



Consejo Económico y Social

Distr. general
21 de marzo de 2006
Español
Original: inglés

Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas

Quinto período de sesiones

Nueva York, 15 a 26 de mayo de 2006

Tema 3 del programa provisional*

**Tema especial: Los objetivos de desarrollo del Milenio
y los pueblos indígenas: redefinición de los objetivos**

Información recibida del sistema de las Naciones Unidas**

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

Resumen

En respuesta a las recomendaciones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) proporcionó información general sobre la forma que tienen los pueblos indígenas de entender las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, y un análisis de algunos factores fundamentales que inciden en la vulnerabilidad de esos pueblos a la infección y en los efectos del VIH y el SIDA en sus comunidades en el contexto de su desarrollo social, cultural y económico. Se presentaron ejemplos de iniciativas de prevención del VIH en las comunidades indígenas. El ONUSIDA presentó algunas cuestiones pertinentes para la prevención del VIH, el tratamiento del SIDA y la atención a las personas infectadas en las poblaciones indígenas, para que fueran debatidas en el Foro, al que también se hicieron recomendaciones al respecto.

* E/C.19/2006/1.

** Este documento se presentó con retraso para asegurar que incluyera la información más reciente.



Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción.....	1-5	3
II. Información disponible sobre el alcance de la infección por el VIH en las poblaciones indígenas.....	6-10	4
III. Ejemplos de estrategias, políticas e iniciativas orientadas a combatir el VIH en las poblaciones indígenas.....	11-20	5
IV. Factores fundamentales que inciden en los efectos de la epidemia del VIH en las poblaciones indígenas.....	21-47	8
V. Medidas de liderazgo y promoción que el Foro Permanente podría considerar adoptar para mitigar los efectos del VIH en las comunidades indígenas.....	48-66	14
VI. Conclusión.....	67-68	17
Anexo		
Resumen de los datos disponibles mediante la vigilancia o la notificación de casos.....		19

I. Introducción

1. Este informe fue preparado por Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), a pedido del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas, a fin de asistirlo en su debate de las cuestiones relacionadas con el objetivo 6 de desarrollo del Milenio —la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades— que tendrá lugar en su quinto período de sesiones.

2. Cuando se hace referencia en este informe a los pueblos indígenas, se parte del entendimiento común que ha evolucionado en la comunidad internacional de lo que es distintivo en la experiencia de esos pueblos. Una premisa central es que los pueblos indígenas descienden de los habitantes originales de una región determinada y que tienen vínculos afectivos especiales con esa tierra y un sistema de creencias que deriva de esos vínculos. Su apego a la tierra es anterior al establecimiento de los Estados y los territorios modernos y, en muchos casos, ha sido trastornado por la creación de esas jurisdicciones y por el desarrollo económico más reciente. Dado que el desarrollo económico de la sociedad en general muchas veces no tiene en cuenta la relación entre los pueblos indígenas y su tierra, la amenaza que se cierne sobre este aspecto fundamental de la cultura indígena es una característica de la vida moderna de muchos de estos pueblos¹.

3. Los pueblos indígenas tratan de mantener su relación histórica con la tierra y la identidad cultural propia que surge de esa relación, frente a otras culturas que son ahora dominantes debido a la colonización u ocupación. En muchos países, los pueblos indígenas son grupos minoritarios y no tienen una voz propia en las instituciones políticas dominantes. Por esta razón, suelen sufrir marginación en los países donde viven y tener una participación limitada en el proceso político. Concretamente, se los excluye de las instituciones que moldean los valores sociales, económicos y políticos.

4. La función que desempeñan estos factores en la vida cotidiana de los pueblos indígenas varía mucho de una comunidad o país a otro. Hay grandes diferencias en el grado en que las distintas comunidades indígenas han podido mantener sus formas de vida tradicionales, incluidas sus prácticas y creencias. Algunos pueblos indígenas todavía viven en comunidades que se abastecen a sí mismas y que a menudo están aisladas desde el punto de vista geográfico de los principales núcleos urbanos. Otras se esfuerzan por conciliar sus lazos y valores comunales tradicionales con la realidad social y económica del país en que viven. Aunque su herencia indígena quizás siga siendo una parte central de la identidad de cada uno de estos pueblos, los efectos que tiene en sus experiencias de vida pueden ser radicalmente diferentes.

5. Por este motivo, todo debate en que se considere que los pueblos indígenas forman parte de un único grupo incurre en una generalización excesiva que no refleja la enorme diversidad de culturas y experiencias indígenas en el mundo. Esto debe tenerse en cuenta al leerse el presente informe. Por supuesto, no todas las cuestiones que se examinan en él son aplicables a todos los pueblos indígenas ni afectan a todos del mismo modo. Sin embargo, hay temas que son comunes a la experiencia de muchos de estos pueblos en distintas partes del mundo y que inciden en la forma en que la epidemia del VIH afecta sus vidas y sus comunidades. En este

¹ Véase el Convenio de la OIT No. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes y E/CH.4/Sub.2/1986/7 y Add.1 a 4.

informe se examinan esos temas para arrojar luz sobre lo que puede hacerse para reducir la propagación y los efectos del VIH en las comunidades indígenas.

II. Información disponible sobre el alcance de la infección por el VIH en las poblaciones indígenas

6. Son muy pocos los países que cuentan con datos nacionales confiables, obtenidos mediante sistemas de vigilancia, que indiquen los verdaderos niveles de infección por el VIH en las poblaciones indígenas. Los datos disponibles se resumen en el anexo. Sólo algunos programas de vigilancia registran datos sobre la etnia de las personas que se sometieron a análisis y, aun cuando se determinan los niveles de infección de determinados grupos étnicos, la información existente sobre las pautas específicas de riesgo de contagio del VIH y la forma en que el virus afecta esas comunidades es limitada. Como ocurre con todos los datos sobre la incidencia y prevalencia del VIH, se debe proceder con cautela al formular conclusiones sobre los niveles de riesgo de infección por el virus basadas solamente en los resultados de estudios realizados en segmentos determinados de la población.

7. Esto es particularmente cierto cuando se intentan determinar los niveles de infección en los grupos marginados, como ocurre con muchas poblaciones indígenas. Por ejemplo, cuando las personas viven en zonas remotas o no tienen las mismas posibilidades de acceder a los sistemas de salud, pueden quedar excluidas de muchos programas para la detección del VIH. Además, cuando se estigmatiza y discrimina a las personas por ser indígenas, éstas son proclives a no revelar su etnia. También es posible que los tabúes culturales y sociales hagan que las personas indígenas no se sientan inclinadas a revelar ciertos comportamientos que las ponen en riesgo de contraer el VIH, si estas conductas no son aceptables en sus comunidades.

8. Por otra parte, los investigadores pueden tener buenas razones para no querer estudiar grupos marginados, como las poblaciones indígenas, para reunir datos específicos sobre el VIH. En el caso de los grupos ya desfavorecidos que sufren estigmatización, la publicación de datos que sugieren que esos grupos presentan altos niveles de infección por el VIH puede aumentar su estigmatización, aun cuando las tasas de infección también sean altas para otros segmentos de la población. Esta preocupación ha llevado a algunas personas encargadas de la elaboración de políticas a evitar las intervenciones centradas específicamente en el VIH de las poblaciones indígenas y, en vez de ello, a incorporar esas iniciativas a otros programas, como los programas generales de salud sexual. Las posibles consecuencias negativas que puede tener la reunión de datos obligan a subrayar la necesidad de que toda investigación sobre el VIH en las comunidades indígenas se lleve a cabo con cautela para evitar causar daños indeseados a esas poblaciones.

9. Así como la reunión de datos sobre el VIH en las comunidades indígenas puede tener como consecuencia la estigmatización y la discriminación, la falta de datos puede hacer que estas poblaciones caigan en el olvido o no sean tenidas en cuenta. La falta de datos confiables sobre la infección por el VIH en poblaciones indígenas a veces ha hecho más difícil que los programas de políticas nacionales e internacionales consideren una cuestión prioritaria los efectos de la epidemia del VIH en esas poblaciones. Existe el riesgo de que los recursos se destinen en cambio a programas de lucha contra el VIH orientados a poblaciones sobre las que existen datos más completos que indiquen unos altos niveles de infección. Las autoridades deben

lograr un equilibrio entre las políticas que buscan proteger a las comunidades indígenas para que no se las perciba erróneamente como una amenaza de propagación del virus al resto de la comunidad y la necesidad de contar con datos confiables sobre los efectos del VIH en las comunidades indígenas, que puedan utilizarse en los procesos de planificación y de asignación de recursos.

10. Sin embargo, es necesario destacar en este contexto que el número de casos de VIH diagnosticados es sólo una forma —y no siempre la mejor— de medir el riesgo que tiene una comunidad en particular de contraer el virus. La experiencia que se ha tenido con la epidemia en el mundo ha dejado en claro que existen factores fundamentales que hacen que algunas personas y comunidades sean extremadamente vulnerables al VIH. Muchos —incluso la mayoría— de estos factores de riesgo están presentes en una gran cantidad de poblaciones indígenas. Algunos de ellos son la pobreza, la marginación, la falta de poder social o político, la fragmentación de las relaciones familiares y comunitarias, el aislamiento geográfico, los bajos niveles de alfabetización, la mala salud de la población en general, el acceso limitado a los servicios de salud, el consumo de drogas, incluso por vía intravenosa, y los bajos niveles de autoestima de estas personas y de sus comunidades. Cualquiera de estos factores es suficiente para que las personas o sus comunidades se vuelvan más proclives a contraer el VIH. La presencia de muchos de estos factores en un mismo grupo de población es señal inequívoca de que hay motivos de preocupación por los efectos de la epidemia del VIH en las poblaciones indígenas y una clara indicación de lo difícil que resulta reducir su propagación en esas comunidades.

III. Ejemplos de estrategias, políticas e iniciativas orientadas a combatir el VIH en las poblaciones indígenas

11. Así como son pocos los datos coherentes que se han reunido sobre el VIH en las poblaciones indígenas, también es relativamente pequeño el número de políticas y programas específicos que se han aplicado para hacer frente a la propagación y los efectos del VIH en las comunidades indígenas. Algunos países han adoptado estrategias nacionales para sus poblaciones indígenas que incluyen el VIH, pero ello ha sucedido generalmente sólo en los países de mayores recursos, como el Canadá y Australia. Muchos países no han tomado medidas específicas orientadas a sus poblaciones indígenas para intentar resolver las cuestiones relacionadas con el VIH, mientras que un número reducido ha emprendido iniciativas en una escala pequeña. En algunos lugares, las organizaciones comunitarias y otras organizaciones no gubernamentales han tomado la iniciativa en la prevención y el tratamiento del VIH en las comunidades indígenas y han contado con distintos grados de apoyo por parte del Gobierno.

12. No ha sido posible, dado el limitado alcance que tiene este informe, presentar una reseña completa de todas las iniciativas sobre el VIH en poblaciones indígenas que se han realizado hasta la fecha, y sería útil estudiarlas en mayor profundidad para tener en cuenta las enseñanzas que han dejado. Los siguientes son ejemplos de algunas de las estrategias y políticas fundamentales que se han aplicado hasta ahora.

Estrategia aborígen sobre el VIH/SIDA en el Canadá para las Primeras Naciones, los inuit y los métis, marzo de 2003

13. Esta estrategia fue desarrollada por la Canadian Aboriginal AIDS Network, con fondos del Gobierno del Canadá, como parte de la estrategia nacional de ese país de lucha contra el VIH. La iniciativa abarca nueve esferas estratégicas, como el desarrollo comunitario, la creación de capacidad y la formación; la sostenibilidad, las asociaciones y la colaboración; cuestiones jurídicas, éticas y de derechos humanos; la atención de grupos aborígenes con necesidades específicas; y el tratamiento, cuidado y apoyo holísticos.

Estrategia nacional para la salud sexual de los indígenas australianos, 1996-1999, y estrategia nacional para la salud sexual y la lucha contra los virus de transmisión sanguínea para los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres, 2005-2008

14. Estas dos estrategias procuran hacer frente al VIH en el contexto general de la salud sexual de las poblaciones indígenas y complementan la estrategia nacional de Australia de lucha contra el VIH. Se tomó la decisión deliberada de incluir las iniciativas indígenas de lucha contra el VIH en el marco de programas de salud sexual y reproductiva para evitar que se estigmatizara más a los indígenas australianos y en reconocimiento de la necesidad de realizar mejoras importantes en su salud sexual y reproductiva.

La iniciativa para los indios de los Estados Unidos y los nativos de Alaska, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América

15. La iniciativa para los indios de los Estados Unidos y los nativos de Alaska se propone integrar los servicios de salud mental y de ayuda al toxicómano a los servicios de atención primaria de la salud, concretamente de tratamiento del VIH, dirigidos a las comunidades de indios de los Estados Unidos y nativos de Alaska. Esta iniciativa de cinco años de duración, que comenzó en octubre de 2002 y terminará en septiembre de 2007, incluye seis proyectos de demostración y un centro de asistencia técnica. Dado que los organismos para los indios de los Estados Unidos y los nativos de Alaska aplican una política federal que promueve la libre determinación de esos pueblos, el centro de asistencia técnica respeta las prioridades de los proyectos orientados a esas comunidades a fin de encontrar soluciones apropiadas desde el punto de vista cultural a los problemas de las aldeas, las tribus y las comunidades; el centro promueve asimismo que las soluciones se originen en el nivel local.

Plan de Desarrollo para los Pueblos Indígenas – Guyana 2004

16. Como parte de su proyecto de control y prevención del VIH/SIDA, el Gobierno de Guyana puso en marcha el plan de desarrollo para los pueblos indígenas. El plan determina una serie de factores que aumentan la vulnerabilidad de las comunidades indígenas en Guyana al VIH/SIDA, entre ellos, la pobreza, los trastornos sociales causados por la actividad minera, la migración de los jóvenes, el consumo de drogas, las relaciones sexuales precoces y algunas prácticas y creencias culturales. Algunas de las medidas que se proponen son la distribución de material

sobre el VIH traducido a lenguas indígenas, la creación de centros de análisis médicos y asesoramiento voluntarios cerca de las comunidades indígenas, una mayor educación para las niñas y proyectos de desarrollo comunitario para los jóvenes indígenas.

Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas – Organización Panamericana de la Salud, Lineamientos estratégicos y Plan de Acción, 2003-2007

17. Este plan de acción cubre la salud de la población indígena en general aunque incluye cuestiones relativas al VIH, en particular, el acceso a cuidados y medicamentos esenciales. El plan tiene en cuenta las desigualdades en cuanto al estado de salud y al acceso a los cuidados médicos que afectan a las poblaciones indígenas del continente americano y a otros grupos de población, y esboza una serie de medidas para mejorar el estado de salud de los indígenas, incluido el fortalecimiento de redes de colaboración entre los distintos sectores; la incorporación de perspectivas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud; la promoción de estrategias para hacer frente a la exclusión social de las poblaciones indígenas; y al fomento de la participación de estas poblaciones en la gestión de los servicios de salud.

Proyecto sobre el VIH/SIDA para los jóvenes aborígenes – Organismo de Salud Pública del Canadá, 2005-2007

18. Este proyecto, que se ha puesto en práctica en asociación con la Native Men's Residence de Toronto, procura informar más sobre el VIH a los jóvenes aborígenes que no tienen hogar e instarlos a adoptar prácticas sexuales más seguras.

La gestión del VIH/SIDA en las organizaciones indígenas de atención primaria de la salud, Australia

19. Un grupo de indígenas australianos infectados y afectados por el VIH elaboró una guía para que fuera utilizada en centros de servicios médicos aborígenes de zonas urbanas y remotas y en otros servicios de atención primaria de la salud.

Proyecto sobre salud sexual y VIH/SIDA, de la Federación Australiana de Organizaciones de Lucha contra el SIDA para transexuales y homosexuales aborígenes y del Estrecho de Torres

20. Este proyecto, que se aplica desde hace mucho tiempo y cuenta con el apoyo del Gobierno, fue creado en 1996 y respalda la labor que realiza la organización no gubernamental nacional de Australia para luchar contra el VIH en las comunidades indígenas. Dado que la epidemia se propaga en primer lugar por las relaciones sexuales entre hombres, el proyecto está dirigido a transexuales y varones homosexuales indígenas. Además de actividades de promoción en el ámbito de la salud, el proyecto ofrece capacitación sobre cuestiones culturales para sensibilizar a las personas no indígenas que trabajan para combatir el VIH y proporciona información sobre el virus a los profesionales sanitarios indígenas.

IV. Factores fundamentales que inciden en los efectos de la epidemia del VIH en las poblaciones indígenas

A. Relación con la tierra

21. Dado que una de las características principales de los pueblos indígenas es su vínculo afectivo con la tierra de sus ancestros, la alteración de este vínculo por razones políticas y económicas en muchos países del mundo tiene un gran efecto en las vidas de estos pueblos. Muchos de ellos ya no pueden vivir en la tierra de la que deriva su identidad cultural y, en consecuencia, han sido obligados a abandonar sus medios de vida tradicionales. Esto, a su vez, afecta en muchos sentidos la forma en que se vive la epidemia del VIH en esas comunidades.

22. Las consecuencias devastadoras que la colonización ha tenido para la salud general de la mayoría de los pueblos indígenas ha sido bien documentada. Las enfermedades contagiosas, como la viruela, diezmaron muchas poblaciones indígenas en las primeras etapas del proceso de colonización, a lo que siguieron aumentos drásticos en las enfermedades crónicas causados por la perturbación de los estilos de vida tradicionales de esas poblaciones. Más específicamente, enfermedades como la diabetes y las cardiopatías crónicas predominan hoy en muchas comunidades indígenas como consecuencia de la mala alimentación y la adopción de estilos de vida poco saludables al no poder ya mantener el estilo de vida que hubieran preferido.

23. La transición forzada a un estilo de vida más compatible con las exigencias de las economías modernas ha significado en general un quiebre, total o parcial, del vínculo con las tierras ancestrales. Aunque algunas comunidades indígenas ahora viven en reservas o enclaves que han sido creados en un intento por preservar las tradicionales, el grado en que pueden mantener sus estilos de vida tradicionales es muy seriamente limitado. Es posible que la pobreza, el desempleo, el encarcelamiento, el alcoholismo y el consumo de drogas, incluso por vía intravenosa, sean más comunes en algunos entornos, como se ha estudiado y documentado detalladamente en muchos estudios. Además, el aislamiento geográfico de estas comunidades hace que tengan un acceso limitado a los servicios educativos médicos y de salud pública. Cada uno de estos factores aumenta el riesgo de infección por el VIH.

24. En los casos en que la ruptura de los lazos tradicionales de los indígenas con la tierra ha tenido como consecuencia la migración de esas poblaciones a zonas urbanas, es evidente que han surgido problemas sociales similares. Las comunidades indígenas de las ciudades suelen verse afectadas por unos mayores niveles de pobreza y otros factores que inciden negativamente en su salud. La marginación hace que estén más expuestas a los riesgos de transmisión del VIH y que sea más difícil ofrecerles servicios de prevención y tratamiento del virus.

25. Las consecuencias de la pérdida de las tierras ancestrales para el bienestar cultural y espiritual de los pueblos indígenas han sido tan graves como los efectos de esa pérdida sobre sus estilos de vida. Una comunidad que carece de cohesión social y cuyos valores peligran no puede estar en condiciones de hacer frente a los efectos de la infección por el VIH. Además de perder sus tierras, territorios y recursos naturales, que son elementos fundamentales para su subsistencia como pueblos, muchas comunidades indígenas están sufriendo una merma de su capacidad cultural y social para hacer frente a los desafíos del VIH y tomar medidas para afrontar los factores que aumentan las probabilidades de transmisión del virus.

B. Pobreza

26. Aunque por supuesto existen excepciones, muchas comunidades indígenas se encuentran en una situación desfavorecida desde el punto de vista económico si se las compara con otros segmentos de la población. A menudo ello es consecuencia directa de la perturbación de sus medios de subsistencia, ligados a la tierra, que ha caracterizado a muchas culturas indígenas. La consiguiente pérdida de autonomía ha obligado a muchos indígenas a dejar sus comunidades para buscar trabajo. Debido a su bajo nivel de educación formal, a muchos indígenas les resulta más difícil que a otras personas obtener un empleo seguro, y a menudo son contratados para realizar los trabajos peor remunerados, en los que el acceso a planes de salud cofinanciados por su empleador es limitado. Muchos de los que abandonan sus hogares tradicionales en el campo y emigran a zonas urbanas terminan viviendo en la pobreza en barrios de tugurios. Aunque ya no se encuentren aislados desde el punto de vista geográfico, no tienen un medio de vida sostenible y se les sigue negando el acceso a muchos servicios básicos, como la atención de la salud.

27. Se sabe que existe una correlación entre la pobreza y el riesgo de infección por el VIH, y ello ocurre en distintos niveles. Las personas que viven en la pobreza tienen menos probabilidades de acceder a la educación, la atención sanitaria y otros servicios sociales. Existen muchos factores vinculados a la pobreza y la privación de la identidad que hacen a los pueblos indígenas más vulnerables a la explotación sexual o a convertirse en víctimas del tráfico de mujeres y niños. A veces a las personas pobres les resulta difícil adquirir preservativos o usarlos siempre. Además, la desesperanza frecuentemente asociada a la pobreza priva a las personas de los recursos psicológicos y emocionales que necesitan para protegerse a sí mismas y a otros para no contraer el VIH.

28. Dado que muchos indígenas se encuentran en una situación desventajosa desde el punto de vista económico, es importante que se reconozca el vínculo existente entre la pobreza y una mayor vulnerabilidad al VIH, y que la comprensión de este vínculo se refleje en la elaboración de políticas y programas de lucha contra el VIH para las comunidades indígenas, dado que las cuestiones que están en juego trascienden el ámbito de la salud y abarcan cuestiones fundamentales sobre la condición de indígena y la relación entre los pueblos indígenas y las comunidades más amplias en las que viven.

C. Aislamiento geográfico

29. Como ocurre con cualquier comunidad que vive en una zona remota, las comunidades indígenas que están aisladas desde el punto de vista geográfico de los grandes núcleos urbanos tienen desventajas específicas que aumentan su vulnerabilidad a contraer el VIH. El acceso limitado a la educación redonda en unos niveles más bajos de alfabetización y una mayor vulnerabilidad al VIH. Las campañas de salud pública, incluidas las de prevención del VIH, no siempre llegan a las comunidades que están aisladas, y aun cuando llegan, a veces resultan menos apropiadas o más difíciles de aplicar que en otras comunidades. Es posible que sea difícil y oneroso adquirir preservativos. En algunas comunidades indígenas que viven en lugares remotos, problemas sociales como el alcoholismo, el consumo de drogas y la violencia doméstica pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH.

30. El acceso a los servicios de salud también es un problema específico para todas las comunidades que se encuentran aisladas desde el punto de vista geográfico. A veces es necesario viajar varias horas para acceder a los centros de salud, si es que se puede acceder a ellos, y aun así la variedad de servicios ofrecidos puede ser limitada. Por otra parte, las posibilidades de recibir servicios médicos gratuitos o económicos son más reducidas que en los centros urbanos. El diagnóstico especializado del VIH, el asesoramiento y el tratamiento de los infectados por el virus son servicios que no están disponibles en la mayoría de las zonas remotas, y en las comunidades pequeñas existe mucha preocupación sobre si se respetará la confidencialidad de la información. Por esta razón, es posible que las personas que viven en comunidades remotas sean menos proclives a reconocer que están en riesgo de contraer el VIH y, ante la falta de tratamientos fácilmente accesibles, se sientan poco incentivadas para averiguar su estado serológico.

D. Diferencias en la situación demográfica y efectos desproporcionados del VIH en los jóvenes

31. Las poblaciones indígenas a menudo tienen características demográficas diferentes a las de la población general de los países donde viven. Muchos países desarrollados están haciendo frente a cuestiones asociadas a la mayor longevidad y el envejecimiento de la población. La mayor morbilidad y mortalidad y la menor longevidad de las poblaciones indígenas, así como, por otra parte, las mejoras recientes en el ámbito de la salud y la educación registradas en muchas de estas comunidades, han tenido como consecuencia que la mayoría de las personas en muchas de estas poblaciones sean jóvenes. Los jóvenes indígenas tienen problemas especiales de falta de integración en la sociedad más amplia en la que viven, desvinculación de su cultura tradicional y desplazamiento de su tierra.

32. Es necesario que los programas de salud reproductiva y sexual y de lucha contra el VIH se orienten a estos jóvenes, apoyándolos y transmitiéndoles mensajes apropiados y aceptables. Esta tarea resulta compleja debido a los múltiples aspectos que configuran su identidad como jóvenes, indígenas y miembros de la sociedad más amplia. También es necesario hacer frente a algunas prácticas culturales que colocan a los jóvenes en una situación de mayor riesgo, teniendo en cuenta que es difícil reconocer y debatir abiertamente algunas de estas cuestiones.

E. Consecuencias de la marginación

33. Aunque no todos los pueblos indígenas pertenecen a una cultura minoritaria de su país, éste sí es el caso de la mayoría de ellos, y el saberse marginados de la cultura económica, política y social de la comunidad más amplia es algo que suele influir enormemente en su vida. Algunas comunidades indígenas deciden vivir solas o aislarse voluntariamente del resto de la sociedad, pero otras se ven excluidas por tener tradiciones y culturas diferentes. En cualquiera de los dos casos, la condición indígena va acompañada de una sensación de “ser distinto” y de un riesgo de estigmatización en la comunidad más amplia.

34. En el contexto de la epidemia del VIH, ahora se reconoce que los grupos marginados de cualquier sociedad son más vulnerables a contraer el virus. Esto puede atribuirse a una variedad de factores. Es más difícil transmitir a las personas que ya se encuentran marginadas información sobre cómo prevenir el VIH, y estas personas quizás tengan menos posibilidades de adoptar medidas, individual o colectivamente, para protegerse a sí mismas y a los demás. Si ya están estigmatizadas, tienen menos probabilidades de reconocer su riesgo de contraer el VIH y, por lo tanto, se exponen a una mayor discriminación. La sensación de exclusión y la imposibilidad de controlar la propia vida son obstáculos importantes para la prevención del VIH.

35. Incluso dentro de las comunidades indígenas, algunos grupos se encuentran más marginados que otros. Como ocurre en muchas comunidades, indígenas o no, la situación de las mujeres y los niños puede hacerles especialmente vulnerables a la explotación y, por extensión, a contraer el VIH. Por lo tanto, quizás deba tenerse en cuenta la marginación en más de un sentido cuando se examinan los riesgos de contraer el virus.

36. La marginación de los pueblos indígenas ha tenido como consecuencia un acceso más restringido a los sistemas de bienestar social y salud esenciales, el empleo, los servicios de análisis médicos y asesoramiento voluntarios sobre el VIH, los servicios de salud sexual, la atención prenatal, incluida la prevención de la transmisión del virus de madre a hijo, los servicios para el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción y los servicios de tratamiento del VIH y cuidado y apoyo de las personas infectadas. Estos servicios son fundamentales para que los programas de lucha contra el VIH tengan éxito, y aunque hay ejemplos específicos en algunas comunidades de intentos de adaptar estos servicios a las necesidades de las poblaciones indígenas, estos intentos no han sido lo suficientemente generalizados como para asegurar la cobertura necesaria y lograr los resultados deseados en cuanto a la salud y el VIH.

37. Por otro lado, la marginación no siempre tiene por qué tener un efecto negativo en la capacidad de la comunidad de responder eficazmente a la epidemia. Es posible que una comunidad indígena esté marginada de la comunidad más amplia y, a pesar de esto, a veces como parte del esfuerzo de reconstrucción de su identidad, intente mantener un modo de vida tradicional sostenible mientras hace frente a los nuevos desafíos, como el SIDA y el VIH. En este sentido, la conciencia de su identidad indígena puede empoderar a estas personas en vez de causar el efecto contrario, por lo que no debe suponerse automáticamente que la mayor integración de una cultura marginada al resto de la sociedad ha de aumentar necesariamente su capacidad de responder al VIH.

F. Diferencias en la forma de entender la salud y la medicina

38. La respuesta internacional que se ha dado hasta ahora a la epidemia del VIH ha sido impulsada en gran medida por médicos y profesionales de la salud pública cuya formación, experiencia y comprensión del problema se basan en la medicina occidental. Se ha hecho hincapié en medir los niveles de infección por el VIH y llegar a las poblaciones presuntamente “en riesgo” con programas de prevención y aumentar el acceso a las terapias antirretrovirales y otras formas de tratamiento.

39. Sin embargo, en muchas comunidades indígenas, la tradición médica occidental no tiene gran aceptación. Estas comunidades pueden tener una forma totalmente diferente de comprender la enfermedad y su propagación, basada en creencias espirituales o tradicionales muy arraigadas, y las explicaciones científicas sobre el contagio y la transmisión del VIH no siempre pueden conciliarse fácilmente con sus conceptos tradicionales acerca de la enfermedad. Aun cuando quizás las prácticas culturales tradicionales contribuyan directamente a la propagación del VIH, no es muy probable que se produzcan cambios sólo porque la ciencia occidental decreta que deban producirse.

40. Los curanderos tradicionales desempeñan un papel central en muchas comunidades indígenas e incluso en la forma que tienen éstas de concebir la salud y el bienestar. A menudo se entiende que el bienestar es mucho más que la ausencia de enfermedades y que incluso es inseparable de la dimensión espiritual y religiosa. La fe de la comunidad en el poder de curación de la medicina tradicional puede significar que los curanderos tradicionales reciben una confianza y un respeto muy superiores a los que se otorga a los médicos o a los profesionales de la salud.

41. Las distintas formas de concebir la salud y la curación que existen en una gran cantidad de comunidades indígenas significa que muchas estrategias actuales de lucha contra el VIH son inadecuadas para estas comunidades y que las iniciativas elaboradas a partir del modelo de la medicina occidental probablemente no tengan éxito. Quizás sea necesario reconocer otras fuentes de confianza y conocimientos en las comunidades indígenas, lo que significa admitir el papel que desempeñan los curanderos tradicionales y otros jefes espirituales. La creación de asociaciones adecuadas para desarrollar programas de prevención y tratamiento del VIH que se basen en la comprensión cultural de los curanderos tradicionales y jefes espirituales y del respeto que obtienen de sus comunidades puede ser una fuerza de cambio importante para reducir los efectos del VIH en las comunidades indígenas.

42. Es común que las comunidades indígenas adopten un enfoque de “salud integral/vida integral” al abordar las cuestiones relacionadas con la salud. En el resto de las sociedades, los programas de salud suelen ser verticales, es decir, se centran en un problema específico, como el VIH, las cardiopatías o la diabetes. El conocimiento y las tradiciones de los indígenas favorecen un tratamiento más holístico de las personas y las comunidades, y este enfoque a menudo contradice el modelo consistente en tratar cada enfermedad o problema de salud por separado. Muchas comunidades indígenas están haciendo frente a una gran variedad de problemas de salud y bienestar y están buscando formas de responder al VIH en el marco de las iniciativas y los programas existentes en vez de tratar el tema como una cuestión aislada.

G. Escasa participación en los procesos políticos y normativos

43. Sea por su historia, su tradición cultural, su peso demográfico u otras razones, son pocas las comunidades indígenas que tienen una representación importante en las instituciones políticas nacionales de sus países. Aunque en algunos países se ha intentado recientemente asegurar la participación de la población indígena en los procesos de formulación de políticas, al menos con respecto a las cuestiones que las afecten, la experiencia de los pueblos indígenas en general es que no poseen una voz política significativa en el país donde viven.

44. En cuanto a la formulación de estrategias eficaces para combatir el VIH, un obstáculo serio es el bajo nivel de participación política de los pueblos indígenas. Dado que la propagación del VIH en cualquier comunidad está vinculada a cuestiones complejas relativas a la cultura, la sexualidad y las relaciones sociales, y puesto que las culturas indígenas, por definición, son diferentes de las culturas dominantes o mayoritarias, la elaboración de estrategias para reducir los efectos del VIH en las poblaciones indígenas exige una participación real y activa de esas comunidades. Del mismo modo que las contribuciones y la participación de las personas que viven con el VIH han sido fundamentales para entender la epidemia y crear la capacidad para responder eficazmente, la participación de los pueblos indígenas en el proceso de elaboración de políticas será esencial para entender cómo y por qué los está afectando la epidemia del VIH y qué puede hacerse para cambiar la situación.

45. Sin embargo, la invisibilidad política de muchas comunidades indígenas representa un problema específico en este sentido. Mientras estas comunidades permanezcan al margen del proceso de elaboración de políticas, seguirá existiendo el riesgo de que sean excluidas de las políticas y los programas para combatir el VIH o de que las iniciativas no den resultado al no estar basadas en una comprensión de la cultura y las creencias indígenas. Sólo se podrán poner en práctica estrategias de lucha contra el VIH, orientadas a los pueblos indígenas, que sean apropiadas y tengan en consideración su cultura si se realiza el esfuerzo consciente de hacer participar a las comunidades en cuestión en el proceso de elaboración de políticas.

H. Aumento de la carga que ya representa el cuidado de enfermos en las comunidades indígenas

46. Dado que el nivel general de salud de las comunidades indígenas es bajo, muchas personas ya soportan una carga desproporcionadamente pesada al tener que ocuparse de miembros de sus familias y otras personas enfermas. Esa carga es particularmente elevada en las comunidades que se encuentran en zonas remotas con un acceso limitado a los servicios de salud generales o comunitarios y a servicios conexos, como la asistencia domiciliaria. En esas comunidades, la responsabilidad de cuidar de las personas enfermas recae sobre sus parientes y otros miembros de la comunidad, que quizás tengan que hacer grandes esfuerzos para conciliar estas exigencias con sus propios problemas de salud y su situación socioeconómica desfavorecida.

47. Las comunidades que carecen de suficientes recursos para hacer frente al mal estado general de salud de sus habitantes no están en condiciones de soportar la carga adicional que supone para ellas el VIH. Esta carga adicional pone en riesgo no sólo la calidad de los cuidados disponibles para las personas infectadas por el VIH, sino la capacidad de la comunidad de reconocer la necesidad de adoptar medidas eficaces de prevención del VIH y de poner en práctica esas medidas. Es más probable que la respuesta a la epidemia del VIH sea la impotencia y no la adopción de medidas para evitar la infección por el virus.

V. Medidas de liderazgo y promoción que el Foro Permanente podría considerar adoptar para mitigar los efectos del VIH en las comunidades indígenas

A. Participación en el movimiento mundial en favor del acceso universal a la prevención y el tratamiento del VIH

48. Las decisiones de la Cumbre Mundial 2005, la Cumbre del Grupo de los Ocho y la Asamblea Mundial de la Salud de pedir que se asegure el acceso universal a la prevención y el tratamiento del VIH y la atención de todas las personas infectadas representan una oportunidad para que el Foro colabore con las organizaciones de las Naciones Unidas y los organismos internacionales de asistencia a fin de asegurar que en las estrategias y los planes de acción de apoyo a estas iniciativas se tengan en cuenta las cuestiones indígenas, que influyen en todos los aspectos de la prevención del VIH y la atención de las personas infectadas. Los objetivos relacionados con el acceso universal no se alcanzarán si los organismos de ejecución no logran afrontar eficazmente los grandes problemas de desarrollo que afectan a muchas poblaciones indígenas.

49. El Foro recibe actualmente informes periódicos de varios organismos de las Naciones Unidas y podría exigir que, en el futuro, los informes incluyan datos sobre los progresos alcanzados en el logro de los objetivos relacionados con el acceso universal en las comunidades indígenas.

50. Esta exigencia no significa que el Foro deba adoptar una actitud pasiva. Los resultados serán más efectivos si el Foro logra hallar formas de colaborar con estos —y otros— organismos para contribuir a superar las importantes barreras al acceso que existen en numerosos países y comunidades.

B. Participación en la elaboración de modelos de intervención con respecto al VIH que tengan en cuenta los factores sociales y económicos que afectan a las poblaciones indígenas

51. Los modelos de prevención del VIH y de atención de las personas infectadas que han sido exitosos en comunidades no indígenas deberán modificarse sustancialmente para poder resultar pertinentes y eficaces en las comunidades indígenas. El Foro está en buena posición para colaborar con organismos de las Naciones Unidas, donantes y órganos regionales y nacionales de coordinación de la lucha contra el VIH a fin de asegurar que las políticas y los programas se adapten a las necesidades de cada pueblo indígena particular.

52. El establecimiento de un conjunto de recursos, entre los que destaquen las asociaciones eficaces y las intervenciones exitosas contra el VIH en las comunidades indígenas, ayudaría a los organismos externos a adaptar mejor sus programas.

53. Dado que muchos de los factores que hacen que las comunidades indígenas sean particularmente vulnerables al VIH tienen que ver, no con su estado de salud, sino con su situación de subordinación social, económica y política en las sociedades más amplias a las que pertenecen, toda la política de lucha contra el VIH en las

comunidades indígenas debe considerarse dentro de ese contexto. Por ejemplo, los esfuerzos por alentar las pruebas voluntarias de detección del VIH y la concienciación respecto de los riesgos de infección por el virus difícilmente podrán dar fruto si al mismo tiempo no se toman medidas para impedir que las poblaciones indígenas, ya estigmatizadas, sufran aún más discriminación. No pueden proporcionarse eficazmente atención y tratamiento específicos a las personas indígenas infectadas por el VIH cuando incluso la atención general de la salud les resulta inasequible o inaccesible. Algunos pueblos indígenas que están expuestos a un riesgo cada vez mayor de contraer el VIH al no tener otro medio de subsistencia que la prostitución o ser vulnerables a la trata de seres humanos, no pueden hacer nada para protegerse contra ese riesgo si no se les ayuda a lograr un mayor grado de independencia económica.

54. La adopción de medidas para afrontar los factores sociales y económicos más generales que determinan la vulnerabilidad al VIH es una tarea ingente. No hay remedio fácil ni rápido para corregir, si es que se puede, los profundos desequilibrios existentes. No obstante, al formular políticas de lucha contra el VIH en comunidades vulnerables tales como las indígenas, es importante reconocer la realidad social y económica en que viven estas personas. La reducción de la pobreza, la alfabetización y los servicios de asesoramiento jurídico pueden contribuir a reducir el riesgo de contraer el VIH tanto como los programas específicos de educación sobre salud pública. Es importante aplicar un enfoque integrado, que sitúe la política de lucha contra el VIH en este contexto más amplio, a fin de no caer en la trampa de considerar el VIH como una cuestión aislada.

C. Promoción de la disponibilidad de datos más completos y una mejor información, que permitan impulsar las políticas y la planificación relativas al VIH en las comunidades indígenas

55. La falta de datos precisos que sirvan para apoyar las políticas y la planificación relativas al VIH en las comunidades indígenas es un obstáculo importante para el logro de unos resultados efectivos. Algunas jurisdicciones se han resistido a incluir información sobre la etnia en los programas de vigilancia del VIH por temor a que ello haga aumentar la estigmatización y discriminación que sufren las poblaciones indígenas, pero lo cierto es que la falta de datos hace enormemente difíciles las tareas de planificación y de asignación de recursos.

56. El Foro podría pedir que un organismo competente de las Naciones Unidas elaborase un documento de orientación para ayudar a los planificadores de sistemas de vigilancia y los encargados de formular políticas a incluir, de forma segura, la recopilación y presentación de información sobre el origen étnico en sus sistemas de vigilancia de segunda generación.

57. Los datos obtenidos mediante sistemas de vigilancia constituyen sólo una pequeña parte de las necesidades generales. La disponibilidad de datos provenientes de investigaciones sociales sobre el contexto particular de los riesgos en distintas comunidades y la eficacia relativa de diversas intervenciones contra el VIH también es una parte crucial del proceso de planificación, que parece faltar en muchas comunidades. Una investigación más a fondo de la repercusión del VIH en las comunidades indígenas, si se enfocara bien, podría facilitar la aplicación de políticas apropiadas y eficaces. Datos epidemiológicos que muestran las tasas de infección y los modos de

transmisión del VIH pueden ayudar a impedir que las poblaciones indígenas queden marginadas de la planificación y la asignación de recursos en este ámbito y a dirigir los esfuerzos allá donde puedan tener la máxima repercusión. Las investigaciones de este tipo también pueden contribuir a una mejor comprensión de los comportamientos y entornos que exponen a las poblaciones indígenas a un mayor riesgo, para que puedan formularse las respuestas más adecuadas.

58. También es preciso tener muy en cuenta las posibles consecuencias perjudiciales de la investigación sobre el VIH en las poblaciones indígenas y adoptar en este sentido una actitud prudente. Los modelos de investigación participativos, basados en la colaboración con las comunidades indígenas, y en la estricta adhesión al principio del consentimiento libre, previo e informado, pueden contribuir a asegurar que las investigaciones en este ámbito no perjudiquen inadvertidamente a los pueblos indígenas ni resulten contrarias a sus intereses.

59. El Foro podría desempeñar un papel en la adaptación y divulgación de los documentos actuales sobre prácticas recomendadas en que se establezcan principios rectores de la investigación con las comunidades indígenas, sobre ellas y para ellas.

D. Asistencia para la elaboración de estrategias basadas en la comprensión de la cultura, las prácticas y las creencias indígenas

60. Todas las comunidades tienen sus propios valores y prácticas cuya comprensión es esencial para hallar formas eficaces de reducir el impacto de la epidemia del VIH. Los valores y prácticas de las comunidades indígenas a veces no son tan bien comprendidos como los de otras comunidades debido a que los pueblos indígenas suelen estar aislados del resto de la sociedad y tener tradiciones propias y singulares. Entre otras cosas, pueden tener creencias diferentes en lo que respecta a la salud y la enfermedad y diferentes valores en cuanto a las relaciones familiares, o diferentes fuentes de confianza dentro de sus comunidades, y pueden otorgar un significado especial al papel de los curanderos tradicionales o de otros líderes espirituales.

61. Dadas las diferencias que pueden existir entre las creencias y formas de vida indígenas y las de otras comunidades, es evidente que, si han de resultar eficaces, las políticas de lucha contra el VIH destinadas a los pueblos indígenas deben basarse en la comprensión de la cultura, las prácticas y las creencias de cada comunidad en cuestión. No obstante, el difícil proceso exige un conocimiento previo de los factores culturales que podrían influir en determinadas formas de comportamiento que exponen a los pueblos indígenas al riesgo de contraer el VIH. **Sólo entonces podrán elaborarse estrategias apropiadas a las características culturales de esas comunidades a fin de lograr un cambio.**

62. **El Foro está en buena posición para promover la creación de programas de capacitación y la aportación de recursos para ayudar a los encargados de formular políticas y de elaborar programas en relación con el VIH a tener más en cuenta esas cuestiones.**

E. Fomento de la participación de las comunidades indígenas y del principio del consentimiento informado en la elaboración de políticas

63. Ningún intento de difundir información sobre el VIH ni programa de prevención que tenga que ver con cuestiones de sexo, sexualidad o relaciones familiares dentro de una comunidad podrá resultar eficaz si los miembros de esa comunidad no deciden por ellos mismos que la información y prevención son necesarias. Esto lleva a insistir en que el principio del consentimiento libre e informado de los pueblos indígenas respecto de las intervenciones que los afecten no es meramente retórico. Por el contrario, es un principio fundamental para el éxito de las políticas y los programas de lucha contra el VIH que se pongan en marcha en favor de los pueblos indígenas.

64. **Para lograr este objetivo es esencial que las políticas aplicadas incorporen, como elemento central, la activa participación de las comunidades indígenas y un auténtico compromiso con ellas. Esto es importante, no sólo para poder elaborar políticas basadas en una comprensión del contexto cultural de cada comunidad, sino también para asegurar que los miembros de la comunidad en cuestión entiendan que las medidas políticas que los afectan en relación con el VIH son necesarias y apropiadas y se comprometan a apoyarlas.**

65. Los mecanismos para lograr un proceso genuinamente participativo pueden variar enormemente entre las distintas comunidades indígenas y tener que adaptarse a las diferentes características étnicas, culturales y lingüísticas de cada una. A veces es necesario reconocer y limar las tensiones entre los intereses individuales y los colectivos, así como dentro de las jerarquías comunitarias tradicionales. Los que formulan políticas desde fuera de estas comunidades pueden desempeñar un papel importante en este sentido y en la facilitación y el apoyo de la aplicación de políticas de lucha contra el VIH dentro de las comunidades indígenas. No obstante, la relación debe basarse en la asociación y colaboración e ir más allá de la mera consulta, independientemente de los desequilibrios de poder que puedan existir entre las poblaciones indígenas y las sociedades en las que viven.

66. **El Foro tiene una amplia experiencia de lucha en favor de la participación sustancial de las comunidades indígenas en todos los aspectos de la formulación de políticas y la planificación. Podría aplicar esta experiencia a la cuestión del VIH y proporcionar liderazgo mediante el establecimiento y la promoción de una serie de normas que los organismos, donantes y jurisdicciones puedan utilizar para mejorar su actuación en este ámbito.**

VI. Conclusión

67. Para concluir, cabe señalar, como elemento positivo, que la identificación con una cultura minoritaria no siempre tiene que ser una desventaja en este contexto. **La conciencia de la propia identidad cultural, cualquiera que ésta sea, puede ser una fuente de orgullo y servir de gran motivación para que las personas que se identifican con la cultura en cuestión tomen medidas para proteger el bienestar de su comunidad. En la respuesta al problema del VIH no faltan ejemplos de minorías culturales que han sido capaces de movilizar a sus comunidades para**

cambiar comportamientos que contribuyen a la propagación del virus, basándose en el convencimiento de que comparten el mismo objetivo y en el deseo común de que la comunidad viva y prospere.

68. Al elaborar políticas para las comunidades indígenas en respuesta al problema del VIH, no se debe pasar por alto el impulso positivo que puede derivarse de la identificación como miembro de una comunidad indígena. Incluso en comunidades que sufren los efectos de la desubicación y fragmentación culturales, el deseo de conservar la cultura y la identidad indígenas puede servir de motor del cambio, siempre que las respuestas de este tipo se fomenten y apoyen dentro del marco de políticas más general.

Anexo

Resumen de los datos disponibles mediante la vigilancia o la notificación de casos

1. La información disponible sobre el VIH y el SIDA en las comunidades indígenas es muy escasa. Sólo unos pocos países y estados dentro de los distintos países con comunidades indígenas considerables han estado recopilando datos mediante vigilancia pasiva y activa. Los datos disponibles se resumen a continuación. Muchas de las cifras mencionadas se refieren a poblaciones muy pequeñas, por lo que los porcentajes pueden variar enormemente con la inclusión de un solo caso adicional. Esto hace que sea muy difícil cualquier análisis de tendencias.

2. Cada informe utiliza terminología diferente para referirse a los pueblos indígenas. En cada caso se ha utilizado la terminología usada en el correspondiente informe. Estos términos se utilizan sin ánimo de ofender a los pueblos indígenas.

Australia

3. La tasa per cápita de infección por el VIH en la población indígena es similar a la de la población no indígena, y ambas disminuyeron en el período comprendido entre 1995 y 1999. La tasa de diagnóstico del VIH en la población no indígena, aumentó gradualmente, de 4 por cada 100.000 habitantes en 2000 a 4,7 por cada 100.000 en 2004. En la población indígena, la tasa de diagnóstico aumentó de 3,7 por cada 100.000 habitantes a 5,2 por cada 100.000 durante el mismo período. La tasa de diagnóstico del SIDA en la población indígena aumentó de 1,5 por cada 100.000 habitantes en 2000 a 3,6 por cada 100.000 en 2004. En la población no indígena, dicha tasa disminuyó a 0,8 por cada 100.000 habitantes en 2004.

4. Las principales diferencias entre las pautas de infección y riesgo de la población indígena y las de la población no indígena son las siguientes: a) en la población indígena, las tasas de infección por relaciones heterosexuales es más elevada que en la no indígena (el 36%, en comparación con el 19%); b) la población indígena tiene una proporción más alta que la no indígena de infecciones debidas al consumo de drogas por vía intravenosa (el 20% en comparación con el 3%); c) en la población indígena, las mujeres representaron un porcentaje más alto de personas infectadas que en la población no indígena (el 33%, en comparación con el 10%)^a.

Canadá

5. Del total de casos de SIDA diagnosticados antes de 1994, los canadienses blancos representaron el 86,4%, los canadienses negros el 8,3% y los canadienses aborígenes el 1,3%. Del total de casos diagnosticados hasta 2003, los blancos representaron el 53,8%, los negros el 20,7% y los aborígenes el 14,4%. La proporción de aborígenes entre los canadienses con diagnóstico de VIH ha permanecido relativamente estable desde 1998, en torno al 20%, mientras que la proporción de personas de raza negra entre la población con diagnóstico seropositivo aumentó del 5,3% en 1998 al 14,4% en 2004 (cifras correspondientes a las provincias o territorios que presentaron datos desglosados por etnia)^b.

6. Los pueblos aborígenes están sobrerrepresentados en la epidemia del VIH en el Canadá y constituyen un porcentaje cada vez mayor de los análisis positivos del VIH y los casos de SIDA declarados. El consumo de drogas por vía intravenosa sigue siendo un modo fundamental de transmisión en la comunidad aborígen. El VIH afecta de forma notable a las mujeres aborígenes; la tasa nacional de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas en el Canadá es aproximadamente de 30 a 40 por cada 100.000 mujeres, mientras que, según un estudio que se está realizando en la Columbia Británica, entre las mujeres embarazadas aborígenes esta tasa es de 310 por cada 100.000 mujeres. Los aborígenes se infectan por el VIH a una edad más temprana que los no aborígenes. La proporción de nuevos diagnósticos de VIH correspondiente a personas aborígenes es cada vez mayor.

7. Es importante señalar que sólo el 29,4% de los 12.600 diagnósticos positivos del VIH registrados en el Canadá entre 1998 y 2003 contenía información sobre el origen étnico^c.

Nueva Zelandia

8. Desde 1996 se ha diagnosticado el VIH a un total de 1.212 personas, de las cuales el 5,7% de los hombres y el 0,7% de las mujeres se habían identificado como maoríes^d.

Estados Unidos de América

9. No se presentan datos sobre el VIH. Varios estados con poblaciones indígenas considerables no habían promulgado leyes sobre la vigilancia obligatoria del VIH hasta hace poco.

10. Los datos relativos al SIDA indican que las personas indígenas que padecen el SIDA tienen tasas de supervivencia más bajas que otras personas. En 2004, la tasa aproximada de casos de SIDA diagnosticados entre los adultos y adolescentes indios de los Estados Unidos y nativos de Alaska fue de 10,4 por cada 100.000 personas, mientras que los afroamericanos tuvieron una tasa de 75,4, los hispanos de 26,8 y los blancos de 7,2 por cada 100.000 personas. El análisis de los factores de riesgo en relación con los diagnósticos del VIH entre los indios de los Estados Unidos y los nativos de Alaska durante el período de 2000 a 2003 indica que, en el caso de los hombres, el 61% de las infecciones se transmiten por relaciones sexuales entre hombres, el 11% por relaciones sexuales entre hombres y el consumo de drogas por vía intravenosa, el 15% exclusivamente por el consumo de drogas por vía intravenosa y el 12% por relaciones heterosexuales. En cuanto a las mujeres, el 69% de las infecciones se transmiten por relaciones heterosexuales y el 29% por el consumo de drogas por vía intravenosa^e.

11. Los datos son difíciles de interpretar debido a los frecuentes errores en la clasificación de los indios de los Estados Unidos y los nativos de Alaska, atribuibles a las ideas preconcebidas acerca del tono de piel, los nombres o los lugares de residencia de estas personas, o a la información falsa que algunas de ellas dan acerca de su origen étnico, en el momento de hacerse las pruebas, por temor a ser estigmatizadas o discriminadas.

12. El riesgo de contraer el VIH en las comunidades de los indios de los Estados Unidos y los nativos de Alaska se agrava debido a los mayores niveles de pobreza, desempleo, uso indebido de drogas, infecciones de transmisión sexual y violencia que registran estas poblaciones^f.

América Central y América del Sur

13. Las comunidades indígenas y las comunidades de algunas otras etnias tienden a padecer tasas más altas de infección por el VIH que la población general. En Honduras, en 1999, la prevalencia del VIH era seis veces superior en las comunidades garifunas de la costa atlántica que entre la población general. También en Honduras, la comunidad indígena miskita se ha visto muy afectada por la epidemia del VIH. En Panamá, un estudio realizado en la comunidad kuna a finales de los años noventa indicó que la prevalencia del VIH en esa comunidad era superior al promedio nacional. En el Canadá ocurre algo parecido con las poblaciones indígenas. En Suriname, según un estudio realizado en 1997, el 17% de todos los casos de VIH/SIDA ocurridos en el país afectaron al grupo étnico cimarrón, pese a que dicho grupo representa únicamente el 10% de la población del país^g.

Notas

- ^a *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2005*, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, Universidad de Nueva Gales del Sur, 2005.
- ^b *HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to 30 June 2004*, Organismo de Salud Pública del Canadá, noviembre de 2004.
- ^c *HIV/AIDS Epi Notes: Understanding the HIV/AIDS Epidemic among Aboriginal Peoples in Canada: the Community at a Glance*, Organismo de Salud Pública del Canadá, 2004.
- ^d *AIDS in New Zealand*, número 55, febrero de 2005, Universidad de Otago.
- ^e CDC HIV/AIDS Fact Sheet: HIV/AIDS among American Indians and Alaska Natives, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, julio de 2005.
- ^f Hoja informativa del Centro de Estudios para la Prevención del SIDA: ¿Cuáles son las necesidades de los indígenas norteamericanos y nativos de Alaska (IN/NA) para la prevención del VIH?, Universidad de California en San Francisco, enero de 2002.
- ^g Véase el Plan Regional sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual para el Sector Salud 2006-2015, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2005.