

Mandatos del Grupo de trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres en la legislación y en la práctica; del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas; y de la Relatora Especial sobre el derecho humano al agua potable y el saneamiento.

REFERENCIA: AL
COL 10/2014:

21 de noviembre de 2014

Excelencia,

Tenemos el honor de dirigirnos a Usted en nuestra calidad de Presidente del Grupo de trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres en la legislación y en la práctica; de Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; de Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas; y de Relatora Especial sobre el derecho humano al agua potable y el saneamiento de conformidad con las resoluciones 26/5, 24/6, 24/9 y 24/18 del Consejo de Derechos Humanos.

En este contexto, quisiéramos señalar a la atención urgente del Gobierno de Su Excelencia la información que hemos recibido en relación con los presuntos obstáculos al disfrute del derecho al más alto nivel de salud física y mental por parte de ciertas comunidades indígenas residentes en el Departamento del Chocó.

Contexto

El Departamento del Chocó está ubicado en el noreste del país y bordea al oeste con el Océano Pacífico y al norte con el Océano Atlántico. El Departamento es uno de los más ricos en bio-diversidad del país, en especial destaca por su riqueza acuífera. La población del Chocó se eleva a 495,151 habitantes, de los cuales en torno a un 12% pertenece a comunidades indígenas y un 82 % a comunidades Afro-Colombianas. Según los datos disponibles, un 63% de la población del Chocó vive en condiciones de pobreza, cuando la media nacional es de alrededor del 30%, y la tasa de mortalidad infantil en la región es del 42% cuando la media nacional se sitúa en torno al 17%.

La situación de las comunidades indígenas en los municipios de Riosucio, Bagadó y Alto Baudó resulta de especial preocupación.

El municipio de Riosucio cuenta con 28,979 habitantes y está ubicado al noroeste del departamento del Chocó con puerto en el río Atrato. Las comunidades especialmente afectadas en su disfrute del derecho a la salud son la comunidad de La Raya, formada por unas 154 personas pertenecientes al grupo étnico de Embera Dovida; así como la comunidad de Bequerá Perancho, formada por unas 150 personas pertenecientes al grupo étnico de Embera-Katío.

El municipio de Bagadó cuenta con unos 8,103 habitantes y preocupa la situación de las siguientes comunidades ubicadas en la Resguardo del Alto Andágueda: Conondo (1,080 personas); Agua Sal (900 personas); Brisas (122 personas); y Cascajero (224 personas). Alrededor de 131 personas pertenecientes a estas comunidades son desplazados internos que regresaron al territorio en diciembre de 2013 bajo la coordinación de la Unidad para la Reparación y Atención Integral a las Víctimas.

El municipio de Alto Baudó cuenta con unos 35,846 habitantes, de los cuales alrededor de 53% tiene menos de 18 años. En este municipio preocupa especialmente la situación de las comunidades de Catrú, en especial las ubicadas en Dubaza Central (488 habitantes); Santa Catalina de Catrú (238 habitantes); y Catrú Central (342 habitantes).

Según las informaciones recibidas:

Entre el 13 de junio de 2013 y el 17 de febrero del 2014, al menos 19 niños y niñas y dos adultos habrían fallecido víctimas de enfermedades tales como pertusis (cuatro niños y niñas); diarrea aguda (16 casos, 14 niños y niñas, y dos adultos); tétanos neonatal (un niño). Según datos disponibles, entre diciembre de 2013 y abril de 2014, 47 niños y niñas habrían fallecido por causas prevenibles en la Resguardo del Alto Andágueda.

Municipio de Riosucio

Según los informes recibidos, se habría podido constatar que, en este período, solo en el municipio de Riosucio se habrían registrado nueve fallecimientos de niños y niñas a causa de diarreas agudas y enfermedades respiratorias.

Se informa que el 17 de febrero de 2014, un bebé de tres meses, oriundo de la comunidad de La Raya, habría fallecido a causa de una neumonía y por deshidratación severa. El bebé habría llegado al centro de salud de Riosucio el 16 de febrero a las 21:30 horas, el centro no le habría podido atender por tratarse de un centro de atención primaria donde no hay servicio de pediatría. El centro habría tratado de organizar su traslado al hospital de segundo nivel en el municipio de Turbo, ubicado a tres horas de viaje por el río. Cuando el 17 de febrero se recibió la notificación a las 11:40am autorizando el traslado del bebé, ya era demasiado tarde, el bebé falleció a las 12:03 pm.

Según la información recibida, en julio de 2013 se presentó una situación de emergencia en la comunidad de Kiparado donde el 28 de julio de 2013, 18 niños y

niñas de edades comprendidas entre un mes de vida y cinco años, llegaron al centro de salud de San Juan Bautista presentando síntomas de diarrea, vómitos y fiebre. Se informa que el 31 de julio fallecieron tres niños y niñas a causa de diarrea aguda.

De acuerdo con la información contenida en el Plan de Desarrollo de Riosucio de 2012, las causas de mortalidad más frecuentes que afectan a las comunidades indígenas son gastroenteritis, dermatitis, malaria, fiebre tifoidea, cólera, y aquellas asociadas con deficiencias nutricionales. En este documento se reconoce que la infraestructura de salud pública es un asunto de preocupación dada la falta de equipamiento y personal cualificado, la carencia de medicamentos, así como la falta de infraestructura de transporte.

Municipio de Bagadó

Según fuentes oficiales, entre el 17 de diciembre de 2013 y el 8 de enero de 2014, al menos siete niños y niñas fallecieron a causa de diarrea aguda.

Se informa que el 5 de enero de 2014, una niña de siete meses de vida presentaba vómitos y diarrea y acudió a las 10:00 am con sus padres al centro de salud de Aguasal, donde fue atendida por la enfermera. La niña fue tratada con 500cc de fluido intravenoso y fue enviada a su casa con instrucciones de tomar 125cc de eritromicina y suero de rehidratación oral. El padre indicó que tenían problemas para que la niña tomase las medicinas en casa, por ello la llevaron ante un Jaibaná, autoridad tradicional, quien le preparó una infusión que la niña no se tomó, y ésta falleció a las 15:00 horas.

Asimismo, las fuentes indican que el 7 de enero de 2014 una niña indígena de un año de edad falleció tras haberse presentado en el punto de diagnóstico el 6 de enero con síntomas de diarrea y abdomen inflamado. Allí se indicó a la familia que debían dirigirse al centro de salud de Aguasal donde se la trató a las 9:15 am con 1,000cc de solución salina intravenosa, metronidazol, y acetaminofén. A las 14:00 horas la niña fue enviada a su casa con instrucciones de seguir con las dosis de metronidazol y acetaminofén. Una vez en su casa la niña comió comida normal, su estado empeoró y falleció a las 3:00 am del día 7 de enero.

Municipio de Alto Baudó

Desde Mayo de 2014, cerca de 2,800 habitantes han sido víctimas de desplazamiento forzoso debido a la presencia de miembros de la guerrilla del Ejército de Liberación Nacional (ELN) y de miembros del grupo armado ilegal Alianza de Autodefensas Gaitanistas. Esta situación ha afectado seriamente la situación de acceso a la salud para los habitantes de la zona.

Se informa que en Mayo de 2014, la población fue atendida por una brigada sanitaria de emergencia organizada por el Secretario de Salud del Departamento

del Chocó y la Secretaria de Salud del municipio de Alto Baudó. Entre el 17 y el 2 de mayo, la brigada atendió a cerca de 543 personas. Según la información recibida, las enfermedades identificadas por la brigada fueron enfermedades infecciosas del tracto urinario, las cuales padecían el 100% de las mujeres atendidas; enfermedades respiratorias y diarrea en niños y niñas; enfermedades de la piel; y tuberculosis. Se alega que al menos una niña habría fallecido por tuberculosis.

Los informes recibidos indican que el 11 de junio de 2014 se realizó otra intervención por parte de la brigada sanitaria durante la cual se examinaron cerca de 235 pacientes y se confirmó que las enfermedades mencionadas son las más frecuentes. Asimismo se detectaron síntomas de malnutrición en al menos 60 niños y niñas.

Según los informes recibidos, los principales obstáculos al disfrute del más alto nivel de salud física y mental para los miembros de las comunidades indígenas que habitan en las zonas mencionadas del Chocó incluyen:

a) Disponibilidad

Se informa que ninguna de las comunidades afectadas tiene acceso a agua potable ni tampoco dispone de sistemas de saneamiento. Muchas de las enfermedades descritas anteriormente son consecuencia directa de la ausencia de garantías de los derechos al agua y al saneamiento.

Además, no existen hospitales adecuados en la zona. En Riosucio, por ejemplo, solo hay un centro de salud, en zona urbana, con 12 camas y 4 cuatro médicos generalistas. A pesar de que la mitad de la población de la zona tiene menos de 18 años, no hay un médico pediatra en dicho centro de salud. El pediatra más cercano se encuentra en el municipio de Turbo, a cuatro horas de viaje por río.

Datos recientes indican que el centro médico Juan Bautista, ubicado en la cabecera de Riosucio y el único que suministra servicios de urgencias médicas en el municipio, carece de medicamentos básicos tales como acetaminofén, diclofenaco, solución salina, suero antiofídico y de medicamentos utilizados para contener hemorragias uterinas como la oxitocina o methergil.

También se alega que, en los últimos meses, el centro de salud ha carecido de insumos para realizar pruebas de VIH y de TSH en neonatos, los cuales habrían sido suministrados únicamente en la última semana.

Asimismo, se informa que el centro de salud Juan Bautista cuenta con un equipo de Rayos-X que debería prestar servicios a la población de Riosucio y de Carmen del Darién y el cual está dañado desde mayo de 2014.

Según los informes recibidos, en el municipio de Bagadó, en la comunidad de Aguasal solo hay un centro de salud para atender a unos 2,202 habitantes. Este centro no reúne las mínimas condiciones para atención de los residentes de la zona, no tendría la infraestructura necesaria para hospitalizar pacientes y no habría medicamentos para tratarlos. Se alega que hay un médico asignado al centro pero que la enfermera que le asiste no tiene la capacitación para atender las enfermedades presentes en la zona. Se informa que no hay medicamentos para tratar a pacientes con dificultades respiratorias, y que no se dispone de adrenalina, suero antiofídico, ni xylocaina.

b) Accesibilidad

Se informa que las comunidades indígenas se enfrentan a importantes barreras físicas de acceso a los servicios de salud. En el municipio de Riosucio, los habitantes de Pueblo Antioquia, la comunidad más distante, tienen que viajar durante al menos dos días para acceder al centro de salud más cercano, uno de ellos por río y el otro a pie a través de terreno montañoso.

En el municipio de Bagadó, se informa que los habitantes deben viajar entre 8 y 12 horas, a pie o en mula, para llegar al centro de salud más cercano.

Se alega que, además, no existe medio de transporte para las personas con discapacidad física en ninguna de las comunidades mencionadas.

Otro aspecto que dificulta seriamente el acceso a los servicios de salud para los habitantes de la zona es la falta de documentos, tales como certificados de nacimiento. Se alega que las autoridades no están haciendo los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Se informa que los centros de salud no cuentan con intérpretes que ayuden a los pacientes y a los médicos y personal sanitario a entenderse. Se alega que un niño murió porque su madre no pudo entender las instrucciones del médico.

c) Aceptabilidad

Según la información recibida, uno de los obstáculos más importantes de acceso a la salud para las comunidades indígenas de la zona del Chocó está relacionado con la discriminación racial que padecen. Además, el sistema de salud no responde a las necesidades de las mujeres debido a una ausencia total de perspectiva de género.

Las mujeres en el departamento del Chocó enfrentan múltiples formas de discriminación en la práctica. La falta de atención en salud sexual y reproductiva, es una muestra de ello.

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud, la tasa de mortalidad materna en el Chocó es de 341,63 (por 100.000 nacidos vivos), mientras que en Bogotá es de 42,05. Las altas tasas de mortalidad materna, podrían estar asociadas a la falta de atención adecuada en salud a las mujeres. Por ejemplo, en el municipio de Riosucio, el centro de salud no está en condiciones de practicar cesáreas. De tal manera que, si un parto se complica, la mujer tiene que viajar cuatro horas hasta el hospital más cercano, poniendo en riesgo su salud y su vida. Otro problema observado en las comunidades mencionadas, son los embarazos en niñas menores de 14 años.

Los centros de salud, tampoco tienen las condiciones ni el personal adecuado para atender a las mujeres víctimas de violencia. Asimismo, en los centros de salud no hay kits de profilaxis post-exposición para víctimas de abuso sexual (PET) para atender a mujeres que han sufrido agresiones sexuales. Además, se alega que en Riosucio los médicos y las autoridades sanitarias ignoran los derechos de la mujer con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo y no ponen a disposición de la población el procedimiento garantizado por Corte Constitucional. Por medio de esta Sentencia la Corte constitucional estableció que el aborto no es considerado un delito en tres circunstancias concretas: cuando el embarazo represente un riesgo para la vida o la salud (física o mental) de la mujer; cuando el embarazo sea el resultado de violación o incesto; cuando se diagnostiquen graves malformaciones fetales que hagan inviable la vida fuera del útero. De esta sentencia y sus posteriores desarrollos, se deriva que las entidades de salud deben contar con capacidad instalada y de personal capacitado para prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo de manera segura.

La información recibida también indica que no hay ninguna acción dirigida a apoyar el uso de la medicina tradicional para las comunidades indígenas y de Afro-descendientes.

También se informa que las autoridades utilizan términos peyorativos para referirse a las comunidades indígenas de la zona y su situación.

Se reconocen los esfuerzos y acciones por parte de las autoridades para mejorar el acceso a la salud de las comunidades indígenas del Chocó, tales como organizar brigadas de salud en la zona o nombrar una persona en el Ministerio de Salud y Protección Social para abordar la situación.

Asimismo, se toma nota de los planes de construir un hospital en Riosucio aunque, según la información recibida, se trata de un hospital de nivel 1 lo que implica que no habría atención especializada. Finalmente, se toma nota del plan de desarrollar los sistemas de agua potable y aguas residuales en 90 comunidades indígenas y Afro-Colombianas en el departamento del Chocó.

Sin embargo, dada la información recibida y los asuntos expuestos con anterioridad, se expresa grave preocupación por los obstáculos al disfrute del derecho al

más alto nivel de salud física y mental que sufren ciertas comunidades indígenas residentes en el Departamento del Chocó. Preocupa especialmente que el sistema de salud no responda a las necesidades de las mujeres debido a una ausencia total de perspectiva de género y que el sistema de salud no responda a las necesidades de las mujeres debido a una ausencia total de perspectiva de género y que las causas de morbilidad y mortalidad en estas comunidades, en especial las que están afectando a los niños y niñas, se consideran como evitables y prevenibles.

Sin implicar, de antemano, una conclusión sobre los hechos, nos gustaría llamar la atención del Gobierno de su Excelencia sobre los estándares y normas internacionales aplicables a los asuntos expuestos con anterioridad.

En relación con las alegaciones arriba mencionadas, sírvase encontrar adjunto el **Anexo de referencias al derecho internacional de los derechos humanos** el cual resume los instrumentos y principios internacionales pertinentes.

Es nuestra responsabilidad, de acuerdo con los mandatos que nos han sido otorgados por el Consejo de Derechos Humanos, intentar clarificar las alegaciones llevadas a nuestra atención. En este sentido, estaríamos muy agradecidos/as de tener su cooperación y sus observaciones sobre los asuntos siguientes:

1. Sírvase proporcionar cualquier información o comentario adicional en relación con las alegaciones mencionadas arriba.
2. ¿Ha sido presentada alguna queja por parte de las comunidades afectadas o en su nombre?
3. Por favor, sírvanse proporcionar información detallada, así como los resultados si están disponibles, de cualquier investigación u otro tipo de pesquisa que se haya llevado a cabo respecto a las cuestiones mencionadas.
4. Por favor indiquen las medidas adoptadas para garantizar que comunidades indígenas residentes en el Departamento del Chocó mencionadas puedan disfrutar del más alto nivel de salud física y mental, en particular con respecto a las siguientes cuestiones:
 - a. Iniciativas de dialogo y consulta con las comunidades afectadas respecto a su visión de las barreras que enfrentan para acceder a servicios básicos de salud y propuestas que pudieran tener para subsanar tales barreras.
 - b. Medidas adoptadas para acceso al derecho humano al agua potable y al saneamiento en las comunidades afectadas.
 - c. Medidas adoptadas para garantizar medios de transporte e infraestructuras básicas que aseguren la accesibilidad del sistema sanitario público.

- d. Iniciativas para garantizar que cada comunidad tiene un centro de salud adecuado así como personal sanitario debidamente formado.
- e. Iniciativas para garantizar el acceso de los miembros de estas comunidades a documentos oficiales básicos, tales como certificados de nacimiento.
- f. Medidas adoptadas para garantizar el enfoque de género en la atención sanitaria, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva de las mujeres de las comunidades afectadas.

Agradeceríamos recibir una respuesta del Gobierno de Su Excelencia a estas preguntas antes de 60 días.

A la espera de su respuesta, quisiéramos instar al Gobierno de su Excelencia a que adopte todas las medidas necesarias para proteger los derechos y las libertades de las comunidades mencionadas e investigar, procesar e imponer las sanciones adecuadas a cualquier persona responsable de las violaciones alegadas. Quisiéramos asimismo instarle a que tome las medidas efectivas para evitar que tales hechos, de haber ocurrido, se repitan.

Garantizamos que la respuesta del Gobierno de Su Excelencia será incluida en el informe que presentaremos al Consejo de Derechos Humanos para que le examine.

Acepte, Excelencia, la expresión de nuestra más distinguida consideración.

Frances Raday
Presidente del Grupo de trabajo sobre la cuestión de la discriminación
contra las mujeres en la legislación y en la práctica

Dainius Puras
Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute
del más alto nivel posible de salud física y mental

Victoria Lucia Tauli-Corpuz
Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas

Catarina de Albuquerque
Relatora Especial sobre el derecho humano al agua potable y el saneamiento

Anexo

Referencias al derecho internacional de los derechos humanos

En relación con las alegaciones mencionadas, quisiéramos señalar a la atención del Gobierno de Su Excelencia la Observación General No. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece que al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover (OG 14, Par. 33). Además, dicha Observación General establece el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: (OG 14, Par. 12)

- a) Disponibilidad - Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país.
- b) Accesibilidad - Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - No discriminación (véase la sección de grupos vulnerables y marginados).
 - Accesibilidad física (véase la sección de grupos vulnerables y marginados).
 - Accesibilidad económica (asequibilidad), los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. La equidad exige que no recaiga sobre los hogares más pobres una carga desproporcionada en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
 - Acceso a la información. Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas relativas al derecho a la salud.
- c) Aceptabilidad - Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d) Calidad - Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo

hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

En la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también se reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, y un medio ambiente sano. (OG 14, Par. 4)

Además, nos gustaría señalar a la atención del Gobierno de Su Excelencia que la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, ratificada por Colombia el 19 de enero de 1982, establece que los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. (Art.12 CEDAW)

En ese sentido, también hacemos referencia a la Recomendación General 24, el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer la cual afirma que "la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria (párr. 11) y que "la obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de imponer trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud" (párr. 14).

Quisiéramos asimismo llamar la atención del Gobierno de Su Excelencia sobre lo dispuesto respecto a las obligaciones de derechos humanos vinculadas al acceso al agua potable y al saneamiento en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. Además, el 28 de julio de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución donde reconoce explícitamente que el acceso al agua potable y el saneamiento es un derecho humano. En Septiembre de 2010, el Consejo de Derechos Humanos (resolución 15/9) reafirmó expresamente que el agua potable y el saneamiento es un derecho humano que deriva del derecho humano a un nivel de vida adecuado, que está íntimamente relacionado con el derecho al máximo nivel de salud física y mental y el derecho a la vida y la dignidad humana.

El derecho humano al agua significa que toda persona tiene derecho a una cantidad suficiente de agua, de calidad, aceptable, físicamente accesible y asequible para los usos personales y domésticos, que incluyen saneamiento. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha clarificado en su Observación General n°15 (2002) que el abastecimiento de agua de cada persona debe ser continuo y suficiente para los usos personales y domésticos.

El saneamiento se puede definir como un sistema para la recogida, el transporte, el tratamiento y la eliminación o reutilización de excrementos humanos y la correspondiente promoción de la higiene. Los Estados deben garantizar, sin discriminación, que toda persona tenga acceso, desde el punto de vista físico y económico, al saneamiento, en todas las esferas de la vida, que sea inocuo, higiénico, seguro, aceptable desde el punto de vista social y cultural, proporcione intimidad y garantice la dignidad. (E/C.12/2010/1)

Quisiéramos referirnos a las disposiciones del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, del que Su Estado es parte. Según el artículo 25 del Convenio:

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

Por otra parte, nos gustaría señalar a la atención del Gobierno de Su Excelencia la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2007. De acuerdo con el artículo 24 de la Declaración, los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Igualmente, las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental y los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

Asimismo, de acuerdo con la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales relativa al derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible (E/C.12/2000/4), “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas.... El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud” (párr. 12.ii). Igualmente, el Comité señaló que “[l]os Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios.