

Distr.: General
1 March 2005
Arabic
Original: English

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية
الدورة الرابعة

نيويورك، ١٦-٢٧ أيار/مايو ٢٠٠٥

البند ٤ من جدول الأعمال المؤقت*

الأولويات والمواضيع الجارية

المعلومات الواردة من منظومة الأمم المتحدة

مذكرة من الأمانة العامة

إضافة

منظمة الصحة العالمية

أنشطة منظمة الصحة العالمية في مجال صحة الشعوب الأصلية والفئات العرقية
المهمشة

* E/C.19/2005/1

موجز تنفيذي

اتخذت هيئة إدارة منظمة الصحة العالمية، وهي جمعية الصحة العالمية، عددا من القرارات طلبت فيها اتخاذ إجراءات بشأن صحة الشعوب الأصلية على الصعيد الوطني والإقليمي. ودعا أحد قرارات الجمعية إلى وضع خطة عمل عالمية لتحسين صحة الشعوب الأصلية. وتم اعتماد استراتيجية عالمية لتعزيز الإجراءات المحددة التي من المقرر اتخاذها في مختلف ميادين الصحة، بما في ذلك قضايا صحة الشعوب الأصلية. وأوردت منظمة الصحة العالمية في هذا التقرير قائمة بالمنشورات ذات الصلة بالشعوب الأصلية ومعلومات عن أعمال منظماتها الإقليمية، وهي منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، في ما يتعلق بالشعوب الأصلية. وقد قيمت هذه المنظمة المنجزات التي تحققت في مجال صحة الشعوب الأصلية في أمريكا اللاتينية في سياق العقد الدولي الأول للشعوب الأصلية في العالم، مع التركيز على المجالات التي تناولتها الأهداف الإنمائية للألفية. وترد في التقرير الاستنتاجات الرئيسية التي توصل إليها التقييم وجدول يتضمن أوجه التباين بين الشعوب الأصلية والمجتمع بوجه عام.

المحتويات

الصفحة	الفقرات	
٤	٢-١ مقدمة - أولا
٤	٢١-٣ الأنشطة السابقة والحالية لمنظمة الصحة العالمية - ثانيا
١٠	٢٥-٢٢ الأهداف الإنمائية للألفية والشعوب الأصلية - ثالثا
		مرفق
١٤	 مبادرة صحة الشعوب الأصلية: المعلومات العلمية والتقنية والعامه

أولا - مقدمة

١ - جمعية الصحة العالمية هي هيئة إدارة منظمة الصحة العالمية، ومن قراراتها تنبثق ولاية المنظمة في مجال صحة الشعوب الأصلية. وقد اتخذت الجمعية عددا من القرارات دعت فيها إلى العمل على كافة مستويات المنظمة، ومن أهمها القرار ٥٤-١٦ الذي دعت فيه الجمعية إلى وضع خطة عمل عالمية لتحسين صحة الشعوب الأصلية. وأعد مخطط استراتيجية عالمية بالتشاور مع كافة المكاتب الإقليمية للمنظمة، وقدم إلى الجمعية الخامسة والخمسين المعقودة في أيار/مايو ٢٠٠٢.

٢ - وفي القرار ٣٥/٥٥، اعتمدت الجمعية الاستراتيجية العالمية، وأوصت بأن تعمل الأمانة بشكل وثيق مع الدول الأعضاء المهتمة بالأمر والمنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية بغرض إدخال مزيد من التفصيلات عليها. وأوصت الاستراتيجية باتخاذ إجراءات في خمسة مجالات هي: (أ) البيانات والمعلومات الصحية والديموغرافية؛ (ب) النهوض بالصحة؛ (ج) النظم الصحية والحصول على الرعاية؛ (د) التأثير على محددات الصحة؛ (هـ) التشجيع على تعزيز الالتزام السياسي والقدرات الوطنية. وتعكف المنظمة حاليا على زيادة تطوير هذه الاستراتيجية من خلال إجراء مشاورات على الصعيدين الإقليمي والقطري.

ثانيا - الأنشطة السابقة والحالية لمنظمة الصحة العالمية

ألف - المنشورات

٣ - ترد أدناه قائمة بمنشورات المنظمة ذات الصلة بصحة الشعوب الأصلية، بما في ذلك أعمال المكاتب الإقليمية والقطرية ذات الصلة بصحة الشعوب الأصلية.

(أ) نشر مكتب المنظمة في فييت نام منشورا بعنوان: الصحة والأقليات العرقية في فييت نام في حزيران/يونيه ٢٠٠٣؛

(ب) استراتيجية منظمة الصحة العالمية للطب التقليدي للفترة ٢٠٠٢-٢٠٠٥، وتهدف إلى حماية وصون معارف الطب التقليدي لدى الشعوب الأصلية والمساعدة على زيادة تسجيل وحفظ معارف الطب التقليدي لدى هذه الشعوب من خلال جملة من التدابير منها إنشاء مكتبات رقمية خاصة بالطب التقليدي؛

(ج) إثر عملية تشاور واسعة النطاق، نشرت أمانة المنظمة، بالتعاون مع مركز التغذية والبيئة للشعوب الأصلية، في عام ٢٠٠٣، كتيباً بعنوان الشعوب الأصلية والبحث الصحي التشاركي، باعتباره مسودة تغني بمزيد من التعليقات والتفاصيل. ويشدد هذا المنشور

على أن ”البحث الصحي المتعلق بالشعوب الأصلية ينبغي أن ينظم ويصمم ويجرى بطريقة تراعي الاختلافات الثقافية، سواء بادر إليه المجتمع نفسه أو معهد من معاهد البحث، وأن يستند إلى الاحترام المتبادل، ويكون مفيدا لكلا الطرفين ومقبولا لديهما معا“؛

(د) ونشرت المنظمة أيضا الخلاصة الوافية العالمية للمؤسسات المختصة بالبحوث المتعلقة بصحة الشعوب الأصلية (٢٠٠١). وهي عبارة عن قائمة شاملة بالمؤسسات الحكومية والأكاديمية الرئيسية التي تشارك على نطاق العالم في إجراء البحوث التي تتعلق بصحة الشعوب الأصلية والقبلية وسلامتها، أو في توفير المعلومات التي تدعم تلك البحوث الصحية؛

(هـ) الصحة العقلية للشعوب الأصلية: استعراض دولي (١٩٩٩)، وهو يقدم لمحة عامة عن العالمين الاجتماعي - الثقافي والاجتماعي - الاقتصادي اللذين يعيش فيهما أبناء الشعوب الأصلية؛ ودراسة تستقصي المعلومات المتاحة بشأن مشاكل الصحة العقلية لدى الشعوب الأصلية؛ وتوصيات بشأن سبل دعم الجهود التي تبذلها الشعوب الأصلية في العالم للتصدي لمشاكل الصحة العقلية؛

(و) ويقدم المنشور المعنون صحة الشعوب الأصلية (١٩٩٩) معلومات عن الظروف الاجتماعية - الاقتصادية والصحية للشعوب الأصلية في جميع أنحاء العالم. ويناقش أيضا النظم العلاجية التقليدية والغربية، ويقدم معلومات عن المبادرات المتصلة بالصحة، ومنها مبادرة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية بشأن صحة الشعوب الأصلية؛

(ز) وتتصل عدة منشورات بمشروع الشعوب الأصلية وإساءة استعمال المخدرات (١٩٩٨). ويركز كثير منها على عملية التنمية المجتمعية وهي عملية تهدف إلى مساعدة مجتمعات الشعوب الأصلية على التعامل مع المشاكل المتصلة بالمؤثرات العقلية.

باء - جمع البيانات وتصنيفها

٤ - نادرا ما تتوفر المعلومات بصورة منهجية بشأن الدراسات الديمغرافية والإحصاءات الصحية المتعلقة بالشعوب الأصلية أو الفئات العرقية. ولا تتوفر البيانات والأدلة المستقاة من البحوث بشأن الصحة والأصل العرقي إلا من حين لآخر وكثيرا ما تكون قليلة ويعوزها الاتساق من الناحية المنهجية. ولذلك، فإن النتائج غير قابلة للتعميم وغير كافية للاستئناس بها في وضع السياسات. وتتفاوت نوعية البيانات المقدمة بدرجة كبيرة. ومع ذلك، فإن ثمة نمطا

عاما يشير إلى أن الشعوب الأصلية والفئات العرقية المهمشة تحظى في العديد من البلدان بعمر متوقع يقل عن العمر المتوقع عند الفئات السكانية الأخرى ولها وضع صحي أسوأ منها.

٥ - وتقوم منظمة الصحة العالمية بتصنيف المعلومات الصحية حسب نوع الجنس، والعمر، وفي حالات كثيرة، حسب معدل الفقر. وحيثما يقتضي الأمر، تعكس المعلومات أيضا الاعتبارات العرقية داخل الإطار الوطني. وتعكس جميع الأعمال التي تضطلع بها المنظمة مع البلدان استراتيجيات التعاون مع المنظمة المتفق عليها، وتهدف إلى مساعدة السلطات الصحية الوطنية على متابعة وتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

٦ - وتتوخى المنظمة دعم الأعمال التي تقوم بها البلدان لتصنيف بياناتها حسب المتغيرات ذات الصلة. بيد أن هناك عددا من العوائق التقنية والسياسية تحول دون الحصول على بيانات موثوق بها ومصنفة حسب الأصل العرقي.

جيم - الأعمال الإضافية المنجزة والجارية في مقر المنظمة

٧ - يقدم برنامج الطب التقليدي في منظمة الصحة العالمية دعما للدول الأعضاء في مجال تحديد المعايير ووضع البرامج بغية مساعدتها على تطوير نظمها الطبية التقليدية وإدماجها في نظم الرعاية الصحية الوطنية، وذلك لضمان استعمال الطب التقليدي على نحو مناسب وآمن وفعال.

٨ - وقد عقدت مشاورات دولية عن صحة الشعوب الأصلية بمقر المنظمة في تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٩. وقدم المشاركون فيها من الشعوب الأصلية مجموعة من التوصيات تهدف إلى تحسين صحة الشعوب الأصلية. وقام اجتماع المجموعة الرئيسية للشعوب الأصلية، الذي عقد بموازاة تلك المشاورة، بوضع واعتماد إعلان جنيف بشأن صحة وبقاء الشعوب الأصلية (WHO/HSD/00.2).

٩ - والمنظمة في سبيلها إلى تحرير منشور سيركز من منظور حقوق الإنسان على رصد الحالة الصحية للفئات العرقية المهمشة، بما فيها الشعوب الأصلية والقبلية.

دال - الأنشطة الإقليمية

١٠ - دأبت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية منذ عام ١٩٩٣ على تنفيذ إجراءات تتعلق بصحة الشعوب الأصلية، امتثالا لقراريها CD37.R5 لعام ١٩٩٣ و CD40.R6 لعام ١٩٩٧. وتستند أنشطة التعاون التقني التي تضطلع بها المنظمة وإجراءات الدول الأعضاء إلى مبادئ مبادرة صحة الشعوب الأصلية، وهي: ضرورة اتباع نهج كلي إزاء الصحة؛ وحق الشعوب

الأصلية في تقرير مصيرها؛ والحق في المشاركة المنتظمة؛ واحترام ثقافات الشعوب الأصلية وإنعاشها؛ والمعاملة بالمثل في العلاقات.

١١ - واتبعت في تنفيذ القرارين CD37.R5 لعام ١٩٩٣ و CD40.R6 لعام ١٩٩٧ المبادئ التوجيهية لخطط عمل ثلاث هي: (أ) خطة عمل منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية للفترة ١٩٩٥-١٩٩٨ لتنفيذ المبادرة في منطقة الأمريكتين؛ (ب) الإطار الاستراتيجي وخطة عمل مبادرة صحة الشعوب الأصلية للفترة ١٩٩٩-٢٠٠٢؛ (ج) وحاليا، المبادئ التوجيهية الاستراتيجية وخطة عمل مبادرة صحة الشعوب الأصلية للفترة ٢٠٠٣-٢٠٠٧.

١٢ - وتركزت الأعمال حتى الآن على المجالات الخمسة التالية: بناء القدرات والتحالفات؛ والتعاون مع الدول الأعضاء لتنفيذ العمليات والمشاريع الوطنية والمحلية؛ وإقامة المشاريع في مجالات البرامج ذات الأولوية؛ وتعزيز نظم الصحة التقليدية؛ وتوفير المعلومات العلمية والتقنية والعامة.

١٣ - وبإيجاز، تميزت مبادرة صحة الشعوب الأصلية بقدرتها على الجمع بين جهود البرامج التي تشجعها منظمة الصحة للبلدان الأمريكية ومقترحات البلدان ذاتها. وثمة حاليا مشاريع و/أو أنشطة مشتركة بين البرامج في المجالات التالية: الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، والملاريا، والسل، والصحة الإنجابية، والمياه والمرافق الصحية، وصحة الأم والطفل، والجامعة الافتراضية، والصحة العقلية، وتعاطي الكحول وإساءة استخدام المخدرات، وحقوق الإنسان، والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والاستبعاد الاجتماعي، وصحة الشيوخ، وصحة الفم، وصحة العين، والتأهيل، والحصول على المياه والمرافق الصحية.

١٤ - ولم تكن المبادرة ناجحة في الدعوة إلى كفالة سلامة الشعوب الأصلية في الأمريكتين بالمنتديات الإقليمية والوطنية والمحلية فحسب، بل أيضا في إقامة الشراكات والشبكات الاستراتيجية التي شجعت على قيام عمليات لتحسين الأحوال الصحية لهذه الشعوب. ومن النتائج التي ينبغي التأكيد عليها إقامة شبكات التعاون ووضع السياسات، والاستراتيجيات، والخطط، والمشاريع، وبلورة برامج تنمية الموارد المجتمعية والبشرية.

١٥ - وشاركت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية مشاركة هامة في منتدى الأمم المتحدة الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية، وفي أنشطة مشتركة مع وكالات من قبيل مصرف التنمية للبلدان الأمريكية، والبنك الدولي، ومنظمة الدول الأمريكية، ووكالات التعاون الثنائي، وصندوق تنمية الشعوب الأصلية في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ومكتب

الطب البديل في معهد الولايات المتحدة الوطني للصحة، ودائرة صحة الشعوب الأصلية في كل من كندا والولايات المتحدة. وتم تشجيع إنشاء شبكات وطنية ودون إقليمية تعنى بصحة الشعوب الأصلية في بلدان المنطقة. وتتوفر لبلدان أمريكا الوسطى قائمة بأسماء المؤسسات العاملة في مجال صحة الشعوب الأصلية.

١٦ - وحفز دعم منظمة الصحة للبلدان الأمريكية للعمليات الوطنية على الامتثال للاتفاقات الدولية ووضع السياسات الصحية العامة وإنشاء و/أو استحداث الوحدات الفنية المعنية بصحة الشعوب الأصلية، فضلا عن المبادرات الوطنية في ١٩ بلدا من بلدان المنطقة هي: الأرجنتين، وإكوادور، وباراغواي، والبرازيل، وبنما، وبوليفيا، وبيرو، ودومينيكا، والسلفادور، وشيلي، وغواتيمالا، وفنزويلا، وكندا، وكوستاريكا، وكولومبيا، والمكسيك، ونيكاراغوا، وهندوراس، والولايات المتحدة. ووفر قرارا مجلس إدارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية CD37.R5 لعام ١٩٩٣ و CD40.R6 لعام ١٩٩٧ وخطط مبادرة صحة الشعوب الأصلية وتوجيهاتها الإطار في العديد من البلدان لوضع المبادرات والسياسات والبرامج والمشاريع الوطنية. وحظيت مشاركة ممثلي الشعوب الأصلية في أنشطة التعاون التقني بالأولوية على الدوام.

١٧ - ووفرت الأعمال المفاهيمية والمنهجية المضطلع بها لتطبيق نهج يراعي اختلاف الثقافات في مجال الصحة استنادا إلى تجارب الدول الأعضاء الملموسة مرجعا هاما للرعاية الصحية في مجتمعات الشعوب الأصلية لتحسين فعالية تقديم الخدمات الصحية على نحو يراعي موارد الشعوب الأصلية وتصوراتها وممارستها وعلاجها وأدويتها. وقد اتضح هذا على سبيل المثال في ست دراسات فردية عن إدماج ممارسات الشعوب الأصلية وعلاجها وأدويتها في برامج الرعاية الصحية الأولية شملت المابوشي في شيلي، والناهاوتل - بيبيل في السلفادور، والميان في غواتيمالا، والغاريفونا في هندوراس، والنغوي - بوغلي في بنما، والكنشوا في بيرو. وأفضت نتائج الدراسات الفردية، فضلا عن استعراض واسع النطاق للوثائق المتاحة بشأن الموضوع، إلى صياغة مبادئ توجيهية استراتيجية لإدماج ممارسات الشعوب الأصلية وعلاجها وأدويتها في برامج الرعاية الصحية الأولية.

١٨ - ومن الجوانب الهامة توفير تعليم أساسي ودائم للعاملين في المجال الصحي الذين يقدمون خدمات الرعاية في مجتمعات متعددة الثقافات واستحداث وحدات لتدريب الموارد البشرية في الشعوب الأصلية وغير الأصلية على النهج المراعي لاختلاف الثقافات، في إكوادور والبرازيل وبوليفيا وغواتيمالا ونيكاراغوا وهندوراس، على سبيل المثال. وقد أخذت عدة حلقات دراسية واجتماعات فنية في الاعتبار الأولوية التي أولتها بلدان المنطقة

لتطوير معارف وقدرات العاملين في المجال الصحي لمراعاة وتلبية الاحتياجات الصحية للسكان في سياق التنوع الثقافي. وفي إطار منهجية تكييف واستحداث أدوات تطبيق النهج المراعي لاختلاف الثقافات في البرامج ذات الأولوية من قبيل استراتيجية الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، ومبادرة دحر الملاريا، وبرنامج المياه والمرافق الصحية، وبرنامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، فإن عملية إصدار ونشر المعلومات التقنية والعلمية والعامية لم تتح لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية تعميم الخبرات التي راكمتها البلدان فحسب، بل كان لها أيضا تأثيرها على إصدار واستخدام المعارف المتعلقة بصحة الشعوب الأصلية (انظر مرفق هذه الوثيقة).

١٩ - وعلى الرغم مما أحرز من تقدم في تلبية الاحتياجات الصحية للشعوب الأصلية، تؤيد مجموعة متنوعة من الدراسات الحاجة إلى بذل جهود متجددة لمعالجة أوجه التفاوت الخطيرة المتفشية التي لا تزال تتسم بها الحالة الصحية وشمول الخدمات الصحية. لذلك، وبناء على مبادرة صحة الشعوب الأصلية وتقييم عقد الأمم المتحدة للشعوب الأصلية في العالم الذي أجري في عام ٢٠٠٤، فقد أنشئ برنامج صحة الشعوب الأصلية في الأمريكتين كمجال جديد لتكثيف المشاريع المتصلة بترقية الحالة الصحية للشعوب الأصلية في المنطقة وتوسيع نطاقها وتدعيمها. والهدف من البرنامج هو المساهمة في تحقيق العدالة في الأمريكتين في سياق الاعتراف بالتنوع الثقافي للشعوب واحترامه، لكي تحقق رفاهها الكامل؛ وهو يرمي إلى تعزيز القدرة المحلية والوطنية ودون الإقليمية والإقليمية العمل على تحسين صحة الشعوب الأصلية في المنطقة بصورة متكاملة ومنسقة، وباستخدام إطار عمل النهج المشترك بين الثقافات في مجال الصحة والتنمية البشرية.

٢٠ - وبرنامج صحة الشعوب الأصلية في الأمريكتين هو جزء من جهود منظمة الصحة للبلدان الأمريكية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وتجديد استراتيجية الرعاية الصحية الأولية، وسوف يتم إغناؤه أثناء تطبيقه بالمدخلات المستمرة للتجارب الإقليمية ودون الإقليمية والوطنية والمحلية.

٢١ - ويقوم المكتب الإقليمي لغربي المحيط الهادئ حاليا بالاستعراض النهائي لدراستي الحالة المتعلقةتي بالحالة الصحية للشعوب الأصلية والأقليات العرقية في الفلبين وماليزيا؛ وقد سبق الانتهاء من استعراض مماثل يتعلق بفييت نام. (انظر الصحة والأقليات العرقية في فييت نام، منظمة الصحة العالمية، حزيران/يونيه ٢٠٠٣).

ثالثاً - الأهداف الإنمائية للألفية والشعوب الأصلية

٢٢ - تدرك منظمة الصحة العالمية أهمية جمع واستخدام البيانات المصنفة حسب العرق بغرض تنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية. ويشارك كل من فريق العدالة الصحية وفريق حقوق الإنسان التابعين لمنظمة الصحة العالمية في تطوير عملية لتحليل البيانات على نحو يوفر وسيلة لتمييز الفروق الصحية عبر المجموعات العرقية. والهدف الرئيسي هو تحليل الفروق في الحالة الصحية على أساس الانتماءات العرقية/الأصلية. وستحدد البحوث ما إذا كانت الحصيلة الصحية موزعة على نحو غير متكافئ عبر المجموعات العرقية؛ وأي العوامل ترتبط بالمجموعات العرقية وتفسر التوزيع غير المتكافئ؛ وأي العوامل لها دور هام في تفسير المشاكل الصحية ضمن المجموعات العرقية المحرومة من المزايا.

٢٣ - وفي داخل منظمة الصحة العالمية نفسها، تراعي المنظمة الأهداف الإنمائية للألفية في أعمالها الجارية، وفي ما تعده من أهداف للمنظمة. وهناك بالفعل درجة كبيرة من الاتساق في الأهداف الصحية المباشرة حيث اعتمدت الدول على الإنجازات القائمة لدى وضعها إعلان الأمم المتحدة للألفية. ومنذ بدء العمل صوب تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، دفعت منظمة الصحة العالمية بنفسها وبأولوياتها صوب تحقيق الاتساق على نحو أفضل مع الأهداف والغايات الإنمائية المحددة للألفية، ولتجعل نفسها أكثر قدرة على تحقيق هذه الأهداف والغايات. وتتعلق ٣ أهداف من الأهداف الثمانية، و ٨ غايات من الغايات الثماني عشرة، و ١٨ من المؤشرات الثمانية والأربعين بأمور صحية. ولا تقدم الأهداف الإنمائية للألفية قائمة شاملة بالأهداف الصحية (فهي، على سبيل المثال، تفتقر إلى المؤشرات الخاصة بالصحة الإنجابية، والانخفاض في الأمراض غير المعدية، وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية). بيد أنها تمثل علامة فارقة هامة على الطريق نحو تحقيق الصحة للجميع.

٢٤ - وبغية المساهمة في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في الأمريكتين، تم توجيه عمل منظمة الصحة للبلدان الأمريكية إلى عدد المجالات ذات الأولوية مثل صحة الأم والطفل، والملاريا، والسل، والصحة الإنجابية، والمياه والمرافق الصحية، وحقوق الإنسان، والإصابات المنقولة بالاتصال الجنسي - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والحصول على المياه والمرافق الصحية.

٢٥ - وفي عام ٢٠٠٤، قِيَّمت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية الإنجازات التي حققتها العقد الدولي للشعوب الأصلية في العالم في مجال الصحة فيما يتعلق بالأمريكتين. واشتمل التقييم على تحديث المعلومات بشأن المؤشرات الديمغرافية والمتعلقة بالاعتلال والوفيات، مع

التركيز على المجالات التي عاجلتها الأهداف الإنمائية للألفية. وكانت الاستنتاجات الرئيسية كما يلي:

(أ) رغم الافتقار العام إلى البيانات المصنفة الموثوقة التي تتيح الحصول على وصف دقيق للحالة الصحية للشعوب الأصلية، تشير جميع البيانات المتاحة إلى وجود حالات تفاوت خطيرة تعرضهم للضرر. ويقدم الجدول التالي بعض الأمثلة التي تدلل على ذلك؛

(ب) من شأن الافتقار إلى الإحصاءات الحيوية أو الإحصاءات الخدمية المصنفة حسب المجموعة العرقية ونوع الجنس، والمجموعة العمرية، فضلاً عن عدم فهم الخصائص الاجتماعية الثقافية للشعوب الأصلية، أن يعيق نشوء عمليات إدارية تقوم على البراهين، وبالتالي تحديد الأولويات والتقييم الملائم للحالة الصحية والظروف المعيشية، وشمول الخدمات الصحية للسكان الأصليين على كلا الصعيدين الوطني ودون الوطني؛

(ج) هناك نطاق محدود لتدريب الموظفين الصحيين على تقديم الخدمات الملائمة، مع مراعاة الخصائص الاجتماعية - الثقافية للمستفيدين، على صعيد السلطة الصحية وعلى الصعيد دون الوطنية؛

(د) رغم أن السياسات الصحية تتطرق إلى احتياجات الشعوب الأصلية في بلدان كثيرة في الأمريكتين، فإن الآليات الملائمة لتنفيذ السياسات لا تزال في حاجة إلى التطوير أو التطبيق؛

(هـ) ترتبط الصورة الوبائية الحالية للسكان الأصليين بالعوامل الهيكلية التي تحدد الاحتياجات الأساسية غير الملبّاة لهذه الشعوب. ولذلك، فإن تحسين الحالة الصحية للشعوب الأصلية يتطلب العمل المتعدد القطاعات والمتعدد التخصصات مع المشاركة الكاملة للشعوب الأصلية. والنشاطات الجارية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية ستتطلب مراعاة الجوانب الاجتماعية الثقافية والمؤشرات النوعية لمعالجة أوجه التفاوت التي تضرر بالسكان الأصليين والفئات الضعيفة. وهذا يتطلب الالتزام السياسي وتحمل مسؤولية من جانب البلدان التي تتقاسم العيش في الأمريكتين ووكالات التعاون الدولي، ومنظمات الشعوب الأصلية نفسها.

الأهداف الإنمائية للألفية	الدليل على أوجه التفاوت
١ - القضاء على الفقر المدقع والجوع	في غواتيمالا في عام ١٩٩٨، كانت نسبة ٩١,٣ في المائة من السكان الأصليين فقراء بالمقارنة مع ٥٥,٦ في المائة من السكان غير الأصليين (منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، ٢٠٠٢)
٢ - تحقيق تعميم التعليم الابتدائي	تساهم ظروف الفقر أيضا في جعل مؤشرات الأمية المرتفعة أكثر سوءا. ففي المكسيك، تصل نسبة الأمية بين السكان الأصليين إلى ثلاثة أمثال المعدل المتوسط الوطني (لجنة تنمية الشعوب الأصلية في المكسيك، ٢٠٠٤)
٣ - تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	في غواتيمالا، سجّلت نسبة ٦٨ في المائة من الغياب عن المدارس للأطفال ذوي الأمهات الأميات، و ٧٢ في المائة من نسب الغياب هذه كانت للأطفال من أبناء السكان الأصليين (منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، ٢٠٠٢)
٤ - تخفيض معدل وفيات الأطفال	كمتوسط، فإن وفيات الأطفال بين مجتمعات السكان الأصليين في بنما هي ٨٤ وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية، بالمقارنة مع ١٧,٢ وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية في البلد؛ ويتوفى ٣٢ طفلا من أبناء السكان الأصليين تحت سن الخامسة من بين كل ١٠٠٠٠ طفل بسبب الإصابة بالإسهال، بالمقارنة مع ٦,٤ لكل ١٠٠٠٠ على الصعيد الوطني. وهي نسبة تتجاوز أكثر من خمسة أمثال بالمقارنة مع المعدل الوطني (وزارة الصحة، ٢٠٠٠)
٥ - تحسين الصحة النفاسية	هناك تماثل بين ما يحدث في هندوراس بالنسبة إلى الوفيات النفاسية في المقاطعات التي تقطنها جماعات سكانية أقدم عهدا تنتمي إلى السكان الأصليين أو متحدرة من أصول أفريقية. في أتلنتيدا (١٥٩ حالة وفاة لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية)، وفي لمبيرا (١٩٠ لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية)، وفي كولومبس (٢٠٠ لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية)، وفي كوبان (٢٠٣ لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية)، وفي لاباز (٢٩٩ لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية)، وفي إنتبوتشا (٢٥٥ لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية)، أما معدلات الوفيات النفاسية فهي مقلقة وتنفوق إلى حد كبير المعدل الوطني البالغ ١٤٧ حالة لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية. (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، دليل التنمية البشرية؛ ١٩٩٩، أمانة الصحة؛ ١٩٩٧، إ. سوريانو، ١٩٩٩)
٦ - مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض	في المكسيك، تصل نسبة الوفيات من السل الرئوي بين السكان الأصليين إلى مثليها لدى مجموع السكان (لجنة التنمية للشعوب الأصلية في المكسيك، ٢٠٠٤). وفي بلدية تشينالهو، بمقاطعة تشياباس في المكسيك، وهي منطقة ذات نسبة عالية من السكان الأصليين، أشارت البيانات التي توافرت عام ١٩٩٩ إلى أن الحصبة والملاريا هما ضمن الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة. وفي سورينام، كما في غيانا الفرنسية، فإن ٧٠ في المائة من إصابات الملاريا تنشأ في حوض نهر ماروني، وهي منطقة استيطان للشعوب الأصلية والمنحدرين من أصول أفريقية (Aldigheri, 2000)

الأهداف الإنمائية للألفية	الدليل على أوجه التفاوت
٧ - كفاءة الاستدامة البيئية	<p>الأمراض التي تسببها ندرة المياه أو عدم توفرها كلية، والظروف السيئة التي يتم فيها استهلاكها فضلا عن الافتقار إلى المرافق الصحية الأساسية، هي من بين الأسباب الرئيسية للاعتلال والوفاة، وخاصة بين أطفال السكان الأصليين. ففي السلفادور مثلا، يصيب التلوث نسبة ٩٥ في المائة من مصادر المياه السطحية، مما يتسبب في حدوث ٤,١ إصابة بالإسهال سنويا للأطفال تحت سن الخامسة؛ و ٤٠ في المائة من أطفال السكان الأصليين في السلفادور مصابون بسوء التغذية، بالمقارنة مع ٢٠ في المائة في البلد ككل (تقرير المشروع المتعلق بأوضاع المرافق الصحية البيئية في مجتمعات الشعوب الأصلية، ٢٠٠٤)</p>
٨ - إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية	<p>تبين الخريطة التي تتجاوز حدود الولاية الوطنية للأمريكتين الوجود متعدد الجنسيات للشعوب الأصلية، مثل المايا في المكسيك وغواتيمالا وبليز؛ والكوتشواس في كولومبيا وإكوادور وبيرو وبوليفيا والأرجنتين؛ والغوراني في بوليفيا وباراغواي والأرجنتين والبرازيل. ومن الواضح أن الحدود الحالية نسبية، وأن التعاون بين البلدان المعنية له أهميته الأساسية لمعالجة الحالة الصحية لهذه الشعوب</p>

مرفق

مبادرة صحة الشعوب الأصلية:

المعلومات العلمية والتقنية والعامّة

Health of the Indigenous Peoples Initiative

(Pan American Health Organization/World Health Organization)

Scientific, technical and public information

1. Indigenous Peoples and Health, Workshop '93, Winnipeg, Canada, Background document (English/Spanish), HSP/HZO, 1993.
2. Indigenous Peoples and Health, Workshop '93, Hemispheric Workshop (English/Spanish/French), HSP/HZO, 1993.
3. Health of the Indigenous Peoples (English/Spanish), HSP/HZO, HSP/D No. 1, 1993.^a
4. Población y Pueblos Indígenas de las Américas (Spanish), HSP/HZO, 1993.
5. Taller Subregional para Mesoamérica Pueblos Indígenas y Salud (Spanish), HSP/HZO, 1994.
6. Taller de desarrollo profesional planificación para la Iniciativa: Guía del Participante, Guía para el Facilitador (Spanish), HSP/HZO, 1994.
7. Toward a Comprehensive Approach to Health Guidelines for Research with Indigenous Peoples — Working Group on Research (English/Spanish), HSP/D No. 2, 1997.^a
8. Taller Piloto Subregional Andino de Salud para los Pueblos Indígenas, Informe Ejecutivo — Santa Cruz, Bolivia (Spanish), HSP/D No. 3.^a
Informe Ejecutivo Taller Subregional Mesoamericano Pueblos Indígenas, Quetzaltenango (Spanish), HSP/D No. 4, 1997.^a
9. Incorporating a Gender Perspective in the Work with Indigenous Peoples, HSO/D No. 5 (English/Spanish), 1997.^a
10. Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales (Spanish), HSP/D No. 6, 1997.^a
11. Lessons Learned in Working with Indigenous Women and Health: The Experience in Guatemala, MSD17/8 (English/Spanish), HDP/HDW, 1997.^a
12. Reunión de Trabajo sobre Políticas de Salud y Pueblos Indígenas, Quito, Ecuador, HSP/HZO (Spanish), 1997.^a
13. Excerpts from: Health in the Americas, 2002, vols. I and II (English/Spanish), HSP/HZO, 1998.
14. Memoria Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud, OPS/CHI, HSP/D No. 7 (Spanish), 1998.^a

15. Health of Indigenous Peoples Initiative, Progress Report, 1997, HSP/HSO, HSP/D No. 8 (English/Spanish/Portuguese/French), 1998.^a
16. Strategic Orientations for the Implementation of the Health of the Indigenous Peoples Initiative, HSP/D No. 9 (English/Spanish), 1998.^a
17. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Bolivia, HSP/HSO (Spanish), 1998.
18. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile, HSP/HSO (Spanish), 1998.
19. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Ecuador, HSP/HSO (Spanish), 1998.
20. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Guatemala, HSP/HSO (Spanish), 1998.
21. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Honduras, HSP/HSO (Spanish), 1998.
22. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de México, HSP/HSO (Spanish), 1998.
23. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Perú, HSP/HSO (Spanish), 1998.
24. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Venezuela, HSP/HSO (Spanish), 1998.
25. Health Conditions of Aboriginal Peoples in Belize, Guyana and Suriname, HSP/HSO (English), 1998.
26. Programas y Servicios de Salud Mental en Comunidades Indígenas, Grupo de Trabajo, Santa Cruz, Bolivia, HSP/D No. 10 (Spanish), 1998.^a
27. Salud, Cultura y Territorio: Bases para una Epidemiología Inter-Cultural, Ministerio Salud, Chile (Spanish), 1998.
28. Mujer Ngöbe: Salud y Enfermedad, Panamá (Spanish), 1998.
29. Orientaciones de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas, HSP/D No. 11 (Spanish), 1998.^a
30. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, HSP/D No. 12 (Spanish), 1999.^a
31. Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Baseline Information, HSP/D No. 13 (English/Spanish).^a
32. Strategic Framework and 1999-2002 Action Plan, HSP/HSO (English/Spanish), 1999.^a
33. Health of the Indigenous Peoples, References, HSP/HSO. See Access database in PAHO web page, www.paho.org.
34. Health of the Indigenous and Black Peoples of Honduras — Cultural Diversity and Processes of National Convergence (Spanish/English), 2001.
35. Pamphlet: Health of the Indigenous Peoples Initiative (English/Spanish), HSP/HSO, 2002.

36. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Ngöbe-Buglé, Panama, HSP/D No. 14 (Spanish), 2002.^a
37. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Maya de Guatemala, HSP/D No. 15 (Spanish), 2002.^a
38. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Mapuche de Makewe Pelale, Chile, HSP/D No. 16 (Spanish), 2002.^a
39. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Garífunas de Honduras, HSP/D No. 17 (Spanish), 2002.^a
40. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Quechua del Peru, HSP/D No. 18 (Spanish), 2002.^a
41. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Náhuat Pipil de Izalco, El Salvador, ELS Nos. 2 and 3 Series (Spanish).^b
42. Traditional, Complementary and Alternative Medicine and Therapies in the Americas: Políticas, Plans and Programmes, report of a workshop, Guatemala, HSP/D No. 20 (Spanish/English), 2002.^a
43. Traditional Complementary and Alternative Medicines and Therapies — Evaluation Plan of Work 2000-2001 and Plan of Work 2002-2003 (Spanish/English), HSD/D No. 21.^a
44. Directorio Centroamericano de Organizaciones No-gubernamentales y Entidades que trabajan por la Salud de los Pueblos Indígenas (Spanish), HSP/D No. 22, 2003.^a
45. International Meeting, Health and Indigenous Peoples: “Achievements and Challenges in the Region of the Americas”, Chile, November 2000 (English/Spanish), HSP/D No. 23.
46. Bibliografía sobre salud de los niños indígenas, Sobre Atención Integrada a los Enfermedades Prevalentes de la Infancia (Spanish), 2004.
47. Crecer sanitos: estrategias, metodología e instr. para investigar y comprender la salud de los niños indígenas, Sobre Atención Integrada a los Enfermedades Prevalentes de la Infancia (Spanish), 2004.
48. Orientaciones para el fortalecimiento y desarrollo de los Programas de Malaria en zonas con población indígena, HSP/D (Spanish), 2004.
49. Harmonization of Indigenous Health Systems with the Conventional Health System: Strategies for Incorporating Indigenous Perspectives, Medicines, and Therapies into Primary Health Care, HSP/D No. 24 (English/Spanish), 2003.
50. Health of the Indigenous Peoples Initiative — Strategic Directions and Plan of Action 2003-2007 (English/Spanish), 2003.

Notes

^a See www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=ENG&ID=179&PRGRP=docs_gen.

^b Available through PAHO, El Salvador.