

التعليق العام رقم ١٤

الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة ١٢)

١- الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان لا غنى عنه من أجل التمتع بحقوق الإنسان الأخرى. ويحق لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويفضي إلى العيش بكرامة. ويمكن السعي إلى إعمال الحق في الصحة عن طريق نهج عديدة ومتكاملة مثل وضع سياسات صحية، أو تنفيذ برامج الصحة التي تضعها منظمة الصحة العالمية، أو اعتماد صكوك قانونية محددة. وعلاوة على ذلك، يشمل الحق في الصحة بعض المكونات التي يمكن تطبيقها قانونياً.^١

٢- وحق الإنسان في الصحة مسلم به في العديد من الصكوك الدولية. فالفقرة ١ من المادة ١٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تؤكد أن: "لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية". وينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أشمل مادة تتعلق بالحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان. ووفقاً للمادة ١٢(١) من العهد، تقر الدول الأطراف "بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"، في حين تسرد المادة ١٢(٢)، على سبيل التمثيل، عدداً من "التدابير التي يتعين على الدول الأطراف ... اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق". وبالإضافة إلى ذلك، فالحق في الصحة معترف به، في المادة ٥(هـ)(٤) من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري لعام ١٩٦٥، وفي المادتين ١١-١(و) و١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام ١٩٧٩، وفي المادة ٢٤ من اتفاقية حقوق الطفل لعام ١٩٨٩، وذلك في جملة مصادر أخرى. كما يعترف بالحق في الصحة في عدد من صكوك حقوق الإنسان الإقليمية، مثل الميثاق الاجتماعي الأوروبي لعام ١٩٦١ بصيغته المنقحة (المادة ١١)، والميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام ١٩٨١ (المادة ١٦)، والبروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام ١٩٨٨ (المادة ١٠). وبالمثل، أعلن عن الحق في الصحة من جانب لجنة حقوق الإنسان،^٢ وكذلك في إعلان وبرنامج عمل فيينا لعام ١٩٩٣، وفي صكوك دولية أخرى.^٣

٣- ويرتبط الحق في الصحة ارتباطاً وثيقاً بإعمال حقوق الإنسان الأخرى ويعتمد على ذلك، مثلما يرد في الشريعة الدولية لحقوق الإنسان، بما فيها الحق في المأكل، والسكن، والعمل، والتعليم، والكرامة الإنسانية، والحياة، وعدم التمييز، والمساواة، وحظر التعذيب، والخصوصية، والوصول إلى المعلومات، وحرية تكوين الجمعيات، والتجمع، والتنقل. فهذه الحقوق والحريات وغيرها تتصدى لمكونات لا تتجزأ من الحق في الصحة.

٤- وعند صياغة المادة ١٢ من العهد، لم تعتمد اللجنة الثالثة التابعة للجمعية العامة للأمم المتحدة تعريف الصحة الوارد في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية، الذي ينظر إلى مفهوم الصحة على أنه "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز". غير أن الإشارة الواردة في المادة ١٢ (١) من العهد إلى "أعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه" لا تقتصر على الحق في الرعاية الصحية. وعلى العكس من ذلك، فإن تاريخ صياغة المادة ١٢ (٢) وألفاظها الدقيقة يقران بأن الحق في الصحة يشمل طائفة عريضة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تهيئ الظروف التي تسمح للناس بأن يعيشوا حياة صحية، كما تشمل المقومات الأساسية للصحة مثل الغذاء والتغذية، والمسكن، والحصول على مياه الشرب الآمنة والإصحاح الوافي، والعمل في ظروف آمنة وصحية، وبيئة صحية.

٥- وتدرك اللجنة أن التمتع الكامل بالحق في الصحة لا يزال هدفاً بعيد المنال لملايين الناس في جميع أنحاء العالم. وعلاوة على ذلك، وفي حالات عديدة، يزداد هذا الهدف ابتعاداً، خاصة لأولئك الذين يعيشون في حالة من الفقر. وتقر اللجنة بالعوائق الهيكلية الهائلة وغيرها من العوائق الناجمة عن عوامل دولية وعوامل أخرى لا قبل للدول بالسيطرة عليها وتحول دون الأعمال التامة للمادة ١٢ في العديد من الدول الأطراف.

٦- وبغية المساهمة في تنفيذ الدول الأطراف للعهد والوفاء بالتزاماتها المتعلقة بتقديم التقارير، يركز هذا التعليق العام على المضمون المعياري للمادة ١٢ (الجزء الأول)، والتزامات الدول الأطراف (الجزء الثاني)، والانتهاكات (الجزء الثالث)، والتنفيذ على الصعيد الوطني (الجزء الرابع)، بينما يتناول الجزء الخامس التزامات الجهات الفاعلة بخلاف الدول الأطراف. وقد أعد هذا التعليق العام في ضوء الخبرة التي اكتسبتها اللجنة من دراستها لتقارير الدول الأطراف على مدى سنوات عديدة.

١- المضمون المعياري للمادة ١٢

٧- تنص الفقرة ١ من المادة ١٢ على تعريف للحق في الصحة، بينما ترد في الفقرة ٢ من المادة ١٢ أمثلة توضيحية غير شاملة للالتزامات الدول الأطراف.

٨- ولا ينبغي فهم الحق في الصحة على أنه الحق في التمتع بصحة جيدة فقط. فالحق في الصحة يشمل حريات وحقوقاً على حد سواء، أما الحريات فتتضمن حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده، بما في ذلك حرية الجنسية والإنجابية، والحق في أن يكون في مأمن من التدخل، مثل الحق في أن يكون في مأمن من التعذيب، ومن معالجه طبيياً أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه. وأما الحقوق فتشمل الحق في الاستفادة من نظام للحماية الصحية يتيح التكافؤ في الفرص أمام الناس للتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

٩- ويراعي مفهوم "أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه" الوارد في المادة ١٢(١) كلاً من الشروط الأساسية البيولوجية والاجتماعية الاقتصادية للفرد والموارد المتاحة للدولة. وثمة عدد من الجوانب التي لا يمكن التصدي لها في إطار العلاقة بين الدول والأفراد فحسب؛ وعلى وجه الخصوص، فالدولة لا تستطيع أن تكفل الصحة الجيدة، كما لا تستطيع الدول أن توفر الوقاية من كل سبب يمكن أن يؤدي إلى اعتلال صحة الإنسان. وهكذا فإن العوامل الوراثية، وقابلية الفرد للتعرض لاعتلال صحته، وانتهاجه لأساليب حياة غير صحية أو خطيرة، قد يكون لها دور هام فيما يتعلق بصحة الفرد. وبالتالي، يجب أن يُفهم الحق في الصحة على أنه الحق في التمتع بمجموعة متنوعة من المرافق والسلع، والخدمات، والظروف الضرورية لبلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة.

١٠- ومنذ اعتماد العهدين الدوليين في عام ١٩٦٦، تغيرت حالة الصحة في العالم تغيراً جذرياً، وتعرض مفهوم الصحة لتغيرات جوهرية واتسع نطاقه فأدخل في الاعتبار مزيد من مقومات الصحة، مثل توزيع الموارد والفوارق بين الجنسين. كما أن التعريف الأوسع نطاقاً للصحة أصبح يراعي شواغل تتعلق بالحياة الاجتماعية مثل العنف والنزاع المسلح.٤ وعلاوة على ذلك، ازداد انتشار أمراض لم تكن معروفة سابقاً، مثل فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب، وغيرهما من الأمراض مثل السرطان، فضلاً عن النمو السريع في عدد سكان العالم، الأمر الذي أوجد عوائق جديدة أمام إعمال الحق في الصحة وهي عوائق ينبغي مراعاتها عند تفسير المادة ١٢.

١١- وتفسر اللجنة الحق في الصحة، وفقاً للتعريف الوارد في المادة ١٢(١)، على أنه حق شامل لا يقتصر على تقديم الرعاية الصحية المناسبة وفي حينها فحسب، بل يشمل أيضاً المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة والإصحاح المناسب، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية والسكن، وظروف صحية للعمل والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة، بما في ذلك ما يتصل منها بالصحة الجنسية والإنجابية. ويتمثل جانب هام آخر في مشاركة السكان في كامل عملية اتخاذ القرارات المرتبطة بالصحة على الصعد المجتمعية والوطنية والدولية.

١٢- ويشمل الحق في الصحة، بجميع أشكاله وعلى جميع المستويات، العناصر المترابطة والأساسية التالية التي يتوقف تطبيقها الدقيق على الظروف السائدة في دولة طرف محددة:

(أ) التوافر: يجب أن توفر الدولة الطرف القدر الكافي من المرافق العاملة المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية وكذلك من السلع والخدمات والبرامج. ويختلف الطابع المحدد للمرافق والسلع والخدمات وفقاً لعوامل عديدة، من بينها المستوى الإنمائي للدولة الطرف وإن كانت تتضمن المقومات الأساسية للصحة مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية، والمستشفيات، والعيادات، وغيرها من المباني المرتبطة بالصحة، والموظفين الطبيين والمهنيين المدربين الذين يحصلون على مرتبات تنافسية محلياً، والعقاقير الأساسية وفقاً لتعريفها في برنامج العمل المعني بالعقاقير الأساسية الذي وضعت منظمة الصحة العالمية.٥

(ب) إمكانية الوصول: ينبغي أن يتمتع الجميع، بدون تمييز، بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة،^٦ داخل نطاق الولاية القضائية للدولة الطرف. وتنتم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة هي:

عدم التمييز: يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، ولا سيما أكثر الفئات ضعفاً أو تهميشاً بين السكان بحكم القانون وبحكم الواقع، دون أي تمييز على أساس أي سبب عن الأسباب المحظورة.^٧

إمكانية الوصول المادي: ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في المتناول المادي والأمين لجميع فئات السكان، خاصة الفئات الضعيفة أو المهمشة، مثل الأقليات الإثنية والشعوب الأصلية، والنساء، والأطفال، والمراهقين، وكبار السن، والمعوقين والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. كما أن إمكانية الوصول تعني ضمناً أن تكون الخدمات الطبية والمقومات الأساسية للصحة، مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية، في المتناول المادي والأمين للسكان بما في ذلك سكان المناطق الريفية. كذلك تشمل إمكانية الوصول تمكين المعوقين من الوصول إلى المباني. الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها (القدرة على تحمل نفقاتها): يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. وينبغي سداد قيمة خدمات الرعاية الصحية، والخدمات المرتبطة بالمقومات الأساسية للصحة، بناء على مبدأ الإنصاف، الذي يكفل القدرة للجميع، بما فيهم الفئات المحرومة اجتماعياً، على دفع تكلفة هذه الخدمات سواء أكانت مقدمة من القطاع الخاص أو من القطاع العام. ويقتضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء مصروفات صحية لا يتناسب معها مقارنة بالأسر الأغنى منها.

إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار^٨ المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها. غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية.

(ج) المقبولية: إن جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة ينبغي أن تراعي الأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافياً، أي أن تحترم ثقافة الأفراد، والأقليات، والشعوب، والمجتمعات، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة، فضلاً عن تصميمها بشكل يحترم السرية ويرفع مستوى الحالة الصحية للأشخاص المعنيين.

(د) الجودة: بالإضافة إلى ضرورة أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مقبولة ثقافياً، ينبغي أن تكون مناسبة علمياً وطيباً وذات نوعية جيدة. ويتطلب ذلك، في جملة أمور، موظفين طبيين ماهرين، وعقاقير ومعدات للمستشفيات معتمدة علمياً ولم تنته مدة صلاحيتها، ومياه شرب مأمونة، وإصحاحاً مناسباً.

١٣- وتقدم القائمة غير الشاملة للأمتثلة الواردة في المادة ١٢(٢) توجيهاً لتحديد الإجراءات التي يتعين على الدول اتخاذها. وتقدم أمثلة عامة محددة عن التدابير الناجمة عن التعريف الواسع النطاق للحق في الصحة الوارد في المادة ١٢(١)، مبيّنة بذلك مضمون ذلك الحق كما يتمثل في الفقرات التالية.

المادة ١٢-٢ (أ) الحق في الصحة فيما يتعلق بالأم والطفل والصحة الإنجابية

١٤- يمكن أن يفهم "العمل على خفض معدل وفيات المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً" (المادة ١٢-٢(أ))،^{١٠} على أنه يتطلب تدابير من أجل تحسين صحة الطفل والأم، والخدمات الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك إمكانية الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، والرعاية قبل الولادة وبعدها،^{١١} وخدمات التوليد في حالات الطوارئ، والوصول إلى المعلومات، فضلاً عن الموارد اللازمة من أجل العمل استناداً إلى تلك المعلومات.^{١٢}

المادة ١٢-٢ (ب) الحق في التمتع ببيئة صحية في الطبيعة ومكان العمل

١٥- يشمل "تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية" (المادة ١٢-٢(ب))، في جملة أمور، التدابير الوقائية فيما يتعلق بالحوادث والأمراض المهنية؛ وضرورة كفاية إمدادات كافية من مياه الشرب المأمونة والإصحاح الأساسي؛ ووقاية السكان والحد من تعرضهم للمواد الضارة مثل الأشعة والمواد الكيميائية الضارة أو غير ذلك من الظروف البيئية المؤذية التي تؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة على صحة الإنسان.^{١٣} وعلاوة على ذلك، فإن الصحة الصناعية تعني تقليل أسباب المخاطر الصحية الملازمة لبيئة العمل إلى الحد الأدنى، بقدر الإمكان عملياً.^{١٤}

المادة ١٢-٢ (ج) الحق في الوقاية من الأمراض وعلاجها ومكافحتها

١٦- تتطلب "الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها" (المادة ١٢-٢(ج)) وضع برامج وقائية وتثقيفية فيما يتعلق بالشواغل الصحية المرتبطة بالسلوك مثل الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، ولا سيما فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والشواغل التي تؤثر سلباً على الصحة الجنسية والإنجابية، وتعزيز المقومات الاجتماعية للصحة الجيدة مثل السلامة البيئية، والتعليم، والتنمية الاقتصادية، والمساواة بين الجنسين. ويشمل الحق في العلاج إنشاء نظام للرعاية الطبية العاجلة في حالات الحوادث، والأوبئة، والمخاطر الصحية المماثلة، وتقديم الإغاثة في حالات الكوارث والمساعدة الإنسانية في حالات الطوارئ. وتشير مكافحة الأمراض إلى الجهود التي تبذلها الدول بصورة فردية أو مشتركة من أجل جملة أمور، من بينها إتاحة التكنولوجيات ذات الصلة باستخدام وتحسين نظم مراقبة الأوبئة وجمع البيانات على أساس مفصل، وتنفيذ أو تعزيز برامج التحصين وغيرها من استراتيجيات مكافحة الأمراض المعدية.

المادة ١٢-٢(د) - الحق في الاستفادة من المرافق الصحية والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة^{١٥}

١٧- تشمل "تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض" (المادة ١٢-٢(د)) الجسدي والعقلي على حد سواء، توفير إمكانية الوصول على قدم المساواة وفي الوقت المناسب إلى الخدمات الصحية الأساسية الوقائية والعلاجية والتأهيلية، والتنظيف الصحي؛ وبرامج الفحص المنتظم؛ والعلاج الملانم للأمراض السائدة، والإصابات، وحالات العوق، ويفضل أن يكون ذلك عل الصعيد المجتمعي؛ وتوفير العقاقير الأساسية؛ والعلاج والرعاية المناسبة للصحة العقلية. ويتمثل أحد الجوانب الهامة الأخرى في تحسين وتعزيز مشاركة السكان في تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، مثل تنظيم قطاع الصحة، ونظام التأمين، وخاصة المشاركة في القرارات السياسية المرتبطة بالحق في الصحة والمنخدة على كل من الصعيدين المجتمعي والوطني.

المادة ١٢ - مواضع محددة ذات انطباق عام

عدم التمييز والمساواة في المعاملة

١٨- يحظر العهد، بموجب المادة ٢-٢ والمادة ٣، أي تمييز في الحصول على الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة، وفي الوصول إلى وسائل وحقوق الحصول عليها، بسبب العرق، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي سياسياً أو غير سياسي، أو الأصل القومي أو الاجتماعي، أو الثروة، أو النسب، أو العجز البدني أو العقلي، أو الحالة الصحية (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو الميول الجنسية، أو المركز المدني أو السياسي أو الاجتماعي أو مركز آخر يرمي إلى انتقاص أو إبطال الحق في الصحة أو ممارسته على قدم المساواة، أو قد يترتب عليه ذلك الأثر. وتؤكد اللجنة إمكانية اتخاذ العديد من التدابير، مثل معظم الاستراتيجيات والبرامج الرامية إلى القضاء على التمييز المرتبط بالصحة، بقدر ضئيل من الآثار المترتبة على الموارد عن طريق اعتماد أو تعديل أو إلغاء التشريعات، أو نشر المعلومات. وتذكر اللجنة بالفقرة ١٢ من التعليق العام رقم ٣، التي تؤكد أنه حتى في الأوقات التي تشح فيها الموارد، يجب حماية أفراد المجتمع المعرضين للمخاطر باعتماد برامج هادفة منخفضة التكلفة.

١٩- وفيما يتعلق بالحق في الصحة، يجب التركيز على تكافؤ فرص الحصول على الرعاية الصحية والخدمات الصحية. وتلتزم الدول التزاماً خاصاً بتوفير ما يلزم من التأمين الصحي ومرافق الرعاية الصحية للأفراد الذين يفتقرون إلى الموارد الكافية، وبمنع أي تمييز يستند إلى الأسباب المحظورة دولياً في توفير الرعاية الصحية والخدمات الصحية، خاصة فيما يتعلق بالالتزامات الرئيسية في إطار الحق في الصحة.^{١٦} فالتوزيع غير المتكافئ للموارد الصحية يمكن أن يؤدي إلى تمييز قد لا يكون سافراً. وعلى سبيل المثال، لا ينبغي للاستثمارات أن تقدم دعماً غير متكافئ للخدمات الصحية العلاجية الباهظة الثمن التي غالباً ما لا يستطيع الوصول إليها إلا شريحة صغيرة وثرية من السكان، بدلاً من دعم الرعاية الصحية الأولية والوقائية التي يستفيد منها الشريحة السكانية الأكبر بكثير.

المنظور الجنساني

٢٠- توصي اللجنة بأن تدمج الدول منظوراً جنسانياً في سياساتها وخططها وبرامجها وبحوثها المرتبطة بالصحة بغية العمل على تحسين صحة الرجال والنساء على السواء. ويعترف النهج القائم على أساس الجنس بأن للعوامل البيولوجية والاجتماعية - الثقافية دوراً هاماً في التأثير على صحة الرجال والنساء. ومن الضروري تفصيل البيانات الصحية والاجتماعية - الاقتصادية حسب نوع الجنس لتحديد أوجه التفاوت في الصحة والعمل على معالجتها.

المراة والحق في الصحة

٢١- يتطلب القضاء على التمييز ضد المرأة، وضع وتنفيذ استراتيجية وطنية شاملة لتعزيز حق المرأة في الصحة طوال فترة حياتها. وينبغي أن تشمل هذه الاستراتيجية تدخلات ترمي إلى وقاية المرأة ومعالجتها من الأمراض التي تصيبها، فضلاً عن سياسات من أجل إتاحة إمكانية الحصول على طائفة كاملة من خدمات الرعاية الصحية الراقية التي تتحمل المرأة تكاليفها، بما فيها الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية. وينبغي أن يكون ضمن الأهداف الرئيسية تقليل المخاطر الصحية التي تواجهها المرأة، ولا سيما تخفيض معدلات وفيات الأمومة وحماية المرأة من العنف المنزلي. ويتطلب إعمال حق المرأة في الصحة إزالة جميع الحواجز التي تعترض سبيلها للوصول إلى الخدمات والتعليم والمعلومات في مجال الصحة، بما في ذلك في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. ومن الضروري أيضاً اتخاذ إجراءات وقائية، وتشجيعية، وعلاجية من أجل حماية المرأة من آثار الممارسات والقواعد الثقافية المتوارثة الضارة التي تحرمها من حقوقها الإنجابية.

الأطفال والمراهقون

٢٢- تبيّن المادة ١٢-٢ (أ) الحاجة إلى اتخاذ تدابير من أجل تخفيض معدل وفيات الرضع وتعزيز نمو الرضع والأطفال نمواً صحياً. وتعترف صكوك حقوق الإنسان الدولية اللاحقة بحق الأطفال والمراهقين في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبالوصول إلى مرافق علاج الأمراض.^{١٧} كما أن اتفاقية حقوق الطفل توجه الدول نحو العمل على ضمان حصول الطفل وأسرته على الخدمات الصحية الأساسية، بما فيها الرعاية المناسبة للأمهات قبل الولادة وبعدها. وتربط الاتفاقية بين هذه الأهداف وكفالة الحصول على معلومات ملائمة للأطفال بشأن السلوك الوقائي والمعزز للصحة، وتقديم الدعم إلى الأسر والمجتمعات من أجل تنفيذ هذه الممارسات. ويتطلب تنفيذ مبدأ عدم التمييز أن تتمتع الفتيات، وكذلك الأولاد، بالمساواة في الوصول إلى التغذية المناسبة، والبيئة الآمنة، والخدمات الصحية البدنية والعقلية. وثمة حاجة لاعتماد تدابير فعالة ومناسبة من أجل إلغاء الممارسات المتوارثة الضارة التي تؤثر على صحة الأطفال، ولا سيما الفتيات، بما في ذلك الزواج المبكر، وتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، وتفضيل الأطفال الذكور في التغذية والرعاية،^{١٨} كما ينبغي منح الأطفال المعوقين فرصة التمتع بحياة كاملة وكريمة، وبالاندماج في مجتمعاتهم.

٢٣- وعلى الدول الأطراف أن توفر بيئة آمنة وداعمة للمراهقين تكفل لهم فرصة المشاركة في اتخاذ القرارات التي تؤثر على صحتهم، وتعلمهم المهارات الحياتية، واكتساب المعلومات الملائمة، والحصول على المشورة، والتحدث عن الخيارات التي يتخذونها بشأن سلوكهم الصحي. ويتوقف إعمال حق المراهقين في الصحة على تطوير رعاية صحية ملائمة للشباب تحترم السرية والخصوصية، وتشمل الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية الملائمة.

٢٤- وفي جميع السياسات والبرامج الرامية إلى ضمان حق الأطفال والمراهقين في الصحة، يتعين إيلاء الاعتبار الأساسي لمصالحهم المباشرة.

كبار السن

٢٥- وفيما يتعلق بإعمال حق كبار السن في الصحة، تعيد اللجنة التأكيد، وفقاً للفقرتين ٣٤ و ٣٥ من التعليق العام رقم ٦ (١٩٩٥)، على أهمية اتباع نهج متكامل، يجمع بين عناصر العلاج الصحي الوقائي، والعلاجي، والتأهيلي. وينبغي أن تقوم هذه التدابير على أساس فحوصات طبية دورية للجنسين؛ وتدابير تأهيل جسدي ونفسي ترمي إلى المحافظة على القدرات الوظيفية لكبار السن واستقلاليتهم؛ والاهتمام بالأشخاص المصابين بأمراض مزمنة وميؤوس من علاجها ورعايتهم لتخفيف آلامهم ولتجنيبهم المهانة عند الوفاة.

المعوقون

٢٦- تؤكد اللجنة من جديد الفقرة ٣٤ من تعليقها العام رقم ٥ التي تتناول مسألة المعوقين في سياق الحق في الصحة البدنية والعقلية. وعلاوة على ذلك، تؤكد اللجنة ضرورة العمل على جعل قطاع الصحة العام يمثل مبدأ عدم التمييز فيما يتعلق بالمعوقين، بل وأن يمثل له أيضاً مقدمو الخدمات والمرافق الصحية من القطاع الخاص.

الشعوب الأصلية

٢٧- على ضوء القانون الدولي الناشئ والممارسة الدولية الناشئة، والتدابير التي اتخذتها الدول مؤخراً فيما يتعلق بالشعوب الأصلية،^{١٩} ترى اللجنة أنه من المفيد تحديد العناصر التي تساعد في تعريف حق الشعوب الأصلية في الصحة بغية تمكين الدول التي يوجد فيها سكان أصليون من تنفيذ الأحكام الواردة في المادة ١٣ من العهد على نحو أفضل. وترى اللجنة أنه يحق للشعوب الأصلية التمتع بتدابير محددة من أجل تحسين إمكانية وصولها إلى الخدمات والرعاية الصحية. وينبغي أن تكون هذه الخدمات الصحية مناسبة ثقافياً، وأن تأخذ في الاعتبار الرعاية الوقائية التقليدية، والممارسات العلاجية والأدوية. وعلى الدول أن توفر الموارد اللازمة للشعوب الأصلية من أجل تصميم وتقديم ومراقبة هذه الخدمات لكي تتمكن من التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه. وينبغي أيضاً حماية النباتات والحيوانات والمعادن

الطبية الأساسية اللازمة لتمتع الشعوب الأصلية بالصحة تمتعاً تاماً. وتشير اللجنة إلى أن صحة الفرد كثيراً ما ترتبط في مجتمعات السكان الأصليين بصحة المجتمع ككل وتتسم ببعد جماعي. وترى اللجنة، في هذا الصدد، أن الأنشطة المرتبطة بالتنمية والتي تؤدي إلى تشريد الشعوب الأصلية ضد رغبتها من أقاليمها وبيئتها التقليدية، وتحرمها من مصادرها التغذوية، وتقطع علاقتها التكافلية بأراضيها، تؤثر تأثيراً ضاراً على صحتها.

القيود

٢٨- تستخدم الدول أحياناً قضايا الصحة العامة كمبررات لتقييد ممارسة حقوق أساسية أخرى. وتود اللجنة التأكيد على أن البند المتعلق بالقيود في العهد، والوارد في المادة ٤، قد وُضع أساساً لحماية حقوق الأفراد وليس للسماح للدول بفرض قيود. وبالتالي، إذا قامت دولة طرف، على سبيل المثال، بتقييد حركة الأشخاص المصابين بأمراض معدية مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو بمنع الأطباء من معالجة الأشخاص الذين يُعتقد أنهم من معارضي الحكومة، أو لم توفر التطعيم اللازم ضد الأمراض المعدية الرئيسية في المجتمع، لدواع مثل الأمن القومي أو المحافظة على النظام العام، فإنه يتعين عليها أن تبرر اتخاذها لهذه التدابير الخطيرة فيما يتعلق بكل عنصر من العناصر المحددة في المادة ٤. وينبغي أن تتسق هذه القيود مع القانون، بما في ذلك مع معايير حقوق الإنسان الدولية، وأن تتفق وطبيعة الحقوق المحمية بموجب العهد، وأن تكون في صالح الأهداف الشرعية المتوخاة، وضرورية ضرورة تامة من أجل النهوض بالرفاه العام في مجتمع ديمقراطي.

٢٩- وتمشياً مع المادة ٥، يجب أن تكون هذه القيود تناسبية، أي يجب اعتماد أقل البدائل تقييداً عندما تتاح عدة أنواع من القيود. وحتى عندما يُسمح بهذه القيود أساساً لأسباب تتعلق بحماية الصحة العامة، ينبغي أن تكون مدتها محدودة، مع توفر إمكانية إعادة النظر فيها.

٢- التزامات الدول الأطراف

التزامات قانونية عامة

٣٠- لئن كان العهد ينص على الأعمال التدريجي للحقوق ويسلم بالضغط الناشئة عن محدودية الموارد المتاحة، فهو يفرض أيضاً على الدول الأطراف التزامات شتى لها أثر فوري. فعلى الدول الأطراف التزامات مباشرة فيما يتعلق بالحقوق في الصحة، مثل ضمان ممارسة الحق دون تمييز من أي نوع (المادة ٢-٢) والالتزام باتخاذ خطوات (المادة ٢-١) نحو الأعمال الكامل للمادة ١٢. ويجب أن تكون هذه الخطوات مدروسة وملموسة وهادفة إلى الأعمال الكامل للحقوق في الصحة.^{٢٠}

٣١- وينبغي ألا يفسر الأعمال التدريجي للحقوق في الصحة على مدى فترة زمنية على أنه يُفرغ التزامات

الدول الأطراف من أي مضمون ذي أهمية، بل إن الأعمال التدريجي يعني أن على الدول الأطراف التزاماً محدداً ومستمرًا بالتحرك بأقصى قدر من السرعة والفعالية نحو الأعمال الكامل للمادة ١٢،^{٢١}

٣٢- ومثلما هي الحال بالنسبة لجميع الحقوق الأخرى في العهد، هناك افتراض قوي بأنه من غير المسموح به اتخاذ تدابير تراجعية فيما يتعلق بالحق في الصحة. وإذا اتخذت أي تدابير تراجعية عمداً، يقع على كاهل الدولة الطرف عبء إثبات أن هذه التدابير استحدثت بعد النظر بعناية قصوى في جميع البدائل، وأن هناك ما يبررها حقاً بالرجوع إلى جميع الحقوق المنصوص عليها في العهد في سياق الاستخدام الكامل لأقصى الموارد المتاحة^{٢٢} للدولة الطرف.

٣٣- ويفرض الحق في الصحة، مثله في ذلك مثل جميع حقوق الإنسان، ثلاثة أنواع أو مستويات من الالتزامات على الدول الأطراف: الالتزامات، الاحترام والحماية والأداء. ويشتمل الالتزام بالأداء، بدوره، على التزامات بالتسهيل والتوفير وتعزيز^{٢٣}. ويتطلب الالتزام بالاحترام من الدول أن تمتنع عن التدخل بشكل مباشر أو غير مباشر في التمتع بالحق في الصحة. ويقتضي الالتزام بالحماية أن تتخذ الدول تدابير من شأنها أن تمنع أطرافاً ثالثة من إعاقة ضمانات المادة ١٢. وأخيراً، يتطلب الالتزام بالأداء أن تعتمد الدول تدابير قانونية وإدارية وتدابير تتعلق بالميزانية وتدابير قضائية وتشجيعية ملائمة من أجل الأعمال الكامل للحق في الصحة.

التزامات قانونية محددة

٣٤- إن الدول ملزمة بشكل خاص باحترام الحق في الصحة عن طريق جملة أمور منها عدم منع أو تقييد إتاحة فرص متكافئة لجميع الأشخاص بمن فيهم السجناء والمحتجزون أو الأقليات وطالبو اللجوء والمهاجرون غير الشرعيين، للحصول على الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والمسكنة؛ والامتناع عن إنفاذ ممارسات تمييزية كسياسة عامة للدولة؛ والامتناع عن فرض ممارسات تمييزية فيما يتعلق بأوضاع صحة المرأة واحتياجاتها. وعلاوة على ذلك، يشتمل الالتزام بالاحترام على التزام الدولة بالامتناع عن حظر أو عرقلة الرعاية الوقائية، والممارسات العلاجية والأدوية التقليدية، والامتناع عن تسويق الأدوية غير المأمونة، وعن تطبيق معالجات طبية قسرية، إلا إذا كان ذلك على أساس استثنائي لعلاج مرض عقلي أو للوقاية من أمراض معدية أو لمكافحةها. وينبغي أن تخضع هذه الحالات الاستثنائية لشروط محددة وتقييدية، تراعي أفضل الممارسات والمعايير الدولية المطبقة، بما فيها مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية.^{٢٤} وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي للدول أن تمتنع عن تقييد الوصول إلى وسائل منع الحمل وغيرها من وسائل الحفاظ على الصحة الجنسية والإنجابية، وعن ممارسة الرقابة على المعلومات المتعلقة بالصحة، بما فيها التربية والمعلومات الجنسية، أو احتجازها أو تعمد إساءة تفسيرها، وكذلك عن الحيلولة دون مشاركة الناس في المسائل المتصلة بالصحة. كما ينبغي للدول أن تمتنع عن التلويث غير القانوني للهواء والمياه والتربة، مثلما تفعل النفايات الصناعية الناتجة عن المرافق

المملوكة للدولة، وعن استخدام أو تجريب أسلحة نووية أو بيولوجية أو كيميائية إذا كانت هذه التجارب سينتج عنها تسرب لمواد ضارة بصحة الإنسان، وعن تقييد الحصول على الخدمات الصحية كتدبير عقابي مثلا، أثناء النزاعات المسلحة بما في ذلك من انتهاك للقانون الإنساني الدولي.

٣٥- وتشمل الالتزامات بالحماية جملة أمور منها واجبات الدول في اعتماد تشريع أو اتخاذ تدابير أخرى تكفل المساواة في فرص الحصول على الرعاية الصحية والخدمات المتصلة بالصحة والتي توفرها أطراف ثالثة؛ وضمان ألا تشكل خصخصة قطاع الصحة تهديداً للتوافر المرافق والسلع والخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها ومقبوليتها ونوعيتها؛ ومراقبة تسويق المعدات الطبية والأدوية من قبل أطراف ثالثة؛ وضمان استيفاء الممارسين الطبيين وغيرهم من المهنيين الصحيين لمعايير ملائمة من التعليم والمهارة وقواعد السلوك الأخلاقية. والدول ملزمة أيضا بضمان ألا تؤدي الممارسات الاجتماعية أو التقليدية الضارة إلى عرقلة الوصول إلى الرعاية أثناء الحمل أو بعد الولادة وإلى وسائل تنظيم الأسرة؛ ومنع أطراف ثالثة من إجبار المرأة على الخضوع لممارسات تقليدية، مثل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، واتخاذ تدابير لحماية كل فئات المجتمع الضعيفة أو المهمشة، لا سيما النساء والأطفال والمراهقون وكبار السن، من مظاهر العنف الجنساني. كما ينبغي للدول أن تضمن ألا تحد أطراف ثالثة من إمكانية حصول الناس على المعلومات والخدمات المتصلة بالصحة.

٣٦- ويتطلب الالتزام بالأداء من الدول الأطراف جملة أمور من بينها الإقرار الوافي بالحق في الصحة في نظمها السياسية والقانونية الوطنية، ومن الأفضل أن يكون ذلك عن طريق التنفيذ التشريعي، وكذلك اعتماد سياسة صحية وطنية مصحوبة بخطة تفصيلية لإعمال الحق في الصحة. ويجب على الدول كفالة تقديم الرعاية الصحية، بما فيها برامج للتحصين ضد الأمراض المعدية الخطيرة، وكفالة المساواة في التمتع بالمقومات الأساسية للصحة، مثل الأغذية السليمة من الناحية التغذوية والمياه الصالحة للشرب، والإصحاح الأساسي والسكن الملائم والظروف المعيشية المناسبة. وينبغي للهياكل الصحية الحكومية أن توفر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما فيها خدمات الأمومة الآمنة، خصوصا في المناطق الريفية. ويتعين على الدول أن تؤمن التدريب الملائم للأطباء وغيرهم من الموظفين الطبيين، وتوفير عدد كاف من المستشفيات والمستوصفات وغير ذلك من المرافق ذات الصلة بالصحة، وتشجيع ودعم إنشاء مؤسسات تقدم المشورة وخدمات الصحة العقلية، مع إيلاء الاعتبار اللازم للتوزيع العادل في كافة أنحاء البلد. وهناك التزامات أخرى تشتمل على توفير نظام تأمين صحي عام أو خاص أو مختلط يستطيع الجميع تحمل نفقاته، وعلى تشجيع البحث الطبي والتربية الصحية، فضلا عن الحملات الإعلامية، خاصة فيما يتعلق بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والصحة الجنسية والإنجابية، والممارسات التقليدية، والعنف المنزلي، والإفراط في شرب الكحول وتدخين السجائر، وتعاطي المخدرات وغيرها من المواد الضارة. والدول مطالبة أيضا باعتماد تدابير لمكافحة المخاطر الصحية البيئية والمهنية، وأي تهديد آخر توضحه البيانات الخاصة بالأوبئة. وتحقيقا لهذا الغرض ينبغي لها أن تضع وتنفذ سياسات وطنية تهدف إلى تقليل تلوث الهواء

والمياه والتربة، بما في ذلك تلويثها بالمعادن الثقيلة مثل رصاص البنزين، والقضاء على هذا التلوث. وعلاوة على ذلك، فإن الدول الأطراف مطالبة بصياغة وتنفيذ سياسة وطنية متماسكة واستعراضها على نحو دوري للتقليل إلى أدنى حد من مخاطر الحوادث والأمراض المهنية، فضلا عن توفير سياسة وطنية متماسكة بشأن السلامة والخدمات الصحية المهنية.^{٢٥}

٣٧- ويتطلب الالتزام بالأداء (التسهيل) من الدول، ضمن جملة أمور، أن تتخذ تدابير إيجابية تمكن الأفراد والمجتمعات من التمتع بالحق في الصحة وتساعدهم على ذلك. كذلك، فإن الدول الأطراف ملزمة بأداء (توفير) حق محدد وارد في العهد عندما يعجز الأفراد أو الجماعات، لأسباب خارجة عن مقدرتهم، عن التمتع بهذا الحق بالوسائل المتاحة لهم. والالتزام بتحقيق (تعزيز) الحق في الصحة يتطلب من الدول اتخاذ اجراءات أن تهيئ أسباب الصحة لسكانها وتحافظ عليها وأن تعالجها. وتشمل هذه الالتزامات: '١' تعزيز الاعتراف بالعوامل التي تساعد على تحقيق نتائج صحية إيجابية، مثل البحث وتوفير المعلومات؛ '٢' ضمان ملاءمة الخدمات الصحية من الناحية الثقافية، وتدريب موظفي الرعاية الصحية على نحو يسمح بالاعتراف بالاحتياجات المحددة للجماعات الضعيفة والمهمشة والاستجابة لهذه الاحتياجات؛ '٣' ضمان قدرة الدولة على الوفاء بالتزاماتها فيما يتعلق بنشر المعلومات الملائمة المتعلقة بأساليب الحياة والتغذية الصحية، وبالممارسات التقليدية الضارة ومدى توافر الخدمات؛ '٤' مساعدة الناس في أن يختاروا، عن علم، ما يناسب صحتهم.

الالتزامات الدولية

٣٨- استرعت اللجنة، في تعليقها العام رقم ٣، الانتباه إلى التزام جميع الدول الأطراف باتخاذ خطوات، سواء بمفردها أو من خلال المساعدة والتعاون الدوليين، خصوصا في المجالين الاقتصادي والتقني، صوب الأعمال الكامل للحقوق المعترف بها في العهد، مثل الحق في الصحة. وبروح المادة ٥٦ من ميثاق الأمم المتحدة، والأحكام المحددة في العهد (المواد ١٢-٢(١) و ٢٢ و ٢٣) وإعلان ألما - آتا المتعلق بالرعاية الصحية الأولية، ينبغي للدول الأطراف الاعتراف بالدور الأساسي للتعاون الدولي والامتنال لتعهداتها باتخاذ إجراءات مشتركة ومنفصلة لتحقيق الأعمال التام للحق في الصحة. وفي هذا الصدد، ينبغي للدول الأطراف أن ترجع إلى إعلان ألما - آتا الذي يعلن أن التفاوت الصارخ في الأوضاع الصحية للناس، خصوصا بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية، فضلا عن بل وفي داخل البلدان ذاتها، أمر لا يمكن قبوله من النواحي السياسية والاجتماعية والاقتصادية وهو، بالتالي، محل اهتمام مشترك لجميع البلدان.^{٢٦}

٣٩- ويتعين على الدول الأطراف، لكي تمثل لالتزاماتها الدولية فيما يتعلق بالمادة ١٢، أن تحترم التمتع بالحق في الصحة في بلدان أخرى، وأن تمنع أطرافا ثالثة من انتهاك هذا الحق في بلدان أخرى، إذا كانت تستطيع التأثير على أطراف ثالثة من خلال وسائل قانونية أو سياسية، وفقا لميثاق الأمم المتحدة والقانون الدولي الساري. وحسب توافر الموارد، ينبغي للدول أن تسهل الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية الأساسية في بلدان أخرى، أينما كان ذلك ممكنا وأن توفر المساعدة الضرورية عند الاقتضاء.^{٢٧}

وينبغي للدول الأطراف أن تضمن إيلاء الحق في الصحة الاهتمام الواجب في الاتفاقات الدولية، وتحقيقاً لهذه الغاية، ينبغي لها أن تنظر في وضع المزيد من الصكوك القانونية. وفيما يتصل بإبرام اتفاقات دولية أخرى، ينبغي للدول الأطراف اتخاذ الخطوات التي تكفل ألا تؤثر هذه الصكوك تأثيراً سلبياً على الحق في الصحة. وبالمثل، فإن الدول الأطراف ملزمة بضمان أن ما تتخذه من إجراءات كأعضاء في منظمات دولية تضع في الاعتبار المراعاة الواجبة للحق في الصحة. وبناء على ذلك، ينبغي للدول الأطراف الأعضاء في مؤسسات مالية دولية، وعلى وجه الخصوص في صندوق النقد الدولي، والبنك الدولي، والمصارف الإنمائية الإقليمية، أن تولي مزيداً من الاهتمام لحماية الحق في الصحة وذلك بالتأثير على سياسات الإقراض، واتفاقات الائتمان وفي التدابير الدولية لهذه المؤسسات.

٤٠- وتحمل الدول الأطراف مسؤولية مشتركة وفردية، وفقاً لميثاق الأمم المتحدة والقرارات ذات الصلة التي تتخذها الجمعية العامة للأمم المتحدة وجمعية الصحة العالمية، بالتعاون في تقديم الإغاثة في حالات الكوارث والمعونة الإنسانية في أوقات الطوارئ، بما في ذلك تقديم المساعدة إلى اللاجئين والمشردين داخلياً. وينبغي لكل دولة أن تسهم في هذه المهمة بأقصى قدراتها. وينبغي إعطاء الأولوية لأكثر الفئات ضعفاً أو تهميشاً من السكان لدى تقديم المساعدة الطبية الدولية، وتوزيع الموارد وإدارتها، مثل المياه الآمنة الصالحة للشرب، والأغذية واللوازم الطبية، والمعونات المالية. وعلاوة على ذلك، نظراً لأن بعض الأمراض تنتقل بسهولة إلى ما وراء حدود الدول، فإن المجتمع الدولي مسؤول بشكل جماعي عن معالجة هذه المشكلة. والدول الأطراف المتقدمة اقتصادياً تتحمل مسؤولية خاصة ولديها مصلحة خاصة في مساعدة الدول النامية الأشد فقراً في هذا الصدد.

٤١- وينبغي للدول الأطراف أن تمتنع في جميع الأوقات عن فرض حظر أو تدابير شبيهة تقيد إمداد دولة أخرى بالأدوية والمعدات الطبية الكافية. ولا ينبغي أبداً استخدام القيود على مثل هذه السلع كوسيلة للضغط السياسي والاقتصادي. وفي هذا الصدد، تذكر اللجنة بموقفها، الوارد في التعليق العام ٨، بشأن العلاقة بين العقوبات الاقتصادية واحترام الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

٤٢- ولئن كانت الدول وحدها هي الأطراف في العهد، وبالتالي فهي المسؤولة في نهاية المطاف عن الامتثال له، فإن جميع أعضاء المجتمع - الأفراد، بمن فيهم الموظفون الصحيون، والمجتمعات المحلية، والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية، ومنظمات المجتمع المدني، فضلاً عن قطاع الأعمال التجارية الخاصة - يتحملون مسؤوليات فيما يتعلق بإعمال الحق في الصحة. ومن ثم ينبغي للدول الأطراف أن تهيئ مناخاً يبسر الوفاء بهذه المسؤوليات.

الالتزامات الأساسية

٤٣- في التعليق العام رقم ٣، تؤكد اللجنة أن على الدول الأطراف التزاما أساسيا بالعمل، على أقل تقدير، على ضمان المستويات الأساسية الدنيا لكل حق من الحقوق المنصوص عليها في العهد، بما فيها الرعاية الصحية الأولية الأساسية. وإذا قرئ إعلان ألما - آتا مقترنا بصكوك أحدث عهدا، مثل برنامج عمل المؤتمر الدولي المعني بالسكان والتنمية،^{٢٨} يتبين أن هذا الإعلان يتضمن توجيهها إجباريا بشأن الالتزامات الأساسية الناشئة عن المادة ١٢. وبناء على ذلك، ترى اللجنة أن هذه الالتزامات الأساسية تشتمل على الأقل على الالتزامات التالية:

(أ) تأمين حق الاستفادة من المرافق الصحية والحصول على السلع والخدمات الصحية على أساس غير تمييزي، خصوصا للفئات الضعيفة والمهمشة؛

(ب) كفالة الحصول على الحد الأدنى الأساسي من الأغذية الذي يضمن الكفاية والسلامة من حيث التغذية، بغية تأمين التحرر من الجوع لكل الناس؛

(ج) كفالة الحصول على المأوى الأساسي، والسكن وخدمات الإصحاح، وإمدادات كافية من المياه النظيفة الصالحة للشرب؛

(د) توفير العقاقير الأساسية، على نحو ما تم تحديده من وقت إلى آخر في إطار برنامج عمل منظمة الصحة العالمية المتعلق بالعقاقير الأساسية؛

(هـ) تأمين التوزيع العادل لجميع المرافق والسلع والخدمات الصحية؛

(و) اعتماد وتنفيذ استراتيجية وخطة عمل وطنيتين للصحة العامة، إذا ظهرت أدلة على وجود أوبئة، بحيث تصديان للشواغل الصحية لجميع السكان، وينبغي تصميم الاستراتيجية وخطة العمل، واستعراضهما بشكل دوري، في سياق من المشاركة والشفافية، ويجب أن تشتملا على وسائل، مثل مؤشرات ومعالم الحق في الصحة، يمكن عن طريقها رصد التقدم رسدا دقيقا؛ وهذه العملية التي تصمم في سياقها الاستراتيجية وخطة العمل، فضلا عن محتواهما، ينبغي أن تولي اهتماما خاصا لجميع الفئات الضعيفة أو المهمشة.

٤٤- كما تؤكد اللجنة ما يلي كالتزامات ذات أولوية مماثلة:

(أ) كفالة الرعاية الصحية الإنجابية، والرعاية الصحية للأمومة (في أثناء الحمل وبعد الولادة) وللطفولة؛

(ب) توفير التحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسية التي تحدث في المجتمع؛

(ج) اتخاذ تدابير للوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة ومعالجتها ومكافحتها؛

(د) توفير التعليم وإتاحة الحصول على المعلومات المتعلقة بالمشاكل الصحية الرئيسية في المجتمع، بما في ذلك طرق الوقاية والمكافحة؛

(هـ) توفير التدريب الملائم للموظفين الصحيين، بما في ذلك التثقيف في مجال الصحة وحقوق الإنسان.

٤٥- وقطعا للشك باليقين، ترغب اللجنة في التشديد على أن هناك التزاما خاصا على الدول الأطراف

والجهات الفاعلة الأخرى التي يسمح لها وضعها بتقديم المساعدة بأن تقدم من "المساعدة والتعاون الدوليين،

لا سيما في المجال الاقتصادي والتقني،^{٢٩} ما يمكن البلدان النامية من الوفاء بالتزاماتها الأساسية والتزاماتها

الأخرى المشار إليها في الفقرتين ٤٣ و ٤٤ أعلاه.

٣- الانتهاكات

٤٦- عندما يطبق المحتوى المعياري للمادة ١٢ (الجزء الأول) على التزامات الدول الأطراف (الجزء الثاني)، تبدأ تشغيل عملية دينامية تسهل تحديد انتهاكات الحق في الصحة. وتقدم الفقرات التالية أمثلة على انتهاكات المادة ١٢.

٤٧- عند تحديد الفعل أو التقصير الذي يتساوى مع انتهاك للحق في الصحة، لا بد من التمييز بين عدم قدرة الدول الأطراف على الوفاء بالتزاماتها بموجب المادة ١٢ وعدم رغبتها في الوفاء بتلك الالتزامات. ويتضح ذلك من المادة ١٢-١، التي تشير إلى أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ويتضح أيضا من المادة ٢-١ من العهد، التي تلزم كل دولة طرف باتخاذ الخطوات اللازمة في حدود أقصى ما تسمح به مواردها المتاحة. إن الدولة التي تتعاس عن استخدام أقصى مواردها المتاحة لإعمال الحق في الصحة تنتهك بذلك التزاماتها بموجب المادة ١٢. وإذا حالت قلة الموارد دون أن تفي الدولة بكامل التزاماتها بموجب العهد، فإنه يقع على كاهلها عبء إثبات أنها بذلت مع ذلك كل الجهود الممكنة لاستخدام كل الموارد المتاحة تحت تصرفها من أجل الوفاء، على سبيل الأولوية، بالالتزامات الموضحة أعلاه. غير أنه ينبغي التشديد على أنه لا يمكن لأي دولة طرف، أيا كانت الظروف، أن تبرر عدم وفائها بالالتزامات الأساسية المنصوص عليها في الفقرة ٤٣ أعلاه، وهي التزامات غير قابلة للانتقاص منها.

٤٨- ويمكن أن تحدث انتهاكات للحق في الصحة من خلال إجراء مباشر تقوم به الدول أو جهات أخرى غير منظمة تنظيميا كافيا من جانب الدولة. كما أن اعتماد أي تدابير تراجعية تخالف الالتزامات الأساسية بموجب الحق في الصحة، والموضحة في الفقرة ٤٣ أعلاه، يشكل انتهاكا للحق في الصحة. وتشمل الانتهاكات بالفعل الإلغاء أو التعليق الرسمي لتشريع ضروري لمواصلة التمتع بالحق في الصحة أو اعتماد تشريع أو سياسات تخالف بوضوح التزامات قانونية محلية أو دولية قائمة من قبل وتتصل بالحق في الصحة.

٤٩- ويمكن أيضا أن تحدث انتهاكات للحق في الصحة من خلال تقصير الدول في اتخاذ التدابير اللازمة الناشئة عن الالتزامات القانونية أو عدم اتخاذها. وتشمل الانتهاكات بالفعل عدم اتخاذ الخطوات اللازمة صوب الإعمال الكامل لحق الجميع في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه، وعدم وجود سياسة وطنية بشأن السلامة والصحة المهنيين فضلا عن الخدمات الصحية المهنية، وعدم إنفاذ القوانين ذات الصلة.

انتهاكات الالتزام بالاحترام

٥٠- انتهاكات الالتزام بالاحترام هي إجراءات الدولة أو سياساتها أو قوانينها التي تخالف المعايير الواردة في المادة ١٢ من العهد والتي ينتج عنها في أغلب الظن ضرر بدني، وأمراض ووفيات كان من الممكن

تجنبها. وتشمل الأمثلة الحرمان من الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية لأفراد أو فئات معينة نتيجة لتمييز بحكم القانون أو بحكم الواقع: الاحتجاز المتعمد أو سوء عرض المعلومات ذات الأهمية الحيوية لحماية الصحة أو العلاج؛ تعليق التشريع أو اعتماد قوانين أو سياسات تعوق التمتع بأي مكون من مكونات الحق في الصحة؛ وعدم أخذ الدولة في اعتبارها التزاماتها القانونية فيما يتعلق بالحق في الصحة عند الدخول في اتفاقات ثنائية أو متعددة الأطراف مع دول أخرى، ومنظمات دولية وكيانات أخرى، مثل الشركات المتعددة الجنسيات.

انتهاكات الالتزام بالحماية

٥١- تنشأ انتهاكات الالتزام بالحماية من عدم اتخاذ الدولة كل التدابير اللازمة لحماية الأشخاص الخاضعين لولايتها من انتهاك حقهم في الصحة من جانب أطراف ثالثة. وتتضمن هذه الفئة أمثلة من التقصير مثل عدم تنظيم أنشطة الأفراد أو المجموعات أو الشركات لمنعها من انتهاك حق الآخرين في الصحة؛ وعدم حماية المستهلكين والعاملين من ممارسات ضارة بالصحة، من جانب أصحاب العمل ومنتجي الأدوية أو الأغذية مثلاً، وعدم العمل على منع إنتاج وتسويق واستهلاك التبغ، والمخدرات وغيرها من المواد الضارة؛ وعدم حماية النساء من العنف أو ملاحقة مرتكبي العنف؛ وعدم محاربة الممارسة المتواصلة للتقاليد الطبية أو الثقافية المتوارثة الضارة؛ وعدم سن أو إنفاذ قوانين لمنع تلوث المياه، والهواء والتربة من جراء الصناعات الاستخراجية والتحويلية.

انتهاكات الالتزام بالأداء

٥٢- تحدث انتهاكات الالتزام بالأداء من جراء عدم اتخاذ الدول الأطراف التدابير اللازمة لكفالة أعمال الحق في الصحة. وتشمل الأمثلة على ذلك عدم اعتماد أو تنفيذ سياسة وطنية للصحة مصممة لكفالة حق الجميع في الصحة؛ قلة المصروفات أو سوء توزيع الموارد على نحو ينتج عنه عدم تمتع أفراد أو فئات، لا سيما الفئات الضعيفة أو المهمشة بالحق في الصحة؛ وعدم رصد أعمال الحق في الصحة على المستوى الوطني، عن طريق تحديد مؤشرات ومعالم الحق في الصحة مثلاً؛ وعدم اتخاذ تدابير للحد من عدم الإنصاف في توزيع المرافق والسلع والخدمات الصحية؛ وعدم اعتماد نهج يراعي منظور الجنسين إزاء الصحة؛ وعدم تخفيض معدلات وفيات الرضع والأمومة.

٤- التنفيذ على المستوى الوطني

التشريع الإطاري

٥٣- تختلف أنسب التدابير لتنفيذ الحق في الصحة اختلافاً واسعاً من دولة إلى أخرى. ولكل دولة هامش استتسابي في تقدير أنسب التدابير لظروفها المحددة. غير أن العهد، يفرض بوضوح على كل دولة واجب اتخاذ أي تدابير لازمة لضمان تمكين الجميع من الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية لكي يتمتعوا، في أقرب وقت ممكن، بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه. وهذا يتطلب

اعتماد استراتيجية وطنية لكفالة تمتع الجميع بالحق في الصحة، استنادا إلى مبادئ حقوق الإنسان التي تحدد أهداف هذه الاستراتيجية، وصياغة سياسات وما يقابلها من مؤشرات ومعالم خاصة بالحق في الصحة. كما ينبغي أيضا للاستراتيجية الوطنية للصحة أن تحدد الموارد المتاحة لبلوغ الأهداف المقررة، فضلا عن أجدى وسيلة اقتصادية لاستخدام هذه الموارد.

٥٤- وينبغي لصياغة وتنفيذ الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية للصحة أن يحترما، ضمن جملة أمور، مبدئي عدم التمييز والمشاركة الشعبية. ويجب، بشكل خاص، أن يكون حق الأفراد والجماعات في المشاركة في عمليات صنع القرارات التي قد تؤثر على تمتعهم مكونا لا غنى عنه لأي سياسة أو برامج أو استراتيجية يتم وضعها للوفاء بالالتزامات الحكومية بموجب المادة ١٢. ويجب العمل على تعزيز الصحة بمشاركة فعالة من المجتمع في تقرير الأولويات واتخاذ القرارات والتخطيط والتنفيذ وتقييم الاستراتيجيات الرامية إلى تحسين الصحة. ولا يمكن كفالة تقديم الخدمات الصحية بصورة فعالة إلا إذا سمحت الدول بالمشاركة الشعبية.

٥٥- وينبغي أيضا للاستراتيجية وخطة العمل الوطنيتين في مجال الصحة أن تستندا إلى مبادئ المساءلة والشفافية واستقلال السلطة القضائية، ذلك أن الحكم السليم أساسي للإعمال الفعال لجميع حقوق الإنسان، بما في ذلك إعمال الحق في الصحة. ومن أجل تهيئة مناخ مؤات لإعمال هذا الحق، ينبغي للدول الأطراف أن تتخذ خطوات ملائمة لضمان وعي قطاع الأعمال التجارية الخاص والمجتمع المدني ومراعاتهما لأهمية الحق في الصحة في تأدية أنشطتهما.

٥٦- وينبغي للدول الأطراف أن تنظر في اعتماد قانون إداري لوضع استراتيجيتها الوطنية المتعلقة بالحق في الصحة موضع التطبيق. وينبغي لهذا القانون الإداري أن ينشئ آليات لرصد تنفيذ استراتيجيات وخطط عمل الصحة الوطنية. كما ينبغي أن يتضمن أحكاما بشأن الأهداف المراد تحقيقها والإطار الزمني لتحقيقها؛ والوسائل التي تمكن من بلوغ معالم الحق في الصحة؛ والتعاون المعترف مع المجتمع المدني، الذي يشمل الخبراء في مجال الصحة، والقطاع الخاص والمنظمات الدولية؛ والمسؤولية المؤسسية عن تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل الوطنيتين للصحة؛ وإجراءات التماس العون المحتملة. وعند رصد التقدم صوب إعمال الحق في الصحة، ينبغي للدول الأطراف أن تحدد العوامل والصعوبات التي تؤثر على تنفيذها لالتزاماتها.

المعايير والمؤشرات المتعلقة بالحق في الصحة

٥٧- ينبغي للاستراتيجيات الوطنية للصحة أن تحدد مؤشرات ومعايير مناسبة بشأن الحق في الصحة. وينبغي تصميم المؤشرات على نحو يجعلها ترصد التزامات الدول الأطراف، بموجب المادة ١٢، على المستويين الوطني والدولي. ويمكن للدول أن تسترشد، فيما يتعلق بالمؤشرات الملائمة للحق في الصحة،

والتي ينبغي أن تتناول شتى جوانب الحق في الصحة، بالعمل الجاري في منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة في هذا الشأن. وتتطلب مؤشرات الحق في الصحة بيانا تفصيليا للأسباب المحظورة للتمييز.

٥٨- وبعد تحديد المؤشرات الملائمة للحق في الصحة، تُدعى الدول الأطراف إلى وضع معايير وطنية ملائمة تتصل بكل مؤشر من المؤشرات. وأثناء عملية إعداد التقارير الدورية ستدخل اللجنة في عملية تدقيق مع الدولة الطرف. ويشمل التدقيق النظر على نحو مشترك بين الدولة الطرف واللجنة في المؤشرات وفي المعالم الوطنية التي ستحدد الأهداف المراد تحقيقها أثناء الفترة التي سيتناولها التقرير المقبل. وفي الخمس سنوات التالية، تستعين الدولة الطرف بهذه المعايير الوطنية في رصد تنفيذها للمادة ١٢. وبعد ذلك، في عملية إعداد التقرير اللاحقة، تنتظر الدولة الطرف واللجنة فيما إذا كانت هذه المعايير قد تحققت أم لا، وفي أسباب أي صعوبات تكون قد واجهتها.

وسائل الانتصاف والمساءلة

٥٩- ينبغي أن تتوفر لضحايا انتهاك الحق في الصحة سواء أكانوا أفرادا أم جماعات، إمكانية الوصول إلى وسائل الانتصاف القضائية الفعالة أو أي وسائل انتصاف أخرى على كل من المستويين الوطني والدولي.^{٣٠} وينبغي أن يكون من حق جميع الضحايا الذين تعرضوا لمثل هذه الانتهاكات أن يحصلوا على تعويض مناسب، يمكن أن يأخذ شكل العودة إلى وضع سابق، أو التعويض، أو الترضية أو ضمانات بعدم التكرار. وينبغي أن يتصدى أمناء مظالم ولجان لحقوق الإنسان، أو جمعيات حماية المستهلكين أو جمعيات لحقوق المرضى أو مؤسسات مماثلة على المستوى الوطني لما يقع من انتهاكات للحق في الصحة.

٦٠- ومن شأن إدماج الصكوك الدولية التي تعترف بالحق في الصحة في القانون المحلي أن يؤدي إلى توسيع نطاق وفعالية تدابير الانتصاف ومن ثم ينبغي تشجيعها في جميع الحالات.^{٣١} فهذا الدمج يمكن المحاكم من الفصل في انتهاكات الحق في الصحة إلى حد كبير، أو على الأقل إلى زيادة الالتزامات الأساسية المترتبة عليه، بالاحتكام المباشر إلى العهد.

٦١- وينبغي للدولة الطرف أن تشجع القضاة وممارسي المهن القانونية على إيلاء مزيد من الاهتمام لانتهاكات الحق في الصحة لدى ممارستهم لمهام وظائفهم.

٦٢- وينبغي للدول الأطراف أن تحترم نشاط المدافعين عن حقوق الإنسان وغيرهم من أعضاء المجتمع المدني في سبيل مساعدة الفئات الضعيفة أو المهمشة على إعمال حقها في الصحة وأن تحمي هذا النشاط وتيسره وتعززه.

٥- التزامات الجهات الفاعلة غير الدول الأطراف

٦٣- إن لدور وكالات وبرامج الأمم المتحدة، وخاصة الوظيفة الرئيسية المسندة إلى منظمة الصحة العالمية في إعمال الحق في الصحة على المستويات الدولية والإقليمية والقطرية، أهمية خاصة، مثل دور اليونيسيف فيما يتصل بحق الطفل في الصحة. وينبغي للدول الأطراف، عند صياغتها وتنفيذها لاستراتيجيتها الوطنية الخاصة بالحق في الصحة، أن تستفيد من المساعدة والتعاون التقنيين اللذين تقدمهما منظمة الصحة العالمية. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي للدول الأطراف، عند إعدادها لتقاريرها، أن تستغل المعلومات الغزيرة والخدمات الاستشارية لمنظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بجمع البيانات، وتفصيلها وفي وضع مؤشرات ومعالم الحق في الصحة.

٦٤- وعلاوة على ذلك، ينبغي مواصلة بذل جهود متضافرة في سبيل إعمال الحق في الصحة بغية تعزيز التفاعل بين جميع الجهات الفاعلة المعنية، بما فيها مختلف عناصر المجتمع المدني. وبموجب المادتين ٢٢ و ٢٣ من العهد، ينبغي لكل من منظمة الصحة العالمية، ومنظمة العمل الدولية، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، واليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، والمصارف الإنمائية الإقليمية، وصندوق النقد الدولي، ومنظمة التجارة العالمية، والهيئات ذات الصلة الأخرى داخل منظومة الأمم المتحدة، أن يتعاون على نحو فعال مع الدول الأطراف، بالاعتماد على خبرته، في مجال تنفيذ الحق في الصحة على المستوى الوطني، مع إيلاء الاعتبار الواجب للولاية الفردية لكل من هذه المنظمات. وبوجه خاص، ينبغي للمؤسسات المالية الدولية، لا سيما البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، أن تولي اهتماما كبيرا لحماية الحق في الصحة في سياساتها الإقراضية، واتفاقاتها الائتمانية، وبرامجها المتعلقة بالتكيف الهيكلي. وعند النظر في تقارير الدول الأطراف وقدرتها على الوفاء بالتزامات بموجب المادة ١٢، ستنتظر اللجنة في أثر المساعدة المقدمة من جميع العناصر الفاعلة. ومن شأن قيام الوكالات المتخصصة والبرامج والهيئات التابعة للأمم المتحدة باعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان أن ييسر إلى حد بعيد إعمال الحق في الصحة. وستقوم اللجنة أيضا أثناء النظر في تقارير الدول الأطراف بدراسة دور الجمعيات المهنية الصحية وغيرها من المنظمات غير الحكومية فيما يتعلق بالتزامات الدول بموجب المادة ١٢.

٦٥- ويتسم دور كل من منظمة الصحة العالمية، ومفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، ولجنة الصليب الأحمر الدولية/ الهلال الأحمر واليونيسيف، فضلا عن المنظمات غير الحكومية والجمعيات الطبية الوطنية، بأهمية خاصة فيما يتعلق بالإغاثة في حالات الكوارث والمساعدة الإنسانية في أوقات الطوارئ، بما في ذلك تقديم المساعدة إلى اللاجئين والمشردين داخليا. وينبغي إعطاء الأولوية في تقديم المساعدة الطبية الدولية، وتوزيع الموارد وإدارتها، مثل المياه النظيفة الصالحة للشرب، والأغذية والإمدادات الطبية والمعونات المالية إلى أضعف المجموعات السكانية وأشدّها تعرضا للتهميش.

* وثيقة الأمم المتحدة .

١- على سبيل المثال، يجوز قانونياً إنفاذ مبدأ عدم التمييز فيما يتعلق بالمرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في العديد من الولايات القضائية الوطنية.

٢- في قرارها ١١/١٩٨٩.

٣- إن المبادئ المتعلقة بحماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ١٩٩١ (القرار ٤٦/١١٩) والتعليق العام للجنة رقم ٥ بشأن المعوقين، ينطبقان على الأشخاص المصابين بمرض عقلي؛ ويرد في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المعقود في القاهرة في عام ١٩٩٤، وكذلك في إعلان وبرنامج عمل المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة المعقود في بيجين في عام ١٩٩٥، تعريف للصحة الإيجابية ولصحة المرأة على التوالي.

٤- المادة ٣ المشتركة بين اتفاقيات جنيف بشأن حماية ضحايا الحرب (١٩٤٩)؛ والبروتوكول الإضافي الأول (١٩٧٧) المتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة الدولية، المادة ٧٥ (٢) (أ)؛ والبروتوكول الإضافي الثاني (١٩٧٧) المتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة غير الدولية، المادة ٤ (أ).

٥- انظر القائمة النموذجية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العقاقير الأساسية، المنقحة في كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩، المعلومات الدوائية لمنظمة الصحة العالمية، المجلد ١٣، رقم ٤، ١٩٩٩.

٦- تشمل أي إشارة في هذا التعليق العام إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة المقومات الأساسية للصحة الموجزة في الفقرتين ١١ و ١٢ (أ) من هذا التعليق العام، ما لم يرد نص صريح بخلاف ذلك.

٧- انظر الفقرتين ١٨ و ١٩ من هذا التعليق العام.

٨- انظر المادة ١٩-٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية. ويركز هذا التعليق العام بشكل خاص على إمكانية الوصول إلى المعلومات بسبب أهمية هذه المسألة الخاصة فيما يتعلق بالصحة.

٩- في الأدبيات والممارسات المتعلقة بالحق في الصحة، كثيراً ما ترد الإشارة إلى ثلاثة مستويات من الرعاية الصحية هي: الرعاية الصحية الأولية التي تتناول عادة الأمراض الشائعة والبسيطة نسبياً ويقدمها موظفون صحيون و/أو أطباء مدربين تدريباً عاماً يعملون داخل المجتمع المحلي وبتكلفة منخفضة نسبياً؛ والرعاية الصحية الثانوية التي تقدم في المراكز، وهي مستشفيات عادة، وتتناول بصورة عامة الأمراض الشائعة البسيطة أو الخطيرة نسبياً التي لا يمكن علاجها على صعيد المجتمع المحلي، وتستخدم موظفين صحيين وأطباء مدربين على تخصصات محددة، ومعدات خاصة، وتقدم الرعاية للمرضى الداخليين أحياناً بتكلفة مرتفعة مقارنة مع الرعاية الأولية؛ والرعاية الصحية من المرتبة الثالثة التي تقدم في عدد ضئيل نسبياً من المراكز، وتتناول عادة عدداً صغيراً من الأمراض البسيطة أو الخطيرة التي تتطلب موظفين صحيين وأطباء مدربين على تخصصات محددة ومعدات خاصة، وغالباً ما تكون باهظة التكلفة نسبياً. ونظراً إلى أن أنواع الرعاية الصحية الأولية والثانوية ومن المرتبة الثالثة كثيراً ما تتداخل وغالباً ما تتفاعل،

فإن هذا التصنيف لا يقدم دائماً المعايير الكافية للتفرقة بينها على نحو يساعد على تحديد مستويات الرعاية الصحية التي يجب أن تقدمها الدول الأطراف، وبالتالي يكون الإسهام المقدم محدوداً فيما يتعلق بالفهم المعياري للمادة ١٢.

١٠- وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، لم يعد معدل المواليد الموتى يستخدم بشكل عام، وحل محله معدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة.

١١- يشير مصطلح "السابق للولادة" ما يوجد أو يحدث قبل الولادة؛ ويشير مصطلح "ما حول الولادة" إلى الفترة الوجيزة قبل الولادة وبعدها (وفقاً للإحصاءات الطبية تبدأ هذه الفترة عند إتمام ٢٨ أسبوعاً من بداية الحمل ويتراوح تعريف نهايتها ما بين الأسبوع الأول والرابع بعد الولادة)؛ أما مصطلح "الوليدي"، فيغطي الفترة المرتبطة بأول أربعة أسابيع بعد الولادة؛ ويشير مصطلح "ما بعد الولادة" إلى ما يحدث بعد الولادة. ويقتصر هذا التعليق العام على استخدام المصطلحين العامين "ما قبل الولادة" و"ما بعد الولادة".

١٢- تعني الصحة الإنجابية أن يتمتع النساء والرجال بحرية اختيار الإنجاب كلما أرادوا، وتشمل الحق في معرفة الوسائل الآمنة والفعالة والمقبولة والميسورة مالياً لتنظيم الأسرة والوصول إلى هذه الوسائل وفقاً لاختيارهم، فضلاً عن الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي ستمكّن النساء، على سبيل المثال، من إتمام فترة الحمل والولادة بسلامة.

١٣- وتحيط اللجنة علماً في هذا الصدد بالمبدأ ١ من إعلان ستكهولم لعام ١٩٧٢ الذي ينص على ما يلي: "يتمتع الفرد بالحق الأساسي في الحرية، والمساواة، وظروف معيشية مناسبة، وفي بيئة ذات نوعية تسمح بالعيش في كرامة ورفاه"، كما تحيط علماً بالتطورات الأخيرة في القانون الدولي، بما في ذلك قرار الجمعية العامة ٩٤/٤٥ بشأن ضرورة ضمان وجود بيئة صحية من أجل رفاه الأفراد؛ والمبدأ ١ من إعلان ريو؛ وذكور حقوق الإنسان الإقليمية مثل المادة ١٠ من بروتوكول سان سلفادور الملحق بالاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان.

١٤- اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٥٥، المادة ٤-٢.

١٥- انظر الفقرة ١٢ (ب) والحاشية ٨ أعلاه.

١٦- للاطلاع على الالتزامات الرئيسية، انظر الفقرتين ٤٣ و ٤٤ من هذا التعليق العام.

١٧- المادة ٢٤ (١) من اتفاقية حقوق الطفل.

١٨- انظر قرار جمعية الصحة العالمية ٤٧ - ١٠ لعام ١٩٩٤ والمعنون "صحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة: الممارسات التقليدية الضارة بصحة الأم والطفل".

١٩- تشمل القواعد الدولية الناشئة الأخيرة المتصلة بالشعوب الأصلية اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٦٩ بشأن الشعوب الأصلية والقبلية في البلدان المستقلة (١٩٨٩)؛ والمادتين ٢٩ (ج) و (د) و ٣٠ من اتفاقية حقوق الطفل (١٩٨٩)؛ والمادة ٨ (ي) من الاتفاقية المتعلقة بالتنوع البيولوجي (١٩٩٢)، التي توصي الدول باحترام معارف وابتكارات وممارسات مجتمعات السكان الأصليين وصونها والمحافظة عليها، وجدول أعمال القرن ٢١ التابع لمؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية (١٩٩٢)، خاصة الفصل ٢٦؛ والفقرة ٢٠ من الجزء الأول من إعلان وبرنامج عمل فيينا (١٩٩٣)، التي تنص على ضرورة أن

تتخذ الدول خطوات إيجابية منسقة من أجل كفالة احترام جميع حقوق الإنسان للشعوب الأصلية على أساس عدم التمييز. وانظر أيضاً ديباجة الاتفاقية الإطارية للأمم المتحدة المتعلقة بتغير المناخ (١٩٩٢) والمادة ٣ منها؛ والمادة ١٠ (٢) (هـ) من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة التصحر في البلدان التي تعاني من الجفاف الشديد و/أو من التصحر، وبخاصة في أفريقيا (١٩٩٤). وخلال السنوات الأخيرة، قام عدد متزايد من الدول بتعديل دساتيرها والأخذ بتشريعات تعترف بالحقوق الخاصة بالشعوب الأصلية.

٢٠- انظر التعليق العام رقم ١٣، الفقرة ٤٣.

٢١- انظر التعليق العام رقم ٣، الفقرة ٩؛ والتعليق العام رقم ١٣، الفقرة ٤٤.

٢٢- انظر التعليق العام رقم ٣، الفقرة ٩؛ والتعليق العام رقم ١٣، الفقرة ٤٥.

٢٣- وفقاً للتعليقين العاملين رقمي ١٢ و ١٣، يشتمل الالتزام بالتحقيق على التزام بالتسهيل والتزام بالتوفير. وفي هذا التعليق العام، يشتمل الالتزام بالأداء أيضاً على التزام بالتعزيز نظراً للأهمية البالغة لتعزيز الصحة في عمل منظمة الصحة العالمية وغيرها.

٢٤- قرار الجمعية العامة ١١٩/٤٦ (١٩٩١).

٢٥ عناصر مثل هذه السياسة هي التعرف والتحديد والترخيص والمكافحة فيما يتعلق بالمواد والمعدات والعوامل وعمليات العمل الخطيرة؛ توفير المعلومات الصحية للعاملين، وتوفير ملابس ومعدات وقائية مناسبة إذا دعت الحاجة إليها؛ وإنفاذ القوانين واللوائح من خلال التفتيش الكافي؛ وشرط الإبلاغ بالحوادث والأمراض المهنية، وإجراء تحقيقات في الحوادث والأمراض الخطيرة وإعداد إحصاءات سنوية؛ وحماية العمال وممثلهم من التدابير التأديبية التي تتخذ ضدهم بسبب إجراءات سليمة اتخذوها وفقاً لهذه السياسة؛ وتوفير خدمات صحية مهنية لها وظائف وقائية أساساً. انظر اتفاقية منظمة العمل الدولية بشأن السلامة والصحة المهنية، ١٩٨١ (رقم ١٥٥)، والاتفاقية بشأن خدمات الصحة المهنية، ١٩٨٥ (رقم ١٦١).

٢٦- المادة الثانية من إعلان ألما - آتا، تقرير المؤتمر الدولي المعني بالرعاية الصحية الأولية، ٦-١٢ أيلول/سبتمبر ١٩٧٨، في: منظمة الصحة العالمية، "سلسلة الصحة للجميع"، رقم ١ منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٧٨.

٢٧ انظر الفقرة ٤٥ من هذا التعليق العام.

٢٨- تقرير المؤتمر الدولي المعني بالسكان والتنمية، القاهرة، ٥-١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.18.XIII.95)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق، الفصلان السابع والثامن.

٢٩- العهد، المادة ٢-١.

٣٠- بصرف النظر عما إذا كان يمكن للفئات بصفتها هذه أن تسعى للانتصاف بوصفها صاحبة حقوق مميزة، فإن الدول الأطراف ملزمة بالمادة ١٢ بكل من البعدين الجماعي والفردى. والحقوق الجماعية لها أهمية كبيرة في ميدان الصحة؛ والسياسة الحديثة للصحة العامة تعتمد بشدة على الحماية والتشجيع وهما نهجان موجهان أساساً إلى الجماعات.

٣١- انظر التعليق العام رقم ٢، الفقرة ٩.