A

الأمم المتحدة

الجمعيـــة العامـــة

Distr.
GENERAL

A/HRC/4/28
17 January 2007

ARABIC
Original: ENGLISH

مجلس حقوق الإنسان
الدورة الرابعة
البند ٢ من جدول الأعمال المؤقت

تنفيذ قرار الجمعية العامة ٢٥١/٦٠ المؤرخ ١٥ آذار/مارس ٢٠٠٦ المعنون "مجلس حقوق الإنسان"

التقرير المقدم من بول هانت، المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية*

* ترد حواشي هذا التقرير في المرفق الذي يُعمّم كما ورد وباللغة التي قُدّم بها فقط.

(A) GE.07-10295 230207 260207

ملخّص

يتضمن هذا التقرير المقدم وفقاً لمقرر مجلس حقوق الإنسان ١٠٢/١ قسمين أساسيين يُبين الأول منهما بعض ما أحرزته الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان من تقدّم خلال العقد الأخير، كما يتناول بالبحث عقبتين من العقبات الرئيسية التي تعترض مسيرة هذه الحركة.

فقد أصبح المجتمع المدني – وبخاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل – مهتماً أكثر من أي وقت مضى بقضايا الصحة وحقوق الإنسان. كما أن بعض الدول قد أخذت تنظر إلى قضايا الصحة وحقوق الإنسان بجدّية. ويُقدّم التعليق العام رقم ١٤ الصادر عن لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إرشادات ذات حجيّة بشأن نطاق حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية ("حق التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه" أو "الحق في الصحة"). ومنذ عام ٢٠٠٠، صدرت تقارير عديدة تبحث الكيفية التي يُمكن بها إعمال الحق في الصحة. وأصبحت القضايا القانونية والمؤلفات والدورات الدراسية بشأن الصحة وحقوق الإنسان من الأمور الشائعة على نحو متزايد.

وقد بلغت الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان مرحلة جديدة من النُضج في سعيها الحثيث نحو إدماج حقوق الإنسان في سياسات الصحة على الصعيدين الوطني والدولي. فبالإضافة إلى الأساليب التقليدية المتبعة في مجال حقوق الإنسان، مثل أسلوب"الفضح والتعيير"، أخذت الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان تتبع أيضاً نُهجاً أخرى مثل استخدام المؤشرات، ومقاييس الأداء، وعمليات تقييم الأثر.

بيد أن الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان تواجه أيضاً مجموعة من العقبات الرئيسية. ويركّز هذا التقرير على عقبتين منهما تتمثلان في قصور المشاركة في هذه الحركة من قِبل `١` المنظمات غير الحكومية العريقة المعنية بحقوق الإنسان و`٢` المهنيين العاملين في مجال الصحة.

ويَحثّ التقرير المنظمات غير الحكومية العريقة المعنية بحقوق الإنسان على العمل على معالجة قضايا الصحة وحقوق الإنسان، مثل قضية وفيّات الأمومة، بنفس القوة التي تتسم بها الحملات التي تقوم بها هذه المنظمات بالفعل فيما يتصل بحالات الاختفاء والتعذيب وسجناء الضمير.

ويُشدّد التقرير أيضاً على أن قضايا الصحة وحقوق الإنسان لا تشمل الكثير من القواسم المشتركة فحسب بل إنها تُكمّل وتُعزز بعضها البعض. ومع ذلك، فإن الكثيرين من المهنيين العاملين في المجال الصحي لم يسمعوا قط بحق الإنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. ويذهب التقرير إلى أنه لا يمكن إعمال الحق في الصحة بأي شكل من الأشكال دون المشاركة النشطة لأعداد أكبر بكثير من العاملين في المجال الصحي. ويتضمن التقرير بعض الملاحظات الأولية بشأن الخطوات التي يُمكن اتخاذها لزيادة مشاركة العاملين في المجال الصحي في الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان.

وفي السنوات الأخيرة، أفضت قضايا الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، فضلاً عن غير ذلك من الحقوق ذات الصلة بالصحة، إلى ظهور عدد كبير ومتزايد من السوابق القضائية في هذا المجال. أما القسم الأساسي الثاني الذي يتألف منه هذا التقرير فيوضّح أن المساءلة القضائية قد أدت إلى تعزيز حماية الحق في الصحة وغيره من الحقوق ذات الصلة بالصحة، كما أفضت إلى فهم أعمق لمعنى حقوق الإنسان هذه. ويشتمل القسم نفسه على عيّنة من القضايا التي تدل على كيفية تفسير مختلف المحاكم وإعمالها لحقوق الإنسان ذات الصلة بالصحة.

المحتويات

	الفقـــــرات	الصفحة
أولاً - مقدمة	١ -٥	٤
ثانياً - الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان: التقدم المحرز والعقبات المواجهة..	٦ -٥٤	٥
ألف- التقدم المحرز في الآونة الأخيرة.....	٧ -١١	٥
باء - المجتمع المدني والصحة وحقوق الإنسان	١٢-١٧	٦
جيم- إعمال الحق في الصحة: مساهمة المقرر الخاص.....	١٨-٢٤	٨
دال - المهارات والطرائق الجديدة.....	٢٥-٣٠	٩
هاء - الـــدور المحـــوري لمنظمات المجتمع المدني العريقة العاملة في مجال حقوق الإنسان	٣١-٣٧	١١
واو - الدور المحوري للمهنيين العاملين في مجال الصحة	٣٨-٤٧	١٢
زاي- خلاصة	٣٨-٥٤	١٥
ثالثاً - دعاوى تتعلق بالحق في الصحة وغيره من الحقوق المتصلة بالصحة.....	٥٥-٨٩	١٦
ألف- مقدمة	٥٥-٥٨	١٦
باء - الإعمال التدريجي وتوافر المصادر والالتزامات الفورية.....	٥٩-٦٧	١٧
جيم- الإتاحة وسهولة الوصول والمقبولية والجودة.....	٦٨-٧٦	١٩
دال - الواجبات المتعلقة باحترام وحماية وإعمال الحق في الصحة.....	٧٧-٨٦	٢١
هاء - خلاصة	٨٧-٨٩	٢٣
رابعاً - الاستنتاجات.....	٩٠-٩٣	٢٤
المرفق - حواشي التقرير		٢٥

أولاً – مقدمة

١- أنهت الجمعية العامة، بموجب قرارها ٢٥١/٦٠ المؤرخ ١٥ آذار/مارس ٢٠٠٦، عمل لجنة حقوق الإنسان وأنشأت مجلس حقوق الإنسان. ويُحدد قرارا لجنة حقوق الإنسان ٣١/٢٠٠٢ و٢٧/٢٠٠٤ ولاية المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية. وقد مدّد مجلس حقوق الإنسان، بموجب مقرره ١٠٢/١، ولايات لجنة حقوق الإنسان السابقة، بما في ذلك ولاية المقرر الخاص. وهذا التقرير مقدّم وفقاً لذلك المقرر.

٢- وقد قدّم المقرر الخاص، في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٦، تقريراً إلى الجمعية العامة (انظر A/61/338). بحث فيه موضوعين رئيسيين هما: وفيات الأمومة والحق في الحصول على الأدوية. كما تضمن التقرير معلومات عن الأنشطة التي اضطلع بها المقرر الخاص في إطار ولايته خلال الفترة من كانون الثاني/يناير إلى آب/أغسطس ٢٠٠٦. وشارك المقرر الخاص، أثناء وجوده في نيويورك لتقديم تقريره، في جلسة اطلاع للمنظمات غير الحكومية فيما يتصل بولايته قام بتنظيمها مكتب مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان في نيويورك. كما حضر المقرر الخاص اجتماعاً مع موظفي صندوق الأمم المتحدة للسكان.

٣- وفي أيلول/سبتمبر ٢٠٠٦، قام المقرر الخاص، بصحبة المقرر الخاص المعني بالسكن اللائق، السيد ميلون كوثري، وممثل الأمين العام المعني بحقوق الإنسان للمشردين داخلياً، السيد فالتر كالين، والمقرر الخاص المعني بحالات الإعدام خارج القضاء أو بإجراءات موجزة أو تعسفاً، السيد فيليب آلستون، بزيارة لبنان وإسرائيل بناء على دعوة من حكومتي هذين البلدين. وتم إعداد تقرير عن هذه البعثة (A/HRC/2/7) عُرض على مجلس حقوق الإنسان في الشهر التالي.

٤- وفي تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٦، زار المقرر الخاص بيرو حيث عقد اجتماعات على سبيل المتابعة للبعثة التي قام بها إلى هذا البلد في حزيران/يونيه ٢٠٠٤ (انظر E/CN.4/2005/51/Add.3). واجتمع المقرر الخاص بنائب وزير الصحة، ووزير شؤون المرأة، وممثلين عن وزارة العدل والشؤون الخارجية. كما عقد اجتماعاً مع العديد من أعضاء مجلس النواب من النساء والرجال، واجتمع أيضاً مع محامية الشعب (أمينة المظالم) وزملائها. والتقى المقرر الخاص أيضاً بممثلين عن منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وغير ذلك من المنظمات الدولية، فضلاً عن ممثلين للمجتمع المدني، وقام بزيارة مستشفى فيكتور لاركو إيريرا للأمراض النفسية في مدينة ليما. وعقب هذه الزيارة، يطلب المقرر الخاص المزيد من المعلومات حول إجراءات المتابعة المتخذة استجابة للتوصيات الواردة في التقرير المتعلق بالبعثة التي قام بها إلى بيرو في عام ٢٠٠٤.

٥- وفي الشهر نفسه، سافر المقرر الخاص إلى واشنطن العاصمة حيث التقى بالمديرين التنفيذيين لإدارتي بلدان الشمال وبلدان البلطيق في البنك الدولي وصندوق النقد الدولي. وقد قام المقرر الخاص بهذه الزيارة الرسمية على سبيل المتابعة للبعثة التي كان قد قام بها إلى السويد في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٦. وسوف يُقدّم إلى مركز حقوق الإنسان في عام ٢٠٠٧ تقرير عن هذه الزيارة إلى البنك الدولي وصندوق النقد الدولي[١].

ثانياً – الحـــركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان: التقدّم المحرز والعقبات المواجهة

٦- لقـــد تمكّنت الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان، بفضل العمل الذي اضطلع به عدد لا يُحصى من المـــنظمات والأفراد، من إحراز تقدّم هائل في العقد الأخير. إلا أنه لا يمكن لهذه الحركة أن تُحافظ على زخمها الحـــالي دون أن تواجه بعض العقبات الرئيسية التي تعترض الآن مسيرتها. ويعرض هذا الفصل بإيجاز التقدّم الذي أُحرز في الآونة الأخيرة ويُركّز على تحديين رئيسيين مترابطين يواجهان الحركة المعاصرة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان. وما لم يتم التصدي لهذين التحديين على نحو وافٍ، فلن تتمكن هذه الحركة من تحقيق إمكاناتها الكبيرة.

ألف – التقدّم المحرز في الآونة الأخيرة

٧- لم تكـــن العلاقـــة بـــين الصحة وحقوق الإنسان موضع دراسة دقيقة وجدّية حتى فترة التسعينات من القرن الماضـــي، باســـتثناء بضع حالات قليلة. وبطبيعة الحال، فإن دستور منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٤٦ يؤكد الحق في الصحة الذي يؤكده أيضاً إعلان ألما آتا الصادر في عام ١٩٧٨. فكلتا الوثيقتين تُمثلان علامتين فارقتين بالغتي الأهمية عـــلى طـــريق الصـــحة وحقـــوق الإنســـان. كما أن بعض أولئك الذين كانوا يكافحون ضد فيروس نقص المناعة البشـــري/متلازمة نقص المناعة المكتب (الإيدز) في فترة الثمانينات من القرن الماضي قد سلّموا بالأهمية الحاسمة لحقوق الإنسان. ولكن هذه التطورات الهامة لم تكن، في الغالب، مقترنة بدراسة مفصلّة للعلاقة الجوهرية بين الصحة وحقوق الإنســـان. فمـــثل هذه الدراسة لم تر النور حتى أوائل فترة التسعينات، أي قبل ما يزيد قليلاً عن عقد من الزمن[٢]. ويرجع الكثير من الفضل في ذلك إلى المرحوم جوناتان مان وزملائه في كلية هارفارد للصحة العامة، وللعاملين في مركز فرانسوا – جزافييه بانيو للصحة وحقوق الإنسان، نظراً لما اضطلعوا به من عمل رائد بشأن العلاقة بين الصحة وحقوق الإنسان، وبخاصة في سياق فيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

٨- إلا أنـــه في فترة التسعينات من القرن الماضي، واجه الدكتور مان وغيره قيداً خطيراً لم يعد قائماً اليوم. ففي ذلك الوقت، ورغم وجود فهم مفصّل وواسع النطاق للعديد من حقوق الإنسان، لم يكن هناك فهم مماثل لما يجـــب أن يُشـــكّل بالتأكيد حجر الزاوية في أي دراسة لقضايا الصحة وحقوق الإنسان: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. ومن الحتمي أن هذه الفجوة قد شكّلت قيداً هاماً واجه جميع أولئك العاملين في ميدان الصحة وحقوق الإنسان خلال هذه الفترة. ولم ينشأ أي فهم ذي حجيّة للحق في الصحة إلا في عام ٢٠٠٠ عندما اعتمدت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تعمل بالتعاون الوثيق مع منظمة الصحة العالمية ومع جهات عديدة أخرى التعليق العام رقم ١٤.

٩- وعـــلى الـــرغم من أن التعليق العام رقم ١٤ ليس وافياً ولا كاملاً ولا مُلزماً، فإنه يُعتبر تطوراً رائداً بالغ الأهمـــية. فقد أصبح هناك، لأول مرة، فهم موضوعي أساسي للحق في الصحة يمكن وضعه موضع التطبيق العملي وتحســـينه على ضوء التجربة العملية. فهذا التعليق العام يجعل الحق في الصحة – كما حدّده دستور منظمة الصحة العالمية، وأكّده إعلان ألما آتا، وكرّسه العديد من المعاهدات الدولية المُلزمة في مجال حقوق الإنسان – أكثر من مجرد شعار. وخلاصة القول إن هذا التعليق العام يُمثّل علامة فارقة هامة أخرى على طريق الصحة وحقوق الإنسان.

١٠- وقد تسارع تطور الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان منذ عام ٢٠٠٠. فهناك بعض البلدان، مثل بيرو، التي بدأت تنظر إلى الحق في الصحة نظرة جدّية على المستوى المحلي[٣]. وهناك بلدان أخرى، مثل السويد، تسعى جاهدة لإدماج الحق في الصحة وغيره من حقوق الإنسان في سياساتها الدولية[٤]. وعلى مدى سنوات عديدة، ما برحت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وبعض الوكالات الأخرى، تولي اهتماماً فائقاً لحقوق الإنسان، وقد تزايد هذا الاهتمام، في بعض الحالات، بعد عام ٢٠٠٠. ففي عام ٢٠٠٣، على سبيل المثال، عزز برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز عمله في مجال حقوق الإنسان من خلال إنشاء فريق خبراء مرجعي عالمي معني بفيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وحقوق الإنسان. وفي الوقت الحالي، يعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان على إعداد مجموعة مواد تدريبية بشأن الأخذ بنهج يقوم على أساس حقوق الإنسان مع التركيز بصفة خاصة على المساواة بين الجنسين والحقوق المتعلقة بالصحة الإنجابية. وفي إطار منظمة الصحة العالمية، وجد المقرر الخاص أشخاصاً مستعدين للتعاون في بعض المجالات مثل الأمراض المُهملة، والصحة العقلية، وصحة الأطفال والمراهقين، والأدوية الأساسية، والصحة الجنسية والإنجابية، وهو ما وجده أيضاً في بعض المكاتب الإقليمية والقطرية[٥]. ويظل كتيِّبا منظمة الصحة العالمية المعنونان *٢٥ سؤالاً وجواباً بشأن الصحة وحقوق الإنسان* (٢٠٠٢) و*حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر* (٢٠٠٥) من بين أيسر المداخل المتاحة لتناول هذه المواضيع[٦].

١١- كما أن العقد الحالي قد شهد عدداً متزايداً من الدعاوى القضائية المتعلقة بالصحة وحقوق الإنسان والتي فُصل فيها على المستويات الوطنية والإقليمية والدولية؛ وترد في الفرع الثالث من هذا التقرير عيّنة من هذه السوابق القضائية. كما تزايدت المؤلفات الأكاديمية بشأن قضايا الصحة وحقوق الإنسان والحق في الصحة، وتكاثرت الدورات الدراسية التي يجري فيها تدريس هذه القضايا[٧].

باء - المجتمع المدني والصحة وحقوق الإنسان

١٢- لقد كان من بين أهم التطورات التي حدثت منذ عام ٢٠٠٠ تطوّر شهده المجتمع المدني. فقد كان لدى المنظمات غير الحكومية العاملة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل تقدير لقضايا الصحة وحقوق الإنسان أوضح بصورة دائمة مما هو عليه في حالة نظيراتها من المنظمات غير الحكومية العاملة في البلدان المرتفعة الدخل. وفي بعض البلدان، تأثر المقرر الخاص تأثراً بالغاً بما لمسه من التزام المجتمع المدني وإلمامه بمسألة الحق في الصحة. ففي بيرو، على سبيل المثال، تستخدم بعض مجموعات المجتمع المدني لغة حقوق الإنسان استخداماً صريحاً، وتضطلع بحملات إعلامية في مجال الحق في الصحة، وتدعو إلى المشاركة على مستوى القواعد الشعبية في عملية رسم السياسة العامة في مجال الصحة، وتتبنى دعاوى قضائية تتصل بالصحة وحقوق الإنسان، وما إلى ذلك[٨]. وهذا العمل النشط في مجال الصحة وحقوق الإنسان قد تزامن مع نشر طائفة من المواد ذات الصلة في جميع المناطق، ومن ذلك مثلاً المنشور المعنون *الحق في الصحة: دليل مرجعي للمنظمات غير الحكومية*[٩].

١٣- وقد اتّسع نطاق الالتزام المتزايد لمنظمات المجتمع المدني بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما فيها الحق في الصحة، ليتجاوز المستوى الوطني ويمتد ليشمل المنظمات غير الحكومية العاملة على المستوى الدولي. فمنظمة العفو الدولية ظلت على مدى سنوات عديدة تُعنى بمجموعة ضيقة النطاق من الحقوق المدنية والسياسية. وفي الآونة الأخيرة،

قـــرر أعضاء هذه المنظمة على نطاق العالم ضرورة تغيير هذا الوضع. وقد جاء في المنشور الصادر عن هذه المنظمة في عام ٢٠٠٥ بعنوان *حقوق الإنسان والكرامة الإنسانية: في صدارة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية* أن "منظمة العفو الدولـــية قـــد قامت في السنوات الأخيرة بتوسيع نطاق رسالتها اعترافاً منها بأن عدد سجناء الفقر يزيد كثيراً عن عدد ســـجناء الضمير، وأن هناك الملايين الذين يكابدون عذاب الجوع والموت البطيء بسبب أمراض يمكن الوقاية منها"[١٠]. ويُضاف إلى ذلك أن هذه الرسالة الأوسع نطاقاً قد بدأت تُترجم إلى مبادرات محددة تتصل بالحق في الصحة[١١]. وهناك مـــنظمات غـــير حكومية أخرى تعمل على المستوى الدولي – مرصد حقوق الإنسان (Human Rights Watch)، ولجنة الحقوقـــيين الدولـــية، والاتحـــاد الـــدولي لرابطات حقوق الإنسان، والخدمة الدولية لحقوق الإنسان، ومنظمة الحقوق (Interights)، وغيرهـــا – قد أخذت تولي أيضاً مزيداً من الاهتمام للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ويتفاوت الالتزام من منظمة إلى أخرى وكثيراً ما يكون مثار جدل. ويلزم أيضاً، كما هو مبيّن أدناه، فعل ما هو أكثر بكثير. ومع ذلك، فإن المسار العام واضح ولا لبس فيه وهو في الاتجاه الصحيح.

١٤- وثمـــة مجموعة هامة أخرى من المنظمات غير الحكومية المعنية بحقوق الإنسان، وهي المجموعة التي تتألف أساساً من المنظمات العاملة في مجالي الصحة وحقوق الإنسان. ففي فترة التسعينات من القرن الماضي، كانت تلك المجموعـــات تـــترع إلى التركيز على بُعد الحقوق المدنية والسياسية الذي ينطوي عليه مجال الصحة، مثل قضايا التعذيـــب. وفي الســـنوات الأخيرة، اتسع نطاق هذا التركيز ليشمل حق التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. وهناك أيضاً عدد قليل من الجمعيات الطبية الوطنية، مثل الجمعية الطبية البريطانية، قد أخذت تولي المزيد من الاهتمام لقضايا الصحة وحقوق الإنسان. وفي عام ٢٠٠٦، عقدت الجمعية الأمريكية للصحة العامة اجتماعها السنوي حول موضوع "الصحة العامة وحقوق الإنسان".

١٥- وتقوم منظمة أطباء بلا حدود (Médecins Sans Frontières)، ومنظمة أطباء العالم (Médecins du Monde)، ومـــنظمة الشـــركاء في الصحة (Partners in Health)، ومنظمة الأطباء من أجل الصحة العالمية (Doctors for Global Health)، وغيرها من المنظمات المماثلة للمهنيين العاملين في الميدان الصحي بتقديم الخدمات الصحية للفئات الضعيفة من الأفـــراد والمجـــتمعات المحلية في جميع مناطق العالم. وهي تضطلع بأنشطة عملية لإنقاذ الحياة تُعتبر مصدر إلهام. ومن المثير للاهـــتمام أن اســـتخدام هذه المنظمات لحقوق الإنسان يتفاوت تفاوتاً واسعاً. فبعضها يستخدم حقوق الإنسان كأداة دعوية؛ كما يستخدم بعضها الآخر حقوق الإنسان كوسيلة لصياغة سياسات وبرامج صحية منصفة؛ في حين أن البعض الآخر منها نادراً ما يستخدم حقوق الإنسان استخداماً صريحاً على الإطلاق. وهذا ينطبق أيضاً على المنظمات العاملة في مجال التنمية. فمنظمة CARE، على سبيل المثال، تستخدم حقوق الإنسان استخداماً صريحاً في عملها في الميدان الصحي.

١٦- وفي ســـياق بـــناء جسر بين العديد من هذه المجموعات، قامت حركة الصحـــة الشعبيـــة (People's Health Movement) في الآونة الأخيرة بإطلاق حملة عالمية تُعرَف باسم "الحملة من أجل الحق في الصحة والرعاية الصحية"[١٢].

١٧- وفي الخـــتام، فإن القيود المتصلة بطول هذا التقرير لا تسمح إلا بهذا العرض الموجز وغير الكامل لبعض التطورات الأخيرة فيما يتعلق بالمجتمع المدني والصحة وحقوق الإنسان. ولكن عنصر المجتمع المدني في الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان هو اليوم أكثر دينامية بكثير مما كان عليه قبل بضع سنوات خلت. وعلى الرغم من تزايد هذه الدينامية في عمل المجتمع المدني، فإن اعترافه بقضايا الصحة بوصفها من قضايا حقوق الإنسان يظل متفاوتاً: فهـــو قوي في بعض البلدان، وضعيف في بلدان أخرى، وغير موجود في بلدان عديدة. وثمة اعتراف متزايد بدور

الحق في الصحة ضمن الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان. ومع ذلك، فإن المجتمع المدني ضمن الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان يمكنه، بل وينبغي له، أن يفعل أكثر من ذلك بكثير، وهي نقطة أساسية سيجري تناولها في موضوع لاحق من هذا الفرع من التقرير.

جيم - إعمال الحق في الصحة: مساهمة المقرر الخاص

١٨- إن التعليق العام رقم ١٤ ييسِّر كثيراً تصميم نُهُج قائمة على الحقوق في مجال الصحة. كما أنه يُبرِز الصلات بين الحق في الصحة وغير ذلك من حقوق الإنسان. إلا أن هذا التعليق العام، رغم أنه يشكل وثيقة ريادية، لم يُقصَد به قط أن يكون بمثابة دليل مفصّل فيما يتعلق بإعمال الحق في الصحة. فهو، كما يدل عليه اسمه، تعليق يتحدث عن الحق في الصحة بعبارات عامة.

١٩- وقد حاول المقرر الخاص في تقاريره، منذ عام ٢٠٠٣، أن يجعل الحق في الصحة حقاً محدَّداً وميسَّراً وعملياً وقابلاً للإنفاذ إلى حد أبعد. وهذه التقارير لم تستند فقط إلى التعليق العام رقم ١٤ وإنما أيضاً إلى عمل هيئات معاهدات حقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة[١٣]، فضلاً عن ممارسات الدول والوكالات المتخصصة والمحاكم والهيئات القضائية والمنظمات غير الحكومية والأوساط الأكاديمية. وقد ركّز بعض تقارير المقرر الخاص على عناصر محدَّدة من عناصر الحق في الصحة، مثل إتاحة الحصول على الأدوية[١٤]، بينما طبّقت تقارير أخرى الحق في الصحة على قضايا محددة مثل الأهداف الإنمائية للألفية فيما يتصل بالصحة[١٥]. وهناك تقارير أخرى قد تناولت الحق في الصحة بالنسبة لمجموعات محدّدة من الناس، مثل المعوّقين عقلياً[١٦]. كما أن التقارير القطرية قد طبّقت الحق في الصحة على بلدان محدّدة مثل موزامبيق وبيرو وأوغندا ورومانيا والسويد[١٧].

٢٠- ومن أهم التحديات التي تواجَه اليوم في مجال الصحة وحقوق الإنسان تحدٍّ يتمثل في تعزيز التمتُّع بالحق في الصحة من قِبَل أولئك الذين يعانون من الفقر. ويوضِّح أحد تقارير المقرر الخاص، بعد أن وضع ذلك التحدي في الاعتبار، كيف كان يمكن لمراعاة الحق في الصحة أن تعزِّز استراتيجية النيجر للحد من الفقر[١٨]. وهناك تقرير آخر يبيِّن كيف يمكن للسياسات المستمَدّة من الحق في الصحة أن تساعد أوغندا في كفاحها ضد الأمراض "المهمَلة" أو الأمراض الاستوائية، أي تلك الأمراض التي تصيب في الغالب أولئك الذين يعيشون في فقر[١٩]. ويحدِّد التقرير الخاص بأوغندا بعض المبادرات الصحية المحددة والعملية، مثل إنشاء الأفرقة الصحية في القرى، وتوفير الحوافز للعاملين في المجال الصحي لكي يخدموا في المجتمعات المحلية النائية، والقيام بحملات لإتاحة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة، وما إلى ذلك من المبادرات. وهناك تقرير آخر يبحث مسألة هجرة المهنيين العاملين في الميدان الصحي من البلدان النامية إلى البلدان المتقدمة؛ وهو يبيِّن أن هذا النزوح للمهارات يمثل دعماً عكسياً يقدمه الفقراء إلى الأغنياء ويقوِّض إلى حد أبعد الحق في الصحة لأولئك الذين يعانون من الفقر في البلدان التي تنزح منها هذه المهارات[٢٠]. وبالفعل فإن هذه التقارير - وغيرها مثل التقرير الخاص بموزامبيق[٢١] - تبحث الكيفية التي يمكن بها إعمال الحق في الصحة لصالح أولئك الذين يعيشون في فقر.

٢١- ويتضمن التعليق العام رقم ١٤ فقرة واحدة بشأن الحق في الصحة للشعوب الأصلية[٢٢]. وعلى الرغم من أن تلك الفقرة بالغة الأهمية، فإنها لا تتضمن سوى بضع جُمَل قليلة. وقد كتب المقرر الخاص ثلاثة تقارير تتضمن أقساماً تتعلق بالشعوب الأصلية. ويتناول أحد الأقسام مسألة الشعوب الأصلية والحق في الصحة عموماً[٢٣]، بينما

يقتصـــر القســـمان الآخران تحديداً على الشعوب الأصلية في بيرو والسويد[٢٤]. ويتضمن كل فصل من الفصول توصـــيات موجّهـــة إلى السلطات الحكومية وغيرها من الجهات الفاعلة. والواقع أن هذه التقارير الثلاثة جميعها تساعد في إعمال الحق في الصحة للشعوب الأصلية.

٢٢- وعلى الرغم من أن التجارة تؤثر على الحق في الصحة بطُرق عديدة، فإن هذه القضايا لا تلقى إلا قدراً محدوداً جداً من الاهتمام الصريح في إطار التعليق العام رقم ١٤. وفي عام ٢٠٠٤، خصص المقرر الخاص تقريراً يتـــناول العلاقة بين منظمة التجارة العالمية والحق في الصحة[٢٥]. ويبحث التقرير بعض القضايا مثل قضية الملكية الفكرية بالنسبة لإمكانية الوصول إلى الأدوية والتجارة في الخدمات بالنسبة لإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية. وقد تم تناول بعض هذه القضايا بمزيد من البحث في سياق التقرير الذي أعدّه المقرر الخاص في أعقاب البعثة التي قام بها إلى بيرو، وعلى وجه التحديد فيما يتصل بالاتفاق التجاري المبرم بين الولايات المتحدة وبيرو[٢٦]. ويتضمن كلا التقريرين توصيات في هذا الشأن. والواقع أن هذه التقارير تتناول المبادئ العامة المحددة في التعليق العام رقم ١٤ وتُطبقها على عدد من القضايا التجارية المحددة، وبذلك فهي تساعد في إعمال الحق في الصحة من حيث صلته بقضايا الملكية الفكرية، والتجارة في الخدمات، وما إلى ذلك.

٢٣- وهـــناك العديد من الأمثلة الأخرى التي يمكن أن تُساق في هذا الشأن، ولكن هذه الأمثلة الثلاثة - المتعلقة بالفقر، والشعوب الأصلية، والتجارة - تكفي للدلالة على أن تقارير المقرر الخاص قد ركّزت على الكيفية التي يمكن بها إعمال الحق في الصحة. وقد انتقل المقرر الخاص في تلك التقارير من تناول القضايا بصورة عامة إلى تناولها بشكل محـــدَّد. وبطبيعة الحال، فإن هذه التقارير لا تقدِّم برامج مفصّلة فيما يتعلق بالحق في الصحة؛ فهذا يتطلب قدراً من الحيِّز المتاح للكتابة ومقارنة الحالات وسياقاتها يتجاوز ما هو ممكن في هذا النوع من التقارير. ومع ذلك، فإن هذه التقارير تحدِّد بعض السمات العملية الرئيسية التي ينبغي أن تشتمل عليها البرامج المتعلقة بالحق في الصحة تحديداً.

٢٤- إن الحـــق في الصـــحة هـــو أحد أوسع حقوق الإنسان نطاقاً وأكثرها تعقيداً في المعجم الدولي لحقوق الإنسان. ولذلك فإن تقارير المقرر الخاص تقدِّم أيضاً طريقة لبسط الحق في الصحة بغية تسهيل فهمه. وقد كان التطبـــيق الأكـــثر تفصيلاً لهذه الطريقة في التقرير المتعلق بالإعاقات العقلية[٢٧]. فبينما يبيِّن هذا التقرير بقدر من التفصـــيل الكيفية التي يمكن بها إعمال الحق في الصحة للمعوّقين عقلياً، فإنه يعرض بالإضافة إلى ذلك "خارطة" لإعمـــال الحق في الصحة لا تقتصر على الإعاقات العقلية، بل تنطبق على نطاق عام. وأخيراً، فإن التقارير تُعمِّق وتصقل أيضاً فهمنا النظري لبعض العناصر التي يشملها التعليق العام رقم ١٤، مثل تلك العناصر المتصلة بالمساعدة والتعاون الدوليين.

دال - المهارات والطرائق الجديدة

٢٥- لقـــد طـــوّرت الحركة التقليدية المعنية بحقوق الإنسان، على مدى سنوات عديدة، طائفة من الأساليب والطـــرائق لتعزيز أهدافها. وعادة ما شملت هذه الأساليب والطرائق، ضمن ما شملته، أسلوب "الفضح والتعيير"، وحملات كتابة الرسائل، وتبنّي الدعاوى القضائية، وإطلاق الشعارات، وما إلى ذلك. وقد كانت هذه الأساليب مفيدة جداً للأوساط المعنية بحقوق الإنسان، وهي لا تزال تتسم بأهمية أساسية، بما في ذلك فيما يتصل بحق التمتع

بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. إلا أنه في سياق الحق في الصحة، لم تعد هذه الأساليب والطرائق التقليدية المتّبعة في مجال حقوق الإنسان كافية.

٢٦- وقد شدّد المقرر الخاص، في تقريره الأول إلى لجنة حقوق الإنسان، على أن الحق في الصحة "ينبغي أن يطبَّق بشكل ثابت ومتسّق في جميع عمليات رسم السياسات الوطنية والدولية"[٢٨]. والواقع أن هذا قد أصبح يشكل أحد الأهداف الأساسية لجميع تقارير المقرر الخاص: تشجيع إدماج الحق في الصحة في جميع السياسات ذات الصلة بالصحة. إلا أنه من أجل تحقيق هذا الهدف، لم تعد الأساليب والطرائق التقليدية المتّبعة في مجال حقوق الإنسان كافية. إذ لا يمكن إدماج الحق في الصحة في السياسات الوطنية والدولية من خلال الاكتفاء بمجرد اتِّباع أساليب "الفضح والتعيير"، والقيام بحملات كتابة الرسائل وتبنّي الدعاوى القضائية، وإطلاق الشعارات. بل إن عدداً متزايداً من المشارِكين في الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان قد أصبحوا اليوم يفهمون أنه يلزم أن تكون هناك أساليب وطرائق ومهارات إضافية إذا ما أُريد إعمال الحق في الصحة من خلال وضع السياسات والبرامج والمشاريع الصحية. كما أن هؤلاء المشارِكين يعملون بالفعل على تطوير هذه النُهُج الجديدة.

٢٧- ومن ذلك مثلاً أنه قد بات من المسلّم به على نطاق واسع اليوم بأنه يلزم الأخذ بنظام مؤشرات ومقاييس للأداء من أجل قياس مدى الإعمال التدريجي للحق في الصحة. وهناك عدد من الوكالات المتخصصة ومنظمات المجتمع المدني والأوساط الأكاديمية وغيرها من الجهات التي تُسهم في تطوير المؤشرات والمقاييس الملائمة في السياق المحدد للحق في الصحة وغيره من حقوق الإنسان. وقد كتب المقرر الخاص، من جانبه، ثلاثة تقارير حول هذه المسألة يحدِّد في آخر تقرير منها نهجاً لوضع معايير الصحة يقوم على أساس حقوق الإنسان[٢٩].

٢٨- كما أن هناك مجموعة من الجهات الفاعلة التي تُجري حالياً عمليات تقييم للآثار على حقوق الإنسان - وعلى الحق في الصحة. وإذا ما أُريد إدماج الحق في الصحة في صلب السياسات العامة، فمن الضروري أن تكون هناك منهجية لمساعدة المسؤولين عن وضع السياسات في توقُّع التأثير المحتمَل لسياسة متصوَّرة على التمتع بالحق في الصحة بحيث يمكن، عند الضرورة، إدخال تعديلات على السياسة المقترحة. وقد شارك المقرر الخاص في إعداد ورقة، بتمويل من منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونيسكو)، تتضمن عرضاً لبعض المؤلفات حول هذا الموضوع وتطرح للمناقشة مشروع منهجية لإجراء عمليات تقييم الآثار على الحق في الصحة[٣٠].

٢٩- وقد أصبحت الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان تواجه اليوم أسئلة صعبة تشمل، على سبيل المثال، ما يلي: لدى صياغة السياسات الصحية، ما هي عمليات المفاضلة الجائزة وغير الجائزة من منظور الحق في الصحة؟ وبالنظر إلى الميزانيات المحدودة، كيف ينبغي لوزراء الصحة أن يحدِّدوا الأولويات، بطريقة تراعي الحق في الصحة، فيما بين الأهداف المتنافسة؟ وبطبيعة الحال، فإن حقوق الإنسان لا تقدم بصدد هذه المسائل المعقّدة أجوبة أوضح وأدق مما تقدِّمه مبادئ الإنصاف واقتصاديات الصحة أو أية مجموعة أخرى من المبادئ والمعارف. ومع ذلك، فإن الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان تعمل على تطوير الطرائق والمهارات اللازمة لتمكينها من المساهمة البنّاءة في هذه المناقشات الهامة والمعقّدة.

٣٠- وخلاصة القول إن الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان قد بلغت مرحلة جديدة من النضج. وأساليب "الفضح والتعيير"، وتبني الدعاوى القضائية الاختيارية وإطلاق الشعارات، تؤدي جميعها دوراً حيوياً في تعزيز

وحمايـــة الحـــق في الصحة، ولكن ثمة دوراً حيوياً أيضاً للمؤشرات ومقاييس الأداء وعمليات تقييم الأثر وتحليل الميزانية والقدرة على تبنّي خيارات صعبة في مجال السياسات بطريقة تقوم على احترام القانون والممارسة الدوليين في مجال حقوق الإنسان.

هاء - الدور المحوري لمنظمات المجتمع المدني العريقة العاملة في مجال حقوق الإنسان

٣١- يذهـــب المقرر الخاص، في موضع سابق من هذا الفرع من التقرير، إلى أن بعض المنظمات غير الحكومية العـــريقة العاملـــة في مجال حقوق الإنسان قد أصبحت الآن تولي اهتماماً أكبر من ذي قبل للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما فيها الحق في الصحة. وفي حين أن هذا يمثل تطوراً مشجِّعاً إلى حد كبير، فقد تولّد لدى المقـــرر الخـــاص انطـــباع راسخ أيضاً بأن بعض هذه المنظمات لا تزال تولي اهتماماً أكبر بكثير للحقوق المدنية والسياسية مقارنة بما توليه من اهتمام للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وعلى الرغم من أن هناك الكثير من المشاكل الواسعة الانتشار المتصلة بالحق في الصحة والتي تشكِّل إهانة للإنسانية، فإنها قلّما تكون موضع اهتمام متواصل من قِبَل المنظمات غير الحكومية العريقة العاملة في مجال حقوق الإنسان.

٣٢- ومن الأمثلة على ذلك مشكلة وفيّات الأمومة. ففي كل سنة، يبلغ عدد حالات هذه الوفيات ما يزيد عن ٥٠٠ ٠٠٠ حالة. وهذا يعني حدوث حالة واحدة في كل دقيقة تقريباً؛ ويحدث ما نسبته ٩٥ في المائة من حالات وفيات الأمومة في أفريقيا وآسيا. وهي حالات يمكن تجنّب معظمها من خلال عدد قليل من التدخلات الشائعة. وفي حين أن احتمال وفاة الأم أثناء الولادة هو ١ في كل ٧٠٠ ٨ حالة في بعض البلدان الغنية، فإن هذا الاحتمال يبلغ ١ في كل ١٠ حالات في بعض البلدان المنخفضة الدخل.

٣٣- وهـــذه الوقائع تثير الصدمة بصفة خاصة لا لأنه يمكن تجنّبها فحسب بل لأنها تكشف أيضاً عن وجود فـــوارق عمـــيقة في المجال الصحي. فأولاً، يقع عبء وفيات الأمومة بصورة غير تناسبية على النساء في البلدان النامية. ثانياً، في البلدان النامية والمتقدمة على السواء، يقع عبء وفيات الأمومة بصورة غير تناسبية على النساء المنتميات إلى أقليات إثنية، ونساء الشعوب الأصلية، والنساء اللواتي يعانين من الفقر. ثالثاً، ليس هناك سبب وحيد للوفاة أو المرض بالنسبة للرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٤٤ سنة يقارِب حجم وفيات وأمراض الأمومة. أي أن معـــدلات وفيات وأمراض الأمومة تدل على وجود تفاوتات حادة بين الرجال والنساء فيما يتصل بتمتُّعهم بحقـــوق الصحة الجنسية والإنجابية. وخلاصة القول إن معدلات وفيات الأمومة تُبرز وجود فوارق - شاملة وإثنية وحسب نوع الجنس. أما السمة المتكررة في كل هذا فهي الحالة الضعيفة والمترسخة لأولئك الذين يعانون من الفقر.

٣٤- وكما قال المقرر الخاص في تقريره الأخير المقدم إلى الجمعية العامة، فإن وفيات الأمومة ليست مجرد مسألة صـــحية بل هي من مسائل حقوق الإنسان أيضاً[٣١]. فحدوث حالات وفيات الأمومة التي يمكن تفاديها يشكِّل انتهاكاً لحقوق المرأة في الحياة والصحة والمساواة وعدم التمييز. وعلاوة على ذلك فإن نطاق وفيات الأمومة هو عـــلى نفـــس القدر من الاتساع - إن لم يكن أكثر اتساعاً - مقارنة بالعديد من قضايا حقوق الإنسان البالغة الخطورة والتي اجتذبت، على مدى سنوات عديدة، قدراً كبيراً من اهتمام المنظمات غير الحكومية العريقة العاملة في مجال حقوق الإنسان. ومن الأمثلة على ذلك أن عدة منظمات من بين هذه المنظمات تقوم بحملات ضد عقوبة الإعدام. ففي عام ٢٠٠٥، تم إعدام نحو ٢ ٥٠٠ شخص من المحكوم عليهم بعقوبة الإعدام[٣٢]. ويكاد يكون من المؤكد

أن هذا الرقم يمثل تقديراً ناقصاً. ولكنه إذا افترضنا أنه يمكن ضرب هذا الرقم بعشرة أمثاله ليصل إلى ٠٠٠ ٢٥، فما هو عدد وفيات الأمومة التي حدثت في الفترة نفسها؟ نحو ٠٠٠ ٥٠٠.

٣٥- وقد عالج الفريق العامل المعني بحالات الاختفاء القسري أو غير الطوعي نحو ٠٠٠ ٥٠ حالة منذ عام ١٩٨٠[٣٣]. فما هو عدد حالات وفيات الأمومة التي حدثت في فترة السنوات الست والعشرين هذه؟ ما يزيد كثيراً عن عشرة ملايين حالة. ومن المؤكد أن عدد حالات الاختفاء في هذه الفترة يتجاوز كثيراً ٠٠٠ ٥٠ حالة، إلا أنه ما من أحد يقول إن هذا العدد يقارب العشرة ملايين. وعلى الرغم من ذلك، فإن حالات الاختفاء قد أفضت إلى ظهور "الإجراء الخاص" المتعلق بها تحديداً (أي الفريق العامل)، وشتى الصكوك الدولية التي تُعنى بهذه القضية من قضايا حقوق الإنسان[٣٤]، علاوة على الاهتمام المتواصل الذي يوليه لها العديد من منظمات المجتمع المدني.

٣٦- وتُعتبر عقوبة الإعدام وحالات الاختفاء من قضايا حقوق الإنسان البالغة الخطورة التي تستحق بالكامل الاهتمام الذي حظيت به في مجال حقوق الإنسان. ولكن وفيات الأمومة تمثل أيضاً مشكلة بالغة الخطورة من مشاكل حقوق الإنسان، ومع ذلك فإنها لم تلقَ ما تستحقه من اهتمام من قِبَل الأوساط المعنية بحقوق الإنسان. والواقع أن مشكلة وفيات الأمومة لم تلقَ فعلياً، عدا عن بعض الاستثناءات القليلة البارزة، أي اهتمام من قِبَل الأوساط الرئيسية المعنية بحقوق الإنسان.

٣٧- وفي السنة الأخيرة، اعتمد عدد من قادة العالم - بيل كلينتون، وفرناندو إنريكي كاردوسو، وديزموند توتو، وماري روبنسون، وغرو برونتلاند، ونفيس صديق وكثيرون غيرهم - نداء القادة من أجل العمل بشأن الحق في الصحة[٣٥]. وبهذه الروح، آن الأوان لكي تعترف المنظمات غير الحكومية العريقة العاملة في مجال حقوق الإنسان بأن وفيات الأمومة تمثل كارثة واسعة النطاق في مجال حقوق الإنسان. ويجب على هذه المنظمات أن تضطلع بحملات لمكافحة وفيات الأمومة وغيرها من المشاكل البالغة الخطورة المتصلة بالصحة وحقوق الإنسان وذلك بنفس القدر من القوة والنشاط الذي تعاملت به مع قضايا عقوبة الإعدام وحالات الاختفاء، والإعدام خارج نطاق القضاء، والتعذيب، والاحتجاز التعسفي، وسجناء الضمير. وهي إن لم تفعل ذلك، فإن القضايا البالغة الأهمية المتصلة بالصحة وحقوق الإنسان لن تصبح أبداً جزءاً من التيار الرئيسي لحقوق الإنسان.

واو - الدور المحوري للمهنيين العاملين في مجال الصحة

٣٨- يُستخدم تعبير "المهنيين العاملين في مجال الصحة" هنا ليشمل جميع الأشخاص العاملين في مجالات الرعاية الطبية والصحة العامة، بمن فيهم العاملون في المجال الصحي على مستوى المجتمعات المحلية، فضلاً عن المسؤولين عن رسم السياسات العامة، وخبراء الاقتصاد والمديرين.

٣٩- وقد قدَّم المقرر الخاص ما يزيد عن عشرين تقريراً بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. وأكدت هذه التقارير بصورة متكررة الأرضية المشتركة بين أولئك المهنيين العاملين في مجال الصحة وأولئك العاملين في مجال حقوق الإنسان. فالمجموعتان كلتاهما ترغبان في إنشاء نظم صحية فعالة ومتكاملة ومستجيبة يكون الوصول إليها متيسراً للجميع. والمجموعتان كلتاهما تشددان لا على أهمية إتاحة الوصول إلى الرعاية الصحية فحسب وإنما أيضاً على الوصول إلى إمدادات المياه ومرافق الإصحاح والإعلام والتثقيف في مجال الصحة. وكلتا

المجموعتين تفهمان أن الصحة الجيدة ليست مسؤولية ملقاة على عاتق وزارة الصحة وحدها، بل هي مسؤولية ملقاة على عاتق مجموعة واسعة من الجهات الفاعلة في القطاعين العام والخاص. وكلتا المجموعتين تدرجان ضمن أولوياتهما الكفاح ضد التمييز والحرمان، وكلتاهما تشددان على احترام الثقافات. كما أن أولئك العاملين في مجال الصحة والعاملين في مجال حقوق الإنسان إنما يحفز عملهم شاغل مشترك هو سلامة الأفراد والسكان.

٤٠- وعلاوة على ذلك، فإن هذه التقارير لا تؤكد فقط على أن لقضايا الصحة وقضايا حقوق الإنسان الكثير من القواسم المشتركة، بل إنها تبين أيضاً كيف أن قضايا الصحة وحقوق الإنسان تُكمِّل وتُعزز بعضها البعض.

٤١- ومن الواضح أن إعمال الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه إنما يتوقف على عمل المهنيين العاملين في مجال الصحة الذين يُحسِّنون الصحة العامة ويوفرون الرعاية الطبية. ولا يمكن إعمال الحق في الصحة دون توفر مهنيين عاملين في مجال الصحة. وبالمثل، فإن الأهداف التقليدية لمختلف المهن الصحية يمكن أن تستفيد من المجال الجديد والدينامي المتمثل في حقوق الإنسان. فحقوق الإنسان يمكن أن تساعد في تعزيز البرامج الصحية الجيدة القائمة، كما يمكنها أن تساعد أحياناً في تحديد سياسات صحية جديدة ومُنصفة. وهي يمكن أن تساعد كذلك في ضمان أن تكون السياسات والبرامج الصحية مُنصفة وفعالة وقائمة على الأدلة وقوية وتشاركية وشاملة ومفيدة لأولئك الذين يعيشون في فقر. كما أن الدور الداعم الذي تؤديه حقوق الإنسان يشمل توفير الرعاية الطبية فضلاً عن خدمات الصحة العامة. كما أن من شأن التعامل مع الشاغل الصحي المُلِح، إذا ما تم بطريقة مناسبة، بوصفه قضية من قضايا حقوق الإنسان يمكن أن يُعزز مشروعيته وأهميته. وبعبارة أخرى، يمكن للمهنيين العاملين في المجال الصحي أن يستخدموا حقوق الإنسان كأداء تساعدهم في تحقيق أهدافهم المهنية.

٤٢- ويتولى المهنيون العاملون في المجال الصحي إدارة المنظمات الدولية الرئيسية في ميدان الصحة، فضلاً عن وزارات الصحة في شتى أنحاء العالم. وهم، بطبيعة الحال، يهيمنون على القطاع الصحي، العام والخاص. ومن الواضح أنه ليست هناك إمكانية لإعمال الحق في الصحة - وغيره من الحقوق المتصلة بالصحة - دون توفُّر أعداد كبيرة من المهنيين المهيئين والذين يحتلون مواقع بارزة في المجال الصحي ويفهمون هذا الجهد ويدعمونه. وخلاصة القول إنه ليست هناك أية إمكانية لإعمال الحق في الصحة دون المشاركة النشطة للعديد من المهنيين العاملين في المجال الصحي.

٤٣- إلا أن مشكلة كبرى تُثار هنا وهي، بكل صراحة، أن معظم المهنيين العاملين في المجال الصحي الذين يجتمع بهم المقرر الخاص لم يسمعوا حتى بالحق في الصحة. وهم إذا سمعوا به، فليست لديهم عادة أية فكرة عن معناه سواء من الناحية النظرية أو الناحية العملية. وهم إذا سمعوا به، فمن المحتمل أن ينتابهم القلق من أن هذا الأمر سيجلب عليهم المتاعب. والمشكلة هي، في جزء منها، مشكلة لغة. ففي حين أن هناك الكثير من القواسم المشتركة بين الصحة وحقوق الإنسان، فإن اللغة المُستخدَمة كثيراً ما تكون مختلفة. وهذا هو أحد الأسباب التي جعلت المقرر الخاص يعمل حالياً على إنجاز ورقة قصيرة حول العلاقة التكاملية بين الإنصاف (وهو مصطلح مألوف لدى الكثير من المهنيين العاملين في مجال الصحة) وحقوق الإنسان.

٤٤- وقد رأى المقرر الخاص، في موضع سابق من هذا الفرع من التقرير، أن بعض المهنيين العاملين في مجال الصحة قد بدأوا مؤخراً ينظرون إلى حقوق الإنسان، بما فيها الحق في الصحة، نظرة أكثر جدية. ومما لا شك فيه أن هذا يمثل تطوراً حقيقياً ومشجِّعاً جداً. إلا أنه إذا أُريد إحراز المزيد من التقدم في اتجاه إعمال الحق في الصحة،

فيجب أن تكون هناك أعداد أكبر بكثير من المهنيين العاملين في مجال الصحة الذين يُقدِّرون أبعاد حقوق الإنسان التي ينطوي عليها عملهم. ويجب التعبير على نحو أوضح بكثير وعلى نطاق أوسع عن رسالة مفادها أن الحق في الصحة والحقوق الأخرى ذات الصلة بالصحة هي وسائل مؤازَرة وأدوات قيِّمة ينبغي للمهنيين العاملين في مجال الصحة استخدامها. إذ يمكن لهؤلاء استخدام الحقوق ذات الصلة بالصحة كأداة تساعدهم في وضع سياسات وبرامج أكثر إنصافاً؛ وإدراج القضايا الهامة في مجال الصحة في مكانة أعلى على جداول الأعمال الوطنية والدولية؛ وتأمين تنسيق أفضل فيما بين القطاعات ذات الصلة بالصحة؛ وجمع المزيد من الأموال من وزارة الخزانة؛ وتوجيه المزيد من الأموال من البلدان المتقدمة إلى البلدان النامية؛ والقيام، في بعض البلدان، بتحسين شروط وظروف عمل أولئك العاملين في القطاع الصحي، وما إلى ذلك. ومن الأهمية بمكان أن يبدأ العديد من المهنيين العاملين في مجال الصحة في تقدير حقيقة أن حق التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ليس مجرد تعبير بلاغي وإنما هو أداة يمكن أن تنقذ حياة البشر وأن تخفف من معاناتهم، وبخاصة في صفوف الفئات الأكثر حرماناً.

٤٥- ولدى الإصغاء إلى أولئك المهنيين العاملين في المجال الصحي الذين يُغفلون ما تنطوي عليه حقوق الإنسان من إمكانات لمساعدتهم في عملهم، يصبح من الواضح أحياناً أن هؤلاء لا يفهمون بعض السمات الأولية لحق التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. وبعضهم لا يقدّر حقيقة أن الحق في الصحة يخضع للإعمال التدريجي (فبطبيعة الحال، لا يُتوقع من الدولة أن تقوم بإعمال هذا الحق على الفور). وهناك آخرون منهم لا يفهمون أن إعمال الحق في الصحة يخضع لتوافر الموارد (فما هو مطلوب من كندا يتجاوز، بطبيعة الحال، ما هو مطلوب من تشاد)[٣٦]. وبعض هؤلاء لا يفهمون أن الحق في الصحة يشمل كلاً من الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة مثل توفر إمدادات المياه ومرافق الإصحاح الكافية. وبعض هؤلاء يسيؤون تفسير حقوق الإنسان ثم يحاججون بأنها تتعارض مع مقتضيات "الإنصاف الاجتماعي" في حين أن العكس هو الصحيح. وكثيراً ما يكون هؤلاء المهنيون غير مُطلعين إلا على الأساليب والطرائق التقليدية في مجال حقوق الإنسان مثل أسلوب "الفضح والتعيير"، ولا يُقدِّرون أن الحركة الناضجة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان تعمل على تطوير الطرائق الأكثر تطوراً والتي أُشير إليها في الفرع السابق من هذا التقرير.

٤٦- والمساءلة هي مجال من المجالات التي كثيراً ما تنطوي على حالات سوء فهم خطيرة. فعلى الرغم من أن حقوق الإنسان تتطلب المساءلة، فإن هذا لا يعني أن من مهام كل شخص يعمل في مجالي الصحة وحقوق الإنسان أن يُخضع المكلفين بواجبات للمساءلة؛ وهو لا يعني أيضاً أن يصبح كل مهني عامل في مجال الصحة أو كل وكالة متخصصة الجهة المسؤولة عن إنفاذ حقوق الإنسان. بل إن ما يعنيه ذلك هو وجوب أن تكون هناك آليات للمساءلة شفافة وفعالة ويمكن الوصول إليها فيما يتصل بقضايا الصحة وحقوق الإنسان. والحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان تحتاج إلى مستشارين ومنفِّذين وممكِّنين في مجال حقوق الإنسان، فضلاً عن أولئك الذين يتمثل عملهم في مساءلة المكلَّفين بواجبات. وهذه الوظائف جميعها نادراً ما تتوفر في منظمة واحدة أو شخص واحد. وفي حين ينبغي أن تضطلع الوكالات المتخصصة بدور المستشارين والمنفِّذين والممكِّنين في مجال حقوق الإنسان، فليس من مهامها الأساسية إخضاع الدول للمساءلة. بل إن من يجب أن يضطلع بوظيفة المساءلة هي منظمة ما أو شخص ما، وليس وكالة متخصصة، إلا إذا قررت الوكالة أن تُنشئ إجراءً أو هيئة سرية مستقلة لهذه الغاية[٣٧]. كما أن المساءلة تُفهم في بعض الأحيان فهماً ضيقاً بحيث تعني اللوم والمعاقبة، في حين أن الأصح هو اعتبارها عملية تُجرى لتحديد ما هو ناجع (لكي يُكرر) وما هو غير ناجع (لكي يُعدَّل).

٤٧- ولـــيس من المنصف لوم أولئك المهنيين العاملين في المجال الصحي الذين ليسوا ملمين بالحق في الصحة وغيره من حقوق الإنسان. فالخطأ ليس خطأهم إذا لم يتم تعريفهم بما تنطوي عليه حقوق الإنسان من إمكانات لتعزيز عملهم. ففي معظم البلدان، يمكن للمهنيين العاملين في مجال الصحة أن يتأهلوا للعمل وأن يمارسوا المهنة دون أن يتم تعليمهم أي شيء فيما يتعلق بحقوق الإنسان. وهذا هو السبب الذي جعل المقرر الخاص يخصص، في أحد تقاريره الأولى، قسماً يتناول فيه أهمية زيادة تثقيف المهنيين العاملين في مجال الصحة فيما يتعلق بحقوق الإنسان[٣٨].

زاي - خلاصة

٤٨- يتناول هذا الفرع بإيجاز ما أحرزته الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان من تقدم خلال العقد الماضي. وقـــد قطعـــت هذه الحركة شوطاً بعيداً في فترة زمنية وجيزة. ومع أن الطريق لا يزال طويلاً أمام الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان، فإن العوامل الأساسية متوفرة لازدهارها خلال السنوات القليلة القادمة.

٤٩- بـــيد أن الحركة تواجه مجموعة من العقبات الرئيسية مثل عدم كفاية الدعم المقدم لميزانية قطاع الصحة، فضلاً عن استمرار مقاومة الحكومة الحالية في الولايات المتحدة الأمريكية لإعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. وعندما لا يحظى حق بعينه من حقوق الإنسان بدعم حكومة ذات نفوذ مثل الحكومة الأمريكية، فإن وكالات الأمم المتحدة ذات الصلة تواجه مزيداً من الصعوبات في المضي قدماً بجدول الأعمال المتعلق بهذا المجال، حتى عندما يكون الحق المعني جزءاً من دستورها.

٥٠- وخلال السنوات الأخيرة، شاركت منظمة الصحة العالمية في الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان، على نحو ما ورد بإيجاز في الفقرة ١٠ من هذا التقرير. ومع ذلك، ولسوء الطالع، لم تضطلع الدول الأعضاء أو أمانة منظمة الصحة العالمـــية بـــدور قيادي في هذا المجال. وقد حث مؤتمر القمة العالمي لعام ٢٠٠٥ على "احترام منظور حقوق الإنسان في مـــنظومة الأمـــم المتحدة بأسرها" فأعاد تأكيد أحد العناصر الحيوية في برنامج الأمين العام الإصلاحي الذي اعتمد عام ١٩٩٧[٣٩]. بـــيد أن ذلـــك لم يحدث في إطار منظمة الصحة العالمية، حيث بقي جدول أعمال الصحة وحقوق الإنسان هامشـــياً وموضع خلاف ويفتقر بشدة إلى الموارد. وذلك مدعاة للأسف العميق لأن حقوق الإنسان يمكنها تعزيز وزيادة فعالية وتنشيط السياسات والبرامج والمشاريع الصحية لمنظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء فيها. ويشمل برنامج العمل للفـــترة ٢٠٠٦-٢٠١٥ الذي اعتمدته منظمة الصحة العالمية مؤخراً سبعة مجالات تحظى بالأولوية منها النهوض بالحقوق المرتبطة بالصحة. وسيكون من المثير للاهتمام رصد كيفية تنفيذ هذا الجانب الهام من برنامج منظمة الصحة العالمية.

٥١- ومـــع ذلـــك، يركز هذا الفرع على عقبتين مترابطتين هما: عدم كفاية مشاركة المنظمات غير الحكومية العريقة المعنـــية بحقوق الإنسان، وكذلك الموظفين الصحيين، في الحركة المعنية بالصحة وحقوق الإنسان. والهدف الرئيسي لهذا الفـــرع هـــو لفت الانتباه إلى هاتين العقبتين المتلازمتين من أجل النظر بصورة جماعية في كيفية تذليلهما. إلا أن ثمة بضع ملاحظات أولية حول الخطوات التي يمكن اتخاذها بالنسبة للعقبة الثانية المتعلقة بالموظفين الصحيين.

٥٢- وكما ذكر المقرر الخاص في تقرير سابق، يتعين على الدول توفير بيئة تمكن الأوساط المعنية بالصحة من اعتماد نُهُج قائمة على الحقوق[٤٠]. وينبغي لجميع الهيئات المعنية بتدريب الموظفين الصحيين إدخال التثقيف والتدريب في مجـــال حقوق الإنسان على كافة المستويات المهنية. كما يتعين على الجمعيات الوطنية للموظفين الصحيين زيادة التوعية

بحقـــوق الإنســـان وحـــث أعضائها على السعي إلى التثقف في مجال حقوق الإنسان. وينبغي لموظفي وزارات الصحة والموظفـــين العـــاملين في قطاعات ذات صلة بالصحة معرفة العلاقة التكاملية بين الصحة وحقوق الإنسان. ويتعين على المؤسســـات الوطنـــية لحقوق الإنسان تدريب الموظفين الصحيين في مجال حقوق الإنسان. كما ينبغي للمؤسسات المعنية بالتدريب في مجال حقوق الإنسان أن تُضمّن منهجها الدراسي الحقوق المرتبطة بالصحة.

٥٣- وهناك دور حيوي ينبغي أن تضطلع به منظمة الصحة العالمية. فينبغي للأمانة أن تضع على سبيل الأولوية، ومن خـــلال إجـــراء مشاورات واسعة النطاق مع الدول الأعضاء والجهات الأخرى صاحبة المصلحة، استراتيجية تحدد ولاية المنظمة ودورها والأنشطة التي تحظى بالأولوية في مجال الصحة وحقوق الإنسان، بما في ذلك بناء القدرات الوطنية. وينبغي تقديم هذه الاستراتيجية إلى هيئات إدارة منظمة الصحة العالمية بغية اعتمادها. وتوفر مثل هذه الاستراتيجية قاعدة مؤسسية راســـخة لعمـــل المنظمة في هذا المجال الواعد والمثير للاهتمام على نحو متزايد. وسوف يؤدي ذلك بدوره إلى المزيد من المنهجية في تطبيق البلدان للنهج القائم على حقوق الإنسان.

٥٤- ولا ينـــبغي للجهات الملتزمة بالفعل بحقوق الإنسان المرتبطة بالصحة أن تغالي من جانبها في تقدير مساهمة هذه الحقـــوق التي لا توفر، في نهاية الأمر، حلولاً سحرية للمشاكل المعقدة المتصلة بالصحة. ومع ذلك، تقدم حقوق الإنسان مساهمة بنّاءة لا يمكن أن تتحقق إلا من خلال الدعم والمشاركة الفعالين من أعداد كبيرة من الموظفين الصحيين.

ثالثاً - دعاوى تتعلق بالحق في الصحة وغيره من الحقوق المتصلة بالصحة

ألف - مقدمة

٥٥- يأتي توضيح نطاق الحق في الصحة والحقوق الأخرى المتصلة بالصحة في مقدمة الأولويات لأن حق التمتع بأعـــلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه واسع ومعقد إلى حد كبير. وهذا التوضيح يتم بعدة طرق منها السوابق القضـــائية للهيـــئات المسؤولة عن تفسير حقوق الإنسان. ويشمل هذا الفرع عيّنة من الدعاوى التي تتناول فهم مختلف الهيئات القضائية الوطنية والإقليمية والدولية لمدلول الحقوق المتصلة بالصحة.

٥٦- وتفسّر بعض الدعاوى الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه على أنه إما الحق في الرعاية الصـــحية (مثل إمكانية الحصول على العلاج في حالات الطوارئ)، أو المحددات الأساسية للصحة (مثل إمكانية الحصـــول عـــلى الغذاء السليم). وكلاهما جوهري في إطار الحق في الصحة. وتستند بعض الدعاوى إلى الحقوق المرتـــبطة بالصحة (مثل الحق في الحياة) عندما تفسرها المحاكم على أنها حقوق تحمي الصحة. وعلى الرغم من أن الحق في الصـــحة يرد في عدد متزايد من الدساتير، فهناك عدد أكبر من الولايات القضائية التي تعترف بالحقوق المرتبطة بالصحة. وتستند بعض الدعاوى إلى الحق في الصحة وإلى الحقوق الأخرى المرتبطة بالصحة على السواء[٤١].

٥٧- إن حقـــوق الإنسان قد لا تعدو كونها واجهة خارجية ما لم تُدعم بشكل من أشكال المساءلة. وهناك العديد من أشكال المساءلة، بعضها عام (مثل الانتخابات النزيهة، والصحافة الحرة)، والبعض الآخر يتعلق بحقوق الإنســـان (مثل عمليات التحقيق التي تجريها المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان). وبعض أشكال المساءلة قضائي (مـــثل شُـــرع الحقـــوق القابلة للإنفاذ بواسطة المحاكم)، وبعضها إداري (مثل عمليات تقييم الأثر على حقوق الإنســـان). كمـــا أن بعضها وطني (مثل المحاكم الدستورية)، والبعض الآخر دولي (مثل الهيئات المنشأة بموجب

معـــاهدات حقوق الإنسان). ولا بد من وجود مجموعة من آليات المساءلة في كل دولة. ومن المحتمل أن تتباين أشكال المساءلة من دولة إلى أخرى بقدر ما يُحتمل تنوع المزيج الملائم من أشكال المساءلة المستخدمة. وينبغي أن تكون آليات المساءلة متاحة وأن تتسم بالشفافية والفعالية.

٥٨- ويركز هذا الفرع على شكل واحد فقط من أشكال المساءلة وهو: المساءلة القضائية. ومن المعروف جيداً ما هي حدود العمليات القضائية. ومع ذلك، وكما يتضح في الدعاوى القضائية التالية، يمكن للمحاكم أن توضح معنى الحقوق المرتبطة بالصحة كما يمكنها أن تضمن توفير الخدمات المرتبطة بالصحة بشكل أفضل للأفراد والمجتمعات. وهذه الدعاوى مصنّفة بشكل عام وفقاً لبعض المفاهيم الأساسية الواردة في القانون الدولي لحقوق الإنسان[٤٢].

باء - الإعمال التدريجي وتوافر المصادر والالتزامات الفورية

٥٩- وفقـــاً للقانون الدولي لحقوق الإنسان، وبعض القوانين الوطنية في هذا المجال، فإن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه يخضع للإعمال التدريجي ولمدى توافر الموارد[٤٣]. بيد أن الإعمال التدريجي يعني بكل بساطة توقع أن يكـــون أداء الدول في العام القادم أفضل منه في الوقت الراهن، بينما يُعترف فيما يخص توافر الموارد بأن المطلوب من البلدان الغنية يفوق، من حيث المعايير، ما هو مطلوب من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

٦٠- ويتضمن دستور جنوب أفريقيا شرعة حقوق تعترف بالحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية[٤٤]. ووفقـــاً لهذه الشرعة، يُتوقع من الدولة أن تتخذ تدابير معقولة، وفي حدود مواردها المتاحة، بغية تحقيق الإعمال التدريجي لهذا الحق من حقوق الإنسان. وتتعلق قضية *وزارة الصحة ضد حملة العمل من أجل العلاج* بتوفر الدولة لعقار *Nevirapine* ومضادات فيروسات النسخ العكسي للحيلولة دون انتقال فيروس نقص المناعة البشري من الأم إلى المولـــود[٤٥]. وتطبـــيقاً لمفاهيم الإعمال التدريجي وتوافر الموارد، أكدت المحكمة الدستورية أن على الحكومة العمـــل بصورة معقولة من أجل الإعمال التدريجي للحقوق الاجتماعية والاقتصادية الواردة في الدستور، وأمرت الســـلطات بـــأن تضع وتنفذ، في حدود الموارد المتاحة، برنامجاً شاملاً ومنسقاً للاعتراف تدريجياً بحقوق الحوامل ومواليـــدهن في الحصول على الخدمات الصحية التي تمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشري من الأم إلى المولود. ويتم تناول هذه الدعوى بتفصيل أكبر في الفقرة ٧٢.

٦١- كمـــا نظرت المحكمة الدستورية في جنوب أفريقيا في مسألة توافر الموارد في إطار قضية *سوبرامووي ضد وزيـــر الصـــحة كوازولو ناتال*[٤٦]. قد كان صاحب الشكوى يعاني من فشل كلوي مزمن وبحاجة إلى الغسيل الكلوي للبقاء على قيد الحياة. وشُخصت حالته الصحية على أنها غير قابلة للشفاء. وقد استطاع في بداية الأمر دفع نفقات العلاج في مستشفى خاص، إلا أن موارده المالية استُنفدت وسعى إلى الحصول على العلاج في مستشفى ممول من الدولة. ولم يكن بمقدور المستشفى توفير خدمات الغسيل الكلوي لجميع المرضى نظراً لمحدودية موارده. وعليه، اعتمد المستشفى سياسة عامة ومبادئ توجيهية تتعلق بخدمات الغسيل الكلوي. وأصبح مرضى الفشل الكلوي الحاد الذي يُرجى علاجـــه بواســـطة الغسيل الكلوي هم فقط الذين يحق لهم الحصول تلقائياً على هذا العلاج. أما مرضى الفشل الكلوي المـــزمن، فكـــان الشرط الأساسي لقبولهم في برنامج الغسيل الكلوي يتوقف على أهليتهم لزراعة كلية. فمرضى الفشل الكلـــوي الذيـــن يعانون من أمراض الأوعية الدموية أو القلب كانوا غير مؤهلين لعمليات زراعة الكلى. ولم يكن السيد سوبرامووي مستوفياً لشروط الحصول على خدمات الغسيل الكلوي.

٦٢- وتنص شرعة الحقوق على ما يلي: "لا يجوز حرمان أي شخص من الحصول على العلاج الطبي في الحالات الطارئة"[٤٧]. والسؤال المطروح في قضية السيد *سوبرامويي* هو: هل انتهك المستشفى هذا الحكم من أحكام شرعة الحقوق؟ وقد رأت المحكمة أن ذلك لم يحدث لأن حالة المريض ليست "طارئة" بمعنى التعرض إلى كارثة صحية مباغتة؛ بل إن حالته هي حالة "تدهور صحي مستمر". ووفقاً لما ورد آنفاً في *قضية حملة العمل من أجل العلاج*، فإن شرعة الحقوق تتضمن أيضاً حق الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الذي يستوجب أن تتخذ الدولة تدابير معقولة، في حدود الموارد المتاحة، من أجل تحقيق الإعمال التدريجي لهذا الحق من حقوق الإنسان. وفي قضية السيد *سوبرامويي*، رأت المحكمة أن سياسة المستشفى ومبادئها التوجيهية معقولة وطُبقت بطريقة نزيهة وأن عدم تقديم العلاج في هذه الحالة لم ينتهك شرعة الحقوق.

٦٣- ومع أن العديد من عناصر الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه يخضع للإعمال التدريجي ولتوافر الموارد، فإن بعض الالتزامات الناشئة عن هذا الحق أيضاً تكون نافذة على الفور وغير خاضعة لأي من الشرطين. وعلى سبيل المثال، لا تخضع المساواة بين الجنسين للإعمال التدريجي وتوافر الموارد. فلا يمكن لدولة ما الاحتجاج بأن عدم كفاية الموارد في الوقت الراهن لا تمكنها من تقديم خدمات متساوية للجنسين وأنها سوف تركز في الوقت الراهن على الخدمات المقدمة للرجال، وسوف تتيح نفس الخدمات للنساء بصورة تدريجية خلال السنوات القادمة عندما تتوفر الموارد اللازمة. وكما تبين الدعوى التالية، فقد رأت بعض المحاكم أن الحق في الصحة ينطوي على عناصر أخرى تنشأ عنها أيضاً التزامات فورية غير خاضعة للإعمال التدريجي أو لتوافر الموارد.

٦٤- وفي قضية *Paschim Banga Khet Mazdoor Samity ضد ولاية غرب البنغال*، رأت المحكمة العليا في الهند أن الحكومة لا يمكن أن تتنصل، بسبب القيود المالية، من مسؤوليتها المتمثلة في توفير العلاج للحالات الطارئة[٤٨]. وتتعلق هذه الدعوى برجل سقط من أحد القطارات ولحقت به إصابات خطيرة في الرأس أُخذ على إثرها إلى عدة مستشفيات تابعة للدولة ولم يتمكن أي منها من إسعافه؛ وكانت هذه المستشفيات تفتقر إلى الأسرة الكافية وإلى خدمات الطوارئ والأعصاب. وكانت المسألة المعروضة على المحكمة هي ما إذا كان عدم كفاية المرافق الطبية لتقديم العلاج للحالات الطارئة يشكل انتهاكاً للحق في الحياة.

٦٥- ورأت المحكمة أن من واجب أي دولة أن تكفل توفير مرافق صحية ملائمة لتقديم العلاج في حالات الطوارئ. وطالبت الدولة بكفالة أن تكون مراكز الرعاية الأولية مجهزة لتقديم الإسعافات الفورية في حالات الإصابات الخطيرة والحالات الطارئة. وبالإضافة إلى ذلك، أمرت المحكمة بأن تزيد الدولة عدد الاختصاصيين والمستوصفات الإقليمية في جميع أنحاء البلد لمعالجة الإصابات الخطيرة، وأن تُنشئ نظام اتصالات مركزياً بين مستشفيات الدولة حتى يُنقل المرضى فوراً إلى المرافق التي تكون بها أماكن متاحة لاستقبالهم. واعترفت المحكمة بالحاجة إلى نفقات كبيرة لجعل المرافق الطبية ملائمة. ومع ذلك، فقد رأت أن "الدولة لا يمكن أن تتنصل من هذا الالتزام الدستوري بحجة القيود المالية".

٦٦- ويكتفي المقرر الخاص بإبداء ملاحظتين في نهاية هذا الفرع. أولاً، لا يعني الإعمال التدريجي أن الدولة لها مطلق الحرية في اتخاذ ما تشاء من التدابير التي تسير عموماً في الاتجاه الصحيح. فالدول عليها التزام قانوني يتمثل في اتخاذ خطوات "مدروسة وملموسة ومحددة الأهداف" لإعمال الحق في الصحة للجميع[٤٩]. وتؤكد التجارب والبحوث في مجال الصحة أن بعض التدابير تكون أنجع من غيرها. ويجب على الدول اتخاذ أفضل التدابير المتاحة لها.

٦٧- وثانـــياً، تؤكد قضية *Samity* وجود حقوق مرتبطة بالصحة تنشأ عنها التزامات فورية لا تخضع لتوافر الموارد. وهناك حاجة إلى المزيد من العمل لتوضيح ما هي هذه الالتزامات الفورية في سياق الصحة. ومع ذلك، إذا كانت حكومة أحـــد الـــبلدان المنخفضة الدخل تفتقر إلى الموارد الكافية للوفاء بالتزاماتها الفورية، فيجب على الحكومات القادرة على المساعدة أن تقدم المساعدة والتعاون الدوليين لتمكين تلك الحكومة من الوفاء بالتزاماتها الفورية[٥٠].

جيم - الإتاحة وسهولة الوصول والمقبولية والجودة

٦٨- المـــرافق والســـلع والخدمات الصحية يجب أن تكون متاحة ويسهل الوصول إليها ومقبولة وذات نوعية جـــيدة، على نحو ما توضحه الدعاوى التالية[٥١]. وإن التطبيق العملي الدقيق لهذه الشروط - الإتاحة، وإمكانية الوصول، وما إلى ذلك - قد يختلف من بلد إلى آخر ويتوقف ذلك، على سبيل المثال، على مدى توافر الموارد.

١- الإتاحة

٦٩- يتطلب الحق في الصحة أن تكون المرافق الصحية العاملة والسلع والخدمات متاحة بصورة كافية في جميع أنحاء دولة ما.

٧٠- وفي قضـــية *ماريللا فيسكونتي ضد وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية*، طلبت ماريللا فيسكونتي وديوان أمين المظالم إلى المحكمة أن تأمر حكومة الأرجنتين باتخاذ تدابير وقائية للتصدي للحمى الترفية التي تهدد حياة ٣,٥ ملايـــين نسمة[٥٢]. وطلبا، بصورة أكثر تحديداً، أن تأمر المحكمة الحكومة بإنتاج لقاح الوقاية من الحمى الترفية (Candid-1) المعـــتمد من منظمة الصحة العالمية. ورأت المحكمة أن الحكومة مسؤولة عن توفير الرعاية الصحية عندما يكون نظام الرعاية الصحية القائم، بما في ذلك القطاع الخاص، غير قادر على حماية صحة الأفراد. وفي ضوء تضـــمين الدستور معاهدات دولية تعترف بالحق في الصحة، رأت المحكمة أن الحكومة "لم تف بالتزاماتها المتعلقة بتوفير اللقاح (Candid-1)". وألزمت المحكمة الدولة بإنتاج هذا اللقاح لأن القطاع الخاص اعتبره غير مربح.

٢- إمكانية الوصول

٧١- يفرض الحق في الصحة على الدولة الالتزام بكفالة أن تكون المرافق الصحية والسلع والخدمات في المجال الصحي متاحة لجميع الأشخاص الخاضعين لولايتها. وفي هذا السياق، تشمل إمكانية الوصول ثلاثة أبعاد أساسية هي: ضرورة إتاحة إمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات مادياً واقتصادياً (كأن تكون معقولة التكلفة)؛ ومن دون تمييز؛ كما يجب إتاحة المعلومات الصحية[٥٣].

٧٢- وفضلاً عن النظر في مسألة توافر الموارد والإعمال التدريجي في *قضية وزارة الصحة ضد حملة العمل من أجـــل العلاج* (انظر الفقرة ٦٠ أعلاه)، نظرت المحكمة الدستورية في جنوب أفريقيا أيضاً في مدى توفر عقار *Nevirapine*[٥٤]. وتقوم الحكومة بتوفير هذا العقار في اثنين فقط من مراكز البحوث والتدريب في كل محافظة. كما يمكن الحصول عليه من مقدمي الخدمات الطبية في القطاع الخاص. ونتيجة لذلك، فإن الأمهات والأطفال الذين لا يمكنهم الوصول إلى مراكز البحوث والتدريب ولا يستطيعون تحمل نفقات الرعاية الصحية الخاصة لم يتمكنوا من الحصول على عقار *Nevirapine*. واحتجت الحكومة بأن "العقار لن يُتاح للأمهات والأطفال الذين ليست لديهم

إمكانية للوصول إلى مراكز البحوث والتدريب .... إلى حين وضع برنامج أفضل وتوفير الموارد والهياكل الأساسية الضرورية. بيد أن المحكمة رأت أنه ليس هناك مبرر لقيام الدولة بتوفير هذا العقار بصورة محدودة. وألزمت الدولة بجملة أمور منها العمل دون تأخير على توفير هذا العقار في المستشفيات والمستوصفات العامة عندما يوصي به الأطباء(٥٥).

٧٣- ويجب على الدول اتخاذ تدابير معقولة لتعزيز الوصول إلى المعلومات الصحية، بما في ذلك بالنسبة للمعوقين. وفي قضية *إلدريدج ضد مقاطعة كولومبيا البريطانية* في كندا، قدمت مجموعة من الصم شكوى يحتجون فيها على أن نظام الرعاية الصحية الممول من الدولة لا يوفر مترجمين فوريين بلغة الإشارة(٥٦). ورأت المحكمة العليا أن حكومات المقاطعات ملزمة بموجب الميثاق الكندي للحقوق والحريات بالوفاء بمتطلبات المجموعات المحرومة، مثل المعوقين. وقررت المحكمة أن لأصحاب الشكوى الحق في الحصول على خدمات ترجمة فورية بلغة الإشارة تمولها الدولة عند تقديم الرعاية الصحية لهم، وأن عدم قيام السلطات بكفالة استفادة أصحاب الشكوى بصورة متكافئة من برنامج الرعاية الطبية في المقاطعة يشكل ضرباً من التمييز.

٣- المقبولية

٧٤- يتطلب الحق في الصحة ضرورة أن تراعي المرافق والسلع والخدمات الصحية أخلاقيات مهنة الطب، مثل شروط الموافقة عن علم، وأن تراعي الجوانب الثقافية. وفي قضية *أندريا زيجارتو ضد هنغاريا*، ادعت امرأة من أصول غجرية أنها تعرضت عام ٢٠٠٠ لعملية تعقيم قسري(٥٧). فقد أُخذت إلى المستشفى عندما أتاها المخاض، وتبين بعد الفحص أن الجنين قد مات وتطلبت حالتها إجراء عملية قيصرية على الفور. وبينما هي على طاولة العمليات، طُلب منها التوقيع على استمارة الموافقة على إجراء العملية القيصرية، وتضمنت الاستمارة "مذكرة لا تكاد تُقرأ" كتبها الطبيب بخط يده تفيد بموافقتها على إجراء عملية التعقيم. وكُتبت الإشارة إلى عملية التعقيم بلغة غير مفهومة بالنسبة لها. وادعت في الشكوى التي قدمتها إلى لجنة مناهضة التمييز ضد المرأة أن هذا التصرف يشكل انتهاكاً لحقها في الحصول على الخدمات الصحية الملائمة، وانتهاكاً لحقها في أن تقرر بمحض إرادتها عدد أطفالها والفواصل الزمنية بينهم. وقررت اللجنة أن هنغاريا لم تقدم للسيدة أندريا المعلومات والمشورة الملائمين بشأن تنظيم الأسرة، ولم تكفل موافقتها التامة وعن علم على العملية، وأوصت الحكومة بدفع تعويض مناسب لصاحبة الشكوى.

٤- النوعية الجيدة

٧٥- يجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية ملائمة من الناحيتين العلمية والطبية وذات نوعية جيدة. وقد نظرت المحكمة العليا في بنغلاديش في هذا الشرط في *قضية الدكتور محي الدين فاروقي ضد بنغلاديش*(٥٨). فقد احتج الدكتور فاروقي على عدم قيام السلطات باتخاذ تدابير فعالة للتعامل مع شحنة كبيرة من الحليب المجفف المقشود الذي كان يحتوي على مواد مشعة. ورأت المحكمة أن هذا الحليب المجفف الملوث يشكل خطراً على الصحة ويشكل بالتالي انتهاكاً للحق في الحياة الذي يكفله دستور بنغلاديش(٥٩). ومن خلال تفسير حكم دستوري يقضي بأن تعمل الدولة على تحسين مستوى الصحة والغذاء(٦٠)، فسّرت المحكمة الحق في الحياة على أنه يشمل جملة أمور منها حماية الصحة وزيادة متوسط العمر المتوقع للإنسان العادي. وألزمت المحكمة الحكومة بفحص مستوى الإشعاع في شحنة الحليب المجفف.

٧٦- ويُبدي المقرر الخاص ملاحظتين في نهاية هذا الفرع. أولاً، يجدر التذكير بأن بعض الشروط الواردة في الفقرات السابقة يجب فهمها في سياق الموارد المتاحة. ويتطلب الحق في الصحة الوصول بشكل أفضل إلى طائفة أوسع من العلاجات في البلدان عالية الدخل مقارنة بالبلدان منخفضة الدخل. ففي كندا، يجب توفير الترجمة بلغة الإشارة بالنسبة للصم (*قضية الدريدج*)، لكنه من المقبول في بلد من البلدان منخفضة الدخل اتخاذ تدابير أقل تكلفة لتعزيز وصول المعوقين إلى الخدمات الصحية. وثانياً، لا تحتاج جميع عناصر الحق في الصحة إلى الكثير من الموارد. فالدعوى التي قدمها *زيجارتو* كانت تطالب بالمعاملة الكريمة، وطالبت دعوى *فاروقي* بمراقبة جودة الأغذية المستوردة، وكان يمكن التعامل مع دعوى *ك.ل ضد بيرو* (انظر الفقرة التالية) من خلال المبادئ التوجيهية المناسبة، وما إلى ذلك. ويمكن للدول القيام بالكثير، حتى بموارد محدودة للغاية، لإعمال الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

دال- الواجبات المتعلقة باحترام وحماية وإعمال الحق في الصحة

٧٧- تفرض حقوق الإنسان على الدول احترام وحماية وإعمال الحقوق. وعليه، فإن من واجب الدول احترام وحماية وإعمال الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه[٦١].

١- احترام الحق في الصحة

٧٨- يتطلب واجب احترام الحق في الصحة أن تمتنع الدول عن حرمان أي شخص أو الحد من حصوله على خدمات متكافئة في مجال الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والمتعلقة بتخفيف الآلام، بمن في ذلك السجناء وأفراد الأقليات وملتمسو اللجوء والمهاجرون غير الشرعيين[٦٢].

٧٩- وتتعلق قضية د. *ضد المملكة المتحدة* باقتراح السلطات البريطانية ترحيل رجل يحتضر بسبب إصابته بالإيدز إلى بلده الأصلي سانت كيتس[٦٣]. وقد شُخّصت إصابة السيد د. بفيروس نقص المناعة البشري عندما كان في أحد السجون البريطانية. وقدم طلباً للسماح له، من باب التعاطف، بالبقاء في المملكة المتحدة بعد انتهاء مدة العقوبة، إذ إن ترحيله إلى سانت كيتس سوف يؤدي إلى وقف العلاج الطبي الذي كان يتلقاه. ورأت المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان أن "وقف العلاج الطبي بصورة مفاجئة بسبب ترحيل السيد د. إلى سانت كيتس سيعرضه إلى خطر حقيقي يتمثل في موته في ظروف قاسية ويشكل بالتالي ضرباً من المعاملة اللاإنسانية"[٦٤]. وأمرت المحكمة بعدم ترحيله[٦٥] .

٨٠- وتتعلق *قضية ك.ل ضد بيرو* بفتاة بيروفية عمرها ١٧ عاماً مُنعت من إجراء عملية إجهاض علاجي[٦٦]. فعندما بلغت فترة حمل الفتاة ك. ل. ١٤ أسبوعاً، بيّن تشخيص الأطباء لحالتها في مستشفى عام في ليما أن الجنين مصاب بانعدام الدماغ، وهي عاهة جنينية ستعرض حياة هذه الفتاة إلى الخطر في حالة استمرار الحمل. ويجيز القانون الجنائي في بيرو عمليات الإجهاض العلاجي عندما يكون ذلك ضرورياً لحماية حياة الأم أو صحتها. ومع ذلك، منع مدير المستشفى الفتاة ك.ل من إجراء عملية الإجهاض العلاجي. واضطرت إلى إكمال فترة الحمل وإرضاع الطفل إلى أن مات بعد عدة أيام من ولادته. وترى ك. ل. أن عدم تصدي بيرو لإعراض بعض الأطباء عن الامتثال لحكم قانوني يجيز الإجهاض العلاجي يشكل انتهاكاً للعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية. ورأت اللجنة المعنية بحقوق الإنسان أن حرمان صاحبة الشكوى من إجراء عملية الإجهاض العلاجي وفقاً لما ينص عليه القانون الجنائي في بيرو، يشكل انتهاكاً من

جانب الحكومة لالتزاماتها بموجب العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية[٦٧]. وقررت اللجنة جملة أمور منها ضرورة أن تتخذ الحكومة خطوات لمنع تكرار وقوع انتهاكات مماثلة في المستقبل. وأضاف المقرر الخاص أن أحد سبل امتثال الحكومة للالتزامات القائمة بموجب القانون الجنائي هو إصدار توجيهات صريحة ومناسبة تبين للموظفين الصحيين متى تكون عملية الإجهاض العلاجي قانونية ومتاحة.

٨١- وفي *قضية يانومامي ضد البرازيل*، ادعى أصحاب الشكوى أن إنشاء طريق للمرور السريع واستغلال موارد أراضيهم التقليدية وما لحق ببيئتهم وطريقة حياتهم التقليدية من أضرار نتيجة لذلك، يشكل انتهاكاً لإعلان البلدان الأمريكية بشأن حقوق وواجبات الإنسان[٦٨]. وزعموا أن شق الطريق أدى إلى نزوحهم عن أراضي أسلافهم وأن العديد منهم مات بسبب الإصابة بأمراض الأنفلونزا والدرن والحصبة وأمراض الجهاز التناسلي وغيرها من الأوبئة التي سببها هذا المشروع. وأثبتت لجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان وجود صلة بين نوعية البيئة والحق في الحياة، ورأت أن عدم توفير موقع بديل تعيش فيه جماعة يانومامي يشكل انتهاكاً من جانب الحكومة لحقهم في الحياة والحرية والأمن الشخصي. وأوصت اللجنة بأن تواصل حكومة البرازيل اتخاذ التدابير الوقائية والصحية العلاجية لحماية حياة وصحة الهنود المعرضين لأمراض مُعدية.

٢- حماية الحق في الصحة

٨٢- يتطلب واجب حماية الحق في الصحة أن تتخذ الدول تدابير تمنع الأطراف الثالثة (مثل الشركات الخاصة) من إعاقة إعمال الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه[٦٩].

٨٣- وفي *قضية مجلس بلدية راتلام ضد فاردي شاند*، رأت المحكمة العليا في الهند أن من واجب البلديات حماية البيئة لصالح الصحة العامة[٧٠]. ورأت المحكمة أن "الملوثات التي تتخلص منها المصانع تمثل تحدياً لمكوّن العدالة الاجتماعية المتمثل في سيادة حكم القانون". ورأت المحكمة أن الحفاظ على الصحة العامة، القائم على احترام الأفراد وكرامتهم، هو جانب من حقوق الإنسان غير قابل للمساومة ويستوجب قيام الدولة باتخاذ إجراءات.

٨٤- ومن الدعاوى الأخرى ذات البعد البيئي *قضية مركز العمل المعني بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية ومركز الحقوق الاقتصادية والاجتماعية ضد نيجيريا*[٧١] . فقد ادعى أفراد جماعة أوغوني في نيجيريا أن الحكومة العسكرية انتهكت حقهم في الصحة والبيئة النظيفة، فضلاً عن انتهاك العديد من حقوق الإنسان من خلال تيسير عمليات شركات النفط في أراضي الأوغوني. وادعى أصحاب الشكوى أن عمليات الكونسورتيوم النفطي الذي يضم الشركة الوطنية النيجيرية للبترول وشركة شل للتنمية النفطية، أدت إلى تلوث البيئة وتعرض جماعة الأوغوني لمشاكل صحية خطيرة وواسعة النطاق. ورأت اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب أن الأوغوني تعرضوا لانتهاك عدد من حقوق الإنسان الخاصة بهم، بما في ذلك حقهم في الصحة والبيئة النظيفة نتيجة لعدم قيام الحكومة بمنع التلوث وتردي الأراضي. ورأت أن الحكومة لم تقم بتنظيم ومراقبة عمل الكونسورتيوم النفطي بالصورة الملائمة. وأصدرت اللجنة عدداً من الأوامر مثل ضرورة القيام مستقبلاً بتقييم التأثير البيئي والاجتماعي وضرورة إتاحة المعلومات المتعلقة بالصحة والبيئة.

٣- إعمال الحق في الصحة

٨٥- يتطلب واجب إعمال الحق في الصحة أن تعتمد الدول تدابير تشريعية وإدارية ومالية وقضائية مناسبة وغيرها من التدابير من أجل الإعمال التام للحق في الصحة[٧٢].

٨٦- وفي *قضية بوروهيت وموور ضد غامبيا*، شهد مدافعون عن المصابين بأمراض عقلية المعاملة اللاإنسانية التي يتعرض لها هؤلاء في وحدة الأمراض النفسانية التابعة لمستشفى رويال فكتوريا (Royal Victoria) في غامبيا[٧٣]. وقدموا شكوى إلى اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب بالنيابة عن المرضى المحتجزين في هذه الوحدة. والتشريع الأساسي الذي ينظم الصحة العقلية في غامبيا هو قانون لوناتكس (Lunatics) لعام ١٩١٧ المتعلق بالاحتجاز. وأوضح أصحاب الشكوى أن هذا التشريع الذي يعود إلى عهد الاستعمار ينطوي، من منظور حقوق الإنسان، على أوجه قصور خطيرة في العديد من المجالات. ورأت اللجنة أن التشريع "يفتقر إلى الأهداف العلاجية"؛ كما أنه غير ملائم لأنه يوفر العلاج فقط للمعوقين عقلياً الذين تتوفر لهم "الموارد والبرامج الملائمة". وأمرت اللجنة بأن تقوم الحكومة، بأسرع ما يمكن، باستبدال هذا القانون ببرنامج تشريعي جديد للصحة العقلية يتوافق مع الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب، ومع المعايير الدولية الأكثر تحديداً فيما يتعلق بحماية المعوقين.

هاء- خلاصة

٨٧- تبيّن هذه الدعاوى أن للمساءلة دوراً لا غنى عنه. ويمكن لدولة ما، في حالة غياب المساءلة، أن تتخذ من الإعمال التدريجي وشح الموارد ذريعة لعدم القيام بأي عمل تقريباً، أو الاستجابة لمجموعات المصالح التي تكون أعلى صوتاً. وإن آليات المساءلة المستقلة والفعالة التي يمكن الوصول إليها تجبر أي دولة على توضيح ما تقوم به ولماذا وكيف تتحرك لإعمال الحق في الصحة للجميع، بأسرع وأنجع السبل الممكنة.

٨٨- وعادة ما ترد المحاكم في التدخل. كما أنها تميل إلى إعطاء الدولة "هامشاً واسعاً من السلطة التقديرية". ولديها خبرات جيدة في الموازنة بين المصالح المتضاربة بطريقة منظمة وعملية: وفي قضية *حملة العمل من أجل العلاج*، رأت المحكمة الدستورية أن الحكومة لا تقوم بكل ما في وسعها، بينما رفضت المحكمة نفسها التدخل في قضية *سوبرامويني* لأن المستشفى كان يطبق سياسة منصفة. وبإمكان المحاكم أن تكفل، إذا دُعمت بالتشريعات الملائمة، إعطاء الوزن الواجب لمصالح الفقراء والمحرومين التي غالباً ما يكون مصيرها التجاهل. وتقع على عاتق المحاكم، في الدعاوى الملائمة، مسؤولية أساسية تكمن في توضيح أن بإمكان الدولة العمل بصورة أفضل وأن تطلب إليها إعادة المحاولة. والمحاكم لا توفر بالطبع حلولاً لكل المشاكل؛ وعلى سبيل المثال، تتلكأ السلطات أحياناً في الامتثال لأوامر المحكمة. ومع ذلك، وكشكل من أشكال المساءلة، تضطلع المحاكم بدور هام في النهوض بالحقوق المرتبطة بالصحة وحمايتها.

٨٩- وبينما يتناول هذا الفرع القليل فقط من القضايا الكثيرة ذات الصلة بالصحة والتي تم البت فيها خلال السنوات الأخيرة، سوف تطلق منظمة الصحة العالمية في بداية عام ٢٠٠٧، بالتعاون مع معهد إمروي الجامعي لحقوق الإنسان في الولايات المتحدة الأمريكية، قاعدة بيانات تشمل معلومات عن عدة قضايا أخرى على المستويين الوطني والإقليمي مرتبطة بالصحة وذات صلة بحقوق الإنسان[٧٤].

رابعاً – الاستنتاجات

٩٠- في عام ٢٠٠٦، أطلع المقرر الخاص مجلس حقوق الإنسان على أنه يأمل، من خلال التعاون الوثيق مع جهات أخرى، أن تتوفر لـــه مصادر كافية لتحديد وبحث السمات الرئيسية لنظام صحي يعكس الحق الدولي للإنســـان في الصـــحة (انظـــر الوثيقة E/CN.4/2006/48، الفقرة ٢١). وحُثّ المقرر الخاص، خلال الحوار التفاعـــلي الذي جرى عقب تقديم تقريره، على المضي قدماً في تنفيذ هذه الفكرة. ومع أن الموضوع طموح للغاية والموارد محدودة، يحاول المقرر الخاص التصدي لهذه المسألة بالشروع في دراسة هذه القضية الصعبة.

٩١- ويمكـــن فهم الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة على أنه الحق في توفر نظام صحي فعال ومتكامل يشمل الرعاية الصحية والمُحدّدات الأساسية للصحة، ويستجيب للأولويات الوطنية والمحلية ويكون متاحاً للجمـــيع (انظـــر الوثيقة E/CN.4/2006/48، الفقرة ٤). وبدقة أكبر، فإن السؤال الذي يُطرح عند النظر إلى نظام صـــحي مـــن منظور الحق في الصحة هو التالي: ما هي المكونات الأساسية التي لا بد من توفرها؟ وعلى سبيل المثال، يجـــب أن يشـــتمل النظام الصحي، من منظور حقوق الإنسان، على نظام ملائم لتجميع البيانات الصحية؛ وإلا فإنه يســـتحيل أن ترصد الدولة، أو أي جهة معنية أخرى، الإعمال التدريجي للحق في الصحة. وعلاوة على ذلك، يجب تفصـــيل البـــيانات عـــلى أسس معينة مثل نوع الجنس، والعمر، والمناطق الحضرية/الريفية، وإلا فإنه يستحيل رصد الإعمال التدريجي للحق في الصحة بالنسبة للشرائح السكانية الضعيفة مثل النساء والأطفال ومن يعيشون في مناطق ريفية نائية (انظر الوثيقة E/CN.4/2006/48، الفقرة ٤٩(ب)).

٩٢- ومـــن مـــنظور الحق في الصحة أيضاً، يجب أن يشمل النظام الصحي القدرة الوطنية على توفير عدد كاف من العاملين في مجال الصحة المدربين تدريباً جيداً والذين يتمتعون بشروط وظروف عمل جيدة؛ وإجراء عمليات لتقييم أثر السياسات الرئيسية المرتبطة بالصحة على الحق في الصحة قبل استكمال تلك السياسات؛ وترتيـــبات تكفـــل، ما أمكن، المشاركة من القاعدة إلى القمة في صياغة السياسات الصحية؛ ووجود آليات مساءلة تكون فعالة وشفافة ويمكن الوصول إليها، وما إلى ذلك.

٩٣- وهـــذه هـــي بعض المسائل التي بدأ المقرر الخاص دراستها بغية تحديد بعض السمات الرئيسية لنظام صحي من منظور الحق في الصحة. كما دعا جهات أخرى لمساندته والتعاون معه في هذه المهمة الكبيرة، وهو يأمل أن تتاح له الفرصة لموافاة المجلس بالمزيد من التقارير مع تقدم هذا العمل.

المرفق

حواشي التقرير

[1] In the framework of his mandate, the Special Rapporteur also participated in a range of additional meetings and workshops between September and December 2006. For example, he participated as an instructor on the course "Monitoreando el Derecho a la Salud en América Latina", held in Lima, Peru, and organized by EdhucaSalud and the International Federation of Health and Human Rights Organizations (IFHHRO). He was also a keynote speaker at the conference, "Exclusión y Derecho a la Salud: La Función de los Profesionales de la Salud", which was also organized by EdhucaSalud and IFHHRO and held in Lima. Whilst in Peru, he co-organized an informal consultation on maternal mortality and human rights, together with CARE; CARE Peru; the Averting Maternal Death and Disability Program, Mailman School of Public Health; and the Human Rights Centre, University of Essex. He presented a paper at the conference, "Welfare Rights: in Theory and Practice", held at Oxford University. He spoke at the Annual Meeting of the American Public Health Association on "Human Rights and Public Health: At the Crossroads". He participated at a meeting on population and the Millennium Development Goals organized by the London School of Hygiene and Tropical Medicine and the Population and Sustainability Network. The Special Rapporteur also spoke at a seminar in Belfast organized by the Participation and the Practice of Rights Project, on "Making and Measuring Change- A Human Rights Based Approach to Health". He also participated in a conference in Cairo organized by the Egyptian National Council on Human Rights on "The Right to Development: 20 Years After, What's Next?".

[2] For an early examination of the linkages between human rights and HIV/AIDS see K. Tomasevski, S. Gruskin, Z. Lazzarini and A. Hendricks, "AIDS and Human Rights" in J. Mann, D. Tarantola and T. Netter (eds), AIDS in the World, Harvard University Press, 1992, pp. 538-573.

[3] It remains to be seen whether or not the new Government, established in mid-2006, maintains this commitment.

[4] *Shared Responsibility: Sweden's Policy for Global Development*, Government Bill 2002/03:122.

[5] In an especially welcome development, a few WHO country offices have appointed Health and Human Rights Officers.

[6] For more on WHO, see the Conclusion to this chapter.

[7] Recent contributions to the academic literature include S. Gruskin, M. Grodin, G. Annas, S. Marks (eds), *Perspectives on Health and Human Rights*, 2006; A. Yamin, *The Future in the Mirror: Incorporating Strategies for the Defence and Promotion of Economic, Social and Cultural Rights into the Mainstream Human Rights Agenda*, 27 (4) Human Rights Quarterly 2005; J. Ruger, *Towards a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Arguments*, 18 Yale Journal of Law and the Humanities 2006.

[8] For example, see CARE Peru's project *Improving Health for the Poor: A Human Rights Approach*, http://www.care.org/careswork/projects/PER097.asp.

[9] J. Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, 2004.

[10] Amnesty International, *Human Rights for Human Dignity: a Primer on Economic, Social and Cultural Rights*, 2005, p. 5.

[11] In 2006, for example, Amnesty published a study on maternal and infant health in Peru, drawing upon the right to the highest attainable standard of health, *Perú: Mujeres pobres y excluidas: le negación del derecho a la salud materno-infantil*, 2006.

[12] See http://phmovement.org/.

[13] Committee on the Rights of the Child, general comments Nos. 3 and 4; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, general recommendation No. 24.

[14] 13 September 2006, A/61/338.

[15] 8 October 2004, A/59/422.

[16] 10 February 2005, E/CN.4/2005/51.

[17] 4 January 2005, E/CN.4/2005/51/Add.2; 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3; 19 January 2006, E/CN.4/2006/48/Add.2; 21 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.4. At the time of writing, the report on Sweden has not yet been assigned a UN document number.

[18] 16 February 2004, E/CN.4/2004/49.

[19] 19 January 2006, E/CN.4/2006/48/Add.2

[20] 12 September 2005, A/60/348.

[21] 4 January 2005, E/CN.4/2005/51/Add.2.

[22] Committee on Economic Social and Cultural Rights (CESCR), general comment No. 14, para. 27.

[23] 8 October 2004, A/59/422.

[24] 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3. At the time of writing, the report on Sweden has not yet been assigned a UN document number.

[25] 1 March 2004, E/CN.4/2004/49/Add.1.

[26] 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3; Press Release: US-Peru Free Trade, 13 July 2005 and 5 July 2004, available at www.unhchr.ch

[27] 10 February 2005, E/CN.4/2005/51.

[28] 13 February 2003, E/CN.4/2003/58, para 8.

[29] 3 March 2006, E/CN.4/2006/48.

[30] Gillian MacNaughton and Paul Hunt, *Impact Assessments, Poverty and Human Rights*: *A Case Study Using the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, 2006, available at http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/.

[31] 13 September 2006, A/61/338.

[32] Amnesty International, *Facts and Figures on the Death Penalty*. http://web.amnesty.org/pages/deathpenalty-facts-eng.

[33] 27 December 2005, E/CN.4/2006/56, para. 9.

[34] Such as the Inter-American Convention on Forced Disappearance of Persons (1994).

[35] Launched in December 2005, the Leaders' Call to Action can be accessed at http://www.realizingrights.org.

[36] At least in the short term.

[37] As the International Labour Organization has chosen to do.

[38] 12 September 2005, A/60/348.

[39] 2005 World Summit Outcome, A/RES/60/1, para. 126.

[40] See 12 September 2005, A/60/348.

[41] Some of the cases raise issues that go beyond health. This chapter, however, is confined to the health dimensions of the cases.

[42] Some cases could properly be located in more than one group. For example, *Samity* is not only an example of a case that gives rise to immediate obligations, it also illustrates how States have a duty to make health services available.

[43] See, for example, article 2 (1) ICESCR and article 27 (2) Constitution of South Africa.

[44] Constitution of South Africa, 1996, art. 27.

[45] CCT 8/02, full judgment available at http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/ MinisterofhealthvTACconst.court.pdf.

[46] 1998 (1) SA 765 (CC), full judgement available at http://www.law-lib.utoronto.ca/ diana/TAC_ case_study/Soobramoney.pdf

[47] In accordance with section 27 (3) of the South African Constitution, 1996

[48] 1996 SCJ 25, p. 29.

[49] CESCR, general comment No. 3, para. 2, and general comment No. 14, para. 30

[50] CESCR, general comment No. 14, para 45; Poverty Statement adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on 10 May 2001, E/C.12/2001/10; A. Chapman and S. Russell (eds), *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, 2002.

[51] CESCR, general comment No. 14, para. 12.

[52] Case No. 31.777/96 (1998), For a further discussion of the case see Abramovich "Argentina: The Right to Medicines" in *Litigating Economic, Social and Cultural Rights*: *Achievements, Challenges and Strategies* (COHRE 2003).

[53] Subject to the confidentiality of personal health data.

[54] CCT 8/02, full judgement available at http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/ MinisterofhealthvTACconst.court.pdf.

[55] *AIDS Access Foundation v. Bristol-Myers Squibb* is another case on economic access. The AIDS Access Foundation, and two patients living with AIDS, alleged that Bristol-Myers Squibb and the Thai Department of Intellectual Property had "conspired to intentionally delete" the dose restriction in a patent application for didanosine. They argued that this could have the effect of restricting access to this particular HIV treatment. In its judgement, the Thai Central Intellectual Property and International Trade Court ruled that, because pharmaceutical patents may lead to high prices that limit access to medicines, patients may challenge their legality. The Court asserted the primacy of human life in trade agreements, as recognized internationally by the Doha Declaration on Trade-related Intellectual Property Rights (TRIPS) and Public Health. The Court held that the TRIPS agreement must be: "interpreted and implemented so as to promote the rights of members to protect public health, especially the promotion and support of access to medicines". The Court also held that "lack of access to medicines due to high prices prejudices the human rights of patients to proper medical treatment". Tor Por 34/2544, full judgement available at http://www.cptech.org/ip/health/c/thailand/; see also www.msf.org.

[56] [1997] 3 S.C.R. 624, full judgement available at http://www.canlii.org/ca/cas/ scc/1997/1997scc89.html

[57] Communication No. 4/2004, UN Doc. CEDAW/C/36/D/4/2004 (2006), full judgement available at http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/decisions-views/Decision%204-2004%20-%20English.pdf.

[58] 48 DLR (1996) HCD 438.

[59] Constitution of Bangladesh, 1972, article 32.

[60] Constitution of Bangladesh, article 18.

[61] CESCR, general comment No. 14, paras. 34-37. There is an overlap between, on the one hand, respect, protect and fulfil and, on the other hand, the requirement that health services etc., are available, accessible, acceptable and of good quality.

[62] CESCR, general comment No. 14, para. 34.

[63] 24 EHRR 423, full judgement available at www.echr.coe.int. On the duty to respect see also the case of *Andrea Szijjarto v. Hungary*, discussed in paragraph 75.

[64] *D. v. United Kingdom*, 24 EHRR 423, para. 53.

[65] In some more recent decisions, the Court has held that deporting people living with HIV/AIDS to countries where they may not be able to receive treatment may not amount to a violation of the European Convention if their illness has not reached an advanced stage, e.g. *Henao v. The Netherlands*, Application No. 13669/03, 24 June 2003.

[66] *Karen Noelia Llantoy Huamán v. Peru*, communication No. 1153/2003, UN Doc. CPR/C/85/D/1153/2003 (2005), full judgement available at http://www1.umn.edu/ humanrts/undocs/1153-2003.html, see also www.crlp.org.

[67] The Committee found a violation of articles 2, 7, 17 and 24 of ICCPR.

[68] Resolution No. 10/85, case No. 7615 (1985), full judgement available at http://www.cidh.org/Indigenas/Annex1.htm.

[69] CESCR, general comment No. 14, para. 33.

[70] A.I.R. 1980 S.C. 1622.

[71] Communication No. 155/96 (2001) http://www1.umn.edu/humanrts/africa/ comcases/155-96b.html. This case is on the borderline between "respect" and "protect". To the extent that the oil consortium was an arm of the State, it is a "respect" case. To the extent that the oil consortium was a private entity insufficiently regulated by the State, it is a "protect" case. Whether "respect" or "protect", the key point is that the Commission found that the State was responsible for breaches of health-related rights.

[72] CESCR, general comment No. 14, para. 33.

[73] Communication No. 241/2001 (2003), available at http://www1.umn.edu/humanrts/africa/ comcases/241-2001.html; see also COHRE, "Housing and ESC Rights Law", 2004, p. 4.

[74] The database will be located at http://www.who.int/hhr/databases/en/ . It will also include information about relevant international human rights instruments and national Constitutions bearing upon the right to health. For an excellent summary of national jurisprudence on access to medicines see Hogerzeil, H. et al., "Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts?", *Lancet*, 2006. COHRE and Interights also have excellent collections of the growing jurisprudence on economic, social and cultural rights, see www.cohre.org and www.interights.org.

– – – – –