



世界土著人民国际十年

总干事的报告

1. 本文件对WHA51.24号决议中包含的要求作出了反应，该决议要求每年向卫生大会报告土著人民健康行动的进展情况。文件强调缺乏该领域内准确的数据和卫生研究，从而影响对要求制定区域和全球行动计划的WHA53.10号决议作出反应。文件还概述了已开展的一些区域活动。
2. 尽管国际上越来越重视土著人民的问题，但缺少关于其人数的**准确信息**，而且对他们健康状况的了解不彻底且断续不全。并非具有土著或部落人群的所有国家都系统地把民族情况作为一个项目列入国家报告系统，而且很少有国家将其纳入国家卫生调查和分析工作。即使在把民族情况纳入人口普遍或其它报告系统中的地方，所得结果不一定准确，因为存在各种障碍，例如常常因土著或部落身份造成的耻辱感可影响自我申报；无法接触个人；沟通方面的问题；以及对土著人民和属于该类别人群的定义不能达成一致意见。
3. 由于上述各种原因，官方和独立估算统计数字之间的差距可相当大。因此，土著人民问题研究人员往往依靠一些替代指标，例如一个国家内的地理位置或使用的语言。此外，民族分类类型差异很大，影响了国家之间的对比并阻碍了在全球范围确认共同健康风险和问题的的工作。
4. 许多国家缺乏关于民族情况的国家数据并缺少关于土著人民健康风险和差距的全面研究，对制定区域和全球土著人民健康行动计划造成了严重的障碍。此外，迄今的卫生研究常常不能充分地把土著人民纳入研究过程。要全面，就应当涉及土著人民并包括他们的观点。数据的缺乏还使各国不能在与土著人民健康相关的领域内制定有效和有意义的政策，这在土著人民占人口很大比例或者具有明显的独立民族特征的国家中是一个严重的问题。

5. 尽管如此，如附件所示，存在一些与土著人民健康相关的一般规律。各国政府正在采取各种积极措施以缩小其土著人民的卫生差距，但可了解的详细情况很少。
6. 迄今可得的所有数据表明，与其他人群相比，土著人民寿命较短，健康状况也一般较差。要改变这种情况，就必须立即采取步骤增加补救行动所需的依据。这些步骤包括制定世界卫生组织对土著人民的可行定义，系统地收集卫生和人口数据，并开展对照性实施卫生研究，为土著人民健康的上升趋势奠定基础。
7. 为了推动全面行动计划的制定，在形成联合国系统商定的定义之前建议使用国际劳工组织关于土著和部落居民的第169号公约（1989年）所包含的**定义**。该公约第一条如下：
1. 本公约适用于：
 - (a) 独立国家内部的部落居民，这些人的社会、文化和经济条件不同于本国社会其他部分的人，而且他们的地位是全部和部分由他们自己的习惯或传统或者由特殊的法律或规章来确定的；
 - (b) 在独立国家，那些本国或该国所属的某地理区域被征服或殖民化或确定现国界时期的居民后代，而且，无论其法律地位如何，仍然保持一些或全部传统的社会、经济、文化和政治体制的民族，被视为土著。
 2. 自我鉴定为土著或部落应当被看作是确定本公约条款适用的人口群的重要标准。
 3. 本公约使用的“居民”一词不应当解释为具有在国际法之下该词语可能附带的权利方面的任何意义。
8. 世界卫生组织将与会员国合作，收集资料并制定有关的研究议程。
9. 在**区域活动**方面，世界卫生组织/泛美卫生组织在1993年发起了美洲土著人民健康行动。它体现了美洲区域对世界土著人民十年的贡献以及为与土著人民合作改善其健康和福利作出的承诺，这在一个包含来自400多个不同人群的约4300万土著人民的区域是至关重要的。

10. 在国家级以及与土著人民进行的协商指导了该行动的方向和活动。协商工作的重点是通过支持国家争取公平的卫生保健和获取基本卫生服务，促进土著人民的健康和幸福。该行动下开展的工作目前注重于三个重点领域：战略计划和联盟；文化间框架和保健模式；以及用以发现和监测不公平现象的信息。

11. 在其它区域，各种各样的国家或地区特定活动可为制定有关土著人民健康的可靠行动计划提供基础。美洲开发银行和亚洲开发银行正在支持关于各国土著人民问题的一些行动，包括勘测土著人民的健康状况。

12. 最近已达成协议，在经济及社会理事会的支持下建立**土著人民问题常设论坛**，在这一领域内向联合国系统各机构提供咨询意见。论坛将由16名独立专家组成，其中半数将是土著人民代表，半数将由各国政府提名；论坛预计在2002年开始工作。将要求世界卫生组织以及联合国系统其它组织定期向该机构提供信息。

卫生大会的行动

13. 请卫生大会注意本报告。

附件

关于选定区域中土著人民健康的一些数据

美洲

- 加拿大第一部落人民的31%报告有某种形式的残疾，残疾与较高的事故发生率、住房条件恶劣、物质滥用以及糖尿病等慢性疾病相关（泛美卫生组织，1999年）
- 危地马拉马雅人的期望寿命比非土著人群少17年（文件WHO/MNH/NAM/99.1）。在1989年，危地马拉91%的土著人民生活极度贫困之中，而非土著人民的相应百分数为45%（泛美卫生组织，1999年）
- 在1995年，墨西哥土著人口与其他人口相比，出生期望寿命估计要少3年以上，而婴儿死亡率几乎高一倍，达54:1000（泛美卫生组织，1999年）
- 在秘鲁，土著人民与非土著人民相比，贫穷的可能性多0.5倍，而赤贫的可能性几乎多两倍（联合国人口基金：60亿不容争辩的事实之日，2000年）
- 阿拉斯加土著人与所有其他民族群体相比，具有最高的吸烟率（42%）、少年生育率（86/1000）和意外伤害死亡率（达国家平均值的3.3倍），凶杀率则排在第二位（17.8/100 000）（阿拉斯加卫生状况，2000年）
- 夏威夷土著人的自杀率在1982年达到29.2/100 000，而白种人群中相应的比例为18.5/100 000（Blaisdell，1993年）

东南亚

- 印度比哈尔邦半数以上的部落儿童呈现卡路里摄入不足（Alderete，1999年）

欧洲

- 巴西、中国和泰国等发展中国家的人口现在比伊努伊特人有更长的期望寿命。与丹麦婴儿相比，格陵兰伊努伊特婴儿的期望寿命仍短得多（格陵兰统计数据。统计年鉴，1997年）
- 俄罗斯联邦的调查表明，东北边远地区土著人口的社会经济和健康状况在近几年急剧恶化（北极监测和评估规划，奥斯陆，1998年）

西太平洋

- 与澳大利亚非土著人相比，澳大利亚土著居民和托雷斯海峡岛屿居民的出生期望寿命可短20年（澳大利亚卫生和福利研究所。旧日澳大利亚简介，1999年）
- 在老挝人民民主共和国和越南，土著人民比其他人群的婴儿死亡率更高（亚洲开发银行。卫生部门政策，1999年）
- 毛利人的期望寿命为男性67.2年，女性71.6年；而非毛利男女的期望寿命分别为75.3年和80.6年（我们的健康，我们的未来：新西兰人的健康状况，1999年）
- 毛利妇女的宫颈癌住院率是欧洲或其它地方妇女的三至四倍（我们的健康，我们的未来：新西兰人的健康状况，1999年）。

= = =