

Distr.: General
10 August 2016
Arabic
Original: English

الجمعية العامة



مجلس حقوق الإنسان
الدورة الثالثة والثلاثون
البند ٥ من جدول الأعمال
هيئات وآليات حقوق الإنسان

الحق في الصحة والشعوب الأصلية، مع التركيز على الأطفال والشباب
دراسة أجرتها آلية الخبراء المعنية بحقوق الشعوب الأصلية

موجز

طلب مجلس حقوق الإنسان في قراره ٤/٣٠ إلى آلية الخبراء المعنية بحقوق الشعوب الأصلية أن تعدّ دراسة عن الحق في الصحة والشعوب الأصلية، مع التركيز على الأطفال والشباب وتقدمها إليه في دورته الثالثة والثلاثين.

وتتألف هذه الدراسة من تحليل نقدي لمضمون الحق في الصحة بالنسبة إلى الشعوب الأصلية، واستعراض للالتزامات القانونية للدول والجهات الأخرى فيما يتعلق بإحقاق هذا الحق.

وترد في المرفق النصيحة رقم ٩ المقدمة من آلية الخبراء بشأن الحق في الصحة والشعوب الأصلية.



الرجاء إعادة الاستعمال

GE.16-13843(A)



* 1 6 1 3 8 4 3 *

المحتويات

الصفحة	
٣	أولاً - مقدمة
٤	ثانياً - الحق في الصحة والشعوب الأصلية: الإطار القانوني والسياساتي
٤	ألف - الإطار المعياري للحق في الصحة
٦	باء - صكوك وعمليات سياسية ووثائق أخرى رئيسية
٧	ثالثاً - الحقوق التعاهدية وتقرير المصير والصحة
٨	رابعاً - حق الشعوب الأصلية في الصحة: واجبات الدول
٩	ألف - إطار مدى التوفر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة
١١	باء - إطار الاحترام والحماية والإحفاق
١٧	خامساً - أطفال وشباب الشعوب الأصلية والحق في الصحة
٢١	سادساً - الحقوق الصحية لفتتين رئيسيتين من الشعوب الأصلية
٢١	ألف - صحة المرأة
٢٣	باء - صحة أفراد الشعوب الأصلية ذوي الإعاقة
٢٤	سابعاً - التحديات الراهنة المتعلقة بالشعوب الأصلية والحق في الصحة
٢٤	ألف - الأمراض السارية وغير السارية
٢٥	باء - صحة البيئة وتغير المناخ والنزوح
	المرفق
٢٧	النصيحة رقم ٩ المقدمة من آلية الخبراء بشأن الحق في الصحة والشعوب الأصلية

أولاً - مقدمة

١- طلب مجلس حقوق الإنسان، في قراره ٤/٣٠، إلى آلية الخبراء المعنية بحقوق الشعوب الأصلية أن تجري دراسة عن الحق في الصحة والشعوب الأصلية، مع التركيز على الأطفال والشباب وتقدمها إليه في دورته الثالثة والثلاثين.

٢- ودعت آلية الخبراء الدول والشعوب الأصلية والمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان والجهات الأخرى صاحبة المصلحة إلى تقديم معلومات من أجل إعداد هذه الدراسة. وأُتيح على موقع الآلية الشبكي الاطلاع على التقارير الواردة كلما مُنح إذن بذلك. وأفادت الدراسة أيضاً من العروض التي قُدمت في حلقة الخبراء الدراسية المتعلقة بالشعوب الأصلية والحق في الصحة (المعقودة في ٢١ و ٢٢ شباط/فبراير ٢٠١٦ في مونتريال بكندا) التي نظمتها مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان ومعهد دراسات التنمية الدولية بجامعة ماكغيل. وتود آلية الخبراء أن تشكر كلية الحقوق بجامعة أوكلاند على الدعم البحثي الذي قدمته. وقد استعرضت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية الدراسة وقدمت تعليقات عليها وأسهمت في صياغة نصّها.

٣- ومع أن هذه هي أول دراسة لآلية الخبراء تركز على الحق في الصحة، فإن لآلية دراسات سابقة تناولت بالبحث الصلات بين الحق في الاحتكام إلى العدالة وصحة نساء الشعوب الأصلية وأفراد الشعوب الأصلية ذوي الإعاقة (A/HRC/27/65)، وآثار مبادرات الحد من أخطار الكوارث على صحة الشعوب الأصلية (A/HRC/27/66)، وأهمية الثقافات واللغات الأصلية لصحة الشعوب الأصلية (A/HRC/21/53).

٤- إن الإطار المفاهيمي للصحة والرفاه لدى الشعوب الأصلية أوسع وأشمل بوجه عام منه لدى المجتمع الرئيسي، فمن المؤلف أن تُعد الصحة في الإطار المفاهيمي الأول حقاً فردياً وجماعياً على حد سواء، يحدد عناصره بقوة كل من المجتمع المحلي والأرض والبيئة الطبيعية. وقد أشار المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية إلى أن الحق في الصحة "يتجسد عن طريق رفاه الفرد، وكذلك الرفاه الاجتماعي والعاطفي والروحي والثقافي للمجتمع المحلي ككل" (انظر E/2013/43-E/C.19/2013/25، الفقرة ٤). فغالباً ما تشمل مفاهيم الشعوب الأصلية للصحة، إضافة إلى الأبعاد البدنية، أبعاداً روحية وعاطفية وثقافية واجتماعية. وتتصل هذه المفاهيم اتصالاً لا ينفصم بإعمال حقوق أخرى، منها الحق في تقرير المصير، وفي التنمية، وفي الثقافة، وفي الأرض، وفي اللغة، وفي البيئة الطبيعية.

٥- وكثيراً ما تغفل نظم الصحة لغير الشعوب الأصلية مفهوم الشعوب الأصلية للصحة فتتجاهل بالتالي حواجز كبيرة أمام إمكانية حصول هذه الشعوب على الخدمات الصحية (انظر A/HRC/30/41، الفقرة ٣١). وعلى وجه الخصوص، قد تترتب على عدم فهم العوامل الاجتماعية والثقافية النابعة من معارف الشعوب الأصلية ومواقفها وممارساتها المتصلة بالصحة آثار ضارة برفاه

هذه الشعوب. وتسجل الشعوب الأصلية على الصعيد العالمي معدلات مخاطر صحية أعلى من معدلاتها لدى نظيراتها غير الأصلية وتعاني من حالة صحية أسوأ من حالة تلك وتفوق احتياجاتها غير الملبّاة من الرعاية الصحية مثلتها لدى الشعوب غير الأصلية. كما أن الإدماج القسري، والتهميش السياسي والاقتصادي، والتمييز والتهميش، والفقر، وغيرها من موارث الاستعمار عوامل أدت إلى انعدام مراقبة صحة الفرد والجماعة.

٦- ولا يتّسع نطاق هذه الدراسة لإجراء تحليل شامل لحالة الشعوب الأصلية الصحية، لكنه يتضمن عوضاً عن ذلك تحليلاً نقدياً لمضمون الحق في الصحة بالنسبة إلى هذه الشعوب واستعراضاً للالتزامات القانونية للدول والجهات الأخرى فيما يتعلق بإحقاقه.

ثانياً- الحق في الصحة والشعوب الأصلية: الإطار القانوني والسياساتي

ألف- الإطار المعياري للحق في الصحة

٧- لطالما اعترّف بحق الشعوب كافة في الصحة، وهو ما نص عليه، مثلاً، الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، ولا سيما في المادة ٢٥ منه التي تنص على أن لكل شخص الحق في التمتع بمستوى معيشي يكفي لضمان الصحة والرفاه له ولأسرته، بما يشمل المأكل والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية.

٨- ويعترف إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية بالحقوق الصحية للشعوب الأصلية ويتوسّع في بيان مختلف أبعاد هذه الحقوق وكيفية تفاعلها مع حقوق أخرى كالحق في تقرير المصير. وتعترف المادة ٢١ من هذا الإعلان بحق الشعوب الأصلية في تحسين أوضاعها الاقتصادية والاجتماعية من دونما تمييز. وتعترف المادة ٢٣ من الإعلان نفسه بحق هذه الشعوب في تحديد أولويات ووضع استراتيجيات لممارسة حقها في التنمية، ولا سيما بحققها في المشاركة النشطة في وضع وتحديد البرامج الصحية التي تمسّها وفي إدارتها عن طريق مؤسساتها الخاصة قدر المستطاع. وتعترف المادة ٢٤ من الإعلان بحق الشعوب الأصلية في طبها التقليدي، وفي الحفاظ على ممارساتها المتصلة بالصحة، وفي الحصول على الخدمات الاجتماعية والصحية دونما تمييز، وتؤكد أن لأفرادها حقاً متساوياً مع حق سائر الأفراد في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية. إضافة إلى ذلك، يعترف الإعلان بأهمية إعلاء الحقوق الجماعية للشعوب الأصلية. وأخيراً، تُلزم المادة ٢٩(٢) من الإعلان الدول باتخاذ تدابير فعالة لضمان عدم تخزين مواد خطيرة أو التخلص منها في أراضي الشعوب الأصلية أو أقاليها من دون موافقتها الحرة والمسبقة والمستنيرة.

٩- وتعكس المادة ٢٤ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية نص المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وهو معاهدة مُلزِمة تكترس حق جميع الأشخاص في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة العقلية والبدنية.

فالمادة ١٢ من العهد تكرس حقاً شاملاً في الصحة يضم الرعاية الصحية والمحددات الاجتماعية للصحة كليهما، ويتضمن بعض الحريات والاستحقاقات، وبخاصة حرية الفرد في التحكم بصحته الشخصية وحقه في التمتع بنظام للحماية الصحية يوفر له فرصاً متكافئة لبلوغ أعلى مستوى ممكن بأمر الصحة. ومن المكونات الرئيسية الأخرى لهذا الحق عدم التمييز والمساواة في المعاملة، ومع أن تحقق العديد من عناصر هذا الحق مرهون "بإعماله تدريجياً" نظراً إلى قلة الموارد، فإن بعض الالتزامات، كعدم التمييز، فوري الأثر. وبالرغم من أن المسؤولية عن إعمال الحق في الصحة، تقع على عاتق الدول في المقام الأول، فإن على جميع مكونات المجتمع تقاسمها، وينبغي أن تُتاح للأفراد فرصة المشاركة في عمليات صنع القرار التي تمس إعمال حقوقهم. وينبغي للدول أن تحترم الحق في الصحة وتحميه وتُحَقِّقه وتضمن توفر مرافق وسلع وخدمات الرعاية الصحية، وإمكانية الوصول إليها، ومقبوليتها، وجودتها (انظر E/CN.4/2003/58، الفقرة ٣٤).

١٠- وفي التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠) الصادر عن اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، تتوسع اللجنة في بيان الحق في الصحة بالنسبة إلى الشعوب الأصلية مشيرةً إلى حق هذه الشعوب في أن تُتَقَدَّ تدابير محددة لزيادة إمكانية حصولها على الخدمات والرعاية الصحيين اللتين ينبغي أن تكونا ملائمتين لها ثقافياً وتراعيا ممارساتها التقليدية وطبها التقليدي. كما أشارت اللجنة إلى أنه ينبغي للدول أن توفر الموارد للشعوب الأصلية لتصمم هي هذه الخدمات وتقدمها وتمارس الرقابة عليها. وتعترف اللجنة بالبعد الجماعي لمفهوم الصحة لدى الشعوب الأصلية وتسلم بالآثار الضار بصحة هذه الشعوب الذي ينجم عن نزوحها من أقاليمها وبيئاتها التقليدية نتيجة لتنفيذ الأنشطة المتصلة بالتنمية.

١١- وتُلزم المادة ٢٥ من اتفاقية منظمة العمل الدولية، لعام ١٩٨٩ (رقم ١٦٩)، بشأن الشعوب الأصلية والقبلية الدول بضمان توفير خدمات صحية كافية للشعوب الأصلية وتوفير موارد لها لتمكينها من تصميم هذه الخدمات وتقديمها تحت رقابتها هي. كما تقضي المادة ٢٥ بمنح الأفضلية لتدريب وتوظيف عاملين محليين في مجال الصحة في المجتمعات المحلية. ويعترف نص هذه المادة بأهمية الخدمات الصحية المتعلقة بالرعاية الأولية وتلك القائمة على المجتمعات المحلية وأهمية التنسيق مع التدابير الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الأخرى. ويُدعم تنفيذ أحكام المادة ٢٥ هذه بأحكام عدم التمييز (الواردة في المادة ٣) والأحكام الملزمة للدول بمشاوره الشعوب الأصلية وضمان مشاركتها الفعالة بهدف تحقيق موافقتها على التدابير المقترحة (المادة ٦).

١٢- كما يُعترف بالحقوق المتصلة بالصحة في صكوك دولية مُلزِمة أخرى، من بينها اتفاقية حقوق الطفل (المادة ٢٤)، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (المواد ١٠-١٤)، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المادة ٢٥)، والاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (المادة ٥). وتُعلي بعض الصكوك الإقليمية أيضاً الحق في الصحة، ومنها الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب (المادة ١٦)، والميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل (المادة ١٤)، والبروتوكول المتعلق بحقوق المرأة في أفريقيا الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان

والشعوب (المادة ١٤)، والإعلان الأمريكي بشأن حقوق الشعوب الأصلية (المادة السابعة عشرة). وقد أقرت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية أيضاً عدداً من القرارات المتعلقة بحقوق الشعوب الأصلية في الصحة^(١).

١٣- وقد بحثت بعض هيئات المعاهدات وآليات الإجراءات الخاصة، ومنها المقرر الخاص المعني بحقوق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية والمقرر الخاص المعني بحقوق الشعوب الأصلية، الحق في الصحة من منظور الشعوب الأصلية. ويُشار في جميع فروع هذا التقرير إلى النتائج الرئيسية التي انتهت إليها هذه الآليات.

باء- صكوك وعمليات سياساتية ووثائق أخرى رئيسية

١٤- في عام ٢٠١٤، تعهدت الدول المشاركة في الاجتماع العام الرفيع المستوى للجمعية العامة، المعروف باسم المؤتمر العالمي المعني بالشعوب الأصلية، بضمان إمكانية تمتع أفراد الشعوب الأصلية بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية على قدم المساواة مع سائر الأفراد، ويتكثف جهودها الرامية إلى خفض معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا والسل والأمراض غير السارية في صفوفهم وإلى ضمان إمكانية حصولهم على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. واعترفت أيضاً بأهمية ممارسات الشعوب الأصلية المتصلة بالصحة وأهمية طبها التقليدي ومعارفها التقليدية^(٢).

١٥- كما تتطرق أهداف التنمية المستدامة المعتمدة في عام ٢٠١٥، إلى قضايا تتصل برِفاه الشعوب الأصلية^(٣). فالهدف ٣ (ضمان تمتع الجميع في جميع الأعمار بأتماط حياة صحية، وتعزيز رفاههم) يوجه الدول إلى العمل في سبيل تحقيق تغطية صحية شاملة، وهو ما يقتضي منها تقديم خدمات إلى الشعوب الأصلية. كما أن الأهداف المتعلقة بالقضاء على الفقر، وتحقيق الأمن الغذائي، وضمان المساواة في فرص التعليم وجودته، وتحقيق المساواة بين الجنسين، مهمة لرفاه الشعوب الأصلية. وللأهداف ١٣ (بشأن تغير المناخ) و ١٤ (بشأن حماية النظم الإيكولوجية) و ١٥ (بشأن التنمية المستدامة) أهمية محورية في أعمال الحقوق الصحية للشعوب الأصلية، إذ إنها تتداخل تداخلاً وثيقاً مع حق هذه الشعوب في تقرير المصير وفي استخدام أراضيها وأقاليمها ومواردها التقليدية. أما الهدف ١٦ (بشأن ضمان إمكانية الاحتكام إلى العدالة وبناء مؤسسات خاضعة للمساءلة وشاملة للجميع)، فتترتب على تحقيقه نتائج واضحة فيما يتعلق بحقوق الشعوب الأصلية في الصحة، ولا سيما من حيث جبر الضرر. وأخيراً، يدعو الهدف ١٧ (الذي يشمل غاية مستهدفة تتمثل في توفير بيانات مفصلة) إلى تعزيز بناء القدرات من أجل زيادة توفر البيانات، الأمر الذي سيساعد الدول على تحديد أوجه الإجحاف في مجال الصحة ومعالجتها.

(١) انظر، على سبيل المثال، القرار CD47.R18.

(٢) قرار الجمعية العامة ٢/٦٩.

(٣) قرار الجمعية العامة ١/٧٠.

١٦- وللمفاوضات التي جرت في الدورة الحادية والعشرين لمؤتمر الأطراف في اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ أهمية أيضاً للشعوب الأصلية، بالنظر إلى عدم تناسب أثر تغير المناخ عليها. فقد اختُتِمت تلك المفاوضات باعتماد اتفاق باريس الذي اعترفت الأطراف في الاتفاقية في ديباجته، بحقوق الشعوب الأصلية مشيرةً خصوصاً إلى الحق في الصحة. كما سلّمت الأطراف بأن إجراءات التكيف ينبغي أن تنتهج نهجاً قطري التوجيه يقوم على المشاركة ويتسم بالشفافية الكاملة ويستند، عند الاقتضاء، إلى معارف الشعوب الأصلية ويسترشد بها (انظر المقرر ١/م-٢١، المرفق). ومع أن أهمية المشاركة الفعالة للشعوب الأصلية قد أُشير إليها من قبل (انظر المقرر ١/م-١٦)، فإن اتفاق باريس ذهب إلى أبعد من ذلك بإشارته صراحةً إلى حقوق الإنسان، حيث أشار إلى أن الدول اعترفت بالصلات القائمة بين الالتزامات المتصلة بالمناخ، والحق في الصحة، وحقوق الشعوب الأصلية.

١٧- وأخيراً، تتسم المبادئ التوجيهية المتعلقة بالأعمال التجارية وحقوق الإنسان بأهمية بالغة أيضاً للشعوب الأصلية التي تتعرض بقدر غير متناسب لتعديت على حقوقها الصحية بفعل الأنشطة المتصلة بالتنمية التي تنفذها جهات فاعلة من غير الدول. ومع أن هذه الجهات ليست أطرافاً في الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان، فإنها مسؤولة عن احترام حقوق الإنسان، ومن الضروري لإعمال الحقوق الصحية للشعوب الأصلية إعمالاً تاماً أن تتقيد تلك الجهات بهذه المبادئ التوجيهية.

ثالثاً- الحقوق التعاهدية وتقرير المصير والصحة

١٨- يشكل الحق في الصحة عنصراً لا غنى عنه من عناصر وجود الشعوب الأصلية ذاته ومكوّناً رئيسياً من مكونات حقها في تقرير المصير. ويُرَد الحق في تقرير المصير في كل من المادة ٣ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية والمادة ١ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وجميع حقوق الإنسان مترابطة، بما فيها الحق في الصحة والحق في تقرير المصير. فبالفعل، لا يمكن أن يتحقق الإعمال التام للحقوق المتصلة بالصحة من دون إعمال الحق في تقرير المصير، وهو حق غير قابل للتقييد تقترن بإعماله منافع متصلة بالحق في الصحة وبحقوق اجتماعية وثقافية أخرى. وهذه المنافع يمكن أن تشمل تحسين النظام الغذائي، والمواظبة على التمارين الرياضية، وتحديد الارتباط بالأسس الاقتصادية التقليدية^(٤).

١٩- وتنص بعض المعاهدات المبرمة بين الشعوب الأصلية والدول على آليات لإعمال حق هذه الشعوب في الصحة وفي تقرير المصير. ومن ثم، فإن هذه الاتفاقات القانونية بالغة الأهمية لأي تحليلات للحق في الصحة. فعلى سبيل المثال، شملت المعاهدة رقم ٦، التي أصبح التاج البريطاني والشعوب الأصلية في كندا طرفين فيها منذ سبعينيات القرن التاسع عشر، "مادةً بشأن خزانة الأدوية" و"مادةً بشأن المجاعة والأوبئة" فُسِّرَت لاحقاً كضمانين لقيام التاج البريطاني بتوفير

(٤) تقرير مقدم من اللجنة النيوزيلندية لحقوق الإنسان.

وتقديم خدمات الرعاية الصحية والأدوية والإمدادات للشعوب الأصلية^(٥). وتنص بعض المعاهدات في بلدان أخرى على تقرير المصير، وهو ما يتضمن سيطرة الشعوب الأصلية على القرارات المتعلقة بصحتها ورفاهها، لبيسر ذلك على نحو غير مباشر أعمال حقها في الصحة. وفي نيوزيلندا، يُؤكّد حق شعب 'ماوري' في الصحة تأكيداً فعلياً بموجب معاهدة وايتانغي التي تنص على حماية الحق في تقرير المصير وحماية الممتلكات الثقافية (الملموسة وغير الملموسة)، وتقاسم صنع القرار، والمساواة في المشاركة في المجتمع دوغما تمييز.

٢٠- وقد قال المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة إن الحق في الصحة يثير مسائل قانونية هامة مثل مسألة الحقوق التعاقدية في الصحة^(٦). إذ تؤكد المادة ٣٧ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية أن للشعوب الأصلية الحق في الاعتراف بالمعاهدات والالتزام بها وإنفاذها. ووفقاً للمادة ٤٣ من الإعلان، يتوقف بقاء الشعوب الأصلية وصون كرامتها ورفاهها على أعمال الحقوق المعترف بها فيه، بما فيها الحق في الصحة والحق في تقرير المصير والحقوق التعاقدية. وعلى الرغم من أن ضمان الحق في تقرير المصير والحق في الصحة ليس مرهوناً بالاعتراف بالمعاهدات، فإن إدماجها الرسمي في المعاهدات يشكل آلية لصونهما ويوطد التزام الدول بالعمل مع الشعوب الأصلية كجهات شريكة متكافئة من أجل تحسين أحوالها المعيشية. ومن ثم، ينبغي للدول التي لم تنضم بعد إلى هذه المعاهدات أن تنظر رسمياً في التسليم بمبادئ الحقيين في ما تُبرمه من اتفاقات مع الشعوب الأصلية.

٢١- ويشكل مبدأ الموافقة الحرة والمسبقة والمستنيرة عنصراً أصيلاً آخر من عناصر الحق في تقرير المصير. ويعطي هذا المبدأ الشعوب الأصلية الحق في التحديد الفعلي لنتائج عمليات صنع القرار التي تمسّها، وهو يشكل عمليةً وكذلك آليةً موضوعية، لضمان احترام حقوق الشعوب الأصلية. وينبغي احترام مبدأ الموافقة الحرة والمسبقة والمستنيرة في القرارات المتعلقة بالتشريعات والسياسات والبرامج المتصلة بالصحة التي تمس هذه الشعوب، إذ كثيراً ما تُتخذ هذه القرارات من دون إجراء أي مشاورات بناءً معها. وينبغي أن تتقيد عملية صنع السياسات المتعلقة بالرعاية الصحية بكل من المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (بشأن الحق في المشاركة في صنع القرار) وإعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية، وأن تعكس المبادئ التي حددتها آلية الخبراء في دراستها المتعلقة بالحق في المشاركة في صنع القرار (A/HRC/18/42).

رابعاً- حق الشعوب الأصلية في الصحة: واجبات الدول

٢٢- تواجه الشعوب الأصلية في شتى أنحاء العالم تحديات عديدة مشتركة في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة. ويبحث هذا التقرير هذه التحديات باستخدام إطار مدى التوفّر

(٥) تقريران مقدمان من مجتمع 'ماسكويسيس كري' المحلي (Maskwacis Cree) وجمعية الأمم الأولى.

(٦) البيان الموجه إلى اللجنة الثالثة للجمعية العامة، ٢٩ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٤.

وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة، ويحدد واجبات الدول بهذا الشأن باستخدام إطار الاحترام والحماية والإحراق. ويتجاوز إطار مدى التوفر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة حدود البنى التحتية اللازمة لتقديم الرعاية الصحية ليشمل المرافق والسلع والخدمات التي تشكل المحددات الأساسية للرعاية الصحية، كميّاه الشرب المأمونة والغذاء وخدمات التصحاح الكافيين^(٧).

ألف - إطار مدى التوفر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة

مدى التوفر

٢٣ - ينبغي أن تتوفر مرافق وسلع وخدمات الصحة العامة والرعاية الصحية بقدر كافٍ في كل دولة تبعاً لمستواها الإنمائي. غير أن توفرها مقيّد في الغالب في حالة الشعوب الأصلية ومجتمعاتها المحلية. فعلى سبيل المثال، تنعدم البنى التحتية للخدمات الصحية في مناطق معينة في أفريقيا حيث يقطن الرعاة البدو من الشعوب الأصلية والمجتمعات المحلية البدوية الأصلية^(٨). وكفي تصبح المرافق والسلع والخدمات متوفرة، يجب أيضاً أن تكون فاعلة؛ فكثيراً ما تكون المرافق الواقعة في المناطق المأهولة بالشعوب الأصلية غير عاملة لافتقارها إلى الموظفين والأدوية والإمدادات والمواد الاستهلاكية الأخرى.

مدى إمكانية الوصول

٢٤ - تتألف الأبعاد الأربعة لإمكانية الوصول من عدم التمييز، وإمكانية الوصول المادي، وإمكانية الوصول الاقتصادي، وإمكانية الوصول إلى المعلومات. وغالباً ما تتداخل هذه الأبعاد الأربعة في حالة الشعوب الأصلية التي تتعرض على الأرجح للتمييز في إمكانية الوصول إلى مرافق وسلع وخدمات الرعاية الصحية. فقد يرفض الأطباء والممرضون وغيرهما من المهنيين العاملين في قطاع الصحة معالجة أفراد الشعوب الأصلية أو قد يتعرّض الخاضعون منهم للعلاج لمعتقدات وممارسات وتجارب تمييزية تغذي مشاعر الخوف وانعدام الثقة لديهم، وهو ما يزيد من ثنيهم عن استخدام مرافق الرعاية الصحية، ويتفاقم هذا الوضع في حالة الأشخاص ذوي الإعاقة من الشعوب الأصلية. بل قد تؤدي العنصرية إلى إساءة تشخيص أو علاج أمراض خطيرة. وتمثل إمكانية الوصول المادي مشكلةً للشعوب الأصلية، حيث يقطن العديد منها في مناطق منعزلة جغرافياً، غالباً بسبب نزوحها أو تعدي شعوب غير أصلية على أراضيها.

٢٥ - وتشكل إمكانية الوصول الاقتصادي إلى مرافق وسلع وخدمات الرعاية الصحية أحد الشواغل الأخرى للشعوب الأصلية، إذ إنها عادةً ما تكون من أكثر فئات المجتمع تهميشاً من الناحية الاجتماعية - الاقتصادية. وتتجلى هذه الحقيقة بوجه خاص في البلدان التي تفتقر إلى

(٧) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤.

(٨) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, *State of the World's Indigenous Peoples: Indigenous Peoples' Access to Health Services*, second volume (New York, 2015)

تُظَم تغطية صحية شاملة أو التي ترتفع فيها تكاليف الرعاية الصحية التي يتحملها المستهلك نفسه. أما إمكانية وصول الشعوب الأصلية إلى المعلومات، فمقيّدة أيضاً، وهو ما قد يُعزى إلى عدد من العوامل منها: عدم توفر المعلومات المتعلقة بالصحة بلغات الشعوب الأصلية، وارتفاع معدلات الأمية بين أفراد هذه الشعوب فضلاً عن محدودية فرص التعليم المتاحة لهم، وعدم الاتصال بمقدمي الرعاية الصحية بسبب عدم توفرهم، وشيوع المواقف التمييزية أو الأبوية لدى هؤلاء في حال وجودهم.

مدى المقبولية

٢٦- لقد سلّمت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأن الحق في المشاركة في الحياة الثقافية يشمل الملاءمة الثقافية التي ينبغي أن تراعى عند تقديم خدمات الرعاية الصحية^(٩). ومن المؤسف أن طبيعة مرافق وخدمات الرعاية الصحية المتاحة للشعوب الأصلية غير مقبولة في الغالب. فكثيراً ما تؤدي ممارسة العنصرية بين الأشخاص أو العنصرية البنيوية إلى نشوء سياسات وممارسات على نطاق النظام تهمّش بعض الأفراد أو تستبعدهم وتقلّص إمكانية وصولهم إلى المرافق والسلع والخدمات إلى أدنى حد. ومن الأمثلة على أحد مظاهر الإخفاق الأساسية في توفير مستوى مقبول من الرعاية الصحية عدم تقديم الخدمات بلغات الشعوب الأصلية (انظر CEDAW/C/FIN/CO/7)، وهو ما يمثل شكلاً من أشكال العنصرية البنيوية. وهذه الإخفاقات يمكن أن تؤدي إلى قبول الشعوب الأصلية ذهياً للوصمة لتنشأ بذلك حواجز أخرى أمام حصولها على الرعاية الصحية. وفضلاً عن ذلك، كثيراً ما تُلام الشعوب الأصلية، بصفة فردية أو جماعية، على إصابتها بالمرض وعلى احتياجاتها الطبية. كما أن شيوع المواقف السلبية وانعدام المراعاة الثقافية فيما بين مقدمي الرعاية الصحية في بعض الولايات القضائية يؤثر في قدرة الشعوب الأصلية على التماس الرعاية الصحية.

مدى الجودة

٢٧- ينبغي أن تكون مرافق وخدمات الرعاية الصحية ملائمة علمياً وطبيياً وثقافياً وجيدة النوعية. ويقتضي ذلك وجود موظفين طبيين مهرة، وتوفر عقاقير ومعدّات مستشفيات معتمدة علمياً وصالحة للاستخدام، ومياه شرب مأمونة، وخدمات صرف صحي كافية. وكثيراً ما يوجد تصادم بين الخدمات السائدة للرعاية الصحية، المستندة إلى أدلة والمتصوّر أنها عالية الجودة بوجه عام، والممارسات التقليدية للرعاية الصحية التي تعتمد على الشعوب الأصلية، وتندر الأدلة عليها لعدم إجراء أبحاث عنها في الغالب. لكن ينبغي ألا يُعد ذلك على وجه الحصر مصدراً للتوتر بين الشعوب الأصلية ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الرئيسيين. فكثيراً ما تواجه المجتمعات المحلية الأصلية نفسها تحديات داخلية في السعي إلى الموازنة بين النهج التقليدية والحديثة في مجال الصحة وفي معالجة قضايا اجتماعية أخرى^(١٠).

(٩) انظر تعليق اللجنة العام رقم ٢١ (٢٠٠٩) بشأن حق كل فرد في أن يشارك في الحياة الثقافية.

(١٠) تقرير مقدم من مجلس الإنويت القطبي.

باء- إطار الاحترام والحماية والإحقاق

الاحترام

٢٨- تحظر المادتان ٢(٢) و٣ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمادة ٢٤ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية التمييز في إتاحة إمكانية الحصول على الرعاية الصحية وعلى المحدثات الأساسية للصحة. إذ يجب أن تمتنع الدول عن حرمان الشعوب الأصلية من إمكانية الوصول إلى مرافق وخدمات الرعاية الصحية العامة أو عن تقييد هذه الإمكانية، ولا يخضع هذا الالتزام الفوري لمبدأ الأعمال التدريجي. كما ينبغي للدول أن تمتنع عن حظر أو منع استخدام الشعوب الأصلية نُهج الرعاية الوقائية التقليدية والممارسات العلاجية والأدوية التقليدية.

٢٩- وينبغي مراجعة القوانين والسياسات والبرامج المتعلقة بالصحة (بمشاركة الشعوب الأصلية) وإلغاء عناصرها التمييزية أو الاستعاضة عنها بعناصر أخرى. ويشمل هذا الالتزام القوانين التي ليست تمييزية من الناحية القانونية لكن لها أثراً غير متناسب على الشعوب الأصلية. كما يشمل الالتزام باحترام الحق في الصحة الامتناع عن إنفاذ قوانين أو ممارسات تمييزية أعم قد تترتب عليها آثار ضارة بالصحة. فبينبغي، مثلاً، إلغاء القوانين والسياسات التي تُجيز ممارسات كالتعقيم القسري لنساء الشعوب الأصلية وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

٣٠- ويشمل الالتزام باحترام الحق في الصحة أيضاً احترام المحدثات الأساسية للصحة. إذ ينبغي للدول أن تمتنع عن تلويث الهواء والمياه والتربة على نحو غير مشروع بما يشمل، مثلاً، النفايات الصناعية التي تخلفها مرافق مملوكة للدولة أو الصناعات الاستخراجية. ومن الشائع جداً أن تُنفذ هذه الأنشطة على أراضٍ مأهولة بالشعوب الأصلية، وقد يشكل ذلك، إلى جانب الاستخدام الزراعي لمبيدات الآفات، انتهاكاً لحقوقها المتصلة بالصحة^(١١).

٣١- ويجب أيضاً السماح للشعوب الأصلية بتحديد هوياتها بذاتها داخل الدول، وهو ما من شأنه أن ييسر جمع بيانات مفصلة بحسب معيار الصحة وغيره من المعايير بغرض تمويل أعمال حقوقها المتصلة بالصحة وتقديم المساعدة إليها في ذلك. ومع أن بعض الولايات القضائية قد حظرت جمع بيانات مفصلة بحسب الأصل الإثني لأسباب اضطرارية، إلا أنه ينبغي ألا تُطبّق هذه القوانين لمنع الشعوب الأصلية من تحسين مستوى رفاها^(١٢).

الحماية

٣٢- كثيراً ما تغضّ الدول الطرّف عن الممارسات العنصرية في أوساط الرعاية الصحية، بالرغم من شيوع واستمرار وجود أدلة على معاملة الشعوب الأصلية معاملة تمييزية. وينبغي للدول أن

(١١) انظر، على سبيل المثال، *Social and Economic Rights Action Centre and Center for Economic and Social Rights v. Nigeria* (2001).

(١٢) Ian Anderson and others, "Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study", *The Lancet*, vol. 388, No. 10040 (20 April 2016).

تتخذ تدابير لضمان المساواة في المعاملة وفي إمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية في نطاق الولاية القضائية لكل منها، وكذلك لحماية الشعوب الأصلية من التمييز الذي يمارسه ضدها مقدمو الرعاية الصحية كأطراف ثالثة. كما ينبغي للدول أن تنظر في تنفيذ أنشطة وحملات لتوعية القوى العاملة تناهض السلوك والتمييز العنصريين وتروّج لُنُهْج أكثر مراعاة للثقافات.

٣٣- وينبغي للدول أن تحمي المجتمعات المحلية الأصلية من أعمال الشركات الخاصة وأطراف ثالثة أخرى التي تحرم الشعوب الأصلية من مصادر غذائها ونباتاتها الطبية وسبل رزقها من جراء زيادة الضغط على استخدام الأراضي أو زيادة التدهور البيئي أو النزوح. والقيام بذلك يشمل بالضرورة احترام مبدأ الموافقة الحرة والمسبقة والمستنيرة. وينبغي للدول أن تمنع أي أطراف ثالثة من الاستيلاء على معارف الشعوب الأصلية وأدويتها وممارساتها التقليدية وتحويلها إلى سلع. إذ تؤكد المادة ٣١ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية أن للشعوب الأصلية الحق في الحفاظ والسيطرة على تراثها الثقافي ومعارفها التقليدية وتعبيراتها الثقافية التقليدية وحمايتها وتطويرها، وكذلك الحال بالنسبة إلى مظاهر علومها وتكنولوجياها وثقافتها، بما في ذلك الموارد البشرية والجينية، والأدوية، ومعرفة خصائص الحيوانات والنباتات، والرياضة والألعاب التقليدية. كما أن لهذه الشعوب الحق في تطوير ملكيتها الفكرية لهذا التراث الثقافي وللمعارف التقليدية والتعبيرات الثقافية التقليدية.

٣٤- وعلى الرغم من أنه يحق للشعوب الأصلية أن تُعمل الممارسات التقليدية المتصلة بالرعاية الصحية، ينبغي للدول اتخاذ خطوات للعمل مع المجتمعات المحلية الأصلية من أجل القضاء على الممارسات الضارة كتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية^(١٣). ويلزم إجراء المزيد من الأبحاث عن الأدوية والإجراءات التقليدية والأنشطة التقليدية الأخرى، بيد أنه يجب إجراء هذه الأبحاث، والاضطلاع بأي أعمال تسويق محتملة، بالشراكة مع الشعوب الأصلية.

٣٥- وينبغي للدول أن تأخذ في اعتبارها رغبات المجتمعات المحلية الأصلية المنعزلة طوعاً أو حديثة الاتصال بالمجتمع الأوسع، اعترافاً منها بأن تأثر هذه المجتمعات أشد ضعفاً من غيرها وأنها أشد حاجة للحماية. وينبغي للدول أن تستحدث برامج وقائية لحماية صحة هذه الفئات بوسائل منها، على وجه الخصوص، حماية أراضيها وأقاليمها من الضرر البيئي وتلافي أن تنتقل إليها الأمراض التي تفتقر هذه الفئات إلى المناعة اللازمة لمقاومتها. ويجب أيضاً أن تضع الدول خططاً لإتاحة إمكانية الحصول على الأدوية السائدة في الأسواق والأدوية التقليدية حيثما طلبنا وتضع خطة للطوارئ لتنفيذها في حال تعرضها لخطر الشيوخ الوشيك لحالات الوفيات^(١٤).

(١٣) لجنة حقوق الطفل، التعليق العام رقم ١١.

(١٤) OHCHR and the Spanish Agency for International Development Cooperation, "Directrices de protección para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la región amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay" (Geneva, May 2012) والمادة عبر الرابط التالي: http://www.amazonia-andina.org/sites/default/files/directrices-de-proteccion-para-los-pueblos-indigenas-en-aislamiento-y-en-contacto-inicial_0.pdf

٣٦- وأخيراً، ينبغي للدول أن تضمن وجود آليات كافية لجبر الضرر والانتصاف في حالات التعديت على الحق في الصحة، وذلك عن طريق النظم القضائية الرئيسية أو النظم القضائية الخاصة بالشعوب الأصلية (A/HRC/27/65) التي لها بعض الميزات فيما يخص البت في الشكاوى. ففي القلبين، على سبيل المثال، أُفيد بأن شكاوى العنف ضد المرأة المعروضة على نظام القضاء التقليدي قد بُت فيها بسرعة وبمستويات قبول مرتفعة لدى أطرافها^(١٥).

الإحقاق

٣٧- ينبغي للدول أن تصوغ وتعتمد استراتيجيات وطنية لضمان إمكانية وصول جميع الأفراد، دونما تمييز، إلى مرافق الصحة والسلع والخدمات الصحية اللازمة لبلوغهم أعلى مستوى ممكن من الصحة. وينبغي أن تصاحب هذه الاستراتيجيات الوطنية خطط للتنفيذ ومؤشرات خاصة بالحق في الصحة ضماناً لفعالية عمليات الرصد والتقييم والمساءلة. ووفقاً لما دعا إليه المؤتمر العالمي المعني بالشعوب الأصلية، ينبغي للدول العاكفة حالياً على وضع خطط عمل وطنية لتنفيذ إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية أن تضمن اشتغال هذه الخطط على تدابير لإحقاق حق الشعوب الأصلية في الصحة. وبالنظر إلى أن لهذه الشعوب الحق في أن تُنقذ تدابير محددة لزيادة إمكانية حصولها على الخدمات والرعاية الصحيّتين، فإن التزام الدول الفوري بوضع خطط وطنية للصحة يقتضي منها تلبية احتياجات الشعوب الأصلية في إطار خطة "عامة"، كما حدث في غواتيمالا^(١٦)، أو خطة منفصلة للصحة خاصة بالشعوب الأصلية، كما في 'استراتيجية الصحة لشعب ماوري' المسماة بـ 'دثار العافية' (He Korowai Oranga) بنيوزيلندا^(١٧). وإضافة إلى ذلك، ينبغي للدول التصديق على الصكوك الدولية المتصلة بالحقوق الصحية، كالإعلان، واتفاقية منظمة العمل الدولية بشأن الشعوب الأصلية والقبلية، لعام ١٩٨٩ (رقم ١٦٩)، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وإدماجها في القوانين الوطنية.

التيسير

٣٨- وفقاً للحق في تقرير المصير، ينبغي للدول أن توفر موارد كافية للمجتمعات المحلية للشعوب الأصلية لتضع وتنفذ مبادراتها الخاصة بها في مجال الرعاية الصحية. فجوودة خدمات الرعاية المقدمة من المنظمات الخاضعة لرقابة المجتمعات المحلية الأصلية غالباً ما تكون أعلى من تلك المقدمة في إطار الخدمات السائدة، الأمر الذي يزيد إلى حد كبير من توفر الرعاية الصحية وإمكانية الحصول عليها. وبالتالي، فإمكان منظمات الشعوب الأصلية أن تُنشئ حلقة حميدة في قطاعي الصحة والعمالة لتكون بمثابة جهات بارزة توفر فرص العمل لأفراد الشعوب الأصلية وتساعد في مكافحة الفقر في المجتمعات المحلية الأصلية. ففي أستراليا، يشغل قطاع الرعاية

(١٥) تقرير مقدم من شبكة نساء الشعوب الأصلية في آسيا.

(١٦) تقرير مقدم من غواتيمالا.

(١٧) انظر: www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/he-korowai-oranga.

الصحية الخاضع لرقابة المجتمعات المحلية الأصلية نحو ٤٠٠٠ شخص ويقدم خدماته إلى أكثر من ٦٠ في المائة من أفراد الشعوب الأصلية الذين يعيشون خارج المراكز الحضرية الكبرى، ويسجل بمستوى أداء يفوق مستوى أداء الخدمات السائدة وفقاً للملحوظ من المؤشرات الرئيسية^(١٨). وفي كولومبيا، ينحدر ٨٠ في المائة من الموظفين المهنيين العاملين في مستشفى بلدية بويلو بيبو للشعوب الأصلية، بمدينة باييدوبار من أصول شعوب أصلية، وهو إنجاز مهم فيما يخص ممارسات التفاعل الثقافي^(١٩).

٣٩- كما ينبغي للدول أن تيسر إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية بتحسين عمليات تسجيل المواليد، عند الاقتضاء. فالمادة ٧ من اتفاقية حقوق الطفل تعطي كل طفل الحق في أن يُسجّل فور ولادته. إلا أن العديد من نظم تسجيل المواليد لا تزال غير كافية فيما يخص مواليد الشعوب الأصلية. ووجود نقص في تسجيل المواليد وفي إصدار وثائق الهوية يحول مباشرة دون إمكانية الوصول إلى مرافق وخدمات الرعاية الصحية متى كان إثبات الهوية شرطاً لازماً للحصول على الرعاية (CRC/C/CRI/CO/4) وكما يحول مباشرة دون جمع البيانات المفصلة، وهي عملية حيوية لرصد التفاوتات في حالة الرعاية الصحية المقدمة إلى مختلف الفئات العرقية. ويمكن تيسير تسجيل المواليد بإطلاق حملات تسجيل موجهة، كما حدث في البرازيل^(٢٠)، أو بتعيين موظفين لتسجيل الشعوب الأصلية أو إنشاء قسم لتسجيل أقليات معينة بمؤسسات الدولة، كما حدث في بنما وبيرو وتايلند، وإلا فإن التعويل على القابلات التقليديات يمكن أن يرفع معدلات تسجيل المواليد، كما حدث في غانا وماليزيا^(٢١). وينبغي، مع ذلك، ألا يكون تسجيل المواليد شرطاً لازماً للتمكّن من الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

التوفير

٤٠- على الرغم من أن بعض الشعوب الأصلية قد صرّحت بأنه ينبغي للمجتمعات المحلية أن تتولى بنفسها التصدي لما ينشأ من أزمات وتقل اعتمادها على الدعم الخارجي^(٢٢)، فإن ذلك لا يُعني الدول من أداء واجباتها المتعلقة بتوفير الدعم المالي وغيره من أشكال الدعم. ويقع على عاتق الدول التزام خاص بتوفير التأمين الصحي ومرافق الرعاية الصحية اللازمين (للمُعوزين)، وهو حق محدد بموجب العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية^(٢٣). بل حتى في الفترات التي تشتد فيها قلة الموارد، ينبغي حماية الأفراد والجماعات

(١٨) Kathryn Panaretto and others, "Aboriginal community controlled health services: leading the way in primary care", *Medical Journal of Australia*, vol. 200, No. 11 (16 June 2014)

(١٩) Anna R. Coates and others, "Indigenous child health in Brazil: the evaluation of impacts as a human rights issue", *Health and Human Rights Journal*, vol. 18, No. 1 (16 May 2016)

(٢٠) المرجع ذاته.

(٢١) United Nations Children's Fund, "Birth registration: right from the start", *Innocenti Digest series* No. 9 (March 2002)

(٢٢) تقرير مقدم من مجلس الإنويت القطبي.

(٢٣) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤.

ضعاف الحال باعتماد برامج موجهة منخفضة التكلفة نسبياً (E/1991/23-E/C.12/1990/8). ويمكن للدول اعتماد تدابير، بصفة مؤقتة أو دائمة، لمعالجة ظاهرة التمييز الهيكلي. وقد تشمل هذه التدابير وضع برامج أو التمويل أو توفير موارد أخرى لتحقيق هدف بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة.

٤١- وينبغي للدول أيضاً أن توفر بعض الموارد ريثما تُنشئ الشعوب الأصلية خدماتها الخاصة بها وكوادرها من القوى العاملة. فعلى سبيل المثال، في حال عدم وجود عدد كافٍ من المهنيين الطبيين القادرين على التحدث بلغات الشعوب الأصلية، ينبغي للدول أن توفر خدمات الترجمة الشفوية لتيسير التواصل الفعال في أوساط الرعاية الصحية، كما فعلت النرويج، حيث أنشأت خدمة للترجمة الشفوية من لغات السامي وإليها توفّر على مدار الساعة بالتعاون مع الشعوب الأصلية^(٢٤). ويمكن لدول أخرى أن تنفذ نسخاً من هذه البرامج ميسورة التكلفة في ظل تزايد انتشار التغطية بشبكات الهواتف المحمولة في شتى أنحاء العالم. كما يمكن معالجة الحالات العاجلة للنقص في عدد الموظفين الطبيين في الأقاليم النائية للشعوب الأصلية بتدريب ممارسي الطب التقليديين من أفراد الشعوب الأصلية وإدماجهم في نظم الرعاية الصحية.

التعزيز

٤٢- ينبغي للدول التأكد من أن برامج العمل المتعلقة بأبحاث الرعاية الصحية تعترف بالشعوب الأصلية وتشملها بقدر كافٍ. وقد يؤدي عدم جمع بيانات عن الصحة مفصلة بحسب الأصل الإثني، أو صفة الانتماء إلى شعب أصلي محدد الهوية ذاتياً، أو بحسب الهوية الثقافية، إلى إخفاء أوجه إجحاف بالغ. لذلك، ينبغي أن تُجمع، بالتوافق، بيانات مفصلة لتحديد الحواجز التي تعترض التمتع بالحق في الصحة وضمان أن تكون عملية صنع السياسات شاملة للجميع. وينبغي أن تتناول هذه البيانات مسائل كنوع الجنس والحالة الاجتماعية - الاقتصادية والإعاقة نظراً إلى أن البيانات التي تركز تركيزاً بحتاً على صفة الانتماء إلى شعب أصلي لا تعكس بالكامل الحقوق المركبة لأفراد الشعوب الأصلية المهمّشين بسبب جوانب أخرى من هوياتهم^(٢٥).

٤٣- وكي تكون مرافق وسلع وخدمات الرعاية الصحية مقبولة لدى الشعوب الأصلية يجب أن تكون ملائمة ثقافياً. وهذا يستلزم التواصل باحترام وعلى نحو يشمل الجميع بما يمكن المرضى من اتخاذ القرار ويسهم في بناء العلاقات بينهم وبين مقدمي خدمات الرعاية الصحية ليعملوا معاً من أجل ضمان أقصى فعالية ممكنة لخدمات الرعاية^(٢٦). وتحقيقاً لذلك، يلزم اتخاذ ثلاث خطوات على النحو التالي: ينبغي إحداث تغييرات لتعميم مرافق وسلع وخدمات الرعاية

(٢٤) تقرير مقدم من النرويج.

(٢٥) دورين ديماس، عرض مقدم إلى حلقة الخبراء الدراسية المتعلقة بالشعوب الأصلية والحق في الصحة.

(٢٦) National Aboriginal Health Organization, *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health*

Care Administrators, Providers and Educators (Ottawa, 2008)

الصحية، وينبغي تدريب المزيد من أفراد الشعوب الأصلية ليصبحوا مقدمين لخدمات الرعاية الصحية، وينبغي استحداث خدمات خاصة بالشعوب الأصلية.

٤٤ - ولتحسين مستوى الخدمات السائدة، ينبغي للدول ضمان أن تُؤدى مناهج البرامج التدريبية الطبية والمتعلقة بالرعاية الصحية إلى تخريج مهنيين مؤهلين ثقافياً. وينبغي أن تشمل هذه البرامج التوعية بتاريخ الاستعمار وإرثه (متى كان ذلك مُنطبقاً)، وثقافة الشعوب الأصلية (بما في ذلك نُهج الطب التقليدية)، وظاهري التمييز والعنصرية، والتفاوتات القائمة في مجال الرعاية الصحية وأوجه الظلم الاجتماعي. كما ينبغي أن تشمل معلومات عن مسألة التواصل الفعال مع الشعوب الأصلية. ويمكن أيضاً استحداث برامج تدريبية محددة تُعنى بصحة الشعوب الأصلية، كشهادة التخصص في الصحة العقلية للأطفال وشباب الشعوب الأصلية، الممنوحة من جامعة كولومبيا البريطانية الشمالية (للطلاب الراغبين في ممارسة هذا التخصص في المجتمعات المحلية النائية للشعوب الأصلية) و المبادرة المتعلقة بصحة الطفل الأمريكي الأصلي، التي أنشأتها الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (وهي مخصصة للرعاية الصحية للشعوب الأصلية).

٤٥ - وينبغي للدول أن تيسر انخراط المهنيين المتتمين إلى الشعوب الأصلية في العمل في مجال الرعاية الصحية، ذلك أنها ليست ممثلة فيه حالياً "تمثيلاً" كافياً. ويمكن أن يتخذ انخراط القوى العاملة من الشعوب الأصلية في هذا المجال أشكالاً عديدة منها ما يتحقق، مثلاً، عن طريق التدريب بتطبيق نظام الحصص النسبية و/أو التمويل المخصص أو المنح الدراسية المخصصة و/أو بدلات السفر. كما يمكن أن يتلقى أفراد الشعوب الأصلية التدريب المهني بهدف التقريب بين المرافق والخدمات والسلع السائدة، والمجتمعات المحلية للشعوب الأصلية. وينبغي أن تُتوخى في هذا التدريب مراعاة معارف الشعوب الأصلية وممارساتها الطبية وتلك المتصلة بالصحة وعدم التحيز ضدها.

٤٦ - كما ينبغي للدول تعزيز الصحة بتقديم معلومات ملائمة ثقافياً عن أنماط الحياة الصحية والتغذية الصحية، والأمراض والأدواء (بما في ذلك الأمراض العقلية)، والممارسات التقليدية الضارة، وتوفير الخدمات. وينبغي أن تقدّم المعلومات بلغة المريض وأن تُستحدث آليات إعلامية تتضمن توافر أساليب الاتصال غير الشفوية، فضلاً عن مراعاة المعتقدات والممارسات الثقافية. ففي بعض المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية، لا يزال الخوض في بعض القضايا، كفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والصحة الجنسية والإنجابية، مُحرّماً، ولذلك، فإن تعاون الدول مع منظمات الشعوب الأصلية مسألة حيوية لتنفيذ حملات توعية ملائمة ثقافياً في أوساط بين هذه المجتمعات.

٤٧ - ويمكن للفوائد الروحية والطبية الحيوية التي تنطوي عليها الممارسات التقليدية للرعاية الصحية والأدوية التقليدية أن تعزز صحة الشعوب الأصلية وتحسّنها وتحفّز اتصال الأفراد غير المعافين بنظم الرعاية الصحية، لتيسر بذلك إمكانية حصولهم على الرعاية. بدلاً من تمييز هذه الممارسات والأدوية وقمع انتشارهما، ينبغي للدول أن تنظر في إدماجهما في أنشطتها المتعلقة بالتخطيط وتعزيز الصحيين.

٤٨ - وينبغي دعم الشعوب الأصلية في اعتماد خيارات مستنيرة بشأن صحتها، وذلك بتزويدها بالمعلومات واتخاذ الدول تدابير ترمي إلى تيسير اعتماد الخيارات الصحية، ومنها ممارسة النشاط البدني. وينبغي للدول أن تروج الأنظمة الغذائية الصحية والتقليدية في أوساط الشعوب الأصلية بحماية ممارساتها الزراعية التقليدية، وإطلاق حملات تثقيفية، وتوفير الأغذية الصحية مباشرة أو تقديم إعانات اقتصادية للحصول عليها، عند الاقتضاء، ولا سيما في المناطق الريفية أو النائية حيث كثيراً ما تكون الأغذية المصنّعة أو المغلفة أسهل توفراً وأيسر تكلفة للشعوب الأصلية.

خامساً - أطفال وشباب الشعوب الأصلية والحق في الصحة

٤٩ - إلى جانب العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وإعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية، تُلزم المادة ٢٤ من اتفاقية حقوق الطفل الدول باتخاذ تدابير مناسبة لضمان بلوغ الأطفال أعلى مستوى ممكن من الصحة. وقد أشارت لجنة حقوق الطفل، في تعليقها العام رقم ١١ (٢٠٠٩)، بشأن أطفال الشعوب الأصلية وحقوقهم بموجب الاتفاقية، إلى أن أطفال الشعوب الأصلية كثيراً ما يعانون من حالة صحية أسوأ من حالة أطفال الشعوب غير الأصلية نظراً إلى تردّي الخدمات الصحية المتاحة لهم وعدم إمكانية حصولهم عليها، وإلى أنه قد يلزم اتخاذ تدابير إيجابية للقضاء على الأوضاع المسببة للتمييز وضمان المساواة في التمتع بالحقوق المكفولة بموجب الاتفاقية. وحثّت اللجنة الدول على النظر في تنفيذ تدابير خاصة لضمان عدم التمييز ضد أطفال الشعوب الأصلية وقدرتهم على الحفاظ على هويتهم الثقافية، وأشارت اللجنة إلى أن على الدول الأطراف واجباً حتمياً، ألا وهو ضمان حصول أطفال الشعوب الأصلية على الخدمات الصحية على قدم المساواة مع سائر الأطفال ومكافحة سوء التغذية، وكذلك الأوضاع المسببة لوفيات الرضع والأطفال والوفيات النفاسية. وفي تعليق اللجنة العام رقم ١٥ (٢٠١٣) بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، فسّرت اللجنة حق جميع الأطفال في الصحة بأنه يشمل حقهم في النمو والتنمية حتى يبلغوا كامل قدراتهم وفي العيش في ظل أحوال تمكّنهم من بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة وذلك بتنفيذ الدول برامج تتناول المحدّثات الأساسية للصحة.

٥٠ - ومما يؤسف له استمرار وجود تفاوتات مُقلقة جداً في مؤشرات صحة الطفل بين السكان الأصليين وغير الأصليين في شتى أنحاء العالم. فلا تزال معدلات وفيات الرضع في مجموعات الشعوب الأصلية أعلى بكثير منها لدى نظيراتها في المجتمعات الرئيسية^(٢٧). وقد يكون نساء وأطفال الشعوب الأصلية عُرضة للعنف والإصابة بسوء التغذية والأنيميا والملاريا^(٢٨). ويُعزى بعض هذه التفاوتات إلى فوارق في المحدّثات الاجتماعية للصحة. إذ يعيش عدد كبير بقدر غير متناسب من أطفال الشعوب الأصلية في حالة فقر (التعليق العام رقم ١١)

(٢٧) إيان أنديرسون وآخرون (انظر الحاشية ١٢).

(٢٨) تقرير مقدم من شبكة نساء الشعوب الأصلية، بالهند.

وفي مناطق نائية، بإمكانية محدودة للحصول على الرعاية الصحية وفرص التعليم الجيد والمشاركة وللالتحاق إلى القضاء (انظر E/C.19/2005/2، المرفق الثالث).

٥١ - ولا تزال الشعوب الأصلية تتعرض لصدمات نفسية عبر أجيالها جزاء انتزاع أطفالها من كنف أسرهم وإلحاقهم بمدارس داخلية. فلهايتين الممارستين آثار بالغة على صحة الطفل تشمل الإصابة بأمراض عقلية، والتعرض للاعتداء البدني والجنسي، وإيذاء النفس والانتحار، وإدمان المخدرات أو الكحول. وقد ثبت وجود علاقة بين آثار هاتين الممارستين على مختلف الأجيال وبين الانتحار^(٢٩) والتعرض للاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة^(٣٠).

٥٢ - كما أن أطفال وشباب الشعوب الأصلية عرضة، إلى حد بعيد، لانتهاكات حقوق الإنسان نظراً إلى أعمارهم والطابع المتداخل للتمييز الذي تتعرض له الشعوب الأصلية. فلم يُعترف تاريخياً بالأطفال والشباب كأصحاب حقوق، وينطبق ذلك خصوصاً على أطفال الشعوب الأصلية الذين كثيراً ما يُجرمون من حقوقهم الأساسية المتعلقة بأسرهم ومجتمعاتهم المحلية وهوياتهم. وقد أدى أثر الصدمات النفسية الناشئة عبر أجيال الشعوب الأصلية، مقتزناً بعدم التقدم في أعمال حقوقها الإنسانية، إلى تعرض العديد من أطفالها إلى تجارب حياتية مبكرة وصادمة لا حصر لها، ما عرضهم لخطر اعتلال الصحة، والإصابة بأمراض عقلية، والانتحار والتعرض لإجراءات نظام القضاء الجنائي^(٣١).

٥٣ - وكثيراً ما يجد شباب الشعوب الأصلية أنفسهم محاصرين بين لغاتهم وعاداتهم وقيمهم الأصلية من جهة ولغات المجتمع الأكبر وعاداته وقيمه، من جهة ثانية. وهم غالباً ما يرتحلون من مجتمعاتهم المحلية التقليدية إلى المناطق الحضرية بحثاً عن المزيد من فرص العمل والتعليم ويتعرضون في ذلك لمزيد من المخاطر الصحية. فهؤلاء الشباب لا يعانون من معدلات بطالة أعلى من مثيلاتها في صفوف نظرائهم من شباب الشعوب غير الأصلية فحسب، بل هم أيضاً عرضة للاكتئاب وتعاطي المواد المخدرة وغير ذلك من النتائج الخطيرة على الصحة المترتبة على غياب الدعم الاجتماعي القوي وممارسة التمييز.

٥٤ - وإضافة إلى الصعوبات التي تواجهها الشعوب الأصلية فيما يتعلق بإمكانية الحصول على خدمات صحية مناسبة وجيدة، يواجه أطفال هذه الشعوب وشبابها ثلاث مشاكل رئيسية تُناقم حالة حرمانهم الاجتماعي والاقتصادي، وهي تتعلق بالتعليم، ووحدة الأسرة والمجتمعات المحلية، والصحة العقلية.

(٢٩) زهرة رحمن، عرض مقدم إلى حلقة الخبراء الدراسية المتعلقة بالشعوب الأصلية والحق في الصحة.

(٣٠) غريغوري كوروسكو، عرض مقدم إلى حلقة الخبراء الدراسية المتعلقة بالشعوب الأصلية والحق في الصحة.

(٣١) Hannah McGlade, *Our Greatest Challenge: Aboriginal Children and Human Rights* (Canberra, Aboriginal Studies Press, 2013).

التعليم

٥٥- يشكل التعليم أحد المحددات الأساسية لصحة الشعوب الأصلية. ومن المؤلف ارتفاع معدلات الأمية لدى هذه الشعوب (CERD/C/EDU/CO/20-22)، في حين أن احتمال التحاق أطفالها بالمدرسة يقل بكثير عن مثيله لدى أطفال الشعوب غير الأصلية، وهو ما يسهم في إضعاف صحة أطفال الشعوب الأصلية بسبب انخفاض مستوى محو أميتهم في مجال الصحة وخسارتهم المنافع الكثيرة وغير المباشرة لارتفاع مستوى التحصيل الدراسي. ويرتبط انخفاض مستوى التحصيل الدراسي "ارتباطاً لا ينفصم" بظاهري التشرد وفرط نسبة الأفراد المنتمين إلى الشعوب الأصلية داخل نظام السجون^(٣٢). وكثيراً ما يكون انخفاض مستوى المشاركة في التعليم الرسمي ناجماً عن مزيج من عدم توفر فرصه وعدم إمكانية الحصول عليه وعدم مقبوليته وعدم جودته. وحتى في حال تمكن البنين والبنات المنتمين إلى الشعوب الأصلية من الحصول على الخدمات التعليمية، فهم يسجلون معدلات إتمام دراسي مغايرة. فعلى سبيل المثال، تنقطع عن الدراسة نسبة ٨٩ في المائة من بنات الشعوب الأصلية المتراوحة أعمارهن بين الثانية عشرة والسادسة عشرة في بيرو (انظر A/HRC/29/40/Add.2، الفقرة ٦٨).

٥٦- وينبغي للدول بذل المزيد من الجهد من أجل جبر الضرر الناجم عن هذه الانتهاكات للحقوق الصحية. فالاستثمار في التنمية المبكرة لأطفال الشعوب الأصلية بتعليمهم وتقديم الدعم إلى أسرهم (في مجال التربية، مثلاً) وهو سيلة بالغة الفعالية في الحد من أوجه الإجحاف في مجال الصحة. كما ينبغي للدول التعاون على ضمان تنفيذ أنشطة فعالة في هذا الصدد؛ فعلى سبيل المثال، كُثفت الشراكات المعقودة بين الأسر والمرمضين لتطبيقها في المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية بعد أن ثبتت فعاليتها في الولايات المتحدة الأمريكية^(٣٣). وينبغي للدول أن توفر المرافق التعليمية في المرحلتين الأساسية والثانوية وتتيح إمكانية الوصول إليها بسبل منها البرامج الإذاعية وبرامج التعليم عن بُعد أو بإنشاء مدارس نموذجية للشعوب الأصلية البدوية (التعليق العام رقم ١١).

وحدة الأسرة والمجتمع المحلي

٥٧- لا يمكن الاستهانة بأهمية المحيط الأسري والمجتمعي الصحي لأطفال الشعوب الأصلية. فالأسرة والمجتمع المحلي، كشبكتين للدعم، يوفران للطفل منافع صحية بدنية وعقلية واجتماعية ويساعدان في كسر الحلقات المستحكمة من الحرمان المتواصل عبر الأجيال وفي بناء القدرة على المواجهة والمقدرة. وقد أشارت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، في تعليقها العام رقم ١١، إلى أن الحفاظ على مصالح الطفل الفضلى وعلى وحدة الأسرة لدى الشعوب الأصلية ينبغي أن يكون أحد الاعتبارات الرئيسية التي تُراعى عند استحداث برامج الصحة

(٣٢) تقرير مقدم من بريندا غرّ من جامعة مانيتوبا بكندا.

(٣٣) تقرير مقدم من أستراليا.

وغيرها. لكن مع الأسف، لا يزال أطفال الشعوب الأصلية يُنتزعون من منازلهم بمعدل أعلى بكثير من المعدل الذي يسجله نظراؤهم من الشعوب غير الأصلية، وهو ما قد يسبب إصابة الفرد بصدمات نفسية شديدة في مرحلة الطفولة. وفضلاً عن ذلك، فأطفال الشعوب الأصلية المودعون تحت رعاية الدولة عُرضة للاعتداء عليهم. وينبغي للدول أن تمنع اتخاذ أي إجراءات تُحرم أفراد الشعوب الأصلية، بمن فيهم الأطفال، من هوياتهم العرقية، كإياداعهم في مؤسسات الرعاية البديلة، وأن تجبر الضرر الواقع عليهم في حال اتخاذ مثل هذه الإجراءات.

الصحة العقلية

٥٨- يشكل ارتفاع معدل انتشار الأمراض العقلية والانتحار فيما بين الشعوب الأصلية ظاهرة مقلقة جداً، ولا سيما فيما بين شبابها. ويوجد العديد من عوامل الحماية من الانتحار واستراتيجيات الوقاية منه، كالانتماءات الثقافية القوية (A/HRC/21/53). وقد انتهى أحد الاستعراضات المنهجية لهذه العوامل والاستراتيجيات إلى أن استراتيجيات الوقاية من الانتحار القائمة على عمل المدرسة قد حذت من حالات الاكتئاب والشعور بالعجز لدى الطلاب وأن التدريب على أداء مهمة 'حارس البوابة' (أي تعليم فئات محددة من المجتمعات المحلية كيفية التعرف على الأفراد المعرضين لخطر الانتحار وكيفية دعمهم) قد رفع مستوى المعرفة والقدرة اللازمتين لمساعدة الأشخاص المعرضين لخطر الانتحار. ويمكن أيضاً أن تؤخذ في الاعتبار الاستراتيجيات الأخرى الفعالة في المجتمعات المحلية غير الأصلية، كإجراء الكشف عن المعرضين لخطر الانتحار^(٣٤).

٥٩- وينبغي أن تتقاسم المجتمعات المحلية فيما بينها المعلومات المتعلقة بأفضل ممارسات الوقاية من الأمراض العقلية والانتحار. وقد أثبتت الأبحاث التي أجريت في المنطقة القطبية أهمية الأنشطة والتقييمات القائمة على المجتمعات المحلية والمسترشدة بالثقافات، التي يمكن استخدامها في مناطق أخرى^(٣٥). وتساعد مشاريع التنسيق الإقليمية، كمشروع 'الشمس المشرقة' (Rising Sun) الذي تولى تيسير تنفيذه مجلس المنطقة القطبية الشمالية، في تقاسم البيانات ومضاهاة الأنشطة^(٣٦). وأخيراً، ينبغي تفصي مبادرات جديدة واعدة كبرنامج 'الكشافة الصحية' بالفلبين الذي يقود فيه الأطفال عملية التدريب على بناء القدرة على المجابهة^(٣٧).

(٣٤) Anton Clifford, Christopher Doran and Komla Tsey, "A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand", *BMC Public Health*, vol. 13 (2013).

(٣٥) Jennifer Redvers and others, "A scoping review of indigenous suicide prevention in circumpolar regions", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 74 (2015).

(٣٦) تقرير مقدم من مجلس الإنويت القطبي.

(٣٧) بينيلوبيه دوموغو، عرض مقدم إلى حلقة الخبراء الدراسية المتعلقة بالشعوب الأصلية والحق في الصحة.

سادساً- الحقوق الصحية لفئتين رئيسيتين من الشعوب الأصلية

ألف- صحة المرأة

٦٠- تتعرض نساء الشعوب الأصلية إلى مجموعة واسعة ومتعددة الأوجه ومعقدة من انتهاكات حقوق الإنسان التي يُفاقم كل منها الآخر (A/HRC/30/41)، والتي كثيراً ما تشمل انتهاكات لحقوقهن الصحية تتجاوز حد الحرمان من إمكانية الحصول على الخدمات الطبية.

٦١- فأولاً، تواجه نساء الشعوب الأصلية حواجز عديدة أمام حماية صحتهم الجنسية والإنجابية وإعمال حقوقهن المتصلة بها. فعدم توفر خدمات الرعاية الصحية لهن وعدم إمكانية حصولهن عليها وعدم مقبوليتها، فضلاً عن محدودية إمكانية حصولهن على رعاية جيدة، هي عوامل تسهم على نحو غير متناسب في ارتفاع معدلات الوفيات النفاسية وحمل المراهقات في صفوفهن وارتفاع معدلات إصابتهن بالأمراض المنقولة جنسياً وانخفاض معدلات استخدامهن لوسائل منع الحمل، إذ غالباً ما تُستبعد نساء الشعوب الأصلية من الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية. كما يمكن أن يُعزى ارتفاع معدلات حمل المراهقات المنتميات إلى الشعوب الأصلية إلى بعض الأسباب الهيكلية كنقص تعليم البنات والزواج بالإكراه.

٦٢- ثانياً، تعاني نساء الشعوب الأصلية باستمرار من ارتفاع معدلات اعتلال صحة الأمهات. فمعدلات الوفيات النفاسية لدى هؤلاء النساء أعلى على الدوام من مثيلاتها لدى نساء الشعوب غير الأصلية^(٣٨). وكثيراً ما تتعرض نساء الشعوب الأصلية لخطر الإصابة بنقص التغذية والأنيميا وغيرها من أمراض نقص التغذية، وبأمراض كسكري الحمل، وكثيراً ما تقل أو تنعدم إمكانية حصولهن على الخدمات الأساسية للرعاية السابقة للولادة والرعاية أثناءها وبعدها^(٣٩).

٦٣- وأخيراً، لا تزال نساء الشعوب الأصلية وبناتها يتعرضان للعنف بمعدلات أعلى من مثيلاتها في صفوف عموم السكان. ووفقاً للمادة ٢٢(٢) من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية، ينبغي للدول أن تتخذ تدابير لضمان تمتع نساء الشعوب الأصلية بحماية كاملة من جميع أشكال العنف والتمييز. بيد أن نسبة ضحايا الاغتصاب والاعتداء وغيرهما من أشكال العنف من نساء الشعوب الأصلية لا تتناسب مع نسبة ضحايا أشكال العنف هذه من سائر النساء. وثمة عنصر قوي مشترك بين الأجيال في العديد من أشكال العنف الممارس ضد نساء الشعوب الأصلية، وهي تنجم عن التهميش وموارث الاستعمار التي تُجيز الاعتداء أو تمكّن منه^(٤٠). ومن الآثار التي تخلق ممارسة العنف ضد المرأة على صحتها وقوع أذى، والإصابة بأمراض منقولة جنسياً، والمعاناة من مشاكل أمراض النساء، والإصابة بأمراض

(٣٨) المرجع ذاته.

(٣٩) Michael Gracy and Malcolm King, "Indigenous health part 1: determinants and disease patterns", *The Lancet*, vol. 374, No. 9683 (July 2009).

(٤٠) إيلن غابرييل، عرض مقدم إلى حلقة الخبراء الدراسية المتعلقة بالشعوب الأصلية والحق في الصحة.

عقلية، وإدمان المواد المخدّرة. ويؤثر العنف ضد المرأة أيضاً على الأطفال المعرضين له، وتكون معدلات اعتلالهم ووفياتهم أعلى من مثيلاتها لدى سواها^(٤١).

٦٤- ويمكن التغلب على هذه التحديات بالشراكة مع الشعوب الأصلية. فعلى سبيل المثال، أسهمت أجنحة الحوامل في المستشفيات ودور الحوامل ودور الانتظار في المجتمعات المحلية في الحد من المخاطر المتصلة بالفترة المحيطة بالولادة في بيرو وغواتيمالا^(٤٢). وقد يسهم إشراك القابلات التقليديات في استخدام النُّهْج الحديثة لتقديم الرعاية الصحية وزيادة تدريبهن عليه في خفض معدلي اعتلال الأمهات والوفيات النفاسية. وينبغي للدول أن تنظر في فرص التعاون بين بلدان الجنوب في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، ولا سيما فيما يخص المعايير المشتركة بين الثقافات (E/2013/43-E/C.19/2013/25).

٦٥- ولا يزال معدل المواليد في العديد من المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية أعلى بكثير من المتوسط الوطني، وهو ما يعكس، في جزء منه، الأهمية التي تعلّقها هذه المجتمعات على الأمومة والإنجاب. وقد تصطدم هذه الآراء أحياناً بالمعتقدات السائدة على صعيد الطب الرئيسي فيما يتعلق، مثلاً، بممارسات التوليد ووسائل منع الحمل. إلا أن التنازع المتصوّر بين حقوق الشعوب الأصلية وحقوق المرأة وهمي في الغالب؛ فلطالما سعت العديد من الشعوب الأصلية إلى إلغاء القوانين أو الممارسات العرفية المنتهكة لحقوق المرأة، كالزواج بالإكراه والعنف المنزلي. وينبغي ألا تحظر الدول الممارسات التقليدية الأخرى أو المفضّلة لدى الشعوب الأصلية، بل ينبغي بدلاً من ذلك إجراء حوار مع هذه الشعوب على نحو يراعي ثقافتها بشأن المبادئ بين حالات الحمل واستخدام وسائل منع الحمل والتربية.

٦٦- ويجب أن تبذل الدول المزيد من الجهد من أجل التصدي لأعمال العنف القائم على أساس نوع الجنس. فكثيراً ما لا تُتاح لنساء الشعوب الأصلية وبناتها سبل انتصاف قانونية فعالة من هذه الأعمال. وفي بعض الولايات القضائية، يمارس بعض موظفي الدولة كأفراد الشرطة والقوات العسكرية وشبه العسكرية العنف ضد النساء. وفي مثل هذه الحالات، تتعرض النساء لانتهاك مزدوج؛ أولاً، لتعرضهن للعنف، وثانياً، لعدم إنصافهن من جانب الآلية نفسها التي مارست العنف ضدهن. ويجب على الدول اتخاذ خطوات لمنع هذا العنف وضمان أن تتوفر لجميع النساء آليات مقبولة لجبر الضرر الواقع عليهن جراء هذه الانتهاكات وأن تُتاح لهن جميعاً إمكانية الاستفادة منها.

(٤١) منظمة الصحة العالمية، "العنف الممارس ضد المرأة من قبل شريكها المعاشر والعنف الجنسي الممارس ضدها"، صحيفة الوقائع رقم ٢٣٩ (كانون الثاني/يناير ٢٠١٦). ويتاح الاطلاع عليها عبر الرابط التالي: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/ar/>

(٤٢) United Nations Population Fund and the Spanish Agency for International Development Cooperation, "Promoting equality, recognizing diversity: case stories in intercultural sexual and reproductive health among indigenous peoples" (Panama, August, 2010)

باء - صحة أفراد الشعوب الأصلية ذوي الإعاقة

٦٧- يسجل الأشخاص ذوو الإعاقة المنتمون إلى الشعوب الأصلية معدلات إعاقات أعلى من مثيلاتها لدى عموم السكان. وثمة حواجز مثل التمييز المتعدد الأشكال والفقر والحواجز النظامية والمادية والعنف تسهم في عدم تمتع هؤلاء الأشخاص بحقوقهم الإنسانية تمتعاً كاملاً. وتعترف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بالحقوق في الصحة (المادة ٢٥) وبالظروف الصعبة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة المعرضون لأشكال متعددة أو مستفحلة من التمييز، بمن فيهم المنتمون إلى الشعوب الأصلية (الديباجة).

٦٨- ويواجه أطفال الشعوب الأصلية ذوو الإعاقة حواجز مادية ونظمية وسلوكية تعترض أعمال حقهم في التعليم وفي الحصول على الخدمات وفي الاستفادة من برامج إعادة التأهيل المتصلة بالإعاقة. وفي أغلب الأحيان، يتعرض أطفال الشعوب الأصلية ذوو الإعاقة للتمييز والاعتداء والتحرش من جانب أقرانهم ومقدمي الرعاية لهم وأفراد مجتمعاتهم المحلية. وكثيراً ما تتلازم صفة الانتماء إلى شعب أصلي مع حالتي الإعاقة الذهنية والسَّجْن^(٤٣).

٦٩- وقد يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة المنتمون إلى الشعوب الأصلية لتأخر الاعتراف بجلتهم جزاء ممارسة العنصرية أو التمييز ضدهم، أو حتى للمبالغة في تشخيص إعاقاتهم الذهنية بسبب التحيز الثقافي ضدهم أثناء فحصهم^(٤٤). وفضلاً عن ذلك، قد يؤدي التمييز المؤسسي على أساس الإعاقة البدنية إلى حجب أدواء لم تُشخَّص يعاني منها الأشخاص المصابون بإعاقة، حيث إن إصابتهم بأي أعراض طبية غير طبيعية، تعزى إلى إعاقاتهم، لا إلى أمراض منفصلة^(٤٥). واحتمال حدوث ذلك كبير في صفوف أفراد الشعوب الأصلية نظراً إلى شيوع ما يواجهونه من مشاكل لغوية وغيرها من حواجز الاتصال وإلى عدم توعية المهنيين العاملين في قطاع الصحة. وينبغي أن يشمل مضمون المناهج التدريبية والدراسية ذات الصلة احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة المنتمين إلى الشعوب الأصلية من أجل توعية الممارسين.

٧٠- وكثيراً ما يُلزم أفراد الشعوب الأصلية المصابون بإعاقة والقاطنون في مناطق نائية بإعادة إثبات إعاقاتهم دورياً عن طريق المنظمات الطبية المركزية ليظلوا مستحقين لإعانة الإعاقة، الأمر الذي يشقّ عليهم. وينبغي للدول والجهات الفاعلة الأخرى الاعتراف بتعدد أعباء التمييز التي ينوء بها الأشخاص ذوو الإعاقة المنتمون إلى الشعوب الأصلية والتصدي لها.

(٤٣) Matthew Frize, Dianna Kenny and C.J. Lennings, "The relationship between intellectual disability, indigenous status and risk of reoffending in juvenile offenders on community orders", *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 52, No. 6 (June 2008).

(٤٤) المرجع ذاته.

(٤٥) تقرير مقدم من شبكة الأشخاص ذوي الإعاقة من الشعوب الأولى.

سابعاً- التحديات الراهنة المتعلقة بالشعوب الأصلية والحق في الصحة

ألف- الأمراض السارية وغير السارية

٧١- تعاني الشعوب الأصلية من ارتفاع غير متناسب في نسب إصابتها بأمراض مُعدية كفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا والسل ومن تزايد خطر إصابة أفرادها المرتحلين إلى المناطق الحضرية بفيروس نقص المناعة البشرية. وينبغي للدول الاعتراف بارتفاع نسبة جوارب المخاطر التي تتعرض لها الشعوب الأصلية عن نسبة تلك التي تتعرض لها نظيراتها غير الأصلية فيما يخص الإصابة بهذه الأمراض، وبتعدد أعباء التمييز التي تنوء بها الشعوب الأصلية بعد إصابتها بهذه الأمراض. وإضافة إلى ذلك، تعاني الشعوب الأصلية بقدر غير متناسب من أمراض استوائية "مُهملّة" كالتراخوما، وأمراض الدود المعوي، والداء العليقي، والجذام، وداء الأسطوانيات^(٤٦). وينبغي أن تنظر الدول في معالجة هذه الحالات على نطاق واسع أو جماعي بالتوافق متى وُجدت أدوية فعالة لها. ومن المهم أيضاً ألا يُحدّد تمويل أنشطة الصحة الخاصة بالشعوب الأصلية على أساس مستوى عافيتها، ولا سيما في المجتمعات المحلية المحرومة أصلاً. ففي الاتحاد الروسي، استُخدم تزايد نسبة الإصابة بالسل في المجتمعات المحلية الأصلية ككمياري لعدم الموافقة على منح الإعانات الاتحادية أو خفض قيمتها^(٤٧).

٧٢- وقد ارتفعت نسبة إصابة الشعوب الأصلية بالأمراض غير السارية ارتفاعاً هائلاً أيضاً، إذ تسجل ارتفاعاً غير متناسب في معدلات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية ومرض السكري. وترتبط هذه المعدلات المرتفعة بحجرة أفراد الشعوب الأصلية من المناطق الريفية إلى الحضرية، حيث تتغير أنماط حياتهم بسرعة لتشمل النظم الغذائية الحديثة المرتفعة السعرات الحرارية والدهون والملح^(٤٨). ففي الفلبين، مثلاً، أسهم تطور الممارسات الزراعية وتغير الأفضليات الغذائية في حدوث ارتفاع شديد في معدلات الإصابة بمرض السكري وأمراض الكلى وأمراض القلب والأوعية الدموية وارتفاع ضغط الدم والسرطان^(٤٩). وفضلاً عن ذلك، تدل البيانات العالمية على ارتفاع معدلات تناول الكحول والتدخين لدى أفراد الشعوب الأصلية، ولا سيما الرجال.

(٤٦) Peter Hotez, "Aboriginal populations and their neglected tropical diseases", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, vol. 8, No. 1 (January 2014).

(٤٧) الاتحاد الروسي، قانون الحكومة الاتحادية رقم ٢١٧ المؤرخ ١٠ آذار/مارس ٢٠٠٩ بشأن الموافقة على شروط توزيع الإعانات من الميزانية الاتحادية على كيانات الاتحاد الروسي لدعم التنمية الاقتصادية والاجتماعية للشعوب الأصلية في شمال الاتحاد الروسي وفي سيبيريا والشرق الأقصى الروسي.

(٤٨) مايكل غريسي ومالكوم كينغ (انظر الحاشية ٣٩).

(٤٩) بينيلوبه دوموغو، عرض مقدم إلى حلقة الخبراء الدراسية المتعلقة بالشعوب الأصلية والحق في الصحة.

٧٣- وينبغي للدول أن تتخذ خطوات محددة لمكافحة هذه العلة التي تترتب عليها أعباء هائلة على الشعوب الأصلية. وينبغي ضمان إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية، كالإنسولين ومضادات ارتفاع ضغط الدم، بتكلفة ميسورة، إذ قد يؤدي ارتفاع تكاليفها التي يتحملها المريض نفسه إلى تدهور سريع في حالته الصحية يمكن الوقاية منه. كما ينبغي النظر في تنفيذ مبادرات لتقديم الخدمات الدوائية عن بُعد أو الخدمات الصحية المتنقلة من أجل رصد الحالة الصحية لأفراد الشعوب الأصلية المصابين بأمراض مُزمنة القاطنين في مناطق نائية. وينبغي عدم الاستهانة بأهمية ممارسة التمارين والرياضة من حيث الوقاية من الأمراض غير السارية فضلاً عن الفوائد الصحية غير المباشرة لهذه الممارسة، كزيادة الاندماج في المجتمع والاعتداد بالنفس. ففي صفوف الشباب الأسترالي المنتمي إلى الشعوب الأصلية، مثلاً، توجد علاقة طردية بين المشاركة المبلّغ عنها ذاتياً في الأنشطة الرياضية ونتائجها الإيجابية على الصحة، بما في ذلك الصحة العقلية؛ فقد ثبت أن ممارسة الرياضة تردع جرائم الأحداث^(٥٠). ومن المشجع جدا مبادرة بعض الدول حالياً إلى دعم وترويج الأحداث المتصلة بالألعاب والرياضات التقليدية، كالألعاب العالمية للشعوب الأصلية^(٥١) التي نُظمت في عام ٢٠١٥، نظراً إلى دورها في الوقاية من الأمراض وتحسين مستوى التمتع بالعافية.

٧٤- ولتمتع الأشخاص المنتمين إلى الشعوب الأصلية بصحة مهنية جيدة أهمية بالغة أيضاً. فعلى سبيل المثال، تعاني بعض الشعوب الأصلية من مرض السحار السيليكي نتيجة لتردي مستوى النظافة الصحية المهنية في مصانع معالجة الأحجار، وتشكل هذه الصناعة أحد سبل الرزق التقليدية في بعض أقاليم الشعوب الأصلية في الاتحاد الروسي. وينبغي للدول حماية صحة أفراد الشعوب الأصلية العاملين في كل من الصناعات التقليدية والسائدة^(٥١).

باء- صحة البيئة وتغير المناخ والنزوح

٧٥- لطالما كان تردّي صحة البيئة أحد شواغل الشعوب الأصلية. وقد ألفت لجنة حقوق الطفل الضوء على أهمية صحة البيئة للطفل واعترفت بأن تغير البيئة يشكل تهديداً طارئاً جداً لصحة أطفال الشعوب الأصلية وأنماط حياتهم، مشيرةً إلى أنه ينبغي للدول أن تضع الشواغل المتصلة بصحة الطفل في صميم استراتيجياتها المتعلقة بالتنكيف مع تغير المناخ وتخفيف آثاره (التعليق العام رقم ١٥)؛ إذ تتعرض الفئات الضعيفة أصلاً لأسوأ آثار تغير المناخ (A/HRC/31/52). فعلى سبيل المثال، يسهم تغير المناخ حالياً، إلى حد كبير، في انعدام الأمن الغذائي لشعوب الإنويت في أرخبيل القطب الشمالي الكندي، إذ هددت الانحسارات الهائلة لأراضيها الثلجية المخصصة

(٥٠) تقرير مقدم من جماعة البقاء الثقافي (Cultural Survival).

(٥١) الوثيقة الختامية لحلقة الخبراء الدراسية المعقودة بعنوان: "Finno-Ugric peoples and sustainable development: health of indigenous peoples"، في ٢٥ و٢٦ أيار/مايو ٢٠١٦ في بيتروزافودسك بالاتحاد الروسي.

للنقص بقاء ممارساتها المتعلقة بالقنص والصيد^(٥٢). والاستعاضة عن مصادر الغذاء التقليدية هناك بالعناصر الغذائية السائدة مسألة باهظة التكلفة في مثل هذه الأماكن ولها مخاطرها الصحية.

٧٦- وقد تخلّ الأنشطة المتصلة بالتنمية التي تنفذها الدولة أو أطراف ثالثة، كالشركات المتعددة الجنسيات، أيضاً، بالمحددات الأساسية لصحة الشعوب الأصلية كالغذاء ومياه الشرب المأمونة وخدمات التصحاح. ويمكن أن يحدث ذلك جراء نزوح الشعوب الأصلية من أراضيها التقليدية أو جرّاء تلوث أراضيها ومياهها، وما يترتب على ذلك من تعديات على حقها في الصحة وحقوقها الأخرى، بما فيها الحق في الحياة^(٥٣). وقد يحدث التلوث أيضاً جراء استخدام مبيدات الآفات المحظورة في بعض الدول والتي تُصدّر، رغم ذلك، وتُستخدم في دول أخرى^(٥٤). ولعل من بين نتائج التنمية والعولمة نتيجة مثيرة للسخرة، ألا وهي كون الشعوب الأصلية على الدوام من أكثر الفئات عرضة لانعدام الأمن الغذائي والإصابة بسوء التغذية والأمراض المزمنة، رغم امتلاكها ثروة من المعارف التقليدية المتصلة بالعيش المستدام، الصحي، في إطار النظم البيئية الريفية. وسرعة التأثير هذه واقع تعيشه العديد من الشعوب الأصلية؛ فقد ثبت وجود علاقة سببية بين إصابتها بمرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية من جهة، والاستعمار ونزع ملكية أراضيها وأقاليمها ومواردها، من جهة ثانية^(٥٥).

٧٧- وينبغي بذل جهود من أجل تعزيز التعاون بين الشعوب الأصلية والشركات وتقليص أثر التنمية السلبى إلى أدنى حد ممكن، كما توضح بعض الأمثلة المستمدة من الاتحاد الروسي^(٥٦). كما أن تحديد حقوق الشعوب الأصلية في الأراضي والغابات والموارد البحرية وغيرها من الموارد الطبيعية مسألة حيوية للحفاظ على سبل رزقها ولرفاهها. وتعترف الصكوك القانونية الإقليمية أيضاً بأهمية الحفاظ على العلاقة بالأرض^(٥٧). فإن تُمكن الشعوب الأصلية من الاعتناء بأراضيها والحفاظ عليها، تنشأ حلقة حميدة أخرى؛ حيث تُستخدم الموارد الطبيعية على نحو يزيد من استدامتها وتتوافر فرص عمل وتحسن الحالة الصحية العامة للمجتمعات المحلية. فينبغي للشعوب الأصلية أن تُبقي سيطرتها على عملية صنع القرار فيما يتعلق بهذه الموارد ضماناً لكفاية أمنها الغذائي والتغذوي، وبخاصة في المجتمعات المحلية التي تعتمد على الموارد البحرية والبرية للبقاء على قيد الحياة (E/2005/43-E/C.19/2005/9).

(٥٢) شيلا فات - كلوتبير، عرض مقدم إلى حلقة الخبراء الدراسية المتعلقة بالشعوب الأصلية والحق في الصحة.

(٥٣) انظر، على سبيل المثال: *Xákmok Kásek Indigenous Community v. Paraguay*, Inter-American Court of Human Rights, 24 August 2010.

(٥٤) تقرير مقدم من المجلس الدولي لمعاهدات الهنود.

(٥٥) Royal Commission on Aboriginal Peoples, *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples: Volume 3 — Gathering Strength* (Ottawa, Canada Communication Group, 1996).

(٥٦) United Nations Development Programme, Russian Union of Industrialists and Entrepreneurs and Global Compact Network Russia “United Nations Global Compact Network Russia: corporate social responsibility practices”.

(٥٧) انظر اتفاقية الاتحاد الأفريقي لحماية ومساعدة النازحين داخلياً في أفريقيا، المادة ٤(٥).

النصيحة رقم ٩ المقدمة من آلية الخبراء بشأن الحق في الصحة والشعوب الأصلية

ألف - نصائح عامة

١- إن حق الشعوب الأصلية في الصحة مكترس في صكوك دولية ووطنية متعددة، كما أنه يشكل جزءاً مهماً من قانون حقوق الإنسان. ويتداخل هذا الحق مع حقوق أساسية عديدة مستحقة للشعوب الأصلية، منها الحق في تقرير المصير، وفي التنمية، والثقافة، والأرض، والأقاليم والموارد، واللغة، والبيئة الطبيعية.

٢- ومفاهيم الشعوب الأصلية للصحة واسعة وشاملة، إذ تشمل، إضافةً إلى الصحة البدنية، أبعاداً روحية وبيئية وثقافية واجتماعية. وقد أدى الإدماج الثقافي القسري للشعوب الأصلية، ونزع ملكيتها لأراضيها، واستخدام هذه الأراضي لأغراض الصناعات الاستخراجية، وتهميشها السياسي والاقتصادي، والفقر، وغير ذلك من موارث الاستعمار، إلى انعدام مراقبة صحة الفرد والجماعة وأخلّ بإعمال الحقوق الصحية للشعوب الأصلية.

٣- وتوضح الإحصاءات العالمية للصحة حالة الحرمان التي تقاسيها الشعوب الأصلية من حيث إمكانية حصولها على الرعاية الصحية الجيدة وعرضتها لمشاكل صحية كثيرة، بما فيها الإصابة بالأمراض السارية وغير السارية. ويواجه كل من نساء الشعوب الأصلية وشبابها وأفرادها ذوي الإعاقة تحديات خاصة في هذا المجال، منها ارتفاع معدلي الوفيات النفسانية والانتحار عن مثيليهما لدى نظرائهم من الشعوب غير الأصلية، ويتعرضون لأشكال من التمييز متعددة الأوجه.

باء - نصائح موجهة إلى الدول

٤- ينبغي للدول أن تعترف بحق الشعوب الأصلية في الصحة وتعزز حمايته بالتصديق على اتفاقية منظمة العمل الدولية لعام ١٩٨٩ (رقم ١٦٩)، بشأن الشعوب الأصلية والقبلية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والمعاهدات الأساسية الأخرى لحقوق الإنسان وإدماجها في قوانينها المحلية، وبتخاذ خطوات محددة لتنفيذ إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية.

٥- وينبغي للدول أن تعترف بالحق الأصيل للشعوب الأصلية في تقرير مستقبلها بنفسها، بما في ذلك من حيث مراقبة صحة أفرادها. وينبغي للدول أن تنظر في إبرام معاهدات مع الشعوب الأصلية، تكفل صراحةً صون حقها في تقرير المصير وحقها في الصحة، وأن تنفذ ما يقع على عاتقها من الالتزامات التعاهدية ذات الصلة.

٦- وتشكل الصحة مكوناً أساسياً من مكونات وجود الشعوب الأصلية وبقائها وحقوقها في الحياة بكرامة وحقوقها وفي تقرير مستقبلها بنفسها. ولذلك، ينبغي للدول أن تلتزم الموافقة الحرة والمسبقة والمستنيرة للشعوب الأصلية قبل تنفيذ أي قوانين أو سياسات أو برامج تمسّ صحتها أو حقوقها الصحية.

٧- وينبغي للدول أن تنفذ خططاً وطنية خاصة بصحة الشعوب الأصلية بمشاركة كاملة من قبل هذه الشعوب وبموافقتها الحرة والمسبقة والمستنيرة، أو أن تضع خططاً وطنية للصحة تشمل برامج وسياسات خاصة بالشعوب الأصلية أو أن تعدّل الخطط الوطنية القائمة المتعلقة بالصحة لتُدمج فيها مثل هذه البرامج والسياسات. كما ينبغي للدول أن تدمج الحق في الصحة في صلب خطط عمل وطنية لتنفيذ إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية.

٨- وينبغي للدول أيضاً أن تضمن إتاحة إمكانية وصول الشعوب الأصلية على نحو كامل إلى مرافق وخدمات الرعاية الصحية التي يُديرها القطاع العام، وكذلك إلى المرافق والسلع والخدمات المتصلة بالخدمات الأساسية للصحة كتوفر ما يكفي من مياه الشرب المأمونة والغذاء وخدمات الصرف الصحي. ومن الوسائل الحيوية لتحقيق هذا الهدف إقرار وتنفيذ قوانين شاملة لمكافحة التمييز وجمع بيانات مفصلة واستخدامها.

٩- وينبغي أن تلغي الدول القوانين والسياسات التي تسمح بممارسة العنف ضد الشعوب الأصلية أو تجيزه ولو ضمناً، وأن تتخذ خطوات للتصدي لأعمال العنف المرتكبة من جانب ممثلها (كالقوات المسلحة) وأطراف ثالثة. وينبغي أن تُحظر صراحةً ممارسة العنف في أوساط الرعاية الصحية، كالتعقيم القسري وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وكذلك التمييز ضد المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية من أفراد الشعوب الأصلية.

١٠- وينبغي للدول ألا تعرّض صحة بيئات الشعوب الأصلية للخطر بطرق منها تلويث الهواء أو المياه والتربة بفعل أنشطة المرافق المملوكة للدولة أو أي أنشطة أخرى. كما ينبغي للدول أن تتخذ خطوات لحماية الشعوب الأصلية من أي أضرار بيئية تتسبب في وقوعها أطراف ثالثة (كالشركات الخاصة) بتقليل أثر الصناعات الاستخراجية بصفة خاصة على الصحة البدنية والعقلية للشعوب الأصلية إلى أدنى حد ممكن، عن طريق اتخاذ تدابير تشريعية وعملية.

١١- وينبغي السماح للشعوب الأصلية بتحديد هوياتها الذاتية كقنات متميزة عن غيرها داخل الدول وينبغي للدول أن تتخذ تدابير إيجابية لضمان جمع بيانات مفصلة عن الشعوب الأصلية. وينبغي للدول أيضاً أن تيسر إمكانية حصول هذه الشعوب على خدمات الرعاية الصحية بتحسين عمليات تسجيل المواليد وبإلغاء وجوب تسجيل المواليد كشرط مسبق للحصول على خدمات الرعاية الصحية.

١٢- وينبغي للدول أن تتخذ خطوات لدعم الحفاظ على ثقافات الشعوب الأصلية وحماية هذه الشعوب من استيلاء أطراف ثالثة على معارفها وأدويتها الطبية وممارساتها التقليدية الأخرى وتحويلها إلى سلع. وينبغي السماح للشعوب الأصلية بممارسة الطب التقليدي والتمتع بمنافعه،

لكن ينبغي العمل، بالشراكة مع هذه الشعوب، على القضاء على الممارسات الضارة المتعدّية على حقوق أخرى، كممارسة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

١٣- كما ينبغي للدول أن توفر للشعوب الأصلية موارد كافية لتيسير إنشاء وإدارة مبادراتها الخاصة بها في مجال الرعاية الصحية أو أن توفر لها مباشرة، في حال عدم وجود خدمات خاضعة لرقابة هذه الشعوب، برامج وأنشطة في هذا المجال بوسائل منها تنفيذ ما يلزم من التدابير الخاصة لإعمال حقوقها الصحية إعمالاً تاماً.

١٤- وينبغي للدول أن تضمن للشعوب الأصلية البدوية وتلك التي تعيش في مناطق نائية، وفي مناطق متضررة بنزاعات، وللأشخاص المحتجزين المنتمين إلى الشعوب الأصلية، إمكانية حصولهم على خدمات جيدة للرعاية الصحية، بما فيها خدمات الرعاية الوقائية، بوسائل منها العيادات المتنقلة والخدمات الدوائية التي تُقدّم عن بُعد وتكنولوجيات المعلومات والاتصالات.

١٥- وينبغي للدول أيضاً أن تكفل توفر خدمات الترجمة الشفوية للمرضى المنتمين إلى الشعوب الأصلية ضماناً لكفاية مستوى التواصل في أوساط الرعاية الصحية. كما ينبغي للدول، اعترافاً منها بدور اللغة في عملية العلاج، أن تعزز استخدام لغات الشعوب الأصلية في هذه الأوساط.

١٦- وينبغي للدول أن تتخذ خطوات لتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية المنتمين إلى الشعوب الأصلية واعتماد الممارسين في مجال الصحة المنتمين إلى هذه الشعوب وضمّهم إلى نظم الرعاية الصحية. وينبغي للدول أيضاً أن تحسّن مناهج التدريب في مجال الرعاية الصحية لتدريب العاملين في هذا المجال على تقديم خدمات ملائمة ثقافياً، وأن تستحدث برامج وخدمات لتوعية الممارسين في مجال الصحة فيما يتعلق بعلاج الأشخاص المنتمين إلى الشعوب الأصلية والتعامل معهم.

١٧- وينبغي أن تُعدّ الشعوب الأصلية وتنشر، بالشراكة مع الدول، أدوات ومعلومات لتعزيز الصحة ملائمة ثقافياً من أجل الوقاية من الأمراض السارية وغير السارية. وينبغي تخصيص موارد كافية ليتسنى تصميم برامج إعلامية عن أنماط الحياة الصحية وينبغي للدول أن تضع استراتيجيات محددة للوقاية من الأمراض السارية وغير السارية بالشراكة مع الشعوب الأصلية وبموافقتها الحرة والمسبقة والمستنيرة.

١٨- وينبغي للدول أن تنفذ تشريعات وسياسات وبرامج تدعم الشعوب الأصلية في اعتماد خيارات مستنيرة بشأن صحتها وتشمل مبادرات لتحسين خياراتها بشأن المحددات الأساسية للصحة، كالغذاء الصحي والنشاط البدني.

١٩- وينبغي أن تولي الدول الأولوية لانتخاب مبادرات تعليمية خاصة بالشعوب الأصلية نظراً إلى قوة العلاقة المباشرة وغير المباشرة بين الصحة ومستوى التحصيل الدراسي. وينبغي للدول أن تضمن إمكانية حصول كل من أطفال الشعوب الأصلية على فرص التعليم الأساسي والثانوي وإمكانية حصول جميع أفراد الشعوب الأصلية على الموارد التعليمية المتصلة بالصحة.

٢٠- وينبغي أن تواصل الدول استقصاء ظاهرة ارتفاع معدل انتزاع أطفال الشعوب الأصلية من كنف أسرهم ومجتمعاتهم المحلية على الصعيد العالمي، والآثار الصحية بعيدة المدى للصددمات النفسية الناجمة عبر الأجيال عن ممارسة الانتزاع هذه وعن إيداع الأطفال في المدارس الداخلية ومرافق الرعاية الأخرى. وينبغي أن تُتخذ خطوات للحفاظ على وحدة الأسرة لدى الشعوب الأصلية وفقاً لحقوق الطفل وضمان حصول جميع الأشخاص المنتمين إلى الشعوب الأصلية المصابين بهذه الصدمات النفسية على خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية اللازمة للتصدي لأي آثار مرضية قد تترتب على هذه الصدمات كالإصابة بأمراض عقلية.

٢١- ويجب أن تتخذ الدول، بالتعاون مع الشعوب الأصلية، خطوات فورية لخفض معدل انتحار أفراد الشعوب الأصلية المرتفع عالمياً، ولا سيما في صفوف الأطفال والشباب. وينبغي أن تُنفذ في المجتمعات المحلية المعرضة بنسبة مرتفعة لهذا الخطر تدابير وقائية مُثبتة الجدوى، وأن تخصص موارد كافية لإجراء تحسينات حقيقية في حالة الصحة العقلية لأفراد الشعوب الأصلية.

٢٢- وينبغي للدول أن توفر موارد ومواد لتوفير الرعاية الصحية الملائمة ثقافياً إلى النساء، وبخاصة فيما يتعلق بصحة الأمهات والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

٢٣- كما ينبغي للدول أن تضمن حماية النساء من التعرض للعنف بإفناذ القوانين الجنائية والاستفادة من الآليات القضائية الخاصة بالشعوب الأصلية. وينبغي للدول أيضاً أن تقدم إلى النساء اللاتي يتعرضن للعنف خدمات وموارد لدعمهن، تشمل تقديم الموارد المالية عند الاقتضاء.

٢٤- وينبغي للدول أن تتخذ خطوات لمكافحة التمييز ضد أفراد الشعوب الأصلية ذوي الإعاقة بتنفيذ تشريعات وسياسات وبرامج تهدف إلى ذلك واستحداث آليات لحماية هؤلاء الأشخاص من انتهاك أطراف ثالثة لحقوقهم. كما ينبغي للدول أن توفر خدمات (علاجية وغيرها) ملائمة ثقافياً، مع مراعاة احتياجات الشعوب الأصلية من حيث تحديد الإعاقة وكيفية التعامل معها.

٢٥- وينبغي للدول أن تروج ممارسة الألعاب والرياضات التقليدية للشعوب الأصلية، بطرق منها، مثلاً، الألعاب العالمية للشعوب الأصلية.

٢٦- ويلزم أن تعترف الدول قانونياً بحق الشعوب الأصلية في أراضيها وأقاليمها ومواردها وأن تحميه بموجب القانون، بإقرار قوانين وسياسات مناسبة، بالنظر إلى صلة هذا الحق الأصلية بالحق في الصحة والحق في الغذاء.

٢٧- وينبغي للدول أن تضع خططاً محددة لتنفيذ أحكام اتفاق باريس، والتخفيف من الآثار الضارة لتغير المناخ، وتكييف عمليات التخطيط التي تضطلع بها في قطاع الصحة من أجل التأهب لمواجهة آثار تغير المناخ المتصلة بالصحة والمضرة بالشعوب الأصلية بصورة غير متناسبة.

٢٨- وينبغي للدول أيضاً أن تضمن وجود آليات ملائمة لجبر الضرر والانتصاف في حالات التعدي على الحقوق الصحية، بما فيها الحقوق التعاهدية، إما عن طريق النظم القضائية الرئيسية أو النظم القضائية الخاصة بالشعوب الأصلية. وقد تكون للنظم القضائية الخاصة بالشعوب الأصلية بعض الميزات فيما يخص البتّ في الشكاوى المتعلقة بانتهاكات الحقوق الصحية.

جيم- نصائح موجهة إلى الشعوب الأصلية

- ٢٩- ينبغي للشعوب الأصلية أن تعزز جهود الدعوة إلى الاعتراف بحقوقها الصحية وحقتها في تقرير المصير، بهدف استحداث مرافق وخدمات للرعاية الصحية ممولة بإنصاف وخاضعة لرقابة المجتمعات المحلية الأصلية تتميز بتوفرها وإمكانية الوصول إليها ومقبوليتها وجودتها.
- ٣٠- وينبغي للشعوب الأصلية أن تواصل الدعوة إلى تناسب تمثيلها ومشاركتها الحقيقية في اتخاذ القرارات السياساتية المتعلقة بالرعاية الصحية وأن تواصل دفع الدول إلى ضمان الحصول على موافقتها الحرة والمسبقة والمستنيرة قبل تنفيذ القوانين والسياسات والمشاريع التي تمسها.
- ٣١- ويمكن أن تتخذ الشعوب الأصلية تدابير لحماية الطب التقليدي والممارسات المقترنة به وتعزيزهما، تشمل الدعوة إلى اعتراف الدول بحق هذه الشعوب في الحصول على حماية كاملة بموجب بروتوكول ناغويا بشأن الحصول على الموارد الجينية والتقاسم العادل والمنصف للمنافع الناشئة عن استخدامها، وهو البروتوكول الملحق باتفاقية التنوع البيولوجي، وإلى دمج العلاج التقليدي والممارسات الطبية التقليدية في الخدمات السائدة للرعاية الصحية.
- ٣٢- وينبغي للشعوب الأصلية أن تضمن اتخاذ خطوات في مجتمعاتها المحلية لحماية الأطفال والشباب من الممارسات التي لها آثار سلبية على الصحة، بما فيها إساءة استخدام الكحول والعقاقير، وأن تعمل مع الدول من أجل معالجة هذه القضايا.

دال- نصائح موجهة إلى المنظمات الدولية

- ٣٣- بينما تعترف آلية الخبراء بالأعمال التي اضطلعت بها منظمة الصحة للبلدان الأمريكية في هذا المجال، فإنها تقترح أن تنظر منظمة الصحة العالمية في تعيين منسق عالمي يُعنى بالقضايا المتصلة بصحة الشعوب الأصلية ليعالج على نحو أفضل الشواغل الملحة التي تثار على الصعيد العالمي بشأن أعمال الحقوق الصحية للشعوب الأصلية.
- ٣٤- وينبغي للأمم المتحدة ووكالاتها والمنظمات الدولية الأخرى أن تشدد على أهمية تقديم خدمات الصحة العقلية إلى الشعوب الأصلية وأن تتخذ خطوات للتصدي لحالات الانتحار في صفوف أفراد هذه الشعوب، ولا سيما أطفالها وشبابها. كما ينبغي لمنظمة الصحة العالمية أن تنسق إجراء المزيد من الأبحاث عن ظاهرة انتحار الشباب. وينبغي للمنظمات المذكورة أعلاه أن تتقاسم المعلومات وتدعم المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية في معالجة هذه القضية.
- ٣٥- وينبغي لصندوق الأمم المتحدة للسكان أن يأخذ في اعتباره حقوق الشعوب الأصلية، ولا سيما حقوق نساها وشبابها، في عمليات التخطيط التي يضطلع بها، نظراً إلى عدم تناسب عبء الاعتلال والوفيات الذي تنوء به نساء الشعوب الأصلية ووجود ثغرات في مجال أعمال حقوقهن المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية.

٣٦- وينبغي لمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي والمنظمات الدولية الأخرى أن تجري أبحاثاً عن أفضل الممارسات المتعلقة بالرعاية الصحية الخاضعة لرقابة المجتمعات المحلية، وتنشر معلومات عن هذه الممارسات، من أجل الترويج لاعتمادها.

٣٧- كما ينبغي للوكالات المتعددة الأطراف والكيانات الأخرى، بالاشتراك مع الدول، أن تستثمر المزيد من الموارد في إجراء أبحاث لاكتشاف علاجات جديدة وميسورة التكلفة للأمراض الاستوائية المهملة التي تعاني منها الشعوب الأصلية بقدر غير متناسب وفي تطوير هذه العلاجات.

٣٨- وينبغي لمنظمة الصحة العالمية وغيرها من وكالات الأمم المتحدة أن تعمل مع الشعوب الأصلية من أجل وضع مبادئ توجيهية للسياسات العامة فيما يتعلق بإدماج المعارف التقليدية للشعوب الأصلية في النظم الوطنية للرعاية الصحية، بسبل الاعتراف بأفضل ممارسات هذه الشعوب في مجال الصحة.