



Consejo Económico y Social

Distr. general
3 de marzo de 2014
Español
Original: inglés

Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas

13° período de sesiones

Nueva York, 12 a 23 de mayo de 2014

Tema 7 del programa provisional*

Prioridades y temas actuales y seguimiento

Informe de la reunión del grupo internacional de expertos sobre el tema “Salud sexual y derechos reproductivos: artículos 21, 22 1), 23 y 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”

Resumen

El presente informe ofrece una perspectiva general de las cuestiones examinadas en la reunión del grupo internacional de expertos sobre el tema “Salud sexual y derechos reproductivos: artículos 21, 22 1), 23 y 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”, que tuvo lugar en la Sede de las Naciones Unidas del 15 al 17 de enero de 2014. El informe se centra en las conclusiones y recomendaciones de la reunión del grupo de expertos que, entre otras cosas, pidió que se diera más atención a la prestación de servicios de salud interculturales que respondan a los criterios de los pueblos indígenas relativos a la salud y las enfermedades, y a los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional, dentro de un marco conceptual que vincule los aspectos biológicos, espirituales y emocionales de su vida.

* E/C.19/2014/1.



I. Introducción

1. En su 12º período de sesiones, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas recomendó al Consejo Económico y Social que autorizara una reunión de tres días de un grupo internacional de expertos sobre el tema “Salud sexual y derechos reproductivos: artículos 21, 22 1), 23 y 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”. El 7 de noviembre de 2013, en la continuación de su período de sesiones sustantivo de 2013, el Consejo, en su decisión 2013/259, autorizó la reunión de un grupo internacional de expertos, en el que participarían miembros del Foro Permanente, representantes del sistema de las Naciones Unidas, otras organizaciones intergubernamentales interesadas, expertos de organizaciones de los pueblos indígenas y Estados Miembros interesados. El Consejo pidió también que se presentara un informe sobre los resultados de la reunión al Foro Permanente en su 13º período de sesiones, en mayo de 2014. La reunión fue organizada por la secretaría del Foro Permanente. El programa y el plan de trabajo figuran en el anexo I del presente informe.

II. Organización de los trabajos

A. Asistencia

2. Asistieron a la reunión los siguientes miembros del Foro Permanente:

Sra. Mariam Wallet Mahomed Aboubakrine

Sra. María Eugenia Choque Quispe

Sr. Edward John

3. También asistieron a la reunión el Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, Sr. James Anaya, y el Presidente del Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, Sr. Wilton Littlechild.

4. Los siguientes expertos de las siete regiones socioculturales participaron en la reunión:

Sra. Larisa Abryutina (Europa Oriental, Federación de Rusia, Asia Central y Transcaucasia)

Sr. Clive Aspin (Pacífico)

Sra. Mirna Cunningham (América Latina y el Caribe)

Sra. Jessica Danforth (América del Norte)

Sra. Agnes Leina Ntikaampi (África)

Sra. Tuku Talukder (Asia)

5. Asistieron asimismo a la reunión observadores de los Estados Miembros, los organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas, otras organizaciones intergubernamentales, organizaciones de los pueblos indígenas y organizaciones no gubernamentales.

B. Documentación

6. Los participantes tuvieron ante sí un proyecto de plan de trabajo y documentos preparados por los expertos participantes. En el anexo II del presente informe se indican los documentos preparados para la reunión del grupo de expertos. La documentación también puede consultarse en el sitio web de la secretaría del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas (<http://undesadspd.org/IndigenousPeoples/EGM2014SexualHealthandReproductiveRights.aspx>).

C. Apertura de la reunión

7. En la apertura de la reunión del grupo de expertos, el Subsecretario General de Coordinación de Políticas y de Asuntos Interinstitucionales del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría formuló una declaración y dio la bienvenida a todos los asistentes. El Jefe de la secretaría del Foro Permanente también dio la bienvenida a los expertos regionales y los representantes de las entidades de las Naciones Unidas y expuso brevemente los objetivos de la reunión.

D. Elección de la Mesa

8. La Sra. María Eugenia Choque Quispe, miembro del Foro Permanente, fue elegida Presidenta de la Reunión, y el Sr. Alfonso Barragues, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), fue elegido Relator.

E. Conclusiones y recomendaciones

9. El 17 de enero de 2014, los expertos aprobaron por consenso las conclusiones y recomendaciones que figuran en la sección IV *infra*.

III. Puntos destacados del debate

10. Desde el comienzo, algunos expertos observaron que la terminología relativa al tema de la reunión “Salud sexual y derechos reproductivos” había evolucionado en los últimos 20 años. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, se hizo referencia a un conjunto de derechos consagrados en los instrumentos de derechos humanos existentes que se basan en el reconocimiento de los derechos de las parejas y de las personas de controlar su sexualidad y de adoptar decisiones en materia reproductiva sin discriminación, coerción ni violencia, disfrutando a la vez del derecho al más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva. A medida que la comunidad internacional se aproxima a los veinte años de aplicación de los programas de El Cairo y de Beijing, la expresión “salud y derechos sexuales y reproductivos” ha comenzado a emplearse con frecuencia cada vez mayor en el contexto del examen internacional de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014. Los órganos encargados de vigilar la aplicación de los tratados de las Naciones Unidas también se refieren de manera sistemática a los “derechos sexuales y reproductivos” en sus trabajos y su jurisprudencia.

11. Los expertos señalaron que, en los últimos veinte años, el mundo ha experimentado progresos notables en aspectos importantes de la salud y los derechos sexuales y reproductivos: la mortalidad materna se ha reducido considerablemente; ha aumentado el acceso a la planificación voluntaria de la familia y a métodos anticonceptivos modernos, y la posibilidad de obtener tratamiento, donde existe, ha transformado el VIH y el SIDA en una enfermedad manejable. Sin embargo, las cifras disponibles indican que los pueblos indígenas se siguen viendo afectados de manera desproporcionada por muchos de esos problemas, y por otros, y que poco ha cambiado efectivamente en su vida y bienestar.

12. Aunque la escasez de datos no permite obtener una perspectiva real de la magnitud de esos problemas, los participantes destacaron que en muchos países aún no se ha reconocido legalmente la identidad y condición de los pueblos indígenas. Como resultado, las personas pertenecientes a esos pueblos pasan desapercibidas o son integradas a categorías genéricas como las minorías étnicas o las comunidades pobres y marginadas, sin reconocimiento de su singular identidad cultural ni de sus sistemas de gobierno tradicionales. Aún donde se reconoce esa identidad y esa condición, a menudo no se dispone de datos desglosados en función de la condición de indígena, lo que dificulta la formulación y evaluación de políticas y programas. En la reunión se señaló que la falta del registro civil de nacimiento era un impedimento grave para obtener acceso a los servicios sociales básicos y para reivindicar derechos. Los sistemas de registro civil a menudo no abarcan a los pueblos indígenas que viven en zonas rurales y remotas o, si llegan hasta ellos, no tienen en cuenta su cultura, como indica, por ejemplo, el hecho de que se niegue el registro de niños con nombres indígenas, lo que posiblemente inhibe a los padres de recurrir a esos servicios.

13. Pese al requisito normativo del derecho internacional de los derechos humanos de que haya servicios de salud disponibles y que estos sean asequibles, aceptables y de calidad, los pueblos indígenas se ven particularmente afectados por los problemas de acceso debido a factores geográficos, culturales, lingüísticos y políticos, y a costos indirectos como los de transporte y el cobro de derechos a los usuarios. Los participantes señalaron el caso de las mujeres indígenas que son dadas de alta en los hospitales el mismo día del alumbramiento porque no tienen dinero para pagar derechos. Donde existen servicios de salud sexual y reproductiva, hay una escasez evidente de trabajadores de la salud capacitados y las instalaciones a menudo están en mal estado o carecen de equipo adecuado. Además, la actitud discriminatoria de los proveedores de servicios disuade a los indígenas de acudir a ellos. Si bien se destacó el progreso alcanzado por algunos países latinoamericanos en el diseño de servicios de salud materna culturalmente aceptables, hay lugar para introducir mejoras, y otras regiones siguen estando rezagadas.

14. Las mujeres y las niñas indígenas a menudo enfrentan múltiples formas de discriminación, en razón de su condición de indígenas, edad, localización, situación económica, orientación sexual e identidad de género, estado civil o discapacidad. Otro factor agravante señalado durante la reunión es la feminización de la pandemia del VIH en algunos países y la estigmatización y discriminación conexas. La intersección de las diversas formas de discriminación significa que distintos grupos y personas pertenecientes a las comunidades indígenas pueden enfrentar obstáculos diferentes que exigen respuestas concretas, tanto del Estado como de las instituciones y las autoridades indígenas.

15. Para explicar las diferencias que existen entre los pueblos indígenas y la población no indígena en cuanto a la realización de los derechos a la salud sexual y reproductiva, se mencionaron también algunos determinantes estructurales, como los efectos persistentes de la colonización, ocupación y militarización de los territorios de los pueblos indígenas y la persistencia de visiones hegemónicas que siguen considerando inferiores a las culturas indígenas.

16. Durante la reunión se examinaron reiteradamente los efectos que tienen los modelos de desarrollo basados en la extracción de recursos naturales en la salud, la seguridad y la vida de los pueblos indígenas, y se hizo referencia específica al impacto de la contaminación causada por las industrias de extracción en su salud sexual y reproductiva. En esos contextos, las mujeres en particular están más expuestas al VIH y a la violencia sexual debido al ingreso de trabajadores a los territorios indígenas, que trae consigo denuncias de casos de violación, agresión y trata con fines de explotación sexual.

17. En la red compleja de interconexiones causales que repercuten en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los pueblos indígenas, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas ofrece un marco general para subsanar los vacíos señalados por los participantes. El derecho a la libre determinación, el derecho a mantener y desarrollar sus propios sistemas o instituciones, el derecho a la medicina y las prácticas de salud tradicionales y el principio de consentimiento libre, previo e informado son fundamentales para el logro de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de los pueblos indígenas. Más aún, se subrayó que las obligaciones de los Estados de mejorar la situación de los pueblos indígenas, incluido su derecho a la educación, la salud, la alimentación, el abastecimiento de agua y el saneamiento, la protección contra la violencia y la discriminación, y su derecho a un trabajo decente, se refuerzan mutuamente y son interdependientes. Se hizo referencia al Convenio Núm. 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, como otro instrumento fundamental para abordar esos y otros determinantes básicos de la salud sexual y reproductiva, que aún no se ha aplicado de manera efectiva.

18. Los participantes señalaron el grave problema que representa la falta de voluntad política para aplicar la Declaración y redefinir la situación actual de desequilibrios de poder que, agravada por los modelos de desarrollo económico prevalecientes, relega a la marginación y la exclusión a comunidades indígenas enteras.

Servicios de salud interculturales

19. La demanda de servicios de salud sexual y reproductiva que sean adecuados desde el punto de vista cultural ha figurado en la agenda para los pueblos indígenas, en particular para las mujeres indígenas, desde hace más de 20 años. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo recogió esa demanda al reconocer la necesidad de respetar la diversidad cultural, de asegurar la observancia de los derechos de los pueblos indígenas de manera holística y de garantizar su participación activa y significativa.

20. Los sistemas de salud sexual y reproductiva interculturales promueven el bienestar físico, emocional y espiritual de las personas y comunidades en todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción humanas por medios compatibles con la

dignidad humana y los derechos tanto de los hombres como de las mujeres. Los sistemas de salud interculturales suponen y exigen la formulación e incorporación de modelos de salud y de las mejores prácticas que integren la medicina indígena y la occidental. Estos procesos deben basarse en el respeto mutuo, el reconocimiento de la sabiduría tradicional, la voluntad de participar en un proceso democrático de intercambio y la determinación de avanzar hacia un sistema de salud integrado.

21. La Declaración de las Naciones Unidas ofrece un marco adecuado para promover el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas a disponer de sistemas de salud, tanto modernos como tradicionales, que comprendan el acceso a información sobre la salud, medicamentos y servicios médicos, así como el reconocimiento de la necesidad de establecer dichos sistemas de salud para los pueblos indígenas. La aplicación del principio de consentimiento libre, previo e informado mediante mecanismos y procedimientos participativos resulta fundamental para formular y aplicar políticas de salud interculturales que aseguren el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y culturalmente apropiados. La Declaración establece el derecho de los pueblos indígenas a promover, desarrollar y mantener sus propias instituciones, lo que implica que los Estados deben adoptar medidas para garantizar los derechos colectivos de los pueblos indígenas de ejercer su derecho a la salud utilizando sus propios sistemas, conocimientos ancestrales y prácticas sanitarias.

22. Durante los últimos 20 años se han formulado en algunos países políticas y modelos de salud que tienen en cuenta los factores culturales, a partir de los cuales se han establecido sistemas de salud que responden en mayor grado a la cultura y las necesidades de los pueblos indígenas, y en los que tienen más representación las mujeres indígenas.

23. Por ejemplo, ha habido adelantos fundamentales en materia legislativa y normativa, especialmente en América Latina, así como mejoras de los marcos institucionales. En la Constitución de algunos países, como Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Ecuador, se reconocen expresamente la identidad y los sistemas de los pueblos indígenas y el carácter intercultural del Estado. En 17 países de la región hay entidades gubernamentales encargadas de los sistemas de salud interculturales. También se han establecido políticas públicas en diversos sectores sociales, a partir de una perspectiva cultural y promoviendo diversas formas de participación de los grupos indígenas en su formulación.

24. Los participantes compartieron las experiencias obtenidas en algunos países de la región andina donde se han adoptado medidas innovadoras para desarrollar modelos de salud interculturales, principalmente en el ámbito de la salud materna. A partir de las alianzas estratégicas establecidas entre el Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas, el Fondo Indígena, el Organismo Andino de Salud y el UNFPA a nivel regional, y entre Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador, Guatemala y el Perú a nivel nacional, se han adoptado iniciativas dirigidas a fortalecer la capacidad de las redes de mujeres indígenas para promover la prestación de servicios de salud materna y reproductiva de calidad y culturalmente aceptables. Diversos programas han contribuido a la introducción de reformas legislativas y la adopción de políticas públicas y protocolos para la salud reproductiva intercultural; al reconocimiento de la función de las parteras tradicionales en los sistemas de salud oficiales; a la generación de conocimientos y la elaboración de instrumentos metodológicos y de promoción, y a facilitar el acceso

de las mujeres indígenas a los servicios de salud reproductiva en determinadas regiones. Sobre la base de esas experiencias nacionales, la Comisión de Salud Intercultural del Organismo Andino de Salud está considerando la adopción de normas básicas subregionales para los sistemas de salud interculturales, a fin de determinar los requisitos objetivos y mensurables necesarios para la prestación de servicios interculturales de salud materna aceptables y de calidad, y para su supervisión.

25. Los participantes extrajeron algunas conclusiones del caso descrito anteriormente, así como de otras experiencias recogidas en los documentos de antecedentes preparados para la reunión, como se indica a continuación:

a) No se pueden formular intervenciones culturalmente apropiadas de manera vertical, con criterios impuestos desde las instancias superiores. Para ello es necesario promover procesos participativos de diálogo, formación de consensos e implicación de las comunidades. Pese al progreso alcanzado en la formulación de normas, la ejecución de los programas se ha llevado a cabo en muchos lugares sin la participación efectiva de las mujeres indígenas;

b) Los marcos de supervisión de los sistemas de salud aún no captan debidamente el carácter integral de los sistemas de salud tradicionales, mediante indicadores que reflejen la complejidad de la salud intercultural en todos los niveles de la administración del Estado y en su articulación a nivel comunitario. A ese respecto, ha sido más fácil evaluar la aplicación de las normas de salud interculturales a nivel local, en los puntos de prestación de los servicios;

c) La promulgación de leyes es una etapa importante en el proceso de establecer sistemas de salud interculturales. Sin embargo, la modificación de las actitudes de los profesionales de la salud y del personal médico es una labor a largo plazo que exige la integración de enfoques interculturales en los programas de estudio, desde la educación básica hasta la enseñanza superior, incluida la educación técnica relativa a la salud. También se puso de relieve la necesidad de crear incentivos para alentar ese proceso de aprendizaje;

d) Las políticas y los programas nacionales deben contar con el apoyo de los gobiernos y los donantes a largo plazo. Lamentablemente, el enfoque de los donantes respecto de los sistemas de salud interculturales se ha limitado a respaldar los procesos de reforma de las leyes y políticas y la formulación de normas, partiendo de la hipótesis de que las comunidades indígenas podrían continuar la labor por sí solas. Si no se corrigen los factores estructurales de inequidad y discriminación, los pueblos indígenas continuarán en situación de desventaja y carecerán de los recursos o de la asistencia técnica necesaria para valerse por sus propios medios;

e) La promoción de los modelos de salud interculturales se ha concentrado principalmente en la salud materna. La perspectiva intercultural deber tener igual pertinencia en otros componentes de la salud sexual y reproductiva, como la planificación de la familia, el embarazo de adolescentes, la prevención, el tratamiento y la atención relacionados con el VIH, y la prevención de la violencia por razones de género y la respuesta a ella.

26. Aunque el concepto de “sensibilidad a los factores culturales” ha estado más en boga en el ámbito de las políticas en los últimos años, los órganos creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas se han referido de manera sistemática a la

“aceptabilidad cultural” como uno de los aspectos fundamentales del derecho a la salud. La “aceptabilidad cultural” guía el diseño de los servicios y exige la participación activa de los pueblos indígenas, a fin de que los servicios respeten sus culturas y que los usuarios a los que están dirigidos los encuentren apropiados. La “aceptabilidad cultural” no es sólo un requisito normativo, sino también un concepto en evolución que puede enriquecerse con la experiencia de los pueblos indígenas para ayudar a los órganos de las Naciones Unidas establecidos en virtud de tratados a definir más claramente su significado e implicaciones prácticas.

27. A la luz de lo anterior, algunos participantes presentaron el concepto de “seguridad cultural” como una norma mínima que va más allá de las interpretaciones convencionales de la “sensibilidad cultural”. Este nuevo concepto abarca los aspectos de los desequilibrios de poder, la discriminación institucional, la colonización y las relaciones con las culturas hegemónicas y los sistemas de salud de los antiguos colonizadores, con miras a asegurar que las personas y las familias se sientan seguros en sus propios cuerpos, tierras y territorios, pero también en los medios urbanos donde viven y trabajan personas pertenecientes a los pueblos indígenas. La seguridad cultural se centra en la comprensión del “ser” como portador de cultura y en el establecimiento de relaciones que generen confianza y respeto. Esto significa que la experiencia del colonialismo, la asimilación y el genocidio deben tenerse en cuenta en la relación entre el cliente o el paciente y los proveedores de servicios.

Salud materna y planificación de la familia

28. Los participantes compartieron sus experiencias y las experiencias de los países relativas al acceso de los pueblos indígenas, en particular de las mujeres indígenas, a los servicios de planificación de la familia y de salud materna. En las exposiciones de las expertas de Bangladesh y de la Federación de Rusia, así como en las experiencias de otros países, los factores geográficos y económicos se señalaron como obstáculos importantes que impedían el acceso de los pueblos indígenas a esos servicios. En el caso de la Federación de Rusia, el antiguo Gobierno soviético estableció clínicas móviles para atender a los pueblos indígenas. Aunque ese modelo contribuyó en gran medida a mejorar las condiciones de salud de las mujeres, las niñas y los niños indígenas, desde el fin de la era soviética esas clínicas se han desmantelado gradualmente al disminuir los recursos financieros. Esa experiencia pone de relieve la necesidad de mantener las iniciativas de desarrollo de los gobiernos y de los organismos de desarrollo internacionales. Lamentablemente, como ha sucedido en América Latina, los organismos internacionales de desarrollo están reduciendo gradualmente sus iniciativas de cooperación en los países de ingresos medianos, a pesar de las brechas de inequidad que afectan considerablemente la vida y el bienestar de los pueblos indígenas.

29. En el caso de Bangladesh, se observó que la discriminación que enfrentan las mujeres y las niñas en razón de su género, especialmente en las zonas rurales, que se acentúa como resultado de la pobreza, es uno de los principales factores que explican los resultados poco satisfactorios en materia de salud. Aunque la política sanitaria nacional reconoce actualmente la necesidad de crear programas especiales para los pueblos indígenas que viven en lugares remotos, los nuevos programas diseñados recientemente no han llegado a las comunidades destinatarias y sus enfoques han sido concebidos mayormente desde las instancias superiores, sin la participación de las mujeres y las niñas indígenas.

30. El acceso a información veraz y pertinente es fundamental para la planificación de la familia y la atención materna. La comunicación con las comunidades y los jóvenes indígenas plantea especiales dificultades. La experiencia demuestra que el mayor acceso a la información sobre la atención de la salud y los métodos anticonceptivos no ha producido cambios de comportamiento notables. Es necesario examinar el contenido de los mensajes y la transmisión de información desde una perspectiva intercultural, que comprenda la utilización de los idiomas indígenas locales en formatos asequibles. Sin una transmisión efectiva de la información, las mujeres indígenas seguirán estando expuestas al riesgo de esterilización involuntaria y se verá limitada su capacidad de tomar decisiones en materia sexual y reproductiva.

VIH y SIDA

31. Los expertos observaron que el VIH ha sido motivo de grave preocupación para los pueblos indígenas desde hace muchos años. Pese a la percepción generalizada de que las comunidades indígenas están menos expuestas al riesgo de infección porque viven en zonas apartadas y sus comunidades son más unidas, donde hay datos disponibles sobre la materia se ha observado que los pueblos indígenas se ven afectados de manera desproporcionada por el VIH. En consecuencia, los expertos subrayaron que, si bien en muchos países no se dispone de datos desglosados, se puede concluir que el VIH representa un problema grave para los pueblos indígenas, que está relacionado con la estigmatización, la discriminación, la falta de educación sobre la sexualidad, la escasa utilización de métodos anticonceptivos, y altos niveles de violencia sexual, alcoholismo y uso indebido de drogas, todos los cuales son factores que afectan de manera desproporcionada a los pueblos indígenas. Por consiguiente, la falta de datos no debe ser un pretexto para la inacción. Hay que hacer un mayor esfuerzo para establecer medidas preventivas dirigidas a los pueblos indígenas. Sin embargo, en la respuesta mundial y nacional a la pandemia a menudo se olvida a los pueblos indígenas.

32. Los participantes se refirieron a hechos que demuestran que los pueblos indígenas afectados por el VIH tienen una trayectoria larga y persistente de desconfianza de los servicios de salud, por lo que recurren muy poco a la atención médica, se someten tardíamente a la prueba de detección del VIH y los que viven con el VIH reciben poco o ningún cuidado o ayuda. Sin embargo, las personas que pertenecen a los pueblos indígenas forman parte de redes familiares y culturales que deben tomarse en consideración al formular y desarrollar programas de prevención del VIH para la población indígena.

33. Los participantes observaron que es necesario involucrar a personas de todas las edades, desde jóvenes hasta ancianos, en las campañas dirigidas a prevenir la transmisión del VIH en las comunidades indígenas. Los pueblos y las comunidades indígenas deben tener acceso a condiciones adecuadas de información y examen clínico, en las que se reconozcan y respeten los valores de las culturas indígenas.

34. En respuesta a las altas tasas de infección con el VIH en los pueblos indígenas, se han puesto en marcha una serie de iniciativas basadas en las comunidades que ofrecen alternativas viables y realistas a las iniciativas no dirigidas por indígenas para prevenir la transmisión del VIH entre diversos pueblos indígenas. De igual manera, se ha establecido a nivel internacional una red global duradera y sostenible

de pueblos y comunidades indígenas para crear mayor conciencia del VIH y de sus efectos en los pueblos indígenas.

35. Algunos expertos presentaron iniciativas comunitarias mundiales y nacionales que demuestran claramente que, después de tres decenios de VIH, las comunidades indígenas se están haciendo cargo de las estrategias para prevenir la transmisión del VIH entre los pueblos indígenas y prestar cuidado y apoyo a quienes viven con la infección. Para ayudar a los pueblos indígenas a superar las dificultades que plantea el VIH revisten importancia fundamental las redes internacionales constituidas con ese fin, como el Grupo de Trabajo Indígena Internacional frente al VIH y el SIDA, establecido poco después de la aprobación de la “Carta de Toronto: Plan de Acción de los Pueblos Indígenas sobre el VIH y el SIDA”, en la 16ª Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en 2006.

36. Esas redes deben contar con apoyo nacional e internacional, a fin de asegurar la eficacia de su labor para hacer frente al VIH y garantizar la libre determinación y la viabilidad permanente de las comunidades de pueblos indígenas durante las próximas generaciones. Se observó en la reunión que la formación de alianzas con el sector privado revestía importancia estratégica, en vista de la situación económica actual y de las perspectivas de la asistencia. Se examinó un ejemplo de Chile, donde el sector del transporte, que emplea tradicionalmente a muchos trabajadores indígenas, está colaborando con las comunidades indígenas para difundir información sobre la prevención, la prueba de detección voluntaria y el tratamiento del VIH.

Sexualidad, tabúes y educación

37. Los participantes pusieron de relieve que la sexualidad seguía siendo un tema tabú en muchas comunidades indígenas de todo el mundo. Si bien en algunos casos el hecho de “no hablar de sexo” con los hijos y nietos se percibe como inherente a la cultura y las tradiciones de los pueblos indígenas, en muchos otros casos ese “silencio” es resultado de los conceptos ideológicos y religiosos impuestos a esos pueblos en el contexto del colonialismo. Se hizo notar que, pese a esos procesos, muchas comunidades indígenas conservan las ceremonias tradicionales y los ritos de paso a la edad adulta, mediante los cuales los adolescentes indígenas no sólo adquieren una comprensión de su propia identidad sino también de lo que significa asumir las responsabilidades de un adulto, en sí mismos, en sus propios cuerpos y en sus comunidades.

38. Los asistentes a la reunión señalaron la educación sexual como un derecho fundamental de todas las personas, y como una intervención concreta para impartir a los adolescentes y los jóvenes indígenas los conocimientos y destrezas necesarios para asumir sus cuerpos y su sexualidad de manera segura y responsable. Además, la instrucción sobre la sexualidad también debería estar dirigida a los padres y los abuelos a fin de prepararlos para el diálogo intergeneracional sobre esos temas. No obstante, la opinión general era que la educación sexual, donde existe, casi nunca promueve una visión integral de la sexualidad y de las relaciones entre los géneros, que vaya más allá de los aspectos biológicos básicos y la prevención del embarazo de las adolescentes. Se señaló también que la educación sobre la sexualidad no está concebida expresamente para las comunidades indígenas en su diseño, ni se transmite de forma que ayude a los adolescentes y los jóvenes indígenas a ampliar y a aplicar sus conocimientos.

39. La falta de acceso a una educación sexual precisa y que sea segura desde el punto de vista cultural tiene repercusión directa en el embarazo no deseado de las niñas indígenas adolescentes, agravado por los niveles cada vez más altos de violencia sexual y consumo excesivo de alcohol, lo que indica claramente la necesidad de asegurar el acceso a métodos anticonceptivos de emergencia, respetando el derecho a la privacidad. Los enfoques integrales hacen hincapié en la educación y la permanencia en la escuela, así como en la adquisición de destrezas críticas de negociación y la autoestima, por oposición a los enfoques de prevención más convencionales que se centran en culpar a las niñas por el embarazo o infundirles temor por las consecuencias negativas del embarazo en la adolescencia.

40. Por otra parte, se pidió que se impartiera una educación sexual apropiada desde el punto de vista cultural, en la que se integraran los conceptos más amplios de la igualdad entre los géneros, los derechos humanos y la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como el respeto de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, incluidas las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, inadaptadas, de sexualidad incierta, asexuales, intersexuales, biespirituales y otras identidades. También se pidió que los adolescentes y los jóvenes indígenas fueran incluidos en el diseño de los programas de estudio para una educación sexual culturalmente segura, así como en el fomento y expansión de la educación entre jóvenes pares. Además, los participantes resaltaron la necesidad de crear espacios de análisis y reflexión intergeneracionales, donde las mujeres mayores puedan intercambiar opiniones y experiencias sobre el matrimonio y la sexualidad, y de reactivar las ceremonias de paso a la edad adulta y los ritos de iniciación.

Prácticas nocivas (mutilación/ablación genital femenina)

41. Pese a la reivindicación fundamental de los pueblos indígenas de que se respete y valore su cultura, los expertos fueron unánimes en reconocer que no todas las culturas tradicionales son intrínsecamente convenientes. Desde esa perspectiva, la cultura no debe entenderse como un concepto estático o inamovible. Así como los distintos grupos de población pueden interpretar de manera diferente las culturas locales, esas interpretaciones también están en constante evolución y cambio. En última instancia, la cultura y la tradición no deben invocarse para justificar la violación de los derechos de una persona o de un grupo de población concreto, ya sea de mujeres, niños, indígenas que viven con el VIH u otras personas.

42. Una de las prácticas examinadas durante la reunión fue el recurso persistente a la mutilación/ablación genital femenina en las comunidades indígenas, primordialmente en África, aunque también en otros lugares. Se observó que la práctica de ablación de los genitales de las mujeres en la niñez o la adolescencia no obedece a motivos médicos, sino a conceptos de género relativos a la función prevista de la mujer en la vida, y es un requisito para el paso de las niñas de la infancia a la edad adulta y a la posibilidad de contraer matrimonio.

43. Los expertos examinaron cuatro enfoques que se han empleado para tratar la cuestión de la mutilación/ablación genital femenina, desde cuando ese tema pasó a ocupar un lugar prominente en la agenda internacional de los derechos humanos y el desarrollo, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994: a saber, los enfoques cultural/moral, sanitario, social y jurídico. En vista de la persistencia de esa práctica, los participantes subrayaron la

importancia de evaluar los resultados positivos y negativos de cada uno de esos enfoques, y extraer las enseñanzas que procedieran de los pocos lugares y experiencias en que se ha conseguido poner fin a esa práctica.

44. Los participantes llegaron a la conclusión de que la forma más razonable de proceder consistiría en combinar los cuatro enfoques. Aunque estaba claramente entendido que los derechos de las mujeres y las niñas siempre se deberían respetar y proteger, los participantes observaron que las estrategias para hacer frente a las prácticas nocivas solo lograrían modificar el comportamiento si se adoptaba una perspectiva cultural, de modo que el cambio fuera promovido desde adentro, por iniciativa de la comunidad. Los participantes observaron que el acceso a la educación académica era un factor que contribuiría a largo plazo a liberar a las mujeres indígenas de la mutilación/ablación genital femenina, y destacaron la necesidad de una educación culturalmente apropiada, diseñada con la participación de los pueblos indígenas, que pudiera servir como vehículo para el empoderamiento, y no para la alienación cultural.

Participación y rendición de cuentas

45. La participación fue un tema recurrente durante los debates. Se subrayó la necesidad de incluir a los pueblos indígenas en la investigación, la compilación de datos y el diseño, supervisión y evaluación de las políticas y los programas.

46. De manera semejante, se determinó que la incorporación de las mujeres indígenas en los regímenes de justicia de los Estados y los regímenes consuetudinarios indígenas era una medida de importancia crítica para asegurar que se diera más atención a la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, como en los casos de esterilización forzosa, violencia sexual y discriminación en los sistemas de salud.

47. Los participantes concluyeron que la protección y el cuidado de la salud de los pueblos indígenas exigiría la adopción de un marco de justicia sexual y reproductiva que contribuyera eficazmente a resolver los problemas del racismo sistémico, la colonización, la violación de los derechos de tierras, la discriminación basada en el idioma, la encarcelación y otras violaciones semejantes de los derechos humanos.

IV. Conclusiones y recomendaciones

48. El Foro Permanente debería incorporar en sus deliberaciones sobre el derecho a la salud, la cuestión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. También debería asegurar el empleo sistemático de la terminología (ya sea “salud y derechos sexuales y reproductivos” o bien “derechos sexuales y reproductivos”), de conformidad con el uso de los órganos creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas y los documentos derivados del proceso de examen de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014, incluidos la Declaración del Foro Mundial de la Juventud de Bali y el Consenso de Montevideo sobre la Población y el Desarrollo, así como el informe de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos.

49. Los Estados deberían adoptar medidas jurídicas, normativas y presupuestarias y otras medidas positivas especiales para corregir las desigualdades en materia sexual y reproductiva, abordando las causas estructurales de esas desigualdades,

entre las que figuran el legado de la colonización y la violencia y la doble discriminación que enfrentan las mujeres y las niñas indígenas en razón de su origen étnico y su género. Es necesario fortalecer los mecanismos de protección nacionales y supranacionales que tienen el mandato de corregir la discriminación contra los pueblos indígenas, a fin de que asignen atención prioritaria a esa doble discriminación, en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos.

50. Los Estados deben asegurar un entorno jurídico que permita a las mujeres y las niñas indígenas ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Esto incluye el examen de las leyes y políticas nacionales, a fin de constatar que se ajusten al derecho internacional de los derechos humanos, eliminar los obstáculos que impiden el acceso a la información y los servicios sobre la salud sexual y reproductiva, y poner fin a la criminalización de los servicios de atención para la salud reproductiva y de las relaciones sexuales consentidas. Además, los Estados deberían velar por que las mujeres y las niñas indígenas tengan acceso efectivo a recursos jurídicos eficaces en los casos de violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Participación

51. Los Estados deben respetar la participación plena y efectiva de los pueblos indígenas en la formulación, ejecución, supervisión y evaluación de las políticas y los programas de salud y educación sexual y reproductiva, así como en la formulación de leyes y normas pertinentes a los niños, los adolescentes y los jóvenes indígenas. Hay que facilitar a los pueblos indígenas información sobre las leyes, las políticas y los presupuestos relativos a los derechos sexuales y reproductivos, en forma transparente y oportuna y en formato asequible, incluso en sus propios idiomas. Las organizaciones indígenas que participen en los procesos jurídicos y normativos mencionados deben representar las opiniones y perspectivas de las mujeres, las niñas, los hombres y los niños indígenas, los dirigentes tradicionales, los curanderos y las parteras tradicionales, las personas de identidades de género y orientaciones sexuales diversas, las trabajadoras sexuales, y las personas indígenas con discapacidad y las que viven con el VIH/SIDA.

52. Los pueblos indígenas deben entablar diálogos multisectoriales e interdisciplinarios con los encargados de la formulación de políticas, economistas, académicos, los grupos de promoción de la mujer, los profesionales de la salud y otros grupos interesados pertinentes para promover modificaciones positivas de las leyes, políticas y prácticas relativas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En ese contexto, deben colaborar especialmente con los parlamentarios indígenas y no indígenas en la formulación de leyes y la vigilancia de las políticas y los presupuestos públicos, propugnando especialmente la aprobación de leyes culturalmente adecuadas.

53. Los Estados y el UNFPA deberían promover los derechos de los jóvenes indígenas a nivel regional y nacional, entre otras cosas, fomentando su participación en el proceso de planificación y ejecución de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014, y asegurar en cuanto sea posible su participación en las deliberaciones que promueve el UNFPA sobre la agenda para el desarrollo después de 2015.

54. El Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y el Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas deben continuar apoyando las opiniones,

perspectivas y recomendaciones de los indígenas que viven con discapacidades en los procesos políticos y normativos que inciden en su salud sexual y reproductiva.

Servicios de salud interculturales

55. Los Estados y las Naciones Unidas deben asegurar y aumentar los recursos destinados a la prestación de servicios de salud interculturales a las comunidades indígenas, de conformidad con el derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación, así como la aplicación de normas de atención de calidad que sean culturalmente adecuadas, e incorporar a ellas la norma de “seguridad cultural”.

56. Los Estados deberían adoptar medidas para asegurar el reconocimiento, respeto y fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas tradicionales (parteras tradicionales, curanderos) y diseñar, en colaboración con ellos, un conjunto amplio e intercultural de servicios de salud sexual y reproductiva, que comprenda métodos anticonceptivos, atención materna, servicios seguros de aborto y atención posterior al aborto, apoyo espiritual, curas tradicionales, técnicas asépticas, prevención y tratamiento de la infección con VIH, sistemas apropiados de remisión entre los sistemas de salud indígenas y nacionales, y demás servicios indicados en el párrafo 7.6 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

57. Los programas eficaces de modelos de salud interculturales, como los que existen en América Central y el Caribe, se deberían evaluar y, ulteriormente, ampliar a mayor escala y a otras regiones, incluso mediante la cooperación Sur-Sur y entre los pueblos indígenas, como las redes internacionales de mujeres indígenas y de jóvenes indígenas, las comunidades de intercambio de prácticas y las plataformas para el intercambio de conocimientos entre las generaciones.

58. Los Estados deberían establecer modelos innovadores, interculturales e integrales para mejorar, en general, el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas que son nómadas o que viven en lugares remotos, en particular de las mujeres y las niñas, por ejemplo, mediante la creación de una red de clínicas móviles integradas de funcionamiento permanente para la atención primaria de la salud, en las que se aplique el principio de relación directa entre el médico y el paciente. Se insta a las entidades de las Naciones Unidas y otras entidades de cooperación para el desarrollo a fomentar las capacidades nacionales y subnacionales, prestar asistencia técnica y destinar recursos específicos a la ejecución de programas administrados por mujeres indígenas y programas que faciliten el acceso a servicios interculturales y de educación para su salud sexual y reproductiva y para una maternidad sin riesgo, como derecho humano.

59. A fin de garantizar la igualdad de oportunidades en materia de salud para los pueblos indígenas, los Estados deben poner a su disposición información y servicios de salud sexual y reproductiva que sean asequibles, aceptables y de alta calidad. Esto significa información y servicios en cantidad suficiente, de fácil acceso y próximos a las zonas indígenas, que se ofrezcan gratuitamente o a bajo costo, en idiomas que comprendan las mujeres indígenas, y que se basen en el consentimiento libre, previo e informado. Los servicios de salud sexual y reproductiva (o los proveedores de esos servicios) también deben respetar e incorporar plenamente las opiniones de las mujeres y niñas indígenas concernientes a su salud y sus derechos sexuales y reproductivos.

60. En estrecha colaboración con los pueblos indígenas, los Estados y las instituciones académicas, incluidas las universidades, deben capacitar a los funcionarios de salud pública y trabajadores de la salud en todos los niveles, y ampliar sus aptitudes, a fin de que comprendan y respeten los sistemas de salud indígenas (parteras, curanderos y otros portadores de conocimientos) y las medicinas indígenas, y colaboren en la creación de sistemas de salud interculturales, y los apoyen.

Educación

61. Los Estados deben establecer, en estrecha colaboración con los jóvenes indígenas, programas educativos sobre los derechos humanos, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad entre los géneros, la sexualidad y la preparación para la vida, y asegurar que esa educación se imparta a los niños y jóvenes indígenas, en contextos académicos y no académicos. Se recomienda que los Estados y las entidades de las Naciones Unidas presten apoyo y aporten recursos para promover una educación sobre la sexualidad dirigida expresamente a los grupos indígenas, que sea culturalmente segura. El Foro Permanente debería llevar a cabo un estudio de los vínculos entre la educación sexual y el restablecimiento de los ritos de paso a la mayoría de edad y las ceremonias de iniciación. Se recomienda asimismo que los Estados, las entidades de las Naciones Unidas y las comunidades indígenas apoyen las oportunidades de educación entre pares y los programas de mentores para jóvenes indígenas sobre la sexualidad, así como las relaciones y las enseñanzas culturales que contribuyan a su empoderamiento, y que sean basadas en el conocimiento y estén libres de estigmas o juicios.

Interconexiones

62. Considerando el impacto que pueden tener en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los pueblos indígenas, pedimos la revisión jurídica de los Convenios de las Naciones Unidas sobre las sustancias químicas, en particular, del Convenio de Rotterdam, para asegurar que se ajusten a las normas internacionales de derechos humanos, incluidas la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

63. Los Estados deben poner fin a la exportación y la importación de plaguicidas prohibidos y no registrados de países que prohíben su utilización en su propio territorio, por tratarse de un caso de racismo ambiental y de violencia ambiental que tiene efectos comprobados y devastadores en la salud reproductiva y sexual, en particular, en la salud materna e infantil.

64. Las entidades pertinentes de las Naciones Unidas deberían llevar a cabo un estudio, en colaboración con las organizaciones de los pueblos indígenas, para documentar los vínculos que existen entre la violencia ambiental, incluidas las operaciones de las industrias extractoras, la contaminación por sustancias químicas y la destrucción del hábitat de los indígenas, y la salud sexual y reproductiva de los pueblos indígenas, así como los aspectos pertinentes a la explotación sexual, la trata de niñas indígenas y la violencia sexual, con recomendaciones concretas sobre las posibles medidas de protección.

Violencia por razones de género

65. Los Estados deberían reconocer las diferentes identidades de género y orientaciones sexuales dentro de las comunidades indígenas y tener presente que esas identidades son antiguas y sagradas en la cosmovisión de muchas naciones y comunidades indígenas. Los Estados deberían adoptar medidas para prevenir y proteger contra la discriminación y la violencia a los jóvenes y personas indígenas que son lesbianas, gays, transgénero, biespirituales, inadaptados, de sexualidad incierta, asexuales, intersexuales y que expresan disconformidad de género. Se recomienda también que los órganos encargados de vigilar la aplicación de tratados de las Naciones Unidas, incluidos el Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, insten a los Estados a cumplir con su obligación internacional en el marco de los derechos humanos de defender la igualdad y la no discriminación y respaldar las iniciativas de los pueblos indígenas para hacer frente a la discriminación y la violencia por razones de género, a partir de una interpretación amplia de la diversidad de género.

66. Los Estados, las entidades de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales deberían apoyar la participación significativa y efectiva de los pueblos indígenas, en particular de personas que se dedican al trabajo sexual o al comercio callejero, en la formulación de políticas, programas y otras medidas para hacer frente a los efectos de la violencia creciente, la estigmatización, la discriminación, la criminalización y el VIH.

67. Los Estados y las entidades de las Naciones Unidas deberían promover la participación activa de representantes de los pueblos indígenas, incluidas las mujeres y los jóvenes indígenas, en el 47º período de sesiones de la Comisión sobre la Población y el Desarrollo, en el que se examinará la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Las conclusiones convenidas de la Comisión deberían examinarse en el 13º período de sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, especialmente las que se refieren a los derechos de los pueblos indígenas, incluidos sus derechos sexuales y reproductivos, conforme a lo previsto en el Consenso de Montevideo sobre la Población y el Desarrollo y otros documentos derivados del proceso de examen de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014.

68. Se recomienda que los equipos de las Naciones Unidas en los países fortalezcan e integren los derechos de las mujeres y los jóvenes indígenas en la formulación de estrategias y planes nacionales y subsectoriales, especialmente, aunque no en forma exclusiva, en los ámbitos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la mortalidad y morbilidad materna, así como en los planes y políticas dirigidos a los adolescentes y los jóvenes.

Reunión de información y desglose de los datos

69. El Foro Permanente debería auspiciar una reunión, junto con los organizadores de encuestas demográficas y de la salud, otras dependencias nacionales de estadísticas de la salud y expertos en salud sexual y reproductiva de los pueblos indígenas, para compartir experiencias y avanzar en la formulación y aplicación de directrices, a fin de incluir a los pueblos indígenas en las encuestas demográficas y de la salud y en los sistemas de datos administrativos.

70. El Foro Permanente debería coordinar con la Organización Mundial de la Salud, el UNFPA y otras entidades competentes, la formulación de las normas y los indicadores básicos interculturales de la calidad de la atención que han de considerarse para definir un objetivo relativo a la cobertura universal de salud para después de 2015, que comprenda la salud sexual y reproductiva de los pueblos indígenas.

71. Los Estados deberían asegurar el registro civil universal, de modo que resulte compatible con las perspectivas y preferencias culturales de los pueblos indígenas, y adoptar medidas específicas para incluir en el registro a las personas que viven en lugares apartados. Los sistemas de salud deben disponer de los medios financieros y técnicos necesarios para asegurar un proceso constante de compilación y actualización de datos administrativos sobre los pueblos indígenas, que incluyan indicadores de los servicios de salud interculturales, para hacer posible el seguimiento de las actividades en el ámbito de la salud sexual y los derechos reproductivos. Además, deben asegurar la participación de los pueblos y organizaciones indígenas en el diseño de encuestas relativas a la salud, y capacitar a los funcionarios encargados de los censos y encuestas para que puedan relacionarse con los pueblos indígenas en formas culturalmente apropiadas.

72. El Foro Permanente debe coordinar con otros organismos y entidades la formulación y ejecución de un proyecto de investigación internacional sobre la salud sexual y reproductiva de los pueblos indígenas, asegurando la colaboración activa con los pueblos y organizaciones indígenas en todas las etapas del proyecto. Esa investigación deberá abarcar todos los aspectos incluidos en el presente informe.

73. Los participantes encomian a las mujeres indígenas que participaron en la Conferencia Mundial de Mujeres Indígenas, celebrada en Lima en 2013, apoyan las recomendaciones formuladas referentes a la salud sexual y reproductiva y recomiendan a los Estados que apoyen el plan de acción elaborado durante la Conferencia.

74. Los Estados deben incorporar los acuerdos relativos a los pueblos indígenas en el documento final del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y en la agenda para el desarrollo después de 2015. Más concretamente, los Estados deben:

a) Asignar recursos específicos a la ejecución de programas dirigidos por las mujeres indígenas, especialmente en las zonas rurales y remotas, a fin de asegurar su acceso a servicios públicos y a una educación intercultural que garanticen su salud sexual y reproductiva y la maternidad sin riesgos, como derecho humano;

b) Reconocer el grave impacto que tienen las múltiples manifestaciones de la violencia en la salud integral de las mujeres indígenas, incluidos los efectos de la contaminación ambiental, las industrias extractivas, la minería, y el uso de plaguicidas y sustancias tóxicas;

c) Adoptar medidas, con la participación y el consentimiento de las mujeres indígenas, para prevenir y eliminar la violencia.

75. Los Estados y las entidades de las Naciones Unidas deberían tener presente la situación de las mujeres indígenas que viven en zonas urbanas transfronterizas en el diseño y la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, a fin de

asegurar su participación y crear conciencia de los problemas que las afectan, como la violencia y la trata de personas y el tráfico de drogas y de armas.

VIH y SIDA

76. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), las organizaciones no gubernamentales internacionales y otros grupos interesados pertinentes deben asegurarse de que las personas que viven con el VIH participen de manera significativa en los programas de modo que se reconozcan los diversos conocimientos, experiencias y destrezas que pueden aportar a la formulación y ejecución de los programas, de conformidad con la política de mayor participación de las personas que viven con el VIH y el SIDA. También deben velar por que los pueblos y las comunidades indígenas participen en todos los aspectos de las políticas y los programas relativos al VIH, a fin de que se reconozcan y respeten los derechos y necesidades de los pueblos indígenas.

77. Las entidades de las Naciones Unidas, incluidos el ONUSIDA y el UNFPA, deben colaborar con el Foro Permanente para apoyar y promover las redes indígenas internacionales relativas al VIH, proporcionar recursos suficientes para asegurar la ampliación y la sostenibilidad de esas redes y la colaboración entre ellas, y fortalecer la capacidad de los pueblos y las comunidades indígenas mediante su mayor participación en las redes internacionales relativas al VIH.

78. El ONUSIDA debe velar por que los pueblos indígenas sean reconocidos como un grupo de población particular que presenta una mayor vulnerabilidad al VIH, a fin de que se destinen expresamente mecanismos, estrategias y recursos a las comunidades indígenas y a las iniciativas de respuesta al VIH dirigidas por personas pertenecientes a esas comunidades.

79. Los Estados deberían implantar en las comunidades indígenas modelos y programas basados en las mejores prácticas relacionadas con el VIH, y asegurar que éstos se ejecuten de modo que se respeten los derechos y las necesidades de los pueblos indígenas.

Prácticas nocivas

80. Los organismos competentes de las Naciones Unidas deberían examinar la eficacia de las diversas medidas para combatir la mutilación genital femenina, con el fin de asegurar la aplicación integrada de los cuatro marcos pertinentes para erradicar esa práctica (salud pública, derechos humanos y aspectos sociales y culturales). Se recomienda que se lleve a cabo un examen exhaustivo de la documentación sobre las mejores prácticas y experiencias a ese respecto.

81. La educación académica es un factor que contribuye a largo plazo a liberar a las mujeres indígenas de la mutilación genital femenina. Por tanto, los Estados, los organismos de las Naciones Unidas y otras entidades de cooperación internacionales deben proporcionar apoyo constante a la educación de las niñas indígenas en todos los niveles, manteniendo la coordinación con las autoridades locales y con los dirigentes indígenas tradicionales y las organizaciones de mujeres para incluir la educación sexual intercultural, la igualdad entre los géneros y los derechos humanos en los programas de estudio de las escuelas, en los idiomas locales, y apoyar las iniciativas de las comunidades dirigidas a empoderar a las mujeres y las niñas mediante el suministro de información, conocimientos y preparación para la vida,

con miras a prevenir la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, precoz y forzado.

Asuntos humanitarios

82. Los organismos de las Naciones Unidas que tienen mandatos relacionados con los asuntos humanitarios, en particular el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la Secretaría y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, deben proporcionar servicios de salud a los pueblos indígenas, especialmente a las mujeres, las niñas y los jóvenes que son refugiados o que viven en una situación de crisis humanitaria, en particular servicios relativos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, empleando trabajadores de la salud que hablen sus idiomas.

83. La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), en estrecha colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas, debería ayudar a fomentar la capacidad de las mujeres indígenas que viven en zonas afectadas por conflictos y situaciones de crisis humanitaria, en particular la capacidad de las mujeres que son cabeza de familia.

84. Las entidades de las Naciones Unidas que tiene un mandato de defensa de los derechos humanos deberían establecer, en colaboración con los pueblos indígenas que viven en situaciones de conflicto y crisis humanitaria, mecanismos de alerta temprana para prevenir la violencia sexual, en particular contra las mujeres y las niñas indígenas.

Anexo I

Programa y plan de trabajo

<i>Fecha/hora</i>	<i>Tema del programa</i>
Miércoles, 15 de enero de 2014	
10.00 a 10.30 horas	Apertura de la reunión por el Subsecretario General de Coordinación de Políticas y de Asuntos Interinstitucionales
	Tema 1 Elección del Presidente y el Relator
	Tema 2 Aprobación del programa y organización de los trabajos
10.30 a 13.00 horas	Tema 3 Enfoque intercultural en materia de salud sexual y reproductiva: acceso y calidad <i>Ponencia:</i> Sra. Mirna Cunnigham
15.00 a 18.00 horas	Tema 4 Prácticas nocivas, igualdad entre los géneros, discriminación y violencia <i>Ponencia:</i> Sra. Agnes Leina Ntikaampi
Jueves, 16 de enero de 2014	
10.00 a 13.00 horas	Tema 5 Salud materna y planificación de la familia
	Tema 6 VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual <i>Ponencias:</i> Sra. Larisa Abryutina Sra. Tuku Talukder Sr. Clive Aspin
15.00 a 18.00 horas	Tema 7 Sexualidad, tabúes culturales y educación <i>Ponencia:</i> Sra. Jessica Danforth
Viernes, 17 de enero de 2014	
10.00 a 13.00 horas	Tema 8 El sistema de las Naciones Unidas: – Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas (septiembre de 2014) – Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014 (septiembre de 2014) – Agenda para el desarrollo después de 2015 <i>Ponencias:</i> Secretaría del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas Fondo de Población de las Naciones Unidas
15.00 a 18.00 horas	Tema 9 Aprobación de las conclusiones y recomendaciones

Anexo II

Lista de documentos^a

Nota conceptual para la reunión del grupo internacional de expertos sobre el tema “Salud sexual y derechos reproductivos: artículos 21, 22 1), 23 y 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”

Plan de trabajo para la reunión del grupo internacional de expertos sobre el tema “Salud sexual y derechos reproductivos: artículos 21, 22 1), 23 y 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”

Documento presentado por la Sra. Larisa Abryutina

Documento presentado por el Sr. Clive Aspin

Documento presentado por la Sra. Jessica Danforth

Documento presentado por la Sra. Mirna Cunningham

Documento presentado por la Sra. Agnes Leina Ntikaampi

Documento presentado por la Sra. Tuku Talukder

^a Todos los informes y demás documentos presentados durante la reunión pueden consultarse en el sitio web de la secretaría del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas (<http://undesadspd.org/IndigenousPeoples/EGM2014SexualHealthandReproductiveRights.aspx>).