

淺談原住民族之健康人權保障

吳全峰*

目 次

壹、前 言	三、藥物近用保障之不足
貳、原住民族與健康人權	四、生命倫理之挑戰
一、健康概念之差異	參、結 論
二、健康不平等之內化	

壹、前 言

原住民族之權利保障雖然在人權架構發展之早期較少受到關注，但近期已廣泛在不同國際人權規約中具體呈現。如在《2012年全球少數族群與原住民現狀（State of the World's Minorities and Indigenous Peoples 2012）》報告中¹，便認為原住民族權利保障雖然在二次世界大戰後，僅有1957年之國際勞工組織（International Labour Organization, ILO）第107號關於獨立國家境內原住民族與其他部落、半部落民族之保護與整合公約（ILO Convention No. 107 Concerning the Protection and Integration of Indigenous and other Tribal and Semi-Tribal Populations in Independent

* 中央研究院法律學研究所副研究員。

¹ Carla Clarke, *Strategies of resistance: testing the limits of the law*, in STATE OF THE WORLD'S MINORITIES AND INDIGENOUS PEOPLES 2012, at 22, 22-35 (Minority Rights Group ed., 2012), https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/CZE/INT_CCPR_NGO_CZE_14410_E.pdf.

穩定網址：<http://publication.iias.sinica.edu.tw/72118012.pdf>。



Countries, ILO第107號公約)²具體承認原住民族對傳統領域之集體權利，並在1989年之ILO第169號關於獨立國家境內原住民族與部落民族公約(ILO Convention No. 169 Concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries, ILO第169號公約)³中逐步擴張原住民權利之內容，注意到原住民族在制度、文化、宗教、生活、社會發展等領域之獨特、固有特色，且具體在權利架構上保障原住民族社群能自主地延續其差異特色(如第7(1)條便主張原住民族有權利決定其在發展進程中之優先事項，因為這些發展有可能對原住民族之生活、信仰、制度、傳統領域與精神層面之安適狀態產生影響)。

原住民族權利保障逐漸受到重視之概念，亦逐漸被聯合國(United Nations, UN)人權保障體系所採納，如1994年聯合國人權事務委員會(UN Human Rights Committee, HRC)在針對公民與政治權利公約(International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR)第27條(少數族群／團體權利保障)所提出之第23號一般意見書(CCPR General Comment No. 23)⁴中，便明確將原住民族之權利保障標示出來，並表達「文化本身以多種形式表現，包括與土地資源使用有聯繫之特定生活方式，原住民情況尤然」，而國家需要採取積極法律保障措施與確保族群成員確實參與與其有關之政策決定，以保障文化權之行使(第7段)。另如1997年消除種族歧視委員會(Commission on the Elimination of Racial Discrimination, CERD)所提出之第23號一般建議書(CERD General Recommendation No. 23)⁵便要求各國應承認與尊重原住民族獨特之文化、歷史、語言與生活方式，且除確保其尊嚴與平等(尤其是不受基於原住民族身份之歧視)，並應提供符合其文化特徵之

² ILO, Convention (No. 107) concerning Indigenous and Tribal Populations Convention, June 26, 1957, 328 U.N.T.S. 247.

³ ILO, Convention (No. 169) concerning Indigenous and Tribal Peoples Convention, June 27, 1989, 1650 U.N.T.S. 383.

⁴ Human Rights Committee, *General Comment No. 23: The rights of minorities (Art. 27)*, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev. 1/Add. 5 (Apr. 8, 1994).

⁵ CERD, *General Recommendation No. 23: On the Rights of Indigenous Peoples*, U.N. Doc. A/52/18 (1997).

經濟與社會可持續發展條件，同時承認並保護原住民族擁有、開發、控制與利用其土地、領域與資源（第7段）；2009年經濟社會文化權利委員會（Committee on Economic, Social and Cultural Rights, CESCR）於第21號意見書（CESCR General Comment No. 21）⁶中，就經濟社會文化權利公約（International Covenant on Economic, Social and Culture, ICESCR）第15(1)(a)條有關文化權保障之解釋中，亦強調原住民族文化生活之強烈族群性對於其生存、福祉與充分發展是不可或缺的，並包括對於其歷來擁有、占有或以其他方式使用或獲得之土地、領域與資源之權利，而國家若未經原住民族知情同意而以其他方式居住或使用原住民族土地或領域，則應採取步驟歸還（第36段）。

聯合國原住民族權利宣言（UN Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, UNDRIP）⁷則標示著原住民族權利保障之規範化發展成果，其內容除包括ILO第169號公約與聯合國人權事務委員會所作成之各項決議外，亦重新定義並確認原住民族與主權國家間之政治、經濟與文化關係⁸，並承認原住民族集體權為殖民統治下恢復原住民族歷史正義與主張現代人權之重要立論依據⁹。雖然UNDRIP並不具備法律約束力，但其所具體承認原住民族應享有之權利，包括自治與參與國家事務之權利、作為異文化族群之生存權、信仰與文化認同權、教育／資訊與勞動權、發展權、土地與資源權、執行自決與組織之權利等¹⁰，仍某種程度發揮道德拘束與政治影響，並在權利設計上考量原住民族之特殊性，思考應否賦予原住民族不同於傳統人權體系之權利保障內涵。

⁶ CESCR, *General Comment No. 21: Right of everyone to take part in cultural life (art. 15, para. 1 (a), of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, U.N. Doc. E/C.21/GC/21 (Dec. 21, 2009).

⁷ G.A. Res. 61/295, U.N. Declaration on the Rights of Indigenous Peoples (Oct. 2, 2007).

⁸ Awi Mona (蔡志偉)，聯合國中的原住民族國際人權，台灣國際研究季刊，4卷2期，頁86（2008年）。

⁹ Anna Cowan, *UNDRIP and the Intervention: Indigenous Self-Determination, Participation, and Racial Discrimination in the Northern Territory of Australia*, 22(2) WASHINGTON INT'L L.J. 247, 255 (2013).

¹⁰ 李永然、黃介南，論《原住民族基本法》與原住民族之人權保障，律師雜誌，337期，頁80（2007年）。

原住民族健康人權之內涵雖然在UNDRIP中有所闡述，但討論卻相對有限；尤其對比於原住民族在文化與生活層面中豐富且多元之傳統治療方式與藥用植物使用，原住民族健康人權與一般健康人權之差異性往往被忽略。故本文將從健康人權（right to health）之角度出發，除檢視健康人權之概念套用在全體人類與原住民族上是否可能出現差異外，亦進一步探討原住民族健康人權保障於規範與實踐層面之不足之處。

貳、原住民族與健康人權

國際人權與健康事務（包括健康與健康照護）間之密切關聯性¹¹，在許多國際人權文獻中已有具體之規範與實踐，亦成為國際人權法上重要之內容；如世界人權宣言（Universal Declaration of Human Rights, UDHR）第25條、世界衛生組織憲章（Constitution of the World Health Organization）前言、ICESCR第12條、消除對婦女一切形式歧視公約（Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW）第12條、兒童權利公約（Convention on the Rights of the Child, CRC）第24條、身心障礙者權利公約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD）第25條等。而健康人權內涵經不同國際文件之擴充，亦從傳統受益權（positive rights）中之物質性給付與服務（泛指民眾有獲得充分之保健服務與醫療照護之權利，以保障可達到最高水準之健康狀態與符合人性尊嚴之生活），加入防禦權（negative rights）與程序性權利（rights to due process）之概念¹²，如CESCR第14號意見書（CESCR General Comment No. 14）¹³第8段便規範民眾有要求保障其健康狀態有自主決定且不受干預、侵害之權利，第

¹¹ 健康人權之具體內涵可參見吳全峰、黃文鴻，論醫療人權之發展與權利體系，月旦法學雜誌，148期，頁140-156（2007年）。

¹² Stephen P. Stich, *The Many Rights to Health and Health Care*, in RIGHTS AND RESPONSIBILITIES IN MODERN MEDICINE 15, 15-30 (Marc D. Basson ed., 1981); UNDP, HUMAN DEVELOPMENT REPORT 2000: HUMAN RIGHTS AND HUMAN DEVELOPMENT 93 (2000).

¹³ CESCR, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (Aug. 11, 2000).

43(f)段則主張保障民眾參與醫療政策制定之權利。

而原住民族之健康人權則明載於ILO第169號公約與UNDRIP，如ILO第169號公約第7(2)條便主張原住民族之生活與工作條件、健康與教育水準之提升應成為整體經濟發展計畫之優先事項，且應納入原住民族之參與與合作；而UNDRIP也納入原住民族之一般健康人權（第7條、第21條）、就其健康可能產生影響之政策有參與與制定之權利（第23條），並要求各國應負擔義務監測、保持和恢復原住民族健康之方案應適當執行（第29(3)條）。此外，UNDRIP第24條進一步規定原住民族有權使用其傳統醫藥並保持固有之保健方法（包括保護原住民族必需之藥用植物、動物和礦物），且有權不受任何歧視地享用所有社會與保健服務，以確保原住民族享有可達到最高生理與心理健康水準之平等權利。進一步，UNDRIP第31條表明原住民族有權保持、掌管、保護和發展其文化遺產、傳統知識和傳統文化體現方式，與其科學、技術和文化表現形式，包括人類和遺傳資源與醫藥知識；生態多樣性公約（Convention on Biological Diversity, CBD）¹⁴名古屋議定書（Nagoya Protocol）¹⁵同樣針對原住民遺傳資源（genetic resources）之取得與使用，要求國家除應採取適當措施以確保於原住民族之事前告知同意並有其參與外，亦應採取立法、行政或政策措施，以確保該遺傳資源使用所得之利益需依據雙方同意條件得以公平均享¹⁶。

一、健康概念之差異

雖然一般健康人權之概念與原住民族之健康人權概念，在體系與架構上看來十分類似，可能均以WHO憲章所強調之生理、心理、社會安適狀態（而非單指疾病之排除）作為終極目標；但相較於傳統健康人權以個人、生物醫學模式（biomedical model）為基礎之發展模式，原住民族

¹⁴ The Convention on Biological Diversity, June 5, 1992, 1760 U.N.T.S. 79.

¹⁵ Nagoya Protocol on Access to Genetic Resources and the Fair and Equitable Sharing of Benefits Arising from their Utilization to the Convention on Biological Diversity, Oct. 29, 2010, UNEP/CBD/COP/DEC/X/1.

¹⁶ 參見施文真，淺談「生物多樣性公約遺傳資源取得利益公平分享之名古屋議定書」，農政與農情，228期（2011年）。

卻可能認為健康並非單純僅與個人相關之概念，而是與族群發展、環境生態系統息息相關，且包含心靈元素在內之整合概念¹⁷，故傳統人權架構透過個體疾病與死亡率之統計數據來評估健康人權保障之方式（如 ICESCR 第 12(2)(a) 條便以減低死產率及嬰兒死亡率作為國家達成健康人權保障之必要措施），是否適合直接套用在原住民族之健康人權保障上，便可能產生爭議¹⁸。

研究便發現，因原住民族對健康之內涵有不同於其他多數族群之概念與價值，千禧年發展目標（Millennium Development Goals, MDGs）所採用之健康評估標準便可能不適用於評估原住民族之健康人權保障¹⁹。尤其相關人權公約多強調原住民族之文化往往以獨特之形式呈現，包括與土地或生態有聯繫之特定生活方式，應該受到尊重（參考 CCPR General Comment No. 23），而對健康價值之判斷與文化發展兼具有不可切割之緊密關聯性²⁰，其差異特色自然也應受到尊重，國家甚至應進一步保障原住民族自主延續該差異特色之權利。進一步，由於原住民族傳統醫藥與文化習俗往往緊密交織，使得傳統治療經驗成為原住民族在文化上根深蒂固之經驗展現，故傳統醫藥也不可避免地成為原住民族初級健康照護（primary healthcare）之重要基礎²¹，甚至與文化、制度與

¹⁷ Clive Nettleton, Dora A. Napolitano & Carolyn Stephens, *An Overview of Current Knowledge of the Social Determinants of Indigenous Health* 4-5 (World Health Organization Commission on Social Determinants of Health Working Paper, 2007), <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/6662/1/An%20Overview%20of%20Current%20Knowledge%20of%20the%20Social%20Determinants%20of%20Indigenous%20Health%20Working%20Paper.pdf>.

¹⁸ Corinne Lennox & Carolyn Stephens, *Realizing the Right to Health for Minorities and Indigenous Peoples*, MINORITY RIGHTS GROUP INTERNATIONAL BRIEF 1 (2013), https://www.researchgate.net/profile/Carolyn-Stephens-4/publication/257067105_Realizing_the_Right_to_Health_for_Minorities_and_Indigenous_Peoples/links/00463524478002ad47000000/Realizing-the-Right-to-Health-for-Minorities-and-Indigenous-Peoples.pdf.

¹⁹ *Id.*

²⁰ 吳全峰，健康照護資源分配之界線——兼論醫療科技發展下健康照護資源分配之變與不變，收於：邱文聰編，2009科技發展與法律規範雙年刊——科技管制、學術研究自由與多元民主價值，頁310-311、353-354（2010年）。

²¹ See H. Mahler, *Foreword*, in *TRADITIONAL MEDICINE AND HEALTH CARE COVERAGE: A READER FOR HEALTH ADMINISTRATORS AND PRACTITIONERS* 7 (Robert H. Bannerman et al.

原住民族自決權（self-determination right）產生鏈結²²。也因此，CESCR第14號一般意見書第27段便要求原住民族應有權享受在文化上適當之具體健康照護措施（包括傳統醫學與保健方法，及原住民族健康所必需之重要醫用植物、動物與礦物），以改善其近用健康照護服務之條件；CESCR並同時認識到原住民族之個人健康常與族群健康緊密連結，故社會或經濟發展活動若違反原住民族意願迫使其離開傳統土地與環境、或剝奪特殊營養來源，將對其健康產生負面影響。另如聯合國原住民權利特別報告員（UN Special Rapporteurs on the situation of human rights and fundamental freedoms of indigenous peoples）在相關報告中便明確指出國家應加強理解與尊重原住民傳統醫療，並重視這些傳統醫療為原住民族所持續使用，但很大程度上被排除在政府健康照護體系外所產生之健康人權挑戰²³，甚至應在法律上承認原住民傳統醫療之適法性²⁴，並應透過諮詢原住民族將傳統醫療整合於健康照護服務之中²⁵。

但在多數國家之健康照護體系設計上，卻不難發現仍係以多數族群之健康照護需要為主軸，原住民族傳統醫藥與固有保健方法往往仍被排除在醫療體制外（如未納入國家健康保險給付範圍內），甚至被西方醫學所吸收²⁶，而與UNDRIP第24條之精神有違。值得注意的是，CESCR General Comment No. 14第12(c)段中已強調健康人權之實踐應將可接受性（acceptability）作為基本要素，要求健康照護服務、設施與產品應尊重少數群體與人民之文化（其他要件則為可提供性（availability）、可近用

eds., 1983).

²² Chidi Oguamanam, *Between Reality and Rhetoric: The Epistemic Schism in the Recognition of Traditional Medicine in International Law*, 16 ST. THOMAS L. REV. 59, 68 (2003).

²³ Special Rapporteur on the Situation of Human Rights and Fundamental Freedoms of Indigenous People, *Second Rep. on the Situation of Indigenous Peoples in Botswana*, U.N. Doc. A/HRC/15/37/Add.2 (May 2, 2010) (by James Anaya), para. 35.

²⁴ Special Rapporteur on the Situation of Human Rights and Fundamental Freedoms of Indigenous People, *First Rep. on Mission to Kenya*, U.N. Doc. A/HRC/4/32/Add.3 (Feb. 26, 2007) (by Rodolfo Stavenhagen), para. 117.

²⁵ James Anaya (Special Rapporteur on the Situation of Human Rights and Fundamental Freedoms of Indigenous People), *Second Rep. on the Situation of Indigenous Peoples in the Russian Federation*, para. 95, U.N. Doc. A/HRC/15/37/Add.5 (June 2, 2010).

²⁶ Oguamanam, *supra* note 22, at 61.

性（accessibility）、品質（quality））；而該段條文應可視為與 UNDRIP 第 24 條之內容相互呼應，故國家在健康照護體系中忽略原住民族之傳統醫藥或保健之需要（亦即缺乏差異尊重）²⁷，便有可能被視為對健康人權之限制。更進一步，為避免原住民特殊之健康概念在健康人權體系中被忽略或稀釋，應將原住民族健康加以概念化並納入國家健康人權保障義務之法律框架中²⁸，而非僅作為健康照護政策之考量因素之一，以維持原住民健康人權保障之一致性與明確性。

二、健康不平等之內化

另一點需要注意的是，對於原住民族之歧視往往反映出數個世紀累積下來之負面影響，而這些社會歧視與壓迫（包括剝削、邊緣化、無權或文化帝國主義等）²⁹，往往具體呈現在健康不平等（health inequity）與對健康問題之刻板印象：前者如臺灣之山地鄉原住民醫療照護狀況較一般民眾為差，平均餘命甚至相差十歲左右，更面臨較高死亡率、慢性疾病照護資源缺乏、較低落醫療人文關懷、不良醫療服務環境等困境³⁰；而後者如原住民族生活或健康照護型態，往往被以西方醫學為主流之健康照護體系視為落後，甚至將原住民族健康問題歸咎於文化或不良習慣³¹（如早期臺灣社會對原住民族有痛風基因或飲酒基因之錯誤負面刻板印象）³²。而類似之歧視或刻板印象往往被內化進入健康照護體系（如以父權心態加諸原住民族在健康概念上之同化）³³，甚至因國家

²⁷ 李明政，聯合國原住民族權利宣言中有關社會福利權之探討，社區發展季刊，123 期，頁 178（2008 年）。

²⁸ Ingrid Barnsley, *The Right to Health of Indigenous Peoples in the Industrialized World: A Research Agenda*, 9(1) HEALTH & HUM. RTS. 43, 50-51 (2006).

²⁹ 李明政（註 27），頁 173。

³⁰ 參見張朝琴，臺灣山地鄉原住民醫療照護體系之研究——健康權保障觀點的檢視，國立臺灣師範大學博士論文（2003 年）。

³¹ Lennox & Stephens, *supra* note 18, at 2.

³² 陳叔倬等，原住民與基因研究者對於原住民基因研究的認知差異，台灣原住民族研究季刊，3 卷 1 期，頁 34（2010 年）。

³³ 參考辛年豐從帝國擴張討論對原住民族不平等法律或國家政策之影響。辛年豐，原住民族權利保障的建構與實現——從平等權出發到落實平等保障，國立中正大學法學集刊，34 期，頁 7-10（2011 年）。

忽視生物醫學系統以外、疾病與社會決定因素間（social determinants）之作用路徑³⁴，導致原住民族因受長期歧視所造成權力與資源不公平配置狀況之制約所形成健康之社會經濟不平等（social economic inequality in health）³⁵，在健康人權之架構下未被適當呈現³⁶。

國際人權典範亦意識到健康不平等與社會決定因素間之緊密關聯性，及健康不平等對健康人權保障之重要性，如CESCR第14號一般意見書第11段便將健康人權視為包括社會決定因素——文件內稱為健康決定基本因素（underlying determinants）——在內、具多元內涵之整合性權利（inclusive rights）。因此，在健康照護政策與系統之設計上，國家應負擔解決結構性之原住民族歧視問題³⁷之健康人權保障義務，並納入原住民族充權（empowerment）³⁸與參與（participation）模式（參考CESCR第14號一般意見書第11段、第17段、第34段、第54段），確保原住民族參與國家層級有關健康人權保障之政治決定。

因此，在原住民族健康人權保障之架構下，不歧視（non-discrimination）與平等（equality）應做適度區隔，亦即原住民族之健康人權保障不應該僅侷限於禁止健康照護近用存在種族、膚色、語言、宗教、出生等任意因素（arbitrary factor）之歧視（CESCR第14號一般意見書第18段與第19段），而更應該重視原住民族在達成可達成最高水準之健康狀態上具有與多數族群類似之平等機會範圍（the range of fair opportunities）³⁹，並檢視原住民族健康會否因不同社會條件或社經優勢而產生系統性且可避免之差異⁴⁰。特別是不歧視所隱含政府不作為（不

³⁴ Mel Bartley著，李妙純等譯，健康不均理論、概念與方法，頁194（2009年）。

³⁵ 張朝琴，貧窮與健康——社經地位與原住民族健康問題探析，國立嘉義大學通識學報，6期，頁467（2008年）。

³⁶ 吳全峰，從經濟社會文化權利國際公約論健康人權與健康平等——兼論全民健康保險給付機制之健康人權困境，收於：蘇宏達、陳淳文編，中華民國施行聯合國兩權利公約的意義：接軌國際，深化民主，頁209（2013年）。

³⁷ Odette Mazel, *Indigenous Health and Human Rights: A Reflection on Law and Culture*, 15 INT'L J. ENVTL. RES. & PUB. HEALTH 789, 801 (2018).

³⁸ WHO, CLOSING THE GAP IN A GENERATION: HEALTH EQUITY THROUGH ACTION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH 18-19 (2008).

³⁹ 吳全峰（註20），頁320-322。

⁴⁰ 吳全峰（註36），頁213-215。

以任意因素區隔健康照護資源分配）之想法，並無法因應原住民族在長久受到歧視情況下因結構性因素所形成之健康不平等；故國家不應單純以消極在健康照護體系中移除原住民族歧視因素為滿足，而應進一步考慮採取積極作為弭平因社會決定因素對原住民族所造成之健康不平等困境⁴¹。

三、藥物近用保障之不足

藥物近用權（the right to access medicines）為健康人權之重要內涵⁴²，蓋若缺乏適當藥物供給或合理近用環境，則健康人權重要內涵將無具體實現之可能性⁴³，故CESCR第14號一般意見書第17段在解釋ICESCR第12(2)(d)條（享受健康設施、商品和服務之權利）時，便認為基本藥品（essential drugs）之提供為國家健康人權保障之重要義務，第12段及第43段便主張，國家所應負擔之核心義務（core obligations），應包括在不歧視之基礎上提供數量充分且可近用之基本藥物（essential drugs），以保障民眾具體實現健康人權之權利；第35段則更進一步強調國家應負擔管制藥物行銷販售之義務，以確保民眾近用藥物之權利不受第三人干預或限制。

儘管國際人權法已明確要求保障藥物近用權，但原住民族能真正有效取得藥物之機會卻面臨較一般民眾更為嚴重之障礙⁴⁴；尤其考量到聯合國展小組（UN Development Group）對藥物近用之定義為在人口一小時步行距離內之公共、私人醫療機構或藥局可持續取得可負擔（包括不

⁴¹ 蘇世岳，從國際人權法論原住民族的健康不平等，台灣國際法季刊，14卷3期，頁66（2017年）。

⁴² Stephen P. Marks, *Access to Essential Medicines as a Component of the Right to Health*, in REALIZING THE RIGHT TO HEALTH 82, 86-94 (Andrew Clapham & Mary Robinson eds., 2009); Holger P. Hestermeyer, *Access to Medication as a Human Right*, 8(1) MAX PLANCK Y.B. U.N. L. 101, 125-44 (2004).

⁴³ 吳全峰，論藥物近用與跨國製藥企業之人權責任——演繹與規範，收於：吳全峰編，2011科技發展與法律規範雙年刊——健康、科學與人權，頁136-137（2012年）。

⁴⁴ See generally Koral E. Fusselman, *Native American Health Care: Is the Indian Health Care Reauthorization and Improvement Act of 2009 Enough to Address Persistent Health Problems Within the Native American Community?*, 18 WASH. & LEE J. CIVIL RTS. & SOC. JUST. 389, 405 (2012).

歧視、物理上可實際取得、經濟上可負擔、適當藥物資訊提供）之藥物⁴⁵，多數原住民族所居住之偏遠地區往往無法滿足此條件⁴⁶；如CERD於2008年便呼籲尼加拉瓜對於原住民族使用與取得傳統藥物方面應提供財政與體制上之支持⁴⁷，於2012年指出加拿大原住民社群無法公平地取得治療鴉片成癮之藥物可能構成人權侵害⁴⁸。

導致原住民族在藥物近用上之保障不足之原因可能包括：(→)滿足原住民族需要之藥物研究與發展（research and development, R&D）極為有限，甚至在許多情況下根本不存在。其一是治療受忽略疾病（neglected diseases）方面⁴⁹，雖然這些疾病多為可治療之傳染性疾病，但卻因為缺乏資金投入相關研發⁵⁰，而對弱勢族群（如原住民族）造成嚴重健康負擔（health burdens）⁵¹；其二則是原住民族文化上可接受傳統藥物之發展亦嚴重受限，而此限制不僅是因為資金短缺之因素，更因為欲採取民族藥理學（ethnopharmacological approach）之方式發現／發明藥物時，往往會受到傳統西方醫學與藥學之挑戰，及政府對於非傳統西方藥用植

⁴⁵ U.N. DEVELOPMENT GROUP, INDICATORS FOR MONITORING THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS 89 (2003).

⁴⁶ *Um Apelo à Saúde em Marãiwatsédé*, RIO92 RIO+20 (Mar. 28, 2013), <http://maraiwatsede.wordpress.com/2013/03/28/um-apelo-a-saude-em-maraiwatsede/>.

⁴⁷ CERD, *Concluding observations: Nicaragua*, U.N. Doc. CERD/C/NIC/CO/14 (June 19, 2008), para. 22.

⁴⁸ CERD, *Response to the 19th and 20th Periodic Reports of Canada: Alternative Report on Canada's Actions on Housing & Infrastructure Crisis, Youth Suicide & Non-Medical Prescription Opioid Epidemics and Inequality in First Nations Policing* (Jan. 2012), para. 39.

⁴⁹ 受忽略疾病並無明確之定義。廣泛而言，其範圍主要包括熱帶病（tropical diseases）、瘧疾（malaria）、肺結核（tuberculosis）、AIDS、利什曼原蟲症（leishmaniasis）、昏睡病（sleeping sickness）、查加斯氏病（chagas disease）等。Taiwo A. Oriola, *Strong Medicine: Patents, Market, and Policy Challenges for Managing Neglected Diseases and Affordable Prescription Drugs*, 7 CAN. J.L. & TECH. 57, 61 (2009).

⁵⁰ William W. Fisher & Talha Syed, *Global Justice in Healthcare: Developing Drugs for the Developing World*, 40 U.C. DAVIS L. REV. 581, 612 (2007).

⁵¹ See Peter J. Hotez, *Neglected Infections of Poverty among the Indigenous Peoples of the Arctic*, 4(1) PLoS Negl Trop Dis, at e606 (2010); WHO, *Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases 2008–2015*, U.N. Doc. WHO/CDS/NTD/2007.3 (2007).

物知識之忽視⁵²。(二)即便就有適當治療藥物之一般疾病（如糖尿病、心血管疾病與精神疾病），原住民族也往往因距離、財務因素、文化隔閡或語言能力，而無法即時或適當地取得這些藥物⁵³；而原住民族居住環境內之醫療院所是否有足夠之備藥或具適當資格之醫事人員，也經常是原住民族在藥物近用上所面臨之困境⁵⁴。舉例而言，儘管臺灣全民健康保險已有效緩解民眾就醫之財務障礙，但醫療設施與人力之短缺仍是原住民社區在醫療照護近用上之嚴重挑戰，如山地鄉醫師人口比（每萬人口醫師數為6.9人）便遠低於全國平均值（每萬人口醫師數為19.05人）⁵⁵；加拿大⁵⁶與瓜地馬拉⁵⁷之研究亦發現就醫距離障礙嚴重影響原住民族之健康。(三)前述問題更可能因為既有之健康照護服務不符合原住民族之文化而加劇，甚至間接影響原住民族尋求或利用健康照護體系所提供藥物之意願⁵⁸；換言之，即令居住於醫療資源充沛之城市地區之原住民族群，也可能因為文化合適性（cultural appropriateness）而面臨無法充分近用藥物之困境。

⁵² Elaine Elisabethsky, *Folklore, Tradition, or Know-How? The ethnopharmacological approach to drug discovery depends on our ability to value non-Western knowledge of medicinal plants*, 15 CULTURAL SURVIVAL QUARTERLY (Fall 1991), <http://www.cultural-survival.org/ourpublications/csqa/article/folklore-tradition-or-know-how-the-ethnopharmacological-approach-drug-di>.

⁵³ Noel Hayman, *Strategies to Improve Indigenous Access of Urban and Regional Populations to Health Services*, 19 HEART, LUNG & CIRCULATION 367, 367-68 (2010).

⁵⁴ See, e.g., SCRGSP (Steering Committee for the Review of Government Service Provision) 2008, *Report on Government Services 2008, Indigenous Compendium*, AUSTRALIAN GOVERNMENT PRODUCTIVITY COMMISSION (Apr. 2, 2008), <https://www.pc.gov.au/research/ongoing/report-on-government-services/indigenous-compendium-2008>.

⁵⁵ 衛生福利部，原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第4期（106-110年），頁26（2017年）。

⁵⁶ Song Gao et al., *Access to Health Care among Status Aboriginal People with Chronic Kidney Disease*, 179 CMAJ 1007, 1011 (2008).

⁵⁷ M. Hauteceur, M.V. Zunzunegui and B. Vissandjee, *Barriers to Accessing Health Care Services for the Indigenous Population in Rabinal, Guatemala* (Spanish), 49(2) SALUD PUBLICA MEX. 86, 86 (2007).

⁵⁸ See, e.g., Moira Williamson & Lindsey Harrison, *Providing culturally appropriate care: A literature review*, 47 INT'L J. NURSING STUD. 761 (2010); Kim Hamrosi, Stephen Taylor & Parisa Aslani, *Issues with Prescribed Medications in Aboriginal Communities: Aboriginal Health Workers' Perspectives*, 6(2) RURAL & REMOTE HEALTH 557 (2006).

四、生命倫理之挑戰

隨著生物醫學科技之進步，研究人員對原住民族之興趣也隨之增加，且因許多原住民族長期與多數族群之隔絕，致使他們族群中具有相對較低之遺傳變異，並對某些疾病有不同於多數族群之流行率，原住民族遂被視為稀有之基因資源寶庫⁵⁹。而這些研究，依CESCR第14號一般意見書第12(c)段有關健康照護可接受性之解釋，應遵守醫學倫理（medical ethics）基本原則並尊重族群文化之差異，而國家亦有義務確保醫事人員遵守倫理規範並保護研究參與者不受有違倫理標準之醫療介入（第35段）。

但在原住民族之研究上，卻面臨與傳統有異之生命倫理挑戰。主要在於原住民族對於族群關係之重視，強調通過關係聯繫並具有共同觀點或集體利益之重要性，而與以個別個人自主（autonomy）為主⁶⁰之告知後同意原則（informed consent）並不完全相同；後者源自於西方高度重視個人權利、自主決策與保護私人領域免受他人侵犯之民主傳統⁶¹，故可能無法完全適用於原住民族將權利建構依附在集體性主體⁶²、重視族群集體利益、共同決策之文化或實踐⁶³，且無法達到尊重原住民族自決權（主要指內部自決權）⁶⁴之目標⁶⁵。且原住民族長期受到外來經濟體制

⁵⁹ Brief for the Int'l Ctr. for Tech. Assessment et al. as Amici Curiae in Support of Plaintiff-Appellees at 4, *Ass'n for Molecular Pathology v. Myriad Genetics, Inc.*, No. 12-398 (U.S. 2013).

⁶⁰ See CHARLES E. SCHNEIDER, *THE PRACTICE OF AUTONOMY: PATIENTS, DOCTORS, AND MEDICAL DECISIONS* (1998).

⁶¹ Thaddeus Mason Pope, *Counting The Dragon's Teeth and Claws: The Definition of Hard Paternalism*, 20 GA. ST. U. L. REV. 659, 663 (2004).

⁶² Awi Mona (蔡志偉) (註8)，頁1525。

⁶³ Jessica Berg, *The E-Health Revolution and The Necessary Evolution of Informed Consent*, 11 IND. HEALTH L. REV. 589, 592 (2014).

⁶⁴ 內部自決（internal self-determination）權利係指民族在國家內選擇其政治地位或行使有意義政治參與之權利，並追求政治、經濟、社會與文化發展能依其意願進行，與強調民族得自由決定其在國際社會政治地位之外部自決（external self-determination）權利，並不相同。徐輝彥，自兩項人權公約之民族自決權論原住民族諮商同意權之規範基礎處與實踐，政大法學評論，158期，頁239（2019年）。

⁶⁵ 李崇禧，原住民基因研究之倫理課題與規範初探，國立臺灣大學法學論叢，36卷3期，頁494（2007年）。

與強勢文化之壓迫而居於弱勢，實難期待原住民族以個人身份對抗已發展成系統性體系之生物醫學研究社群；且僅重視個人同意，亦將忽略原住民族在既有壓迫下必須透過共同對外主張以維護其多元文化⁶⁶，並藉集體同意要求研究人員在原住民族個人以外建立與原住民族群之溝通與理解，以維持整體原住民族之文化認同⁶⁷。因此，如臺灣之原住民族基本法第21條便明文規定，政府或私人於原住民族土地或部落及其周邊一定範圍內之公有土地從事學術研究，應諮商並取得原住民族或部落同意或參與；人體研究法第15條亦規定，以研究原住民族為目的者，除個人之告知後同意外，其研究進行與結果發表均應諮詢並取得各該原住民族之同意。

而在生物醫學研究中納入原住民族族群／部落同意，亦有健康人權保障實務上之意義，主要原因在於原住民族生物醫學研究（尤其是基因研究）之結果可能影響整個族群，並導致恐懼、污名與歧視，使得部落成員不願意尋求健康照護⁶⁸，從而加劇原住民族之健康困境；且由於原住民族往往賦予基因「靈魂」或「文化」上之意義⁶⁹，且對於人格自我之看法亦可能與多數族群不同⁷⁰，故與其宗教、文化信仰相悖之生物醫學研究便可能衝擊原住民族之傳統價值，並對族群之整體心理健康產生不利影響⁷¹，故族群／部落同意有助於調和研究與價值之衝突。舉例而言，在 *Havasupai Tribe v. Arizona Bd* 乙案中⁷²，Havasupai 部落成員請人類

⁶⁶ 辛年豐（註33），頁17-21。

⁶⁷ 鄭川如，原住民諮商同意權的由來與內涵——從亞泥礦權延展案談起，月旦法學雜誌，309期，頁103（2021年）。

⁶⁸ See, e.g., *Havasupai Tribe v. Ariz. Bd. of Regents*, 220 Ariz. 214, 217 (Ct. App. 2008).

⁶⁹ Marina Whelan, *What, If Any, Are the Ethical Obligations of the U.S. Patent Office? A Closer Look at the Biological Sampling of Indigenous Groups*, 14 DUKE L. & TECH. REV. iBrief, at para. 9 (2006), <http://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1160&context=dltr>.

⁷⁰ JIM DRATWA ET AL., THE ETHICAL IMPLICATIONS OF NEW HEALTH TECHNOLOGIES AND CITIZEN PARTICIPATION (OPINION NO. 29 OF THE EUROPEAN GROUP ON ETHICS IN SCIENCE AND NEW TECHNOLOGIES) 32 (2015), <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e86c21fa-ef2f-11e5-8529-01aa75ed71a1>.

⁷¹ Fusselman, *supra* note 44, at 405.

⁷² *Havasupai Tribe*, 220 Ariz. at 217.

學家John Martin調查部落內之糖尿病盛行情形，但在Havasupai部落成員向研究人員提供血液樣本後，這些血液樣本被用於部落成員沒有同意過之其他研究目的，並陸續發表與精神分裂、近親繁殖與遠古人類從亞洲遷徙至北美理論有關之論文，而這與Havasupai部落成員相信自己源自於大峽谷之信仰相違背⁷³。而Havasupai部落主張，John Martin未經同意之研究不僅導致部落失去與政府協商教育與醫療服務之機會⁷⁴，且遭受嚴重情緒低落問題，甚至增加健康風險（部分原因是因部落成員因此不信任診所，並拒絕進行抽血檢查）⁷⁵。在臺灣，林媽利在對噶瑪蘭族人採集唾液進行研究時，亦被質疑未完整告知研究參與者檢體採集之研究目的，且未取得部落會議同意，而被認為有違生命倫理⁷⁶；且該未經適當同意之追溯祖源基因檢驗，亦經噶瑪蘭族集體決議認為將對部落帶來無可預測之風險⁷⁷。由此可見，因應原住民族文化之不同，適度調整生命倫理之內涵，應有其必要性，亦符合健康人權保障之精神；但如何在生物醫學發展之前提下調和個人同意與族群／部落同意，仍是艱難之挑戰⁷⁸。

另一點值得注意的是，UNDRIP第31條強調原住民族有權利維護、控制、保護與發展科學、技術與文化表現，包括遺傳資源；而該權利便暗示國家應採取有效措施避免原住民族遺傳資源歸入基因組公共資源（genome commons），而不應任意以去識別化（de-identification）之方式便提供予不特定目的之生物醫學研究使用⁷⁹；因為基因資料去識別化之措施仍可能構成對原住民族群（而非個人）健康狀態之定性，不僅可

⁷³ *Id.*

⁷⁴ Second Amended Complaint at para.78, *Havasupai Tribe*, 220 Ariz.

⁷⁵ *Havasupai Tribe*, 220 Ariz. at 218.

⁷⁶ 李宗祐，研究噶瑪蘭唾液·林媽利遭糾正，中國時報，2007年8月23日。

⁷⁷ 陳叔倬、段洪坤，台灣原住民祖源基因檢驗的理論與統計謬誤——回應林媽利的〈再談85%帶原住民的基因〉，台灣社會研究季刊，76期，頁353（2009年）。

⁷⁸ 參考陳叔倬，原住民族基因研究倫理的爭議初始、立法過程及審查實施，月旦醫事法報告，24期，頁27-30（2018年）。

⁷⁹ Rebecca Tsosie, *Indigenous Peoples and Epistemic Injustice: Science, Ethics, And Human Rights*, 87 WASH. L. REV. 1133, 1200 (2012).

能違背生物醫學研究初衷而強化既有之社會歧視或偏見⁸⁰，亦無法解決 *Havasupai Tribe* 案中因基因研究所引起之原住民族集體利益受限之挑戰⁸¹。

參、結 論

原住民族之健康人權保障有其重要性與特殊性，而未能實現對原住民族之健康權保障，不僅將違反國際人權法規範，國外案例亦認為足以構成對憲法權利之侵害。如哥倫比亞憲法法院便主張國家不僅有義務為原住民族社區提供足夠之健康照護服務與設施、排除健康不平等⁸²，更在考量健康照護作為原住民族管理經濟生活之重要財貨、且原住民族長期處於健康不平等之弱勢地位等因素，認為健康照護政策對原住民族之不平等優惠待遇（affirmative action/unequally advantageous treatment）具有正當性⁸³；因此，政府未能提供原住民族社區足夠之資源以發展適當之健康照護計畫，便被憲法法院判決違反憲法對原住民族健康權之保障⁸⁴。阿根廷之原住民族社區因極端貧窮而導致傳染病盛行，最高法院（Supreme Court of Justice）便主張司法機關應適度介入國家對原住民族健康衛生政策之形成與執行，以避免行政機關對原住民族健康權保障之漠視⁸⁵。

本文因篇幅限制，並無法完全涵括與原住民健康人權保障之諸多議題，故僅就原住民族健康人權之概念內涵與具體落實之特殊性與可能挑

⁸⁰ 李崇禧（註65），頁479-480。

⁸¹ Donald J. Willison, *Trends in Collection, Use and Disclosure of Personal Information in Contemporary Health Research: Challenges for Research Governance*, 13 HEALTH L. REV. 107, 110 (2005).

⁸² ILO, APPLICATION OF CONVENTION NO. 169 BY DOMESTIC AND INTERNATIONAL COURTS IN LATIN AMERICA: A CASEBOOK 111 (2009), citing Judgment T-704/06, August 22, 2006, Columbia Constitutional Court.

⁸³ *Id.* at 81, citing Judgment C-088/01, January 31, 2001, Columbia Constitutional Court.

⁸⁴ Constance MacIntosh, *The Role of Law in Ameliorating Global Inequalities in Indigenous Peoples' Health*, 41 J.L. MED. & ETHICS 74, 82 (2013), citing T-704/06, August 22, 2006, Columbia Constitutional Court.

⁸⁵ ILO, *supra* note 82, at 47-48, citing Ombudsman v. National Government and another (Chaco Province), Reference for a preliminary ruling, Judgment of September 18, 2007.

戰提出討論，並期待未來能有更深入之討論與分析，以期在人權架構下確實落實原住民族之健康人權保障。

但就現階段而言，原住民族之健康人權保障應至少達到以下之基本要求⁸⁶：(一)保障原住民族充分參與影響其健康之政策決策過程，且參與不應僅止於諮商（consultation），而應強調實際參與⁸⁷，亦即應確保原住民族能夠影響與原住民族健康相關政策之內容、範圍與結果⁸⁸（參考ILO第169號公約第19條）；(二)與原住民有關之健康照護政策應納入生物醫學模式以外之社會決定因素，尤其應將健康概念與文化差異性、結構化歧視等因素納入考量，並建構以原住民為主體之跨部會健康照護政策⁸⁹；(三)在法律與健康保險層面納入對原住民傳統醫療方式之認可；(四)在國家之健康人權保障義務上納入原住民族之健康概念，且這些概念除應具體落實在尊重義務（obligations to respect，指國家應負擔義務不得禁止或妨礙原住民族取得傳統醫藥，或在健康照護知提供上歧視原住民族，參考CESCR第14號一般意見書第34段），亦應落實在保護義務⁹⁰（obligations to protect，指國家有義務透過法律或其他措施確保原住民族近用健康照護（包括傳統醫藥）之權利不受到第三方之阻礙，參考CESCR第14號一般意見書第35段）與實現義務（obligations to fulfil，指國家應在政治與法律制度上充分承認原住民族健康人權之特殊性，並制訂實現原住民族健康人權保障之具體計畫，參考CESCR第14號一般意見書第36段）。

⁸⁶ Mazel, *supra* note 37, at 802.

⁸⁷ See e.g., Human Rights Committee, *Poma Poma v. Peru*, Communication No. 1457/2006, U.N. Doc. CCPR/C/95/D/1457/2006 (Mar. 27, 2009).

⁸⁸ 鄭川如（註67），頁105。

⁸⁹ 高德義，解／重構台灣原住民發展政策：人權與發展觀點，台灣原住民研究論叢，24期，頁138（2018年）。

⁹⁰ See e.g., *Sosa v. Alvarez-Machain*, 542 U.S. 692, 734 (2004).

參考文獻

一、中文部分

- 李永然、黃介南（2007），論《原住民族基本法》與原住民族之人權保障，律師雜誌，337期，頁79-90。
- 李明政（2008），聯合國原住民族權利宣言中有關社會福利權之探討，社區發展季刊，123期，頁170-179。
- 李崇禧（2007），原住民基因研究之倫理課題與規範初探，國立臺灣大學法學論叢，36卷3期，頁465-518。
- Mel Bartley著，李妙純、江心怡、徐惠蘋、賴紅汝譯（2009），健康不均理論、概念與方法，臺北：五南。[Bartley, Mel. 2004. *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.]
- 吳全峰、黃文鴻（2007），論醫療人權之發展與權利體系，月旦法學雜誌，148期，頁128-161。
- 吳全峰（2010），健康照護資源分配之界線——兼論醫療科技發展下健康照護資源分配之變與不變，收於：邱文聰編，2009科技發展與法律規範雙年刊——科技管制、學術研究自由與多元民主價值，頁299-367，臺北：中央研究院法律學研究所籌備處。
- （2012），論藥物近用與跨國製藥企業之人權責任——演繹與規範，收於：吳全峰編，2011科技發展與法律規範雙年刊——健康、科學與人權，頁131-297，臺北：中央研究院法律學研究所。
- （2013），從經濟社會文化權利國際公約論健康人權與健康平等——兼論全民健康保險給付機制之健康人權困境，收於：蘇宏達、陳淳文編，中華民國施行聯合國兩權利公約的意義：接軌國際，深化民主，頁197-250，臺北：財團法人臺灣民主基金會。
- 辛年豐（2011），原住民族權利保障的建構與實現——從平等權出發到落實平等保障，國立中正大學法學集刊，34期，頁187-245。
- 施文真（2011），淺談「生物多樣性公約遺傳資源取得利益公平分享之名古屋議定書」，農政與農情，228期，頁95-99。

- 徐輝彥（2019），自兩項人權公約之民族自決權論原住民族諮商同意權之規範基礎處與實踐，政大法學評論，158期，頁229-294。
- 高德義（2018），解／重構台灣原住民發展政策：人權與發展觀點，台灣原住民研究論叢，24期，頁125-144。
- 張朝琴（2003），台灣山地鄉原住民醫療照護體系之研究——健康權保障觀點的檢視，國立臺灣師範大學博士論文。
- （2008），貧窮與健康——社經地位與原住民族健康問題探析，國立嘉義大學通識學報，6期，頁461-486。
- 陳叔倬（2018），原住民族基因研究倫理的爭議初始、立法過程及審查實施，月旦醫事法報告，24期，頁24-31。
- 陳叔倬、段洪坤（2009），台灣原住民祖源基因檢驗的理論與統計謬誤——回應林媽利的〈再談85%帶原住民的基因〉，台灣社會研究季刊，76期，頁347-356。
- 陳叔倬、陳志軒、日宏煜、莫那瓦旦、賴其萬（2010），原住民與基因研究者對於原住民基因研究的認知差異，台灣原住民族研究季刊，3卷1期，頁29-62。
- Awi Mona（蔡志偉）（2008），聯合國中的原住民族國際人權，台灣國際研究季刊，4卷2期，頁81-108。
- 鄭川如（2021），原住民諮商同意權的由來與內涵——從亞泥礦權延展案談起，月旦法學雜誌，309期，頁96-109。
- 蘇世岳（2017），從國際人權法論原住民族的健康不平等，台灣國際法季刊，14卷3期，頁55-67。
- 衛生福利部（2017），原住民族及離島地區醫事人員養成計畫，4期（106-110年），臺北：衛生福利部。

二、外文部分

- Barnsley, Ingrid. 2006. The Right to Health of Indigenous Peoples in the Industrialized World: A Research Agenda. *Health & Human Rights* 9(1):43-54.

- Berg, Jessica. 2014. The E-Health Revolution and The Necessary Evolution of Informed Consent. *Indiana Health Law Review* 11:589-608.
- Clarke, Carla. 2012. Strategies of resistance: testing the limits of the law. Pp. 22-35 in *State of the World's Minorities and Indigenous Peoples 2012*, edited by Minority Rights Group. London. Available at: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/CZE/INT_CCPR_NGO_CZE_14410_E.pdf.
- Cowan, Anna. 2013. UNDRIP and the Intervention: Indigenous Self-Determination, Participation, and Racial Discrimination in the Northern Territory of Australia. *Washington Internatinal Law Journal* 22(2):247-310.
- Elisabetsky, Elaine. 1991. Folklore, Tradition, or Know-How? The Ethnopharmacological Approach to Drug Discovery Depends on our Ability to Value Non-Western Knowledge of Medicinal Plants. *Cultural Survival Quarterly* 15. Available at: <http://www.culturalsurvival.org/ourpublications/csq/article/folklore-tradition-or-know-how-the-ethnopharmacological-approach-drug-di>.
- Fisher, William W., and Syed, Talha. 2007. Global Justice in Healthcare: Developing Drugs for the Developing World. *Davis Law Review* 40:581-678.
- Fusselman, Koral E. 2012. Native American Health Care: Is the Indian Health Care Reauthorization and Improvement Act of 2009 Enough to Address Persistent Health Problems Within the Native American Community?. *Washington and Lee Journal of Civil Rights and Social Justice* 18:389-423.
- Gao, Song, Braden J. Manns, Bruce F. Culleton, Marcello Tonelli, Hude Quan, Lynden Crowshoe, William A. Ghali, William A. Ghali, Sofia Ahmed, and Brenda R. Hemmelgarn. 2008. Access to Health Care among Status Aboriginal People with Chronic Kidney Disease. *CMAJ* 179:1007-1012.
- Hamrosi, Kim, Taylor, Stephen, and Aslani, Parisa. 2006. Issues with Prescribed Medications in Aboriginal Communities: Aboriginal Health Workers' Perspectives. *Rural and Remote Health* 6(2):557-570.

- Hautecoeur, M., M.V. Zunzunegui, and B. Vissandjee, Barriers to Accessing Health Care Services for the Indigenous Population in Rabinal, Guatemala (Spanish). *Salud Pública de México* 49(2):86-93.
- Hayman, Noel. 2006. Strategies to Improve Indigenous Access of Urban and Regional Populations to Health Services. *Heart, Lung and Circulation* 19: 367-371.
- Hestermeyer, Holger P. 2004. Access to Medication as a Human Right. *Max Planck Yearbook of United Nations Law* 8(1):101-180.
- Hotez, Peter J. 2010. Neglected Infections of Poverty among the Indigenous Peoples of the Arctic. *PLoS Neglected Tropical Disease* 4(1):e606-e611.
- International Labour Organization. 2009. Application of Convention No. 169 by Domestic and International Courts in Latin America: A Casebook. Geneva, Switzerland: International Labour Organization.
- Lennox, Corinne and Carolyn Stephens. 2013. Realizing the Right to Health for Minorities and Indigenous Peoples. *Minority Rights Group International Brief*. Available at https://www.researchgate.net/profile/Carolyn-Stephens-4/publication/257067105_Realizing_the_Right_to_Health_for_Minorities_and_Indigenous_Peoples/links/00463524478002ad47000000/Realizing-the-Right-to-Health-for-Minorities-and-Indigenous-Peoples.pdf.
- MacIntosh, Constance. 2013. The Role of Law in Ameliorating Global Inequalities in Indigenous Peoples' Health. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41(1):74-88.
- Mahler, H. 1983. Foreword. Pp. 1-7 in *Traditional Medicine and Health Care Coverage: A Reader for Health Administrators and Practitioners*, edited by Robert H. Bannerman, John Burton and Chen Wen-Chieh. Geneva: World Health Organization.
- Marks, Stephen P. 2009. Access to Essential Medicines as a Component of the Right to Health. Pp. 82-101 in *Realizing the Right to Health*, edited by Andrew Clapham & Mary Robinson. Zurich: Rüfer & Rub.

- Mazel, Odette. 2018. Indigenous Health and Human Rights: A Reflection on Law and Culture. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15:789-812.
- Nettleton, Clive, Dora A. Napolitano, and Carolyn Stephens. 2007. An Overview of Current Knowledge of the Social Determinants of Indigenous Health. Working Paper. World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Available at <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/6662/1/An%20Overview%20of%20Current%20Knowledge%20of%20the%20Social%20Determinants%20of%20Indigenous%20Health%20Working%20Paper.pdf>.
- Oguamanam, Chidi. 2003. Between Reality and Rhetoric: The Epistemic Schism in the Recognition of Traditional Medicine in International Law. *St. Thomas Law Review* 16:59-108.
- Oriola, Taiwo A. 2009. Strong Medicine: Patents, Market, and Policy Challenges for Managing Neglected Diseases and Affordable Prescription Drugs. *Canadian Journal of Law and Technology* 7:57-123.
- Pope, Thaddeus M. 2004. Counting The Dragon's Teeth and Claws: The Definition of Hard Paternalism. *Georgia State University Law Review* 20: 659-722.
- Schneider, Charles E. 1998. *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decisions*. Oxford: Oxford University Press.
- Stich, Stephen P. 1981. The Many Rights to Health and Health Care. Pp. 15-31 in *Rights and Responsibilities in Modern Medicine*, edited by Marc D. Basson. New York, NY: Alan R. Liss.
- Tsosie, Rebecca. 2012. Indigenous Peoples and Epistemic Injustice: Science, Ethics, And Human Rights. *Washington Law Review* 87:1133-1201.
- Um Apelo à Saúde em Marãiwatsédé. Rio92 Rio+20. 2013. Available at: <http://maraiwatsede.wordpress.com/2013/03/28/um-apelo-a-saude-em-maraiwatsede/>.

- Whelan, Marina. 2006. What, If Any, Are the Ethical Obligations of the U.S. Patent Office? A Closer Look at the Biological Sampling of Indigenous Groups. *Duke Law and Technology Review* 14:1-15.
- Williamson, Moira, and Harrison, Lindsey. 2010. Providing Culturally Appropriate Care: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies* 47:761-769.
- Willison, Donald J. 2004. Trends in Collection, Use and Disclosure of Personal Information in Contemporary Health Research: Challenges for Research Governance. *Health Law Review* 13:107-113.

