

الوحدة رقم 14 الحق في الصحة

الغرض من الوحدة رقم 14

الغرض من هذه الوحدة هو استعراض الضمانات المتعلقة بالحق في الصحة.

هذه الوحدة:

- تتناول تطور مفهوم الحق في الصحة؛
- تشير إلى المعايير الدولية والإقليمية والوطنية القائمة في هذا الصدد؛
- تحلل التزامات الدولة تجاه الحق في الصحة؛
- تتناول الآليات الدولية وغيرها من الآليات التي تعنى بإعمال هذا الحق.

ما هو الحق في الصحة؟

الصحة والسلامة أمران شخصيان إلى حد بعيد؛ فلا شيء أخصّ من تجربة الحمل والولادة، وإنجاب طفل له صفاته المتفردة، وليس فينا من يمكنه أن يعيش مخاوف الآخرين أو آلامهم، بل إن الموت نفسه شيء لا يمكن أن نتشارك فيه مهما كان صدق الحزن الذي يلم بنا.

ولكن متى ألمّ المرض أو المعاناة المزمنة بنا أو بالقريبيين منا أدركنا أن الصحة في حقيقة الأمر موضوع عام إلى حد كبير. وعندئذ تصبح السياسات التي تحدد مستوى الرعاية الصحية الواجب ضمانها، ونوعيات الخدمة الواجب تقديمها، وكيفية تحديد الأولويات للتعامل مع المطالب المتضاربة، ومجالات تخصيص الموارد، والبدائل المتاحة، كل هذه الأمور تصبح وثيقة الصلة بنا - أكثر من أي وقت آخر - عندما تؤثر علينا أو على أحبائنا. وعندما يتعرض المرء لأزمة صحية معينة تجعله واحداً من الذين يتأثرون بقرارات الآخرين أو توجهاتهم، سواء من العاملين في مجال الصحة أو رجال الدين أو أفراد الأسرة أو الجيران أو أرباب الأعمال أو شركات التأمين، فهذا غالباً ما يكسبنا وعياً جديداً بقدراتنا المحدودة على السيطرة على بعض الجوانب المحورية جداً في حياتنا، أي يجعلنا ندرك معنى الحياة في عزلة.

كما يمكن أن يتولد الشعور بالعجز والعزلة عن أوضاع مشابهة تجمع بين الخبرة الشخصية والظروف من ناحية والسياقات الاجتماعية والسياسية من ناحية أخرى... فمن جهة، نستطيع أن نلمس أهمية الأوضاع الاقتصادية الكلية والنظريات الأيديولوجية من حيث أن السياسات الاقتصادية التي تؤدي إلى تقييد تمويل الخدمات العامة وتفتيت الدور التنظيمي للحكومة تميل إلى تخفيض مستوى ما يمكن اعتباره بمثابة الحد الأدنى المقبول من معايير الرعاية الصحية للسكان بصفة عامة. مما يصبح معه الحصول على الرعاية الصحية متوقفاً على قدرة الفرد على دفع تكلفتها، ويتحول المرضى من مواطنين لهم حقوق وعليهم مسؤوليات إلى عملاء أو زبائن...

ويتم طرح مسألة تمويل الرعاية الصحية على أنها مسألة شبه فنية، فيجري التساؤل عن أي الصيغ التأمينية التي هناك حاجة إليها وأي منها يغطي تكلفته، والظروف التي تؤدي فيها هذه الآليات دورها بنجاح. وهكذا تراجع هدف "الصحة للجميع بحلول عام 2000" ليتحول إلى "الصحة لمن يقدررون اليوم على دفع تكلفتها".

وتوحي الاتجاهات الحالية بأن "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه"، وهو ما اعتبرته منظمة الصحة العالمية "من الحقوق الأساسية لكل إنسان" - أصبح يعد تقريباً نتاجاً ثانوياً، سيتلاشى في المستقبل مع مرور الوقت. فالطريق طويل أمام هذا الحق الأساسي حتى يصل إلى المعدمين، وهم يمثلون خمس تعداد البشرية حالياً، وأولئك الذين يعيشون على شفا الهاوية في القطاعات غير الرسمية، وأولئك الذين أمامهم فرص محدودة للحصول على الرعاية الصحية بسبب تقدم العمر أو الإعاقة أو الصراع المسلح. وعلى الرغم من أن سبعة أعشار أفقر فقراء العالم من النساء فإن الاحتياجات الصحية للمرأة مهمل على نطاق واسع بصرف النظر عن خلفيات النساء. ولكن إذا لم تكن عملية التنمية تؤدي إلى تنمية للصحة، فما فائدتها؟ ومن ذا الذي ينتظر إذن أن يتمتع بالصحة؟⁽¹⁾



صياغة مفهوم الحق في الصحة

جرى العرف على اعتبار الصحة أمراً يدخل في دائرة الشؤون الخاصة لا العامة، فكانت الصحة تفهم دائماً على أنها "عدم وجود المرض". وترجع أقدم القوانين التي تتضمن نصوصاً متعلقة بالصحة إلى حقبة التصنيع، عندما اعتمدت المملكة المتحدة قانون أخلاقيات المتدربين (1802) وقانون الصحة العامة (1848) كوسيلة لاحتواء الضغوط الاجتماعية الناجمة عن ظروف العمل السيئة. كما تضمن الدستور المكسيكي الصادر عام 1843 إشارات إلى مسؤولية الدولة فيما يخص الحفاظ على الصحة العامة.⁽²⁾

ثم أدى التطور الذي حدث على طريق النظر إلى الصحة كقضية اجتماعية إلى تأسيس منظمة الصحة العالمية عام 1946.⁽³⁾ ومع تحول مسألة الصحة إلى قضية عامة تغيرت رؤية الأفراد للصحة، وقد قامت منظمة الصحة العالمية بوضع ونشر مفهوم للصحة يقوم على أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز".⁽⁴⁾ وحددت المنظمة منهجاً متكاملًا يربط ما بين كل العوامل المتعلقة بسلامة الأفراد، بما في ذلك الجوانب المادية والاجتماعية المحيطة بهم والتي من شأنها أن تؤدي إلى تحقيق الحالة الصحية الجيدة.

ومع إنشاء منظمة الصحة العالمية اعترف لأول مرة بالحق في الصحة اعترافاً دولياً. ويؤكد دستور منظمة الصحة العالمية على أن "التمتع بأعلى مستويات الصحة التي يمكن التوصل إليها حق من الحقوق الجوهرية لكل إنسان، يجب التمتع به دون تمييز على أساس العرق أو الدين أو المعتقدات السياسية أو الظروف الاقتصادية أو الاجتماعية".

ومع مرور الوقت، تأكد هذا الاعتراف من خلال مجموعة كبيرة من الصياغات الواردة في العديد من الصكوك الدولية والإقليمية المتعلقة بحقوق الإنسان، ومنها:

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (المادة 25)؛
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (المادة 12)؛
- الإعلان الأمريكي لحقوق الإنسان وواجباته (المادة 33)؛
- الميثاق الاجتماعي الأوروبي (المادة 11)؛
- الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب (المادة 16).

كما حظي الاعتراف العالمي بالحق في الصحة بمزيد من التأكيد في إعلان ألما-آتا الخاص بالرعاية الصحية الأولية الصادر عام 1978، والذي تعهدت الدول فيه بوضع نظم شاملة للرعاية الصحية تدريجياً لضمان التوزيع الفعال والمنصف للموارد من أجل المحافظة على الصحة، وأكدت على مسؤوليتها عن توفير ما يلزم لصحة سكانها، "وهو ما لا يتحقق إلا عن طريق وضع تدابير صحية واجتماعية كافية".⁽⁵⁾ وينص هذا الإعلان على الأسس اللازمة لتطبيق نظم الرعاية الصحية الأولية، والتي لها دلالات هامة فيما يتعلق بمراعاة الحق في الصحة. وعلى الرغم من أن هذا الإعلان ليس صكاً ملزماً، فإنه يمثل تعهد إضافي من جانب الدول فيما يتعلق بالحق في الصحة، كما أنه يضع الإطار اللازم لصياغة سياسات متكاملة تهدف إلى ضمان التمتع بهذا الحق.

وفي سياق مؤتمر ألما-آتا، أعدت منظمة الصحة العالمية خطة تحت عنوان "الصحة للجميع بحلول عام 2000"،⁽⁶⁾ تتكون من سلسلة من الأهداف والبرامج من أجل تحقيق الحد الأدنى من مستويات الصحة للجميع. ونظراً لعدم تحقق هذه الأهداف، وإذ تظل المشاكل الصحية المرتبطة بالفقر وعدم الإنصاف تمثل المعوقات الأساسية أمام تحقيق الحد الأدنى من مستويات الرفاه لمعظم سكان العالم، يجب إعادة النظر في الاستراتيجيات الموجودة في هذا الصدد.

وقد نوقشت مسألة تعزيز الصحة، وهي من الجوانب الجوهرية في الرعاية الصحية الأولية، في أربعة مؤتمرات مختلفة، أولها عقد في أوتاوا في كندا عام 1986،⁽⁷⁾ وأقربها عهداً عقد في جاكرتا في إندونيسيا عام 1997. ويتضمن إعلان جاكرتا تصوراً جديداً للصحة، ويحدد المتطلبات اللازمة لتحقيقها مع دخولنا القرن الحادي والعشرين. ومن هذه المتطلبات "السلم والمسكن والتعليم والأمن الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية والغذاء والدخل وتمكين المرأة ووجود نظام إيكولوجي مستقر والاستخدام المستدام للموارد والعدالة الاجتماعية واحترام حقوق الإنسان والإنصاف. وقبل هذا وذاك، يشير الإعلان إلى أن الفقر يعد أخطر ما يهدد الصحة".⁽⁸⁾

كما شهدت السنوات الأخيرة مبادرات دولية أخرى متصلة بالصحة، كالإعلان وبرنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام 1994، الذي يشتمل على ثلاثة أهداف تتعلق بخفض وفيات الرضع والحوامل، وضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.⁽⁹⁾ ومن تلك المبادرات أيضاً إعلان وبرنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي الرابع للمرأة الذي عقد في بكين عام 1995، الذي اعتمد خمسة أهداف استراتيجية تسعى إلى تحسين صحة المرأة على مستوى العالم.⁽¹⁰⁾

الصحة كحق من حقوق الإنسان

المعايير الدولية

تقر المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان بحق جميع الأشخاص في مستوى معيشي كاف، بما في ذلك الضمانات المتعلقة بالصحة والسلامة. ويقر الإعلان بوجود علاقة بين الصحة والسلامة وبارتباط الحق في الصحة بحقوق أخرى، مثل الحق في الغذاء والحق في المسكن بالإضافة إلى الخدمات الطبية أو الاجتماعية. كما يتبنى الإعلان رؤية عريضة للحق في الصحة كأحد حقوق الإنسان، بل اعتبر أن الصحة ما هي إلا أحد مكونات المستوى المعيشي الكافي.

كما جاء في المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن الدول الأطراف في العهد تقر "بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه". وتحدد تلك المادة بعض التدابير التي ينبغي على الدول اتخاذها "لضمان الممارسة الكاملة لهذا الحق".

وتقر المادتان 23 و24 من اتفاقية حقوق الطفل بحق جميع الأطفال في الصحة، حيث تعرض لعدد من الخطوات الواجب اتخاذها لإعمال هذا الحق. كما تنص اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة على التزام الدول الأطراف باتخاذ جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية من أجل أن تضمن وتكفل للمرأة الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة. وخدمات مناسبة للأمهات الحوامل والأطفال (المادة 12).

وهناك صكوك أخرى عديدة تنص على الحق في الصحة، منها: الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، واتفاقية الأمم المتحدة بشأن وضع اللاجئين، واتفاقية حماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم، واتفاقيات جنيف، والإعلان بشأن حماية النساء والأطفال في حالات الطوارئ والمنازعات المسلحة، والقواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء، والإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقلياً، والإعلان الخاص بحقوق المعوقين، والمبادئ التوجيهية بشأن فيروس نقص المناعة / الإيدز.

الحقوق الإيجابية والصحة الإيجابية

تعتبر كثير من النساء أن الحقوق الإيجابية من صميم حقوق المرأة. وجدير بالذكر أن الوظائف الإيجابية للمرأة استغلت على مر التاريخ للسيطرة عليها. فإذا نظرنا إلى الأسباب التي تقف وراء حرمان المرأة من العديد من الفرص، مثل حرمان الفتيات من مواصلة الدراسة بمجرد بلوغهن، وعدم السماح لهن بحرية الحركة، وتقييد فرصتهن في الحصول على الوظائف أو بناء المستقبل المهني، أو تزويجهن مبكراً دون الأخذ برأيهن في اختيار شريك الحياة، لوجدنا أننا نرجع مراراً وتكراراً إلى نفس الإجابة، وهي أن المرأة جسداً يمكن إنباله.

ومن المهم أن نوضح أن الحقوق الإيجابية والصحة الإيجابية ليسا مترادفين. فالصحة الإيجابية ليست سوى مكون بسيط من الحقوق الإيجابية، كما أن تسهيل فرصة الحصول على خدمات الصحة الإيجابية ليس سوى جزء من الحق في الصحة الإيجابية، كما أن الحصول على الخدمات الصحية مجرد جانب من جوانب الحق في الصحة. ولكي تتمتع المرأة بصحة إيجابية جيدة يجب أن تتمتع بصحة جيدة بصفة عامة، وأن تتوفر لها الظروف المادية والاقتصادية والاجتماعية التي تمكنها من التمتع بالصحة الجيدة عموماً. (11)

الصحة النفسية

"المرض النفسي بمعناه الواسع من أكثر صور البلاء التي تؤثر على الجنس البشري شيوعاً. وقد حدد تقرير البنك الدولي الخاص بالصحة والتنمية (1993) أن المرض "النفسي العصبي" يحتل المرتبة الثانية من حيث الأهمية بين مسببات الإعاقة غير المعدية في العالم النامي، وقد وجه النقد لهذا التقرير باعتبار أن بعض بياناته غير موثوق بها. ويأتي الاكتئاب على رأس قائمة الأمراض التي يشير إليها التقرير. ويؤكد التقرير على أن هذا الجانب الصحي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحالة الصحية والتنمية العامة للمجتمع، ولكن وكالات التنمية ووزارات الصحة تتجاهله في مواجهة المطالب الملحة للأمراض المعدية. إلا أنه من المستحيل الفصل بين المكونات النفسية والمعنوية للصحة وبين المرض العضوي، وخصوصاً عند التعامل مع الأمراض المزمنة والمشاكل الصحية للحوامل والأطفال. ومن المحتمل ومن المحبذ، بل ومن الواجب، أن تتضمن جهود التنمية المستقبلية المتعلقة بالصحة مسألة الصحة النفسية ضمن أولوياتها.⁽¹²⁾

المعايير الإقليمية

النظام الأمريكي لحماية حقوق الإنسان

تقر المادة 11 من الإعلان الأمريكي لحقوق الإنسان وواجباته بالحق في المحافظة على الصحة من خلال تدابير صحية واجتماعية (من غذاء وكساء ومسكن ورعاية طبية)، إلا أنها تربط أعمال هذا الحق بتوافر الموارد العامة والمجتمعية.

وتنص المادة 34 من ميثاق منظمة الدول الأمريكية على أن أحد أهدافها يتمثل في العمل على التنمية المتكاملة للفرد وإتاحة الفرصة له في الحصول على المعلومات عن العلوم الطبية الحديثة وفرصة التمتع بظروف معيشية ملائمة. وتتوه الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان وواجباته بصورة غير مباشرة بالحق في الصحة بإشارة واردة في مادتها 26 حيث تنص على التزام الدول الأطراف باتخاذ تدابير لضمان "الإعمال الكامل للحقوق المتضمنة في المعايير الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية والعلمية والثقافية الواردة في ميثاق منظمة الدول الأمريكية".

وينص بروتوكول سان سلفادور الملحق بالاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان وواجباته والخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية صراحة في المادة 10 على "الحق في الصحة" لجميع الأفراد، ويورد ستة تدابير ينبغي على الدول الأطراف فيه اتخاذها لضمان هذا الحق، بما في ذلك إنشاء شبكات عامة لتوفير الرعاية الصحية الأولية. وبالإضافة إلى ذلك، تنص المادة 11 على ضمان الحق في البيئة الصحية. إلا أنه لا يمكن تقديم بشكاوى تتعلق بانتهاك الحق في الصحة بموجب هذا البروتوكول إلى الأجهزة الإشرافية ضمن النظام الأمريكي لحقوق الإنسان.

النظام الأوروبي لحماية حقوق الإنسان

تشير المادة 11 من الميثاق الاجتماعي الأوروبي إلى الحق في حماية الصحة، والذي يستلزم إعماله القيام بأنشطة لتحسين الصحة والتوعية والحماية من الأمراض. وتنص المادة 13 من الجزء الأول من الميثاق

على ضمانات لتوفير المساعدة الاجتماعية والطبية لمن لا يملكون الموارد الكافية. كما تكفل المادة 3 من الاتفاقية الأوروبية الخاصة بحقوق الإنسان والطب الحيوي تكافؤ الفرص في الحصول على الرعاية الطبية.

النظام الأفريقي لحماية حقوق الإنسان

تكفل المادة 16 من الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب الحق في التمتع بأفضل حالة صحية بدنية وعقلية يمكن الوصول إليها، ووفقاً للميثاق على الدول اتخاذ "التدابير اللازمة" لحماية صحة شعوبها وضمان حصولها على العناية الطبية في حالة المرض. كما يتضمن الميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل الإقرار بالحق في الصحة.

الإقرار بالحق في الصحة في إطار التشريعات المحلية (13)

تم إدراج الحق في الصحة تدريجياً في التشريعات المحلية اعتباراً من النصف الأول من القرن العشرين، فعلى سبيل المثال ينص دستور شيلي الصادر عام 1925 صراحة على الحق في الصحة، مفرقا بين الضمانات اللازمة لتوفير السلامة للأفراد وتحقيق الصحة العامة. والآن بدأت مجموعة كبيرة من الدول التي تتبع نظام القانون المدني بإدراج الحق في الصحة في دساتيرها، حيث يُعرّف غالباً بأنه الحق في حماية صحة الفرد، أو يتم تناوله عبر تحديد دور واضح للدولة في السياسات الصحية. وفي حالة هايتي، يرتبط الحق في الصحة ارتباطاً مباشراً بالحق في الحياة في المادة 19 من دستورها، التي تنص على أن "يقع على الدولة مسؤولية ضمان الحق في الحياة والصحة واحترام الفرد". وبالإضافة إلى ذلك، تنص المادة 23 من الدستور على التزام الدولة بضمان الموارد الأساسية اللازمة لتسيير نظام للرعاية الصحية يتيح لجميع السكان حماية واسترداد صحتهم.

ومع أن الإقرار الدستوري بالحق في الصحة غير شائع، فإن دساتير بعض الدول تشير إلى سلسلة من التدابير التي تهدف إلى حماية الصحة. ففي دستور بنما على سبيل المثال تنص المادة 105 على كفالة الحق في الصحة، وعلى مسؤولية الدولة عن حمايتها، بينما تشير المادة التالية 106، من ضمن ما تشير إليه، إلى



الحق في الغذاء والتوعية الصحية والرعاية الصحية للحوامل والأطفال. وتنص الفقرة الأولى من المادة 70 في دستور المجر على الحق في أعلى مستوى من الصحة البدنية والنفسية يمكن بلوغه، كما تحدد الفقرة الثانية من نفس المادة أربعة جوانب من جوانب المسؤولية في هذا الصدد. وتقر المادة 27 من دستور جنوب أفريقيا بالحق في الرعاية الصحية والغذاء والمياه والأمن الاجتماعي، وتنص على

"الحق في الحصول على" الخدمات الصحية بما فيها الرعاية الصحية الإنجابية، كما تنص على وجوب تقديم خدمات الطوارئ.

أما الدول التي تتبع نظام القانون العام فلا ترد في دساتيرها عموماً ضمانات دستورية فيما يتعلق بالحق في الصحة، على الرغم من وجود إشارات ضمنية إلى المسؤوليات العامة عن الصحة في ديباجة العديد من دساتير تلك البلدان، وفي ذلك الجزء من الدستور الذي يتصل بالسياسات الاجتماعية. وفي تلك الدول ينبغي العمل على إضفاء الاعتراف بالحق في الصحة من خلال أحكام المحاكم التي يمكن أن تؤثر على هذا الحق بطريق أو بآخر، حيث يمكن ترسيخ الاعتراف به إستناداً إلى السوابق القضائية ذات الصلة. فدستور الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال لا يحمل أي إشارة إلى الصحة، لكننا نجد أحكاماً قضائية تتعلق بمسؤولية الدولة عن تنظيم شؤون الصحة، أو واجبها في ضمان الفرصة المتكافئة أمام المستحقين للانتفاع من نظم الصحة والرعاية. وفي بعض الدول الأخرى، ترد الإشارة إلى الحق في الصحة بصيغة سالبة عندما تعدد الدساتير أو القوانين القيود التي تنطبق على بعض الحقوق المدنية والسياسية لأسباب تتعلق بالصحة العامة (كما في بربادوس على سبيل المثال)، وحيثما يتم الإشارة إلى اختصاصات الدولة، وليس إلى التزامها، فيما يتعلق بالشؤون المرتبطة بالصحة.

وفي نفس الوقت، تدرج دساتير الدول الاشتراكية تقريباً الحق في الصحة بوصفه حقاً جوهرياً على غرار كل الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الأخرى. ففي دستور كوبا، تنص المادة 49 على الحق في الرعاية والحماية الصحية، وتقر بالتزام الدولة بإيجاد نظام مجاني للصحة العامة ينتفع به الجميع وكذلك القيام بتوفير ما يلزم للحفاظ عليه من خلال برامج التوعية والبرامج الوقائية.

ترابط حقوق الإنسان وعدم قابليتها للتجزئة

الحق في الغذاء: تمثل برامج التغذية وتوفير الغذاء مكونات مهمة في استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية. ففي المادة 24(2)(ج) من اتفاقية حقوق الطفل والمادة 12(2) من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، يعد الحق في الغذاء جزءاً من الحق في الصحة لكل من الأطفال والنساء. وينص التعليق العام رقم 12 للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، على أنه ينبغي وضع استراتيجيات وطنية بشأن الحق في الغذاء بالترابط مع وضع التدابير الصحية وما إلى ذلك (فقرة 25). (انظر الوحدة رقم 12 بشأن الحق في الغذاء).

الحق في بيئة صحية: خصت البيئة بالذكر في المادة 12(2)(ب) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية باعتبارها أحد مجالات تدخل الدولة لإعمال الحق في الصحة. ويفسر هذا النص عادة على أنه لا يرتبط إلا بالصحة المهنية، ولكن عند فحص التقارير المقدمة من قبل الدول الأطراف في العهد من قبل اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أصبح هذه النص ينظر إليه شيئاً فشيئاً على أنه متعلق بكل القضايا البيئية التي تؤثر على صحة الإنسان. وتتضمن استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية فرص الحصول على مياه الشرب النقية وخدمات الصرف الصحي، وينبغي أن تتضمن البرامج الصحية الوقائية ضوابط للأنشطة البشرية التي قد تعرض الإنسان لمخاطر بيئية تدمر صحته⁽¹⁴⁾ (أنظر الوحدة رقم 15 بشأن الحق في بيئة نظيفة وصحية).

الحق في السكن الملائم: يربط التعليق العام رقم 4 للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بشأن الحق في السكن الملائم بين توافر الخدمات الأساسية مثل مياه الشرب وظروف المسكن التي تقي الأفراد من الأخطار الصحية، وتوافر خدمات الرعاية الصحية والتحرر من الأخطار البيئية الضارة بالصحة، بوصفها عوامل أساسية في هذا الحق (فقرة 8). وقد انتهت منظمة الصحة العالمية إلى

اعتبار ظروف المسكن هي العامل البيئي الذي له أكبر الأثر على استشرى الأمراض الوبائية (أنظر الوحدة رقم 13 بشأن الحق في السكن الملائم).

الحق في التعليم: يشترط لإعمال بعض العناصر الجوهرية للحق في الصحة الوفاء مسبقاً بالحق في التعليم الأساسي للجميع. وفي سياق تناول حق الطفل في الصحة، وتتناول المادة 24(2)(هـ) من اتفاقية حقوق الطفل جانباً من الترابط بين الحق في الصحة والحق في التعليم، إذ من بين التدابير الواجب على الدول الأطراف في الاتفاقية اتخاذها لكفالة حق الطفل في بلوغ أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه - أن تكفل تزويد الأفراد بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل، بما في ذلك ما يتعلق بالرعاية الصحية الأولية، وكذلك ضرورة التوعية بالمشاكل الصحية السائدة والوسائل الخاصة بتلافيها والسيطرة عليها (انظر الوحدة رقم 16 بشأن الحق في التعليم).

الحق في العمل وحقوق العمال: يرتبط الحق في العمل ارتباطاً وثيقاً بالحق في توافر الظروف المعيشية الملائمة، الذي يعد بدوره ضرورياً لإعمال الحق في الصحة. وبالإضافة إلى ذلك، تقرر المادة 12(2)(ج) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن الوقاية من الأمراض المهنية وعلاجها والسيطرة عليها تدخل في نطاق الحق في الصحة، وتشير المادة 12(2)(ب) إلى الأوضاع الصحية في المجالات الصناعية التي تتطلب اعتماد تدابير للوقاية من الظروف الخطيرة في مواقع العمل والسيطرة عليها. كما تتناول حوالي 70 اتفاقية من اتفاقيات منظمة العمل الدولية قضايا الصحة المهنية، ومن بين هذه الاتفاقيات الاتفاقية رقم 155 بشأن الصحة والسلامة المهنية لعام 1981، والاتفاقية رقم 161 بشأن خدمات الصحة المهنية لعام 1985، والاتفاقية رقم 148 بشأن بيئة العمل (تلوث الهواء، والضوضاء، والاهتزازات) لعام 1977 (انظر الوحدة رقم 10 بشأن الحق في العمل وحقوق العمال).

الحق في الحياة: في الوقت الذي يُنظر فيه دائماً إلى الحق في الحياة على أنه يوفر الحماية من القتل على أيدي جهات تابعة للدولة، فإن اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، رأت في تعليقها العام رقم 6 "أن من المستصوب أن تتخذ الدول الأطراف كل التدابير الممكنة لتخفيض وفيات الأطفال وزيادة المتوسط العمري، ولا سيما باتخاذ تدابير للقضاء على سوء التغذية والأوبئة"⁽¹⁵⁾ وبالإضافة إلى ذلك، تشير العديد من الدساتير الوطنية إلى الحق في الصحة باعتباره مكون جوهرى من مكونات الحق في الحياة.

الحق في الحصول على المعلومات: يمثل الحصول على المعلومات الوافية مطلباً جوهرياً لتحقيق الرعاية الصحية الملائمة. كما أن المعلومات المتعلقة بالسياسات والموارد الصحية ضرورية لإتاحة الفرصة لرصد السياسات العامة المتعلقة بالصحة، والمشاركة الفعالة في إجراءات وضع السياسات المتعلقة بالصحة. كما يذكر المبدأ رقم 76 من مبادئ ليمبرغ أن عملية إعداد وفحص التقارير التي تقدم إلى اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية يجب أن تتم بصورة علنية تسمح بالنقاش العام والمشاركة العامة (انظر الوحدة رقم 3 للحصول على مزيد من المعلومات عن مبادئ ليمبرغ).

السلامة البدنية: بخلاف الحماية من التعرض للتعذيب أو سوء المعاملة، تحرم المادة 7 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية تحريماً صريحاً إجراء التجارب الطبية أو العلمية على الأفراد بدون أن يفهموا فهماً تاماً نوعية التجارب التي سيخضعون لها وأثارها المحتملة وبدون الحصول على موافقة مسبقة منهم⁽¹⁶⁾ وتتضمن مبادئ آداب مهنة الطب المتصلة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة - سلسلة من التوجيهات لضمان قيام العاملين في مجال الصحة بحماية السجناء والمعقلين من أي شكل من أشكال سوء المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.⁽¹⁷⁾

حق المرأة في الصحة

بصرف النظر عن التعقيدات المرتبطة بالحق في الصحة عموماً، يحتاج النظر إلى حق المرأة في الصحة إلى وضع بعدين آخرين على الأقل في الحسبان. إذ يجب النظر إلى حق المرأة في الصحة من منظور يراعي احتياجاتها الخاصة، وبالإضافة إلى ذلك، يجب الانتباه إلى كفالة عدم تعرضها للتمييز فيما يخص أعمال الحق في الصحة.

ويرد هذا البعدان في المادة 12(1) من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة والتي تتناول ضمانات الحصول على الخدمات الصحية دون تمييز، والمادة 12(2) المتعلقة بالخدمات الصحية للحوامل. كما ترد إشارة إلى الحصول على خدمات الصحة الإنجابية في اتفاقية حقوق الطفل (المادة 24(2)(د))⁽¹⁸⁾ (انظر الوحدة رقم 4 للرجوع إلى مناقشة مستفيضة لهذا الأمر).

فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وحقوق الإنسان

يطرح وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز عدد من الجوانب ذات الصلة بحقوق الإنسان. ومن الضروري أن يتم النظر في سياسات وإجراءات الصحة العامة التي تؤثر على المصابين بمرض نقص المناعة البشرية/الإيدز لضمان ألا تشكل هذه السياسات والإجراءات انتهاكاً لحقوقهم في الصحة. ومن المهم على وجه الخصوص أن يتم الانتباه إلى المعاملة التمييزية التي قد يتعرض لها هؤلاء الأفراد. وعلى الرغم من أنه لا يوجد في الوقت الحاضر أي اتفاقية دولية تفرض التزامات صريحة خاصة على الدول في هذا الصدد، فإن استمرار التركيز على مرض نقص المناعة البشرية، وما يتعلق به من قضايا متصلة بحقوق الإنسان، أدى إلى اعتماد الكثير من الإعلانات وإلى التوصل إلى اتفاق عام في الآراء حول المبادئ التوجيهية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وحقوق الإنسان⁽¹⁹⁾ ومن بين ما تعالجه تلك المبادئ من نقاط دور الدولة في التصدي لهذا الوباء.

كما أدت تلك الجهود المتنوعة إلى تأسيس برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بهدف توحيد جهود العديد من وكالات الأمم المتحدة والبنك الدولي للتعامل مع التأثير الهائل لهذا الوباء.

وقد خصصت الجمعية العامة للأمم المتحدة دورتها الاستثنائية السادسة والعشرين المنعقدة في يونيو/حزيران 2001 لاستعراض ومناقشة مشكلة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بجميع جوانبها، والعمل على كفالة التزام عالمي بتعزيز تنسيق وتكثيف الجهود الوطنية والإقليمية والدولية الرامية إلى مكافحتها بصورة شاملة؛ وقد اعتمدت في ختام تلك الدورة إعلان التزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

ومن ناحيتها خصصت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة تعليقها العام رقم 15 لبحث تجنب التمييز ضد المرأة في الاستراتيجيات الوطنية المعنية بالوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومكافحته، كما خصصت لجنة حقوق الطفل أيضاً تعليقها العام رقم 3 لتناول نفس المسألة في علاقتها بحقوق الطفل. أما على المستوى المحلي، فقد أدت الجهود الرامية إلى وضع حد للتمييز ضد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وضمان حصولهم على العلاج إلى إقرار تشريعات محلية بالغة الأهمية تتعلق بحقوق الإنسان (انظر دراسة الحالة الخاصة باستراتيجيات تعزيز الحق في الصحة الخاص بفرنزويلا في الصفحات التالية من هذه الوحدة).

الحق في الصحة لقطاعات أخرى معينة

فيما يلي بعض القضايا والأحكام النوعية المتعلقة بحق فئات محددة في الصحة:

- السجناء: تشير القواعد من 22 إلى 26 من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء إلى الخدمات الصحية في السجون، والحدود الدنيا من الاستحقاقات الصحية التي ينبغي أن يتمتع بها للسجناء، والواجبات العامة على الأطباء المكلفين بالعمل في المؤسسات العقابية والإصلاحية.⁽²⁰⁾
- المعوقون: يتناول إعلان الأمم المتحدة الخاص بحقوق المعوقين حقوق هؤلاء الأشخاص في الرعاية الصحية وخدمات إعادة التأهيل.⁽²¹⁾ كما أفردت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية تعليقها العام رقم 5 لتناول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمعوقين، منوهة بأن على الدول الأطراف في العهد أن تتخذ التدابير المناسبة، في أقصى حدود مواردها المتاحة، لتمكين هؤلاء الأشخاص من محاولة التغلب على أي عوامل سلبية ترجع إلى عجزهم وتعوق تمنعهم بالحقوق المنصوص عليها في العهد.⁽²²⁾
- ضحايا العنف: يتضمن إعلان الأمم المتحدة بشأن المبادئ الأساسية لتوفير العدالة لضحايا الجريمة وإساءة استعمال السلطة⁽²³⁾ أحكام تتعلق بالخدمات الصحية والاجتماعية التي ينبغي توفيرها لضحايا العنف، بما في ذلك المساعدة النفسية.
- الصحة النفسية: تنص مبادئ الأمم المتحدة لحماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية، على وضع سلسلة من المعايير لضمان أعمال حقوق الإنسان للمرضى النفسيين، وضمان العلاج والرعاية وإعادة التأهيل على نحو كاف، وضمان توفير الظروف الإنسانية التي تخلو من التمييز. كما ينص إعلان الأمم المتحدة الخاص بحقوق المتخلفين عقلياً على حقوق هؤلاء الأشخاص في الحصول على الرعاية الصحية والعلاج النفسي والتوعية الصحية.⁽²⁴⁾

التزامات الدول

جرى تناول الحق في الصحة من جانب الصكوك المعنية في صياغات مختلفة، حيث يجد المرء بصفة عامة درجة من الالتزام النسبي؛ غير أن تناول هذا الحق بشكل مختلف في هذه الصكوك يعقد من الوقوف على تحديد واضح للالتزامات الدول الأطراف في تلك الصكوك فيما يخص الحق في الصحة. وفي الوقت نفسه، خصصت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إحدى جلسات المناقشة العامة لتحديد نطاق الالتزامات المترتبة على الحق في الصحة، إلا أنها لم تتوصل في حينه إلى اتفاق كافٍ في الآراء لإصدار تعليق عام. وفيما يلي مجموعة التوجيهات الخاصة بتحديد الالتزامات المتعلقة بالحق في الصحة وفقاً للنحو الذي جرى تناول هذا الحق به في المعاهدات الدولية.

وفقاً للمادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، "تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بالصحة". فيما تحدد الفقرة الثانية من نفس المادة التدابير التي يتعين على الدول اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق⁽²⁵⁾ وهي التدابير اللازمة من أجل:

1. خفض وفيات الأطفال وتهيئة الظروف المناسبة للنمو الصحي للطفل؛⁽²⁶⁾
2. تحسين الظروف البيئية ورصد النتائج المترتبة على العمليات الصناعية وظروف العمل فيها عن كثب؛

3. الوقاية من الأمراض وعلاجها ومتابعتها، بما في ذلك نظم الصحة الوقائية⁽²⁷⁾ ونظم الرقابة الصحية المهنية؛

4. توفير الخدمات الطبية الأساسية لجميع السكان.

ويرد الحديث عن انتهاج سياسات تهدف إلى تحسين الصحة وتوفير المعلومات الخاصة بها والتوعية الصحية ضمن تناول التزامات الدول في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية، كما تناولت المادة 24(2)(هـ) من اتفاقية حقوق الطفل ذلك فيما يخص صحة الأم الحامل والطفل.

وطبقاً لما جاء في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية، يمثل اعتماد تدابير الدعم الاجتماعي مكوناً أساسياً من مسؤوليات الدولة. وينص دستور منظمة الصحة العالمية والمادة 15(1)(ب) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على توفير فرص التقدم العملي وتطبيقاته والانتفاع بها (خصوصاً فيما يتعلق بالصحة) لجميع الأشخاص.

وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن تحقيق الأهداف ذات الصلة بالمجال الصحي يستلزم إدخال "أحكام تشريعية كافية، منها مثلاً التعريف بحقوق وواجبات الأشخاص فيما يتعلق بصحتهم... وحماية السكان من الأخطار الموجودة في البيئة، والسماح للمجتمعات المحلية بإنشاء وإدارة نظمها وخدماتها الصحية"⁽²⁸⁾.

الرعاية الصحية الأولية – أحد عناصر التزامات الدول

يؤكد المبدأ التوجيهي السادس من مبادئ ماستريخت (انظر الوحدة رقم 3) على أن "عدم توفير الدول للرعاية الصحية الأولية لمن يحتاجون إليها قد يبلغ حد انتهاك" الالتزام بالأداء. وتمشياً مع التزام الدولة بضمان الوفاء بالمستويات الدنيا الأساسية لكل حق من الحقوق (الفقرة 10 من التعليق العام رقم 3 للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)، ترى منظمة الصحة العالمية كذلك أنه "يوجد حد أدنى من الصحة لا ينبغي أن يقل عنه ما يتمتع به أي من الأفراد في أيأ كانت دولته"⁽²⁹⁾. ويحدد إعلان ألما-أنا أن الرعاية الصحية الأولية عنصر أساسي في تحقيق هذا الالتزام، لأنها ضرورية للحصول على "مستوى من الصحة يسمح لكافة الأفراد بأن يحيوا حياة منتجة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية" (فقرة 5). وتمثل الرعاية الصحية الأولية "العنصر الأول في عملية مستمرة للرعاية الصحية"، وتوصف بأنها "الوظيفة المحورية وبؤرة التركيز الأساسية" للنظام الصحي في الدولة وجزء لا يتجزأ من "التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع" (فقرة 6). ويدعو الإعلان كل الحكومات إلى وضع سياسات واستراتيجيات وخطط وطنية للعمل على ضمان الرعاية الصحية الأولية للجميع (فقرة 8). وترى منظمة الصحة الأمريكية، أن الرعاية الصحية الأولية وإن لم تكن تمثل أساساً لحق من حقوق الإنسان التي يجوز للأفراد المطالبة بها، فإنها "يمكن أن تمثل الأساس في عملية تحديد مضمون التزامات الحكومة تجاه الحق في الصحة"⁽³⁰⁾. ويصف إعلان ألما-أنا الرعاية الصحية الأولية بأنها تتضمن على الأقل ما يلي:

التوعية بخصوص المشاكل الصحية السائدة ووسائل الوقاية منها ووسائل مكافحتها، وتعزيز الإمدادات الغذائية والتغذية السليمة، والإمداد الكافي بالمياه الصالحة للشرب والتجهيزات الأساسية للصرف الصحي، ورعاية الحوامل والأطفال، بما في ذلك تنظيم الأسرة، والتطعيم ضد الأمراض المعدية الرئيسية، والوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها، والعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة، وتوفير العقاقير الأساسية (فقرة 8(3)).

وتضع عدة اتفاقيات دولية الرعاية الصحية الأولية في عداد التزامات الدول الأطراف في الاتفاقية المعنية ومن ذلك المادة 24(2)(ب) من اتفاقية حقوق الطفل، والمادة 10(2)(أ) من بروتوكول سان سلفادور

الحق في الرعاية الصحية في الحالات الطارئة

حالة من جنوب أفريقيا

أصدرت المحكمة الدستورية لجنوب أفريقيا حكماً في نوفمبر/تشرين الثاني 1997 في قضية سوبراموني ضد وزير الصحة كوازولو ناتال، والتي تتعلق بتفسير الحق في الرعاية الصحية في الحالات الطارئة والحق في الحياة المتضمنين في دستور جنوب أفريقيا. وكان المواطن سوبراموني الذي يعاني من حالة فشل كلوي مزمن قد حاول إجراء علاج بالغسيل الكلوي في إحدى المستشفيات التابعة للدولة في مدينة ديربان. وكان هذا المستشفى قد اضطر إلى اعتماد مجموعة من التوجيهات الخاصة بالعلاج بالغسيل الكلوي نظراً للتجهيزات المحدودة به، فكان المرضى الذين تستجيب حالاتهم للعلاج بالغسيل الكلوي هم الذين يسمح لهم دون غيرهم بتلقي هذا العلاج. وكان سوبراموني يعاني من فشل كلوي مزمن وحالته مستعصية، لكن الغسيل الدوري يمكن أن يبقي على حياته، إلا أنه لا يعد علاج ولا يساهم في تحسن حالته. ووفقاً للتوجيهات التي اعتمدها المستشفى فقد كانت هناك فرصة محدودة أيضاً لإجراء الغسيل الكلوي أمام المرضى المصابين بالفشل الكلوي المزمن والمؤهلين لعمليات نقل الكلى. لكن سوبراموني لم يكن مؤهلاً لعملية زرع كلية له بسبب مرض قلبي، وهكذا لم تنطبق عليه توجيهات المستشفى الذي يعاني من نقص الموارد، فرفض طلبه لإجراء غسيل كلوي به.

واستند سوبراموني في دعواه القضائية إلى نصين من نصوص الدستور، هما الفقرة 27(3) التي تنص على أنه "لا يجوز حرمان أي شخص من العلاج الطبي في الحالات الطارئة"، والفقرة 11 التي تكفل "لكل فرد الحق في الحياة". وكان على المحكمة الدستورية أن تقرر ما إذا كان الحق في الرعاية الطبية في الحالات الطارئة يتضمن استحقاق الحصول على العلاج المستمر للأمراض المزمنة بما قد يبقي على حياة المريض. فرأت المحكمة أن الحق في الرعاية الطبية الطارئة لا ينطبق على هذا الوضع بعينه، وذكرت أن وضع المدعي لا يمثل حالة طارئة تستدعي إجراءً علاجياً طارئاً، وبذلك لا يدخل في نطاق الحماية المقررة وفقاً للفقرة 37(3) من الدستور. وأشار القاضي "زاكس" إلى أن الحق في الرعاية في الحالات الطارئة يعطى الجمهور ضمانات تتعلق بتعامل إدارات الطوارئ والحوادث مع الكوارث غير المنظورة التي قد تلحق بأي فرد في أي وقت وأي مكان.

وكان هناك مرضى آخرون يعانون من الفشل الكلوي المزمن ويفوق عددهم طاقة أجهزة الغسيل الموجودة اللازمة للعلاج. وفي هذا السياق رأت المحكمة أنه من المشروع اعتماد توجيهات معينة لتحديد الأشخاص المستحقين للعلاج، وأيدت الرأي القائل بأن استعمال أجهزة الغسيل الكلوي وفقاً لتلك التوجيهات يسمح لمزيد من المرضى بالانتفاع منها أكثر مما لو استخدمت للإبقاء على حياة المصابين بالفشل الكلوي المزمن. كما أن نتيجة العلاج في هذه الحالة ستكون أفيد لأنه يوجه عندئذ إلى علاج المرضى، وليس مجرد الإبقاء على الحياة في ظل المعاناة من حالة مرضية مزمنة. وأشارت المحكمة إلى أنه حتى في أكثر الدول تقدماً، فإن فرص الاستفادة من العلاج الذي يبقي على حياة المريض تخضع للترشيح؛ إذ أن توفير العلاج بالغسيل لجميع المصابين بالفشل الكلوي المزمن من شأنه أن يخلق ثغرات واسعة في الميزانيات الصحية. ولذلك تواجه الإدارات الإقليمية اختياراً صعباً فيما يتعلق بتحديد الموارد التي ينبغي إنفاقها على الرعاية الصحية، وكيفية إنفاقها. منوهة بأنه متى كان القرار سليماً ومبنياً على حسن النوايا فلا مجال هنا لتدخل المحكمة. لكن المحكمة أضافت أنه في بعض الأحوال يقتضي الأمر اتخاذ قرارات مؤلمة لتوسيع نطاق الميزانيات المحدودة لكي يستفيد منها أكبر عدد ممكن من المرضى.

إن حقوق الرعاية الصحية بطبيعتها تقتضي التعامل معها في إطار مبني على الاعتماد المتبادل بين الأفراد. وعندما تكون الحقوق مشتركة بينهم، ينبغي إيجاد توازن بين الاستحقاقات المكفولة بالتساوي للجميع وبين أصحاب الحقوق المتضاربة. وقد توفي سوبراموني بعد فترة وجيزة من صدور حكم المحكمة الدستورية.

(البروتوكول الملحق بالاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان وواجباته بشأن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)، والمادتين 25(2) و25(3) من اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 169 لسنة 1989 بشأن الشعوب الأصلية والقبلية، هذا وكما سبق الإشارة فإن إعلان ألما-آتا يضع التزاماً على الدول بتوفير الرعاية الصحية الأولية⁽³¹⁾ وكما يتضح مما تقدم، يتناول الإعلان الخطوط العريضة لنظام للرعاية الصحية يقوم على الرعاية الصحية الأولية.

وبالإضافة إلى ذلك، تأتي الرعاية الصحية الأولية ضمن الالتزامات المنصوص عليها في برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد بالقاهرة عام 1994، وإعلان وبرنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للتنمية الاجتماعية الذي عقد بكوبنهاجن عام 1995. وبالإضافة إلى ذلك، ففي المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية يرد إقرار ضمني باعتبار الرعاية الصحية الأولية تدخل في عداد التزامات الدول الأطراف في العهد. ووفقاً للمبادئ التوجيهية بشأن شكل ومحتوى التقارير فإن على الدول الأطراف في العهد أن توضح في التقارير، التي ينبغي عليها تقديمها إلى اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بخصوص مدي وفائها بالتزاماتها بمقتضى العهد، ما إذا كانت الرعاية الصحية الأولية جزءاً من سياساتها الصحية؛ وإن كانت كذلك فعليها تحديد ما تم اتخاذه من تدابير لإعمالها.

عناصر أخرى تدخل ضمن التزامات الدول بموجب الحق في الصحة

بالإضافة إلى المبدأ الجوهري لعدم التمييز، توجد عناصر أخرى هامة تدخل ضمن التزامات الدول بموجب الحق في الصحة كما يلي:

إتاحة إمكانية حصول: بالنسبة لبعض الفئات الخاصة، رأت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم 5 الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمعوقين أن "الحق في الصحة البدنية والعقلية يفترض الحق في الحصول على الخدمات الطبية والاجتماعية والاستفادة منها... بما يمكن المعوقين من أن يصبحوا مستقلين، ويمنع وقوع عجز آخر، ويساعد على اندماجهم في المجتمع"⁽³²⁾.

ويرتبط بكفالة إمكانية الحصول على الخدمات اتخاذ التدابير اللازمة في العديد من المجالات المالية والثقافية والجغرافية.

المشاركة: طبقاً لما جاء في إعلان ألما-آتا، لكافة الأفراد الحق، بل وعليهم واجب المشاركة فردياً وجماعياً في التخطيط والتدابير المتعلقة بالرعاية الصحية⁽³³⁾ وفي نفس الوقت، تعطي ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية أهمية جوهرية لإعمال الحق في الصحة، فالرعاية الصحية الأولية لا تتطلب فقط مشاركة المجتمع والأفراد في "تخطيط وتنظيم وإدارة ورصد"⁽³⁴⁾ نظام الرعاية الصحية، بل يجب أيضاً العمل على تعزيز هذه المشاركة، وذلك من خلال التوعية الصحية.

توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية المجانية: يمثل مبدأ الرعاية الصحية العامة المجانية موضوعاً للجدال، فإذا لم تكن هناك قاعدة قانونية تلزم بتوفير الخدمات مجاناً (كما في حالة الحق في التعليم)، فهناك مبررات لاعتبار أنها تشكل جزءاً من التزامات الدول. وينص الإعلان الخاص بالتقدم والإنماء في الميدان الاجتماعي على أنه ينبغي "تقديم خدمات صحية مجانية لجميع السكان،...". وتتص اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة على ضرورة توفير الخدمات الصحية المجانية للأمهات الحوامل والأطفال عند الاقتضاء⁽³⁵⁾ (المادة 12(2)).

الحروب والصراعات والصحة

"طبقاً لإدارة شؤون نزع السلاح بالأمم المتحدة، شهد العالم الثالث حوالي 150 صراعاً مسلحاً منذ عام 1945، لقي خلالها عشرون مليون شخص مصرعهم، وأصيب ما لا يقل عن ثلاثة أمثال هذا العدد. وقد سجلت مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين عدد 2.5 مليون لاجئ حرب في عام 1970، و 8.3 مليون في عام 1980، وحوالي 15 مليوناً في عام 1977، ولو أضفنا أعداد المشردين داخلياً لتضاعف الرقم الإجمالي. وتصل الوفيات في أثناء المعدلات الحادة للنزوح إلى 60 ضعف المعدلات المتوقعة.

"وعلى مدى العقدين الماضيين أو العقود الثلاثة الماضية، لخص الباحثون والمتخصصون في مجال الطب الإكلينيكي ما رأوه وسمعوه من الناجين من الصدمات الفاتكة تحت عدة مسميات، منها متلازمة معسكرات الاعتقال، وعصاب الحرب، ومتلازمة الإجهاد القتالي، ومتلازمة الناجين، وأخيراً مرض الإجهاد العصبي فيما بعد الصدمات.

"ويعاني ضحايا الحرب من صدمات متعددة، منها الحرمان الجسدي والإصابة والتعذيب والسجن ومشاهدة التعذيب أو المذابح ووفاة الأقرنين من أسرهم. كما توجد عوامل أخرى في الخلفية، ليس أقلها الأمراض المعدية التي تستشري في الظروف الناجمة عن الحرب، وتؤثر تأثيراً مميّناً على الأطفال على وجه الخصوص. ففي أوغندا، يشبه تأثير مرض الإيدز جيشاً إرهابياً قائماً بذاته، بينما ينتشر الانهيار الاجتماعي المتعلق بالحرب انتشاراً سريعاً.

"إن الحرب أو الصراع المدني يمكن أن يدمر الصيغ الثقافية والاجتماعية القائمة. ففي أوغندا وموزمبيق تسيطر الهواجس على أعداد كبيرة من السكان المُعَدَمين والمذعورين الذين تلح عليهم ذكرى أقربائهم الذين تركوهم دون أن يدفنوهم، ويترقبون العقوبات الخارقة للطبيعة التي يعتقدون أنها ستترتب على عدم قيامهم بطقوس الحداد والدفن".⁽³⁷⁾

آليات الإشراف

الآليات الدولية

الهيئات الإشرافية على تنفيذ المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان

يتضمن النظام الدولي لحماية حقوق الإنسان عدة لجان تعني بالإشراف على مدى وفاء الدول الأطراف في المعاهدات الدولية بالتزاماتها بمقتضى هذه المعاهدات، ومن هذه اللجان:

- اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: تلتزم الدول الأطراف في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأن تقدم تقرير دوري كل خمس سنوات إلى اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بشأن التدابير التي اتخذتها لإعمال الحقوق المعترف بها في العهد ومنها بالطبع الحق في الصحة. وأوضحت اللجنة في المبادئ التوجيهية التي اعتمدها بشأن شكل ومحتوى تلك التقارير أن هناك أربعة جوانب رئيسية يجب أن يغطيها التقرير المقدم من الدولة، هي الأوضاع الصحية، وإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية المتاحة، ووضع القطاعات النوعية، والطبيعة المتدرجة للتدابير والتطورات في هذا المجال.⁽³⁶⁾ وبالإضافة إلى المعلومات المتعلقة بشأن الأوضاع الصحية العامة والتي يجب أن يتناولها التقرير، يجب أن يعرض التقرير نسبة الخدمات العامة المتاحة وتلك التي يتولى تقديمها القطاع الخاص، ووضع سكان الريف، ووضع المرأة، ووضع مرض نقص المناعة البشرية/الإيدز والسياسات الوقائية، والأوضاع الصحية

في السجون، واستخدام العقاقير وإدمانها، وآثار الممارسات الصحية التقليدية مع الاهتمام بصفة خاصة باحتمال انتهاك الحقوق الثقافية.

يتفاوت أداء الدول الأطراف في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية تجاه التزاماتها بتقديم تقارير دورية عما اتخذته من تدابير، فوفقاً للعهد وعلى النحو الموضح في المبادئ التوجيهية لإعداد تلك التقارير فإن هناك مجموعة كبيرة من القضايا يجب التعامل معها، ونظراً لأن اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لم تشترط منهجاً أكثر صرامة، فإن التقارير المقدمة من الدول تتفاوت في نوعيتها ومناهجها. وبالإضافة إلى ذلك، تنشأ مشكلتان عن استخدام المؤشرات الإحصائية في التقارير، تتعلق إحداهما بدرجة الموثوقية، والثانية بأن عدم وضع هذه المؤشرات في سياقها يعني صعوبة تحديد أسباب الجمود المحتمل. وقلما تهتم التقارير ببعض القضايا المهمة مثل الصحة النفسية. كما أن هناك ضرورة لتطوير المبادئ التوجيهية لإعداد التقارير لتتسم بقدر أكبر من الموثوقية و"المعيارية" من أجل تقييم التطور الحادث عبر الزمن فيما يتعلق بكل من الأوضاع الصحية واعتماد التدابير. ومن العوامل المهمة التي تؤثر على عمل اللجنة حتى اليوم الاستعداد المحدود من جانب منظمة الصحة العالمية للمشاركة في أعمالها على نحو فعال؛ وإن كان هذا الاستعداد يتزايد باطراد، فحتى اليوم لم تقدم المنظمة للجنة إلا تقريرين بمبادرة منها.

■ لجنة القضاء على التمييز العنصري: يقع على عاتق الدول الأطراف في الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري وفقاً لنص المادة 9 من الاتفاقية - الالتزام بأن تقدم إلى لجنة القضاء على التمييز العنصري تقرير دوري كل سنتين عن التدابير التي اتخذتها للقضاء على التمييز العنصري و/أو منعه في ضوء الأحكام الواردة في الاتفاقية، بما فيها بالطبع ما تضمنته الاتفاقية بخصوص الحق في الصحة.

■ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة: يقع على عاتق الدول الأطراف في اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة وفقاً لنص المادة 18 من الاتفاقية - الالتزام بأن تقدم إلى اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة تقرير دوري كل أربع سنوات عن التدابير التي اتخذتها للوفاء بالتزاماتها بمقتضى الاتفاقية، بما في ذلك ما يتعلق بالأوضاع الصحية للمرأة، والصحة الإنجابية ورعاية الأمهات الحوامل والأطفال، والممارسات التقليدية، والمعلومات المتعلقة بالإجهاد ووضع القانوني والممارسات المتعلقة به وتأثير عدم شرعيته فيما لو كان غير مشروع، ووضع المرأة بالنسبة لمرض نقص المناعة البشرية/الإيدز.

■ لجنة حقوق الطفل: يقع على عاتق الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الطفل وفقاً لنص المادة 44 من الاتفاقية الالتزام بأن تقدم إلى لجنة حقوق الطفل تقريراً دورياً كل خمس سنوات عن التدابير التي اتخذتها للوفاء بالتزاماتها بمقتضى الاتفاقية.

آليات أخرى

بالإضافة إلى ما سبق؛ فإن لأمانة منظمة الصحة العالمية ومكاتبها الإقليمية آلياتها الخاصة والتي يمكن بمقتضاها طلب معلومات وتقارير عن الحق في الصحة من الدول الأعضاء في المنظمة. وهناك نوع من تبادل المعلومات بين نظامي منظمة الصحة العالمية ولجان وهيئات الأمم المتحدة، نظراً إلى الوضع الاستثنائي لمنظمة الصحة لعالمية لدى نظام الأمم المتحدة، ولكونها قد تعهدت برصد مدى أعمال الأحكام المتعلقة بالحق في الصحة الواردة في المعاهدات الدولية. وطبقاً لدستور منظمة الصحة العالمية، يجب على كل دولة من الدول الأطراف في المنظمة تقديم تقرير سنوي عما اتخذته من إجراءات وما

استراتيجيات تعزيز الحق في الصحة

دراسة حالة من فنزويلا

عملت منظمة مناهضي الإيدز، وهي منظمة تهتم بالقضايا المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وحقوق الإنسان في فنزويلا، على إعداد استراتيجية قانونية لحث الدولة على اعتماد سياسة بشأن توفير العقاقير المضادة للفيروسات وغيرها من العقاقير اللازمة لمرضى نقص المناعة البشرية/الإيدز.⁽⁴²⁾ ولتحقيق هذا الغرض تم تقديم ثلاثة التماسات⁽⁴³⁾ لمحكمة العدل العليا ضد وزارة الصحة. وتزعم تلك الالتماسات وقوع انتهاكات لعدد من الحقوق، هي الحق في الحياة والصحة والحرية الشخصية والأمن وعدم التمييز، والحق في الانتفاع بالعلم والتكنولوجيا، وكلها انتهاكات ناجمة عن عدم تقديم الرعاية الصحية للمدّعين.

ومن الحثيات الواردة في عريضة الدعوى أن توزيع العقاقير الأساسية يعد من التزامات الدولة فيما يتعلق بالحق في الصحة، وأن فرصة الحصول على العلاج المضاد للفيروسات يعد ذا أهمية حيوية، مثلها مثل الإمداد بالأدوية اللازمة لمكافحة الأمراض المباغطة، وأن الحق في الحياة يعد حقاً جوهرياً يرتبط بالحق في الصحة، وأن عدم وجود فرصة للحصول على العلاج يمثل انتهاكاً للحق في الانتفاع بالتقدم العلمي، وأنه متشياً مع الدستور، ينبغي على برامج المساعدة الاجتماعية أن تشمل من لا يدخلون في دائرة نظام الضمان الاجتماعي.

وجاء الحكم الأول لمحكمة العدل العليا في هذه القضية ليضفي الاعتراف القانوني على العلاقة بين الحق في الحياة والحق في الاستفادة من المنجزات العلمية والحق في الصحة⁽⁴⁴⁾. وأعلنت المحكمة أن التماس الحماية جازز جوازاً جزئياً، مؤكدة أن الجهة التي رفعت الدعوى ضدها قد انتهكت الحق في حماية الصحة والحق في الحياة والحق في الانتفاع بالمنجزات العلمية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مفهوم الحق في الصحة (الذي كان قد تبلور آنذ بصورة جزئية) يقوم على التزامات إيجابية من جانب الدولة تتجاوز حد الوقاية والمساعدة، فلا يكفي الالتفات إلى الأمراض المباغطة، ولكن ينبغي أيضاً معالجة الفيروسات بالاستفادة من المنجزات المتاحة حتى يتم التوصل إلى علاج شاف. وبناءً على هذا الحكم أمرت المحكمة وزارة الصحة بتوفير العقاقير بصفة منتظمة ودورية، وإجراء الفحوص المتخصصة أو تغطية تكلفتها، وتوريد العقاقير اللازمة لعلاج الأمراض المباغطة، ووضع سياسة لتوفير المعلومات والعلاج والرعاية الطبية الشاملة.

وتم تكوين عدة لجان من مقدمي الالتماسات لمتابعة تنفيذ هذه الأحكام القضائية، وهو ما ساهم في قيام المحاكم الدستورية إلى إصدار إعلان بشأن نفس القضايا. وقد نجحت هذه اللجان عن طريق الضغط السياسي في الإسراع بتنفيذ الأحكام. وبالإضافة إلى ذلك، فإنها تقوم برصد عمليات شراء العقاقير وتسليمها، وتنظم ورشات عمل لتوعية الأشخاص الذين يحتمل أن يرفعوا دعاوى مماثلة في المستقبل.

ويلاحظ أن الأشخاص المضارين بصورة فردية يتعين عليهم رفع دعوى لالتماس الحماية، مع إمكانية عدم الإفصاح عن أسمائهم متى دعت الضرورة إلى ذلك. وبالفعل ظلت أسماء العشرة الذين رفعوا دعوى الالتماس الأولى مجهولة. ومنذ وقت قريب، تم تعديل هذه الاستراتيجية بحيث يمكن رفع دعاوى إقليمية لالتماس الحماية، بهدف توزيع العبء المالي ومساعدة المرضى على الحصول على الخدمات والأدوية التي يحتاجونها في الأقاليم التي يعيشون بها.

وأخيراً، وفي قرار غير مسبوق، أقرت محكمة العدل العليا بصحة الشكوى على سبيل المشاع، أي لصالح أطراف مختلفة دون تحديد، وبذلك يمكن أن تستفيد منها فئة كاملة من الأشخاص المصابين بمرض نقص المناعة البشرية/الإيدز الذين لا يقدرون على الحصول على العلاج. ويمثل هذا التطور خطوة هامة نحو الاعتراف باختصاص القضاء بالنظر في القضايا المتعلقة بإعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في سياق النظام القانوني في فنزويلا.

حقته من تقدم في تحسين صحة شعبها (المادة 61)، وكذلك تقرير سنوي عما اتخذته من إجراءات فيما يتعلق بالتوصيات إلي قدمتها إليها المنظمة، وفيما يتعلق بالاتفاقيات والاتفاقات والأنظمة (المادة 62)، وعلى كل دولة أيضا إبلاغ المنظمة بما ينشر فيها من قوانين وأنظمة وتقارير رسمية وإحصائيات هامة تتصل بالصحة (المادة 63)، وأن تقدم تقارير إحصائية على النحو الذي تقرره جمعية الصحة (المادة 64)، وأن ترسل أية معلومات إضافية تتعلق بالصحة يطلبها منها مجلس المنظمة (المادة 65).

الآليات المحلية

لقد جرى استكشاف مدى إمكانية إعمال الحق في الصحة من خلال النظم القضائية المحلية، وذلك عبر الاستناد إلى النصوص ذات الصلة الواردة في الصكوك الدولية أو تلك الواردة في الدستور؛ وذلك في عدد كبير نسبياً من الدول.⁽³⁸⁾ وبصفة عامة، تميل المحاكم إلى إيجاد وسيلة لكيلا تبني أحكامها على أساس الحق في الصحة، إلا أن هناك بعض القرارات الإيجابية التي صدرت فيما يتعلق بإمكانية التقاضي على أساس الاعتراف الدستوري بالحق في الصحة. ففي عام 1993، طالبت المحكمة العليا في الفلبين بإلغاء تصاريح قطع الأشجار استناداً على المبدئين الدستوريين رقم 15 و16 اللذين ينصان على الحق في الصحة والحق في بيئة صحية، مؤكدة أن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لها نفس أولوية الحقوق المدنية والسياسية.⁽³⁹⁾ كما قضت المحكمة العليا في الهند بأن توفير الخدمات الطبية الكافية يعد "جزءاً أساسياً من التزامات" الدولة، وبذلك ربطت بين نقص العلاج الطارئ الكافي وضمنان الحق في الحياة.⁽⁴⁰⁾

كما أشارت المحكمة الدستورية لجنوب أفريقيا إلى هذا الحكم على وجه التحديد، عند نظرها في قضية متعلقة بالحق في الصحة، ولكنها رأت أنه لا ينطبق على القضية التي تنظرها حيث أن المدعي كان يعاني من مرض مزمن، ولذلك وكما يبدو فلم تطبق النص الدستوري الذي يشير إلى الالتزام بتقديم المساعدة الطارئة.⁽⁴¹⁾

وبالإضافة إلى ذلك، فإن الطبيعة المتدرجة للحق في الصحة تتطلب النظر في آليات القانون الإداري التي تتوقف فعاليتها ومناهجها على الخصائص المحددة للنظام الداخلي في كل دولة من الدول؛ حيث أن وجود نظام صحي متدرج ونظام إداري محدد العالم يؤدي إلى إنجاح تطبيق هذه الآليات.

وأخيراً، فإن اتساع نطاق الحماية الممنوحة بموجب التماس الحماية (وهو إجراء خاص لاستصدار أمر زجري من المحكمة ضد إجراء رسمي وشيك، يُزعم أنه ينتهك الحقوق الدستورية للمتمس)، الذي يعترف به في عدد كبير من الدول، يعد وسيلة لاستبعاد مفهوم التطبيق المتدرج للحق في الصحة ليحل محله مفهوم الحق المشمول بالإنفاذ المباشر، وهو حق ذاتي بطبيعته (انظر دراسة الحالة أعلاه).

التحديات التي تواجه الحق في الصحة، والاستراتيجيات اللازمة لتعزيزه

فيما يلي مجموعة من المقترحات بشأن المبادرات التي يمكن أن يتخذها دعاة الحق في الصحة:

- التدخل لدى الأجهزة الرقابية: انتهاز فرصة الانفتاح التدريجي للهيئات الإشرافية، مثل اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، أمام مشاركة المنظمات غير الحكومية من أجل الاستفادة من الفرص المتاحة من خلال القنوات القائمة للدفع تجاه إعمال الحق في الصحة.
- تحديد مضمون الحق في الصحة: العمل على تحديد مضمون الحق في الصحة بمزيد من الدقة (أنظر الوحدة رقم 8).

- التعاون مع منظمة الصحة العالمية: استكشاف القنوات المحتملة لتعزيز مشاركة منظمة الصحة العالمية بقصد: (أ) إشراكها مشاركة فعالة في نظام الرقابة الدولية؛ (ب) إشراكها في رصد السياسات العامة المحلية التي تؤثر على مراعاة الحق في الصحة؛ (ج) عدم مشاركتها في برامج الإصلاح التي تتبنى تفكيك هياكل الصحة العامة.
- العمل على التوصل إلى الاعتراف التشريعي بالحق في الصحة: ينبغي ألا تقتصر الجهود المبذولة في هذا الصدد على التركيز على الاعتراف الدستوري فحسب، ولكن يجب أن تسعى للتوصل إلى تنظيم الشؤون الصحية على كافة المستويات، من منظور شامل وفيما يتعلق بحماية جماعات نوعية معينة (انظر دراسة الحالة السابقة).
- التقاضي: وضع استراتيجيات وطنية ودولية، واستكشاف إمكانيات التقاضي في إطار النظم الإقليمية لحماية حقوق الإنسان.
- التصدي لتقليص دور الدولة: حيث يصحب سياق العولمة الاقتصادية و"انفتاح الأسواق" ضغوط شديدة لتقليص دور سلطة الدولة ومن ثم التزاماتها. وتؤثر هذه التوجهات على عمل كل من الأجهزة التشريعية والتنفيذية، وبشكل خاص ما يتعلق بسياسات الحماية الاجتماعية.
- تشجيع الأعمال المنهجية للحق في الصحة: يتطلب الحق في الصحة من العديد من مختلف الأجهزة الحكومية أن تعتمد تدابير من أجل الأعمال المنهجية والمتدرج للحق في الصحة.

المؤلف: إنريك غونزاليس

الهوامش

- (1) Deborah Eade, preface to Development for Health: Selected articles from Development in Practice, Oxford, UK: Oxfam (UK and Ireland, 1997), 4-5.
- (2) أول دولة ضمنت أعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في دستورها كانت المكسيك وذلك في دستور 1917، غير أن ذلك الدستور لم يرد به ذكر للحق في الصحة على نحو صريح.
- (3) تعود فكرة تأسيس منظمة الصحة العالمية إلى العديد من المؤتمرات الدولية المتعلقة بالصحة التي عقدت خلال القرن التاسع عشر، عقد أول هذه المؤتمرات في باريس 1851. منظمة الصحة للبلدان الأمريكية (تأسست في واشنطن 1902)؛ وقد سبق المكتب الدولي للصحة العامة (تأسس في روما 1907)؛ ومنظمة العمل الدولية (1919) تأسيس منظمة الصحة العالمية.
- (4) دستور منظمة الصحة العالمية، وثائق أساسية، الوثائق الرسمية رقم 240 (واشنطن 1991). دستور منظمة الصحة العالمية تم اعتماده في مؤتمر الصحة الدولي المنعقد في 1946 في نيويورك، وتم التوقيع عليه من قبل 61 من ممثلي الدول المشاركة في المؤتمر.
- (5) منظمة الصحة العالمية، إعلان ألما-آتا الخاص بالرعاية الصحية الأولية الصادر عن مؤتمر ألما-آتا المنعقد خلال الفترة من 6 إلى 12 سبتمبر/أيلول عام 1978.
- (6) منظمة الصحة العالمية، استراتيجية عالمية للصحة للجميع بحلول عام 2000، جنيف، 2000.
- (7) المؤتمر الدولي الأول بشأن الرعاية الصحية اعتمد إعلان أتاوا.
- (8) إعلان جاكارتا بشأن الرعاية الصحية (1997). عقدت المؤتمرات الأربع المشار إليها من قبل منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع وكالات دولية أخرى وكذلك بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية، ويتميز إعلان جاكارتا بأنه يكونه أول جهد يدمج جهات خاصة فيما يتعلق ببلوغ تعهد دولي.
- (9) وثيقة الأمم المتحدة A/CONF.171/13/REV.1.
- (10) راجع وثيقتي الأمم المتحدة A/CONF.177/20 و Add.1.
- (11) Vikram Patel et al., "Stressed, Depressed or Bewitched? A Perspective on Mental health, Culture

- and Religion," in Development for Health, note 1 above.
- (12) Asian Forum for Human Rights and Development, Report of a Consultation on Reproductive Rights and Human Rights (Bangkok, 1997).
- (13) This section is based on the following materials: H. Fuenzalida-Puelma and H. Scholle Connor, eds., *The Right to Health in the Americas: A Comparative Constitutional Study* (Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1989), and Brigit C. A. Toebes, *The Right to Health as a Human Right in International Law* (Intersenti-Hart, Groningen: School of Human Rights Research, 1999).
- (14) راجع اتفاقية حقوق الطفل، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 25/44 المؤرخ في 20 تشرين الثاني/نوفمبر 1989، تاريخ بدء النفاذ: 2 أيلول/سبتمبر 1990، وفقا للمادة 49؛ حيث تشير المادة 24(2)(ج) منها بوجه خاص إلى توفير مياه الشرب النقية. راجع أيضا التعليق العام رقم 4 للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 11(1)، الفقرة 8(ب) والتي تناقش الحصول على مياه الشرب النقية في سياق الحق في السكن الملائم. see also Toebes, op. cit., 256, who analyzes the topic of water and sanitation measures from the perspective of the CESCR's practice of issuing reports.
- (15) الفقرة 5 التعليق العام رقم 6 للجنة المعنية بحقوق الإنسان، المادة 6 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، وثيقة الأمم المتحدة HRI/GEN/1/Rev.1.
- (16) التعليق العام رقم 20 للجنة المعنية بحقوق الإنسان، المادة 7 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، وثيقة الأمم المتحدة HRI/GEN/1/Rev.1.
- (17) مبادئ آداب مهنة الطب المتصلة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، اعتمدت ونشرت علي الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 194/37 المؤرخ في 18 كانون الأول/ديسمبر 1982.
- (18) اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 2106 (د-20) المؤرخ في 31 ديسمبر/كانون الثاني 1965. ودخلت حيز التنفيذ في 4 يناير/كانون الثاني 1969.
- (19) المبادئ الدولية التوجيهية بخصوص الإيدز وحقوق الإنسان، وثيقة الأمم المتحدة E/CN.4/1997/150.
- (20) القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء، أوصي باعتمادها مؤتمر الأمم المتحدة الأول لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين المعقود في جنيف عام 1955 وأقرها المجلس الاقتصادي والاجتماعي بقراريه 663 جيم (د-24) المؤرخ في 31 تموز/يوليو 1957 و 2076 (د-62) المؤرخ في 13 أيار/مايو 1977.
- (21) الإعلان الخاص بحقوق المعوقين، اعتمد ونشر علي الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 3447 (د-30) المؤرخ في 9 كانون الأول/ديسمبر 1975.
- (22) التعليق العام رقم 5 للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، حقوق المعوقين. وثيقة الأمم المتحدة E/C.12/1994/13.
- (23) إعلان بشأن المبادئ الأساسية لتوفير العدالة لضحايا الجريمة وإساءة استعمال السلطة، اعتمد ونشر علي الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 40/34 المؤرخ في 29 تشرين الثاني/نوفمبر 1985.
- (24) الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا، اعتمد ونشر علي الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2856 (د-26) المؤرخ في 20 كانون الأول/ديسمبر 1971.
- (25) تشير المادة 12(2) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى وجوب اتخاذ تدابير من أجل: العمل علي خفض معدل موتي المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا؛ تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية؛ الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها؛ تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض. وبهذا الخصوص ترى اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى أن التدابير المشار إليها في هذه المادة ترد على سبيل المثال وليس الحصر.

- (26) راجع اتفاقية حقوق الطفل، ودستور منظمة الصحة العالمية.
- (27) منظمة الصحة العالمية، استراتيجية عالمية للصحة للجميع بحلول عام 2000، جنيف، 2000.
- (28) راجع اتفاقية حقوق الطفل.
- (29) Ibid., 31.
- (30) The Right to Health in the Americas, 548, note 11 above.
- (31) "[E]xpressions such as 'the countries shall' or 'the countries shall collaborate in . . .'" This verb tense reflects the commitment voluntarily contracted by the countries to attain the goal of health for all by the year 2000 based on primary health care, as spelled out in the Declaration of Alma-Ata. In no way should this be interpreted as imposing certain actions on the countries by a supranational body" (WHO, Global Strategy for Health for All by the Year 2000, Geneva, 1981), 18.
- (32) التعليق العام رقم 5 للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الفقرة 34.
- (33) Declaration of Alma-Ata, Section 6, para. 7.
- (34) Ibid., para. 7(4); see also CESCR, Reporting Guidelines, Guiding Principle No. 7, Annual Report of the CESCR on its fifth Session, UN Doc. E/1991/23, Annex IV (1991) (regarding submission of reports and requesting information on the measures taken to maximize community participation in primary health care).
- (35) Referring to the accessibility of basic health services, the UNDP affirms that "the free supply of basic services offers greater equality of opportunity and addresses the responsibility of all governments to ensure the basic human rights of their respective citizens." (UNDP, Human Development Report 1991 (Oxford University Press, 1991). At the same time, PAHO, when referring to the responsibility of the state for attaining health goals, notes that "the state should provide free of charge the services that benefit the country in general" (PAHO, Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos [Washington, D.C., 1989], 81-82).
- (36) راجع الهامش 25 أعلاه.
- (37) Derek Summerfield, "The Psychosocial Effects of Conflicts in the Third World," in Development for Health, note 1 above.
- (38) For a more extensive discussion, see Toebes, op. cit., 190-231.
- (39) "For they are assumed to exist from the inception of humankind." Case of Oposa v. DENR, cited in Toebes, op. cit., 220.
- (40) Case of Pashim Banga Khet Mazdoor Samity v. State of West Bengal, cited in Toebes, op. cit., 214.
- (41) Toebes, op. cit., 229. The Constitution of South Africa establishes that the courts "must" take account of international law and "may" take account of foreign law; article 39(1)(b) and (c) of the Bill of Rights.
- (42) The first actions were focused on the Seguro Social agency, leading to amparo actions to win recognition of the right to social security benefits. After several favorable judicial decisions, Seguro Social made a commitment to guarantee access to treatment for all persons covered by the Seguro Social who have HIV/AIDS.
- (43) The first amparo was brought in 1998, and the second in January 1999, with a total of 138 moving parties. The judgment in the third amparo, which covers 172 persons, was recently the subject of a hearing of the Constitutional Court.
- (44) Amparo action against the Ministry of Health, Supreme Court of Justice, Republic of Venezuela, June 9, 1998. See: <http://www.csj.gov.ve/sentencias>.