF y no sabemos el porqué.
- Las USF no funcionan los fines de semana. Se necesitan móviles para acudir a hospitales de Lambaré (Departamento Central) o Barrio Obrero (Asunción).
- En la USF y en los hospitales casi siempre faltan los medicamentos. Los análisis y estudios se deben pagar.
- La USF Yukyty (Asunción) funciona en una Parroquia. Solo hasta este año pueden quedarse ahí luego se deben mudar. No tenemos lugar donde se pueda mudar la USF.
- La USF de Neuland (Departamento Boquerón) solo atiende a latinos, no a indígenas, no tienen medicamentos suficientes, tampoco tienen vehículo.
- La atención de la USF en la Comunidad Fortuna (Departamento Canindeyú) es precaria. No hay suficientes medicamentos ni hay transporte. El horario es de lunes de 7 a 15hs, los fines de semana no nos podemos enfermar.
- En el hospital de Curuguaty (Departamento Canindeyú) no se realizan muchos estudios, se debe agendar y ahí se pierde tiempo. Es por turno y a veces se debe volver otro día.
- Para los promotores indígenas de salud la cantidad de medicamentos es poca y mucha la burocracia para conseguirlos.
- Hace falta la contratación de los Puntos Focales por servicios ya que eso facilitaría la atención de los pacientes indígenas.
- El Hospital San Roque González (Distrito Limpio, Departamento Central), debería tener nueva infraestructura y equipamiento. Actualmente la atención es pésima. Ahora tienen más pacientes no indígenas. La atención del hospital debería ser las 24hs. Además de capacitar al director y a los médicos en interculturalidad.
- Hay precariedad en la atención del niño adolescente. No se respeta a los niños. No se respeta el Código de la Niñez y el Convenio de los Derechos del Niño. Se deben prevenir los abusos.
- El VIH avanza, las relaciones sexuales entre los indígenas son más abiertas que en la sociedad paraguaya, no hay restricciones.
- No estamos de acuerdo con la episotomía. en el posparto se sufre porque los médicos la realizan y las suturas no se realiza como tienen que ser. En el parto preferimos a una mujer.
- En el Hospital de Itá (Departamento Central) no hay médicos. Solo una vez al mes vienen los directores hasta la comunidad para hacer atenciones.
- Se debe realizar más control. Nunca hay reunión de los Consejos Locales de Salud. El Consejo de Capitán Bado (Departamento Amambay) no funciona.
- En la zona de Capitán Bado (Departamento Amambay) hay 16 comunidades indígenas, por lo que no puede haber una sola USF para la atención de todas las comunidades.



- Los accidentes (de tránsito) es una realidad preocupante en especial cuando se requiere la compra de platino u otros insumos necesarios para el tratamiento por el costo y la demora.
- La barrera que siempre tienen es la no participación. Cuando no se cuenta con los medios necesarios para los traslados, resulta muy difícil poder participar. Señalan que esta vez no fue así. Se les apoyó para hacer posible la participación de todos desde el comienzo del proyecto.
- Existen otras realidades que dificultan el acceso a los servicios o a las comunidades: por ejemplo, los caminos de difícil acceso, escasez de vehículos adecuados y choferes. Comunidades muy alejadas y sin caminos accesibles.

## **PROPUESTAS**

- Que la Ley 5469/2015 de Salud Indígena sea más difundida.
- El MSPBS se debe ocupar más de la prevención y de la promoción.
- Debe existir seguimiento, monitoreo y controles de la atención que se da a los indígenas.
- Mas calidez en la atención y compromiso de los funcionarios de salud. Que puedan explicar en lenguaje sencillo las enfermedades y el tratamiento.
- Que se haga capacitación para las organizaciones indígenas, los promotores de salud y parteras indígenas, en especial para no tener embarazos de niñas.
- Que se contrate a más médicos indígenas y a otros profesionales en salud y que haya más rubros para los promotores indígenas de salud.
- Los puestos de salud deben estar bien equipados.
- Necesitan tener un representante en los hospitales para que nos apoye y trabaje como corresponde, si es indígena es mejor.
- Se necesita apoyo en el área bucodental, se necesita más prevención.
- Se necesitan más camionetas para poder hacer llegar a las USF a las comunidades indígenas.
- Se debe entregar kit de medicamentos a las comunidades que puedan administrar los promotores indígenas de salud. Si no hay promotor, entregar a gente capacitada y que tenga rubro.
- Facilitar los motocarros a los promotores indígenas para que puedan realizar su trabajo.
- Revisar los horarios de atención de las USF.
- Se debe atender el problema de la drogadicción y el suicidio que es muy grave.
- La capacitación intercultural va a mejorar la situación, pero sin recursos es imposible.
- En el caso que se decida hacer construcciones nuevas para las USF las mismas deben hacerse dentro de la comunidad y los trabajadores deben ser indígenas.
- La medicina indígena debe ser tenida en cuenta y respetada. Se debe dar más apoyo.
- En el Hospital San Roque González (Distrito Limpio, Departamento Central) sería bueno que se realicen partos, ahí nos sentimos mejor. Se debe fortalecer el hospital, es un orgullo que nos ganamos.
- Se debe nombrar los Puntos Focales y también traductores en los servicios de salud. Nombrar a más funcionarios indígenas de todos los pueblos.



- Se debe realizar capacitación para la prevención en el consumo de alcohol y drogas.
- Que se utilice la consulta y el consentimiento, el protocolo debe usarse, es para todos y para aplicarlo se necesitará recursos.
- Que la participación de los indígenas sea real en los proyectos.
- Los departamentos de Presidente Hayes y Boquerón deberían estar incluidos también en el proyecto por las necesidades que tienen.
- Se necesita más capacitación para los jóvenes que ayude a prevenir el embarazo adolescente.
- Que los profesionales de la salud dispongan de vehículos para realizar su trabajo y llegar a las comunidades indígenas.

## **PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

Durante las consultas se realizaron preguntas orientadoras a los participantes a los fines de ser consideradas para la finalización del MPPI y para mejorar su implementación.

### **Las respuestas obtenidas para cada pregunta se transcriben a continuación.**

- **¿Cómo piensan que se debe hacer para que los Pueblos Indígenas reciban los beneficios del proyecto de forma culturalmente apropiada?**

Esto se lograría con el conocimiento de la medicina indígena.

Se debe fortalecer interna y externamente a las comunidades. Esto se puede lograr a través de los promotores indígenas de salud.

A través del fortalecimiento del CONASAPI.

- **Que barrera puede tener el proyecto para lograrlo**

Si no hay fortalecimiento y difusión en Asunción sobre quiénes son los chamanes esto puede ser una barrera.

La falta de caminos y la accesibilidad a las comunidades es una de las barreras en la que todos coincidieron

- **¿Qué otras previsiones les parece que se debe considerar en el marco del MPPI?**

Un Congreso para los líderes religiosos para fortalecer la espiritualidad indígena, esto sería un paso histórico.

Se deben contratar a más promotores indígenas de salud

- **Como podría ser el mecanismo de gestión de reclamos**

Reclamar a la Región Sanitaria, a la DINASAPI y CONASAPI, pero que se pueda tener una respuesta y solución.

- **Se pregunta cómo se trabajará con el CONASAPI durante el proyecto.**

Se mantendrán reuniones de consulta y monitoreo a las acciones del proyecto.



Anexo 4. Guía y Recomendaciones para la Prevención del COVID en  
Pueblos y Comunidades Indígenas



**Guía y Recomendaciones para la Prevención y  
Protección del Covid-19 dirigidos a los Pueblos y  
Comunidades Indígenas del Paraguay**

**DINASAPI - CONASAPI**

**AÑO 2020**



Históricamente los Pueblos Indígenas han convivido bajo la figura ancestral, tradicional y jurídica de manera colectiva, amparados por tratados y leyes nacionales e internacionales, sobre todo por la Constitución Nacional.

Debemos reconocer y tener en cuenta que esta nueva enfermedad de la Covid 19 es muy peligrosa, no diferencia a personas ni grupos, o el hecho de que ser indígenas con derechos.

Es muy importante que los Pueblos Indígenas vayan adaptándose al desafío que trae consigo esta nueva etapa de **MODO SEGURO DE VIVIR**, poniendo siempre en práctica el cumplimiento de los Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, así como los Decretos Presidenciales y las medidas sanitarias indicadas por las autoridades Nacionales.

Por el momento es incierto el tiempo en que esta pandemia podría ser superada, hecho que nos preocupa a todos. Por ello, es muy importante seguir cumpliendo la siguiente guía que se consideran claves para prevenir el contagio de la Covid-19:

1. Todos somos responsables de cuidarnos, en las familias y en las comunidades. Tenemos que crear esa autoconciencia en las familias y prestar especial atención y cuidado a nuestros abuelos y abuelas y a aquellos que tengan alguna enfermedad crónica (Hipertensión, diabetes, asma, obesidad y otras). Los sanos y los jóvenes deben cuidarse por ellos, para no llevar el virus a la comunidad.
2. Usar siempre y correctamente la mascarilla (tapabocas), para que cubra la boca y la nariz.
3. Lavarse las manos constantemente con agua y jabón, y agregar posteriormente alcohol.
4. Distanciamiento físico, es decir, mantener dos metros de distancia entre las personas.
5. No saludarse estrechando o pasando las manos.
6. **Cuando salga de su casa o de la comunidad, cumplir con las indicaciones dadas por el Ministerio de Salud para evitar los contagios: usar siempre el tapabocas; lavarse las manos con frecuencia y mantener el distanciamiento de por lo menos dos metros entre las personas.**
7. **Limitar las visitas entre comunidades y entre las familias.** Debemos concienciarnos de la necesidad de evitar los contactos, lo que contribuirá a evitar los contagios.
8. No compartir terere, mate, los cubiertos; **tener una bombilla propia con guampa de uso personal.**
9. Los líderes y/o lideresas, promotores indígenas de salud, médicas/os tradicionales y líderes religiosos deben hacer vigilancia y monitoreo para actualizar la situación de salud de las familias de la comunidad y realizar un trabajo coordinado con las autoridades sanitarias.
10. Según las leyes nacionales e internacionales, los Pueblos y las Comunidades Indígenas tienen la libre determinación y autonomía propia para decidir de forma

participativa el futuro y destino de sus comunidades. Toda decisión comunitaria en especial para este modo seguro de vivir para esta pandemia debe ser respetada por las autoridades nacionales, departamentales, municipales, judiciales, policía y fiscalía, como así también por cualquier persona extraña a las comunidades. Si se violaren estas normativas comunitarias, se debe denunciar ante las autoridades policiales, fiscales o judiciales pertinentes para que, con su apoyo institucional, puedan accionar de oficio inmediatamente para castigar a los culpables.

11. Ante cualquier sospecha de que alguien puede estar afectado por la enfermedad, **en forma urgente** se debe informar a las autoridades comunitarias (líder y/o lideresa, Promotor Indígena de Salud), llamar al **154** (número gratuito) para comunicar el caso y a la Unidad de Salud Familiar y/o Región Sanitaria para coordinar las acciones a seguir.
12. La DINASAPI y el CONASAPI estarán atentos a la actualización y seguimiento de los casos positivos de la Covid-19 en las comunidades indígenas.
13. El Ministerio de Salud debe dar a conocer oficialmente los datos de los casos positivos de manera diferenciada, estableciendo claramente si se trata de casos de indígenas o no indígenas. Según los mecanismos oficiales (la Región Sanitaria u otros), deben informar qué comunidades indígenas tienen casos positivos a Covid-19 y dar aviso inmediato a los líderes y/o lideresas de las comunidades afectadas a fin de que se tomen las precauciones necesarias.
14. En caso de sospecha de contagio de la Covid-19, los afectados y la comunidad pueden hacer uso de la medicina y prácticas tradicionales, según la costumbre de cada Pueblo Indígena, derecho establecido en la Ley 5469/15 y su reglamentación aprobada por Resolución S.G. N° 653/16. Esto debe realizarse siempre con el consentimiento y la coordinación con los líderes y lideresas, promotores indígenas de salud, líderes religiosos y de la misma familia eventualmente afectada.
15. Si hay un caso sospechoso en una familia de la comunidad, Es obligatorio que todos cumplan el aislamiento domiciliario, es decir, no salir de la casa, no pasearse por la comunidad, cortando así la posibilidad del contagio colectivo y acceder al análisis (hisopado) requerido por el Ministerio de Salud para de esta forma confirmar la existencia o no de la enfermedad.
16. Si se trata de un caso positivo confirmado: la autoridad sanitaria competente debe llamar al líder y/o lideresa y comunicarle la situación. Con su acompañamiento, la autoridad sanitaria llegará hasta la familia afectada para comunicar el resultado positivo a la enfermedad e indicar su aislamiento estricto en su casa con toda su familia conviviente sin salir a pasearse por la comunidad, evaluando también la posibilidad de ir a un albergue si están dadas las condiciones.
17. Ante la confirmación de un caso positivo en la comunidad, se deben extremar las medidas de prevención para no exponer a la comunidad y evitar los contagios. Evitar las aglomeraciones por actividades religiosas, recreativas (vóley, partidos) y sociales (cumpleaños, reuniones, fiestas), de acuerdo a lo que establezcan los decretos presidenciales.



18. En caso de visitas de trabajo y/o realización de actividades con terceros, se debe avisar a los líderes y/o lideresas o responsable comunitario con 48 hs. de antelación para cualquier actividad de seguimiento, planes nuevos o trabajo dentro de la comunidad. Las personas que quieran ingresar a las comunidades, como los técnicos de alguna institución o cualquier persona AJENA A LA COMUNIDAD como los macateros, deberán tener autorización previa del líder y/o lideresa para el ingreso o aguardar la respuesta. El tiempo de 48hs, es para que las autoridades comunitarias tengan tiempo de socializar de manera colectiva y que exista participación comunitaria para otorgar o no la autorización de ingreso según el motivo de la visita, sin perder de vista lo recomendado en tal sentido por el INDI en la Resolución N° 171/2020 del 23 de abril de 2020.
19. Ante la visita acordada entre las partes, debe existir un compromiso de parte de los que van a ingresar en cumplir las medidas sanitarias. Mientras dure su permanencia en la comunidad obligatoriamente deben usar mascarilla, mantener la distancia de dos metros, reunirse sólo con las personas necesarias para evitar aglomeraciones, preferentemente al aire libre y usar alcohol constantemente. Antes del ingreso y/o al inicio de la actividad las personas deberán facilitar sus datos personales para el registro, su número de teléfono y en caso que corresponda, a qué institución pertenecen.
20. Si el compromiso no es cumplido, se debe comunicar por cualquier medio a la Región Sanitaria correspondiente (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) y/o denunciar a las autoridades competentes para la aplicación de la sanción correspondiente.
21. Cumplir y hacer cumplir las indicaciones y recomendaciones del MSP y BS, recordando que las únicas fuentes de información confiables y oficiales son las del Ministerio de Salud en cuanto a esta Pandemia.
22. Durante esta pandemia, por protocolo sanitario, no están permitidos los velorios por la aglomeración que ellos conllevan, independientemente de la causa de la muerte de la persona. No está permitido en esta pandemia abrir los cajones fúnebres, haya muerto la persona de Covid-19 o de otra enfermedad o haya sufrido un accidente.

La Cuarentena no terminó, el Coronavirus sigue entre nosotros, por lo tanto, el modo seguro de vivir continúa. Sigue siendo obligatorio el uso de tapabocas, el lavado frecuente de manos, el distanciamiento de por lo menos 2 metros entre las personas y todas las indicaciones establecidas en los puntos señalados anteriormente.

## CONCEPTOS UTILIZADOS

**Asintomáticos:** personas que tienen la enfermedad, pero no presentan síntomas, pero fácilmente pueden contagiar a otras personas.

**Contacto:** persona expuesta a un caso confirmado de Covid -19 a menos de dos metros de distancia, por más de 15 minutos, sin haber utilizado mascarilla.

**Caso recuperado:** todo caso confirmado que luego de 14 días de inicio de signos y síntomas, se encuentre sin síntomas, por al menos 3 días.

**Aislamiento preventivo:** separación de una persona o grupo de personas que se sabe o se cree que están infectadas con una enfermedad transmisible y potencialmente infecciosa de aquellos que no están infectados, para prevenir la propagación.

**Cuarentena:** significa la separación de una persona o grupo de personas que razonablemente se cree que ha estado expuesta a una enfermedad contagiosa. Para COVID -19 son 14 días.

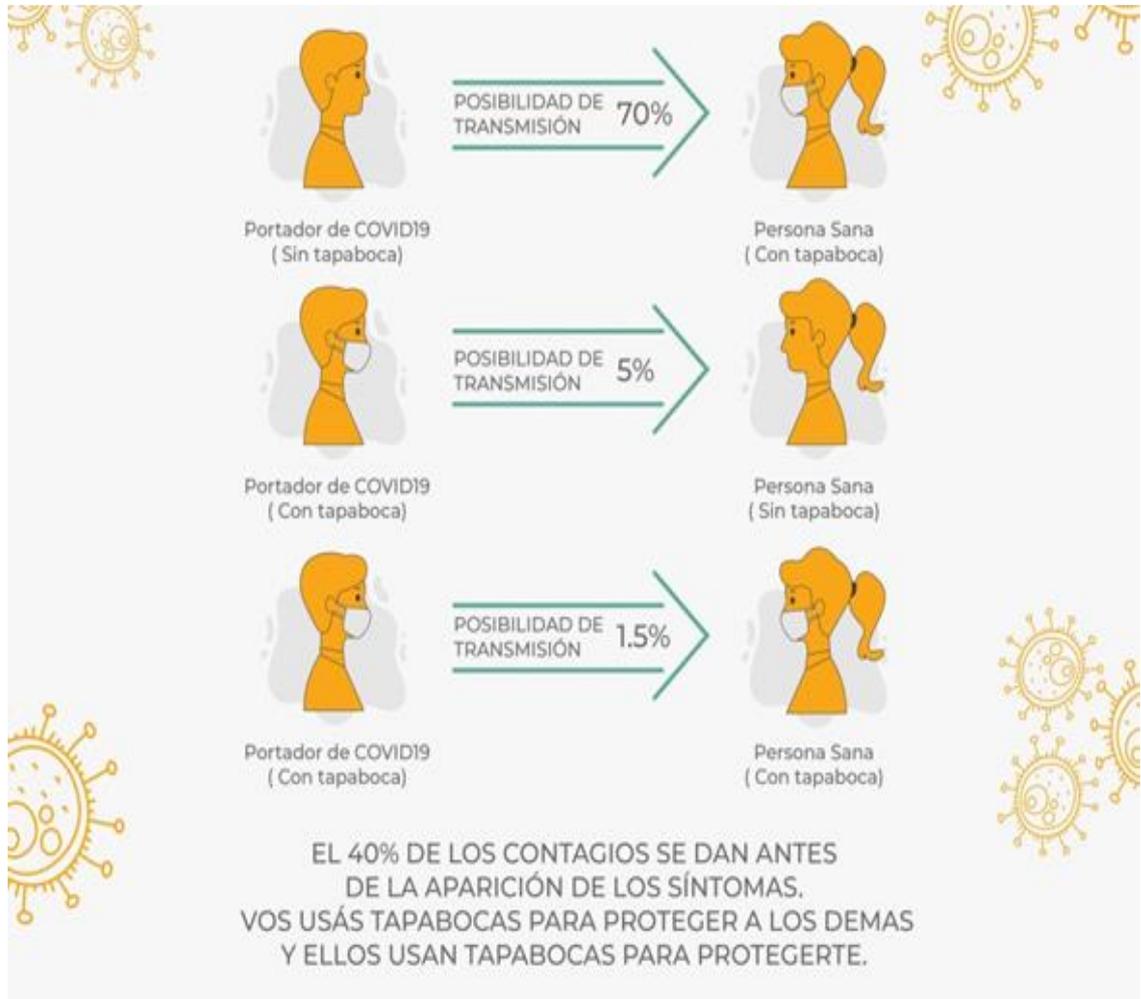
**Caso confirmado:** toda persona que presente una prueba RT-PCR positiva para el SARS –COV2, mediante el hisopado.

**Hisopado:** es la técnica utilizada para la detección del virus en el organismo, un procedimiento que no causa dolor ni sangrado, consiste en inclinar levemente la cabeza para atrás e introducir un fino palillo para recoger virus dentro de la nariz.



## Anexos

### ¿Por qué se deben usar las mascarillas (tapabocas)?



## USO CORRECTO DE TAPABOCAS



Antes de colocar el tapabocas, lavá tus manos con agua y jabón o desinfectante.



Cubrí desde el puente de la nariz hasta debajo del mentón, aseguráte de no dejar espacio entre la cara y el tapabocas.



Evitá tocar el tapabocas en la parte frontal mientras lo tengas puesto.



Reemplazá el tapabocas si está húmedo por uno nuevo (desechables) o limpio (tela).



Retirá el tapabocas usando las tiras de los costados. Si es desechable, descartá inmediatamente. Si es de tela, coloca en una bolsa antes de guardarlo para su posterior lavado.



Al quitar y descartar el tapabocas, lavá tus manos con agua y jabón o desinfectante.

Los tapabocas de tela se deben lavar por separado después de cada uso con agua caliente y jabón y dejar secar bien.

## **MODO SEGURO DE VIVIR**

### **DISTANCIAMIENTO SOCIAL PARA PREVENIR LA COVID-19**



# LAVADO CORRECTO DE MANOS



1• Lavá con agua



2• Usá jabón



3• Fregá por 20  
segundos



4• Secate con  
papel



5• Cerrá la canilla  
con papel





## **GUIA Y/O RECORDATORIO DE VACUNACIÓN ANTI COVID PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS<sup>15</sup>**

### **¿CUÁL ES EL PLAN DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN PARAGUAY?**

Existen tres etapas para la vacunación Contra la Covid-19 y se sub dividen nuevamente en grupos de personas por prioridades:

#### **PRIMERA ETAPA**

- Los trabajadores de la Salud
- Las personas que tengan 60 años o más

#### **SEGUNDA ETAPA**

- Las personas que tengan entre 18 y 59 años de edad con enfermedades de base
- Los docentes del nivel inicial y primario
- Los trabajadores de servicios esenciales
- **La población indígena**

#### **TERCERA ETAPA**

- Los trabajadores en los aeropuertos y puntos de entrada al país
- El personal militar; policías, bomberos
- Las personas privadas de su libertad

### **¿QUÉ DEBEMOS SABER DE LAS VACUNAS?**

- Están hechas para controlar y prevenir enfermedad de la COVID-19
- Sirven para proteger la vida de las personas

### **¿QUE TENER EN CUENTA EN LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19?**

- Hace un año no teníamos alternativa alguna para prevenir la Covid-19, además de las medidas sanitarias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que aún siguen vigentes: el lavado de manos con jabón de coco, el uso de mascarilla o tapabocas, el distanciamiento de 2 metros, no compartir mate o terere u otros utensilios de uso personal.
- Ahora sí ya tenemos la manera de prevenir la enfermedad y son las VACUNAS contra la Covid-19.
- La vacuna anti Covid-19 es igual que cualquier vacuna; no hay razones para tener miedo de ella.
- Los Pueblos Indígenas están agendados en la **SEGUNDA ETAPA** del Plan Nacional de Vacunación.

---

<sup>15</sup> Elaborado por el CONASAPI y la DINASAPI, aprobado por el Ministerio de Salud en junio 2021.



- El Estado tiene la obligación de proteger la vida; por ello, los Pueblos Indígenas son uno de los grupos prioritarios para ser vacunados y se les vacunará apenas se termine con la primera etapa de la vacunación. No te niegues a ese **DERECHO**.
- La vacuna anti Covid-19 está destinada a prevenir y proteger de las formas graves de la enfermedad. Debemos confiar en la información oficial del Ministerio de Salud, así como de la Organización Panamericana de la Salud y otros organismos internacionales que están trabajando para protegernos de la enfermedad.
- Las reacciones posteriores a la vacunación son leves, igual que con las demás vacunas que nos aplican desde que nacemos. Se puede producir un pequeño dolor en el lugar de la aplicación o dolor de cabeza, pero nada grave.
- La Covid-19 se presenta de varias formas: asintomática, leve, medianamente grave y grave. Las dos últimas formas requieren de internación y, como sabemos, la grave puede llevar a un desenlace fatal. La manera de prevenir estas muertes es **VACUNÁNDONOS**. Las vacunas protegen la vida.
- No esperes a que algún miembro de tu familia se contagie para creer en la enfermedad. La enfermedad existe, es grave y puede matar.
- Es mejor vacunarse en el brazo que ingresar a terapia. Si nos vacunamos vamos a estar protegidos contra la enfermedad y, además, vamos a evitar una situación difícil en la familia, tanto en lo económico como en los demás aspectos de nuestra vida.

**LA VACUNA PREVIENE LA COVID-19 ES GRATUITA, ES  
SEGURA,  
PROTEGERÁ TU VIDA Y LA DE TU FAMILIA  
VACUNATE**



## Anexo 5. RESULTADOS 2DA. CONSULTA DEL MPPI Y PPI 2022 AL 2024

### **INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA AL CONSEJO NACIONAL DE SALUD DE PUEBLOS INDÍGENAS.**

En el Hotel Santo Domingo, en fecha 12 de abril del año 2023, de la ciudad de Asunción, se dio apertura a las 08:30 horas a la Reunión de Trabajo de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas – DINASAPI con el Consejo Nacional de Salud de Pueblos Indígenas - CONASAPI con las palabras de bienvenida de la Directora Nacional de la DINASAPI, la presentación de los Consejeros y Consejeras del CONASAPI, del equipo técnico de la DINASAPI y del equipo de la Unidad Ejecutora de Proyecto – UEP del Proyecto 8963 PY. .

La Jornada de trabajo con los miembros del CONASAPI fue organizada en el marco del **Proyecto Namyasãi. Salud y Familia / Fortalecimiento del Sector Público con Salud en Paraguay – 8963 PY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social / Banco Mundial**, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido con respecto a la Consulta Previa, Libre e Informada a los Pueblos Indígenas en relación a proyectos y actividades que les afectan.

La Directora de la DINASAPI cedió la palabra a la Especialista social de la Unidad Ejecutora del Proyecto 8963 PY quién inició la explicación sobre el proyecto mencionado dando una breve reseña del Proyecto, sus objetivos, el marco de planificación, los Componentes principales y las actividades planificadas. Aclaró que donde ya hay avances en la ejecución es en el componente de la construcción de las Unidades de Salud de la Familia, así como en el Componente que fue reprogramado para responder a la Pandemia del Covid-19, ambas actividades priorizadas por el Ministerio de Salud.

La Especialista Social explicó a los integrantes del CONASAPI que la presente reunión tiene como objetivo principal poner a consideración el documento final del *Marco de Planificación de Pueblos Indígenas-MPPI* elaborado a partir de la primera consulta realizada a inicios de la ejecución del proyecto en el año 2019, así como el *Plan de Pueblos Indígenas – PPI*, documento que resume la planificación de acciones establecidas a partir del MPPI, ejecutado entre los años 2022 hasta la finalización del mismo en el año 2024. Ambos documentos forman parte del proyecto general de referencia y tienen el propósito central de extender y afianzar los beneficios del proyecto a las comunidades indígenas y garantizar la participación de los involucrados de una forma culturalmente adecuada, respetando las pautas culturales propias de los 19 Pueblos Indígenas y siguiendo los lineamientos de la Ley de Salud Indígena (5469/15), la Política Nacional de Salud Indígena (2008) y la Política Operativa de Pueblos Indígenas (OP 4.10) del Banco Mundial.

En las zonas priorizadas por el proyecto en donde también se encuentran comunidades indígenas se decidió beneficiar con la construcción de Unidades de Salud de la Familia; la provisión del mobiliario, equipamiento médico, tecnologías de la comunicación y el recurso humano necesario para brindar la atención de salud a la comunidad; y la dotación de herramientas técnicas al personal de blanco a



través de la capacitación con enfoque intercultural de derechos humanos con calidad y calidez de atención. Por otra parte, se hizo hincapié en las acciones que habían sido propuestas en la primera consulta realizada y las cuales se han desarrollado ampliamente en el Plan de Pueblos Indígenas 2022-2024 y que también fue presentado y analizado en la presente reunión.

Se escogió la modalidad de presentación activa, es decir, los participantes intervinieron según se presentaban las informaciones, lo cual dio como resultado un conversatorio ameno entre los participantes. Los y las consejeras expresaron sus preguntas e inquietudes, sugerencias y propuestas según cada punto presentado. Todas las preguntas y planteamientos fueron respondidas por la UEP con aportes de la DINASAPI.

Asimismo, los miembros del CONASAPI expresaron su conformidad con las acciones en proceso y a ser realizadas y resaltaron el apoyo en la continuidad de las actividades del proyecto. Señalaron igualmente la importancia de aprovechar los espacios de encuentro e intercambio para poder expresar las diversas situaciones relacionadas con la salud por la que vienen atravesando los diversos pueblos indígenas a quienes representan. Remarcaron la necesidad de replicar los espacios de participación y monitoreo de los avances del proyecto en las acciones que los afectan, de manera a poder seguir apoyando las actividades planificadas y contribuir en la sostenibilidad de las mismas.

Específicamente, los consejeros y consejeras se manifestaron en relación a la situación de salud que viven, la escasez de medicamentos y la necesidad de contar con profesionales que los atiendan con respeto y calidad. Respecto a las obras, el modelo a ser construido, la participación de la comunidad, expusieron sus ideas y acordaron seguir trabajando en conjunto en los esfuerzos por acercar y mejorar los servicios de salud a los pueblos indígenas.

En lo referente a la participación de los Pueblos y Comunidades Indígenas en los Consejos Locales de Salud, enfatizaron en la relevancia de poder participar en esos espacios y que puedan hacerse actividades relacionadas a ello como parte de las acciones del proyecto. Igualmente, se insistió en la obligatoriedad de la Consulta Libre, Previa e Informada en los procesos a realizarse en las comunidades indígenas.

A continuación, se exponen las **principales intervenciones, inquietudes y sugerencias con sus respectivas aclaraciones y alternativas de acción.**

- En referencia a la implementación del Componente 2, que implica transferencia de recursos a los Consejos Locales de Salud, se consultó acerca de cuáles serían los Consejos que reciben los fondos, si el CONASAPI está involucrado. La DINASAPI aclara la diferencia entre ambos Consejos y que en este caso se hace referencia a los Consejos Locales de Salud-CLS que funcionan a nivel distrital. Seguidamente varios de los consejeros comentaron que les cuesta mucho trabajar con el consejo distrital y preguntan si como pueden hacer para trabajar con estos consejos.



- La Directora de la DINASAPI explica el sistema de Consejos Locales de Salud y el funcionamiento de cada CLS según el municipio, el proceso de trabajo con el MSPyBS y la modalidad de incorporación de miembros a los CLS. Explica que el Sistema Nacional de Salud fue creado por la Ley 1032/1996, que en su Capítulo IV menciona al Consejo Nacional, Regional y Distrital de Salud como está integrado y su funcionamiento.
- Respecto al Componente 2 del proyecto relacionado con la transferencia de recursos a los Consejos Locales de Salud, preguntaron sobre los fondos que reciben y el uso que dan a los mismos. La especialista social explica el sistema y alcance del trabajo de ese componente del proyecto, así como la posible participación del CONASAPI, comunidades o pueblos indígenas en los Consejos Locales de Salud.
- El consejero representante del Pueblo Maskoy, consulta como se puede trabajar con el Consejo Local de Salud, porque ellos son autónomos y no podemos trabajar con ellos. Igualmente comenta que ellos están abonando por la electricidad de su USF y otros gastos más y que no reciben ayuda del Ministerio de Salud para ello. La Directora de la DINASAPI aclara cual sería el procedimiento para solicitar dicho pago.
- La consejera representante del Pueblo Mbya guaraní, comenta que ellos reciben una buena atención, pero tienen la dificultad de la falta de medicamentos por lo que pregunta si el proyecto puede hacer algo al respecto para responder a esta necesidad. Solicita trabajar más la parte humana de la atención. Expresa su preocupación sobre los miembros que conforman los CLS ya que se manejan más a nivel político.
- La consejera representante del Pueblo Ache, dice que comparte y va a complementar lo que su compañera consejera respecto a la falta de medicamentos. Lo más importante para un Consejo antes que preocuparse por el pago de la luz es responder a la necesidad de medicamentos. La gente solicita solución, exige atención de calidad y calidez; menciona su experiencia en un Encuentro de Mujeres Indígenas Guaraní donde muchas mujeres expresaron que no quieren ir a los servicios a tener sus hijos, por los sucesos de público conocimiento (hace referencia al bebé que nació en el piso del pasillo en el Hospital Nacional de Itaugua).
- La consejera representante del Pueblo Enxet Sur, comenta que el CLS de su municipio no responden a ellos, que son políticos y reclama el cumplimiento de la consulta previa. Comenta la situación de la USF de Rio Verde (Km 322 Ruta Transchaco) encargada de atender a las familias de su comunidad, con muchas necesidades y que ya no pueden continuar de esa manera: precaria infraestructura, falta de medicamentos, falta de médicos, no se trabaja en equipo, necesidad de ambulancia. Comenta sobre cómo se están manejando, que ellos mismos son a veces hasta médicos y solicita ayuda.
- La Especialista Social de la UEP, aclara que todo lo que están mencionando es muy importante, sin embargo, el proyecto tiene su alcance y limitaciones. No obstante, se toma nota de las inquietudes e incluso, se podría considerar y tener

en cuenta en las acciones que aún están previstas de ser realizadas. En lo que se refiere específicamente a la provisión de medicamentos aclara que es una función propia del Ministerio de Salud. Entiende que son muchas las necesidades, y el proyecto se propuso hacer algo al respecto, con las construcciones de USF. Menciona que está pendiente la realización de la capacitación con los funcionarios de salud de las Regiones Sanitarias priorizadas.

- El consejero representante del Pueblo Paĩ Tavyterã consulta sobre el tiempo del proyecto y como se utilizaría el presupuesto. Solicita mayor tiempo de ejecución y menciona que es muy corto el tiempo del mismo atendiendo la gran necesidad que existe. Se debe incentivar más estos tipos de proyectos, con un mayor plazo y alcance atendiendo a las necesidades que aún persisten.
- La Especialista Social de la UEP, responde que el proyecto es con el Banco Mundial y la duración restante es de 2 años, hasta el 2024. El compromiso es que, en el mes de junio de 2023, ya concluya la construcción de la USF en la Comunidad Maka de Mariano Roque Alonso. Mencionó también las acciones de sensibilización con el Consejo Local de Salud acerca de la importancia del CONASAPI. Seguidamente, mostró los avances de la construcción de USF en distintas localidades del país, siendo la meta la construcción de 193 USF; de los cuales 29 USF se iniciaron en los departamentos Central, Cordillera y Paraguarí y que después continuaría a los departamentos de Amambay y Presidente Hayes. Este último departamento fue incluido gracias a la aprobación del Banco Mundial en ampliar el territorio priorizado inicialmente para dar respuesta al pedido de construcción de dos USF en la Comunidades Indígenas de Sawhoyamaxa y Xákmok Kásek, quienes cuentan con Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- El consejero representante del Pueblo Maka, comenta el proceso de trabajo para la construcción de la USF en su comunidad y que está siendo una experiencia muy importante para su pueblo. Que para ellos es un gran logro tener una Unidad de Salud de la Familia en su Comunidad.
- La consejera representante del Pueblo Ache, preguntó si de las 193 USF a ser construidas cuantas están previstas para comunidades indígenas. Se respondió que son 4 USF hasta la fecha. A su vez solicitó que se considere aumentar la cantidad de USF a ser construidas en comunidades indígenas y que para la elaboración de proyectos se tengan en cuenta previamente las necesidades, como provisión de medicamentos, construcción, etc.
- Desde la UEP el Coordinador de inversiones explicó como es el sistema de planificación y que aún es factible considerar propuestas de construcción en comunidades indígenas. Si tienen la propuesta deben acercarse al MSPYBS y se estudiaría la posibilidad. Para ello hay más o menos 2 meses.
- La Directora de la DINASAPI informó cómo es el sistema de elección de las construcciones en el Ministerio de Salud, los procesos internos y las exigencias del mismo; que existen varias dependencias en el MSPyBS involucradas en la elección de donde se van a construir las USF y la participación de la DINASAPI

en esos procesos. Asimismo, solicitó a la UEP que en la conformación de los CLS se involucre a las Comunidades Indígenas atendiendo la preocupación expresada en la reunión. A este respecto, se mencionó que se estarán trabajando estos puntos en el marco del proyecto.

- El consejero representante del Pueblo Qom, solicitó que se converse con los CLS para trabajar unidos con las comunidades indígenas. Que los CLS están para trabajar con el pueblo y para el pueblo y solicita al MSPyBS y a la UEP que intercedan y soliciten la unión de los integrantes y el trabajo en equipo. Solicitó la presencia de las máximas autoridades tomadores de decisiones, para conocer y sentir lo que realmente se vive y necesita. Comentó también que por las grandes necesidades que existen los médicos que van a trabajar en sus comunidades no pueden solos y que terminan renunciando a sus puestos.

#### **Acuerdos y propuestas de acciones a seguir:**

- El consejero representante del Pueblo Paĩ Tavyterã manifestó su compromiso en transmitir a la comunidad lo que ha escuchado en esta reunión, pero sin dejar de mencionar que existe la necesidad y que de nuevo se les tenga en cuenta en las actividades. Dio las gracias al proyecto y al MSPYBS por el evento y por la actividad.
- El consejero representante del Pueblo Sanapana consultó si el proyecto hace visitas a las comunidades indígenas y dio las gracias por la actividad. Dio la sugerencia de trabajar en conjunto con el MSPyBS y las comunidades indígenas atendiendo a que muchas veces sucede que si tienen infraestructura no cuentan con recursos humanos, o tienen ambulancia y no hay combustible y que en su comunidad específicamente recibe ayuda de los menonitas, pero sería bueno que el MSPyBS también les asista.
- La consejera representante del Pueblo Enxet Sur, consultó hasta dónde puede llegar el CONASAPI, teniendo en cuenta que se rigen por la Ley 5469 que debe ser cumplida. Comentó sobre el trato que muchas veces reciben, el rechazo por ser indígena, y solicitó se respete la Ley y se les involucre más. Que haya más construcciones y capacitación en las comunidades indígenas, que siempre son minoría en los proyectos y por sobre todo el clamor es por la mejora en la calidad de las atenciones de salud para sus pobladores. Solicitó a la Directora de la DINASAPI sobre la posibilidad de aumentar los beneficios a las comunidades indígenas teniendo en cuenta lo que aclaró el Coordinador de inversiones de la UEP que los grupos de las USF a ser construidas aún no están cerrados y si habría la posibilidad de incluir aún un pedido a través de una solicitud.
- La Coordinadora de Infraestructura de la UEP informó sobre los requisitos para incluir a las comunidades en la construcción y considerarlos como proyectos: contar con agua y electricidad; título de la propiedad a nombre de la Comunidad Indígena; acuerdo comunitario sobre el lugar de la construcción, tener accesibilidad y la población a ser atendida por la USF.



- La consejera representante del Pueblo Enxet Sur comentó que sería muy bueno y satisfactorio si el 10% de las USF construidas sean en comunidades indígenas. Agradeció y manifestó que es muy interesante la actividad atendiendo a que se les comunica y están al tanto, solicitando una vez más que el Intendente les de espacio y da las gracias por la actividad y presencia del MSPYBS.
- La consejera representante del Pueblo Mbya guaraní solicitó la visita a su comunidad como proyecto, para ver en su zona dónde es donde realmente se necesita la construcción. Comentó que todos necesitan, pero que existen lugares donde es fundamental.
- La consejera representante del Pueblo Ache resaltó sobre el empoderamiento de la USF que puede darse una vez instalado en la Comunidad Indígena. Que todos en la comunidad y no solo los líderes deben hacerse responsables del funcionamiento de la USF. Se comprometió en hablar con las comunidades indígenas donde serán construidas las USF sobre la sostenibilidad en cuanto al cuidado, mantenimiento, etc.
- Al cierre de la actividad se consultó a todos consejeros y consejeras si están dispuestos a trabajar juntos con este proyecto, si fue comprendido, aclarando que se tendrán otros encuentros para ir profundizando y para el monitoreo del proceso y de las actividades realizadas, siendo la respuesta afirmativa, a lo cual también estaría apoyando la DINASAPI. Desde la DINASAPI y la UEP del proyecto se agradeció la participación, los aportes e inquietudes manifestadas, todas las cuales son válidas para el logro de los objetivos propuestos, dando así por concluida la jornada de Consulta con el CONASAPI.

## **Participantes**

Miembros del CONASAPI

Representantes de la DINASAPI

Representantes de la UEP del Proyecto.

## Anexo 6. ACTUALIZACIÓN AL INFORME DE LA PRIMERA CONSULTA DEL MPPI (2019)

En esta actualización se busca reflejar las actividades que fueron incluidas como parte del proceso de implementación del proyecto relacionadas con las observaciones señaladas y las propuestas realizadas por los representantes del CONASAPI, así como de las organizaciones participantes de las actividades durante la socialización realizada en el mes de enero del año 2019. Entre ellas se destacan la capacitación en atención intercultural para equipos médicos y funcionarios, trabajo coordinado con los promotores indígenas de salud, la difusión de la Ley 5469/2015 de Salud Indígena, la participación de las comunidades en el monitoreo de la atención dada por los equipos de salud familiar, la necesidad de realizar consultas previas, libres e informadas con las comunidades en donde se construirán USF y reuniones de trabajo periódicas con el CONASAPI. Las mismas se desagregan en el siguiente cuadro:

<b>Líneas de intervención del proyecto</b>	<b>Acciones para realizar en el marco de implementación del proyecto</b>
<i>Construcción y equipamiento de Unidades de Salud Familiar USF en los territorios priorizados (Central, Paraguari, Cordillera y Amambay)</i>	1. Construcción de Unidades de Salud de la Familia en comunidades indígenas, asentadas en los territorios priorizados (Amambay, Central, Paraguari y Cordillera), con equipamiento médico y mobiliario y general de las USF, así como equipamientos informáticos.
	2. Ampliación de los territorios priorizados, incluyendo al Departamento de Presidente Hayes con dos comunidades indígenas.
	3. Actividades de consulta y consentimiento libre, previo e informado.
<i>Capacitación</i>	4. Capacitación en atención interculturalidad a los equipos médicos y funcionarios de salud, de unidades de salud familiar / USF (temas tales como atención con calidad y calidez, la importancia de registrar adecuadamente la pertenencia étnica)
	5. Socialización de la Ley de Salud Indígena a través de jornadas a nivel regional con líderes de las comunidades y autoridades locales.
<i>Mejora en el acceso a servicios de calidad en las líneas de cuidado priorizadas.</i>	6. Mejorar los registros de atención de las USF y de los hospitales distritales de los Pueblos Indígenas.
	7. Acciones que permitan la participación de los PI en los CLS
<i>Actividades de fortalecimiento al CONASAPI Acciones de Respuesta de</i>	8. Soporte a la realización de reuniones periódicas de consulta con el CONASAPI y de reuniones de consulta, planificación y evaluación con las organizaciones indígenas.
	9. Difusión de la guía y recomendaciones para la prevención del COVID-19 y de la guía/recordatorio sobre la vacunación anti COVID-19 a los pueblos y comunidades indígenas ambas aprobadas por el



**Emergencia al  
COVID-19**

CONASAPI y oficializado por el MSPBS. Actualmente están disponibles en español (ver anexo 4).

10. Desarrollo e implementación de una campaña de comunicación dirigido a los pueblos y comunidades indígenas para la prevención e importancia de la vacunación anti COVID-19 mediante afiches impresos y digitales, spots radiales y podcasts en lenguas indígenas<sup>16</sup> (con el apoyo de la OPS/OMS, organismos de Naciones Unidas, la Federación por la Autodeterminación de los Pueblos Indígenas – FAPI, el Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI y la Dirección General de Comunicación del MSPBS con el acuerdo del CONASAPI y la DINASAPI).
11. Seguimiento epidemiológico de la situación de COVID-19 en la población indígena desagregado por comunidad y pueblo indígena, sexo, edad, distrito y departamento.

Las demás acciones propuestas exceden el alcance del Proyecto, por lo que fueron comunicadas a las áreas correspondientes del Ministerio de Salud y Bienestar Social para su consideración. Las mismas son:

<b>Acciones para realizar</b>	<b>Posibles actores ministeriales para su implementación</b>
<p><b>Capacitación</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguimiento in situ con equipos de las USF locales que requieran atención especial para mejorar el relacionamiento y la comunicación con las comunidades indígenas.</li> <li>2. Organización de talleres de planificación y evaluación a nivel regional y local.</li> <li>3. Organización de talleres de capacitación a Promotores Indígenas de Salud.</li> <li>4. Desarrollo de encuentros de intercambio de saberes entre chamanes, parteras indígenas y conocedores de plantas medicinales y los equipos de salud.</li> </ol>	<p><b>DINASAPI / APS</b></p> <p><b>DINASAPI / CONASAPI</b></p> <p><b>DINASAPI / CONASAPI</b></p> <p><b>DINASAPI / CONASAPI</b></p>
<p><b>Comunicación</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Difusión de los derechos de los pueblos indígenas a la atención médica intercultural dirigida a la población en general (p.e. impresión de materiales, afiches, folletos y spots radiales).</li> <li>6. Adaptación de los productos de comunicación a las pautas culturales de los PI.</li> </ol>	<p><b>DINASAPI / CONASAPI</b></p>
<p><b>Acceso a servicios de calidad en las líneas de cuidado priorizadas.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Monitoreo de la atención dada a la población indígena en establecimientos de niveles de mayor complejidad.</li> <li>8. Seguimiento in situ de situaciones específicas de salud que requieren de apoyo culturalmente adecuado.</li> <li>9. Monitoreo participativo con las comunidades de la atención dada por los equipos de salud familiar con presencia de las autoridades locales.</li> </ol>	<p><b>DIRECCION DE REDES / REGIONES SANITARIAS</b></p> <p><b>DINASAPI / APS</b></p>