



Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo

Informe de la Secretaría

1. El presente documento se ha preparado en respuesta a la petición que figura en la resolución WHA51.24 de que se informe anualmente a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en las iniciativas para la salud de las poblaciones indígenas. En él se destaca la falta de datos precisos y la insuficiencia de la investigación sanitaria en este ámbito, lo que impide responder al llamamiento formulado en la resolución WHA53.10 para que se preparen planes de acción regionales y mundiales, y se presentan a grandes líneas algunas de las actividades emprendidas a nivel regional.
2. A pesar de que la cuestión de las poblaciones indígenas atrae cada vez más la atención internacional, falta **información precisa** sobre el número de personas que pertenecen a esas comunidades y los conocimientos sobre su situación sanitaria son incompletos y fragmentarios. No todos los países con poblaciones indígenas o tribales incluyen sistemáticamente la categoría de origen étnico en sus sistemas nacionales de reunión de datos y son pocos los que la incorporan en las encuestas y en los análisis sanitarios nacionales. Aun en los casos en que el origen étnico se incluye en los censos y en otros sistemas de reunión de datos, los resultados pueden ser inexactos a causa de barreras como la estigmatización que suele conllevar la pertenencia a poblaciones indígenas o tribales y que influye en la información que facilitan los miembros de esas comunidades; la lejanía física; los problemas de comunicación; y la falta de acuerdo sobre qué es lo que ha de entenderse por indígena y cuáles son los grupos que entran en esa categoría.
3. Por todas estas razones puede haber discrepancias considerables entre las estimaciones estadísticas oficiales y las aportadas por fuentes independientes. En consecuencia, los investigadores sobre cuestiones indígenas suelen basarse en indicadores indirectos como la situación geográfica o el uso de un idioma dentro de un país. Además, la gran variedad de categorías étnicas empleadas impide hacer comparaciones entre países y hace difícil la identificación de riesgos y problemas de salud comunes a nivel mundial.
4. La falta de datos nacionales sobre el origen étnico y la escasez de investigaciones integrales sobre los riesgos sanitarios y sobre las disparidades entre las poblaciones indígenas de muchos países son graves obstáculos para establecer planes de acción regionales y mundiales que aborden los problemas sanitarios de las poblaciones indígenas. Además, en muchos casos las investigaciones sanitarias realizadas hasta la fecha no han integrado correctamente a la población indígena en el proceso de investigación. Para ser completo, éste debería incluir a la población indígena e incorporar sus puntos de vista. La falta de datos también impide que los países formulen políticas eficaces y coherentes en esferas relacionadas con la salud de las poblaciones indígenas; esto supone un problema grave en los países en que los indígenas representan una alta proporción de la población o tienen una fuerte identidad étnica diferenciada.

5. No obstante, según se indica en el anexo, se observan ciertas características generales en relación con la salud de las poblaciones indígenas. Los gobiernos están adoptando una variedad de medidas positivas para atenuar las disparidades sanitarias que afectan a la población indígena de sus países, pero no se dispone de información detallada a ese respecto.

6. Los datos reunidos hasta ahora indican que los indígenas viven menos y que por lo general su estado de salud es peor que el de las personas pertenecientes a otros grupos de población. Para cambiar esta situación, es preciso adoptar de inmediato disposiciones que permitan ampliar el conjunto de datos científicos en que debe basarse la adopción de medidas correctivas. Dichas disposiciones abarcarán lo siguiente: la elaboración por la OMS de una definición de trabajo de las poblaciones indígenas, el acopio sistemático de datos sobre la salud y la población, y la investigación sanitaria operativa comparada, que sentarán las bases de la mejora de la salud de las poblaciones indígenas.

7. Para avanzar en la preparación de los planes de acción integrales, y hasta que se acuerde una definición en el sistema de las Naciones Unidas, se propone utilizar la **definición** que figura en el Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales (1989). El artículo 1 del Convenio dice lo siguiente:

1. *El presente Convenio se aplica:*

a) *a los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial;*

b) *a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.*

2. *La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio.*

3. *La utilización del término **pueblos** en este Convenio no deberá interpretarse en el sentido de que tenga implicación alguna en lo que atañe a los derechos que pueda conferirse a dicho término en el derecho internacional.*

8. La OMS colaborará con los Estados Miembros en la reunión de datos y en la formulación de un programa de investigación pertinente.

9. En cuanto a las **actividades regionales**, la OMS/OPS puso en práctica en 1993 la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, que representa la contribución de la Región de las Américas al Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo y su compromiso de trabajar con las poblaciones indígenas para mejorar su salud y bienestar, que son cruciales en una región en la que viven unos 43 millones de indígenas pertenecientes a más de 400 grupos distintos.

10. La dirección y las actividades de la Iniciativa se han guiado por las consultas celebradas a nivel nacional y con los indígenas, que se centraron en la promoción de la salud y el bienestar de las poblaciones indígenas mediante el suministro de apoyo a los países para fomentar la equidad en materia de salud y de

acceso a los servicios sanitarios básicos. El trabajo realizado en el marco de la Iniciativa se concentra actualmente en tres ámbitos clave: la planificación y las alianzas estratégicas; los marcos y los modelos de atención interculturales; la información para detectar y vigilar las situaciones de desigualdad.

11. En otras regiones, una serie de actividades específicas para un país o una zona podrían servir de base para desarrollar un sólido plan de acción de salud indígena. El Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Asiático de Desarrollo apoyan varias iniciativas relativas a cuestiones indígenas en los países, como la cartografía del estado de salud de las poblaciones indígenas.

12. Recientemente, se ha acordado establecer, bajo los auspicios del Consejo Económico y Social, un **Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas** que asesorará a los órganos del sistema de las Naciones Unidas en esa esfera. El Foro estará integrado por 16 expertos independientes, de los cuales la mitad serán representantes indígenas y la otra mitad serán nombrados por los gobiernos; se prevé que empiece a trabajar en 2002. Se pedirá a la OMS, y a otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que presenten información periódica a dicho órgano.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

13. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del presente informe.

ANEXO

ALGUNOS DATOS SOBRE LA SALUD DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS EN REGIONES SELECCIONADAS

Las Américas

- El 31% de la población de las Primeras Naciones del Canadá declara algún tipo de discapacidad debida a las altas tasas de accidentes, a las malas condiciones de vivienda, al abuso de sustancias y a la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes (OPS, 1999)
- La esperanza de vida de los mayas de Guatemala es 17 años menor que la de los grupos de población no indígena (documento WHO/MNH/NAM/99.1). En 1989, el 91% de la población indígena de Guatemala vivía en la extrema pobreza, comparado con el 45% de la población no indígena (OPS, 1999)
- En 1995 se estimaba que la esperanza de vida al nacer de la población indígena de México, era inferior en más de tres años a la del resto de la población, y que su tasa de mortalidad infantil era del 54 por 1000, casi el doble de la correspondiente a la población no indígena (OPS, 1999)
- En el Perú, la población indígena tiene una vez y media más de posibilidades de ser pobre y casi tres veces más de ser extremadamente pobre que la población no indígena (UNFPA: Day of 6 Billion Fast Facts, 2000)
- Los nativos de Alaska tienen, en comparación con todos los otros grupos étnicos, las mayores tasas de prevalencia de tabaquismo (42%), de maternidad de adolescentes (86 por 1000) y de muertes causadas por traumatismos involuntarios (3,3 veces la media nacional) y la segunda tasa más alta de homicidios (17,8 por 100 000) (Health Status in Alaska, 2000)
- La tasa de suicidio entre los indígenas hawaianos llegó al 29,2 por 100 000 en 1982, mientras que el porcentaje correspondiente a la población blanca es del 18,5 por 100 000 (Blaisdell, 1993)

Asia Sudoriental

- Se ha comprobado que la ingesta calórica de más de la mitad de los niños de las tribus del estado indio de Bihar es insuficiente (Alderete, 1999)

Europa

- Las poblaciones de los países en desarrollo como el Brasil, China y Tailandia tienen ahora esperanzas de vida más favorables que los inuit. La esperanza de vida de un lactante inuit de Groenlandia sigue siendo mucho más corta que la de un lactante danés (Estadísticas de Groenlandia. Anuario estadístico 1997)
- Los estudios realizados en la Federación de Rusia muestran que la situación socioeconómica y sanitaria de la población indígena del extremo nororiental se ha deteriorado de manera radical en los últimos años (Programa de Vigilancia y Evaluación del Ártico, Oslo, 1998)

Pacífico Occidental

- La esperanza de vida al nacer de los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres es hasta 20 años menor que la de los australianos no indígenas (Australian Institute of Health and Welfare. Older Australia at a Glance, 1999)
- En la República Democrática Popular Lao y en Viet Nam, las poblaciones indígenas tienen tasas de mortalidad infantil más altas que otros grupos (Banco Asiático de Desarrollo. Policy for the Health Sector, 1999)
- La esperanza de vida es de 67,2 años para los hombres maoríes y de 71,6 para las mujeres, frente al 75,3 y 80,6 años para los hombres y mujeres no maoríes (Our Health Our Futures. The Health of New Zealanders, 1999)
- Las tasas de hospitalización de las mujeres maoríes por cáncer del cuello del útero son de tres a cuatro veces más altas que entre las europeas u otras mujeres (Our Health Our Futures. The Health of New Zealanders, 1999).

= = =