



**ЭКОНОМИЧЕСКИЙ
И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ**

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2005/22
14 February 2005

RUSSIAN
Original: ENGLISH

КОМИССИЯ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА
Шестьдесят первая сессия
Пункт б а) предварительной повестки дня

**РАСИЗМ, РАСОВАЯ ДИСКРИМИНАЦИЯ, КСЕНОФОБИЯ И ВСЕ ФОРМЫ
ДИСКРИМИНАЦИИ: ВСЕОБЪЕМЛЮЩЕЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ И
ПОСЛЕДУЮЩИЕ МЕРЫ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ДУРБАНСКОЙ
ДЕКЛАРАЦИИ И ПРОГРАММЫ ДЕЙСТВИЙ**

**Доклад Регионального рабочего совещания для Латиноамериканского и Карибского
региона на тему "Обеспечение вклада целей развития, поставленных в Декларации
тысячелетия, в дело преодоления дискриминации по признаку расы, цвета кожи и
национального и этнического происхождения"* ****

Записка Верховного комиссара по правам человека

Верховный комиссар по правам человека имеет честь препроводить Комиссии по правам человека доклад Регионального рабочего совещания для Латиноамериканского и Карибского региона "Обеспечение вклада целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия, в дело преодоления дискриминации по признаку расы, цвета кожи и национального и этнического происхождения", проходившего в Бразилиа 1-3 декабря 2004 года.

* Представление этого доклада было задержано, поскольку семинар состоялся в декабре 2004 года.

** Приложения распространяются только на том языке, на котором они были представлены.

Резюме

Настоящий доклад содержит доклад Регионального рабочего совещания для Латиноамериканского и Карибского региона "Обеспечение вклада целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия, в дело преодоления дискриминации по признаку расы, цвета кожи и национального и этнического происхождения", совместно организованного Управлением Верховного комиссара по правам человека и Панамериканской организацией здравоохранения. Рабочее совещание, проходившее 1-3 декабря 2004 года в Бразилиа, было принято правительством Бразилии, которое установило в своих планах социального сектора приоритет расового равенства и недавно создало Специальный секретариат по политике поощрения расового равенства (ССПРР). Совещание стало форумом, на котором государства и неправительственные организации Латиноамериканского и Карибского региона смогли обменяться информацией и обсудить свой опыт разработки и проведения политики здравоохранения в отношении групп, уязвимых для дискриминации, в контексте целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия и Дурбанской декларации и Программы действий.

В работе совещания в качестве дискуссионщиков приняли участие 15 экспертов, выступивших с докладами по соответствующим пунктам повестки дня. В работе совещания также приняли участие представители государств региона, специализированных учреждений и организаций Объединенных Наций, национальных правозащитных учреждений и неправительственных организаций.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
Введение	1 - 6	5
А. Открытие семинара	3 - 6	5
I. ДОКЛАДЫ ЭКСПЕРТОВ И ОБСУЖДЕНИЕ	7 - 46	7
А. Секция 1: Права человека и цели развития, поставленные в Декларации тысячелетия - международный подход к выработке платформы уменьшения неравенства в сфере здравоохранения ..	7 - 15	7
В. Секция 2: Доступ к здравоохранению и последствия дискриминации по признаку расы, цвета кожи и национального и этнического происхождения	16 - 20	10
С. Секция 3: Ожидаемая отдача от достижения целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия, в этнических рамках - Есть ли необходимость в новой политической конструкции?	21 - 27	11
D. Секция 4: Рассмотрение передового опыта выявления и устранения неравенства в доступе к здравоохранению	28 - 34	14
E. Секция 5: Расизм и ВИЧ/СПИД	35 - 37	16
F. Секция 6: Мобилизация сектора здравоохранения, для того чтобы при осуществлении целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия, особое внимание уделялось жертвам расизма	38	17
G. Секция 7: Организации гражданского общества в области расизма и уязвимых групп - мобилизация и осуществление целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия	39 - 42	18

СОДЕРЖАНИЕ (продолжение)

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
Н. Секция 8: Позиция международных финансовых учреждений и системы организаций Объединенных Наций в отношении выявления и устранения неравенства в доступе к здравоохранению	43 - 46	20
II. ВЫВОДЫ	47 - 48	21
III. РЕКОМЕНДАЦИИ	49	21
 Приложения		
I. Повестка дня		
II. Список участников		
III. Список документов		

ВВЕДЕНИЕ

1. В рамках выполнения решений Всемирной конференции по борьбе против расизма, расовой дискриминации, ксенофобии и связанной с ними нетерпимости Управление Верховного комиссара по правам человека (УВКПЧ) и Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) организовали Региональное рабочее совещание для Латиноамериканского и Карибского региона "Обеспечение вклада целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия, в дело преодоления дискриминации по признаку расы, цвета кожи и национального и этнического происхождения". Совещание, состоявшееся 1-3 декабря 2004 года в Бразилии, было принято правительством Бразилии, которое считает расовое равенство одним из своих приоритетов. Оно стало форумом, на котором представители государств региона, специализированных учреждений Организации Объединенных Наций, национальных правозащитных учреждений и неправительственных организаций (НПО) Латиноамериканского и Карибского региона обменялись информацией, обсудили свой опыт, а также выявили передовой опыт разработки и проведения политики здравоохранения по отношению к группам, уязвимым для дискриминации. В число участников и экспертов на совещании входили ответственные государственные должностные лица и руководители директивных органов, представители национальных правозащитных учреждений и НПО, имеющих консультативный статус при Экономическом и Социальном Совете, а также НПО, аккредитованные на Дурбанской всемирной конференции; также были представлены учреждения Организации Объединенных Наций, ПРООН и ЮНИСЕФ. Председательствовал на рабочем совещании г-н Хуан Мартабит, постоянный представитель Чили при Отделении Организации Объединенных Наций в Женеве.

2. Обсуждение состоялось в контексте целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия, права на здоровье и принципа недискриминации, утвержденных в многочисленных международных и региональных правовых актах и охватываемых антидискриминационной повесткой дня Дурбанской декларации и Программы действий. Внимание участников и экспертов было заострено на практические средства осуществления этих документов в рамках всемирных усилий по искоренению нищеты, ликвидации дискриминации и поощрения человеческого достоинства и равноправия. Повестка дня, состоящая из семи тем, содержится в приложении I.

A. Открытие рабочего совещания

3. В своем вступительном слове д-р Мигель Мабо, Координатор ПАОЗ по пропаганде здравоохранения, Бразилия, говорил о доступе к лекарствам и другим важнейшим ресурсам здравоохранения как глобальному приоритету, подтвержденному в целях

развития, поставленных в Декларации тысячелетия. Подчеркивая важность рассмотрения этнических аспектов целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия, он говорил о сохраняющихся социальных диспропорциях в Латинской Америке и Карибском бассейне и необходимости проведения политики достижения равенства в медицинском обслуживании этнических групп и жертв расовой дискриминации, включая доступ к основным лекарствам и другим ресурсам здравоохранения. Участие всех заинтересованных сторон в выработке соответствующих стратегий и прозрачность принятия решений необходимы для укрепления системы услуг и основных функций здравоохранения.

4. Представитель Управления Верховного комиссара по правам человека г-н Пьер Соб заявил, что дискриминация по-прежнему является явной прямой угрозой достоинству человека и имеет колоссальные долгосрочные отрицательные последствия для возможностей развития во всех областях - социально-экономической, политической и культурной. Верховный комиссар считает борьбу против расизма, расовой дискриминации и ксенофобии своим приоритетом, считая ее сквозной темой деятельности УВКПЧ. Эта программа основана на той посылке, что искоренение дискриминации может быть достигнуто на основе объединения усилий на международном уровне и их трансформации на национальном уровне.

5. Д-р Пауло Карвалью, представлявший министра здравоохранения Бразилии, говорил о здравоохранении, свободном от дискриминации, как о необходимом условии пользования правами человека. Бразилия придает первоочередное значение борьбе с расизмом в рамках Дурбанской декларации и Программы действий и предпринимает ряд усилий по действенной ликвидации дискриминации, в том числе по признаку расы, этнического происхождения, гендера и сексуальной ориентации. Признавая многообразные проблемы, которые по-прежнему препятствуют достижению равенства в различных аспектах социальной и экономической жизни, д-р Карвалью выразил удовлетворение некоторыми достижениями, которые уже стали заметными благодаря последовательным усилиям.

6. Г-жа Матильда Рибейру, министр, руководитель Специального секретариата по поощрению политики расового равенства (ССППР) заявила, что правительство стремится к достижению расового равноправия и равенства - решению проблемы, последствия которой с течением лет лишь нарастают. Для этого правительство предприняло ряд шагов, в том числе ввело систему квот для содействия получению гражданами африканского происхождения и представителями коренных народов высшего образования, возможности трудоустройства, здравоохранения и возможностей в других областях. Г-жа Рибейру говорила о мандате и целях ее ведомства, созданного в марте

2003 года президентом по просьбе организаций граждан африканского происхождения. Важная задача в повестке дня ССПРР - здравоохранение, и рабочее совещание будет способствовать уяснению целей социальной политики и политики здравоохранения. Она заявила, что проблемы населения африканского происхождения и коренных народов все активнее рассматриваются в Латинской Америке и Карибском бассейне. 12 стран региона создали аналогичное министерство для ликвидации дискриминации как таковой с уделением особого внимания расовым и этническим проблемам. Эти шаги - большой прогресс для региона. Институционализация рекомендаций, выработанных по итогам этого рабочего совещания, будет способствовать проведению политики преодоления последствий прошлой дискриминации, способствующей эффективной поддержке антидискриминационной повестки дня в регионе. Эти шаги могут также помочь консолидации действий на региональном уровне.

I. ДОКЛАДЫ ЭКСПЕРТОВ И ОБСУЖДЕНИЕ

A. Секция 1: "Права человека и цели развития, поставленные в Декларации тысячелетия - международный подход к выработке платформы уменьшения неравенства в сфере здравоохранения" (Председатель: г-жа Мария Инес Барбоса)

7. Г-н Хуан Мартабит представил общий анализ работы Межправительственной рабочей группы по эффективному осуществлению Дурбанской декларации и Программы действий, чьим Председателем-Докладчиком он является. На своей третьей сессии (Женева, 11-22 октября 2004 года) Межправительственная рабочая группа рассмотрела тему расизма и здравоохранения и рекомендовала государствам разрабатывать политику и программы в области здравоохранения с позиций борьбы с дискриминацией, прежде всего политику и программы, разрабатываемые в рамках стратегий уменьшения масштабов бедности. В этой связи программы должны быть составлены таким образом, чтобы они могли обеспечивать доступность и культурную и языковую адекватность здравоохранения для всех слоев общества, в том числе для уязвимых групп и жертв разнообразных форм дискриминации. Налицо необходимость устранения разрыва в состоянии здоровья в различных районах мира, в том числе в Латиноамериканском и Карибском регионе, прежде всего в свете того факта, что некоторые этнические и расовые группы в непропорционально большой степени страдают от ряда заболеваний, таких, как ВИЧ/СПИД, туберкулез, проказа и малярия. Комплекс рекомендаций, принятых Межправительственной рабочей группой, содержит стратегии, осуществление которых могло бы помочь решению вопроса дискриминации и здравоохранения. Следует также отметить, что на своей второй сессии (Женева, 26 января - 6 февраля 2004 года) Рабочая группа рассмотрела явление нищеты как выражение, а также последствие расизма. Сославшись на соответствующие обязательства, принятые в Дурбане, которые еще

предстоит осуществить, Рабочая группа призвала государства принять и активизировать свою политику и меры уменьшения неравенства в доходах и материальной обеспеченности, при этом конечной целью остается полная ликвидация нищеты.

8. Представитель Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека г-н Пьер Соб напомнил участникам о значении, придаваемом укреплению партнерств на национальном и международном уровне для содействия тому, чтобы антидискриминационные меры, действия, политика и программы занимали подобающее место в системе здравоохранения. Далее он коснулся юридических и концептуальных аспектов права на здоровье в контексте прав человека. Он обратил внимание на правозащитное право, которое представляет собой комплекс обязательных норм, подкрепляемых императивными нравственными ценностями, обуславливающими обязательство государств укреплять недискриминацию и равноправие. В соответствии с международным правозащитным правом право на здоровье и на свободу от дискриминации предусмотрены в положениях ряда региональных и международных правовых актов и конвенций и сопровождаются механизмами контроля, призванными обеспечить осуществление государствами этих своих обязательств.

9. Он отметил, что признание права на здоровье восходит прежде всего к Уставу Всемирной организации здравоохранения, принятому в 1946 году. Два годами позже Всеобщая декларация прав человека заложила международно-правовую основу права на здоровье. Наиболее подробная договорная разработка права на здоровье содержится в Конвенции о правах ребенка, ратифицированной значительным большинством государств. Право на здоровье также предусматривается в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, равно как и в конституции более чем 100 государств.

10. Г-н Соб указал, что право на здоровье охватывает как здравоохранение, так и здоровую среду, включая экологию и условия жизни, которые представляют собой социальные факторы здоровья. Он сослался на Специального докладчика Комиссии по правам человека о праве на здоровье Поля Ханта, который поддерживает то мнение, что социальные факторы права на здоровье охватывают безопасную питьевую воду, адекватную санитарии и доступ к медицинской информации, в том числе по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Право на здоровье также включает в себя право на культурно приемлемую и качественную систему охраны здоровья. В общем плане, право на здоровье имеет много элементов, в том числе доступ к основным лекарствам. Оно требует наличия материальной базы, лекарств и услуг здравоохранения. Хотя право на здоровье достигается постепенно, оно налагает определенные обязательства, действующие уже сейчас, включая гарантию недискриминации.

11. В заключение г-н Соб отметил, что право на свободу от дискриминации зафиксировано во многих региональных и международных правовых актах и конвенциях о правах человека. Международная правозащитная система дает богатый опыт недискриминации и равенства, который может помочь определению политики, обеспечивающей здоровье всех людей и групп, включая находящиеся в наиболее благоприятном положении этнические меньшинства.

12. В ходе последовавшего затем обсуждения один из участников отметил, что необходимо наращивать возможности общин, чтобы население африканского происхождения имело доступ к услугам здравоохранения. Другой оратор заявил, что системы и программы здравоохранения имеют дискриминационный аспект, питающий дискриминационные установки, и что важно изучить те дефекты программы здравоохранения в регионе, которые сами по себе поддерживают расизм.

13. Один из участников затронул вопрос о связи между материнской смертностью и отсутствием доступа к услугам здравоохранения как реальность многих общин, поскольку для многих беременных женщин доступ к здравоохранению ограничивается единственной возможностью - традиционными родовспомогательницами. Этот участник отметил неспособность государства гарантировать доступ к основным медицинским услугам и лекарствам.

14. Другая участница говорила об определенном прогрессе, достигнутом в ее стране в устранении дискриминации после принятия Дурбанской декларации и Программы действий. Однако, по ее мнению, то, что до сих пор не изжиты "забытые заболевания", доказывает необходимость предусмотреть в целях развития, поставленных в Декларации тысячелетия, борьбу с заболеваниями, от которых страдают прежде всего самые бедные люди, живущие в самых бедных странах мира.

15. Другой участник отметил, что традиционные методы лечения и знания об излечении самых разных болезней души и тела в тесной связи с природой так и не нашли пути в медицинскую клиническую практику. Традиционное здравоохранение - часть культурного наследия и знаний коренных народов - подвергается дискриминации и не признается в программах здравоохранения многих стран региона.

В. Секция 2: Доступ к здравоохранению и последствия дискриминации по признаку расы, цвета кожи и национального и этнического происхождения

16. Д-р Фатима Оливейра, профессор Федерального университета Минас-Жерайс (Бразилия), заявила, что цели тысячелетия недостаточно сконцентрированы на проблеме расизма, который упоминается только один раз без указания его коннотаций, не отвечают ожиданиям социальных движений, не дают программы женских движений или негритянского движения, а также не являются единственной моделью решения проблем населения, поскольку необходимо принимать во внимание и другие встречи и совещания в верхах, которые затрагивают расовую тематику. Она подчеркнула важное значение этнической и расовой составляющей, предложив ПАОЗ содействовать здравоохранению на началах равенства.

17. Используя ряд графиков, г-н Федерико Эрнандес Пиментель, представитель ПАОЗ в Гватемале, продемонстрировал наблюдающееся в Гватемале различие в доступе коренного населения к медицинским услугам по отношению к остальному населению. Изучение медицинских показателей по Гватемале со всей очевидностью вскрывает зависимость между бедностью и коренным населением (41% населения). Он также показал, что в соответствии с разукрупненными данными непропорционально велика детская и другая смертность, связанная с различными поддающимися лечению болезнями среди коренного населения и населения африканского происхождения, которая почти в два раза выше, чем по остальному населению.

18. Он также заявил, что коренные жители Гватемалы и жители африканского происхождения в непропорционально большой степени страдают от нищеты, маргинализации, неграмотности, безработицы и отсутствия доступа к медицинским услугам. В области здравоохранения расовые барьеры во многом обусловлены отсутствием услуг в некоторых общинах. Нехватка медицинских учреждений по отношению к численности населения представляет собой острую проблему для коренных общин и общин африканского происхождения. Крайняя неразвитость материальной базы здравоохранения в этих общинах характерна не только для больниц, но и для клиник, зубоветеринарных поликлиник и психиатрических учреждений.

19. Г-н Густаво Маканаки, представитель Колумбии, заявил, что расовые диспропорции в здравоохранении - это не результат открытой преднамеренной дискриминационной практики. Проявления расовой дискриминации в здравоохранении скорее вызваны неосознанной предвзятостью или непропорциональным воздействием политики и практики. Во многих латиноамериканских странах дискриминация обусловлена непризнанностью существования группы населения африканского происхождения.

Проблема, как заявил г-н Маканаки, заключается в заметности и восприятии. При принятии решений и проведении политики в регионе исходят из того, что магринализация людей африканского происхождения - обычное явление. Масштабы этого явления таковы, что даже некоторые латиноамериканцы африканского происхождения, которые подвергаются дискриминации, отказываются признать, что они стали жертвами дискриминации. При этом они часто рассматривают эту проблему как чисто экономическую и не связанную с дискриминацией. По его мнению, медицинские проблемы, в непропорционально большой степени затрагивающие уязвимые группы, во многом связаны с институционализированным расизмом, что в значительной мере сказывается на возможности получения качественного медицинского обслуживания. Институционализированный расизм основывается на политике, практике, регламентациях и законах, которые оказывают в ряде аспектов воздействие на конкретные группы. По его мнению, осуществление комплексных долгосрочных программ, включающих системы позитивных действий и квот, предназначенные для достижения равенства и устранения социально-экономических препятствий, будут содействовать устранению дискриминации и вести к равенству доступа к медицинскому обслуживанию и пользования другими услугами и возможностями.

20. В ходе обсуждения отмечалось, что дискриминации подвергается население, перемещенное в результате конфликта, и что система здравоохранения Колумбии не обладает сотрудниками, способными учитывать разницу в культурах. Языковой барьер между врачами и коренными жителями ограничивает их взаимодействие. Также указывалось, что система информации до сих пор не способствует использованию традиционных лекарств в здравоохранении. В этой связи обращалось внимание на два аспекта: укрепление информационных систем здравоохранения в плане охвата, качества и содержания и использование лекарственных средств общин в дополнение к обычным методам, выходящее за рамки разрозненных исследований в частных целях и нацеленное на систематическое использование в целях более широкого охвата в условиях контроля.

С. Секция 3: Ожидаемая отдача от достижения целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия, в этнических рамках - есть ли необходимость в новой политической конструкции?

21. Специально приглашенные эксперты представили исследования конкретных случаев в целях ознакомления участников с необходимостью новой политики здравоохранения для достижения ЦРТ в регионе в контексте этнического равенства.

22. Д-р Кристина Торрес, представитель Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), обратила

внимание, что лицам, принимающим решения в секторе здравоохранения, необходимо проводить новую политику здравоохранения для достижения целей тысячелетия. В этой связи она ознакомила с результатами проведенного Экономической комиссией для Латинской Америки и Карибского бассейна (ЭКЛАК) в 2002 году анализа на основе имитационных моделей в 18 странах и представила несколько рекомендаций этого исследования: уделение первоочередного внимания новым категориям городской бедноты, таким, как неполные семьи, возглавляемые женщинами, до сих пор не трудоустроенные молодые люди, а также одинокие престарелые; использование этнического/расового подхода в целях пересмотра программ и политики в свете того, что эти группы в прежнее время не получали к себе внимания и демонстрируют самые плохие социально-экономические показатели; развертывание процессов, в которых параллельно затрагиваются различные области: разукрупнение информации, что необходимо для целей контроля, обучения трудовых ресурсов, содействия участию общества в разработке политики, межсекторального подхода и развития первичной медико-санитарной помощи.

23. Д-р Оскар Х. Мухика, представитель ПАОЗ/ВОЗ, Вашингтон, представил два конкретных исследования. Исследование о положении Бразилии "Достижение четвертой цели развития, поставленной в Декларации тысячелетия, в условиях равенства", подготовленное с использованием официальных данных департамента информатики Единой системы здравоохранения (ДАТАСУС) министерства здравоохранения Бразилии, полезно тем, что оно ставит цель исследования потенциального воздействия различных стратегий уменьшения опасности младенческой смертности на равенство в сфере здравоохранения. Анализ позволил выявить существование среди населения Бразилии двух явно различных социально-экономических страт, определяемых "естественной линией раздела". Этот сценарий основан на стратегии "просачивания", когда меры воздействия концентрируются в находящейся в более благоприятном положении страте, исходя из той посылки, что реализованные в ней положительные результаты в конечном счете окажут пользу для всего общества.

24. Исследование, проведенное в Панаме, благодаря своей нацеленности на этническое разнообразие и анализ проблемы социальной изоляции позволило получить данные анализа социально-экономического неравенства в области здравоохранения, проведенного министерством здравоохранения в 2003 году. Согласно статистике, коренные народы, составляющие 10% нынешнего населения Панамы, представляют собой крайний случай социальной изоляции. Уже скромные изменения политики распределения доходов могли бы привести к реальному улучшению ситуации, прямо затрагивающей систему здравоохранения страны в свете ее прямого воздействия на младенческую смертность, показатели заболеваемости, семейную динамику, размещение производительных сил и, наконец, развитие человеческого потенциала страны. Подчеркивалось, что восемь из

десяти панамцев имеют возможности получения услуг, соответствующих среднему и высокому развитию человека, что указывает на возможность получения значительного выигрыша в плане равенства в сфере здравоохранения при применении стратегий перераспределения с акцентом на гендер и этническую перспективу.

25. Д-р Марианела Корриольс, ПАОЗ-Никарагуа, напомнила, что отсутствие дискриминации по признаку расы и этнического происхождения, пола, гендера, языка и религии - общая основополагающая норма, затрагивающая все аспекты жизни общества, и подчеркнула, что цели развития, поставленные в Декларации тысячелетия, могут быть достигнуты лишь в условиях этнического равенства. Она указала на необходимость проведения комплексной политики в вопросах развития, экономики, окружающей среды, здравоохранения, образования и гендера и подчеркнула необходимость выработки новой политики, новых форм постановки и достижения целей и перехода от сбора фактов к их осмыслению и действиям.

26. Никарагуа - вторая наиболее бедная страна Латинской Америки - осуществляет стратегии борьбы с бедностью и недавно подключилась к инициативе для бедных стран с высокой задолженностью, затрагивающей аспект этничности в связи с политикой в вопросах развития, социальных вопросах и вопросах здравоохранения на двух этапах проводимой политики борьбы с бедностью. Как сообщила выступающая, темы здравоохранения, связанные с вложениями в человеческий капитал, затрагиваются в экспериментальном проекте "телемедицины" на атлантическом побережье и реконструкции некоторых подразделений первичной и вторичной сети здравоохранения. Что касается определяющих факторов, то здесь взаимосвязаны действия в области продовольственной безопасности, водоснабжения и основной санитарии и проекты развития. Недавно правительством разработан Национальный план развития на 2004-2015 годы. В нем проводится принцип равенства в социальной политике как основа улучшения распределения доходов и богатства, достижения гендерного равенства и равенства между этническими группами.

27. Новая усиленная стратегия экономического роста и борьбы с бедностью (НУСЭРББ) разработанная в контексте этого Национального плана развития, ставит задачи в области образования, профессиональной подготовки, трудоустройства, здравоохранения и питания, социальной защиты и предоставления услуг, обеспечения питьевой водой и основной санитарии. Отмечаются существенные улучшения по сравнению с первой стратегией. Оратор подчеркнула, что в рамках политики здравоохранения с мая 2004 года в сфере здравоохранения принимаются особые меры на атлантическом побережье. В рамках этой стратегии ведется работа по достижению целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия (ЦРТ) по показателям младенческой смертности, смертности

матерей, недостаточного питания, ВИЧ/СПИДа, малярии и туберкулеза. Разрабатываются программы расширения охвата, удовлетворения основных потребностей, строительства и реконструкции больниц и улучшения снабжения лекарствами и другими материалами.

D. Секция 4: Рассмотрение передового опыта выявления и устранения неравенства в доступе к здравоохранению

28. Д-р Оскар Бермудес из Коста-Рики представил конкретное исследование о миграции народа нгобе-бугле из Панамы в Коста-Рику для сбора кофе, проанализировав аспекты, по которым эти иммигранты считаются уязвимой группой: бедность, принадлежность к коренному населению, "невидимость" для системы санитарного контроля, низкий уровень состояния здоровья при высокой распространенности инфекционных заболеваний, а также профессиональных болезней, постоянные перемещения, нездоровые условия труда, непризнание и неуважение их культуры. При этом в условиях малых размеров хозяйств в районах сбора кофе возникают трудности с широким развертыванием деятельности по охране здоровья коренных жителей, мигрирующих в период сбора урожая.

29. Он коснулся выработки предложений по этому поводу, отметив следующие аспекты: двунациональный характер (техническое сотрудничество между странами - ТСС), защита и модель удовлетворения конкретных потребностей, реорганизации системы санитарного контроля, обучение медиков в вопросах межкультурного взаимодействия, информирование "получателей", урегулирование статуса занятости и налаживание взаимодействия по обе стороны границы. Наконец, он отметил некоторые из достигнутых успехов: ТСС между Коста-Рикой и Панамой, двусторонний санитарный контроль, подготовку кадров, выработку конкретной модели здравоохранения, разработку аудиовизуальных материалов и борьбу с профессиональными заболеваниями.

30. Д-р Джина Карриони, антрополог из Колумбии, отметила, что 3 февраля 2003 года в Колумбии создано министерство социальной защиты, к которому перешли функции прежнего министерства здравоохранения, и остановилась на программе здравоохранения министерства социальной защиты на 2002-2006 годы, отметив, что среди ее целей значится расширение медицинского обслуживания среди четырех этнических групп, выделяемых в населении Колумбии (коренное население, афроколумбийцы, жители островов и цыгане). Она рассказала о различной деятельности, проводимой министерством социальной защиты, особо выделив разработку плана или дорожной карты по повышению внимания к перемещенным этническим группам, отметив, что в ближайшее время будет начато осуществление экспериментального плана в городе Богота. Наконец, она сообщила о договоренности с ВОЗ, которая включает диагностику санитарной ситуации и выработку направлений действий по расширению социальной

защиты в соответствии с различными моделями оказания помощи с учетом потребностей каждой этнической группы.

31. Д-р Вальклер Рансель, заместитель секретаря по планированию министерства здравоохранения Бразилии, проанализировал проблемы охраны здоровья негритянского населения в сравнении с общей численностью населения Бразилии. Он охарактеризовал принципы единой системы здравоохранения (ЕСЗ) Бразилии: всеобщность, комплексность, равенство, социальное участие и децентрализация. Отмечалась сложность контекста: площадь страны в 8,5 млн. кв. км, социально-экономическая многоукладность, неизжитость в стране болезней, характерных для развивающихся стран, при одновременной необходимости высокой технологии, а также наличие ЕСЗ. Он также упомянул поселения "киломбо", отметив, что по всей стране их насчитывается 743. Он показал карты охвата группами семейного здоровья, действующими уже десять лет.

32. Д-р Александр Падилья, директор департамента охраны здоровья коренного населения министерства здравоохранения, отметил, что общая численность коренного населения Бразилии составляет 411 132 человека, которые живут в 367 муниципалитетах, почти все из которых находятся в Амазонии. На основе принципов ЕСЗ удалось наладить медицинское обслуживание коренного населения, отличающееся от схемы, принятой в ЕСЗ. Так, для коренного населения на территории Бразилии создано 34 специальных санитарных района, которые не связаны с разграничением муниципий или штатов. Он представил некоторые показатели медицинского обслуживания коренного населения: охват вакцинами (в настоящее время - 50-60%), отсутствие данных о состоянии питания, высокая распространенность туберкулеза и малярии, младенческая смертность (МС) (которая, хотя и остается высокой, в последние шесть лет снизилась примерно на 50%, с 97 до 43 на 1 000 живорождений, снижение, которое было больше снижения МС по всей Бразилии). Называлось несколько задач: расширение прав коренного населения на его собственных территориях (сосуществование между системой медицинского обслуживания и традиционной системой, доступность, связь и обратная связь и т.п.), обучение медицинских кадров в вопросах культурных ценностей коренных народов, бюджетный процесс, предусматривающий усиление управления в санитарных районах совместно с ЕСЗ, улучшение показателей здравоохранения и укрепление традиционной медицины.

33. В ходе обсуждения отмечались пограничные проблемы, возможность ведения медицинской статистики с разбивкой по коренным народам; влияние деятельности транснациональных банановых компаний в районе границы между Коста-Рикой и Панамой на проблему сезонной миграции в этой зоне; средства профессиональной подготовки медицинских кадров в этнических вопросах; необходимость создания

министерств по делам этнических групп; необходимость увязки темы гендера с проблематикой коренных народов; возможность связи между системой здравоохранения и политическими требованиями коренных народов; включение этнической принадлежности в число показателей статистики бедности; уделение большего внимания населению африканского происхождения; необходимость особого внимания к афроколумбийцам в свете достижения целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия; необходимость контроля за распределением и использованием ресурсов в общинах африканского происхождения.

34. Ряд участников также подчеркнули, что в некоторых странах региона только НПО работают над этническими вопросами. Подчеркивалась необходимость профессиональной подготовки по вопросам этничности различных групп: медицинских групп, академических кругов и профсоюзов. Также указывалось на необходимость уважения этнических общин при патентовании традиционных лекарств. Предлагалось создать в странах единую систему здравоохранения, которая бы гарантировала коренным народам и населению африканского происхождения оказание помощи и равенство.

Е. Секция 5: Расизм и ВИЧ/СПИД

35. Г-н Эдгар Карраско, генеральный координатор Гражданского действия против СПИДа, в своем выступлении основывался на исследовании по вопросу о расизме и ВИЧ/СПИДе, проведенном Латиноамериканским и карибским советом Организации по проблемам СПИДа (ЛАКСПС); он подчеркнул: неотделимость проблемы ВИЧ/СПИДа среди населения африканского происхождения и коренного населения, то, что в глобальных, региональных и национальных планах борьбы с ВИЧ/СПИДом не учитывается проблематика расизма, ксенофобии и других видов дискриминации, отсутствие политики позитивных действий в интересах коренного населения, нацеленной на предотвращение, контроль и оказание содействия в вопросах ВИЧ/СПИДа, а также явная тенденция социальной изоляции, относимая на счет расизма. В исследовании признается, что организации гражданского общества поддерживают надежду у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Выступающий подчеркнул следующие главные рекомендации исследования: включить эту проблематику в стратегии профилактики, контроля и оказания помощи с привлечением общинных региональных сетей и проектов горизонтального технического сотрудничества, а также выработать решения проблемы неотделимости проблематики расизма и ВИЧ/СПИДа, добиваясь более активного участия общества и содействуя созданию союзов между организациями гражданского общества, работающими с населением африканского происхождения и коренными народами и организациями, работающими с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом.

36. Д-р Маруэль Чавес из Национального автономного университета Гондураса в свою очередь подчеркнул масштабы усилий по координации, предпринятых после того, как в 1998 году на страну обрушился ураган "Митч", благодаря которым была выработана стратегия борьбы с бедностью на период 1999-2021 годов, в которую включена ЦРТ 6 по ВИЧ/СПИДу, а также сделан акцент на развертывании широкого социального процесса, учитывающего масштабы институциональной и социальной катастрофы, которые в настоящее время приобрела в стране проблема ВИЧ/СПИДа. Представителю народа гарифуна и члену Координационного совета негритянских женщин было предложено представить работу по профилактике ВИЧ/СПИДа среди гарифуна; она подчеркнула, что эта борьба ведется уже десять лет, отметив проявление огромного неравенства при распределении ресурсов Национальной программы профилактики, контроля и содействия в вопросах ВИЧ/СПИДа среди населения гарифуна.

37. Представитель Национальной программы по СПИДу Бразилии сообщил, что недавно в результате мобилизации ряда институтов гражданского общества тема расизма была включена в повестку дня Национальной программы. Поскольку признается, что некоторые группы не получают помощи, необходимо уделять больше внимания вопросам сексуального и этнического разнообразия в контексте защиты прав человека. Тенденции пауперизации и феминизации эпидемии ВИЧ/СПИДа в Бразилии показывают, что негритянское население находится в неблагоприятном социальном положении в том, что касается действий по борьбе с эпидемией. В этой связи выделяется цель снижения воздействия социальной, личной и программной уязвимости лиц, подверженных инфекции ВИЧ/СПИДа. Вопрос расизма и ВИЧ/СПИДа рассматривается как тема прав человека, охватывающая следующие элементы: социальная интеграция, преодоление стигматизации и дискриминации, уважение различий и разнообразия, участие гражданского общества в принятии решений на всех уровнях и всеобщий и бесплатный доступ к антиретровирусной терапии. В качестве главной проблемы политики прав человека и ВИЧ/СПИДа признается расширение принципа права на здоровье как главного права по отношению к прочим правам.

Ф. Секция 6: Мобилизация сектора здравоохранения для того, чтобы при осуществлении целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия, особое внимание уделялось жертвам расизма

38. Коснувшись вопроса о расширении расового равенства в вопросах социальной политики, д-р Мария Инес Барбоса (ССПРР) в своем выступлении, посвященном анализу развития этнических/расовых тем последнего десятилетия, проследила главные успехи, достигнутые за почти десять лет афробразильским движением, кульминацией которых стало проведение в столице страны встреч по различным темам, итоги которых были

представлены тогдашнему президенту Кардосу. В этой связи был проведен "круглый стол" по здравоохранению, на котором был поставлен ряд вопросов, в том числе учет расы/цвета кожи в статистике здравоохранения. В 2004 году был создан ССПРР, и с этого момента проводится расширение деятельности во всех сферах государства. В этой связи отмечается существенное продвижение министерства здравоохранения в вопросах выработки плана улучшения медицинского обслуживания афробразильского населения. Можно отметить ряд успехов за 2004 год: дезагрерирование данных, решение о котором было принято еще в 1996 году, начинает осуществляться одновременно с процессом кодификации и анализа, на основе чего будет подготовлен доклад министерства здравоохранения, в котором будут помещены разукрупненные данные. Другая важная область работы ССПРР - работа с поселениями "киломбо" в целях предоставления гражданских прав населению, в силу исторических причин оказавшемуся в условиях отсталости. Сегодня на основе достигнутых успехов осуществляется программа действий по медицинскому обслуживанию афробразильцев, в которой принята новая парадигма, учитывающая работу по расширению прав и позволяющая устранить барьеры, созданные дискриминацией. Цели тысячелетия дают для этого еще одну возможность решения реальных проблем здравоохранения этнических общин.

Г. Секция 7: Организации гражданского общества в области расизма и уязвимых групп - мобилизация и осуществление целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия

39. Д-р Химена Авельянеда, группа женской статистики "Росарио кастельянос" (Мексика), рассказала о роли гражданского общества в осуществлении ЦРТ. Она коснулась возникновения и развития НПО и движений гражданского общества в целях поощрения развития в контексте обострения социальных проблем и в тесном контакте с группами населения, в наибольшей степени затрагиваемыми проявлениями неравенства, такими, как отсутствие доступа к медицинскому обслуживанию, низкое качество услуг и квалификация работников, недостаточная чуткость к вопросам культуры и недостаточно действенное участие в процессах управления здравоохранением. Она подчеркнула, что ЦРТ затрагиваются в действиях НПО, которые разрабатывают новаторские стратегии использования средств. В качестве примера полезного опыта, полученного в ее организации, она назвала создание фонда стипендий для молодых женщин из числа коренного населения. Наконец, она остановилась на проблемах материнской смертности и насилия и призвала к созданию центров межсекторального взаимодействия и обмена опытом, использования усилий НПО и мобилизации больших ресурсов.

40. Д-р Лус Марина Вега, врач, координатор традиционной медицины кантонального совета Котакачи (Эквадор), рассказала об опыте муниципии Котакачи в ее

географическом и социально-экономическом контексте, подчеркнув, что впервые за 124 года существования этого кантона его теперь возглавляет алькальд - представитель коренного населения, чья система управления имеет тысячелетнюю историю, а в настоящее время находит свое выражение в механизмах координации и демократических действий. Она признала важное значение нормативно-правовой базы и возможности использования уже действующих юридических норм. Она подчеркнула, что гражданское общество может и должно привлекаться местными органами власти при принятии теми своих решений. В муниципии реализуется модель совместного управления, и эта политика охватывает такие темы, как качество жизни, общинное развитие и участие граждан. Сохранение культуры требует не только ее возрождения, но и отражения межкультурного подхода в политике государства. В вопросах информации рекомендовалось распространять позитивные показатели здравоохранения и пропагандировать определяющие факторы успеха.

41. Г-н Фернандо Мурильо, представитель ассоциации "Афроамерика XXI" (Колумбия), отметил возможности обсуждения проблем, затрагивающих население африканского происхождения. Успехом следует считать то, что они рассматриваются уже не как уязвимые группы, а как этнические группы, а сценарий на период после Дурбанской конференции начинает включать тему стран с населением африканского происхождения. Была признана важность того, чтобы ПАОЗ полностью учитывала этот момент в своей программе работы. Теперь необходимо, чтобы рассмотрение этих тем вело к реальному улучшению условий жизни, продолжению работы в сетях и активизации намеченной деятельности.

42. В своих замечаниях участники отметили, что необходимо профессиональное обучение в вопросах гражданского участия, а также разработка планов участия населения в принятии решения. Один из участников задал вопрос о моделях функционирования союзов между гражданским обществом, государственными ведомствами и неправительственными организациями. В этой связи другой участник представил свои соображения о работе в рамках союзов и сетей. Участники дискуссии пришли к единому мнению о необходимости институционализации участия гражданского общества. Кроме того, была проанализирована важность переговоров с донорами и другими организациями в целях пересмотра предложений, которые обычно выдвигаются в интересах усиления межкультурной нацеленности.

Н. Секция 8: Позиция международных финансовых учреждений и системы Организации Объединенных Наций в отношении выявления и устранения неравенства в доступе к здравоохранению

43. Г-жа Елена Оливейра, ЮНИСЕФ, обратила внимание на проблемы негритянских детей и подростков в контексте неравенства в доступе к здравоохранению, уделив особое внимание проблемам бразильских детей в связи с такими факторами, как бедность и ее влияние на развитие детей. Она рассказала о том, как ЮНИСЕФ работает над достижением целей тысячелетия в координации с другими учреждениями Организации Объединенных Наций, ставя в качестве главной задачи уменьшение неравенства.

44. Г-н Дива де Медейрас, ПРООН, положительно охарактеризовал усилия Бразилии по достижению ЦРТ и подчеркнул важное значение этнического/расового аспекта для достижения этих целей. Он отметил, что разукрупнение и анализ данных о населении Бразилии в разрезе его этнической структуры лишней раз показывают, что эти цели могут быть достигнуты среди белого населения, но не среди негритянского и коренного населения, а также отметил, что создания государственных органов поощрению расового равенства окажется недостаточным.

45. Участники отметили, что в работе совещания не принимают участия финансовые учреждения; они подчеркнули, что межучрежденческая координация исключительно важна для выработки решений по ряду стран региона. Один из участников отметил, что в статистической части докладов не просматривается положения коренных народов. Другой участник задал вопрос, как видится связь между ЦРТ и международными и национальными правозащитными программами.

46. Ответы были призваны пояснить стратегию координации, разрабатываемой ЮНИСЕФ, и работу по конкретным темам, которая ведется в рамках системы Организации Объединенных Наций. По поводу того, что не просматривается положение коренных народов, пояснялось, что, как и в случае данных, представленных по населению африканского происхождения, тот же анализ проводится и по данным о коренном населении, которые также отражаются в последствиях дискриминации в области здравоохранения. ПРООН объяснила отсутствие представителей Всемирного банка непредвиденными обстоятельствами, указав, что интерес к этой теме имеется. Ведущий отметил, что серьезный урок совещания заключается в том, что ничто не может заменить политической воли каждого жителя стран решать свои собственные проблемы.

II. ВЫВОДЫ

47. На заключительном заседании были приняты 22 рекомендации, распространенные среди участников. Г-жа Матильда Рибейро, руководитель Специального секретариата по содействию политике расового равенства в Бразилии (ССПРР), выступила с заключительным словом.

48. В общем плане рабочее совещание послужило следующим целям: а) выявление препятствий, создаваемых расизмом, расовой дискриминацией, ксенофобией и связанной с ними нетерпимостью, для достижения целей развития 4, 5 и 6, поставленных в Декларации тысячелетия, в Латиноамериканском и Карибском регионе, б) выявление препятствий для осуществления соответствующих обязательств, содержащихся в Дурбанской декларации и программе действий, в) содействие дискуссиям между директивными органами, руководителями общин, жертвами расизма и экспертами-медиками по стратегиям достижения целей развития тысячелетия и рекомендаций, содержащихся в Дурбанской декларации и программе действий, г) выявление и обмен передовым опытом Латиноамериканских и Карибских стран путем интеграции прав человека и принципа недискриминации, в частности, в процесс развития и осуществления политики здравоохранения, и, наконец, е) представление комплекса рекомендаций, в которых намечена определенная стратегия интеграции принципа недискриминации в инициативы, направленные на достижение целей развития тысячелетия в отношении права на здоровье.

III. РЕКОМЕНДАЦИИ

49. Настоящий документ стал результатом оценки, проведенной участниками рабочего совещания, и учитывает соответствующие положения Декларации тысячелетия (2000 года) и Дурбанской декларации и программы действий (2001 года). Участники выработали следующие рекомендации:

а) государствам следует разработать секторальную политику, стратегии и планы финансирования, предусматривающие уменьшение разрыва, вызванного неравенством в области здравоохранения, при уделении особого внимания жертвам расизма и других форм дискриминации. Государствам следует также гарантировать географический доступ жертв дискриминации, живущих в отдаленных районах, прежде всего в целях снижения младенческой смертности;

b) государствам следует разрабатывать региональные модели здравоохранения, предусматривающие участие "жертв дискриминации", в целях выработки стратегий организации и оказания медицинских услуг, учитывающих их потребности и предполагающих возможности оказания помощи в сфере физического, психического и экологического здоровья;

c) государствам следует привнести антидискриминационную направленность в политику и программы здравоохранения, прежде всего при подготовке и обучении специалистов-медиков, чтобы те осознавали и демонстрировали чуткость по отношению к вопросам расы, этничности и культуры;

d) государствам следует активизировать сотрудничество и международную техническую помощь, а также союзы на национальном, региональном и международном уровне в целях оказания помощи развивающимся странам в расширении на первоочередной основе антидискриминационных и антирасистских мер, действий, политики и программ в своих системах здравоохранения, в том числе в рамках своих стратегий борьбы с бедностью;

e) государствам следует мобилизовать ресурсы и активизировать усилия, призванные гарантировать доступ к лекарствам, включая качественные воспроизведенные лекарственные препараты для лечения от ВИЧ/СПИДа, а также готовить специалистов-медиков и приводить медицинскую инфраструктуру в соответствие с предъявляемыми требованиями в целях снижения смертности, прежде всего среди жертв дискриминации;

f) государствам следует включать в свои национальные планы в области прав человека позитивные действия и системы временных квот, призванные преодолеть недопредставленность жертв дискриминации, предлагая им равные возможности участия в отправлении правосудия, политике, образовании, медицинском обслуживании и занятости и во всех других услугах, будь то государственные или частные;

g) государствам следует поддерживать разработку надежных данных, разукрупненных по признаку расы, пола и социально-экономическим аспектам, связанным с состоянием здравоохранения и медицинского обслуживания жертв дискриминации. Сбор таких данных должен вестись для разработки и осуществления политики и программ. Эта информация должна собираться с согласия самих лиц, которые должны ее предоставить;

h) государствам следует предложить ПАОЗ подготовить в конце 2005 года в странах региона национальные исследования по вопросам состояния здравоохранения

среди населения африканского происхождения, коренного населения, женщин, беженцев-мигрантов, лиц, перемещенных внутри страны, лиц с инвалидностью, престарелых, молодежи и детей;

i) правительствам стран региона ПАОЗ в сотрудничестве с организациями афролатиноамериканских общин и коренного населения следует выработать стратегию включения в статистические системы здравоохранения параметра этнического/расового происхождения и гендера, которая должна предусматривать, в частности, следующие этапы:

- процесс региональных дискуссий и профессиональной подготовки, ориентированный на делегатов организаций афролатиноамериканцев, коренных жителей и других этнических групп по разработке и применению процесса сбора разукрупненных данных;
- по этническим характеристикам который должен быть готов до октября 2005 года;
- проведение исследования о состоянии здоровья населения африканского происхождения и коренного населения в Латинской Америке и Карибском бассейне в качестве первого шага к формированию эпидемиологии афролатиноамериканских общин, коренных народов и других этнических групп. Это исследование должно быть составлено ПАОЗ, министерствами здравоохранения каждой из стран региона и соответствующими организациями гражданского общества. Такое исследование необходимо представить в декабре 2005 года;

j) правительствам стран региона, ПАОЗ и Управлению Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ) следует признать традиционную медицину как законную практику афролатиноамериканских общин и коренных народов, которая содействует и способствует доступу к здравоохранению; государства должны обеспечивать исследования и медицинское обслуживание, а также то, чтобы их программы учитывали традиционные знания и реализовывались в эффективной клинической практике, вследствие чего необходимо включить ее в процесс управления здравоохранения в различных странах с целью обеспечения соответствия с различными нынешними моделями здравоохранения. Равным образом правительствам стран региона, ПАОЗ и УВКПЧ необходимо гарантировать сохранение права интеллектуальной собственности на традиционные медицинские знания общин, которые ими обладают, и

поддержать действия различных региональных и местных сетей и союзов афролатиноамериканских общин, коренных народов и других этнических групп;

k) правительствам стран региона в сотрудничестве с ПАОЗ и Организацией Объединенных Наций следует взять на себя обязательство вести борьбу с "забытыми" заболеваниями, такими, как болезнь Гансена, малярия, лейшманиоз; болезнями, которые в наибольшей степени затрагивают этнические группы - серповидная анемия, сердечно-сосудистые заболевания и диабет; заболеваниями, опасность которых возникла вновь - холера, корь, малярия, лихорадка денге и желтая лихорадка; а также решать проблемы психического здоровья, связанные с дискриминацией. Государствам следует оказывать финансовое содействие исследованиям и разработкам по программам борьбы с ними;

l) правительствам, ПАОЗ и ЮНЭЙДС в своей деятельности следует делать упор на поощрение и профилактике в вопросах сексуального репродуктивного здоровья и ВИЧ/СПИД/БППП на основе осуществления программ, разработанных при участии афролатиноамериканских общин и коренных народов, которые руководствуются своими древними обычаями;

m) правительствам стран региона следует уделять особое внимание состоянию здоровья групп мигрантов и перемещенных лиц, уделяя особое внимание обеспечению репродуктивного здоровья женщин-мигрантов, перемещенных лиц и беженцев, обеспечивая их социальную защищенность, а также держать под особым контролем положение лиц, перемещенных внутри страны, в Колумбии и Гаити.

n) министрам здравоохранения стран региона следует создать подразделения и/или программы, которым было бы поручено расширить этнический охват политики и программ здравоохранения, нацеленных на афролатиноамериканские общины, коренные народы и другие этнические группы, и гарантировать функционирование форумов диалога/координации в вопросах здравоохранения для населения африканского происхождения и коренного населения в странах, в которых они существуют, а также создавать их в тех странах, где их не имеется, опираясь при этом на прямое содействие организаций гражданского общества и ПАОЗ;

o) министрам здравоохранения стран региона и ПАОЗ следует взять обязательство разработать и тиражировать программы передового опыта здравоохранения, связанные с учетом аспекта разнообразия при управлении ресурсами здравоохранения, прежде всего удвоить усилия по разработке программ и мероприятий, нацеленных на афролатиноамериканские общины и другие этнические группы, с тем

чтобы обеспечить достижение результатов и выполнение дурбанских рекомендаций в сфере здравоохранения;

p) ПАОЗ и УВКПЧ, другим компетентным международным организациям и правительствам стран региона следует наладить процесс информирования и выработки национальных соглашений с министрами здравоохранения и представителями стран в ПАОЗ в вопросах, имеющих важность с точки зрения проведения деятельности с учетом культурных, социально-экономических, политических и религиозных особенностей афролатиноамериканских общин коренных народов и других этнических групп в качестве одного из основополагающих шагов по достижению целей тысячелетия (ЦРТ). Этот процесс следует развивать на протяжении 2005 года;

q) УВКПЧ и ПАОЗ следует обеспечить присутствие темы здоровья и этничности на мероприятиях, посвященных осуществлению решений Дурбанской конференции (Сантьяго+5), включая эту тему в число приоритетов повестки дня и содействуя участию делегаций организаций афролатиноамериканских общин и коренных народов, входящих в состав соответствующих сетей и союзов, имеющих на континенте;

r) ПАОЗ с привлечением группы по гендеру, этничности и здоровью за период двух лет следует разработать программы подготовки и обучения своих сотрудников для создания основ подготовки мероприятий и осуществления программ, ориентированных на афролатиноамериканские общины, коренные народы и другие этнические группы, принимая во внимание традиционные и культурные знания;

s) Межправительственной рабочей группе по эффективному осуществлению Дурбанской декларации и Программы действий и Рабочей группе экспертов по лицам африканского происхождения Комиссии по правам человека Организации Объединенных Наций следует рассмотреть рекомендации этого регионального рабочего совещания и разработать на своих следующих рабочих сессиях в этой связи конкретные предложения;

t) ПАОЗ и другим соответствующим международным организациям следует продвигать и реализовывать деятельность, которая бы позволяла признавать последствия расизма, расовой дискриминации, ксенофобии и связанных с ними форм нетерпимости в качестве важных социальных факторов состояния физического и психического здоровья, включая пандемию ВИЧ/СПИДа, и для этого разрабатывать конкретные проекты, в частности исследований, чтобы жертвы расизма и других форм дискриминации имели доступ к равным системам здравоохранения;

u) в рамках стратегического плана на 2003-2007 годы ПАОЗ следует сотрудничать со странами в целях определения тех групп, подвергающихся неравенству в вопросах здравоохранения или в доступе к медицинскому обслуживанию, уделяя в своих инициативах основное внимание жертвам расизма и других форм дискриминации;

v) участники согласны с необходимостью расширения сотрудничества, создания ассоциаций и регулярных консультаций с организациями гражданского общества в целях использования их опыта и знаний для выработки законов, политики и программ, нацеленных на искоренение всех проявлений расизма.

ANNEXES

Annex I

AGENDA

1. Opening of the workshop.
2. Adoption of the agenda, election of Chairperson-Rapporteur.
3. Panel 1: Human Rights and the Millennium Development Goals - toward an international framework to define an agenda to reduce health inequalities.
4. Panel 2: Access to health and the impact of discrimination based on race, colour, descent, national and ethnic origin.
5. Panel 3: Gains to be expected if the Millennium Development Goals are achieved within an ethnic framework - Is there a need for new policy design?
6. Panel 4: Consideration of good practices for identifying and addressing inequalities in access to health.
7. Panel 5: Racism and HIV/AIDS.
8. Panel 6: Health sector mobilization for the implementation of the Millennium Development Goals' focus on victims of racism.
9. Panel 7: Civil society organizations in the field of racism and vulnerable groups - mobilization for the implementation of the Millennium Development Goals.
10. Panel 8: Perspective of the international financial institutions and the United Nations system as regards identifying and addressing inequalities in access to health.
11. Adoption of recommendations and closing of the workshop.

Annex II

LIST OF PARTICIPANTS

Panellists

Ms. Ximena Avellaneda, Grupo de Estudios sobre la mujer “Rosario Castellanos” de México

Ms. Maria Inés Barbosa, Chief of Staff of the Special Secretariat for the Promotion of Racial Equality Policies (SEPPIR), Brazil

Mr. Oscar Bermúdez, Director de Área, Región Huetar Atlántica, Ministerio de la Salud, Costa Rica

Mr. Edgar Carrasco, Coordinador General de Acción Ciudadana contra el SIDA (LACCSO)

Ms. Gina Carrioni, antropóloga, Colombia

Mr. Paulo Carvalho, Ministry of Health, Brazil

Mr. Manuel Chávez, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Ms. Marianela Corriols, OPS Nicaragua

Mr. Diva de Medeiros, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Mr. Federico Hernandez Pimentel, Pan-American Health Organization (PAHO) Guatemala

Mr. Gustavo Makanaky, Colombia

Mr. Miguel Malo, Coordinator of Health Promotion, PAHO Brazil

Ambassador Juan Antonio Martabit, Permanent Representative of Chile to the United Nations Office at Geneva

Mr. Oscar J. Mujica, Unidad de Políticas y Estrategias Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), Washington D.C.

Mr. Fernando Murillo, Asociación Afroamerica XXI, Colombia

Ms. Elena Oliveira, UNICEF

Ms. Fátima Oliveira, Profesora, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Mr. Alexandre Padilha, Director del Departamento de Salud Indígena (DESAI) Ministerio de la Salud, Brasil

Mr. Valcler Rancel, Subsecretario de Planning del Ministerio de la Salud, Brasil

Ms. Matilda Ribeiro, Minister, Chief of the Special Secretariat for the Promotion of Racial Equality Policies in Brazil (SEPPIR)

Mr. Pierre Sob, Representative of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

Ms. Cristina Torres Parodi, Regional Adviser, Gender, Ethnicity and Health Unit, PAHO/WHO

Ms. Luz Marina Vega, médica, Coordinadora de Medicina Tradicional del Consejo Cantonal de Cotacachi, Ecuador

States Members of the United Nations

Bolivia; Bahamas; Barbados; Brazil; Chile; Dominican Republic; El Salvador; Guatemala; Haiti; Honduras; Jamaica; Mexico; Nicaragua; Suriname; Trinidad and Tobago.

United Nations bodies and specialized agencies

Pan-American Health Organization (PAHO), United Nations Development Programme (UNDP), Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), United Nations Children's Fund (UNICEF).

Non-governmental organizations

Alianza Estratégica de Afro descendientes de Latinoamérica y el Caribe; Enlace de Mujeres Negras de Honduras; Centro de desarrollo de la Mujer Negra Peruana (CEDEMUNEP); Movimiento Cultural Saya Afro-boliviano; Afro América XXI.

Observers

Asociación de la Juventud Indígena Argentina; Rights of Children, Guyana.

Annex III

LIST OF DOCUMENTS

<i>Symbol</i>	<i>Title</i>
HR/LAC/SEM/RAC/2004/1	Provisional agenda
HR/LAC/SEM/RAC/2004/2	Information not
