

Distr.  
GENERAL

# الجمعية العامة



A/CONF.157/PC/61/Add.8  
29 March 1993  
ARABIC  
Original : ENGLISH

## المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان

اللجنة التحضيرية

الدورة الرابعة

جنيف ، ٣٠-١٩ نيسان / ابريل ١٩٩٣

البند ٥ من جدول الأعمال المؤقت

## حالة إعداد المنشورات والدراسات والوثائق الخامسة بالمؤتمر العالمي

إضافة

مساهمة من منظمة الصحة العالمية

١ - يوجه نظر اللجنة التحضيرية إلى التقرير المرفق المقدم من منظمة الصحة العالمية كمساهمة منها بعنوان "الصحة كحق أساس من حقوق الإنسان وكمطلب اجتماعي عالمي النطاق" . وفي الجزء الأول من هذه الوثيقة تعرّف منظمة الصحة العالمية وجهة نظرها حول تنفيذ العهدين الدوليين الخاصين بحقوق الإنسان ، وفي الجزء الثاني توضح ، من خلال مسلسلة أمثلة لأنشطة التي تقوم بها مختلف برامجها الفنية ، المبادئ الواردة مناقشتها في الجزء الأول ، وتغطي هذه الورقات الموضوعية المجالات التالية:

- ١ - حقوق المرضى ،
- ٢ - حقوق الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين عناءة بالصحة العقلية ،
- ٣ - حقوق الطفل ،

- ٣-
- ٤ - حقوق المسنين ؛
  - ٥ - حقوق المعاوقين ؛
  - ٦ - جوانب حقوق الإنسان فيما يتعلق بفيروس الإيدز وبالإيدز ؛
  - ٧ - حقوق المجموعات الضعيفة والشعوب الأهلية ؛
  - ٨ - الوضع الصحي في أقل البلدان نموا ؛
  - ٩ - دور التشريعات الصحية ؛
  - ١٠ - المساعدة الإنسانية الصحية في حالات الطوارئ وحقوق السكان النازحين ؛
  - ١١ - الإنماض في الرعاية الصحية .
- ٢ - وبالإضافة إلى ذلك قدمت منظمة الصحة العالمية ، للعلم ، ثلاث وثائق<sup>\*</sup> تتعلق بمسائل حقوق الإنسان: (أ) التقرير الختامي للمؤتمر الدولي المعني بالتنفيذ المشترك بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للغذية والزراعة (روما ، كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٣) ، الذي يتضمن الإعلان وخطة العمل العالميين للتنفيذ ؛ (ب) تقرير بعنوان "الأبعاد الصحية للإصلاح الاقتصادي" ، تم إعداده للندوة الدولية حول الصحة: شروط للتنمية الاقتصادية (اكرا ، ٦-٤ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١) ؛ (ج) تقرير بعنوان "نداء لعمل جديد في مجال الصحة العامة" ، وهو تقرير مؤتمر قمة سايتاما المعني بالصحة العامة ، الذي نظمته منظمة الصحة العالمية وحكومة مقاطعة سايتاما بمدينة أوميما (مقاطعة سايتاما ، اليابان ، ٢٠-١٧ أيلول/سبتمبر ١٩٩١) ، والذي يتضمن إعلان سايتاما .

---

\* هذه الوثائق الصادرة باللغات الإسبانية والإنكليزية والفرنسية متاحة للاطلاع بملفات أمانة المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان .

الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان وكهدف اجتماعي عالمي النطاق

الجزء الأول

١ - غرض هذا التقرير هو تزويد مركز الأمم المتحدة لحقوق الإنسان بإسهام في الدراسات والتوصيات كوثائق معلومات أساسية لمؤتمر حقوق الإنسان المقبل . وهو يبدأ بعرض وجهة نظر منظمة الصحة العالمية حول تنفيذ العهدين الدوليين الخامسين بحقوق الإنسان ثم يوفر مزيداً من الأفكار حول حقوق وسائل محددة مما تعالجه برامجها . وللمنظمة ولاية دستورية للعمل كسلطة توجيهية وتنسيقية معنية بالعمل الصحي الدولي ، من أجل إحداث تحسن مطرد في حالة الصحة العامة وفي المركز الصحي لكافة الشعوب . وهذا الاهتمام المركزي بأهداف الصحة العامة وتوفير الخدمات الطبية قد مكّن منظمة الصحة العالمية من إبقاء الاهتمام بحقوق الإنسان جزءاً لا يتجزأ من استراتيجياتها وسياساتها وبرامجها عموماً .

١ - حق الجميع في الصحة

٢ - إن دستور منظمة الصحة العالمية ، الذي اعتمد في عام ١٩٤٦ ، لا يقتصر وحسب على تعريف الصحة بأنها "حالة من اكتمال الصحة بدنيا وعقلياً واجتماعياً ، لا مجرد انعدام المرض أو العجز" ، وإنما يؤكد أيضاً أن "ال人群中 يتأثر مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان ، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية" . وبعد ذلك بعامين أعاد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ، الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ١٩٤٨ ، في المادة ١١٢٥ تأكيد أنه "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته ، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والرعاية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية" .

٣ - وفي ١٥ مايو ١٩٧٧ اتخذت جمعية الصحة العالمية قرارها ج ٤٣-٣٠ الذي قررت فيه أن يكون الهدف الاجتماعي الرئيسي للحكومات وللمنظمة خلال العقددين القادمين هو أن يبلغ جميع مواطني العالم بحلول عام ٢٠٠٠ مستوى من الصحة يسمح لهم بأن يعيشوا حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً . وفي عام ١٩٧٩ لم يقتصر قرار جمعية الصحة العالمية ج ٤٣-٣٢ على تأييد تقرير وإعلان المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية الذي عقد باللما آتا في عام ١٩٧٨ ، وإنما دعا أيضاً الدول الأعضاء إلى مياغة سياسات واستراتيجيات وخطط عمل وطنية على أساس الرعاية الصحية الأولية من أجل بلوغ هدف توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ .

٤ - وهدف توفير الصحة للجميع ، وكذلك الاستراتيجية الأساسية لتوفير الرعاية الصحية الأولية ، لا يزال ماريين ولكن الأمر يحتاج إلى أوجبة جديدة في عالم يتميز بسرعة تغير الظروف السياسية والديمografية والاجتماعية - الاقتصادية ، وبمواء أسلوب العيش وأنماط السلوك ، مما يرغم البشرية على مواجهة مخاطر صحية ، قديمة وجديدة . وقد أدى ذلك بالمدير العام للمنظمة ، الدكتور هiroshi Nakagima ، إلى استنباط نموذج جديد للعمل في مجال الصحة العامة بقصد التعجيل بتوفير الصحة بالنسبة لجميع الدول الأعضاء ومن ثم توفير الصحة لكافة الناس في العالم في جميع أطوار دورات حياتهم . ومن خلال تحليل الوضع الصحي العالمي وما يتصل بذلك من مسائل عملية تم تحديد بعض المشاغل الرئيسية التي سيكون على المجتمع الصحي الدولي مواجهتها في القرن الحادي والعشرين . وهذه المشاغل تتعلق بشكل خاص باحترام حقوق الإنسان ، ولا سيما حق المحرومين في الصحة والتنمية الاجتماعية ، والوصول إلى الرعاية على نطاق عالمي ، وتشجيع السلوك وأسلوب العيش الصحي ، بما في ذلك التغذية ، واستخدام السياسة العامة للتاثير على البيئة الاجتماعية والاقتصادية والمالية وتحديد كلها ، وتمكين الأفراد والمجتمعات من القيام بخيارات إيجابية بالنسبة للصحة .

٥ - وقد أدت التغيرات السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي جرت إلى ادراك أن الصحة والتنمية الاقتصادية لا ينفصمان وأن التنمية لا معنى لها بدون توسيع خيارات الناس ، علما بأن الخيارات الأساسية هي تلك التي تسمح للناس بأن يُعمروا ويعيشوا حياة صحية ، وأن يكتسبوا المعرفة ويملوا إلى الموارد اللازمة لمستوى معيشة لائق . ولتحقيق مثل هذه التنمية من الضروري ، كما أكد ذلك المدير العام ، إيلاء المزيد من العناية لمسائل حقوق الأفراد والمجتمعات المحلية ، التي هي مؤشرات تدل على احتياجات الإنسان وتطور الصحة وتوعية الحياة ، واستخدام الموارد من أجل تطوير الصحة والرقي بالإنسان عموما .

٦ - والصحة لم تفقد شيئاً من أهميتها كشرط أساسى لرفاهية الإنسان ونموه ولكن هدف توفير الصحة للجميع يتطلب توخي نهج شامل يتضمن كافة القطاعات ذات العلاقة بوجود الإنسان ، بما في ذلك البيئة المادية أو الاجتماعية . ولا يمكن أن تتحقق الصحة بوصفها حقاً أساسياً من حقوق الإنسان (وكمشرط لنمو الإنسان) بدون إيلاء الاهتمام المناسب للبيئة التي تتفاعل معها باستمرار ، مثل البيئة الاجتماعية أو السياسية أو الاقتصادية أو المادية ، بما في ذلك بطبعية الحال الطبيعية بما لها من موارد محدودة .

٧ - ومن الأمثلة الحديثة لصياغة منظمة الصحة العالمية إلى توفير القيادة والتوجيه في تأمين ظروف المعيشة الصحية والتنمية الصحية المستدامة على المستويين الفردي والجماعي القرار رقم ٣٩-٢٢ (١٩٨٦) بشأن التعاون بين القطاعات في الاستراتيجيات

الوطنية لتوفير الصحة للجميع ؛ ومبادرة أكرا للصحة التي اعتمدت في "الندوة الدولية للصحة: شروط التنمية الاقتصادية - كسر حلقة الفقر والجور" ؛ والتقرير الذي أعدته لجنة الصحة والبيئة التابعة لمنظمة الصحة العالمية لمؤتمر الأمم المتحدة المعنى بالبيئة والتنمية (ريو دي جانيرو ، ١ - ١٢ حزيران/يونيه ١٩٩٣) ؛ والمناقشات الفنية التي دارت أثناء جمعية الصحة العالمية الرابعة والأربعين في عام ١٩٩١ بشأن استراتيجيات توفير الصحة للجميع في خلفية التحضر السريع . وهذه النشطة وغيرها مكونات أساسية لحماية الصحة وتعزيزها ، وهذا مفهوم يشتمل على حقيقة أنشطة مختلفة تعزز الصحة بأكبر قدر من الفعالية عندما تطبق بطريقة متباينة متساكة هادفة . ويشكل المؤتمر الدولي المعنى بالتنفيذية الذي عقد في كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٣ ملماً هاماً في عملية بدأت منذ عامين على المستوى القطري . وهذا المؤتمر الذي اشتراك في تنظيمه منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية ألق نظرة شاملة على التنفيذية وأفض إلى إعلان وخطة عمل عالميين مسوف يوفران الإطار لمواصلة العمل على المستوى القطري بما يرمي إلى تحقيق أمن غذائي متزلي كاف ، ورفاهية صحية وتنفيذية للجميع من خلال تدخلات ائمائية مستدامة سلية من الناحية البيئية .

٨ - ولتطور مفهوم الصحة في منظمة الصحة العالمية آثار عديدة على العمل السياسي والقطاعي والمهني الرامي إلى إتاحة فرصة التمتع بصحة جيدة للجميع بوصف ذلك حقاً من حقوق الإنسان . وفي حين أن هناك ، من جهة ، الحاجة إلى تنفيذ استراتيجيات تؤمن للعديدين الذين ما زالوا محروميين ظروف الصحة الأساسية ، وذلك على الرغم من وجود ظروف اجتماعية واقتصادية وظروف أخرى غير ملائمة ، في هناك ، من جهة أخرى ، الحاجة إلى تطوير مفاهيم واسعة الاسم تركز على الناس يصبح في إطارها الأفراد والمجموعات والمجتمعات متحمسين ونشطين في تحسين صحتهم .

## ٣ - أهداف منظمة الصحة العالمية وعهداً الأمم المتحدة الخامس بحقوق الإنسان

٩ - لهدف استراتيجية توفير الصحة للجميع التي اعتمدتها كافة البلدان بشكل جماعي بمبادرة منظمة الصحة العالمية ملة وثيقة ليس فقط بتوفير الرعاية الصحية لكل فرد وإنما أيضاً بتوفير الرعاية طوال حياة كل شخص ، منذ لحظة الحمل حتى الوفاة . وللهذه المسؤولية الكبيرة الشاملة نطاق واسع: فهي تشمل الوصول إلى المعرفة طوال مختلف مراحل الحياة بكيفية العيش على نحو محي ، والحصول على الحماية من المخاطر الصحية الرئيسية الناشئة عن الفيروس أو عن البيئة أو حتى عن عمليات إئمائية أخرى ؛ وأخيراً الوصول إلى رعاية ترويجية ووقائية وعلاجية وتأهيلية ملائمة .

١٠ - ويمكن النظر إلى مدى تقارب والتقاء أهداف منظمة الصحة العالمية المبينة أعلاه وتلك المبينة في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية من منظور تاريخي:

(أ) تشير المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان إلى حق كل شخص "في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته ، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والرعاية الطبية ... و... الحق في ما يأمن به العوائل في حالات ... المرض والعجز" ١

(ب) وتمضي المادة ١٣ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى الإقرار "بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه" ، وتشير على وجه التحديد إلى خفض معدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً ، وتحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية ، والوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها ، وتأمين الرعاية الطبية للجميع في حالة المرض ٢

(ج) ولقد نشأت المادة ١٣ عن اقتراح قدمته منظمة الصحة العالمية إلى لجنة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان في عام ١٩٥١ ، وكان ذلك الاقتراح أوسع من النص الحالي للمادة ، إذ أكد على ما يلي: ١١' إدراج التعليم الطبي ومعايير التدريب وأنشطة الصحة العقلية كجزء من المادة ١٣ ١٢' إدراج أحكام تنص على تعهد الحكومات باتخاذ تدابير اجتماعية ومحية ملائمة تحقيقاً لذلك الفرض ، مع إيلاء ال考慮ة الواجبة للاختلافات في الموارد والتقاليد ، والظروف المحلية ، والتفاوتات بين البلدان في مستويات التنمية الأولية ١٣

(د) ولكن النص النهائي للمادة ١٣ لم يتضمن البند الفرعي ١٣' من الفقرة السابقة (ولو أن مبادئ علاج المصابين بمرض عقلي قد أصبحت مسألة ذات أهمية ، منذ أن أقرت بنجاح بمشاركة منظمة الصحة العالمية في صياغتها) . ولابد من التسليم بأنه لو صيفت الآن المادة ١٣ على ضوء ما حث من تغيرات دينامية في العلم والتكنولوجيا وفي توقعات الناس ، وكانت مختلفة نوعاً ، ولكن التأكيد فيها أكثر انسجاماً مع مفهوم توفير الصحة للجميع من خلال نهج الرعاية الصحية الأولية كما اعتمد في آلمانيا في عام ١٩٧٨ ٤

(هـ) وفي عام ١٩٧٧ ، اتخذت جمعية الصحة العالمية الثلاثون قراراً تاريخياً ذكرت فيه أن الهدف الاجتماعي الرئيسي للحكومات ولمنظمة الصحة العالمية في العقودين المقبلين يجب أن يكون بلوغ جميع مواطني العالم بحلول عام ٢٠٠٠ مستوى من الصحة يسمح لهم بأن يعيشوا عيشة منتجة اجتماعياً واقتصادياً ٥

(و) وتنظر منظمة الصحة العالمية ملتزمة ، وذلك بشكل واضح وضمن ولايتها المستورية في مجال الصحة الدولية ولا سيما منها المسؤوليات عن التوجيه والتنسيق (بما في ذلك توسيع الإجماع والقواعد الفنية) من جهة والتعاون الغني من جهة أخرى ،

بالإبقاء على جوانب حقوق الإنسان في برمجتها كجزء لا يتجزأ منها . والمدخل إلى مثل هذا الإدماج هو تحديد هدف ثابت لزيادة العدالة والإنصاف الاجتماعيين في جميع البلدان ولكافحة الشعوب . وسياسة هذا الهدف المركزي من خلال البرامج والسياسات توفر لمنظمة الصحة العالمية المجال اللازم لإنفاذ مشاغل حقوق الإنسان كما هي مبينة في عهدى الأمم المتحدة .

١١ - وربما كان من الجدير بالذكر في هذه المرحنة أن مكرك التنفيذ التقليدية ، أي الاتفاقيات والاتفاقات والأنظمة ، إلخ ، وإن كان منصوصاً عليها في دستور منظمة الصحة العالمية ، لم تستخدم لإنفاذ حقوق الإنسان ، كما هو الحال في الوكالات الشقيقة التي تعنى ، على سبيل المثال ، بالحق في العمل . وهذا الفارق ينشأ مباشرة عن طبيعة المسائل في مجال الصحة ، فبقدر ما تمر نتائج الصحة الفرد فيان هذه النتائج هي النتاج المعقد للالتزامات الدولة بحماية صحة الفرد بقدر ما هي النتاج المعقده للتزامات الأطباء المختلفة جداً (المشحونة بالاعتبارات الأخلاقية) في التعامل مع المرض . وهناك أيضاً مسؤوليات المريض نفسه عن العناية بصحته . وهذه العلاقات المتراقبة متشابكة وليس من السهل فن اشتباكيها ، والتطورات السريعة في العلم والتكنولوجيا المؤثرة على الممارسة الطبية تزيد هذا الوضع تعقيداً . ومن ثم فيان الحق في الصحة في حد ذاته لا ينقاد للتعريف بسهولة . والواقع أن منظمة الصحة العالمية قد استحدثت نهجاً يسند إلى بناء توافق الآراء بين البلدان الأعضاء بشأن مسائل مثل الأهداف والموارد والخدمات ، مع مراعاة أن عملية السياسة العامة السياسية تحدد ، إلى حد بعيد ، مسائل الصحة .

١٢ - والتقدم السريع في التكنولوجيا الحياتية يستدعي اهتماماً متعددًا بتعزيز وحماية حقوق الإنسان بهذا الخصوص . وقد أجريت أنشطة منظمة الصحة العالمية في ميدان الأخلاقيات الحياتية بتعاون وثيق مع مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية . ومن بين أحدث أمثلة هذا التعاون الطويل الأجل يمكن الإشارة إلى استحداث المبادئ التوجيهية الدولية الجديدة للاستعراض الأخلاقي للدراسات الوبائية ، التي صدرت في عام ١٩٩١ ، وتطوير المبادئ الأخلاقية الدولية التوجيهية للبحوث الطبية الحياتية على الأدميين . وتتجدر الإشارة أيضًا إلى أن جمعية الصحة العالمية الأربعين قد اعتمدت في عام ١٩٩١ مجموعة من المبادئ التوجيهية بشأن زرع الأعضاء الأدمية ، بهدف مكافحة الاتجار من أجل الربح بالأعضاء البشرية فيما بين الكائنات البشرية الحية ، الذي هو مخالف لإعلان العالمي لحقوق الإنسان ولدستور منظمة الصحة العالمية .

١٣ - وواضح أن مسائل حقوق الإنسان في مجال الصحة تنشأ عن كون العهديين يشيران قدرًا أكبر من المسائل الموجهة نحو الفرد والمتعلقة بحقوق المرضى والالتزامات الأطباء والعلاقات بين الطبيب والمريض ، ومسائل أوسع نطاقاً تشمل العدالة والإنصاف في مجال

التوزيع تشمل الفئات المحرومة من فرص الوصول إلى الرعاية الطبية . والواقع أن هذا الوضع علامة على تكامل وترتبط الحقوق المدنية والسياسية من ناحية ، ومن الناحية الأخرى الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المشار إليها في أحياناً كثيرة جداً . وعلى الرغم من النزعة إلى التعددية وإلى الاقتراض السوقي فإن التفاوتات الحقيقية في توفير الصحة بما يشمل الفقراء من السكان تزيد من الحاجة إلى إعادة تحديد دور الحكومات في تأمين الانصاف الأمثل في الصحة . ولمنظمة الصحة العالمية مسؤولية مزدوجة : (ا) تحقيق توافق فني في الآراء بشأن مسارات العمل التي يمكن أن تدعمها جميع البلدان على أساس معقول للاعتماد على الذات ؛ (ب) المسؤولية عن تحويل هذا التوافق في الآراء إلى برامج وطنية وعالمية تأخذ بعين الاعتبار كما ينبغي الهياكل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المتعددة إلى حد بعيد ، وتعزيز النطاق لتحقيق أقصى قدر ممكن من التضامن الدولي وتعزيز سبل زيادة الالتزام السياسي وتعبئة الموارد داخل البلدان .

١٤ - وفي السعي وراء هذا التوافق الواعي في الآراء ، كشفت التجربة أن أكبر قدر من التقارب سوف يحصل عن طريق التركيز على الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية . وسائل التوزيع الكلي للصحة الواجبة للصحة العامة وأولوياتها الداخلية تقررها في النهاية القوى السياسية . وشن حملة من أجل المراقبة اللازمة للإنصاف في الوصول إلى الخدمات الصحية يمكن أن يكون لا مجرد نقطة التفاف مشتركة وإنما يمكن أيضاً أن يتيح التعرف على المزيد من الخيارات الفنية . وهذه العملية بطيئة في كثير من الأحيان بشكل لا حد له . ومثل هذه القرارات التوزيعية على المستوى الوطني الواسع تحتاج إلى سلسلة قرارات توزيعية لاحقة تليها على المستويات الأدنى التي فيها للموظفين الصحيين تأثير ، وعندما ينزل القرار فيقترب من الأفراد الذين هم فعلاً في حاجة إلى رعاية ، يتغير هؤلاء الأفراد من ممارسات واتجاهات موظفي الصحة المقبولة ثقافياً فيما يتعلق بدرجة احترام استقلال وكرامة الفرد . ويعزز قدرة الأطباء على النظر في مسائل حقوق الإنسان للفرد بصورة واضحة في هذه المرحلة يمكن تعزيز احترام الحقوق المدنية والسياسية . ولكن ليس هناك أي شك في أنه لا يمكن التوصل إلى حل دائم إلا باستعمال عملية السياسة العامة السياسية إلى التدليل التدريجي لمناهج منصفة تجاه الصحة تقوم على أساس أن هذه الحقوق الاجتماعية - الاقتصادية تؤكد فعلاً قيمة كل فرد من الناحية الأخلاقية .

١٥ - وعلى منظمة الصحة العالمية ، في سعيها إلى أداء ولايتها المتمثلة في إدخال تحسين سريع في المركز الصحي لجميع البلدان والشعوب ، وآخذة في اعتبارها المساواة في الوصول إلى الرعاية على أساس مستدام بوصف ذلك جانب الاستراتيجية الحاسم ، أن تعتبر مسألة إنفاذ الحق في الصحة مسألة تمثل أساساً في تعبئة الالتزام السياسي

بتحقيق هدف تعزيز التعاون الفني مع البلدان ، وخلق إجماع مهني حول استراتيجية للرعاية الصحية الأولية تدعو إلى التعاون فيما بين القطاعات ، ومشاركة المجتمعات ، واضفاء الالامركزية على عملية صنع القرارات ، وتشجيع الإنماء والاعتماد على الذات في هذه العملية .

### ٣ - نهج الرعاية الصحية الأولية

١٦ - من أهم إسهامات منظمة الصحة العالمية في حقوق الإنسان الاعتماد الجماعي لهدف استراتيجية توفير الصحة للجميع والرعاية الصحية الأولية ، التي تدعو إلى تعبئة جميع الموارد داخل البلدان أو على نطاق دولي . وقد وضع فعلاً برنامج توفير الصحة للجميع كمجموعة مركبة من الاستراتيجيات وخطط العمل تتولى إليها الدول الأعضاء جماعياً وتتضمّن تقييم ورصد يعتمد عن طريق منظمة الصحة العالمية ويستخدم مؤشرات تُطّور وتُحسّن دورياً لتقييم التقدّم المحرز . وهذا الإجراء يتيح لكل من الدول الأعضاء ولكل من أقاليم منظمة الصحة العالمية تقييم ظروفهما واستنباط امكاناتهما الصحية وأهدافهما في إطار المبادئ التي اعتمدتها منظمة الصحة العالمية في آلما آتا . وقد جاء تطور نهج الرعاية الصحية الأولية إزاء هدف توفير الصحة للجميع نتيجة للخبرة المكتسبة من محاولات سابقة ، مثل الرعاية الصحية العلاجية المنحرفة وبرامج رأسية تسير بمعزل عن المناهج المتكاملة تجاه الرعاية الصحية الأولية . وما زال الانشغال الرئيسي في التحول الجاري نحو الرعاية الصحية الأولية هو كيفية إقامة هياكل أساسية مستدامة ببنية مادية مناسبة وقدرات عاملة لدعم كافة البرامج حسب اللزوم ، استناداً إلى أنماط المرض وقابلية التعرض في البلد ، إذ إن وجود مثل هذه الهياكل الأساسية العاملة هو أوضح ضمان يكفل لافقر المناطق والغثاث توافر الرعاية الطبية والحد الأدنى من الهياكل الأساسية ذات الصلة بالصحة . وعند ذلك فقط يمكن لنظام للرعاية الصحية الأولية أن يقيم مشاكل السكان الصحية ، ويرصد فعالية البرامج . والواقع أن الإنماء وإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية قد اعتبرا جوهر توفير الصحة للجميع ، بينما اعتبرت الرعاية الصحية الأولية لتحقيق ذلك .

### ٤ - التطرق للمادة (٢١٢) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

١٧ - للاطلاع على التفاصيل وعلى تنفيذ منظمة الصحة العالمية لهذا العهد ربما كان الأنسب النظر في برامج المنظمة في مجال التعاون الفني الموضوعة على أساس استراتيجية توفير الصحة للجميع/الرعاية الصحية الأولية ، عوضاً عن النظر في

المعايير والقواعد التعاهدية التنظيمية الملزمة . ومع مراعاة برامج منظمة الصحة العالمية لنا أن ندرى مدى إنفاذ التفاصيل الأربع الواردة في المادة (١٢) من العهد .

١٨ - فيما يتعلق بالمادة (١٢)(٢)(أ) ظل تأمين نمو الطفل نمواً صحياً موضع تركيز كبير للاهتمام بلغ أوجه في اتفاقية حقوق الطفل الشاملة . والواقع أن ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية تتضمن إشارة محددة إلى رعاية الأم والطفل وإلى النشأة الصحية للطفل والقدرة على العيش بانسجام في بيئه كلية متغيرة . وولدت صحة الطفل بطرق مختلفة موضوعاً للمبادرات والبرامج من خلال تخطيط السياسات المشتركة بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف .

١٩ - وفي عام ١٩٨١ ، اعتمدت جمعية الصحة العالمية المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم . وكان تشجيع الممارسات المساعدة للرضاعة الطبيعية ناجحاً في جميع أنحاء العالم . وفي عام ١٩٨٨ ، ومراعاة للاستقرار والشمول الذي تحقق في برنامج التحصين الموسع ، اعتمد هدف الاستئصال العالمي لشلل الأطفال بحلول عام ٢٠٠٠ . وبرامج صحة الأم والطفل ، والصحة المدرسية تبرز بشكل ملحوظ في دعم منظمة الصحة العالمية . والآفاق المرتقبة لتطوير برنامج مستدام وتطوير التحصين في المستقبل كجزء من برنامج التحصين الموسع موضع تدقيق مطرد ؛ وعلى نحو مماثل كان هناك استكشاف متوازن لكيفية إدماج التحصين في الرعاية الصحية الأولية .

٢٠ - ويدعو العهد ، في المادة (١٢)(٣)(ب) إلى تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية ، وذلك يرمز فعلاً إلى حق كافة الشعوب في الحماية من المخاطر البيئية ، طبيعية كانت أو من صنع الإنسان . وبالإضافة إلى إيلاءعناية مستدامة للاحتجاجات البيئية من الجيل الأول التي لها أهمية بالنسبة للصحة العامة ، مثل مياه الشرب والمرافق الصحية الأساسية ، بادرت منظمة الصحة العالمية بإنشاء لجنة لمتابعة حالة المعرف في مجال آثار البيئة على الصحة والخيارات المتاحة . وكان التقرير في نفس الوقت متابعة لتقرير بروتوكول عن البيئة ومقديمةً لمؤتمر الأمم المتحدة المعنى بالبيئة الذي عقد في ريو دي جانيرو ؛ وما زالت الجوانب الصحية الناشئة عن التغيرات البيئية البعيدة المدى أولوية للبحث والتحري . ولذن هناك اعتراف لم ينجز بعد الكثير من العمل المتوازن بأنه فيما يتصل بالمرافق الصحية وتوفير المياه في الكثير من بلدان العالم النامي ، ولا سيما بمقدار المرافق الصحية . ولقد وضعت منظمة الصحة العالمية ، في إطار دورها في مجال تحديد القواعد ، معايير نوعية في مجال المياه وما زالت تشارك عن كثب في إنشطة رصد البيئة العالمية . وقد نتت عن آثار الإشعاع النووي على الصحة على إثر حادثة تشيرنوبيل مبادرة من جانب منظمة الصحة

العالمية ترمي إلى إنشاء مركز دولي لدراسة آثار الكارثة ، وستظل قاعدة البيانات وتبادل المعلومات المتميز بالشفافية بهذا الخصوص إسهاماً علمياً هاماً لا يقل أهمية عن حق الأفراد في الحياة وفي الحماية من المخاطر البيئية .

٢١ - ويتعلق الحكمان المتبقيان من أحكام المادة (٢٣) بالوقاية من الأمراض ومكافحتها ، وتوافر الرعاية والخدمات الطبية للجميع في حالة المرض . وهذا الحكمان يشكلان مما الجزء الأساسي التقليدي من أهداف وأنشطة منظمة الصحة العالمية . وفي عام ١٩٧٧ قررت جمعية الصحة العالمية أن الهدف الاجتماعي الرئيسي للحكومات ولمنظمة الصحة العالمية يجب أن يكون بلوغ جميع مواطني العالم بحلول عام ٢٠٠٠ مستوى من الصحة يسمح لهم بأن يعيشوا عيشة منتجة اجتماعياً واقتصادياً . وفي عام ١٩٧٨ أكد المؤتمر الدولي المعنى بالرعاية الصحية الأولية ، الذي عقد بتالما آتا في اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية ، أن نهج الرعاية الصحية الأولية هو الطريق لبلوغ هذا الهدف .

#### ٥ - استراتيجية توفير الصحة للجميع

٢٢ - أيدت جمعية الصحة العالمية الثانية والثلاثون نهج الرعاية الصحية الأولية في استخدام الصحة كثداة قوية للتنمية الاجتماعية - الاقتصادية والسلم ، ولبلوغ هدف توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ . وفي عام ١٩٨١ اعتمدت كل الدول الأعضاء جماعياً الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع ، وفقاً للسياسات التالية:

تشتمل السياسات الأساسية المحددة في الاستراتيجية في كون الصحة حقاً أساسياً من حقوق الإنسان وهدفاً اجتماعياً عالمياً النطاق ، والصحة جزء لا يتجزأ من التنمية ، واللامساواة الماركة القائمة في المركز الصحي للسكان هو قلق مشترك بين جميع البلدان ولا بد من تخفيفه بشدة ، وللأشخاص حق وواجب المشاركة فردياً وجماعياً في تحضير وتنفيذ رعاياتهم الصحية ، وللحكومات مسؤولية عن صحة شعوبها ، ولا بد أن تصبح البلدان معتمدة على نفسها في المسائل الصحية ، ولا بد من استخدام الموارد العالمية استخداماً أكمل وأفضل لتشجيع الصحة والتنمية .

٢٣ - والأهداف المتفق عليها جماعياً تتضمن العناصر المشتركة للرعاية الأساسية ، والمشاركة المجتمعية ، والتكنولوجيا المناسبة ، والتعاون فيما بين القطاعات . وتكمّن أهمية الاستراتيجية في درجة المرونة المتاحة للدول الأعضاء تقرير استراتيجياتها وخطط عملها في إطار المبادئ المتفق عليها جماعياً ، وفي جوهر الوصول إلى الرعاية وتأمين نوعيتها غير القابل للتفاوض ، الذي يجب أن

يشمل المهام الوقائية والترويجية والعلاجية والتأهيلية . ومفهوم الرعاية الصحية الأولية ، كما هو مبين في تقرير لمؤتمر مشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف عقد بالـما آتا في الاتحاد السوفيatic في عام ١٩٧٨ ، كان تقدماً مثيراً نحو تحرك عالمي النطاق في اتجاه الحد من الفجوة القائمة بين "الموسرين" و"المعوزين" ويعرف عموماً بتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ .

٤٤ - الرعاية الصحية الأولية هي رعاية صحية أساسية تقوم على طرق وتقنيات عملية علمية علمياً ومحبولة اجتماعياً في متناول الأفراد والأسر في المجتمع على نطاق عالمي من خلال مشاركة الأفراد والأسر مشاركة كاملة وبتكلفة يقدر المجتمع والبلد على تحملها ... وهي تشكل جزءاً لا يتجزأ من كل من نظام البلد الصحي الذي تعد هذه الرعاية وظيفته المركزية وتركيزه الأساسي ، والتنمية الاجتماعية والاقتصادية العامة للمجتمع .

٢٥ - واقتصرت هذه القيمة الثانية على تنفيذ الاستراتيجية العالمية لتوفير المعايير للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ . وهو يشير إلى أنه تحقق فعلاً إنجازات على مدى الأعوام القليلة الماضية ، ويكشف أيها على وجه التحديد التغيرات التي لا تزال قائمة ، وخاصة بين الأغنياء والفقراء .

٣٦ - ويطلب تحقيق هدف توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ جهوداً متضادرة من البلدان لإدارة أنظمتها الصحية على أساس الرعاية الصحية الأولية . ولقد شهد العقد الماضي في نفري الوقت تقدماً ملحوظاً في انتكاسات خطيرة ، في بعض البلدان لا تزال ملتزمة من باب الأولوية بالرعاية الصحية الأولية وبإمكانها إثبات أنها حققت نجاحاً في تحسين إمكانية الوصول للرعاية الصحية ونوعيتها ، ولكن في بلدان أخرى كان لهبوط مستويات المعيشة ، والمديونية الهائلة ، والتردي البيئي ، تأثير سلبي على كل من الخدمات الصحية والوضع الصحي .

٢٧ - ويتألف النظام الصحي من مكونات متراقبة تساهم في الصحة في المنازل ، وفي المؤسسات التعليمية ، وفي أماكن العمل ، والأماكن العامة ، والمجتمعات المحلية ، وكذلك في البيئة المادية والنفسية - الاجتماعية ، وفي القطاعات ذات الصلة بالصحة مثل الزراعة والتعليم والبيئة ، إلخ . وينظم النظام الصحي عادة على مستويات مختلفة بدءاً بالمستوى المجتمعي الطرفي أو مستوى الرعاية الأولى ، مروراً بالمستوى الوسيط (مستوى المقاطعة أو مستوى الجهة أو المحافظة) وصولاً إلى المستوى المركزي . وفي نفس الوقت يشمل النظام الأفراد والعائلات الذين يهتمون بحل مشاكلهم الصحية بأنفسهم ويساركون بنشاط في حلها ، فيصبحوا أعضاء كاملi العضوية في الفريق الصحي .

ويعني المستويان الوسيط والمركيزي بعناصر النظام الصحي التي تعطيها المنظمات الإدارية في البلد المسؤولية ، وهي توفر أيضا تدريجيا رعاية ودعما أكثر تعقيدا وتختتما . ولا يمكن لكافحة أفراد المجتمع أن يدركوا حقوقهم الأساسية في مستويات الرعاية الصحية بحسب الحاجة والإحالة إلى المستوى المناسب عند اللزوم إلا من خلال مثل هذه البنية المنسقة المتساندة .

## ٦ - التفاوتات في الصحة

٢٨ - منذ الأعوام العشرة التي مرت على اعتماد جمعية الصحة العالمية للاستراتيجية العالمية ، والأعوام الستة التي مرت على التقييم الأول ، ما انفك الوضع الصحي - كما يقاس بمؤشرات مثل متوسط العمر المتوقع عند الولادة ومعدل وفيات الرضع - يتحسن على نطاق عالمي . غير أن سرعة التحسن كانت أبطأ بشكل ملحوظ بالنسبة لأقل البلدان نموا ، فاصبحت أوجه الالامساواة بين البلدان النامية وأقل البلدان نموا أكبر مما كانت عليه قبل عقد مضى . والتفاوتات هذه تبرز ، إذا حللتها ، أوضاعا غير مقبولة في المحيط الذي يوجد فيه الفقراء والمحرومون في أشد الخطر .

٢٩ - ولقد ازدادت أيضا توافر الرعاية الصحية الأساسية على الصعيد العالمي . إلا أن الملايين من الأشخاص ما زالوا غير قادرين على الوصول إلى كل عناصر الرعاية أو بعضها . وإذا ازداد توافر عناصر معينة من عناصر الرعاية ولم يزدد توافر عناصر مكملة أخرى فقد يضيع التأثير الإيجابي للأولى على الوضع الصحي بسبب الافتقار إلى الثانية . وعلى نحو مماثل إذا جرى توسيع الهياكل الأساسية وكانت سبل استخدامها لتقديم الرعاية ضعيفة فواضحة أنه لن يكون هناك أي تحسن في الوضع الصحي . وبعبارة أخرى يجري القيام بالأمور الصحيحة في تطوير الأنظمة الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية ولكن ليس بالضرورة بالشكل الصحيح في جميع الأحوال .

٣٠ - والسبب الأساسي الشائع في تدهور الهياكل الأساسية هو أداء البلدان الاقتصادي الضعيف . وفي كثير من الأحيان أدى أكثر الاستجابات شيوعا في مجال السياسات ، وهو رد الفعل الرامي إلى إعادة إقرار النمو الاقتصادي عن طريق إزالة العجز الذي تواجهه الحكومة في التجارة الداخلية وغير التجارة الخارجية ، إلى تخفيضات كبيرة بشكل غير مناسب في الإنفاق الاجتماعي . وفي عدد قليل جدا من البلدان فقط يمكن إثبات أن رد الفعل هذا في مجال السياسات قد أعاد إقرار النمو فعلا أو أن تعميم وتشغيل "شبكات الأمان" لدعم أشد المتضررين من التخفيضات في القطاع الاجتماعي كانا أمرين سهلين أو مؤكدي النجاح .

٣١ - وإهمال الهيكل الاساسية المحبة ، كنتيجة لسياسة التكيف الهيكلي وتركيز اهتمام المانحين مؤخرا على إجراءات مختارة لمواجهة مشاكل ذات أولوية ، يهدد الآن لا مجرد أهداف استراتيجية توفير الصحة للجميع في الأجل الطويل وإنما أيضا الاستراتيجيات المقبولة على نطاق واسع لتحقيق هذه الأهداف ، إذ تشمل هذه الاستراتيجيات نهجا تعددية متطرورة تجاه تنمية الصحة ، فيه قطاع عام منشط من جديد ينظم وينظم مصادر تمويل وتوفير الرعاية الصحية الحكومية وغير الحكومية ، وفيه مزيد من الاستقلال المحلي والمسؤولية العامة .

٣٢ - ويمكن القول إن تحسينات قد أدخلت على الوضع الصحي من حيث متوسط العمر المتوقع عند الولادة ومعدلات وفيات الرضع ، ومستويات التغطية بمختلف عناصر الرعاية الصحية الأولية . ولما كانت هذه التحسينات تبدو أسرع في البلدان النامية مما هي عليه في أقل البلدان نموا فإن التفاوتات في الوضع الصحي بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية تبدو أقل ولكن التفاوتات بين أقل البلدان نموا والبلدان النامية الأخرى قد ازدادت . وهناك أيضا ما يدل على أن التفاوتات في الوضع الصحي قد ازدادت داخل البلدان فيما بين فئات معينة من السكان . والتتفاوتات بمختلف عناصر الرعاية الصحية الأولية قد كانت أحياناً مشوهة غير متوازنة ، فكان لها بالتالي تأثير غير كافٍ من حيث الصحة .

٣٣ - وإذا نظرنا إلى المستقبل فإن هناك استراتيجيات أساسية إذا ما أردنا تقليل الفجوة القائمة بين الأغنياء والفقراة وتأمين تتمتع الجميع بالحق في العدالة الاجتماعية والإنماء . وتدابير التقشف المستخدمة كرد فعل للكساد الاقتصادي يجب تنفيذها بطرق تحمي الفقراء قدر المستطاع . ويجب السعي لتحقيق أهداف تخفيف التفاوتات في الوضع الصحي والوصول إلى الخدمات الصحية . والسياسات الوطنية كثيراً ما تستعرض الانتباه بعزوتها عن مواجهة القرارات الرئيسية التي تساعد الفقراء بشكل مباشر أو على الأقل تساعده على عدم زيادة حالهم سوءاً على سوء . ويرجع سبب ذلك أحياناً إلى عدم وجود إطار متسق للسياسات وإلى نقص الموارد الخطير .

٣٤ - وستظل منظمة الصحة العالمية ، بالتعاون مع الوكالات الأخرى ، تلعب دوراً هاماً في تعزيز المعلومات والمهارات والدعم الفني لتعزيز الانظمة الصحية عن طريق دعم البحث والتطوير في مجال أولويات قطرية محددة ، وعن طريق دعم استخدام واستخدام الأدوات والإجراءات والمنهجيات ، وكذلك تعزيز المؤسسات ، وعن طريق تشجيع تبادل المعلومات والخبرات وتعزيز الشراكة .

## ٧ - الإنما في الصحة

٣٥ - يشكل مفهوم الإنما في الصحة والحق في الصحة ، معا ، توسيعاً للوعي بحقوق الإنسان الذي حان أوانه . ويجب أن يوفر المؤتمر المقبل الفرصة لتفكير مؤسسي دولي هام حول مدى إمكانية تقارب حقوق الإنسان والاحتياجات الأساسية غير الملبة . ويمكن أن يؤشر مثل هذا التفكير على نحو مثمر على استراتيجيات عقد التنمية الدولية الحالي ، فضلاً عن مياغة الحقوق نفسها .

٣٦ - وللإنما في الصحة ، كمفهوم ، مدلولات ومعانٍ معقدة . ويجب بطبيعة الحال تمييزه عن مفهوم المساواة ، الذي يشير إلى إزالة الاختلافات في النتائج أو النوعية أو الوضع أو المدخلات . والسمة المميزة للإنما هي بعد أخلاقي يوفر قواعد للعمل ويستحث ، بدوره ، التفكير في الآفاق المرتقبة البديلة لتحديد مثل هذه القواعد . ويسعى الإنما في الصحة إجمالاً إلى تصحيح الفوارق التي ليست فقط غير لازمة ويمكن تفاديهما وإنما هي أيضاً غير عادلة وغير منصفة في آن واحد . وقد تكون هذه الاختلافات انتهاكية أو إنسانية أو في نوعية الحياة ، تشمل متغيرات اجتماعية - اقتصادية أو إنسانية أوسع ، أو فوارق في الخدمات وفي الوصول إلى الرعاية الصحية .

٣٧ - والإنما في الصحة يعني أنه يجب أن تتاح لكل فرد فرصة منصفة لبلوغ الطاقة الصحية الكاملة - على مدى فترة من الزمن وطوال دورة حياة الفرد . ولا يمكن أن يصبح هذا النهج عملياً إلا إذا ظلت فرصة الوصول إلى الرعاية المتاحة هي المبدأ التوجيهي .

## ٨ - نظرة شاملة إلى الحق في الصحة

٣٨ - إن الحق في الصحة بوصفه جزءاً من مجموعة من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مجسدة بالفعل في العهد الدولي الخام بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ، ويجب إنفاذ كافة الحقوق المنصوص عليها في العهدين بطريقة مترابطة غير قابلة للتجزئة وفقاً للتاكيدات المتكررة . ويمكن القول بأن الحق في الصحة ، الذي يُنظر إليه كحق مركب ، يتتألف من عدد كبير من "البدائل" ، يمكن لكل واحد منها أن يصبح حقاً في ذاته . والواقع أن مفهوم "الحق في الرعاية الصحية" أو "الحق في الضمان الاجتماعي" ، أو "الحق في خدمات يعول عليها من هيأكل أساسية اجتماعية تؤدي وظائفها" ، أو "الحق في التظلم من الإجراءات الجائرة" ، يمكن تماماً أن يشكل أول مستوى لمثل هذه البدائل . وكل واحد من هذه البدائل يشير بدوره ، سواء كان مجسداً حق في الدستور والقانون ، أو كإجراء قضائي أو إداري ، أو كان جزءاً من ميثاق للمواطنين أو غير ذلك ، يبيّن ما الذي يمكن أن يطالب به المواطنون من خلال السلطات

المختمة إما كنتيجة أو كإجراء . والحق في الرعاية الصحية يعني تكافؤ الفرص المتاحة للفرد في اللجوء إلى الرعاية الطبية الازمة ، والمشورة التعليمية ، والحماية الوقائية من المخاطر الصحية العامة ، وفي خلق الظروف المؤدية ، من خلال وسائل تنظيمية أو وسائل أخرى ، إلى توقع معقول لحمة منصفة في إجمالي موارد الرعاية الصحية . وتشكل الرعاية الطبية في جميع الأحوال أساسا أوليا للحق في الصحة . والحق الأساسي في الوصول إلى الخدمات والرعاية الطبية يتافق كليا مع المادة ١٢(٣) (د) من العهد الدولي .

٣٩ - وما من شك في أن الحق في الضمان الاجتماعي ، وفي الخدمات الاجتماعية التي يمكن أن يعول عليها ، والظلم من الجور ، إنما هو حق مشترك في التمتع بالعديد من الحقوق وليس التمتع بالحق في الصحة وحده . وميزة اختيار هذه "البدائل" لمياغة الحق في الصحة هي إمكانية القيام ، داخل كل ميدان ضيق نسبيا من ميادين العمل ، بتحديد مؤشرات التقدم المناسبة ، وإجراء استقامات دورية للاتجاهات في تحقيق هذه المؤشرات توفر الدليل على تطور طبيعة الحق في الصحة . وفي الواقع ، إذا عبرنا عن الأمور بمثل هذه الطريقة المركبة ، توجد إمكانية لدراسة الوضع فيما يتعلق بالتمتع بالحق في الصحة في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية استنادا إلى معايير مماثلة إلى درجة معقولة ، وذلك مع المرااعاة الازمة في جميع الأحوال للأسر الأولية التفاضلية . ولتحقيق ذلك يحتاج القطاع الصحي لكل إلى تحالفات ؛ وسيكون هذا القطاع في وضع يسمح له بالكسب من الجمع بين أهدافه والضفوط المؤثرة الناشئة عن اهتمامات حقوق الإنسان الحالية المشمولة بكل من العهدين ، محزا بذلك قبولا عالميا . ويجب أن ينظر إلى الحقوق المشمولة بالعهدين نظرة شاملة لضمان حقوق وقيم الفرد والمجتمع .

## الجزء الثاني

### ١ - حقوق المرض

٤٠ - لإعادة تأكيد حقوق الإنسان الأساسية في الرعاية الطبية ، ولا سيما حماية كرامة المريض وسلامته كشخص ، أهمية خاصة لأن ضعف المرض يجعلهم أسهل تعرضا لانتهاكات حقوقهم وأكثر تأثرا بالشفرات وأوجه القصور في الإدارات الاجتماعية والصحية .

٤١ - ولقد أفضت اعتبارات اجتماعية واقتصادية وثقافية وأخلاقية وسياسية إلى اهتمام بمياغة وإنفاذ حقوق المرض بمزيد من التفصيل . ويدافع حاليا عن فكرة وضع مفاهيم جديدة أكثر إيجابية لحقوق المرض . وقد كان ذلك جزئيا انعكاسا للمكانة

المركزية التي أوليت لكل من الإنفاذ الكامل لمفهوم احترام الأشخاص والإنسان في الصحة بوصف ذلك من أهداف السياسات في الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية . ونتيجة لذلك يوجد الان قدر أكبر من التركيز ، في جملة أمور ، على تشجيع خيار الفرد وفرمة ممارسته بحرية ، والالتزام بإقامة آليات لتأمين نوعية الرعاية .

٤٤ - والتطورات في أنظمة الرعاية الصحية ، مثل تزايد تعقدتها وتضخمها البيروقراطي في أحيان كثيرة ، وكذلك التطورات في العلم والتكنولوجيا في مجال الطب والصحة ، قد استحدثت جميعاً تأكيداً جديداً على أهمية الاعتراف بحق الفرد في تقرير مصيره وبالحاجة في حالات عديدة إلى مياغة ضمانات لتأمين حقوق المرضى . وتنظر الحكومات بهمة متزايدة في مسائل مثل توفير المعلومات للمريض ، وموافقته المستنيرة ، والخصوصيات والسرية ، وحماية البيانات ، والاطلاع على السجلات الطبية ، والحق في الرعاية الطبية والتخفيف من المعاناة ، واحترام كرامة الإنسان وقيمه الثقافية والدينية ، وتوفّر الآليات المؤسسة لتناول شكاوى المرض .

٤٥ - وبهذا المعنى يكون تطور البعد الاجتماعي لحقوق المرض ، لا مجرد تطور البعد الفردي ، بسمة مميزة للغاية من سمات الحاضر ، مع مراعاة ظروف المعيشة والعمل والصحة العامة بمعناها الواسع . ومن هنا كان الاتجاه إلى إعادة تأكيد الحق في العلاج والرعاية ، وفي التقطيع الاجتماعية الملائمة وفي الإعلام المناسب في مجال الخدمات الصحية ، أي بعبارة أخرى الحق في الإفادة من التقدم في ميدان الصحة . ويلزم إيلاء الاعتبار إلى تغير عقلية جمهور يمسي إلى التحول من مجرد مستخدم محض إلى شريك نشط في تقاسم المسؤولية عن نظام الصحة ككل . والشيء الذي لا يمكن فصله عن هذا النهج الاجتماعي هو التأثير المتزايد للعوامل الاقتصادية على السياسة والإدارة في مجال الصحة ، والاعتراف المتزايد بالحدود المفروضة على توفير الرعاية الصحية نتيجة للقيود الاقتصادية . والتحدي الناتج عن ذلك يتمثل في البحث عن سبل كبح ارتفاع التكاليف دون تقويض حق السكان الأساسي في الصحة من حيث الوصول إلى الرعاية والخدمات ، والإنسان في المعاملة ، وجودة الرعاية .

٤٦ - ويكمّن عامل آخر يؤشر كثيراً على الاعتراف بحقوق المرض في ذات الطريقة التي يسير بها الطب العصري ، فقد أصبح توفير الرعاية أمراً متزايد التعقد وأسرع تغييراً من أن يتمكن نظام الرعاية الصحية من مواكيته . وتلك هي الحال مثلاً في طريقة تنظيم هيكل الرعاية في المستشفى ، بواقعها المؤلم المعقد الذي يعيشها المريض . وهناك أيضاً ميل لدى الطب العصري إلى تشجيع كل من البيروقراطية المفرطة والحالات التي يمكن أن تشير صرائعات . وضرورات الإدارة ، أو الربح ، يمكن أن تتعارض مع رفاهية المرض . وعلى الرغم من بعض مبادئ احترام المرض الراستة التي لها طابع حمايي بعض

الشيء ، لا يمكن نكران أن توقعات المستخدمين لا تتحقق . ويشهد على ذلك إلى حد بعيد العرائض والمطالبات العديدة المقدمة وظهور جمعيات مستهلكين ومجموعات ضفت تسلط الضوء على المعوقات العملية التي تصادف في إعمال حقوق المرض .

٤٥ - وأخيراً ، من المؤكد أن من العوامل التي ساهمت في اعتراف جديد بحقوق المرض ظهور "آداب طب إحيائي جديد" ، أو أخلاقيات إحيائية ، ترمي إلى التوفيق بين متطلبات البحث الذي لا غنى عنه لتحسين أساليب الرعاية وحماية الحقوق والحريات الأساسية للأفراد المشتركين في البحث على الأدميين . ومفهوم الأخلاق الإحيائية هذا مفهوم يحدد موقف المريض ، وكذلك موقف غيره من المعنيين ، من القرارات الحاسمة المتعلقة بالحياة والموت التي تتطلب احتراماً لمبادئ الأخلاق الأساسية .

### ٢ - حقوق الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية

٤٦ - في ١٧ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١ ، أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة مجموعة مبادئ لحماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية (القرار ١١٩/٤٦ المؤرخ في ١٧ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١) . وترى منظمة الصحة العالمية أن هذه المبادئ إنما يبرز في منظومة الأمم المتحدة ، فهي توفر حماية شاملة لفئة ضعيفة بشكل خاص وفرصة سهلة لللوم . والأشخاص في هذه الفئة سريعاً وتأثراً بسبب حالتهم العقلية المختلفة ، التي تمنعهم من إبداء آراء معقولة حول احتياجاتهم ، و كنتيجة طبيعية ملزمة لسرعة تأثيرهم كثيراً ما يولون هؤلاء الأشخاص أدنى قدر من الأولوية من حيث الوصول إلى الرعاية والخدمات . صحيح أن الأشخاص المصابين بمرض عقلي يمكن أن يكونوا في كثير من الأحيان خطرين على أنفسهم أو على الآخرين ، ولكن هذا الخطر مبالغ فيه في كثير من الأحيان . وتحاول المبادئ بيان الضمانات الازمة للوقاية من مثل هذه المخاطر ، دون تجاهل أن مثل هذه الأحكام عرضة بشكل خاص للانتهاك من جانب أفراد الأسرة ، وسائل أفراد المجتمع الآخرين ، أو السلطات الحكومية . وإذا اتبعت سلطة قضائية وطنية هذه المجموعة المتوازنة من المبادئ في صياغة القانون المحلي وفي وضع الطرائق الإجرائية ، يمكن عندها إعمال حقوق الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية . ومثلاً لعبت منظمة الصحة العالمية دوراً بارزاً في مساعدة لجنة حقوق الإنسان في صياغة المبادئ ، فبإمكانها بالتأكيد القيام بالدور القيادي في نشرها على الشبكة الواسعة من نقاط اتمالها الفنية ، بحيث تتطور الشبكات الوطنية مع إيلاء اهتمام حسني لجميع جوانب المشكلة .

٤٧ - ورصد تنفيذ المبادئ وأي انتهاكات ممكنة لحقوق الممابين بمرض عقلي ليعر من مهام منظمة الصحة العالمية ، وإنما من الملائم تماماً ترك ذلك للمجموعات غير الحكومية وغير ذلك من الهيئات المستقلة . بل إنه ينبغي لمثل هذه المجموعات والهيئات أن تكون شبكة لا مركزية لرمد حقوق الإنسان . وتكون مسؤولة منظمة الصحة العالمية تقديم المشورة الفنية للسلطات الصحية في الدول الأعضاء ، بناء على طلبهما ، بقصد تمكينها من تكييف خدماتها لتسير بطرق تتفق مع المبادئ . ومنظمة الصحة العالمية أيضاً في وضع يسمح لها بالتعاون مع البلدان في تعديل قوانينها المتعلقة بالصحة العقلية لكي تتفق مع المبادئ .

### ٣ - حقوق الطفل

٤٨ - تمثل اتفاقية حقوق الطفل ، من وجهة نظر منظمة الصحة العالمية ، تاكيداً لصحة تعريف "الصحة" المدرج في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية ، فهي ، إضافة إلى توفيرها إطاراً قانونياً لحماية الطفل ، تتناول احتياجات محددة للأم فيما يتعلق بالصحة وتحطيم الأسرة ، فضلاً عن الاحتياجات المباشرة للطفل من حيث النهوض بصحته ووقايته من الأمراض . إن إدراج صحة الأم على هذا النحو في إطار حقوق الطفل ينبع عن الإقرار بالوشائج الاجتماعية والنفسية والبيولوجية التي تربط بين الأم وطفلها . وحقوق الطفل في الرعاية الصحية ليست مجرد مسألة وصول إلى التكنولوجيات الطبية الوقائية والعلاجية والعقاقير وما إلى ذلك ، إذ إن إعمال حقوق الطفل الصحية يستلزم تنفيذ أحكام أخرى كثيرة في الاتفاقية ؛ فعلى وجه الخصوص ، لا بد من ضمان لا تعمل أنشطة في قطاعات أخرى على تعريف الصحة للخطر أو إهمالها لدى صياغة المشاريع أو الأنشطة أو حتى القوانين أو الأنظمة . ومنظمة الصحة العالمية ناشطة في موافلة تحمل مسؤولياتها في مساعدة الدول الأطراف في الاتفاقية على إعمال ما يتصل بالصحة من حقوق محددة في المادة ٢٤ من الاتفاقية والحفاظ على هذه الحقوق . والواقع أن التقدم المحرز في هذا الشأن يشكل جزءاً من مساعي المنظمة لرمد التقدم المحرز سبب هدف توفير الصحة للجميع . إن المنظمة ، بالاشتراك مع اليونيسف والرابطة الدولية لاطباء الأطفال ونظمات غير حكومية أخرى ، ما ببرحت ناشطة في مناصرة ودعم التصديق على الاتفاقية وتنفيذها ورصدها .

٤٩ - إن الأطفال الذين يعيشون في ظروف معيبة والأطفال المعرضين للتآثر وأطفال الشوارع والأطفال المعرضين للتشفييل الاستغاثي لهم احتياجات صحية خامدة لا تلبى بها بسهولة الهياكل المحيية الحالية . بل ومن الصعب من ذلك القدرة على تلبية احتياجات الأطفال المتواجدون في ظروف المنازعات الأهلية . إن منظمة الصحة العالمية ، إلى

جانب منظمات ووكالات إنسانية أخرى معترف بها ، ما ببرحت تعمل على تنفيذ وتنسيق برامج إغاثة طارئة من أجل هؤلاء الأطفال .

٥٠ - إن انشطة الرمد قد حققت قدرًا لا يأبه لها من النجاح في مجال تحسين الأطفال ، غير أن المنظمة تدرك أيضًا أن ثمة تفاوتات كبيرة مستمرة في بعض الجيوب الباقية ، لا سيما في أفريقيا ، حيث ازدادت عما كانت عليه قبل خمس سنوات أعداد النساء اللاتي يتوفين أثناء الوضع ، والأطفال المولودين وهو يعانون من سوء التغذية .

٥١ - والمعلومات العلمية بشأن ما لتشفيل الأطفال من آثار ضارة بمحتمل محدودة ، في الفالبية العظمى من حالات العمل ، ثمة ملامح هامة لتشفيل الأطفال ضارة بمحتمل لم يتم توثيقها علمياً ، مثل "السن الحرجة" التي يكون الطفل أثناءها أكثر عرضة للآثار الخطيرة للعمل ، ومدة أشكال عمل محددة ، ونوع العمل الذي يسبب ضرراً بمحنة الطفل . وما زال يتسع إنجاز قدر أكبر كثيراً من العمل في هذا المجال .

٥٢ - وما ببرحت منظمة المحة العالمية متهمكة منذ عام ١٩٨٠ في البحث والتدريب والجوانب الإنمائية لبرامج العمل في مجال عمل الأطفال . وما ببرحت الاهداف على النحو التالي: (١) تحديد الآثار الصحية التي قد تترتب على عمل الأطفال ؛ (ب) تقديم توصيات باتخاذ إجراءات مشتركة بين القطاعات ذات ملة بالموضوع ؛ (ج) الحث على زيادة التعاون فيما بين الأفراد والجماعات العاملة في ميدان عمل الأطفال والآثار الصحية المرتبطة به ، بما في ذلك تقديم الدعم الفني . وينبغي الإشارة بالتحديد إلى فرقه عمل غير رسمية مشتركة بين الوكالات ، تجري إعادة تشبيطها ويشمل أعضاؤها الحركة الدولية للدفاع عن الأطفال ؛ ومنظمة العمل الدولية ؛ والجمعية الدولية لمنع إساءة معاملة الطفل وإهماله ؛ واليونيسف ؛ ومنظمة المحة العالمية . وتعتزم منظمة المحة العالمية مواصلة تقديم الدعم الفني ونشر المعلومات عن العلاقة بين عمل الأطفال ومحتمل ، كما تعتمد مناصرة وتشجيع برامج العمل المشترك بين القطاعات ، بالتعاون الوثيق مع غيرها من الوكالات ومنظمات أخرى غير حكومية .

#### ٤ - حقوق المسنين

٥٣ - اعتمدت الجمعية العالمية للشيخوخة التي عقدت في فيينا في الفترة من ٣٦ تموز/ يوليه إلى ٦ آب/أغسطس ١٩٩٣ ، خطة العمل الدولية للشيخوخة ، التي تتضمن ديباجتها عدداً من مسائل قضايا حقوق الإنسان فيما يتعلق برعاية المسنين ، وهي حالياً بمثابة المدولي الرئيس الموجه للسياسات والبرامج في هذا المجال .

٥٤ - إن المسنين ، الذين عَرَفُهم في عام ١٩٩١ مكتب إدارة التعداد والاقتراض والإحصاء التابع لوزارة التجارة في الولايات المتحدة بأنهم من بلغوا من العمر ستين عاماً أو تجاوزوه ، يشكلون حالياً ما بين ١٧ في المائة و٢٣ في المائة من سكان معظم البلدان في العالم المتقدم ، وما بين ٥ في المائة و١٠ في المائة من سكان بلدان العالم النامية (والنسبة أعلى من ذلك في بضعة بلدان نامية) . ومن الحقائق الجديرة بقدر كبير من الاهتمام أن هذه الشريحة من سكان العالم آخذة في النمو السريع للغاية ؛ وأكبر زيادة في ذلك تحدث في بلدان العالم النامية . فعلى سبيل المثال ، يفيد غوليني (Golini) ولوري (Lori) (في Aging, 2: 319-336، 1990) أن النسبة المئوية للسكان الذين يبلغون من العمر ٦٥ عاماً أو أكثر من المتوقع أن تتزايد إلى ثلاثة أمثالها في الصين وإلى أربعة أمثالها في جمهورية كوريا ومالزيا بحلول عام ٢٠٢٥ .

٥٥ - وللمسنين حقوق إنسان متميزة لم يتناولها بالتحديد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام ١٩٤٨ أو غيره من مكون حقوق الإنسان ذات الصلة . والواقع أن المسنين يمثلون أقلية يتأمل البشر كافة أن يتضمنوا إليها ، على نقيض فئات أقلية أخرى مثل المعوقين واللاجئين والاقليات الإثنية التي تتطلب متميزة طوال حياتها . وثمة إشكال شتى من الشيخوخة قد تفضي ، في حال الرعاية الطبية ، إلى تشخيص خاطئ أو علاج غير مناسب أو الإيداع بلا ضرورة في مؤسسات الرعاية . ولا يمكن ضمان الصحة والرفاهية للمسنين إلا من خلال تفهم أفضل لما للتميز المتصل بالسن ، بجميع إشكاليه ، من آثار متذكرة واسعة الانتشار .

٥٦ - وثمة مكان بارزان جديران بالذكر على وجه الخصوص ، هما: توصية منظمة العمل الدولية لعام ١٩٨٠ بشأن العمال الكبار السن (التوصية رقم ١٦٢) ، وهي تتناول حقوق جميع العمال الذين قد يواجهون مصاعب خاصة في التوظيف والعمل بسبب تقديمهم في السن . وهذا أمر ذو أهمية خاصة ، حيث أن المسنين ليسوا فئة متGANسة من حيث مستويات الصحة الجسمانية والذهنية . أما المكر الثاني فهو قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ٤٦/٩١ ، المعتمد في ١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١ ، الذي يتضمن "مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بـ كبار السن" ، وهي ١٨ مبدأ أساسياً متملاً بالاستقلالية والمشاركة والرعاية وتحقيق الذات والكرامة . وفي مجال الرعاية ، مثلاً ، يؤكد القرار حق كبار السن في أن يستفيدوا من دعم الأسرة وأن تتاح لهم إمكانية الحصول على الرعاية الصحية ، وأن يظلوا متمتعين بحقوق الإنسان الأساسية والكرامة الإنسانية إذا كانوا مقيدين في مرافق علاج أو رعاية . ويقتضي وضع هذه المبادئ موضع التنفيذ صياغة مبادئ توجيهية لذلك . وتعتزم منظمة الصحة العالمية أن تشارك مشاركة تامة في صياغتها .

## ٥ - حقوق المعوقين

٥٧ - عملت منظمة الصحة العالمية على تعزيز حقوق المعوقين من خلال عملية إعادة التأهيل القائمة على المجتمع المحلي ، وهي استراتيجية لتأمين إتاحة إعادة التأهيل للمعوقين على غرار إتاحة الخدمات الصحية لجميع أفراد المجتمع المحلي . وتشمل عملية إعادة التأهيل هذه نقل المعارف والمهارات المتعلقة بأنشطة إعادة التأهيل إلى المعوقين وأسرهم والمجتمعات المحلية ، وإدماج الأطفال المعوقين في الأعمال المدرسية والبالغين في محيطهم الاجتماعي داخل مجتمعاتهم المحلية . وتتطلب عملية إعادة التأهيل القائمة على المجتمع المحلي دعماً متعدد القطاعات ، وهي تنتهي ، بوجه خاص على الخدمات الصحية والتعليمية والعملية والاجتماعية . وما زالت منظمة الصحة العالمية ملتزمة بالعمل مع غيرها من وكالات الأمم المتحدة ، ومع الحكومات ، والمنظمات غير الحكومية ، في سبيل توسيع نطاق عملية إعادة التأهيل القائمة على المجتمع المحلي والنهوض بخدمات الدعم الضرورية .

## ٦ - جوانب حقوق الإنسان المتعلقة بفيروس الإيدز وبالإيدز

### الف - حماية حقوق الإنسان والاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز

٥٨ - في أيار/مايو ١٩٩٣ ، اعتمدت جمعية الصحة العالمية استراتيجية عالمية محددة الصيغة وموسعة ومنقحة للوقاية من الإيدز ومكافحته ؛ وتحدد هذه الاستراتيجية الاتجاه الجديد الذي يتعين على جميع الشركاء في الجهد العالمي الرامي إلى مكافحة الإيدز أن يسلكه في السنوات القادمة . وتضع الاستراتيجية نهوجاً سليمة من الناحيتين الأخلاقية والفنية ، ومعهودة من حيث فعاليتها ، للتصدي للتحديات الجديدة التي تطرحها هذه الجائحة . وهذه النهوج هي: زيادة التركيز على الرعاية ؛ تحسين علاج الأمراض الأخرى التي تنتقل بالاتصال الجنسي ؛ زيادة التركيز على الوقاية من عدوى فيروس الإيدز عن طريق تحسين صحة المرأة وتحسين تعليمها ومركزها ؛ تهيئة بيئات اجتماعية تعطي مزيداً من الدعم لبرامج الوقاية ؛ التخطيط المسبق لتدارك الأثر الاجتماعي - الاقتصادي للجائحة ؛ زيادة التركيز على ما ينجم عن ورم المصابين والتمييز ضدهم من أخطار على الصحة العامة . إن الأهداف الرئيسية الثلاثة للاستراتيجية بصيغتها المحدثة مماثلة لأهداف الصيغة الأولى (١٩٨٧) للاستراتيجية ، وهي: (أ) الوقاية من الإصابة بفيروس الإيدز ، (ب) التقليل من الأثر الشخصي والاجتماعي للإصابة بفيروس الإيدز ، (ج) حشد وتوحيد الجهد الوطني والدولي لمكافحة الإيدز .

٥٩ - وتنفيذاً لهذه الاستراتيجية ، يواصل البرنامج العالمي لمكافحة الإيدز التابع لمنظمة الصحة العالمية توحيد وحشد الجهود الدولية في مجال حقوق الإنسان والإمامة بعدوى فيروسي الإيدز وبالإيدز . فقد شارك هذا البرنامج ، مثلاً ، في مؤتمرات دولية معنية بفيروس الإيدز وبالإيدز ، وعقد حلقات تدريبية معنية بهذا الموضوع أو قدم الدعم لها ، وتعاون مع مركز الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومع غيره من وكالات الأمم المتحدة ، وقام ببحث الحكومات ، ودعم وتمويل منظمات غير حكومية ، وتمويل عدد من الدرamas ، جميعها ترتكز على الإيدز من حيث ابعاده المتعلقة بحقوق الإنسان . وفي المؤتمرات الدولية والوطنية ، ما فتئ البرنامج العالمي لمكافحة الإيدز يكفل إبقاء بند تعزيز حقوق الإنسان للمصابين بعدوى فيروس الإيدز أو بالإيدز مدرجاً في جدول الأعمال ، سواء على الصعيد الدولي أو الوطني . والقرار رقم ٤١-٤٢ الذي اعتمدته جمعية الصحة العالمية الحادية والأربعون في ١٥ مايو ١٩٨٨ قد طلب إلى منظمة الصحة العالمية اتخاذ كافة التدابير الضرورية لتأييد الحاجة إلى حماية الحقوق الإنسانية والكرامة للمصابين بعدوى فيروس الإيدز والإيدز . وكمجزء من أهداف البرنامج العالمي لمكافحة الإيدز فيما يتعلق بالمساندة ، قررت المنظمة عدم رعاية المؤتمرات أو الاجتماعات الدولية المعنية بالإيدز في البلدان التي تفرض قيوداً قصيرة الأجل على سفر المصابين تحديداً بعدوى فيروس الإيدز أو بالإيدز .

٦٠ - وفيما يتعلق بالتعليم اضطلع البرنامج العالمي لمكافحة الإيدز ببرامج تدريبية موجهة نحو حقوق الإنسان من أجل موظفيه العاملين في المقر في جنيف ، ويعتمذ عقد حلقات دراسية مماثلة لموظفي المنظمة العاملين في مكاتبها الإقليمية الستة . وقد عقد ، علاوة على ذلك ، سلسلة من المشاورات بتشأن جوانب حقوق الإنسان ذات الملة بالإمابة بعدوى فيروس الإيدز أو بالإيدز ، في مجالات مثل: فرض قيود قصيرة الأجل على السفر ؛ والسجون ؛ والاختبار . وفضلاً عن ذلك ، يدعم البرنامج المذكور وحدة التشريع الصحي التابعة للمنظمة ، التي تصدر بانتظام قائمة مجدولة بالتشريعات المتعلقة بالإمابة بعدوى فيروس الإيدز وبالإيدز (انظر Tabular Information on Legal Instruments Dealing with HIV Infection and AIDS القانونية المتعلقة بالإمابة بعدوى فيروس الإيدز أو بالإيدز WHO/GPA/HLE/92.1 ، حزيران/يونيه ١٩٩٣) ؛ ومن المقرر أن تصدر بمعرفة محدثة في حزيران/يونيه ١٩٩٣ . ويجري النظر في إنشاء قواعد بيانات أخرى تتناول الإمابة بعدوى فيروس الإيدز وبالإيدز وحقوق الإنسان .

٦١ - وفيما يتعلق بالتعاون مع المنظمات الدولية ، يتعاون البرنامج العالمي لمكافحة الإيدز تعاوناً وثيقاً مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى المعنية بقضايا حقوق الإنسان ، بما فيها مركز الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة العمل الدولية ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي .

٦٣ - وفيما يتعلق بمساندة الحكومات ، قامت المنظمة بتقديم التعاون الفني ، ومناقشة ما اقتُرِح وما سُنَّ من تشريعات ، وتلبية طلبات معلومات من الحكومات عن حقوق الإنسان وعن القوانين والأنظمة المتعلقة بالإصابة ببعده فيروس الإيدز وبالإيدز ، وهي بقصد تصميم دورة لمديري برنامج الإيدز (أي موظفين حكوميين يعملون كجهات ومل فيما يتعلق بالإيدز) ، أحد مكوناتها يتناول التدريب على تعزيز حقوق الإنسان . كما يستعرض البرنامج العالمي لمكافحة الإيدز الخطط المتوضطة الأجل التي أعدتها الحكومات ، تاميناً لتعزيز حقوق الإنسان . وأخيراً ، يتعاون البرنامج مع المنظمات غير الحكومية ، وقد مَوَّل وما زال يمْوِّل أعمال المنظمات غير الحكومية بشأن حقوق الإنسان ، وهو يرَّد بانتظام على استفسارات المنظمات غير الحكومية عن الإصابة ببعده فيروس الإيدز وبالإيدز من حيث جوانبها المتعلقة بحقوق الإنسان .

#### باء - الإجراءات المرتقبة

٦٤ - إن جائحة الإيدز ما زالت في ازدياد ، ويقترن بها ما يحده التمييز من أثر شخصي واجتماعي سلبي عميق . وعدم التمييز هو سياسة جيدة في الصحة العامة . ومن حسن الظالع أن الحق باطراد وفعالية يمكن أن يؤدي دوراً قوياً ايجابياً في تجنب التمييز ضد المصابين ببعده فيروس الإيدز والمصابين بالإيدز . ويمكن تأكيد أن النجاح في الحملة ضد الإيدز سيقاس إلى حد لا يستهان به بمدى نجاح الحكومات في جميع أنحاء العالم في تنفيذ السياسات والممارسات غير التمييزية .

٦٥ - وما زال التمييز ضد المصابين ببعده فيروس الإيدز والمصابين بالإيدز يمثل عقبة رئيسية أمام الوقاية من الإصابة ببعده فيروس وأمام العناية بالمصابين بالإيدز ، كما أنه يعمل على تأخير الجهد الرامي إلى التقليل من الأثر الشخصي والاجتماعي للإصابة ببعده الفيروسي والإصابة بالإيدز .

٦٥ - وأنشطة حقوق الإنسان التي يقوم بها البرنامج العالمي لمكافحة الإيدز مبنية على منجزات سابقة ، هي: إنشاء شبكة للمشاركة في المعلومات على نطاق عالمي ، مع بنك مركزي للمعلومات عن المصابين ببعده فيروس الإيدز الذين انتهكت حقوقهم ؛ توزيع مبادئ توجيهية بشأن الإصابة ببعده فيروس الإيدز وبالإيدز في السجون ؛ تجميع وثائق عن المكوّن القانوني التي تتناول الإصابة ببعده فيروس الإيدز وبالإيدز ؛ التعاون مع وكالات أخرى تابعة للأمم المتحدة تمارس أنشطة متعلقة بحقوق الإنسان ؛ المحافظة على المجموعة الحالية من الوثائق المرجعية وقاعدة البيانات عن الإصابة ببعده فيروس الإيدز وبالإيدز من حيث جوانبها المتعلقة بحقوق الإنسان ، وتوسيع هذه المجموعة ؛ إصدار مواد تشفيلية وتدريبية أخرى في هذا المجال ؛ تدريب متخصصي القرارات

الرئيسين على المعيد القطري (مثل مدير ببرنامج الإيدز والموظفين الحكوميين والمنظمات غير الحكومية) فيما يتعلق بالقضايا المتعلقة بالتمييز ضد المصابين بعذوى فيروز الإيدز والمصابين بالإيدز (سيجري التشديد في هذا التدريب على ما لتعزيز حقوق الإنسان من دلالة وقيمة في بلوغ أهداف الصحة العامة فيما يتعلق بالإيدز تحديداً).

٦٦ - وسيواصل البرنامج العالمي لمكافحة الإيدز ، (بالتعاون مع الأمم المتحدة ووكالات متخصصة أخرى) عقد اجتماعات ومشاورات تستهدف وضع وصياغة معايير وقواعد يمكن الاعتماد عليها من أجل النهوض بأهداف حقوق الإنسان وتجنب الممارسات التمييزية . وهي تشمل سياسات ومبادئ توجيهية وقواعد بشأن الإصابة بعذوى فيروز الإيدز وبالإيدز وحقوق الإنسان في المجالات التي يكون فيها للممارسات التمييزية أثر لا يستهان به ، مثل المجالات التالية: السفر والهجرة الدوليّان ، ومكان العمل ، ومجالات أخرى لم تحدّد بعد .

## ٧ - حقوق الفئات الضعيفة والسكان الأقلية

٦٧ - إن هدف توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ هو ، في المحصلة النهائية ، موجه نحو تلبية حاجات الفئات المحرومة . وعليه ، يستلزم بلوغ هذا الهدف تحديد الفئات المحرومة في كل بلد ، متقدماً كان أو نامياً ، ويجب أن يشمل هذا الهدف من هم مستثنون حالياً من كلمة الجميع للتأكد من أن يصبحوا مشملين في أقرب وقت ممكن - أو على الأكثـر بحلول عام ٢٠٠٠ .

٦٨ - وتشمل فئات السكان التي وجد أنها محرومة محيّاً الفئات التالية: المعوقون ، والعاطلون عن العمل ، والعمال الزراعيون ، وأعضاء الطبقات الدنيا ، والسكان الأقلية ، والمسدودون ، والأسر الوحيدة الوالدة ، والمهاجرون ، والأسر الكبيرة ، وفئات السكان المقيمة في مناطق نائية يصعب الوصول إليها ، والإيتام وأطفال الشوارع ، والأمّيّون . وبطبيعة الحال ، فإن كثيراً من هذه الفئات المحرومة متداخلة فيما بينها .

٦٩ - والفارق الرئيسية في مستويات الصحة مثار قلق لأسباب عديدة ، أولها أنه تم إحراز تقدم كبير في تحسين الصحة إجمالاً ، وثانيةها أنه لا تتوافر إلا لبضعة بلدان بيانات وافية وموثوقة بدرجة كافية لرصد الفرق في الاتجاهات فيما يتعلق بمحة الفئات المحرومة اجتماعياً واقتصادياً . أما ثالث هذه الأسباب فهو أن الحالات القليلة التي تتوافر فيها هذه البيانات يتبيّن منها بوضوح أن الفجوات مستقرة ،

بل وحتى آخذة في الزيادة . وأحد أهداف البلدان الواقعة في المنطقة الأوروبية لمنظمة الصحة العالمية لن يتم إنجازه ، وهو أنه ، بحلول عام ٢٠٠٠ ، ينبغي تخفيف الفروق الفعلية في الحالة الصحية بين البلدان وبين الفئات داخل البلدان بما لا يقل عن ٢٥ في المائة ، عن طريق تحسين المستوى الصحي للدول والفئات المحرومة . وعلى نقيض ذلك ، إذا ما قورنت الحالة الصحية بين البلدان ، توجد فجوة متزايدة بين شمال وغربي أوروبا من جهة ووسطها وشرقيها من جهة أخرى ، حيث يحتل جنوب أوروبا مكاناً متوفطاً في معظم الجوانب . والمهمة في العقود القادمة هي سد هذه الفجوة بقدر الإمكان ، ربما إلى مستوى الفروق التي كانت قائمة في مطلع السبعينات . وثمة مثال آخر من المملكة المتحدة ، حيث خلع التقرير الأسود لعام ١٩٩٣ ، وعنوانه "التفاوتات في الصحة" Inequalities in Health ، إلى نتيجة مفادها أن الفروق النسبية في معدلات الوفيات بين العمال اليدويين غير المهرة بالمقارنة مع المهنيين والمديرين لم تضيق في السنوات العشرين بين عام ١٩٥٠ وعام ١٩٧٠ ، بل واتسعت في بعض الحالات .

٧٠ - وثمة سبب رابع هو الخمول الراهن في إجراء إصلاحات أساسية لتحسين صحة أعضاء الفئات المحرومة . ومع أن الأسباب الجوهرية للفروق ليست معروفة على وجه التحديد ، فما هو معروف يكفي لتحسين الحالة حيثما تشير الدلائل ، في المقام الأول ، إلى ضعف الإرادة السياسية . وقد أظهرت الدراسات في البلدان المتقدمة أن الارتفاع المفرط في معدلات الوفيات يعزى إلى الحوادث وأمراض القلب والأوعية الدموية وأوضاع المعيشة والعمل غير الصحية . ويمكن الأخذ بعدد من التدابير الوقائية المحددة لتخفيض هذه المعدلات . أما في البلدان النامية ، فإن الأمراض التي يمكن الوقاية منها بسهولة (بما فيها سوء التغذية والأمراض المعدية والمشاكل المتعلقة بالحمل) هي المسؤولة عن وجود الفجوات . ويتعين على كثير من هذه البلدان أن تواجه خطراً مزدوجاً ، فعليها أن تواجه أعباء ما تسببه الأمراض غير السارية ، هذا في حين أن الجهود المبذولة لمكافحة الأمراض السارية ما زالت أبعد ما تكون عن الكمال . وعلى الرغم من هذه العوامل الرئيسية ، فإن انتهاج سياسة اجتماعية تحظى بدعم من مفاهيم العدالة المطلقة وـ"الانتقال الصحي" ، بما في ذلك الهبوط السريع بمعدلات المرض والوفيات من مستوياته عالية إلى مستويات منخفضة وثابتة نوعاً ما هو من الأمور المجدية ، وقد حدث ذلك فعلأً في عدد من البلدان ذات الناتج القومي الإجمالي المنخفض ، مثل سري لانكا .

٧١ - إن أحكام المادة ٣٠ من اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٠٧ (الاتفاقية الخامسة بحماية السكان الأهليين وغيرهم من السكان القبليين وشبه القبليين وآدمائهم في المجتمع العام للبلاد المستقلة) تقتضي من الحكومات أن تتولى مسؤولية توفير خدمات صحية كافية للسكان المعنيين . وقد دأبت منظمة الصحة العالمية على التعمير بموقفها إزاء هذه الأحكام ، وبيان أنها متماشية مع دستورها .

٧٣ - ومن الملح ، مع اقتراب عام ٢٠٠٠ ، وضع استراتيجيات جديدة لتحسين صحة المحروميين ، تشمل ما يلي: التغلب على الخمول ؛ ووضع إجراءات مشتركة بين القطاعات وواسعة القاعدة ؛ ووضع أهداف ، وتأمين المشاركة المجتمعية ؛ والتعلم عن طريق الممارسة . وسيتبادر إلى ذهن كل من هذه الاستراتيجيات بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية . ويتعين على الاستراتيجيات أن تتناول ، بصفة رئيسية ، تحدي الحواجز الثقافية والمالية الفردية التي تعترض سبيل الرعاية الصحية (استنادا إلى الهياكل الأساسية القائمة) ، والتشجيع على اتباع أنماط حياة صحية ، وتوزيع الموارد وتخصيمها بقدر أكبر من الإنفاق . ويلزم دعم من البلدان المتقدمة لتلبية احتياجات الفئات الضعيفة والسكان الأصليين وإعمال حقوقهم بفعالية ايجاد سبل جديدة للتغلب على المشاكل المستعنية . ويقتضي ذلك استعداد كل بلد من البلدان للقرار بالمشاكل والبحث النشط عن بيانات بشأن الملامح الوبائية لهذه المشكلة ، كما يقتضي إرادة سياسية لتصميم استراتيجيات وسياسات تكفل ولو حدّاً أدنى من الدخل والمعاملة . ويتعين على القطاع الصحي أن يشجع ويدعم هذه النهج والمبادرات العريضة القاعدة الداخلية تماماً في نطاق ولاية هذا القطاع .

٧٤ - ويمكن توقع عدد من المشاكل ، فصياغة أهداف صحية معينة من أجل الفئات الضعيفة والسكان الأصليين قد تسفر عن مشاكل سياسية في السياق الراهن ، حيث إن هناك عدة منازعات دولية ووطنية توجد متورطة فيها فئات أقلية معينة . وعبارة "السكان المحروميين" قد تصبح نفسها موضوع بحث . وسواء استخدمت هذه العبارة أو غيرها ، فستولد اهتماماً وتحفز الحاجة إلى إجراء عاجل في إطار الجهد الرامي إلى تحقيق هدف الصحة للجميع . وفي معالجة قضية صحة الفئات الضعيفة والسكان الأصليين ، من المحتوم أن تُطرح آراء قوية متباعدة أحياناً عن كيفية معالجة هذه القضية ، وأن يكون ثمة من تقتضي مصالحهم الإبقاء على الوضع الراهن . ومن ثم ، فإن النظام الصحي ، مقارنة بالماضي ، قد يدخل مرحلة يشوبها قدر من عدم الاستقرار .

#### ٨ - الحالة الصحية في أقل البلدان نموا

٧٥ - قالت منظمة الصحة العالمية ، على سبيل المتابعة لمؤتمر الأمم المتحدة الثاني المعني بآهل البلدان نموا (باريس ، ١٤-٣ ١٩٩٠ سبتمبر) ، بالأخذ بزمام المبادرة في إيلاء اهتمام إجمالي النظرة لاستمرار تدني مستوى الصحة في أقل البلدان نموا . ويتمثل ذلك مع إعلان آلما آتا ، من حيث أن التضامن الدولي في التصدي للمرض وسوء الصحة في بقعة ما من العالم ذو أهمية بالنسبة لسائر البلدان .

٧٥ - وجميع المؤشرات الاجتماعية - الاقتصادية في أقل البلدان نموا ، والمؤشرات الصحية بوجه خاص ، قد تدلت إلى مستويات خطيرة: فمتوسط العمر المتوقع في هذه البلدان هو دون الخمسين سنة ، مقابل ٧٤ سنة في البلدان المتقدمة ؛ ويموت ١٥٠ طفلاً من بين كل ١٠٠٠ طفل في السنة الأولى من حياتهم ، مقابل ١٥ طفل في البلدان الصناعية . ولا يشرف موظفون محييون مؤهلون إلا على ما يكاد يقل عن ولادتين من بين كل خمس ولادات . فمن غير المدهش إذن ، في هذه الظروف ، أن نحو ٥٠٠ إمرأة يُمْتنَ أثناء الوضع في كل عام في البلدان النامية . وإضافة إلى ذلك ، فإن عبء الإيدز ، الذي يتصل اتصالاً وثيقاً بالفقر والجهل ، من المتوقع أن يكون له أثر سلبي ضخم ، إذ إن ما لا يقل عن نصف عدد المصابين بعذوى فيروسي الإيدز ، الذين يقدر عددهم بما يتراوح بين ١١ و ١٣ مليون شخص في جميع أنحاء العالم ، هم من مكان أقل البلدان نموا ، الأمر الذي يعني أن حوالي شخص واحد من بين كل ٨٠ شخصاً بالغاً في هذه البلدان يصاب للفيروسي . وإذا ما نظرنا إلى أقل البلدان نموا في أفريقيا فقط ، فإن هذه النسبة تزداد لتبلغ حوالي واحد من بين كل ٤٠ .

٧٦ - إن فشل أقل البلدان نموا حتى الآن في تلبية الاحتياجات الصحية الأساسية لشعوبها هي حقيقة ينبغي عدم إخفائها . الواقع أنه ، أثناء عقد الثمانينيات ، تزايد الطلب على الخدمات الصحية في هذه البلدان ، بينما تناقص توافر هذه الخدمات . وتعتبر منظمة الصحة العالمية أن هذا الاختلال أمر غير مقبول ، وترى أن تقويمه سيتطلب استثمارات كبيرة في مجال الصحة في أقل البلدان نموا بحلول نهاية القرن .

٧٧ - وفي حين أن الرعاية الصحية الأولية ما زالت هي الأسلوب الأمثل لتمكين أقل البلدان نموا من إحراز تقدم نحو هدف توفير الصحة للجميع ، فإن وضعها موضوع التنفيذ يتطلب التزاماً راسخاً من جانب الزعماء السياسيين على أعلى المستويات بتقليل المظالم الاجتماعية . ولكن كيف يمكن لهذه البلدان أن تأمل تنمية الرعاية الصحية الأولية لديها في حين أن ثلاثة أرباع الأموال المتاحة من أجل الصحة تُنفق على المستشفيات في المدن ، التي لا تستفيد منها سوى نسبة ضئيلة من السكان؟ إن منظمة الصحة العالمية ، إدراكاً منها لما تصادفه أقل البلدان نموا من مصاعب وعقبات في محاولة وضع الرعاية الصحية الأولية موضع التنفيذ الفعال ، قد شرعت في مبادرة جديدة ترمي إلى تركيز الجهود على البلدان والسكان الذين هم في أمس الحاجة إلى هذه الرعاية الصحية ، بهدف تحسين التكامل والتنسيق بين برامج المنظمة داخل كل بلد من البلدان ، وزيادة الاتساق بين أنشطتها والأولويات الصحية الوطنية . وتشدد المبادرة بوجه خاص على ضرورة مساعدة هذه البلدان على زيادة قدرتها على معالجة الجوانب التحليلية والإدارية والاقتصادية والمالية لاستراتيجيات الصحية .

٧٨ - وهذا النهج الجديد للمنظمة يفترض مسبقا التزام السلطات الوطنية باتباع نهج جديد واقعي فيما يتعلق بأولوياتها الصحية ومواردها . فقيام السلطات الوطنية بوضع خطط صحية رشيدة واقعية متسقة تستند إلى الموارد المتاحة فعلًا يوفر ، في نطاق هذا التعاون المكثف ، إطارا منطقياً يمكن فيه استخدام هذه الموارد بقدر أكبر من الفعالية من أجل تنمية البلد .

٧٩ - لقد سبق أن أجرت منظمة الصحة العالمية تحليلًا متعمقاً لحالة ٢٣ بلداً ، منها ١٨ من أقل البلدان نموا ، وقد تم عقد التزامات تقنية ومالية مع بلدان مثل ت Chad وجمهورية أفريقيا الوسطى وجيبوتي والسودان وغينيا وغينيا - بيساو وملاوي ونيبال واليمن . ويجري بذلك جهود على الأجل القصير للتعجيل بمكافحة أمراض معينة (التهاب السحايا والمalaria والسل والجدام) ، من أجل التغلب على عدم كفاية الإمدادات من المعدات والعقاقير الأساسية ، ولتزويد الحكومات بالخبرة الفنية في القضايا الملحة . والهدف على الأجلين المتوسط والطويل هو تحقيق الاتساق بين الأنشطة وإصلاح وتعزيز القطاع الصحي داخل الاقتصاد الوطني والتشجيع على الاعتماد الوطني على الذات .

٨٠ - والاعتقاد الراسخ لدى المنظمة هو أنه ما من خيار آخر ممكن إذا ما أراد لها أن تواجه التحدي المتمثل في استمرار المعدلات العالية للوفيات والأمراض التي يمكن الوقاية منها في أقل البلدان نموا . فاستمرار هذه الحالة هو أمر لا تطيقه المنظمة ، لأنه يحيط الجهد الراهن إلى "أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى ممكن" ، حسما ورد في دستور المنظمة كهدف لها .. وعليه ، يجب على المجتمع الدولي أن يقطع على نفسه التزاماً أقوى عن طريق حشد شراكة يحدوها العزم والنشاط قادرة على الخروج من "حلقة المرض والفقر المفرغة" وإقامة "دائرة قوامها الصحة والتنمية" مكانها .

## ٩ - دور التشريعات الصحية

٨١ - إن مساهمة التشريعات الصحية في تحسين صحة المجتمع ، في البلدان المتقدمة على الأقل ، مساهمة ذات شأن ، فكما ذكر منذ نحو ١٥ عاماً رئيس تحرير إحدى أشهر المجالات الطبية في مقالة افتتاحية:

"إن التشريعات التي سُنت في مجال الصحة العامة وما يتصل بها من تدابير ربما كان لها أثر أكبر من كل ما أحرزه الطب العلمي من تقدم في النهوض برفاهية المجتمع في بريطانيا وفي معظم البلدان الأخرى" .

(Lancet, 2, 1978)

ولا شك في أن كلمة "رفاهية" يجب تفسيرها على غرار التفسير الشامل الوارد في المبدأ الأول من المبادئ المعلنة (في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية) بانها "أساسية لسعادة جميع الشعوب ولانسجام علاقاتها ولأمنها". فهل يمكن قيام "التشريعات ... وما يتصل بها من تدابير" كمياً؟ وماذا عن "الإقليمية الباقية من البلدان" التي يشير إليها ضمناً كاتب الافتتاحية؟ هل هناك عوامل ذاتية أو خارجية تمنع التشريعات الصحية وما يتصل بها من تشريعات من أداء دورها الواجب في النهوض بالصحة المجتمعية والفردية؟ هذه بعض الأسئلة التي تستحق أن ينظر فيها بعناية علماء حقوق الإنسان ، بالاشتراك مع القائمين على الصحة العامة وعلماء وفلاسفة الأخلاق وغيرهم .

٨٣ - وحسبما هو معروف ، فإن المناهج الدراسية الطبية المعاصرة في معظم البلدان لا تولي عادة سوى قدر قليل من الاهتمام للغة الأخلاقيات والمكتوب عنها ، وتولى اهتماما أقل لمبادئ حقوق الإنسان المكرسة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وغيرها من المكوّن الدولي والإقليمية لحقوق الإنسان . ومن ثم ، فإن الأطباء الممارسيين لا يكونون في أغلب الأحيان على دراية بما للمرض الذين يعالجونهم هؤلاء الأطباء ، أو للمجتمع الذي يخدمونه ، من حقوق ذات صلة بحقوق الإنسان . فكم منهم ، مثلًا ، على اطلاع على الفقرة ١٦ من إعلان طهران ، على الرغم مما لها من صلة بمحة الأسرة وصحة الطفل في جميع أنحاء العالم؟ وكم منهم يعلم أن المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان ، المعقد في طهران من ٢٣ نيسان/أبريل إلى ١٣ أيار/مايو ١٩٦٨ ، قد حث "جميع الشعوب والحكومات ... على مضايقة جهودها من أجل توفير حياة ... تفضي إلى الرفاهة الجسدية والعقلية والاجتماعية والروحية للبشر أجمعين" . (وهي عبارات شبيهة إلى حد ما بتعریف "الصحة" الوارد في دستور منظمة الصحة العالمية)؟ وهل المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية تعني الكثير بالنسبة إلى واضعي السياسات الصحية في البلدان المتقدمة أو النامية؟ لعل من الممكن تقويم هذا الانفصام ، بأن تعمل المنظمات المهتمة بالأمر على إصدار دليل عن كيفية تضمين المناهج الدراسية الطبية الفلسفية والمبادئ الخاصة بحقوق الإنسان المتصلة بالصحة البشرية بأوسع معانيها (أنجز مجلس أوروبا والمعهد الدولي لدراسات حقوق الإنسان الذي يوجد مقره في تريستا باليطاليا ، أعمالاً رائدة هامة في هذا المجال . انظر ، مثلًا Le Médecin Face aux Droits de l'Homme . CEDAM , Padua, Italy, 1990) . وقد يرافق ذلك إصدار دليل آخر يردد المشرعين والقائمين على الصحة إلى كيفية ترجمة هذه المبادئ إلى تشريع مهي مستنير ، انسجاماً مع استراتيجية توفير الصحة للجميع التي وضعتها المنظمة ، وتشرباً ، في الوقت ذاته ، بأفكار رينيه كامان وإلينور روزفلت وغيرها من رواد حقوق الإنسان المعاصرين .

٨٣ - وقد يجادل البعض بأن لغة المادة ١٢ ذاتها "عтиقة" ، تعكس الفلسفة المهيأة السائدة بشكل عام في ذلك الوقت . وهي تتبادر (مثلاً) مع لغة بروتوكول سان سلفادور لعام ١٩٨٨ الملحق بميثاق سان خوسيه (منظمة الدول الأمريكية) التي تتصرف بقدر أكبر كثيراً من التقديمية والتركيز على الإنصاف . ومن غير الواقعى اقتراح إعادة النظر في المادة ١٢ لتجسد ما يمكن وصفه بفلسفة آلمًا آتا (نسبة إلى المدينة الواقعة في كازاخستان التي عقد فيها في أيلول/سبتمبر ١٩٧٨ المؤتمر الدولي المشتركة بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف المعنية بالرعاية الصحية الأولية) ، ولتجسد المشال الأعلى الصحي الجديد الأخذ في الظهور الذي يجري وضعه بقيادة المنظمة . وربما يكون من الأكثر واقعية وضع دليل زاخر بالإرشادات فيما يتعلق بتنفيذ المادة ١٢ (قد يتناول أيضاً المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان) في ضوء النهج المعاصرة في معالجة قضايا الصحة والمشاكل الصحية (والبيئية المتصلة بها) التي من المحتمل أن تواجهها مجتمعات القرن الحادى والعشرين .

٨٤ - كما ورد أعلاه ، فإن المقالة الافتتاحية لمجلة Lancet تُعيّن ضمناً مجموعتين من البلدان: إحداهما تَحسَّن فيها التشريع الصحي تحسناً كبيراً في مجال الصحة العامة ، بينما لم يتحسن في الأخرى (حتى عام ١٩٦٨ على الأقل) . وإذا كانت الحالة كذلك بالفعل ، فهل يمكن أن تعزى الفجوة إلى عوامل يمكن للمجتمع الصحي العالمي (١) تعينها ، (٢) ومعالجتها؟ وهل يُلقى اللوم في ذلك على الإرث التشريعي الاستعماري الذي ما زال سائداً؟ وهل توجد قيود ملموسة من حيث القوى العاملة أو الموارد أو غير ذلك من العناصر؟ هذه أسئلة تستحق الاجابة عليها ، أو الدراسة المعمقة على الأقل ، من جانب المجتمع الأكاديمي بالاشتراك مع المنظمات الدولية المهتمة بالأمر .

٨٥ - وقد لاحظت الجمعية العامة ، في قرارها ٢٤٥٠(٢٣-٢٤٥) ، المعتمد في ١٩ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٨ ، ضرورة إجراء دراسات بشأن "حماية الشخص الإنساني وسلامته البدنية والعقلية في ضوء الانجازات المتحققة في علوم الأحياء والطب والكيمياء الحيوية" (انظر ، في هذا الصدد ، درamaة منظمة الصحة العالمية بعنوان الجوانب المعاية لحقوق الإنسان ، مع إشارة خاصة إلى التطورات في علم الأحياء والطب Aspects of Human Rights with Special Reference to Developments in Biology and Medicine E/CN.4/1172 Add.1-3 لعام ١٩٧٥ وعنوانها "حماية الشخص الإنساني وسلامته البدنية والعقلية في ضوء الانجازات المتحققة في علوم الأحياء والطب والكيمياء الحيوية") . وقد شهدت فترة الربع قرن التي انقضت منذ ذلك الوقت نشاطاً تشريعياً ووطنياً كبيراً يستهدف ضمان هذه الحماية . ولعل المطلوب في هذه المرحلة هو تأكيد لفعالية ما مُنْ حُتَّى

الآن من تشريع ، وتحديد للمجالات الجديدة التي قد تستدعي تدخلاً تشريعياً ، دولياً كان أو إقليمياً أو وطنياً .

٨٦ - وقد يكون الوقت مناسباً لكي تسعى وكالات منظومة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاجتماعية والثقافية (لا سيما اليونسكو والفاو ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية ومندوب الأمم المتحدة للسكان) إلى مبادئ توجيهية يتم الاتفاق عليها بمورة مشتركة بشأن إعمال هذه الحقوق بواسطة التشريع الوطني . وما برات هذه الوكالات جميعها منهاكة في تعزيز القدرات التشريعية الوطنية في مجال اختصاص كل منها . وقد اكتسبت جميعها خبرة كبيرة في النجاح البديلة في التشريع ، وقد يسفر بذلك جهد مشترك في إرشاد البلدان عن نتائج مفيدة .

#### ١٠ - المساعدة الصحية الإنسانية في حالات الطوارئ وحقوق السكان النازحين

٨٧ - تنص ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية على أن "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان ، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية" . ومن ثم ، فإن أنشطة المنظمة المتعلقة بالمساعدة الصحية الإنسانية في حالات الطوارئ تتتفق تماماً مع دستورها .

٨٨ - فحقوق الإنسان لا تقتصر على عدم التعرض للتعذيب والجور الجسدي ، وإنما تشمل أيضاً الحقوق الضرورية ليس فقط من أجل أمن الإنسان ، بل أيضاً من أجل بقاء الإنسان وكرامته . وهي تشمل الحق الأساسي في مستوى معيشة ملائمة للصحة والرفاهية ، بما في ذلك الغذاء والكساء والإسكان والرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية الضرورية . وعلىه ، فإن المنظمة لا تتندى فقط لمحة اللاجئين ، بل لمحة النازحين والعائدين والمجتمع المحلي المضيف أيضاً .

٨٩ - وتعمل المنظمة ، تمشياً مع الولاية الممندة إليها ، على تعزيز ما يلي:

- (أ) احترام حقوق الإنسان بين جميع الفئات على نحو منصف ؛
- (ب) تحسين الصحة والتعليم والتدريب ونوعية البيئة ، مما يفضي إلى التنمية الاقتصادية للمجتمع المحلي ؛
- (ج) العملية الديمقراطية ونشر المعلومات ؛
- (د) الروابط بين اللاجئين والعائدين والنازحين والمجتمع المحلي المضيف ، والمجتمع المدني للبلدان المانحة .

٩٠ - إن العمليات الجارية في جمهوريات يوغوسلافيا سابقاً توضح الدور الذي تنهض به المنظمة في مجال المساعدة الإنسانية . وتدعم المنظمة السكان واللاجئين والنازحين الذين اجتاحتهم الحرب ، كما تدعم المجتمعات المضيفة ، وذلك عن طريق ما يلى:

- (أ) تنظيم الجهود الدولية الرامية إلى الحيلولة دون حدوث وفيات ومعاناة يمكن تفاديتها ؛
- (ب) مساعدة المتأثرين بالمنازعات على البقاء في حالة جيدة في بيئة معادية محفوفة بالمخاطر ؛
- (ج) ضمان تجهيز الموظفين المحليين بالوسائل الكفيلة بالتقليص من المعاناة ؛
- (د) ممارسة الضغط على جميع المستويات بما يكفل للموظفين المحليين والعاملين في مجال الإغاثة الإنسانية الاضطلاع بمهامهم بحرية في ظل أوضاع من السلامية والحماية بمقتضى القانون الإنساني الدولي ؛
- (هـ) تعزيز الإغاثة الصحية في حالات الطوارئ استناداً إلى تقدير فني موضوعي وسليم لاحتياجات الصحة ؛
- (و) التماهي التبرعات من أجل الشق الصحي من برنامج عمل الأمم المتحدة الموحد ، مع إيلاء الأولوية لاحتياجات السكان الذين اجتاحتهم الحرب ؛
- (ز) ضمان احترام حياة وحقوق المعاوقيين ومن هم غير قادرين على إعالة أنفسهم بأنفسهم ، كالمرضى عقلياً .

٩١ - إن ميثاق الأمم المتحدة نفسه يؤكد دور الأمم المتحدة في تعزيز الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية . فالمادة ٥٥ منه تلزم الأمم المتحدة بالعمل على النهوض بمستويات المعيشة وايجاد فرص عمل للجميع وتهيئة الأوضاع اللازمة للتقدم والتنمية في المجالين الاقتصادي والاجتماعي ، وايجاد حلول للمشاكل الدولية الاقتصادية والاجتماعية والصحية .

#### ١١ - الإنفاق في الرعاية الصحية

٩٢ - تكفل التشريعات الصحية في كثير من البلدان الحق في الرعاية الصحية ، بل إن هذا الحق هو من الحقوق الدستورية في بعضها . ولكن بالنسبة لكثير من الفئات ، هناك في كثير من الأحيان فجوة كبيرة بين وجود هذا الحق القانوني والإنفاق في فرص للاستفادة من الرعاية الصحية . وقد بين دالفرین (Dahlgren) ووايتهد (Whitehead) الحواجز الجغرافية والاقتصادية والثقافية التي تعرقل سبيل الرعاية الصحية ، وذلك في ورقة مناقشة أعدتها المنظمة مؤخراً عنوانها Policies and strategies to promote equity in health (الوثيقة EUR/ECP/RPD 414(2) ، Copenhagen، 1992) . ومن هذه

الحواجز معوبات ب توفير رعاية عالية النوعية في المناطق النائية أو الريفية أو الجبلية أو الجزرية ، وإحجام الموظفين الصحيين عن العمل في المناطق الحضرية التي تعانى ركوداً ، وهم ظاهرتان موجودتان في البلدان الصناعية والبلدان النامية على السواء . وقد تعمل نظم تمويل الرعاية الصحية على تقييد الإنفاق في إتاحة فرص للاستفادة من الرعاية الصحية ، شأنها في ذلك شأن الحواجز الثقافية عندما يكون الاتصال بين المهني الصحي والمريض غير مناسب ، أو عندما يواجه المهاجرون والعمال الوافدون حواجز لغوية . وقد يكون تدنى المستوى التعليمي من العوامل الهامة التي تحدّ من الطلب على الرعاية الصحية ، ولا سيما الطلب على الخدمات الوقائية ، فالغالباً ما يكون من هم في أمر حاجة إلى الرعاية هم الأقل حظوة في تلقي مستوى عالٍ من الرعاية ، وهي ظاهرة سماها ج. ت. هارت (T. J. Hart) "قانون الرعاية العكسية" (في 1971، Lancet, 1, 1971) . وتنقترح في الورقة الوارد ذكرها أعلاه بعض الطرق لمعالجة هذه القضايا .

٩٣ - وفي بلدان أوروبية شتى ، مثل السويد والمملكة المتحدة والنرويج ، استخدمت صيغ معينة لتوزيع الموارد مع مراعاة تباين الاحتياجات من الرعاية في مختلف أنحاء البلد . وفي فنلندا ، استخدم نظام التخطيط الاستراتيجي بقدر كبير من النجاح لضمان توفير خدمات عالية النوعية في المناطق الريفية ، وفي إنكلترا ، كانت بعض المناطق الصحية إبداعية في تكييف عملية توفير الرعاية بحيث تلبي احتياجات الأقليات الإثنية .

٩٤ - وقد أفضى ضعف النمو الاقتصادي إلى الدعوة إلى الحد من تكاليف توفير الرعاية الصحية في كثير من البلدان . ويجري بصورة متزايدة فرض رسوم مباشرة على المستفيدين من هذه الرعاية . وينطوي كثير من هذه التغيرات على مخاطر حقيقة على الإنفاق في الفروع المتاحة للاستفادة من الرعاية الصحية ، شأنها في ذلك شأن بعض التغيرات الرئيسية المتوقعة حالياً في تمويل الرعاية الصحية في أوروبا الشرقية .

٩٥ - إن الطلب المتزايد على تطبيق التكنولوجيا المتقدمة في مجال الرعاية الصحية هو موضوع بالغ الجاذبية بالنسبة للساعة لأن هذه التكنولوجيا ظاهرة للعيان . هذا الطلب ، في حال تلبيته ، قد يسفر عن إتاحة فرص الوصول إلى الرعاية لقلة قليلة ، مع تقييد فرص الوصول إلى الخدمات الأساسية أمام الكثيرين .

٩٦ - ومن المؤسف أن ما يُحتمل أن يحدثه كثير من التغيرات في تمويل الرعاية الصحية ، وتدابير الحد من التكاليف ، والتوازن بين التكنولوجيا المتقدمة والرعاية

الأساسية ، من أثر في إتاحة الإنفاق في الاستفادة من الرعاية الصحية ، هو موضوع لا ينافس صرامة في كثير من الأحيان . إن هذه القضايا تستحق قدرًا أكبر كثيراً من الاهتمام من جانب الباحثين ومتخذي القرارات .

٩٧ - ويلزم تحديد معايير البت في مضمون "تشكيلة الرعاية الأساسية الدنيا" بقدر أكبر من الوضوح . كما أن فرض قيود على إمكانية الاستفادة من الرعاية الصحية من خلال إطالة قوائم الانتظار ، وما إلى ذلك ، يجب أن يشكل جزءاً بيئياً من جدول الأعمال السياسي ، بدلاً من التحفيظ الضمني الذي يحدث حالياً . إن توقيع استمرار ضعف النمو الاقتصادي لفترة من الزمن ، ومواصلة تقييد الموارد المخصصة للقطاع الصحي ، يجعلان من الجوهرى تحديد المعايير تحديدًا صريحًا على هذا النحو .

٩٨ - وقد صدر في عام ١٩٩٣ تقرير عن وزارة الرعاية الاجتماعية والصحة والشؤون الثقافية في هولندا بعنوان Choices in Health Care خيارات في الرعاية الصحية ، يدعو إلى تطبيق سلسلة من أربعة معايير لدى نقل أنواع الرعاية الحالية إلى مجموعة التدابير المشمولة في التأمين الصحي الأساسي ، هي المعايير التالية: (أ) هل هي رعاية ضرورية ، من وجهة نظر المجتمع المحلي؟ (ب) هل ثبتت فاعليتها؟ (ج) هل تتصف بالكافاءة؟ (د) هل يمكن ترك المسؤولية عنها للفرد؟ من الممكن ، بالطبع ، الاتفاق أو عدم الاتفاق مع هذه المعايير ، إلا أن المهم هو مناقشتها وبحثها علينا .

٩٩ - إن مؤسسات منظومة الأمم المتحدة ، مثل منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية واليونيسيف ، فضلاً عن البنك الدولي ومنظomas حكومية أخرى مثل لجنة الاتحادات الأوروبية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ، وجميعها تعمل على تقديم الدعم للبلدان في سبيل تنمية نظم الرعاية الصحية لديها ، يتبعن عليها أن تعمل معاً على وضع مبادئ توجيهية لمساعدة البلدان على إجراء مناقشة سياسية شفافة لهذه القضايا الهامة .

-----