



经济及社会理事会

Distr.  
GENERAL

E/CN.4/2004/49  
16 February 2004  
CHINESE  
Original: ENGLISH

人权委员会  
第六十届会议  
临时议程项目 10

经济、社会、文化权利

人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利

特别报告员保罗·亨特提交的报告

## 摘 要

本报告概述了人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利问题特别报告员自向大会提交第一份中期报告(A/58/427)以来进行的一些活动。

在第一节，特别报告员从健康权的角度考虑性健康和生殖健康问题，为国际人口与发展会议(1994年开罗)10周年纪念活动作出贡献。八项千年发展目标中至少有三项与性健康和生殖健康直接有关。特别报告员认为性健康和生殖健康在同不容忍现象、男女不平等、艾滋病毒/艾滋病和贫困作斗争中可发挥不可或缺的作用。他建议提高对适当了解生殖健康、生育权、性健康和性权利等问题的重视。

在第二节，特别报告员探讨了健康权与减少贫困之间的关系。虽然尼日尔减贫战略用作案例研究，但大量分析同样适用于其他减贫战略。特别报告员坚持认为健康权可加强和充实减贫战略。

第三节扼要介绍了特别报告员就被忽视的疾病和 10/90 “差距”所做的工作的最新情况。根据委员会第 2003/28 号决议，第四节扼要阐述了健康权和预防暴力问题。

## 目 录

	<u>段 次</u>	<u>页 次</u>
导 言.....	1 - 6	4
一、性权利与生殖健康.....	7 - 56	5
二、贫困与健康权：尼日尔的减贫战略.....	57 - 75	16
三、被忽视的疾病.....	76 - 80	20
四、健康权与预防暴力.....	81 - 86	22
五、结 论.....	87 - 89	23

## 导 言

1. 人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利问题特别报告员于 2003 年 4 月向人权委员会第五十九届会议提交了中期报告(E/CN.4/2003/58)。报告概述了特别报告员拟议履行其职责的方法，包括基本目标、主题和要执行的关键倡议。人权委员会第 2003/28 号决议关心地注意到中期报告，并请特别报告员尤其注意减贫战略与健康权之间的关联以及实现这一权利与歧视和偏见各个方面之间的关联。决议进一步请他特别注意找出切实履行健康权的最佳做法。委员会请特别报告员继续分析被忽视的疾病问题，包括被严重忽视的疾病，并分析健康影响评估的作用。委员会请他向委员会提交在其职权范围下开展各项活动的年度报告以及向大会提交一份中期报告。

### 最近的活动

2. 特别报告员于 2003 年 11 月向大会提交了第一份中期报告，其中阐述了特别报告员向委员会提交初步报告以来的活动情况和特别关注的问题。中期报告叙述了健康权指标问题。特别报告员认为这些指标可以帮助各国和其他人认识到何时需要对国家和国际政策作出调整。报告也介绍性地概述了健康权良好做法所引出的一些概念问题和其他问题。报告提出了特别报告员的关注，因为在确保获得预防和治疗艾滋病毒/艾滋病药物方面继续存在障碍。报告也强调需要讨论被忽视的疾病对健康权的影响。人权委员会第 2003/18 号决议请其任务涉及实现经济、社会和文化权利的所有特别报告员就《经济、社会、文化权利国际公约》任择议定书提案发表意见。为此，特别报告员在中期报告中就该问题提出了一些意见。

3. 2003 年 10 月，应加拿大国际卫生协会和加拿大促进人口与发展行动组织之邀，特别报告员出席了第十届加拿大国际卫生年会。会上他发表了基调演讲：“健康权：新机会与挑战”。在访问加拿大期间，特别报告员与驻渥太华的加拿大国际开发署官员、加拿大司法部、加拿大外交和国际贸易部以及加拿大卫生部的官员举行了一系列非正式会议。此外，他会晤了在渥太华的一些民间社会组织并参加了非政府组织关于健康权的圆桌讨论会。他也会见了土著社区的代表，讨论有关土著居民健康以及联邦和省一级的相关政策问题。特别报告员非常感激组织或参加这些会

议的所有人，特别感谢加拿大国际卫生学会和加拿大人口与发展行动会主动邀请他访问加拿大。

4. 在美国向大会提交中期报告时，特别报告员借此机会会晤了世界卫生组织(卫生组织)驻纽约的代表和人口基金的代表。他也会晤了从事千年项目的官员以及千年发展目标工作队的成员。他在纽约大学促进人权和全球公正中心组织召开的会议上作了关于人权和千年发展目标的发言。特别报告员前往华盛顿特区与世界银行讨论贫困和健康问题。他在纽约和华盛顿会见了一些非政府组织的成员。他在报告所涉期间进行的其他活动体现于秘书长关于经济、社会和文化权利的报告(E/CN.4/2004/38,第 11 和 15 段)。

### 个人通信

5. 根据第 2002/31 号决议第 5 段(a)分段，特别报告员收到非政府组织和个人提供的有关健康权的资料，其中有一些载有对侵犯健康权的指控。这些指控有一些与被拘留者或囚犯得不到保健、物品和服务等问题有关。在有些情况中，据指称国家当局剥夺了被拘留但需要医疗协助的人获得卫生保健的权利。特别报告员还收到资料，指称卫生专业人员因从事专业活动受到迫害；具体个人或群体受到基于健康状况，包括艾滋病毒/艾滋病的歧视；非自愿医疗；虐待精神病人；剥夺移民工人的保健服务。特别报告员希望强调提请他注意的有些指控似乎极其严重和十分可信。

6. 根据第 2002/31 号决议第 5 段(a)-(d)分段，特别报告员对收到的有些资料作了答复，或是与其他特别程序任务一起或是单独写信给有关政府，请其对指控作出评论、澄清、提醒政府履行国际法规定的与健康权有关的义务，并酌情要求提供资料，介绍当局为处理所指情况采取的步骤。特别报告员感谢一些政府作出的答复。他敦促所有政府迅速答复他的信函并酌情采取一切必要步骤，处理涉及侵犯健康权的情况。

## 一、性权利与生殖健康

7. 1994 年在开罗召开的国际人口与发展会议是一次划时代事件，因为与会国承认性健康和生殖健康对个人、夫妇和家庭至关重要，对社区和民族的社会和经济发展也至关重要。这些会议标志着脱离狭隘的计划生育方案、把妇女放在对生育采

取综合办法的中心，并承认人权在性健康和生殖健康方面起关键作用。翌年，这一新办法在北京举行的第四次妇女问题世界会议<sup>1</sup>得到重新确认。

8. 特别报告员将其报告的这一节专门用来阐述性健康和生殖健康问题，作为对国际人口与发展会议 10 周年的贡献。这些是国际人权法中最敏感和最具争议的问题，但也是最重要的问题。其敏感性和重要性体现于《千年宣言》提出的千年发展目标。一方面，千年发展目标没有明确提到性健康和生殖健康；另一方面 8 项目标中至少有 3 项—产妇保健、儿童保健和艾滋病毒/艾滋病—与性健康和生殖健康直接有关。<sup>2</sup> 特别报告员鼓励所有行为者明确承认性健康和生殖健康问题在消除贫困的全球斗争中起关键作用。

9. 人权委员会在 2003 年确认，“性健康和生殖健康是人人享有能达到的最高标准的身心健康权利的组成部分”<sup>3</sup> 本报告依据世界会议的结果，特别是国际人口与发展会议、第四次妇女问题世界会议及其每 5 年一次的审查会议以及国际人权文书包括《世界人权宣言》、《消除对妇女一切形式歧视公约》、《经济、社会、文化权利国际公约》和《儿童权利宣言》等来探索这一重要建议的影响。下列讨论也吸收了确定人权的关键原则，特别是不歧视、平等与隐私以及个人的人格完整、自主、尊严和福利。

10. 性健康和生殖健康问题不仅敏感、有争议和重要，而且既广又复杂。下列意见并非全面。然而，特别报告员希望这些意见将促进加深领悟国际人口与发展会议的成就之一：承认人权在性健康和生殖健康方面发挥不可或缺的作用。他还希望下列各段将鼓励人们进一步认识到，国际人口与发展会议、第四次妇女问题世界会议和联合国人权制度是互相加强的准则和程序的体现。

#### 挑战的严峻程度<sup>4</sup>

11. 全世界近 20%的妇女和 14%的男子健康不良的原因是性健康不良和生殖健康不良造成的。在 2000 年，估计有 529,000 名妇女死于与妊娠有关的病因，其中多数是可以避免的；99%的产妇死亡病例发生在发展中国家。在转型和发展中国家，1.2 亿多对夫妇尽管不想生孩子或想要间隔生育，但不采用任何避孕措施。每年约有 8,000 万妇女意外怀孕，其中约有 4,500 万次堕胎。在这一数字中，约 1,900 万名

妇女进行不安全的堕胎，造成 68,000 人死亡，即占与所有妊娠有关的死亡的 13%。<sup>5</sup> 除死亡率外，不安全堕胎也引起高发病率。

12. 此外，每年发生 3.4 亿个基本上可医治的性传染细菌感染新病例。许多人得不到治疗。每年发生数以百万计的多数不能治愈的滤过性毒菌感染，包括 5 百万起新的艾滋病毒感染，其中 60 万起由母亲传染给婴儿。每天有 6,000 个 15 至 24 岁的青年人受艾滋病毒感染。在撒哈拉以南非洲和南亚，带艾滋病毒或患艾滋病的青年人中约 65% 是女性。

13. 当然，并非所有性健康不良和生殖健康不良意味着对健康权或其他人权的侵犯。当造成健康不良的原因完全或部分是由于应履行义务者——典型的是国家——没有尊重、保护或履行人权义务，即构成侵犯人权行为。在个人与其享受性健康和生殖健康之间存在障碍。从人权角度而言，关键问题是：应履行人权义务者是否正在尽其所能消除这些妨碍健康的障碍？

14. 性健康和生殖健康的许多障碍既相互关联又难以消除。它们在不同层面起作用：临床治疗、保健制度的程度和健康的基本决定因素。<sup>6</sup> 除了生物因素外，社会和经济条件在决定妇女的性健康和生殖健康中起重要作用。女童和妇女社会地位低下，常常为其性健康不良和生殖健康不良起到推波助澜的作用。许多妇女在妊娠期间遭到暴力，这有可能引起流产、早产和婴儿出生时体重不足。对性能力的一些传统看法是提供性健康和生殖健康服务包括可靠资料的障碍。这些看法对青少年造成特别有害影响。<sup>7</sup> 贫困与获得保健服务和健康基本决定因素的机会不公平有关。公共保健服务的改善常常让富人过度受益。

15. 将这些问题适用于人权，可提高分析深度和帮助确定有效、公平和基于证据的政策，处理这些复杂问题。关键的是人权法给应履行义务者规定了尽其所能的义务，消除性健康和生殖健康的障碍。关于性健康和生殖健康，人权准则有可能向弱势个人和处于不利地位的社区宣传和赋予其能力。在健康权的特定背景下进一步考虑这些问题之前，需要对国际人口与发展会议和第四次妇女问题世界会议对人权以及性健康和生殖健康的处理办法发表一些看法。

## 开罗：一些关键定义

16. 国际人口与发展会议经协商一致通过的行动纲领(A/CONF.171/13,第一章第1节)载有一些性健康和生殖健康方面开天辟地前所未有的原则和定义,在今天仍非常适用。

17. 第二章确认了指导并“将继续”指导开罗会议与会者的15条原则。原则1开宗明义规定:“人人生而自由,在尊严和权利上一率平等。”原则8规定:“人人有权享有能达到的最高身心健康的标准。各国应采取一切适当措施,保证在男女平等的基础上普遍取得保健服务,包括有关生殖保育的服务,其中包括计划生育和性健康。”原则3确认:“发展权是一项普遍的、不可分割的权利,也是基本人权的一个组成部分”。若干其他原则明确提到其他人权。总之,这些原则提供了据以制定性健康和生殖健康法律、政策、方案和项目的人权框架。<sup>8</sup>

18. 第七章十分重要,其标题为“生殖权利和生殖健康”。第7.2段和7.3段虽长,但对本文极为重要,有必要在此转载:

“7.2. 生殖健康是指与生殖系统及其功能和过程所涉一切事宜上身体、精神和社会福祉等方面的健康状态,而不仅仅指没有疾病或不虚弱。因此,生殖健康表示人们能够有满意而且安全的性生活,有生育能力,可以自由决定是否和何时生育及生育多少。最后所述的这一条件意指男女均有权获知并能实际获取他们所选定的安全、有效、负担得起和可接受的计划生育方法,以及他们所选定的、不违反法律的调节生育率方法,有权获得适当的保健服务,使妇女能够安全地怀孕和生育,向夫妇提供生育健康婴儿的最佳机会。按照上述生殖健康的定义,生殖保健的定义是通过预防和解决生殖健康问题促进生殖健康和福祉的各种方法、技术和服务。还包括性健康,其目的是增进生活和个人关系,而不仅仅是与生殖和性传播疾病有关的咨询和保健。

7.3. 铭记上述定义,生殖权利所包括的某些人权已得到各国法律、国际人权文书和联合国协商一致通过的其他有关文件的承认。这些权利的基础在于承认所有夫妇和个人均享有自由、负责地决定生育次数、生育间隔和时间、并获得这样做的信息和方法的基本权利,以及实现性和生殖健康方面最高标准的权利。此外还包括人权文件中阐明的人人有在没有歧视、强迫和暴力的状况下作出有关生育决定的权利。在行使此种权利时,他们应考虑到他



们已有的和将来的子女的需要以及他们对社会所负的责任。促进所有人负责任地行使这些权利应成为政府和社区支持的生殖健康包括计划生育方面政策和方案的基础。所作的承诺中应包括充分注意促进两性之间互敬公平的关系，特别是满足青少年教育和服务的需求，使他们能够积极地、负责任地对待性的问题。世界上很多人由于下列原因达不到生殖健康：有关人的性知识不足和生殖健康资料和服务不足或不当；高危险性的性行为盛行；带有歧视性的社会习俗；对妇女和女孩的轻视态度；许多妇女和女孩在她们的性生活和生育方面权力有限。多数国家内，青少年由于缺乏资料和有关服务而特别易受伤害。老年男女独特的生殖健康问题往往没有受到适当注意。”<sup>9</sup>

19. 翌年，第四次妇女问题世界会议也经协商一致在《北京行动纲领》(A/CONF.177/20/Rev.1 第一章第一节)中通过了相同的条文。<sup>10</sup> 然而，北京会议与会者补充规定：

“妇女的人权包括她们在不受强迫、歧视和暴力的条件下自由和负责任地控制与其性有关的事项包括性保健和生殖保健并作出决定的权利。男女在性关系和生殖事项中的平等关系、包括对人身完整的充分尊重，需要互相尊重、同意并愿意为性行为及其后果承担责任” (第 96 段)。

20. 特别报告员将不详细分析这些规定而仅阐述开罗和北京共识产生的 3 点看法：

- (a) 性健康和生殖健康方面有若干相互关联和互为补充的人权，如国际人口与发展会议行动纲领第 7.2 和 7.3 段所规定的：“男女均有权获知并能实际获取他们所选定的安全、有效、负担得起和可接受的计划生育方法”；
- (b) 这些权利中最全面的是：“实现性健康和生殖健康方面最高标准的权利”，这与原则 8 也相呼应；
- (c) 虽然性健康和生殖健康之间显然存在密切关系，但国际人口与发展会议和第四次妇女问题世界会议承认性健康和生殖健康也是人类福祉的不同和独特方面。

21. 在下一节，特别报告员从健康权以及开罗和北京共识的角度阐述性健康和生殖健康问题。然而，在 10 年后回顾国际人口与发展会议时，特别报告员对与通

过的定义有关的一些限制表示关注。因此，他就这些问题在下文发表一些结论性意见。

### 不断演变的标准和义务

22. 特别报告员在初步报告中依据现行准则和概念如自由、应享权利、应立即履行的义务，国际援助与合作(E/CN.4/2003/58,第 22 至 36 段)，概述了国际健康权的范围。在本报告中他以开罗会议、北京会议及其各自的 5 年审查会议为背景，着手将这些办法适用于性健康和生殖健康。特别报告员如他在初步报告中那样，也汲取了联合国人权条约机构根据多年对缔约国报告最新审查的经验提出的相关判例和对政策的真知灼见。<sup>11</sup> 他着手时的依据是将性健康和生殖健康视为健康权的“必要组成部分”。<sup>12</sup>

23. 下列各段势必有一些重叠。例如，多数章节谈到歧视问题，而又有单独一节专门阐述脆弱性、歧视和耻辱。特别报告员认为，以此为重点是恰当的，因为性健康和生殖健康方面的多种歧视既普遍又难以消除。<sup>13</sup>

### 自由

24. 健康权包括性健康和生殖健康，两者均涵盖诸如不受歧视的自由和应享权利的自由。

25. 在性健康和生殖健康方面，自由包括控制自己的健康和身体的权利。强奸和其他形式的性暴力，包括强迫怀孕、非自愿绝育办法(如强迫绝育和强迫堕胎)、女性外阴残割/切割和强迫结婚都是严重侵犯性自由和生殖自由的行为，在根本上必然与健康权背道而驰。

26. 有些文化习俗，包括女性外阴残割/切割有致残造成和死亡的高风险。在存在这种习俗的地方，国家应根据《儿童权利公约》规定的义务，采取适当和有效措施，消除这种习俗和其他有害习俗。早婚对女子造成不相称的影响，主要出现在南亚和撒哈拉以南非洲，那里 50% 以上的女子到了 18 岁就已经结婚。除了其他问题外，早婚与健康风险相联，包括因早孕引起的健康风险。就青少年健康而言，国家有义务确定同意性生活和婚姻的最低年龄。<sup>14</sup>

27. 应该强调尽管受制于逐步实现和资源的限制,但国际健康权规定了一些应立即履行的义务(同前,第 27 段)。这些应立即履行的义务包括国家尊重个人控制其健康和身体的自由的义务。例如,不实行强迫绝育和不实行歧视性做法是国家应立即履行的义务。换言之,性健康和生殖健康的自由内涵既不受逐步实现也不受有无资源的限制。

### 应享权利

28. 健康权包含参加健康保护制度的享受权利,包括保健和健康的基本决定因素。这种制度能够为人们提供平等的机会,享有可达到的最高水平的健康。<sup>15</sup> 例如,妇女应该在法律和事实上公平获得有关性健康和生殖健康问题的资料。

29. 因此,国家有义务确保生殖健康以及产妇和婴儿健康服务,包括向妇女提供与妊娠有关的适当服务,<sup>16</sup> 必要时提供免费服务。但具体而言,国家应该改善范围广泛的一系列性健康和生殖健康服务,包括获得计划生育、产前和产后护理、紧急产科服务和获得资料。特别报告员敦促所有应履行义务者也确保提供至关重要的保健服务,如自愿化验、咨询和治疗性传染感染,包括艾滋病毒/艾滋病、乳腺癌和生殖系统癌以及不育治疗。

30. 正如上文第 11 段所指出,每年约有 68,000 名妇女死于不安全堕胎,这是一个极为严重的生命权和健康权问题。<sup>17</sup> 意外怀孕的妇女应得到可靠资料和富于同情心的咨询意见,包括有关何地何时可合法中止妊娠的资料。堕胎如果合法,也必须安全:公共保健制度应培训保健服务提供者,向其提供设备并采取其他措施,确保这种堕胎服务不仅安全而且可及。<sup>18</sup> 总之,妇女应该得到优质服务,处理堕胎引起的并发症。惩罚堕胎妇女的规定必须废除。

31. 即使资源稀少,国家仍能为其人民的性健康和生殖健康取得重大改善。例如,斯里兰卡在过去 10 年里通过改善教育、提高妇女识字率、提高保健服务质量并使之更可得和更可及,从而在性健康和生殖健康方面取得了重大进展。<sup>19</sup>

### 脆弱性、歧视和耻辱

32. 国际人权法规定在获得卫生保健和基本健康要素方面,以及在获得的手段上,不得有任何基于种族、肤色、性别、语言、宗教、政治和其他见解、国籍和社

会出身、财产、出身、生理或心理残疾、健康状况(包括艾滋病毒/艾滋病)、性倾向、以及公民、政治、社会和其他地位的任何歧视。这种歧视可能或实际上抵消或妨碍平等享有或行使健康权(同前,第26段和第59至68段)。

33. 尽管如此,歧视和耻辱继续严重威胁许多群体的性健康和生殖健康,包括妇女、性取向少数群体、难民、残疾人、农村居民、土著人、艾滋病毒/艾滋病患者、色情业者和受羁押者。一些个人基于诸如性别、种族、贫困和健康状况等理由受到歧视(同前,第62段)。

34. 基于性别的歧视阻碍妇女保护自己,免遭艾滋病毒感染和对付艾滋病毒感染后果的能力。妇女和女童容易受到艾滋病毒和艾滋病的伤害,而这种脆弱性又因其他人权问题复杂化,包括缺乏确保性健康所必需的信息、教育和服务;性暴力;影响妇女和儿童健康的有害传统或习俗(如早婚和强迫婚姻);在婚姻和离婚等领域缺乏法律能力与平等。

35. 与艾滋病毒/艾滋病相关的耻辱和歧视也可能强化与性别和性有关的其他偏见、歧视和不平等。结果是患者可能不愿寻求保健和社会服务、资料、教育和咨询意见,即使这些服务现成可得也是如此。这反过来又促成其他人容易受到艾滋病毒感染。

36. 青少年和25岁以下的青年在性健康和生殖健康方面特别脆弱。青少年处于性成熟和生育成熟的年龄阶段。而在许多国家青少年得不到与性健康和生殖健康有关的重要资料和服务。他们的需要非常迫切。据估计所有新的受艾滋病毒感染的人中约16%年龄在15岁以下,而42%的新感染发生在15至24岁的人中。每年新报告的青少年性传染的感染病例有1亿起,他们基本上是可以医治的。

37. 关于青少年健康,特别报告员忆及儿童的下列权利:“从国家和国际的多种来源获得信息和资料,尤其是旨在促进其社会、精神和道德福祉和身心健康的信息和资料”;<sup>20</sup> 尊重隐私和保密性,包括有关青少年的医疗资料;<sup>21</sup> 受到防止一切形式的虐待、忽视、暴力和剥削的保护。<sup>22</sup> 他也回顾了《儿童权利公约》的基本原则,即儿童的存活与发展权、尊重儿童的意见和考虑其最大的利益及其日益变化的能力以及不受歧视权和必须让青少年以适当方式参加制定旨在保护他们的措施。<sup>23</sup>

38. 正如已经指出的,国际人权法不允许基于性倾向的歧视。许多国家在法律上禁止同性关系,加上普遍不支持或不保护性取向少数群体免遭暴力和歧视,这妨

碍了许多具有男女同性恋、双性恋和变性特征或行为的人享受性健康和生殖健康。<sup>24</sup> 此外，特别报告员回顾说，人权事务委员会在《Toonen 诉澳大利亚》案中指出：“将同性恋活动定为罪行……似乎与执行防止艾滋病毒/艾滋病的有效教育方案背道而驰。”<sup>25</sup>

39. 国家有责任确保向脆弱群体提供保健资料和服务，这项责任产生于打击歧视的义务。例如，国家必须采取步骤，赋予妇女能力，使之在没有压力、不受暴力和歧视的情况下作出与性健康和生殖健康有关的决定。国家必须采取行动，处理基于性别的暴力问题，确保向受基于性别的暴力行为包括强奸和乱伦的幸存者提供敏感和富于同情心的服务。国家应该确保青少年能得到资料，包括计划生育和避孕措施、早孕危险和防止性传染疾病包括艾滋病毒/艾滋病等资料以及促进性健康和生殖健康的适当服务。根据《Toonen 诉澳大利亚》案以及许多其他国际和国内裁决，国家应确保向男同性恋、女同性恋、变性者和双性恋者提供性健康和其他保健服务。国家也必须确保色情业者可自愿获得咨询意见、自愿对性传染病进行化验和治疗。

40. 最后，在性健康和生殖健康方面，有可能发生违反医疗保密的情况。有时这些违反保密规定的行为加上耻辱会导致非法解雇、驱出家庭和社区、人身攻击和其他虐待。此外，缺乏保密有可能阻止个人寻求咨询意见和治疗，从而有害他们的健康。因此，国家有义务采取有效措施，确保医疗保密和隐私。

#### 可得、可及、可接受和优质

41. 分析框架或工具可加深我们对经济、社会和文化权利、包括健康权利的理解(同前，第 33-36 段)。决策方面特别有用的一个框架是保健服务、商品和设施，包括健康的基本决定因素应可得、可及、可接受和质优。这一分析框架包括性健康和生殖健康。例如，性健康和生殖健康服务、商品和设施必须：在国家管辖范围内数量充足；在地理上和经济上可及(即负担得起)和没有歧视；在文化上可以接受，例如可为少数群体和土著人所接受，以及对性别和生活周期的需要敏感并尊重保密性；在科学和医学上做到妥善并达到质优。

42. 当这项框架适用于性健康和生殖健康时，显而易见的是常常缺乏可得、可及等关键因素。例如，在许多国家，有关性健康和生殖健康的资料并非随时可得，即便可得，也并非所有人特别是妇女和青少年都可及。性健康和生殖健康服务在地

理上使住在农村地区的居民可望而不可及。有时，提供这些服务的形式在文化上不能为土著人和其他非主要群体所接受。最后，各项服务和诸如教育等有关的基本健康决定因素的质量往往很低劣。

### 尊重、保护和履行

43. 另一有用分析框架是国家根据国际法具有尊重、保护和履行健康权的具体义务(同前，第 35 段)。上文各段概述的框架(可得性等)对决策特别有用，而尊重、保护和履行框架作为加深对健康权包括性健康和生殖健康权的法律分析特别有用。

44. 尊重的义务要求国家不剥夺和限制所有人公平利用性健康和生殖健康服务以及性健康和生殖健康的基本决定因素。例如，这项义务要求国家不剥夺决定生几个孩子和生孩子间隔期的权利。保护的义务意味着国家应采取步骤，防止第三方伤害他人的性健康和生殖健康，包括通过性暴力和有害文化习俗进行的伤害。例如，布基纳法索、加纳、塞内加尔和大不列颠及北爱尔兰联合王国颁布了法律，明确禁止切割女性生殖器官。履行的义务要求国家的政治和法律制度承认健康权，包括性健康和生殖健康。保健制度应该为所有人包括农村地区居民提供性健康和生殖健康服务。国家应该开展例如消除艾滋病毒/艾滋病、有害传统习俗和家庭暴力的宣传运动。

### 国际援助和合作

45. 除了在国内一级履行义务外，发达国家还有责任提供国际援助和合作，确保低收入国家实现经济、社会和文化权利。这项责任产生于最近的世界会议，包括千年首脑会议以及国际人权法的规定。<sup>26</sup>

46. 因此，各国应尊重其他国家的健康权，确保其作为国际组织成员的行动充分考虑到健康权，特别重视帮助其他国家实现最起码程度的健康标准。捐助界为许多低收入国家的性保健和生殖保健提供重要资金。特别报告员敦促提供援助的这些国家对其政策和方案采取以权利为基础的办法。例如，其资金应促进享受性健康和生殖健康权所需要的一系列广泛服务的获得，包括减少不安全堕胎事件的服务和信息。

47. 双边和多边捐助者日益提供用于保健预算的支持，而不是用于具体项目的支持。广言之，特别报告员欢迎这种在全部门采用的处理办法。然而，必须首先重视的是，这种部门处理办法不轻视性健康和生殖健康问题。由于有些性健康和生殖健康问题十分敏感，使它们边缘化的危险很大。为此，特别报告员敦促所有行为者无论多么敏感，都必须明确承认性健康和生殖健康在消除贫困中不可或缺的作用。明确承认十分重要，因为名不正就更有可能得不到支持。

## 结 论

48. 健康权要求有参与性保健政策、方案和项目相配套。所有利益相关者的积极和知情参与可以扩大共识和“主人翁”感、促进协作和提高成功率。鉴于性健康和生殖健康是健康权的必要组成部分，因此必须以参与的方式制定、执行和监测促进和保护性健康和生殖健康的所有倡议。

49. 健康权也要求实行责任追究制。无责任追究机制，健康权产生的义务就不大可能得到充分履行。这同样适用于性健康和生殖健康的必要组成部分。因此，促进和保护性健康和生殖健康的所有倡议，必须包括对所有必须履行义务者的有效、易实行和透明的追究责任机制。

## 结束语：开罗会议 10 周年

50. 特别报告员在上一节从健康权以及开罗会议和北京会议达成的共识的角度审议了性健康和生殖健康问题。正如特别报告员指出，开罗会议是一个划时代事件，取得了显著成就。然而，作为十年审查的一部分，现在应该用批判的眼光对人发会议进行审查。特别报告员正是在这样的背景下提出了下列意见。<sup>27</sup>

51. 第一，两次会议确认：

- (a) 许多人权与性健康和生殖健康直接有关；<sup>28</sup>
- (b) 存在着“生殖权”；<sup>29</sup>
- (c) 存在着“实现性健康和生殖健康方面最高标准的权利”；<sup>30</sup>
- (d) 性健康和生殖健康是人类福祉中既紧密相关又独特的方面。<sup>31</sup>

52. 第二，虽然两次会议承认性健康有别于生殖健康，但都没有明确无误地承认性权利有别于生殖权。<sup>32</sup>

53. 第三，两次会议对性健康下了一个简短的定义：“增进生活和个人关系，而不仅仅是与生殖和性传播疾病有关的咨询和保健。”<sup>33</sup> 性健康较全面的定义是指与性能力有关的生理、情感、心理和社会福祉方面的健康状态，而不仅仅指没有疾病、功能不紊乱或不虚弱；性健康要求对性能力和性关系实行积极和尊重的办法以及有可能享有愉悦和安全的性经历，没有胁迫、歧视和暴力。

54. 第四，性能力是全人类的特性。是个人特征的一个基本方面。它有助于界定人的属性。特别报告员提到自 1945 年以来制定了国际人权法的永恒原则，包括个人隐私、平等与完整性、自主、尊严和福祉。特别报告员也提到上文第 51 段提出的各点，它们均得到国际社会的广泛接受。在这样的情况下，特别报告员毫不怀疑，对基本人权原则以及现有人权准则的正确理解必然导致承认性权利为人权。性权利包括所有人表达其性倾向的权利，充分尊重他人的福祉和权利，无担心受迫害、失去自由或受到社会干涉之虞。

55. 第五，特别报告员建议更加重视对性健康和性权利以及生殖健康和生殖权的适当理解。<sup>34</sup> 我们需要进一步重视性权利、性健康权和生殖健康权的内容以及它们之间的关系。鉴于有关性能力的许多表述并非生殖性质，将包括性健康权在内的性权利归入生殖权和生殖健康范畴使人误入歧途。鉴于其职权的性质，特别报告员特别关注性权利和生殖健康权，这就是本报告这一节选择该标题的原因所在。然而，我们必须从包括性权利的更广泛的人权范围理解这些权利。

56. 最后，将性权利与生殖健康权放在一起考虑，在同不容忍现象、性别不平等、艾滋病毒/艾滋病和全球贫困的斗争中可发挥不可或缺的作用。

## 二、贫困与健康权：尼日尔的减贫战略

57. 特别报告员在提交委员会的初步报告中确定了他要执行的一些特别项目，包括从健康权的角度审查减贫战略。报告强调他将只有在“资源和时机”许可的情况下执行这些项目。委员会在第 2003/28 号决议中请特别报告员“尤其注意减贫战略与人人享有能达到的最高标准身心健康权利之间的关联”。

58. 2002 年尼日尔政府根据“重债穷国债务倡议”编写了其减贫战略。<sup>35</sup> 2003 年 6 月，尼日尔在尼亚美组办了一次论坛会议，促进外部支持其减贫战略。人权高专办的代表出席了会议。特别报告员收到的报告称会议组织得既好又成功。值得赞



扬的是，尼日尔政府承认人权在同贫困作斗争中起关键作用。尼日尔总理在论坛的开幕发言中明确确认了这一看法。

59. 特别报告员借论坛会之机从健康权的角度就减贫战略与健康有关的一些方面编写了一些初步意见。这些扼要意见作为非正式文件分发给与会者。特别报告员获悉他的意见受到与会者包括政府代表的欢迎。

60. 鉴于委员会请特别报告员考虑这些问题，他愿就减贫战略和健康权发表一些看法。这些看法以减贫战略为参考，并以论坛会上分发的意见为基础。<sup>36</sup> 这些看法虽不面面俱到，但能说明问题。此外，这些看法仅建立在书面审查减贫战略的基础之上：特别报告员既没有访问过尼日尔，也没有与熟悉尼日尔的卫生专业人员讨论过减贫战略。尽管如此，特别报告员认为可以根据第 2003/28 号决议就减贫战略和健康权开展较建设性的讨论，但这种讨论应在特定减贫战略的背景下进行。

61. 特别报告员认为，尼日尔的减贫战略是非洲法语国家中最佳战略之一。它有许多特点，从一般人权角度，特别是健康权而言值得赞扬，其中包括下列各点：

- (a) 战略的目标是“提高人口健康的总体水平、增加各社区特别是农村社区获得安全饮水的机会……和改善城市和农村人口的生活质量”(3.1)；这主要说明健康权超出了保健范围，以包括健康的基本决定因素如获得安全饮水；
- (b) 政府计划发起有关艾滋病毒/艾滋病的战略规划进程，作为执行全国战略计划(4.2.3.3.2)的第一步；这体现了最重要的当代健康权问题之一：艾滋病毒/艾滋病；
- (c) 战略的目标是增加关键药物的可得性(5.3.2.1.1)和确保以承受得起的价格供应关键优质药物(3.3.3.2.viii)；这主要表明关键药物的获得是健康权的必要组成部分。

62. 鉴于这些特点反映了尼日尔有关健康权的国际义务，在这里发表两点意见是恰当的。第一，减贫战略明确提到尼日尔的这些义务会加强若干战略目标。第二，国际人权法和惯例的日益增加可有助于确定实现若干战略目标所需要的具体干预(例如政策和方案)。

63. 下文是减贫战略中的其他五个用作例证的问题，值得从健康权的角度予以进一步重视。

## 弱势群体

64. 人权——和健康权——特别关注处于不利地位、边缘化和生活在贫困中的人。这种关注体现于许多人权规定，如与不歧视和公平待遇有关的规定。经验表明为全体人口作出的一般性干预——或甚至为生活在贫困中的人进行的干预——并非始终能使最脆弱和边缘化群体受益。虽然我们应该赞扬尼日尔在其减贫战略中确定了一些弱势群体如妇女和儿童，但减贫战略似乎没有确认和处理所有边缘群体如尼日尔不同的种性或种族群体获得保健的特别问题。因此，十分有益的是应进一步重视对所有弱势群体，包括具体的族裔或种族群体如该国的游牧人口的健康权。也许需要为具体弱势群体进行特别保健干预。

## 可承受得起的关键药物

65. 根据健康权，国家有义务使关键药物在其管辖范围内既可得又可及。可及性体现于若干方面，包括经济上可及。显然，如果一个国家保证关键药物在其管辖范围内具有可得性，但这种药物又太昂贵，仅富人才能获得，那么这种保证的价值就很有限。

66. 尼日尔的减贫战略规定：“根据对保健费和穷人支付保健费的能力的分析制定的新药物价格政策，将在保健中心定期就得和使用关键药物和疫苗。同时将建立可持久的成本回收制度……关于成本回收，在对保健服务消费者支付保健费的实际能力和意愿进行分析后将制定新的价格政策。在进行一项可行性研究后将试行健康保险计划” (5.2.2.1.2)。

67. 上文这段引用语提出了若干关键的健康权问题。“可行性研究”的提法值得欢迎：这项研究应包括评估新计划对生活在贫困中的人享受健康权的可能影响。不清楚的是是否要收取用户费，如要收费，生活在贫困中的人是否能免交费用或得到其他援助，使他们能受益于关键药物。随着减贫战略的执行，这些问题将需要予以认真重视。

## 公共健康教育和信息

68. 健康权包括获得与健康有关的教育和信息。从健康权的角度而言，扶持穷人的健康政策应包括有关地方社区主要健康问题的教育和宣传运动，包括预防与控制方法。在审查减贫战略时，健康权的这一内容值得重视。

## 国际援助和合作

69. 特别报告员在以往的报告中阐述了国际援助和合作的人权概念，这可以追溯到《世界人权宣言》，如《经济、社会、文化权利国际公约》和《儿童权利公约》等有约束力的人权条约。这一概念与最近的世界会议结果包括《千年宣言》遥相呼应。<sup>37</sup>

70. 尼日尔面临的重大健康问题与国际援助和合作的人权概念相关。减贫战略承认尼日尔的“健康情况令人震惊，人口多数为文盲；环境不断恶化，经济贫困”（4.2.3.3.3.）。减贫战略指出尼日尔“给私营部门提供了在生产和商业活动领域发挥主导作用的一切机会。令人遗憾的是，该部门尚不具备足够的活力，难担此任。”（4.1.3.4）值得注意的是，减贫战略指出，与健康有关的两个千年发展目标——产妇死亡率下降四分之三和儿童死亡率下降三分之二——“对尼日尔似乎不现实”（3.3.3.2）。换言之，减贫战略清楚地说明，如果没有可观和持久的国际援助和合作，尼日尔在可预见的将来将不可能实现即使是最低关键水准的健康权。2002年，国际货币基金组织和世界银行联合职工评估部门核可减贫战略，并得出结论：“由于在执行能力方面目前存在着差距，因此需要外部伙伴加强其符合减贫战略文件优先秩序的技术援助支持”（第34段）。

71. 当然，这并不免除尼日尔政府尽其所能实现其管辖范围内所有人的健康权的责任。显然，政府可为促进健康权做更多的努力。例如，在1994和2000年之间，政府仅专门拨出预算的6%用于保健，远远低于卫生组织建议的10%（1.2.2.3.5）。然而，要害在于国际人权法和《千年宣言》表明，政府及其双边和多边伙伴对尼日尔的健康权均负有责任。

72. 正如减贫战略所指出：“为实现《千年宣言》规定的宏伟目标，发展伙伴与尼日尔当局负有共同的责任”（4.1.3.5）。鉴于这样的情况，妥当的做法似乎是，减贫战略不仅应参考《千年宣言》而且也应参考国际援助和合作的人权概念。正是

在这样一种规范框架的基础之上，方可对尼日尔的健康问题采取切实、不偏不倚和公平的部门处理办法。

### 监测和追究责任制度

73. 健康权提出了全球性的合法准则或标准，从中产生出义务或责任。这些义务必须予以监测并对负责人实行追究责任制度。没有监测和追究责任制度，准则和义务就可能成为不兑现的诺言。追究责任机制给享有权利者(如个人)提供了了解应履行责任者如何履行其义务的机会，也为应履行责任者(如部长和官员)提供了解释其行为的机会。这样，追究责任机制就有助于确定何时需要作政策调整和作何种调整。追究责任制度往往会鼓励最有效地利用有限资源，并产生所有各方之间的共同责任感。透明、有效和可利用的追究责任机制是减贫采取人权和健康权的处理办法的最关键特点之一。

74. 减贫战略坦率承认需要加强其监测和评估机制(第 11 页和第 6.1 段)。重要的是，无论是对国家行为者(如政府)还是国际行为者(如双边和多边伙伴)均需要实行监测和追究责任机制。此外，应该在利益相关者包括生活在贫困中的人的积极参与下制定这些机制，以有助于确保它们可及、透明和有效。

### 结 论

75. 特别报告员认为上述意见的相关性并非局限于尼日尔。正如本讨论试图确认的那样，对减贫采取健康权的处理办法并非意味着采取彻底的新办法；而是它有可能加强和提高许多消除贫困战略中的现有成份。特别报告员认为，将健康权纳入减贫战略是他的任务中产生的最重要问题之一。人权为减贫所起的一般作用——平等、不歧视、参与、追究责任等——相当清楚。<sup>38</sup> 现在的紧迫任务是依据可靠证据，阐明健康权对消除贫困的具体贡献。只要资源和时机允许，特别报告员仍可望为这一艰巨任务作出贡献。

## 三、被忽视的疾病

76. 卫生组织最近的一期出版物将被忽视的疾病描述为“几乎专门影响低收入国家住在农村地区的穷人和无能为力的人”的疾病。<sup>39</sup> 它们包括南美锥虫病、昏

睡病和盘尾丝虫病。特别报告员在初步报告中坚持认为，“被忽视的(包括被严重忽视的)疾病以及 10/90 平衡问题是人权问题。”<sup>40</sup> 随后，委员会请他分析被忽视的疾病。特别报告员在提交大会的报告中解释了他如何着手处理该问题(A/58/427, 第 76-80 段)。大会随后通过的关于健康权的决议载有关于“在发展中国家造成沉重负担的疾病”的段落。<sup>41</sup> 在本报告中，特别报告员将不重复早期报告的内容，而是希望向委员会通报有关他的工作和被忽视的疾病两种最新动态并发表另一点意见。

77. 首先，2003 年 12 月，特别报告员应邀参加了关于加强控制被忽视的疾病的国际讲习班。这次讲习班是由卫生组织、德国联邦卫生与社会保障部(与柏林罗博特·科赫研究所合作)、德国技术合作机构以及开发署/世界银行/卫生组织热带疾病研究和培训特别方案主办的。与会者包括范围广泛的一系列行为者，如发展中和发达国家、国际组织、医药公司、学术机构和非政府组织。特别报告员提交了一份论文，初步和扼要阐述了健康权和人权中被忽视的疾病的各个方面。<sup>42</sup> 他认为会议非常富有成果，并为对他的初步意见的反应所鼓舞。他感谢组织者给他参加这次活动的机会。

78. 第二，特别报告员在提交大会的报告中说，他将会见热带疾病方案的代表。他高兴地确认热带疾病方案最近同意向他提供少量财务支助，使他能在若干星期内获得研究助理，研究有关被忽视的疾病方面的人权问题。这将使他能够加深对被忽视的疾病进行人权分析，并向委员会和/或大会下届会议提交报告。

79. 简言之，特别报告员希望探讨的被忽视的疾病的人权方面之一涉及到国际援助与合作。需要开展国际合作，促进研制新药物、疫苗和对在发展中国家造成沉重负担的疾病进行诊断的工具。然而除此之外，还需要让有需要的穷人更加容易获得治疗被忽视疾病的现有药物。问题不仅仅是一个被忽视的疾病问题；也是一个被忽视的人口的问题。

80. 在这方面，特别报告员借此机会欢迎加拿大最近提出的有可能改善低收入国家获得药物机会的倡议。2003 年 8 月 30 日，世贸组织决定，根据强制性许可证生产与专利药物性质相同的非注册药物的国家，现在可以将药物出口到没有制造能力或制造能力很小的国家。继这项决定后，加拿大政府向议会提出一项法案，修正《专利法》以及《食物与药物法》。这项倡议一旦颁布成为法律后，可以使加拿大公司更容易以较低成本生产非注册药物并使发展中国家以较低成本进口这种药物。

这是发达国家可如何帮助改善穷国获得医药的一个例子。特别报告员希望，对加拿大立法可能进行的任何修正能充分体现关于与贸易有关的知识产权问题的协定及公共健康问题的《多哈宣言》的精神和范围，并体现加拿大相应的人权责任。特别报告员鼓励世贸组织所有成员国利用国际贸易法规定的所有灵活办法，促进发展中国家的健康权。

#### 四、健康权与预防暴力

81. 下列各段是对第 2003/28 号决议的扼要回应。委员会在决议中请所有相关特别报告员就预防暴力问题提出报告。特别报告员也阐述了与暴力和健康权有关的问题，对非政府组织提供的有说服力的资料作了答复。<sup>43</sup> 此外，本报告关于性健康权和生殖健康权的章节载有对暴力问题的一些看法。本节载有健康权与预防暴力之间的关系的一些初步意见。<sup>44</sup>

82. 人们早已确立了人权与预防暴力之间的联系。缺乏对人权的尊重常常是暴力的根源，而具体暴力行为本身可能相当于侵犯人权行为。对预防暴力问题实行人权处理办法可促使国家履行有关暴力风险因素方面的国际义务，这些因素诸如有贫困、性别歧视、教育机会不平等以及其他社会和经济不平等。同时，暴力被日益确认为一个全球公共健康问题。例如，卫生组织的“关于暴力与健康的世界报告》强调，必须从暴力对世界健康结果的影响的角度来衡量暴力；报告承认并阐述了暴力的主要根源和危险因素以及如何消除其后果。然而，只是在最近人们才认为，公共健康和人权处理办法在预防暴力方面互为补充和相互加强。<sup>45</sup>

83. 要有效和可持久地预防暴力，就需要重视这两种处理办法之间的协同作用。作为第一个概念性步骤，这要求从健康后果及其人权影响的角度界定暴力。世界卫生组织的报告将暴力界定为：“蓄意针对自己、他人或针对某群体或社区，威胁使用或实际使用体力或武力从而对之造成或极可能造成损伤、死亡、心理伤害、发育不良或遭受损失的行为。”<sup>46</sup> 这项定义从大处着手，着重阐述暴力与个人健康的关系，并包括了除造成身体损伤或死亡以外的结果，反应了对暴力对个人、家庭和社区健康权的全面影响的重视。

84. 根据这项定义，暴力显然直接影响到受其之害的人享受健康权。暴力的结果常常是给个人受害者造成重大生理、心理和情感伤害并加剧个人、家庭和社区的

社会问题。暴力的间接代价，如与受伤有关的医疗费用；与法律服务、维持治安和禁闭有关的费用以及收入损失和生产力的下降等，都会进一步阻碍充分实现健康权以及其他相关权利。这些代价给稀少的资源造成额外压力，并可能阻碍保健制度的发展。

85. 国家尊重、保护和履行健康权的国际义务对预防暴力的努力会产生重要影响。例如，保护的义务包括采取措施的义务，以保护弱势或边缘化群体，尤其是考虑到基于性别的暴力表现而保护妇女、儿童、青少年和老年人。这涉及到将性别平等观念纳入与健康有关的政策、规划、方案和研究，以便更好地促进妇女和男子的健康。履行的义务包括开展有关家庭暴力的宣传运动的义务以及为需要治疗的人提供可及的优质服务的义务。国家有义务确保所有相关保健人员得到适当培训，以便他们能够敏感地处理暴力产生的问题。

86. 这些扼要思考倾向于确认健康权在制定和执行预防暴力政策的整个过程中可发挥重要作用。特别报告员在出访各国时，将从健康权的角度特别重视家庭暴力问题。

## 五、结 论

87. 特别报告员在整个工作过程中强调对健康权采取“政策处理办法”的重要性，即使健康权对地方、国家和国际决策过程产生影响。在本报告中，他开始探索这种处理办法的意义，特别是对性健康和生殖健康以及减贫方面的意义。

88. 健康权与所有人权一样，确定了一整套全球商定的准则或标准，使政府有义务必须制定有效和透明的监测和追究责任的机制。这种将全球合理准则、义务、监测和追究责任制度结合在一起的做法，可增强处于不利地位和边缘化的个人和群体的能力。以对社会的所有成员而言，人权准则包括健康权为基础的政策更可能成为有效、有力、可持久、有包容性、公平和有意义的政策。

89. 特别报告员鼓励各国政府以明确和全面的方式将健康权贯穿于其整个活动之中，作为充实和加强其现行政策、战略和方案的途径。

## Notes

- <sup>1</sup> The new approach was reaffirmed at the respective five-year follow-up review conferences.
- <sup>2</sup> Other Millennium Development Goals concern the underlying determinants of health, e.g. those on extreme poverty and gender equality.
- <sup>3</sup> Commission on Human Rights resolution 2003/28, preamble and para. 6.
- <sup>4</sup> For various reasons, sexual and reproductive ill health is severely underestimated and so statistics fail to capture the full burden of such ill health. Nonetheless, data give some indications of the magnitude of the problem.
- <sup>5</sup> An unsafe abortion is a procedure for terminating an unwanted pregnancy performed either by persons lacking the necessary skills, or in an environment lacking the minimal medical standards, or both.
- <sup>6</sup> Examples of the underlying determinants of health are indicated in E/CN.4/2003/58, para. 23. In summary, they are social, economic and other conditions that bear upon health status, such as access to adequate sanitation, workplace conditions and education.
- <sup>7</sup> See *Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights*, UNFPA, 2003.
- <sup>8</sup> For one way in which the framework could be strengthened, see paragraph 54 of this report.
- <sup>9</sup> Paragraph 7.3 continues with some important sentences which have not been reproduced here because of the shortage of space.
- <sup>10</sup> Paragraphs 7.2 and 7.3 of the ICPD Programme of Action are replicated in paragraphs 94 and 95 of the Beijing Platform for Action.
- <sup>11</sup> In particular, the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, general recommendation 24, the Committee on the Rights of the Child, general comments No. 3 and No. 4, and the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14.
- <sup>12</sup> Commission on Human Rights resolution 2003/28.
- <sup>13</sup> Also, one of the Rapporteur's twin themes is discrimination and stigma: see E/CN.4/2003/58, para. 41.
- <sup>14</sup> Committee on the Rights of the Child, general comment No. 4 on adolescent health and development, paras. 9 and 19.
- <sup>15</sup> E/CN.4/2003/58, para. 23. On underlying determinants of health, see endnote 6.
- <sup>16</sup> In relation to free services and pregnancy, see in particular the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, art. 12.2.



- <sup>17</sup> Unsafe abortion also gives rise to high rates of morbidity.
- <sup>18</sup> *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, World Health Organization, 2003.
- <sup>19</sup> Women's Health in South Asia, WHO Country Profile, Sri Lanka, available at <http://w3.whosea.org/nhd/pdf/61-64.pdf>.
- <sup>20</sup> Convention on the Rights of the Child, art. 17.
- <sup>21</sup> Ibid. art. 16 and the Committee on the Rights of the Child, general comment No. 4, para. 11.
- <sup>22</sup> Ibid., arts. 19, 32-36 and art. 38.
- <sup>23</sup> Convention on the Rights of the Child, arts. 2, 3, 5, 6, 12. Also Committee on the Rights of the Child, general comment No. 4, para. 12.
- <sup>24</sup> Other special rapporteurs have documented violence and discrimination based on sexual orientation. See, for example, report of the Special Rapporteur on extrajudicial, arbitrary or summary executions, Ms. Asma Jahangir (E/CN.4/2001/9), paras. 48-50 and report of the Special Rapporteur on the question of torture (A/56/156), paras. 17-25.
- <sup>25</sup> Human Rights Committee, *Toonen v. Australia*, 4 April 1994, (CCPR/C/50/D/488/1992), para. 8.5.
- <sup>26</sup> See E/CN.4/2003/58, para. 28 and A/58/427, paras. 30-34.
- <sup>27</sup> Of course, these observations relate to very few of the many issues in ICPD.
- <sup>28</sup> Cairo Programme of Action, ICPD 7.3.
- <sup>29</sup> Ibid., chapter VII.
- <sup>30</sup> Ibid., para. 7.3.
- <sup>31</sup> Ibid., para. 7.2.
- <sup>32</sup> Although note paragraph 96 of the Beijing Platform for Action.
- <sup>33</sup> Cairo Programme of Action, para. 7.2, the Beijing Platform for Action, para. 94.
- <sup>34</sup> There is growing academic literature on this subject. An excellent place to start is Rebecca Cook, Bernard Dickens and Mahmoud Fathalla, *Reproductive Rights and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*, Clarendon Press, 2003. On sexual rights, see Alice Miller, "Sexual but not Reproductive: Exploring the Junction and Disjunction of Sexual and Reproductive Rights", *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 4, No. 2, pp. 69-109.

<sup>35</sup> Government of the Niger: Full Poverty Reduction Strategy, Niamey, January 2002, available online at [http://poverty.worldbank.org/files/9355\\_NigerPRSP.pdf](http://poverty.worldbank.org/files/9355_NigerPRSP.pdf).

<sup>36</sup> The Government of the Niger has agreed that the Special Rapporteur, in this report, may draw upon his remarks to the Forum of June 2003. The Special Rapporteur is very grateful to the Government for its approval and wishes to emphasize that he has sole responsibility for these observations, which reflect his views as an independent expert.

<sup>37</sup> E/CN.4/2003/58, para. 28, and A/58/427, paras. 32-36.

<sup>38</sup> See, for example, the *Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies* prepared by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights in September 2002, following a request from the Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

<sup>39</sup> WHO, *Global Defence against the Infectious Disease Threat*, 2002, p. 96.

<sup>40</sup> E/CN.4/2003/58, para. 81. The 10/90 disequilibrium, or gap, refers to the fact that only about 10 per cent of health research and development is directed to the health problems of 90 per cent of the world's population.

<sup>41</sup> General Assembly, resolution 58/173, para. 13.

<sup>42</sup> This paper, entitled *Neglected Diseases, Social Justice and Human Rights: Some Preliminary Observations*, is available online at <http://www.who.int/hhr/news/en/>.

<sup>43</sup> See paragraphs 5 and 6 of this report.

<sup>44</sup> The *World Report on Violence and Health* (WHO, 2002) classifies violence into three main categories: "collective violence", "self-directed violence" and "interpersonal violence". The Special Rapporteur intends to address issues related to the right to health and armed conflict in future reports; for the purposes of this brief section, he confines his comments to self-directed and interpersonal violence.

<sup>45</sup> For a useful volume on the links between violence, health and human rights, see *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 6, No. 2, 2003.

<sup>46</sup> *World Report on Violence and Health* (WHO, 2002), p. 5.

-- -- -- -- --