



Asamblea General

Distr. general
10 de agosto de 2016
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

33^{er} período de sesiones

Tema 5 de la agenda

Órganos y mecanismos de derechos humanos

El derecho a la salud y los pueblos indígenas, con especial atención a los niños y los jóvenes

Estudio elaborado por el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

Resumen

En su resolución 30/4, el Consejo de Derechos Humanos solicitó al Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas que elaborara un estudio sobre el derecho a la salud y los pueblos indígenas centrado en los niños y los jóvenes, y que lo presentara al Consejo de Derechos Humanos en su 33^{er} período de sesiones.

El presente estudio se compone de un análisis crítico del contenido del derecho a la salud en relación con los pueblos indígenas y un examen de las obligaciones jurídicas de los Estados y otros agentes respecto del cumplimiento de ese derecho.

En el anexo figura la opinión núm. 9 del Mecanismo de Expertos, sobre el derecho a la salud y los pueblos indígenas.

GE.16-13843 (S) 010916 050916



* 1 6 1 3 8 4 3 *

Se ruega reciclar



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. El derecho a la salud y los pueblos indígenas: legislación y políticas.....	4
A. Marco normativo sobre el derecho a la salud	4
B. Otros instrumentos, políticas y documentos fundamentales	5
III. Derechos dimanantes de los tratados, libre determinación y salud	7
IV. El derecho a la salud de los pueblos indígenas: obligaciones de los Estados.....	8
A. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad	8
B. Obligación de respetar, proteger y cumplir.....	10
V. Los niños y jóvenes indígenas y el derecho a la salud	15
VI. Derechos en materia de salud de los principales grupos indígenas	18
A. La salud de las mujeres.....	18
B. La salud de las personas indígenas con discapacidad	19
VII. Retos actuales relacionados con los pueblos indígenas y el derecho a la salud	20
A. Enfermedades transmisibles y no transmisibles.....	20
B. Salubridad ambiental, cambio climático y desplazamientos.....	21
 Anexo	
Opinión núm. 9 del Mecanismo de Expertos, sobre el derecho a la salud y los pueblos indígenas	23

I. Introducción

1. En su resolución 30/4, el Consejo de Derechos Humanos solicitó al Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas que llevara a cabo un estudio sobre el derecho a la salud y los pueblos indígenas centrado en los niños y los jóvenes, y que lo presentara al Consejo de Derechos Humanos en su 33^{er} período de sesiones.
2. El Mecanismo de Expertos pidió a los Estados, pueblos indígenas, instituciones nacionales de derechos humanos y otras partes interesadas que facilitaran información para el estudio. Las comunicaciones recibidas se publicaron en el sitio web del Mecanismo de Expertos en los casos en que se obtuvo permiso para ello. El estudio también se basó en las ponencias presentadas en el Seminario de Expertos sobre los Pueblos Indígenas y el Derecho a la Salud, organizado en Montreal (Canadá) los días 21 y 22 de febrero de 2016 por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Instituto de Estudios sobre Desarrollo Internacional de la Universidad McGill. El Mecanismo de Expertos desea dar las gracias a la Facultad de Derecho de la Universidad de Auckland por el apoyo brindado en materia de investigación. La Organización Panamericana de la Salud examinó el estudio, formuló observaciones y realizó contribuciones al texto.
3. Si bien este es el primer estudio del Mecanismo de Expertos en centrarse en el derecho a la salud, en estudios anteriores se han abordado los vínculos entre el acceso a la justicia y la salud de las mujeres indígenas y de las personas indígenas con discapacidad (A/HRC/27/65), las consecuencias que tienen las iniciativas de reducción del riesgo de desastres para los pueblos indígenas en lo referente a la salud (A/HRC/27/66) y la importancia de las culturas y las lenguas indígenas para la salud de los pueblos indígenas (A/HRC/21/53).
4. El concepto de salud y bienestar de los pueblos indígenas es generalmente más amplio y holístico que el de la sociedad en general, ya que a menudo perciben la salud como un derecho tanto individual como colectivo, fuertemente determinado por la comunidad, la tierra y el medio natural. El Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas ha observado que el derecho a la salud “se materializa no solo en el bienestar de cada persona sino también en el bienestar social, emocional, espiritual y cultural de toda la comunidad” (véase E/2013/43-E/C.19/2013/25, párr. 4). La concepción indígena de la salud integra a menudo dimensiones espirituales, emocionales, culturales y sociales, que se suman a las físicas. Esos conceptos están inextricablemente vinculados con el goce de otros derechos, como los derechos a la libre determinación, el desarrollo, la cultura, la tierra, la lengua y el medio natural.
5. Sin embargo, el concepto de salud de los pueblos indígenas no se suele tener en cuenta en los sistemas de salud no indígenas, lo que crea barreras importantes de acceso (véase A/HRC/30/41, párr. 31). En particular, la falta de comprensión de los factores sociales y culturales que emanan de las actitudes, las prácticas y los conocimientos de los pueblos indígenas relacionados con la salud puede tener efectos perjudiciales para su bienestar. Los pueblos indígenas de todo el mundo están más expuestos a riesgos para la salud, tienen una salud más precaria y conocen un mayor número de necesidades no satisfechas en materia de atención de la salud que sus contrapartes no indígenas. La asimilación forzada, la marginación política y económica, la discriminación y los prejuicios, la pobreza y otras secuelas del colonialismo también han dado paso a una falta de control sobre la salud individual y colectiva.
6. En el presente estudio no se pretende realizar un análisis exhaustivo de la situación de la salud de los pueblos indígenas, sino más bien presentar un análisis crítico del

contenido del derecho a la salud en relación con los pueblos indígenas y examinar las obligaciones jurídicas de los Estados y otros agentes respecto del cumplimiento de ese derecho.

II. El derecho a la salud y los pueblos indígenas: legislación y políticas

A. Marco normativo sobre el derecho a la salud

7. El derecho a la salud de todos los pueblos se reconoce desde hace mucho tiempo, por ejemplo en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en particular en su artículo 25, según el cual toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

8. En la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se reconocen los derechos relativos a la salud de los pueblos indígenas y se desarrollan sus diversas dimensiones, así como la interrelación con derechos tales como el derecho a la libre determinación. En el artículo 21 se reconoce el derecho de los pueblos indígenas al mejoramiento, sin discriminación, de sus condiciones económicas y sociales. En el artículo 23 se reconoce su derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo y, en particular, a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud que les conciernan y a administrar esos programas mediante sus propias instituciones cuando sea posible. En el artículo 24 se reconoce el derecho de los pueblos indígenas a sus propias medicinas tradicionales, a mantener sus prácticas de salud y a acceder a los servicios sociales y de salud sin discriminación; también se afirma que tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Además, en la Declaración se reconoce la importancia que reviste la tarea de defender los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Por último, en el artículo 29, párrafo 2, se establece la obligación de los Estados de adoptar medidas eficaces para asegurar que no se almacenen ni eliminen materiales peligrosos en las tierras o territorios de los pueblos indígenas sin su consentimiento libre, previo e informado.

9. En el artículo 24 de la Declaración se refleja el texto del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, un tratado vinculante en que se consagra el derecho de todas las personas al más alto nivel posible de salud física y mental. En dicho artículo del Pacto se establece un derecho inclusivo que integra tanto la atención de la salud como los determinantes sociales de la salud y que contempla libertades y derechos, en particular la libertad de toda persona de controlar su propia salud y el derecho a un sistema de protección de la salud que ofrezca igualdad de oportunidades para alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental. La no discriminación y la igualdad de trato están entre sus componentes fundamentales y, si bien muchos elementos están sujetos al principio de “realización progresiva” a raíz de las limitaciones de recursos, las obligaciones tales como la no discriminación son de efecto inmediato. Aunque los Estados tienen la responsabilidad principal de hacer efectivo el derecho a la salud, esa responsabilidad recae en todos los miembros de la sociedad, y las personas deben tener la oportunidad de participar en los procesos de adopción de decisiones que tengan repercusiones en el goce de sus derechos. Los Estados deben respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud y velar por que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad (véase E/CN.4/2003/58, párr. 34).

10. En su observación general núm. 14 (2000), sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales define más ampliamente el derecho a la salud en relación con los pueblos indígenas y observa que estos tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud, que deben ser apropiados desde el punto de vista cultural y tener en cuenta las prácticas y medicinas tradicionales, y que los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios. El Comité reconoce la dimensión colectiva de la salud para los pueblos indígenas, así como los efectos perjudiciales que ejercen sobre la salud los desplazamientos de sus territorios y entornos tradicionales, que se producen como consecuencia de las actividades relacionadas con el desarrollo.

11. En el artículo 25 del Convenio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169), se impone a los Estados la obligación de velar por que se pongan a disposición de los pueblos indígenas servicios de salud adecuados, y de proporcionarles los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propio control. También se establece la obligación de dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de las comunidades locales. Además, se reconoce la importancia de los cuidados primarios, de los servicios de salud comunitarios y de la coordinación con otras medidas sociales, económicas y culturales. La aplicación del artículo 25 se basa en disposiciones de no discriminación (art. 3) y otras disposiciones que establecen la obligación de los Estados de celebrar consultas con los pueblos indígenas y velar por su participación efectiva a fin de lograr el consentimiento respecto de las medidas propuestas (art. 6).

12. Los derechos relacionados con la salud también se reconocen en otros instrumentos internacionales vinculantes, como la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (arts. 10 a 14), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (art. 25) y la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (art. 5). El derecho a la salud también se defiende en algunos instrumentos regionales, entre ellos la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (art. 16), la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (art. 14), el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África (art. 14) y la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (art. XVII). La Organización Panamericana de la Salud también ha aprobado una serie de resoluciones relativas al derecho a la salud de los pueblos indígenas¹.

13. Los órganos de tratados y los procedimientos especiales, entre ellos el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y el Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, han examinado el derecho a la salud desde la perspectiva de los pueblos indígenas. Las conclusiones principales de esos mecanismos se citan a lo largo del presente informe.

B. Otros instrumentos, políticas y documentos fundamentales

14. En 2014, los Estados participantes en la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General conocida como la Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas se comprometieron a asegurar que las personas indígenas gozaran de igualdad de acceso al más alto nivel posible de salud física y mental, a intensificar los esfuerzos para reducir las tasas de VIH y sida, malaria, tuberculosis y enfermedades no transmisibles, y a asegurar su

¹ Véase, por ejemplo, la resolución CD47.R18.

acceso a la salud sexual y reproductiva. También reconocieron la importancia de las prácticas de salud de los pueblos indígenas y su medicina y conocimientos tradicionales².

15. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprobados en 2015, también hacen referencia a cuestiones relacionadas con el bienestar de los pueblos indígenas³. En el Objetivo 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) se pide a los Estados que trabajen para lograr una cobertura sanitaria universal, lo que exige que los Estados amplíen los servicios para que también cubran las necesidades de los pueblos indígenas. Los Objetivos relativos a la pobreza, la seguridad alimentaria, la enseñanza equitativa y de calidad, y la igualdad de género también guardan relación con el bienestar de los pueblos indígenas. Los Objetivos 13 (relativo al cambio climático), 14 (relativo a la protección de los ecosistemas) y 15 (relativo al desarrollo sostenible) son primordiales para hacer efectivos los derechos de los pueblos indígenas en materia de salud, ya que están íntimamente vinculados con los derechos a la libre determinación y a la utilización de sus tierras, territorios y recursos tradicionales. El Objetivo 16 (relativo al acceso a la justicia y a la creación de instituciones inclusivas que rindan cuentas) incide claramente en el derecho a la salud de los pueblos indígenas, en particular en términos de reparación. Por último, en el Objetivo 17 (que comprende una meta sobre la disponibilidad de datos desglosados) se pide que las actividades de creación de capacidad sean reforzadas a fin de aumentar la disponibilidad de datos, lo que ayudará a los Estados a detectar y subsanar las desigualdades en el ámbito de la salud.

16. Las negociaciones celebradas en el 21^{er} período de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático también son pertinentes, habida cuenta de los efectos desproporcionados que tiene el cambio climático sobre los pueblos indígenas. Esas negociaciones culminaron en la aprobación del Acuerdo de París, en cuyo preámbulo las Partes en la Convención reconocen los derechos de los pueblos indígenas y hacen especial referencia al derecho a la salud. Las Partes también reconocen que las medidas de adaptación deben regirse por una estrategia controlada por los países que sea participativa y totalmente transparente y se base y se inspire en los conocimientos de los pueblos indígenas, según proceda (véase la decisión 1/CP.21, anexo). Si bien ya se ha señalado la importancia de la participación efectiva de los pueblos indígenas (véase la decisión 1/CP.16), el Acuerdo de París va más allá al referirse explícitamente a los derechos humanos y al señalar que los Estados reconocen los vínculos que existen entre las obligaciones relacionadas con el cambio climático, el derecho a la salud y los derechos de los pueblos indígenas.

17. Por último, los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos también son sumamente importantes para los pueblos indígenas, que experimentan violaciones desproporcionadas de sus derechos en materia de salud a consecuencia de actividades relacionadas con el desarrollo realizadas por agentes no estatales. Si bien no son partes en los tratados internacionales de derechos humanos, los agentes no estatales tienen el deber de respetar los derechos humanos, y el cumplimiento de los Principios Rectores es necesario para que los pueblos indígenas puedan ejercer plenamente sus derechos en materia de salud.

² Resolución 69/2 de la Asamblea General.

³ Resolución 70/1 de la Asamblea General.

III. Derechos dimanantes de los tratados, libre determinación y salud

18. El derecho a la salud es un elemento indispensable de la propia existencia de los pueblos indígenas y un componente primordial de su derecho a la libre determinación. El derecho a la libre determinación está previsto tanto en el artículo 3 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas como en el artículo 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Todos los derechos humanos, entre ellos los derechos a la salud y a la libre determinación, son interdependientes. En efecto, la plena efectividad de los derechos relacionados con la salud no puede conseguirse sin la libre determinación, un derecho inderogable cuyo ejercicio resulta en beneficios conexos respecto de la salud y otros derechos sociales y culturales. Entre esos beneficios, cabe señalar la mejora de la dieta, un ejercicio físico más frecuente y una reconciliación con las bases económicas tradicionales⁴.

19. Algunos tratados concluidos entre los pueblos indígenas y los Estados prevén mecanismos para el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas a la salud y a la libre determinación. Esos acuerdos jurídicos son, por tanto, sumamente pertinentes para realizar un análisis del derecho a la salud. Por ejemplo, el Tratado núm. 6, al que la Corona Británica y los pueblos indígenas del Canadá se adhirieron en la década de 1870, incluía una “cláusula del botiquín” y una “cláusula sobre la hambruna y la pestilencia” que posteriormente se interpretaron como garantías para el suministro y la prestación por la Corona de servicios de atención de la salud, medicinas y provisiones a los pueblos indígenas⁵. Otros tratados en otros países prevén la libre determinación, que comprende implícitamente el control sobre las decisiones relativas a la salud y el bienestar de los pueblos indígenas y contribuye indirectamente a facilitar el ejercicio del derecho a la salud. En Nueva Zelanda, el derecho a la salud del pueblo maorí se reafirma en el Tratado de Waitangi, que contempla la protección de la libre determinación y los bienes culturales (tangibles e intangibles), la adopción de decisiones compartida y la participación en igualdad de condiciones y sin discriminación en la sociedad.

20. El Relator Especial sobre el derecho a la salud ha afirmado que el derecho a la salud plantea cuestiones jurídicas importantes, como los derechos en materia de salud enunciados en los tratados⁶. En el artículo 37 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se confirma que los pueblos indígenas tienen derecho a que los tratados sean reconocidos, observados y aplicados. De conformidad con el artículo 43 de la misma Declaración, la supervivencia, la dignidad y el bienestar de los pueblos indígenas dependen de los derechos reconocidos en ella, como el derecho a la salud, el derecho a la libre determinación y los derechos enunciados en los tratados. Si bien los derechos a la salud y a la libre determinación no están supeditados a su reconocimiento en los tratados, su incorporación oficial en dichos tratados brinda un mecanismo para salvaguardarlos y afianza el compromiso de los Estados de colaborar con los pueblos indígenas en pie de igualdad para mejorar sus condiciones de vida. Por consiguiente, los Estados que aún no se hayan adherido a esos tratados deberían considerar la posibilidad de reconocer oficialmente esos derechos en acuerdos concluidos con pueblos indígenas.

21. El principio del consentimiento libre, previo e informado es otro componente esencial del derecho a la libre determinación. Concede a los pueblos indígenas el derecho a determinar efectivamente el resultado de los procesos de adopción de decisiones que los afectan. Se trata tanto de un proceso como de un mecanismo esencial para garantizar el

⁴ Comunicación de la Comisión de Derechos Humanos de Nueva Zelanda.

⁵ Comunicaciones de la comunidad Maskwacis Cree y la Assembly of First Nations.

⁶ Declaración formulada ante la Tercera Comisión de la Asamblea General, 29 de octubre de 2004.

respeto de los derechos de los pueblos indígenas. El consentimiento libre, previo e informado debería respetarse en las decisiones relativas a las leyes, las políticas y los programas de salud que afectan a los pueblos indígenas, decisiones que se adoptan a menudo sin la previa celebración de consultas sustantivas. La formulación de políticas sobre la atención de la salud debería regirse tanto por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (relativo al derecho a participar en la adopción de decisiones) como por la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, y reflejar los principios definidos en el estudio del Mecanismo de Expertos sobre el derecho a participar en la adopción de decisiones (A/HRC/18/42).

IV. El derecho a la salud de los pueblos indígenas: obligaciones de los Estados

22. Los pueblos indígenas de todo el mundo se enfrentan a muchos retos comunes para lograr el nivel más alto posible de salud. En el presente informe se examinan esos retos sobre la base de los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y se describen las responsabilidades que incumben a los Estados en relación con la obligación de respetar, proteger y cumplir. Los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad no solo engloban la infraestructura destinada a la atención de la salud, sino también las instalaciones, los bienes y los servicios que comprenden los factores determinantes básicos de la atención de la salud, como el agua potable y una alimentación y un saneamiento adecuados⁷.

A. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

Disponibilidad

23. Los Estados deben contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud pública y de atención sanitaria, en función de su nivel de desarrollo. Sin embargo, la disponibilidad es a menudo limitada para los pueblos y las comunidades indígenas. Por ejemplo, en determinadas zonas de África donde viven pastores y comunidades indígenas nómadas no existe ninguna infraestructura sanitaria⁸. Para que los establecimientos, bienes y servicios estén disponibles, también es preciso que estén en funcionamiento. A menudo, los establecimientos ubicados en zonas habitadas por pueblos indígenas no están en funcionamiento debido a la carencia de personal, medicinas, provisiones y otros bienes.

Accesibilidad

24. Las cuatro dimensiones principales de la accesibilidad son la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a la información. En el caso de los pueblos indígenas, esas cuatro dimensiones se entrecruzan a menudo. La probabilidad de que sufran discriminación en el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud es muy elevada. Pueden darse casos de médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que se nieguen a tratar a indígenas, o de indígenas en tratamiento que se enfrenten a creencias, prácticas y experiencias discriminatorias, lo que exacerba el miedo y la desconfianza, que, a su vez, desalientan el uso de establecimientos de atención

⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14.

⁸ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *State of the World's Indigenous Peoples: Indigenous Peoples' Access to Health Services*, segundo volumen (Nueva York, 2015).

de la salud. La situación es aún peor en el caso de las personas indígenas con discapacidad. El racismo puede incluso dar lugar a diagnósticos y tratamientos erróneos respecto de enfermedades graves. La accesibilidad física es un motivo de preocupación para los pueblos indígenas, muchos de los cuales viven en zonas geográficamente aisladas, a menudo debido a los desplazamientos o a la invasión de sus tierras por personas no indígenas.

25. La accesibilidad económica es otro motivo de preocupación para los pueblos indígenas, quienes figuran a menudo entre los grupos socioeconómicamente más marginados de la sociedad. Esta realidad se manifiesta en particular en los países que no ofrecen una atención de la salud universal o en los que los costos que los pacientes deben cubrir ellos mismos son sumamente altos. Los pueblos indígenas también tienen un acceso limitado a la información, lo cual se puede atribuir a varios factores, entre ellos la ausencia de información sanitaria en lenguas indígenas, el alto índice de analfabetismo de los pueblos indígenas con escasas oportunidades de educación, la imposibilidad de entrar en contacto con proveedores de servicios de atención de la salud por motivos de indisponibilidad, y las conductas discriminatorias o paternalistas de los proveedores de servicios de atención de la salud.

Aceptabilidad

26. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha reconocido que el derecho a participar en la vida cultural comprende la adecuación cultural, que debería tenerse en cuenta al prestar servicios de atención de la salud⁹. Lamentablemente, los establecimientos, los bienes y los servicios de atención de la salud que están a disposición de los pueblos indígenas suelen ser inaceptables. El racismo interpersonal y estructural resulta a menudo en la aplicación de políticas y prácticas sistémicas que marginan o excluyen a personas y reducen al mínimo su acceso a los establecimientos, bienes y servicios. Un ejemplo de incumplimiento básico respecto de la obligación de ofrecer una atención aceptable es la ausencia de servicios en lenguas indígenas (véase CEDAW/C/FIN/CO/7), que constituye racismo estructural. Ese tipo de incumplimiento puede dar paso a la estigmatización de los pueblos indígenas, lo que engendra obstáculos adicionales a la atención de la salud. Además, los indígenas son frecuentemente culpados por sus enfermedades y necesidades médicas, ya sea individualmente o como grupo. Las conductas negativas y la falta de sensibilidad cultural de los proveedores de servicios de atención de la salud de algunas jurisdicciones también inciden en las posibilidades de acceso de los pueblos indígenas a la atención de la salud.

Calidad

27. Los establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud deben ser adecuados desde un punto de vista científico, médico y cultural, y de buena calidad. Ello hace necesario contar con personal médico cualificado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y servicios de saneamiento adecuados. A menudo existen tensiones entre los servicios convencionales de atención de la salud, que por lo general son de base empírica y se consideran de alta calidad, y las prácticas tradicionales de atención de la salud de los pueblos indígenas, en las que se carece de pruebas, a menudo por falta de investigación. Ello no debe considerarse exclusivamente como una fuente de tensión entre los pueblos indígenas y los proveedores de servicios de atención de la salud convencionales. Las propias comunidades indígenas tropiezan a

⁹ Véase la observación general núm. 21 del Comité (2009), sobre el derecho de toda persona a participar en la vida cultural.

menudo con dificultades a nivel interno para encontrar un equilibrio entre los enfoques tradicionales y modernos de la salud, así como para abordar otras cuestiones sociales¹⁰.

B. Obligación de respetar, proteger y cumplir

Obligación de respetar

28. En los artículos 2, párrafo 2, y 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se prohíbe la discriminación respecto del acceso a los servicios de atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud. Los Estados deben abstenerse de denegar o limitar el acceso de los pueblos indígenas a los establecimientos, bienes y servicios públicos de atención de la salud. Esa obligación inmediata no está supeditada al principio de realización progresiva. Los Estados también deben abstenerse de prohibir o impedir el recurso por los pueblos indígenas a cuidados preventivos, prácticas curativas y medicinas tradicionales.

29. Las leyes, las políticas y los programas relacionados con la salud deben revisarse (en colaboración con los pueblos indígenas) y los elementos discriminatorios deben ser retirados o sustituidos. Esa obligación también es aplicable a las leyes que no son *de jure* discriminatorias, pero que tienen un efecto desproporcionado sobre los pueblos indígenas. La obligación de respetar conlleva también la de abstenerse de aplicar leyes o prácticas discriminatorias más generales que puedan tener efectos perjudiciales para la salud. Por ejemplo, deben eliminarse las leyes y las políticas por las que se autorizan prácticas tales como la esterilización forzada de mujeres indígenas y la mutilación genital femenina.

30. La obligación de respetar se aplica también a los factores determinantes de la salud. Los Estados deben abstenerse de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado o de las industrias extractivas. Esas actividades se realizan demasiado a menudo en tierras habitadas por pueblos indígenas y, junto con el uso de plaguicidas en la agricultura, pueden constituir una violación de los derechos de los pueblos indígenas en materia de salud¹¹.

31. También se debe permitir que los pueblos indígenas se identifiquen como tales dentro de los Estados, lo que facilitará la recopilación de datos desglosados por criterios sanitarios o de otra índole a efectos del suministro de fondos y asistencia para hacer efectivos los derechos en materia de salud. Si bien algunas jurisdicciones han prohibido, por razones de peso, la recopilación de datos desglosados por origen étnico, las leyes en las que figura esa prohibición no deben aplicarse para impedir que los pueblos indígenas mejoren su bienestar¹².

Obligación de proteger

32. Los Estados tienden a ignorar el racismo en los establecimientos de atención de la salud, incluso cuando existen indicios ubicuos y persistentes de que los pueblos indígenas reciben un trato discriminatorio. Los Estados deben adoptar medidas para garantizar el acceso en igualdad de condiciones a los centros de tratamiento y atención de la salud dentro de su jurisdicción, así como para proteger a los pueblos indígenas contra los actos de discriminación perpetrados por proveedores de servicios de atención de la salud. Los

¹⁰ Comunicación del Inuit Circumpolar Council.

¹¹ Véase, por ejemplo, *Social and Economic Rights Action Centre and Center for Economic and Social Rights v. Nigeria* (2001).

¹² Ian Anderson *et al.*, "Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study", *The Lancet*, vol. 388, núm. 10040 (20 de abril de 2016).

Estados deben considerar la posibilidad de realizar actividades y campañas de concientización del personal en las que se cuestionen las conductas racistas y los estereotipos y se promuevan enfoques que tengan en cuenta en mayor grado los aspectos culturales.

33. Los Estados deben proteger a las comunidades indígenas contra toda acción de empresas privadas y otros terceros que prive a los pueblos indígenas de sus fuentes de alimentación, plantas medicinales y medios de vida a consecuencia del aumento de la presión sobre las tierras, la degradación ambiental o los desplazamientos. Para ello, es preciso respetar el principio del consentimiento libre, previo e informado. Los Estados deben impedir la apropiación y mercantilización por terceros de los conocimientos y las medicinas y prácticas tradicionales indígenas. En el artículo 31 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se confirma que 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 medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, y los deportes y juegos tradicionales. También tienen derecho a desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales.

34. Aunque los pueblos indígenas tienen derecho a recurrir a prácticas tradicionales de atención de la salud, los Estados deben adoptar medidas para colaborar con las comunidades indígenas a fin de erradicar las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina¹³. También es preciso intensificar la investigación sobre las medicinas, los procedimientos y otras intervenciones tradicionales. Sin embargo, dicha investigación, y cualquier posible comercialización, debe llevarse a cabo en colaboración con los pueblos indígenas.

35. Los Estados deben tomar en consideración la voluntad de las comunidades indígenas que viven en aislamiento voluntario o en contacto inicial, en señal de reconocimiento de su mayor vulnerabilidad y necesidad de protección. Los Estados deben elaborar programas de prevención para proteger la salud de esos grupos, en particular protegiendo sus tierras y territorios contra los daños ambientales y evitando la transmisión de enfermedades a las que esos grupos no son inmunes. Los Estados también deben crear planes para dar acceso a la medicina convencional y tradicional a quienes deseen beneficiarse de ella y elaborar un plan de emergencia a efectos de su aplicación en caso de que surja una amenaza de mortalidad en masa inminente¹⁴.

36. Por último, los Estados deben velar por que existan mecanismos adecuados para la facilitación de medios de reparación y defensa en los casos en que se haya violado el derecho a la salud, a través de sistemas jurídicos convencionales o indígenas (A/HRC/27/65), lo que podría conllevar ciertas ventajas con respecto a la resolución de las quejas. En Filipinas, por ejemplo, las quejas de violencia contra mujeres atendidas a través del sistema de justicia tradicional parecen haberse resuelto rápidamente y con un alto nivel de aceptación por las partes¹⁵.

¹³ Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 11.

¹⁴ ACNUDH y Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, "Directrices de protección para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la región amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay" (Ginebra, mayo de 2012). Puede consultarse en: http://www.amazonia-andina.org/sites/default/files/directrices-de-proteccion-para-los-pueblos-indigenas-en-aislamiento-y-en-contacto-inicial_0.pdf.

¹⁵ Comunicación de la Red de Mujeres Indígenas de Asia.

Obligación de cumplir

37. Los Estados deben formular y adoptar estrategias nacionales para asegurar que todas las personas tengan acceso, sin discriminación, a los establecimientos, bienes y servicios de salud que sean necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. El diseño de una estrategia nacional debe ir acompañado de planes de ejecución e indicadores relativos al derecho a la salud que permitan realizar las labores de supervisión, evaluación y rendición de cuentas de manera eficaz. Los Estados que estén elaborando planes de acción nacionales para la aplicación de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, tal como se pidió en la Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas, deben velar por que dichos planes incluyan medidas orientadas al cumplimiento del derecho a la salud de los pueblos indígenas. Dado que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a la atención sanitaria, la obligación inmediata de diseñar un plan nacional de salud exige que los Estados formulen disposiciones para satisfacer las necesidades de los pueblos indígenas en un plan “común”, como en Guatemala¹⁶, o en un plan de salud separado para los pueblos indígenas, como la Estrategia de la Salud para los Maoríes (*He Korowai Oranga*) en Nueva Zelanda¹⁷. Además, los Estados deben ratificar e incorporar en su legislación nacional los instrumentos internacionales pertinentes en los que se enuncian los derechos relacionados con la salud, como la Declaración, el Convenio de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169), y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Obligación de facilitar

38. De conformidad con el derecho a la libre determinación, los Estados deben ofrecer suficientes recursos a las comunidades indígenas para que elaboren y administren sus propias iniciativas de atención de la salud. La atención prestada por organizaciones comunitarias indígenas suele ser de mejor calidad que la prestada por servicios convencionales, lo que aumenta sustancialmente la disponibilidad y accesibilidad de la atención de la salud. Las organizaciones indígenas pueden crear un ciclo virtuoso en lo referente a la salud y el empleo al constituir importantes empleadores de indígenas y al ayudar a combatir la pobreza dentro de las comunidades indígenas. En Australia, el sector de atención de la salud administrado por la comunidad aborigen emplea a cerca de 4.000 personas y presta servicios a más del 60% de los aborígenes fuera de los centros metropolitanos más importantes, y, según los indicadores principales, sus resultados son mejores que los de los servicios convencionales¹⁸. En Colombia, el 80% del personal profesional del hospital indígena Pueblo Bello, en Valledupar, es de origen indígena, lo que constituye un logro considerable en términos de práctica intercultural¹⁹.

39. Los Estados también deben facilitar el acceso a los servicios de atención de la salud mejorando los procesos de inscripción de los nacimientos, cuando proceda. En el artículo 7 de la Convención sobre los Derechos del Niño se establece el derecho de todo niño a ser inscrito inmediatamente después de su nacimiento. Aun así, muchos sistemas de inscripción siguen siendo inadecuados en el caso de los nacimientos de niños indígenas. La no inscripción y la falta de documentos de identidad impiden directamente el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud, donde la identificación es un requisito indispensable para ser atendido (CRC/C/CRI/CO/4), e imposibilitan la

¹⁶ Comunicación de Guatemala.

¹⁷ Véase www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/he-korowai-oranga.

¹⁸ Kathryn Panaretto *et al.*, “Aboriginal community controlled health services: leading the way in primary care”, *Medical Journal of Australia*, vol. 200, núm. 11 (16 de junio de 2014).

¹⁹ Anna R. Coates *et al.*, “Indigenous child health in Brazil: the evaluation of impacts as a human rights issue”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 18, núm. 1 (16 de mayo de 2016).

recopilación de datos desglosados, que son de suma importancia para evaluar las disparidades entre distintos grupos étnicos respecto de su situación sanitaria. La inscripción puede facilitarse mediante campañas de inscripción específicas, como en el Brasil²⁰, o mediante el uso de registros indígenas o de secciones de inscripción específicas para las minorías en las instituciones del Estado, como en Panamá, el Perú y Tailandia; otra alternativa es recurrir a las parteras tradicionales, que pueden contribuir a mejorar las tasas de inscripción de los nacimientos, como ha sido el caso en Ghana y Malasia²¹. Sin embargo, la inscripción del nacimiento no debe ser una condición previa para poder acceder a los servicios de atención de la salud.

Obligación de proporcionar

40. Si bien algunos pueblos indígenas han declarado que las comunidades deben tomar ellas mismas el control sobre las medidas de respuesta ante las crisis emergentes y depender en menor medida de la ayuda externa²², los Estados no quedan exentos de la obligación de proporcionar ayuda financiera y de otra índole. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, derecho enunciado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²³. Incluso en tiempos en los que haya una fuerte limitación de recursos, se debe proteger a las personas y grupos en situaciones de vulnerabilidad mediante la adopción de programas específicos con costos relativamente bajos (E/1991/23-E/C.12/1990/8). Los Estados pueden adoptar medidas, a título temporal o permanente, para combatir la discriminación estructural: estas pueden comprender la ejecución de programas o el suministro de fondos u otros recursos para lograr el nivel más alto posible de salud.

41. Los Estados también deben proporcionar determinados recursos en paralelo al establecimiento por los pueblos indígenas de sus propios servicios y cuadros de personal. Por ejemplo, en ausencia de suficientes profesionales médicos que sepan hablar lenguas indígenas, los Estados deben ofrecer servicios de interpretación que faciliten una comunicación eficaz en las instalaciones de atención de la salud, como en Noruega, donde, en colaboración con los pueblos indígenas, se ha establecido un servicio de interpretación del sami, disponible las 24 horas del día²⁴. Otros Estados podrían aplicar versiones asequibles de esos programas, gracias a la creciente cobertura de la telefonía celular en todo el mundo. La formación de médicos indígenas tradicionales y su incorporación en los sistemas de atención de la salud también podrían contribuir a subsanar la carencia inmediata de personal médico en los territorios indígenas alejados.

Obligación de promover

42. Los Estados deben velar por que en los programas de investigación sobre la atención de la salud se reconozca y haga participar a los pueblos indígenas en medida suficiente. La no recopilación de datos sobre la salud desglosados por origen étnico, pertenencia declarada a una comunidad indígena o identidad cultural puede encubrir desigualdades profundas. Es preciso recabar datos, de manera consensuada, para detectar los obstáculos que entorpecen el ejercicio del derecho a la salud y la participación de todas las partes interesadas en la formulación de políticas. Esos datos deben comprender cuestiones tales como el género, la situación socioeconómica y la discapacidad, ya que los datos que se centran únicamente en

²⁰ *Ibid.*

²¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “El registro de nacimiento: el derecho a tener derechos”, *Innocenti Digest*, núm. 9 (marzo de 2002).

²² Comunicación del Inuit Circumpolar Council.

²³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14.

²⁴ Comunicación de Noruega.

la condición de indígena no reflejan plenamente la complejidad de los derechos de los pueblos indígenas, marginados a raíz de otros aspectos de su identidad²⁵.

43. Para que los establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud sean aceptables para los pueblos indígenas, deben ser culturalmente apropiados. Ello pasa por una comunicación respetuosa y participativa, la habilitación de los pacientes para que participen en la adopción de decisiones y el establecimiento de relaciones que permitan a los pacientes y los proveedores trabajar conjuntamente a fin de garantizar la máxima eficacia en la atención²⁶. Para lograrlo, es necesario cumplir tres etapas: la introducción de cambios en los establecimientos, bienes y servicios convencionales de atención de la salud; la formación de un mayor número de indígenas en cuanto proveedores de servicios de atención de la salud, y la creación de servicios específicos para los indígenas.

44. Para mejorar los servicios convencionales, los Estados deben velar por que los planes de estudio de los programas de formación en medicina y atención de la salud doten a los profesionales graduados que concluyen dicha formación de las competencias culturales necesarias. Los programas deben comprender la enseñanza de la historia colonial y sus secuelas (cuando proceda), la cultura indígena (incluidos los enfoques tradicionales de la medicina), los estereotipos y el racismo, las disparidades en materia de atención de la salud y las desigualdades sociales. También convendría incluir información sobre la comunicación eficaz con los pueblos indígenas. Asimismo, se pueden crear programas específicos que aborden la salud de los indígenas, como el certificado en salud mental de niños y jóvenes aborígenes de la Universidad de Columbia Británica del Norte (para los estudiantes que deseen ejercer en comunidades indígenas alejadas) y la iniciativa sobre la salud de los niños nativos estadounidenses, creada por la Academia Estadounidense de Pediatría y centrada en la atención de la salud de los niños indígenas.

45. Los Estados deben facilitar la incorporación de los profesionales indígenas en el sector de la atención de la salud, ya que actualmente los pueblos indígenas están infrarrepresentados. Esa labor de facilitación puede realizarse de distintas maneras, por ejemplo, mediante cupos de formación, la asignación de fondos o becas y/o la concesión de viáticos. Los indígenas pueden recibir formación profesional para salvar la brecha entre los establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud convencionales y las comunidades indígenas. Esa formación debe impartirse con tacto y sin prejuicios respecto de los conocimientos y prácticas indígenas relacionados con la medicina y la salud.

46. Los Estados también deben promover la salud mediante la facilitación de información culturalmente apropiada sobre los estilos de vida saludables y la alimentación, las patologías y enfermedades (incluidas las enfermedades mentales), las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de los servicios. La información debe proporcionarse en el idioma del paciente y deben crearse mecanismos de información que incorporen patrones de comunicación no verbales, así como creencias y prácticas culturales. En determinadas comunidades indígenas, algunas cuestiones, como el VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva, siguen siendo un tabú; la cooperación de los Estados con las organizaciones indígenas es primordial para realizar campañas de concientización culturalmente apropiadas en esas comunidades.

47. Los beneficios espirituales y biomédicos de las prácticas tradicionales de atención de la salud y de las medicinas tradicionales pueden promover y mejorar la salud de los pueblos indígenas y establecer un contacto entre las personas enfermas y los sistemas de atención de la salud, facilitando así el acceso a la atención. En lugar de estigmatizar y

²⁵ Doreen Demas, ponencia presentada en el Seminario de Expertos sobre los Pueblos Indígenas y el Derecho a la Salud.

²⁶ National Aboriginal Health Organization, *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators* (Ottawa, 2008).

reprimir estas prácticas y medicinas, los Estados deben considerar la posibilidad de incorporarlas en sus actividades de planificación y promoción de la salud.

48. Es preciso ayudar a los pueblos indígenas a adoptar decisiones sobre su salud con conocimiento de causa, proporcionándoles información y adoptando medidas estatales destinadas a facilitar las opciones saludables, como la actividad física. Los Estados deben promover la adopción por los pueblos indígenas de dietas sanas y tradicionales mediante la protección de sus prácticas agrícolas tradicionales, el lanzamiento de campañas de concientización y, cuando sea necesario, la concesión directa de subvenciones económicas para alimentos saludables, en particular en las zonas rurales o alejadas donde los alimentos elaborados o embalados están más fácilmente al alcance de los pueblos indígenas y son más asequibles.

V. Los niños y jóvenes indígenas y el derecho a la salud

49. Además del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño impone a los Estados la obligación de adoptar medidas apropiadas para garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud para los niños. En su observación general núm. 11 (2009), sobre los niños indígenas y sus derechos en virtud de la Convención, el Comité de los Derechos del Niño señala que las condiciones de salud de los niños indígenas suelen ser peores que las de los niños no indígenas porque no tienen servicios de salud o porque estos son de inferior calidad, y que se podrían necesitar medidas positivas para eliminar las condiciones que dan lugar a la discriminación y para garantizar el goce de los derechos dimanantes de la Convención en igualdad de condiciones. El Comité insta a los Estados a considerar la posibilidad de adoptar medidas especiales para que los niños indígenas no sean objeto de discriminación y puedan mantener su identidad cultural, y señala que los Estados partes tienen la obligación positiva de velar por que los niños indígenas tengan acceso a los servicios de salud en pie de igualdad, así como de luchar contra la malnutrición, contra la mortalidad en la primera infancia y en la niñez y contra la mortalidad materna. En su observación general núm. 15 (2013), sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Comité interpreta que el derecho a la salud de todo niño incluye el derecho a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud.

50. Lamentablemente, en los indicadores sobre salud infantil se siguen registrando disparidades alarmantes entre las poblaciones indígenas y las no indígenas en todo el mundo. Las tasas de mortalidad infantil siguen siendo considerablemente más elevadas entre los grupos indígenas que entre sus contrapartes no indígenas²⁷. Las mujeres y los niños indígenas pueden ser vulnerables a la violencia, la malnutrición, la desnutrición, la anemia y la malaria²⁸. Algunas de esas disparidades son atribuibles a las desigualdades respecto de los determinantes sociales de la salud. Un número desproporcionadamente alto de niños indígenas vive en la pobreza (observación general núm. 11) y en zonas alejadas con un acceso limitado a la atención de la salud, la educación de calidad, la justicia y las oportunidades de participación (véase E/C.19/2005/2, anexo III).

51. Los pueblos indígenas siguen experimentando traumas intergeneracionales debido a la separación de los niños de sus familias y la educación en internados. Las consecuencias de esas prácticas para la salud son profundas e incluyen enfermedades mentales, maltratos

²⁷ Ian Anderson *et al.* (véase la nota 12).

²⁸ Comunicación de la Indigenous Women's Network (India).

físicos y sexuales, autolesiones y suicidios, y la adicción a las drogas o al alcohol. Se ha demostrado una correlación entre los efectos intergeneracionales de esos acontecimientos y el suicidio²⁹ y los abusos sexuales durante la infancia³⁰.

52. Los niños y jóvenes indígenas son particularmente vulnerables a las violaciones de los derechos humanos, debido a su edad y al carácter transversal de la discriminación que sufren los pueblos indígenas. Históricamente, los niños y jóvenes no han sido reconocidos como titulares de derechos; esto es particularmente cierto en el caso de los niños indígenas, quienes se ven frecuentemente privados de sus derechos fundamentales en relación con su familia, su comunidad y su identidad. El efecto combinado de los traumas intergeneracionales y la ausencia de avances respecto del goce de los derechos humanos de los pueblos indígenas ha resultado en una situación en la que muchos niños indígenas pasan por diversas experiencias de vida traumáticas en una fase temprana de su desarrollo, lo que los expone al riesgo de sufrir problemas de salud y enfermedades mentales, suicidarse y entrar en contacto con el sistema de justicia penal³¹.

53. A menudo, los jóvenes indígenas se encuentran atrapados entre sus lenguas, costumbres y valores indígenas y los de la sociedad dominante. Suelen migrar de sus comunidades tradicionales a zonas urbanas en busca de mejores oportunidades de empleo y educación y, al hacerlo, se exponen a mayores riesgos para su salud. Los jóvenes indígenas no solo conocen un nivel de desempleo más elevado que sus contrapartes no indígenas, sino que también son vulnerables a la depresión, el uso indebido de sustancias y otras consecuencias riesgosas para la salud que se producen en ausencia de un firme apoyo social y cuando existe discriminación.

54. Además de las dificultades encontradas por los pueblos indígenas para acceder a servicios de salud adecuados y de buena calidad, los niños y jóvenes indígenas se enfrentan a tres problemas fundamentales que agravan su desventaja social y económica, y que atañen a la educación, la integridad de la familia y la comunidad, y la salud mental.

Educación

55. La educación es un factor determinante fundamental de la salud de los pueblos indígenas. Las tasas de analfabetismo son frecuentemente altas (CERD/C/EDU/CO/20-22) y la probabilidad de que los niños indígenas vayan a la escuela es mucho inferior que en el caso de los niños no indígenas, lo que socava su salud a consecuencia de la disminución de la alfabetización sanitaria y la privación de los múltiples beneficios indirectos que conlleva un elevado nivel educativo. El bajo nivel educativo está “inextricablemente vinculado” a la condición de persona sin techo y a la proporción excesiva de personas indígenas en el sistema penitenciario³². La reducida participación en la educación formal es a menudo el resultado de una falta de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Incluso en los casos en los que se accede a los servicios educativos, se registran índices de finalización diferentes entre los niños y las niñas: en el Perú, por ejemplo, el 89% de las niñas indígenas de 12 a 16 años abandonan la escuela (véase A/HRC/29/40/Add.2, párr. 68).

56. Los Estados deben trabajar más arduamente para ofrecer reparación a las víctimas de estas violaciones de sus derechos en materia de salud. La inversión en el desarrollo temprano de los niños indígenas mediante la educación y la prestación de apoyo a las

²⁹ Zahra Rehman, ponencia presentada en el Seminario de Expertos sobre los Pueblos Indígenas y el Derecho a la Salud.

³⁰ Gregory Corosky, ponencia presentada en el Seminario de Expertos sobre los Pueblos Indígenas y el Derecho a la Salud.

³¹ Hannah McGlade, *Our Greatest Challenge: Aboriginal Children and Human Rights* (Canberra, Aboriginal Studies Press, 2013).

³² Comunicación de Brenda Gunn, Universidad de Manitoba (Canadá).

familias (por ejemplo, en lo referente a la crianza de los hijos) son medios sumamente eficaces para reducir las desigualdades en materia de salud. Los Estados deben cooperar para garantizar la realización de intervenciones eficaces: por ejemplo, los programas de colaboración entre el personal de enfermería y las familias se han adaptado para su uso en las comunidades indígenas tras haber quedado demostrada su eficacia en los Estados Unidos de América³³. En la enseñanza primaria y secundaria, los Estados deben velar por que los centros educativos estén disponibles y al alcance de todos, entre otros medios a través de emisiones de radio y programas de enseñanza a distancia o mediante el establecimiento de escuelas móviles para los pueblos indígenas nómadas (observación general núm. 11).

Integridad de la familia y la comunidad

57. La importancia que tiene la salud de la comunidad y la familia para los niños indígenas no se puede subestimar. Esas redes de apoyo aportan beneficios físicos, mentales y sociales en la esfera de la salud, contribuyen a romper los ciclos arraigados de desventaja intergeneracional y refuerzan la resiliencia y la capacidad. En su observación general núm. 11, el Comité de los Derechos del Niño señala que la consideración primordial en los programas de salud y de otra índole debería ser el interés superior del niño y el mantenimiento de la integridad de las familias indígenas. Lamentablemente, la tasa de niños indígenas que son separados de su familia sigue siendo mucho más elevada que en el caso de los niños no indígenas, lo que puede engendrar importantes traumas de la infancia. Además, cuando están bajo la tutela del Estado, los niños indígenas corren riesgo de sufrir abusos. Los Estados deben prevenir cualquier acción que prive a los pueblos indígenas, incluidos los niños, de su identidad étnica, como el sometimiento de los niños a modalidades alternativas de cuidado, y ofrecer reparación por dichas acciones.

Salud mental

58. El elevado número de casos de enfermedad mental y suicidio entre los indígenas es alarmante, en particular entre los jóvenes indígenas. Existen diversos factores de protección y estrategias de prevención del suicidio, como el fuerte sentido de pertenencia a una cultura (A/HRC/21/53). Tras la realización de un examen sistemático, se concluyó que las estrategias de prevención del suicidio en las escuelas reducían los casos de depresión y los sentimientos de desesperanza, y que la formación de “guardianes” (que consiste en enseñar a grupos comunitarios específicos cómo reconocer y apoyar a las personas que corren un elevado riesgo de suicidio) afianzaba los conocimientos y la capacidad para prestar asistencia a las personas que corrían un elevado riesgo de suicidio. También podrían tomarse en consideración otras estrategias que han sido eficaces en comunidades no indígenas, como los instrumentos de detección del riesgo de suicidio³⁴.

59. Las comunidades deben compartir información sobre las mejores prácticas orientadas a la prevención de las enfermedades mentales y el suicidio. Las investigaciones realizadas en la región circumpolar han demostrado la utilidad de las intervenciones y evaluaciones basadas en la comunidad y su cultura, que podrían utilizarse en otros lugares³⁵. Los proyectos regionales de coordinación, como el proyecto “Sol Naciente”, facilitado por el Consejo Ártico, contribuyen al intercambio de datos y la comparación de

³³ Comunicación de Australia.

³⁴ Anton Clifford, Christopher Doran y Komla Tsey, “A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand”, *BMC Public Health*, vol. 13 (2013).

³⁵ Jennifer Redvers *et al.*, “A scoping review of indigenous suicide prevention in circumpolar regions”, *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 74 (2015).

las intervenciones³⁶. Por último, convendría considerar las nuevas iniciativas prometedoras, como el programa de “exploradores de la salud” de Filipinas, en cuyo marco los niños imparten capacitación en materia de resiliencia³⁷.

VI. Derechos en materia de salud de los principales grupos indígenas

A. La salud de las mujeres

60. Las mujeres indígenas se enfrentan a una gran diversidad de violaciones de sus derechos humanos, multifacéticas y complejas, que se refuerzan mutuamente (A/HRC/30/41); estas suelen incluir violaciones de los derechos relativos a la salud que van más allá de la denegación del acceso a los servicios médicos.

61. En primer lugar, las mujeres indígenas encuentran muchas dificultades en lo referente al disfrute de su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. La falta de servicios de atención de la salud disponibles, accesibles y aceptables, así como el acceso limitado a atención de buena calidad, contribuyen al nivel desproporcionadamente alto de mortalidad materna, embarazos en la adolescencia e infecciones de transmisión sexual de las mujeres indígenas y a sus bajas tasas de utilización de anticonceptivos, ya que suelen quedar excluidas de los servicios de salud reproductiva. El alto índice de embarazos en la adolescencia también es atribuible a determinadas causas estructurales, como la falta de educación para las niñas y los matrimonios forzados.

62. En segundo lugar, los problemas de salud materna son persistentemente frecuentes entre las mujeres indígenas. A escala mundial, sus tasas de mortalidad materna son sistemáticamente mayores que las de las mujeres no indígenas³⁸. Además, están frecuentemente expuestas a un riesgo de subalimentación, anemia y otras carencias nutricionales, y de enfermedades tales como la diabetes gestacional, y a menudo tienen un acceso restringido o inexistente a los servicios básicos de atención antes, durante y después del parto³⁹.

63. Por último, las mujeres y las niñas indígenas siguen siendo víctimas de la violencia en mayor proporción que la población en general. De conformidad con el artículo 22, párrafo 2, de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, los Estados deben adoptar medidas para asegurar que las mujeres indígenas gocen de protección plena contra todas las formas de violencia y discriminación. Aun así, el número de mujeres indígenas que han sido víctimas de violación, agresión y otras formas de violencia es desproporcionadamente alto. Muchas formas de violencia contra las mujeres indígenas tienen un fuerte elemento intergeneracional y resultan de la marginación y las secuelas de la colonización que permiten o posibilitan el maltrato⁴⁰. Los efectos de esa violencia sobre la salud comprenden lesiones, infecciones de transmisión sexual, problemas ginecológicos, enfermedades mentales y casos de toxicomanía. La violencia contra las

³⁶ Comunicación del Inuit Circumpolar Council.

³⁷ Penelope Domogo, ponencia presentada en el Seminario de Expertos sobre los Pueblos Indígenas y el Derecho a la Salud.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Michael Gracey y Malcolm King, “Indigenous health part 1: determinants and disease patterns”, *The Lancet*, vol. 374, núm. 9683 (julio de 2009).

⁴⁰ Ellen Gabriel, ponencia presentada en el Seminario de Expertos sobre los Pueblos Indígenas y el Derecho a la Salud.

mujeres también afecta a los niños expuestos a ella, entre los cuales se registran mayores tasas de morbilidad y mortalidad⁴¹.

64. Estas dificultades pueden superarse junto con los pueblos indígenas. Por ejemplo, las maternidades y las casas maternas y de espera comunitarias han reducido los riesgos perinatales en Guatemala y el Perú⁴². La participación y la capacitación adicional de las parteras tradicionales respecto de los enfoques modernos de la prestación de servicios de atención de la salud pueden reducir la morbilidad y mortalidad materna y, al mismo tiempo, mejorar la aceptabilidad de los servicios. Los Estados deben tener en cuenta las oportunidades de cooperación Sur-Sur en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, en particular en lo referente a los criterios interculturales (E/2013/43-E/C.19/2013/25).

65. En muchas comunidades indígenas, las tasas de natalidad siguen siendo mucho más altas que el promedio nacional, lo que refleja parcialmente el valor que otorgan las comunidades indígenas a la maternidad y la procreación. En ocasiones, esas concepciones pueden chocar con las creencias que predominan en la medicina convencional, por ejemplo respecto de las prácticas de parto y los métodos anticonceptivos. Sin embargo, el conflicto percibido entre los derechos de los pueblos indígenas y los derechos de la mujer es a menudo ilusorio. La eliminación de las leyes consuetudinarias o las prácticas que vulneran los derechos de la mujer, como el matrimonio forzado y la violencia doméstica, es desde hace mucho tiempo un objetivo perseguido por muchos pueblos indígenas. Los Estados no deben prohibir otras prácticas tradicionales o preferidas por los pueblos indígenas; en lugar de ello, deben fomentar un diálogo sobre el espaciamiento entre embarazos, el uso de anticonceptivos y la paternidad en el que se tomen en cuenta las características culturales.

66. Los Estados deben adoptar medidas más enérgicas para combatir la violencia de género. A menudo, las mujeres y las niñas indígenas no cuentan con recursos jurídicos efectivos a ese respecto. En algunas jurisdicciones se producen casos de violencia contra mujeres perpetrados por funcionarios estatales, como agentes de policía y miembros de las fuerzas militares o paramilitares. En esos casos, las mujeres sufren una violación de sus derechos por partida doble: en primer lugar, al ser objeto de violencia y, en segundo lugar, al no disponer de ningún medio de reparación del propio mecanismo que ha perpetrado el acto de violencia. Los Estados deben tomar disposiciones para prevenir esa violencia y garantizar la existencia de mecanismos aceptables que ofrezcan medios de reparación por esas violaciones y estén disponibles y al alcance de todas las mujeres.

B. La salud de las personas indígenas con discapacidad

67. A nivel mundial, los indígenas conocen una tasa de discapacidad superior a la de la población en general. Las múltiples formas de discriminación, la pobreza, las barreras sistémicas y físicas y la violencia son obstáculos que entorpecen el pleno disfrute de sus derechos humanos. En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se reconoce el derecho a la salud (art. 25) y la difícil situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación, incluidas las personas indígenas con discapacidad (preámbulo).

68. Los niños indígenas con discapacidad se enfrentan a barreras físicas, sistémicas y de actitud que les impiden disfrutar de sus derechos a la educación, a servicios accesibles y a

⁴¹ Organización Mundial de la Salud, “Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer”, nota descriptiva núm. 239 (enero de 2016). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.

⁴² Fondo de Población de las Naciones Unidas y Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, “Promoting equality, recognizing diversity: case stories in intercultural sexual and reproductive health among indigenous peoples” (Panamá, agosto de 2010).

programas de rehabilitación relacionados con la discapacidad. Con demasiada frecuencia, los niños indígenas con discapacidad se enfrentan a la discriminación, el abuso y el acoso de sus compañeros, cuidadores y miembros de su comunidad. La condición de indígena, la discapacidad intelectual y el encarcelamiento son circunstancias que confluyen a menudo⁴³.

69. Las personas indígenas con discapacidad también pueden experimentar retrasos en el reconocimiento de su discapacidad debido al racismo o la discriminación, o incluso un diagnóstico excesivo de su discapacidad intelectual a raíz de prejuicios culturales en los exámenes⁴⁴. Además, la discriminación institucionalizada contra las personas con discapacidad puede ocultar enfermedades no diagnosticadas en esas personas, cuyas anomalías médicas se atribuyen a su discapacidad, y no a una patología separada⁴⁵. La probabilidad de que esto ocurra en el caso de las personas indígenas es elevada, dados los frecuentes problemas que se plantean en relación con la lengua y otras barreras de comunicación y la formación insuficiente de los profesionales de la salud. Los programas de capacitación y formación deben comprender contenidos relacionados con las necesidades de las personas indígenas con discapacidad, a fin de crear conciencia entre los profesionales.

70. A menudo se exige a las personas indígenas con discapacidad de zonas alejadas que acudan periódicamente a organizaciones médicas centrales para confirmar su discapacidad y así poder seguir beneficiándose de su pensión por discapacidad, lo que les engendra dificultades. Los Estados y otros agentes deben reconocer y abordar las múltiples formas de discriminación que pesan sobre las personas indígenas con discapacidad.

VII. Retos actuales relacionados con los pueblos indígenas y el derecho a la salud

A. Enfermedades transmisibles y no transmisibles

71. La incidencia de enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, es desproporcionadamente alta entre los indígenas, y el riesgo de infección por el VIH es mayor en el caso de los que migran a zonas urbanas. Los Estados deben reconocer el riesgo más elevado al que están expuestos los indígenas respecto de esas enfermedades, así como las múltiples formas de discriminación que pesan sobre ellos cuando las contraen. Además, los pueblos indígenas padecen de enfermedades tropicales “desatendidas”, como el tracoma, las helmintiasis, el pian, la lepra y la estrongiloidiasis, en proporciones desmesuradas⁴⁶. Los Estados deben considerar la posibilidad de aplicar tratamientos generalizados o colectivos consentidos a esas enfermedades en los casos en que se disponga de medicamentos eficaces. También es importante que la financiación por el Estado de las actividades indígenas relacionadas con la salud no se condicione al bienestar, en particular en las comunidades ya desfavorecidas. En la Federación de Rusia, el

⁴³ Matthew Frize, Dianna Kenny y C. J. Lenings, “The relationship between intellectual disability, indigenous status and risk of reoffending in juvenile offenders on community orders”, *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 52, núm. 6 (junio de 2008).

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Comunicación de la First Peoples Disability Network.

⁴⁶ Peter Hotez, “Aboriginal populations and their neglected tropical diseases”, *PLoS Neglected Tropical Diseases*, vol. 8, núm. 1 (enero de 2014).

aumento de la incidencia de la tuberculosis en las comunidades indígenas se ha utilizado como criterio para no aprobar subvenciones federales o para reducirlas⁴⁷.

72. También se ha registrado un enorme aumento de la incidencia de enfermedades no transmisibles entre los indígenas, quienes padecen de enfermedades cardiovasculares y diabetes en proporciones desmesuradamente altas. Esa elevada incidencia está vinculada con su migración de las zonas rurales a las urbanas, donde cambian su estilo de vida rápidamente y asimilan dietas modernas con alto contenido en calorías, grasas y sal⁴⁸. Por ejemplo, en Filipinas, la evolución y los cambios en las prácticas agrícolas y las preferencias alimenticias han contribuido a la subida de las tasas de diabetes, enfermedades renales y cardiovasculares, hipertensión y cáncer⁴⁹. Además, los datos a nivel mundial revelan elevadas tasas de consumo de alcohol y tabaco entre las personas indígenas, en particular entre los hombres.

73. Los Estados deben adoptar medidas concretas para combatir la extraordinaria carga que representan esas enfermedades para los pueblos indígenas. Convendría asegurar un acceso asequible a medicamentos esenciales como la insulina y los antihipertensores, ya que un elevado costo para el paciente puede dar paso a un deterioro rápido, aunque evitable, de la salud. También convendría considerar la posibilidad de adoptar iniciativas de telemedicina o salud móvil para vigilar a las personas indígenas con enfermedades crónicas que viven en zonas alejadas. No debe subestimarse la importancia del ejercicio físico y el deporte en lo que se refiere a la prevención de las enfermedades no transmisibles y a los beneficios indirectos para la salud, como una mayor integración social y autoestima. Los datos relativos a los jóvenes indígenas australianos demuestran la existencia de una relación positiva entre la práctica declarada de un deporte y los resultados en materia de salud, incluida la salud mental; incluso ha quedado demostrado que la práctica de un deporte disuade a los jóvenes de participar en actividades delictivas⁵⁰. Resulta sumamente alentador que los Estados apoyen y promuevan juegos tradicionales y eventos deportivos como los Juegos Mundiales de los Pueblos Indígenas, celebrados en 2015, ya que desempeñan un papel importante en la tarea de prevenir las enfermedades y promover el bienestar.

74. La buena salud ocupacional de las personas indígenas también es fundamental. Por ejemplo, algunos indígenas padecen de silicosis como consecuencia de las malas condiciones de higiene laboral en las fábricas de procesamiento de piedras, un medio de sustento tradicional en algunos territorios indígenas de la Federación de Rusia. Los Estados deben proteger la salud de los indígenas que trabajan en las industrias tanto tradicionales como convencionales⁵¹.

B. Salubridad ambiental, cambio climático y desplazamientos

75. Las malas condiciones de salubridad ambiental han sido durante mucho tiempo un motivo de preocupación para los pueblos indígenas. El Comité de los Derechos del Niño ha

⁴⁷ Federación de Rusia, Resolución del Gobierno núm. 217, de 10 de marzo de 2009, sobre la aprobación de las condiciones de distribución de las subvenciones del presupuesto federal a los presupuestos de las entidades constitutivas de la Federación de Rusia para apoyar el desarrollo económico y social de los pueblos indígenas minoritarios del Norte, Siberia y el Extremo Oriente de la Federación de Rusia.

⁴⁸ Michael Gracey y Malcolm King (véase la nota 39).

⁴⁹ Penelope Domogo, ponencia presentada en el Seminario de Expertos sobre los Pueblos Indígenas y el Derecho a la Salud.

⁵⁰ Comunicación de Cultural Survival.

⁵¹ Documento final del Seminario de Expertos titulado "Finno-Ugric peoples and sustainable development: health of indigenous peoples", celebrado en Petrozavodsk (Federación de Rusia) los días 25 y 26 de mayo de 2016.

destacado la importancia que reviste la salubridad ambiental para los niños, ha reconocido que el cambio climático constituye una amenaza particularmente apremiante para la salud y el estilo de vida de los niños indígenas y ha señalado que los Estados deben reservar a la salud infantil un lugar central en sus estrategias de adaptación al cambio climático y mitigación de sus consecuencias (observación general núm. 15). Quienes ya son vulnerables, como los pueblos indígenas, sufren los peores efectos del cambio climático (A/HRC/31/52). Por ejemplo, el cambio climático está contribuyendo en gran medida a la inseguridad alimentaria de los pueblos inuit del Ártico canadiense, cuyas prácticas de caza y pesca se han visto amenazadas por reducciones sustanciales de la superficie helada donde cazan⁵². La sustitución de las fuentes tradicionales de alimentación por elementos de la dieta dominante es costosa en esos lugares, y acarrea sus propios riesgos para la salud.

76. Las actividades relacionadas con el desarrollo realizadas por Estados o por terceros, como las empresas multinacionales, también pueden comprometer los factores determinantes básicos de la salud de los pueblos indígenas, como la alimentación, el agua potable y el saneamiento. Esto puede producirse a causa del desplazamiento de los pueblos indígenas de sus tierras tradicionales o de la contaminación de las tierras o el agua, lo que a su vez resulta en violaciones del derecho a la salud y otros derechos, como el derecho a la vida⁵³. La contaminación también puede producirse a raíz del uso de plaguicidas que están prohibidos en ciertos Estados, pero que se exportan y utilizan en otros lugares⁵⁴. Una consecuencia del desarrollo y la globalización es que los pueblos indígenas figuran sistemáticamente entre los grupos más vulnerables a la inseguridad alimentaria, la malnutrición y las enfermedades crónicas, lo que resulta irónico, habida cuenta de su bagaje de conocimientos tradicionales sobre cómo llevar una vida sostenible y sana en los ecosistemas rurales. Esa vulnerabilidad es una realidad para muchos pueblos indígenas; se ha establecido una relación causal entre los efectos de la colonización y la enajenación de tierras, territorios y recursos, y la diabetes y las enfermedades cardiovasculares⁵⁵.

77. Deben adoptarse medidas para promover la cooperación entre los pueblos indígenas y las empresas y reducir al mínimo los efectos negativos del desarrollo, como lo ilustran los ejemplos de la Federación de Rusia⁵⁶. El reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas sobre la tierra, los bosques, los recursos marinos y otros recursos naturales también es de suma importancia para su subsistencia y bienestar. La importancia de mantener una relación con la tierra también se reconoce en instrumentos jurídicos regionales⁵⁷. Cuando se faculta a los pueblos indígenas para cuidar y mantener sus tierras, se crea otro ciclo virtuoso: los recursos naturales se utilizan de manera más sostenible, se crean perspectivas de empleo y la salud general de las comunidades mejora. Los pueblos indígenas deben conservar el control sobre la adopción de decisiones respecto de esos recursos a fin de garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, especialmente en los casos en que las comunidades dependen de los recursos marinos y terrestres para su supervivencia (E/2005/43-E/C.19/2005/9).

⁵² Sheila Watt-Cloutier, ponencia presentada en el Seminario de Expertos sobre los Pueblos Indígenas y el Derecho a la Salud.

⁵³ Véase, por ejemplo, el caso *Comunidad Indígena Xákmok Kásek c. el Paraguay*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 24 de agosto de 2010.

⁵⁴ Comunicación del Consejo Internacional de Tratados Indios.

⁵⁵ Royal Commission on Aboriginal Peoples, *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples: Volume 3 — Gathering Strength* (Ottawa, Canada Communication Group, 1996).

⁵⁶ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Unión de Industriales y Empresarios de la Federación de Rusia y Red del Pacto Mundial en Rusia, "United Nations Global Compact Network Russia: corporate social responsibility practices".

⁵⁷ Véase la Convención de la Unión Africana para la Protección y la Asistencia de los Desplazados Internos en África, art. 4, párr. 5.

Anexo

Opinión núm. 9 del Mecanismo de Expertos, sobre el derecho a la salud y los pueblos indígenas

A. Consideraciones generales

1. El derecho a la salud de los pueblos indígenas está consagrado en múltiples instrumentos internacionales y nacionales, y constituye una parte importante del derecho internacional de los derechos humanos. Ese derecho está interrelacionado con diversos derechos fundamentales acumulados por los pueblos indígenas, incluidos los derechos a la libre determinación; el desarrollo; la cultura; las tierras, los territorios y los recursos; la lengua, y el medio natural.

2. La concepción indígena de la salud es amplia y holística e integra dimensiones espirituales, ambientales, culturales y sociales, que se suman a la noción de salud física. La asimilación cultural forzada; la enajenación de tierras y el uso de tierras indígenas para las industrias extractivas; la marginación política y económica; la pobreza, y otras secuelas del colonialismo han dado lugar a una falta de control sobre la salud individual y colectiva y han socavado el ejercicio de los derechos en materia de salud de los pueblos indígenas.

3. Las estadísticas de salud de todo el mundo ponen de manifiesto la posición de desventaja de los pueblos indígenas en cuanto al acceso a servicios de atención de la salud de calidad, así como su vulnerabilidad a numerosos problemas de salud, incluidas las enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles. Las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas encuentran dificultades particulares, como una mayor tasa de mortalidad materna y de suicidio, y se enfrentan a múltiples formas de discriminación.

B. Consejos para los Estados

4. Los Estados deberían reconocer y mejorar la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas ratificando e incorporando en su legislación nacional el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169), de la Organización Internacional del Trabajo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros tratados de derechos humanos fundamentales, y adoptando medidas concretas para aplicar la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

5. Los Estados deberían reconocer el derecho inherente de los pueblos indígenas a determinar su propio futuro, también en lo que se refiere al control de su propia salud. Los Estados deberían considerar la posibilidad de celebrar con los pueblos indígenas tratados en los que se protejan explícitamente los derechos a la libre determinación y a la salud, y cumplir los compromisos pertinentes que hayan contraído en virtud de tratados ya existentes.

6. La salud es un elemento indispensable de la propia existencia y supervivencia de los pueblos indígenas, así como de su derecho a vivir con dignidad y determinar su propio futuro. Por consiguiente, los Estados deberían obtener el consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas antes de aplicar leyes, políticas o programas que afecten a su salud o a sus derechos en materia de salud.

7. Los Estados deberían aplicar planes nacionales en favor de la salud de los pueblos indígenas con la plena participación de estos y con su consentimiento libre, previo e

informado, o elaborar o modificar los planes nacionales de salud existentes a fin de incorporar programas y políticas específicos para los pueblos indígenas. Los Estados también deberían incorporar el derecho a la salud en los planes de acción nacionales para aplicar la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

8. Los Estados deberían velar por que los pueblos indígenas tengan pleno acceso a los establecimientos, bienes y servicios públicos de atención de la salud, así como a las instalaciones, los bienes y los servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud, como el agua potable y una alimentación y un saneamiento adecuados. La introducción y aplicación de leyes integrales de lucha contra la discriminación y la recopilación y utilización de datos desglosados son fundamentales para lograr este objetivo.

9. Los Estados deberían derogar las leyes y políticas que permitan o autoricen la violencia contra los pueblos indígenas, incluso de forma meramente implícita, y adoptar medidas para combatir los actos de violencia perpetrados por representantes del Estado (como las fuerzas armadas) y por terceros. Deberían prohibirse explícitamente los actos de violencia en los centros de atención de la salud, como la esterilización forzada y la mutilación genital femenina, así como la discriminación contra las personas indígenas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero.

10. Los Estados no deberían poner en peligro la salubridad ambiental de los pueblos indígenas, en particular mediante la contaminación del aire, el agua y el suelo por instalaciones estatales u otras actividades. Los Estados deberían adoptar medidas para proteger a los pueblos indígenas de los daños ambientales causados por terceros (como empresas privadas) reduciendo al mínimo, por conducto de medidas legislativas y prácticas, los efectos que tienen las industrias extractivas en particular sobre la salud física y mental de los pueblos indígenas.

11. Se debería permitir a los pueblos indígenas identificarse como grupos distintos dentro de los Estados, y los Estados deberían adoptar medidas positivas para asegurar la recopilación de datos desglosados sobre los pueblos indígenas. Los Estados deberían facilitar el acceso a los servicios de atención de la salud mejorando los procesos de inscripción de los nacimientos y eliminando la inscripción del nacimiento como requisito para acceder a los servicios de atención de la salud.

12. Los Estados deberían adoptar medidas para fomentar la preservación de las culturas indígenas y proteger a los pueblos indígenas contra la apropiación y mercantilización por terceros de sus conocimientos, sus medicinas tradicionales y otras prácticas tradicionales. Se debería permitir a los pueblos indígenas practicar la medicina tradicional y aprovechar sus ventajas, pero deberían erradicarse, en colaboración con los pueblos indígenas, las prácticas nocivas que vulneran otros derechos, como la mutilación genital femenina.

13. Los Estados deberían suministrar a los pueblos indígenas recursos suficientes para facilitar la creación y la puesta en funcionamiento de sus propias iniciativas de atención de la salud o, en ausencia de servicios administrados por comunidades indígenas, ofrecer programas e intervenciones a los pueblos indígenas de manera directa, entre otros medios aplicando las medidas especiales necesarias para que los pueblos indígenas disfruten plenamente de sus derechos en materia de salud.

14. Los Estados deberían garantizar el acceso a servicios de atención de la salud de calidad, incluidos los cuidados preventivos, de los pueblos indígenas nómadas y asentados en zonas alejadas, los pueblos indígenas ubicados en zonas afectadas por conflictos y las personas indígenas privadas de libertad, entre otros medios a través de clínicas itinerantes, la telemedicina y la tecnología de la información y de las comunicaciones.

15. Los Estados deberían velar por la disponibilidad de servicios de interpretación para los pacientes indígenas, a fin de asegurar una comunicación adecuada en los centros de

atención de la salud. Los Estados deberían reconocer la importancia de las lenguas en el proceso de curación y, en consecuencia, promover el uso de las lenguas indígenas en los centros de atención de la salud.

16. Los Estados deberían adoptar medidas para capacitar a personal sanitario indígena y acreditar a los profesionales de la salud indígenas para integrarlos en los sistemas de atención de la salud. Los Estados también deberían mejorar los programas de formación sobre atención de la salud a fin de capacitar a los trabajadores sanitarios para prestar servicios culturalmente apropiados, y crear programas y servicios a fin de crear conciencia entre los profesionales sobre el tratamiento y la gestión de los pacientes indígenas.

17. Los pueblos indígenas deberían elaborar y difundir instrumentos e información de promoción de la salud culturalmente apropiados, en colaboración con los Estados, para prevenir las enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles. Deberían asignarse recursos suficientes para la elaboración de programas de información sobre los estilos de vida saludables, y los Estados deberían diseñar estrategias específicas para prevenir las enfermedades transmisibles y no transmisibles, en colaboración con los pueblos indígenas y con su consentimiento libre, previo e informado.

18. Los Estados deberían aplicar leyes, políticas y programas que fomenten la adopción por los pueblos indígenas de decisiones con conocimiento de causa sobre su salud e incluyan iniciativas orientadas a mejorar las opciones elegidas por los pueblos indígenas con respecto a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación saludable y la actividad física.

19. Los Estados deberían dar prioridad a las iniciativas educativas para los pueblos indígenas, en vista de los estrechos vínculos directos e indirectos entre la salud y el rendimiento escolar. Los Estados deberían velar por que todos los niños indígenas tengan acceso a la enseñanza primaria y secundaria y que todos los pueblos indígenas puedan acceder a recursos educativos relacionados con la salud.

20. Los Estados deberían seguir realizando investigaciones sobre el elevado número de niños indígenas que son separados de su familia y su comunidad en todo el mundo, así como sobre las amplias repercusiones que tienen para la salud los traumas intergeneracionales atribuibles a dicha separación y a la colocación de los niños indígenas en internados y otras instalaciones. Se deberían adoptar medidas para preservar la integridad de las familias indígenas de conformidad con los derechos del niño, y para garantizar que las personas indígenas afectadas se beneficien de los servicios sanitarios de prevención y tratamiento que necesiten para hacer frente a secuelas tales como enfermedades mentales.

21. En cooperación con los pueblos indígenas, los Estados deberían adoptar medidas inmediatas para reducir la elevada tasa de suicidio de los indígenas en todo el mundo, en particular de los niños y los jóvenes. Deberían aplicarse medidas de prevención cuya eficacia haya quedado demostrada en las comunidades de alto riesgo, y asignarse recursos suficientes para lograr una auténtica mejora de la salud mental de los pueblos indígenas.

22. Los Estados deberían suministrar recursos y materiales para prestar servicios de atención de la salud culturalmente apropiados a las mujeres, especialmente en lo referente a la salud materna y la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

23. Los Estados deberían velar por que las mujeres estén protegidas contra la violencia imponiendo el cumplimiento de las leyes penales y haciendo uso de los mecanismos jurídicos indígenas. Los Estados también deberían ofrecer servicios de apoyo y recursos, monetarios cuando sea necesario, a las mujeres víctimas de la violencia.

24. Los Estados deberían adoptar medidas para combatir la discriminación contra las personas indígenas con discapacidad mediante la aplicación de leyes, políticas y programas

y la creación de mecanismos para proteger a estas personas contra la conculcación de sus derechos por terceros. Los Estados también deberían prestar servicios culturalmente apropiados (de diagnóstico y de otro tipo), teniendo en cuenta las necesidades de las personas indígenas en la detección y la gestión de la discapacidad.

25. Los Estados deberían promover la práctica de los juegos y deportes tradicionales indígenas, por ejemplo a través de los Juegos Mundiales de los Pueblos Indígenas.

26. Los Estados deben reconocer y proteger legalmente el derecho de los pueblos indígenas a sus tierras, territorios y recursos mediante leyes y políticas adecuadas, habida cuenta de su relación intrínseca con los derechos a la salud y a la alimentación.

27. Los Estados deberían formular planes concretos para aplicar las disposiciones del Acuerdo de París, mitigar los efectos nocivos del cambio climático y adaptar su planificación del sector de la salud a fin de prepararse para los efectos del cambio climático relacionados con la salud, que afectan de manera desproporcionada a los pueblos indígenas.

28. Los Estados deberían velar por que existan mecanismos adecuados para ofrecer medios de reparación y vías de recurso respecto de las violaciones de los derechos relacionados con la salud, incluidos los derechos enunciados en los tratados, ya sea a través de los sistemas jurídicos convencionales o indígenas. Los sistemas jurídicos indígenas pueden presentar ciertas ventajas en cuanto a la resolución de las quejas por violaciones de los derechos relacionados con la salud.

C. Consejos para los pueblos indígenas

29. Los pueblos indígenas deberían fortalecer las actividades de promoción para que se reconozcan sus derechos a la salud y a la libre determinación, con el objetivo de crear establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud administrados por comunidades indígenas y financiados de manera equitativa que estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad.

30. Los pueblos indígenas deberían seguir promoviendo su representación proporcional y su participación real en la adopción de políticas sobre la atención de la salud, y ejercer presión para que los Estados velen por que se obtenga su consentimiento libre, previo e informado antes de aplicar las leyes, políticas y proyectos que los afecten.

31. Los pueblos indígenas pueden adoptar medidas para proteger y promover la medicina tradicional y las prácticas conexas, entre otros medios fomentando el reconocimiento del Estado a fin de recibir toda la protección prevista en el Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica, así como la integración de las prácticas curativas y médicas tradicionales en los servicios convencionales de atención de la salud.

32. Los pueblos indígenas deberían velar por que se tomen medidas dentro de las comunidades para proteger a los niños y a los jóvenes contra las prácticas que tengan efectos nocivos para la salud, como el uso indebido de alcohol y drogas, y colaborar con los Estados para resolver estas cuestiones.

D. Consejos para las organizaciones internacionales

33. Si bien reconoce la labor realizada en esta esfera por la Organización Panamericana de la Salud, el Mecanismo de Expertos sugiere que la Organización Mundial de la Salud considere la posibilidad de designar un centro de coordinación mundial sobre las cuestiones

relativas a la salud de los pueblos indígenas a fin de abordar mejor los problemas acuciantes que se plantean en todo el mundo respecto del ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas en materia de salud.

34. Las Naciones Unidas, sus organismos y otras organizaciones internacionales deberían hacer hincapié en la importancia de la prestación de servicios de salud mental a los pueblos indígenas y adoptar medidas orientadas a combatir el suicidio entre las personas indígenas, en particular los niños y los jóvenes. La Organización Mundial de la Salud también debería coordinar nuevas investigaciones sobre el suicidio entre los jóvenes. Las organizaciones antes mencionadas deberían intercambiar información y brindar apoyo a las comunidades indígenas para hacer frente a este problema.

35. En sus labores de planificación, el Fondo de Población de las Naciones Unidas debería tomar en consideración los derechos de los pueblos indígenas, en particular las mujeres y los jóvenes, habida cuenta de la carga desproporcionada de morbilidad y mortalidad registrada entre las mujeres indígenas y de las deficiencias respecto del ejercicio de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

36. La Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y otras organizaciones internacionales deberían realizar investigaciones y difundir información sobre las mejores prácticas respecto de los servicios de atención de la salud administrados por las comunidades, a fin de promover la adopción de dichas prácticas.

37. En colaboración con los Estados, los organismos multilaterales y otras entidades también deberían invertir más recursos en la investigación y el desarrollo de tratamientos nuevos y asequibles para las enfermedades tropicales desatendidas que afectan en proporciones desmesuradas a los pueblos indígenas.

38. La Organización Mundial de la Salud y otros organismos de las Naciones Unidas deberían colaborar con los pueblos indígenas con el objeto de elaborar directrices para la incorporación de los conocimientos tradicionales indígenas en los sistemas nacionales de atención de la salud, entre otros medios mediante el reconocimiento de las mejores prácticas.
