



**Pan American  
Health  
Organization**



*Regional Office of the  
World Health Organization*

## Trabajando para lograr la equidad de salud con una perspectiva étnica: lo que se ha hecho y las prácticas óptimas

Este documento abordará temas en relación con la equidad en salud y las víctimas de la discriminación racial. Como en contribuciones anteriores de la OPS a los grupos de trabajo de HCHR, los documentos se centran en la recopilación y el análisis de los datos de salud desglosados por orígenes raciales/étnicos.<sup>1</sup>

Los datos no son sistemáticos, pero la información existente producida por expertos y servicios de salud de países seleccionados es concurrente al mostrar una brecha persistente e injusta que afecta a ciertos grupos étnicos. Por consiguiente, no volveré a referirme a esos temas. Las preguntas que quiero plantear hoy son: ¿Qué se ha hecho? ¿Cuáles son las experiencias con éxito que pueden usarse como prácticas adecuadas y adaptarse a las realidades locales? ¿Y qué más puede hacerse para conseguir que los grupos étnicos tengan acceso igualitario a la información sanitaria y los servicios de salud?

Las prácticas óptimas es un concepto que tiene sus orígenes en la ciencia médica y se refiere a la evaluación de los procedimientos médicos usando organismos vivos, sustancias químicas y equipo. Ha sido recientemente adoptado por las ciencias sociales y las técnicas de evaluación para seleccionar experiencias con éxito que puedan inspirar a otros en la ejecución de políticas y programas.

---

<sup>1</sup> El presente documento ha sido preparado por Cristina Torres Parodi, asesora regional, Unidad de Género, Etnia y Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, como contribución al Grupo Intergubernamental de Trabajo sobre la Implementación Efectiva de la Declaración y el Programa de Acción de Durban, Tercera Sesión, Ginebra, 11-12 octubre 2004.

La suposición de que los mejores datos probatorios de la eficacia de una intervención obtenidos a partir de ensayos cuidadosamente controlados podía generalizarse como prácticas óptimas para poblaciones y situaciones ampliamente variadas, ha sido intrínseca desde el comienzo de la investigación y la evaluación en cada campo de la ingeniería y los servicios sociales. Bastaría quizás con valorar cómo se puede contar con las leyes de la física y las ciencias materiales para aplicarlas sistemáticamente a diversas aplicaciones en diferentes situaciones.

Las prácticas óptimas han resultado especialmente útiles para la medicina y la agricultura. Estos campos tienen la ventaja sobre otras actividades humanas en la homogeneidad de las muestras biológicas sobre las que intervienen. En cambio, los aspectos culturales, sociales y conductuales de las actividades sociales deben hacer más ajustes de sus intervenciones, no únicamente en lo que a su alcance se refiere. Deben ajustar su contenido y alcance, no sólo por edad y sexo como en medicina sino también según las circunstancias sociales, culturales, económicas y ocupacionales del individuo. Estas variaciones aumentan en las intervenciones de salud pública en poblaciones donde las variaciones individuales, de grupos y de organización se multiplican en sus diversas combinaciones dentro de cada población.

Después de examinar una gran cantidad de bibliografía, llegamos a la conclusión de que las “prácticas óptimas” en las políticas y programas sanitarios son aquellas prácticas que tienen al menos tres de las siguientes características:

1. Implicación del sector de la salud en el proceso
2. Liderazgo y participación de la sociedad cívica
3. Sostenibilidad financiera
4. Una base integral de la perspectiva de salud
5. Beneficios y poder de decisión para las comunidades étnicas

Las prácticas óptimas pueden identificarse en varias áreas de la siguiente manera:

### **1. Políticas**

Un caso significativo de esfuerzo gubernamental sostenible y a largo plazo lo encontramos en Canadá. En 1904, se nombró a un Superintendente General Médico como jefe del Departamento de Asuntos Indígenas para poner en marcha programas médicos y desarrollar establecimientos de salud. En 1945 se creó el Departamento de Salud y Bienestar Social Nacional. En 1962 se formó la

División de Servicios Médicos fusionando Salud Indígena y Servicios de Salud del Norte con otros servicios de campo federales independientes.

En 1974, el ministro de Salud y Bienestar Nacional formuló la política del Gobierno Federal relativa a los Servicios de Salud para Poblaciones Indígenas. El Gobierno Federal quería asegurar “la disponibilidad de los servicios proporcionándola directamente donde no existían servicios provinciales normales y prestando asistencia financiera a los indios indigentes para pagar los servicios necesarios cuando no se facilitaba la asistencia de otro modo”.

En 1979, se anunció una nueva Política de Salud para Poblaciones Indígenas. Esta política también reconocía la necesidad de desarrollar la comunidad y establecer una sólida relación entre la población indígena, el Gobierno Federal y el sistema de salud canadiense. A mediados de la década de 1980, la División de Servicios Médicos empezó, a través de la Dirección de Política, Planificación y Análisis Estratégicos, a transferir el control de los servicios de salud a las comunidades y organizaciones de las Primeras Naciones y los inuit.

Tras la publicación del informe de la Comisión Real sobre los Pueblos Indígenas, el Gobierno Federal anunció el proyecto denominado *Gathering Strength-Canada's Aboriginal Action Plan* (Aunando Fuerzas-Plan de Acción Indígena de Canadá). En este plan de acción, Salud Canadá se comprometió a emprender programas contra la diabetes y la tuberculosis, desarrollar la Fundación de Salud Indígena y, conjuntamente con el Departamento de Asuntos Indígenas, establecer una estrategia de salud para hacer frente al legado de las escuelas residenciales indígenas.

En 1984, cuando la Conferencia de la Asociación de Salud Pública del Canadá trató las desigualdades en la salud, se retomó la idea de la política pública saludable. Dos años después, en 1986, en estrecha colaboración con la Oficina Europea de la OMS, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud propuso cinco pasos para reducir las disparidades de salud, incluidas ciertas recomendaciones para mejorar la salud de los aborígenes. En 1993 se celebró en Winnipeg, Canadá, el primer Taller Continental sobre los Pueblos Indígenas y la Salud, al que asistieron 68 participantes de diferentes sectores procedentes de 18 países para discutir el proyecto de declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas dentro de las Naciones Unidas. El marco de aquel año fue el establecido por la Declaración del Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo y los avances en el debate del proyecto de declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas dentro

de las Naciones Unidas. En 2002, Australia, Canadá y Nueva Zelanda firmaron un memorando de entendimiento tripartito sobre salud de los pueblos indígenas y acordaron compartir los conocimientos.

Por último, Canadá ha implantado un gran número de programas e iniciativas de investigación para atender las necesidades multiculturales de la sociedad canadiense, incluidos programas y divisiones específicos dentro del Departamento de Salud dedicados a las necesidades y los intereses de los miembros de poblaciones indígenas, como las Primeras Naciones y los inuit. El Departamento de Salud invierte más de CAD\$1,3 mil millones por año en servicios de salud, seguro de salud, salud ambiental y programas de promoción y prevención de la salud para estas poblaciones. Esta inversión complementa los servicios prestados a nivel provincial y territorial, tales como la asistencia hospitalaria y la atención médica.

El Departamento de Salud está comprometido en conocer más a fondo las tendencias de salud y los temas emergentes de las Primeras Naciones y los inuit obteniendo datos sobre el estado de salud, los resultados de salud y el servicio de calidad. Estos datos se revisan en colaboración con socios provinciales y territoriales así como organizaciones de salud indígenas nacionales. La reducción de las brechas en el estado de salud de la población indígena es una de las metas a largo plazo del Gobierno canadiense. El Departamento de Salud también contribuye al desarrollo de las instituciones indígenas en temas de salud, incluido el Instituto de Salud de Pueblos Indígenas (IAPH) de los Institutos canadienses de Investigación en Salud y la Organización Nacional de Salud Indígena (NAHO).

El Gobierno del Canadá reconoce que la pertenencia a un grupo étnico particular es un factor determinante de salud importante que debe tenerse en cuenta en la elaboración de programas y estrategias de salud. Esto se refleja en la aplicación que este país hace de un enfoque de salud basado en la población, el cual reconoce que cualquier análisis de la salud de la población debe ir más allá de la habitual simple evaluación de la situación sanitaria. Este enfoque tiene en cuenta una amplia gama de factores y situaciones relacionados con el bienestar mental y social, la calidad de vida, los ingresos, el empleo y las condiciones de trabajo, la educación, la cultura, el género y otros factores que se ha demostrado influyen en la salud de subgrupos de la población canadiense. También se fomenta la cooperación internacional en el campo de la investigación.

## **2. Información desglosada**

En varios países, el Banco Mundial está apoyando esfuerzos para mejorar los sistemas de información demográfica y socioeconómica. El desglose de la información por orígenes étnicos forma parte de esta tarea. Se espera que estas iniciativas tengan una repercusión enorme a mediano plazo. En la Región de las Américas, la iniciativa también ha sido apoyada por el BID, con varios países que han incorporado datos desglosados sobre raza/grupo étnico en sus censos de población de 2000. Estos países incluyen a Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Jamaica, México, Paraguay y Venezuela<sup>2</sup>. Los Estados Unidos ya incluyeron esta información y siguen haciéndolo. Perú está en proceso de incorporar la variable de raza/grupo étnico, mientras Colombia y Guatemala ya la han incluido en sus últimos censos y es posible que la mantengan. El próximo paso será incorporar esta variable en los formularios de recopilación de datos para encuestas de hogares nacionales a fin de complementar la información con datos socioeconómicos. Esto ya está haciéndose en Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú.

En el sector sanitario también es muy importante introducir la variable de grupo étnico/raza en los registros de nacimientos, fallecimientos, morbilidad y servicios de salud, pero en esta área se han logrado menos avances. Esta es una de las razones que explican por qué es tan importante contar con los datos socioeconómicos desglosados de censo y encuesta. Esta información permite diseñar programas usando herramientas de fijación de objetivos geográficos como los “mapas de la pobreza”. Un estudio reciente patrocinado por el Banco Mundial demostró el valor añadido de la fijación de objetivos geográficos a la hora de diseñar proyectos para reducir la pobreza. El estudio que analiza casos de Camboya, Ecuador y Madagascar, llega a la conclusión de que los datos de encuestas y censos ofrecen una vía prometedora para determinar la repercusión de las políticas y constituye una herramienta para transferir beneficios a las comunidades desprotegidas. Esta herramienta es especialmente útil, y las ventajas son aun mayores cuando los presupuestos son modestos debido al bajo costo de la fijación de objetivos geográficos.

Sin embargo, algunos países han desglosado los datos de salud por grupo étnico y raza. Los Estados Unidos son un buen ejemplo. Otros países, como Uruguay, que incluye información sobre el origen étnico o racial en los certificados de defunción, y Brasil, que en algunos estados incluye este origen

---

<sup>2</sup> Información presentada por Juan Antonio Mejía en el encuentro “Todos contamos”, patrocinado por el Banco Mundial en Lima (Perú), celebrado los días 22 y 23 octubre de 2002.

en la información sobre enfermedades notificables como la infección por el VIH/SIDA, hacen el mismo desglose de datos. Además, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano ha elaborado un nuevo formulario de recopilación de información sobre atención perinatal que pregunta acerca del origen étnico o racial de la madre y su interés en que su recién nacido sea explorado para averiguar si padece la anemia de células falciformes. Estas modificaciones no solo aportarán beneficios a las madres, sino que también mejorarán la producción de información desglosada fidedigna y el adiestramiento de los trabajadores de salud en cómo administrar el cuestionario.

### **3. Creación de instituciones nuevas dentro del proceso de reforma estatal**

Probablemente el mejor ejemplo en esta área es la creación de una secretaría nueva para tratar las Políticas de Promoción de Equidad Racial en Brasil. La Secretaría Especial (SEPPIR) fue creada mediante la ley n° 10.078 en mayo de 2003. Su misión institucional es diseñar iniciativas para reducir las desigualdades raciales, y sus metas son las siguientes:

- Promover la igualdad y la protección de los derechos humanos
- Coordinarse con otros ministros e instituciones gubernamentales
- Proporcionar seguimiento de programas al sector privado e instituciones internacionales
- Promover el cumplimiento de tratados y convenios internacionales
- Cooperar con el ministro de Relaciones Externas en la cooperación internacional con países africanos

Las actividades principales reflejadas en el organigrama son las relaciones internas, la definición y ejecución de programas y las medidas en favor de las minorías. El Gabinete Especial de Secretaría está dirigido por Matilde Ribeiro, quien tiene rango ministerial. Los asuntos de salud se abordan en colaboración con el ministro de Salud brasileño.

### **4. Unidades especiales a nivel técnico**

Ya nos hemos referido a los servicios de Salud de las Primeras Naciones y los inuit canadienses. Otra iniciativa que puede considerarse en esta área es el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas de los Estados Unidos.

El Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas es un organismo dentro del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) que proporciona un sistema integral de prestación de servicios de salud a aproximadamente 1,5 millones de los 2,4 millones de indios estadounidenses y nativos de Alaska que se calcula existen en los Estados Unidos. Su asignación anual se acerca a los US\$2,6 mil millones. El IHS se esfuerza por obtener la máxima participación tribal al satisfacer las necesidades de salud de su población destinataria, que está federada en más de 560 tribus y habita principalmente en reservas o su entorno y en comunidades rurales repartidas por 35 estados, en su mayoría del oeste de los Estados Unidos y Alaska. Creado en 1955, las metas del IHS son ayudar a las tribus indias a: (a) desarrollar sus programas de salud; (b) coordinar la planificación de salud; (c) prestar servicios de atención sanitaria y programas de salud integrales, y (d) actuar como un defensor federal para asegurar la existencia de servicios de salud integrales para los indios estadounidenses y los nativos de Alaska. Desde 1960, más de 230.000 hogares se han beneficiado del financiamiento prestado por el IHS para instalaciones de agua y alcantarillado, sistemas de eliminación de residuos sólidos y asistencia técnica. El IHS emplea a cerca de 15.000 personas, entre las cuales se incluyen miembros de prácticamente todos los campos. El 100 por ciento del personal directivo del IHS es de descendencia india estadounidense o de Alaska.

## **5. Programas especiales**

Durante casi un siglo, algunos países han formulado y ejecutado programas verticales orientados a las comunidades étnicas, incluidas iniciativas para promover las prácticas de medicina tradicional y proteger los conocimientos de la comunidad sobre el potencial curativo de las plantas.

Estos tipos de programas y proyectos se extendieron después del Decenio sobre los Pueblos Indígenas en 1990. En los últimos años, por ejemplo, varios ministerios en la Región de las Américas (Argentina, Bolivia, Brasil<sup>3</sup>, Canadá, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y los Estados Unidos) han implantado programas para promover la salud de los pueblos indígenas. Algunos de estos programas pueden considerarse prácticas óptimas para ser tenidas en cuenta como referencia para otros grupos étnicos en un futuro próximo.

---

<sup>3</sup> En agosto de 2004, el Ministerio de Salud designó a diez miembros para participar en un comité técnico sobre Salud para la Población de Descendencia Africana (Portaria 13-8-2004). El objetivo de este comité es integrar la sensibilidad racial en la ejecución del plan de Salud Nacional. Ya se están elaborando acciones a nivel federal.

Las autoridades sanitarias de Brasil han creado un organismo denominado Fundación Nacional de Salud (FUNASA) para dirigir acciones encaminadas a promover la inclusión social mediante la extensión del sistema de alcantarillado. Desde 1999, el ministro de Salud ha dado instrucciones a FUNASA para administrar el Sistema de Salud de la Población Indígena, y para ejecutar la Política Nacional sobre la Población Indígena, establecida en la Constitución y en la Ley de Salud Pública<sup>4</sup>. FUNASA actúa en coordinación con el Sistema de Salud (Sistema Único de Saúde, SUS) para prestar sus servicios a poblaciones indígenas integradas aproximadamente por 400.000 indígenas organizados en 210 comunidades diseminadas por todo el país<sup>5</sup>. Treinta y cuatro Distritos de Salud Especial planifican acciones para atender a estas comunidades teniendo en cuenta los aspectos sociales y culturales así como la información económica y epidemiológica. Prestan servicios a través de un equipo multidisciplinario que prioriza la reducción de las tasas de mortalidad infantil, la disminución de la malaria y la infección por el VIH/SIDA, la malnutrición y la toxicomanía.

Recientemente FUNASA ha ampliado su acción sobre grupos étnicos y ha declarado que va a colaborar con las comunidades y los líderes afro-descendientes para prestar sus servicios en los quilombos<sup>6</sup>.

Otra iniciativa digna de mención es “Healthy People 2010,” (Personas Sanas 2010) introducida por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos en enero de 2000<sup>7</sup>. Esta iniciativa propone, como uno de sus objetivos centrales, reducir las disparidades en las condiciones y el acceso a la salud. Establece esferas de interés con objetivos específicos para la mortalidad infantil, la detección temprana del cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la infección por el VIH/SIDA y la inmunización. Healthy People 2010 ha reforzado la recopilación y el análisis de datos estadísticos desglosados por grupo étnico y raza como un instrumento para lograr la puesta en práctica y el éxito de la iniciativa.

Otras prácticas óptimas proceden de los procesos de descentralización y participación de la sociedad civil. Por otra parte, la Conferencia de Durban amplió el concepto de grupos afectados por

---

4 En agosto de 2004, el Ministerio de Salud designó a diez miembros para participar en un comité técnico sobre Salud para la Población de Descendencia Africana (Portaria 13-8-2004). El objetivo de este comité es integrar la sensibilidad racial en la ejecución del plan de Salud Nacional. Ya se están elaborando acciones a nivel federal.

5 Piauí y Rio Grande do Norte no están incluidas.

6 En Brasil, los quilombos son comunidades aisladas de descendencia africana. Las autoridades brasileñas han identificado aproximadamente 700 comunidades quilombo y la población estimada se acerca a los dos millones.

7 La iniciativa Healthy People se lanzó en 1979. En 1990 se redefinieron los objetivos y se organizaron en 22 áreas prioritarias bajo el plan Healthy People 2000. Al entrar el nuevo siglo, se volvió a revisar la inactiva y se fijaron objetivos nuevos para el año 2010.

la discriminación racial para incluir a afro-descendientes, emigrantes, gitanos, refugiados, etc. Durban también ha sacado a la luz la discriminación, poniendo de relieve su función como un factor determinante trascendental para la salud humana.

En el campo de la investigación, algunos de los esfuerzos en marcha se han granjeado el reconocimiento internacional. Un ejemplo es el trabajo del Centro de Investigación en Enfermedades Crónicas de Barbados, el cual durante varios años ha estado llevando a cabo estudios comparativos sobre la prevalencia de ciertas enfermedades (ceguera, diabetes e hipertensión) en poblaciones de origen étnico diverso. Esta investigación recibe el apoyo de la State University of New York en Stony Brook y la London School of Medicine.

En Nueva Zelanda, se decretó por ley que el Consejo de Investigación en Salud<sup>8</sup>, desde su formación en 1991, tuviera la misión de desarrollar investigación para la población maorí. Está formado por un comité permanente sobre salud maorí con competencia para examinar y financiar aplicaciones de la investigación realizada. Dos de los diez miembros de la junta gobernante son de origen maorí, un tercer miembro es un *kaumatua* (anciano cultural) y la secretaría tiene un gerente de investigación maorí. El Gobierno ha asignado un modesto fondo especializado para investigación y desarrollo maorí (investigación bajo control maorí que tiene por objeto apoyar los resultados de salud y desarrollo para la población maorí) con el objetivo de aumentar el presupuesto de "investigación en salud pública de calidad". La realización de este programa ha sido orientada cuidadosamente por varios especialistas experimentados en salud maorí que han formado parte de la junta. Se han elaborado un plan estratégico y una serie de normas para los investigadores<sup>9 10</sup>.

## **6. Medicina tradicional**

Se han producido avances y novedades en el campo de la medicina tradicional, tanto en lo que respecta al marco legal para su práctica (Bolivia, Colombia, Ecuador y México) como en educación y adiestramiento en los enfoques interculturales para profesionales de la salud.

## **7. Participación de la sociedad cívica**

---

<sup>8</sup> Para más información, véase en Internet el sitio <http://www.hrc.govt.nz>.

<sup>9</sup> Este informe declaraba que a pesar del "alcance de los servicios médicos... la población aborigen sigue padeciendo un índice de enfermedades físicas y mentales inaceptablemente elevado".

<sup>10</sup> Para más información, véase Culture Counts, UNFPA, 2004.

Las ONG han desempeñado una función muy positiva en esta área, y los gobiernos municipales y nacionales los han reconocido como contrapartes válidas. En Brasil, representantes de varias ONG, apoyadas por el PNUD y la OPS, participaron en un grupo creado para emprender acciones de acuerdo con la Conferencia de Durban. El grupo recibió el encargo de redactar un plan de acción a nivel nacional para promover la igualdad racial y se ha organizado en subgrupos temáticos, uno de los cuales está dedicado a la salud. La OPS prestó cooperación técnica para apoyar este trabajo. El plan de acción se ha tratado con el ministro de Salud y se han designado varios puntos focales para asegurar la ejecución. Otro ejemplo de acción en el área de la salud es una iniciativa de los servicios de salud municipales de Montevideo (Uruguay), mediante la cual se han abierto canales para la colaboración entre el personal técnico y la comunidad afro-descendiente, organizada a través de Mundo Afro, una red de ONG locales con gran capacidad de liderazgo. Otro ejemplo lo encontramos en la Columbia Británica, Canadá, donde con motivo de la Cumbre de las Primeras Naciones celebrada en 1996, la Comisión Real de los Pueblos Aborígenes elaboró un informe en el que alertaba sobre la situación de la población aborigen. En consecuencia, durante la Cumbre de Jefes de las Primeras Naciones se aprobó una resolución para crear el Comité de Salud de Jefes de las Primeras Naciones. Un año después, este comité definió su misión de apoyar el desarrollo de programas de salud y abogar por la autodeterminación de las Primeras Naciones al abordar los temas de política con las autoridades la Columbia Británica y Canadá. Para cumplir su misión, el comité estableció una asociación con el Ministerio de Salud de la Columbia Británica con el objetivo de poner en marcha proyectos para mejorar la salud de las Primeras Naciones poniendo especial énfasis en la prevención. En la primavera de 2001, el Comité de Salud de las Primeras Naciones, conjuntamente con el Ministerio de Salud de la Columbia Británica, ya había ejecutado otro proyecto para proporcionar sesiones de información y educación a comunidades remotas, rurales y aisladas. La finalidad de esta asociación fue reducir las disparidades en cuanto a servicios que existen entre los asentamientos urbanos y los ubicados en reservas, su entorno o zonas rurales y remotas. Por ejemplo, en las comunidades remotas del norte, el acceso es el principal problema de salud. Otro esfuerzo notable fue el que llevó a cabo el FNUAP trabajando con comunidades y organizaciones de carácter religioso, del que se ha informado en la publicación *Cultural Matters* y que describe estudios de casos extraídos de los programas de país.

Los proyectos de salud reproductiva y de VIH/SIDA se basan en la creación de asociaciones entre los gobiernos, el FNUAP y los líderes religiosos y de comunidad. El informe de *Cultural Matters* enumera los hallazgos principales siguientes: (1) las organizaciones de carácter religioso

desempeñan una función clave al atender las necesidades espirituales, materiales y físicas de las personas afectadas por la infección por el VIH/SIDA; (2) las instituciones religiosas y las iglesias poseen una amplia infraestructura que puede usarse para este tipo de proyectos; (3) antes de diseñar el trabajo de promoción de la causa para comunidades populares, es importante asegurarse de abordar la cuestión con los líderes de comunidad; (4) por último, la provisión de datos concretos es una de las mejores herramientas de promoción de la causa para ganar un socio de carácter religioso.

Un proyecto del Ministerio de Protección Social de Colombia para responder a la demanda de la población gitana de tener acceso a los servicios de salud, puede citarse como otro ejemplo con éxito. La prestación de servicios a la población gitana constituye un reto para las autoridades sanitarias ya que estas personas son nómadas, razón por la cual no es posible prestar estos servicios en una ubicación estática.

## **8. Creación de alianzas**

Desde 1999, la OPS ha estado participando en un esfuerzo de coordinación interinstitucional en Washington, D.C., junto con el Banco Mundial, el BID, el Diálogo Interamericano, la Fundación Interamericana, la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller, la Organización de los Estados Americanos y representantes de comunidades. La iniciativa tiene por objeto facilitar el intercambio y el análisis de información sobre la situación de los afro-descendientes en las Américas y promover actividades conjuntas.

## **9. Legislación**

El Convenio de la OIT n° 169 hace referencia a los pueblos indígenas y tribales en países independientes. Probablemente el legado principal de este Convenio de la OIT es la definición de pueblos indígenas y tribales<sup>11</sup>, que en este momento no es apropiada para representar a todos los grupos étnicos pero puede usarse como ejemplo. Hay dos artículos relacionados con la salud:

---

<sup>11</sup> 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. La

El artículo 24 establece que los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

El artículo 25 tiene cuatro apartados:

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

## **10. Programas Estratégicos de Reducción de la Pobreza (PRSP)**

En junio de 2004, la Junta de Directores Ejecutivos del Banco Mundial aprobó un préstamo de US\$34 millones para apoyar el desarrollo de comunidades indígenas y afro-descendientes en Ecuador<sup>12</sup>. El Segundo Proyecto de Desarrollo de los Pueblos Indígena y Afro-ecuatoriano

---

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.

<sup>12</sup> “Este proyecto beneficiará a más de 1.5 millones de personas en las comunidades rurales más pobres del Ecuador. El proyecto ayudará al gobierno a combatir la exclusión social, la cual constituye uno de los principales obstáculos a la reducción de la pobreza en Ecuador, y hará que los programas sociales ganen en eficacia y sostenibilidad”. Marcelo Giugale, Director del Banco Mundial para Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela. Comunicado de prensa del Banco Mundial, 22 de junio de 2004.

(PRODEPINE II) contribuirá a empoderar a las comunidades indígenas y afro-ecuatorianas y a mejorar su acceso a los recursos naturales y financieros. Este préstamo sucede a otro de una primera fase muy exitosa, PRODEPINE I, que fue cofinanciado por el Banco Mundial y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, beneficiando a unas 62.000 familias con inversiones productivas, sociales y de infraestructura, tales como irrigación, sistemas de agua potable, paneles solares y escuelas rurales, de acuerdo con las prioridades establecidas por la comunidad a través de procesos participativos<sup>13</sup>.

El nuevo préstamo apoyará los siguientes objetivos de proyecto:(a) Fortalecimiento de las organizaciones sociales que tengan membresía indígena y afro-ecuatoriana; (b) Promoción de iniciativas educativas y culturales que contribuyan a que grupos específicos mejoren su capital humano y aumenten sus ingresos; (c) Financiamiento de proyectos de inversiones rurales de pequeña escala efectuados por comunidades elegibles; (d) Ayudar a la población a mejorar la administración de los recursos naturales a través del aumento del acceso a la tierra y al control de ella, el agua y otros recursos vitales; (e) Aumento de la capacidad del gobierno de Ecuador de formular políticas y programas interculturales, tomando en consideración las preocupaciones de los pueblos indígenas y de origen africano.

El préstamo de inversión, a tasa fija, es reembolsable en un plazo de 18 años, con un periodo de gracia de cuatro años. El costo total del proyecto es de US\$45 millones, incluyendo un financiamiento esperado del Gobierno de Ecuador de US\$6 millones y de organizaciones agrícolas locales por US\$5 millones.

El Banco Mundial también aprobó un crédito de US\$15 millones para el gobierno de Honduras que apoyará proyectos de desarrollo comunitario para las comunidades indígenas y afro-descendientes del país. El programa *Nuestras Raíces* trabaja con nueve grupos étnicos del país, cuya población total de 440.000 personas incluye a los ciudadanos más pobres de Honduras. El Banco ha brindado

---

<sup>13</sup> En su primera fase, el proyecto también apoyó la entrega de títulos de más de 250.000 hectáreas de terrenos ancestrales y la formación de 580 grupos de crédito de mujeres, beneficiando a 14.000 familias, así como la capacitación y actividades culturales. "PRODEPINE I desarrolló destrezas en la gestión de proyectos entre profesionales indígenas y afro-ecuatorianos, las cuales serán valiosas para la implementación de futuros proyectos de desarrollo que beneficien sus comunidades. De este modo, el proyecto ha servido como modelo tanto para iniciativas similares en otros países con comunidades indígenas y afro-descendientes como para seguir avanzando sobre la base de los resultados positivos en Ecuador". McDonald Benjamín, Gerente del Banco Mundial en Ecuador. Comunicado de prensa del Banco Mundial, 17 de junio de 2004.

apoyo a *Nuestras Raíces* desde 1997, dos años después que el gobierno pusiera en marcha el programa, bajo ejecución del Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS).<sup>14</sup>

Los últimos proyectos de este tipo incluyeron proyectos de salud, la restauración de viviendas y la construcción de sistemas hídricos. El aspecto fundamental de *Nuestras Raíces* es el proceso de planificación que realiza la propia comunidad. En su nueva fase, el programa nombrará algunos facilitadores que ayudarán a unas 2.000 comunidades indígenas y afro-hondureñas en la evaluación de sus necesidades y en el diseño y formulación de los proyectos, lo que incluye proyectos prioritarios a pequeña escala. Algunos elementos de estos planes formarán parte de las estrategias de desarrollo nacionales y municipales en el futuro.

El programa se ha caracterizado por un enfoque sumamente participativo ya que todas las decisiones son adoptadas conjuntamente por representantes de los nueve grupos étnicos, el gobierno de Honduras y el Banco<sup>15</sup>. El crédito de la Asociación Internacional de Fomento (AIF) por US\$15 millones en múltiples monedas tiene un plazo de 40 años hasta su vencimiento, incluido un período de gracia de 10 años. El costo total del proyecto es de US\$16,7 millones.

Otras iniciativas de Reducción de la Pobreza que consideran a las poblaciones indígenas son las de Bolivia (PRSP y programa de desarrollo de Indígenas), Brasil (fase I del Programa de VIGISUS para la población indígena, fase II para comunidades de origen africano y Bolsa Escola de Brasil), Chile (Chile Solidario), Guatemala (Programa de Evaluación de la Pobreza de Guatemala, GUAPA/MECOVI), México (Programa de Educación, Salud y Asistencia, PROGRESA), Nicaragua (PRSP) y el Perú (Programa de Pueblos Indígenas y Desarrollo Sostenible).

### **¿Qué más puede hacerse?**

Una prioridad en el futuro cercano es integrar la perspectiva de derechos humanos en la puesta en práctica de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente aquellos relacionados directamente con la salud. Estos incluyen el Objetivo n° 4, meta 5: reducir en dos terceras partes entre 1990-2015 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años; Objetivo n° 5, meta 6: reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990-2015, y Objetivo n° 6:

---

<sup>14</sup> Jane Armitage, Directora del Banco Mundial para Centroamérica. Comunicado de prensa, 4 de mayo de 2004.

<sup>15</sup> Andrea Vermehren, Especialista Senior en Protección Social del Banco Mundial y Gerente del Proyecto *Nuestras Raíces*. Comunicado de prensa, 4 de mayo de 2004.

combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades; ofrecer una ventana de oportunidades a los formuladores de políticas y a la sociedad cívica para participar en este proceso a nivel nacional e internacional.

En un estudio anterior publicado por la OPS, habíamos calculado los beneficios de dirigirse a las víctimas de la discriminación. El estudio de caso para el que se emplearon datos de Encuestas Brasileñas (PNAD) concluyó que cerca de 500.000 defunciones podrían prevenirse entre los niños menores de 5 años para el año 2015 propiciando una situación más equitativa.

### **¿Qué enseñanzas extrajimos?**

Las políticas y los programas para promover el bienestar de grupos étnicos y víctimas de la discriminación racial ofrecen una amplia lista de experiencias de las que podemos aprender. Cuando se analizan estas iniciativas nacionales, se observan algunas características comunes:

- En algunos países, la salud de grupos étnicos se ha tenido en cuenta desde la primera parte del último siglo.
- Los grupos vulnerables tenían creciente participación en el diseño y la puesta en práctica de los programas.
- En los años ochenta, algunas de estas iniciativas se descentralizaron para permitir mayor participación de las autoridades y las comunidades locales.
- El decenio de los Indígenas tuvo una repercusión positiva en la promoción de políticas y programas encaminados a proteger a las poblaciones indígenas.
- La Conferencia de Durban cambió la perspectiva con que solíamos analizar los problemas de salud de la siguiente manera:
- La discriminación está siendo visualizada como un factor determinante significativo que repercute en el estado de salud y el acceso al sistema de atención de salud.
- Se ha introducido una perspectiva de equidad relacionando el estado de salud y el acceso a los servicios del grupo étnico discriminado.
- La integración de la igualdad étnico/racial pasó a ser el tema principal de los programas de salud verticales a nivel institucional.
- Se está promoviendo una perspectiva integral para resolver los problemas de salud, incluido el respeto por el patrimonio cultural, y el reconocimiento de la medicina tradicional.

El mayor obstáculo para abordar las desigualdades raciales/étnicas es el compromiso financiero que se necesita para financiar las diversas iniciativas. Si los gobiernos fueran capaces de dedicar fondos y hacer que estos grupos étnicos participen en el diseño y la puesta en práctica de los programas, veríamos una reducción significativa de las desigualdades.

### **Principales áreas prioritarias**

A continuación aparecen enumeradas las áreas prioritarias para incorporar la sensibilidad étnica en la política sanitaria con una perspectiva de equidad:

- Trabajar en coordinación con el PNUD y las instituciones nacionales responsables de continuar con las acciones aprobadas en la Cumbre del Milenio, con miras a elaborar indicadores étnicamente sensibles para vigilar los avances en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- El trabajo con las instituciones encargadas de la recopilación de datos estadísticos y con los ministerios de salud para introducir la variable étnica en las estadísticas nacionales y asegurar que esta información se convierta en un instrumento clave en la formulación de políticas.

Al mismo tiempo, se deben dedicar esfuerzos a:

- Recopilar información y sistematizar las experiencias con éxito en el campo y en la organización de los servicios para permitir a estas instituciones difundir tales metodologías.
- Apoyar a los ministerios de salud en la reformulación de políticas, planes y programas de salud para hacerlos étnicamente sensibles.
- Promover la introducción de una perspectiva étnica en los planes de salud elaborados como parte de las estrategias de reducción de la pobreza en los países que están aplicándolos.

## ANEXO

Programa	Tipo	Meta principal	Institución	Socios
SEPPIR	Integración	Coordinar la defensa de la causa	Nueva	Todos los sectores sociales
USIHS	Vertical	Prestar servicios de atención	Salud y Servicios Sociales	Comunidades
Desglose de datos	CENSO	Información estadística	Departamento del censo	
Healthy People 2010	Integración	Recopilación y análisis de la información	Salud y Servicios Sociales	Sector privado de estados
Salud de los indígenas (varios países)	Vertical	Integrar servicios de medicina tradicional	Ministerios de salud	Comunidades
Salud de las Primeras Naciones de la Columbia Británica	Descentralizado	Prevención y servicios de atención	Comité de Salud Principal de las Primeras Naciones	Ministro de Salud de la Columbia Británica
Salud de la Población Gitana de Colombia	Vertical	Acceso a los servicios de salud	Ministerio de Salud	Personas de raza gitana, sector privado
Salud de la Población Maorí de Nueva Zelanda	Investigación	Mejorar la salud de la población maorí	Consejo de Investigación en Salud	Comunidad
Nuestras Raíces Honduras	Reducción de la pobreza	Desarrollar capital humano	Gobernadores del Banco Mundial	Nivel local

## **Bibliografía**

- Green, Lawrence W., Dr. PH, FAAHB. From Research to “Best Practices” in Other Setting and Populations. American Journal Health Behavior. 2001.
- Renewal net. Black and minority ethnic communities. Renewal.net. Overview. 2004.  
<http://www.renewal.net/>.
- Tanveer Ahmed. Health Matters Consumers Guides. Migrant Health Services. 2003.  
<http://www.abc.net.au/health/cguides/migranthealth.htm>.
- U.S. Department of Health and Human Services. Indian Health Service Fact Sheet. U.S. Department of Health and Human Services. March 29, 2004.  
[http://www.ihs.gov/PublicInfo/PublicAffairs/Welcome\\_Info/ThisFacts.asp](http://www.ihs.gov/PublicInfo/PublicAffairs/Welcome_Info/ThisFacts.asp).
- Michael H. Trujillo, M.D., M.P.H., M.S. Facts on Indian Health Disparities. Indian Health Service. Washington, D.C. April 2001.
- British Columbia. Minister of Health and Planning. First Nations Health Handbook: A companion document to the BC Health Guide. British Columbia. Minister of Health and planning, Victoria. 2004.
- Department of Health and Ageing. Australian Government Response to the Review of the Implementation of the National Aboriginal and Torres Strait Islander Eye Health Program. Department of Health and Ageing. Australia. May 2004. <http://www.dcitsa.gov.au/cca>.
- Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. Migración y Salud en Costa Rica: Elementos para su análisis. . Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica, 2003.
- United Nations Population Fund. Culture Matters. Working with Communities and Faith-based Organizations: Case Studies from Country Programmes. UNFPA. New York, 2004.
- Canadian Institutes of Health Research. Reducing Health Disparities Cross- Cutter Initiative- Overview of Relevant Health Policies. Canadian Institutes of Health Research. Alberta, 2004.  
<http://www.igh.ualberta.ca/rhd/Synthesis/Policy.htm>.
- Health Canada. History of providing health services to First Nations and Inuit people. Health Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/history.htm>.

- Inter-American Dialogue. Constitutional Provisions and Legal Actions Related to Discrimination and Afro-Descendant Populations in Latin America. Inter- American Dialogue. Race Report. August 2004. <http://www.iac.-race.org>.
- Joah G. Iannotta. Emerging Issues in Hispanic Health. Summary of a Workshop. The National Academies Press. Washington, D.C. 2002. <http://www.nap.edu>.
- National Alliance for Hispanic Health. Mission: To improve the health and wellbeing of Hispanics. Hispanic Health.org. 2004. <http://www.hispanichealth.org/aboutus1.lasso>.
- Chris Elbers, Tomoki Fujii, Peter Lanjouw, Berk Ozler, and Wesley Yin. Poverty Alleviation through Geographic Targeting: How Much Does Desegregation. World Bank. Washington, D.C. 2004.
- Office of Public Health and Science. Healthy People 2010 Objectives: Draft for Public Comment. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Public Health and Science. Washington, D.C. September 15, 1998.
- The World Bank Approves \$87 Million For Poverty Reduction in Honduras. Press Release. Washington, D.C. June 24, 2004. <http://web.worldbank.org>.
- The World Bank Approves \$20 Million For institutional Reform in Ecuador. Press Release. Washington, D.C. June 22, 2004. <http://web.worldbank.org>.