



土著问题常设论坛

第十八届会议

2019年4月22日至5月3日，纽约

临时议程* 项目14

常设论坛今后工作，包括经济及社会
理事会审议的问题和新出现的问题

关于结核病与土著人民的研究报告**

秘书处的说明

土著问题常设论坛在第十七届会议上委派论坛成员 Mariam Wallet Aboubakrine 研究结核病与土著人民问题，并向论坛第十八届会议提交研究报告(见 [E/2018/43-E/C.19/2018/11](#)，第115段)。

* [E/C.19/2019/1](#)。

** 一些个人和组织为这项研究的完成作出了至关重要的贡献。我要感谢 Zoé Boirin-Fargues 参与这项工作的各个阶段，感谢 Myrna Cunningham 和 Sandra Del Pino 提供了拉丁美洲和加勒比地区的数据。我还要感谢 Zaira Taveira 及其在巴西卫生部的同事提供了文件。感谢联合国土著问题常设论坛的同事们在选择这一主题方面给予的支持。



一. 引言

1. 根据最近的人口普查，全世界约有 3.6 亿土著人民。¹ 他们大多生活在偏远地区，难以获得教育、医疗或道路基础设施等基本服务。除了这些自然条件限制之外，他们还面临着其他困难：他们生活的区域内经常爆发冲突，还会遭受气候变化及其他自然灾害的影响。此外，土著人民曾经历过被殖民的历史，所受伤害遗存至今。

2. 例如，在法属西非地区，非殖民化使得图阿雷格人生活的土地被割裂，分属阿尔及利亚、布基纳法索、利比亚、马里和尼日尔等独立国家。他们因此不得不接受人为划定的边界以及新的规划和约束，整个社群组织受到威胁。在政治组织方面，“图阿雷格民族是通过文化社群来界定的，该文化社群围绕一种语言，以家庭、社会和政治组织为基础建立身份联系”。² 图阿雷格人以部落为单位，几个部落组成一个由酋长阿门卡尔领导的联盟，保护他们免受各种威胁。如今，图阿雷格人被认定为各国的少数民族，国家的发展政策并不总是会考虑到他们的生活方式，因此他们常常陷入极度脆弱的境地。干旱和不断发生的冲突更加剧了这种状况。最近一次始于 2012 年的冲突越来越复杂化、长期化，致使他们的发展指标、包括健康指标处于警戒水平。联合国难民事务高级专员公署称，毛里塔尼亚的姆贝雷难民营中营养不良率为 11.98%，该难民营中 99% 的难民为马里的图阿雷格人。³

3. 不幸的是，其他土著社群的营养不良率也高得惊人。例如，联合国粮食及农业组织称，2014 年和 2015 年，危地马拉 61% 的土著儿童营养不良。⁴ 同样，加拿大努纳武特地区的因纽特人中有 70% 生活在粮食不安全的境况中，比全国平均水平高六倍。⁵ 然而，正如我们所知，营养不良是引发结核病出现的因素之一。总体而言，土著人民的健康指标最差。⁶

结核病是什么？

4. 结核病是一种由名为结核分枝杆菌的细菌引起的传染病。根据世界卫生组织(世卫组织)的统计，世界上四分之一的人口患有潜伏性结核病(非传染性)，并有 5%

¹ Harry Patrinos and Gillette Hall, “Indigenous peoples, poverty and development”, 手稿(世界银行, 2010 年 4 月)。

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/publications/fundraising/539809f6b/unhcr-global-report-2013-mauritania.html。

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

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

⁶ Marina Smelyanskaya, “Key Populations Brief: Indigenous Peoples” (杜绝结核病全球伙伴关系, 2017 年), p.5; “健康权和土著人民”, 土著人民权利专家机制第 9 号意见(2016 年), 第 3 段; 世界卫生组织, “土著人民健康”, 第 326 号情况报道, 2007 年 10 月。

的可能发展为活动性结核病。结核病处于活动期时的症状为咳嗽、发烧、盗汗或消瘦。⁷

5. 当结核病处于发展阶段时，可连续六个月服用四种抗结核药物进行治疗。治疗效果取决于对患者的照料情况。当结核病具有多重耐药性时，其中的两种药物无效。此时有必要采用其他治疗途径，成本更高，治疗时间更长(2年)，因此治疗更具限制性。最后，目前还没有任何针对具有广泛耐药性的结核病的治疗方法。

6. 世卫组织称，非洲、亚洲、中美洲、南美洲、中欧和东欧以及欧洲联盟某些国家⁸ 都是受结核病影响极大的地区。⁹ 正如我们所知，某些因素、特别是土著人民中出现的某些因素会影响这种疾病的发展。

为什么要对土著人民患结核病的情况进行专项研究？

7. 近四十年来，土著人民的诉求超越了其所在国家和地区，传达到并影响了包括联合国在内的国际机构。然而，土著人民的健康问题却几乎没有得到关注，仅有的少数相关研究也仅涉及心理健康和母婴健康，而并未对结核病这种仍然极为严重地影响土著社群、并且可以预防的疾病进行彻底研究分析。

8. 本研究因此旨在对土著人民罹患结核病的现状进行总结，突出了需要采取行动扭转目前趋势的紧迫性，并明确了为实现到2030年消除结核病的目标(联合国2015年确定的可持续发展目标之一)需要考虑的因素。¹⁰ 《2030年可持续发展议程》的口号是“不让任何一个人掉队”，¹¹ 包括土著人民。因此，旨在消除结核病的《莫斯科宣言》¹² 以及2018年9月《大会防治结核病高级别会议政治宣言》第17段的承诺¹³ 都明确提到了该问题。

9. 我们的研究基于我们能够获得的各种报告、科学文章和证词。研究并不追求详尽无遗，而是希望成为一个警示信号，以便促使人们对该问题产生足够的认识，从而采取具体的行动。

10. 我们首先将描述土著人民的健康权以及国家对此的义务。然后，我们将根据现有数据，陈述不同土著社会文化区域内的结核病流行情况以及结核病流行的原因。

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

⁸ 保加利亚、爱沙尼亚、匈牙利、拉脱维亚、立陶宛、波兰、葡萄牙、罗马尼亚。

⁹ 亚洲(26%)和非洲(26%)是受影响最严重的大陆。2015年，结核病是全球十大主要死亡原因之一，排在艾滋病毒和疟疾之前。2016年，65%的新报告病例出现在印度、印度尼西亚、中国、菲律宾、尼日利亚、巴基斯坦和南非(www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis)。

¹⁰ 见大会第70/1号决议。

¹¹ 同上。

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

¹³ 大会第73/3号决议。

11. 我们特别提及了加拿大土著人民的情况，因为加拿大是一个发达国家，该国的土著人民(与非土著人民相比)结核病发病率最高。我们也陈述了印度部落民族/阿迪瓦西人的情况，因为印度是全世界结核病发病率最高的国家。

12. 研究的最后，我们给出了一些建议，可以指导利益攸关方消灭土著社群中的结核病，因为如果不包括这些社群，那么针对国际社会制定的“不让任何一个人掉队”的2030年消除结核病目标就无法实现。

二. 土著人民的健康权——一项应该实现的权利

A. 健康权

13. 许多国际文书都承认健康权，¹⁴ 尤其是《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条，它规定“人人有权享有能达到的最高的体质和心理健康的标准”。¹⁵

健康权包括哪些内容？

14. 经济、社会及文化权利委员会在2000年通过的关于健康权的第14号一般性意见中强调了健康权与其他人权之间的密切联系。委员会指出，健康权延及“健康的基本决定因素”，即：可获得清洁的饮用水、适足的卫生设施、足够的食物和营养、安全卫生的工作条件和健康的环境，以及可获得健康教育和信息、包括性健康和生殖健康的教育和信息。¹⁶

15. 健康权包括“掌握自己健康和身体的权利[和]不受……未经同意强行治疗和试验的权利”以及“参加卫生保护制度的权利，该套制度能够为人们提供平等的机会，享有可达到的最高水平的健康”。¹⁷

如何定义“可达到的最高健康标准”？

16. 经济、社会及文化权利委员会承认，定义“可达到的最高健康标准”既考虑了个人的生理和社会经济先决条件，也考虑了国家掌握的资源。¹⁸

17. 为了评估健康权是否得到尊重，有必要分析与健康相关的设施、商品和服务是否符合以下四个相互关联的要素：便利；获得条件，包括“脆弱群体和边缘群

¹⁴ 健康权在1946年《世界卫生组织组织法》中首次得到承认，在1978年《阿拉木图宣言》和1998年世界卫生大会通过的《世界卫生宣言》中得到重申。尤其是，《世界人权宣言》第二十五条第(一)款和《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条第一款，以及经修正的1961年《欧洲社会宪章》和1986年《非洲人权和民族权宪章》等一些区域文书承认了健康权。

¹⁵ 大会第2200(XXI)号决议，附件。

¹⁶ E/2001/22，附件四，第3段、第4段和第11段。

¹⁷ 同上，第8段。

¹⁸ 同上，第9段。

体，如少数民族和土著人”实际获得的条件以及“包括社会处境不利的群体”经济上的获得条件；接受条件和质量(适用性和质量)。¹⁹

在这项权利下，国家有哪些义务？

18. 委员会多次强调各国有义务遵守不歧视原则和公众参与原则。²⁰

19. 根据该公约第十二条，各国有义务“提供卫生保健，包括对主要传染病的免疫计划，保证所有人都能平等地获得基本健康要素，如富于营养的安全食物和清洁饮水、基本的卫生条件和适当的住房和生活条件”；并有义务“促进健康权”，包括“确保卫生服务在文化上是适当的，培训卫生保健工作人员，使他们了解和能够对脆弱群体或边缘群体的具体需要作出反应”。²¹

20. 各国有义务逐步落实该公约规定的权利。但是，确保遵守不歧视原则和采取行动以全面充分地应用第十二条的义务应立即履行。²²

B. 土著人民如何解读这一健康权？

21. 经济、社会及文化权利委员会指出，土著人民有权“享有具体措施，改善他们获得卫生服务和医疗的条件”。这些服务“在文化上应当是适宜的，考虑到传统的预防护理、康复和传统医学”。为了让土著人民享有可达到的最高水平的健康状态，各国“应为土著人提供资源，安排、提供和管理这方面的服务”。各国还应确保对土著人充分享有健康所需的重要医用植物、动物和矿物给予保护。²³

22. 委员会还强调，在土著人社区之中，个人的健康具有“集体影响”。那些违背土著人意愿、迫使他们离开传统的土地和环境的措施，“剥夺他们的营养来源，打破他们与土地的共生关系”，将对他们的健康产生有害影响。²⁴

23. 《联合国土著人民权利宣言》第 24 条承认土著人民的健康权，与《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条一样，阐述了不歧视原则和实现可达到的最高健康标准的目标。

它规定：

“1. 土著人民有权使用自己的传统医药，有权保持自己的保健方法，包括保护他们必需的药用植物、动物和矿物。土著人民还有权不受任何歧视地享用所有社会和保健服务。

¹⁹ 同上，第 12 段。

²⁰ 同上，第 11 段、第 54 段和第 57 段。

²¹ 同上，第 36 段和第 37 段。

²² 同上，第 30 至 32 段。

²³ 同上，第 27 段。

²⁴ 同上。

2. 土著人拥有享受能够达到的最高标准身心健康的平等权利。各国应采取必要步骤，使这一权利逐步得到充分实现。”

24. 该宣言第 21 条第 1 款在不歧视原则的基础上，规定了土著人民有权“改善其保健[领域]经济和社会状况”。

25. 此外，根据第 23 条，土著人民“有权积极参与制定和确定影响到他们的保健……方案，并尽可能通过自己的机构管理这些方案”，这项权利是他们发展权中不可或缺的组成部分。

26. 在这方面，“土著人民权利专家机制”于 2016 年专门就健康权发表了一项意见，强调了这一权利与土著人民享有的“自决、发展、文化、土地、领土和资源、使用自身语言和自然环境”等基本权利之间的联系。²⁵

27. 该意见表示，土著人民一直是殖民化和歧视行为的受害者，这阻碍了土著人民充分享有健康权，²⁶ 下一部分将在结核病的具体框架内予以说明。

三. 土著人民的结核病状况令人担忧

28. 即便缺乏相关主题的全面数据，人们仍普遍认为，结核病对土著人民的影响尤其严重。在确定如何有效遏制这种疾病时，应该特别关注土著人民受影响尤为严重的几个原因。

A. 缺乏数据、分析和评估

29. 缺乏数据——不仅缺乏有关土著人民健康的数据，而且缺乏有关他们的经济和社会状况的数据——是第一大问题。这一问题不仅在联合国层面、²⁷ 而且在各国层面²⁸ 已多次提出。

30. 缺乏按族裔分列的数据，加上与土著人民相关的决策对土著人民的一贯排斥，妨碍了对土著人民健康问题的理解以及制定适当且有效的政策。此外，还缺乏对与土著人民有关的保健方案和服务的分析和评估。²⁹

²⁵ 《健康权和土著人民》，专家机制第 9 号意见(2016 年)，第 3 段。

²⁶ 同上，第 2 段。

²⁷ Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p.2; 专家机制第 9 号意见，第 8 段；联合国，《世界土著人民状况：土著人民享有保健服务的情况》，第 3 页；泛美卫生组织/世界卫生组织(泛美卫生组织/世卫组织)，《国家结核病控制计划负责人区域会议报告》，巴西圣保罗，2012 年 8 月 7 日至 10 日。

²⁸ 加拿大(www.nccah-censa.ca/docs/context/FS-PaucityMetisHealth-MetisCentre-FR.pdf)；印度，卫生和家庭福利部及部落事务部，“印度的部落健康：弥合差距并制定未来路线图”，《部落健康问题专家委员会报告、执行摘要和建议》(2018 年)。

²⁹ Stefania Errico, “The rights of indigenous peoples in Asia” (日内瓦，国际劳工组织，2017 年)，p.6。

31. 尤其在结核病方面，现有数据非常少，³⁰ 特别缺乏有关南亚、中国、非洲和前苏联的土著人民的相关数据。³¹

B. 一种主要影响土著人民的疾病

32. 关于土著人民的结核病情况的现有数据表明，目前的状况令人担忧，需要做出更大的努力。³²

33. 在北美地区，2010 年，美国两个土著社群的结核病发病率³³ 分别是其他人口的 6.8 倍和 22.9 倍。正如我们所知，加拿大的土著人民和非土著人民之间的差距更大。虽然并未确凿论证，但被殖民的历史，以及与某些社群被孤立带来的挑战相关的社会经济因素，可以解释这一差距。

34. 在拉丁美洲和加勒比地区，泛美卫生组织的 15 个成员国将族裔数据纳入其结核病病例报告系统。³⁴ 土著社群比其他人口更容易受结核病的影响。例如，多民族玻利维亚国的瓜拉尼人中结核病的流行率比其他人口中的高 5 至 8 倍。³⁵

35. 在巴拉圭，土著社群居民每 10 万人中有 427 人发病，而其他人口则是每 10 万人中有 36.3 人发病。土著社群从其祖祖辈辈生活的土地迁移出来，糖尿病患病率、营养不良率和酗酒率高，这些因素使他们更加容易受到结核病的侵袭。³⁶

36. 俄罗斯联邦³⁷ 和极地地区其他国家³⁸ 已有的数据也证明，结核病在土著人民中流行率更高。因此，格陵兰岛因纽特人的结核病发病率比其他人口高 14.2 倍。³⁹

³⁰ Smelyanskaya, “Key Populations Brief”。

³¹ 同上, 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 尤其见 Smelyanskaya, “Key Populations Brief”。

³³ 见 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 伯利兹、巴西、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、厄瓜多尔、危地马拉、圭亚那、洪都拉斯、墨西哥、巴拿马、巴拉圭、秘鲁、苏里南和委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)。洪都拉斯没有任何可用信息，危地马拉仅有从 2017 年以来的资料，厄瓜多尔刚刚将这一变量纳入考量。泛美卫生组织/世卫组织，《美洲土著人民的结核病状况》(华盛顿特区，2018 年)。

³⁵ 拉丁美洲和加勒比土著人民发展基金(土著人民基金)，《拉丁美洲和加勒比土著人民的结核病状况》(2018 年)，第 4 页。

³⁶ 同上，第 4 页和第 6 页。

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 Soiminen, “The health of the Finnish Sami in light of mortality and cancer pattern”, 学术论文，赫尔辛基大学，2015 年，pp.93-95; Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines for Sámi Health Research and Research on Sámi Human Biological Material*(挪威，卡拉绍克)，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。

37. 在太平洋地区，世卫组织的西太平洋区域战略没有提到土著人民属于高危或弱势群体。⁴⁰ 在新西兰，2015年新发结核病人口比例最高的是毛利人(每10万人中有3.2人发病)，这一比例是其他人口的五倍。⁴¹ 在澳大利亚，2014年原住民和托雷斯海峡岛民的结核病发病率是非土著人口的六倍。⁴² 澳大利亚原住民的结核病发病率低于新西兰和波利尼西亚毛利人，但仍高于非土著人群。⁴³ 斐济的国家计划没有具体提及土著人民，但强调了让传统治疗师参与结核病病例诊断的重要性。⁴⁴

38. 对于东南亚区域⁴⁵ 和非洲区域，⁴⁶ 我们没有找到任何关于区域内国家土著人民的结核情况的数据。在非洲，土著人民生活的地区缺乏卫生保健服务，证明了非洲大陆的土著人民被边缘化以及遭受政治和社会排斥的现状，一定程度上导致了相关数据的缺乏。⁴⁷

39. 值得注意的是，包括格陵兰岛、加拿大、澳大利亚和拉丁美洲区域在内的一些研究表明，土著青年人遭受结核病的影响最大。⁴⁸

40. 艾滋病毒也是结核病发展的主要风险因素。2017年，杜绝结核病全球伙伴关系开展的研究表明，土著妇女更容易感染艾滋病毒，也更容易罹患结核病；因为作为女性和土著人，她们一贯遭受歧视，也因为她们缺乏对艾滋病毒的了解，还

⁴⁰ 世界卫生组织，《2011-2015年西太平洋遏制结核病区域战略》(日内瓦，2011年)。

⁴¹ Institute of Environmental Science and Research Limited, *Tuberculosis in New Zealand: Annual Report 2015*(新西兰波里鲁阿，2018年)。

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 斐济，卫生与医疗服务部，《斐济结核病手册》，第4版，2017年。

⁴⁵ 孟加拉国、不丹、印度、印度尼西亚、马尔代夫、缅甸、尼泊尔、大韩民国、斯里兰卡、泰国、东帝汶。一半的结核病病例都是这个地区的国家报告的(印度和印度尼西亚占这些病例的37%)，具有多重耐药性的结核病病例占35%，而这些国家的人口仅占全世界人口的26%(www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5582343/)。然而，据估计，三分之一的结核病患者未得到诊断或在国家计划外进行治疗(www.who.int/bulletin/volumes/88/3/09-073874/en/)。

⁴⁶ 只有对特定原住民群体的孤立研究。例如，一项研究表明，第一个致力于乍得牧区疾病诊断的实验室发现人类结核病的流行率为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))。在2018年8月22日至25日在金沙萨举行的达米安行动组织的内部会议中，Jacques Gumbaluka 强调缺少刚果民主共和国上韦莱省土著人的结核病情况数据。他指出，2016年，在13名该地区土著人的样本中，78%的患者完成了治疗，而所有人口的平均治疗率为81.3%。

⁴⁷ 土著事务国际工作组和非洲土著人民委员会，《非洲土著人民：被遗忘的人？——非洲土著人民委员会的工作》(哥本哈根，2006年)。

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。

有某些文化习俗(如一夫多妻或早婚)的影响。⁴⁹ 在发达国家,土著男子比非土著男子更容易感染艾滋病毒,主要是因为监狱中土著男子的人数过多。⁵⁰

C. 土著人民的结核病状况——几个关键因素

针对促使该疾病发展的社会经济因素展开行动

41. 在各个地区,土著人民中结核病的高发病率与其特定的社会经济地位有着内在的联系。⁵¹

42. 促使疾病出现和阻碍疾病防治的社会经济因素⁵² 之间彼此相关,这些因素包括贫困、⁵³ 缺乏资源和教育⁵⁴ (这也是造成缺乏土著卫生专业人员的根源),以及环境混乱。因气候变化和环境破坏而引起的粮食不安全和营养不良、糖尿病、肥胖和其他慢性疾病以及吸烟、酗酒和吸毒,也提高了结核病发病的风险。⁵⁵ 此外,居无定所、无家可归、心理健康问题以及对此类疾病患者的污名化,导致这种疾病难以筛查并跟踪治疗。⁵⁶

43. 因此,要在土著社区消灭结核病,必须针对这些特定因素采取行动。⁵⁷

重建信任关系: 伙伴关系和文化适应

44. 不同国家的一些研究表明,土著社群对医疗卫生系统缺乏信任,这是预防和治疗结核病的一个障碍。造成这种信任缺乏的原因包括历史上对土著人民歧视和伤害的做法,例如:强迫接受科学实验或绝育;文化和/或语言障碍限制了相互理解;医疗卫生服务分配不均,甚至有时候还有医疗卫生工作者厌恶的态度。⁵⁸

45. 土著社区遭受的系统性歧视加剧了这一问题,尤其是无法获得信息或遭到虐待的情况对于防治结核病更加不利,因为跟踪治疗对于治愈疾病极为关键。⁵⁹

⁴⁹ Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p.15.

⁵⁰ 同上。

⁵¹ Burtseva, “The health of populations living in the indigenous minority settlements of northern Yakutia”, p.11. Sur la Norvège: SoileHämäläinen and others, “Sami yoik, Sami history, Sami health: a narrative review”, *International Journal of Circumpolar Health*, vol.77, No.1(2018), p.3.

⁵² 世界卫生组织将健康的社会决定因素界定为“人们出生、成长、生活、工作和变老的环境”(引自加拿大,《加拿大结核病标准》,第7版,第14章。

⁵³ Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p.11.

⁵⁴ 可能是由于“地理隔离、污名化和歧视、语言和文化壁垒”(我们的翻译), Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p.12.

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

⁵⁶ 同上, pp.5-6.

⁵⁷ 按照世界卫生组织采用的方法。

⁵⁸ 印度,“印度的部落健康”,第5页; Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p.15; Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines*, p.21.

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

46. 如果不努力重建土著社群对医疗卫生系统的信任,那么任何措施都不会有效。为此,各国应将土著人民作为合作伙伴纳入医疗卫生方案的设计和实施之中,结合土著人民对健康的展望,⁶⁰并对医务人员进行培训,使他们了解相关历史背景,从而对土著社群所经历的问题保持敏感,可以提供适应土著文化的医疗保健服务。事实证明,调动土著社群的参与和制定跨文化医疗卫生战略都是有效的做法。⁶¹

针对孤立和游牧社群的疾病预防和治疗

47. 社群与外界的隔离带来了与监测治疗、确保获得优质卫生服务、培训合格人员和提供充足资源有关的特殊挑战。⁶²以下讨论的加拿大和印度的案例即为证明。

48. 针对游牧生活方式还需要采取适当的应对措施,以确保获得卫生服务并使其适应这些社群的需求和生活方式。非洲游牧民族的情况就是一个很好的例子。还必须考虑到与动物的近距离接触和环境(灰尘、干燥高温、湿度高)的影响。⁶³

49. 事实证明,疾病诊断和治疗的权力下放可以让更多人获得医疗服务。⁶⁴此外还采取了一些举措,例如,在医疗中心旁边建造临时住房,以便让家庭成员能够陪伴病人。⁶⁵

加强国家间的合作

50. 在国际层面不存在单一的结核病监测系统,⁶⁶而疾病监测对预防和控制疾病至关重要。⁶⁷因此在某些情况下,国家间合作是必要的。

极地地区的案例

51. 极地地区的特点是气候严酷、人口稀少且分散,他们依赖捕鱼和狩猎为生。基础设施不足,缺乏足够的污水处理和供水系统以及医疗卫生系统,这些因素使结核病的预防和治疗变得复杂。此外,还有上文已经提及的许多社会经济因素,

⁶⁰ 同上, p.17; Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines*, p.26; 土著人民基金,《土著人民的结核病状况》,第7页。

⁶¹ 土著人民基金,《土著人民的结核病状况》,第8页。

⁶² Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, p.12; Chandler, “Alaska’s ongoing journey with tuberculosis”, pp.5-6.另见以下加拿大的例子。

⁶³ Montavon, “La santé des pasteurs mobiles au Sahel”。

⁶⁴ 土著人民基金,《土著人民的结核病状况》,第8页。

⁶⁵ 肯尼亚采取的举措。在纳米比亚,患者的家庭成员会受到培训,以便在可能中断治疗的长时间狩猎期间衡量治疗的重要性并帮助患者继续治疗(Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, pp.17-18)。

⁶⁶ 世界卫生组织没有定义结核病监测的标准化方法,但提供了对监测系统进行评估的规范和标准清单; 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。

特别是贫困和营养不良。⁶⁸ 气候变化以及人们从南到北流动(旅游业、石油和采矿业)增加所带来的经济变化更加剧了这些因素的影响。⁶⁹

52. 1970 年代,“极地合作”促进了对土著人民健康的研究。此外,1999 年,北极理事会成立了可持续发展工作组和极地入侵细菌性疾病国际监测系统,一个极地区域各国和领土的传染病监测网络。⁷⁰

53. 2006 年,成立了结核病工作队。⁷¹ 其任务是加强对结核病的检测,分析疾病的演变和影响,提高对疾病的认识,并加强结核病研究方面的合作。⁷²

54. 鉴于除挪威之外,没有任何管辖区收集有关健康的社会决定因素和结核病的风险因素的信息,如:吸烟、服用类固醇、艾滋病毒或糖尿病,该工作组的出现大有益处。⁷³ 它成为一个有效渠道,使极地各国和领土能够进行合作,以及与土著人民一起,共同确定针对极地区域独有特征的应对措施。其他区域也可从中受到启发。⁷⁴

D. 案例:加拿大——结核病发病率低、但土著居民与非土著居民差距最大的国家

55. 加拿大是一个结核病发病率低的发达国家,然而其土著居民的结核病发病率远高于其他人群。⁷⁵ 努纳武特地区差距最大:2009 年,该地区土著人口结核病发病率比非土著人口高 150 倍。⁷⁶ 结核病还严重影响在曼尼托巴省和萨斯喀彻温省具有印第安人地位的第一民族原住民,曼尼托巴省第一民族人口的发病率高出其他人口 27.4 倍,萨斯喀彻温省这一比率高出 7.3 倍。⁷⁷ 1970 年至 2010 年期

⁶⁸ 同上,p.19;加拿大,《加拿大抗击结核病规范》,第 14 章;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。

⁷⁰ 格陵兰岛、冰岛、阿拉斯加,以及加拿大、挪威、瑞典、芬兰和俄罗斯联邦的北部地区。

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 值得注意的是,东南亚区域 11 个国家的卫生部会议于 2017 年在德里举行。在本次会议产生的宣言中,各国承认社会经济因素对疾病的影响,以及社群(包括高风险社群)参与加强整体能力建设、创建知识和数据共享库的重要性。但是,该声明没有提到土著人民([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。

⁷⁷ 同上。

间，虽然加拿大非土著人口的结核病率下降，但土著人口的结核病率却从 14.7% 上升到 21.2%。⁷⁸ 同样，加拿大的土著青年人口患病比例也更高。

56. 《加拿大抗击结核病规范》认识到需要加强土著社群的结核病预防工作，与他们建立合作关系，并将追踪接触者置于优先地位。2012 年，加拿大卫生部通过了一项针对居住在土著保留地的第一民族原住民的抗击结核病战略。⁷⁹ 这些战略规范所确定的优先事项不再是对单个病例的治疗，而是考虑到土著社群的特点，改进接触者追踪策略以防止疾病的传播。⁸⁰

57. 其他国家也面临着加拿大所面临的挑战：对潜伏性结核病的筛查不足而无法预防活动性结核病；在努纳武特地区，因人口与外界隔绝，以及缺乏医务人员(高流动率)、缺乏对临时医务工作者的认识、诊断服务有限和文化障碍，医疗卫生服务获取机会受限。除此之外，正如上文所述，其他因素还包括土著社区对医疗卫生服务缺乏信心，以及第一民族原住民在各省之间的流动，这需要他们之间的沟通并与土著社群建立伙伴关系。⁸¹ 加拿大还必须确保各级政府之间的协调。⁸²

58. 一些研究强调了适当住房不足和粮食安全问题作为风险因素具有重要意义⁸³ 以及加拿大首先需要解决土著人民健康的社会决定因素，这些因素与殖民化、全球化、失去语言和文化以及失去土地有着内在联系。土著人民应被视为“当代生活中的真正伙伴，并承认他们的自决权”。⁸⁴

59. 应该指出的是，该规范确定了若干有效的干预措施，包括：根据患者的意愿，将土著信仰纳入医疗卫生规划；制定“与土著人民合作确定的语言概念”；使用创造性多媒体方法以及“从认知和情感方面进行有效教育，对患者持同情、开放的态度，关心和尊重患者”。为了改善患者的随访护理，该规范建议，让卫生服务贴近患者(例如，家庭护理)、采取激励措施(例如，食物)、采取便利措施(例如，优惠券)、制定回访和跟踪机制、简化手续、缩短转诊时间以及对搬迁的患者进行严密追踪随访。该规范还建议从文化和情感层面让更多人享受到医疗卫生服务，以及“土著社群卫生工作者——最好是来自社群本身或相关区域——担当教育工作者、权利倡导者和文化调解员”。⁸⁵

⁷⁸ 同上。

⁷⁹ 同上，p.381。

⁸⁰ 同上，pp.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 加拿大的该规范包含一系列建议(见下文第 58 段)。

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 同上。

⁸⁵ 加拿大，《加拿大抗击结核病规范》，第 7 版，第 14 章。

E. 案例：印度——结核病发病率最高的新兴国家

60. 全世界四分之一的结核病病例出现在印度，印度也是具有多重耐药性的结核病发病率最高的国家。⁸⁶ 2016 年，2 800 万人患结核病，450 万人死亡。⁸⁷

61. 自 1997 年以来，印度制定了一项国家结核病防控方案，自 2006 年 3 月起在全国各地实施。公共卫生服务部门按照 2016 年修订方案对结核病病例进行治疗，或有超过一半的结核病病例在私营卫生部门诊治。公共和私人卫生服务的共存带来了特殊的挑战，特别是在数据收集方面。此外，许多人也可能忽视公共卫生服务的免费性。⁸⁸

62. 新的《2017 年至 2025 年国家战略计划》的目标是大幅度降低结核病的死亡率和发病率，并在 2025 年之前努力消除结核病。

63. 该战略围绕四个方面：检查、治疗、预防和恢复。对于“高风险”人群，目标是防止潜伏性结核病患者发展为活动性结核病病例，因此首先要检查出潜伏性结核病，尤其要考虑到结核病的社会决定因素。

64. 在被视为高风险群体或“弱势群体”的“重点”人群中，该计划将目标对准部落人口。为了将干预措施作为优先事项，该计划确定了选择某些区域的标准。例如，优先考虑营养不良率高或已知有结核病病例的地区，或者居民消费动物产品的地区。^{89 90}

65. 印度政府承认 1.04 亿土著人民，他们分布在 705 个部落(在册部落)，占印度人口的 8.6%。⁹¹ 75 个部落群体被列为“特别脆弱的部落/阿迪瓦西群体”。

66. 印度政府于 2018 年出版的关于部落人民健康的报告承认缺乏关于这些人群健康方面的信息。⁹² 然而，现有资料清楚地表明，部落人民的健康状况远远不如其他人口，而且“在册部落”人口受传染病的影响极为严重。土著人民每 10 万人

⁸⁶ www.tbfacts.org/tb-india/。

⁸⁷ 同上。

⁸⁸ 同上。

⁸⁹ 尤其是为了防止人畜共患结核病的发展，这是马里的游牧民族共同面临的一个问题(对 Aboubacrine Ag Ayaya 先生的采访，2018 年 7 月 30 日，摩洛哥阿加迪尔。他在 1962 年至 2000 年期间担任兽医护士，后成为兽医。他还是马里、毛里塔尼亚、布基纳法索和乍得游牧牧民的畜牧顾问)。

⁹⁰ www.tbfacts.org/tb-india-nsp/。

⁹¹ 《宪法》第 342 条将“在册部落”定义为“印度总统可以通过公示指定的部落或部落社群，或者部落社群的组成部分或内部群体”。根据印度政府的统计，40.6%的部落人口生活在贫困线以下，而非部落人口的贫困比例为 20.5%；10.7%的部落人口用上了自来水，而非部落人口的这一比例为 28.5%。

⁹² 印度，卫生和家庭福利部及部落事务部，“印度的部落健康：弥合差距并制定未来路线图”，《部落健康问题专家委员会报告、执行摘要和建议》(2018 年)。

中有 703 人患结核病，而其他人口为每 10 万人中有 256 人患此病。研究分析表明，土著社群只有 11% 的肺结核病例得到治疗。

67. 造成这种差异的因素包括：部落地区缺乏基础设施；从土著社区到医疗中心距离远、缺乏交通设施、出行成本高；医务人员态度冷漠，语言鸿沟和理解障碍，以及对外来体系缺乏信心。

68. 医务人员之间互动有限、社会和职业孤立的感觉、人力资源政策的缺陷、工作条件和环境低劣以及护理人员缺乏，这些因素都是造成在部落地区工作和在其他地区执业的医务人员之间差距的原因。此外，报告还指出，在部落地区，由于对医务人员缺乏理解和相互尊重以及医务人员工作动力不足，医疗卫生服务的质量不高。土著人民不愿采用印度的医疗保健体系，其原因可能是现代医疗体系缺乏情感内容和精神保障，以及缺乏对印度医疗体系的了解。

69. 最后，报告强调，土著社区未参与到医疗方案的规划和实施当中，这产生了消极影响。

70. 在政府的土著卫生政策应遵循的指导原则中，报告指出：独立自主原则，以确保医疗卫生服务能够适应土著人民的需求和文化；医疗卫生服务可及性原则；协调行动原则，以消除影响健康的社会决定因素；以及应提供充足的财政资源。

71. 还必须优先考虑建立一个允许地方一级参与、规划和管理的行政结构。诊断和治疗权力的下放也是南美洲抗击结核病规划中的一种策略。⁹³

72. 印度政府的报告还建议：改善部落地区的公共卫生基础设施，确保服务由具备资质和有同情心的人员管理，“对土著人民予以尊重”；培训当地人员，以保证部落地区的医务人员数量可持续增加并采取一些措施吸引专家到这些地区。

73. 该报告还提出了一系列建议，将传统的部落/阿迪瓦西族药物(包括鉴定有效的传统做法和药方)纳入初级卫生保健中心，并允许传统治疗师在初级卫生保健中心执业。正如《联合国土著人民权利宣言》所承认的那样，对传统医疗行为的鉴定必须与土著人民合作并尊重土著人民在这一领域的权利。

四. 建议

74. 为了实现到 2030 年消灭结核病的目标，不让特别容易受到这种疾病影响的土著人民落在后面，我们提请各国、国际和国内卫生组织以及土著社群成员考虑到以下建议：

1. 各会员国应着手收集分类数据，以便一方面能对土著人民的患病情况予以准确描述，从而按照《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条和《联合国土著人民权利宣言》第 24 条的规定落实其健康权；另一方面，应根据

⁹³ 土著人民基金，《土著人民的结核病状况》。

2018年9月《大会防治结核病高级别会议政治宣言》第53段，⁹⁴在2020年提交报告说明在土著人民结核病防治方面取得的进展。

2. 各会员国、世界卫生组织等国际组织、全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金以及科学界应与土著社群合作，开展关于土著人民结核病的研究，以了解每个社群⁹⁵和区域的特殊性，并制定应对该流行病的恰当措施。⁹⁶

3. 根据《联合国土著人民权利宣言》第3条和第23条所承认的土著人民的自决权和发展权，各国应与土著人民合作，针对促使疾病产生的社会经济因素采取行动，⁹⁷这些因素包括艾滋病毒、吸烟、酗酒、粮食不安全和糖尿病、⁹⁸住房危机等。

4. 根据《联合国土著人民权利宣言》第19条所承认的事先自由知情同意的权利，各会员国应与土著人民合作制定并实施一切结核病预防、筛查和治疗的政策或方案，确保这些政策和方案的可获得性和文化上的适应性，并根据该宣言第24条，在这些政策和方案中纳入土著人民的健康观点；⁹⁹与此同时，尊重他们得到该宣言第31条保护的保持、掌管、保护和其传统知识的权利。

5. 为了支持对结核病患者、特别是游牧民族的患者的治疗进行跟踪监测，各会员国可以采取一些策略，包括：根据《联合国土著人民权利宣言》第20条第1款，培训社群成员在患者能继续以传统方式生活的前提下为其提供帮助；在卫生中心附近建造住房，以便社群成员能陪伴患者。

6. 为了应对偏远地区医务人员缺乏的困境，会员国可以采取若干战略，例如，对当地工作人员进行基础培训、为希望接受培训和在社群内工作的土著成员提供资金支持、创建流动诊所、发展远程医疗。

7. 各会员国应根据《联合国土著人民权利宣言》第17条，特别注意土著儿童和青年人的结核病筛查。

⁹⁴ 大会第73/3号决议。

⁹⁵ 例如，如果不考虑图阿雷格文化中促使疾病传播的某些因素，那么任何方案都不会有效：图阿雷格人过群体生活，一起吃饭并且非常近距离地互相交谈，*takshé*。他们会因孤立患病的社区成员而感到尴尬。因此，疾病容易通过空气和分泌物传染。为了预防疾病，一位专家提倡在群聚期间(即炎热的夏季和越冬时期)进行疫苗接种。

⁹⁶ *Sámediggi, Proposal for Ethical Guidelines*, pp.25-26; 见世界卫生组织，“土著人民与参与式健康研究”(www.who.int/ethics/indigenous_peoples/en/index1.html); 魁北克和拉布拉多省第一民族大会，《魁北克和拉布拉多省第一民族研究议定书》(2005年6月); Canada, Canadian Institutes of Health Research, *CIHR Guidelines for Health Research Involving Aboriginal People* (2007)。

⁹⁷ 世界卫生组织宣传推广的办法(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。

8. 国际组织和各国应加强具体涉及土著人民的区域合作，建立合作伙伴关系，建立共享监测系统，以实现数据流动并制定预防和治疗结核病的有效战略。
-