

Distr.: General
21 March 2006
Arabic
Original: English

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية الدورة الخامسة

نيويورك، ١٥-٢٦ أيار/مايو ٢٠٠٦

البند ٣ من جدول الأعمال المؤقت*

الموضوع الخاص: الأهداف الإنمائية للألفية
والشعوب الأصلية: إعادة تحديد الأهداف

المعلومات الواردة من منظومة الأمم المتحدة**

برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة
نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

موجز

استجابة لتوصيات المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية، قدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) معلومات أساسية عن مدى فهم الشعوب الأصلية للقضايا المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، كما قدم تحليلاً لبعض العوامل الرئيسية التي تؤثر في مدى تعرض تلك الشعوب لفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز وأثرهما عليها في سياق التنمية الاجتماعية والثقافية والاقتصادية. وقدمت أمثلة على المبادرات المتخذة بشأن وقاية الشعوب الأصلية من الإصابة بالفيروس. وعرض البرنامج عدة قضايا ذات صلة بالوقاية من الفيروس ورعاية المصابين بالإيدز من الشعوب الأصلية ومعالجتهم لكي تُناقش في إطار المنتدى. كما قدمت توصيات بهذا الشأن إلى المنتدى.

* E/C.19/2006/1

** تأخر تقديم هذه الوثيقة لضمان إدراج أحدث المعلومات.



المحتويات

الفقرات	الصفحة	
١	٥-١ مقدمة - أولاً
٤	١٠-٦ المعرفة بمدى إصابة الشعوب الأصلية بفيروس نقص المناعة البشرية - ثانياً
٦	٢٠-١١ أمثلة على الاستراتيجيات والسياسات والمبادرات المنصبة على إصابة الشعوب الأصلية بفيروس نقص المناعة البشرية - ثالثاً
٩	٤٧-٢١ العوامل الرئيسية لأثر وباء فيروس نقص المناعة البشرية على الشعوب الأصلية - رابعاً
١٦	٦٦-٤٨ الإجراءات المتعلقة بالقيادة والدعوة التي يمكن أن ينظر فيها المنتدى الدائم للحد من أثر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية على مجتمعات الشعوب الأصلية - خامساً
٢١	٦٨-٦٧ الخلاصة - سادساً
٢٢	موجز البيانات المتاحة بشأن المراقبة والإبلاغ عن الحالات - المرفق

أولا - مقدمة

١ - أعدّ برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) هذا التقرير بناء على طلب المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية لمساعدة هذا الأخير خلال دورته الخامسة في مناقشته للقضايا المتعلقة بالهدف ٦ من الأهداف الإنمائية للألفية، أي مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض.

٢ - ويستند هذا التقرير في تناوله لموضوع الشعوب الأصلية إلى الفهم المشترك المتبلور لدى المجتمع الدولي بخصوص السمات المميزة لتجربة الشعوب الأصلية، والمتمحور حول مفهوم مفاده أن الشعوب الأصلية تنحدر من السكان الأصليين لمنطقة معينة، وأن لها علاقة حميمة خاصة بتلك الأرض ونظاما عقائديا قائما على تلك العلاقة. وهي علاقة حميمة يعود تاريخها إلى ما قبل إنشاء الدول والأقاليم الحديثة، وتعرض في الكثير من الحالات إلى الاقتلاع من الجذور بسبب إنشاء تلك السلطات، وكذلك بسبب التنمية الاقتصادية الأحدث عهدا. وبالنظر إلى إغفال العلاقة القائمة بين الشعوب الأصلية وأراضيها في الكثير من الأحيان في التنمية الاقتصادية السائدة، فإن الخطر المحدق بذلك الجزء الجوهري من ثقافة الشعوب الأصلية هو إحدى سمات التجربة الحديثة للعديد من الشعوب الأصلية^(١).

٣ - وتسعى الشعوب الأصلية إلى المحافظة على الاستمرارية التاريخية لارتباطها بالأرض والهوية الثقافية المترنة بتلك الاستمرارية، إزاء الثقافات الأخرى التي أصبحت مهيمنة عليها عن طريق الاستعمار أو الاحتلال. وفي العديد من البلدان، تشكل الشعوب الأصلية أقليات ليس بوسعها التعبير عن رأيها في إطار المؤسسات السياسية السائدة. وتبعاً لذلك، غالبا ما تمثل تجربة الشعوب الأصلية في التهميش داخل البلدان التي تعيش فيها وفي مشاركتها المحدودة في العملية السياسية، كما أنها تُستبعد من المؤسسات التي تحدد طبيعة القيم السياسية والاقتصادية والاجتماعية السائدة.

٤ - ويتفاوت تأثير هذه العوامل على الحياة اليومية للشعوب الأصلية تفاوتاً كبيراً بين المجتمعات المحلية والبلدان. فهناك فروق شاسعة في مدى قدرة مجتمعات محلية معينة للشعوب الأصلية على صون طرق عيشها التقليدية، بما فيها المعتقدات والممارسات التقليدية. فبعض الشعوب الأصلية ما زالت تعيش داخل مجتمعاتها المحلية المستقلة، التي غالبا ما تكون معزولة جغرافيا عن المراكز الحضرية الكبرى، في حين تسعى شعوب أصلية أخرى إلى التوفيق بين

(١) انظر اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٦٩ بشأن الشعوب الأصلية والقبلية في البلدان المستقلة و E/CH.4/Sub.2/1986/7 و Add. 1-4.

الروابط والقيم المجتمعية التقليدية من جهة، والواقع الاقتصادي والاجتماعي للبلد الذي تعيش فيه من جهة أخرى. ولئن ظل التراث الأصيل لتلك الشعوب جزءا جوهريا من هويتها، فإن أثر ذلك التوفيق على طرق عيشها قد يكون مختلفا تماما.

٥ - لذلك فإن أي مناقشة لموضوع الشعوب الأصلية بوصفها جماعة واحدة متجانسة يؤدي بالضرورة إلى تعميم لا يوضع في الاعتبار التنوع الهائل في ثقافة الشعوب الأصلية وتجاربها عبر أنحاء العالم. وهو أمر ينبغي أخذه في الحسبان عند قراءة هذا التقرير. وبطبيعة الحال، لا تعني جميع القضايا موضوع المناقشة في هذا التقرير جميع الشعوب الأصلية، وهي لا تمسها كلها بنفس الطريقة. غير أن المواضيع المشتركة في تجربة العديد من الشعوب الأصلية في مختلف أنحاء العالم تحدد كيفية تأثير وباء فيروس نقص المناعة البشرية على حياتها وعلى مجتمعاتها المحلية. وتدرس هذه المواضيع بغية تسليط الضوء على ما يمكن عمله للحد من انتشار الفيروس وأثره داخل المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية.

ثانيا - المعرفة بمدى إصابة الشعوب الأصلية بفيروس نقص المناعة البشرية

٦ - هناك قلة قليلة من البلدان التي تتوفر لديها بيانات وطنية موثوقة عن المراقبة تبين المستوى الحقيقي لإصابة الشعوب الأصلية بالفيروس. ويرد موجز البيانات المتوفرة في المرفق. ولا يُسجل الأصل العرقي للخاضعين لفحوص الكشف عن الفيروس إلا في بعض برامج المراقبة، وحتى عندما تُحدد مستويات الإصابة لدى جماعات عرقية معينة، لا تتوفر سوى معلومات محدودة عن الأنماط المحددة لخطر الإصابة بالفيروس وطريقة تأثيره على تلك المجتمعات المحلية. وعلى غرار جميع البيانات المتعلقة بمعدل الإصابة بالفيروس ومدى انتشاره، ينبغي توخي الحذر عند الخلوص إلى استنتاجات بشأن مستوى خطر الإصابة بالفيروس استنادا إلى نتائج الفحوص التي تخضع لها شرائح معينة من السكان للكشف عنه.

٧ - وينطبق ما ذكر سابقا لا سيما عند محاولة تحديد مستويات الإصابة بالفيروس في صفوف الفئات المهمشة، ومنها العديد من الشعوب الأصلية. ففي الحالات التي يكون فيها السكان معزولين جغرافيا على سبيل المثال، أو أقل قدرة على الحصول على خدمات نظام الرعاية الصحية، قد لا تتاح لهم إمكانية المشاركة في العديد من برامج الفحوص للكشف عن الفيروس. وفي الحالات التي يكون فيها الانتماء إلى الشعوب الأصلية وصمة عار وموجبا للتمييز، يشبط عزم أفراد تلك الشعوب على الكشف عن انتمائهم إن هم سُئلوا. وقد لا تشجع المحرمات الاجتماعية والثقافية أيضا الشعوب الأصلية على الكشف عن أشكال السلوك التي تعرضها للإصابة بالفيروس إذا كانت تلك السلوكيات تعتبر غير مقبولة في مجتمعاتها المحلية.

٨ - وقد تكون هناك أيضا أسباب وجيهة لعدم رغبة المحققين في استهداف الفئات المهمشة، مثل الشعوب الأصلية، لجمع بيانات محددة عن الفيروس. ففيما يتعلق بالفئات المحرومة أصلا والمعرضة لخطر الوصم، يمكن لنشر بيانات تشير إلى ارتفاع مستويات إصابتها بالفيروس أن تزيد وصمها سوءا رغم ما قد يُسجل من معدلات مرتفعة للإصابة في صفوف شرائح أخرى من السكان. وقد حمل هذا الانشغال بعض صانعي السياسات على تجنب أنشطة السياسة العامة التي تركز بالتحديد على إصابة الشعوب الأصلية بالفيروس، والقيام بدلا عن ذلك بإدماج تلك المبادرات في برامج أخرى، مثل برامج الصحة الإنجابية على العموم. وتبرز الآثار السلبية التي قد تترتب على جمع البيانات ضرورة توخي الحذر في إجراء أي بحث بخصوص الفيروس في المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية لتفادي إلحاق ضرر غير مقصود بالسكان المعنيين.

٩ - ومثلما قد يؤدي جمع بيانات عن الفيروس في المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية إلى الوصم والتمييز، قد يفضي عدم وجود بيانات إلى الإهمال أو التوارى عن الأنظار. وفي بعض الأحيان، يزيد عدم وجود بيانات موثوقة عن إصابة الشعوب الأصلية بالفيروس من صعوبة إعطاء الأولوية في برامج السياسة العامة الوطنية والدولية للشواغل المتعلقة بآثار وباء فيروس نقص المناعة البشرية على الشعوب الأصلية. ويُخشى أن تُخصص الموارد بدلا عن ذلك لبرامج مكافحة الإصابة بالفيروس التي تستهدف فئات سكانية تتوفر بيانات أفضل تدل على ارتفاع فعلي في مستويات إصابتها بالفيروس. لذلك على السلطات أن تحقق التوازن بين السياسات التي تسعى إلى حماية الشعوب الأصلية من أن تعتبر خطأ مصدر خطر على المجتمعات المحلية الرئيسي وضرورة توافر بيانات موثوقة عن أثر الفيروس على المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية يمكن الإسهام بها في عمليتي التخطيط ورصد الموارد.

١٠ - غير أنه ينبغي التأكيد في هذا السياق على أن عدد الحالات المشخصة للإصابة بالفيروس ليس المقياس الوحيد أو الأفضل في حالات كثيرة من مقاييس خطر الإصابة بالفيروس الذي يواجهه مجتمع محلي ما. فقد بينت التجربة العالمية بخصوص وباء الفيروس أن هناك عوامل رئيسية تجعل بعض الأفراد والمجتمعات المحلية أشد عرضة للفيروس. ويوجد العديد من عوامل التعريض للخطر تلك، بل معظمها، لدى عدد كبير من الشعوب الأصلية. وهي تشمل الفقر والتهميش وغياب النفوذ السياسي أو الاجتماعي وتفكك العلاقات الأسرية والمجتمعية والعزلة الجغرافية وارتفاع معدلات الأمية وسوء الحالة الصحية العامة والإمكانيات المحدودة للحصول على الرعاية الصحية واستعمال المخدرات/حقنها وعدم الاعتداد بالنفس على المستويين الفردي والمجتمعي. ويكفي وجود أي عامل من هذه العوامل لزيادة خطر تعرض فرد أو مجتمع محلي ما للإصابة بالفيروس. أما عندما تجتمع هذه العوامل

لدى فئة سكانية واحدة فذلك سبب واضح للقلق إزاء أثر وباء الفيروس على الشعوب الأصلية يُبرز التحديات التي تتم مواجهتها عند محاولة الحد من انتشاره داخل تلك المجتمعات.

ثالثاً - أمثلة على الاستراتيجيات والسياسات والمبادرات المنصبة على إصابة الشعوب الأصلية بفيروس نقص المناعة البشرية

١١ - ومثلما أن الجمع المطرد لبيانات عن إصابة الشعوب الأصلية بالفيروس ضئيل للغاية، لم يُنفذ سوى عدد قليل نسبياً من السياسات والبرامج المحددة لمكافحة انتشار الفيروس وأثره على الشعوب الأصلية. واعتمدت بضعة بلدان استراتيجية وطنية متعلقة بإصابة شعوبها الأصلية بالفيروس، لكن ذلك يقتصر على البلدان المتمتعة بقدر أكبر من الموارد مثل أستراليا وكندا. ولم تفعل الكثير من البلدان شيئاً لمعالجة قضايا فيروس نقص المناعة البشرية لدى شعوبها الأصلية، في حين أن عدداً قليلاً من البلدان شرعت في مبادرات على نطاق ضيق. وتؤدي منظمات المجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية في بعض المناطق دوراً رائداً في الوقاية من الفيروس ورعاية المصابين به في صفوف الشعوب الأصلية، مستفيدة من قدر متفاوت من الدعم الحكومي.

١٢ - وقد تعذر الاستعراض الكامل في سياق هذا التقرير لجميع المبادرات الحالية والسابقة بشأن إصابة الشعوب الأصلية بفيروس نقص المناعة البشرية، وبالتالي سيكون من المفيد مواصلة دراسة تلك المبادرات لاستخلاص العبر مما تم إنجازه من عمل. وترد أدناه أمثلة على بعض الاستراتيجيات والسياسات الرئيسية المنفذة حتى الآن.

استراتيجية الشعوب الأصلية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في كندا، المتعلقة بالأمم الأولى وشعب الإيونييت والميتيس، ١٣ آذار/مارس ٢٠٠٣

١٣ - أُعدت الاستراتيجية من قِبَل شبكة الشعوب الأصلية الكندية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بتمويل من الحكومة الكندية، وفي إطار الاستراتيجية الوطنية الكندية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية. وهي تشمل تسعة مجالات استراتيجية، بما فيها التنمية المجتمعية، وبناء القدرات والتدريب؛ والاستدامة والشراكة والتعاون؛ وقضايا القانون والأخلاقيات وحقوق الإنسان؛ وإشراك فئات من الشعوب الأصلية ذات احتياجات محددة؛ واتباع نهج شولي إزاء الرعاية والعلاج والدعم.

الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية لدى السكان الأصليين الأستراليين، ١٩٩٦ -
١٩٩٩، والاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية والفيروسات المنقولة بواسطة الدم
لدى السكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس، ٢٠٠٥-٢٠٠٨

١٤ - تعنى الاستراتيجيات المذكورة أعلاه بمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية في إطار
موضوع الصحة الإنجابية للشعوب الأصلية على العموم، وتكمل استراتيجية أستراليا الوطنية
بشأن الفيروس. وأتخذ قرار مدروس في مجال السياسة العامة لإدراج مبادرات مكافحة
الفيروس لدى الشعوب الأصلية ضمن نهج قائم على الصحة الجنسية والإنجابية لتجنب
مواصلة وسم الشعوب الأصلية الأسترالية والإقرار بضرورة تحسين الصحة الجنسية والإنجابية
لتلك الشعوب إلى حد كبير.

**المبادرة المتعلقة بالهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين، وزارة الصحة والخدمات
البشرية الأمريكية**

١٥ - الهدف من المبادرة المتعلقة بالهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين هو إدماج
استعمال العقاقير وخدمات الصحة العقلية في الرعاية الصحية الأولية للمصابين بفيروس نقص
المناعة البشرية بالمجتمعات المحلية للهنود الأمريكيين وسكان ألاسكا الأصليين. وتتكون هذه
المبادرة، التي ستُنفذ على مدى خمس سنوات ابتداء من تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٢ لغاية
أيلول/سبتمبر ٢٠٠٧، من ستة مشاريع نموذجية ومركز لتقديم المساعدة التقنية. وبما أن
وكالات الهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين تعمل بموجب سياسة اتحادية تعزز حق
شعوب الهنود الأمريكيين وسكان ألاسكا الأصليين في تقرير المصير، فإن مركز المساعدة
التقنية يحترم اهتمام مشاريع الهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين بوضع حلول مناسبة
ثقافياً للقضايا المجتمعية والقبلية والريفية، ويشجع على إيجاد حلول لها على الصعيد المحلي.

الخطة الإنمائية للشعوب الأصلية - غيانا، ٢٠٠٤

١٦ - نفذت حكومة غيانا، في إطار مشروعها المتعلق بالوقاية من فيروس نقص المناعة
البشرية/الإيدز ومكافحته، الخطة الإنمائية للشعوب الأصلية. وتحدد الخطة مجموعة من العوامل
التي تجعل المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية في غيانا أشد عرضة للإصابة بفيروس نقص
المناعة البشرية/الإيدز، مثل الفقر والاحتلال الاجتماعي بسبب التعدين وهجرة الشباب
وتعاطي المخدرات والمعايشة الجنسية المبكرة وبعض المعتقدات والممارسات الثقافية. ومن
أنشطة التدخل المقترحة توزيع مواد عن الفيروس مترجمة إلى لغات الشعوب الأصلية، وإنشاء
مراكز لالتماس المشورة والفحوص بصورة طوعية تكون على مقربة من المجتمعات المحلية

للشعوب الأصلية، ورفع مستوى التحصيل التعليمي لدى الفتيات وتوجيه مشاريع التنمية المجتمعية لفائدة شباب الشعوب الأصلية.

المبادرة المتعلقة بالحالة الصحية للشعوب الأصلية - التوجيهات الاستراتيجية لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية وخطة عملها، ٢٠٠٣-٢٠٠٧

١٧ - تشمل خطة العمل الحالة الصحية للشعوب الأصلية على العموم، لكنها تشمل أيضا القضايا المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، لا سيما الحصول على الرعاية والعقاقير الأساسية. وتلاحظ الخطة وجود أوجه تفاوت في الوضع الصحي وإمكانية الحصول على الرعاية الصحية بين الشعوب الأصلية وغيرها من الفئات السكانية في الأمريكتين، وترسم خطة عمل لتحسين الحالة الصحية للشعوب الأصلية، بما في ذلك تعزيز شبكات التعاون بين مختلف القطاعات؛ وإدماج منظور الشعوب الأصلية وطرقها العلاجية في الرعاية الصحية الأولية؛ وتعزيز استراتيجيات تكافح الإقصاء الاجتماعي للشعوب الأصلية؛ وتشجيع مشاركة الشعوب الأصلية في إدارة الخدمات الصحية.

المشروع المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لفائدة شباب الشعوب الأصلية - وكالة الصحة العامة الكندية، ٢٠٠٥-٢٠٠٧

١٨ - يهدف المشروع، المنفذ في إطار شراكة مع مأوى الرجال من الشعوب الأصلية في تورونتو، إلى زيادة الوعي بالفيروس وتشجيع الشباب المشردين من الشعوب الأصلية على المعاشرة الجنسية الآمنة.

مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في إطار منظمات الشعوب الأصلية للرعاية الأولية، أستراليا

١٩ - أعدت مجموعة من السكان الأصليين الأستراليين المصابين بالفيروس والمتضررين منه دليلا للموارد بغية استعماله في مراكز الخدمات الطبية النائية والحضرية للشعوب الأصلية وفي غيرها من مراكز خدمات الرعاية الأولية.

مشروع الصحة الجنسية التابع للاتحاد الأسترالي لمنظمات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ومنظمات الشعوب الأصلية وسكان جزر مضيق توريس للمثليين والمخنثين وحاملتي صفات الجنس الآخر

٢٠ - بدأ تنفيذ هذا المشروع الطويل الأمد والمدعوم من الحكومة في عام ١٩٩٦، وهو يساند أعمال المنظمات غير الحكومية الوطنية الأسترالية التي تعنى بفيروس نقص المناعة

البشرية لفائدة الشعوب الأصلية. ويركز المشروع، باعتبار أن انتشار هذا الوباء يعود لسبب رئيسي هو المعاشرة الجنسية بين الرجال، على المثليين والمخنثين وحاملي صفات الجنس الآخر من الشعوب الأصلية. وإضافة إلى أنشطة تحسين الحالة الصحية وأنشطة الدعوة في المجال نفسه، ينظم المشروع دورات تدريبية للتوعية الثقافية موجهة للعاملين في مجال مكافحة الفيروس غير المنتمين إلى الشعوب الأصلية ودورات تدريبية بشأن الفيروس لفائدة العاملين من الشعوب الأصلية في مجال الصحة.

رابعاً - العوامل الرئيسية لأثر وباء فيروس نقص المناعة البشرية على الشعوب الأصلية

العلاقة بالأرض

٢١ - وإذا كان التمسك بأرض الأجداد يعد إحدى الخصائص الأساسية المميزة لوضع الشعوب الأصلية، فإن تداعي هذا التمسك بفعل التطورات الاقتصادية والسياسية في كثير من بلدان العالم يؤثر تأثيراً عميقاً في حياة هذه الشعوب. فكثير من مجتمعات الشعوب الأصلية لم تعد قادرة على العيش في الأرض التي تستمد منها هويتها الثقافية، وتضطر نتيجة لذلك إلى التخلي عن وسائل عيشها التقليدية. وهذا بدوره يؤثر بطرق شتى على الكيفية التي تعاني بها هذه المجتمعات من وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

٢٢ - وتوجد كثير من الدلائل على الآثار الماحقة التي يخلفها الاستعمار على الصحة العامة لمعظم الشعوب الأصلية. فقد فتكت أمراض معدية مثل الجدري بكثير من الشعوب الأصلية خلال مراحل الاستعمار الأولى، وتلا ذلك انتشار هائل لأمراض مزمنة ناجمة عن اختلال أساليب العيش التقليدية للشعوب الأصلية. وبوجه خاص، تنتشر حالياً أمراض مثل داء السكري وأمراض القلب المزمنة في كثير من مجتمعات الشعوب الأصلية نتيجة ضعف النظام الغذائي وانتشار أساليب عيش غير صحية لدى سكان لم يعد بإمكانهم الحفاظ على طريقة عيشهم المفضلة.

٢٣ - وعادة ما يؤدي التحول القسري إلى أسلوب عيش أكثر مواءمة لمتطلبات الاقتصادات المعاصرة إلى التخلي بصورة كلية أو جزئية عن التمسك بأرض الأجداد. وفي حين تعيش بعض مجتمعات الشعوب الأصلية حالياً في مناطق محمية أو مناطق معزولة أنشئت بغية الحفاظ على الأراضي التقليدية، تقلص كثيراً نطاق قدرة هذه المجتمعات على استبقاء أساليب العيش التقليدية. ولعل الفقر والبطالة والسجن وإدمان الكحول وتعاطي المخدرات، بما في ذلك عن طريق الحقن، أكثر شيوعاً في بعض البيئات حسبما ورد توثيق ذلك وتحليله.

على نطاق واسع في كثير من الدراسات. علاوة على ذلك، يترتب على العزلة الجغرافية لهذه المجتمعات محدودية إمكانية وصولها إلى المرافق العامة للتعليم والرعاية الصحية ومرافق الصحة العامة. وما من عامل من هذه العوامل إلا ويؤدي إلى تفاقم مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

٢٤ - وحين يؤدي قطع الروابط التقليدية بين الشعوب الأصلية وأرضها إلى هجرتها إلى المناطق الحضرية، تظهر أيضا بجلاء طائفة أخرى من المشاكل الاجتماعية. فمجتمعات الشعوب الأصلية داخل المدن تتسم على العموم بارتفاع مستويات الفقر وما يتصل به من العوامل الأخرى التي تؤثر تأثيرا سلبيا على الصحة. ويزيد التهميش الذي تعانيه هذه المجتمعات من شدة تعرضها لمخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومن صعوبة استفادتها من الوقاية من هذا الفيروس ورعاية المصابين به.

٢٥ - ويؤثر حرمان الشعوب الأصلية من أراضيها التقليدية على رفاهها الثقافي والروحي بقدر ما يؤثر على أسلوب عيشها. ولا يكون مجتمع فقد التماسك الاجتماعي وتعرض قيمه الداخلية للخطر مؤهلا للتغلب على آثار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وكثير من الشعوب الأصلية المتضررة من فقدان العقارات والأراضي والموارد الطبيعية التي هي عناصر أساسية لضمان عيشها كشعوب أصبحت تتضاءل أيضا قدرتها الاجتماعية والثقافية على التغلب على تحديات فيروس نقص المناعة البشرية داخل المجتمع المحلي واتخاذ التدابير اللازمة لمعالجة العوامل المؤدية إلى زيادة احتمال الإصابة بهذا الفيروس.

الفقر

٢٦ - وتعاني كثير من مجتمعات الشعوب الأصلية من الحرمان الاقتصادي مقارنة بالقطاعات الأخرى من السكان، وإن كانت هناك بطبيعة الحال بعض الاستثناءات. ويشكل التأثير المباشر لاحتلال الاعتماد على الأرض كمصدر للرزق، سمة تميز ثقافات الشعوب الأصلية. ونجم عن فقدان الاكتفاء الذاتي تبعا لذلك أن كثيرا من الشعوب الأصلية تُضطر إلى التروح عن مجتمعاتها المحلية بحثا عن العمل. ويستتبع انخفاض مستويات التعليم النظامي أن الشعوب الأصلية قد تجد صعوبة أكبر في الحصول على العمل المضمون وكثيرا ما يشتغل أبنائها في وظائف منخفضة الأجور مع قلة فرص الاستفادة من النظم الصحية المدعومة من أرباب العمل. وكثير من السكان الذين يهاجرون من مساكنهم الريفية التقليدية إلى المناطق الحضرية ينتهي بهم الأمر إلى العيش في الفاقة في أحياء حضرية فقيرة. ومع أنهم لم يعودوا منعزلين من الناحية الجغرافية، فلا تتوافر لهم أسباب عيش مستدامة ولا يزالون محرومين من الاستفادة من كثير من الخدمات الأساسية، بما فيها الرعاية الصحية.

٢٧ - والترابط القائم بين الفقر وخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أمر مُسلم به على نطاق واسع ويتجلى في مستويات شتى. فالذين يعيشون في الفقر أقل حظاً من التعليم والرعاية الصحية وغيرها من الموارد الاجتماعية. وهناك عوامل كثيرة مرتبطة بالفقر وطمس الهوية تجعل الشعوب الأصلية أشد عرضة للاستغلال الجنسي أو للوقوع ضحية الاتجار بالنساء والأطفال. وقد يصعب على الأشخاص الذي يعيشون في الفقر تحمل تكاليف الروافل أو الإلحاح على استعماها. وأكثر من ذلك أن فقدان الأمل، الذي يعزى في الغالب إلى الفقر، يحرم الأفراد من الموارد النفسية والمعنوية اللازمة لحماية أنفسهم وحماية غيرهم من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

٢٨ - ونظراً إلى الحرمان الاقتصادي الذي يقاسيه كثير من الشعوب الأصلية، فمن المهم تقييم الارتباط الوثيق بين الفقر وزيادة التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية. ويجب أن يُنير فهم هذا الترابط السياسات والبرامج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية الموجهة لمجتمعات الشعوب الأصلية، لأن الأمر يتعلق بمسائل تتجاوز الشواغل المتصلة بالصحة وتشمل القضايا الأساسية المتعلقة بوضع الشعوب الأصلية والعلاقات بين هذه الشعوب والمجتمعات الأكبر التي تعيش في كنفها.

العزلة الجغرافية

٢٩ - وعلى غرار أي مجتمع يعيش في منطقة نائية، تعاني مجتمعات الشعوب الأصلية المعزولة جغرافياً عن المراكز الحضرية الرئيسية من أشكال خاصة من الحرمان تزيد من تعرضها للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وتؤدي محدودية فرص الاستفادة من التعليم إلى انخفاض معدلات التعلم وزيادة إمكانية التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية. كما أن الحملات الصحية العامة، بما فيها حملة الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، قد لا تصل إلى المجتمعات المعزولة جغرافياً، وإن وصلت إليها فإن فائدتها أو أثرها العملي قليل. وقد يكون الحصول على الروافل صعباً وباهظ التكلفة. ويمكن أن تزيد مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في بعض مجتمعات الشعوب الأصلية النائية جغرافياً بسبب المشاكل الاجتماعية من قبيل إدمان الكحول وتعاطي المخدرات والعنف المنزلي.

٣٠ - وتشكل صعوبة الحصول على الرعاية الصحية أيضاً مشكلة خاصة بالنسبة لجميع المجتمعات المعزولة جغرافياً. فالمرافق الصحية قد يستلزم الوصول إليها ساعات طويلة وقد لا توفر إلا طائفة محدودة من الخدمات، هذا إن لم يتعذر الوصول إليها أصلاً. وفي هذه المجتمعات تكون فرص الحصول على الرعاية الصحية مجانياً أو بكلفة منخفضة أقل مما هي عليه في المراكز الحضرية. ولا تتوفر الخدمات المتخصصة لتشخيص الإصابة بفيروس نقص

المناعة البشرية وتقدم المشورة للمصابين به وعلاجهم في معظم المناطق النائية جغرافيا وتكثر الشواغل المتعلقة بالكتمان في المجتمعات الصغيرة. ولأجل هذا، فإن سكان المجتمعات النائية أقل ميلا إلى الاعتراف بمخاطر إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية، كما أنهم لا يجدون كثيرا من الحوافز التي تشجع على معرفة حالتهم المتعلقة بهذا الفيروس، نظرا لعدم توافر علاجات يسهل الحصول عليها.

اختلاف الخصائص الديمغرافية والآثار غير المتناسبة على الشباب

٣١ - تختلف الخصائص الديمغرافية لكثير من الشعوب الأصلية عما هي عليه عند عامة السكان في البلدان التي يعيشون فيها. ويواجه كثير من البلدان المتقدمة النمو مشاكل مرتبطة بزيادة العمر المتوقع وشيخوخة السكان. وكان من أثر اقتران زيادة معدلات الاعتلال والوفيات وقصر العمر المتوقع، من جهة، وحصول حالات تحسن في الآونة الأخيرة في الصحة والتعليم بالنسبة لكثير من الشعوب الأصلية، من جهة أخرى، أن أصبح الشباب يشكلون الغالبية من هؤلاء السكان. ويواجه الشباب من الشعوب الأصلية مشاكل خاصة تتعلق بالاندماج الجزئي في التيار العام للمجتمع وانفصام صلتهم بثقافتهم التقليدية وتشردهم عن أرضهم.

٣٢ - ومن الضروري تمكين البرامج المتعلقة بمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والصحة الجنسية والإنجابية من تركيز جهودها على هؤلاء الشباب وتزويدهم بالدعم والإرشادات المقبولة والمناسبة. وهو أمر معقد بسبب تعدد هوياتهم باعتبارهم شبابا من الشعوب الأصلية وأعضاء في مجتمعات أوسع. ويجب أيضا التصدي لبعض الممارسات الثقافية التي تعرض الشباب لخطر أكبر، حيث إن هناك بعض المسائل التي يصعب الاعتراف بها ومناقشتها بصورة علنية.

آثار التهميش

٣٣ - وفي حين لا تشكل جميع ثقافات الشعوب الأصلية ثقافات أقليات في البلد الذي تعيش فيه، فإن معظمها ينطبق عليها هذا الوصف، ويمثل الوعي بالعيش على هامش الثقافة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية سمة تميز معظم تجارب الشعوب الأصلية. وبعض مجتمعات الشعوب الأصلية تختار العيش بمعزل عن التيار العام أو الانعزال الطوعي عنه، غير أن بعضها الآخر يُقصى من هذا التيار بسبب اختلاف تقاليد وثقافتها. وفي كلتا الحالتين، ثمة شعور "بالغربة" يرتبط بوضع الشعوب الأصلية واحتمال التعرض للوصم داخل المجتمع الأوسع.

٣٤ - وفي سياق وباء فيروس نقص المناعة البشرية، من المتعارف عليه الآن تماما أن الفئات المهمشة داخل أي مجتمع يشهد تعرضها لخطر الإصابة بهذا الفيروس. ويمكن أن يعزى ذلك إلى مجموعة من العوامل. فإيصال إرشادات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية إلى أشخاص مهمشين أصلا أمر أشد صعوبة، وقد يضعف هؤلاء الأشخاص عن اتخاذ تدابير، بصورة فردية أو جماعية، لحماية أنفسهم وحماية غيرهم. وإذا كانوا يعانون أصلا من وصمة العار فهم أقل ميلا إلى الاعتراف بمخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومن ثم يعرضون أنفسهم لمزيد من التمييز. ويشكل شعور الأشخاص بالاستبعاد والعجز عن ممارسة السيطرة على حياتهم عقبات كأداء أمام جهود الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية.

٣٥ - وحتى داخل مجتمعات الشعوب الأصلية، هناك فئات أكثر تهميشا من غيرها. وكما هو الشأن في كثير من المجتمعات الأصلية أو غيرها، قد يتمثل وضع النساء والأطفال في أهم أشد عرضة للاستغلال وبالتالي لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. ولذا يمكن أن تكون مسألة التهميش ذات أهمية عند النظر في مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية.

٣٦ - ولقد أدى تهميش الشعوب الأصلية إلى تقليل فرص الاستفادة من نظم الصحة والرعاية الأساسية، وفرص العمل، وخدمات المشورة والفحوص الطوعية المتعلقة بالفيروس، وخدمات الصحة الجنسية، والرعاية قبل الولادة، بما فيها الوقاية من انتقال الإصابة من الأم إلى الجنين، وخدمات مكافحة تعاطي المخدرات وإدمان الكحول وخدمات الرعاية والدعم للمصابين بهذا الفيروس. وتشكل هذه الخدمات أساس نجاح برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، ولئن كانت هناك أمثلة محددة من المحاولات المبذولة في بعض المجتمعات المحلية لتكييف هذه الخدمات بما يتلاءم مع احتياجات الشعوب الأصلية، فإن نطاق انتشار هذه المحاولات لم يكن كافيا لكفالة التغطية المطلوبة لتحقيق النتائج المرجوة على صعيد مكافحة الفيروس وعلى الصعيد الصحي.

٣٧ - ثم إن التهميش لا يكون له بالضرورة أثر سلبي على قدرة المجتمع المحلي على التصدي بفعالية للوباء. فقد يكون مجتمع من الشعوب الأصلية مهمشا بالقياس إلى التيار العام ويسعى مع ذلك، في بعض الأحيان في إطار جهود إعادة ترسيخ الهوية، إلى الحفاظ على أسلوب عيشه التقليدي المستدام والتصدي في الوقت ذاته للتحديات الجديدة، ومنها فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز. وهكذا يمكن أن يكون الانتماء إلى الشعوب الأصلية مصدر تمكين، وليس العكس، ولا ينبغي الافتراض تلقائيا أن زيادة اندماج الثقافة المهمشة في التيار العام يعزز بالضرورة قدرتها على مواجهة فيروس نقص المناعة البشرية.

اختلاف فهم الصحة والطب

٣٨ - ظل الأطباء والممارسون في مجال الصحة العامة الذين تلقوا تدريبهم وخبراتهم وفهمهم من الطب الغربي هم الذين يقودون إلى حد كبير جهود التصدي لوباء فيروس نقص المناعة البشرية على الصعيد الدولي. وانصب الاهتمام على التحقق من مستويات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، وإيصال برامج الوقاية إلى الفئات السكانية التي تعتبر "معرضة للخطر"، وتوسيع نطاق الاستفادة من العلاجات المضادة لفيروس النسخ العكسي وغير ذلك من أشكال العلاج.

٣٩ - غير أن التقاليد الطبية الغربية لا تلقى تجاوبا من كثير من مجتمعات الشعوب الأصلية. فهذه المجتمعات قد تختلف تصوراتها للمرض وانتشاره اختلافا جذريا، استنادا إلى معتقدات روحية أو تقليدية راسخة. وقد يصعب التوفيق بين التفسيرات العلمية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وانتقاله وبين التصورات التقليدية للمرض في هذه المجتمعات. وحتى في الحالات التي يمكن أن تساهم فيها الممارسات الثقافية التقليدية مباشرة في تفشي الفيروس، فمن غير المرجح أن يحدث التغيير بمجرد أن الطب الغربي يقرر ذلك.

٤٠ - ويضطلع المداوون التقليديون بدور محوري في كثير من مجتمعات الشعوب الأصلية وهم الذين يصوغون تصور هذه المجتمعات للصحة والعافية. وغالبا ما تفهم العافية على أنها تتجاوز كثيرا مجرد انعدام المرض وقد ترتبط بالأبعاد الروحية والدينية ارتباطا لا تنفصم عراه. وقد يدل إيمان المجتمع المحلي بالقدرة الشفائية للطب التقليدي على أن المداووين التقليديين يحظون بثقة واحترام أكبر بكثير مما يحظى به أي طبيب أو خبير صحي.

٤١ - ووجود مؤسسات مختلفة للصحة والمداواة في عدد كبير من مجتمعات الشعوب الأصلية إنما يدل ببساطة على أن كثيرا من الاستراتيجيات الحالية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية غير مناسبة لهذه المجتمعات، وأن التدخلات التي تتم ضمن إطار النموذج الطبي الغربي مألها الفشل. ولعل من الواجب الاعتراف بمختلف مصادر الثقة والفهم داخل مجتمعات الشعوب الأصلية، بما في ذلك الدور المنوط بالمداووين التقليديين وغيرهم من الزعماء الروحيين. وإذا أمكن إنشاء شراكات مناسبة من أجل وضع برامج للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ورعاية المصابين به تستفيد من التصورات الثقافية للمداووين التقليديين والزعماء الروحيين وما يحظون به من الاحترام داخل مجتمعاتهم، فيمكن أن يشكل هؤلاء الأشخاص قوى مهمة للتغيير تعين على تقليل أثر هذا الفيروس على مجتمعات الشعوب الأصلية.

٤٢ - ومن الشائع جدا أن تسلك مجتمعات الشعوب الأصلية في التعامل مع المسائل الصحية "نهجا صحيا/نهجا حياتيا جامعا". أما في المجتمعات المهيمنة فغالبا ما تتسم البرامج الصحية بطابع عمودي، حيث تتعامل على سبيل المثال مع فيروس نقص المناعة البشرية أو أمراض القلب أو السكري. وتفضل معارف الشعوب الأصلية وتقاليدها التعامل مع الأفراد والمجتمعات بطريقة شمولية، وهو نهج كثيرا ما يتعارض مع النموذج القائم على مرض وحيد أو مسألة صحية وحيدة. وتواجه كثير من مجتمعات الشعوب الأصلية طائفة واسعة من التحديات المتعلقة بالصحة والعافية وهي آخذة في البحث عن وسائل لإدراج التصدي لفيروس نقص المناعة البشرية ضمن المبادرات والبرامج القائمة بدل معالجة مسألة الإيدز على أنه مسألة منفردة.

انخفاض مستويات المشاركة في العمليات السياسية وعمليات وضع السياسات

٤٣ - لا يتمتع إلا قليل من مجتمعات الشعوب الأصلية بتمثيل قوي في مؤسساتهم السياسية الوطنية، إما لأسباب تاريخية أو بسبب التقاليد الثقافية أو حجم جماعتهم أو غير ذلك من العوامل. وقد بذلت في الآونة الأخيرة في بعض البلدان مساع لكفالة مشاركة الشعوب الأصلية في عملية تقرير السياسات، على الأقل فيما يتعلق بالمسائل التي تمهها، غير أن التجربة الأكثر شيوعا التي تعيشها الشعوب الأصلية هي الافتقار إلى صوت سياسي قوي في البلد الذي تعيش فيه.

٤٤ - وفيما يتعلق بصياغة استراتيجيات فعالة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، يشكل ضعف مستوى المشاركة السياسية للشعوب الأصلية عائقا خطيرا. ونظرا إلى أن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في أي مجتمع يمس مسائل معقدة تتعلق بالثقافة والجنس والعلاقات الاجتماعية، وأن ثقافات الشعوب الأصلية تختلف في ماهيتها عن الثقافات السائدة أو الغالبة، فإن وضع استراتيجيات لتخفيف وطأة هذا الفيروس على السكان الأصليين يتطلب مشاركة حقيقية ونشطة مع هذه المجتمعات. وكما أن إسهام ومشاركة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أمران لهما أهمية محورية لفهم الوباء واكتساب القدرة على التصدي له بفعالية، فإن مشاركة الشعوب الأصلية في عملية وضع السياسات ستكون لها أيضا أهمية أساسية لفهم طريقة تأثير وباء الإيدز على الشعوب الأصلية وأسباب هذا التأثير، والإجراءات التي يمكن اتخاذها لإحداث التغيير المطلوب.

٤٥ - غير أن عدم وضوح الرؤية السياسية لكثير من الشعوب الأصلية يمثل تحديا خاصا في هذا الصدد. ومادامت الشعوب الأصلية خارج عملية تقرير السياسات، فسيظل من المحتمل تجاهلهم في السياسات والبرامج المتعلقة بالإيدز، أو فشل هذه التدخلات لأنها لا تنبني على

فهم ثقافة الشعوب الأصلية ومعتقداتها. ولا سبيل إلى تنفيذ استراتيجيات في مجال مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية تكون مناسبة للشعوب الأصلية ومراعية لخصائصهم الثقافية إلا ببذل جهود واعية لاستقطاب مجتمعات الشعوب الأصلية إلى عملية وضع السياسات.

حاء - تزايد عبء الرعاية القائم بالفعل في مجتمعات الشعوب الأصلية

٤٦ - نظرا لتدني مستويات الصحة العامة في العديد من مجتمعات الشعوب الأصلية أصبح كثير منها يتحمل بالفعل عبئاً لا يتناسب مع قدراتها في توفير الرعاية لأفراد الأسر والأشخاص المرضى الآخرين. ويزداد ذلك العبء ثقلاً بصفة خاصة في المجتمعات المحلية النائية التي لا تتوفر لها سبل الوصول إلى المرافق الرئيسية أو مرافق الرعاية الصحية للمجتمعات المحلية والخدمات ذات الصلة مثل الرعاية المنزلية. وفي تلك المجتمعات المحلية يقع عبء توفير الرعاية للمرضى على عاتق الأقارب وأفراد المجتمع المحلي الآخرين الذي يكافحون من أجل تلبية تلك المطالب بسبب سوء أوضاعهم الصحية ذاتها أو نتيجة الحرمان الاجتماعي والاقتصادي.

٤٧ - إن المجتمعات المحلية التي تعاني موارد المخصصة للرعاية الصحية من ضغط بسبب العبء الناجم عن تدني الأوضاع الصحية لا تتوفر القدرات لمواجهة المزيد من الضغط الذي يفرضه عليها فيروس نقص المناعة البشرية. ولا يؤدي ذلك فحسب إلى التضحية بنوعية الرعاية المتاحة للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بل إنه يؤدي أيضاً إلى التضحية بقدرة المجتمع المحلي على قبول اتخاذ إجراءات فعالة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وتنفيذها. وغالبا ما يكون الرد على وباء فيروس نقص المناعة البشرية هو العجز التام بدلا من التصميم لاتخاذ الخطوات لتفادي الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

خامسا - الإجراءات المتعلقة بالقيادة والدعوة التي يمكن أن ينظر فيها المنتدى الدائم للحد من أثر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية على مجتمعات الشعوب الأصلية

ألف - الاشتراك مع الحركة العالمية من أجل تعميم الاستفادة من الرعاية والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية

٤٨ - تتيح نواتج مؤتمر القمة العالمي لعام ٢٠٠٥ ومؤتمر قمة مجموعة الثماني وجمعية الصحة العالمية التي صدرت من خلالها دعوات لتعميم الاستفادة من العلاج والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية فرصة لكي يعمل المنتدى مع مؤسسات الأمم المتحدة ووكالات المعونة الدولية لكفالة إدماج قضايا الشعوب الأصلية في الاستراتيجيات وخطط العمل التي

تدعم هذه المبادرات. وترتبط قضايا الشعوب الأصلية بجميع هذه الجوانب من الرعاية والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. ويمكن تحقيق الأهداف المتعلقة بتعميم الاستفادة إذا استطاعت الوكالات المنفذة التعامل بفعالية مع القضايا الإنمائية المهمة التي تواجه العديد من الشعوب الأصلية.

٤٩ - ويتلقى المنتدى حالياً تقارير منتظمة من وكالات الأمم المتحدة. ويمكنه أن يشترط تضمين التقارير المستقبلية تغطية للتقدم المحرز في تحقيق الأهداف المتعلقة بتعميم الاستفادة بالنسبة لمجتمعات الشعوب الأصلية.

٥٠ - بيد أن هذا الشرط لا ينبغي أن ينطوي على دور سلبي للمنتدى. وستكون النواتج أكثر فعالية إذا استطاع المنتدى إيجاد سبل للعمل في شراكة مع تلك الوكالات ومع آخرين للمساعدة في التغلب على المعوقات الكبيرة للاستفادة التي توجد في العديد من المجتمعات المحلية والدول.

باء - المشاركة في وضع نماذج لإجراءات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية التي تعترف بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الشعوب الأصلية

٥١ - تحتاج نماذج إجراءات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية التي أثبتت نجاحتها في أوساط مجتمعات بخلاف الشعوب الأصلية إلى تعديلات كبيرة إذا أُريد لها النجاح في أوساط الشعوب الأصلية. ويتمتع المنتدى بمركز ممتاز للعمل في شراكة مع وكالات الأمم المتحدة والجهات المانحة والهيئات الإقليمية والوطنية لتنسيق الشؤون المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية بغرض ضمان تكييف السياسات والبرامج مع الاحتياجات الخاصة للشعوب الأصلية.

٥٢ - ويساعد توفير مجموعة من الموارد التي تسلط الضوء على الشراكات الفعالة والإجراءات الناجحة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية في مجتمعات الشعوب الأصلية الوكالات الخارجية في توجيه برامجها بشكل أفضل.

٥٣ - ونظراً لأن العديد من العوامل التي تجعل المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية أكثر عرضة لفيروس نقص المناعة البشرية لا ترتبط فقط بحالتها الصحية ولكن بالحالة السياسية والاقتصادية والاجتماعية ضمن المجتمعات التي تعيش فيها، سيتعين النظر إلى السياسات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية في مجتمعات الشعوب الأصلية في ذلك السياق. ومن المستبعد أن تكفل بالنجاح للجهود المبذولة لتشجيع الفحص الاختياري لفيروس نقص المناعة البشرية والإقرار بمخاطر فيروس نقص المناعة البشرية على سبيل المثال إذا لم تتخذ

الخطوات في الوقت ذاته لحماية سكان الشعوب الأصلية الموصومين أصلاً من المزيد من التمييز. ولن يتيسر توفير الرعاية والمعالجة للسكان المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بطريقة فعالة إذا لم تتوفر فرص الاستفادة بالفعل من الرعاية الصحية كما أن بعض سكان الشعوب الأصلية الذين يواجهون المزيد من مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية لعدم توفر وسيلة أمامهم غير العمل في مجال الجنس أو أولئك المعرضين للابتحار بالبشر لا يستطيعون عمل أي شيء في وجه تلك المخاطر ما لم تقدم لهم المساعدة لتحقيق قدر أكبر من الاكتفاء الذاتي الاقتصادي.

٥٤ - وتعد معالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقاً للضعف في مواجهة فيروس نقص المناعة البشرية مهمة كبيرة. ولا يمكن معالجة أوجه اختلال عميق من هذا القبيل بسهولة أو بسرعة، إن أمكنت معالجتها أصلاً. وبالرغم من ذلك فإن المهم عند وضع سياسات للمجتمعات المحلية المعرضة لفيروس نقص المناعة البشرية مثل الشعوب الأصلية الاعتراف بالواقع الاجتماعي والاقتصادي لحياة أولئك السكان. ومن شأن التخفيف من حالة الفقر ومحو الأمية وتوفير خدمات المشورة القانونية أن تساعد في الحد من مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية شأنها في ذلك شأن برامج التثقيف الصحي الهادفة. ومن الأهمية بمكان اتباع نهج متكامل يضع السياسة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية في هذا السياق الواسع لتفادي النظر إلى فيروس نقص المناعة البشرية كموضوع مستقل في السياسة العامة.

جيم - الدعوة لتوفير بيانات ومعلومات أفضل لتحديد السياسة والتخطيط المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية في مجتمعات الشعوب الأصلية

٥٥ - يشكل انعدام البيانات والمعلومات الدقيقة التي يمكن أن تساعد في التخطيط والسياسة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية لمجتمعات الشعوب الأصلية عائقاً كبيراً في تحقيق نتائج فعالة. وفي الوقت الذي قاومت فيه بعض التشريعات إدخال معلومات إثنية في برامج الإشراف على فيروس نقص المناعة البشرية خوفاً من أن يزيد ذلك من التمييز الذي تشهده الشعوب الأصلية فإن انعدام البيانات يجعل من الصعب، بمكان وضع خطط أو اعتماد موارد.

٥٦ - ويمكن أن يدعو المنتدى إلى وضع ورقة توجيهية بواسطة إحدى وكالات الأمم المتحدة ذات الصلة لمساعدة منططي نظام الإشراف وواضعي السياسات على إدراج جمع المعلومات الإثنية والإبلاغ عنها في نظم المراقبة من الجيل الثاني.

٥٧ - تمثل بيانات المراقبة جزءاً ضئيلاً فقط من الصورة. إذ يمثل توفر البيانات في البحوث الاجتماعية التي تفحص السياق الخاص للمخاطر في المجتمعات المحلية والفعالية النسبية لمجموعة

الإجراءات بشأن فيروس نقص المناعة البشرية جزءاً حيوياً من عملية التخطيط. ويبدو أن ذلك غير متوفر في العديد من المجتمعات المحلية. ومن شأن إجراء المزيد من البحوث، المركزة بشكل ملائم والمتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية في مجتمعات الشعوب الأصلية، أن يساعد في تنفيذ السياسات الملائمة والفعالة. كما أن البيانات الوبائية التي تبين حجم الإصابة وطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشرية يمكن أن تساعد في تأكيد عدم إغفال الشعوب الأصلية عند التخطيط لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية وتوزيع الموارد وأن تساعد أيضاً في توجيه الجهود إلى المجالات التي يمكن أن تُحدث فيها أثراً أكبر. ومن شأن هذا النوع من البحوث أن يعزز أيضاً فهم لأنواع السلوك والبيئة التي تجعل الشعوب الأصلية أكثر عرضة من غيرها حتى يتأتى تصميم الاستجابات بناء على ذلك.

٥٨ - ويجب أيضاً أن توضع في الاعتبار الآثار الضارة المحتملة للبحوث المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية على الشعوب الأصلية. ويتعين المضي في البحوث في ذلك المجال بعناية تامة. ومن شأن نماذج للبحوث التشاركية التي تضم التعاون في مجال البحث مع المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية والتقييد الصارم بمبدأ الموافقة الحرة والمسبقة عن علم أن يساعد في كفالة عدم تسبب البحوث في هذا المجال في إحداث ضرر غير مقصود أو يتعارض في نهاية المطاف مع مصالح الشعوب الأصلية.

٥٩ - ويستطيع المنتدى أن يلعب دوراً في تكييف ونشر وثائق الممارسة الجيدة الحالية التي حددت المبادئ التوجيهية لإجراء البحوث مع مجتمعات الشعوب الأصلية وبشأنها.

دال - المساعدة في وضع استراتيجيات تستند إلى فهم لثقافة وممارسات واعتقادات الشعوب الأصلية

٦٠ - تتمتع جميع المجتمعات المحلية بقيمتها وممارساتها التي يجب فهمها من أجل إيجاد سبل فعالة للحد من أثر وباء فيروس نقص المناعة البشرية. ولعل فهم قيم وممارسات الشعوب الأصلية أقل من فهم قيم وممارسات غيرها لأنها تكون منفصلة عادة عن المجتمعات الرئيسية وتكون لها تقاليد خاصة تنفرد بها. وقد تتراوح هذه التقاليد بين الاعتقادات المختلفة بشأن الصحة والمرض والقيم المختلفة التي تحكم العلاقات داخل الأسرة والمصادر المختلفة للثقة داخل المجتمع المحلي ومعان خاصة لأدوار المداوين التقليديين والزعماء الروحيين الآخرين.

٦١ - ونظراً للاختلافات التي قد توجد بين اعتقادات الشعوب الأصلية وسبل عيش المجتمعات المحلية الأخرى، فإن من البديهي أن تستند السياسات الفعالة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية للشعوب الأصلية إلى فهم لثقافة وممارسات واعتقادات كل مجتمع من

مجتمعات الشعوب الأصلية. إلا أن هذه العملية الصعبة تتطلب تقديراً من البداية للعوامل الثقافية التي تقوم عليها الأشكال الخاصة للسلوك والتي تجعل سكان الشعوب الأصلية معرضين لخطر فيروس نقص المناعة البشرية. وعندها فقط يمكن وضع الاستراتيجيات الملائمة ثقافياً لإحداث التغيير في تلك المجتمعات المحلية.

٦٢ - ويتبوأ المنتدى مكانة ملائمة تتيح له الدعوة إلى وضع برامج للتدريب وتخصيص موارد تساعد واضعي السياسات ومصممي البرامج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية على مراعاة تلك القضايا.

هاء - تعزيز مشاركة المجتمعات المحلية والموافقة عن علم في وضع السياسات

٦٣ - لن يتحقق النجاح لأي جهد يتصل بنشر المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية وبرامج الوقاية ذات الصلة التي تشمل الجنس والحياة الجنسية أو العلاقات بين الأسر داخل المجتمع المحلي ما لم يُقَرَّ أفراد ذلك المجتمع بأنفسهم بأهمية وضرورة توفير المعلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية والوقاية منه. ويؤكد ذلك حقيقة مفادها أن مبدأ الموافقة الحرة وعن علم للشعوب الأصلية بشأن الإجراءات التي تؤثر في حياتهم ليست موضوعاً خطائياً فقط. بل إنه موضوع أساسي لإنجاح السياسات والبرامج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية بالنسبة للشعوب الأصلية.

٦٤ - ومن أجل تحقيق هذا الهدف لا بد من المشاركة الفعلية لمجتمعات الشعوب الأصلية كجزء أساسي في الاستجابة على مستوى السياسة العامة. ولا يكتسي ذلك أهمية في وضع السياسات القائمة على فهم السياق الثقافي ضمن كل مجتمع محلي فحسب بل إنه له أهمية حتى في كفالة قبول أفراد المجتمع المحلي المشاركين للتدابير المتعلقة بالسياسة لفيروس نقص المناعة البشرية باعتبارها تدابير ضرورية وملائمة، وضمان التزامهم بدعمها.

٦٥ - ويمكن أن تتفاوت بدرجة كبيرة آليات تحقيق عملية تشاركية حقيقية بين مختلف مجتمعات الشعوب الأصلية وقد يلزم تكييفها لتراعي الاختلافات الإثنية والثقافية واللغوية وربما تطلب الأمر الاعتراف باختلاف المصالح الفردية والمجتمعية ضمن الهياكل الهرمية المجتمعية التقليدية ومراعاتها. وقد يكون لوضعي السياسات الخارجيين دور مهم أيضاً في هذا الصدد وفي تيسير ودعم تنفيذ السياسات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية داخل مجتمعات الشعوب الأصلية. إلا أنه يتعين أن تكون العلاقة قائمة على الشراكة والتعاون وأن تتعدى التشاور بالرغم من الاختلال في موازين القوى بين مجتمعات الشعوب الأصلية والمجتمعات التي تعيش فيها.

٦٦ - وتتوفر للمتددي خبرة كبيرة في العمل من أجل تيسير مشاركة فعالة لمجتمعات الشعوب الأصلية في جميع مجالات وضع السياسات والتخطيط. ويمكن أن يستفيد من هذه الخبرة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية وتوفير القيادة بوضع وتعزيز مجموعة من المعايير التي تستخدمها الوكالات والجهات المانحة لتحسين أدائها في هذا المجال.

سادسا - الخلاصة

٦٧ - وللختم بنبرة إيجابية ينبغي القول بأن الانتماء لثقافة للأقلية لا يمكن اعتباره جانب ضعف على الدوام في هذا السياق. فأى هوية ثقافية قوية يمكن أن تصبح مصدرا للفخر وأن توفر حافزا قويا لمن ينتمون إليها على اتخاذ خطوات لحماية رفاه مجتمعهم المحلي. ومن المؤكد أن هنالك أمثلة في التصدي بفيروس نقص المناعة البشرية استطاعت فيها الأقليات الثقافية تعبئة مجتمعاتها المحلية لتغيير سلوكها المفضي إلى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية والاستناد إلى شعور مشترك بالهدف ورغبة مشتركة لمجتمعها المحلي من أجل العيش والازدهار.

٦٨ - وعند تحديد ردود السياسة العامة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية في أوساط الشعوب الأصلية لا ينبغي إغفال إمكانية استخدام الانتماء إلى هوية الشعوب الأصلية باعتباره قوة إيجابية. وحتى في المجتمعات المحلية التي تعاني من آثار التغيير الثقافي والتجزئة يمكن أن تبرز الرغبة في الحفاظ على الثقافة والهوية الأصلية كقوة للتغيير ما دامت هذه الردود تتغذى وتتعزيز في إطار السياسة العامة الواسع النطاق.

المرفق

موجز للبيانات المتاحة في مجال المراقبة والإبلاغ عن الحالات

- ١ - إن البيانات المتوفرة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز في المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية قليلة جدا. فقليل من البلدان فقط ومن الولايات داخل البلدان التي تضم عددا هاما من سكان المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية تجمع بيانات المراقبة السلبية والنشطة. وترد البيانات المتوفرة موجزة أدناه. ويشير العديد من الأرقام المستشهد بها إلى الجماعات السكانية الصغيرة جدا، وقد تتغير النسب المئوية إلى حد كبير بإدراج حالة واحدة إضافية، مما يتعذر معه للغاية القيام بأي تحليل للاتجاهات.
- ٢ - ويشير كل تقرير على حدة إلى الشعوب الأصلية باستخدام مصطلحات مختلفة. وفي كل حالة من الحالات استخدمت المصطلحات الواردة في التقارير. فلم تقصد أية إساءة إلى الشعوب الأصلية لدى سوق هذه المصطلحات.

أستراليا

- ٣ - إن المعدلات الفردية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في أوساط الشعوب الأصلية والشعوب غير الأصلية متشابهة، وقد تراجعت المعدلات في كلتا الحالتين في الفترة من عام ١٩٩٥ إلى ١٩٩٩. وارتفع معدل تشخيص فيروس نقص المناعة البشرية تدريجيا من ٤,٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة في عام ٢٠٠٠ إلى ٤,٧ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة في عام ٢٠٠٤. وبالنسبة للشعوب غير الأصلية. وفي أوساط الشعوب الأصلية، ارتفع معدل تشخيص فيروس نقص المناعة البشرية من ٣,٧ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة إلى ٥,٢ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة في الفترة من عام ٢٠٠٠ إلى ٢٠٠٤. وقد ارتفع معدل تشخيص الإيدز في أوساط الشعوب الأصلية من ١,٥ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة في عام ٢٠٠٠ إلى ٣,٦ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة في عام ٢٠٠٤. وانخفض المعدل الذي يقابله بالنسبة للشعوب غير الأصلية ليلبلغ ٠,٨ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة في عام ٢٠٠٤.

- ٤ - وفيما يلي الفوارق الأساسية في أنماط الإصابة والمخاطر بين الشعوب الأصلية وغير الأصلية: (أ) تعزى النسبة العالية من الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية في أوساط الشعوب الأصلية إلى المعاشرة الجنسية بين الجنسين أكثر منها في أوساط الشعوب غير الأصلية (٣٦ في المائة بالنسبة للشعوب الأصلية، و ١٩ في المائة بالنسبة للشعوب غير الأصلية)؛ و (ب) تعزى نسبة عالية إلى تعاطي المخدرات بالحقن (٢٠ في المائة بالنسبة للشعوب الأصلية، و ٣ في المائة بالنسبة للشعوب غير الأصلية)؛ و (ج) وتوجد نسبة عالية

في أوساط النساء (٣٣ في المائة من الحالات في أوساط الشعوب الأصلية في مقابل ١٠ في المائة من الحالات بالنسبة للشعوب غير الأصلية)^(أ).

كندا

٥ - لقد كان معدل ٨٦,٤ في المائة من حالات تشخيص الإيدز قبل عام ١٩٩٤ في أوساط الكنديين البيض، وكان معدل ٨,٣ في المائة منها في أوساط الكنديين السود، ومعدل ١,٣ في المائة في أوساط السكان الأصليين لكندا. وسجل معدل ٥٣,٨ في المائة من مجموع حالات تشخيص الإيدز إلى غاية عام ٢٠٠٣ في أوساط الكنديين البيض، ومعدل ٢٠,٧ في المائة في أوساط الكنديين السود، ومعدل ١٤,٤ في المائة في أوساط الكنديين الأصليين. وقد بقي معدل السكان الأصليين لكندا من بين الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية ثابتا نسبيا منذ عام ١٩٩٨ في ٢٠ في المائة، في حين ارتفع معدل الكنديين السود من بين الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية من ٥,٣ في المائة في عام ١٩٩٨ إلى ١٤,٤ في المائة في عام ٢٠٠٤ (بالنسبة للمقاطعات/الأقاليم التي قدمت بيانات تتصل بالأصل العرقي)^(ب).

٦ - وتمثل الشعوب الأصلية نسبة مرتفعة بشكل مفرط من الإصابة بوباء فيروس نقص المناعة البشرية في كندا، كما تشكل نسبة مئوية متزايدة من الإبلاغ عن فيروس نقص المناعة البشرية ومن حالات الإيدز المبلغ عنها. ولا يزال تعاطي المخدرات بالحقن يمثل الطريقة الرئيسية لانتقال العدوى في أوساط المجتمع المحلي للسكان الأصليين. ولفيروس نقص المناعة البشرية وقع كبير على النساء من السكان الأصليين؛ فيقدر المعدل الوطني للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في أوساط الحوامل في كندا بقيمة تتراوح بين ٣٠ و ٤٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة، فيما كشفت دراسة جارية للجامعة بريتش كولومبيا (British Columbia) عن معدل ٣١٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة في أوساط النساء الحوامل من السكان الأصليين. وتصاب الشعوب الأصلية بفيروس نقص المناعة البشرية في سن أصغر مقارنة بالشعوب غير الأصلية. وهناك عدد متزايد من السكان من الشعوب الأصلية من بين الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم حديثا بفيروس نقص المناعة البشرية.

٧ - وتجدر الإشارة إلى أنه لم تتضمن أي معلومات بشأن الأصل العرقي سوى ٢٩,٤ في المائة من أصل ١٢ ٦٠٠ فحص مبلغ عنه في كندا في الفترة ما بين عام ١٩٩٨ و ٢٠٠٣، والتي كشفت عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية^(ج).

نيوزيلندا

٨ - لقد جرى تشخيص إصابة ما مجموعه ٢١٢ ١ شخصا بفيروس نقص المناعة البشرية منذ عام ١٩٩٦، وقد أُعلن ٥,٧ في المائة من الرجال و ٠,٧ في المائة من النساء ممن شخصت حالتهم بأنهم ماوريون^(٤).

الولايات المتحدة الأمريكية

٩ - لم تقدم أية بيانات عن فيروس نقص المناعة البشرية. فلم يسن العديد من الولايات التي تضم أعدادا كبيرة من السكان الأصليين قوانين تطالب بمراقبة فيروس نقص المناعة البشرية إلا مؤخرا.

١٠ - وتبين البيانات المتعلقة بالإيدز أن معدلات البقاء على قيد الحياة تكون منخفضة بالنسبة للسكان من الشعوب الأصلية المصابين بالإيدز. وفي عام ٢٠٠٤، بلغ معدل حالات تشخيص الإيدز المقدرة في أوساط الهنود الحمر والبالغين والمراهقين من سكان ألاسكا الأصليين ١٠,٤ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة مقارنة بمعدل ٧٥,٤ لكل ١٠٠ ٠٠٠ في أوساط الأمريكيين من أصل أفريقي، ومعدل ٢٦,٨ لكل ١٠٠ ٠٠٠ في أوساط الأمريكيين من أصل أسباني ومعدل ٧,٢ لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة بالنسبة للأمريكيين البيض. ويبين تحليل عوامل الخطر فيما يتعلق بتشخيص الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في أوساط الهنود الحمر وسكان ألاسكا الأصليين في الفترة من عام ٢٠٠٠ إلى ٢٠٠٣ معدلات انتقال العدوى تبلغ فيما يخص الذكور معدل ٦١ في المائة عن طريق الممارسات الجنسية المثلية، ومعدل ١١ في المائة عن طريق الممارسات الجنسية المثلية وتعاطي المخدرات بالحقن، ومعدل ١٥ في المائة عن طريق تعاطي المخدرات بالحقن فحسب، ومعدل ١٢ في المائة عن طريق المعاشرة الجنسية بين الجنسين، وتبلغ فيما يخص الإناث معدل ٦٩ في المائة عن طريق المعاشرة الجنسية بين الجنسين، ومعدل ٢٩ في المائة بسبب تعاطي المخدرات بالحقن^(٥).

١١ - ومن الصعب تفسير البيانات، إذ كثيرا ما يُصنف الهنود الحمر وسكان ألاسكا الأصليون تصنيفا خاطئا بسبب الافتراضات فيما يتعلق بلون البشرة أو الاسم أو محل الإقامة أو لأن الأشخاص الذين يخضعون للفحص يقدمون أحيانا معلومات خاطئة فيما يخص الأصل العرقي خوفا من أن تلحق بهم وصمة عار أو من أن يتعرضوا للتمييز.

١٢ - ويزيد من استفحال خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في أوساط مجتمعات الهنود الحمر وسكان ألاسكا الأصليين ارتفاع مستويات الفقر والبطالة وتعاطي المخدرات والإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وتفشي العنف.

أمريكا الوسطى وأمريكا الجنوبية

١٣ - غالبا ما تشهد المجتمعات المحلية للشعوب الأصلية وبعض الجماعات العرقية معدلات أعلى للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية مقارنة بعموم السكان. ففي هندوراس عام ١٩٩٩، فاق معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في أوساط جماعات غاريفونا على ساحل الأطلسي بستة أضعاف معدل انتشاره في أوساط عموم السكان. وقد كان لوباء فيروس نقص المناعة البشرية أيضا في هندوراس وقع شديد على جماعة ميسكيتو من السكان الأصليين. وأشارت دراسة للانتشار المصلي في نهاية التسعينات في أوساط شعب الكونا في بنما إلى معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية يفوق المعدل الوطني. وهناك حالة مماثلة في أوساط الشعوب الأصلية في كندا. وفي سورينام، وفقا لدراسة أجريت في عام ١٩٩٧، حدثت ١٧ في المائة من جميع حالات فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز في البلاد في أوساط المجموعة الإثنية المعروفة باسم "المارون"، وإن كان المارون لا يمثلون إلا ١٠ في المائة من السكان^(٩).

الحواشي

- (أ) HIV/AIDS, Viral Hepatitis and Sexually Transmissible Infections in Australia: Annual Surveillance Report 2005, National Centre for HIV Epidemiology & Clinical Research, University of New South Wales, 2005.
- (ب) HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to 30 June 2004, Public Health Agency of Canada, November 2004.
- (ج) HIV/AIDS Epi Notes: Understanding the HIV/AIDS Epidemic among Aboriginal Peoples in Canada: the Community at a Glance, Public Health Agency of Canada, 2004.
- (د) CDC HIV/AIDS Fact Sheet: HIV/AIDS among American Indians and Alaska Natives, Centers for Disease Control, July 2005.
- (هـ) Center for Aids Prevention Studies Fact Sheet: What are American Indians and Alaskan Natives' HIV Prevention Needs?, University of California at San Francisco, January 2002.
- (و) انظر the Regional HIV/STI Plan for the Health Sector 2006 – 2015, WHO Pan American Health Organization, 2005.