

Proyecto de Ley

El Senado y Cámara de Diputados...

Programa de Salud Integral para las Comunidades Indígenas

Artículo 1°.- Creación: Créase el **Programa de Salud Integral para las Comunidades Indígenas** en el ámbito del Ministerio de Salud de la nación, en concordancia por lo dispuesto en el capítulo VI, De los Planes de Salud de la Ley 23.302 sobre Política Indígena y apoyo a las Comunidades Aborígenes; el artículo 25 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, aprobado por la Ley 24.071; la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas de 2007 y la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2016.

Art. 2°.- Definiciones: A los efectos de la presente ley, entiéndanse por:

a) *Medicina Tradicional Complementaria e Intercultural (MTCeI)*: es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas, mentales y espirituales.

b) *calidad*: contar con la infraestructura adecuada y necesaria para satisfacer las necesidades básicas y urgentes. Esto incluye cualquier tipo de herramienta o soporte vital, así como también disponer de recurso humano calificado para responder ante urgencias médicas.

c) *accesibilidad*: los establecimientos, bienes y servicios de emergencias de salud deben ser accesibles a todas las personas. La accesibilidad entendida desde las dimensiones superpuestas de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Proveyendo de esta forma un sistema de salud inclusivo basado en los derechos humanos.

d) *disponibilidad*: contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas integrales de salud. La coordinación entre establecimientos del sistema para cubrir de manera integrada las necesidades básicas de la población.

e) *aceptabilidad*: los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente apropiados. Además, deberán incluir una perspectiva de género, así como de las condiciones del ciclo de vida del paciente. El paciente debe ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento, y frente a ello respetar su voluntad.

Art. 3°.- Principios: Los principios que rigen el **Programa de Salud Integral para las Comunidades Indígenas** son los siguientes:

- a) El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.
- b) El derecho a contar con traductores/as de lenguas indígenas, siendo obligatoria la presencia de referentes traductores/as en los casos de ser requerida.
- c) El derecho a la preservación de sus propias medicinas tradicionales y prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital.
- d) El derecho a contar con toda la información disponible y el consentimiento previo e informado antes de cualquier práctica.
- e) El derecho al acceso a sus propios datos, expedientes médicos y documentos de investigación, conducidos por personas e instituciones públicas o privadas.
- f) El derecho al acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general.
- g) El derecho al acceso a la salud sin discriminación por género, orientación sexual, identidad de género y expresión de género.
- h) El derecho al acceso a la información, según lo dispuesto por la Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, desde una perspectiva de pertinencia cultural y lingüística, tomando en cuenta su cosmovisión indígena y con un enfoque de género.
- i) El derecho a formar parte del diseño y las estrategias de salud comunitaria con decisión en el proceso salud-enfermedad, acorde a sus creencias e idiosincrasia.

- j) La protección de la coherencia y la seguridad profesional, equilibrando las necesidades de proteger los derechos de la propiedad intelectual de los pueblos indígenas y las comunidades locales, así como sus tradiciones de cuidado de salud.
- k) El acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a los derechos sexuales y reproductivos; generando instancias de asistencia a las personas con discapacidad, mediante guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, la señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión.
- l) Los derechos enunciados en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Art. 4°.- Objetivos: Los objetivos del **Programa de Salud Integral para las Comunidades Indígenas** son:

- a) La reducción de las inequidades en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo.
- b) La disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena.
- c) La promoción de los proyectos necesarios para la recuperación, prevención y asistencia sanitaria de las comunidades indígenas.
- d) La organización, en la medida de lo posible, de los servicios de salud a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
- e) La construcción de bases de conocimiento que permitan gestionar activamente la MTCeI.
- f) El fortalecimiento de la garantía de calidad, la seguridad, el uso adecuado y la eficacia de la MTCeI, mediante la reglamentación de los productos, las prácticas y los profesionales, así como la formación y capacitación, el desarrollo de aptitudes, los servicios y los tratamientos.
- g) El fomento de la cobertura sanitaria universal a través de la integración de la MTCeI, en la prestación de servicios de salud y la auto atención de salud, aprovechando sus posibilidades para contribuir a mejorar los servicios y los resultados sanitarios y asegurando que los usuarios puedan tomar decisiones con conocimiento de causa en lo que concierne al cuidado de su propia salud.
- h) La participación de las personas gestantes en la toma de decisiones relativas a sus derechos sexuales y reproductivo, en cumplimiento con lo dispuesto en la ley 25.929 de Parto Respetado, desde una perspectiva de pertinencia cultural y lingüística, tomando en cuenta su cosmovisión indígena y con un enfoque de género.
- i) La promoción del empleo por parte de las áreas de salud de las jurisdicciones, de las estrategias de atención, promoción y prevención (APA) en el territorio para favorecer el acceso a dispositivos de salud eficaces en el seno de las comunidades.

Art. 5°.- Acciones: La Autoridad de aplicación del **Programa de Salud Integral para las Comunidades Indígenas**, llevará adelante las siguientes acciones:

- a) Promover la creación de un instituto de investigación sobre medicina tradicional/medicina complementaria (incluidos los dedicados a medicamentos herbarios, animales medicinales y la espiritualidad), así como también programas de capacitación superior en MTCeI.
- b) Promover la creación de un Consejo Intercultural de Salud, como un espacio para el reconocimiento de las raíces que están ancladas sólidamente en el territorio, y la manera en que nos proyectamos en el accionar para consolidar el espacio territorial con las prácticas de MTCeI, conformando una guía para el trabajo solidario, recíproco, de aprendizaje, unidad, igualdad, transparencia y respeto.
- c) Promover la creación de un Instituto de Educación de Salud Intercultural, en donde se considere nuevas líneas de profesionalización intercultural, basadas en la actualización constante y permanente, considerando los avances de la tecnología y la evolución de la sociedad.
- d) Promover articulaciones con otras dependencias y programas del Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios de Salud Provinciales, Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, Programas con Financiamiento Internacional, y otros Ministerios Nacionales, para coordinar acciones y políticas dirigidas hacia la población indígena.
- e) Coordinar con los gobiernos de las jurisdicciones la creación de unidades sanitarias móviles para la atención de las comunidades aisladas, que efectúen los controles como mínimo cada tres meses, priorizando en todos los casos, la problemática territorial.
- f) Crear un sistema de georreferenciación sanitaria para comunidades indígenas aisladas que permitan a los agentes sanitarios hacer seguimientos pertinentes, interactuar con equipos interdisciplinarios y promover la telemedicina como una estrategia de acceso a especialidades de salud y concreción de diagnósticos.
- g) Promover la realización de convenios entre jurisdicciones limítrofes, para garantizar la atención sanitaria de la manera más óptima posible, teniendo en cuenta la distancia entre los centros de salud y las comunidades.
- h) Formar agentes sanitarios y promotores de la salud capacitados y especializado con la realidad local, promoviendo la participación comunitaria, para el cumplimiento de las acciones sanitarias en las zonas de radicación de las comunidades.
- i) Llevar adelante proyectos de saneamiento ambiental, a través de la Coordinación de Salud Ambiental, dependiente del Ministerio de Salud, para la provisión de agua potable, la eliminación de instalaciones inadecuadas, fumigación y desinfección, control de vectores, para asegurar condiciones de seguridad e higiene, en los lugares de emplazamiento de las comunidades indígenas, promovándose, la educación sanitaria de sus integrantes y el acceso a una vivienda digna.

- j) Formar promotores sanitarios integrantes de las comunidades, especializados en estrategias de atención, promoción y prevención (APA) y primeros auxilios.
- k) Potenciar la participación de las personas gestantes en la toma de decisiones relativas a sus derechos sexuales y reproductivos, en cumplimiento con lo dispuesto en la ley 25.929 de Parto respetado.
- l) A demanda de los/as beneficiarios/as y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos respetando los criterios o convicciones de los/as destinatarios/as, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.
- m) Llevar adelante estrategias para el cuidado del embarazo y parto de la atención del binomio de la persona gestante-hijo/a y de su seguimiento hasta el primer año de vida, desde una perspectiva de pertinencia cultural y lingüística, tomando en cuenta su cosmovisión indígena y con un enfoque de género.
- n) La conformación de redes locales de alertas tempranas en cuanto a la vigilancia del estado nutricional, estado de vulnerabilidad social y abandono, violencias, consumos problemáticos, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades relacionadas con la pobreza, enfermedades relacionadas con el acceso al agua potable y el saneamiento ambiental y condiciones de vida e higiene, y enfermedades crónicas prevalentes, de las personas integrantes de las comunidades, con el fin de evitar el deterioro y las secuelas propias de llegar tarde a la atención y tratamiento de estas patologías
- m) Instrumentar medios que posibiliten agilizar el traslado de pacientes a centros sanitarios de mayor complejidad.
- n) Desarrollar actividades de capacitación de personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud reconociendo la interculturalidad
- o) Recopilar conocimientos de herborística, prácticas curativas y de alimentación, como un aporte a la sociedad nacional y a una mejor atención de la salud integral de los pueblos indígenas.

Art. 6°.- Autoridad de Aplicación: La Autoridad de Aplicación será designada por el Poder Ejecutivo nacional

Art. 7°.- Financiamiento: Los gastos que requiera la implementación de la presente ley se imputarán a la partida presupuestaria correspondiente a la autoridad de aplicación que designe el Poder Ejecutivo nacional facultándose a la Jefatura de Gabinete a readecuar las partidas presupuestarias necesarias en el curso del Ejercicio Fiscal correspondiente de acuerdo a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Art. 8°.- Reglamentación: La presente ley será reglamentada dentro de los noventa (90) días de su publicación.

Art. 9°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

Firmante:

María Luisa Chomiak

Cofirmantes: Juan Manuel Pedrini; Ana María Ianni.

Fundamentos

Sr. Presidente,

En 1992, se declaró la emergencia por cólera en nuestro país, debido a un brote alrededor del río Pilcomayo, afectando a comunidades indígenas de Argentina, Bolivia y Paraguay. Debido a la exposición pública de los acontecimientos, que dejaron como saldo muertos y centenares de afectados, la discusión sobre la cobertura de salud en las comunidades indígenas se puso de manifiesto. Con los años se fue conformando la red de agentes sanitarios indígenas, constituyéndose en el antecedente del enfoque intercultural de salud. Recién en las dos últimas décadas se diagramaron iniciativas específicas, como el Programa Nacional de Acciones Humanitarias para Población Indígena (ANAHI) y el Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, y se crearon las Salvaguardas Indígenas para extender la cobertura de otros planes de salud: el Nacer/Sumar y el de Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).¹ Con estos antecedentes, a mediados de 2016, se creó el Programa de Salud para los Pueblos Indígenas, dependiente de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación.² Sin desconocer la existencia del mismo, el objetivo del presente Proyecto es darle la envergadura de una Ley nacional.

En todo el mundo la medicina tradicional es el pilar de la prestación de servicios de salud o su complemento. En algunos países, la medicina tradicional o medicina no convencional suele denominarse medicina complementaria. La resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre medicina tradicional (WHA62.13), adoptada en 2009, pide a la Directora General de la OMS que actualice la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, sobre la base de los progresos realizados por los países y los nuevos problemas que se plantean actualmente en el campo de la medicina tradicional.

¹ Mariana Lorenzetti: *Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina*. **Revista de Estudios Marítimos y Sociales**, ISSN 1852-0669, ISSN-e 2545-6237, **Vol. 1, N.º. 11, 2017**, págs. 148-176

² <https://www.argentina.gob.ar/salud/comunitaria/programa-salud-pueblos-indigenas>

Por lo tanto, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional del 2014-2023 vuelve a evaluar y a desarrollar la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional y señala el rumbo de la misma para el próximo decenio.

La nueva estrategia de la OMS ayudará a las autoridades sanitarias a encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto del mejoramiento de la salud y la autonomía de los pacientes. La estrategia tiene dos objetivos principales, a saber: prestar apoyo a los estados miembros para que aprovechen la posible contribución de la Medicina Tradicional Complementaria a la salud, el bienestar y la atención de la salud centrada en las personas, y promover la utilización segura y eficaz de la Medicina Tradicional Complementaria mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales. Estos objetivos se alcanzarán por medio del establecimiento de tres objetivos estratégicos, a saber:

- 1- Desarrollo de una base de conocimientos y formulación de políticas nacionales.
- 2- Fortalecimiento de la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación.
- 3- Fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de Medicina Tradicional Complementaria y la auto atención de salud en los sistemas nacionales de salud.

Los pueblos indígenas consideran la salud un estado general de bienestar físico, mental, social, moral y espiritual, que implica una serie de condiciones de las que han carecido las poblaciones indígenas al ser atendidas en hospitales y centros de salud. Para ellos estar saludables es tener un equilibrio cósmico, en donde todo gira en torno a la madre tierra.³

Hay alrededor de dos mil comunidades indígenas registradas por el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) en nuestro país.⁴ El censo realizado en 2010 arrojó un número de 955.032 personas, de los cuales 481.074 son varones y 473.958 son

³ Extraído de Propuesta estratégica de Pueblo Guaraní sobre Medicina Tradicional Complementaria e Intercultural. Mbaporenda, 01 aratini 2022.

⁴ <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/inai>

mujeres, que a la fecha debe ser mucho más de un millón, aunque este número crece en función del principio de autopercepción. Estamos esperando los resultados del Censo 2022, para saber con certeza el número actual de personas pertenecientes a las comunidades indígenas.

Nuestra Constitución es muy clara al respecto a partir de la reforma de 1994. En el artículo 75, postula lo que corresponde al Congreso y en el inciso 17 expresa el reconocimiento de la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos y entre muchos otros derechos, el respeto por su identidad, y la salud intercultural, es parte fundamental de la misma.

Para cumplir con el mandato constitucional necesitamos una ley que contemple una política pública de salud integral para las comunidades indígenas, con perspectiva de género. Pero no podemos hablar de una política de salud indígena si no los tenemos en cuenta, si sus miembros no participan ni son consultados, porque precisamente una de las cuestiones que deja a muchas personas integrantes de las comunidades indígenas en una situación de vulnerabilidad, es que no se respetan sus costumbres ni su medicina ancestral. Además deben sortear la enorme dificultad de la gran cantidad de lenguas que se manejan y la falta de traductores/as a la hora de recibir atención médica. La mayoría de las comunidades están ubicadas en lugares de difícil acceso y lejos de los puestos sanitarios. Para una mujer indígena, el acceso a los mismos, muchas veces significa caminar muchos kilómetros dejando a sus hijos en la comunidad.

Como dijimos más arriba, la lengua es un enorme problema especialmente para las mujeres, porque cuando llegan a los centros de salud no saben si existen traductores/as que las pueden ayudar. Como la mayoría de las veces no hay traductores/as, en esos centros se dispone de su salud, se dispone de sus cuerpos y se dispone del tratamiento sin que ellas entiendan qué están haciendo. Se observa esta vulneración de derechos especialmente en las niñas y adolescentes mujeres indígenas.⁵

⁵ Muchos de estos conceptos fueron vertidos en una reunión conjunta de las Comisiones de Legislación Penal y Mujeres y Diversidad del 16 de julio de 2020 por **Alicia Alcalá**, Abogada, escribana, especialista en derecho de familia. Mediadora y experta en medios alternativos de resolución de conflictos. Asesora familiar. Defensora General del Poder Judicial del Chaco por concurso de antecedentes y oposición. Ex secretaria de Juzgado de Familia N° 2 de Resistencia. Fue asesora del Juzgado N° 2 de Resistencia y Juez

La Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso "Poblete de Vilches versus Chile" estableció cuatro criterios para el acceso al derecho a la salud: **accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad**. De sostener estos criterios, nos referimos cuando pensamos en un **Programa de Salud Integral para las Comunidades Indígenas**, ya que son los que darían las soluciones a las dificultades señaladas y a muchas otras más que enfrentan todos los días nuestros y nuestras compatriotas. Cuando hablamos de **accesibilidad** estamos refiriéndonos a la facilitación de las formas de acceder al derecho a la salud, en la que juega un importante papel la no discriminación, y la efectivizarían en el caso concreto del derecho a la información en la lengua materna a través de intérpretes para obtener un consentimiento informado. Otro gran obstáculo es la cercanía del centro de salud y la disposición de efectores de salud indígenas que deben recorrer el territorio. **Disponibilidad** se refiere a tener suficientes médicos y enfermeras que apliquen los programas de salud particulares referidos a enfermedades endémicas, como son, por ejemplo, el Chagas y la desnutrición. Esto también se relaciona con el agua potable y los servicios sanitarios razonables. **La aceptabilidad** significa que desde la medicina científica se debe aceptar y consensuar con la medicina ancestral de los pueblos originarios desde el respeto y la empatía tratando de llegar a acuerdos consensuados. Finalmente, cuando hablamos de **calidad** nos estamos refiriendo a la calidad de la prestación médica y científica, que debe ser adecuada a las comunidades.⁶

Muchas provincias argentinas que albergan en su territorio comunidades indígenas, además de adherir a la legislación nacional, poseen normativas al respecto. Es el caso de la provincia del Chaco, que mediante la Ley Nro. 562-W (Antes Ley 3258) DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS, dedica el capítulo IV, específicamente a la salud:

“CAPÍTULO IV. DE LA SALUD

Artículo 18: El Ministerio de Salud Pública de la Provincia efectuará el estudio de la **medicina natural indígena** y su práctica, para tal fin promoverá:

a) La recopilación de los conocimientos de herborística, prácticas curativas y de alimentación, como un aporte a la sociedad nacional y a una mejor **atención de la salud integral de los pueblos indígenas**.

de ese mismo Juzgado y del Juzgado en lo Penal Juvenil N° 4. Autora de ponencias en congresos internacionales de derecho de familia y de artículos sobre la materia.

⁶ *idem*

b) Los planes, programas y proyectos necesarios para la recuperación, prevención y asistencia sanitaria de las comunidades indígenas.

Artículo 19: Los planes, programas y proyectos en materia de salud contemplarán las siguientes acciones:

- a) **Crear centros sanitarios** que posibiliten la atención médica integral de la población indígena.
- b) **Formar agentes sanitarios indígenas** para la atención de sus comunidades, incorporándolos a la planta permanente del Programa de Salud Rural de la Provincia.
- c) **Capacitar al personal médico** para una mayor comprensión del universo socio-cultural indígena.
- d) Llevar a cabo planes de **saneamiento ambiental**, en especial la provisión de agua potable, fumigación y desinfección, campaña de eliminación de roedores e insectos. e) **Erradicar enfermedades endémicas** que los afligen.
- f) Contemplar especialmente el cuidado del embarazo y parto de la atención del binomio madre-hijo y del seguimiento de los mismos hasta el primer año de vida.
- g) Instrumentar medios que posibiliten agilizar el traslado de pacientes a centros sanitarios de mayor complejidad.
- h) Incorporar **unidades móviles sanitarias**, como medio de ampliar la cobertura sanitaria.⁷

Anterior a esta norma, contamos con una Ley Nacional de Comunidades Aborígenes N° 23.302, que entre muchas otras cosas crea el INAI y fue sancionada el 30 de septiembre de 1985. En su artículo 1, declara de interés *nacional la atención y apoyo a los aborígenes y a las comunidades indígenas existentes en el país, y su defensa y desarrollo para su plena participación en el proceso socioeconómico y cultural de la Nación, respetando sus propios valores y modalidades. A ese fin, se implementarán planes que permitan su acceso a la propiedad de la tierra y el fomento de su producción agropecuaria, forestal, minera, industrial o artesanal en cualquiera de sus especializaciones, la preservación de sus pautas culturales en los planes de enseñanza y la protección de la salud de sus integrantes.* Pero va más allá y dedica, como la posterior Ley chaqueña citada más arriba un capítulo a la salud:

“VI — DE LOS PLANES DE SALUD

⁷ Ley Nro. 562-W (Antes Ley 3258). 13 de mayo de 1987.

ARTICULO 18. — La autoridad de aplicación coordinará con los gobiernos de provincia la realización de planes intensivos de salud para las comunidades indígenas, para la prevención y recuperación de la salud física y psíquica de sus miembros, **creando unidades sanitarias móviles para la atención de las comunidades dispersas. Se promoverá la formación de personal especializado para el cumplimiento de la acción sanitaria en las zonas de radicación de las comunidades.**

ARTICULO 19. — Se declarará prioritario el diagnóstico y tratamiento mediante control periódico, de las enfermedades contagiosas, endémicas y pandémicas en toda el área de asentamiento de las comunidades indígenas. Dentro del plazo de sesenta días de promulgada la presente ley deberá realizarse un catastro sanitario de las diversas comunidades indígenas, arbitrándose los medios para la profilaxis de las enfermedades y la distribución en forma gratuita bajo control médico de los medicamentos necesarios.

ARTICULO 20. — La autoridad de aplicación llevará a cabo planes de saneamiento ambiental, en especial para la provisión de **agua potable, eliminación de instalaciones inadecuadas, fumigación y desinfección**, campañas de eliminación de roedores e insectos y lo demás que sea necesario para asegurar condiciones higiénicas en los lugares de emplazamiento de las comunidades indígenas promoviéndose, a ese efecto, **la educación sanitaria de sus integrantes y el acceso a una vivienda digna.**

ARTICULO 21. — En los planes de salud para las comunidades indígenas deberá tenerse especialmente en cuenta:

- a) La atención bucodental;
- b) La realización de exámenes de laboratorio que complementen los exámenes clínicos;
- c) La realización de exámenes cardiovasculares, a fin de prevenir la mortalidad prematura;
- d) **El cuidado especial del embarazo y parto y la atención de la persona gestante y el niño/a;**
- e) La creación de centros de educación alimentaria y demás medidas necesarias para asegurar a los indígenas una nutrición equilibrada y suficiente;

f) **El respeto por las pautas establecidas en las directivas de la Organización Mundial de la Salud, respecto de la medicina tradicional indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas;**

g) **La formación de promotores sanitarios aborígenes especializados en higiene preventiva y primeros auxilios.**

Las medidas indicadas en este capítulo lo serán sin perjuicio de la aplicación de los planes sanitarios dictados por las autoridades nacionales, provinciales y municipales, con carácter general para todos los habitantes del país.”⁸

Publicado por la Organización Internacional del Trabajo, por la Oficina Regional para América Latina y el Caribe, contamos con el Convenio 169, que al respecto, destaca lo siguiente en su artículo 25:

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados, jerarquizando sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.⁹

En la 107 Sesión Plenaria de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, el 13 de septiembre de 2007, se expresó lo siguiente:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales,

⁸ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/23790/texact.htm>

⁹ Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Lima: OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2014. 130 p.

animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.¹⁰

Finalmente, en el 2016, la Organización de los Estados Americanos (OEA) emitió una DECLARACIÓN AMERICANA SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, que en su artículo XVIII estaba referida a la salud:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho en forma colectiva e individual al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual.

2. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propios sistemas y prácticas de salud, así como al uso y la protección de las plantas, animales, minerales de interés vital, y otros recursos naturales de uso medicinal en sus tierras y territorios ancestrales.

3. Los Estados tomarán medidas para prevenir y prohibir que los pueblos y las personas indígenas sean objeto de programas de investigación, experimentación biológica o médica, así como la esterilización sin su consentimiento previo libre e informado. Asimismo, los pueblos y las personas indígenas tienen derecho, según sea el caso, al acceso a sus propios datos, expedientes médicos y documentos de investigación conducidos por personas e instituciones públicas o privadas.

4. Los pueblos indígenas tienen derecho a utilizar, sin discriminación alguna, todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general. Los Estados en consulta y coordinación con los pueblos indígenas promoverán sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios que se provean en las comunidades indígenas, incluyendo la formación de técnicos y profesionales indígenas de salud.

5. Los Estados garantizarán el ejercicio efectivo de los derechos contenidos en este artículo.¹¹

¹⁰ **Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.** 107a. sesión plenaria 13 de septiembre de 2007

¹¹ AG/RES. 2888 (XLVI-O/16) DECLARACIÓN AMERICANA SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (Aprobada en la segunda sesión plenaria, celebrada el 14 de junio de 2016)

Hemos tomado como antecedentes normativa provincial, nacional e internacional, pero fundamentalmente el reclamo y la experiencia de las propias personas integrantes de las comunidades indígenas de nuestro país. Creemos en la necesidad de una Ley nacional que articule un Programa de Salud Integral para las Comunidades Indígenas, ya que más allá de las legislaciones citadas, vemos un vacío legal a la hora de llegar a nuestros y nuestras compatriotas. Por lo expuesto solicito la aprobación del presente Proyecto de Ley que ya ha sido presentado en el 2022, bajo el número de expediente 4776-D-2022.¹²

Firmante:

María Luisa Chomiak

Cofirmantes: Juan Manuel Pedrini; Ana María Ianni.

¹² MASIN, MARIA LUCILA; GOLLAN, DANIEL; PEDRINI, JUAN MANUEL; BERTONE, ROSANA ANDREA; CHOMIAK, MARIA LUISA Y PEREZ PLAZA, EBER ALBANO: DE LEY. CREASE EL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL PARA LAS COMUNIDADES INDIGENAS EN EL AMBITO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. ([4776-D-2022](#)) ACCION SOCIAL Y SALUD PUBLICA / POBLACION Y DESARROLLO HUMANO / PRESUPUESTO Y HACIENDA