

Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas

PUNTOS CLAVES

Las mujeres indígenas fallecen durante el embarazo y el parto con mayor frecuencia que las demás mujeres. La incapacidad para actuar hará que los Objetivos de Desarrollo Sostenible sean inalcanzables.

Es hora de que las personas marginadas sean visibles. La falta de datos sobre la salud de las mujeres y las adolescentes indígenas está ocultando enormes desigualdades entre las poblaciones, lo que impide que se solucionen mediante medidas eficaces.

La mejora de la salud de las mujeres y las adolescentes indígenas es posible. Es necesario que los Estados cumplan compromisos para desglosar los datos por etnia y edad, luchen contra la discriminación y hagan que los centros sanitarios sean físicamente, económicamente y culturalmente accesibles.

El acceso a la atención sanitaria, incluida la salud sexual y reproductiva, es un derecho fundamental. Los Estados tienen la obligación de garantizar que las mujeres y las adolescentes indígenas gocen de un acceso equitativo a los servicios sanitarios.ⁱ



“Debe garantizarse el derecho fundamental a la salud de las mujeres indígenas para que puedan desplegar todo su potencial. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible presenta una oportunidad única para reducir las desigualdades en materia de salud para las mujeres y las madres indígenas”.

DOCTORA MARIAM WALLET, PRESIDENTA DEL FORO PERMANENTE PARA LAS CUESTIONES INDÍGENAS DE LAS NACIONES UNIDAS

SALUD MATERNA DE LAS MUJERES INDÍGENAS: LOS HECHOS

Las pruebas que se extraen de los datos disponibles son claras y alarmantes. En todo el mundo, las mujeres y las adolescentes indígenas experimentan unos resultados de salud materna significativamente peores que las poblaciones mayoritarias. Aunque limitados, el análisis de los datos de encuestas disponibles de 16 países de bajo y mediano ingreso en torno a tres indicadores claves indica que las mujeres y las adolescentes indígenas tienen una menor probabilidad

de beneficiarse de los servicios de salud materna.ⁱⁱ Por ejemplo, la tasa de natalidad de las adolescentes amerindias representa el doble de la población general de Guyana. Las mujeres masáis de Kenia tienen el doble de probabilidades de no haber recibido asistencia prenatal y las mujeres San de Namibia tienen diez veces más probabilidades de dar a luz sin recibir asistencia especializada.ⁱⁱⁱ

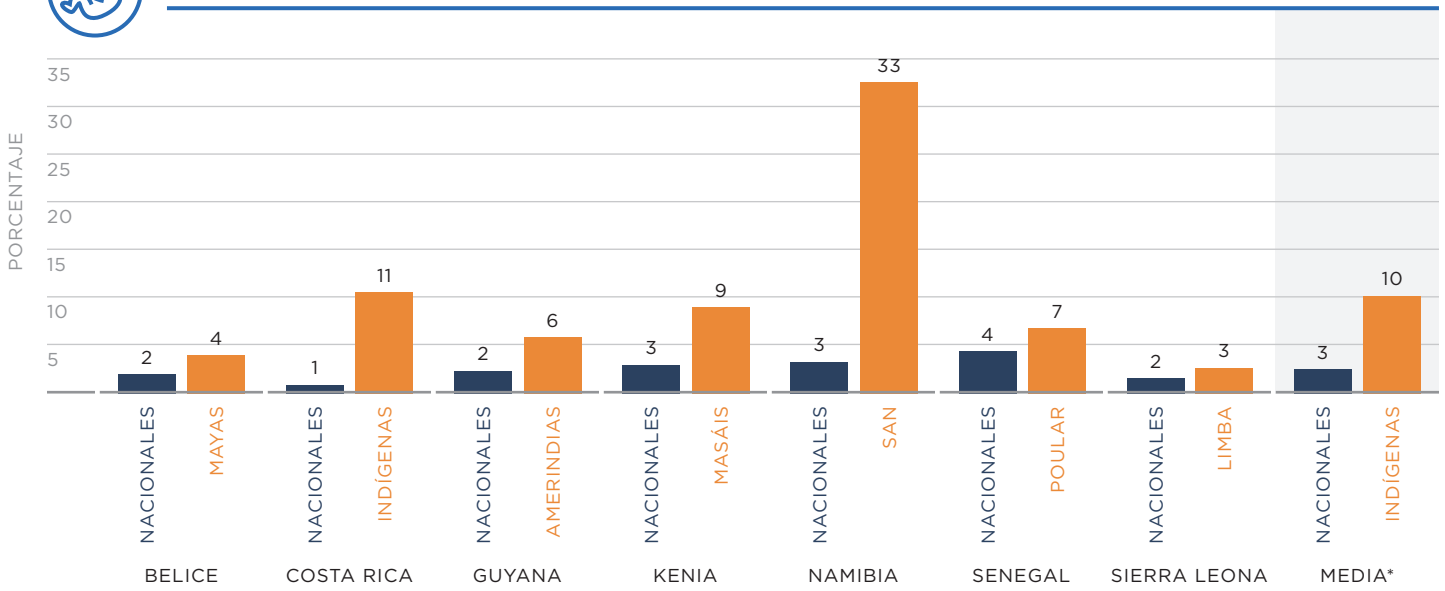
La figura 1 muestra las desigualdades en las visitas de asistencia prenatal en una muestra representativa de estas encuestas. Las mujeres indígenas tienen muchas menos probabilidades de recibir asistencia prenatal y, en la mayoría

de casos, las diferencias son muy significativas. Las figuras 2 y 3 muestran desigualdades similares en la asistencia cualificada durante el parto y las tasas de natalidad entre adolescentes.^{iv}



FIGURA 1.

PORCENTAJE MEDIO* DE MUJERES QUE NO RECIBIERON ASISTENCIA PRENATAL

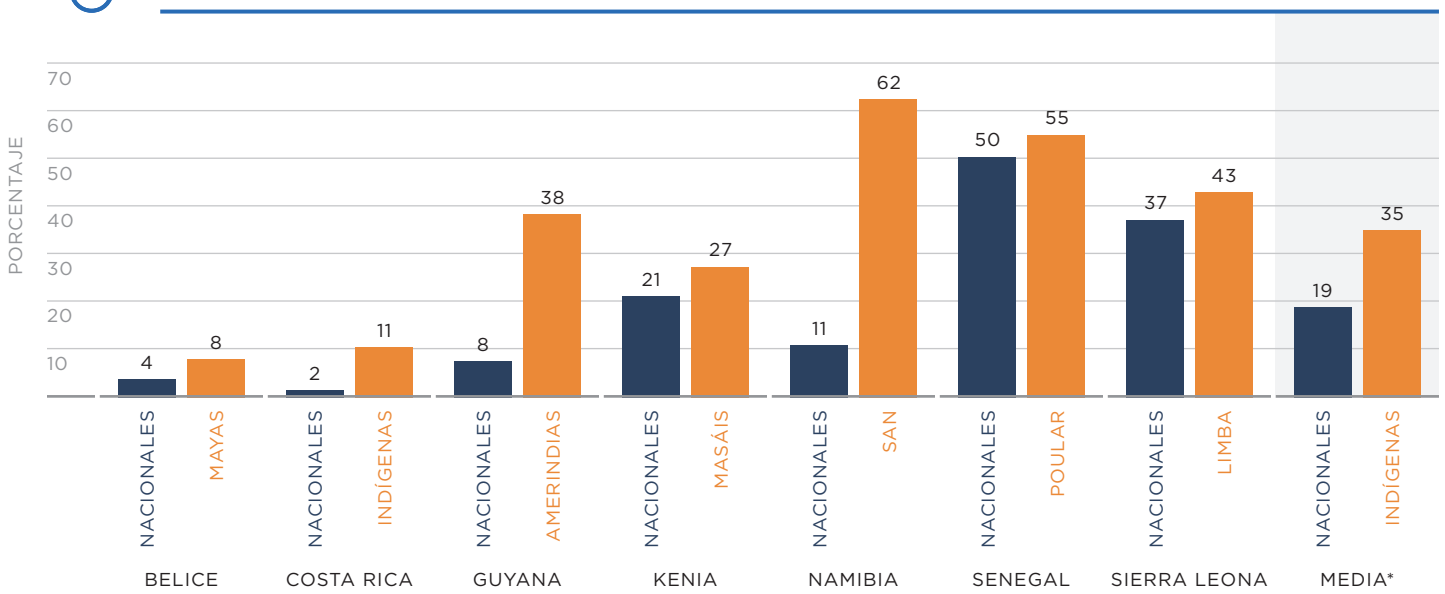


*Media en los 16 países con datos combinados.



FIGURA 2.

PORCENTAJE MEDIO* DE MUJERES QUE NO RECIBIERON ASISTENCIA CUALIFICADA DURANTE EL PARTO

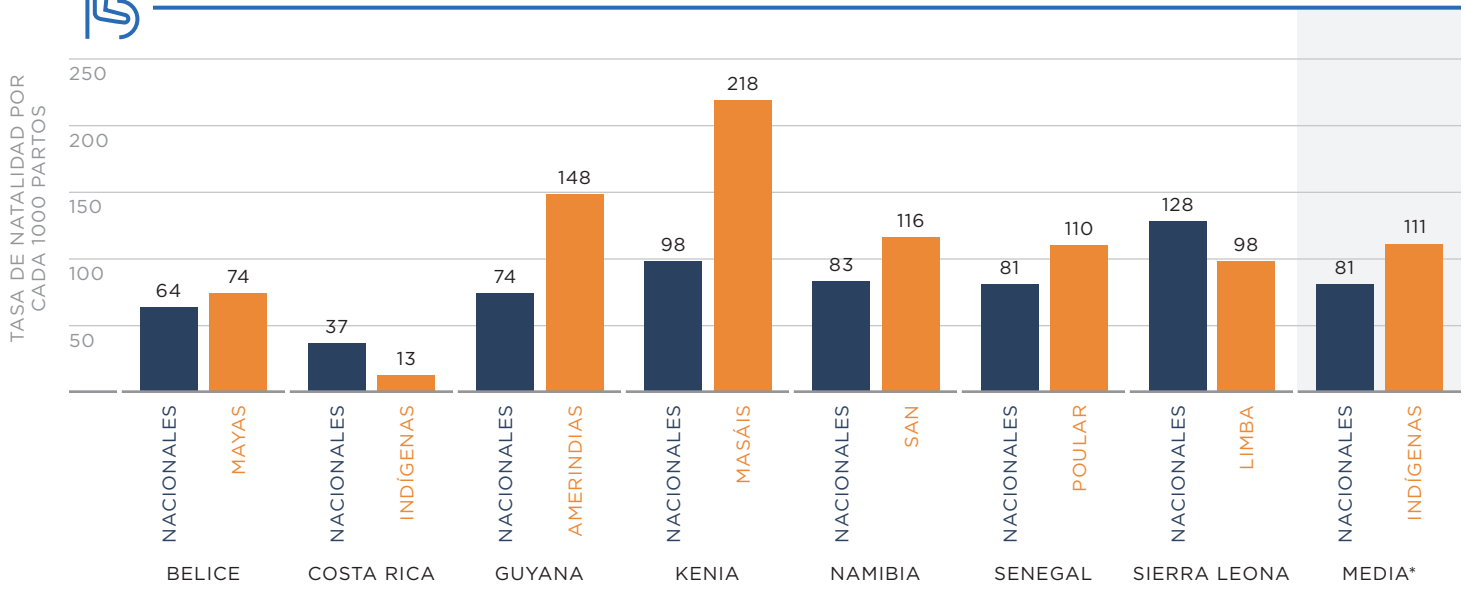


*Media en los 16 países con datos combinados.



FIGURA 3.

TASA MEDIA DE NATALIDAD* ENTRE ADOLESCENTES POR CADA 1000 PARTOS



*Media en los 16 países con datos combinados.

Otras encuestas nacionales cuentan la misma historia. La Encuesta nacional sobre salud familiar de India 2015-16 indicó que el 46% de las mujeres y las adolescentes indígenas había recibido como mínimo cuatro visitas prenatales, en comparación con el 61% de las mujeres y las adolescentes hindúes.^v La Encuesta nacional sobre salud materno-infantil de Guatemala 2014-15 indicó que el 50.3% de las mujeres y las adolescentes indígenas recibió una asistencia cualificada durante el parto, en comparación con el 82.1% de las mujeres no indígenas.^{vi}

La situación en relación con la mortalidad materna es igualmente alarmante. Un estudio de diez poblaciones llevado a cabo por el *Lancet-Lowitja* Institute Global Collaboration indicó que, aunque el grado de desigualdad variaba considerablemente, las poblaciones indígenas tenían de forma constante unas tasas de mortalidad materna más elevadas.^{vii}

Tanto en Panamá como en Rusia, es aproximadamente seis veces más probable que las mujeres indígenas fallezcan durante el parto en comparación con la población no indígena.

La discriminación que experimentan las mujeres y las adolescentes indígenas se extiende hasta los países industrializados. En Australia, las mujeres aborígenes e isleñas del Estrecho de Torres tenían menos probabilidades de asistir a una visita prenatal durante el primer trimestre,^{viii} contaban con una tasa de natalidad entre adolescentes aproximadamente cinco veces más elevada que la población general^{ix} y, de conformidad con el estudio de *Lancet-Lowitja*, tenían más del doble de probabilidades de fallecer como resultado del embarazo y el parto.

Es importante valorar estas variaciones y sus causas como medio de implementación de las intervenciones, en materia de salud, adecuadas para luchar contra la desigualdad y evitar las muertes maternas entre las mujeres y las adolescentes indígenas. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible compromete a los Estados a cumplir todos los objetivos "para todas las naciones y los pueblos y para todos los segmentos de la sociedad" y a llevar a cabo el nivel necesario de desglose de datos para controlar el progreso y garantizar que nadie quede excluido.^x Sin embargo, el progreso a la hora de cumplir el compromiso para recopilar datos completamente desglosados es incierto. Existen retos evidentes en el momento de desglosar los datos, pero si tienen que cumplirse los Objetivos de Desarrollo Sostenible, estos retos deben ser superados.

¿DÓNDE SE ENCUENTRAN LOS DATOS?

Las estadísticas anteriores ofrecen pruebas convincentes de la necesidad de documentar, comprender y abordar la exclusión que experimentan las mujeres y las adolescentes indígenas. Sin embargo, los datos actualmente disponibles no son exhaustivos en lo absoluto. De las 90 encuestas nacionales y subnacionales realizadas durante las dos últimas rondas de las Encuestas agrupadas de indicadores múltiples (MICS) y las Encuestas demográficas de salud (DHS), solo 43 incluían una pregunta sobre etnia y solo 27 de los informes publicados incluían un análisis basado en la etnia.^{xi} Aunque no es fiable y no está recomendado en la mayoría de los casos, es posible obtener alguna idea adicional a través del uso del lenguaje o la región como “representantes” de la etnia cuando no existan datos desglosados.^{xii} Como resultado de esta falta de datos, las experiencias de las personas más marginadas, incluidos los pueblos indígenas y aquellos que experimentan una discriminación y una exclusión interseccionales basándose en otras características (p. ej. pobreza y discapacidad), siguen siendo invisibles.

El hecho de no poder desglosar correctamente los datos se explica, en parte, por las sensibilidades. Ha habido casos históricos de gobiernos que utilizaban los datos censales (incluidos los datos sobre etnia y religión) para identificar a las poblaciones por practicar políticas de asimilación o incluso de persecución. Además, siguen existiendo todavía algunas zonas en las que la situación política o de seguridad no permitirá la recopilación y la publicación segura de datos desglosados en base a la etnia. Sin embargo, dado que hay

garantías adecuadas disponibles, las ventajas de recopilar y desglosar datos basándose en la etnia en la gran mayoría de los países son claras. Además de estas sensibilidades, existen también los retos de generar tamaños de muestra suficientemente amplios. Sin embargo, en muchos casos, la falta de datos se debe a un mal funcionamiento del sistema de información o a la baja prioridad vinculada a la recopilación de dichos datos.

Debe elogiarse a los Estados que han recopilado y publicado datos detallados desglosados por etnia y debe valorarse positivamente sus esfuerzos por resolver las desigualdades y mejorar el acceso a los servicios y obtener unos resultados mejores para todos.

“El Foro Permanente recomienda encarecidamente [...] el desglose de los datos en base a los identificadores indígenas o la etnia y la participación plena y efectiva de los pueblos indígenas para desarrollar y supervisar los planes de acción nacionales y en todos los procesos relacionados con el seguimiento y la revisión de la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible”.^{xiii}

INFORME DEL FORO PERMANENTE PARA LAS CUESTIONES INDÍGENAS

¿POR QUÉ QUEDAN REZAGADAS LAS MUJERES INDÍGENAS?

Las mujeres y las niñas adolescentes se enfrentan a obstáculos considerables a la hora de acceder a tratamiento médico, a pesar de que normalmente experimentan riesgos en materia de salud más elevados. Aunque algunos incluyen la discriminación directa, los motivos también se basan en una amplia gama de factores sociales, económicos, políticos, culturales y geográficos.^{xiv} Estos factores se cruzan y tienen una repercusión en las experiencias de las mujeres y las

adolescentes indígenas de formas variadas y complejas. La figura 4 muestra algunas de las experiencias claves subjetivas de las mujeres indígenas y muchos de los varios factores que contribuyen al mal acceso a los servicios y los resultados sanitarios. Debe tenerse en cuenta que no se trata de distinciones excluyentes, sino que deben entenderse como distintos puntos en un continuo de “servicios estructurales”.



Me gustaría dar a luz en un hospital si no fuera por el modo en que nos hablan.

MIEMBRO DE LA COMUNIDAD INDÍGENA, NICARAGUA.

Las mujeres indígenas no son un grupo homogéneo y entrecruzado; además, las distintas formas de discriminación en base a factores como la discapacidad, la edad, la ubicación, la orientación sexual y la identidad de género afectan también a las experiencias de las mujeres y los modelos de experiencias.

CUADRO 1. Comentarios de una mujer indígena de México con una discapacidad (entrevista sin publicar, realizada para esta hoja informativa)

“Los médicos y las comadronas no tienen formación sobre cómo asistir a una mujer discapacitada antes, durante y después del embarazo. No existe una consulta previa e informada acerca del procedimiento que se llevará a cabo en el momento del parto, de modo que una mujer indígena discapacitada no puede dar su opinión sobre cuál es la postura más adecuada para poder dar a luz. La falta de políticas de nuestro grupo social tiene repercusiones negativas, existe poca participación en la toma de decisiones a la hora de dar forma a las políticas públicas y los servicios no son inclusivos para todos”.

FIGURA 4.

¿POR QUÉ LAS MUJERES INDÍGENAS OBTIENEN PEORES RESULTADOS EN MATERIA DE SALUD MATERNA?

FACTORES INFORMALES O DETERMINANTES MÁS AMPLIOS

Factores que contribuyen a la experiencia de las mujeres indígenas

- Poblaciones nómadas
- Niveles de educación inferiores
- Transporte o infraestructura precarios
- Desconfianza entre las autoridades y los pueblos indígenas
- Poblaciones dispersas
- Regiones fronterizas remotas
- Prácticas tradicionales dañinas (en algunos casos)^{xv}
- Conceptos o prácticas en materia de sanidad indígenas rechazados
- Actitudes sociales discriminatorias

QUÉ EXPERIMENTAN LAS MUJERES INDÍGENAS

- El hospital se encuentra demasiado lejos
- A veces no hay personal cualificado en el hospital
- El personal del hospital no habla mi idioma
- No podemos realizar sugerencias ni presentar quejas
- No tengo dinero para el billete del autobús
- No puedo permitirme las tarifas hospitalarias
- El personal del hospital es maleducado/nos considera inferiores
- Quieren hacer las cosas a su manera, no a la nuestra
- No preguntan ni escuchan lo que queremos

Factores más amplios que afectan de forma desproporcionada a las mujeres indígenas

- Acceso reducido a los remedios tradicionales
- Desplazamiento
- Acceso limitado al agua no contaminada y al saneamiento
- Repercusiones del cambio climático
- Desnutrición/ inseguridad alimentaria
- Pobreza
- Desempleo
- Acceso reducido a la tierra o los recursos



¿QUÉ HAY QUE HACER?

Aunque se han logrado avances a la hora de abordar la marginación de los pueblos indígenas,^{xvi} es necesario realizar más esfuerzos para luchar contra las desigualdades entre ellos y las poblaciones mayoritarias en todos los sectores. En especial, se recomiendan las medidas siguientes para garantizar que las mujeres y las adolescentes indígenas no queden rezagadas en la búsqueda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible:

1. Desglosar los datos. Los datos en materia de salud y de otro tipo para controlar el avance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible deben desglosarse en una serie de categorías, como la etnia, el uso de los principios de la protección de datos, la autoidentificación, la participación de los grupos indígenas y otros grupos étnicos y culturales marginados, así como la independencia de las estadísticas oficiales. En especial:

- » Los gobiernos nacionales deben consultar a las comunidades indígenas en relación con las mejores formas de recopilar, analizar e informar dichos datos de conformidad con los compromisos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y formar a los funcionarios a hacer lo mismo. Deben analizarse los datos y formar la base de las intervenciones para abordar las desigualdades.
- » Las instituciones internacionales, los donantes y las organizaciones no gubernamentales (ONG) deben incluir requisitos de desglose por etnia en sus propios mecanismos de elaboración de informes como opción estándar.
- » Debería recomendarse encarecidamente a las oficinas de estadística nacionales y a los ministerios competentes que recopilen, analicen y divulguen los datos recopilados por categorías étnicas en todas las encuestas adecuadas a escala del país (incluidas las encuestas DHS y MICS).

Las estadísticas desglosadas constituyen un punto de inicio. Mostrarán claramente dónde están las desigualdades que requieren acción. En ese sentido, los responsables de la política también deben comprender POR QUÉ las mujeres indígenas tienen una mortalidad materna más elevada en sus países. Y, entonces, deben ACTUAR para abordar los obstáculos. Deben investigarse completamente todas las muertes maternas y, como parte de esto, debe registrarse siempre la etnia de la mujer. El análisis de estos datos revelará tendencias y patrones de los factores que han contribuido a los fallecimientos de las mujeres indígenas.

“La falta de recopilación de datos sanitarios desglosados por etnia, condición de indígena autoidentificada o identidad cultural puede ocultar profundas desigualdades. [...] Estos datos deben abordar cuestiones como el género, la condición socioeconómica y la discapacidad, puesto que los datos centrados puramente en la condición de indígena, no reflejan completamente los derechos combinados de los pueblos indígenas que están marginados debido a otros aspectos de su identidad”.^{xvii}

RELATOR ESPECIAL DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL DERECHO A LA SALUD



Arriba: Reunión de líderes mundiales sobre igualdad de género y empoderamiento de las mujeres: Un compromiso para la acción © ONU Mujeres/Ryan Brown

2. Emprender acciones positivas. Cuando la mortalidad materna entre las indígenas es mayor que los niveles nacionales, los Estados deben cumplir su obligación de emprender acciones positivas para solucionarlo a través de:

- » Investigación de acción participativa e inclusiva a escala nacional, regional y local para identificar cuáles son los obstáculos que impiden que las mujeres indígenas, en especial las adolescentes, se beneficien plenamente de los servicios sanitarios, así como implementar programas para abordarlos.



Seguramente el llamamiento más urgente de todos es eliminar la capa de invisibilidad de los hombros de los pueblos indígenas.

LANCET EDITOR, RICHARD HORTON^{xviii}

- » Auditorías o revisiones de inclusión participativa de las políticas y los planes de acción en materia de salud materna y adolescente, para reunir opiniones sobre cómo satisfacen las necesidades de las mujeres y las adolescentes indígenas o las excluyen.
- » Asignación de presupuestos adecuados para identificar y abordar los obstáculos socioculturales y de otro tipo y supervisar la repercusión de las medidas que se han tomado.
- » Incorporación de un enfoque intercultural ante los servicios de salud sexual y reproductiva para garantizar unos servicios sanitarios y un personal médico culturalmente adecuados a las competencias interculturales.
- » Procesos de participación continuados, a escala nacional y de la comunidad, para reunir las opiniones de las mujeres y las adolescentes indígenas sobre los servicios, incluido el uso de los mecanismos de queja para las mujeres indígenas y sus familias, y fomentar el uso de estos mecanismos.

3. En situaciones de conflicto:

- » Cuando existe conflicto o desconfianza entre las comunidades indígenas y el Estado, terceras partes de confianza (como las organizaciones intergubernamentales y las ONG) pueden resultar agentes útiles para prestar servicios y ejercer de mediadores a la hora de restablecer la confianza con el tiempo.
- » En las regiones afectadas por conflictos, las organizaciones intergubernamentales y las ONG que prestan servicios en materia de salud sexual y reproductiva a las mujeres y las adolescentes, deben garantizar que se valoren completamente las necesidades de las mujeres y las adolescentes indígenas y que estas necesidades se integren en los planes de prestación de servicios.

CUADRO 2. Ejemplos de enfoques exitosos

Proyecto Madres y niños Maya, Guatemala

El proyecto Madres y niños Maya de Health Poverty Action pretendía mejorar la salud materna y del recién nacido de los pueblos indígenas en los departamentos de Totonicapán y Quetzaltenango de Guatemala mediante el aumento de la participación de la comunidad y la propiedad de los servicios. Uno de los ejes centrales del proyecto era fomentar y respaldar una mayor participación de la comunidad en las comisiones de salud locales que supervisan las autoridades y los centros sanitarios. El aumento de participación de madres, líderes de la comunidad y asistentes parteras tradicionales condujo a mejoras como que las asistentes parteras tradicionales pudieran ponerse en contacto telefónicamente con el personal del Ministerio de Sanidad en casos de emergencia y se produjeran cambios en las horas de atención para adaptarse a las necesidades de la comunidad. En lo que respecta a las repercusiones directas en la salud materna de las mujeres indígenas, el proyecto experimentó, por ejemplo, un aumento del 72% en los reconocimientos médicos de los recién nacidos durante un período de un año; además, en uno de los distritos más grandes, Santa Lucía la Reforma, se produjo un aumento en la proporción de partos que tuvieron lugar en centros del Ministerio de Sanidad que pasó del 19% al 30% en dos años.

Proyecto Madres jóvenes Baka, República del Congo

En la República del Congo, UNFPA ha colaborado con Médecins d'Afrique para aumentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres Baka indígenas. Como parte de la iniciativa "Madre joven primeriza" en el departamento de Sangha, se probaron una serie de iniciativas desde abril a junio de 2017. Se realizaron talleres para los profesionales sanitarios sobre las necesidades específicas de las mujeres indígenas, se formó a voluntarios de la comunidad para colaborar con las mujeres embarazadas para informarles acerca de sus derechos a los servicios de salud materna y animarlas a ir a los centros de salud, se formó a asistentes parteras tradicionales sobre prácticas biomédicas para que pudieran practicar en las instituciones sanitarias y se distribuyeron kits de ropa, incluido jabón, a las mujeres indígenas embarazadas para las visitas prenatales (de modo que pudieran lavarse y ponerse ropa limpia y no se sintieran incómodas al asistir a las visitas del hospital). Como resultado de estas intervenciones, la cantidad de mujeres que recibió asistencia prenatal y que dio a luz en los centros de salud y los hospitales en el distrito aumentó de forma espectacular. Durante el primer trimestre de 2017, 10 mujeres recibieron asistencia prenatal y 11 mujeres dieron a luz en un centro médico. Durante el tercer trimestre, 112 mujeres recibieron asistencia prenatal y 38 mujeres dieron a luz en un centro médico.

NOTAS AL PIE

Los autores desean reconocer las valiosas aportaciones de Health Poverty Action y el Grupo Internacional pro Derechos de las Minorías a esta hoja informativa.

Esta hoja informativa se ha desarrollado siguiendo una recomendación del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de la ONU en su decimoquinta sesión en la que el Foro instó a “los Estados miembros y a los fondos, programas y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas a aplicar medidas para reducir la mortalidad materna entre las mujeres indígenas. El Foro recomienda que UNFPA, UNICEF y ONU Mujeres, publiquen una hoja informativa, en colaboración con el foro, sobre la mortalidad y la salud materna de las mujeres indígenas con el objetivo de reducir la mortalidad materna y fomentar la salud sexual y reproductiva”. (Apartado 38, Informe del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de la ONU, decimoquinta sesión del 9 al 20 de mayo de 2016).

- i El derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, ha sido reconocido para varios órganos creados en virtud de un tratado de derechos humanos, incluidos el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su observación general n.º 22 (2016) y el Comité para la Eliminación de la discriminación contra la Mujer en su observación general n.º 24 (1999). El derecho de las mujeres y las adolescentes indígenas a disfrutar de un acceso equitativo a los servicios sanitarios se subraya especialmente en el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas y por el Comité de los Derechos del Niño en su observación general n.º 11 (2009).
- ii Los países son: Belice, Costa Rica, Etiopía, Gambia, Guyana, Indonesia, Kenia, Laos, México, Namibia, Nepal, Pakistán, Senegal, Sierra Leona, Surinam y Vietnam. Consulte la nota ‘xi’ siguiente para obtener una explicación del motivo por el que estos países sientan la base del análisis.
- iii La tasa de natalidad entre adolescentes se define como el número de partos en mujeres entre los 15 y los 19 años durante el período de tres años anterior a la encuesta dividido por el número medio de mujeres entre 15 y 19 años durante el mismo período, expresado por cada 1000 mujeres. Las estadísticas en relación con la recepción de atención prenatal y la asistencia cualificada durante el parto se basan en la experiencia de las mujeres de entre 15 y 49 años que han dado a luz a un bebé vivo en los dos años anteriores a la encuesta.
- iv Para obtener más información sobre cualquier comunidad enumerada en esta tabla o en relación con los pueblos indígenas de cualquier país enumerados en esta tabla, consulte <http://www.minorityrights.org/directory/>.
- v <http://rchiips.org/nfhs/pdf/nfhs4/india.pdf>.
- vi VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, ENSMI 2014-2015, Informe de Indicadores Básicos, Guatemala, noviembre 2015.
- vii Indigenous and tribal people's health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study, The Lancet, Vol. 388, 2016: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)00345-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00345-7.pdf).
- viii <https://www.pmc.gov.au/sites/default/files/publications/indigenous/Health-Performance-Framework-2014/tier-3-health-system-performance/301-antenatal-care.html>.
- ix <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/population-groups/women/reviews/our-review>.
- x Consulte el apartado 4 de la Declaración.
- xi Las dos principales fuentes de datos sobre salud materna en los países de renta baja y media son las Encuestas agrupadas de indicadores múltiples (MICS), financiadas por UNICEF, y las Encuestas demográficas de salud (DHS), financiadas por USAID. Las cifras de este apartado están relacionadas con las encuestas realizadas en las dos rondas más recientes de las MICS (rondas 4 y 5) para las que se han publicado informes en inglés, francés, español y portugués (los únicos informes de las encuestas no incluidos son los dos informes que se publicaron en árabe). Las encuestas DHS incluyen a veces preguntas relacionadas con la etnia, pero los informes publicados no incluyen el análisis sobre la base de estos datos en relación con la salud materna o las tasas de natalidad entre adolescentes. El análisis de la experiencia de las mujeres y las niñas indígenas presentado en esta hoja informativa incluye únicamente datos de 8 de los 27 informes de las MICS que incluían análisis basados en la etnia. Esto es así porque los datos relacionados con la etnia no siempre se traducen en datos sobre el indigenismo. Existen dos motivos para ello: i) el desglose puede resultar demasiado amplio (como proporcionar un desglose binario entre el grupo étnico mayoritario y “otro”), ii) es posible que no exista una correspondencia directa entre la etnia y una población indígena, por ejemplo, cuando los datos de la etnia están relacionados con las comunidades identificadas como minorías étnicas, religiosas o lingüísticas. A efectos de esta hoja informativa, las estadísticas publicadas a partir de estas 8 encuestas se complementaron con un análisis principal independiente de los datos a partir de otras 8 encuestas. Para obtener una explicación y un análisis detallados de los datos correspondientes, se podrá consultar una próxima página web aún en construcción.
- xii Los indicadores proxy casi inevitablemente implican conjeturas o suposiciones, o confianza en estadísticas dudosas o que pueden no estar actualizadas. Los indicadores proxy geográficos no tienen en cuenta las migraciones de los pueblos indígenas lejos de sus tierras tradicionales a las ciudades y es posible que tampoco se considere la inmigración a las tierras tradicionalmente indígenas por parte de otros grupos de la población. Aunque el uso del lenguaje como un indicador proxy para el indigenismo tampoco es del todo fiable, por lo general, a pesar de la pérdida de las lenguas indígenas y los problemas con la información de aquellos que son multilingües, existe una mayor simbiosis en el hecho de que aquellos que se identifican como hablantes de una lengua indígena tienen muchas probabilidades de ser ellos mismos un miembro de un pueblo indígena. Por este motivo, hemos utilizado dos idiomas como indicadores proxy del indigenismo (San en Namibia y Baluchi en Pakistán). Sin embargo, no hemos incluido ningún dato basado en los indicadores proxy geográficos. Estas reservas acerca del uso de indicadores proxy se reflejaron en el estudio de *Lancet-Lowitja* mencionado anteriormente, que afirmaba que “es necesaria la precaución en el uso de medidas de indicadores proxy para extraer conclusiones”.
- xiii Informe del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas en la decimoquinta sesión (9-20 de mayo de 2016) E/2016/43-E/C.19/2016/11.
- xiv Hay disponibles dos estudios de caso que investigan la interacción de algunos de estos factores en los contextos específicos (San en Namibia y Papúa Occidental en Indonesia) los cuales podrán ser consultados en una próxima página web aún en construcción.
- xv Algunas prácticas tradicionales (p. ej., la mutilación genital femenina o el matrimonio precoz) pueden tener una repercusión en la mortalidad materna e infantil. Mientras que varias poblaciones indígenas siguen estas prácticas, también lo hacen varias comunidades no indígenas. Esta cuestión se ha incluido aquí no solo porque es necesariamente más común dentro de las comunidades indígenas, sino porque puede representar un obstáculo real para las mujeres indígenas que acceden a la asistencia materna. Asimismo, a menudo existen sensibilidades a la hora de hacerle frente o abordarla dentro de las comunidades indígenas, en especial las comunidades que sienten que todos los aspectos o varios aspectos de su cultura se desacreditan o se encuentran amenazados.
- xvi Incluye una serie de resoluciones e iniciativas de la declaración de la ONU.
- xvii Derecho a la salud y las poblaciones indígenas con especial atención en la infancia y la juventud: <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/177/09/PDF/G1617709.pdf>.
- xviii Horton, R., 'Indigenous peoples: time to act now for equity and health', The Lancet, vol. 367, no. 9524, 2006, pp. 1705-7.