



**Consejo Económico
y Social**

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2005/22
14 de febrero de 2005

ESPAÑOL
Original: ESPAÑOL/INGLÉS

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
61º período de sesiones
Tema 6 a) del programa provisional

**EL RACISMO, LA DISCRIMINACIÓN RACIAL, LA XENOFOBIA
Y TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN: APLICACIÓN
GENERAL Y SEGUIMIENTO DE LA DECLARACIÓN
Y EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE DURBAN**

**Informe del Taller Regional para la región de América Latina y el Caribe
sobre el tema "Cómo lograr que los objetivos de desarrollo del Milenio
contribuyan a superar la discriminación por motivos de raza, color,
linaje u origen nacional o étnico"* ****

Nota de la Alta Comisionada para los Derechos Humanos

La Alta Comisionada para los Derechos Humanos tiene el honor de transmitir a la Comisión de Derechos Humanos el informe del Taller Regional para la región de América Latina y el Caribe sobre el tema "Cómo lograr que los objetivos de desarrollo del Milenio contribuyan a superar la discriminación por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico", celebrado en Brasilia del 1º al 3 de diciembre de 2004.

* Se ha demorado la presentación del informe debido a que el Seminario se celebró en diciembre de 2004.

** Los anexos se distribuyen únicamente en el idioma en que se presentaron.

Resumen

El presente documento contiene el informe del Taller Regional para la región de América Latina y el Caribe sobre el tema "Cómo lograr que los objetivos de desarrollo del Milenio contribuyan a superar la discriminación por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico", organizado conjuntamente por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y la Organización Panamericana de la Salud. El taller, celebrado en Brasilia del 1º al 3 de diciembre de 2004, fue acogido por el Gobierno del Brasil, que ha dado prioridad a la igualdad racial en sus planes para el sector social y ha creado recientemente la Secretaría Especial de Políticas de Promoción de la Igualdad Racial (SEPPIR). El taller constituyó un foro en el que los Estados y las organizaciones no gubernamentales (ONG) de la región de América Latina y el Caribe pudieron intercambiar información y analizar sus experiencias en la elaboración y aplicación de políticas sanitarias en relación con los grupos vulnerables a la discriminación en el contexto de los objetivos de desarrollo del Milenio y de la Declaración y el Programa de Acción de Durban.

Participaron en el taller 15 expertos como ponentes que presentaron documentos sobre los respectivos temas del programa. También tomaron parte en el taller representantes de los Estados de la región, de los organismos especializados de las Naciones Unidas, de instituciones nacionales de derechos humanos y de ONG.

ÍNDICE

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN.....	1 - 6	5
A. Apertura del taller	3 - 6	5
I. PRESENTACIONES DE LOS PONENTES Y DEBATE	7 - 46	7
A. Grupo 1: "Los derechos humanos y los objetivos de desarrollo del Milenio: hacia un marco internacional para definir un programa destinado a reducir las desigualdades en materia de salud"	7 - 15	7
B. Grupo 2: El acceso a la salud y los efectos de la discriminación por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico	16 - 20	9
C. Grupo 3: Beneficios que son de prever si se alcanzan los objetivos de desarrollo del Milenio dentro de un marco étnico: ¿es necesario idear nuevas políticas?	21 - 27	10
D. Grupo 4: Consideración de las buenas prácticas para determinar y corregir las desigualdades en el acceso a la salud	28 - 34	12
E. Grupo 5: El racismo y el VIH/SIDA	35 - 37	13
F. Grupo 6: Movilización del sector de la salud para plasmar en la práctica la importancia que se concede a las víctimas del racismo en los objetivos de desarrollo del Milenio	38	14
G. Grupo 7: Movilización de las organizaciones de la sociedad civil que se ocupan del racismo y de los grupos vulnerables para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio.....	39 - 42	15
H. Grupo 8: La perspectiva de las instituciones financieras internacionales del sistema de las Naciones Unidas en lo que respecta a la determinación y corrección de las desigualdades en el acceso a la salud.....	43 - 46	16
II. CONCLUSIONES.....	47 - 48	17
III. RECOMENDACIONES	49	17

ÍNDICE (*continuación*)

	<i>Página</i>
<i>Anexos</i>	
I. Agenda	22
II. List of participants	23
III. List of documents	25

INTRODUCCIÓN

1. Como parte del seguimiento de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) organizaron un taller regional para la región de América Latina y el Caribe sobre el tema "Cómo lograr que los objetivos de desarrollo del Milenio contribuyan a superar la discriminación por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico". Celebrado en Brasilia del 1º al 3 de diciembre de 2004, el taller fue acogido por el Gobierno del Brasil, que se ha fijado como prioridad la igualdad racial. El taller constituyó un foro en el que representantes de los Estados de la región, de los organismos especializados de las Naciones Unidas, de instituciones nacionales de derechos humanos y de ONG de la región de América Latina y el Caribe intercambiaron información, analizaron sus experiencias y determinaron las mejores prácticas para la elaboración y aplicación de políticas sanitarias en relación con los grupos vulnerables a la discriminación. Entre los ponentes y participantes en el taller figuraban altos funcionarios y otras autoridades gubernamentales, representantes de instituciones nacionales de derechos humanos y ONG reconocidas como entidades consultivas por el Consejo Económico y Social, así como personas acreditadas para participar en la Conferencia Mundial de Durban. También estaban representados los organismos de las Naciones Unidas, el PNUD y el UNICEF. Presidió el taller el Sr. Juan Martabit, Representante Permanente de Chile ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra.

2. Los debates se celebraron en el contexto de los objetivos de desarrollo del Milenio, el derecho a la salud y el principio de no discriminación establecidos en una amplia serie de instrumentos internacionales y regionales e incluidos en el programa de lucha contra la discriminación de la Declaración y el Programa de Acción de Durban. Los participantes y ponentes centraron en especial su atención en los medios prácticos de poner en práctica los objetivos fijados en esos documentos como parte de la labor mundial encaminada a erradicar la pobreza, eliminar la discriminación y promover la dignidad y la igualdad humanas. En el anexo I se adjunta el programa, que consta de siete temas.

A. Apertura del taller

3. En sus palabras de apertura, el Dr. Miguel Malo, Coordinador de Promoción de la Salud, OPS, Brasil, habló del acceso a los medicamentos y a otros suministros de salud pública fundamentales como una prioridad mundial adoptada en los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Tras subrayar la importancia de examinar la dimensión étnica de los objetivos de desarrollo del Milenio, habló de las persistentes disparidades sociales de América Latina y el Caribe y de la necesidad de poner en práctica políticas encaminadas a lograr la equidad en la atención sanitaria dispensada a los grupos étnicos y las víctimas de discriminación racial, incluido el acceso a los medicamentos esenciales y a otros productos básicos de salud pública. La participación de todas las partes interesadas en la elaboración de las estrategias pertinentes y la transparencia en el proceso de adopción de decisiones son indispensables para reforzar los servicios y las funciones fundamentales del sistema de salud pública.

4. El Sr. Pierre Sob, Representante de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, declaró que la discriminación seguía constituyendo una amenaza real y directa contra la dignidad humana y traía consigo efectos negativos enormes y duraderos para las oportunidades de desarrollo en todas las esferas: social y económica, política y cultural. La Alta Comisionada ha hecho de la lucha contra el racismo, la discriminación racial y la xenofobia su prioridad, que ha pasado a ser un tema intersectorial en las actividades del ACNUDH. Este programa está basado en el supuesto de que la erradicación de los males de la discriminación sólo puede lograrse combinando los esfuerzos en el plano internacional y estimulándolos a nivel nacional.

5. El Dr. Paulo Carvalho, que representaba al Ministro de Salud del Brasil, habló de la atención sanitaria exenta de discriminación como requisito indispensable para el disfrute de los derechos humanos. El Brasil concede una importancia primordial a la lucha contra el racismo en el marco de la Declaración y el Programa de Acción de Durban y está realizando diversas actividades con miras a la eliminación efectiva de la discriminación ejercida en particular por motivos de raza, origen étnico, género y orientación sexual. Si bien reconoció los numerosos obstáculos que seguían entorpeciendo el logro de la equidad en diversos aspectos de la vida social y económica, el Dr. Carvalho expresó su satisfacción por algunos de los logros ya perceptibles resultantes de esa constante labor.

6. La Sra. Matilda Ribeiro, Ministra, Jefa de la Secretaría Especial de Políticas de Promoción de la Igualdad Racial (SEPPIR) del Brasil, afirmó que su Gobierno estaba trabajando con miras al logro de la equidad y la eliminación de la exclusión racial, problema cuyos efectos se habían ido acumulando a lo largo de los años. Con ese fin, el Gobierno había emprendido varias medidas, en particular la adopción de medidas de acción afirmativa y la imposición de cuotas con objeto de facilitar el acceso de las personas de ascendencia africana y de los indígenas a la universidad, el empleo, la atención sanitaria y otras esferas. La Sra. Ribeiro mencionó el mandato y los objetivos de su departamento, que había sido creado en marzo de 2003 por el Presidente a petición de las organizaciones de personas de ascendencia africana. La salud es una tarea importante en el programa de actividades de la SEPPIR, y el taller contribuirá a facilitar su comprensión en el fomento de políticas sociales y sanitarias. La Sra. Ribeiro afirmó que las preocupaciones relativas a las personas de ascendencia africana y a los indígenas se tenían cada vez más en cuenta en América Latina y el Caribe. Doce países de la región habían creado ministerios análogos para hacer frente a la discriminación en general, con prioridad a los problemas raciales y étnicos. Esos pasos representan un avance considerable para la región. La institucionalización de las recomendaciones dimanantes del taller serán útiles para obtener unas políticas de acción afirmativa que contribuyan a apoyar eficazmente las actividades de lucha contra la discriminación en la región. Esas medidas podrán ayudar asimismo a consolidar la acción emprendida en el plano regional.

I. PRESENTACIONES DE LOS PONENTES Y DEBATE

A. Grupo 1: "Los derechos humanos y los objetivos de desarrollo del Milenio: hacia un marco internacional para definir un programa destinado a reducir las desigualdades en materia de salud"

(Presidenta: Sra. María Inés Barbosa)

7. El Sr. Juan Martabit presentó una síntesis de la labor realizada por el Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre la aplicación efectiva de la Declaración y el Programa de Acción de Durban, del que era Presidente-Relator. En su tercer período de sesiones (Ginebra, 11 a 22 de octubre de 2004), el Grupo de Trabajo Intergubernamental examinó el tema del racismo y de la salud y recomendó que los Estados introdujeran una perspectiva de lucha contra la discriminación en las políticas y programas de salud, en particular en los elaborados en el marco de las estrategias de reducción de la pobreza. A ese respecto, los programas deberían idearse con miras a asegurar que los servicios de salud sean accesibles, asequibles y cultural y lingüísticamente adecuados para todos los sectores de la sociedad, incluidos los grupos vulnerables y las víctimas de múltiples formas de discriminación. Es preciso abordar las disparidades existentes en las condiciones de salud en el mundo, incluida la región de América Latina y el Caribe, habida cuenta sobre todo del hecho de que determinados grupos étnicos y raciales sufren desproporcionadamente de diversas enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis, la lepra y el paludismo. En la serie de recomendaciones adoptada por el Grupo de Trabajo Intergubernamental figuran estrategias cuya aplicación podría servir para abordar la cuestión relativa a la discriminación y la salud. Es de señalar asimismo que, en su segundo período de sesiones (Ginebra, 26 de enero a 6 de febrero de 2004), el Grupo de Trabajo se ocupó del fenómeno de la pobreza como expresión y a la vez consecuencia del racismo. Refiriéndose a los compromisos pertinentes asumidos en Durban y todavía por cumplir, el Grupo de Trabajo hizo un llamamiento a los Estados para que adoptaran e impulsaran políticas y medidas encaminadas a reducir las desigualdades de ingresos y riqueza, con el objetivo último de erradicar totalmente la pobreza.

8. En representación de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el Sr. Pierre Sob recordó a los participantes la importancia concedida al fortalecimiento de los vínculos de asociación en los planos nacional e internacional para facilitar la plena integración de medidas de lucha contra la discriminación, actividades, políticas y programas en los sistemas de atención de salud. Habló a continuación de los aspectos conceptuales legales del derecho a la salud en el contexto de los derechos humanos. Señaló a la atención de los presentes la normativa de derechos humanos como marco jurídico vinculante que se sustenta en unos valores morales que imponen a los Estados la obligación ineludible de promover un trato igual y no discriminatorio. En virtud de la legislación internacional de derechos humanos, el derecho a la salud y el derecho a no ser discriminado figuran en las disposiciones de diversos instrumentos y convenciones regionales e internacionales y van acompañados de un mecanismo de supervisión destinado a velar por que los Estados no se sustraigan a sus obligaciones.

9. El Sr. Pierre Sob se refirió al reconocimiento del derecho a la salud como derecho que ocupa un lugar prominente en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en 1946. Dos años después, la Declaración Universal de Derechos Humanos sentó las bases del marco jurídico internacional del derecho a la salud. El tratado en el que más minuciosamente se

habla del derecho a la salud es la Convención sobre los Derechos del Niño, que ha sido ratificada por la inmensa mayoría de los Estados. En el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también se reconoce el derecho a la salud, al igual que en más de 100 constituciones nacionales.

10. El Sr. Sob también sostuvo que el derecho a la salud comprendía tanto la atención da salud como el disfrute de condiciones saludables, incluidas las condiciones ambientales y de vida que constituyen los determinantes sociales de la salud. Mencionó al Relator Especial sobre el derecho a la salud de la Comisión de Derechos Humanos, Sr. Paul Hunt, según el cual los determinantes sociales del derecho a la salud comprenden el agua potable, un saneamiento adecuado y el acceso a la información relacionada con la salud, incluida la relativa a la salud sexual y reproductiva. El derecho a la salud comprende también derechos tales como el derecho a una protección de la salud que sea culturalmente aceptable y de buena calidad. De manera general, el derecho a la salud tiene numerosos elementos, incluido el acceso a los medicamentos esenciales. Supone la disponibilidad de instalaciones, bienes y servicios de salud. Aunque su disfrute es susceptible de realización progresiva, el derecho a la salud impone algunas obligaciones de efecto inmediato, incluida la garantía de no discriminación.

11. El Sr. Sob concluyó diciendo que el derecho a no ser discriminado está protegido por numerosos instrumentos y convenciones de derechos humanos de ámbito regional e internacional. El sistema internacional de derechos humanos ofrece un caudal de experiencia en materia de no discriminación y de igualdad que puede ayudar a determinar las políticas encaminadas a atender las necesidades de todos los individuos y grupos, incluidas las minorías étnicas más desfavorecidas.

12. En el debate que siguió, un participante señaló la necesidad de crear capacidad dentro de las comunidades para que las personas de ascendencia africana tengan acceso a la salud. Otro orador dijo que los propios sistemas y programas de salud tienen una dimensión discriminatoria que propicia actitudes discriminatorias, y que es importante examinar los defectos de los programas de salud de la región por cuanto ellos mismos favorecen el racismo.

13. Un participante dijo que la relación entre la mortalidad materna y la falta de acceso a los servicios de salud eran una realidad en numerosas comunidades, pues el acceso de muchas mujeres embarazadas a la atención de salud se limitaba a la asistencia de las parteras tradicionales como única alternativa existente. Mencionó la incapacidad del Estado para remediar la situación garantizando el acceso a los servicios de salud y los medicamentos básicos.

14. Otra participante aludió a algunos de los progresos realizados en su país en lo que respecta a la lucha contra la discriminación desde la aprobación de la Declaración y el Programa de Acción de Durban. Sin embargo, estimó que la persistencia de "enfermedades desatendidas" es una prueba de la necesidad de que en los objetivos de desarrollo del Milenio se tengan en cuenta las enfermedades que causan estragos principalmente entre las personas pobres que viven en los países más pobres del mundo.

15. Un participante dijo que las prácticas terapéuticas y los conocimientos ancestrales relativos a las diversas afecciones del cuerpo y del espíritu, que guardan estrecha relación con la naturaleza, no se han abierto paso en los servicios clínicos de salud. Como parte del patrimonio

cultural y de los conocimientos de los pueblos indígenas, los servicios tradicionales de salud se ven discriminados y no son reconocidos en los planes de salud de numerosos países de la región.

B. Grupo 2: El acceso a la salud y los efectos de la discriminación por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico

16. La Dra. Fátima Oliveira, Profesora en la Universidad Federal de Minas Gerais del Brasil, manifestó que los objetivos de desarrollo del Milenio no tienen un enfoque sobre el problema del racismo. Abordan una sola vez el racismo sin dar la connotación que tiene el mismo, no cumplen con las expectativas de los movimientos sociales, no constituyen la agenda de los movimientos feministas ni del movimiento negro. Dijo que no son los únicos patrones para resolver los problemas de la población y que hay que tener en cuenta otras reuniones cumbre que abordan la temática racial. Enfatizó la importancia del componente étnico y racial sugiriendo a la OPS que promueva actividades equitativas de salud.

17. Sirviéndose de diversos gráficos, el Sr. Federico Hernández Pimentel, representante de la OPS en Guatemala, mostró las disparidades existentes en Guatemala en lo que respecta al acceso de los indígenas a los servicios de atención sanitaria en comparación con el resto de la población. Al examinar los indicadores de salud relativos a Guatemala se veía claramente la relación existente entre la pobreza y las poblaciones indígenas (41% de la población). El orador mostró además que, según datos desagregados, el número desproporcionado de muertes infantiles y de otras muertes guardaba relación con diversas enfermedades tratables que afectaban dos veces más a las poblaciones indígenas y las personas de ascendencia africana que al resto de la población.

18. Afirmó asimismo que los indígenas y las personas de ascendencia africana de Guatemala se veían afectadas de manera desproporcionada por la pobreza, la marginación, el analfabetismo, el desempleo y la falta de acceso a los servicios de salud. En gran parte, las barreras raciales que entorpecen ese acceso se basan en la inexistencia de servicios en determinadas comunidades. La falta de instalaciones sanitarias en número proporcional a la población es un problema que afecta duramente a las comunidades indígenas y a los grupos de ascendencia africana. La penuria de que sufren esas comunidades no es sólo de hospitales sino también de dispensarios, clínicas dentales y consultorios psiquiátricos.

19. El Sr. Gustavo Makanaky, de Colombia, señaló que las disparidades en la asistencia sanitaria por motivos raciales no se producían como consecuencia de un comportamiento abierta e intencionalmente discriminatorio. Las manifestaciones de discriminación racial en la asistencia sanitaria se debían probablemente a una parcialidad inconsciente o a la repercusión desmedida de ciertas políticas y prácticas. Un factor fundamental de discriminación en numerosos países de América Latina es la falta de reconocimiento de la existencia de un sector de población de ascendencia africana. Se trata, según el Sr. Makanaky, de un problema de visibilidad y percepción. Los responsables de la elaboración de políticas y toma de decisiones de la región consideran que la marginación de las personas de ascendencia africana es un fenómeno normal. Este fenómeno alcanza proporciones tales que incluso algunas de las mismas personas de ascendencia africana de América Latina que son objeto de discriminación se niegan a admitir que son discriminadas. Tienden a considerar que el problema es de índole meramente económica y no un problema de discriminación. El orador estimó que el déficit de salud que afecta desproporcionadamente a los grupos vulnerables se debe en gran parte al racismo

institucional, que entorpece considerablemente el acceso a una atención sanitaria de calidad. El racismo institucional tiene su origen en políticas, prácticas, leyes y reglamentos cuyos efectos negativos afectan de manera distinta a unos grupos y a otros. El orador dio a entender que la ejecución de programas generales a largo plazo que incluyan medidas de acción afirmativa y sistemas de cuotas destinados a lograr la equidad y suprimir las barreras sociales y económicas sería útil para atenuar los efectos de la discriminación y asegurar la igualdad de acceso a la atención sanitaria y otros servicios y oportunidades.

20. Durante el debate se indicó que existe discriminación entre la población que ha sido desplazada por la situación de conflicto y que los sistemas de salud de Colombia no cuentan con una población intercultural. Existe una diferencia lingüística entre los médicos y la población indígena, lo que limita su interacción. Se dijo también que los sistemas de información no incorporan todavía la medicina tradicional a los sistemas de salud. A ese propósito se mencionaron dos aspectos: fortalecer los sistemas de información de salud en la cobertura, la calidad y los contenidos y recurrir a mediciones de la comunidad como complemento de los sistemas rutinarios, mas allá de las investigaciones aisladas con objetivos privados, con la medición sistemática para fines de monitoreo y cobertura.

C. Grupo 3: Beneficios que son de prever si se alcanzan los objetivos de desarrollo del Milenio dentro de un marco étnico: ¿es necesario idear nuevas políticas?

21. Los expertos presentaron estudios de casos con el objetivo de sensibilizar a los participantes sobre la necesidad de nuevas políticas de salud para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio en la región en un contexto de equidad étnica.

22. La Dra. Cristina Torres, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) deseó aportar elementos para los encargados de tomar decisiones en el sector de la salud sobre la necesidad de optar por nuevas políticas de salud para alcanzar los objetivos del Milenio. En ese sentido, presentó los resultados de un análisis de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) realizado en 2002 a partir de modelos de simulación en 18 países y seleccionó algunas recomendaciones de ese estudio: focalizarse en las nuevas categorías de la pobreza urbana, como son los hogares monoparentales con jefatura femenina, los jóvenes que buscan trabajo por primera vez y los hogares unipersonales de personas de tercera edad; incorporar un enfoque étnico/racial para el rediseño de programas y políticas, dado que estos grupos son históricamente postergados y presentan los peores indicadores socioeconómicos; iniciar procesos en los que se aborden en paralelo diferentes áreas: desagregación de información que permita el monitoreo, la capacitación de recursos, la promoción de la participación social en el diseño de políticas, la articulación intersectorial, y el fortalecimiento de la atención primaria en salud.

23. El Dr. Oscar J. Mujica, de la OPS/OMS, Washington D.C., presentó dos estudios de casos. El estudio sobre la situación del Brasil titulado "Alcanzar el cuarto objetivo de desarrollo del Milenio con equidad", elaborado con el uso de datos oficialmente disponibles por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS) del Ministerio de Salud del Brasil, fue utilizado porque tiene el objetivo de explorar el impacto potencial de distintas estrategias de reducción del riesgo de muerte infantil sobre la equidad en salud. La existencia de dos estratos socioeconómicos marcadamente diferenciados en la población brasileña, definidos

por "corte natural", se tuvo en cuenta para el análisis. Es el escenario basado en una estrategia de "derrame", donde se concentran las intervenciones en el estrato más favorable bajo el supuesto de que los beneficios así conseguidos eventualmente revertirán positivamente a toda la población.

24. En el estudio de casos de Panamá, con un enfoque basado en la diversidad étnica y su reflejo en la exclusión social, se presentó la evidencia generada con un análisis exploratorio de la desigualdad socioeconómica en la salud, elaborada con el Ministerio de Salud en 2003. Según estadísticas, los indígenas componen el 10% de la población panameña actual y configuran su extremo más crítico de exclusión social. El beneficio de modestos cambios en la política de redistribución de los ingresos sería significativo si mejoraran las condiciones de extrema relevancia para la salud pública nacional, dada su repercusión directa en el riesgo de muerte infantil, la carga de morbilidad, la dinámica familiar, la productividad comarcal y el propio desarrollo humano nacional. Se subrayó que ocho de cada diez panameños y panameñas acceden a los beneficios concentrados en los cuarteles de medio y alto desarrollo humano, lo que sugiere la factibilidad de lograr ganancias significativas en términos de equidad en la salud con la aplicación de estrategias de redistribución con un enfoque de género y una perspectiva étnica.

25. La Dra. Marianela Corriols, OPS, Nicaragua, recordó que la ausencia de discriminación por motivos de raza y grupo étnico, género, idioma y religión, es una norma totalizadora y fundamental pertinente a todos los aspectos de la vida pública y subrayó que sólo se pueden alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio en un contexto de equidad étnica. Subrayó la necesidad de adoptar políticas integrales en materia de desarrollo, economía, medioambiente, salud, educación y género, y de establecer nuevas políticas, nuevas formas de plantearse el alcance de las metas y de pasar de la generación de evidencias a la sensibilidad y a la acción.

26. Nicaragua por ser el segundo país más pobre de América Latina, ha venido implementando estrategias de reducción de la pobreza y desde fecha reciente participa en la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados, con un enfoque de etnicidad en las políticas de desarrollo, sociales y sanitarias en las dos etapas de la estrategia de reducción de la pobreza. En los temas de salud, relacionados con inversión en capital humano, la Relatora dijo que sólo se encuentra referencia a un proyecto piloto de telemedicina en la costa atlántica y de rehabilitación en ciertas unidades de la red primaria y secundaria de salud. En el ámbito de los determinantes, se hace referencia a intervenciones en materia de seguridad alimentaria, agua y saneamiento básico, y proyectos de desarrollo. Más recientemente, el Gobierno formuló el Plan Nacional de Desarrollo 2004-2015. Se plantea el principio de la equidad en la política social a fin de mejorar el nivel de distribución de los ingresos y la riqueza y alcanzar altos niveles de equidad de género y entre grupos étnicos.

27. La segunda Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP), formulada en el contexto de ese Plan Nacional de Desarrollo, plantea acciones en la educación, la capacitación, el sector laboral, la salud y la nutrición, la protección social, la provisión de servicios, el agua potable y el saneamiento básico. Se aprecia una mejoría sustancial en comparación con la primera estrategia. Dentro de las políticas de salud, existe desde mayo de 2004 una política específica para la costa atlántica (política sectorial). En la matriz operativa de la estrategia se adoptan los objetivos de desarrollo del Milenio en la mortalidad infantil y materna, la desnutrición, el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis.

Se definen programas de extensión de cobertura, paquete básico, construcción y rehabilitación de hospitales, e insumos médicos y no médicos.

D. Grupo 4: Consideración de las buenas prácticas para determinar y corregir las desigualdades en el acceso a la salud

28. El Dr. Óscar Bermúdez, de Costa Rica, presentó el caso de la migración del pueblo Ngobe-Buglé de Panamá a Costa Rica para la recolección de café realizando una descripción de los aspectos por los que dichos inmigrantes son considerados un grupo vulnerable: la pobreza, su condición de indígenas, "invisibles" al sistema de vigilancia sanitaria, un estado de salud deficitario con alta prevalencia de enfermedades infecciosas, más las relacionadas con la salud ocupacional, el constante desplazamiento, las condiciones laborales insalubres, el no reconocimiento y no respeto de su cultura. Agregó la existencia de minifundios en las áreas de recolección de café, lo que dificulta la homogenización de las acciones para mejorar el estado de salud de los indígenas que migran durante las zafras.

29. Propuso la elaboración de una propuesta, señalando los siguientes aspectos: un enfoque binacional (cooperación técnica entre países), un seguro y un modelo de atención específicos, la reorganización del sistema de vigilancia sanitaria, la capacitación intercultural del personal de salud, la sensibilización de los "receptores", la regularización de los empleos y propiciar una imagen "en espejo" en ambos lados de la frontera. Por último, señaló algunos de los avances logrados: la cooperación técnica entre Costa Rica y Panamá, la vigilancia sanitaria binacional, la capacitación, el diseño de un modelo específico de salud, el diseño de audiovisuales, y la salud ocupacional.

30. La Dra. Gina Carrioni, antropóloga de Colombia, señaló que el Ministerio de Protección Social de Colombia fue creado el 3 de febrero del 2003, asumiendo las funciones del anterior Ministerio de Salud, e hizo referencia al Programa de salud 2002-2006 del Ministerio de Protección Social, señalando que entre sus metas figura el aumento de la cobertura de salud de los cuatro grupos étnicos que se pueden distinguir en la población de Colombia (indígenas, afrocolombianos, raizales del archipiélago y gitanos). Indicó algunas de las diversas acciones que viene ejecutando la Dirección de Protección Social, destacando la elaboración de un plan o ruta para mejorar la atención de los grupos étnicos desplazados, indicando que se iniciará próximamente un plan piloto en la ciudad de Bogotá. Por último, hizo referencia a un convenio con la OPS que incluye un diagnóstico de la situación sanitaria y la definición de líneas de acción para la extensión de la protección social de acuerdo con diferentes modelos de atención según las necesidades de cada grupo étnico.

31. El Dr. Valcler Rancel, Subsecretario de Planificación del Ministerio de Salud del Brasil, equiparó la dimensión del problema de la salud de la población negra al tamaño de la población total del Brasil. Recordó los principios del Sistema Único de Salud (SUS) del Brasil: universalidad, integralidad, equidad, participación social y descentralización. Resaltó la complejidad del contexto: una superficie de 8,5 millones de km², una estructura económica y social heterogénea, la coexistencia de enfermedades predominantes en los países en desarrollo con la demanda de alta tecnología, y la existencia del SUS. Luego se refirió a los "quilombos", señalando la existencia de unos 743 en todo el Brasil. Mostró mapas con la cobertura por equipos de salud familiar, que funcionan desde hace unos diez años.

32. El Dr. Alexandre Padilha, Director del Departamento de Salud de los Indígenas del Ministerio de Salud, recordó que la población total de los pueblos indígenas del Brasil era de 411.132 personas, distribuidas en 367 municipios, casi todos en la Amazonia. Sobre la base de los principios del SUS, se ha podido organizar la atención de salud de los pueblos indígenas de manera diferente de la establecida en el SUS. Así, existen 34 distritos sanitarios especiales para los indígenas en todo el Brasil, que no se superponen a los límites de los municipios ni de los Estados. Señaló algunos indicadores de salud de los pueblos indígenas: la cobertura de vacunación (actualmente, entre 50 y 60%), la inexistencia de datos sobre el estado nutricional, la alta prevalencia de la tuberculosis y la malaria, la tasa de mortalidad infantil (TMI) (que, a pesar de mantenerse alta, se redujo en alrededor de un 50% en los últimos seis años, pasando de alrededor del 97 al 43%; descenso mayor que en la TMI total del Brasil). Identificó varios desafíos: el reempoderamiento por parte de los pueblos indígenas en sus propios territorios (convivencia de un sistema de atención medicalizado con su sistema tradicional, accesibilidad, referencia y contrarreferencia, etc.); la capacitación de los recursos humanos en salud en los valores culturales de los pueblos indígenas; la gestión presupuestaria, fortaleciendo la gestión de los distritos junto con el SUS; la mejora de los indicadores de salud; el reforzamiento de la medicina tradicional.

33. Durante la discusión se mencionaron los problemas fronterizos; la posibilidad de mantener los nombres de las enfermedades según la denominación de los pueblos indígenas; la influencia de la existencia de transnacionales bananeras en la frontera entre Costa Rica y Panamá en la problemática de las migraciones zafrales en dicha zona; los medios para capacitar los recursos humanos en salud en los temas relativos a las etnias; la necesidad de crear ministerios de etnias; la necesidad de conciliar el tema del género con el de los pueblos indígenas; la posible relación entre el tema de la salud y las reivindicaciones políticas de las poblaciones indígenas; la inclusión de la etnia como variable en la distribución de la pobreza; el logro de una mayor visibilidad por parte de las personas de ascendencia africana; el gran influjo que tienen los afrocolombianos en el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio; y la necesidad de hacer un monitoreo de la asignación y el uso de los recursos en las comunidades de ascendencia africana.

34. Algunos participantes subrayaron también el hecho de que en algunos países de la región sólo son las ONG las que trabajan en el tema relativo a las etnias. Se afirmó la necesidad de capacitar en el tema de las etnias a diversos grupos: equipos de salud, sector académico, y gremios. Se instó también a respetar a las comunidades étnicas al patentar medicinas tradicionales. Se sugirió el establecimiento de un sistema único de salud en los países que garantice la atención y la equidad a los pueblos indígenas y los de ascendencia africana.

E. Grupo 5: El racismo y el VIH/SIDA

35. El Sr. Edgar Carrasco, Coordinador General de Acción Ciudadana contra el SIDA, basó su presentación en el estudio sobre el racismo y el VIH/SIDA realizado por el Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONG con Servicio en VIH/SIDA (LACCASO) y destacó: la invisibilidad de la problemática de VIH/SIDA en poblaciones afrodescendientes e indígenas; la ausencia de inclusión de la problemática del racismo, de la xenofobia y de otros tipos de discriminación en los planes mundiales, regionales y nacionales contra el VIH/SIDA; la ausencia de políticas afirmativas indigenistas orientadas a la prevención, el control y la asistencia para el VIH/SIDA; y la marcada tendencia a la exclusión social atribuible al racismo. El estudio

reconoció que las organizaciones de la sociedad civil mantienen vivas las aspiraciones de las personas que viven con el VIH/SIDA. Las recomendaciones principales del estudio que el Relator subrayó fueron: integrar la problemática en las estrategias de prevención, control y asistencia por conducto de las redes regionales comunitarias y por medio de proyectos de cooperación técnica horizontal; y buscar soluciones al problema de la invisibilidad de la problemática del racismo y del VIH/SIDA fortaleciendo la participación de la comunidad y estimulando la creación de alianzas entre las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con poblaciones de ascendencia africana y los pueblos indígenas con las que trabajan con las personas que viven con el VIH/SIDA.

36. El Dr. Manuel Chávez, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, destacó, por un lado, la magnitud de los esfuerzos de concertación surgidos con posterioridad al paso del huracán Mitch en 1998, que llevaron al desarrollo de la estrategia de lucha contra la pobreza para 1999-2021, en la que va incorporado el sexto objetivo de desarrollo del Milenio sobre el VIH/SIDA, y, por otro, la necesidad de un proceso social profundo que tome en cuenta la dimensión de catástrofe institucional y popular que el problema del VIH/SIDA tiene actualmente en el país. Una representante de la población garífuna y miembro del Enlace de Mujeres Negras fue invitada a presentar el trabajo sobre la prevención del VIH/SIDA en la población garífuna, destacando que esta lucha se desarrolla desde hace diez años y denunciando las grandes desigualdades existentes en la gestión del Programa Nacional en la distribución de recursos para la prevención, el control y la asistencia relativos al VIH/SIDA en la población garífuna.

37. La representante del Programa Nacional del SIDA del Brasil informó de la muy reciente inclusión del tema del racismo en la agenda del Programa Nacional como fruto de la movilización de diversas instituciones de la sociedad civil. En la medida en que se reconoce la existencia de poblaciones no atendidas, se justifica la necesidad de contemplar la diversidad sexual y étnica como de importancia significativa en el campo de la protección y defensa de los derechos humanos. La tendencia a la pauperización y feminización de la epidemia del VIH/SIDA en el Brasil demuestra que la población negra está en desventaja social respecto a las acciones de lucha contra la epidemia. En ese sentido, se destacó el objetivo de reducir el impacto de la vulnerabilidad social, individual y programática de las personas expuestas a la infección por el VIH. Se abordó el tema del racismo y del VIH/SIDA como una cuestión de derechos humanos que comprende los elementos siguientes: la inclusión social; el combate contra el estigma y la discriminación; el respeto a las diferencias y la diversidad; la participación de la sociedad civil en todos los niveles de decisión; y el acceso universal y gratuito a la terapia antirretroviral. Se reconoce como principal desafío de la política relativa a los derechos humanos y al VIH/SIDA la transversalización del principio del derecho a la salud como derecho ordenador de los demás derechos.

F. Grupo 6: Movilización del sector de la salud para plasmar en la práctica la importancia que se concede a las víctimas del racismo en los objetivos de desarrollo del Milenio

38. Sobre la transversalización de la igualdad racial en las políticas públicas, la Dra. María Inés Barbosa (SEPPIR), en su exposición relativa al análisis del desarrollo de los temas étnicos y raciales de la última década, historió los principales avances logrados en casi una década por el movimiento afrobrasileño, que culminó en Brasilia con encuentros sobre diferentes temas. El análisis fue entregado al entonces Presidente Cardoso. Hubo en ese marco una mesa

redonda sobre la salud en la que se recogieron algunas demandas, entre las cuales figuraba la incorporación de la raza y el color en las estadísticas de salud. En 2004 se concretó la creación de la SEPPIR y se desarrolló a partir de ese momento una acción de transversalización con todos los sectores del Estado. En este marco se avanza de forma significativa con la Secretaría de Salud hacia la definición de un plan para mejorar las condiciones de salud de la población afrobrasileña. Se pueden señalar varios logros en 2004: la desagregación de la información ya aprobada en 1996 comienza a hacerse efectiva, lo que conlleva un proceso de codificación y análisis y culminará en un informe del Ministerio de Salud con datos desagregados. Otra área de trabajo importante de la SEPPIR es el trabajo emprendido con los quilombos, para reconocer la ciudadanía a esta población históricamente postergada. Hoy los avances se traducen en un programa de acción en pro de la salud de los afrobrasileños, que adopta un nuevo paradigma con miras a un trabajo de transversalización que permita derribar las barreras impuestas por la discriminación. Los objetivos de desarrollo del Milenio permiten otro espacio de incidencia en el que se abordan los problemas de salud reales de las comunidades étnicas.

G. Grupo 7: Movilización de las organizaciones de la sociedad civil que se ocupan del racismo y de los grupos vulnerables para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio

39. La Dra. Ximena Avellaneda, del grupo de estudios sobre la mujer "Rosario Castellanos" de México, abordó el papel de la sociedad civil para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio. Explicó el surgimiento y desarrollo de las ONG y los movimientos de la sociedad civil para promover el desarrollo en un contexto de agravamiento de los problemas sociales y en estrecho contacto con los sectores populares más afectados por las inequidades en lo que respecta al acceso a los servicios de salud, la calidad de los servicios, el perfil de los recursos humanos, la sensibilidad cultural y la participación efectiva en los procesos de gestión de la salud. Destacó que los objetivos de desarrollo del Milenio se están considerando dentro de las acciones de las ONG mediante el desarrollo de estrategias innovadoras y de gestión de fondos. Mencionó como ejemplo de buena práctica desarrollada por su organización la creación de un fondo de becas para mujeres jóvenes indígenas. Finalmente destacó los problemas de la mortalidad materna y la violencia, solicitó que se desarrollaran espacios de concertación intersectoriales y de intercambio de experiencias y que se aprovecharan los esfuerzos de las ONG, y señaló la necesidad de canalizar mayores recursos.

40. La Dra. Luz Marina Vega, médica, coordinadora de medicina tradicional del Consejo Cantonal de Cotacachi (Ecuador), presentó la experiencia del municipio de Cotacachi, indicando el contexto geográfico y socioeconómico, destacando la existencia del primer alcalde indígena en 124 años de existencia del cantón cuyo gobierno se sustenta en principios milenarios que actualmente se expresan en mecanismos de concertación y acción participativa. Reconoció la importancia de los marcos jurídicos y la oportunidad de aprovechar las normas jurídicas que ya existen. Destacó que la sociedad civil puede y debe incidir en las decisiones de los gobiernos locales. Explicó el modelo de cogestión que se desarrolla en el municipio. Las políticas abordan los temas de la calidad de vida, el desarrollo comunitario y la participación ciudadana. La supervivencia cultural depende no sólo de la revitalización de las culturas sino también de la incorporación del enfoque intercultural en las políticas públicas. En relación con la información, recomendó incluir los indicadores positivos de salud y ampliar los determinantes de la salud.

41. El Sr. Fernando Murillo, de la asociación Afroamérica XXI, de Colombia, reconoció la existencia de espacios para discutir los problemas que afectan a las comunidades de ascendencia africana. Consideró como un logro que se reconozcan no como grupos vulnerables sino como grupos étnicos, y que en el escenario posterior a Durban se comience a abordar el tema en los países con poblaciones de ascendencia africana. Reconoció la importancia de que la OPS haya incorporado esto en su agenda de trabajo. Planteó como desafíos lograr que las temáticas abordadas se materialicen y expresen en unas mejores condiciones de vida, la continuidad del trabajo en redes y la intensificación de las acciones que se han planteado.

42. En sus comentarios, los participantes señalaron que era necesario capacitar en los temas relativos a la participación ciudadana y desarrollar planes de incidencia pública. Un participante preguntó acerca de los modelos que funcionan con alianzas entre la sociedad civil, los organismos gubernamentales y los no gubernamentales. En la misma línea, otro participante reflexionó sobre el trabajo basado en alianzas y redes. El debate concluyó en torno a la necesidad de institucionalizar la participación de la sociedad civil. También se analizó la importancia de negociar con los donantes y otros organismos para modificar las propuestas que generalmente se presentan en beneficio de un mejor enfoque intercultural.

H. Grupo 8: La perspectiva de las instituciones financieras internacionales del sistema de las Naciones Unidas en lo que respecta a la determinación y corrección de las desigualdades en el acceso a la salud

43. La Sra. Elena Oliveira, del UNICEF, hizo hincapié en los problemas de la infancia y la adolescencia en la población negra en el contexto de las inequidades en el acceso a la salud, centrándose en los problemas de la infancia brasileña, vinculando ciertos determinantes como la pobreza con su impacto en el desarrollo infantil. Explicó cómo aborda el UNICEF los objetivos de desarrollo del Milenio en forma coordinada con los demás organismos de las Naciones Unidas, teniendo como objetivo principal la reducción de las inequidades.

44. El Sr. Diva de Medeiros, del PNUD, reconoció el esfuerzo realizado por el Brasil para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio y subrayó la importancia de la dimensión étnica y racial para que los objetivos puedan ser alcanzados. Afirmó que desagregando y analizando datos sobre la población del Brasil con un enfoque basado en la composición étnica podrían alcanzarse los objetivos en las poblaciones blancas, pero no así en lo que respecta a las poblaciones negras e indígenas, y señaló que la creación de instancias gubernamentales para promover la igualdad racial no era suficiente.

45. Los participantes observaron la no participación en la mesa de los organismos financieros; subrayaron que la coordinación interinstitucional era muy importante para articular las respuestas que se dan en los diversos países de la región. Un participante señaló que en la parte estadística de las presentaciones no veía a los pueblos indígenas. Otro participante preguntó a la mesa cómo veía el vínculo entre los objetivos de desarrollo del Milenio y los programas de derechos humanos internacionales y nacionales.

46. Se respondió explicando la estrategia de coordinación desarrollada por el UNICEF y el trabajo por temas específicos que se realiza dentro del sistema de las Naciones Unidas. Sobre la falta de visibilidad de los pueblos indígenas, se explicó que al igual que se hace con los datos presentados sobre las poblaciones de ascendencia africana, se realiza un análisis de los datos

sobre la población indígena, que también reflejan el efecto de la discriminación en la salud. El PNUD justificó la ausencia de la representante del Banco Mundial por un motivo de fuerza mayor y señaló que existía interés por el tema. El moderador comentó que la gran lección de la reunión era que nada puede reemplazar a la voluntad política de cada uno de los países para hacer frente a sus propios problemas.

II. CONCLUSIONES

47. En la sesión de clausura se adoptaron 22 recomendaciones, que se entregaron a los participantes. La Sra. Matilda Ribeiro, Jefa de la Secretaría Especial de Políticas de Promoción de la Igualdad Racial (SEPPIR) del Brasil, hizo unas observaciones finales.

48. En términos generales, el taller sirvió para: a) determinar los obstáculos que plantean el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia para alcanzar objetivos 4, 5 y 6 de desarrollo del Milenio en la región de América Latina y el Caribe; b) determinar los obstáculos a la aplicación de los compromisos conexas que figuran en la Declaración y el Programa de Acción de Durban; c) promover el debate entre los encargados de formular políticas, los dirigentes comunitarios, las víctimas del racismo y los expertos sanitarios sobre las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio y sobre las recomendaciones que figuran en la Declaración y el Programa de Acción de Durban; d) determinar e intercambiar las mejores prácticas de los países de América Latina y el Caribe mediante la integración de los derechos humanos y, en particular, del principio de no discriminación en la elaboración y aplicación de las políticas de salud; y por último e) sugerir una serie de recomendaciones que propongan algunas estrategias para incorporar el principio de no discriminación en las iniciativas encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio en lo que respecta al derecho a la salud.

III. RECOMENDACIONES

49. Este documento es el resultado de la valoración que realizaron los participantes en el taller y tiene en cuenta las disposiciones pertinentes de la Declaración del Milenio (2000) y de la Declaración y el Programa de Acción de Durban (2001). Los participantes formularon las siguientes recomendaciones:

- a) Los Estados deberían elaborar políticas, estrategias y planes de financiamiento sectorial, que contemplen la reducción de las brechas ocasionadas por las inequidades en salud, con atención particular a las víctimas del racismo y de otras formas de discriminación. Los Estados deberían garantizar también el acceso geográfico de las víctimas de la discriminación que viven en zonas remotas para reducir especialmente la mortalidad infantil.**
- b) Los Estados deberían desarrollar modelos regionales de atención de salud que incluyan la participación de las víctimas de "discriminación" para definir las estrategias en la organización y prestación de servicios de salud que respondan**

a sus necesidades e impliquen el acceso a la atención de salud física, mental y ambiental.

- c) Los Estados deberían introducir una perspectiva de lucha contra la discriminación en las políticas y programas sanitarios, especialmente en la formación y capacitación de los profesionales de la salud, para asegurar que sean conscientes de y sensibles a las cuestiones de la raza, la etnicidad y la cultura.
- d) Los Estados deberían fortalecer la cooperación y la asistencia técnica internacionales, así como las alianzas de ámbito nacional, regional, e internacional para ayudar a los países en desarrollo a transversalizar con carácter prioritario las medidas, acciones, políticas y programas de lucha contra la discriminación y el racismo en sus sistemas de atención de salud, incluso en el marco de sus estrategias de reducción de la pobreza.
- e) Los Estados deberían movilizar recursos y fortalecer sus esfuerzos destinados a garantizar el acceso a los medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos de calidad contra el VIH/SIDA, y capacitar a los profesionales de la salud y adecuar las infraestructuras sanitarias con miras a reducir la mortalidad que afecta a las víctimas de la discriminación en particular.
- f) Los Estados deberían integrar dentro de sus planes nacionales sobre los derechos humanos medidas de acción afirmativa y sistemas de cuotas temporales para poner fin a la insuficiente representación de las víctimas de la discriminación, ofreciéndoles igualdad de oportunidades para participar en la administración de la justicia, la política, la educación, los servicios de salud, el empleo y todos los demás servicios, sean públicos o privados.
- g) Los Estados deberían apoyar la generación de datos fiables desagregados por raza, sexo y los aspectos socioeconómicos relacionados con el estado de salud y la atención de salud de las víctimas de la discriminación. La finalidad de la recopilación de los datos debería ser la elaboración y el seguimiento de las políticas y programas. Esa información debería recopilarse con el consentimiento de los individuos que deban proporcionarla.
- h) Los Estados deberían solicitar a la OPS que para finales de 2005 prepare estudios nacionales que sustenten un diagnóstico regional del estado de salud de las personas de ascendencia africana, los indígenas, las mujeres, los refugiados, los migrantes, los desplazados internos, las personas con discapacidad, las personas de la tercera edad, los jóvenes y los niños.
- i) Los gobiernos de la región y la OPS, en cooperación con las organizaciones de comunidades afrolatinoamericanas e indígenas, deberían desarrollar una estrategia de inclusión de la variable étnica, racial y de género en los sistemas de estadística sanitaria, que debería contemplar, entre otras, las siguientes fases:

- **Un proceso de discusión y capacitación regional, dirigido a los delegados de las organizaciones afrolatinoamericanas, los indígenas y los demás grupos étnicos, sobre el diseño y la aplicación de procesos de recopilación de información desagregada por características étnicas, antes de octubre de 2005.**
 - **Un estudio sobre las condiciones de salud de las personas de ascendencia africana y los indígenas de América Latina y el Caribe, como paso elemental hacia la construcción de una epidemiología de las comunidades afrolatinoamericanas, los pueblos indígenas y los demás grupos étnicos. Ese estudio deberían realizarlo la OPS, los ministerios de salud de los países de la región y las organizaciones de la sociedad civil involucrada. Debería entregarse en diciembre de 2005.**
- j) Los gobiernos de la región, la OPS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) reconocen la medicina tradicional como una práctica legítima de las comunidades afrolatinoamericanas, y de los pueblos indígenas que permite y facilita el acceso a la salud; los Estados deberían asegurar la investigación en atención de salud y velar por que sus programas tengan en cuenta los conocimientos tradicionales, y se traduzcan en prácticas clínicas eficaces; por lo tanto debería incluirse en el proceso de gestión de la salud pública en los diferentes países para garantizar su articulación con los diferentes modelos de salud existentes. Igualmente, los gobiernos de la región, la OPS y el ACNUDH deberían garantizar el derecho de propiedad intelectual sobre los conocimientos ancestrales en materia de salud de las comunidades que los posean y apoyar las acciones de las diferentes redes y alianzas regionales y locales de las comunidades afrolatinoamericanas, los pueblos indígenas y los demás grupos étnicos.**
- k) Los gobiernos de la región, en cooperación con la OPS y las Naciones Unidas deberían combatir las enfermedades conocidas y "descuidadas" como la enfermedad de Hansen, la malaria, la leishmaniasis; las que afectan con mayor gravedad a los grupos étnicos, que son la anemia falciforme, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes; conocidas como emergentes, a saber, el cólera, el sarampión, la malaria, el dengue y la fiebre amarilla; y los problemas de salud mental relacionados con la discriminación. Los Estados deberían prestar apoyo financiero a la labor de investigación y desarrollo de programas para afrontarlas.**
- l) Los gobiernos, la OPS y el ONUSIDA deberían prestar especial atención a la promoción y prevención en materia de salud sexual y reproductiva, de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, mediante la implementación de programas elaborados con la participación de las comunidades afrolatinoamericanas y los grupos indígenas, de acuerdo con sus prácticas ancestrales.**
- m) Los gobiernos de la región deberían velar en especial por la salud de los grupos migratorios y de desplazados, sobre todo para asegurar la salud reproductiva de**

las mujeres migrantes, la salud de las personas desplazadas y la de los refugiados, de manera que se les garantice el acceso a la seguridad social; y vigilar de manera especial la situación de los desplazados internos en Colombia y Haití.

- n) Los ministerios de salud de los países de la región deberían crear unidades y/o programas encargados de transversalizar el enfoque étnico en las políticas y programas de salud dirigidos a las comunidades afrolatinoamericanas, los pueblos indígenas y los demás grupos étnicos, y garantizar el funcionamiento de las mesas de diálogo/concertación en salud para las personas de ascendencia africana y los indígenas, en los países en que existan y crearlas en aquellos donde no existan, para lo cual deberá contarse con la participación directa de las organizaciones de la sociedad civil y la OPS.
- o) Los ministerios de salud de la región y la OPS deberían comprometerse a identificar y copiar los programas de buenas prácticas de salud a fin de incorporar la diversidad en la gestión sanitaria, particularmente redoblando los esfuerzos para desarrollar programas y acciones dirigidas a las comunidades afrolatinoamericanas y otros grupos étnicos, de manera que se logren resultados en el seguimiento de las recomendaciones de Durban sobre la salud.
- p) La OPS, el ACNUDH, otras organizaciones internacionales competentes y los gobiernos de la región deberían generar un proceso de sensibilización y elaboración de acuerdos nacionales con los ministros de salud y los representantes nacionales de la OPS, subrayando la importancia de desarrollar acciones atentas a las particularidades culturales, socioeconómicas, políticas y religiosas de las comunidades afrolatinoamericanas, los pueblos indígenas y los demás grupos étnicos, como paso fundamental para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio. Este proceso debería desarrollarse durante el año 2005.
- q) El ACNUDH y la OPS deberían garantizar la presencia del tema de la salud y la etnicidad en los eventos de seguimiento de la Conferencia de Durban (Santiago +5), incluyendo ese tema como prioritario en el programa y facilitando la participación de delegados de las organizaciones afrolatinoamericanas e indígenas pertenecientes a las diferentes redes y alianzas existentes en el continente.
- r) La OPS, a través de la Unidad de Género, Etnicidad y Salud, en un período de dos años, debería desarrollar programas de capacitación y sensibilización de sus funcionarios para sentar las bases de la generación de acciones e implementación de programas dirigidos a las comunidades afrolatinoamericanas, los pueblos indígenas y los demás grupos étnicos, teniendo en cuenta los conocimientos ancestrales y culturales.
- s) El Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre la Aplicación Efectiva de la Declaración y Programa de Acción de Durban y el Grupo de Trabajo de Expertos sobre las Personas de Ascendencia Africana de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas deberían considerar las

recomendaciones formuladas en este taller regional en sus próximas sesiones de trabajo y formular propuestas específicas al respecto.

- t) **La OMS y otras organizaciones internacionales pertinentes deberían promover y realizar actividades que permitan reconocer el impacto del racismo, de la discriminación racial, de la xenofobia y de otras formas conexas de intolerancia como importantes determinantes sociales del estado de salud física y mental, incluida la pandemia de VIH/SIDA, y por tanto diseñar proyectos específicos, en particular de investigación, para que las víctimas del racismo y de otras formas de discriminación tengan acceso a sistemas de salud equitativos.**
- u) **La OPS, en el marco de su Plan Estratégico 2003-2007, debería colaborar con los países para determinar cuáles son los grupos que presentan desigualdades en la salud o en el acceso a los servicios, concentrando sus iniciativas en las víctimas del racismo y de otras formas de discriminación.**
- v) **Los participantes convienen en que es necesario estrechar la cooperación, establecer asociaciones y consultar regularmente a las organizaciones de la sociedad civil a fin de aprovechar su experiencia y sus conocimientos para la elaboración de leyes, políticas y programas dirigidos a erradicar todas las manifestaciones del racismo.**

ANNEXES

Annex I

AGENDA

1. Opening of the workshop.
2. Adoption of the agenda, election of Chairperson-Rapporteur.
3. Panel 1: Human Rights and the Millennium Development Goals - toward an international framework to define an agenda to reduce health inequalities.
4. Panel 2: Access to health and the impact of discrimination based on race, colour, descent, national and ethnic origin.
5. Panel 3: Gains to be expected if the Millennium Development Goals are achieved within an ethnic framework - Is there a need for new policy design?
6. Panel 4: Consideration of good practices for identifying and addressing inequalities in access to health.
7. Panel 5: Racism and HIV/AIDS.
8. Panel 6: Health sector mobilization for the implementation of the Millennium Development Goals' focus on victims of racism.
9. Panel 7: Civil society organizations in the field of racism and vulnerable groups - mobilization for the implementation of the Millennium Development Goals.
10. Panel 8: Perspective of the international financial institutions and the United Nations system as regards identifying and addressing inequalities in access to health.
11. Adoption of recommendations and closing of the workshop.

Annex II

LIST OF PARTICIPANTS

Panellists

Ms. Ximena Avellaneda, Grupo de Estudios sobre la mujer “Rosario Castellanos” de México

Ms. Maria Inés Barbosa, Chief of Staff of the Special Secretariat for the Promotion of Racial Equality Policies (SEPPIR), Brazil

Mr. Oscar Bermúdez, Director de Área, Región Huetar Atlántica, Ministerio de la Salud, Costa Rica

Mr. Edgar Carrasco, Coordinador General de Acción Ciudadana contra el SIDA (LACCSO)

Ms. Gina Carrioni, antropóloga, Colombia

Mr. Paulo Carvalho, Ministry of Health, Brazil

Mr. Manuel Chávez, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Ms. Marianela Corriols, OPS Nicaragua

Mr. Diva de Medeiros, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Mr. Federico Hernandez Pimentel, Pan-American Health Organization (PAHO) Guatemala

Mr. Gustavo Makanaky, Colombia

Mr. Miguel Malo, Coordinator of Health Promotion, PAHO Brazil

Ambassador Juan Antonio Martabit, Permanent Representative of Chile to the United Nations Office at Geneva

Mr. Oscar J. Mujica, Unidad de Políticas y Estrategias Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), Washington D.C.

Mr. Fernando Murillo, Asociación Afroamerica XXI, Colombia

Ms. Elena Oliveira, UNICEF

Ms. Fátima Oliveira, Profesora, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Mr. Alexandre Padilha, Director del Departamento de Salud Indígena (DESAI) Ministerio de la Salud, Brasil

Mr. Valcler Rancel, Subsecretario de Planning del Ministerio de la Salud, Brasil

Ms. Matilda Ribeiro, Minister, Chief of the Special Secretariat for the Promotion of Racial Equality Policies in Brazil (SEPPIR)

Mr. Pierre Sob, Representative of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

Ms. Cristina Torres Parodi, Regional Adviser, Gender, Ethnicity and Health Unit, PAHO/WHO

Ms. Luz Marina Vega, médica, Coordinadora de Medicina Tradicional del Consejo Cantonal de Cotacachi, Ecuador

States Members of the United Nations

Bolivia; Bahamas; Barbados; Brazil; Chile; Dominican Republic; El Salvador; Guatemala; Haiti; Honduras; Jamaica; Mexico; Nicaragua; Suriname; Trinidad and Tobago.

United Nations bodies and specialized agencies

Pan-American Health Organization (PAHO), United Nations Development Programme (UNDP), Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), United Nations Children's Fund (UNICEF).

Non-governmental organizations

Alianza Estratégica de Afro descendientes de Latinoamérica y el Caribe; Enlace de Mujeres Negras de Honduras; Centro de desarrollo de la Mujer Negra Peruana (CEDEMUNEP); Movimiento Cultural Saya Afro-boliviano; Afro América XXI.

Observers

Asociación de la Juventud Indígena Argentina; Rights of Children, Guyana.

Annex III

LIST OF DOCUMENTS

Symbol

Title

HR/LAC/SEM/RAC/2004/1

Provisional agenda

HR/LAC/SEM/RAC/2004/2

Information note
