الأمم المتحدة

E/C.19/2014/8

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

Distr.: General
3 March 2014
Arabic
Original: English

المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية

الدورة الثالثة عشرة

نيويورك، ١٢-٢٣ أيار/مايو ٢٠١٤

البند ٧ من جدول الأعمال المؤقت*

الأولويات والمواضيع الجارية ومتابعتها

تقرير الفريق العامل الدولي عن موضوع "الصحة الجنسية والحقوق الإنجابية: المواد ٢١ و ٢٢ (١) و ٢٣ و ٢٤ من إعلان الأمم المتحدة المتعلق بحقوق الشعوب الأصلية"

مذكرة من الأمانة العامة

موجز

يقدم هذا التقرير لمحة عامة عن المسائل التي نوقشت في اجتماع فريق الخبراء الدولي بشأن موضوع "الصحة الجنسية والحقوق الإنجابية: المواد ٢١ و ٢٢ (١) و ٢٣ و ٢٤ من إعلان الأمم المتحدة المتعلق بحقوق الشعوب الأصلية" المعقود في الفترة من ١٥ إلى ١٧ كانون الثاني/يناير ٢٠١٤ في مقر الأمم المتحدة. ويركز على الاستنتاجات والتوصيات الصادرة عن اجتماع فريق الخبراء التي دعت، في جملة أمور، إلى زيادة التركيز على توفير الرعاية الصحية على نحو يراعي تعدد الثقافات ويستجيب لمفهوم الشعوب الأصلية عن الصحة والمرض، والمعارف والممارسات الطبية التقليدية ويشارك فيها، بالإضافة إلى وضع إطار مفاهيمي يربط بين مناحي الحياة البيولوجية والروحية والعاطفية.

* E/C.19/2014/1.

180314 140314 14-25183X (A)

الرجاء إعادة استعمال الورق

أولا – مقدمة

١ – أوصى المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية، في دورته الثانية عشرة، بأن يأذن المجلس الاقتصادي والاجتماعي بعقد اجتماع لفريق خبراء دولي لمدة ثلاثة أيام بشأن موضوع ”الصحة الجنسية والحقوق الإنجابية: المواد ٢١ و ٢٢ (١) و ٢٣ و ٢٤ من إعلان الأمم المتحدة المتعلق بحقوق الشعوب الأصلية“. وفي ٧ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣، قرر المجلس في دورته المستأنفة لعام ٢٠١٣، في مقرره ٢٥٩/٢٠١٣، أن يأذن بعقد اجتماع لفريق الخبراء الدولي مدته ثلاثة أيام، يشمل مشاركة أعضاء المنتدى الدائم، وممثلي منظومة الأمم المتحدة وسائر المنظمات الحكومية الدولية المهتمة، وخبراء من منظمات الشعوب الأصلية والدول الأعضاء المهتمة. وطلب المجلس أيضا تقديم تقرير عن نتائج الاجتماع إلى المنتدى الدائم في دورته الثالثة عشرة، في أيار/مايو ٢٠١٤. وتولت أمانة المنتدى الدائم تنظيم حلقة الاجتماع. ويرد جدول الأعمال وبرنامج العمل في المرفق الأول لهذا التقرير.

ثانيا – تنظيم الأعمال

ألف – الحضور

٢ – حضر الاجتماع أعضاء المنتدى الدائم التالية أسماؤهم:

مريم والِت محمد أوبكرين

ماريا يوجينا تشوك كويسب

إدوارد جون.

٣ – كما حضر الاجتماع جيمس أنايا، المقرر الخاص المعني بحقوق الشعوب الأصلية؛ وويلتون ليتلتشايلد رئيس آلية الخبراء المعنية بحقوق الشعوب الأصلية.

٤ – وشارك في الاجتماع الخبراء التالية أسماؤهم من المناطق الاجتماعية الثقافية السبع:

لاريسا أبرويتينا (أوروبا الشرقية، والاتحاد الروسي، وآسيا الوسطى، وما وراء القوقاز)

كلايف أسبين (منطقة المحيط الهادئ)

ميرنا كننغهام (أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي)

جيسيكا دانفورث (أمريكا الشمالية)

أغنيس ليينا نتيكامبي (أفريقيا)

توكو تالوكدر (آسيا).

٥ - وحضر الاجتماع مراقبون من الدول الأعضاء؛ ووكالات الأمم المتحدة وصناديقها وبرامجها؛ والمنظمات الحكومية الدولية الأخرى؛ ومنظمات الشعوب الأصلية؛ والمنظمات غير الحكومية.

باء - الوثائق

٦ - كان معروضا على المشاركين مشروع برنامج العمل والوثائق التي أعدها الخبراء المشاركون. ويرد في المرفق الثاني لهذا التقرير الوثائق التي أُعدت لاجتماع فريق الخبراء. كما إن الوثائق متاحة من موقع أمانة المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية على الإنترنت: (http://undesadspd.org/IndigenousPeoples/EGM2014SexualHealthandReproductiveRights.aspx).

جيم - افتتاح الاجتماع

٧ - في افتتاح اجتماع فريق الخبراء، أدلى الأمين العام المساعد لتنسيق السياسات والشؤون المشتركة بين الوكالات بإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ببيان رحب فيه بجميع الحاضرين. كما رحب رئيس أمانة المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية بالخبراء الإقليميين وبممثلي كيانات الأمم المتحدة وبيَّن أهداف الاجتماع.

دال - انتخاب أعضاء المكتب

٨ - تم انتخاب ماريا يوجينيا تشوك كويسب، عضوة المنتدى الدائم رئيسة للاجتماع، وألفونسو بارّاكيس من صندوق الأمم المتحدة للسكان مقررا.

هاء - النتائج والتوصيات

٩ - في ١٧ كانون الثاني/يناير ٢٠١٤، اعتمد الخبراء النتائج والتوصيات الواردة في الفرع ''رابعا'' أدناه بتوافق الآراء.

ثالثا - أبرز المسائل التي تناولتها المناقشات

١٠ - لاحظ بعض الخبراء منذ البداية أن اللغة المتعلقة بموضوع الاجتماع: 'الصحة الجنسية والحقوق الإنجابية' قد تطورت على مدى السنوات العشرين الماضية. ويشير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٤)، المعروف أيضا باسم 'مؤتمر القاهرة' والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة (١٩٩٥)، المعروف أيضا باسم 'مؤتمر بيجين' إلى وجود مجموعة من الحقوق في

الصكوك الحالية المتعلقة بحقوق الإنسان تعتمد على الاعتراف بحقوق الأزواج والأفراد في التحكم بحياتهم الجنسية واتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف، والحق في التمتع في الوقت نفسه بأعلى مستوى يمكن تحقيقه من الصحة الجنسية والإنجابية. ومع اقتراب المجتمع الدولي من مرور عشرين عاما على تنفيذ خطتي القاهرة وبيجين، فقد برز مصطلح الصحة الجنسية والإنجابية بقوة في سياق الاستعراض الجاري للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤. كما تشير هيئات رصد معاهدات الأمم المتحدة باستمرار في عملها واجتهاداتها إلى مصطلح ''الحقوق الجنسية والإنجابية''.

١١ - وأشار الخبراء إلى أن العالم قد شهد على مدى السنوات العشرين الماضية، تقدما ملحوظا في مجالات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية: فقد تم تخفيض الوفيات النفاسية إلى حد كبير، وزادت فرص الحصول على الخدمات الطوعية لتنظيم الأسرة والوسائل الحديثة لمنع الحمل؛ وأدت إمكانية الحصول على العلاج، عند توفره، إلى تحويل فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز إلى مرض يمكن التحكم فيه. بيد أن البيانات المتاحة تدل على أن الشعوب الأصلية لا تزال تتأثر على نحو غير متناسب من العديد من هذه المشاكل وغيرها، ولم يحدث أي تغيير فعال في حياتها ورفاهيتها.

١٢ - وعلى الرغم من أن ندرة البيانات لا تقدم صورة حقيقية عن ضخامة هذه المشاكل، فقد أكد المشاركون أن العديد من البلدان لا يزال لا يعترف قانونا بهوية وحالة الشعوب الأصلية. ونتيجة لذلك، أصبحت الشعوب الأصلية غير مرئية أو أُدرجت في عداد الأقليات العرقية أو المجتمعات المحلية الفقيرة والمهمشة، دون الاعتراف بهويتها الثقافية المتميزة ونظم إدارتها التقليدية. وحتى عندما يتم التعرف على الهوية والمركز، فإنه لا توجد أي بيانات مفصلة حسب الحالة الأصلية في معظم الأحوال، مما يجعل من الصعب تصميم السياسات والبرامج وتقييمها. وذُكر أن انعدام التسجيل المدني يشكل عائقا رئيسيا أمام ضمان الحصول على الخدمات الاجتماعية الأساسية والقدرة على المطالبة بالحقوق. وفي معظم الأحيان، لا تصل نظم التسجيل المدني إلى الشعوب الأصلية التي تعيش في المناطق الريفية والنائية، وإذا ما وجدت، فهي لا تراعي ثقافة الشعوب الأصلية، كما يتضح على سبيل المثال من رفض تسجيل الأطفال بالأسماء المستخدمة لدى الشعوب الأصلية مما يحول دون لجوء الآباء والأمهات إلى استخدام هذه الخدمات.

١٣ - وعلى الرغم من المقتضيات المعيارية في القانون الدولي لحقوق الإنسان بأنه ينبغي أن تكون الخدمات الصحية متاحة، ويمكن الوصول إليها، ومقبولة، وتتسم بالجودة، فإن الشعوب الأصلية تتأثر تأثرا بالغا من المسائل المتعلقة بالوصول بسبب الحواجز الجغرافية

والثقافية واللغوية والسياسية وكذلك التكاليف غير المباشرة، كرسوم وسائل النقل ورسوم الاستهلاك. كما استشهد المشاركون بحالة نساء الشعوب الأصلية اللاتي يتم إخراجهن من المستشفيات في نفس اليوم الذي يضعن فيه أطفالهن لعدم توفر المال لديهن لتسديد الرسوم. وحيثما تتوفر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، فإنه يُفتقر فيها بوضوح إلى العمال الصحيين المهرة، وتكون في مبان متهدمة أو سيئة التجهيز. وعلاوة على ذلك، فإن المواقف التمييزية لمقدمي الخدمات تؤدي إلى الحد من إمكانية وصول الشعوب الأصلية إلى هذه الخدمات. وعلى الرغم من التقدم في تصميم خدمات مقبولة ثقافيا في بعض بلدان أمريكا اللاتينية لصحة الأمهات، لا يزال هناك مجال للتحسين، بوجود مناطق أخرى متخلفة.

١٤ - وتواجه نساء وفتيات الشعوب الأصلية أشكالا متعددة من التمييز على أساس وضعهن المرتبط بالشعوب الأصلية، وعمرهن، وموقعهن، ووضعهن الاقتصادي، وتوجههن الجنسي وهويتهن الجنسية وحالتهن الزوجية والإعاقة. كما أشير أثناء الاجتماع إلى تأنيث وباء فيروس نقص المناعة البشرية في بعض البلدان، وما يرتبط به من الوصم والتمييز، كعامل آخر يزيد الوضع سوءا. ويستتبع تقاطع التمييز احتمال تعرض مختلف المجموعات والأفراد داخل المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية لمختلف الحواجز التي تتطلب استجابة محددة من قبل الدولة والمؤسسات والسلطات التابعة للشعوب الأصلية على حد سواء.

١٥ - كما أُشير أثناء الاجتماع إلى عوامل التحديد الهيكلية كالآثار المستمرة للاستعمار والاحتلال وعسكرة أقاليم الشعوب الأصلية، واستمرار آراء الهيمنة التي ما زالت تعتبر ثقافة الشعوب الأصلية أقل شأنا، لتوضيح الفجوة الموجودة بين الشعوب الأصلية والشعوب غير الأصلية في إعمال الصحة والحقوق الجنسية الإنجابية.

١٦ - وتم أثناء الاجتماع مرارا وتكرارا مناقشة تأثير نماذج التنمية التي تستند إلى استخراج الموارد الطبيعية على صحة وسلامة وحياة الشعوب الأصلية، مع الإشارة بوجه خاص إلى أثر التلوث الناجم عن الصناعات الاستخراجية على الصحة الجنسية والإنجابية للشعوب الأصلية. وفي هذه السياقات، تعتبر المرأة بوجه خاص أكثر عرضة لفيروس نقص المناعة البشرية والعنف الجنسي، وذلك بسبب تدفق العمال الذكور إلى أراضي الشعوب الأصلية، الذي يؤدي إلى حالات الاغتصاب والاعتداء والاتجار لأغراض الاستغلال الجنسي التي يبلغ عنها لاحقا.

١٧ - وفي الشبكة المعقدة من أوجه الترابط السببية التي تؤثر في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للشعوب الأصلية، يوفر إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية إطارا شاملا لمعالجة الثغرات التي حددها المشاركون. ويعتبر حق الشعوب الأصلية في تقرير المصير، والحق في صون نظمها أو مؤسساتها الخاصة وتطويرها، والحق في استعمال الأدوية

والممارسات الصحية التقليدية ومبدأ الموافقة الحرة والمسبقة والمستنيرة، بمثابة حجر الأساس لتحقيق الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لهذه الشعوب. وعلاوة على ذلك، فإن التزامات الدول بتحسين حالة الشعوب الأصلية بما في ذلك حقها في التعليم والصحة والغذاء والماء والصرف الصحي، والتحرر من العنف والتمييز، وحقها في العمل قد اعتُبرت متآزرة ومترابطة. وتم الاستشهاد باتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٦٩ بشأن الشعوب الأصلية والقبلية في البلدان المستقلة، كأداة أساسية أخرى للتصدي لهذه العوامل الأساسية المحددة للصحة الجنسية والإنجابية وغيرها من العوامل، التي لا تزال تحتاج إلى التنفيذ بشكل فعال.

١٨ - وأشار المشاركون إلى أن هناك تحديا رئيسيا يتمثل في الافتقار إلى الإرادة السياسية لتنفيذ الإعلان وإعادة تحديد الوضع الراهن لاختلالات القوة التي تؤدي بتفاقمها بسبب نماذج التنمية الاقتصادية السائدة، إلى تهميش واستبعاد مجتمعات الشعوب الأصلية برمتها.

الخدمات الصحية المشتركة بين الثقافات

١٩ - ما برح الطلب على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الملائمة ثقافيا على جدول أعمال الشعوب الأصلية، ولا سيما نساء الشعوب الأصلية، لأكثر من عقدين من الزمن. وقد عبر المؤتمر الدولي الثالث للسكان والتنمية عن هذا الطلب عن طريق الاعتراف باحترام التنوع الثقافي، وضرورة كفالة احترام حقوق الشعوب الأصلية بطريقة شاملة وضرورة كفالة مشاركتها بصورة فعالة ومجدية.

٢٠ - وتؤدي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المشتركة بين الثقافات إلى تعزيز الرفاه الجسدي والعاطفي والروحي، للأفراد والمجتمعات في جميع جوانب النشاط الجنسي البشري والإنجاب بطرق تتفق مع حقوق الإنسان لكل من الرجال والنساء وكرامتهم. وتنطوي الصحة في سياق تعدد الثقافات وتتطلب وضع نماذج صحية أفضل الممارسات الصحية وإدماجها على نحو يجمع بين طب الشعوب الأصلية والطب الغربي. ويجب أن تستند هذه العمليات إلى الاحترام المتبادل، والاعتراف بالمعارف التقليدية، والرغبة في المشاركة في عملية ديمقراطية للتبادل والالتزام بالتحرك باتجاه نظام صحي متكامل.

٢١ - ويوفر إعلان الأمم المتحدة إطارا للاعتراف بحقوق الشعوب الأصلية في الجمع بين كل من النظامين الصحيين الحديث والتقليدي على حد سواء، على نحو يشمل الحصول على المعلومات الصحية والأدوية والخدمات، وكذلك الاعتراف بالنظم الصحية للشعوب الأصلية وتطويرها. ويعتبر تطبيق مبدأ الموافقة الحرة والمسبقة والمستنيرة أمرا أساسيا في تصميم وتنفيذ سياسات صحية تكفل الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي تتسم بالجودة والمناسبة ثقافيا عن طريق آليات وإجراءات قائمة على المشاركة. وينص الإعلان على حق

الشعوب الأصلية في تعزيز وتطوير وصون المؤسسات الخاصة بها، الذي يستتبع قيام الدول باعتماد تدابير لضمان الحقوق الجماعية للشعوب الأصلية في نيل حقها في الصحة من خلال النظم الخاصة بها والمعارف والممارسات الصحية المتوارثة.

٢٢ - وتم على مدى السنوات العشرين الماضية، وضع سياسات ونماذج صحية حساسة ثقافيا في بعض البلدان، مما أدى إلى جعل النظم الصحية أكثر استجابة لثقافة واحتياجات الشعوب الأصلية، وتعزيز تمثيل نساء الشعوب الأصلية.

٢٣ - وكان هناك على سبيل المثال، بعض أوجه التقدم التشريعية والسياسية الأساسية في أمريكا اللاتينية بوجه خاص، بالإضافة إلى تحسينات في الأطر المؤسسية. وتعترف بعض الدساتير صراحة بهوية ونظم الشعوب الأصلية وبطابع تعدد الثقافات للدولة، كما هو الحال في بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات) وإكوادور. وفي ١٧ بلدا في المنطقة، هناك جهات حكومية مسؤولة عن الخدمات الصحية المشتركة بين الثقافات. كما تم وضع سياسات عامة في مختلف القطاعات الاجتماعية باستخدام عدسة ثقافية وتشجيع شكل من مشاركة الشعوب الأصلية في تصميمها.

٢٤ - وتبادل المشاركون الخبرات التي تم تطويرها في بعض بلدان منطقة الأنديز، حيث تم القيام بخطوات مبتكرة لوضع نماذج صحية مشتركة بين الثقافات، في مجال صحة الأم غالبا. وبالاستناد إلى الشراكات الاستراتيجية بين الشبكة القارية لنساء الشعوب الأصلية في الأمريكتين، وصندوق الشعوب الأصلية، ومنظمة بلدان الأنديز للصحة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان على الصعيدين الإقليمي والوطني في إكوادور وبوليفيا (دولة - المتعددة القوميات) وبيرو وغواتيمالا، ركزت المبادرات على تعزيز قدرة شبكات نساء الشعوب الأصلية على القيام بالدعوة لتوفير خدمات صحة الأمومة والصحة الإنجابية على نحو يتسم بالجودة ويعتبر مقبولا ثقافيا. وقد ساهمت البرامج في الإصلاحات القانونية ووضع سياسات وبروتوكولات عامة تتعلق بخدمات الصحة الإنجابية المشتركة بين الثقافات؛ والاعتراف بالقابلات التقليديات داخل النظام الصحي الرسمي؛ وتوليد المعارف والأدوات المنهجية والدعوة؛ وزيادة فرص حصول نساء الشعوب الأصلية على خدمات الصحة الإنجابية في مناطق مختارة. وبناء على هذه التجارب الوطنية، تقوم اللجنة المعنية بالخدمات الصحية المشتركة بين الثقافات التابعة لمنظمة بلدان الأنديز للصحة بمناقشة اعتماد معايير أساسية دون إقليمية تتعلق بالخدمات الصحية المشتركة بين الثقافات من أجل تحديد المتطلبات الموضوعية والقابلة للقياس من أجل تقديم خدمات مقبولة ومشتركة بين الثقافات لصحة الأمومة على نحو يتسم بالجودة ومراقبتها.

٢٥ - وقام المشاركون باستخلاص بعض الدروس من الحالة المذكورة أعلاه، وكذلك من التجارب الأخرى التي وردت في الوثائق الأساسية للاجتماع، على النحو التالي:

(أ) لا يمكن أن تصمم التدخلات المناسبة ثقافيا بشكل رأسي ومن القمة إلى القاعدة. فهي تحتاج إلى عملية تشاركية للحوار وبناء توافق في الآراء وملكية مجتمعية. وعلى الرغم من التقدم في وضع المعايير، فإن تنفيذ البرامج في العديد من الأماكن لم يحدث بمشاركة نساء الشعوب الأصلية على نحو فعال؛

(ب) لا تزال أطر مراقبة النظام الصحي بحاجة لاستيعاب تكامل النظم الصحية التقليدية بشكل كاف من خلال وضع مؤشرات تعكس تعقيد الخدمات الصحية المشتركة بين الثقافات على جميع مستويات إدارة الدولة، وفي توضيحها على صعيد المجتمع المحلي. وفي هذا الصدد، كان قياس تطبيق معايير الخدمات الصحية المشتركة بين الثقافات أسهل على الصعيد المحلي فيما يتعلق بمراكز تقديم الخدمات؛

(ج) يشكل اعتماد القوانين خطوة في عملية تحقيق الخدمات الصحية المشتركة بين الثقافات. بيد أن تغيير مواقف المهنيين الصحيين والعاملين في المجال الطبي هو مهمة طويلة تتطلب إدماج نُهج تراعي تعدد الثقافات في المناهج الدراسية، بدءا من التعليم الأساسي إلى التعليم العالي، بما في ذلك التعليم الصحي التقني. كما تم إبراز الحاجة لوضع حوافز لتشجيع عملية التعلم هذه؛

(د) وتتطلب السياسات والبرامج الوطنية تقديم دعم على أساس طويل الأجل من الحكومة ومن الجهات المانحة. ومن دواعي الأسف، أن النهج الذي تتبعه الجهات المانحة إزاء الخدمات الصحية المشتركة بين الثقافات كان يقتصر على تقديم الدعم لعمليات الإصلاح القانوني والسياسي وصياغة المعايير، على افتراض أن مجتمعات الشعوب الأصلية يمكن أن تنهض بهذا العمل لوحدها. وما لم تعالج العوامل الهيكلية لعدم المساواة والتمييز، فسوف تظل الشعوب الأصلية في وضع من الحرمان دون الموارد أو المساعدة التقنية اللازمة لكي تنجح من تلقاء نفسها؛

(هـ) وقد ركز تعزيز النماذج الصحية المراعية لتعدد الثقافات تركيزا ضيقا على صحة الأمومة. ويجب أن تكون عدسة تعدد الثقافات ذات صلة بالمكونات الأخرى للصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، ومعالجة حالات الحمل بين المراهقات، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاج المصابين ورعايتهم، ومنع العنف القائم على نوع الجنس ومواجهته.

٢٦ - وعلى الرغم من أن مفهوم ''الحساسية الثقافية'' أكثر رواجا في الساحة السياسة في السنوات الأخيرة، فإن الهيئات المنشأة بموجب معاهدات الأمم المتحدة ما فتئت تشير باستمرار إلى ''القبول الثقافي'' باعتباره من المكونات الرئيسية للحق في الصحة. ويسترشد تصميم الخدمات بمفهوم القبول الثقافي الذي يشجع على مشاركة الشعوب الأصلية بنشاط حتى تحترم الخدمات ثقافة المستفيدين منها وتُعتبر أنها مناسبة. وليس مفهوم القبول الثقافي شرطا معياريا فحسب، ولكنه أيضا مفهوم آخذ في التطور ويمكن أن يستفيد من تجربة الشعوب الأصلية لمساعدة الهيئات المنشأة بموجب معاهدات الأمم المتحدة على مواصلة تحديد معناه والآثار العملية المترتبة عليه.

٢٧ - وفي ضوء ما سبق، قدم بعض المشاركين مفهوم ''السلامة الثقافية'' كمعيار أدنى يتجاوز التفاهمات التقليدية المعتادة لمفهوم ''الحساسية الثقافية''. ويحلل هذا المفهوم قضايا اختلالات موازين القوى والتمييز المؤسسي والاستعمار والعلاقات مع الثقافات المهيمنة والنظم الصحية للمستعمرين السابقين لكفالة شعور الأفراد والأسر بالأمن في أجسامهم وأراضيهم وأقاليمهم، وفي المناطق الحضرية التي تعيش فيها الشعوب الأصلية وتعمل. ويركز مفهوم السلامة الثقافية على فهم ''الذات'' باعتبارها حاملة ثقافة وتطوير العلاقات التي تولد الثقة والاحترام. وهذا يعني أن تجربة الاستعمار والاستيعاب والإبادة الجماعية يجب أن تؤخذ في الاعتبار في العلاقة بين الزائن أو المرضى ومقدمي الخدمات.

صحة الأم وتنظيم الأسرة

٢٨ - تبادل المشاركون خبراتهم وأدلتهم القطرية على حصول الشعوب الأصلية، ولا سيما نساء الشعوب الأصلية، على خدمات تنظيم الأسرة وخدمات صحة الأمومة. وفي العروض التي قدمها خبراء من الاتحاد الروسي وبنغلاديش، وكذلك من تجارب البلدان الأخرى، تم تحديد القضايا الجغرافية والاقتصادية كحواجز رئيسية تحول دون حصول الشعوب الأصلية على هذه الخدمات. ففي حالة الاتحاد الروسي، قامت حكومة الاتحاد السوفياتي السابق بتنفيذ العيادات المتنقلة للاتصال بالشعوب الأصلية. وفي حين أن هذا النموذج ساهم إلى حد كبير في تحسين الظروف الصحية لنساء وفتيات وأطفال الشعوب الأصلية، فقد تم تفكيك هذه العيادات تدريجيا منذ نهاية الحقبة السوفياتية نتيجة لتقلص التدفقات المالية. وتؤكد هذه التجربة على ضرورة اطراد جهود التنمية سواء من جانب الحكومات أو الوكالات الإنمائية الدولية. ومن دواعي الأسف، كما هو الحال في أمريكا اللاتينية، أن وكالات التنمية الدولية تقوم تدريجيا بتخفيض جهود التعاون التي تقوم بها في البلدان

ذات الدخل المتوسط على الرغم من تأثير ثغرات عدم المساواة المستمرة إلى حد كبير على حياة ورفاه الشعوب الأصلية.

٢٩ - وفي حالة بنغلاديش، لوحظ أن التمييز الذي تواجهه النساء والفتيات، وخاصة من المناطق الريفية، بسبب جنسهن والذي تفاقم بسبب الفقر، كان من بين العوامل الرئيسية التي توضح سوء الحالة الصحية. وعلى الرغم من أن السياسة الصحية الوطنية الحالية تسلم بالحاجة إلى وضع برامج خاصة لصالح الشعوب الأصلية التي تعيش في المناطق النائية، فإن هذه البرامج المصممة حديثا لم تصل إلى المجتمعات المحلية المستهدفة وكانت النُهج مصممة من القمة إلى القاعدة، دون إشراك نساء وفتيات الشعوب الأصلية في بداية العملية.

٣٠ - ويعتبر الحصول على معلومات دقيقة وذات صلة أمرا أساسيا لكل من تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة. وتمثل كيفية التواصل مع مجتمعات وشباب الشعوب الأصلية تحديات بالغة. وتبين التجربة أن زيادة فرص الحصول على المعلومات عن الرعاية الصحية ومنع الحمل لم تسفر عن تغيرات سلوكية ملحوظة. ويجب أن ينظر إلى كل من توجيه الرسائل ونقل المعلومات من خلال عدسة مشتركة بين الثقافات، بما في ذلك استخدام اللغات الأصلية المحلية بأشكال يسهل الاطلاع عليها. ودون إبلاغ المعلومات على نحو فعال، ستواصل نساء الشعوب الأصلية التعرض لمخاطر التعقيم القسري وسوف تكون قدراتها على اتخاذ خيارات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية محدودة.

فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

٣١ - أشار الخبراء إلى أن فيروس نقص المناعة البشرية ما زال يشكل مصدر قلق خطير بين الشعوب الأصلية لسنوات عديدة. وعلى الرغم من التصور العام الذي يفيد بأن مجتمعات الشعوب الأصلية أقل تعرضا للخطر لأنها تعيش في المناطق النائية ولأنها أكثر تماسكا، فإن الشعوب الأصلية، حيثما تكون البيانات متاحة، تتأثر بشكل غير متناسب بفيروس نقص المناعة البشرية. لذلك، فقد أكد الخبراء أنه على الرغم من الافتقار إلى البيانات المفصلة في العديد من البلدان، فإنه يصح الاستنتاج أن فيروس نقص المناعة البشرية يشكل مشكلة خطيرة تؤثر على الشعوب الأصلية، لأنه يرتبط بالوصم والتمييز، وانعدام التثقيف الجنسي، والافتقار إلى وسائل منع الحمل، وارتفاع مستوى العنف الجنسي، وإدمان الكحول وتعاطي المخدرات، وكلها من العوامل التي تؤثر بشكل غير متناسب على الشعوب الأصلية. وبالتالي، فإن الافتقار إلى البيانات ينبغي ألا يشكل عذرا للتقاعس عن العمل. ويجب بذل المزيد من الجهد لاتخاذ تدابير وقائية تستهدف الشعوب الأصلية. ومع ذلك، فإن الشعوب الأصلية تكاد تكون منسية في الاستجابة لهذا الوباء على الصعيدين العالمي والوطني.

٣٢ - وأشار المشاركون إلى الأدلة المتوفرة على أن الشعوب الأصلية المتضررة من فيروس نقص المناعة البشرية لديها تاريخ طويل ومستمر من عدم الثقة في الخدمات الصحية، مما يؤدي إلى ضعف الحصول على الرعاية الصحية، وتأخر اختبار فيروس نقص المناعة البشرية وضعف أو انعدام الرعاية والدعم للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وعلى العكس من ذلك، فإن الشعوب الأصلية هي جزء من الشبكة الأسرية والثقافية التي ينبغي أن توضع في الاعتبار لدى تصميم ووضع برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية لصال الشعوب الأصلية.

٣٣ - وأشار المشاركون إلى أن هناك حاجة إلى مشاركة الناس من جميع الأعمار، من الشباب إلى الشيوخ، في حملات الوقاية من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية في المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية. وتحتاج الشعوب الأصلية ومجتمعاتها المحلية إلى الوصول إلى بيئات التثقيف والاختبار الداعمة التي تعترف بالقيم الثقافية للشعوب الأصلية وتحترمها.

٣٤ - وردا على ارتفاع معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الشعوب الأصلية، فقد تم تطوير عدد من المبادرات المجتمعية لتوفير بديل عملي وواقعي للمبادرات المتصلة بالشعوب غير الأصلية للوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية بين مختلف الشعوب الأصلية. وعلى الصعيد الدولي أيضا، تم إنشاء شبكة عالمية دائمة ومستدامة للشعوب الأصلية ومجتمعاتها المحلية للتوعية بفيروس نقص المناعة البشرية وتأثيره على الشعوب الأصلية.

٣٥ - وعرض بعض الخبراء عددا قليلا من المبادرات المجتمعية على الصعيدين العالمي والوطني التي توفر دليلا واضحا على أن مجتمعات الشعوب الأصلية، بعد ثلاثة عقود من فيروس نقص المناعة البشرية، تتولى المسؤولية عن استراتيجيات الوقاية من انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية فيما بين الشعوب الأصلية وتوفير الرعاية والدعم للمصابين بالفيروس. أما بالنسبة للشعوب الأصلية، فإن الشبكات الدولية التي اجتمعت على الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية تعتبر عنصرا رئيسيا في التغلب على التحديات التي يطرحها فيروس نقص المناعة البشرية، كالفريق العامل الدولي للشعوب الأصلية المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، الذي تم إنشاؤه بعد اعتماد ميثاق تورونتو: خطة عمل الشعوب الأصلية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز في المؤتمر الدولي السادس عشر المعني بالإيدز، الذي عقد في عام ٢٠٠٦.

٣٦ - ويجب دعم هذه الشبكات على الصعيدين الوطني والدولي لضمان فعالية عملها الذي يرمي إلى التغلب على فيروس نقص المناعة البشرية وكفالة إعمال حق مجتمعات الشعوب الأصلية في تقرير المصير لأجيال قادمة. واعتُبر أن ضرورة الانفتاح للشراكات مع

القطاع الخاص تتسم بأهمية استراتيجية في ظل البيئة الاقتصادية وبيئة المعونة الحالية. وقدمت إحاطة عن مثال من شيلي، حيث يعمل قطاع النقل، الذي يستخدم تقليديا العديد من العمال المنتمين للشعوب الأصلية، في شراكة مع مجتمعات الشعوب الأصلية للتوعية بالوقاية من الفيروس والاختبار والعلاج الطوعيين.

النشاط الجنسي والمحرمات والتثقيف

٣٧ - أبرز المشاركون أن موضوع النشاط الجنسي لا يزال من المحرمات فيما بين العديد من مجتمعات الشعوب الأصلية في جميع أنحاء العالم. وعلى الرغم من أن ''عدم التحدث عن الجنس'' مع الأطفال والأحفاد، قد ينظر إليه في بعض الحالات على أنه متأصل في ثقافة وتقاليد الشعوب الأصلية، فإن هذا الصمت في العديد من الحالات الأخرى، ناجم عن الآراء الإيديولوجية والدينية التي فُرضت عليها في سياق الاستعمار. وعلى الرغم من هذه العمليات، لاحظ المشاركون أن العديد من مجتمعات الشعوب الأصلية، تحافظ على الاحتفالات والطقوس التقليدية لبلوغ سن الرشد، التي لا تقتصر على إدراك المراهقين من خلالها لهويتهم، ولكن أيضا لمسؤوليات الكبار عن أنفسهم وأجسامهم ومجتمعاتهم.

٣٨ - وتم تحديد التثقيف الجنسي في الاجتماع كحق أساسي ينبغي أن يتمتع به الجميع وكتدخل ملموس لبناء معارف ومهارات مراهقي وشباب الشعوب الأصلية ليكونوا قادرين على التعامل مع أجسامهم ونشاطهم الجنسي بطرق آمنة ومسؤولة. وعلاوة على ذلك، ينبغي أن يستهدف التثقيف الجنسي الآباء والأجداد لبناء قدراتهم على الحوار بين الأجيال بشأن هذه القضايا. بيد أنه كان هناك رأي عام يتمثل في أن التثقيف الجنسي، حيثما يكون متاحا، نادرا ما يشجع على تبني وجهة نظر متكاملة عن النشاط الجنسي والعلاقات بين الجنسين، بما يتجاوز الجوانب البيولوجية الأساسية ومنع الحمل في سن المراهقة. ولوحظ أيضا، أن التثقيف الجنسي ليس مخصصا لمجتمعات الشعوب الأصلية في تصميمه، ولا يتم إيصاله بطرق تساعد شباب الشعوب الأصلية على تطوير وتطبيق معارفهم.

٣٩ - ويترتب على عدم الحصول على التثقيف الجنسي الدقيق والمأمون ثقافيا تأثير مباشر على الحمل غير المرغوب فيه بين فتيات الشعوب الأصلية في سن المراهقة، يتفاقم من جراء زيادة مستوى العنف الجنسي وتعاطي الكحول، مما يؤكد الحاجة لكفالة الحصول على وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ بطرق تحترم الحق في الخصوصية. وتؤكد النُهج المتكاملة على التركيز على التعليم والبقاء في المدارس، بالإضافة إلى تطوير المهارات التفاوضية الحرجة، واحترام الذات، في مقابل نُهج الوقاية التي تتسم بطابع تقليدي أكثر وتركز على إلقاء اللوم على الفتيات لحملهن أو تخويفهن من الآثار السلبية للحمل في سن المراهقة.

٤٠ - وعلاوة على ذلك، كانت هناك دعوة للتثقيف المناسب ثقافيا المتعلق بالنشاط الجنسي والذي يدمج المفاهيم الأوسع للمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية واحترام التوجهات الجنسية والهويات الجنسانية، بما في ذلك المثليات والمثليون جنسيا وثنائيو الجنس والمتحولون جنسيا، وأصحاب الميول الجنسية المغايرة، والتشكيك، واللاجنسيون، ومزدوجو الجنس، وثنائيو الروح والهويات الأخرى. وكما كان هناك دعوة لإدراج مراهقي وشباب الشعوب الأصلية في تصميم مناهج التثقيف الجنسي الآمنة ثقافيا وفي وضع وتوسيع تعليم الشباب عن طريق الأقران. وبالإضافة إلى ذلك، أشار المشاركون إلى ضرورة الاستثمار في الفجوة بين الأجيال في مجال التحليل والتفكير حيث يمكن تبادل وجهات النظر والخبرات حول الزواج والنشاط الجنسي وإحياء مراسم وطقوس سن البلوغ.

الممارسات الضارة (تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث)

٤١ - على الرغم من الادعاء الأساسي للشعوب الأصلية باحترام ثقافتها وتقديرها حق قدرها، فقد اعترف جميع الخبراء بالإجماع بأنه ما كل التقاليد الثقافية تعتبر مفيدة في جوهرها. ومن هذا المنطلق، ينبغي أن لا تُفهم الثقافة كمفهوم ثابت أو متجانس. وبالطريقة نفسها التي يمكن أن تكون لمختلف المجموعات السكانية تفسيرات مختلفة للثقافة المحلية، فإن هذه التفسيرات هي في تطور وتغير مستمر. وفي النهاية، ينبغي عدم التذرع بالثقافة والتقاليد كمبرر لانتهاك حقوق أي فرد أو مجموعة معينة من السكان، سواء من النساء والأطفال والأفراد المنتمين للشعوب الأصلية المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أو غيرهم.

٤٢ - وكان استمرار تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث من الممارسات الشائعة بين مجتمعات الشعوب الأصلية، ومعظمها في أفريقيا التي بحثت في الاجتماع. ولوحظ أن ممارسة قطع الأعضاء التناسلية للمرأة أثناء الطفولة أو المراهقة ليس لها أي سبب طبي؛ فإنها ليست إلا استجابة للتصنيفات الجنسانية بشأن الدور المتوقع للمرأة في الحياة، ويعتبر شرطا لانتقال الفتيات من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ والتأهل للزواج.

٤٣ - وناقش الخبراء النُهج الأربعة التي تستخدم لمعالجة التشويه/البتر نظرا لوضعها في رأس حقوق الإنسان الدولية وخطة التنمية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة عام ١٩٩٤، وهي النهج الثقافي/الأخلاقي، والنهج الصحي والنهج الاجتماعي والنهج القانوني. وفي ضوء تمادي هذه الممارسة، شدد المشاركون على أهمية تقييم ما أثمر وما لم يثمر من هذه النُهج وعلى استخلاص الدروس في الوقت نفسه من عدد قليل من الأمكنة والتجارب التي تمكنت من القضاء على هذه الممارسة.

٤٤ - وخلص المشاركون إلى أنه ربما كان أنجع الطرق يتمثل في النُهج الأربعة مجتمعة. وفي حين كان هناك تفاهم واضح على أنه ينبغي دائما احترام حقوق النساء والفتيات وحمايتها، فقد لاحظ المشاركون أن استراتيجيات التصدي للممارسات الضارة لن تنجح في تغيير السلوكيات إلا باستخدام عدسة ثقافية حتى يأتي تشجيع التغيير من الداخل ويمتلك المجتمع المحلي زمامه. وحدد المشاركون الوصول إلى التعليم النظامي باعتباره محرر نساء الشعوب الأصلية على المدى الطويل من التشويه/البتر، بينما شددوا أيضا على الحاجة إلى التعليم المناسب ثقافيا ومشاركة الشعوب الأصلية في تصميمه حتى يكون التعليم وسيلة للتمكين وليس للاغتراب الثقافي.

المشاركة والمساءلة

٤٥ - كانت المشاركة من المواضيع المتكررة أثناء المناقشة. وتم التأكيد على ضرورة إدماج الشعوب الأصلية في مجال البحوث وجمع البيانات وتصميم السياسات/البرامج ورصدها وتقييمها.

٤٦ - واعتُبر أيضا أن إدماج نساء الشعوب الأصلية في كل من نظام العدالة التابع للدولة ونظام العدالة العرفي الخاص بالشعوب الأصلية وسيلة حاسمة لضمان إيلاء اهتمام أكبر لحماية الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، كما في حالات التعقيم القسري والعنف الجنسي والتمييز داخل النظم الصحية.

٤٧ - وخلص المشاركون إلى أن حماية صحة الشعوب الأصلية والتصدي لمعالجتها يتطلب وضع إطار للعدالة الجنسية والإنجابية يعمل بشكل فعال على التصدي لمعالجة قضايا العنصرية النظامية، والاستعمار، وانتهاكات حقوق الأراضي والتمييز اللغوي، والسجن وغيرها من انتهاكات حقوق الإنسان ذات الصلة.

رابعا - الاستنتاجات والتوصيات

٤٨ - ينبغي للمنتدى الدائم أن يدرج في مناقشاته بشأن الحق في الصحة مسألة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وينبغي أن يكفل الاتساق في استخدام اللغة - إما ''الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية'' أو ''الحقوق الجنسية والإنجابية'' - وفقا لهيئات رصد معاهدات الأمم المتحدة، واستعراض المؤتمر الدولي للسكان والتنمية فيما بعد عام ٢٠١٤، بما في ذلك إعلان منتدى بالي العالمي للشباب، وتوافق آراء مونتيفيديو بشأن السكان والتنمية وتقرير المؤتمر الدولي المعني بحقوق الإنسان.

٤٩ - ويجب على الدول اتخاذ تدابير إيجابية قانونية وسياسية وتتعلق بالميزانية وغيرها من التدابير الخاصة للتصدي لمعالجة أوجه انعدام المساواة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية من خلال معالجة الأسباب الهيكلية لعدم المساواة، التي تشمل تركة الاستعمار والعنف والتمييز المتعدد الجوانب الذي تواجهه نساء وفتيات الشعوب الأصلية بسبب أصلهن العرقي وجنسهن. وينبغي تعزيز آليات الحماية الوطنية ودون الوطنية بولاية للتصدي للتمييز ضد الشعوب الأصلية بهدف تحديد الأولويات ومعالجة أوجه التمييز المتقاطعة في سياق الحقوق الجنسية والإنجابية.

٥٠ - ويجب على الدول أن تكفل لنساء وفتيات الشعوب الأصلية بيئة قانونية تمكنهن من ممارسة الحقوق الجنسية والإنجابية. ويشمل ذلك مراجعة القوانين والسياسات الوطنية لكفالة امتثالها للقانون الدولي لحقوق الإنسان، وإزالة الحواجز التي تحول دون الوصول إلى المعلومات والخدمات الجنسية والإنجابية، ووضع حد لتجريم خدمات رعاية الصحة الإنجابية وممارسة الجنس بالتراضي. وعلاوة على ذلك، يجب على الدول أن تكفل لنساء وفتيات الشعوب الأصلية الحصول بشكل مجد على سبل الانتصاف القانونية الفعالة إذا انتهكت حقوقهن الجنسية والإنجابية.

المشاركة

٥١ - يجب على الدول احترام مشاركة الشعوب الأصلية بصورة كاملة وفعالة في صياغة سياسات وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وكذلك في تطوير القوانين والمعايير ذات الصلة بأطفال وشباب الشعوب الأصلية. ولا بد من إتاحة المعلومات عن القوانين والسياسات والميزانيات المتعلقة بالحقوق والصحة الجنسية والإنجابية للشعوب الأصلية بطريقة شفافة وفي الوقت المناسب وبأشكال يسهل الوصول إليها، بما في ذلك بلغاتها الخاصة. ويجب أن تقوم منظمات الشعوب الأصلية المشاركة في العمليات القانونية والسياسية المذكورة أعلاه، بإدراج أصوات ووجهات نظر نساء وفتيات ورجال وفتيان الشعوب الأصلية، وزعمائها التقليديين، والمعالجين التقليديين والقابلات، والأشخاص ذوي الهويات الجنسية والتوجهات الجنسية المختلفة، والعاملات في مجال الجنس وذوي الإعاقة والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من الشعوب الأصلية.

٥٢ - وينبغي أن تشارك الشعوب الأصلية في حوار متعدد القطاعات ومتعدد التخصصات مع واضعي السياسات والاقتصاديين والأكاديميين وجماعات الدعوة النسائية، والممارسين الصحيين وغيرهم من أصحاب المصلحة لتعزيز التغييرات الإيجابية في القوانين والسياسات والممارسات المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وفي هذا الصدد، ينبغي لها أن

تتعاون مع البرلمانيين من كل من الشعوب الأصلية وغير الأصلية، في صياغة القوانين والإشراف على السياسات والميزانيات العامة، والدعوة بوجه خاص لاعتماد قوانين ملائمة ثقافيا.

٥٣ - وينبغي للدول وصندوق الأمم المتحدة للسكان العمل على تعزيز حقوق شباب الشعوب الأصلية على الصعيدين الإقليمي والوطني، بما في ذلك من خلال مشاركتهم في العملية المؤدية إلى تصميم وتنفيذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤، وكفالة مشاركتهم إلى أقصى حد ممكن، في المناقشة التي يقودها الصندوق بشأن خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥.

٥٤ - وينبغي للمنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية، وآلية الخبراء المعنية بحقوق الشعوب الأصلية، والمقرر الخاص المعني بحقوق الشعوب الأصلية الاستمرار في دعم أصوات ذوي الإعاقة من الشعوب الأصلية وآرائهم وتوصياتهم في العمليات السياسية والمتعلقة بالسياسات العامة التي تؤثر على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

الخدمات الصحية المشتركة بين الثقافات

٥٥ - ينبغي للدول وكيانات الأمم المتحدة تأمين وزيادة الموارد المخصصة للخدمات الصحية المشتركة بين الثقافات في مجتمعات الشعوب الأصلية وفقا لحق الشعوب الأصلية في تقرير المصير، بالإضافة إلى جودة معايير الرعاية المناسبة ثقافيا، وإدراج معيار ''السلامة الثقافية''.

٥٦ - وينبغي للدول أن تتخذ تدابير للاعتراف بالنظم الصحية التقليدية للشعوب الأصلية (القابلات التقليديات والمعالجين التقليديين)، واحترامها وتعزيزها، والقيام بالتعاون مع هذه النظم، بتصميم مجموعة شاملة ومشتركة بين الثقافات من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، التي تشمل وسائل منع الحمل، ورعاية الأمومة والخدمات المأمونة للإجهاض وما بعد الإجهاض، والدعم الروحي، والشفاء التقليدي، وأساليب التطهير، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه، ونظام مناسب للإحالة بين النظم الصحية الوطنية والتابعة للشعوب الأصلية، وغير ذلك من الخدمات كما هو مبين في الفقرة ٧،٦ من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

٥٧ - وينبغي تقييم البرامج الناجحة المتعلقة بالنماذج الصحية المشتركة بين الثقافات، التي يوجد بعضها في أمريكا الجنوبية والوسطى ومنطقة البحر الكاريبي، والارتقاء بها وتوسيع نطاقها في نهاية المطاف إلى بلدان أخرى، بما في ذلك من خلال التعاون بين بلدان الجنوب

وفيما بين الشعوب الأصلية، كما في الشبكات الدولية لنساء الشعوب الأصلية وشباب الشعوب الأصلية وشبكات الممارسين، ومنتديات تبادل المعارف بين الأجيال.

٥٨ - وينبغي للدول ان تقوم بإنشاء نماذج مبتكرة ومتكاملة ومشتركة بين الثقافات لتحسين حصول الشعوب الأصلية عامة على الرعاية الصحية، ولا سيما النساء والفتيات، والبدو الرحل أو الذين يعيشون في المناطق النائية، من خلال إنشاء شبكة من العيادات المتنقلة المتكاملة التي تعمل بشكل دائم للرعاية الصحية الأولية وتطبيق مبدأ ''الطبيب للمريض''. وتشجَّع كيانات الأمم المتحدة وغيرها من الجهات الفاعلة للتعاون الإنمائي على تطوير القدرات الوطنية ودون الوطنية وتقديم المساعدة التقنية وتخصيص موارد محددة لتنفيذ البرامج التي تديرها نساء الشعوب الأصلية والبرامج التي تتيح إمكانية وصولهن إلى الخدمات والتثقيف فيما يتعلق بصحتهن الجنسية والإنجابية والأمومة المأمونة كحق من حقوق الإنسان.

٥٩ - ومن أجل كفالة تحقيق نتائج صحية متساوية للشعوب الأصلية، يجب على الدول أن تكفل أن تكون معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية متاحة ومتيسرة ومقبولة وذات جودة عالية. وهذا يعني أن تكون المعلومات والخدمات كافية من حيث العدد، وعلى مقربة من مناطق الشعوب الأصلية ويمكن الوصول إليها بسهولة. ويجب أيضا أن تقدم مجانا أو بتكلفة منخفضة، وبلغات يمكن أن تفهمها نساء الشعوب الأصلية، وتستند إلى الموافقة الحرة والمسبقة والمستنيرة. ويجب أن تحترم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (أو مقدمو الخدمات) وجهات نظر نساء وفتيات الشعوب الأصلية فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية احتراما كاملا وإدماجها.

٦٠ - وينبغي للدول والمؤسسات الأكاديمية بما في ذلك الجامعات، أن تقوم بالتعاون الوثيق مع الشعوب الأصلية، بتوفير التدريب وبناء القدرات لمسؤولي الصحة العامة والرعاية الصحية على جميع المستويات، من أجل فهم واحترام النظم الصحية للشعوب الأصلية (القابلات والمعالجين وغيرهم من حَمَلة المعرفة) وطب الشعوب الأصلية، بالإضافة إلى التعاون على بناء ودعم النظم الصحية المشتركة بين الثقافات.

التثقيف

٦١ - يجب على الدول، أن تقوم بالتعاون الوثيق مع شباب الشعوب الأصلية، بوضع برامج للتثقيف في مجال حقوق الإنسان، والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين، والتثقيف الجنسي والمهارات الحياتية وكفالة توفير هذا التثقيف لأطفال وشباب الشعوب الأصلية في التعليم الرسمي ومن خلال أطر غير رسمية. ويوصى بأن تقوم الدول وهيئات الأمم المتحدة بدعم التثقيف الجنسي المأمون ثقافيا والمصمم خصيصا للشعوب

الأصلية وتزويده بالموارد. وينبغي للمنتدى الدائم أن يقوم بإجراء دراسة عن الروابط بين التثقيف الجنسي واستعادة الاحتفالات والطقوس المتعلقة ببلوغ سن الرشد. وعلاوة على ذلك، يوصى بأن تقوم الدول وهيئات الأمم المتحدة ومجتمعات الشعوب الأصلية بدعم فرص حصول شباب الشعوب الأصلية على التثقيف والإرشاد عن طريق الأقران في ما يتعلق بالحياة والعلاقات الجنسية، بالإضافة إلى التعاليم الثقافية التمكينية القائمة على المعرفة والخالية من الوصم أو إطلاق الأحكام.

الترابط

٦٢ - نظرا لما لاتفاقيات الأمم المتحدة بشأن المواد الكيميائية، ولا سيما اتفاقية روتردام، من تأثير على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للشعوب الأصلية، فإننا ندعو إلى القيام بمراجعة قانونية للتأكد من أنها تتفق مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان، بما في ذلك إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

٦٣ - ويجب على الدول أن تقوم بوقف تصدير واستيراد مبيدات الآفات المحظورة وغير المسجلة من البلدان التي تحظر استخدامها في بلدانها كحالة من العنصرية البيئية والعنف البيئي لما لها من آثار مدمرة على الصحة الجنسية والإنجابية، ولا سيما على صحة الأم والطفل.

٦٤ - وينبغي لكيانات الأمم المتحدة ذات الصلة أن تقوم، بالشراكة مع منظمات الشعوب الأصلية، بإجراء دراسة لتوثيق الصلة بين العنف البيئي، بما في ذلك عمليات الصناعات الاستخراجية، والتلوث الكيميائي وتدمير حياة الشعوب الأصلية، والصحة الجنسية والإنجابية للشعوب الأصلية، بالإضافة إلى القضايا المتعلقة بالاستغلال الجنسي، والاتجار بفتيات الشعوب الأصلية والعنف الجنسي، والتقدم بتوصيات محددة بشأن تدابير الحماية.

العنف القائم على نوع الجنس

٦٥ - ينبغي أن تعترف الدول بمختلف الهويات الجنسانية والتوجهات الجنسية داخل مجتمعات الشعوب الأصلية وتقر بأن هذه الهويات قديمة ومقدسة في الرؤية الكونية للعديد من الأمم والمجتمعات الأصلية. وينبغي للدول أن تتخذ تدابير لمنع التمييز والعنف ضد شباب الشعوب الأصلية من المثليات والمثليين جنسيا والمتحولين جنسيا وثنائيي الروح، وأصحاب الميول الجنسية المغايرة، والتشكيك، وعديمي الجنس ومزدوجي الجنس وأصحاب التوجه الجنسي المخالف للمألوف. كما يوصى بأن تقوم هيئات رصد معاهدات الأمم المتحدة، بما فيها اللجنة المعنية بحقوق الإنسان ولجنة القضاء على التمييز ضد المرأة، بحث الدول على الامتثال لالتزامات حقوق الإنسان الدولية المتعلقة بالمساواة وعدم التمييز ودعم جهود

الشعوب الأصلية في التصدي للتمييز والعنف القائم على نوع الجنس من منطلق فهم واسع للتنوع الجنساني.

٦٦ - وينبغي للدول وكيانات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية أن تقدم الدعم لمشاركة الشعوب الأصلية، ولا سيما العاملات في مجال الجنس وفي اقتصادات الشوارع، على نحو مجد وفعال في السياسات والبرامج وغيرها من التدابير الرامية لمعالجة آثار تزايد العنف والوصم والتمييز والتجريم وفيروس نقص المناعة البشرية.

٦٧ - وينبغي للدول وكيانات الأمم المتحدة أن تقوم بتعزيز المشاركة النشطة لممثلي الشعوب الأصلية، بما في ذلك نساء وشباب الشعوب الأصلية، في الدورة السابعة والأربعين للجنة السكان والتنمية، التي سوف تستعرض تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وينبغي مناقشة استنتاجات اللجنة المتفق عليها في الدورة الثالثة عشرة للمنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية، مع التركيز على التي تتعلق بحقوق الشعوب الأصلية، بما في ذلك الحقوق الجنسية والإنجابية، كما تتجلى في توافق آراء مونتيفيديو للسكان والتنمية وغيرها من نتائج عملية استعراض المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤.

٦٨ - وأوصي بأن تقوم أفرقة الأمم المتحدة القطرية بتعزيز وإدماج حقوق نساء وشباب الشعوب الأصلية لدى وضع الاستراتيجيات الوطنية والخطط دون القطاعية، وخاصة، ولكن ليس على سبيل الحصر، في مجالات الصحة والحقوق الجنسية و الإنجابية، والوفاة والاعتلال أثناء النفاس، وفي السياسات والخطط التي تستهدف المراهقين والشباب.

جمع البيانات وتصنيفها

٦٩ - ينبغي للمنتدى الدائم أن يشارك في استضافة اجتماع مع منظمي الدراسات الاستقصائية الديموغرافية والصحية، ومع الوحدات الإحصائية الصحية الوطنية الأخرى والخبراء في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للشعوب الأصلية من أجل تبادل الخبرات والنهوض بوضع وتنفيذ مبادئ توجيهية لإدراج الشعوب الأصلية في الدراسات الاستقصائية الديموغرافية والصحية ونظم البيانات الإدارية.

٧٠ - وينبغي للمنتدى الدائم أن ينسق مع منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان والكيانات الأخرى ذات الصلة لدى صياغة المعايير الرئيسية المشتركة بين الثقافات ومؤشرات جودة الرعاية التي سينظر فيها لدى تعريف الهدف المقبل للتغطية الصحية الشاملة لما بعد عام ٢٠١٥ التي تتضمن الصحة الجنسية والإنجابية للشعوب الأصلية.

٧١ - وينبغي للدول أن تكفل شمول التسجيل المدني، بما يتسق مع وجهات النظر والخيارات الثقافية للشعوب الأصلية وأن تتخذ تدابير محددة لتغطية الذين يعيشون في المناطق النائية. وينبغي أن تتوفر للنظم الصحية الموارد المالية والتقنية اللازمة لكفالة استمرار عملية جمع وتحديث البيانات الإدارية بشأن الشعوب الأصلية، بما في ذلك المؤشرات الصحية المشتركة بين الثقافات، حتى تكون قادرة على مراقبة ما يتم عمله في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وعلاوة على ذلك، ينبغي أن تكفل الدول مشاركة الشعوب الأصلية ومنظماتها في تصميم الدراسات الاستقصائية المتعلقة بالصحة، بينما يجري تدريب موظفي التعدادات والاستقصاءات على كيفية التعامل مع الشعوب الأصلية بطرق ملائمة ثقافيا.

٧٢ - وينبغي للمنتدى الدائم أن ينسق مع الوكالات والجهات الفاعلة الأخرى بشأن وضع وتنفيذ مشروع بحثي دولي حول الصحة الجنسية والإنجابية للشعوب الأصلية، وكفالة قيام شراكة فعالة مع الشعوب الأصلية ومنظماتها في جميع مراحل المشروع. وتشمل هذه البحوث جميع المجالات المدرجة في هذا التقرير.

٧٣ - ويشيد المشاركون بنساء الشعوب الأصلية اللاتي شاركن في المؤتمر العالمي لنساء الشعوب الأصلية، الذي عقد في ليما في عام ٢٠١٣، ويؤيدون التوصيات التي قدمت بشأن الصحة الجنسية والإنجابية ويوصون بأن تقوم الدول بدعم خطة العمل التي وضعت في المؤتمر.

٧٤ - وينبغي للدول أن تدرج الاتفاقات المتعلقة بالشعوب الأصلية في نتائج توافق آراء مونتيفيديو للسكان والتنمية، وخطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥. وينبغي للدول أن تقوم بشكل أكثر تحديدا بما يلي:

(أ) تخصيص موارد محددة لتنفيذ البرامج التي تضطلع بها نساء الشعوب الأصلية، ولا سيما في المناطق الريفية والنائية، لضمان الحصول على الخدمات العامة والتعليم المشترك بين الثقافات الذي يمكن أن يكفل الصحة الجنسية والإنجابية والأمومة المأمونة كحق من حقوق الإنسان؛

(ب) الاعتراف بما للعنف في مظاهره المتعددة من تأثير قوي على الصحة المتكاملة لنساء الشعوب الأصلية، بما في ذلك أثر التلوث البيئي، والصناعات الإستخراجية والتعدين، واستخدام مبيدات الآفات والمواد السامة؛

(ج) القيام بمشاركة وموافقة نساء الشعوب الأصلية بتنفيذ الإجراءات اللازمة لمنع العنف والقضاء عليه.

٧٥ - وينبغي للدول وكيانات الأمم المتحدة أن تقوم بإدراج حالة نساء الشعوب الأصلية في المناطق الحضرية اللاتي يعشن في المناطق الحدودية في تصميم وتنفيذ خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وكفالة مشاركتهن وزيادة الوعي بمشاكلهن، كالعنف والاتجار بالبشر والمخدرات والأسلحة.

فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

٧٦ - ينبغي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والمنظمات غير الحكومية الدولية وغيرها من الجهات المعنية أن تكفل مشاركة أفراد الشعوب الأصلية المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بطريقة مجدية في البرامج بطرق تعترف بالمهارات والتجارب والخبرات المتنوعة التي يقدمونها في وضع البرامج وتنفيذها وفقا لسياسة تعزيز مشاركة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز. وينبغي أيضا كفالة مشاركة الشعوب الأصلية ومجتمعاتها المحلية في جميع جوانب السياسات والبرمجة المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية بطرق تقر وتحترم حقوق الشعوب الأصلية واحتياجاتها.

٧٧ - وينبغي لوكالات الأمم المتحدة، بما في ذلك برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وصندوق الأمم المتحدة للسكان، أن تعمل جنبا إلى جنب مع المنتدى الدائم لدعم وتعزيز الشبكات الدولية للشعوب الأصلية المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية، وتوفير موارد كافية لكفالة نمو الشبكات وأوجه التعاون الدولية للشعوب الأصلية المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية واستدامتها، وبناء قدرات الشعوب الأصلية ومجتمعاتها المحلية من خلال زيادة مشاركة الشعوب الأصلية في الشبكات الدولية المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية.

٧٨ - وينبغي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أن يكفل الاعتراف بالشعوب الأصلية كمجموعة معينة من السكان معرضة بصورة شديدة لفيروس نقص المناعة البشرية حتى تخصص لمجتمعات الشعوب الأصلية والمبادرات التي تقودها الشعوب الأصلية آليات واستراتيجيات وموارد محددة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية.

٧٩ - وينبغي للدول أن تعمل على تنفيذ نماذج وبرامج لأفضل الممارسات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية في المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية وكفالة تنفيذها بطرق تحترم حقوق الشعوب الأصلية واحتياجاتها.

الممارسات الضارة

٨٠ - ينبغي لوكالات الأمم المتحدة ذات الصلة أن تقوم باستعراض ما يجدي وما لا يجدي عند مكافحة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، وذلك لكفالة الاستخدام المتكامل للأطر

الأربعة (إطار الصحة العامة وإطار حقوق الإنسان والإطار الاجتماعي والإطار الثقافي) للقضاء على هذه الممارسة. ويوصى بإعداد وثائق وافية عن أفضل الممارسات والدروس المستفادة في مجال القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للإناث.

٨١ - ويعتبر التعليم الرسمي بمثابة المحرر في الأجل الطويل لنساء الشعوب الأصلية من تشويه الأعضاء التناسلية. وبالتالي، فإنه يتعين على الدول ووكالات الأمم المتحدة وغيرها من الجهات الفاعلة في مجال التعاون الدولي أن تواصل تقديم الدعم لتعليم فتيات الشعوب الأصلية على جميع المستويات بالقيام مع السلطات المحلية وزعماء الشعوب الأصلية التقليديين والمنظمات النسائية بتنسيق إدراج التثقيف الجنسي المشترك بين الثقافات والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان في المدارس باللغات المحلية ودعم المبادرات المجتمعية لتمكين النساء والفتيات بالمعلومات والمعارف والمهارات الحياتية لمنع تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وزواج الأطفال والزواج المبكر والقسري.

الشؤون الإنسانية

٨٢ - ينبغي لوكالات الأمم المتحدة التي أنيطت بولاية تتعلق بالشؤون الإنسانية، ولا سيما مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومكتب تنسيق الشؤون الإنسانية التابع للأمانة العامة، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة أن تقوم بتوفير الخدمات الصحية، ولا سيما المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، للشعوب الأصلية، ولا سيما النساء والفتيات والشباب الذين يعيشون كلاجئين أو الذين يعيشون في حالة من الأزمة الإنسانية، بما في ذلك من خلال العاملين الصحيين الذين يتكلمون لغاتهم.

٨٣ - وينبغي لهيئة الأمم المتحدة المعنية بالمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة) أن تقوم بالتعاون الوثيق مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى، أن تساعد على بناء قدرات نساء الشعوب الأصلية اللاتي يعشن في المناطق المتضررة من النزاعات وفي حالات من الأزمة الإنسانية، ولا سيما بالنسبة للأسر المعيشية التي تعولها نساء.

٨٤ - وينبغي لكيانات الأمم المتحدة المكلفة بولاية تتعلق بالدفاع عن حقوق الإنسان، أن تقوم بالتعاون مع الشعوب الأصلية التي تعيش في حالات النزاع والأزمات الإنسانية، بإنشاء آليات للإنذار المبكر لمنع العنف الجنسي، ولا سيما ضد نساء وفتيات الشعوب الأصلية.

المرفق الأول

جدول الأعمال و برنامج العمل

التاريخ/الساعة	البند	البرنامج
الأربعاء، ١٥ كانون الثاني/يناير ٢٠١٤		
الساعة ١٠:٠٠ – ١٠:٣٠		افتتاح الأمين العام المساعد لتنسيق السياسات والشؤون المشتركة بين الوكالات لحلقة العمل
	البند ١	انتخاب الرئيس والمقرر
	البند ٢	إقرار جدول الأعمال وتنظيم الأعمال
الساعة ١٠:٣٠ – ١٣:٠٠	البند ٣	النهج المشترك بين الثقافات إزاء الصحة الجنسية والإنجابية: إمكانية الوصول والجودة
		عرض: ميرنا كننغهام
الساعة ١٥:٠٠ – ١٨:٠٠	البند ٤	الممارسات الضارة والمساواة بين الجنسين والتمييز والعنف
		عرض: أغنيس ليينا نتيكامبي
الخميس، ١٦ كانون الثاني/يناير ٢٠١٤		
الساعة ١٠:٠٠ – ١٣:٠٠	البند ٥	صحة الأمومة وتنظيم الأسرة
	البند ٦	فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والعدوى المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي
		عروض من:
		لاريسا أبريوتينا
		توكو تالوكدر
		كلايف أسبين
الساعة ١٥:٠٠ – ١٨:٠٠	البند ٧	النشاط الجنسي والمحرمات الثقافية والتثقيف
		عرض: جيسيكا دانفورث
الجمعة، ١٧ كانون الثاني/يناير ٢٠١٤		
الساعة ١٠:٠٠ – ١٣:٠٠	البند ٨	منظومة الأمم المتحدة:
		المؤتمر العالمي المعني بالشعوب الأصلية (أيلول/سبتمبر ٢٠١٤)
		المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ (أيلول/سبتمبر ٢٠١٤) وخطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥
		عروض:
		أمانة المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية
		صندوق الأمم المتحدة للسكان
الساعة ١٥:٠٠ – ١٨:٠٠	البند ٩	اعتماد النتائج والتوصيات

المرفق الثاني

قائمة الوثائق[1]

مذكرة مفاهيمية من أجل اجتماع فريق الخبراء الدولي بشأن موضوع ”الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية: المواد ٢١ و ٢٢ (١) و ٢٣ و ٢٤ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية“

برنامج عمل اجتماع فريق الخبراء الدولي بشأن موضوع ”الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية: المواد ٢١ و ٢٢ (١) و ٢٣ و ٢٤ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية“

ورقة مقدمة من لاريسا أبريوتينا

ورقة مقدمة من كلايف أسبين

ورقة مقدمة من جيسيكا دانفورث

ورقة مقدمة من ميرنا كننغهام

ورقة مقدمة من أغنيس ليينا نتيكامبي

ورقة مقدمة من توكو تالوكدر

---

(١) يمكن الاطلاع على جميع التقارير والوثائق الأخرى المقدمة أثناء الاجتماع من موقع أمانة المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية على الإنترنت: (http://undesadspd.org/IndigenousPeoples/EGM2014SexualHealthandReproductiveRights.aspx).