الأمم المتحدة

A/61/338

الجمعية العامة

Distr.: General
13 September 2006
Arabic
Original: English

الدورة الحادية والستون

البند ٦٦ (ب) من جدول الأعمال المؤقت*

تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها: مسائل حقوق الإنسان، بما في ذلك النهج البديلة لتحسين التمتع الفعلي بحقوق الإنسان والحريات الأساسية

حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية

مذكرة من الأمين العام**

يتشرف الأمين العام بأن يحيل إلى أعضاء الجمعية العامة تقرير بول هانت، المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، المقدم وفقا لمقرر مجلس حقوق الإنسان ١٠٢/١، الذي قرر فيه المجلس أن يمدد بصفة استثنائية لمدة عام واحد المهام المتصلة بالإجراءات الخاصة للجنة حقوق الإنسان وفترة ولاية المكلفين بها.

* A/61/150.

** تأخر تقديم هذا التقرير لإجراء مشاورات.

101006 101006 06-51995 (A)

تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية

موجز

يتناول هذا التقرير المقدم وفقا لمقرر مجلس حقوق الإنسان ١٠٢/١ الأنشطة الأخيرة للمقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية والمسائل التي تكتسب أهمية خاصة لدى المقرر.

ويعالج التقرير العلاقة بين الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة ومسألتين تقعان في صلب الأهداف الإنمائية للألفية، وهما: تيسير الحصول على الدواء والحد من الوفيات النفاسية.

ويناقش الفصل الأول أسباب الوفيات النفاسية ومدى ارتباطها بعدم إعمال الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة. ويبرز هذا الفصل الدور الإيجابي الذي يسهم به الحق في الصحة في الحد من الوفيات النفاسية. ومن شأن الحق في الصحة، إذا ما أُدمج على الوجه الصحيح، أن يساعد على كفالة أن تصبح السياسات ذات الصلة أكثر إنصافا واستدامة وقوة. ويشكل هذا الحق أيضا أداة ترويج قوية في الكفاح من أجل الحد من الوفيات النفاسية.

ويبحث الفصل الثاني بإيجاز في الجانب المتصل بالأدوية، ولا سيما الأدوية الأساسية، من جوانب الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة. وباستخدام الإطار التحليلي للحق في الصحة الذي وُضع في السنوات الأخيرة، يركز الفرع الأول على مسؤوليات الدول، أما الفرع الثاني، فهو مدخل موجز لمسؤوليات شركات الأدوية.

ويوضح الفصل أن المقرر الخاص يقوم بإعداد بعض مشاريع مبادئ توجيهية أولية من أجل (أ) الدول و (ب) شركات الأدوية بشأن تيسير الحصول على الدواء.

المحتويات

		الفقرات	الصفحة
أولا –	مقدمة	١-٦	٤
ثانيا –	الحد من الوفيات النفاسية: المساهمة في إعمال الحق في الصحة	٧-٣٦	٥
ألف –	معايير والتزامات الحق في الصحة المتصلة بالوفيات النفاسية	١٣-٢١	٦
بـاء –	ما الذي يمكن أن يضيفه الحق في الصحة إلى السياسات والبرامج من أجل الحد من الوفيات النفاسية؟	٢٢-٣٠	٩
جيم –	الحاجة إلى حملة في مجال حقوق الإنسان للتصدي للوفيات النفاسية	٣١-٣٦	١٢
ثالثا –	حق الإنسان في الدواء	٣٧-٩٣	١٣
ألف –	مسؤوليات الدول	٤٧-٨١	١٦
بـاء –	مسؤولية الشركات الصيدلانية	٨٢-٩٣	٢٥
رابعا –	الاستنتاجات	٩٤-٩٦	٢٩

أولا – مقدمة

١ – اختتمت الجمعية العامة في قرارها ٢٥١/٦٠ المؤرخ ١٥ آذار/مارس ٢٠٠٦ عمل لجنة حقوق الإنسان وأنشأت مجلس حقوق الإنسان. وولاية المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية محددة في قراري اللجنة ٣١/٢٠٠٢ و ٢٧/٢٠٠٤. وقد مدد مجلس حقوق الإنسان في مقرره ١٠٢/١ جميع ولايات لجنة حقوق الإنسان السابقة، ومن ضمنها ولاية المقرر الخاص. وهذا التقرير مقدم وفقا لذلك المقرر.

٢ – وفي الفترة من ١٠ إلى ١٨ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٦، أجرى المقرر الخاص زيارة قطرية للسويد بدعوة من الحكومة. وسوف يقدم تقريرا عن زيارته إلى المجلس في دورته الرابعة.

٣ – وفي شباط/فبراير ٢٠٠٦، قدم، بالاشتراك مع أربعة آخرين من المكلفين بولايات متعلقة بالإجراءات الخاصة، تقريرا مشتركا إلى لجنة حقوق الإنسان ركز على حالة حقوق الإنسان للمحتجزين في القاعدة البحرية التابعة للولايات المتحدة الأمريكية في خليج غوانتانامو (E/CN.4/2006/120). وسوف يُنظر في التقرير في الدورة الثالثة لمجلس حقوق الإنسان.

٤ – وأرسل المقرر الخاص عددا من النداءات العاجلة والرسائل الأخرى إلى حكومات مختلفة؛ وأصدر أيضا بعض النشرات الصحفية. وسوف يتطرق إلى هذه الرسائل في تقريره السنوي إلى المجلس.

٥ – وعلى مدار عام ٢٠٠٦، اشترك المقرر الخاص في عدد من الاجتماعات التي عقدتها منظمات دولية وحكومات ومؤسسات المجتمع المدني، ومن بينها ما يلي: في شباط/فبراير وآذار/مارس، شارك في مشاورات الخبراء حول المؤشرات، التي نظمتها منظمة الصحة العالمية ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان. وفيما بين آذار/مارس وتموز/يوليه، عقد سلسلة من المشاورات حول الحق في الدواء مع ممثلي منظمات دولية من بينها منظمة الصحة العالمية؛ ووزارة التنمية الدولية في المملكة المتحدة، ومفوضية حقوق الإنسان، ومنظمات غير حكومية، من بينها ما يلي: منظمة إعمال الحقوق؛ ومبادرة العولمة الأخلاقية؛ ومنظمة أوكسفام؛ ومنظمة البعد الثالث؛ ومنظمة التجارة – حقوق الإنسان – الاقتصاد المنصف. وفي نيسان/أبريل، تكلم في حلقة عمل بشأن الحقوق الجنسية والتنمية وحقوق الإنسان نظمتها وزارة الخارجية السويدية. وبدعوة من ائتلاف لمنظمات غير حكومية، زار المقرر الخاص أستراليا في أيار/مايو، حيث قام بمهام مختلفة، كان من بينها المشاركة في برنامج

تدريبي لحقوق الإنسان نظمه برنامج التدريب الدبلوماسي، بجامعة نيو ساوث ويلز. وفي أيار/مايو، عقد أيضا اجتماعات مع وكالة المعونة والتنمية الدولية التابعة لنيوزيلندا، في ويلنغتون، وحضر حلقات دراسية في المكسيك نظمتها كلية الدراسات العليا للإدارة العامة والسياسات العامة، ومعهد مونتيري للدراسات التكنولوجية والدراسات العليا، وكلية الطب بجامعة ولاية كواويلا. وفي حزيران/يونيه، حضر الاجتماع السنوي للإجراءات الخاصة لمجلس حقوق الإنسان الذي نظمته مفوضية حقوق الإنسان. وخلال الشهر نفسه، حضر حلقة عمل استضافتها نقابة الأطباء البريطانية بشأن ”تحسين الصحة في العالم النامي: ما الدور الذي يمكن أن تنهض به نقابات الأطباء الوطنية؟“ وفي تموز/يوليه، حضر المقرر الخاص مشاورات غير رسمية مع صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية، ومفوضية حقوق الإنسان، ركزت على أعماله الحالية والمقبلة في مجال الحق في الصحة الجنسية والإنجابية.

٦ - وجميع وثائق الأمم المتحدة المتصلة بأعمال المقرر الخاص متاحة في الموقع الشبكي لمفوضية حقوق الإنسان http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/. ولتيسير الرجوع إليها، يمكن أيضا الاطلاع على هذه الوثائق وعلى مجموعة مختارة من الورقات المقدمة في مؤتمرات في الموقع الشبكي لمركز حقوق الإنسان بجامعة إسيكس http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtm.

ثانيا - الحد من الوفيات النفاسية: المساهمة في إعمال الحق في الصحة

٧ - في عام ٢٠٠٠، أشارت التقديرات إلى أن عدد الوفيات النفاسية في مختلف أرجاء العالم بلغ ٥٢٩ ٠٠٠ حالة، كان ٩٥ في المائة منها في أفريقيا وآسيا[١]. وبينما لا يزيد احتمال وفاة المرأة أثناء الوضع في البلدان المتقدمة عن حالة واحدة في كل ٨٠٠ ٢ حالة - وحالة واحدة في كل ٧٠٠ ٨ حالة في بعض البلدان - فإن احتمال وفاة المرأة في أفريقيا هو حالة واحدة في كل ٢٠ حالة. وفي عدة بلدان يزيد احتمال التعرض للخطر على مدى العمر على نسبة ١ إلى ١٠[٢]. ومن بين الفئات المعرضة للخطر بوجه خاص النساء اللاتي يكابدن الفقر ويعشن في المناطق الريفية وأولئك اللاتي ينتمين إلى أقليات عرقية أو إلى السكان الأصليين[٣]. والمضاعفات الناشئة عن الحمل والولادة هي السبب الأول في وفاة النساء ممن تتراوح أعمارهن بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة في البلدان النامية. وعلى صعيد العالم، فإن حوالي ٨٠ في المائة من الوفيات النفاسية ترجع إلى مضاعفات الولادة، ولا سيما النزيف وخمج الدم والإجهاض غير المأمون والإصابة بالتشنج الحملي أو ببوادره والولادة المطولة أو المتعسرة[٤]. ومضاعفات الإجهاض غير المأمون مسؤولة عن ١٣ في المائة من حالات

الوفاة النفاسية في شتى أرجاء العالم، و ١٩ في المائة من حالات الوفاة النفاسية في أمريكا الجنوبية[٥]. ويمكن تجنب ما يقدر بنحو ٧٤ في المائة من الوفيات النفاسية لو أُتيح لكل امرأة أن تحصل على إسعافات لمعالجة مضاعفات الحمل والولادة، ولا سيما توفير الرعاية العاجلة في حالات الولادة الحرجة[٦].

٨ - وفي مقابل كل امرأة تموت من جراء مضاعفات الولادة، تتعرض ٣٠ امرأة أخرى تقريبا للإصابة بعاهات أو بالعدوى أو بعجز[٧]. وفي عام ١٩٩٩، قدّرت منظمة الصحة العالمية أن أكثر من مليوني امرأة يعشن في بلدان نامية يبقين دون علاج من الإصابة بناسور الولادة، وهو من العلل المدمرة للصحة التي تصيب المرأة جراء الولادة.

٩ - ولا يوجد سبب واحد للوفاة أو للإصابة بالعجز لدى الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة عشرة والرابعة والأربعين يقارب في فداحته فداحة حالات الوفاة والعجز النفاسية[٨].

١٠ - وتكشف هذه الإحصاءات والحقائق المروعة للغاية حالات مزمنة ومتأصلة من عدم المساواة في مجال الصحة، أولها أن عبء ظاهرة الوفاة النفاسية يثقل كاهل البلدان النامية بصورة غير متناسبة، وثانيها أن النساء المهمشات في كثير من البلدان، مثل النساء اللاتي يكابدن الفقر أو ينتمين إلى أقليات عرقية أو شعوب أصلية، أكثر عرضة للوفاة النفاسية، وثالثها أن معدلات حالات الوفاة والاعتلال النفاسية تُظهِر تفاوتات حادة بين الرجل والمرأة في التمتع بالحق في الصحة الجنسية والإنجابية.

١١ - وقد حقق عدد متزايد من البلدان تقدما في الحد من الوفيات النفاسية، غير أن عجلة التقدم توقفت أو عادت إلى الوراء في كثير من البلدان التي توجد بها أعلى معدلات للوفيات النفاسية[٩]، وهذا على الرغم من الالتزام الدولي الطويل الأمد بالحد من الوفيات النفاسية والمبادرات الدولية الطويلة الأمد في هذا الشأن.

١٢ - وتعمق الوعي في السنوات الأخيرة بفكرة أن الوفيات النفاسية مسألة تمس حقوق الإنسان[١٠]. ويبحث المقرر الخاص في هذا الفصل بعضا من جوانب العلاقة القائمة بين الوفيات النفاسية والحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة.

ألف - معايير والتزامات الحق في الصحة المتصلة بالوفيات النفاسية

١٣ - يخول الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة للمرأة الحق في الحصول على الخدمات المتصلة بالحمل ومرحلة ما بعد الولادة وسائر الخدمات والمعلومات المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية[١١]. وتشمل هذه الاستحقاقات التدخلات الفنية الرئيسية الرامية إلى منع

الوفيات النفاسية، بحيث يشمل ذلك إمكانية الاستعانة بأخصائي توليد ماهر، والحصول على الرعاية العاجلة في حالات الولادة الحرجة، وتوفير التوعية والمعلومات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، وتقديم خدمات الإجهاض المأمونة، حيث لا يجرّمها القانون، وسائر خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية[١٢].

١٤ - وبينما يشمل الحق في الصحة استحقاقات بشأن بضائع وخدمات ومرافق معينة في مجال الصحة، ينبغي أيضا أن يُفهم على وجه أعم بأنه يعني الحق في الحصول على نظام صحي فعال متكامل يشمل الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة ويلبي الأولويات الوطنية والمحلية ويمكن للكافة الانتفاع منه (انظر الفقرة ٤ من الوثيقة E/CN.4/2006/48). ولهذا أهميته في سياق الوفيات النفاسية. فإيجاد نظام صحي منصف وموفور الموارد ومفتوح الأبواب ومتكامل مسألة تحظى بالقبول على نطاق واسع باعتباره سياقا حيويا يكفل للمرأة الاستفادة من أنشطة يمكنها أن تمنع حدوث الوفيات النفاسية أو تعالج أسبابها[١٣].

١٥ - وفي السنوات الأخيرة، وضع كل من لجنة الأمم المتحدة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمقرر الخاص المعني بالحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة وجهات أخرى إطارا لتفسير معايير والتزامات الحق في الصحة. وهذا الإطار الموضح في الفقرة ٤٥ من هذا التقرير يمكن تطبيقه في سياق المسائل الخاصة المتعلقة بالحق في الصحة مثل الوفيات النفاسية. ويوفر الإطار منظورا تحليليا مفيدا يمكن من خلاله فهم أهمية الحق في الصحة في سياق الوفيات النفاسية، ويمكن أيضا أن يستخدم نقطة مرجعية مفيدة لدمج الحق في الصحة في وضع السياسات (انظر الفقرات ١٦-٢٤). وبناء على هذا الإطار، يود المقرر الخاص أن يدلي ببعض الملاحظات غير الشاملة بشأن معايير والتزامات الحق في الصحة المتصلة بالحد من الوفيات النفاسية، ولا سيما في سياق تعزيز النظم الصحية.

الرعاية الصحية

١٦ - يتضمن الحق في الصحة اهتماما خاصا بكفالة الرعاية الصحية الأولية. ومن أولويات التدخل لمنع الوفيات النفاسية كفالة وجود أنظمة فاعلة للرعاية الصحية الأولية ”بدءا من التدخلات على صعيد المجتمعات المحلية حتى مرفق المستوى الأول للإحالات الذي تتوفر فيه سبل الرعاية العاجلة لحالات الولادة الحرجة“[١٤].

١٧ - ويعطي الحق في الصحة المرأة الحق في الحصول على خدمات وسلع ومرافق تتصل بالرعاية الصحية الإنجابية وتتسم بما يلي:

(أ) **التوافر بأعداد كافية**[١٥]. من بين ما يترتب على هذا إلزام الدول بأن تكفل توفير عدد كاف من المهنيين الصحيين. فتحسين استراتيجيات الموارد البشرية، بما يشمل زيادة عدد المهنيين الصحيين وتحسين شروط وأوضاع عملهم، شرط مسبق حيوي للحد من الوفيات النفاسية في كثير من البلدان[١٦]؛

(ب) **إمكانية الاستفادة فعليا واقتصاديا**[١٧]. كثيرا ما تؤثر إمكانيات الانتفاع الفعلي بالخدمات الصحية وحجم تكلفتها على قرار المرأة بألا تسعي من أجل الاستفادة من الرعاية[١٨]. ويتوقف الحد من الوفيات النفاسية في كثير من البلدان على جعل الخدمات ذات الصلة بهذا الأمر أيسر منالا، وذلك بوسائل منها التوسع في تقديم الخدمات ذات الصلة في المناطق التي تعاني من نقصها. ويتوقف أيضا في كثير من الأحيان على كفالة الاستفادة من الأنشطة ذات الصلة، بتكلفة ميسورة؛

(ج) **إمكانية الاستفادة بدون تمييز**. يجب أن تراعي الخدمات الفروق الجنسانية وحقوق وثقافات الأقليات والشعوب الأصلية[١٩]. ولا يعني العمل على منع حدوث الوفيات النفاسية وتعزيز إمكانيات الحصول على الرعاية الصحية للأمهات مجرد توسيع دائرة التدخلات الفنية أو تقديمها بكلفة ميسورة، فمن الضروري كذلك معالجة العوامل الاجتماعية والثقافية والسياسية والقانونية التي تؤثر على قرار المرأة بالتماس خدمات الرعاية الصحية للأمهات أو غيرها من خدمات الرعاية الصحية الإنجابية. وقد يستلزم هذا معالجة القوانين والسياسات والممارسات التمييزية وأوجه اللامساواة بين الجنسين التي تمنع النساء والفتيات من التماس خدمات ذات نوعية جيدة؛

(د) **جودة النوعية**[٢٠]. كثيرا ما تؤثر نوعية الرعاية على نتيجة التدخل، كما تؤثر على قرار المرأة بالسعي إلى الانتفاع بالخدمات أو عدم التماسها.

المقومات الأساسية للصحة

١٨ - ليس الحق في الصحة مجرد حق في الحصول على الرعاية الصحية، بل هو حق في الحصول على سائر المقومات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية للصحة. وتشمل هذه المشاركة في عمليات صنع القرار المتصلة بالصحة، والحصول على معلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية، ومحو الأمية، والتغذية، وعدم التمييز، والمساواة بين الجنسين. ولأغلب هذه المقومات تأثير مباشر على إمكانية الاستفادة من الخدمات الصحية اللازمة لمنع حدوث الوفيات النفاسية. وبعض هذه المعونات، كالتغذية، يمكن أن يكون سببا مباشرا للوفيات النفاسية. وتتضمن الفقرة ٢٢ أدناه مزيدا من المعالجة لعدد من هذه المسائل.

الإعمال التدريجي للحق في الصحة، والموارد والتعاون الدولي

١٩ - على الدول واجب تكريس أكبر قدر من الموارد المتاحة للإعمال التدريجي للحق في الصحة واتخاذ التدابير اللازمة في هذا الشأن فيما يتعلق بالقوانين والسياسات العامة[٢١]. وتعاني النظم الصحية في كثير من البلدان معاناة مزمنة من نقص في التمويل، وهي في حالة انهيار. ويلزم للحد من الوفيات النفاسية زيادة الإنفاق على النظم الصحية ووضع سياسات تعززها وتعطي الأولوية لتقديم الرعاية الصحية للأمهات.

٢٠ - ويملي الحق في الصحة على الدول المتقدمة مسؤولية تقديم المساعدة والتعاون على الصعيد الدولي لمساعدة الدول النامية على إعمال الحق في الصحة[٢٢]. وينبغي للدول المتقدمة أن تدعم جهود الدول النامية الساعية إلى الحد من الوفيات النفاسية. وهذه المسؤولية مجسدة في الهدف ٨ من الأهداف الإنمائية للألفية، الذي يمثل التزاما بإقامة شراكة عالمية من أجل التنمية. وينبغي للدول المتقدمة ضمان أن يشكل ما تقدمه من مساعدات إنمائية دولية وسياساتها الأخرى دعما للسياسات الرامية إلى تعزيز النظم الصحية وغيرها من السياسات ذات الصلة في البلدان النامية (انظر أيضا A/59/422 و A/60/348).

الحق في الصحة ونموذج "المعوقات الثلاثة"

٢١ - أُشير إلى أن الوفيات النفاسية غالبا ما ترجع إلى التأخر فيما يلي: البت في التماس مساعدة طبية مناسبة في حالات الولادة الحرجة (بسبب التكلفة أو عدم التفطن إلى حرج الحالة أو تدني المستوى التعليمي أو انعدام سبل الحصول على المعلومات أو انعدام المساواة بين الجنسين)؛ والوصول إلى مرفق مناسب (بسبب بعد المسافة أو طبيعة الهياكل الأساسية والنقل)؛ والحصول على رعاية كافية عند الوصول إلى المرفق (لأسباب منها نقص أعداد الموظفين، أو لعدم توافر الكهرباء أو المياه أو اللوازم الطبية)[٢٣]. وهذه "المعوقات الثلاثة" مترابطة[٢٤] ويشمل الحق في الصحة معايير والتزامات هي ذات صلة في كل من هذه السياقات.

باء - ما الذي يمكن أن يضيفه الحق في الصحة إلى السياسات والبرامج من أجل الحد من الوفيات النفاسية؟

٢٢ - اعتمدت الدول الإعلان بشأن الألفية في مؤتمر الأمم المتحدة للألفية (٢٠٠٠). ويتضمن الإعلان التزاما بخفض معدل الوفيات النفاسية بمقدار الثلاثة أرباع بحلول عام ٢٠١٥[٢٥]. وقد أضحت الأهداف الإنمائية للألفية (الأهداف) المستمدة من الإعلان بشأن الألفية، التي تشمل التزاما بتحسين صحة الأمهات، ملتقى محوريا للجهود الإنمائية الدولية.

٢٣ - كانت الوفيات النفاسية محورا دوليا للاهتمام لسنوات طويلة قبل إعلان الأهداف الإنمائية للألفية[٢٦]، غير أن هذه الأهداف تمثل فرصة جديدة وربما فرصة أعظم للحد من الوفيات النفاسية، وهي تولي هذه القضية اهتماما أكبر نسبيا، وتشمل غايات محددة زمنيا، ويدعمها جهاز دولي يقدم المشورة بشأن تنفيذها، وقد اجتذبت دعما كبيرا من المانحين والمنظمات الدولية، وباتت تشكل باطراد السياسات الإنمائية الوطنية والدولية.

٢٤ - وفي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة في الفترة من ٥ إلى ١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤، اعترفت الدول بأن الصحة الجنسية والإنجابية مقوم أساسي للتنمية. وعلى النقيض من ذلك، فإن الأهداف الإنمائية للألفية لزمت الصمت إزاء هذه العلاقة. غير أن الدول عادت لتؤكد من جديد في مؤتمر القمة العالمي لعام ٢٠٠٦ موقف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية من خلال التزامها بما يلي: ''تحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥، على النحو الذي أعلنه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ودمج هذا الهدف في استراتيجيات بلوغ الأهداف الإنمائية المتفق عليها دوليا، ومنها الأهداف الواردة في إعلان الألفية، التي ترمي إلى الحد من الوفيات النفاسية وتحسين صحة الأم''[٢٧].

٢٥ - وبينما ترمي الأهداف الإنمائية للألفية إلى تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار الثلاثة أرباع بحلول عام ٢٠١٥، فإن هدفها الأعم هو تحسين صحة الأم. وقد تزايد التركيز في العقد الأخير على تحسين صحة الأم. واشتد الاهتمام بوجه خاص وعلى نحو ملائم بمشكلة ناسور الولادة. وفي عام ٢٠٠٣، بدأ صندوق الأمم المتحدة للسكان ووكالات أخرى تابعة للأمم المتحدة حملة عالمية للقضاء على داء الناسور.

٢٦ - ولا يوجد في الأهداف الإنمائية للألفية - ولا في عدد كبير من الأطر الوطنية والدولية للسياسات العامة - اهتمام صريح بالحق في الصحة وغيره من الحقوق. ومن القضايا ذات الصلة بالأمر التساؤل حول ما إذا كان للحق في الصحة أن يساهم في سياق صنع السياسات الرامية إلى الحد من الوفيات النفاسية وكذلك صوب تحسين صحة الأم.

٢٧ - وقد أقرت فرقة عمل مشروع الألفية المعنية بصحة الطفل وصحة الأم المكلفة بوضع توصيات بشأن الأهداف الإنمائية للألفية إقرارا واضحا لا لبس فيه بدور حقوق الإنسان، بما فيها الحق في الصحة، في صنع السياسات اللازمة للحد من الوفيات النفاسية. ودعت أيضا جهات أخرى إلى اتباع نهج قائم على الحقوق في صنع سياسات الصحة، واتخذ بعضها خطوات لدمج حقوق الإنسان في سياساتها وبرامجها المتعلقة بالوفيات النفاسية.

٢٨ - وتوجد عدة أسباب تبين لماذا كان للحق في الصحة دور بناء في سياق صنع السياسات المتعلقة بصحة الأم:

(أ) بالنظر إلى الأساس القانوني لهذا الحق وما يحظى به من قبول واسع لدى المجتمع الدولي والإطار المفصل للمعايير والالتزامات المتصلة به، فإن هذا الحق في الصحة يمكن أن يساعد في إضفاء الشرعية على السياسات والبرامج التي تعمل على منع حدوث الوفيات النفاسية؛

(ب) لمبادئ الحق في الصحة الداعية إلى المساواة وعدم التمييز ثلاثة أدوار هامة في السياسات الرامية إلى الحد من الوفيات النفاسية، أولها أنها تعزز البرامج التي تشجع على توزيع خدمات الرعاية الصحية بصورة أكثر إنصافا، ومن ذلك توفيرها في المناطق الريفية أو الفقيرة أو المناطق التي ترتفع فيها نسبة السكان من الشعوب الأصلية أو الأقليات، وثانيها أنها تؤيد إعطاء الأولوية للأنشطة - مثل توفير الرعاية في حالات الولادة الحرجة - التي تضمن تمتع المرأة بالحق في الصحة على أساس المساواة وعدم التمييز، وثالثها أن السياسات التي تشجع المساواة وعدم التمييز - وكذلك المحافظة على الكرامة وإدراك الفوارق الثقافية واحترام الخصوصيات ومراعاة السرية - في المؤسسات الإكلينيكية يمكن أن تحسن العلاقات بين المريض ومقدم الرعاية الصحية، وتشجع المرأة على التماس الرعاية الصحية؛

(ج) يشمل الحق في الصحة الحق في المشاركة في صنع السياسات الصحية على الأصعدة المحلي والوطني والدولي. وسوف تساعد مشاركة أصحاب المصلحة المعنيين، ومنهم النساء، على وضع برامج أشد فعالية واستدامة، والحد من الاستبعاد، وتعزيز المساءلة؛

(د) الرصد والمساءلة سمتان مكملتان للحق في الصحة ويمكنهما أن يساعدا على الحد من الوفيات النفاسية. ويتطلب الحق في الصحة إخضاع مختلف الجهات صاحبة المصلحة للمساءلة، ومن بينها مقدمو الرعاية الصحية والسلطات الصحية المحلية والحكومات الوطنية والمنظمات الدولية والمجتمع المدني[٢٨]. ووجود آليات مساءلة فعالة يسهل الاستعانة بها - ومن بينها المحاكم، وأمناء المظالم المعنيون بالشؤون الصحية، وعمليات تقييم الآثار، واستعراض السياسات - من شأنه أن يساعد في تعزيز سبل الحصول على الرعاية الصحية؛

(هـ) يتطلب الاستناد إلى نهج قائم على الحق في الصحة للحد من الوفيات النفاسية وجود مؤشرات مناسبة لرصد ما يحرز من تقدم، ولإبراز الجوانب التي قد تحتاج إلى تعديلات في السياسات. ولا يسمح نطاق هذا التقرير بإجراء تحليل مفصل للمؤشرات المطلوبة. ويود المقرر الخاص أن يحيل الجمعية العامة إلى تقريره المقدم إلى لجنة حقوق الإنسان (الفقرات ٢٢ إلى ٦١ من الوثيقة E/CN.4/2006/48، والمرفق) الذي يحدد منهجية لاعتماد

نهج قائم على الحقوق لتحديد المؤشرات الصحية، ومنها المؤشرات المتصلة باستراتيجية الصحة الإنجابية التي أيدتها جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠٠٤.

٢٩ - ومختصر القول إن السياسة النابعة من الحق في الصحة جديرة بأن تتسم بالإنصاف وتشمل الجميع وتنأى عن التمييز وتقوم على المشاركة وتستند إلى أدلة. وفي سياقات السياسات المتعلقة بالوفيات النفاسية، تساعد هذه السمات على تمكين المرأة وتكفل للسياسات مقومات الاستدامة والقوة والفعالية.

٣٠ - والتدخلات الرامية إلى منع الوفيات النفاسية - ومن ذلك خدمات تنظيم الأسرة وتوافر أخصائيي توليد مهرة وتقديم الرعاية في حالات الولادة الحرجة وسائر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية - هي أيضا تدابير إلزامية للوقاية من اعتلال الصحة الجنسية والإنجابية ومعالجة أسبابه الأخرى، بما فيها الناسور وأسباب الاعتلال النفاسي الأخرى. ومن ثم، فإن اتباع نهج قائم على الحق في الصحة للحد من الوفيات النفاسية جدير أيضا بأن يؤدي إلى تحسين الصحة الجنسية والتناسلية، بما فيها صحة الأم.

جيم - الحاجة إلى حملة في مجال حقوق الإنسان للتصدي للوفيات النفاسية

٣١ - حث المقرر الخاص، في عمله، خبراء ومنظمات حقوق الإنسان على تجاوز أساليبهم التقليدية - مثل نُهج الحملات والفضح والتعيير والاستعانة بالمحاكم - للتعامل مع صناع القرار في مجال الصحة لضمان أن يصبح الحق في الصحة مصدرا لإلهام السياسات.

٣٢ - والوفيات النفاسية هي مسألة من عدد محدود من المسائل المتعلقة بالحق في الصحة التي تعاون فيها خبراء حقوق الإنسان مع واضعي السياسات الصحية تعاونا مكثفا وبناء. وهذه الجهود جديرة بالإشادة وبأن تحظى بمزيد من الدعم؛ ومع هذا، فهناك بالتأكيد مجال لمزيد من التفاعلات على الأصعدة الدولي والوطني والمحلي.

٣٣ - وعلى النقيض من ذلك، فإن مجتمع حقوق الإنسان أولى الأساليب التقليدية لحقوق الإنسان اهتماما أقل في معالجة مسألة الوفيات النفاسية[٢٩]. ولنُهج الفضح والتعيير والحملات والاستعانة بالمحاكم دور هام أيضا في تعزيز المطالبات وتوسيع دائرة المساءلة للحد من معدلات الوفيات النفاسية.

٣٤ - وفي التسعينات، اعتبر العنف المترلي انتهاكا لحقوق الإنسان وساعد هذا على إكساب الحملة العالمية المناهضة للعنف المترلي زخما. وينبغي، من نفس المنطلق، دعوة دوائر حقوق الإنسان إلى تنظيم حملة عالمية لحقوق الإنسان ضد الوفيات النفاسية. ويجب حث دوائر حقوق الإنسان على الاحتجاج والتظاهر لتندد بالوفيات النفاسية بنفس القوة التي

تندد بها بعمليات الإعدام خارج نطاق القضاء والاحتجاز التعسفي والمحاكمات الجائرة واحتجاز سجناء الرأي. فاستمرار ارتفاع معدلات الوفيات النفاسية مع التزام جميع الدول بتخفيض هذا المعدل بمقدار الثلاثة أرباع بحلول عام ٢٠١٥ يشير إلى أن الوقت قد حان للقيام بهذه المبادرة.

٣٥ - وليس هذا من قبيل الاستهانة بالتحديات الكثيرة التي تعترض هذا المسعى، ومنها مثلا أن ممارسة العنف ضد المرأة هو دائما انتهاك لحقوق الإنسان، بينما بعض حالات الوفيات النفاسية التي لا مفر من وقوعها ليست كذلك. وها هو مثال آخر، فهوية منتهك حقوق الإنسان قد لا تكون دائما واضحة لان المسؤولية عن الوفيات النفاسية قد تُعزى إلى جهات عديدة، من بينها أفراد الأسرة والموظفون الصحيون والمرافق والدولة المعنية والمجتمع الدولي. ولكن هذا لا يحول دون اعتبار الكثير من الوفيات النفاسية انتهاكا لحقوق الإنسان - وينبغي التحقيق في هذا الانتهاك من أجل تحديد مكمن المسؤولية على وجه الدقة ولضمان المساءلة على نحو أفضل حتى يتم إدخال التغييرات المناسبة في السياسات العامة على وجه السرعة.

٣٦ - إن تنظيم حملة في سياق حقوق الإنسان للحد من الوفيات النفاسية سيقود حتما إلى معالجة مسائل أخرى بالغة الأهمية، ليس أقلها بناء أنظمة صحية فعالة يسهل على الجميع الاستفادة منها.

ثالثا - حق الإنسان في الدواء

٣٧ - يفتقر بليونا شخص تقريبا إلى إمكانية الحصول على الأدوية الضرورية[٣٠]. ويتسبب هذا الحرمان في معاناة هائلة يمكن تفاديها وهي: المرض والألم والخوف وفقدان الكرامة وفقدان الحياة[٣١]. ويمكن أن يؤدي تحسين إمكانية الحصول على الأدوية الموجودة أن ينقذ حياة ١٠ ملايين شخص كل سنة، ٤ ملايين منهم في أفريقيا وجنوب شرق آسيا[٣٢]. وبجانب الحرمان، فإن عدم المساواة الجسيم في الحصول على الأدوية يظل السمة المهيمنة للوضع الصيدلاني في العالم[٣٣]. إن متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الأدوية في البلدان ذات الدخل العالي أعلى مائة مرة مما هو الحال عليه في البلدان المنخفضة الدخل: أي حوالي ٤٠٠ دولار أمريكي مقارنة بأربعة دولارات أمريكية. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن ١٥ في المائة من سكان العالم يستهلكون أكثر من ٩٠ في المائة من إنتاج العالم من المواد الصيدلانية[٣٠].

٣٨ - وتقود السياسات والأحكام والمؤسسات الدولية القائمة حاليا إلى نشوء حالات الحرمان وعدم المساواة الهائلة هذه. ولا تصل الأنظمة الوطنية لتوريد الأدوية في غالب الأحيان إلى أولئك الذين يعيشون في الفقر. وإن وصلت إليهم، يكون من الصعب عليهم تحمل تكلفتها. ومن الناحية التاريخية فإن أنشطة البحث والتطوير لم تتناول الأولويات في الاحتياجات الصحية لأولئك الذين يعيشون في فقر. فالأولى اتخاذ ترتيبات بديلة والإصلاحات مطلوبة بصفة عاجلة. وفي واقع الأمر فإن الواجبات القانونية والأخلاقية تقتضي ذلك، وتشمل الواجبات الناشئة عن القانون الدولي لحقوق الإنسان.

٣٩ - وتعتمد الأهداف الإنمائية للألفية مثل خفض معدل وفيات الأطفال، وتحسين صحة الأمومة، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا والأمراض الأخرى، على تحسين إمكانية الحصول على الأدوية. وبالطبع فإن إحدى غايات الأهداف الإنمائية للألفية هي إتاحة العقاقير الأساسية بأسعار ميسورة في البلدان النامية بالتعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية[٣٤]. فإن تنفيذ الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة يمكن أن يساعد، بصفة حاسمة، في بلوغ الأهداف المتصلة بالصحة.

٤٠ - إن تقديم الرعاية الصحية في حالة المرض، وكذلك الوقاية من المرض وعلاجه ومراقبته، هي من سمات محورية للحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة[٣٥]. وتعتمد هذه السمات على الحصول على الأدوية. وبالتالي فإن الحصول على الأدوية يشكل جزء لا يتجزأ من الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة. ويؤكد العديد من قضايا المحاكم، إضافة إلى قرارات لجنة حقوق الإنسان أن الحصول على الأدوية الضرورية عنصر أساسي من عناصر الحق في الصحة[٣٦]. ويؤكد بعض القضايا أيضا أن مسائل الحصول على الأدوية الضرورية ترتبط ارتباطا وثيقا بحقوق الإنسان الأخرى، مثل الحق في الحياة.

٤١ - ويبحث هذا الفصل بإيجاز في عنصر الأدوية بوصفه أحد عناصر الحق في الصحة. وبينما يركز الفصل على مسؤوليات الدول (انظر الفرع ألف، الفقرات ٤٧-٨١ أدناه)، فإنه يشكل أيضا مقدمة موجزة عن مسؤوليات شركات الأدوية (انظر الفرع باء، الفقرات ٨٢-٩٢). وهذا الفصل مقدم بوصفه مساهمة أولية في مسائل حقوق الإنسان البعيدة المدى وذات الأهمية الأولى.

٤٢ - وقد استفاد المقرر الخاص، منذ عام ٢٠٠٤، من عدد من حلقات العمل الفنية والاجتماعات الأخرى المعقودة مع مختلف العناصر الفاعلة، بما في ذلك ممثلي شركات الأدوية، بشأن المسائل التي أدرجت ضمن هذا الفصل (انظر الفقرة ٨٦). وحتى يكون عمليا وبناءً بقدر الإمكان، فإنه يقوم بإعداد بعض مشاريع مبادئ توجيهية للدول ولشركات

الأدوية بشأن سبل الحصول على الأدوية. وتهدف المشاريع إلى مساعدة الدول وشركات الأدوية على أن تفهم وتنفذ، على نحو أفضل، مسؤولياتها المتصلة بالحق في الصحة فيما يتعلق بالحصول على الأدوية. ويتناول الفرع ألف مسؤوليات الدول؛ بينما يتناول الفرع باء مسؤوليات شركات الأدوية. (ويمكن الاطلاع على المشاريع الأولية على الموقع: http://www2.essexac.uk/human_rights_centre/rth/rapporteur.shtm).

٤٣ - وسيواصل المقرر الخاص العمل على هذه المشاريع الأولية خلال الأشهر القادمة بهدف وضع الصيغة النهائية للمبادئ التوجيهية في عام ٢٠٠٧. وسيجري مشاورات موسعة بشأن هذه المشاريع، وهو يغتنم هذه الفرصة ليشجع جميع الأطراف المهتمة على تزويده بملاحظاتها[٣٧].

الإطار التحليلي للحق في الصحة

٤٤ - إن الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة هو أحد حقوق الإنسان الكبيرة والمعقدة. وفي السنين الأخيرة طورت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمات المجتمع المدني والأكاديميين وآخرين عديدين طريقة ''للتفريغ'' أي تحليل الحق في الصحة بهدف جعله سهل الفهم وينطبق، من الناحية العملية، على السياسات والبرامج والمشاريع المتعلقة بالصحة(مثلا، التعليق العام ١٤ للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية). ومن جانبه حاول المقرر الخاص تطبيق وتحسين هذا الإطار التحليلي في تقاريره القطرية والتقارير الأخرى. وهو يوصي بقوة بأن يستخدم صانعوا السياسات هذا الإطار التحليلي لأنه سيعمق من فهمهم للحق في الصحة، ويمكنهم من تقوية سياساتهم وتدخلاتهم الأخرى المتعلقة بالصحة. وبهذه الطريقة سيصبح الإطار التحليلي لغة مشتركة لمناقشة نطاق واسع من المسائل الصحية من خلال عدسة الحق في الصحة.

٤٥ - وعلى الرغم من أن الإطار التحليلي موضح بمزيد من التفصيل في أماكن أخرى، يمكن تلخيص عناصره الرئيسية باختصار شديد كما يلي:

- تحديد قوانين وقواعد ومعايير حقوق الإنسان الوطنية والدولية ذات الصلة؛
- الاعتراف بأن الحق في الصحة يخضع للقيود في الموارد وللتحقيق التدريجي، ويتطلب تحديد مؤشرات وأسس للمقارنة لقياس التقدم (أو عدم التقدم) مع مرور الوقت.
- الاعتراف، مع ذلك، بأن بعض الالتزامات الناشئة عن الحق في الصحة لا تخضع لقيود في الموارد ولا تخضع للتحقيق التدريجي، ولكن لها مفعولا فوريا، من ذلك مثلا، الالتزام بتفادي التمييز بحكم القانون والتمييز بحكم الواقع؛

- الاعتراف بأن الحق في الصحة يشمل حريات (مثلا، الحرية فيما يتعلق بالعلاج من دون موافقة أو المشاركة في التجارب السريرية من دون موافقة) واستحقاقات (مثلا، نظام للرعاية الصحية والحماية). وفي معظم الحالات، ليس للحريات آثار مترتبة في الميزانيات، أما الاستحقاقات فتترتب عليها آثار في الميزانيات؛

- يجب أن تكون جميع الخدمات والسلع والمرافق الصحية متوفرة وسهلة المنال ومقبولة وجيدة النوعية. وتطبق هذه المواصفات باختصار على الأدوية في الفقرات ٤٧-٥١ أدناه؛

- ويقع على الدول واجب احترام حق التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة وحمايته وإنجازه. ويطبق هذا باختصار أيضا على الأدوية في الفقرتين ٥٩-٦٠ أدناه؛

- يتطلب الإطار التحليلي إيلاء عناية خاصة لمسائل عدم التمييز والمساواة والضعف بسبب أهميتها البالغة.

- المشاركة: إن الحق في الصحة يتطلب أن تكون هناك لأن يشارك الأفراد والمجتمعات مشاركة نشطة وواعية في اتخاذ القرارات التي لها تأثير على صحتهم؛

- المساعدة والتعاون الدوليان: تقع على البلدان النامية مسؤولية البحث عن المساعدة والتعاون الدوليين، بينما تقع على الدول المتقدمة النمو بعض المسؤوليات نحو تحقيق الحق في الصحة في البلدان النامية؛

- الرصد والمساءلة: يتطلب الحق في الصحة أن تتوفر آليات فعالة وشفافة وسهلة المنال للرصد والمساءلة على المستويين الوطني والدولي.

٤٦ - وللتوضيح، فإن هذا الفصل يطبق باختصار عناصر هذا الإطار التحليلي على وسائل الحصول على الأدوية.

ألف - مسؤوليات الدول

كفالة أن تكون الأدوية متوفرة وسهلة المنال ومقبولة ثقافيا وذات نوعية جيدة[٣٨]

٤٧ - على الدول أن تبذل كل ما في وسعها للتأكد من أن الأدوية الموجودة متوافرة بكميات كافية في المناطق الخاضعة لولايتها. فمثلا، ربما يكون عليها أن تستخدم مرونة الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة عن طريق إجازة واستخدام تشريعات الرخص الإلزامية، لكي تضمن وصول الأدوية إلى المناطق الخاضعة لولايتها بكميات كافية. علاوة على ذلك فإن السجل يؤكد أن أنشطة البحث والتطوير لم تتناول

الأولويات في الاحتياجات الصحية للبلدان النامية. وعليه، يُطلب من الدول، أن تتخذ في إطار المساعدة والتعاون الدوليين، تدابير فعالة لتشجيع تطوير وتوفير أدوية ولقاحات وعِدد تشخيصية جديدة للأمراض التي تشكل عبئا ثقيلا في البلدان النامية[٣٩]. وعلى الدول أن تلجأ إلى مجموعة متنوعة من الحوافز الاقتصادية والمالية والتجارية للتأثير على أنشطة البحث والتطوير لتعالج احتياجات صحية محددة.

٤٨ - وباختصار، لا يقع على الدول فحسب واجب ضمان توافر الأدوية الموجودة ضمن حدودها، بل تقع عليها أيضا مسؤولية اتخاذ إجراءات صائبة لضمان تطوير الأدوية التي هناك حاجة شديدة لها، لتصبح من ثم متوافرة.

٤٩ - وإضافة إلى توافرها، ينبغي أن تكون الأدوية سهلة المنال. ولسهولة المنال أربعة أبعاد: أولا، يجب أن تكون الأدوية متوافرة في كل أجزاء البلد، مثلا، في المناطق الريفية النائية كما هي في المراكز الحضرية. ولهذا الأمر آثار رئيسية في تصميم أنظمة توريد الأدوية، بما في ذلك برامج التوعية. ثانيا، يجب أن تكون الأدوية سهلة المنال من الناحية الاقتصادية (أي، ذات تكلفة ميسورة) للجميع، بمن فيهم أولئك الذين يعيشون في فقر. ولهذا آثار رئيسية فيما يتعلق بترتيبات تمويل الدواء وتسعيره. وربما يعني أيضا أن تعيد الدولة النظر في رسوم الاستيراد والضرائب الأخرى على الأدوية إذا كانت هذه تساعد في جعل الأدوية بعيدة عن متناول الفقراء. ثالثا، يجب أن تكون الأدوية سهلة المتناول بدون تمييز على أي أساس من الأسس المحظورة مثل نوع الجنس أو الأصل العرقي أو الإثني أو الوضع الاقتصادي الاجتماعي. وكما ستتم مناقشته في القسم التالي، ربما تطلب مبدأ عدم التمييز من الدولة أن تتخذ تدابير لضمان مساواة جميع الأفراد والجماعات، مثل الأقليات المحرومة في إمكانية الحصول على الدواء. رابعا، يجب أن تتوفر للمرضى وللمختصين في المجال الصحي معلومات موثوقة عن الأدوية بحيث يتمكنون من اتخاذ قراراتهم على بصيرة جيدة ويستخدمون الأدوية بطريقة سليمة.

٥٠ - إضافة إلى ضرورة توافر الأدوية وسهولة الحصول عليها، يجب أن تكون هذه الأدوية والمسائل المرتبطة بها مقبولة ثقافيا وتحترم آداب مهنة الطب. فمثلا، ينبغي أن تدعم التدابير الوطنية الاستخدام الصحيح للأدوية التقليدية وإدماجها في أنظمة الرعاية الصحية، بينما ينبغي أن تكفل التجارب السريرية قبول الأشخاص إجراء الأبحاث عليهم عن علم.

٥١ - وينبغي أن تكون الأدوية ذات نوعية جيدة. وإذا رُفضت الأدوية في الشمال بسبب تجاوزها لتاريخ الصلاحية بحيث أصبحت غير مأمونة، فيجب أن لا يعاد استخدامها في

الجنوب. ولأن الأدوية يمكن أن تتعرض للتزوير أو التلاعب، فيجب أن تنشئ الدول نظاما تنظيميا لفحص سلامة الأدوية وجودتها.

مكافحة التمييز وعدم المساواة والضعف

٥٢ - وينبغي تصميم سياسة وطنية للأدوية تكفل حصول الأشخاص الضعفاء والفئات المحرومة عليها؛ بما في ذلك النساء والفتيات والأقليات العرقية والشعوب الأصلية الذين يعيشون في فقر والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والمشردون داخليا وكبار السن والمعوقون والمساجين وغيرهم.

٥٣ - وقد نشأ هذا الانشغال بمسألة الضعف و الحرمان من مبدأين من أهم المبادئ الرئيسية لقانون حقوق الإنسان الدولي وهما: عدم التمييز والمساواة. ومن المهم أن هذين المبدأين التوأمين لا يتطلبان معاملة متساوية في جميع الأحوال؛ وعلى النقيض من ذلك، فهما يتطلبان في بعض الأحيان من الدولة أن تتخذ تدابير لصالح الأفراد المحرومين والمجتمعات المحرومة. وعلى الرغم من أن مبدئي عدم التمييز والمساواة مرتبطان بصفة وثيقة بالمفهوم الأخلاقي للمساواة، فإن لهما ميزة تتمثل في أنهما معززان بالقانون وبآليات المساءلة.

٥٤ - ولعدم التمييز والمساواة آثار عديدة فيما يتعلق بالحصول على الأدوية. فالدولة مثلا، ملزمة بإنشاء نظام وطني لتوريد الأدوية يشمل برامج مفصلة بالتحديد لتصل إلى الضعفاء والمحرومين. ومن المطلوب أيضا تناول العوامل الثقافية والاجتماعية والسياسية التي تمنع الفئات الضعيفة من الحصول على الرعاية الصحية على وجه العموم وعلى الأدوية بوجه خاص. لذا يجب تصنيف البيانات، بقدر المستطاع، لتحديد الفئات الضعيفة ورصد تقدمها نحو الحصول المتساوي على الأدوية (انظر E/CN.42006/48، من الفقرة ٦٢).

فيما يتعلق بالأدوية، كيف يمكن قياس ورصد الإعمال التدريجي؟ وما هي الالتزامات ذات الأثر الفوري؟

٥٥ - يخضع الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة - وبالتالي الحق في الحصول على الأدوية - للإعمال التدريجي وتوفر الموارد، وفقا للفقرة ١ من المادة ٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وببساطة فإن الإعمال التدريجي يعني أنه يُطلب من الدول أن تحقق، في خلال خمس سنوات نتائج أفضل مما تحققه الآن، بينما يعني توافر الموارد أن ما هو مطلوب من البلدان المتقدمة النمو أعلى مستوى مما هو مطلوب من البلدان النامية.

٥٦ - ولهذا الأمر عدد من الآثار الهامة. فمثلا تحتاج الدول لمؤشرات وأسس مقارنة مناسبة لتعرف ما إذا كانت تقوم بالإعمال التدريجي للحق في الصحة أم لا (انظر النهج القائم على حقوق الإنسان الموضح في الوثيقة E/CN.42006/48). ولكن له أيضا مواصفات هامة: فالحق في الصحة يشمل بعض الالتزامات الأساسية ذات الأثر الفوري، التي من دونها يكون الحق محروما إلى حد بعيد من علة وجوده[٤٠]. فمثلا، يقع على الدول التزام فوري بتفادي التمييز وبجعل مستحضرات صيدلانية معينة - تعرف بالأدوية الأساسية - متوافرة وسهلة المنال في جميع المناطق الخاضعة لولايتها[٤١]. هذه الالتزامات الأساسية ذات الأثر الفوري لا تخضع للإعمال التدريجي.

٥٧ - وعلى الدولة أن تقوم بإعداد قائمة بالأدوية الوطنية الأساسية في عملية شاملة تشاركية، مسترشدة بقائمة الأدوية الأساسية النموذجية الخاصة بمنظمة الصحة العالمية. وإذا رفضت دولة إعداد قائمة أدويتها الوطنية الضرورية، فسيطبق نموذج منظمة الصحة العالمية، ويخضع ذلك لأي مراجعات واضحة للسياق. وعلى الدولة التزام أساسي ذو أثر فوري لا يخضع للإعمال التدريجي - وهو أن تجعل الأدوية الأساسية الموجودة في قائمتها الوطنية متوفرة وسهلة المنال[٤٢].

٥٨ - وفي الإجمال، فإن الحق في الصحة يشمل الحصول على الأدوية الأساسية وغير الأساسية. وبينما يُطلب من الدولة الإعمال التدريجي للحق في الحصول على الأدوية غير الأساسية، فإنه يقع عليها التزام أساسي ذو أثر فوري بأن تجعل الأدوية الضرورية متوافرة وسهلة المنال في جميع مناطق ولايتها. ويشمل هذا الفصل الأدوية غير الضرورية والأدوية الضرورية.

واجب الاحترام والحماية والتنفيذ

٥٩ - تقع على الدول واجبات باحترام حق التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة وحمايته وإنجازه[٤٣]. فواجب الاحترام مثلا يلزم الدولة بكفالة أن تكون سياستها بشأن الأدوية لا تميز ضد المرأة أو الأقليات العرقية أو الفئات المحرومة الأخرى. ويتطلب واجب الحماية من الدولة أن تكفل عدم قيام أطراف ثالثة بإعاقة التمتع بالحق في الصحة، فعلى الدولة، مثلا، أن تضمن أن تؤدي الخصخصة في قطاع الصحة إلى تقدم إعمال الحق في الصحة، لا إلى إعاقته. وواجب الإنجاز يتطلب من الدولة أن تزود أولئك الذين يعيشون في فقر بالأدوية الأساسية إن لم يكونوا قادرين على الحصول عليها بخلاف ذلك.

٦٠ - وبلغة أخرى، ففي حين يمكن أن تتعاقد الدولة مع شركة من القطاع الخاص لتقديم خدمات صحية، فإنها لا تتعاقد خارج التزاماتها إزاء الحق في الصحة. ويبقى على الدولة

دائما مسؤولية توفير الإدارة السليمة لأنظمتها المتعلقة بالصحة والأدوية، وكذلك من أجل رفاه أشد الناس حرمانا ضمن ولايتها.

المشاركة في رسم السياسات الصحية

٦١ - إن المشاركة النشطة والواعية للأفراد والمجتمعات في صنع السياسات الصحية التي تؤثر عليهم هي إحدى السمات المهمة لحق التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة. وفي معظم الحالات سيكون للمجتمع المحلي إحساس صادق بأولوياته الصحية؛ ويحق له المشاركة في تحديد الأولويات والأهداف التي توجه المداولات الفنية التي تشكل الأساس لصياغة السياسات التي ستؤثر على أفراده.

٦٢ - ويطلب من الدولة ، عند صياغة سياساتها وبرامجها الطبية الوطنية، أن تتخذ خطوات لضمان المشاركة النشطة والواعية من جميع المتأثرين بتلك السياسات والبرامج، لا من قبل الرابطات المهنية والجامعات فحسب، ولكن أيضا من قبل المجتمعات الريفية والمنظمات غير الحكومية والمرضى ورابطات المستهلكين. وممثلي الفئات المحرومة.

المساعدة والتعاون الدوليان في مجال الصحة

٦٣ - يقع الالتزام الرئيسي فيما يتعلق بتنفيذ الحق في الصحة على السلطات الوطنية في الدولة المعنية. ولكن الدول ملزمة باتخاذ خطوات فردية، ومن خلال المساعدة والتعاون على النطاق الدولي، نحو الإعمال الكامل لمختلف الحقوق، بما فيها الحق في الصحة. وقد نظر المقرر الخاص، في عدد من تقاريره الأخرى، في مسؤولية تلك الدول التي هي في وضع يمكنها من تقديم المساعدة و العمل في مجال المساعدة والتعاون الدوليين (انظر A/60/348).

٦٤ - وفي سياق الأدوية، فإن هذه المسؤولية تعني أنه يجب على أي دولة غنية أن لا تشجع بلدا ناميا على قبول معايير الملكية الفكرية التي لا تراعي الضمانات والمرونة التي يتسم بها الاتفاق المتعلق بالجوانب ذات الصلة بالتجارة لحقوق الملكية الفكرية[٤٤]. وبلغة أخرى، يجب على الدول المتقدمة النمو أن لا تشجع بلدا ناميا على قبول معايير اتفاق ''تريبس - بلاس'' في أي اتفاق تجاري ثنائي أو متعدد الأطراف. وعليها مساعدة البلدان النامية على إنشاء أنظمة صحية فعالة ومتكاملة وشاملة، تشمل أنظمة موثوقة لتوريد الأدوية، تقدم للجميع أدوية عالية النوعية وبتكلفة ميسورة، وتدعم أنشطة البحث والتطوير في مجال الاحتياجات الصحية ذات الأولوية للبلدان النامية (انظر أيضا الفقرة ٤٨).

الرصد والمساءلة

٦٥ - إن الحق في الصحة يجلب معه المطلب البالغ الأهمية والمتمثل في إنشاء آليات للرصد والمساءلة تكون سهلة المتناول وشفافة وفعالة. ويجب أن يكون أولئك الذين يضطلعون بمسؤوليات الحق في الصحة مساءلين فيما يتعلق بتنفيذهم لمهامهم، بهدف تحديد النجاحات والمصاعب؛ ثم ، بحسب الضرورة، يمكن وضع السياسات العامة والتعديلات الأخرى. وهناك أشكال مختلفة من آليات الرصد والمساءلة. وبينما تقوم الدولة بتحديد الآليات التي تكون أكثر ملاءمة لحالتها الخاصة، يجب أن تكون جميع الآليات فعالة وسهلة المتناول وشفافة.

٦٦ - ويجب أن تخضع السياسات الوطنية المتعلقة بالأدوية لعمليات الرصد والمساءلة المناسبة. ويتطلب ذلك أن تحدد السياسة العامة ما يلي: التزامات الحكومة في مجال الحق في الصحة فيما يتعلق بالأدوية؛ وخطة تنفيذية تحدد الأهداف، والجداول الزمنية، ومن تقع عليهم مسؤولية أداء الواجب ومسؤولياتهم، والمؤشرات، وأسس المقارنة، وإجراءات التبليغ. ومن وقت لآخر، ستنظر هيئة وطنية مناسبة (مثلا، أمين المظالم المعني بالصحة) في مدى إنجاز المسؤولين عن تنفيذ السياسة الطبية الوطنية لواجباتهم - لا بهدف الجزاءات والعقاب، ولكن بهدف تحديد السياسات والمؤسسات التي تعمل، وتلك التي لا تعمل، بقصد تحسين إعمال الحق في حصول الجميع على الدواء.

مجموعة مختارة من المسائل العملية المحددة فيما يتعلق بالحصول على الدواء

٦٧ - إن كفالة حصول الجميع على الدواء يؤدي إلى نشوء مجموعة واسعة من المسائل المحددة والعملية والهامة. ولتوضيح ذلك، فإن هذا الفرع يقدم باختصار أربع من تلك المسائل، واضعا في الاعتبار الإطار التحليلي الذي أُشير إليه في الفقرات السابقة.

نظام موثوق لتوريد أدوية جيدة النوعية وبتكلفة ميسورة

٦٨ - سواء اختارت الدولة نظاما عاما أو خاصا أو مختلطا لتوريد الأدوية، فإنه يقع عليها التزام قانوني بأن تكفل وجود نظام موثوق وكفء وشفاف لتوريد أدوية جيدة النوعية وبتكلفة ميسورة لجميع المناطق الخاضعة لولايتها. ويجب أن يتلاءم نظام الإمداد مع الاحتياجات الحالية ويحقق فائدة جيدة من الأموال ويقلل هدر الموارد إلى أدنى حد، ويتفادى الفساد (للحصول على مزيد من التوضيح بشأن الفساد، انظر الفقرات ٧٨ - ٨٠). ومن الأهمية بمكان أن يُصمم نظام التوريد بحيث يخدم أولئك الذين يعيشون في فقر، والمجتمعات المعزولة، إضافة إلى النُخبة الغنية في المدينة.

٦٩ - وبالطبع فإن هذا الالتزام يخضع للموارد المتاحة في البلد المعين: فكندا، مثلا، ملزمة أكثر من تشاد بكفالة الحصول بطريقة أفضل على أدوية أكثر تنوعا. ولكن التزام كل من البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية يخضع للإعمال التدريجي: حيث يُطلب من جميع الدول أن تكفل، على مدى فترة خمس سنوات، الحصول بطريقة أفضل على أدوية أكثر تنوعا مما هي عليه اليوم.

٧٠ - ولقياس هذا الإعمال التدريجي (أو لقياس عدم وجوده) ، على الدول أن تضع مؤشرات وأسس مقارنة مفصلة لنظام لتوريد الأدوية يتسم بالموثوقية والكفاءة[٤٥]. وينبغي أن تعكس هذه المؤشرات معالم حقوق الإنسان ، مثلا ، الدرجة التي يكفل بها النظام حصول الفئات الضعيفة على الأدوية بقدر مساو للآخرين (لذا نشأت الحاجة إلى مؤشرات مفصلة) ويوفر آليات فعالة للرصد والمساءلة.

نوعية الأدوية

٧١ - لا يوجد لبس في معايير حقوق الإنسان الدولية: فعلى الدولة التزام قانوني يتمثل في كفالة إتاحة الأدوية ذات النوعية الجيدة على امتداد ولايتها القانونية. وبذا يتطلب الأمر وجود لائحة تنظيمية فعالة تكفل سلامة الأدوية المتاحة في مرافق كل من القطاعين العام والخاص وفعالية هذه الأدوية وجودتها النوعية، فضلا عن دقة وصحة المعلومات المتاحة للمهنيين في القطاع الصحي وللجمهور عن هذه الأدوية.

٧٢ - وبينما تمثل سلامة الأدوية وجودتها النوعية مشكلة في كثير من الدول المتقدمة والنامية، فإن حجم هذه المشكلة أكبر كثيرا في البلدان النامية، إذ أن الأدوية ذات النوعية المتدنية ربما تكون هي الوحيدة التي تصل إلى الفقراء فيها. وقد فشلت نسبة تتراوح بين ٥٠ و ٩٠ في المائة من العقاقير المضادة للملاريا في اجتياز اختبار الجودة، في التقييمات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية مؤخرا، بينما لم يستوف المعايير الدولية أكثر من نصف العقاقير المضادة للفيروسات الارتجاعية. وتبقى مبيعات الأدوية المزيفة والمتدنية النوعية أحد الشواغل الدولية.

٧٣ - وليس لدى ثلث الدول هيئات للرقابة على الأدوية، ولا قدرات مناسبة لمراقبة سوق الأدوية. ويتعارض غياب هذه الهيئات بصورة واضحة مع الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. ويتعين على الدول المتقدمة، تمشيا مع مسؤولياتها المتعلقة بحقوق الإنسان بتقديم المساعدة والتعاون على النطاق الدولي، أن تنشط في مساعدة البلدان النامية، على إنشاء هيئات مناسبة للرقابة على الأدوية.

تمويل الأدوية

٧٤ - يتوقف توافر الأدوية بأسعار ميسورة على عوامل كثيرة، تشمل التمويل (أي كيفية سداد قيمة الأدوية) وتحديد الأسعار. وتختلف طرائق تمويل الأدوية، حيث تشمل خدمات التأمين الصحي التابع للقطاعين العام والخاص، والرسوم التي يتحملها المريض، والتبرعات، والقروض، وما إلى ذلك. وهي مسائل معقدة، وسيقتصر المقرر الخاص هنا على نقطة واحدة منها. ومهما كانت ترتيبات التمويل المختارة، فإن الدولة تتحمل التزاما يتعلق بحقوق الإنسان تجاه كفالة حصول الجميع على الأدوية بتكلفة اقتصادية (أي بسعر ميسور).

٧٥ - في العديد من البلدان ذات الدخل المرتفع، تمول الحكومة ما يزيد على ٧٠ في المائة من الأدوية، بينما لا تغطي النفقات العامة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط الاحتياجات الأساسية من الأدوية لغالبية السكان. ويدفع المرضى أنفسهم، في تلك البلدان، نسبة تتراوح بين ٥٠ و ٩٠ في المائة من قيمة الدواء. وفي الحالات التي تتحمل فيها الأسرة المعيشية تكلفة الدواء، فإن توفيره قد يزيد من إفقار فئات السكان المحرومة أصلا، ويحد من إمكانية الحصول على الأدوية بصورة منصفة.

٧٦ - في البلدان المتقدمة، قد تكلف مجموعة واحدة من الجرعات المطلوبة من مضاد حيوي لعلاج الالتهاب الرئوي ما يعادل أجر ثلاث ساعات، بينما قد تعادل تكلفتها في البلدان النامية مرتب شهر. وقد يستهلك علاج الإيدز لمدة عام ما يعادل مرتب أربعة إلى ستة أشهر في البلدان المتقدمة، وهي تكلفة يغطيها التأمين الصحي في معظم الحالات؛ بينما قد يستهلك ما يكفي عاما من علاج الإيدز لدى الأطفال في البلدان النامية ما يعادل أجر شخص راشد لمدة ١٠ سنوات. ويثير التفاوت الصارخ امتعاضا عميقا ويبرز أهمية اضطلاع الدول المتقدمة بمسؤولية المساعدة والتعاون على الصعيد الدولي.

٧٧ - إلا أن النقطة البالغة الأهمية، فيما يتعلق بالأغراض الحالية، هي أن تكلفة معظم الأدوية في البلدان المتقدمة تدفع من بنود التمويل العام، بينما تشتري غالبية الأسر المعيشية في البلدان النامية أدويتها بأموال تدفعها من جيوبها. ويحد عدم توفر التمويل العام المناسب لقطاع الصحة في البلدان النامية من إمكانية الحصول على الأدوية بأسعار ميسورة، وبخاصة لمن يعيشون في فقر.

الفساد

٧٨ - يستشري الفساد في بعض أنظمة توريد الأدوية. إذ يجري تغيير وجهات السلع، ويتطلب تخليص البضائع من الجمارك سداد ''رسوم'' غير رسمية؛ ويسمح بتداول الأدوية

المزيفة، وما إلى ذلك. وقد يكون الفساد مميتا. وكما قالت دورا أكونيلي، رئيسة هيئة الأغذية والعقاقير في نيجيريا: ''يسبب تزييف الأدوية، الذي ييسره الفساد، وفيات جماعية وقد يروح ضحيتها أي شخص''(٤٦).

٧٩ - ويتضرر الذين يعيشون في فقر تضررا شديدا جراء الفساد في القطاع الصحي، لأنهم لا يستطيعون تقديم رشاو صغيرة مقابل الخدمات التي يفترض أن تقدم لهم بالمجان، أو لا يستطيعون دفع قيمة البدائل التي يوفرها القطاع الخاص عن الخدمات الصحية التي يستنفدها الفساد في القطاع العام.

٨٠ - ويشمل الحق في الصحة المشاركة، وإمكانية الحصول على المعلومات، والشفافية، والرصد، والمساءلة. ويساعد كل عنصر من هذه العناصر على تهيئة بيئة لا يستطيع الفساد البقاء فيها. وباختصار، فإن أي سياسة للحق في الصحة هي أيضا سياسة لمكافحة الفساد. وعليه، فإن إعمال الحق في الصحة قد يساعد على خفض الفساد في الأنظمة الصحية بصفة عامة، فضلا عن أنظمة توريد الأدوية على وجه التحديد.

خاتمة

٨١ - **كما ورد في الفقرة ٤٢ أعلاه، يعكف المقرر الخاص، من خلال عملية تشاورية، على إعداد مبادئ توجيهية للدول والشركات الصيدلانية حول إمكانية الحصول على الأدوية. وهو يرغب، في غضون ذلك، في التأكيد على الأهمية الحاسمة لأن تكون لدى جميع الدول سياسات وطنية للأدوية تواكب التطورات الحديثة وخطط تفصيلية للتنفيذ. ويتعين أن تشمل السياسة قائمة وطنية بالأدوية الأساسية. وحتى بداية القرن الجديد، لم تكن لدى ١٠٠ دولة تقريبا سياسات وطنية للأدوية(٤٧). ولم تكن لثلثي الدول التي كانت لديها سياسيات وطنية للأدوية خطط للتنفيذ(٤٨). ويعجز المقرر الخاص عن فهم كيف تستطيع أي دولة أن تمتثل لالتزاماتها إزاء الحق في الصحة إن لم تكن لديها سياسة وطنية مناسبة وحديثة للأدوية، وخطة للتنفيذ، وقائمة بالأدوية الأساسية، معدة من خلال عملية تشاركية شاملة. ويحث المقرر الخاص في هذا السياق الدول على إيلاء اهتمام خاص لعمل منظمة الصحة العالمية الذي يستحق الإشادة بشأن إمكانية الحصول على الأدوية، بما في ذلك برنامجها المسمى استراتيجية للأدوية، بلدان في المحور (٢٠٠٤-٢٠٠٧).**

باء – مسؤولية الشركات الصيدلانية

٨٢ – أكد الفرع السابق على المسؤولية الرئيسية للدول تجاه تعزيز إمكانية الحصول على الأدوية. لكنها مسؤولية مشتركة بالطبع. وإذا أريد لإمكانية الحصول على الأدوية أن تتعزز، فلا بد من أن تؤدي أطراف فاعلة كثيرة على الصعيدين الوطني والدولي أدوارا لا غنى عنها. وتسلم الأهداف الإنمائية للألفية بأن الشركات الصيدلانية تدخل في عداد من يشارك في تحمل هذه المسؤولية. ويشمل الهدف ٨، شراكة عالمية من أجل التنمية، عددا من الغايات ليس أقلها: ''التعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية، لإتاحة العقاقير الأساسية بأسعار ميسورة في البلدان النامية''.

٨٣ – وفي العام الماضي، تناولت ورقة السياسات التي أعدتها الحكومة البريطانية مسألة إمكانية الحصول على الأدوية بشيئ من التفصيل: ''تقع مسؤولية تعزيز إمكانية الحصول على الأدوية الضرورية على عاتق المجتمع الدولي بأكمله. ويتوقف إحراز تقدم على أن يعمل الجميع في شراكة من أجل بناء أنظمة صحية في البلدان النامية، وزيادة التمويل، وجعل أسعار الأدوية أيسر من حيث التكلفة، وزيادة كميات الأدوية الجديدة التي يجري تحضيرها لعلاج الأمراض التي تعاني منها البلدان النامية''[٤٩]. وتمضي الورقة لتذكر شيئا هاما هو: ''في هذا السياق يوجد دور خاص بشركات المستحضرات الصيدلانية. إذ باستطاعتها، وهي التي تنتج الأدوية الموجودة الآن وتطور الأدوية الجديدة، أن تحدث تغييرا – وهو ما تفعله فعلا – داخل دائرة نفوذها''. وتمضي الورقة فتذكر شيئا واعدا هو ''إطار للممارسات الجيدة في مجال صناعة المستحضرات الصيدلانية''.

٨٤ – وأوجدت أطراف عديدة لدى المقرر الخاص، منذ تعيينه في عام ٢٠٠٢، انطباعا عن الأهمية البالغة لقطاع المستحضرات الصيدلانية في مجال إعمال الحق في الحصول على أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. وأوضح ما تكون عليه هذه الرسالة هو عندما يكون المقرر الخاص في بعثة إلى بلد من البلدان ذات الدخل المنخفض والدخل المتوسط. وقد انتقدت دول وأطراف أخرى قطاع المستحضرات الصيدلانية لتحديده أسعارا شديدة الارتفاع، ولعدم انتظام عمليات التبرع بالأدوية، وعدم توازن أنشطة البحث والتطوير، والعمل على استقطاب التأييد للالتزامات الإضافية للاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة، والترويج للعقاقير بطرق غير سليمة، والتجارب الإكلينيكية المشوبة بالمشاكل، وغير ذلك من الممارسات الأخرى التي يُرى أنها تعوق إمكانية اضطلاع الدولة بمسؤولياتها المتعلقة بالحق في الصحة[٥٠]. غير أن الدول وبعض الأطراف الأخرى أشادت أيضا بإحراز شيء من التقدم الملموس في السنوات الأخيرة، كاتساع نطاق استخدام التسعيرة المتفاوته،

ومنح العقاقير القابلة للتنبؤ والاستدامة، وتجدد الالتزام بأنشطة البحث والتطوير في مجال الأمراض المهملة[٥١].

٨٥ - وطُلب من المقرر الخاص أن يقوم، في إطار ولايته، ضمن أشياء أخرى، بإقامة حوار منتظم ومناقشات في مجالات التعاون الممكنة مع جميع الأطراف الفاعلة ذات الصلة؛ وتقديم تقارير عن الممارسات الجيدة الأشد نفعاً في مجالات التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، علاوة على العقبات التي تتم مواجهتها على الصعيدين المحلي والدولي عند إعمال هذا الحق؛ وتوفير الدعم لجهود الدول من خلال تقديم التوصيات.

٨٦ - وفي ضوء هذه الولاية، دخل المقرر الخاص، على امتداد السنوات الثلاث الماضية، في مناقشات حول إمكانية الحصول على الأدوية مع أطراف متعددة تشمل شركات المستحضرات الصيدلانية. ونُظم معظم الاجتماعات مع هذه الشركات من خلال مبادرة العولمة الأخلاقية: إعمال الحقوق، بالإضافة إلى تنظيم ندوة عالمية نظمتها مؤسسة نوفارتيس المعنية بالتنمية المستدامة[٥٢]. وكانت هذه المناقشات موضوعية وبناءة. وجرت الاستفادة فيها من أعمال مبادرة الاتفاق العالمي، ومبادرة قادة الأعمال التجارية المعنيين بحقوق الإنسان، ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، والدول، ومنظمة الصحة العالمية وعناصر أخرى من منظومة الأمم المتحدة، وشركات المستحضرات الصيدلانية، ومنظمات المجتمع المدني، وأطراف أخرى. وقد استفادت المناقشات من التجربة الواسعة والكتابات العديدة المتعلقة بمسؤولية الشركات، وهي كتابات نمت بشكل استثنائي خلال السنوات الأخيرة. ونظرت المناقشات أيضا في الممارسات الجيدة والسيئة. ونحت المناقشات إلى تأكيد أن عددا متزايدا من شركات المستحضرات الصيدلانية أصبح مدركا للمساهمة التي يمكن لهذه الشركات تقديمها من أجل تعزيز الحق في الحصول على أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، علاوة على المنافع التي يمكن لهذا النهج أن يحققها لأعمال هذه الشركات.

٨٧ - وقام المقرر الخاص، أثناء هذه المناقشات الواسعة النطاق، بتقديم عرض توضيحي للحق في الحصول على أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، مؤكدا على تجانس مسؤولية الشركات والممارسات الجيدة والحق في الصحة. وعمل المقرر الخاص على شرح الإطار التحليلي للحق في الصحة (على النحو الموجز في الفقرة ٤٥ أعلاه). وبينما تم تصميم هذا الإطار للدول في المقام الأول، فإن تطبيقه قد يساعد على تحديد الأنشطة المتصلة بالسياسات التي تستطيع شركات المستحضرات الصيدلانية تنفيذها - والتي يتعين عليها ذلك - من أجل تعزيز إمكانية الحصول على الأدوية. وحاول المقرر الخاص تصحيح بعض المفاهيم الخاطئة عن الحق في الصحة، كقيامه مثلا بتوضيح أن هذا الحق يمكن تعزيزه وحمايته من خلال رسم

السياسات الجيدة وبدون اللجوء إلى المحاكم. وبينما أشاد المقرر الخاص بمبادرة بعض الشركات بتقديم تقارير خاصة بها عن مسؤولية الشركات، قد لاحظ أنها لم تتطرق إلى آليات المساءلة المستقلة المرتقبة في مجال حقوق الإنسان. (بعض هذه الآليات غير قضائي، كديوان رد المظالم الصحية مثلا).

٨٨ - وبالرغم من أن عددا من شركات المستحضرات الصيدلانية يقدم تقارير عن مواطنة الشركات أو أنشطتها المتعلقة بمسؤولية الشركات، فإن عددا قليلا منها يُشير بصورة محددة، في بياناته المتعلقة بمهام الشركات، إلى حقوق الإنسان بوجه عام أو إلى الحق في الصحة على وجه الخصوص. بل يبدو أن عددا أقل قام بفحص سياساته بعناية من خلال منظور الحق في الحصول على أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. وتعتبر هذه فرصة مُهدرة، نظرا إلى أن جميع شركات المستحضرات الصيدلانية، كبيرها وصغيرها، وسواء كانت تستند إلى البحوث أو تنتج عقاقير جنيسة، أو كان حجمها عالميا أو لم يكن، ستجد أن من الأنفع لها اعتماد نهج يراعي الحقوق في ما تقوم به من أعمال، كما ورد في المخطط الممتاز المدرج في المنشور المشترك بين مبادرة الاتفاق العالمي ومبادرة قادة الأعمال المعنيين بحقوق الإنسان ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان[٥٣].

٨٩ - وقد تعمق في السنوات الأخيرة الفهم العام للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ولكي يتواصل هذا الزخم يتعين الانتقال من المناقشات العامة عن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى النظر في حقوق معينة، فيما يتصل بقطاعات وأطراف فاعلة ومسائل معينة. وهذه هي النقطة التي تم الوصول إليها الآن فيما يتصل بشركات المستحضرات الصيدلانية والحق في الصحة. وتشكل البيانات العامة عن شركات المستحضرات الصيدلانية والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية اليوم، أساسا لا غنى عنه لإجراء دراسة أدق تفصيلا لمسائل محددة تتعلق بالحق في الصحة ناشئة عن قطاع المستحضرات الصيدلانية. وخلاصة القول هي أن الأوان قد حان لمواصلة استكشاف مسؤوليات شركات المستحضرات الصيدلانية فيما يتعلق بالحق في الصحة، تلك المسؤوليات التي اعترفت بها لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بعبارات عامة، في تعليقها العام ١٤، الفقرة ٤٢.

٩٠ - ولهذا السبب شرع المقرر الخاص في عملية إعداد مشروع مبادئ توجيهية للدول وشركات المستحضرات الصيدلانية حول إمكانية الحصول على الأدوية، لتنظر في مسائل محددة، كالتفاوت في الأسعار والتبرعات، وأنشطة البحث والتطوير في مجال الأمراض المهملة، وشركات القطاعين العام والخاص، والترويج للعقاقير، والتجارب الإكلينيكية،

والفساد. وأُعد مشروع هذه المبادئ التوجيهية المصحوبة بمذكرة مفاهيم، مع وضع الإطار التحليلي للحق في الصحة في الاعتبار، وكذلك عدد من الدراسات والتقارير[٥٤]. وكما لاحظ الممثل الخاص للأمين العام المعني بمسألة حقوق الإنسان والشركات عبر الوطنية وغيرها من مؤسسات الأعمال التجارية: ''من الأهمية بمكان تحقيق وضوح مفاهيمي أكبر في ما يتعلق بالمسؤوليات الموكلة إلى كل من الدول والشركات ... وينبغي لنا، إذ نقوم بذلك، أن نضع نصب أعيننا أن الشركات تعاني من قيود تفرضها عليها المعايير القانونية وكذلك القواعد الاجتماعية والاعتبارات الأخلاقية''.

٩١ - واستنادا إلى فهم المقرر الخاص للحق في الحصول على أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، يعتبر مشروع هذه المبادئ التوجيهية متواضعا وبنَّاء وعمليا، ويمثّل مساهمة خاصة بقطاع معين في هذه العملية الصعبة الطويلة الأجل. ومرة أخرى، يوجه المقرر الخاص دعوة حارة إلى جميع الأطراف لتقدم تعليقات عن هذا المشروع[٥٥].

خاتمة

٩٢ - هناك توافق في الآراء على أن مؤسسات الأعمال التجارية، مثلها مثل جميع الأطراف الفاعلة في المجتمع، تتحمل شيئا من المسؤولية القانونية والأخلاقية تجاه حقوق الإنسان. ويحملِّ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، حسب ما جاء في ديباجته، "كل هيئة في المجتمع"، ولا بد أن تشمل أيضا مؤسسات الأعمال التجارية، شيئا من المسؤولية تجاه حقوق الإنسان[٥٦]. ويؤكد الاتفاق العالمي، الذي يشارك فيه أكثر من ٢ ٣٠٠ شركة، أنه يتعين على مؤسسات الأعمال توفير الدعم لحقوق الإنسان الدولية واحترامها وحمايتها[٥٧]. وتطالب المبادئ التوجيهية للمؤسسات المتعددة الجنسيات، التي وضعتها مؤسسة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، مؤسسات الأعمال التجارية بأن "تحترم حقوق الإنسان لأولئك المتأثرين بأنشطتها بما يتفق مع الواجبات والالتزامات الدولية للحكومة المضيفة"[٥٨]. وبينما تعتبر لجنة حقوق الإنسان أن مشروع القواعد المتعلقة بمسؤوليات الشركات عبر الوطنية وغيرها من مؤسسات الأعمال في مجال حقوق الإنسان، التي أعدتها اللجنة الفرعية لتعزيز وحماية حقوق الإنسان، لم يكن لها سند قانوني، فقد وجدت أن هذه القواعد تشمل "عناصر وآراء مفيدة"[٥٩]. واعترفت بعض المحاكم الوطنية بتأثير سياسات شركات المستحضرات الصيدلانية المتعلقة بالأسعار على حقوق الإنسان للمرضى[٦٠]. ومن الأشياء الهامة، أن بعض الشركات أعدت مبادئ توجيهية خاصة بها وبيانات أخرى تؤكد صراحة المسؤوليات التي تتحملها هذه الشركات في مجال حقوق الإنسان[٦١].

٩٣ - وتشمل المسائل الرئيسية اليوم، أولا: توضيح نطاق وفحوى هذه المسؤوليات المتعلقة بحقوق الإنسان، و ثانيا: توضيح ما هو القانوني والأخلاقي منها. ويمثل مشروع المبادئ التوجيهية للمقرر الخاص جهدا متواضعا يركز على المسألة الأولى من هاتين المسألتين، في سياق شركات المستحضرات الصيدلانية على وجه التحديد. أما بالنسبة للمسألة الثانية، فيتمثل رأي المقرر الخاص في أنه لا يمكن تصور ألا تُلقي بعض حقوق الإنسان مسؤوليات قانونية على عاتق مؤسسات الأعمال[٦٢].

رابعا - الاستنتاجات

٩٤ - أصبحت فحوى الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه أكثر وضوحا بفضل أعمال منظمات وأفراد يصعب حصر عددهم. وفي عام ٢٠٠٠، أعدت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إطارا عاما تم فيه تجزئة الحق في الصحة إلى مكونات تشمل الحريات والاستحقاقات؛ والرعاية الصحية وما وراءها من عوامل مؤثرة على الصحة؛ وعدم التمييز؛ والمشاركة؛ والرصد والمساءلة[٦٣]. وطبق المقرر الخاص في كثير من تقاريره، هذا الإطار العام، على نطاق من المسائل الصحية المحددة. وسعى في ذلك إلى تطوير وتبسيط الإطار. وشرع، في هذا التقرير، في تطبيق الإطار على الوفيات النفاسية والأدوية، وهما مسألتان صحيتان مشمولتان في الأهداف الإنمائية للألفية.

٩٥ - وللحق في الصحة عدة مساهمات هامة في مجال مكافحة الوفيات النفاسية وتجاه تعزيز إمكانية الحصول على الأدوية. وهو يضفي وضوحا على تحليل الحالات، فضلا عن مسؤوليات أصحاب المصلحة المختلفين. إذ من شأن السياسات التي تستنير بالحق في الصحة أن تكون أكثر إنصافا واستدامة وفعالية، على الأرجح. وقد اعتُرف بهذه المساهمة بالفعل في سياق بعض السياسات والبرامج المتعلقة بوفيات الأمهات. وفيما يتصل بوضع السياسات المتعلقة بالأدوية، يتعاظم أيضا التقدير للمساهمات الإيجابية التي يمكن تقديمها أن يوضع في الاعتبار الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

٩٦ - يضاف إلى ذلك، أن التجربة تؤكد استمرار أداء أساليب حقوق الإنسان التقليدية، بما فيها "الفضح والتعيير" وإقامة الدعاوى القضائية، دورا لا غنى عنه في إعمال العناصر المختلفة للحق في الصحة، وليس أقلها إمكانية الحصول على الأدوية.

الحواشي

(١) موقع صندوق الأمم المتحدة للسكان، على الشبكة، http://www.unfpa.org/mothers/statistics.htm.

(٢) Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children Millennium Project, Task Force on Child Health and Maternal Health, 2005.

(٣) انظر مثلا، Wirth, M. et al, "Setting the Stage for Equity-sensitive Monitoring of the Maternal and Child Health MDGs," 84(7) WHO Bulletin, July 2006.

(٤) انظر مشروع الألفية، الحاشية ٣.

(٥) Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000, WHO, 2004.

(٦) Wagstaff, A., and Claeson, M., The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges, World Bank, 2004.

(٧) إحصاءات منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، ٢٠٠٣، الواردة في Bernstein, S, Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the MDGs, Millennium Project, 2006.

(٨) انظر: Yamin, A., Maine, D., "Maternal mortality as a human rights issue: measuring compliance with international treaty obligations," 21(3) HRQ 1999.

(٩) التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ٢٠٠٥؛ لا تبخسوا أما ولا طفلا مكانتهما في المجتمع، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥. World Health Report 2005: Making Every Mother and Child Count, WHO, 2005.

(١٠) مثل Cook, R., Dickens, B., et al, Advancing Safe Motherhood Through Human Rights, WHO, 2001; International Policy on Sexual and Reproductive Health and Rights, Swedish International Development Cooperation Agency, 2006; Freedman, L, "Human Rights, Constructive Accountability and Maternal Mortality in the Dominican Republic: A Commentary," 82 International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 2003; Yamin, A, Maine, D., op-cit.

(١١) انظر المادتين ١٠ و ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والمادة ١٤ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

(١٢) انظر لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام ١٤، الفقرتان ١٤ و ٢١، واللجنة المعنية بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التوصية العامة ٢٤، الفقرة ٢٧، والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة ٨-٢٥.

(١٣) Freedman, L., "Achieving the MDGs: health systems as core social institutions", Development, 2005; World Health Report 2005, WHO.

(١٤) انظر مشروع الألفية، المرجع نفسه، الحاشية ٣.

(١٥) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام ١٤، الفقرة ١٢.

(١٦) مشروع الألفية، المرجع نفسه، الحاشية ٣.

(١٧) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام ١٤، الفقرة ١٢.

(١٨) مشروع الألفية، المرجع نفسه، الحاشية ٣.

(١٩) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام ١٤، الفقرة ١٢.

(٢٠) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام ١٤، الفقرة ١٢.

(٢١) المادة ٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

(٢٢) المرجع نفسه.

(٢٣) Maine, D., Safe Motherhood Programs: Options and Issues. Columbia University, 1991.

(٢٤) انظر مشروع الألفية، المرجع نفسه، الحاشية ٣.

(٢٥) قرار الجمعية العامة ٥٥/٢، الفقرة ١٩، إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية.

(٢٦) نظر مثلا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٤) والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة (١٩٩٥)، ومبادرة الأمومة المأمونة التي أنشئت في عام ١٩٨٧، والشراكة من أجل الأمومة المأمونة وصحة المواليد، التي أنشئت في عام ٢٠٠٤.

(٢٧) الوثيقة الختامية لمؤتمر القمة العالمي، ٢٠٠٥، (A/60/1، الفقرة ٥٧)، وللاطلاع على مناقشة كاملة لقضايا الصحة الجنسية والإنجابية والأهداف الإنمائية للألفية، انظر Bernstein, S, op.cit, at note 8.

(٢٨) Freedman, L,. "Human rights, constructive accountability and maternal mortality in the dominican republic: a commentary." 82 International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2003.

(٢٩) بدأت بعض منظمات حقوق الإنسان تولي مزيدا من الاهتمام لمشكلة الوفيات النفاسية، ومن الأمثلة على منشوراتها ما يلي: Maternal mortality in Herat province, Afghanistan: the need to protect women's rights, Physicians for Human Rights, 2002; Perú: Mujeres pobres y excluidas: le negación del derecho a la salud materno-infantil, Amnesty International, 2006.

(٣٠) استراتيجية الأدوية، منظمة الصحة العالمية: بلدان في الصميم، ٢٠٠٤-٢٠٠٧، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٤. يتلقى أقل من ربع جميع مرضى الإيدز في أفريقيا، وأقل من عُشر الأطفال المصابين بالإيدز، ما يحتاجونه من الأدوية المضادة للفيروسات التراجعية المنقذة للحياة، وذلك حسب إحصاءات منظمة الصحة العالمية التي قُدمت في المؤتمر الدولي السادس عشر للإيدز، تورنتو، ٢٠٠٦.

(٣١) تستند بعض أجزاء هذا الفصل إلى Montreal Statement on the Human Right to Essential Medicines (2005)، انظر Marks S. (ed.) Health and Human Rights: Basic International Documents, 2006.

(٣٢) زيادة إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية في بلدان العالم النامي، إدارة التنمية الدولية، ٢٠٠٤.

(٣٣) حالة الأدوية في العالم، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٤.

(٣٤) الأهداف الإنمائية للألفية، الغاية ١٧ من الهدف ١.

(٣٥) انظر الفقرتين (ج) و (د) من المادة ١٢ (٢) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

(٣٦) للحصول على ملخص ممتاز لفقه القضاء الوطني ذي الصلة، انظر Hogerzell, H. et al., "Is access to essential medicines as part of the fulfillment of the rright to health enforceable through the courts?," Lancet, 2006.

انظر أيضا قرارات اللجنة ٢٣/٢٠٠٥، و ٢٦/٢٠٠٤، و ٢٩/٢٠٠٣.

(٣٧) يمكن إرسال التعليقات إلى Health Unit, Human Rights Centre, University of Essex، بالموقع rthu@essex.ac.uk.

(٣٨) انظر العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ١٢.

(٣٩) بالنسبة لمشكلة الحق في الصحة هذه، في سياق الأمراض المهملة في أوغندا، انظر تقرير المقرر الخاص E/CN.4/2006/48/Add.2 ، وبصفة خاصة من الفقرة ٦٢.

(٤٠) العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ٣، الفقرة ١٠.

(٤١) العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرتان ٤٣ -٤٤.

(٤٢) العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرتان ١٢(١) و ٤٣ (٤).

(٤٣) العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرات ٣٤-٣٧.

(٤٤) مثلا، انظر تقريري المقرر الخاص عن منظمة التجارة العالمية (E/CN.4/2004/49/Add.1 من الفقرة ٦٦) وعن بيرو (E/CN.4/2005/51/Add.3 من الفقرة ٤٧).

(٤٥) استراتيجية الأدوية، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٤-٢٠٠٧، الفصل ٤.

(٤٦) *Global Corruption Report*, Transparency International, 2006.

(٤٧) هـ. هوغرزايل، ''الأدوية الضرورية وحقوق الإنسان''، نشرة منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦.

(٤٨) حالة الأدوية في العالم، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٤.

(٤٩) *Increasing people's access to essential medicines in developing countries*, DFID, 2005.

(٥٠) Some of this information has been provided while on mission and confirmed in, for example, Interim Report of Task Force 5 Working Group on Access to Essential Medicines, Millennium Project, 2004, and Cullet, P., "Patents and medicines: the relationship between TRIPS and the human right to health", *International Affairs*, 2003.

(٥١) On the latter, see Moran, M. and others, "The new landscape of neglected disease drug development", The Welcome Trust, 2005.

(٥٢) The right to health: a duty for whom?: International symposium report, Novartis Foundation for Sustainable Development, 2004.

(٥٣) See "A guide for integrating human rights into business management" available at http://www.blihr.org/.

(٥٤) E.g. *Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights*, CIPIH, 2006; *Increasing people's access to essential medicines in developing countries*, DFID, 2005; Leisinger, K., "On Corporate Responsibility and Human Rights", 2006; *Branding the Cure*, Consumers International, 2006.

(٥٥) يمكن الحصول على المشروع من العنوان الإلكتروني http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/rapporteur.shtm ويمكن إرسال التعليقات إلى العنوان الإلكتروني rthu@essex.ac.uk.

(٥٦) Robinson, M., "The business case for human rights" in Visions of Ethical Business, *Financial Times Management* (London, Financial Times Professional, 1998); de Mello, S.V., "Human rights: what role for business?" 2(1) *New Academy Review* (2003).

(٥٧) للحصول على المزيد من المعلومات عن مبادرة الاتفاق العالمي، انظر http://www.unglobalcompact.org/.

(٥٨) المبادئ التوجيهية لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي التي وضعتها للمؤسسات المتعددة الجنسيات، ٢٠٠٠.

(٥٩) القواعد المتعلقة بمسؤوليات الشركات عبر الوطنية وغيرها من مؤسسات الأعمال في مجال حقوق الإنسان (E/CN.4/Sup.2/2003/12/Rev.2) (٢٠٠٣).

(٦٠) *AIDS Access Foundation and others v. Bristol-Myers Squibb and others*, 2002 (10) BC Tor Por 34/2544.

(٦١) "Novartis Corporate Citizenship Guideline 4 (Human Rights)", available at www.novartisfoundation.com.

(٦٢) تتسق وجهة النظر هذه مع التقرير المؤقت للممثل الخاص للأمين العام المعني بمسألة حقوق الإنسان والشركات عبر الوطنية وغيرها من مؤسسات الأعمال التجارية، انظر مثلا E/CN.4/2006/97، الفقرة ٦١، الجملة الأخيرة. انظر بشكل عام أ. كلافام، التزامات حقوق الإنسان للأطراف الفاعلة من غير الدول، ٢٠٠٦.

(٦٣) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام ١٤.