

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2003/58
13 February 2003

ARABIC
Original: ENGLISH

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لجنة حقوق الإنسان
الدورة التاسعة والخمسون
البند ١٠ من جدول الأعمال المؤقت

الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه

تقرير المقرر الخاص بول هنت، المقدم عملاً بقرار اللجنة ٣١/٢٠٠٢**

* عملاً بقرار الجمعية العامة ٢٠٨/٥٣ بء، الفقرة ٨، تُقدّم هذه الوثيقة متأخرة بغية تضمينها أحدث ما استجد من معلومات.

** تعمم المرفقات بهذه الوثيقة باللغة التي وردت بها فقط.

موجز

قررت لجنة حقوق الإنسان، في قرارها ٣١/٢٠٠٢، أن تعين مقررًا خاصًا، لمدة ثلاث سنوات، تتركز ولايته على حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه. وعين السيد بول هنت (نيوزيلندا) مقررًا خاصًا في آب/أغسطس ٢٠٠٢. ويعرض المقرر الخاص بإيجاز، في تقريره الأولي، نهجه العام في النهوض بالولاية. وبعد تشديد المقرر الخاص على الأهمية التي يوليها لإقامة حوار منظم ومناقشة مجالات التعاون الممكنة مع جميع العناصر الفاعلة المختصة، يقدم عرضاً موجزاً لمصادر الحق في الصحة ونطاقه.

ويحدد التقرير ثلاثة أهداف رئيسية للولاية هي: تعزيز الحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان الأساسية وتشجيع الآخرين على تعزيزه؛ وإيضاح خصائص ومضمون الحق في الصحة؛ وتحديد الممارسات الملائمة لإعمال الحق في الصحة على مستوى المجتمع المحلي والمستويين الوطني والدولي.

ويطمح المقرر الخاص إلى دراسة الأهداف الثلاثة هذه عبر موضوعين مترابطين هما: الحق في الصحة والفقير (وفي هذا السياق يبحث التقرير بإيجاز الأهداف المتصلة بالصحة من أهداف الإعلان بشأن الألفية)؛ والحق في الصحة والتمييز والوصم. ويتيح الموضوعان كلاهما للمقرر الخاص بحث عدد من القضايا الهامة المترتبة على القرار ٣١/٢٠٠٢، مثل نوع الجنس، واحتياجات الأطفال، والتمييز العنصري، وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب.

ويعرض التقرير بإيجاز ست قضايا توضيحية يود المقرر الخاص، في حدود ما تسمح به الموارد، أن يبحثها من منظور الحق في الصحة وهي: (أ) استراتيجيات الحد من الفقر؛ (ب) "الأمراض المهملة"؛ (ج) تقييم الآثار؛ (د) اتفاقات منظمة التجارة العالمية ذات الصلة؛ (هـ) الصحة العقلية؛ (و) دور المهنيين العاملين في قطاع الصحة.

المحتويات

<u>الصفحة</u>	<u>الفقرات</u>	
٤	٩ - ١	.....مقدمة
٦	٣٦-١٠	..... أولاً - حق الإنسان في الصحة
٦	٢١-١٠	..... ألف - مصادر الحق في الصحة
٨	٣٦-٢٢	..... باء - خصائص الحق في الصحة ومضمونه
١٠	٤٠-٣٧	..... ثانياً - الأهداف العامة
١١	٦٨-٤١	..... ثالثاً - المواضيع الرئيسية
١٢	٥٨-٤٤	..... ألف - الفقر والحق في الصحة
١٥	٦٨-٥٩	..... باء - التمييز والوصم والحق في الصحة
١٧	٩٨-٦٩	..... رابعاً - مشاريع وقضايا وتدخلات محددة
١٨	٧٢-٧٠	..... ألف - استراتيجيات الحد من الفقر
١٨	٨١-٧٣	..... باء - الأمراض المهملة
٢٠	٨٥-٨٢	..... جيم - تقييم الآثار
٢١	٨٩-٨٦	..... دال - منظمة التجارة العالمية والحق في الصحة
٢٢	٩٤-٩٠	..... هاء - الحق في الصحة العقلية
٢٣	٩٨-٩٥	..... واو - المهنيون العاملون في قطاع الصحة
٢٤	٩٩	..... خامساً - الخاتمة

المرفقات

٢٨	.....Some international instruments relevant to the right to health	- الأول
٣١	Some recent Commission on Human Rights resolutions relating to the right to health	- الثاني

مقدمة

١- قررت لجنة حقوق الإنسان، في القرار ٣١/٢٠٠٢ أن تعين، لفترة ثلاث سنوات، مقررًا خاصًا تركز ولايته على حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه، على نحو ما هو مبين في المادة ٢٥(١) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والمادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والمادة ٢٤ من اتفاقية حقوق الطفل، والمادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وعلى الحق في عدم التمييز كما هو مبين في المادة ٥(هـ)٤ من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري.

٢- وعلى المقرر الخاص: (أ) أن يجمع المعلومات المتصلة بالحق في الصحة من جميع المصادر ذات الصلة وأن يطلبها ويتلقاها ويتبادلها؛ (ب) أن يتحاور ويناقش مجالات التعاون الممكنة مع جميع العناصر الفاعلة المعنية، بما فيها الحكومات، وهيئات الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة وبرامجها، وعلى وجه الخصوص منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، بالإضافة إلى المنظمات غير الحكومية والمؤسسات المالية الدولية؛ (ج) أن يعد تقريراً عن حالة الحق في الصحة في جميع أنحاء العالم، ويشمل ذلك القوانين والسياسات والممارسات الملائمة والمعوقات؛ (د) أن يقدم توصيات بشأن ما يلزم اتخاذه من تدابير لتعزيز الحق في الصحة وحمايته. وعلى المقرر الخاص أيضاً أن يستخدم منظوراً جنسانياً وأن يولي عناية خاصة لاحتياجات الأطفال في أعمال الحق في الصحة، وأن يأخذ في حسابه الأحكام المتصلة بالموضوع ومنها إعلان وبرنامج عمل ديربان، وأن يضع في اعتباره على وجه الخصوص التعليق العام رقم ١٤ للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتوصية العامة رقم ٢٤ للجنة القضاء على التمييز ضد المرأة. وهذا التقرير الأولي مقدم عملاً بالقرار ٣١/٢٠٠٢.

المشاورات والتعاون

٣- عُيِّن بول هنت (نيوزيلندا) مقررًا خاصًا في آب/أغسطس ٢٠٠٢، وأجرى مشاورات على أوسع نطاق ممكن في حدود الفترة الزمنية القصيرة الفاصلة بين تعيينه والموعد النهائي لتقديم تقريره الأولي. وتشاور المقرر الخاص مع بعض الدول ومع مجموعة كبيرة من موظفي منظمة الصحة العالمية، بصفة أولية وغير رسمية. وأجرى أيضاً مشاورات أولية غير رسمية مع موظفي برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بمتلازمة نقص المناعة المكتسب ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومع موظفي البنك الدولي وصندوق النقد الدولي في مدينة واشنطن. كذلك أجرى المقرر الخاص مشاورات مع منظمات المجتمع المدني، بما فيها رابطات المهنيين العاملين في مجال الصحة، مثل الجمعية الطبية العالمية.

٤- واجتمع المقرر الخاص مع مفوض الأمم المتحدة السامي لحقوق الإنسان ومع نائبه وقدر كثيراً دعمهما وتشجيعهما.

٥- وفي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٢، تعاونت الخدمة الدولية لحقوق الإنسان مع مركز فرانسوا كزافييه بانيو للصحة وحقوق الإنسان التابع لمدرسة هارفارد للصحة العامة، ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة

الصحة العالمية في تنظيم جلسة إحاطة للمقرر الخاص بمقر الأمم المتحدة لمناقشة ولايته مع الدبلوماسيين ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية. ويود المقرر الخاص أن يشكر جميع المسؤولين عن تنظيم هذا الاجتماع.

٦- ويشعر المقرر الخاص بالامتنان لجميع من تشاور معهم ويتطلع إلى تعميق هذه المشاورات في العام القادم. ويولي أهمية كبيرة للفقرة ٥ (ب) من ولايته التي تطلب إليه "أن يقيم حواراً ونقاشاً منتظماً بشأن كافة المجالات المحتملة للتعاون مع جميع الأطراف الفاعلة المعنية"، ويتطلع إلى التشاور مع من لم تتح له الفرصة للاجتماع معهم. وسيرحب المقرر الخاص بأي تعليقات ترد على الأهداف (الجزء الثاني)، والمواضيع (الجزء الثالث) والمشاريع والقضايا التوضيحية (الجزء الرابع) التي يرد عرضها بإيجاز في هذا التقرير الأولي.

٧- ووفقاً لولايته، يحرص المقرر الخاص، في حدود ما تسمح به الفرص والموارد، على الانتقال من المشاورات إلى التعاون مع العناصر الفاعلة الوطنية والدولية وهي الحكومات والمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان وهيئات الأمم المتحدة المنشأة بموجب معاهدات لحقوق الإنسان، والمقررون الخاصون المعنيون بمواضيع وبلدان بعينها وغيرهم من الخبراء المستقلين، ووكالات وبرامج الأمم المتحدة، والمؤسسات المالية الدولية، والمهنيون العاملون في القطاع الصحي، ومنظمات المجتمع المدني وغير ذلك. وعلى سبيل المثال، يود المقرر الخاص التعاون مع وزارات الصحة وغيرها من الوزارات المختصة لمساعدتها في تحديد القوانين والسياسات والبرامج الرامية إلى تعزيز الحق في الصحة وحمايته. ويمكن أن يعزز الحق في الصحة السياسات المتصلة بالصحة وأن يدعم موقف وزارات الصحة على المستوى الوطني، وهذا ما سيسعى المقرر الخاص إلى إبرازه خلال ولايته. أما على الصعيد الدولي، فإن الحق في الصحة يمكن أن يسهم في تحقيق رؤية الإعلان بشأن الألفية فيما يتعلق بالإنصاف العالمي وتقاسم المسؤولية.

مبدأ أساسي

٨- سيهتدي المقرر الخاص، في أثناء عمله، بالمبدأ الأساسي الذي يقضي بأن يطبق القانون الدولي لحقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في الصحة، بشكل ثابت ومتسق في جميع عمليات رسم السياسات الوطنية والدولية المتصلة بهذه الحقوق. وفي سياق رسم السياسة الدولية، يتجلى هذا المبدأ في إعلان وبرنامج عمل فيينا، كما يتجلى في تقارير الأمين العام المعنونة "تجديد الأمم المتحدة: برنامج للإصلاح (١٩٩٧)"^(١)، و"تعزيز الأمم المتحدة: برنامج لإجراء المزيد من التغييرات (٢٠٠٢)"^(٢)، و"الدليل التفصيلي لتنفيذ إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية (٢٠٠١)"^(٣). فضلاً عن ذلك، يظهر المبدأ أيضاً في مواقف لجنة حقوق الإنسان، مثل قرارها الذي يطلب إلى الدول الأطراف في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن "تكفل مراعاة العهد في كافة عملياتها المتعلقة باتخاذ القرارات ذات الصلة على الصعيدين الوطني والدولي"^(٤).

٩- ومع ذلك، كي لا يصبح هذا المبدأ مجرد شعار، يجب الرد على سؤالين. أولهما، ماذا تقدم حقوق الإنسان بصورة عامة إلى عملية رسم السياسات؟ وثانيهما، ماذا تقدم حقوق إنسان محددة، مثل الحق في الصحة، إلى عملية رسم السياسات؟ وسيسعى المقرر الخاص، في أثناء عمله، إلى الرد على هذين السؤالين الحاسمين - ولا سيما السؤال الثاني، مع التركيز على الحق في الصحة.

أولاً - حق الإنسان في الصحة

ألف - مصادر الحق في الصحة

١ - المصادر الدولية

١٠ - ينص دستور منظمة الصحة العالمية، الذي اعتمد في عام ١٩٤٦، على أن "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية". وبعد عامين وضعت الفقرة ١ من المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان أسس الإطار القانوني الدولي للحق في الصحة. ومنذ ذلك التاريخ، دوّن الحق في الصحة في عدد كبير من معاهدات حقوق الإنسان الدولية والإقليمية الملزمة قانوناً. وتتضمن الفقرات التالية عرضاً عاماً موجزاً لمجموعة مختارة من المصادر القانونية للحق في الصحة.

١١ - توفر المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الركن الأساسي لحماية الحق في الصحة في القانون الدولي: إذ يدخل العهد أحكاماً ملزمة قانوناً تسري على جميع الأفراد في الدول المصدقة البالغ عددها ١٤٦ دولة. وهناك أنواع حماية أخرى للحق في الصحة للجماعات المهمشة ترد في المعاهدات الدولية المعنية بجماعات محددة. وتوفر المادة ٥(هـ)٤ من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري الحماية للجماعات العنصرية والعرقية فيما يتعلق بـ "حق التمتع بخدمات الصحة العامة والرعاية الطبية". وتوفر اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة عدة أحكام لحماية حق المرأة في الصحة، وبخاصة المواد ١١(١)هـ، و١٢ و١٤(٢)ب. وتتضمن اتفاقية حقوق الطفل أحكاماً شاملة ومستفيضة بشأن حق الطفل في الصحة، بما في ذلك المادة ٢٤ المخصصة بالكامل لحق الطفل في الصحة والمواد ٣(٣) و١٧ و٢٣ و٢٥ و٣٢ و٢٨ التي تنص على حماية فئات الأطفال الضعيفة بصفة خاصة. ويلاحظ المقرر الخاص أيضاً "المبادئ التوجيهية" من اتفاقية حقوق الطفل، الواردة في المواد ٢ و٣ و٦ و١٢، وهي المواد التي توجه أعمال جميع الحقوق المنصوص عليها في الاتفاقية.

١٢ - وهناك معايير أخرى متصلة بجماعات محددة ترد في صكوك أخرى مثل مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية وإعلان القضاء على العنف ضد المرأة. وترد في الفرع باء من المرفق الأول قائمة بالمعايير الدولية المعنية بجماعات محددة والمتصلة بالحق في الصحة. وتتضمن صكوك دولية أخرى لحقوق الإنسان أنواع حماية متصلة بالحق في الصحة في مختلف الحالات والبيئات والعمليات، بما في ذلك النزاع المسلح، والتنمية، ومكان العمل والاحتجاز. وترد بالفرع جيم من المرفق الأول قائمة بهذه المعايير الدولية الرئيسية المعنية بسياق محدد والخاصة بالحق في الصحة.

١٣ - ومن الأمور ذات الدلالة أن القرارات الأخيرة للجنة، بما فيها القرار بشأن إمكانية التداوي (٣٢/٢٠٠٢) والقرار المتعلق بالمعوقين (٦١/٢٠٠٢) قد نصت بوضوح على الحق في الصحة، مع تأكيدها من جديد لصفته كحق من حقوق الإنسان. وبالإضافة إلى ذلك، اعتمدت اللجنة قرارات هامة تتضمن أحكاماً وثيقة الصلة بالحق في الصحة (انظر المرفق الثاني).

١٤- وقدمت التزامات بعيدة المدى بشأن الحق في الصحة في الوثائق الختامية لعدد كبير من المؤتمرات العالمية للأمم المتحدة. وتساعد هذه المؤتمرات على وضع المشاكل الدولية، بما في ذلك قضايا الصحة مثل فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، في صدارة جدول الأعمال العالمي. كما أن وثائقها الختامية تؤثر على رسم السياسات على المستويين الدولي والوطني. ويشير عدد كبير منها إلى الحق في الصحة والحقوق المتصلة بالصحة بالإضافة إلى قضايا الصحة. وترد قائمة بالوثائق الختامية في الفرع دال من المرفق الأول.

٢ - المصادر الإقليمية

١٥- بالإضافة إلى المعايير الدولية، يرد الإقرار بالحق في الصحة في المعاهدات الإقليمية لحقوق الإنسان، مثل الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان وحقوق الشعوب (المادة ١٦)؛ والميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهيته (المادة ١٤)؛ والبروتوكول الإضافي الملحق بالاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمعروف باسم "بروتوكول سان سلفادور" (المادة ١٠)؛ والميثاق الاجتماعي الأوروبي (المادة ١١).

١٦- وتشمل الصكوك الإقليمية الأخرى التي لا تتضمن نصاً صريحاً للإقرار بالحق في الصحة وإنما توفر حماية غير مباشرة عن طريق الحقوق الأخرى المتصلة بالصحة الإعلان الأمريكي لحقوق الإنسان وواجباته والاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان واتفاقية البلدان الأمريكية لمنع العنف ضد المرأة والمعاقبة والقضاء عليه والاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية وبروتوكولاتها.

١٧- وقامت الآليات الإقليمية لحقوق الإنسان بالتحكيم في قضايا تنطوي على الحق في الصحة. ومن القضايا الجديدة بالذكر في عام ٢٠٠٢ ما خلصت إليه اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان وحقوق الشعوب من إهدار جمهورية نيجيريا الاتحادية للحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه بسبب انتهاكات ارتكبت ضد شعب أوغوني فيما يتعلق بأنشطة شركات النفط في دلتا نهر النيجر^(٥).

١٨- وفي حالات أخرى، انتهت الآليات الإقليمية إلى وقوع انتهاكات لحقوق أخرى متصلة بالصحة. ففي قضية لوبس أوسترا ضد إسبانيا، على سبيل المثال، قررت المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان أنه يجوز اعتبار الضرر البيئي انتهاكاً للحق في منزل وأسرّة وحياة خاصة^(٦). وفي قضية لجنة الحقوقيين الدولية ضد البرتغال، نظرت اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية في الادعاءات المتعلقة بعمل الأطفال في البرتغال. وقررت اللجنة أن هناك خرقاً للميثاق الاجتماعي الأوروبي وأعربت عن قلقها لوجود عدد كبير من الأطفال يعمل في قطاعات "قد تكون لها آثار سلبية على صحة الأطفال وعلى نموهم"^(٧).

١٩- وذكرت لجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان، في قرارها المتعلق بالمقبولية في قضية خورخ أودير ميرندا كورتيس وآخرين ضد السلفادور، أنه رغم عدم اختصاصها بالبت في انتهاكات المادة ١٠ (الحق في الصحة) من بروتوكول سان سلفادور، فإنها "ستأخذ في اعتبارها الأحكام المتصلة بالحق في الصحة في تحليلها لوقائع الحالة، وفقاً لأحكام المادتين ٢٦ و ٢٩ من الاتفاقية الأمريكية"^(٨).

٣ - المصادر المحلية

٢٠- كلفت منظمة الصحة العالمية لجنة الحقوقيين الدولية بالشروع في دراسة استقصائية للدساتير الوطنية التي تركز الحق في الصحة والحقوق المتصلة بالصحة^(٩). ووفقاً للنتائج الأولية لهذه الدراسة التي ما زالت في مراحلها المبكرة، هناك ما يزيد على ٦٠ حكماً دستورياً ينص على الحق في الصحة أو الحق في الرعاية الصحية، بينما يشمل ما يزيد على ٤٠ حكماً دستورياً الحقوق المتصلة بالصحة، مثل الحق في رعاية الصحة الإنجابية، وحق المعوقين في الحصول على المساعدة المادية، والحق في التمتع ببيئة صحية. وبالإضافة إلى ذلك، يوضح عدد كبير من الدساتير واجبات الدول فيما يتعلق بالصحة، مثل واجب الدولة في تطوير الخدمات الصحية، وهو ما قد يستدل منه على الحقوق المتصلة بالصحة. وفضلاً عن ذلك، أدت الأحكام الدستورية المتعلقة بالحق في الصحة في بعض الهيئات القضائية إلى توفير سوابق قضائية هامة، مثل الحكم الصادر مؤخراً عن المحكمة الدستورية لجنوب أفريقيا في قضية وزير الصحة ضد حملة الإجراءات العلاجية. وفي هذه القضية، قررت المحكمة أن الدستور يقضي "بأن تضع الحكومة وتنفذ برنامجاً شاملاً ومنسقاً للإعمال التدريجي لحق الحوامل وأطفالهن حديثي الولادة في الحصول على الخدمات الصحية لمكافحة انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل"^(١٠). وهذه القضية - بالإضافة إلى عدد كبير من القوانين والأحكام الأخرى الصادرة على المستويات الدولي والإقليمي والوطني - تؤكد أهلية المقاضاة فيما يتصل بالحق في الصحة.

٢١- ويعتزم المقرر الخاص أن يبحث، خلال ولايته، القوانين الدستورية (وغيرها) والممارسات المتصلة بالحق في الصحة بغية توضيح خصائص ومضمون هذا الحق وتحديد الممارسة الملائمة فيما يتعلق بإعماله.

باء - خصائص الحق في الصحة ومضمونه

٢٢- يكتفي المقرر الخاص هنا بإبداء بعض الملاحظات الأولية على المضمون القانوني للحق في الصحة.

٢٣- الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة. الحق في الصحة حق شامل لا يقتصر على تقديم الرعاية الصحية الملائمة وفي التوقيت السليم، بل يمتد أيضاً إلى المقومات الأساسية للصحة، مثل إمكانية الحصول على مياه الشرب المأمونة والإصحاح المناسب، والظروف المهنية والبيئية الصحية، وإمكانية الحصول على التوعية والمعلومات المتصلة بالصحة، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية^(١١).

٢٤- الحريات والحقوق. يشمل الحق في الصحة الحريات والحقوق على حد سواء. وتشمل الحريات حق الإنسان في التحكم في صحته، بما في ذلك الحق في أن يكون في مأمن من معالجته طبياً أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه. وتشمل الحقوق الحق في نظام للحماية الصحية (مثل الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة) يوفر تكافؤ الفرص في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه^(١٢).

٢٥- الحقوق المحددة^(١٣). إن الحق في الصحة مفهوم واسع يمكن تقسيمه إلى حقوق أكثر تحديداً مثل الحقوق المتصلة بالأمر التالي:

- صحة الأم والطفل والصحة الإنجابية؛
- بيئة صحية لمكان العمل وبيئة طبيعية صحية؛
- الوقاية من الأمراض وعلاجها ومكافحتها، ويشمل ذلك إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية؛
- إمكانية الحصول على مياه الشرب المأمونة.

٢٦- *عدم التمييز والمساواة في المعاملة*. يدخل عدم التمييز والمساواة في المعاملة ضمن العناصر الحاسمة الأهمية للحق في الصحة. وبناء على ذلك، يحظر القانون الدولي لحقوق الإنسان أي تمييز في فرص الحصول على الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة لأسباب محظورة دولياً، بما في ذلك الحالة الصحية، يهدف أو يؤدي إلى المساس بالمساواة في التمتع بالحق في الصحة^(١٤).

٢٧- *الالتزامات الفورية*. رغم أن الحق في الصحة يخضع للإعمال التدريجي ولقيود الموارد، فإنه يفرض مجموعة متنوعة من الالتزامات الفورية النفاذ. وتشمل هذه الالتزامات الفورية ضمانات عدم التمييز والمساواة في المعاملة، بالإضافة إلى الالتزام باتخاذ خطوات مدروسة ومحددة وهادفة نحو الإعمال الكامل للحق في الصحة، مثل إعداد استراتيجية وخطة عمل وطنيتين للصحة العامة. ويعني الإعمال التدريجي أن على الدول التزاماً محدداً ومستمرًا بالتحرك على أسرع وأكفأ نحو ممكن في اتجاه الإعمال الكامل للحق في الصحة^(١٥).

٢٨- *المساعدة والتعاون الدوليان*. هناك التزام على الدول باتخاذ خطوات، منفردة ومن خلال المساعدة والتعاون الدوليين، من أجل الإعمال الكامل للحق في الصحة. فالدول على سبيل المثال، ملزمة باحترام التمتع بالحق في الصحة في الولايات الوطنية الأخرى، وضمان عدم تأثير الاتفاقات أو السياسات الدولية تأثيراً سلبياً على الحق في الصحة ومراعاة ممثليها في المنظمات الدولية للحق في الصحة على النحو اللازم، بالإضافة إلى الالتزام بالمساعدة والتعاون الدوليين في جميع المسائل المتصلة برسم السياسات^(١٦).

٢٩- *المساعدة الإنسانية*. على الدول مسؤولية مشتركة وفردية للتعاون في توفير الإغاثة من الكوارث وتقديم المساعدات الإنسانية، بما في ذلك المعونة الطبية ومياه الشرب، في حالات الطوارئ، ويشمل ذلك مساعدة اللاجئين والمشردين داخلياً^(١٧).

٣٠- *مسؤوليات جميع العناصر الفاعلة*. لئن كانت المسؤولية الرئيسية عن إعمال حقوق الإنسان الدولية تقع على عاتق الدول، فإن جميع العناصر الفاعلة في المجتمع - الأفراد والمجتمعات المحلية والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية والمهنيون العاملون في مجال الصحة والأعمال التجارية الخاصة وغيرها - مسؤولة عن إعمال الحق في الصحة^(١٨).

٣١- *الترابط*. يرتبط الحق في الصحة ارتباطاً وثيقاً بالتمتع بعدد من حقوق الإنسان والحريات الأساسية الأخرى الواردة في المعاهدات الدولية الرئيسية لحقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في الغذاء والسكن والعمل والتعليم والحياة وعدم التمييز والمساواة ومنع التعذيب والحياة الخاصة والمشاركة والحصول على المعلومات وحرية تكوين الجمعيات والتجمع والتنقل^(١٩).

٣٢- القيود. تتخذ الدول قضايا الصحة العامة في بعض الأحيان حجة لتقييد ممارسة الحقوق الأساسية الأخرى. ويجب أن تتسق هذه القيود مع القانون، بما في ذلك المعايير الدولية لحقوق الإنسان، ويجب أن تكون ضرورية تماماً للنهوض بالرفاه العام في مجتمع ديمقراطي وأن تكون متناسبة وتخضع لإعادة نظر وتقتصر على فترة محدودة^(٢٠).

٣٣- الأطر التحليلية. قام عدد من العناصر الفاعلة في مجال حقوق الإنسان، في السنوات الأخيرة، بوضع الأطر أو الأدوات التحليلية الرامية إلى تعميق فهمنا للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ويأمل المقرر الخاص أن يدرس في تقاريره القادمة بعض هذه التطورات أو جميعها.

٣٤- وأولاً، تلاحظ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أنه ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية، بما في ذلك المقومات الأساسية للصحة، متوافرة وبمكّن الوصول إليها ومقبولة وعالية الجودة^(٢١). وتشرح اللجنة كل مصطلح - فمصطلح "إمكانية الوصول" على سبيل المثال له أربعة أبعاد هي: إمكانية الوصول بدون تمييز، وإمكانية الوصول الفعلي وإمكانية الوصول من الناحية الاقتصادية (أي بتكلفة يمكن تحملها) وإمكانية الحصول على المعلومات المتصلة بالصحة.

٣٥- وثانياً، تلاحظ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ولجنة القضاء على التمييز ضد المرأة واللجنة الفرعية لتعزيز وحماية حقوق الإنسان أن حقوق الإنسان تفرض ثلاثة أنواع من الالتزامات على الدول هي: الالتزامات بالاحترام والحماية والوفاء^(٢٢). ويكرس دستور جنوب أفريقيا شكلاً من أشكال هذا التحليل.

٣٦- وثالثاً، تشير لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى أهمية استخدام المؤشرات وأسس المقارنة^(٢٣). فالحق الدولي في الصحة يخضع للإعمال التدريجي. وهذا يعني بالضرورة أن ما هو متوقع من دولة سيتغير على مر الزمن. ولرصد تطور هذا البعد المتغير من الحق في الصحة ستحتاج الدولة إلى أداة للقياس. وترى لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن أنسب أداة هي الجمع بين استخدام المؤشرات وأسس المقارنة الوطنية لقياس الحق في الصحة. ومن ثم تختار الدولة مؤشرات ملائمة تساعد على رصد مختلف أبعاد هذا الحق. وسيتعين تفصيل كل مؤشر تبعاً لأسباب التمييز المحظورة. وعندئذ تحدد الدولة الأهداف الوطنية الملائمة - أو أسس المقارنة - فيما يتصل بكل مؤشر مفصل. ويجوز لها أن تستخدم هذه المؤشرات وأسس المقارنة الوطنية لرصد تطورها عبر الزمن، مما يسمح لها بتعديل السياسات عند اللزوم. ومهما كانت مؤشرات الحق في الصحة وأسس المقارنة الخاصة به متطورة فإنها لن تعطي بطبيعة الحال فكرة كاملة عن التمتع بهذا الحق في ولاية قضائية محددة، بل أنها ستوفر في أفضل الأحوال مؤشرات أساسية مفيدة فيما يتعلق بالحق في الصحة في سياق وطني معين.

ثانياً - الأهداف العامة

٣٧- يعتزم المقرر الخاص التركيز على ثلاثة أهداف عامة مترابطة.

- ١- تعزيز - وتشجيع الآخرين على تعزيز - الحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان الأساسية، على نحو ما هو مبين في عدد كبير من معاهدات حقوق الإنسان الدولية الملزمة قانوناً، وقرارات لجنة حقوق الإنسان ودستور منظمة الصحة العالمية.

٣٨- ورغم أن الحق في الصحة حق من حقوق الإنسان الأساسية، يتمتع بنفس الصفة القانونية الدولية الممنوحة لحرية الدين أو للحق في محاكمة عادلة، فإنه لا يحظى بنفس الاعتراف الواسع النطاق الذي يحظى به هذان الحقان

وغيرهما من الحقوق المدنية والسياسية. وبوسع عدد كبير من العناصر الفاعلة المختلفة، مثل الدول والمنظمات الدولية وجماعات المجتمع المدني، أن تساعد في تسليط مزيد من الأضواء على الحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان الأساسية. ورغم أن وصول الحق في الصحة إلى نفس درجة الانتشار التي تتمتع بها حقوق الإنسان الراسخة الأخرى قد يتطلب سنوات، فإن الإسهام في نشر الاعتراف بالحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان الأساسية هو أحد الأهداف التي سيسعى المقرر الخاص إلى بلوغها.

٢- توضيح خصائص الحق في الصحة ومضمونه. ما المقصود بالحق في الصحة من الناحية القانونية؟ وما هي الالتزامات المترتبة عليه؟

٣٩- رغم وجود حجم متزايد من القوانين الوطنية والدولية المتصلة بالحق في الصحة، فإن المضمون القانوني لهذا الحق لم يرسخ بعد. ولا غرابة في ذلك بالنظر إلى الإهمال التاريخي للحق في الصحة وغيره من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ومن ثم يعتزم المقرر الخاص توضيح ودراسة خصائص ومضمون الحق في الصحة بالاعتماد على `١` القوانين الوطنية والدولية الناشئة و`٢` المبادئ الأساسية المحركة للقانون الدولي لحقوق الإنسان، مثل المساواة وعدم التمييز وكرامة الفرد.

٣- تحديد الممارسات الملائمة لإعمال الحق في الصحة على مستوى المجتمع المحلي وعلى المستويين الوطني والدولي.

٤٠- لئن كانت هناك أهمية قصوى للاعتراف بحقوق الإنسان وفهم مضمونها القانوني، فإنه يجب وضع الأحكام القانونية موضع التنفيذ. وبعبارة أخرى، يجب الانتقال من القواعد الوطنية والدولية إلى السياسات والبرامج والمشاريع الفعالة. ومع ذلك فإنه ليس من السهل تبين كيفية إعمال الحق في الصحة شأنه شأن عدد من حقوق الإنسان الأخرى التي ليس من البديهي تحديد طرق إعمالها على نحو فعال. ولحسن الحظ توفر مختلف الولايات القضائية أمثلة للقوانين والسياسات والبرامج والمشاريع الملائمة التي تعكس الحق في الصحة. ورغم أن ما يصلح في سياق ما قد لا يصلح بالضرورة في سياق آخر، فإنه يمكن استخلاص الدروس منها. ومن ثم يعتزم المقرر الخاص جمع وتحليل وتشجيع الممارسات الملائمة في مجال الحق في الصحة. وسيجري اختيار هذه الممارسات الملائمة على مستوى المجتمع المحلي والمستويين الوطني والدولي وستكون متصلة بمختلف العناصر الفاعلة بما فيها الحكومات والمحاكم والمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان والمهنيون العاملون في القطاع الصحي ومنظمات المجتمع المدني والمنظمات الدولية.

ثالثاً - المواضيع الرئيسية

٤١- يشمل الحق في الصحة مجموعة عريضة ومتنوعة من القضايا التي يتسم بعضها بالتعقيد البالغ. ولتيسير أداء الولاية، يعتزم المقرر الخاص التركيز على موضوعين مترابطين. وينوي، بصفة عامة، تنظيم عمله حولهما وإن كان لن يكتفي بذلك، وهما:

(أ) الحق في الصحة والفقير؛

(ب) الحق في الصحة والتمييز والوصم.

٤٢ - أصبح القضاء على الفقر، على نحو ما يؤكد الإعلان بشأن الألفية، أحد أهم أهداف السياسة العامة الرئيسية في الأمم المتحدة وسائر المنظمات الدولية وعدد كبير من الدول. أما فيما يتعلق بالتمييز والوصم، فما زال كل منهما يعوق التقدم في ميدان الصحة ويقوضه بشكل خطير.

٤٣ - ويتعين على المقرر الخاص، في إطار ولايته، "تطبيق منظور جنساني في عمله" وإيلاء اهتمام خاص لاحتياجات الأطفال، بالإضافة إلى إعلان وبرنامج عمل ديربان. وموضوعا الفقر والتمييز/الوصم المترابطان يدعمان بصورة خاصة قضايا نوع الجنس والأطفال والتمييز العنصري. كما يدعم الموضوعان المترابطان دراسة قضايا أخرى يوليها المقرر الخاص اهتماماً خاصاً، مثل الصحة العقلية وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب.

ألف - الفقر والحق في الصحة

٤٤ - للحق في الصحة - وسائر حقوق الإنسان - دور هام وبناء في استراتيجيات الحد من الفقر وغيرها من الاستراتيجيات المماثلة. واستناد السياسات إلى حقوق الإنسان الوطنية والدولية يجعلها على الأرجح فعالة ومستدامة وشاملة ومنصفة ومجدية لمن يعانون من الفقر^(٢٤).

١ - الصحة والفقر

٤٥ - يؤدي المرض إلى الفقر بقضائه على أسباب العيش وإضعافه لإنتاجية العمال وتقليله للإنجاز العلمي وحده من الفرص. ونظراً لأن الفقر قد يؤدي إلى تضائل الفرص الحصول على الرعاية الطبية وزيادة التعرض للمخاطر البيئية وعمل الأطفال بأسوأ أشكاله وسوء التغذية، فإن المرض يكون في أحيان كثيرة أيضاً نتيجة للفقر. وبعبارة أخرى فإن المرض سبب للفقر ونتيجة له في آن واحد: فالمرضى أكثر عرضة للفقر والفقراء أكثر عرضة للمرض والعجز.

٤٦ - ويشكل التمتع بالصحة أمراً أساسياً لخلق القدرات التي يحتاج إليها الفقراء للتخلص من الفقر وللحفاظ على هذه القدرات. ويسهم التمتع بالصحة، وهو مصدر قوة أساسي للفقراء، في زيادة أمنهم الاقتصادي. والتمتع بالصحة ليس مجرد نتيجة للتنمية فحسب بل إنه وسيلة لتحقيق التنمية. ولهذا السبب تحتل قضايا الصحة مكانة بارزة في إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية والأهداف الإنمائية للألفية^(٢٥).

٢ - الأهداف الإنمائية للألفية: بروز مكانة الصحة

٤٧ - تشمل الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية أربعة أهداف متصلة بالصحة هي:

- (أ) خفض معدل الوفيات بين الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع المعدل الجاري، بحلول عام ٢٠١٥؛
- (ب) خفض معدل الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة بمقدار ثلثي المعدل الجاري، بحلول عام ٢٠١٥؛
- (ج) وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب ووباء الملاريا وسائر الأمراض الخطيرة التي يبتلي بها البشر والعمل على انحسارها بحلول عام ٢٠١٥؛
- (د) ضمان الاستدامة البيئية.

وهناك هدف إنمائي خامس للألفية - وهو إقامة شراكة عالمية للتنمية - ترتبط عناصره ارتباطاً وثيقاً أيضاً بالحق في الصحة. وبالإضافة إلى ذلك، هناك ثمانية من "الأغراض" التي تشملها الأهداف الإنمائية الستة عشر للألفية و ١٧ مؤشراً من مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية، البالغ عددها ٤٨ "مؤشراً"، متصلة بالصحة.

٤٨ - وبالنظر إلى المكانة البارزة التي تحتلها الصحة في الأهداف الإنمائية للألفية و"أغراضها" و"مؤشراتها"، يعترم المقرر الخاص أن يبحث، أثناء عمله، أهداف الألفية الإنمائية المتصلة بالصحة من منظور الحق في الصحة، بغية الإسهام في تحقيقها.

٣- الأهداف الإنمائية للألفية والحق في الصحة

٤٩ - لوحظ صواباً أن صياغة الأهداف الإنمائية للألفية لم تتم من زاوية حقوق الإنسان. ويلاحظ المقرر الخاص ثلاثة اعتراضات هامة يجوز إثارتها بخصوص الأهداف الإنمائية للألفية من زاوية حقوق الإنسان.

٥٠ - أولاً، إن أهداف الألفية الإنمائية المتصلة بالصحة ناقصة: فهي لا تتصدى لقضايا الصحة الحاسمة الأهمية والتي هي خصائص أساسية للحق في الصحة. فعلى سبيل المثال، لا تشير الأهداف الإنمائية للألفية إلى الصحة الإنجابية. ومما يجعل هذا الإغفال لافتاً للنظر بصورة خاصة أن نتائج مؤتمر القاهرة ومؤتمر بيجينغ، بالإضافة إلى الأهداف الإنمائية الدولية (السابقة للأهداف الإنمائية للألفية)، تشمل الصحة الإنجابية. ورد المقرر الخاص على هذا الانتقاد هو التشديد على أنه ليس من المقصود أن تكون الأهداف الإنمائية للألفية شاملة. فهناك أهداف وأغراض حاسمة الأهمية متصلة بالصحة تخرج عن نطاق الأهداف الإنمائية للألفية. ويعني ذلك أنه ينبغي استكمال الأهداف الإنمائية للألفية والإضافة إليها. ومن المؤكد أن الصحة الإنجابية تشكل جزءاً لا يتجزأ من الحق في الصحة وسيتم إدراجها في أي استراتيجية تعكس الحق في الصحة.

٥١ - وثانياً، يشكل الضعفاء، أفراداً وجماعات، شاغلاً خاصاً لحقوق الإنسان. فمن زاوية حقوق الإنسان، لا تشكل المتوسطات المتعلقة بحالة مجمل السكان مؤشرات مفيدة بل إنها قد تكون مضللة: فالتحسن في المؤشرات المتوسطة للصحة قد يخفي في الواقع تدهوراً فيما يتعلق ببعض الجماعات المهمشة، ومن ثم يجب أن تكون جميع البيانات المتصلة بحقوق الإنسان مفصلة على نحو يسمح بتبين ظروف الجماعات الأشد حرماناً أي الفقراء من النساء والأقليات والشعوب الأصلية. وتنتقد أهداف الألفية الإنمائية المتصلة بالصحة أحياناً لعدم صياغتها على هذا النحو: أي لأنها غير مفصلة. ورد المقرر الخاص على هذا الانتقاد هو القول بأن هذا تحديداً هو الدور الذي يمكن أن يسهم به الحق في الصحة في قضايا الألفية الإنمائية المتصلة بالصحة. وبالإصرار على إجراء التفصيل اللازم، يمكن أن يساعد الحق في الصحة في تحديد السياسات التي تفي بوعده إعلان الألفية لجميع الأفراد والجماعات.

٥٢ - وثالثاً، يمكن أن يحتج بأنه من زاوية حقوق الإنسان، لا يمكن قبول هدف الحد من معدل الوفيات بين الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع المعدل الجاري بحلول عام ٢٠١٥: فهذه حقوق الإنسان يجب أن يكون القضاء على جميع حالات الوفاة التي يمكن تجنبها بين الأمهات. والرد على هذا الاعتراض يتيح مبدأ الأعمال التدريجي وهو من الخصائص الأساسية لعدد كبير من حقوق الإنسان، بما فيها الحق في الصحة. فنهج حقوق الإنسان لا يقضي،

خلافاً للمنطق، بأن يتم إعمال حقوق الإنسان جميعها بين عشية وضحاها. وتسليماً بهذه الحقائق، بما في ذلك قيود الموارد، يراعي هذا النهج الإعمال التدريجي للحق في الصحة على مدى فترة زمنية.

٥٣ - ولكن المهم هو أن نهج حقوق الإنسان يضع شروطاً للإعمال التدريجي وبدونها قد يؤدي الإعمال التدريجي إلى تجريد حقوق الإنسان من مضمونها لتصبح مجرد تعبير طنان. ومن أمثلة هذه الشروط: يقضي نهج حقوق الإنسان أن تتخذ الدولة جميع التدابير التي في وسعها للتحرك بأسرع وأكفأ نحو ممكن في اتجاه الإعمال الكامل للحق في الصحة. ومن الأمثلة الأخرى أن نهج حقوق الإنسان يتطلب احترام حد أدنى من المستويات الأساسية - أو الالتزامات الأساسية - للحق في الصحة بصفة دائمة. والقصد من هذه الشروط هو ضمان عدم إساءة استعمال مبدأ الإعمال التدريجي. وتوضح هذه الشروط كذلك الأسباب التي تجعل ترتيبات الرصد والمساءلة الشفافة الميسرة سمة أساسية من سمات نهج حقوق الإنسان.

٥٤ - ومن ثم فإن أي هدف إنمائي للألفية يتمثل في تخفيض معدل الوفيات بين الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع المعدل الجاري بحلول عام ٢٠١٥ هو بالتأكيد هدف غير مقبول من زاوية حقوق الإنسان - إن كان يمثل الهدف النهائي. ولكن ما من أحد يرى أن هذا الهدف الإنمائي للألفية هدف نهائي: بل هو هدف متوسط. وفي ضوء مبدأ الإعمال التدريجي، لا يرى المقرر الخاص أي اعتراض خاص بحقوق الإنسان من حيث المبدأ على هدف الألفية الإنمائي المتصل بمعدل الوفيات بين الأمهات. بيد أن مسألة تحديد ما إذا كان هذا الهدف الإنمائي للألفية - والتدابير المتخذة لبلوغه - يتفق عملياً مع القانون الدولي لحقوق الإنسان مسألة مختلفة وحاسمة الأهمية ولا يمكن الإجابة عنها إلا بعد دراسة دقيقة لقوانين وسياسات حقوق الإنسان ذات الصلة.

٥٥ - وختاماً، يشجع الدليل التفصيلي لتنفيذ إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية المقرر الخاص أيضاً على بحث أهداف الألفية الإنمائية المتصلة بالصحة من منظور الحق في الصحة. ووفقاً للدليل التفصيلي: "تعتبر الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية جوهر جميع الأهداف الإنمائية للألفية"^(٢٦). ومن ثم يأمل المقرر الخاص في دراسة مجموعة مختارة من التقارير الدورية التي أعدت عن الأهداف الإنمائية للألفية على المستوى القطري من زاوية الحق في الصحة، بغية اقتراح الوسائل الكفيلة بزيادة فعالية عنصر الصحة في خدمة الفقراء والحد من الفقر.

٤ - حقوق الإنسان والحق في الصحة والفقير

٥٦ - هناك عدد متزايد من الدراسات والتطبيقات التي تتناول إسهام حقوق الإنسان، بصورة عامة، في الحد من الفقر^(٢٧). فحقوق الإنسان، باختصار، تمكن الفقراء، وتساعد على التصدي للتمييز وعدم المساواة، وتستلزم مشاركة الفقراء، وتؤكد أهمية جميع الحقوق في مكافحة الفقر، وتحظر بعض الخيارات المتعلقة بالسياسات (مثل الخيارات التي تلحق أضراراً غير متناسبة بالفقراء)؛ وتبرز الدور الحاسم للمساعدة والتعاون الدوليين؛ وتدخل مبدأ الالتزام ومن ثم مطلب آليات المساءلة الفعالة والشفافة والتي يسهل الوصول إليها.

٥٧ - ولا يتوافر نفس القدر من الدراسات والتطبيقات فيما يتعلق بإسهام الحق في الصحة تحديداً في الحد من الفقر، وتلك هي المسألة التي يود المقرر الخاص أن يكرس لها اهتماماً خاصاً. ويرى المقرر الخاص أن استراتيجية للحد من الفقر تستند إلى الحق في الصحة سترركز مثلاً على: تحسين فرص حصول الفقراء على الخدمات الصحية،

وذلك مثلاً بتحديد الأمراض التي لها تأثير خاص على الفقراء وتطبيق برامج التحصين وغيرها من البرامج التي يقصد بها تحديداً الوصول إلى الفقراء؛ وتحسين فعالية عمليات التدخل الحكومية في مجال الصحة لصالح الفقراء بإجراء عمليات رقابة بيئية أساسية على سبيل المثال، وبخاصة فيما يتعلق بتصريف النفايات في المناطق التي يقطنها الفقراء؛ وتخفيف العبء المالي للحماية الصحية عن كاهل الفقراء، بتخفيض رسوم الانتفاع المفروضة على الفقراء أو إلغائها على سبيل المثال؛ وتشجيع السياسات في القطاعات الأخرى التي تؤثر تأثيراً إيجابياً على المقومات الأساسية للصحة، بطرق منها على سبيل المثال دعم السياسات الزراعية التي تحدث تأثيراً إيجابياً على صحة الفقراء.

٥٨ - وختاماً، سيبحث المقرر الخاص الإسهام المحدد للحق في الصحة في مجال الحد من الفقر. وينبغي أن يفهم هذا الإسهام المحدد في سياق الإسهام العام لحقوق الإنسان، مثل عدم التمييز والمشاركة والتعاون الدولي والمساءلة، في الحد من الفقر.

باء - التمييز والوصم والحق في الصحة

٥٩ - يعتمزم المقرر الخاص التركيز على القضايا المتصلة بالتمييز والوصم في سياق الحق في الصحة كموضوع رئيسي ثان. ويشكل التمييز بسبب نوع الجنس والعنصر والعرق وغير ذلك من العوامل محمداً اجتماعياً للصحة. وتتحكم أوجه عدم المساواة الاجتماعية، التي تتفاقم بفعل التمييز وتهميش جماعات معينة، في توزيع الأمراض والآثار الصحية فيما بين المصابين بها. ونتيجة لذلك، فإن عبء المرض تتحمله الجماعات الضعيفة والمهمشة في المجتمع. كما أن التمييز والوصم المصاحبين لأحوال صحية معينة، مثل الإعاقة العقلية والأمراض كفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، يؤديان إلى تفاقم الانقسامات الاجتماعية وعدم المساواة.

٦٠ - ويشكل عدم التمييز أحد أهم المبادئ الأساسية للقانون الدولي لحقوق الإنسان. وتشير لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى أن العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية "يحظر أي تمييز في الوصول إلى الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة، وفي الوصول إلى وسائل وحقوق الحصول عليها، بسبب العرق، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي سياسياً أو غير سياسي، أو الأصل القومي أو الاجتماعي، أو الثروة، أو النسب، أو العجز البدني أو العقلي، أو الحالة الصحية (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز) أو الميول الجنسية، أو المركز المدني أو السياسي أو الاجتماعي أو أي مركز آخر، يرمي إلى انتقاص أو إبطال الحق في الصحة أو ممارستها على قدم المساواة، أو قد يترتب عليه ذلك الأثر"^(٢٨).

٦١ - وكما تحظر الصكوك الدولية لحقوق الإنسان التمييز لمجموعة من الأسباب المحددة، مثل العنصر واللون والجنس والدين، فإنها تحظر أيضاً التمييز "لأي سبب آخر". وفسرت لجنة حقوق الإنسان هذا المصطلح على أنه يشمل الحالة الصحية^(٢٩). ومن ثم تتفق اللجنة مع لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أن الدول ملزمة باتخاذ التدابير المانعة للتمييز بسبب الحالة الصحية، بالإضافة إلى الأسباب الأخرى المحظورة. وفيما يتعلق بالحق في الصحة، هناك التزام على الدول بضمان إتاحة فرص الانتفاع بالمرافق والسلع والخدمات الصحية - بما في ذلك المقومات الأساسية للصحة - للجميع، وبخاصة أضعف قطاعات السكان أو القطاعات المهمشة منهم، بدون تمييز^(٣٠).

٦٢- ويرتبط الوصم والتمييز وإنكار الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه بصلات معقدة ومستعدة الجوانب. فافتقار التمييز بالوصم يعني عدم احترام الكرامة الإنسانية والمساواة بالخط من قدر المتأثرين بهما، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى تفاقم عدم المساواة الذي تعاني منه فعلاً الجماعات الضعيفة والمهمشة. وهذا بدوره يؤدي إلى تفاقم قلة المناعة للأمراض ويعوق عمليات التدخل الفعالة في مجال الصحة. ويتفاقم التأثير حينما يعاني الفرد من تمييز مزدوج أو متعدد لأسباب منها على سبيل المثال نوع الجنس والعنصر والفقر والحالة الصحية.

٦٣- وتعزيز الحق في الصحة تعزيزاً فعالاً يتطلب تحديد وتحليل الطرق المعقدة التي يؤثر بها التمييز والوصم على التمتع بالحق في الصحة لأولئك المتأثرين بهما، مع إيلاء اهتمام خاص للنساء والأطفال والجماعات المهمشة مثل الأقليات العنصرية والعرقية والشعوب الأصلية والمعوقين والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، واللاجئين والمشردين داخلياً والمهاجرين. وسيطلب ذلك جمع وتحليل البيانات بغية تحسين فهم العلاقة بين مختلف أشكال التمييز كمحددات للصحة، مع التسليم بالآثار المضاعفة لمختلف أشكال التمييز وتوثيق كيفية تأثير التمييز والتعصب على فرص الحصول على الخدمات الصحية والرعاية الصحية. كما سيتطلب الموازنة الدقيقة بين احتياجات التصدي للتمييز والوصم المتصلين بالصحة بتشجيع نشر البيانات المفصلة ووضع السياسات والاستراتيجيات الرامية إلى مكافحة التمييز، مع ضمان عدم تسبب هذه البيانات في الإبقاء على الوصم.

٦٤- ويعتزم المقرر الخاص أن يعالج أثناء ولايته تأثير الوصم والتمييز على مجموعات معينة من السكان.

١ - المرأة

٦٥- يعوق التمييز المنهجي بسبب نوع الجنس تمتع المرأة بالصحة ويشل قدرتها على التصرف في مواجهة آثار مرضها ومرض أفراد أسرتها. ومن العوامل التي تضاعف من قلة مناعة المرأة للمرض عدم توافر فرص الحصول على المعلومات والتعليم والخدمات اللازمة لضمان الصحة الجنسية والإنجابية؛ والعنف، بما في ذلك العنف الجنسي؛ والممارسات التقليدية الضارة؛ والافتقار إلى الأهلية القانونية والمساواة أمام القانون في الشؤون الأسرية^(٣١). والدول ملزمة بضمان تكافؤ الفرص بين الرجل والمرأة في التمتع بجميع الحقوق، بطرق تشمل ضمان المساواة وعدم التمييز في مجالات مثل الحقوق السياسية، والزواج والأسرة، والعمل والصحة.

٢ - الأقليات العنصرية والعرقية

٦٦- تدخل العنصرية والتمييز العنصري وما يتصل بهما من تعصب ضمن العوامل المؤدية إلى عدم المساواة في مجال الصحة والرعاية الصحية للجماعات العرقية والعنصرية^(٣٢). وتقضي الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري بأن تحظر الدول التمييز العنصري وتقضي عليه وبأن تضمن حق كل شخص، بدون تمييز بسبب العنصر أو اللون أو الأصل القومي أو العرقي، في المساواة أمام القانون، وبخاصة في مجال التمتع بالحق في الصحة والرعاية الطبية. وفي المؤتمر العالمي لمكافحة العنصرية، أدركت الحكومات الحاجة إلى الاعتراف بأن العنصرية محدد اجتماعي هام للصحة وفرص الحصول على الرعاية الصحية^(٣٣). والتزمت بتعزيز التدابير الرامية إلى إعمال حق كل شخص في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، بغية القضاء على تفاوت الحالة الصحية الذي قد

يرجع إلى التمييز العنصري. كما اتفقت على سلسلة من التدابير التي تبدأ بمنع استخدام بحوث الجينات في أغراض التمييز وتنتهي بمعالجة التمييز في نظم الصحة^(٣٤).

٣ - المعوقون

٦٧ - يتعرض المعوقون لأشكال شتى من التمييز والإقصاء الاجتماعي تمنعهم من ممارسة حقوقهم وحرّياتهم ومن المشاركة الكاملة في مجتمعاتهم^(٣٥). ويتراوح التمييز الذي يعانون منه ما بين الحرمان من الخدمات الصحية وفرص العمل والتعليم، والإقصاء والعزل الناجمين عن الحواجز المادية والاجتماعية. وقد تكون المرأة المعوقة عرضة للتمييز بصورة خاصة بسبب الوصم المقترن بالإعاقة ونوع الجنس على حد سواء، وهي أكثر عرضة للتمييز من المرأة القوية البنية أو الرجل المعوق.

٤ - المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب

٦٨ - يستند الوصم المقترن بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب إلى التحيز المتصل بنوع الجنس والفقر والنشاط الجنسي والعنصر وغيرها من العوامل ويدعمها. والمخاوف المتصلة بالمرض والموت؛ والربط بين فيروس نقص المناعة البشرية ومحترفي الجنس والرجال الذين يمارسون الجنس مع أمثالهم ومعاقره المخدرات حقناً؛ والمعتقدات التي تلصق قهمة الرذيلة بالمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، جميعها عوامل تشترك في تأثير الوصم وكثيراً ما تؤدي إلى التعصب والتمييز^(٣٦). ويؤثر الوصم والتمييز ضد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب على انتشار المرض وتأثيره بعدة طرق حاسمة الأهمية. فخوف المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب من كشف أمرهم، على سبيل المثال، يمنعهم من استشارة الطبيب وإجراء الفحص اللازم طواعية، وهي مسألة حيوية الأهمية لجهود الوقاية والرعاية والعلاج. ويدعو إعلان الالتزام المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب الدول إلى اتخاذ التدابير للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب وأبناء الجماعات الضعيفة، ويلزم الدول بوضع استراتيجيات لمكافحة الوصم والإقصاء الاجتماعي المتصلين بالبواب^(٣٧).

رابعاً - مشاريع وقضايا وتدخلات محددة

٦٩ - في ضوء تفسير المقرر الخاص للحق في الصحة (الجزء الأول)، وأهدافه (الجزء الثاني)، والموضوعين المترابطين (الجزء الثالث)، يثور التساؤل حول أمثلة المشاريع والقضايا والتدخلات المحددة التي يعترف متابعتها. وسيرحب المقرر الخاص بالتعليقات على المشاريع والقضايا التوضيحية التالية. وهو لا يدعي القدرة على دراسة جميع المشاريع والقضايا التي يرد فيما يلي وصف عام لها: فذلك سيعتمد على موارده والفرص المتاحة أمامه. ولا يدعي كذلك أنه سيكتفي بهذه المشاريع والقضايا دون غيرها: فقد تنشأ تدخلات أخرى. ومع ذلك، تظهر الأمثلة التوضيحية التالية نوع المشاريع والقضايا المحددة التي يعترف متابعتها.

ألف - استراتيجيات الحد من الفقر

٧٠- يشكل الفقر ظاهرة عالمية تعاني منها الدول جميعها بدرجات متفاوتة. ويقوم عدد متزايد من الدول - المتقدمة والنامية والمجتمعات التي تمر بمرحلة انتقالية - بوضع استراتيجيات للحد من الفقر. ويعتزم المقرر الخاص بحث مجموعة مختارة من هذه الاستراتيجيات، من منظور الحق في الصحة، بغية اقتراح الوسائل الكفيلة بزيادة فعالية عنصر الصحة في خدمة الفقراء والحد من الفقر.

٧١- وتشكل ورقات استراتيجيات الحد من الفقر النابعة من مبادرة البلدان الفقيرة المثقلة بالديون نوعاً من استراتيجيات مكافحة الفقر. وأجرت منظمة الصحة العالمية مؤخراً دراسة نظرية لعشر ورقات كاملة متعلقة باستراتيجية الحد من الفقر وثلاث ورقات مؤقتة متعلقة بهذه الاستراتيجية. ولم تجد هذه الدراسة الأولية أدلة تذكر على وجود محاولات لتكييف الاستراتيجيات الوطنية للصحة بحيث تفي باحتياجات أفقر الناس^(٣٨). ولم يتضمن سوى عدد ضئيل للغاية من ورقات استراتيجيات الحد من الفقر مؤشرات للصحة تساعد في رصد التأثير على الفقراء أو المناطق الفقيرة^(٣٩). ولم تشمل الورقات على خطط بإدماج الفقراء في عملية رصد قائمة على المشاركة^(٤٠). وكان يمكن تخفيف هذه العيوب على الأقل لو كان الحق في الصحة قد أُخذ في الاعتبار بالكامل أثناء وضع ورقات استراتيجية الحد من الفقر. ولا غرابة في أن الدراسة قد خلصت أيضاً إلى خلو ورقات استراتيجية الحد من الفقر من الإشارة إلى الصحة كحق من حقوق الإنسان^(٤١).

٧٢- ولن تقتصر دراسة المقرر الخاص على استراتيجيات مكافحة الفقر في البلدان الفقيرة المثقلة بالديون والدول النامية. بل إنه سيدرس، من منظور الحق في الصحة، بعض استراتيجيات مكافحة الفقر في الدول المتقدمة أيضاً. وفضلاً عن ذلك، ينبغي أن تتصدى استراتيجية الحد من الفقر في الدولة المتقدمة لعنصرين مختلفين. فيجب أن تتصدى الاستراتيجية للفقر في `١` الولاية الوطنية للدولة المتقدمة و`٢` الدول النامية. وعلى الدول المتقدمة أن تتساءل، في ضوء الالتزام بالمساعدة الدولية، عن مدى اسهامها في الحد من الفقر في الجنوب. فالنرويج مثلاً نشرت مؤخراً خطة عمل معنونة مكافحة الفقر: خطة عمل الحكومة النرويجية لمكافحة الفقر في الجنوب بحلول عام ٢٠١٥^(٤٢). وبناء على ذلك، يود المقرر الخاص أن يبحث، من منظور الحق في الصحة، استراتيجيات الدول المتقدمة للحد من الفقر في مناطق ولاياتها وفي الجنوب على حد سواء.

باء - الأمراض المهملة

٧٣- تنقسم الأمراض بصورة عامة إلى ثلاثة أنواع. ويصيب النوع الأول من الأمراض كل من البلدان الغنية والبلدان الفقيرة التي تعيش بها أعداد ضخمة من الجماعات الضعيفة، ومن أمثلته الالتهاب الكبدي ب. ويصيب النوع الثاني من الأمراض - والتي كثيراً ما تسمى بالأمراض المهملة - البلدان الغنية والفقيرة على حد سواء، وإن كانت نسبة كبيرة من الحالات تحدث في البلدان الفقيرة، مثل فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب والدرن.

٧٤- أما النوع الثالث من الأمراض - الذي كثيراً ما يسمى بالأمراض المهملة للغاية - فهو النوع الذي تحدث النسبة الغالبة منه في البلدان النامية أو يقتصر على هذه البلدان، مثل العمى النهري ومرض النوم. ويشير تقرير

حديث لمنظمة الصحة العالمية معنون الحماية الشاملة من خطر الأمراض المعدية إلى أن الأثر الصحي لهذه الأمراض المهملة يقاس بحالات الإعاقة والتشوه الحادة والدائمة التي تصيب قرابة مليار شخص ... وانخفاض معدل الوفيات بين هؤلاء الناس رغم ارتفاع نسبة انتشار الأمراض بينهم يضعهم في ذيل جداول الوفيات، وهم لم يحصلوا على أولوية كبيرة في الماضي^(٤٣). ويواصل التقرير مشيراً إلى أن:

"الأمراض المعروفة باسم الأمراض المهملة تشكل فئة لأنها تكاد تقتصر على الفقراء والضعفاء الذين يعيشون في المناطق الريفية من البلدان المنخفضة الدخل. ولئن كانت هذه الأمراض تسبب معاناة شديدة كما تسبب عجزاً يستمر مدى الحياة في كثير من الأحيان، فإنها نادراً ما تؤدي إلى الوفاة ولذا لا تحظى بالاهتمام والتمويل اللذين تحظى بهما الأمراض التي ترتفع نسبة ضحاياها، مثل متلازمة نقص المناعة المكتسب والدرن والملاريا. وهي أمراض مهملة من زاوية أخرى أيضاً. فبما أنها محصورة في الفقراء من السكان فقد عانت تقليدياً من انعدام الحافز لابتكار عقاقير ولقاحات لأسواق لا تستطيع دفع الثمن. ورغم توافر العقاقير الرخيصة الثمن والفعالة فإن الطلب عليها غير كاف بسبب العجز عن الدفع. وتفرض الأمراض المهملة عبئاً اقتصادياً ضخماً من زاوية فقدان الإنتاجية وارتفاع تكاليف الرعاية الطويلة الأجل ... ووجود الأمراض المهملة يجعل بقاء الجيل القادم حبيساً للفقير أمراً مؤكداً. ... ويقترن العجز الناجم عن معظم هذه الأمراض بوصفها حاد"^(٤٤).

٧٥- وليست هذه الفئات الثلاث فئات جامدة: فبعض الأمراض يقع بين فئتين مثل الملاريا التي تقع بين النوعين الثاني والثالث.

٧٦- وفي حالة الأمراض من النوع الأول، تتوافر حوافز البحث والتطوير في البلدان الغنية، مثل آلية السوق والتمويل العام للبحوث الأساسية وحماية البراءات الخاصة بتطوير المنتج. ويجري تطوير المنتجات، ولكن القضية الرئيسية للسياسات فيما يتعلق بالبلدان الفقيرة تتمثل في الحصول على تلك التكنولوجيا التي تكون عادة مرتفعة السعر ومحمية بالبراءة. وتم تطوير عدد كبير من اللقاحات للنوع الأول من الأمراض خلال الأعوام العشرين الماضية لكنها لم تجلب إلى البلدان الفقيرة على نطاق واسع بسبب تكلفتها.

٧٧- وفي حالة النوع الثاني من الأمراض، تتوافر حوافز البحث والتطوير في أسواق البلدان الغنية، لكن مستوى الإنفاق على البحث والتطوير بصفة إجمالية لا يتناسب مع عبء الأمراض. ففي حالة اللقاحات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب على سبيل المثال، هناك حجم ضخم من البحث والتطوير يجري نتيجة للطلب في أسواق البلدان الغنية، لكنه لا يتناسب إطلاقاً مع الحاجة العالمية ولا يتصدى لظروف المرض المحددة في البلدان الفقيرة.

٧٨- ولا يحصل النوع الثالث من الأمراض - وهي الأمراض المهملة للغاية - إلا على حجم ضئيل للغاية من البحث والتطوير، ولا يحظى أساساً بالبحث والتطوير لأغراض تجارية في البلدان الغنية. وتفشل آلية السوق بسبب الفقر. فضلاً عن ذلك، لا تملك حكومات البلدان الفقيرة الموارد اللازمة لدعم البحث والتطوير اللازمين. ومن ثم يعاني البحث والتطوير في مجال الأمراض الخاصة بالبلدان الفقيرة من عجز في التمويل بصورة عامة. وكما يشير

تقرير لجنة الاقتصاد الكلي والصحة "فإن البلدان الفقيرة تستفيد بصورة رئيسية من البحث والتطوير عندما يعاني الأغنياء أيضاً من الأمراض نفسها"^(٤٥).

٧٩- وأثبتت انعدام التوازن في البحوث بين أمراض الفقراء (النوع الثاني من الأمراض وتحديدًا النوع الثالث منها) وأمراض الأغنياء بالوثائق لمدة تزيد على ١٠ سنوات. وفي عام ١٩٩٠، لاحظت لجنة البحث والتطوير في مجال الصحة ما أصبح يعرف باسم اختلال التوازن ٩٠/١٠ أي أن نسبة ١٠ في المائة من الإنفاق على البحث والتطوير توجه إلى المشاكل الصحية لنسبة ٩٠ في المائة من سكان العالم. وشُرع في مبادرات تستهدف التصدي لانعدام التوازن هذا - وأحرز قدر من التقدم - لكن هذه المبادرات ما زالت تعاني من عجز التمويل بصورة كبيرة.

٨٠- ومؤخرًا، حصلت مشكلة الأمراض المهملة - وهو إهمال ناتج عن فشل السوق وفشل السياسات العامة - على دفعة قوية بفعل عدد من التطورات الجديدة بالترحيب، بما في ذلك الإعلان بشأن الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة والصحة العامة والصندوق العالمي لمكافحة متلازمة نقص المناعة المكتسب والدرن والملاريا. ويشدد المقرر الخاص على الحاجة الملحة لأن يحشد الصندوق العالمي وينفق موارد إضافية لمكافحة هذه الأمراض الثلاثة.

٨١- ويود المقرر الخاص أن يوجه في عمله اهتماماً خاصاً إلى الآثار المتعددة للأمراض المهملة (بما فيها المهملة للغاية) واختلال التوازن ٩٠/١٠ على الحق في الصحة: أي على عدم التمييز والمساواة وتوافر المرافق والسلع والخدمات الصحية (بما فيها العقاقير) وسهولة الانتفاع بها، والمساعدة والتعاون الدوليين وغير ذلك. والنقطة الأساسية هي أن الأمراض المهملة والأمراض المهملة للغاية واختلال التوازن ٩٠/١٠ جميعها قضايا متصلة بحقوق الإنسان.

جيم - تقييم الآثار

٨٢- يتعين على أي دولة، قبل تطبيق قانون جديد أو سياسة جديدة، أن تضمن اتساق المبادرة الجديدة مع التزاماتها القانونية الوطنية والدولية، بما فيها الالتزامات المتعلقة بحقوق الإنسان^(٤٦). فإذا تبنت دولة الحد من الفقر كهدف رئيسي للسياسات، عليها أن تضمن اتساق أي قانون جديد أو سياسة جديدة مع ذلك الهدف المتصل بالسياسات. وتتطلب الدقة في رسم السياسات إجراء تحليل لتأثير الإصلاحات بالتفصيل على رفاهية مختلف فئات المجتمع، وبخاصة الفقراء والضعفاء. وينبغي أن يشمل هذا التحليل - قبل تنفيذ أي تدخل في مجال السياسات وأثناءه وبعده - الآثار المقصودة وغير المقصودة للمبادرة، بغية تحديد ما يلزم اتخاذه من تدابير للتخفيف أو غير ذلك من التدابير. وهذا الشرط المتصل بإجراء تحليل للآثار يتسم بالمسؤولية الاجتماعية يسري على الدول والعناصر الفاعلة الأخرى في سياق السياسات الوطنية والدولية.

٨٣- وهناك عقبات تعترض بطبيعة الحال إعداد التحليلات الدقيقة للآثار. ويلاحظ مؤلفو أحد المطبوعات الحديثة لصندوق النقد الدولي أن هذه العقبات تشمل "القيود المتصلة بالبيانات، وضعف القدرة الوطنية، ونقص التنسيق بين الجهات المانحة"^(٤٧). ويوصي هؤلاء المؤلفون بتدعيم التحليلات المتصلة بالفقر والآثار الاجتماعية^(٤٨) ويقترحون بذل المجتمع الدولي لمزيد من الجهد لتطوير القدرة المؤسسية على المستوى الوطني من أجل "وضع تصورات بديلة بشأن السياسات" و"إجراء تحليل للتأثير على الفقر والتأثير الاجتماعي"^(٤٩).

٨٤- ورغم هذه الصعوبات وغيرها، فهناك أشكال مختلفة من تحليل الآثار آخذة في الانتشار على المستويين الوطني والدولي. وفي آيرلندا الشمالية، يقضي تشريع جديد بأن تجري السلطات العامة تقييماً للآثار فيما يتصل بالمساواة^(٥١). وفي إطار الاتحاد الأوروبي، هناك شرط يقضي بالتأكد من أن بعض مشاريع السياسات لا تحدث تأثيراً سلبياً على الصحة - وقد ساهم ذلك في تزايد الكتابات عن تقييم الآثار المتصلة بالصحة^(٥٢). وقد أعد البنك الدولي مؤخراً مشروعاً مطولاً معنون "دليل المستخدم إلى تحليل التأثير على الفقر والتأثير الاجتماعي". ونادت بعض منظمات المجتمع المدني بإدراج "تقييمات التأثير على الفقر" في إطار عملية إعداد ورقات استراتيجية الحد من الفقر^(٥٣). واستمرت الدعوة إلى إجراء تقييم للآثار من زاوية حقوق الإنسان عدداً كبيراً من السنوات، وكان أبرزها الدعوة التي تضمنها إعلان وبرنامج عمل فيينا^(٥٤)، وسعت عناصر فاعلة قليلة إلى وضعها موضع التنفيذ^(٥٥).

٨٥- ويشكل إجراء التحليلات المناسبة للآثار وسيلة لضمان المراعاة الواجبة للحق في الصحة - وبخاصة حق الجماعات المهمشة، بما فيها الفقراء - في جميع عمليات رسم السياسات الوطنية والدولية. وبناء على ذلك، يود المقرر الخاص أن يبحث، في سياق الحق في الصحة، مختلف أنواع تحليل الآثار بغية تحديد الممارسة الملائمة للدول والعناصر الفاعلة الأخرى.

دال - منظمة التجارة العالمية والحق في الصحة

٨٦- لا يمكن في تقرير أولي من هذا النوع دراسة الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة والاتفاق العام بشأن التجارة في الخدمات من منظور الحق في الصحة، وهي ممارسة بدأتها المفوضة السامية السابقة لحقوق الإنسان في تقريرها المؤرخين في حزيران/يونيه ٢٠٠١ و ٢٠٠٢^(٥٦). بيد أن من الواضح أن الاتفاقيين كليهما يمس عناصر حاسمة الأهمية من الحق في الصحة. فالاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة، على سبيل المثال، يؤثر على قضايا الحصول على العقاقير الأساسية وعلى التعاون الدولي. وكما لاحظت لجنة حقوق الإنسان فإن "إتاحة إمكانية التداوي في سياق جوائح كفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب هي أحد العناصر الأساسية في التوصل تدريجياً إلى الأعمال التام لحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه"^(٥٦).

٨٧- ويلاحظ المقرر الخاص أهمية الإعلان بشأن الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة والصحة العامة الذي اعتمد في المؤتمر الوزاري الرابع لمنظمة التجارة العالمية في الدوحة في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠١^(٥٧). ويقر إعلان الدوحة بـ "خطورة مشاكل الصحة العامة التي يبتلي بها عدد كبير من البلدان النامية وأقل البلدان نمواً، ولا سيما المشاكل الناجمة عن فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب والدرن والملاريا وغيرها من الأوبئة"^(٥٨). ويؤكد الإعلان "أنه يمكن وينبغي تفسير الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة وتنفيذه على نحو يدعّم حق أعضاء منظمة التجارة العالمية في حماية الصحة العامة، وبخاصة تعزيز فرص الجميع في الحصول على الأدوية"^(٥٩). وبذلك يعكس الإعلان منظور حقوق الإنسان، وبخاصة الحق في الصحة والحق في التمتع بفوائد التقدم العلمي على نحو ما هو مكرس في المادة ٢٧ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

٨٨- ويشكل الاتفاق العام بشأن التجارة في الخدمات أول اتفاق متعدد الأطراف ينظم جميع أشكال التجارة الدولية في الخدمات، بما في ذلك الخدمات الصحية. وتجري حالياً مفاوضات بشأن مواصلة تحرير التجارة في الخدمات، ومن المقرر أن تنتهي هذه المفاوضات بحلول كانون الثاني/يناير ٢٠٠٥. ويمكن أن يؤثر تحرير التجارة في الخدمات الصحية على الحق في الصحة بعدة طرق، تبعاً لمجموعة من القضايا، ليس أقلها البيئة التنظيمية. ومن القضايا الهامة بصورة خاصة تأثير زيادة الاستثمار الأجنبي المباشر على التمتع بالحق في الصحة. فرغم ما يمكن أن يؤدي إليه الاستثمار الأجنبي المباشر من تحسين للبنات الأساسية الوطنية وإدخال تكنولوجيا حديثة، فإنه يمكن أن يحدث كذلك آثاراً غير مرغوب فيها إذا كانت النظم غير كافية لحماية التمتع بالحق في الصحة. فمثلاً، قد تؤدي زيادة الاستثمار الأجنبي الخاص إلى اهتمام مفرط بالأهداف التجارية على حساب الأهداف الاجتماعية، مثل توفير الخدمات الصحية العالية الجودة لمن يستطيع الحصول عليها بأسعار تجارية. وكما أشارت دراسة أعدت مؤخراً بالاشتراك بين أمانة منظمة التجارة العالمية ومنظمة الصحة العالمية "فإن التجارة في الخدمات الصحية قد أدت في بعض الحالات إلى تفاقم مشاكل الحصول على الخدمات والتمويل في قطاع الصحة وتحقيق العدالة فيه، وبخاصة للفقراء في البلدان النامية"^(٦٠).

٨٩- ويلاحظ المقرر الخاص أن لجنة حقوق الإنسان تطلب إلى جميع الدول، في قرارها ٣٢/٢٠٠٢ "أن تضمن، فيما تتخذه من إجراءات بوصفها أعضاء في المنظمات الدولية، مراعاة حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه وأن تتوخى، في تطبيقها أحكام الاتفاقات الدولية، دعم سياسات الصحة العامة التي تعمل على زيادة إمكانية حصول الجميع على المستحضرات الصيدلانية والتكنولوجيات الطبية الوقائية أو العلاجية أو الملطفة الآمنة والفعالة وبأسعار تكون في متناول الجميع (الفقرة ٦(ب)). وفي هذه الظروف، يود المقرر الخاص، في حدود ما تسمح به موارده، أن يرصد ويدرس القواعد والسياسات التجارية في سياق الحق في الصحة، بما في ذلك تنفيذ إعلان الدوحة تمهيداً للمؤتمر الوزاري الخامس لمنظمة التجارة العالمية المزمع عقده في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٣"^(٦١).

هاء - الحق في الصحة العقلية

٩٠- في عام ٢٠٠١، أشارت تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك ٤٥٠ مليون شخص يعانون من اضطراب عقلي أو سلوكي وأن هذه الاضطرابات تمثل ١٢ في المائة من عبء الأمراض على مستوى العالم^(٦٢). وتشمل الاضطرابات العقلية الفصام والاضطراب الثنائي القطب والاكتئاب والتخلف العقلي والزهايمر وغير ذلك من أنواع الخبل. وهذه الأمراض شائعة في جميع البلدان. وتصاب الجماعات الفقيرة وغيرها من الجماعات المهمشة على نحو غير متكافئ بهذه الأمراض في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء.

٩١- ويمكن التحكم في معظم الأمراض العقلية وعلاجها كما يمكن الوقاية منها في حالات كثيرة. ورغم ذلك ورغم انتشار الاضطرابات العقلية وتأثيرها، لم تمنح حكومات كثيرة أولوية كبيرة للصحة العقلية. وأشار تقرير الصحة العالمية لعام ٢٠٠١ إلى أن نسبة تتجاوز ٤٠ في المائة من البلدان ليست لديها سياسة خاصة بالصحة العقلية؛ وأن ميزانيات الصحة العقلية في معظم البلدان تمثل أقل من ١ في المائة من ميزانياتها الخاصة بالصحة^(٦٣).

٩٢- ويصعب الحصول على الرعاية الصحية للأمراض العقلية من الناحيتين الجغرافية والاقتصادية على غالبية سكان العالم. وعندما يمكن الحصول على الرعاية، تتفاوت مستويات هذه الرعاية تفاوتاً كبيراً بين البلدان وداخل البلدان. ومما يثير قلق المقرر الخاص أن رعاية الصحة العقلية في عدد كبير من الدول غالباً ما تعتمد بصورة رئيسية على مؤسسات ضخمة للطب النفسي والعقلي مع ضآلة المتاح على مستوى المجتمعات المحلية من علاج ورعاية^(٦٤).

٩٣- ويثير جزع المقرر الخاص ما تشير إليه التقارير من وقوع مجموعة عريضة من انتهاكات حقوق الإنسان في بعض المؤسسات المخصصة لرعاية وعلاج الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات العقلية. وتشمل هذه الانتهاكات التعذيب وغيره من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، مثل الاستغلال الجنسي^(٦٥). ويلاحظ المقرر الخاص أيضاً الوصم والتمييز المحيطين بالاضطرابات العقلية، بالإضافة إلى عجز الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات العقلية عجزاً فعلياً أو نظرياً عن اتخاذ القرارات بسبب مرضهم - واجتماع هذه المسائل المترابطة هو الذي يجعل من يعانون من الاضطرابات العقلية معرضين بصورة خاصة لانتهاكات حقوق الإنسان.

٩٤- ويعتزم المقرر الخاص توجيه اهتمام خاص إلى الحق في الصحة العقلية، دون ازدواج أو تداخل مع عمل الهيئات الدولية الأخرى المختصة.

واو - المهنيون العاملون في قطاع الصحة

٩٥- يلعب المهنيون العاملون في قطاع الصحة، باعتبارهم مقدمي الخدمات الصحية، دوراً لا غنى عنه في تعزيز الحق في الصحة وحمايته. ويعتزم المقرر الخاص بحث الدور الهام الذي يضطلع به المهنيون في قطاع الصحة فيما يتعلق بالحق في الصحة، بالإضافة إلى الصعوبات التي تعوق ممارستهم لمهامهم.

٩٦- ويعاني المهنيون العاملون في قطاع الصحة في عدد كبير من البلدان من ضعف المرتبات والعمل لساعات طويلة في ظل نقص المعدات وفي مرافق متقادمة. ويشكل سوء أحكام وشروط العمل سبباً رئيسياً وراء "هجرة ذوي الكفاءات": أي هجرة الأطباء بصورة رئيسية من الجنوب إلى الشمال ولكن أيضاً من الريف إلى الحضر داخل كل بلد على حدة^(٦٦). ورغم أن البلدان المصدرة قد تجني بعض الفوائد (مثل التحويلات المالية من المغتربين)، فمن المتوقع أن تتجاوز النتائج السلبية المحتملة، بما في ذلك النقص في عدد المهنيين العاملين في قطاع الصحة وعدم تعويضهم وتدهور نوعية الرعاية الصحية، هذه الفوائد^(٦٧). ويلعب سوء الأحكام والشروط دوراً أيضاً في حدوث عدد آخر من المشاكل، بما في ذلك ظاهرة ذهاب الأطباء الأفضل تدريباً للعمل في القطاع الخاص لتحسين ظروف عملهم مما يؤدي إلى استنزاف نظم الصحة العامة.

٩٧- وفي بعض البلدان، يتعرض العاملون في قطاع الصحة، بسبب أنشطتهم المهنية، للتمييز والاحتجاز التعسفي والقتل التعسفي والتعذيب ولتقييد حرياتهم المتصلة بالرأي والتعبير والحركة. ويشمل العاملون الأكثر عرضة المهنيين العاملين مع مرضى من ضحايا التعذيب. وتورط بعض المهنيين العاملين في قطاع الصحة، تحت التهديد في كثير من الأحيان، في انتهاكات لحقوق الإنسان شملت التعذيب وإعداد وثائق طبية مزورة للتستر على انتهاكات حقوق الإنسان^(٦٨).

٩٨ - ويلاحظ المقرر الخاص مشكلة الفساد في مجال تقديم الخدمات الصحية. ورغم أن هذه المشكلة تنشأ في بعض الحالات نتيجة للشروط والظروف غير المرضية التي يعاني منها المهنيون في قطاع الصحة، فإن الفساد في الخدمات الصحية لا يقتصر على العاملين في قطاع الصحة وحدهم. وهو لا يقتصر أيضاً على منطقة واحدة من العالم. ومن الواضح أن الفساد يضر بالفقراء وينال من الحق في الصحة. "وفي عدد كبير من البلدان يذكر الفقراء أنه يُطلب منهم دفع ثمن الدواء الذي ينبغي توفيره لهم بدون ثمن"^(٦٩). ومن المثير للاهتمام ما تخلص إليه دراسة أجراها صندوق النقد الدولي مؤخراً للفساد في خدمات الرعاية الصحية من أن "مشاركة الفقراء في القرارات التي تؤثر على تخصيص الموارد العامة سيقبل احتمالات الفساد"^(٧٠). ولئن كان المقرر الخاص يسلم بعدم وجود حلول سريعة، فإنه يرى أن الفساد قضية تتصل بالحق في الصحة والفرق على حد سواء.

خامساً - الخاتمة

٩٩ - يشير هذا التقرير الأولي إلى بعض القضايا الضخمة والمعقدة التي يشملها الحق في الصحة. وقد يكون أهم تحد يواجهه الملتمزين بالحق في الصحة هو التطرق إلى القضايا المعقدة والحيوية المتعددة والتوصل إلى توصيات عملية وقابلة للتحقيق. ولهذا السبب، يولي المقرر الخاص أهمية خاصة لهدفه الثالث، أي تحديد الممارسات الملائمة لإعمال الحق في الصحة على مستوى المجتمع المحلي وعلى المستويين الوطني والدولي. وبأمل أن يتمكن، بمساعدة الآخرين، إن تحديد بعض هذه الممارسات الملائمة في تقاريره اللاحقة.

الحواشي

- (1) A/51/950, Paras 78-79.
- (2) A/57/387, para. 48.
- (3) A/56/326, paras. 202 and 204.
- (4) Resolution 2002/24, para. 7.
- (5) Communication 155/96, *SERAC and CESR v. Nigeria*, Fifteenth Annual Activity Report of ACHPR, 2001-2002, annex V.
- (6) *López Ostra v. Spain*, ECtHR, 1994.
- (7) Complaint 1/1998, *ICJ v. Portugal*, ECSR, 1999
- (8) *Jorge Odir Miranda Cortez et al. v. El Salvador*, IACHR, 2001, para. 47.
- (9) ICJ, *Right to Health Database, Preliminary Proposal*, 2002.
- (10) Constitutional Court of South Africa, Case CCT 8/02, para. 135 (2) (a).
- (11) See for example, CESCR General Comment No. 14, (E/C.12/2000/4), para. 8.
- (12) *Ibid.*, para. 11.

(13) Ibid., paras. 14-17 and CESCR General Comment No. 15 (E/C.12/2002/11).

(14) See for example CESCR General Comment No. 14, paras. 18-21 and A/54/38/Rev.1, CEDAW General Recommendation 24, 1999.

(15) See for example CESCR General Comment No. 14, paras. 30-31. CESCR also uses the term “core obligations”; see General Comment No. 14, paras. 43-45. On core obligations, see Chapman and Russell (eds.), *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, 2002.

(16) Ibid., paras. 38-39. Note Judge Weeramantry’s dissenting opinion in the Advisory Opinion of the International Court of Justice on the *Legality of the Threat or Use of Nuclear Weapons*, in which he cited article 12 of ICESCR and then stated, in relation to this article, that “it will be noted here that the recognition by States of the right to health is in the general terms that they recognize the right of ‘everyone’ and not merely of their own subjects. Consequently, each State is under an obligation to respect the right to health of all members of the international community” (*ICJ Reports*, 1996, vol. I, p. 144).

(17) Ibid., para. 40.

(18) See for example UDHR, preamble, and CESCR General Comment No. 14, paragraph 42.

(19) See for example Vienna Declaration and Programme of Action, 1993, Part 1, paragraph 5, and CESCR General Comment No. 14, paragraph 3.

(20) See for example CESCR General Comment No. 14, paragraphs 28-29; and the Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights (E/CN.4/1985/4, annex).

(21) CESCR General Comment No. 14, para. 12. This mode of analysis resonates with the work of the United Nations Special Rapporteur on the right to education.

(22) CESCR General Comment No. 14, para. 33 and passim.

(23) Ibid., paras. 57-58.

(24) See CESCR Statement on poverty (E/C.12/2001/10).

(25) General Assembly resolution 55/2.

(26) A/56/326, para. 202.

(27) For example, following a request from CESCR, OHCHR prepared Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, September 2002.

(28) General Comment No. 14, para 18.

(29) See for example Commission resolutions 1994/49, 1995/44, 1996/43, 1999/49, 2001/51.

(30) General Comment No. 14, para. 12 (b) (i).

(31) CEDAW General Recommendation 24; CEDAW General Recommendation 15.

(32) See *Health and Freedom from Discrimination: WHO's Contribution to the World Conference against Racism*, Health and Human Rights Publication Series, August 2001.

(33) Durban Declaration and Programme of Action (A/CONF.189/5).

(34) *Ibid.*, see, for example, paragraphs 8 (c), 58, 73, 109, 110 (b).

(35) See, for example, Quinn and Degener, *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of the United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability*, OHCHR, 2002.

(36) *Fighting HIV-related Intolerance: Exposing the Links Between Racism, Stigma and Discrimination*, paper prepared by WHO and UNAIDS in consultation with OHCHR, August 2001.

(37) General Assembly resolution S-26/2 of 27 June 2001, annex.

(38) Dodd and Hinshelwood, *PRSPs: Their Significance for Health*, draft presented to the WHO Meeting of Interested Parties, October 2002, p. 4.

(39) *Ibid.*

(40) *Ibid.*

(41) *Ibid.*, p. 9.

(42) Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2002.

(43) WHO, 2002, p. iv.

(44) *Ibid.*, p. 96.

(45) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, WHO, 2001, p. 77.

(46) As the Vienna Declaration and Programme of Action puts it: "protection and promotion [of human rights and fundamental freedoms] is the first responsibility of Governments" (Part I, para. 1).

(47) Gupta et al, *Is the PRGF Living Up to Expectations? An Assessment of Program Design*, IMF Occasional Paper 216, 2002, p. 32.

(48) *Ibid.*, p. 35.

(49) *Ibid.*, p. 36.

(50) See Equality Commission for Northern Ireland, *Section 75 of the Northern Ireland Act 1998: Practical Guidance on Equality Impact Assessment*.

(51) For example the Institute for Public Health in Ireland, *Health Impact Assessment: An Introductory Paper*, September 2001. Also see Part II of Mann, Gruskin, Grodin and Annas (eds.), *Health and Human Rights: A Reader*, Routledge, 1999.

(52) *Making PRSPs Work: The Role of Poverty Assessments*, Oxfam, 2001.

(53) Part II, para. 2.

(54) For example Norwegian Agency for Development Cooperation, *Handbook in Human Rights Assessment: State Obligations, Awareness and Empowerment*, 2001.

(55) E/CN.4/Sub.2/2001/13 and E/CN.4/Sub.2/2002/9. Also see CESCR statement on human rights and intellectual property (E/C.12/2001/15).

(56) Commission resolution 2002/32, para. 1.

(57) WT/MIN(01)/DEC/2, 2001.

(58) *Ibid.* para. 1.

(59) *Ibid.* para. 4.

(60) *WTO Agreements and Public Health: A Joint Study by the WHO and WTO Secretariat*, 2002, p. 18.

(61) See Dommen, "Raising Human Rights Concerns in the WTO", *Human Rights Quarterly*, vol. 24, No. 1, 2002, p. 1.

(62) WHO. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, p. 3.

(63) *Ibid.*, p. 3.

(64) *ibid.*, p. 87.

(65) See for example *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*, Mental Disability Rights International, 2002.

(66) See for example see Pang, Lansang and Haines, "Brain Drain and Health Professionals", *British Medical Journal*, vol. 324, Issue 7336, p. 499.

(67) See for example UNCTAD/WHO, *International Trade in Health Services: A Development Perspective*, 1998.

(68) See for example Somerville, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, BMA/Zed Books, 2001; *Directory of Persecuted Scientists, Health Professionals, and Engineers*, American Association for the Advancement of Science, 1999.

(69) Narayan, *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?*, World Bank, 2000, p. 111.

(70) Gupta, Davoodi and Tiongson, "Corruption and the Provision of Health Care and Education Services", in *Governance, Corruption, and Economic Performance*, Abed and Gupta (eds.), IMF, 2002, p. 272.

Annex I

SOME INTERNATIONAL INSTRUMENTS RELEVANT TO THE RIGHT TO HEALTH

This annex lists some of the international instruments that are relevant to the right to health. Section A contains general international human rights instruments. Section B contains international instruments that relate to specific groups. Section C contains context-specific instruments. Inevitably, there is some overlap between sections B and C. To avoid repetition, instruments applying to both groups and contexts are categorized according to the group (sect. B).

Section D contains international conference outcomes and their follow-ups.

This annex is not comprehensive: there are other instruments that are relevant to the right to health. Further standards are referenced in WHO, *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*, Health and Human Rights Publications Series Issue 1, 2002; and G. Alfredsson and K. Tomaševski (eds.), *A Thematic Guide to Documents on Health and Human Rights: Global and Regional Standards Adopted by Intergovernmental Organizations, International Non-governmental Organizations, and Professional Associations* (Nijhoff, 1998).

A. General international instruments

1. Universal Declaration of Human Rights (1948); International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966); Constitution of the World Health Organization (1946); General Comment 14 of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) on the right to health (2000).

B. International instruments relating to specific groups

2. *Racial and ethnic groups*: International Covenant on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965); ILO Convention No. 169 (concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries, 1989); Declaration on the Rights of Persons Belonging to National or Ethnic, Religious and Linguistic Minorities (1992).

3. *Women*: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979); Declaration on the Elimination of Violence against Women (1993); General Recommendation No. 14 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW) on female circumcision (1990); General Recommendation No. 19 of CEDAW on violence against women (1992); General Recommendation No. 24 of CEDAW on women and health (1999).

4. *Children*: Convention on the Rights of the Child (1989); ILO Convention No. 138 (concerning Minimum Age for Admission to Employment, 1973); ILO Convention No. 182 (the Worst Forms of Child Labour Convention, 1999); United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (1985); United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty (1990); Declaration on the Rights of the Child (1959).

5. *Migrant workers*: International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families (1990).

6. *People with disabilities including mental disabilities*: Declaration on the Rights of Disabled Persons (1975); Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with

Disabilities (1993); Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Healthcare (1991); CESCR General Comment 5 on persons with disabilities (1994); Human Rights Committee General Comment 21 (1992).

7. *Older people*: United Nations Principles for Older Persons (1991); CESCR General Comment No. 6 on the economic, social and cultural rights of older persons (1995).

8. *Refugees*: Convention relating to the Status of Refugees (1951).

C. International instruments relating to specific contexts

9. *Armed conflict*: The Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded and Sick in Armed Forces in the Field (1949); the Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded, Sick and Shipwrecked Members of the Armed Forces at Sea (1949); the Geneva Convention relative to the Treatment of Prisoners of War (1949); the Geneva Convention relative to the Protection of Civilian Persons in Times of War (1949); Additional Protocol I to the Geneva Conventions relating to the Protection of Victims in International Armed Conflict (1977); Additional Protocol II to the Geneva Conventions relating to the Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts (1977); Declaration on the Protection of Women and Children in Emergency and Armed Conflict (1974); Protocol on Prohibitions or Restrictions on the Use of Mines (1980).

10. *Occupational health and safety*: ILO Convention No. 155 (Occupational Health and Safety Convention, 1981); ILO Convention No. 148 (Working Environment Convention, 1977); and several other ILO Conventions (e.g. Conventions Nos. 130, 152, 161, 164, 167, 170, 171, 176, 177 and 184).

11. *Environmental health*: Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and Their Disposal (1989); Code of Practice on the International Transboundary Movement of Radioactive Waste (1990); Convention on Nuclear Safety (1994).

12. *Administration of Justice*: International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR, 1966); Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT, 1984); Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (1955); Body of Principles for the Protection of All Persons under any Form of Detention or Imprisonment (1988); Code of Conduct for Law Enforcement Officials (1979); Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1982).

13. *Development*: Declaration on the Right to Development (1986).

14. *Research, experimentation and genetics*: Nürnberg Code (1947); ICCPR; Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights (1997); Declaration on the Use of Scientific and Technical Progress in the Interests of Peace and for the Benefits of Mankind (1975); General Comment No. 20 of the Human Rights Committee (1992).

15. *Data Protection*: Guidelines for the Regulation of Computerized Personal Data Files (1990); General Comment 16 of the Human Rights Committee (1988).

16. *Nutritional Health*: Universal Declaration on the Eradication of Hunger and Malnutrition (1974).

D. Some international conference outcomes, and their follow-ups, that relate to the right to health

17. Johannesburg Declaration and Plan of Implementation of the World Summit for Sustainable Development (2002).
18. Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development (2002).
19. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing of the Second World Assembly on Ageing (2002).
20. "A World Fit for Children" adopted by the United Nations General Assembly Special Session on Children (2002); Declaration and Plan of Action of the World Summit for Children (1990).
21. Declaration of Commitment on HIV/AIDS, "Global Crisis-Global Action", adopted by the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (2001).
22. Durban Declaration and Programme of Action of the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance (2001).
23. United Nations Millennium Declaration, adopted by the United Nations General Assembly "Millennium Assembly of the United Nations" (2000).
24. Beijing Declaration and Platform for Action of the Fourth World Conference on Women (1995) and its follow-up, Beijing Plus 5 (2000).
25. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action of the World Food Summit (1996) and its follow-up, Declaration of the World Food Summit: Five Years Later, International Alliance Against Hunger (2002).
26. Istanbul Declaration and the Habitat Agenda of the Second United Nations Conference on Human Settlements (Habitat II) (1996), and the Declaration on Cities and Other Human Settlements in the New Millennium of the Special Session of the General Assembly for an overall review and appraisal of the implementation of the Habitat Agenda (2001).
27. Copenhagen Declaration on Social Development and Programme of Action of the World Summit for Social Development (1995) and its follow-up, Copenhagen Plus 5 (2000).
28. Vienna Declaration and Programme of Action adopted by the World Conference on Human Rights (1993).
29. Rio Declaration on Environment and Development and Agenda 21 of the United Nations Conference on Environment and Development (1992).
30. Stockholm Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment (1972).

Annex II

SOME RECENT COMMISSION ON HUMAN RIGHTS RESOLUTIONS RELATING TO THE RIGHT TO HEALTH

Some resolutions explicitly referring to the right to health or aspects of the right to health

1. Resolution 2002/61 on human rights of persons with disabilities.
2. Resolutions 2002/32 and 2001/33 on access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS.
3. Resolution 2002/31 on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
4. Resolution 2001/35 on adverse effects of the illicit movement and dumping of toxic and dangerous products and wastes on the enjoyment of human rights.
5. Resolutions 2001/27 and 2000/82 on effects of structural adjustment policies and foreign debt on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights.

Some resolutions with provisions bearing significantly on the right to health

6. Resolution 2002/92 on the rights of the child.
7. Resolution 2002/65 on human rights and indigenous issues.
8. Resolution 2002/52 on elimination of violence against women.
9. Resolution 2002/51 on traffic in women and girls.
10. Resolution 2002/39 on protection of migrants and their families.
11. Resolution 2002/23 on the right to education.
12. Resolution 2001/71 on human rights and bioethics.
13. Resolution 2001/51 on the protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS).
