

Concienciación del derecho a la salud de las minorías y los pueblos indígenas

Corinne Lennox y Carolyn Stephens

Introducción

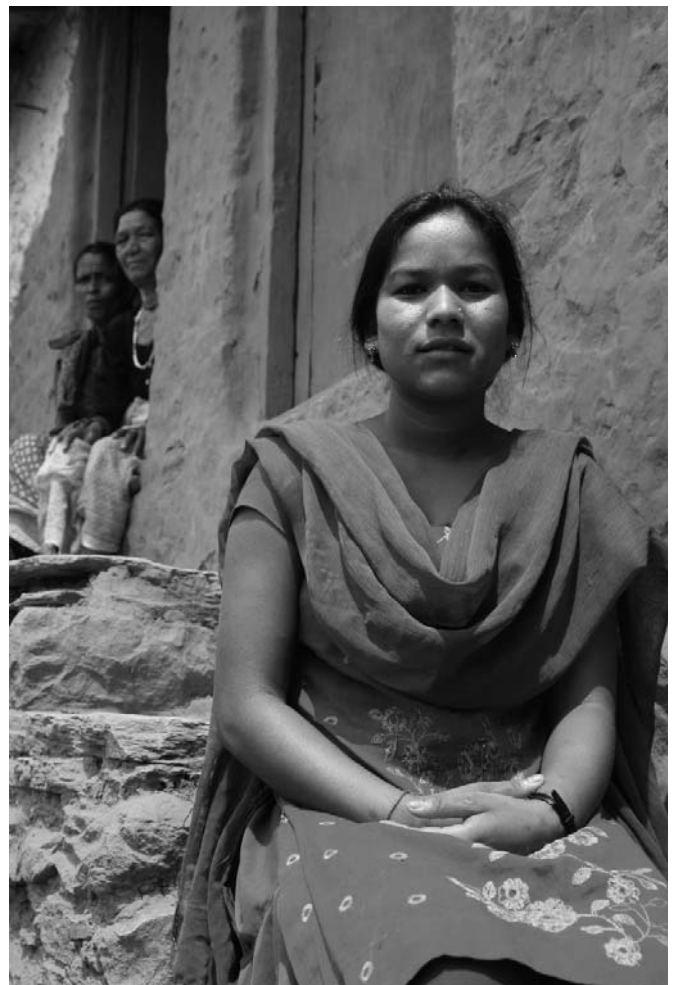
de Carolyn Stephens

“Yo pienso que el bienestar es vivir mejor, vivir bien. Porque... “bienestar” significa estar bien en la familia, en el hogar, tener buena salud, no estar enfermo, y algo diferente es comer, o disponer de alimentos en casa –hay alubias, trigo, comida; significa que no se pasa hambre, ni se padecen enfermedades, ni tampoco se está mal de pensamiento, ya que si la mente está mal, significa que no se vive bien. De esto se trata el bienestar.”

Gaspar Castro Uz, 68 años de edad, grupo étnico k'iche' maya, Municipio de Santa Lucía La Reforma, Departamento de Totonicapán, Guatemala

Muchas minorías y grupos indígenas tienen un concepto de la salud cercano al concepto idealizado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de dolencias o enfermedades”. Es importante ser conscientes de que para muchas minorías y comunidades indígenas, el concepto de “salud” está unido a la comunidad y no al individuo, incluye un importante elemento espiritual y se relaciona firmemente con el bienestar del ecosistema y del planeta.^{1,2} Esto tiene implicaciones importantes a la hora de medir y tratar la salud de las minorías y los pueblos indígenas. El modelo de medicina occidental mide los síntomas de los individuos, y evalúa la “salud” según las estadísticas de las enfermedades y mortalidad de aquellos. Esto es importante al debatir la salud de las minorías y los pueblos indígenas ya que influye en qué medimos y cómo lo hacemos para evaluar el contexto de salud de dichos grupos. Especialmente la forma en que las minorías y los pueblos indígenas conceptualizan el los contrastes de la salud con las diferentes formas en que la mayoría de gobiernos la miden.

Sus conceptos de salud también contrastan con la mayoría de indicadores de salud recopilados internacionalmente, con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y sus indicadores estándar de enfermedad y tasas de mortalidad. Pero incluso utilizando estos indicadores estándar el panorama de salud de las minorías y pueblos indígenas es alarmante.



Aquí se resume el informe *Estado de las Minorías y Pueblos Indígenas del Mundo 2013*, que estudia la situación sanitaria de las minorías y grupos indígenas de todo el mundo. La mejoría de la salud de las minorías y pueblos indígenas es un reto de suma importancia, a la vez que complejo. En algunas zonas, los pueblos indígenas no están reconocidos ni incluidos en los datos gubernamentales. En todos los casos, donde se disponga de la evidencia, los indicadores de salud de las minorías y los pueblos indígenas están muy por detrás de los de la mayoría y pueblos no indígenas. Y en casi todos los casos, esta desigualdad de salud tiene su origen en la discriminación y marginalización de las minorías y los grupos.

Es importante ser conscientes de que la discriminación de las minorías y los pueblos indígenas tiene un amplio historial. Los enfoques de políticas deben tener en cuenta siglos de prejuicio, en muchos casos acompañados de la matanza de minorías y pueblos indígenas motivada por diferencias étnicas. Hace quinientos años, en Latinoamérica se asesinaron o fueron desplazados millones de indígenas, o murieron por enfermedades introducidas durante las invasiones españolas y portuguesas. En Asia, África y el Medio Oriente, la situación de las minorías y los pueblos indígenas está unida a su relación histórica con los grupos étnicos o religiosos mayoritarios. En India, los grupos indígenas, conocidos como tribus, suelen ser considerados retrasados por los científicos y gobernantes de la cultura mayoritaria, y achacan los problemas de salud a su cultura y malos hábitos.

Hasta cierto punto, la atención y ayuda en política que reciben en sus países las minorías y pueblos indígenas depende del tamaño de su población. En algunos países, por ejemplo en Bolivia, los pueblos indígenas son mayoría, y cuentan con un presidente indígena. No obstante, en la mayoría de los países los pueblos indígenas son una minoría de la población, y suelen ser muy diferentes en lo que a la cultura se refiere tanto de la población mayoritaria como de otras minorías, y cuentan con diferentes formas de ver la salud y sus propios sistemas sanitarios. Por ejemplo, según el Censo del 2000, China tiene 55 pueblos indígenas diferentes con un total de 104,49 millones de personas, pero que ascienden solo al 8,1 % de la población total del país. Cada uno de estos grupos tiene su propio idioma y cultura, claramente diferenciados entre sí y también de la cultura mayoritaria.

Las diferentes zonas y países tienen diferentes enfoques a la hora de revelar la situación sanitaria de sus minorías y pueblos indígenas. Como se sabe a nivel global según los estudios e informes gubernamentales, los datos de salud de los indígenas se documenta mejor en Australia, América del Norte y Nueva Zelanda, donde vive aproximadamente el 1,1 % de los pueblos indígenas del mundo. La salud de las minorías y pueblos indígenas de las zonas de ingresos inferiores, incluidos Latinoamérica, Sur de Asia y África, ha recibido mucha menos atención científica y política. Entre los temas clave del informe *Estado de las Minorías y Pueblos Indígenas del Mundo 2013* de MRG están:

- Ausencia de datos: algunos gobiernos nacionales no reconocen la identidad de las minorías y pueblos indígenas, y si la reconocen no se suelen recopilar ni difundir datos periódicamente.
- Algunos gobiernos se resisten activamente a la difusión de los datos que puedan revelar los efectos en la salud de la discriminación política y marginalización de las minorías y los pueblos indígenas.
- Cuando hay datos, la evidencia sugiere que, en todos los casos, las minorías y los pueblos indígenas padecen enfermedades de forma extrema, y muchos grupos de población corren el riesgo de extinción.
- El concepto de salud de las minorías y los pueblos indígenas difiere del modelo biomédico occidental. Por ejemplo, los pueblos indígenas consideran que su salud personal está íntimamente ligada a la de la comunidad y ecosistema en que viven –centrándose rara vez en el bienestar individual.
- Los factores sociopolíticos relacionados con la marginalización y el colonialismo, y la relación con la tierra y el medioambiente, se consideran determinantes fundamentales de la salud de las minorías y los pueblos indígenas.

En nuestro resumen indicamos las formas en que los gobernantes pueden tratar las desigualdades sanitarias padecidas por las minorías y los pueblos indígenas, centrándonos en el marco 2015. Estas recomendaciones se basan en años de activismo de las minorías y grupos indígenas, que condujeron a la adopción por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas de la Declaración sobre los derechos de las minorías en 1992 y la Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas en 2007 (UNDRIP). Ambas declaraciones pusieron finalmente los derechos de las minorías y pueblos indígenas en el programa de todos los países del mundo.

En el momento de la adopción de UNDRIP, Victoria Tauli-Corpuz, Presidenta del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de la ONU emitió una declaración para la Asamblea General de las Naciones Unidas que indicaba: *“hoy se recordará como el día en que las Naciones Unidas y sus estados miembros, en conjunto con los pueblos indígenas, se han reconciliado con un pasado doloroso y han decidido marchar hacia el futuro por el camino de los derechos humanos”*. Siguió diciendo que *“El desafío de asegurar el respeto, protección y desarrollo de los derechos de los pueblos indígenas acaba de empezar. Podemos prever grandes dificultades en la implementación de esta declaración debido a la falta de voluntad política por parte de los gobiernos, a la falta de recursos y por los intereses específicos de los ricos y poderosos”*.

UNDRIP es sumamente detallada en lo que se refiere al derecho a la salud; todos los derechos de esta declaración son importantes para la salud y bienestar de los pueblos indígenas. La Casilla 1 refleja los artículos específicos que se refieren directamente al derecho de la salud indígena.

Casilla 1: Artículos relacionados con la salud de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas

Artículo 24

- 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, 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.

Artículo 31

- 1 Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales, y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales.
- 2 Conjuntamente con los pueblos indígenas, los Estados adoptarán medidas eficaces para reconocer y proteger el ejercicio de estos derechos.

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas 2007

Quizás una de las formas más importantes en que se puede avanzar sea el desarrollo de programas de salud interculturales tanto para las minorías como para los pueblos indígenas. Este artículo incluye programas donde el personal médico alopático, o formado según las prácticas occidentales, aprende las prácticas y remedios de los indígenas; la formación en medicina alopática de los miembros de las minorías y pueblos indígenas; la incorporación de los curanderos tradicionales de las minorías y comunidades indígenas a los servicios de salud alopáticos; y la incorporación de la medicina y prácticas tradicionales a los servicios de salud. Hoy en día existen muchos ejemplos de programas de salud interculturales –con amplios programas muy conocidos en Canadá, Nueva Zelanda y Australia, y nuevas leyes y programas en Bolivia, Ecuador y Brasil.

Es importante recordar las palabras de Victoria Tauli-Corpuz sobre la dificultad de lograr el derecho a la salud para las minorías y los pueblos indígenas. Se trata de un derecho al que todavía tenemos que apelar en el contexto del marco de desarrollo post-2015, y cuya lucha continuaremos en los años venideros.

Abordando las desigualdades en salud en el marco de desarrollo post-2015³

de Corinne Lennox

En un pueblo en Gujarat, India, la mayoría de los Dalits en busca de servicios de salud tienen que esperar su turno por más tiempo de lo debido, ya que las personas de casta dominante tienen prioridad. Todos los pacientes tienen la misma prioridad en sus citas sólo cuando el doctor es también Dalit. Los trabajadores de la salud raramente visitan los barrios Dalit del pueblo. En el centro asistencial de salud, los Dalits no se sientan en los bancos provistos, y beben agua de vasijas separadas, provistas especialmente para ellos. La 'intocabilidad' es ampliamente practicada en la provisión de servicios de salud.⁴ En toda India, estas realidades han significado que los Dalits tienen tasas de mortalidad y enfermedad desproporcionadamente altas cuando son comparadas con las de sus conciudadanos.

Lo expresado es tan sólo un retrato de la discriminación en el acceso a la salud que las minorías y los pueblos indígenas enfrentan en el mundo. Hay amplio acuerdo en que el tratamiento de las desigualdades debe ser central en el marco de desarrollo post-2015, que reemplazará a los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ODM) en dos años. Éste no solamente es un enfoque justo y objetivo; también tiene sentido para el desarrollo. Se ha demostrado que la desigualdad obstruye la reducción de pobreza y las estrategias de crecimiento, para crear tensiones y conflictos entre comunidades, y además debilita el gobierno democrático.

Este mayor enfoque en desigualdades ha provisto de una importante voz a las minorías y los pueblos indígenas, quienes han experimentado por mucho tiempo los efectos negativos de la desigualdad. Dos de las mayores causas de ésta son la violación a los derechos humanos de las minorías y los pueblos indígenas, y las políticas nacionales que no reflejan sus prioridades o percepciones de desarrollo.

Este capítulo mostrará como la atención específica a los derechos humanos de las minorías y los pueblos indígenas, junto con un enfoque en desarrollo basado en los derechos humanos, puede fortalecer cualquier nueva estrategia de desarrollo global para el acceso a salud. Como la evidencia sugerirá, las estrategias para estos grupos son necesarias globalmente, tanto para el Norte como el Sur.

Evaluación del impacto de los ODM

Durante los últimos tres años, un gran proceso de consulta ha sido llevado a cabo para diseñar un nuevo plan de desarrollo global para la era post-2015, cuando los ODM concluyan. Esta consulta ha involucrado a la sociedad civil, a estados y a expertos independientes, guiados

principalmente por instituciones de la ONU. En Septiembre de 2013, la Asamblea General de la ONU se reunirá para discutir las recomendaciones de este proceso y comenzar a planear un nuevo marco de trabajo que empalme con los ODM.

Los grupos de la sociedad civil estuvieron involucrados principalmente en una serie de consultas temáticas organizadas por la ONU. Éstas a su vez fueron complementadas por otros dos importantes procesos: el Grupo de Alto Nivel para la agenda de desarrollo post-2015, presidido en conjunto por Indonesia, Liberia y el Reino Unido; y el Grupo Abierto de Trabajo, un proceso intergubernamental sobre los objetivos del desarrollo sustentable, el cual está vinculado al proceso de Río+20. Estas consultas reúnen la necesidad de una nueva agenda de desarrollo con el llamamiento de la conferencia mundial de Río+20 para establecer un conjunto de objetivos para un desarrollo sustentable.

También, los grupos de la sociedad civil pidieron por los derechos humanos y los principios de igualdad, la no discriminación y la participación, para que sean las bases del marco de trabajo post-2015.

Las recomendaciones de Mayo de 2013 publicadas por el Grupo de Alto Nivel de la ONU no fueron suficientes en este aspecto; si bien se mencionan algunos derechos humanos, tales como la no discriminación contra la mujer, los derechos a la propiedad y a un juicio justo y la libertad de expresión, no existe una integración sistemática de los derechos humanos en su propuesta. El Grupo Abierto de Trabajo sobre los objetivos del desarrollo sustentable presentará su propuesta a la Asamblea General de la ONU en Septiembre de 2013. Notablemente, el documento que surgió de la conferencia de Río+20 tiene un firme compromiso con los derechos humanos, incluyendo específicamente los derechos a salud, a un adecuado estándar de vida, a una alimentación debida y a la no discriminación.

Un componente del proceso de consulta global a la sociedad civil encarado por la ONU puso enfoque en el abordaje de las desigualdades; el mismo ofrecía a las minorías y los pueblos indígenas una importante oportunidad para participar en la creación de la agenda post-2015. No hubo oportunidad equivalente cuando el borrador de las ODM fue redactado.

El marco de trabajo de las ODM tuvo muchas deficiencias en relación con las minorías y los pueblos indígenas. La dependencia en la suma global de resultados y una falta de recolección de datos desagregados significó que muy pocas mediciones fueran hechas sobre el progreso de estos grupos hacia los objetivos. El empleo al máximo de los recursos y la presión para alcanzar los objetivos han empujado a los gobiernos a enfocarse en las poblaciones que son de más fácil acceso y en aquellas donde los niveles de desigualdad son menos costosos de abordar. De esta manera, las minorías y los pueblos indígenas se encuentran ahora, en muchos casos, más lejos de alcanzar los objetivos

que otras poblaciones que también se beneficiaron de estas intervenciones.

Estas tendencias son evidentes en algunas estadísticas relacionadas con los ODM en salud. En India, la desnutrición infantil es entre 14% y 20% más elevada en las Castas Registradas y Tribus Registradas, y ha estado descendiendo a menor velocidad que en el resto de la población sobre el período de los ODM.⁵ En Tanzania, el objetivo para la reducción del VIH/ SIDA fue obstaculizado para los pueblos pastores en parte debido a que las campañas nacionales para la prevención del VIH/ SIDA fueron emitidas sólo en el idioma dominante (Swahili) y los anti-retrovirus, aunque gratuitos, no eran de fácil acceso en varios de los distritos donde los pueblos pastores predominantemente viven.⁶ En Pakistán, UNICEF informa que el índice de mortalidad materna para Baluchistán (habitada mayormente por la minoría Baluchi), se encuentra en 758 por cada 100.000 nacimientos vivos, casi tres veces superior al promedio nacional de 276 sobre 100.000, y muy lejos de las metas de los ODM (140 sobre 100.000). La prevalencia de malaria es muy baja en grandes áreas de Bangladesh, pero es particularmente alta en las cumbres de Chittagong, donde el pueblo indígena Jumma reside. Esto es atribuible mayormente a una menor inversión en estándares de vida adecuados y servicios de salud en áreas de alto riesgo. La desnutrición crónica entre los niños indígenas de Guatemala es casi dos veces superior al índice en niños no indígenas.

Si bien los gobiernos podrían mencionar limitaciones en sus recursos o ubicaciones remotas para explicar estas desigualdades, éstas no pueden ser justificadas desde el punto de vista de los derechos humanos.

El derecho a Salud: algunos estándares y principios internacionales

Las minorías, los pueblos indígenas y organizaciones de la sociedad civil hicieron un llamamiento para una agenda post-2015 que se base en los derechos humanos. Es por lo tanto importante discutir el alcance del derecho a los más altos niveles asequibles en salud física y mental (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [PIDESC], Artículo 12). De acuerdo al Comentario General Nro 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU (quien supervisa el núcleo del tratado que reconoce el derecho a la salud) este derecho:

‘es el derecho al goce de una variedad de infraestructuras, bienes, servicios y condiciones necesarias para el alcance de los más altos niveles asequibles en salud... [El derecho incluye tanto una] asistencia médica apropiada y a tiempo... [como el acceso a] los determinantes de salud subyacentes, que incluyen agua potable y segura, saneamiento adecuado, provisión de alimentos seguros, nutrición y vivienda,

condiciones ocupacionales y ambientales saludables, y acceso a información y educación relacionadas con la salud, incluso la sexual y reproductiva. on sexual and reproductive health.’

Así, aunque el estado no pueda proteger a la gente contra la mala salud, sí puede proveer servicios y un ambiente que permita a la gente alcanzar los más altos estándares posibles de salud.

En relación con los determinantes subyacentes de salud, el PIDESC también reconoce los derechos a estándares de vida adecuados (Artículo 11), vivienda adecuada (Artículo 11), alimentación (Artículo 11), educación (Artículo 13) y condiciones de trabajo justas y favorables (Artículo 7). El tratado igualmente requiere a los estados avanzar en ‘el mejoramiento de todos los aspectos relacionados a la higiene ambiental e industrial’ (Artículo 12.2 (b)); ‘la prevención, el tratamiento y el control de enfermedades endémicas y epidémicas, ocupacionales o de otro tipo’ (Artículo 12.2 (c)); y ‘la creación de condiciones que puedan garantizar la atención y el servicio médicos en caso de enfermedad’ (Artículo 12.2 (d)).

Los derechos en salud reproductiva para mujeres están asimismo firmemente reconocidos: el PIDESC sostiene que los estados deberían actuar para ‘la reducción de las tasas de nacimiento de niños muertos y de mortalidad infantil; y el desarrollo saludable de los menores’ (Artículo 12.2 (a)), a través de medidas tales como el acceso a servicios de salud reproductiva y sexual, obstetricia de emergencia, información, y recursos para acceder a estos servicios. La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDCM) tiene aún más estipulaciones: Los estados ‘deberán asegurar a las mujeres servicios apropiados en conexión con el embarazo, el parto y el período postnatal, garantizando servicios gratuitos donde sea necesario, así como una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia’ (Artículo 12.2).

Los derechos en salud específicos de los niños están detallados en el Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Estos incluyen la obligación de los estados de ‘asegurar que ningún niño sea privado del derecho al acceso a ... servicios de atención médica’ (Artículo 24.1); ‘reducir la mortalidad infantil y juvenil’ (Artículo 24.2 (a)); ‘proveer nutrición adecuada, acceso al agua limpia y a un medioambiente limpio’ (Artículo 24.2 (c)); y ‘desarrollar la atención médica preventiva’ (Artículo 24.2 (f)). Los derechos en salud y las medidas especiales están también especificados para los niños con capacidades diferentes (Artículo 23).

El derecho a la salud de las minorías y los pueblos indígenas

Podemos, con las estipulaciones generales sobre derechos humanos relacionados con salud como fondo, bosquejar un marco de trabajo que se enfoque en los derechos de interés

particular para las minorías y los pueblos indígenas: el derecho a la no discriminación; el derecho a la participación, y el derecho a la protección de la identidad.

El derecho a la no discriminación

Todas las personas tienen el derecho a acceder a centros de salud, servicios y bienes sin discriminación (PIDESC y la Declaración sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial [DEDR], Artículo 5.e.iv). Esto significa la no discriminación tanto en el acceso a servicios de salud como en el goce de los determinantes subyacentes de salud. Los estados tienen obligaciones para prevenir la discriminación ya sea por parte de actores estatales en el sector público, o por parte actores no estatales en el sector privado. Crucialmente, aún con escasez de recursos, los estados no pueden discriminar en la asignación de acceso a servicios de salud adecuados en el paso hacia la materialización de este derecho (PIDESC, Artículo 2).

La no discriminación en el acceso al derecho a la salud comprende obligaciones positivas y negativas por parte de actores estatales. Éstas requieren no tan sólo la mera abstención de discriminación en la provisión de acceso hacia (y dentro de) los centros de salud, y a los bienes y servicios; también demandan medidas positivas que incluyen asignación de recursos, cambios legislativos o reformas de políticas que aseguren el cumplimiento de este derecho.

La discriminación puede ser directa o indirecta. La directa resulta de una persona que es tratada menos favorablemente que otra en condiciones similares, basándose en fundamentos discriminatorios por motivos prohibidos. La indirecta hace referencia a prácticas que podrían mostrarse como naturales, pero sin embargo tienen el efecto de discriminación por motivos prohibidos.

El derecho a la participación

El cumplimiento del derecho a la participación será esencial para el marco de trabajo post-2015. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sostiene que ‘la participación de la población en la toma de decisiones relacionadas a la salud a nivel local, nacional e internacional’ es un elemento de importancia en el derecho a la salud.

Las minorías tienen el derecho a ‘participar efectivamente en las decisiones nacionales y, donde sea apropiado, a nivel regional según la minoría a la que pertenezcan o la región geográfica que habiten’ (Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas pertenecientes a Minorías Nacionales Étnicas, Religiosas y Lingüísticas [DNUDM], Artículo 2.3). Además, ‘los programas y las políticas nacionales serán planeadas e implementadas con las debidas consideraciones sobre los legítimos intereses de las personas pertenecientes a minorías’ (DNUDM, Artículo 5.1).

De la misma manera, los pueblos indígenas gozan del derecho a la autodeterminación, que incluye ‘el derecho a

El cumplimiento del derecho a la salud

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha desarrollado un marco de trabajo para definir muchos de los estándares mínimos que lleven a cumplir con el derecho a la salud en *bienes*, *infraestructura* y *servicios*, incluyendo los determinantes subyacentes de salud. El marco consiste en: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptación y Calidad.

Disponibilidad. Los servicios de salud deberían estar inmediatamente disponibles a todos, sin discriminación. Esto incluye una provisión suficiente de hospitales, clínicas, profesionales de la salud entrenados y medicamentos esenciales. Los servicios relacionados con los determinantes subyacentes de salud, tales como agua potable, infraestructura sanitaria, vivienda adecuada y educación pública en salud, también deben ser provistos en niveles adecuados a toda la población.

Accesibilidad. Los servicios de salud deben ser accesibles para todos, sin discriminación. Deben ser económicamente asequibles a todos, y estar ubicados a distancias razonables y de seguro alcance. La accesibilidad también incluye el derecho a buscar, recibir e impartir información sobre salud, con el debido respeto por la confidencialidad de los datos.

Aceptabilidad. Los servicios de salud deben estar provistos de manera tal que sean compatibles con los derechos lingüísticos y culturales; por ejemplo, proveyendo servicios en idiomas locales y con sensibilidad para con las diferentes prácticas culturales. El cumplimiento del servicio de salud también debe responder a diferencias de género y etarias. La ética médica debe estar íntimamente unida al cumplimiento de los servicios de salud.

Calidad. Los servicios de salud deben ser culturalmente aceptables, científica y médicamente apropiados, y de buena calidad. La provisión de personal médico capacitado, drogas de calidad, agua segura y un buen sistema sanitario están entre los estándares de calidad mínimos esperados.

estar activamente involucrado en la determinación y el desarrollo de programas de salud, sociales, económicos y de vivienda que los afecten y, tanto como sea posible, administrar tales programas a través de sus propias instituciones’ (Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas [DNUDPI], Artículo 23). Más aún, los estados deberían obtener de los pueblos indígenas su ‘consentimiento libre, previo e informado antes de implementar medidas administrativas o legislativas que pudieren afectarlos’ (DNUDPI, Artículo 19).

El derecho a la protección de la identidad

Los factores de identidad, tales como los religiosos o los culturales, pueden impactar en el derecho a la salud de las minorías y los pueblos indígenas. Las creencias personales y comunales respecto de la salud y el bienestar pueden estar profundamente arraigadas en prácticas culturales o credos religiosos, los cuales dan forma a las respuestas que la comunidad tiene hacia los enfoques en salud y asistencia médica establecidos y estrictamente biomédicos.

Las minorías tienen el derecho a practicar y disfrutar su propia cultura, religión, e idioma, en público o en privado, libremente y sin interferencia o cualquier forma de discriminación (DNUDM, Artículo 2.1; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [PIDCP], Artículo 27). Los pueblos indígenas tienen el derecho a ejercer su autodeterminación en cuanto a su desarrollo cultural (DNUDMI, Artículos 3 y 11), a practicar sus religiones tradicionales (DNUDMI, Artículo 12), y a no ser sometidos a una asimilación forzosa o la destrucción de sus culturas (DNUDMI, Artículo 8.1). La protección de la tierra indígena y el derecho a los recursos son interdependientes con estos derechos (DNUDMI, Artículo 26).

En cuanto a las formas tradicionales de medicina, el Artículo 24.1 de la DNUDMI establece que ‘Los pueblos indígenas tienen derecho a sus medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas en salud, incluso a la conservación de sus vitales plantas medicinales, animales y minerales’.

Las prácticas culturales y religiosas también pueden ser dañinas para la salud, y algunos pasos se han tomado para sobreponerse a estos perjuicios; en la CDN, por ejemplo, los estados están por tomar medidas para ‘abolir prácticas tradicionales que perjudiquen a la salud de los niños’ (Artículo 24.3), que podrían incluir tanto a prácticas de la comunidad como a formas sistémicas e integradas de discriminación provenientes del exterior. De manera más general, el Artículo 5(a) de la CEDCM hace un llamado a los estados para eliminar prácticas comunes y de otro tipo, que estén basadas en la suposición de la superioridad o inferioridad femenina, algunas de las cuales tienen impacto en la salud.

Es esencial sin embargo que el impacto potencial en salud a causa de prácticas tradicionales dañinas no sea usado como justificativo para directamente prohibir las creencias culturales y religiosas de las minorías y los pueblos indígenas. Con frecuencia, lo que se necesita es un diálogo informado sobre cómo reformar ciertas prácticas específicas sin restringir o denigrar una cultura o religión en su totalidad.

Comprensión de las desigualdades e inequidad en salud.

Los magros resultados obtenidos a través de los ODM para las minorías y los pueblos indígenas pueden ser atribuidos a fallas de los estados en el cumplimiento de sus obligaciones hacia esos grupos. No es sólo mera desigualdad lo que las minorías y los pueblos indígenas enfrentan, también es

inequidad -distinguible por la injusta pero evitable naturaleza de la desigualdad presenciada. La inequidad es por lo tanto un término más preciso en la descripción de la injusta situación de las minorías y los pueblos indígenas y la negativa de los estados para remediar esta situación.

Discriminación

La discriminación es una de las causas clave de inequidad en salud. La discriminación se puede manifestar en el acceso a establecimientos de salud; en la provisión de servicios de salud y en desigualdades manifiestas en los determinantes (sociales) subyacentes de salud, como ser el acceso a agua segura; infraestructura sanitaria; nutrición y vivienda adecuada; en el mayor nivel de analfabetismo o en la realización de trabajos en tipos de empleo que sean de mayor riesgo.

La discriminación directa ocurre, por ejemplo, cuando los profesionales de la salud brindan cuidados de menor calidad a aquellos a los que se discrimina, evidenciándose en tiempos de espera más largos, diagnósticos inadecuados, provisión de medicamentos de menor calidad, segregación de pacientes, o negligencia en la nutrición e higiene de los pacientes. La discriminación indirecta se puede manifestar, por ejemplo, cuando el acceso a la información sobre los servicios de salud y las prácticas preventivas son típicamente provistas sólo en los idiomas predominantes o en acuerdo con las prácticas culturales más generalizadas.

Con frecuencia, las minorías y los pueblos indígenas son más económicamente humildes que otros grupos, haciendo que un servicio basado en honorarios sea de mucho más difícil acceso para ellos. La discriminación directa e indirecta pueden tener un efecto combinado: en India, por ejemplo, aunque sólo 1% de la población discapacitada recibe ayuda del gobierno para educación, el porcentaje de beneficiarios entre los Dalits y las Tribus Registradas es alrededor de la mitad del que existe en las castas dominantes. Esto es atribuible posiblemente a una discriminación directa y a las prácticas de ‘intocabilidad’, pero también a más altos niveles de pobreza entre estos grupos.⁷

Cultura e identidad

Un segundo factor son las diferentes prioridades y percepciones sobre salud que las minorías y los pueblos indígenas con frecuencia sostienen. Esto puede originarse en creencias tradicionales, ya sean culturales o religiosas, acerca de la salud y el bienestar; diferentes prácticas habituales en cuanto al cuidado de la salud; o por vivir en lugares particulares con desafíos en materia de salud únicos. De manera de alcanzar mayor igualdad en los resultados concernientes a salud, estos distintos puntos de vista deben ser considerados a la hora del desarrollo de políticas y el cumplimiento con los servicios.

Derechos reproductivos de la mujer

Los derechos en salud reproductiva merecen especial atención. Hay evidencias provenientes de todo el mundo

que demuestran que las mujeres de minorías marginadas y pueblos indígenas tienen niveles de mortalidad materna desproporcionadamente altos, y a menudo tienen menos acceso a los servicios en salud reproductiva. En algunos casos de gravedad, las mujeres de minorías pueden ser forzadas o intimidadas para que realicen decisiones involuntarias que involucran a su salud sexual y reproductiva, como ser esterilización o aborto (ya sea a favor o en contra).⁸ Tanto las preferencias con base en lo cultural como la discriminación juegan un importante rol en los resultados.

Pobreza y exclusión social

Los determinantes de salud subyacentes también pueden ser percibidos de manera diferente por las minorías y los grupos indígenas. Niveles de pobreza desproporcionadamente altos y bajos niveles de empleo (o subempleo) afectan a estos grupos. Como resultado, estos son típicamente forzados en empleos con niveles de riesgo en salud ocupacional más altos. La pobreza contribuye también en la generación de viviendas inadecuadas y en menor seguridad alimenticia. Todos estos factores contribuyen asimismo a que las minorías y los pueblos indígenas tengan índices más altos en muchas enfermedades no transmisibles, y en algunas enfermedades transmisibles. En Pakistán, UNICEF informa que los índices más altos de polio tienen lugar entre la población de la minoría Pashtun, comprendiendo el 77% de los casos. En Alaska, Estados Unidos, la Alianza contra las Enfermedades no Transmisibles indica que la población indígena del estado tiene una tasa de mortalidad a causa de enfermedad cardíaca reumática que dobla a la de la población no indígena.

Desalojo y derecho a la tierra

El desalojo de las tierras es una causa subyacente de importancia: un grupo puede ser desalojado de su tierra (hacia áreas urbanas o a tierras menos fértiles), reduciéndose así el acceso a sus fuentes tradicionales de alimento y producción. La necesidad de alcanzar los ODM ha sido utilizada para justificar tales desalojos, usualmente con resultados negativos para las comunidades. En México, por ejemplo, el ODM 'Ciudad Rural Sustentable' en Chiapas desalojó a comunidades indígenas para ubicarlas en asentamientos prefabricados con el objetivo de mejorar el acceso a la salud y otros servicios. Sin embargo, en sus nuevas casas no podían cultivar sus propios alimentos, que les significaba comida e ingresos; tampoco podían cocinar su alimento básico, el maíz, lo que puso así presión en sus ingresos y la seguridad alimenticia; y aunque estaban cerca de los servicios de salud, los residentes informaron que la calidad de los servicios era pobre.⁹ Los efectos contaminantes de muchas industrias extractivas que invaden tierras tradicionales también han dañado severamente los resultados en salud de estos grupos. En la región minoritaria Ahwazi-Arab de Khuzestan, **Irán**, donde

el 90% de las ganancias nacionales obtenidas a través del petróleo se originan, las comunidades minoritarias sufren de mala salud a causa de la polución industrial que contiene el río Karoon, del cual dependen.

Estos y otros factores deben ser tenidos en cuenta a la hora de dar forma a la agenda post-2015, si se pretende alcanzar el objetivo de equidad en salud.

Reformas Post-2015: 'No dejar a nadie en el camino'

La declaración final del Panel de Alto Nivel publicada en Mayo esboza una idea para las reformas post-2015. A pesar de que esta idea no cumple con un enfoque basado en los derechos humanos, ha habido un importante reconocimiento en cuanto a que la discriminación y la exclusión son barreras contra el desarrollo sustentable. El Panel hace un llamado primero y ante todo a 'no dejar a nadie en el camino' en el marco de trabajo post-2015:

*'Deberíamos asegurar que a ninguna persona – sin considerar etnicidad, género, geografía, discapacidad, raza u otra condición – le sean negados los derechos humanos universales y oportunidades económicas básicas. Deberíamos diseñar objetivos que se enfoquen en alcanzar a los grupos excluidos.'*¹⁰

Para lograr esto, el Panel recomienda que los estados desarrollen 'instituciones públicas responsables' y posibiliten un 'crecimiento inclusivo', y que los indicadores de los nuevos objetivos sean desagregados por variables tales como género y etnicidad. El Panel reconoce que el 'costo en la provisión de servicios en áreas remotas podría ser sólo entre 15 y 20% más alto que el promedio' y califica a esto 'razonable y alcanzable' y como 'lo que hay que hacer'.

Estas sugerencias pueden ayudar a cumplir con los derechos de las minorías y los pueblos indígenas. Además, el documento final de Río+20 enfatiza que las políticas para un desarrollo sustentable y la erradicación de la pobreza deberían 'mejorar el bienestar de los pueblos indígenas y sus comunidades, otras comunidades locales y tradicionales, y las minorías étnicas; reconociendo y apoyando su identidad, cultura e intereses, y evitar poner en peligro su patrimonio cultural, sus prácticas y su conocimiento tradicional'.

Para 'no dejar a nadie en el camino', los estados deberían adoptar objetivos específicos que aseguren que las minorías y los pueblos indígenas logren el derecho a la salud a través de un marco de trabajo de desarrollo global. Una herramienta clave para esto es un plan de acción nacional para la eliminación de la inequidad en salud, que incluya a las minorías y los pueblos indígenas. Los planes de acción nacional, incluso el proceso por el cual fueron definidos, son considerados por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU como una obligación central. Los planes de acción nacional deberían ser elaborados con la participación completa y efectiva de

las minorías y los pueblos indígenas, de acuerdo con sus derechos mencionados anteriormente. Deberían incluir puntos de referencia e indicadores claros, y ser supervisados regularmente. Los planes de acción nacional deben tomar un enfoque abarcativo en cuanto a la inequidad en salud, en vez de depender de proyectos aislados que no pueden abordar asuntos como los determinantes de salud subyacentes. La nueva guía sobre Discriminación Racial y Protección de las Minorías (2013) del Secretario General de la ONU, ofrece a las oficinas nacionales de la ONU recomendaciones de base útiles para que apoyen estos esfuerzos.

Varios estados han tomado pasos positivos en esta dirección. En los **Estados Unidos**, el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha delineado recientemente su plan de acción para reducir las disparidades étnicas y raciales. Este plan está siendo implementado en colaboración con las Oficinas para la Salud de las Minorías, las cuales han sido establecidas en los 50 estados y trabajan en la educación, la supervisión de disparidades, la creación de asociaciones comunales y el desarrollo de políticas y programas apuntados hacia las inequidades raciales y de salud.

En **Irlanda**, La Estrategia de Salud para Itinerantes ha involucrado a miembros de las comunidades Itinerantes en la revisión de las estrategias nacionales y regionales para asegurar así que sus intereses y necesidades se vean reflejados. El gobierno también lanzó el Estudio Nacional sobre el Estado de Salud de los Itinerantes y sus Necesidades en Salud, una exhaustiva examinación de estilo censal sobre todos los Itinerantes en Irlanda e Irlanda del Norte.

En **Nueva Zelanda**, ha sido adoptada una Estrategia de Salud Maorí y su plan de acción. Esto es con el apoyo de la Unidad sobre Temas de Salud Maorí, la cual provee investigaciones basadas en evidencia sobre estrategia de salud, y de los proveedores de salud Maoríes, quienes prestan servicios in situ. Esta estrategia incluye asimismo un fondo de innovación, que apoya a enfoques Maoríes que ayuden a mejorar los resultados en salud Maorí. En los tres ejemplos, hay fuerte énfasis en que los grupos objetivo tomen la iniciativa hacia el cumplimiento de las estrategias nacionales.

Una aproximación alternativa es la de incorporar la atención hacia las minorías y los pueblos indígenas en los planes de acción general referidos a cuestiones de salud específicos. En **Brasil**, por ejemplo, el Pacto Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna incluyó objetivos específicos para la 'inclusión de consideraciones sobre género, raza y etnicidad en todas las estrategias y mediciones', y la 'consideración de las desigualdades sociales en los procesos de toma de decisiones'. Brasil también tiene un subsistema específico para la Salud Indígena, que funciona en paralelo con el servicio nacional de salud y está específicamente diseñado para la población indígena.

Los objetivos en salud también pueden presentarse en cualquier plan de acción antirracista nacional (autorizado bajo la Declaración y Programa de Acción de las Naciones Unidas, en Durban, durante la Conferencia Mundial contra el Racismo de 2001). Esto fue implementado en **Ecuador**, donde tanto pueblos indígenas como gente con ascendencia africana fueron el objetivo una inclusión cultural sensible en los programas de salud. Esto fue logrado a través de la capacitación y el desarrollo de infraestructura que aseguraron que los servicios médicos fueran culturalmente apropiados para estas comunidades. Los programas fueron vinculados a los objetivos ODM, e incluían un proyecto específico sobre preferencias culturales relevantes en relación con el parto.

Hay varias áreas clave que estos planes de acción nacionales podrían abordar.

La no discriminación en el acceso a la salud y la provisión de servicio

Muchos profesionales de la salud han clamado por un servicio universal de salud en las metas post-2015, pero esto no puede ser llevado a cabo sin objetivos específicos para las minorías y los pueblos indígenas, y sin medidas positivas que luchen contra la discriminación.

La recolección de evidencia

La desagregación de datos de mortalidad y morbilidad por grupos étnicos y minoritarios es el primer paso para identificar sus necesidades. El mapeo del acceso a servicios de salud por parte de las minorías y los pueblos indígenas es una referencia útil que puede ayudar a determinar metas nacionales relevantes. El mismo debería incluir una evaluación sobre la asignación de recursos en las regiones donde estos grupos mayormente habitan. Algunos indicadores clave de tipo cuantitativo y desagregado podrían incluir:

- Datos de mortalidad y morbilidad desagregados, de manera que ayuden a identificar desigualdades en salud entre las minorías y los pueblos indígenas y el resto de la población;
- información sobre la salud de las minorías y los pueblos indígenas, incluyendo prevalencia de enfermedades, índices de mortalidad y acceso a salud reproductiva;
- datos relacionados con determinantes de salud, tales como acceso a agua limpia, infraestructura sanitaria, servicios de salud, derechos firmes sobre la tierra, y vivienda adecuada;
- información sobre infraestructura de salud por lugar, como ser el número y tipo de hospitales y clínicas y la calificación de los usuarios, incluyendo datos desagregados sobre los usuarios;
- información detallada sobre la fuerza laboral del servicio de salud discriminada por ubicación,

cuestiones tales como la relación paciente-trabajadores de salud, e información desagregada sobre reclutamiento y niveles de ascenso;

- información sobre los niveles de salud de la población, incluyendo la prevalencia de enfermedades, índices de mortalidad, y acceso a salud reproductiva;
- inventarios de equipamiento, tipos de infraestructura, calidad y asequibilidad de drogas en los centros de salud; e
- información acerca de medicinas y prácticas tradicionales, e iniciativas en salud interculturales, donde ellas existan.

El mapeo de referencia necesita ser acompañado por una supervisión regular. Los conjuntos de datos globales, las estadísticas sobre las condiciones de salud y el acceso a una cobertura de salud deberían incorporar datos desagregados sobre variables como etnicidad, religión, idioma y región, y cruzarse con datos sobre sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidades, edad y cualquier otra información de relevancia para los grupos marginados. La Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño de las Naciones Unidas es una iniciativa que ha reconocido la necesidad de tales datos a escala global. La monitorización debería enfocarse tanto en el acceso a los servicios de salud como en las desigualdades en los determinantes de salud subyacentes.

La recolección de datos debería ser complementada por estrategias participativas. Se pueden establecer grupos de usuarios de servicios que recojan información sobre grupos minoritarios e indígenas y sus experiencias al usar los servicios de salud. Esto puede ayudar a precisar áreas problemáticas particulares, ya sean éstas de discriminación directa o indirecta, falta de comprensión cultural, o pobre alcance en las comunidades afectadas. En British Columbia, **Canadá**, se reunió un Foro sobre Salud Materna Aborigen para invitar a mujeres de las Naciones Originarias de Canadá, en particular aquellas viviendo en zonas rurales de bajos servicios, a que provean información acerca de sus necesidades de apoyo en salud perinatal. Como parte de esta iniciativa, 26 mujeres de las Naciones Originarias de 2 comunidades rurales recibieron entrenamiento como *doulas* (parteras).

El mejoramiento en la habilidad para la recolección de datos debe formar parte del marco de trabajo post-2015. En el **Reino Unido**, el Resumen Investigativo sobre la Salud Étnica del Observatorio de Salud de Londres provee una base de datos sobre la salud étnica y una guía sobre recolección de datos para instituciones de salud en toda la ciudad y a nivel nacional. Entre los recursos que han desarrollado hay un conjunto de herramientas que ayudan al Servicio Nacional de Salud a analizar diferencias étnicas en salud y atención médica.¹¹ También han sido establecidas listas de correo electrónico para médicos sobre temas específicos relacionados con las minorías y la salud

étnica, de manera que puedan compartir datos, descubrimientos científicos y buenas prácticas.

Medidas específicas que luchan contra la discriminación

En la lucha contra la discriminación, las medidas apuntadas a grupos particularmente excluidos también pueden colaborar. Las necesidades de estos grupos pueden ser identificadas a través de un mapeo, y desarrolladas en los planes de acción nacional.

- En **Serbia**, la Asociación de Mujeres de Kovil monta talleres semanales para jóvenes mujeres romaníes recelosas del servicio de salud establecido, y las provee con acceso a pediatras, consejeros sobre el embarazo, y demás información sobre salud.
- En el **Reino Unido**, el Foro sobre la Salud de las Minorías Étnicas y Negras ha diseñado un programa específico sobre salud materna. El programa trabaja con organizaciones comunitarias para llegar a mujeres en minorías, y proveerlas con información sobre servicios de salud materna y la manera de comunicar sus preocupaciones a los proveedores de salud y otras instituciones relevantes. El programa también apoya la creación de redes entre las mujeres de minorías, ya que tienden a estar poco representadas en las redes de salud materna convencionales.
- En **Australia**, se ha establecido un Servicio de Salud para Jóvenes Indígenas para que se enfoque en los jóvenes Isleños del Estrecho de Torres y Aborígenes que estén experimentando (o en riesgo de) carencia de vivienda, abuso de sustancias, y acceso desigual a asistencia médica en salud sexual y reproductiva, proveyendo servicios clínicos y de otro tipo.

Acceso a la justicia

La lucha contra la discriminación también requiere de acceso a la justicia y conocimiento sobre derechos. Se deberían establecer defensores del pueblo y otros mecanismos de queja que tomen el rol de monitorear la no discriminación en el acceso a servicios de salud. Los pacientes deberían ser instruidos acerca de sus derechos en relación con los servicios de salud y tener apoyo para acceder a soluciones en caso de violación de sus derechos. En **Sudáfrica**, se desarrolló un estatuto de los derechos del paciente, que expresa el derecho constitucional a la salud. El estatuto se implementa a través de sistemas complementarios de quejas, ordenado por el Acta 61 sobre Salud Nacional Sudafricana y con el apoyo de la Comisión sudafricana de Derechos Humanos.

Estas medidas específicas han sido recomendadas por los órganos de tratados de la ONU. En el caso de *Alyne da Silva Pimentel v. Brasil* (Comunicado No. 17/2008), el Comité de la CEDCM concluyó que la Sra da Silva Pimentel, de origen Afro-Brasileño, sufrió discriminación a causa de su género, su condición de mujer descendiente de

africanos y su origen socio-económico al intentar acceder a los servicios de obstetricia, lo que resultó en su deceso. El comité concluyó también que su familia sufrió un retraso indebido en el acceso a justicia, cuando intentaba buscar a los responsables de su fallecimiento. El comité hizo un llamamiento a Brasil para que ‘asegure el acceso a soluciones efectivas en casos donde los derechos a salud reproductiva de las mujeres han sido violados, y provea entrenamiento al personal judicial y a cargo del cumplimiento de la ley’. El establecimiento de comités sobre mortalidad materna a nivel local fue otra de las recomendaciones, para así monitorear e investigar tales incidentes. Estos comités pueden estar a cargo de la revisión de distintos factores, ya sean relacionados al sistema, médicos, o de otro tipo, que puedan haber impactado en los índices de mortalidad, incluyendo diferencias entre grupos étnicos o de otra identidad.

El entrenamiento a profesionales de la salud

Las estrategias de reclutamiento y entrenamiento deben ser revisadas para poder cumplir con la igualdad de salud post-2015. Todo el personal responsable en la entrega de servicios tanto públicos como privados debe ser entrenado en estándares de no discriminación y prácticas esperables.¹² Esto incluye la comprensión y reforma de sus propios prejuicios y comportamientos discriminatorios, además de una comprensión más amplia sobre desigualdades sociales e injusticia, y sus relaciones con la salud. El reclutamiento debería apuntar a un nivel proporcionado de personal provenientes de comunidades indígenas o minoritarias, especialmente en regiones donde la población de estos grupos es grande. Se pueden ofrecer programas de entrenamiento específico o becas de estudios relacionados con salud; **Hungría**, por ejemplo, ha creado para romaníes programas de pre-entrenamiento en carreras relacionadas con salud. Dado que el idioma puede ser una barrera significativa para miembros de comunidades indígenas o minoritarias en busca de asistencia médica, se debería reclutar personal que hable los idiomas locales relevantes, o entrenarlos en esas lenguas.

Servicios de salud interculturales

Las variables culturales y religiosas fueron ignoradas en el enfoque al estilo ‘*un tamaño sirve para todos*’ que tuvieron los ODM, pero deben ser incluidas en la agenda post-2015 para que sea efectiva. La agenda relacionada con salud debe ser adaptada según las culturas, los credos y estilos de vida de las comunidades indígenas o minoritarias. Se pueden adoptar objetivos específicos para el establecimiento de esquemas de salud interculturales.

Los servicios de salud diseñados para cumplir con las metas post-2015 deberían incluir provisiones específicas para las minorías y los pueblos indígenas. Esto puede significar por ejemplo campañas en salud pública disponibles en los medios de difusión, y en los idiomas de

las minorías. Las mismas campañas pueden ser adaptadas para que reflejen diferentes prácticas culturales o religiosas que estén relacionadas con la salud, de manera de asegurar que la información sea comprendida y asimilada. En otro orden, las minorías y los pueblos indígenas podrían requerir políticas en salud particulares, que difieran de la corriente principal en el marco de trabajo post-2015. Esas políticas específicas deberían responder a diferencias significativas que los grupos hayan expresado en términos de su visión global respecto de salud y bienestar.

En **Etiopía**, por ejemplo, Health Poverty Action ha estado trabajando con pueblos pastores para crear salas de parto tradicionales, donde las mujeres puedan dar a luz en seguridad y de acuerdo con sus creencias y costumbres, pero ser transferidas a instalaciones con equipamiento en caso de complicaciones.¹³ En **Panamá**, el gobierno ha creado una ‘Oficina de Medicina Tradicional’ dependiente de la Oficina de Médica, y una comisión médica con el propósito de ‘armonizar y fusionar las medicinas tradicionales y occidentales’.¹⁴

Se necesita más investigación sobre prácticas culturales específicas y creencias relacionadas con la salud. En el **Reino Unido** y bajo el auspicio de la iniciativa Mejor Salud, se realizaron numerosos estudios que ponen en evidencia las desigualdades por etnicidad en el acceso a servicios de salud. Mejor Salud produjo un compilado de análisis, que provee estudios para ayudar a los médicos en la comprensión de cómo las minorías (incluyendo las personas con capacidades diferentes) tienen diferentes experiencias en la atención médica en áreas como salud mental, salud materna y ciertas enfermedades como cáncer o diabetes.

Para muchas comunidades indígenas, el acceso a la medicina tradicional puede complementar a los servicios de la medicina preponderante. Los Ba’Aka de **Camerún** tienen poco acceso a los servicios de salud, pero han utilizado sus habilidades en medicina tradicional para usar los recursos forestales que mejoren su salud; cuando este acceso se les niega, sus niveles de salud declinan. Rituales específicos y tabúes asociados con el nacimiento tienen también un gran impacto a la hora de embarcarse en la medicina preponderante. Por ejemplo, en **Bolivia**, un programa sobre micronutrientes falla en la incorporación de muchas mujeres embarazadas porque no tiene en consideración la dieta tradicional de los grupos indígenas, incluyendo tabúes relacionados con ciertos alimentos durante el embarazo.¹⁵

Es necesario el entrenamiento en impactos culturales en la salud y uso de los servicios, para todo el personal de servicios de salud. Personal especializado experto en comunidades que experimentan discriminación puede ayudar a asegurar un mejor acceso a los servicios de salud. Esta estrategia ha sido adoptada en **Nueva Zelanda** con la creación de los Proveedores de Salud Maoríes.

En al menos seis países de Europa Central y Oriental (**Bulgaria, Rumania, Eslovaquia, Serbia, Ucrania y Macedonia**), ha tenido lugar un amplio programa para

Mediadores de Salud Romaníes. Estos proveen varios servicios, incluyendo la orientación de los clientes hacia el servicio de salud apropiado, la colaboración para el mayor alcance de las campañas públicas de salud, y arbitraje legal en caso de discriminación o abuso, según sea necesario. Los mediadores han tenido buenos resultados relacionados con el incremento del índice de vacunación entre el pueblo Romaní y la adquisición de identificación necesaria y documentos de aseguración; y han educado a las comunidades en salud, mejorado el conocimiento acerca de asistencia en salud y ayudado a cambiar las actitudes para con los Romaníes.¹⁶ Es notable que algunas de las debilidades de estos programas han sido la asignación de recursos insuficientes, el pobre apoyo institucional para los mediadores y la continua negligencia de muchos de los determinantes de salud subyacentes para los Romaníes por parte de los gobiernos. El reporte recomienda abordar estos problemas y también tomar medidas para que los Mediadores estén más integrados al sistema de salud, compilen información más detallada sobre los resultados de las intervenciones, y que haya más oportunidades para los funcionarios en políticas de salud y sociales de aprender de las experiencias de los Mediadores.¹⁷

El abordaje de los determinantes de salud subyacentes

Muchos concuerdan en que la gran revisión que hizo la Organización Mundial de la Salud sobre de los determinantes sociales de salud y concluida en 2008 necesita un rol central en la agenda post-2015. Esto es crucial para abordar inequidades en salud ocurridas entre las minorías y los pueblos indígenas, los cuales con frecuencia se originan en diferencias en los determinantes sociales. El giro hacia un enfoque 'Salud en Todo' para incorporar temas de salud en todas las políticas públicas multisectoriales puede ayudar a crear una visión más abarcativa en el mejoramiento de la salud en los sectores de desarrollo post-2015.

Pobreza

Estrategias para la reducción de la pobreza apuntada hacia las minorías y los pueblos indígenas combatirían un determinante de salud clave. Es necesario adoptar objetivos específicos para la la reducción de la pobreza en las minorías y los pueblos indígenas. Como se menciona anteriormente, niveles de pobreza desproporcionadamente altos en estos grupos son evidentes a nivel global, sugiriendo que los esfuerzos para la reducción de la pobreza no los está beneficiando de la misma manera. Por ejemplo, los esquemas de transferencia de dinero han demostrado ser beneficiosos para muchos pobres, pero podrían ser menos efectivos para minorías que deban soportar discriminación en el acceso a servicios, incluyendo a salud. La pobreza también podría incrementar otros problemas sociales en las comunidades, como ser el abuso de drogas y alcohol, y que tienen gran impacto en la salud. La pobreza también

empuja a los grupos a emplearse en trabajos mas peligrosos, los que pueden estar mejor reglamentados través de medidas de seguridad, monitorización y protecciones legales. La agenda de salud post-2015 necesita tomar responsabilidad por estas particulares formas de exclusión y sus efectos.

Tierra y recursos naturales

La tierra es un determinante de salud crítico, y las minorías y los pueblos indígenas tienen menos protección legal de sus derechos a la tierra y menos acceso a tierra de calidad. También pueden ser más vulnerable al acaparamiento de tierras y al desplazamiento involuntario de sus lugares. El efecto neto es que las minorías y los pueblos indígenas con frecuencia pierden su sustento, seguridad alimenticia, formas tradicionales de vivienda y acceso a prácticas espirituales, incrementan su nivel de pobreza, y experimentan una declinación en su salud mental y física.

El marco de trabajo post-2015 necesita enfocar los derechos a la tierra y los desplazamientos de manera distinta, incluyendo el desarrollo de objetivos para el acceso a la tierra. Muchos casos demuestran que el desplazamiento forzado de las personas para que tengan un mayor acceso a los servicios de salud han tenido en realidad impactos negativos en la salud por los motivos descritos. La inversión en servicios de salud locales para comunidades remotas es un enfoque más sustentable y económicamente efectivo.

Hacer de la seguridad a la tierra una prioridad principal en la agenda post-2015 tendrá un efecto multiplicador en los resultados referidos a salud, siendo la base de cuestiones clave como reducción de pobreza, empleo y seguridad alimenticia. Cualquier objetivo en nutrición tendrá que considerar el vínculo con el desplazamiento de la tierra. Donde se busca el desarrollo de la tierra a gran escala, las comunidades deberían dar su consentimiento para tales procesos, deberían existir acuerdos legales sobre la distribución de los beneficios, y/o compensación justa y equitativa por tierra y recursos. En **Camboya**, algunas comunidades indígenas están recibiendo fondos de la ONU para mapear sus tierras ancestrales en un esfuerzo por asegurarse su tenencia comunal. Esto quizás ayude a salvaguardar la posesión tradicional de la tierra disminuidas por la invasión de compañías en territorios indígenas.

La protección del ambiente será un punto prominente en el marco de trabajo post-2015. Río+20 reconoció que el derecho a salud es un componente esencial del desarrollo sustentable. Muchas minorías y grupos indígenas usan recursos naturales responsable y sustentablemente, pero también sufren los efectos contaminantes de la industria en sus tierras, y el duro impacto del cambio climático en su medioambiente.

El acceso a la justicia y la ayuda legal por parte de grupos marginados para responsabilizar a los actores que dañan el ambiente debería ser uno de los puntos de las reformas medioambientales post-2015. La cooperación con minorías y pueblos indígenas en el desarrollo de esquemas

de manejo de los recursos naturales con posesión local también puede ayudar a cumplir con las metas de Río en una manera que no fuerce a la gente a abandonar sus tierras, sus recursos y hacia la pobreza.

Participación

La falta de participación política es otro determinante de salud. La inhabilidad que tienen las minorías y los pueblos indígenas en asegurar la justa asignación de recursos en el presupuesto nacional es sólo uno de los puntos. Se pueden desarrollar objetivos para las minorías y los pueblos

indígenas que apunten a generar mayor representación en instituciones políticas y a diferentes niveles. Health Poverty Action ha estado trabajando con mujeres indígenas del Perú para desarrollar sus capacidades de abogar para involucrar a los gobiernos local y regional en un diálogo acerca de sus fracasos en la provisión de programas de nutrición adecuados. El programa también ha incluido capacitación institucional a organizaciones de mujeres, por ejemplo en presupuesto, y la integración de los hombres en las discusiones sobre trabajos tradicionalmente discriminados por género, ayudando así a luchar contra la desigualdad de género.

Conclusión

El audaz experimento de los ODM ha brindado resultados mixtos pero ha acercado al mundo hacia la concreción de los derechos humanos para todos. Para el marco de trabajo post-2015 necesitamos ser aún más audaces y sagaces sobre la manera en que luchamos contra la desigualdad. La adopción de objetivos específicos y concretos y capacitación que incluya a las minorías y los pueblos indígenas en la nueva agenda global es una pieza clave en este puzzle que busca un desarrollo sustentable para el siglo 21 tanto en el Norte como en el Sur global.

Se necesitan enfoques de políticas del tipo 'Salud en Todo' para una estrategia post-2015 abarcativa. El caso de las minorías y los pueblos indígenas ilustra claramente como los determinantes de salud subyacentes en muchos sectores desde el desarrollo de la tierra hasta educación, empleo y protección ambiental impactan en el acceso a salud adecuada. La visión cultural y religiosa más holística sobre salud y bienestar que sostienen algunas comunidades minoritarias e indígenas también puede informar al

enfoque establecido en la asistencia médica, llevándonos a todos más allá de las estrictas prescripciones biomédicas

Se deberían incluir en los planes post-2015 estrategias para la capacitación de minorías y pueblos indígenas para reclamar sus derechos a salud, y para que los gobiernos respeten, protejan y cumplan con estos derechos. Se necesitan enfoques en salud basados en los derechos humanos de no discriminación, participación y responsabilidad. Un componente clave de esto es la instauración de monitorización adecuada y mecanismos de responsabilización accesibles y que combatan la discriminación. Tales mecanismos deberían ser respetuosos y con sensibilidad hacia los diferentes puntos de vista culturales y religiosos de los grupos que influyen sus prioridades y actividades en desarrollo. La participación y el liderazgo de las minorías y los grupos indígenas en la elaboración de políticas y programas es esencial para la creación de intervenciones más eficientes en el logro de los objetivos comunes para el desarrollo sustentable.

Recomendaciones

Para garantizar el derecho a la salud de las minorías y comunidades indígenas en el marco post 2015, MRG apela a los gobernantes internacionales a:

1. Garantizar la participación y liderazgo de los grupos minoritarios e indígenas en el desarrollo e implementación de programas y políticas para la situación de salud global.
2. Adoptar objetivos concretos y específicos que incluyan a las minorías y pueblos indígenas en la nueva estrategia global.
3. Garantizar que los objetivos de salud post 2015 se basen en el marco de los derechos humanos.
4. Implementar mecanismos apropiados de control y responsabilidad accesible para contrarrestar la discriminación en los servicios sanitarios. Dichos mecanismos deben respetar las diversas visiones religiosas y culturales de los diferentes grupos que influyen en sus actividades y prioridades para el desarrollo.

Los organismos internacionales y los gobiernos de todos los niveles deben:

1. Incorporar las opiniones, valores e ideas de las minorías y pueblos indígenas en las políticas y programas para solucionar las desigualdades sanitarias.
2. Recopilar los datos desglosados según étnica, sexo, religión e idioma para dirigir las iniciativas de salud a los grupos más vulnerables.
3. Reconocer y solucionar las desigualdades en el acceso a los cuidados sanitarios, incluidas las diferentes formas de discriminación a las que se enfrentan las mujeres de los grupos minoritarios e indígenas, mediante la implementación de mecanismos de quejas y disciplinarios y la formación del personal.
4. Respaldar las iniciativas los grupos de base dirigidas a las minorías y comunidades indígenas.
5. Diseñar material de información sobre la salud adecuado para las diferentes culturas para así concienciar sobre la prevención de las enfermedades y otros problemas sanitarios. Dicho material debe ofrecerse en los idiomas minoritarios y tener en cuenta el sexo el público siempre que sea relevante.
6. Priorizar la educación y formación del personal sanitario de las minorías y pueblos indígenas para así promover su participación plena en la gestión de los servicios sanitarios y diseño de las políticas.

Notes

- 1 Nettleton, C., Napolitano, D. and Stephens, C., *An Overview of Current Knowledge of the Social Determinants of Indigenous Health*, Geneva, World Health Organisation (Commission on Social Determinants of Health), 2007.
- 2 Nettleton, C., Stephens, C. and Bristow, F., 'Utz Wachil: A study of indigenous perceptions of health and environment in five countries', *Ecohealth*, vol. 4, no. 4, 2007, pp. 461-772.
- 3 Partes de este capítulo han sido reproducidos con el permiso del Indian Institute of Dalit Studies de un documento de trabajo preparado por el autor: *Good Practice in Combating Discrimination in Access to Education and Health: International Norms and Local Strategies* (July 2012).
- 4 Extracto tomado de Acharya, S.S., *Access to Health Care and Patterns of Discrimination: A Study of Dalit Children in Selected Villages of Gujarat and Rajasthan*, Working Papers Series, New Delhi, Indian Institute of Dalit Studies and UNICEF, 2010, p. 26.
- 5 Thorat, S. y Sabharwal, N.S., 'Addressing the unequal burden of malnutrition', *India Health Beat*, vol. 5, no. 5 (June 2011), p. 1.
- 6 Sikar, N.K. y Hodgson, D.L., 'In the shadow of the MDGs: pastoralist women and children in Tanzania', *Indigenous Affairs*, vol. 1 (2006), pp. 34-6.
- 7 Pal, G.C., *Dalits with Disabilities: The Neglected Dimension of Social Exclusion*, Working Paper Series, New Delhi, Indian Institute of Dalit Studies, 2010, p. 20.
- 8 Ver, por ejemplo, Downing, R.A. et al., 'Intersections of ethnicity and social class in provider advice regarding reproductive health', *American Journal of Public Health*, vol. 97, no. 10, October 2007, 1803-7; Maternity Alliance, *Experiences of Maternity Services: Muslim Women's Perspectives*, London, The Maternity Alliance, November 2004.
- 9 SIPAZ, 'Ciudades Rurales Sustentables - "Derechos violados, Campesinos Urbanizados"', *Reporte SIPAZ*, vol. 17, nro. 2, Mayo 2012, tomado en Julio 2013, <http://www.sipaz.org/en/reports/107-informe-sipaz-vol-xvii-no-2-mayo-de-2012.html>
- 10 Naciones Unidas, *Una Nueva Alianza Mundial: Erradicar la Pobreza y Transformar las Economías a través del Desarrollo Sostenible; Informe del Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda de Desarrollo Post-2015*; Nueva York, Naciones Unidas, 2013, Sumario Ejecutivo.
- 11 Aspinall, P.J. y Jacobson, B., *How to Analyse Ethnic Differences in Health, Health Care and the Workforce: A Toolkit for the NHS*, London, London Health Observatory, 2006, tomado en Julio 2013, <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=10625>.
- 12 Para estrategias útiles sobre entrenamiento de personal, ver *Physicians for Human Rights, Ensuring Equality: A Guide to Addressing and Eliminating Stigma and Discrimination in the Health Sector*, Cambridge, MA, Physicians for Human Rights, Enero 2011.
- 13 Ver Health Poverty Action, 'Improving health services for South Omo and Dollo Ado pastoralists', tomado en Julio 2013, <http://www.healthpovertyaction.org/where-we-work/africa/ethiopia/health-services-in-south-omo-and-dollo-ado/>
- 14 Vasquez, J., *Derechos Humanos y Salud: Los Pueblos Indígenas*, Organización Panamericana de la Salud, 2008, tomado en Julio 2013, http://www.who.int/hhr/activities/indigenous_peoples/IndigPeople_10069.pdf, p. 7.
- 15 Vinding, D. (ed.), *Indigenous Peoples and the Millennium Development Goals: Perspectives from Communities in Bolivia, Cambodia, Cameroon, Guatemala and Nepal*, Ginebra: International Labour Organization, 2006, p. 11.
- 16 Schaaf, M., *Roma Health Mediators: Successes and Challenges*, Nueva York, Roma Health Project, Open Society Public Health Program, Open Society Foundations, October 2011.
- 17 *Ibid*, pp. 59-64.

trabajando para asegurar los derechos de las minorías y los pueblos indígenas

minority
rights
group
international

Concienciación del derecho a la salud de las minorías y los pueblos indígenas

© Minority Rights Group International, September 2013



La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de Minority Rights Group International y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Autores: Corinne Lennox y Carolyn Stephens. Responsable de publicación: Peter Grant. Corrector de texto: Sophie Richmond. Coordinador de producción: Jasmin Qureshi. Compositor tipográfico: Kavita Graphics.

Minority Rights Group International (MRG) es una organización no gubernamental que trabaja para garantizar los derechos de las minorías étnicas, religiosas y lingüísticas y de los pueblos indígenas en todo el mundo y promueve la cooperación y el entendimiento entre las comunidades. MRG es un órgano consultivo del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) y observador de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (ACHPR). MRG está inscrito como organización benéfica número 282305 y como sociedad de responsabilidad limitada conforme a la legislación de la Inglaterra, número 1544957.

ISBN 978-1-907919-42-8. Este informe es publicado como una contribución al entendimiento público.

El texto no necesariamente representa en cada detalle la visión colectiva de MRG o sus socios.

Este informe es un extracto del reporte anual principal de Minority Rights Group: *Condición de la Minorías y Pueblos Indígenas del Mundo 2013*. Para descargar el reporte completo, visit www.minorityrights.org

Minority Rights Group International 54 Commercial Street, London E1 6LT, United Kingdom

Tel +44 (0)20 7422 4200 **Fax** +44 (0)20 7422 4201 **Email** minority.rights@mrgmail.org

Sitio web www.minorityrights.org  www.twitter.com/minorityrights  www.facebook.com/minorityrights

Para conocer relatos de minorías y pueblos indígenas alrededor del mundo, visite la sala de redacción de las **Voces de las Minorías**: www.minorityvoices.org