

**Постоянный форум по вопросам коренных народов****Восемнадцатая сессия**

Нью-Йорк, 22 апреля — 3 мая 2019 года

Пункт 14 предварительной повестки дня*

**Будущая работа Постоянного форума, включая
вопросы, рассматриваемые Экономическим
и Социальным Советом, и новые вопросы****Исследование по вопросам туберкулеза и коренных
народов******Записка Секретариата**

На своей семнадцатой сессии Постоянный форум по вопросам коренных народов поручил Мариам Валле Абубакрин, члену Форума, провести исследование по вопросам туберкулеза и коренных народов и представить результаты этого исследования Форуму на его восемнадцатой сессии (см. [E/2018/43–E/C.19/2018/11](#), п. 115).

* [E/C.19/2019/1](#).

** Проведение данного исследования стало возможным благодаря поддержке со стороны ряда лиц и организаций. Я хотела бы поблагодарить Зоэ Буарен-Фарг, принимавшую участие в работе над данным исследованием на всех ее этапах, а также Мирну Каннингем и Сандру дель Пино, предоставивших в мое распоряжение данные по региону Латинской Америки и Карибского бассейна. Кроме того, я выражаю признательность Заире Тавейре и ее коллегам из Министерства здравоохранения Бразилии за предоставленные документы. Я признательна моим коллегам, членам Постоянного форума по вопросам коренных народов, за поддержку в выборе данной темы.



I. Введение

1. Согласно данным последних переписей населения, численность коренных народов в мире составляет приблизительно 360 миллионов человек¹. Эти народы зачастую проживают в отдаленных труднодоступных районах и имеют ограниченный доступ к базовым услугам, таким как образование и здравоохранение, а также к объектам дорожной инфраструктуры. Помимо этих ограничений, вызванных естественными причинами, коренные народы сталкиваются с другими проблемами, как то возникновение многочисленных конфликтов на территориях, где они проживают, последствия изменения климата и другие стихийные бедствия. Кроме того, на историю коренных народов наложила свой отпечаток колонизация, оказавшая негативное воздействие на общины коренного населения.

2. Во Французской Западной Африке, например, процесс деколонизации привел к разделению территорий, на которых проживали туареги, между несколькими независимыми государствами — Алжиром, Буркина-Фасо, Ливией, Мали и Нигером. Таким образом, этот народ был разделен искусственными границами и оказался под воздействием новых принципов и ограничений, ставящих под угрозу весь уклад его жизни. В политическом плане «под «страной туарегов» подразумевается культурное сообщество, объединенное узами идентичности вокруг общего языка и опирающееся на семейные, социальные и политические основы»². Туареги вели племенной образ жизни. Несколько племен составляли союз, во главе которого стоял вождь-амевокаль, обязанный защищать племена от любых угроз. В настоящее время туареги считаются этническими меньшинствами в государствах, которые при осуществлении своей политики в области развития не всегда принимают во внимание образ жизни туарегов. В результате туареги оказываются в крайне уязвимом положении, которое усугубляется засухами и периодически возобновляющимися конфликтами. Последний такой конфликт, начавшийся в 2012 году, в настоящее время осложнился и приобрел хронический характер. В связи с этим вызывают тревогу показатели развития, в частности показатели в области здравоохранения. Согласно данным Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, в лагере беженцев Мбера, 99% жителей которого составляют туареги из Мали, показатель недоедания достигает 11,98%³.

3. К сожалению, показатели недоедания в других общинах коренных народов также внушают серьезные опасения. Например, по данным Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций, в Гватемале в 2014 и 2015 годах от недоедания страдали 61% детей из числа коренных народов⁴. Аналогичным образом, в условиях нехватки продовольствия живут 70% инуитов в Нунавуте — этот показатель в 6 раз выше среднего по стране⁵. Изложенные ниже факты свидетельствуют о том, что недоедание является одним из

¹ Harry Patrinos and Gillette Hall, “Indigenous peoples, poverty and development”, draft manuscript (World Bank, April 2010).

² Talkalit Walet Aboubacrine, *Femme touarègue face aux inégalités du système éducatif moderne. Comment concilier la coutume, les réalités d'un mode de vie pastoral et la scolarisation des filles?* (Éditions universitaires européennes, 2014), p. 20.

³ www.unhcr.org/fr/53cf7dc70.pdf.

⁴ www.fao.org/news/story/en/item/1164256/icode/.

⁵ www.itk.ca/nuluaq-mapping-project/inuit-food-insecurity-canada-background/.

факторов, способствующих возникновению туберкулеза. В целом показатели здоровья у коренных народов являются наихудшими⁶.

Что такое туберкулез?

4. Туберкулез — инфекционное заболевание, вызываемое бактерией *Mycobacterium tuberculosis*. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), четверть населения земного шара — это латентные носители туберкулеза (неинфекционного туберкулеза), и показатель риска перехода латентного туберкулеза в активную форму у этих носителей составляет 5%. К симптомам открытой формы туберкулеза относятся кашель, лихорадка, ночная потливость и потеря веса⁷.

5. При заболевании открытой формой туберкулеза лечение заключается в приеме четырех противотуберкулезных лекарственных препаратов в течение шести месяцев. Эффективность лечения зависит от поддержки, предоставляемой пациенту. При заболевании туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью два лекарственных препарата из этих четырех являются неэффективными. Поэтому необходимо применение иных, более дорогих методов терапии на протяжении более длительного периода (два года): таким образом, лечение становится более обременительным. Наконец, методов лечения туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью еще не существует.

6. Согласно данным ВОЗ, Африка, Азия, Центральная и Южная Америка, Центральная и Восточная Европа, а также некоторые страны Европейского союза⁸ являются областями сильного влияния туберкулеза⁹. Как видно из нижеследующего, распространение этого заболевания происходит под воздействием ряда факторов, особенно распространенных среди коренных народов.

Зачем проводить исследование о туберкулезе среди коренных народов?

7. Вот уже почти 40 лет требования коренных народов выходят за рамки стран и регионов их проживания — они также привлекают внимание международных форумов, таких как Организация Объединенных Наций (ООН), и оказывают влияние на их политику. Однако вопросам, связанным со здоровьем коренных народов, уделяется мало внимания, а касающиеся их немногочисленные исследования посвящены вопросам психического здоровья и здоровья матери и ребенка. Проблема туберкулеза еще ни разу не подвергалась углубленному анализу, притом что от этого заболевания, хотя оно является предотвратимым, по-прежнему — и в несоразмерно большей степени — страдают общины коренного населения.

8. Таким образом, целью этого исследования является изучение нынешней ситуации с заболеваемостью туберкулезом среди коренных народов, отражение настоящей необходимости действовать, чтобы обратить вспять нынешнюю тенденцию, а также выявление аспектов, которые необходимо учесть, чтобы

⁶ Marina Smelyanskaya, “Key Populations Brief: Indigenous Peoples” (Stop TB Partnership, 2017), p. 5; «Право на здоровье и коренные народы», Рекомендация № 9 Экспертного механизма по правам коренных народов (2016 год), пункт 3; World Health Organization, “Health of indigenous peoples”, Fact sheet No. 326, October 2007.

⁷ www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis.

⁸ Болгария, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Португалия, Румыния, Эстония.

⁹ Континентами, наиболее сильно затронутыми туберкулезом, являются Азия (26%) и Африка (26%). В 2015 году туберкулез стал одной из 10 основных причин смертности во всем мире, опередив ВИЧ и малярию. В 2016 году 65% новых случаев заболевания туберкулезом были выявлены в Индии, Индонезии, Китае, Нигерии, Пакистане, Филиппинах и Южной Африке (www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis).

покончить с туберкулезом к 2030 году и таким образом достичь одной из целей в области устойчивого развития, сформулированных ООН в 2015 году¹⁰. Обещание «никто не будет забыт», содержащееся в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года¹¹, также касается коренных народов. Непосредственное упоминание о коренных народах содержится и в Московской декларации по ликвидации туберкулеза¹², а также в обязательстве, содержащемся в пункте 17 Политической декларации заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по борьбе с туберкулезом, принятой в сентябре 2018 года¹³.

9. Основой для данного исследования послужили различные доклады, научные статьи и доступные нам свидетельства. Это исследование не является всеобъемлющим — его, скорее, следует рассматривать как сигнал тревоги и средство повышения общественной осведомленности, необходимой для принятия конкретных мер.

10. Начало исследования посвящено непосредственно праву коренных народов на здоровье и обязательствам, возлагаемым на государства в этой области. Затем, с опорой на доступные данные, рассказывается о распространенности туберкулеза в различных социально-культурных регионах, где проживают коренные народы, и о возможных причинах преобладания туберкулеза в тех или иных регионах.

11. Особое внимание в исследовании уделяется положению коренных народов в Канаде, так как в данном случае речь идет о развитой стране, в которой показатель заболеваемости туберкулезом среди коренных народов оказывается выше аналогичного показателя для некоренных народов. Кроме того, упоминается положение народов, ведущих племенной образ жизни/адиваси, в Индии, поскольку в данном случае речь идет о стране с самым высоким показателем заболеваемости туберкулезом в мире.

12. В заключение заинтересованным сторонам будут представлены ряд рекомендаций по ликвидации туберкулеза в общинах коренного населения, поскольку, не позаботившись об этих общинах, мы не сможем достичь к 2030 году поставленных мировым сообществом целей — положить конец этой эпидемии и никого не забыть.

II. Право коренных народов на здоровье — право, подлежащее осуществлению

A. Право на здоровье

13. Право на здоровье закреплено во множестве международных документов¹⁴, в частности в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. В этой статье также предусмотрено «право каждого

¹⁰ См. резолюцию 70/1 Генеральной Ассамблеи.

¹¹ Там же.

¹² www.who.int/tb/features_archive/Russian_MoscowDeclarationtoEndTB.pdf?ua=1.

¹³ Резолюция 73/3 Генеральной Ассамблеи.

¹⁴ Право на здоровье было впервые признано в Уставе Всемирной организации здравоохранения в 1946 году. Оно было вновь подтверждено в Алма-Атинской декларации 1978 года и во Всемирной декларации по здравоохранению, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1998 году. Кроме того, право на здоровье признано в статье 25 (1) Всеобщей декларации прав человека, в статье 12 (1) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, а также в ряде региональных документов, таких как Европейская социальная хартия 1961 года (пересмотренная) или Африканская хартия прав человека и народов 1986 года.

человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья»¹⁵.

Из каких компонентов состоит право на здоровье?

14. В принятом в 2000 году замечании общего порядка № 14 о праве на здоровье Комитет по экономическим, социальным и культурным правам подчеркивает тесную связь между правом на здоровье и другими правами человека. Он уточняет, что право на здоровье включает право на «основополагающие предпосылки здоровья», такие как доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным услугам, надлежащие пища и режим питания, безопасные условия и гигиена труда, здоровая природная среда, а также доступ к просвещению и информации в области здоровья, особенно в области полового и репродуктивного здоровья¹⁶.

15. Право на здоровье включает «право на контроль за своим здоровьем и телом [и] право не подвергаться без свободного согласия медицинским или научным опытам», а также «право на систему здравоохранения, обеспечивающую людям равные возможности в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровья»¹⁷.

Что понимается под «наивысшим достижимым уровнем здоровья»?

16. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам признает, что понятие «наивысший достижимый уровень здоровья» охватывает как индивидуальные биологические и социально-экономические предпосылки, так и имеющиеся в распоряжении государства ресурсы¹⁸.

17. В целях оценки степени соблюдения права на здоровье необходимо выяснить, соответствуют ли учреждения, товары и услуги в сфере здравоохранения четырем взаимосвязанным требованиям, к которым относятся: наличие; доступность, включающая физическую доступность, особенно «для уязвимых или социально отчужденных групп, таких как этнические меньшинства и коренные народы», и экономическую доступность, «в том числе для социально отчужденных групп»; приемлемость; и качество (приемлемый характер и качество)¹⁹.

В чем заключаются обязательства государств в соответствии с этим правом?

18. Комитет неоднократно указывает на обязательство государств соблюдать принцип недопущения дискриминации и принцип участия населения²⁰.

19. В рамках статьи 12 Пакта государства должны «обеспечивать медико-санитарную помощь, включая программы иммунизации против основных инфекционных заболеваний, а также гарантировать равный доступ для всех к основополагающим предпосылкам здоровья, таким как безопасные продукты питания и питьевая вода, основные санитарные услуги и адекватные жилищные условия и условия жизни»; государства обязаны «стимулировать право на здоровье», включая «обеспечение культурной адекватности услуг здравоохранения и соответствующей подготовки персонала учреждений системы здравоохранения для

¹⁵ Резолюция 2200 (XXI) Генеральной Ассамблеи, приложение.

¹⁶ E/2001/22, приложение IV, пункты 3, 4 и 11.

¹⁷ Там же, пункт 8.

¹⁸ Там же, пункт 9.

¹⁹ Там же, пункт 12.

²⁰ Там же, пункты 11, 54 и 57.

признания и удовлетворения конкретных потребностей уязвимых или социально отчужденных групп»²¹.

20. Государства обязаны обеспечивать постепенное осуществление прав, предусмотренных Пактом. Обязательство же гарантировать соблюдение принципа недопущения дискриминации и обязательство содействовать как можно более полному и эффективному осуществлению статьи 12, напротив, носят безотлагательный характер²².

В. Как трактуется право на здоровье применительно к коренным народам?

21. Как указал Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, коренные народы имеют право «на особые меры по расширению их доступа к медицинскому обслуживанию и уходу». Это обслуживание должно быть «адекватным с точки зрения культуры, учитывать традиционные профилактические меры, практику врачевания и виды лекарств». В целях обеспечения доступа коренных народов к наивысшему достижимому уровню здоровья государства «должны обеспечивать коренным народам ресурсы для разработки и предоставления таких услуг и контроля за ними», а также должны обеспечивать охрану основных видов лекарственных трав, животных и минералов, необходимых коренным народам²³.

22. В то же время Комитет подчеркивает, что в коренных общинах здоровье индивидуума имеет «коллективный характер» и меры, которые влекут за собой недобровольное перемещение коренных народов с их исконных территорий и среды обитания, «лишая их источников питания и разрывая их симбиотические связи со своими землями», способны пагубно отразиться на их здоровье²⁴.

23. Право коренных народов на здоровье также закреплено в статье 24 Декларации Организации Объединенных Наций о правах коренных народов. Как и в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, особое внимание здесь уделяется принципу недопущения дискриминации и задаче по обеспечению наивысшего достижимого уровня здоровья. Эта статья предусматривает, что:

«1. Коренные народы имеют право на свою традиционную медицину и на сохранение своей практики врачевания, включая сохранение важнейших лекарственных растений, животных и минералов. Лица, принадлежащие к коренным народам, также имеют право на доступ без какой бы то ни было дискриминации ко всем видам социального и медицинского обслуживания.

2. Лица, принадлежащие к коренным народам, имеют равное право на пользование наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья. Государства предпринимают все необходимые шаги для постепенного достижения цели полной реализации этого права».

24. В статье 21 (1) Декларации, на основании принципа недопущения дискриминации, закреплено право коренных народов «на улучшение социально-экономических условий их жизни в таких областях, как [...] здравоохранение».

25. Кроме того, в силу статьи 23, право коренных народов «активно участвовать в разработке и определении здравоохранительных программ [...] которые

²¹ Там же, пункты 36 и 37.

²² Там же, пункты 30–32.

²³ Там же, пункт 27.

²⁴ Там же.

их затрагивают, и, насколько это возможно, реализовывать такие программы через свои собственные институты» является неотъемлемой составляющей права коренных народов на развитие.

26. Действуя в этом направлении, Экспертный механизм по правам коренных народов опубликовал в 2016 году конкретную рекомендацию о праве коренных народов на здоровье, в которой он подчеркнул наличие взаимосвязи между этим правом и основными правами коренных народов «на самоопределение, на развитие, культуру, земли, территории и ресурсы, язык и окружающую среду»²⁵.

27. Он разъясняет, что колонизация и дискриминация, жертвами которой нередко становятся коренные народы, подорвали осуществление прав коренных народов в области здравоохранения²⁶; в разделе ниже это будет проиллюстрировано на примере туберкулеза.

III. Туберкулез среди коренных народов — тревожная ситуация

28. Показатели распространенности туберкулеза среди коренных народов являются несоразмерно высокими — это общепризнанный факт, несмотря на отсутствие всеобъемлющих данных по этой теме. При разработке мер, направленных на эффективную борьбу с этим заболеванием, необходимо обратить особое внимание на ряд факторов, объясняющих существование такого неравенства.

A. Недостаток информации, анализа и оценки

29. Первая проблема — это дефицит данных, касающихся не только здоровья коренных народов, но и их экономического и социального положения. На это неоднократно указывалось как на уровне ООН²⁷, так и на национальном уровне²⁸.

30. Отсутствие данных с разбивкой по этнической принадлежности, а также систематическое исключение коренных народов из участия в принятии затрагивающих их решений — это факторы, препятствующие пониманию проблем коренных народов в области здравоохранения и разработке соответствующих и эффективных стратегий в этой сфере. Кроме того, недостает анализа и оценки программ и услуг в области здравоохранения, предназначенных для коренных народов²⁹.

²⁵ «Право на здоровье и коренные народы», Рекомендация № 9 Экспертного механизма (2016 год), пункт 1.

²⁶ Там же, пункт 2.

²⁷ Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p. 2; Рекомендация № 9 Экспертного механизма, пункт 8; United Nations, *State of the World’s Indigenous Peoples: Indigenous Peoples’ Access to Health Services*, p. 3; Pan American Health Organization-World Health Organization (PAHO-WHO), *Report of the regional meeting of heads of national tuberculosis control programmes, Sao Paulo, Brazil, 7–10 August 2012*.

²⁸ Canada (www.nccah-censa.ca/docs/context/FS-PaucityMetisHealth-MetisCentre-FR.pdf); India, Ministry of Health and Family Welfare and Ministry of Tribal Affairs, “Tribal Health in India: Bridging the Gap and a Roadmap for the Future”, Report of the Expert Committee on Tribal Health, Executive Summary and Recommendations (2018).

²⁹ Stefania Errico, “The rights of indigenous peoples in Asia” (Geneva, International Labour Organization, 2017), p. 6.

31. Имеется крайне мало доступных данных о туберкулезе в отдельных регионах³⁰, особенно о туберкулезе среди коренных народов Южной Азии, Китая, Африки и стран бывшего Советского Союза³¹.

В. Заболевание затрагивает преимущественно коренные народы

32. Доступные данные о туберкулезе среди коренных народов свидетельствуют о тревожной ситуации, требующей намного более эффективных мер³².

33. В 2010 году в Северной Америке показатели заболеваемости туберкулезом среди двух групп общин коренного населения в Соединенных Штатах были в 6,8 и 22,9 раза выше³³, чем среди остального населения. В Канаде разрыв по показателям заболеваемости туберкулезом между коренным и некоренным населением оказывается еще выше. Объяснением, но не оправданием этого разрыва служат колониальное прошлое и социально-экономические факторы, связанные с проблемами, возникающими вследствие изоляции некоторых общин.

34. Что касается региона Латинской Америки и Карибского бассейна, то 15 государств — членов Панамериканской организации здравоохранения включили данные об этнической принадлежности заболевших в свою систему сообщений о случаях заболевания туберкулезом³⁴. Это заболевание чаще затрагивает общины коренных народов, чем все остальное население. Например, показатель распространенности туберкулеза среди народности гуарани в Многонациональном Государстве Боливия в 5–8 раз выше аналогичного показателя для остального населения³⁵.

35. В Парагвае показатель заболеваемости туберкулезом среди общин коренных народов составляет 427 случаев на 100 000 человек, в то время как аналогичный показатель для остального населения составляет 36,3 случая. Общины коренных народов оказываются особенно восприимчивы к этой болезни в силу таких факторов, как вытеснение этих общин с их исконных земель, более высокий показатель заболеваемости диабетом, более высокие уровни недоедания и алкоголизма³⁶.

36. Доступные данные по Российской Федерации³⁷ и по другим странам приполярного региона³⁸ также свидетельствуют о несоразмерно высокой

³⁰ Smelyanskaya, “Key Populations Brief”.

³¹ Ibid., p. 7; D. Tollefson and others. “Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review”, *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 17, No. 9 (September 2018).

³² См., в частности, Smelyanskaya, “Key Populations Brief”.

³³ См. Tollefson, “Burden of tuberculosis”, p. 1142; Bruce Chandler, “Alaska’s ongoing journey with tuberculosis”, *State of Alaska Epidemiology Bulletin*, vol. 19, No. 1 (April 2017), p. 3.

³⁴ Белиз, Бразилия, Венесуэла (Боливарианская Республика), Гайана, Гватемала, Гондурас, Колумбия, Коста-Рика, Мексика, Панама, Парагвай, Перу, Суринам, Чили и Эквадор. Гондурас не располагает соответствующей информацией, Гватемала располагает информацией лишь с 2017 года, а Эквадор только недавно включил эту переменную в свою систему. PAHO-WHO, *Situación de la tuberculosis en los pueblos indígenas de la Región* (Washington, DC, 2018).

³⁵ Fund for the Development of Indigenous Peoples of Latin America and the Caribbean (FILAC), *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples of Latin America and the Caribbean* (2018), p. 4.

³⁶ Ibid., pp. 4 et 6.

³⁷ Tatiana E. Burtseva and others, “The health of populations living in the indigenous minority settlements of northern Yakutia”, *International Journal of Circumpolar Health*, vol.73, No. 1 (October 2014), p.11.

³⁸ Leena Soininen, “The health of the Finnish Sami in light of mortality and cancer pattern”, academic dissertation, University of Helsinki, 2015, pp. 93–95; Sámediggi, *Proposal for Ethical*

распространенности туберкулеза среди коренных народов. Так, показатель заболеваемости туберкулезом среди инуитов в Гренландии почти в 14,2 раза выше аналогичного показателя для остального населения³⁹.

37. Что касается Тихоокеанского региона, то в региональной стратегии ВОЗ для западной части Тихого океана коренные народы не причислены к группам риска или уязвимым группам населения⁴⁰. В Новой Зеландии подавляющее большинство новых случаев заболевания туберкулезом в 2015 году было отмечено среди маори (3,2 случая на 100 000 человек): этот показатель в 5 раз превышает аналогичный показатель для остального населения⁴¹. В Австралии в 2014 году показатель заболеваемости туберкулезом среди аборигенов и коренных жителей островов Торресова пролива в 6 раз превышал аналогичный показатель для некоренного населения⁴². Показатель заболеваемости туберкулезом среди австралийских аборигенов ниже аналогичного показателя для маори в Новой Зеландии и полинезийцев, но неизменно выше показателя заболеваемости туберкулезом среди групп некоренного населения⁴³. В национальной программе здравоохранения Фиджи коренные народы особо не упоминаются, однако в ней подчеркивается важная роль традиционных целителей в выявлении случаев заболевания туберкулезом⁴⁴.

38. Какие-либо данные о распространенности туберкулеза среди коренных народов в регионах Юго-Восточной Азии⁴⁵ и Африки⁴⁶ отсутствуют. Дефицит услуг здравоохранения в тех районах Африки, где проживают коренные народы,

Guidelines for Sámi Health Research and Research on Sámi Human Biological Material (Karasjok, Norway), p. 24; Karen Bjorn-Mortensen and others, "Erythema nodosum and the risk of tuberculosis in a high incidence setting", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 75 (October 2016).

³⁹ Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 6.

⁴⁰ World Health Organization, *Regional Strategy to Stop Tuberculosis in the Western Pacific 2011–2015* (Geneva, 2011).

⁴¹ Institute of Environmental Science and Research Limited, *Tuberculosis in New Zealand: Annual Report 2015* (Porirua, New Zealand, 2018).

⁴² Cindy Toms and others, "Tuberculosis notifications in Australia, 2014", *Communicable Diseases Intelligence*, vol. 41, No. 3 (September 2017).

⁴³ Tollefson, "Burden of tuberculosis".

⁴⁴ Fiji, Ministry of Health and Medical Services, *Fiji TB Manual*, 4th edition, 2017.

⁴⁵ Бангладеш, Бутан, Индия, Индонезия, Мальдивские Острова, Мьянма, Непал, Республика Корея, Таиланд, Тимор-Лешти, Шри-Ланка. На долю стран этого региона приходится половина сообщений о случаях заболевания туберкулезом (37% из них приходится на долю Индии и Индонезии), 35% случаев заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, и это при том, что численность населения в этих странах составляет всего 26% общей численности мирового населения (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5582343). Кроме того, согласно оценкам, треть людей, зараженных туберкулезом, не проходят диагностику или получают лечение вне национальных программ здравоохранения (www.who.int/bulletin/volumes/88/3/09-073874/en/).

⁴⁶ Существуют лишь разрозненные исследования, посвященные отдельным группам коренного населения. Например, в одном из исследований указано, что показатель распространенности туберкулеза среди населения, выявленный в ходе работы первой лаборатории по диагностике туберкулеза в скотоводческих районах Чада, составил 4,5% (A. Montavon et autres, "La santé des pasteurs mobiles au Sahel – bilan de 15 années de recherches et développement", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 18, No. 9 (September 2013)). На рабочем совещании организации Action Damien, проходившем в Киншасе 22–25 августа 2018 года, Жак Гумбалука обратил особое внимание на отсутствие данных о распространенности туберкулеза среди пигмеев Верхнего Уэле в Демократической Республике Конго. Он сообщил, что в 2016 году в выборке из 13 представителей коренного населения, предположительно проживающих в данном регионе, лечение от туберкулеза прошли 78% пациентов, в то время как средний показатель лечения для всего населения составил 81,3%.

свидетельствует о маргинализации, политической и социальной изоляции коренных народов на этом континенте и отчасти объясняет отсутствие данных⁴⁷.

39. Следует с тревогой отметить, что, как показали несколько исследований, проведенных, в частности, в Гренландии, Канаде, Австралии, а также регионе Латинской Америки, сильнее всего от туберкулеза страдает молодежь из числа коренных народов⁴⁸.

40. ВИЧ также является серьезным фактором риска, способствующим появлению туберкулеза. По данным исследования, проведенного в 2017 году Глобальным партнерством «Остановить туберкулез», женщины из числа коренных народов, подвергающиеся повышенному риску ВИЧ-инфицирования, с большей вероятностью могут заразиться туберкулезом; причинами этого являются систематическая дискриминация, которой они подвергаются как женщины и как представительницы коренных народов, отсутствие знаний о ВИЧ, а также некоторые культурные обычаи, такие как полигамия или ранние браки⁴⁹. В развитых странах мужчины из числа коренных народов подвергаются более высокому риску ВИЧ-инфицирования, чем мужчины из числа некоренных народов, в частности в связи с их чрезмерной представленностью среди заключенных⁵⁰.

С. Туберкулез среди коренных народов — несколько ключевых аспектов

Социально-экономические факторы, способствующие возникновению этого заболевания

41. Высокие показатели заболеваемости туберкулезом среди коренных народов во всех регионах неразрывно связаны со спецификой социально-экономического положения этих народов⁵¹.

42. Социально-экономические факторы⁵², способствующие возникновению туберкулеза и препятствующие профилактике и лечению этого заболевания, тесно связаны между собой. К их числу относятся бедность⁵³, отсутствие ресурсов и образования⁵⁴, также способствующие дефициту специалистов-медиков из числа коренных народов, и промискуитет. Нехватка продовольствия и недоедание, в частности вызванные последствиями изменения климата и нанесенным окружающей среде ущербом, такие заболевания, как диабет, ожирение и другие хронические заболевания, а также курение, алкоголизм и употребление

⁴⁷ International Work Group for Indigenous Affairs et Commission africaine sur les peuples autochtones d'Afrique, *Peuples Autochtones d'Afrique : les peuples oubliés? Travail de la Commission africaine sur les peuples autochtones d'Afrique* (Copenhagen, 2006).

⁴⁸ Lena Faust and others, "Recommendations for the screening of paediatric latent tuberculosis infection in indigenous communities: a systematic review of screening strategies among high-risk groups in low-incidence countries", *BMC Public Health*, vol. 18, No 1 (August 2018), p 2; Noni MacDonald and others, "Tuberculosis in Nunavut: a century of failure", *CMAJ*, vol. 183, No. 7 (April 2011), p. 741.

⁴⁹ Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 15.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Burtseva, "The health of populations living in the indigenous minority settlements of northern Yakutia", p.11. О Норвегии: Soile Hämäläinen and others, "Sami yoik, Sami history, Sami health: a narrative review", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 77, No. 1 (2018), p. 3.

⁵² Всемирная организация здравоохранения дает следующее определение социальным детерминантам здоровья: «условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют».

⁵³ Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 11.

⁵⁴ Может быть связано с «географической изоляцией, стигматизацией и дискриминацией, лингвистическими и культурными барьерами», Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 12.

наркотиков — все эти факторы повышают риск возникновения туберкулеза⁵⁵. К этому могут добавляться такие факторы, как кочевой образ жизни, бездомность, расстройства психического здоровья и стигматизация людей, больных туберкулезом, также затрудняющие проведение диагностики и лечение этого заболевания⁵⁶.

43. Таким образом, для ликвидации туберкулеза среди общин коренного населения необходимо принимать меры в отношении этих факторов⁵⁷.

Формирование доверительных отношений: создание партнерств и культурная адаптация

44. В ряде исследований, проведенных в различных странах, приводятся доказательства того, что отсутствие доверия общин коренного населения к системам здравоохранения препятствует профилактике и лечению туберкулеза. Отсутствие доверия непосредственно обусловлено историческими дискриминационными и травматическими практиками, в том числе принуждением к участию в научных экспериментах или принудительной стерилизацией, культурными и/или лингвистическими разрывами, затрудняющими взаимопонимание, неравенством в доступе к услугам здравоохранения, а иногда и антипатией со стороны профессиональных медицинских работников⁵⁸.

45. Кроме того, отсутствию доверия способствует систематическая дискриминация общин коренного населения, выражающаяся в том числе в отсутствии доступа к информации или в ненадлежащем лечении, которое имеет особенно пагубные последствия при заболевании туберкулезом, поскольку в данном случае лечение имеет решающее значение для выздоровления⁵⁹.

46. Меры по борьбе с туберкулезом не будут эффективными без приложения усилий по восстановлению доверия общин коренного населения к системам здравоохранения. В этих целях государствам следует, в частности, приглашать представителей коренных народов к участию в разработке и осуществлении программ здравоохранения в качестве партнеров, принимая во внимание взгляды коренных народов на здоровье⁶⁰, и проводить профессиональную подготовку медицинских работников, с тем чтобы они были осведомлены о сложившихся исторических условиях, разбирались в проблемах общин коренного населения и могли предложить медицинские услуги с учетом культурного контекста. Доказала свою эффективность практика привлечения общин и разработки межкультурных стратегий в области здравоохранения⁶¹.

Профилактика и лечение туберкулеза среди изолированных общин и общин, ведущих кочевой образ жизни

47. В изолированных общинах возникают специфические проблемы, связанные с наблюдением за ходом лечения, обеспечением гарантированного доступа к качественным услугам здравоохранения, подготовкой квалифицированного

⁵⁵ Chandler, “Alaska’s ongoing journey with tuberculosis”, pp. 4–6.

⁵⁶ Ibid., pp. 5–6.

⁵⁷ В соответствии с подходом, принятым Всемирной организацией здравоохранения.

⁵⁸ India, “Tribal Health in India”, p. 5; Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p. 15; Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines*, p. 21.

⁵⁹ Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p. 15.

⁶⁰ Ibid., p. 17; Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines*, p. 26; FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*, p. 7.

⁶¹ FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*, p. 8.

персонала и выделением достаточного количества ресурсов⁶². Об этом свидетельствуют рассматриваемые ниже в качестве примеров ситуации в Индии и Канаде.

48. Кочевой образ жизни требует также принятия надлежащих мер в целях обеспечения общинам кочевников доступа к услугам здравоохранения и их адаптации к потребностям и образу жизни этих общин. Наглядным примером может служить положение скотоводов-кочевников в Африке. Кроме того, необходимо учитывать близость к животным и воздействие окружающей среды (пыль, сухой и горячий воздух, высокую влажность)⁶³.

49. Децентрализация диагностики и лечения туберкулеза, как выясняется, способствует повышению уровня доступности услуг здравоохранения⁶⁴. В этой сфере были реализованы ряд инициатив, в том числе инициатива по строительству мест временного проживания вблизи медицинских учреждений, с тем чтобы пациентов могли сопровождать⁶⁵ члены их семей.

Укрепление сотрудничества между государствами

50. В мире не существует единой международной системы наблюдения за туберкулезом⁶⁶, несмотря на то что наблюдение за этим заболеванием необходимо для его эффективной профилактики и борьбы с ним⁶⁷. Таким образом, в некоторых ситуациях представляется необходимым сотрудничество между государствами.

Пример приполярного региона

51. Характерными особенностями приполярного региона являются тяжелые климатические условия и малочисленное население, рассредоточенное на обширных территориях и живущее за счет рыбной ловли и охоты. Профилактике и лечению туберкулеза препятствуют дефицит инфраструктуры, отсутствие надлежащих систем очистки сточных вод и водоснабжения, а также систем здравоохранения. Кроме того, значительное влияние оказывают социально-экономические факторы, уже упоминавшиеся выше, особенно бедность и недоедание⁶⁸. Эти факторы усугубляются под воздействием изменения климата и экономических перемен, вызванных активизацией миграции населения с юга на север (туризм, нефтяная и горнодобывающая промышленность)⁶⁹.

⁶² Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 12; Chandler, "Alaska's ongoing journey with tuberculosis", pp. 5-6. См. также приведенный ниже пример ситуации в Канаде.

⁶³ Montavon, "La santé des pasteurs mobiles au Sahel".

⁶⁴ FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*, p. 8.

⁶⁵ Эта инициатива осуществлена в Кении. В Намибии члены семей пациентов проходят специальную подготовку, с тем чтобы во время длительных периодов охоты, которые могут помешать лечению, они могли оценить важность соответствующего лечения и помочь пациенту продолжить его (Smelyanskaya, "Key Populations Brief", pp. 17-18).

⁶⁶ Всемирная организация здравоохранения не вырабатывает стандартизованный подход к наблюдению за туберкулезом, но предлагает список норм и критериев оценки систем наблюдения; Annie-Claude Bourgeois and others, "Descriptive review of tuberculosis surveillance systems across the circumpolar regions", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 75 (April 2016), p. 2.

⁶⁷ Alan J. Parkinson and others, "International Circumpolar Surveillance, an Arctic network for the surveillance of infectious diseases", *Emerging Infectious Diseases*, vol. 14, No. 1 (2008), p. 20.

⁶⁸ Ibid., p. 19; Canada, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, chap. 14; MacDonald, "Tuberculosis in Nunavut", p. 741; Soininen, "The health of the Finnish Sami", p. 57.

⁶⁹ Parkinson, "International Circumpolar Surveillance", p. 22; Soininen, "The health of the Finnish Sami", p. 60.

52. В 1970-х годах «приполярное сотрудничество» способствовало проведению исследований здоровья коренных народов. Кроме того, в 1999 году Арктический совет создал рабочую группу по вопросам устойчивого развития и Международную систему наблюдения за инвазивными бактериальными инфекциями в приполярном регионе, сеть мониторинга инфекционных заболеваний, действующую в государствах и на территориях этого региона⁷⁰.

53. В 2006 году была создана Рабочая группа по туберкулезу⁷¹. В ее задачи входит усовершенствование системы выявления туберкулеза, изучение изменений этой болезни и оказываемого ею воздействия, повышение общественной осведомленности о туберкулезе и совершенствование сотрудничества в области исследований туберкулеза⁷².

54. Деятельность этой рабочей группы заслуживает одобрения, тем более что на сегодняшний день ни одна страна, за исключением Норвегии, не собирает информацию о социальных детерминантах здоровья и факторах риска возникновения туберкулеза, таких как потребление табака, прием стероидов, наличие ВИЧ или диабета⁷³. Группа предоставляет различным государствам и территориям пространство для сотрудничества и совместной разработки — в партнерстве с коренными народами — мер, приспособленных к конкретным условиям приполярного региона. Другие регионы могли бы последовать примеру приполярного региона⁷⁴.

D. Пример Канады: в стране с низкой распространенностью туберкулеза наблюдается самый большой разрыв в показателях заболеваемости туберкулезом между коренными и некоренными народами

55. В Канаде — развитой стране с низким показателем распространенности туберкулеза — показатель заболеваемости туберкулезом среди коренных народов намного превышает аналогичный показатель среди остального населения⁷⁵. Этот разрыв наиболее заметен в территории Нунавут: в 2009 году показатель распространенности туберкулеза среди проживающих там коренных народов в 150 раз превышал аналогичный показатель среди некоренного населения⁷⁶. Кроме того, туберкулез широко распространен среди представителей первых наций, имеющих статус индейцев и проживающих в штатах Манитоба и Саскачеван: показатель распространенности туберкулеза среди коренного населения Манитобы превышает показатель распространенности туберкулеза среди остального населения в 27,4 раза, а аналогичный показатель для коренного

⁷⁰ Гренландия, Исландия, Аляска, северные регионы Канады, Норвегии, Швеции, Финляндии и Российской Федерации.

⁷¹ Bourgeois, “Descriptive review of tuberculosis surveillance systems”, p. 3.

⁷² Parkinson, “International Circumpolar Surveillance”, p. 33.

⁷³ Bourgeois, “Descriptive review of tuberculosis surveillance systems”, pp. 6–7.

⁷⁴ Следует отметить, что в 2017 году в Дели состоялось совещание министров здравоохранения 11 стран региона Юго-Восточной Азии. В принятой на этом совещании декларации страны признали существование социально-экономических факторов, влияющих на развитие заболевания, и указали на важность привлечения общин, в том числе подверженных риску, к комплексной работе по укреплению их потенциала в целях создания единого фонда для обмена знаниями и данными. Однако коренные народы в декларации особо не упомянуты ([www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30817-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30817-6.pdf), www.theunion.org/news-centre/news/body/Call-for-Action.pdf).

⁷⁵ Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p. 5.

⁷⁶ Tollefson, “Burden of tuberculosis”, p.1142.

населения Саскачевана превышает показатель для остального населения в 7,3 раза⁷⁷. В период 1970–2010 годов показатель заболеваемости туберкулезом среди некоренного населения Канады постоянно снижался, в то время как среди коренного населения этот показатель вырос с 14,7 до 21,2%⁷⁸. Канада не является исключением из правила в том смысле, что среди молодежи из числа коренных народов показатель заболеваемости туберкулезом выше.

56. В Стандартах Канады по борьбе с туберкулезом признается необходимость укрепления профилактики туберкулеза в общинах коренного населения, создания партнерских отношений с общинами и уделения приоритетного внимания отслеживанию контактов с очагами заражения. В 2012 году Министерство здравоохранения Канады приняло стратегию борьбы с туберкулезом среди представителей первых наций, живущих в резервациях⁷⁹. Согласно этим Стандартам, отныне следует обращать приоритетное внимание не на лечение отдельных случаев заболевания туберкулезом, а на совершенствование стратегий отслеживания контактов с заболевшими в целях предотвращения дальнейшей передачи заболевания с учетом специфики общин коренного населения⁸⁰.

57. Проблемы, с которыми сталкивается Канада, существуют и в других странах: это неэффективность проверки на латентный туберкулез, проводимой в целях профилактики активного туберкулеза; ограниченный доступ к услугам здравоохранения, связанный как с изолированным положением отдельных групп населения в Нунавуте, так и с нехваткой персонала (в связи с высокой ротацией), недостаточной квалификацией временных работников в сфере здравоохранения, ограниченными диагностическими услугами и культурными барьерами. К этому следует добавить уже отмеченное выше отсутствие доверия общин коренного населения к услугам здравоохранения, а также перемещение представителей первых наций между провинциями, обуславливающее налаживание связи и создание партнерских отношений с общинами⁸¹. Кроме того, Канада должна также обеспечить согласованность действий органов государственного управления на различных уровнях⁸².

58. В ряде исследований особо подчеркиваются факторы риска, такие, как отсутствие надлежащего жилья и продовольственной безопасности⁸³, а также тот факт, что Канаде необходимо в первую очередь обратить внимание на социальные детерминанты здоровья коренных народов, неразрывно связанные с колонизацией, глобализацией, утратой языка и культуры и утратой территорий. Поэтому коренные народы следует признать «реальными партнерами в современной жизни, наделенными признанным правом на самоопределение»⁸⁴.

59. Следует отметить, что в Стандартах отмечаются такие эффективные практические меры, как внедрение верований коренных народов в программы здравоохранения в соответствии с желаниями пациентов; развитие «языковых концепций, разработанных в партнерстве с коренными народами»; использование креативных мультимедийных приемов, например «эффективное просвещение

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Ibid., p. 381.

⁸⁰ Ibid., p. 382-383; Victoria J. Cook and others. “Modern contact investigation methods for enhancing tuberculosis control in aboriginal communities”, *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 71, No. 1 (May 2012), p. 1.

⁸¹ В Стандартах Канады представлен комплекс рекомендаций (см. пункт 59 ниже).

⁸² MacDonald, “Tuberculosis in Nunavut”, p. 741.

⁸³ Faust, “Recommendations for the screening of paediatric latent tuberculosis infection in indigenous communities”, p. 1; Richard Long and others, “Tuberculosis elimination in Canada: Truce or Victory?”, *CMAJ*, vol.187, No. 16 (November 2015), p. 1192.

⁸⁴ Ibid.

при помощи не только когнитивных, но и эмоциональных посланий, эмпатии, открытости, заботы и уважения к пациенту». В целях содействия прохождению пациентами необходимого лечения в Стандартах, в частности, рекомендуется расширять доступ пациентов к получению соответствующей помощи (например, предоставлять уход на дому), использовать систему поощрений (например, продукты питания) и стимулирующих мер (например, купоны), а также разработать механизмы оповещения пациентов и последующего наблюдения за ними, упростить протоколы, сократить время ожидания при направлении к специалистам и обеспечить тщательное наблюдение за пациентами, меняющими место жительства. Кроме того, в Стандартах содержатся рекомендации по повышению доступности услуг в области здравоохранения в культурном и эмоциональном плане, с тем чтобы «лица, работающие в сфере здравоохранения в общинах коренного населения, предпочтительно происходили из самой общины или из того же региона и действовали как педагоги, правозащитники и культурные посредники»⁸⁵.

Е. Пример Индии — страны с формирующейся рыночной экономикой и с самым высоким показателем распространенности туберкулеза

60. Четверть случаев заболевания туберкулезом в мире приходится на Индию, где также наблюдается самый высокий показатель распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью⁸⁶. В 2016 году 28 миллионов человек в Индии были больны туберкулезом, и 4,5 миллиона человек умерли от этого заболевания⁸⁷.

61. С 1997 года Индия разрабатывала национальную программу контроля над туберкулезом, а в марте 2006 года распространила ее на всю территорию страны. Лечение туберкулеза занимаются как государственные службы — в рамках программы, пересмотренной в 2016 году, — так и частный сектор, обеспечивающий лечение более чем в половине случаев заболевания туберкулезом. Вследствие сосуществования государственных и частных служб возникают некоторые специфические проблемы, в том числе в области сбора данных. Вместе с тем многие, возможно, не осведомлены о том, что государственные службы здравоохранения предоставляют свои услуги бесплатно⁸⁸.

62. Целью нового национального стратегического плана на 2017–2025 годы является резкое сокращение показателей смертности от туберкулеза и заболеваемости туберкулезом и обеспечение ликвидации туберкулеза к 2025 году.

63. Стратегия предусматривает четыре направления: диагностика, лечение, профилактика и формирование. Что касается лиц, принадлежащих к группам высокого риска, то речь идет о предотвращении развития туберкулеза в активной форме среди носителей латентного туберкулеза, то есть о заблаговременном выявлении случаев латентного туберкулеза, в том числе путем нейтрализации социальных детерминант заболевания туберкулезом.

64. Среди ключевых групп населения, которые, как считается, являются группами высокого риска или уязвимыми группами населения, основное внимание в рамках этого плана уделяется проживающим на территориях племен. В плане указаны критерии отбора конкретных территорий в целях определения

⁸⁵ Canada, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition, chap. 14.

⁸⁶ www.tbfacts.org/tb-india/.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Ibid.

приоритетных мер. Например, первоочередное внимание уделяется⁸⁹ территориям с высокими показателями недоедания, а также территориям, на которых были выявлены случаи заболевания туберкулезом, или территориям, население которых употребляет в пищу продукцию животноводства⁹⁰.

65. Правительство Индии признает наличие в стране 104 миллионов человек из числа коренных народов, представляющих 705 племен («племена, включенные в списки») и составляющих 8,6% населения⁹¹. Семьдесят пять племенных групп отнесены к категории «находящихся в особо уязвимом положении племенных групп/адиваси».

66. В опубликованном в 2018 году докладе правительства Индии о здравоохранении племенных народов признается нехватка информации о состоянии здоровья этих групп населения⁹². Имеющиеся данные ясно свидетельствуют о том, что состояние здоровья племенных групп населения намного хуже, чем остальных групп населения, и «племена, включенные в списки» в несоразмерно высокой степени подвержены трансмиссивным заболеваниям. Показатель распространенности туберкулеза среди коренных народов составляет 703 случая заболевания на 100 000 человек, тогда как среди остального населения — 256 случаев на 100 000 человек. Согласно проанализированным исследованиям, пациенты получают лечение лишь в 11% случаев заболевания туберкулезом легких в общинах коренных народов.

67. Объясняющими наличие этого разрыва причинами являются, в частности, дефицит инфраструктуры на племенных территориях, затратность, отдаленность, отсутствие транспортного сообщения между общинами и медицинскими учреждениями, а также антипатия со стороны профессиональных медицинских работников, языковой барьер и отсутствие понимания, а также недоверие к чуждой системе.

68. Разница между медицинскими работниками, занятыми на территориях племен, и медицинскими работниками в других регионах страны связана, среди всего прочего, с ограниченным взаимодействием между профессиональными медицинскими работниками, ощущением социальной и профессиональной изоляции, ненадлежащими стратегиями развития людских ресурсов, плохими условиями работы, нехваткой медицинского персонала среднего звена. Кроме того, в докладе указывается на неэффективность медицинского ухода, вызванную дефицитом мотивации, взаимопонимания и взаимного уважения. Нежелание представителей коренного населения обращаться за помощью в индийскую систему здравоохранения объясняется отсутствием эмоционального наполнения и

⁸⁹ В частности, в целях профилактики развития зоонозного туберкулеза, распространенного, например, среди скотоводов-кочевников в Мали (интервью с г-ном Абубакрином аг-Айяйа, 30 июля 2018 года, Агадир, Марокко. В период с 1962 по 2000 год он работал в Мали сначала ветеринарным фельдшером, а затем ветеринарным врачом. Он также выполнял функции консультанта по вопросам животноводства в общинах скотоводов-кочевников в Мали, Мавритании, Буркина-Фасо и Чаде).

⁹⁰ www.tbfacts.org/tb-india-nsp/.

⁹¹ В статье 342 Конституции содержится следующее определение «племен, включенных в списки»: «племена или племенные общины, или части общин, или группы внутри племенных общин, которые Президент Индии может обозначить путем публичного объявления». По данным правительства Индии, 40,6% населения, ведущего племенной образ жизни, живет за чертой бедности, в то время как аналогичный показатель для остального населения составляет 20,5%; доступ к водопроводной воде имеют 10,7% населения, ведущего племенной образ жизни, и 28,5% остального населения.

⁹² India, Ministry of Health and Family Welfare and Ministry of Tribal Affairs, “Tribal Health in India: Bridging the Gap and a Roadmap for the Future”, Report of the Expert Committee on Tribal Health, Executive Summary and Recommendations (2018).

духовной безопасности в современной системе медицинской помощи, а также неинформированности об индийской системе здравоохранения.

69. Наконец, в докладе указывается на влияние предвзятого отношения к общинам коренного населения при разработке и осуществлении программ здравоохранения.

70. В докладе содержатся ряд принципов, которым должно следовать правительство при разработке политики в области здравоохранения коренных народов, в том числе принцип автономии, позволяющий обеспечивать адаптацию услуг здравоохранения к потребностям и культуре коренных народов; принцип доступности услуг здравоохранения; координация усилий по решению проблем, связанных с социальными детерминантами здоровья; выделение достаточного объема финансовых средств.

71. Кроме того, необходимо уделить приоритетное внимание разработке административной структуры, создающей условия для участия, планирования и управления на местном уровне. Предусматривающая децентрализацию диагностики и лечения стратегия также действует в рамках программ борьбы с туберкулезом в странах Южной Америки⁹³.

72. В докладе правительства Индии содержатся, среди всего прочего, следующие рекомендации: усовершенствовать государственную инфраструктуру здравоохранения на территориях племен, обеспечив при этом предоставление услуг здравоохранения квалифицированными и внимательными специалистами, «с уважением относящимися к представителям коренных народов»; проводить профессиональную подготовку местных жителей в целях увеличения численности медицинского персонала на территориях племен на постоянной основе; осуществлять определенные инициативы по привлечению специалистов к работе на этих территориях.

73. Кроме того, в докладе изложен ряд рекомендаций по внедрению традиционной медицины племенных народов/адиваси в практику учреждений первичной медико-санитарной помощи, в том числе благодаря выявлению эффективных традиционных практических методов и средств лечения и предоставлению традиционным целителям возможности оказывать свои услуги в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Следует отметить, что выявление традиционной практики необходимо осуществлять в сотрудничестве с коренными народами и при соблюдении соответствующих прав общин коренного населения согласно Декларации Организации Объединенных Наций о правах коренных народов.

IV. Рекомендации

74. В целях достижения цели ликвидировать туберкулез к 2030 году, не оставив при этом без внимания коренные народы, особенно уязвимые к этому заболеванию, государствам, международным и национальным организациям в сфере здравоохранения, а также членам общин коренного населения предлагается принять во внимание следующие рекомендации.

1. Государствам-членам следует, с одной стороны, осуществлять сбор дезагрегированных данных, позволяющих составить точное представление о распространенности туберкулеза среди коренных народов, с тем чтобы осуществить их право на здоровье, закрепленное в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и в статье 24 Декларации Организации Объединенных Наций о правах коренных

⁹³ FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*.

народов, а с другой стороны, следует отразить в своих докладах, подлежащих представлению в 2020 году, прогресс, достигнутый в борьбе с туберкулезом среди коренных народов в соответствии с пунктом 53 Политической декларации, принятой на заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи по борьбе с туберкулезом в сентябре 2018 года⁹⁴.

2. Государствам-членам, международным организациям, таким как ВОЗ и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также научному сообществу следует в сотрудничестве с общинами развивать исследования заболеваемости туберкулезом среди коренных народов в целях понимания специфики ситуации в каждой общине⁹⁵ и в каждом регионе и разработать надлежащие меры борьбы с эпидемией⁹⁶.

3. В соответствии с правом коренных народов на самоопределение и правом на развитие, признанными в статьях 3 и 23 Декларации Организации Объединенных Наций о правах коренных народов, государствам следует совместно с коренными народами принимать меры в отношении социально-экономических факторов, способствующих распространению туберкулеза⁹⁷, к которым относятся, в частности, ВИЧ, курение, алкоголизм, нехватка продовольствия, диабет⁹⁸, жилищный кризис.

4. На основании права коренных народов на свободное, предварительное и осознанное согласие, признанное статьей 19 Декларации Организации Объединенных Наций о правах коренных народов, государствам-членам следует разрабатывать и осуществлять все стратегии или программы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза в сотрудничестве с коренными народами, с тем чтобы обеспечить доступность и культурную адекватность этих стратегий и программ, и учесть в них взгляды коренных народов на здравоохранение⁹⁹ в соответствии со статьей 24 Декларации, соблюдая при этом право коренных народов на сохранение, контроль, защиту и развитие своих традиционных знаний, закрепленное в статье 31 Декларации.

5. Государства-члены располагают различными стратегиями наблюдения за лечением пациентов, больных туберкулезом, в частности принадлежащих к народам, ведущим кочевой образ жизни; к этим стратегиям относятся, в частности, профессиональная подготовка представителей общин,

⁹⁴ Резолюция 73/3 Генеральной Ассамблеи.

⁹⁵ Например, ни одна программа не даст эффекта, если в ней не будут учтены определенные элементы культуры туарегов, способствующие распространению туберкулеза: туареги живут общиной, вместе принимают пищу и общаются друг с другом на близком расстоянии (takshé). Они стесняются изолировать члена своей общины на основании его бактериологического состояния. Эти факторы способствуют распространению туберкулеза воздушно-капельным путем и вместе с выделениями. Поэтому в целях профилактики туберкулеза эксперты советуют проводить вакцинацию в периоды сбора племени — в жаркое время года и зимой.

⁹⁶ Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines*, pp. 25-26; см. также World Health Organization, “Indigenous peoples & participatory health research” (www.who.int/ethics/indigenous_peoples/en/index1.html); Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Protocole de recherche des Premières Nations du Québec et du Labrador* (juin 2005); Canada, Canadian Institutes of Health Research, *CIHR Guidelines for Health Research Involving Aboriginal People* (2007).

⁹⁷ Всемирная организация здравоохранения выступает за использование этого подхода (www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2018-09-26/secretary-generals-remarks-high-level-meeting-tuberculosis).

⁹⁸ Maxime Cormier and others, “Proximate determinants of tuberculosis in Indigenous peoples worldwide: a systematic review”, *Lancet Global Health*, vol. 7, No. 1 (January 2019).

⁹⁹ Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p.10.

которые могли бы оказывать помощь больным, позволяя им при этом вести традиционный образ жизни, в соответствии со статьей 20 (1) Декларации Организации Объединенных Наций о правах коренных народов; и строительство мест временного проживания вблизи медицинских учреждений, с тем чтобы члены общин пациентов могли сопровождать их при прохождении лечения.

6. Государства-члены располагают различными стратегиями борьбы с нехваткой медицинского персонала в отдаленных регионах, включая базовую профессиональную подготовку персонала на местах, оказание финансовой поддержки представителям общин коренного населения, выражающих желание получить профессиональную подготовку и работать в своих общинах, создание мобильных клиник, развитие телемедицины.

7. Государствам-членам следует стремиться уделять особое внимание диагностике туберкулеза среди детей и молодежи из числа коренных народов в соответствии со статьей 17 Декларации Организации Объединенных Наций о правах коренных народов.

8. Международным организациям и государствам следует укреплять региональное сотрудничество по вопросам, касающимся коренных народов, и действовать в партнерстве с коренными народами, с тем чтобы ввести в действие совместные системы наблюдения, позволяющие производить обмен данными и разрабатывать эффективные стратегии профилактики и лечения туберкулеза.