



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЯТЬДЕСЯТ ЧЕТВЕРТАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Пункт 18 предварительной повестки дня

A54/33
9 апреля 2001 г.

Международное десятилетие коренных народов мира

Доклад Секретариата

1. Настоящий документ является ответом на предложение, содержащееся в резолюции WHA51.24 о ежегодном представлении Ассамблее здравоохранения доклада в отношении хода работы по инициативам, связанным с охраной здоровья коренного населения. Он указывает на недостаточность точных данных и научных исследований в отношении здравоохранения в указанной области, что мешает обеспечению необходимых ответных мер в соответствии с резолюцией WHA53.10, призывающей к подготовке региональных и глобальных планов, и отмечает некоторые из осуществленных региональных мероприятий.

2. Несмотря на увеличение внимания во всем мире к вопросам, связанным с коренным населением, **точная информация** о численности такого населения отсутствует, и сведения, которыми мы располагаем, о состоянии здоровья этого населения являются неполными и раздробленными. Не все страны, где имеется коренное или ведущее племенной образ жизни население, на систематической основе учитывают этническую принадлежность как одну из категорий национальной системы отчетности, и лишь немногие учитывают их в национальных обзорах и анализах. Даже в тех случаях, когда этническая принадлежность включается в переписи или другие системы отчетности, результаты могут быть неточными с учетом барьеров стигматизации, которые зачастую ассоциируются с коренным или племенным статусом, что сказывается на представлении данных из первоисточника, физической недоступности, проблемах с общением и несогласием в отношении определения коренной принадлежности и групп, которые попадают в указанную категорию.

3. С учетом этих причин расхождения между официальными и независимыми статистическими расчетами могут быть значительными. Научные работники, занимающиеся вопросами коренного населения, имеют тенденцию полагаться на замещающие индексы, такие как географическое местоположение или использование какого-либо языка в стране. Кроме того, большие различия в отношении типов этнических категорий, которые используются при этом, мешают сопоставлениям

между отдельными странами и препятствуют выявлению общего для здоровья риска и проблем в глобальном масштабе.

4. Отсутствие национальных данных в отношении этнических различий и незначительное число комплексных исследований в отношении угроз здоровью и различий в отношении коренного населения во многих странах являются серьезными препятствиями для разработки региональных и глобальных планов действий по охране здоровья коренного населения. Более того, научные исследования, проводимые сегодня, зачастую не включают в достаточной мере представителей коренного населения в процесс исследования. Для обеспечения необходимой представительности следует привлекать исследуемые группы коренного населения и учитывать их точку зрения. Отсутствие данных мешает также странам в разработке эффективной и значимой политики в областях, связанных со здоровьем коренного населения, что рассматривается как серьезная проблема для стран, где коренное население представляет значительную часть общего населения или характеризуется в значительной мере отличительной этнической идентичностью.

5. Тем не менее, в отношении здоровья коренного населения возникают некие общие структуры, как на то указывается в Приложении. Целый ряд позитивных мер осуществляется правительствами для сокращения разрыва в состоянии здоровья коренных групп населения, но конкретных данных все еще недостаточно.

6. Сводное представление данных говорит о том, что представители коренных народов живут меньше и в целом характеризуются более низким уровнем здоровья, чем другие группы населения. Если ставится цель добиться изменения ситуации, то необходимо незамедлительно осуществить ряд мер, для того чтобы предпринять необходимые действия для исправления создавшегося положения. К числу таких мер следует отнести: подготовку рабочего определения термина «коренные народы», систематический сбор данных в отношении здоровья и населения и сопоставительные оперативные научные исследования, которые станут основанием для улучшения тенденций в отношении состояния здоровья коренных народов.

7. Для того чтобы ускорить подготовку комплексных планов действия, предлагается использовать то определение, которое содержится в Конвенции МОТ 169 в отношении коренных народов и народов, ведущих племенной образ жизни (1989 г.), пока не будет подготовлено согласованное определение термина в системе Организации Объединенных Наций. Статья 1 указанной Конвенции гласит:

1. Настоящая конвенция распространяется:

(а) на народы, ведущие племенной образ жизни в независимых странах, социальные, культурные и экономические условия которых отличают их друг от других групп национального сообщества и положение которых регулируется полностью или частично их собственными обычаями или традициями, или специальным законодательством;

(б) на народы в независимых странах, которые рассматриваются как коренные ввиду того, что они являются потомками тех, кто населял страну или

географическую область, частью которой является данная страна, в период ее завоевания или колонизации или в период установления существующих государственных границ, и которые, независимо от их правового положения, сохраняют некоторые или все свои социальные, экономические, культурные и политические институты.

2. *Указание самих народов на их принадлежность к числу коренных или ведущих племенной образ жизни рассматривается как основополагающий критерий для определения групп, на которые распространяются положения настоящей Конвенции.*

3. *Использование термина «народы» в настоящей Конвенции не рассматривается как несущее какой-либо смысл в отношении прав, могущих заключаться в этом термине в соответствии с международным правом.*

8. ВОЗ будет сотрудничать с государствами-членами в сборе данных и по вопросам соответствующей научной повестки дня.

9. Что касается **региональных мероприятий**, то ПАОЗ/ВОЗ в 1993 г. положили начало Инициативе по охране здоровья коренных народов Америки. Указанная Инициатива представляет собой вклад Американского региона в Десятилетие коренных народов мира, выступая как обязательство по обеспечению работы с коренным населением для улучшения уровня их здоровья и благополучия, что является чрезвычайно важным для региона, в котором проживает приблизительно 43 миллиона представителей коренных народов из более чем 400 различных групп.

10. Направление деятельности и мероприятия в рамках указанной Инициативы определялись при консультациях на уровне стран, а также с представителями коренных народов и были сосредоточены на укреплении здоровья и благополучия коренных народов на основе оказания поддержки странам для обеспечения равенства в состоянии здоровья и доступа к основным службам здравоохранения. Работа в рамках указанной Инициативы в настоящее время сосредоточена на трех основных направлениях: стратегическом планировании и альянсах; на взаимосвязи культурных структур и моделей помощи; а также на информации для выявления и мониторинга неравенств.

11. В других регионах ряд страновых или характерных для отдельных районов мероприятий могут составить основу для разработки национального плана действий в отношении здоровья коренных народов. Межамериканский банк развития и Азиатский банк развития оказывают поддержку ряду инициатив по проблемам коренных народов в странах, включая картирование уровня здоровья коренных народов.

12. Недавно под эгидой Экономического и Социального Совета было достигнуто согласие о создании **Постоянного форума для обсуждения проблем коренных народов**, который будет обеспечивать консультации в указанной области для учреждений Организации Объединенных Наций. В Форуме принимают участие 16 независимых экспертов, половина из которых являются представителями коренных народов и другая половина назначается правительствами; предполагается, что Форум начнет свою работу в 2002 году. ВОЗ совместно с другими учреждениями системы

Организации Объединенных Наций должна будет на регулярной основе поставлять этому органу необходимую информацию.

ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

13. Ассамблее здравоохранения предлагается принять к сведению данный доклад.

ПРИЛОЖЕНИЕ

**НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ КОРЕННЫХ НАРОДОВ
В ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАХ****Американский континент**

- 31% стоящих на первом месте национальных групп в Канаде сообщают о какой-либо форме инвалидности, связанной с высоким уровнем травматизма, плохими жилищными условиями, злоупотреблением вызывающими зависимость веществами и хроническими заболеваниями, такими как диабет (ПАОЗ, 1999 г.)
- Ожидаемая продолжительность жизни среди народности майя в Гватемале на 17 лет меньше, чем других не принадлежащих к коренным группам континентов (документ WHO/MNH/NAM/99.1). В 1989 г. 91% коренного населения Гватемалы проживал в условиях чрезвычайной бедности в сравнении с 45% из группы некоренных народов (ПАОЗ, 1999 г.)
- Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для коренного населения Мексики по расчетам в 1995 г. была более чем на три года короче, чем для других групп населения, показатель младенческой смертности составлял 54 на 1000, то есть был почти вдвое больше (ПАОЗ, 1999 г.)
- В Перу коренное население, как представляется, имеет в полтора раза больше шансов быть бедным, чем другие люди, и почти в три раза возрастает вероятность быть очень бедным в сравнении с группами населения, не принадлежащими к коренным народам (ЮНФПА: День 6, «Миллиард фактов», 2000 г.)
- Среди коренного населения Аляски регистрируются самые высокие показатели распространенности курения (42%), роды среди подростков (86 на 1000) и показатели смертности в результате непреднамеренных травм (в 3,3 раза превышают средний национальный уровень), на втором месте самыми высокими являются также показатели убийств (17,8 на 100 000), в сравнении со всеми другими этническими группами (Состояние здоровья, Аляска, 2000 г.)
- Показатели самоубийств среди коренного населения Гавайи составили к 1982 г. 29,2 на 100 000 человек в сравнении с 18,5 на 100 000 для всего белого населения (Blaisdell, 1993 г.)

Юго-Восточная Азия

- Свыше половины детского населения, ведущего племенной образ жизни в индийском штате Бихар, не получает достаточного числа калорий (Alderete, 1999 г.)

Европа

- Группы населения в развивающихся странах, таких как Бразилия, Китай и Таиланд, могут сегодня рассчитывать на большую продолжительность жизни, чем инуиты. Ожидаемая продолжительность жизни для младенца инуита в Гренландии все еще значительно короче, чем у ребенка в Дании (Гренландская статистика. Статистический ежегодник, 1997 г.)
- Исследования в Российской Федерации показывают, что социально-экономический статус состояния здоровья коренных групп населения на крайнем северо-востоке значительно ухудшился в последние годы (Программа арктического мониторинга и оценки, Осло, 1998 г.)

Западная часть Тихого океана

- Ожидаемая продолжительность жизни при рождении среди аборигенов, проживающих на островах Провианса Торрес, на 20 лет короче, чем для тех, кто не принадлежит к коренному населению Австралии (Австралийский институт здравоохранения и социальных вопросов. Краткие данные о старшей группе населения Австралии, 1999 г.)
- В Лаосской Народно-Демократической Республике и Вьетнаме среди коренного населения регистрируются более высокие показатели младенческой смертности, чем в других группах (Азиатский банк развития. Политика для Сектора здравоохранения, 1999 г.)
- Ожидаемая продолжительность жизни составляет 67,2 года для мужчин маори и 71,6 для женщин маори, в сравнении с 75,3 и 80,6 для мужчин и женщин, не принадлежащих к этой группе (Наше здоровье - наше будущее. Состояние здоровья новозеландцев, 1999 г.)
- Показатели госпитализации по поводу рака шейки матки среди женщин маори в три-четыре раза выше, чем для европейских женщин и представительниц других регионов (Наше здоровье - наше будущее. Здоровье новозеландцев, 1999 г.).

= = =