الأمم المتحدة

A/68/297

الجمعية العامة

Distr.: General
9 August 2013
Arabic
Original: English

الدورة الثامنة والستون

البند ٦٩ (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 من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه

مذكرة من الأمين العام

يتشرف الأمين العام بأن يحيل طيه إلى الجمعية العامة التقرير الذي أعده أناند غروفر، المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه، والمقدم وفقا لقراري مجلس حقوق الإنسان ٢٩/٦، و ٢٢/١٥.

* A/68/150.

110913 110913 13-42295 (A)

الرجاء إعادة استعمال الورق

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

موجز

يتناول المقرر الخاص في هذا التقرير التزامات الدول والجهات الفاعلة من غير الدول فيما يتعلق بالحق في الصحة الواجب للأشخاص المتضررين من حالات النزاع و/أو المشاركين فيها. ويتجاوز نطاق التقرير النزاعات المسلحة ويشمل الاضطرابات والاحتجاجات وأعمال الشغب والاضطرابات والقلاقل المدنية، والأراضي المحتلة والأراضي التي يكون فيها وجود عسكري دائم. ويمكن أن يدوم أثر النزاع على حق السكان المتضررين في الصحة لفترة طويلة بعد توقف الأعمال العدائية النشطة. وعلى مدار النزاع، يكون من الضروري إذن أن تكفل الدول الإعمال الكامل للحق في الصحة للسكان المتضررين من النزاع و/أو المشاركين فيه.

وفي هذا السياق، يتطرق المقرر الخاص إلى مدى توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها ومقبوليتها أثناء النزاع وبعده. ويبين التزامات الدولة والالتزامات الدولية للكيانات من غير الدولة الرئيسية ومسؤوليات الجماعات المسلحة غير التابعة للدولة. ويركز التقرير أيضا على الفئات الضعيفة، التي يمكن أن تواجه تحديات أكبر في التمتع بحقها في الرعاية الصحية نتيجة للنزاع، ويتناول ضرورة المساءلة عن انتهاكات الحق في الصحة ووسائل الانتصاف عند حدوثها.

ويختتم المقرر الخاص تقريره بالتشديد على أهمية المشاركة الفعالة للمجتمعات المحلية المتضررة وتقديم مجموعة من التوصيات بشأن اتخاذ خطوات ملموسة ومستمرة نحو الإعمال الكامل للحق في الصحة للأشخاص المتضررين من حالات النزاع.

أولا – مقدمة

١ – تفرض التراعات تحديات هائلة على إعمال الحق في الصحة. ففي الوقت الراهن، يعيش نحو ١,٥ بليون شخص في مناطق متضررة من التراعات أو دول هشة، تزيد مستويات وفيات الأطفال وسوء التغذية فيها بمقدار الضعف على مستوياتها في البلدان غير المتضررة من نزاعات، وتزيد فيها مستويات الفقر بنسبة ٢١ في المائة، وهي أبعد ما تكون عن تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية[(١)]. ويؤثر التراع على الصحة، ليس من خلال العنف المباشر فحسب، وإنما أيضا من خلال انهيار الهياكل الاجتماعية والنظم الصحية، وعدم توافر المقومات الأساسية للصحة. ويؤدي ذلك إلى انتشار واسع لأمراض يمكن الوقاية منها وعلاجها بما في ذلك الملاريا والإسهال والالتهاب الرئوي، وسوء التغذية[(٢)]. وغالبا ما تظل هذه الآثار على الصحة قائمة لفترة طويلة بعد انتهاء الأعمال العدائية الفعلية، وتؤثر سلبا على مؤشرات الصحة لسنوات بعد ذلك[(٣)]. لذلك لا بد من معالجة الحق في الصحة في حالات التراعات وما بعد التراعات حتى يتسنى إعماله للجميع.

٢ – وتتخذ التراعات المعاصرة أشكالا شتى، منها الاضطرابات والاحتجاجات وأعمال الشغب والاضطرابات والقلاقل المدنية، إضافة إلى التراعات المسلحة التي يتناولها القانون الإنساني الدولي. وتشمل هذه الأشكال أيضا الأراضي المحتلة والأراضي التي يكون فيها وجود عسكري دائم والتي يمكن أن يتضرر سكانها من التراع لسنوات كثيرة على الرغم من عدم وجود أعمال عدائية فعلية. ويحدد التقرير التزامات الدول فيما يتعلق بالحق في الصحة في جميع حالات التراع هذه. أما الحالات التي لا تستوفي معايير التراع المسلح أو الاحتلال، فإنها محكومة حصرا بقانون حقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في الصحة. إلا أن التراع المسلح تحكمه نصوص القانون الإنساني الدولي وكذلك قانون حقوق الإنسان.

---

(١) البنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم لعام ٢٠١١: التراع والأمن والتنمية (واشنطن العاصمة، ٢٠١١)، الصفحتان ٢ و ٥.

(٢) لجنة الإنقاذ الدولية، *Mortality in the Democratic Republic of Congo* (نيويورك، ٢٠٠٧)، الصفحة ٢. ويمكن الاطلاع على هذا التقرير في الموقع الشبكي www.rescue.org/sites/default/files/migrated/resources/2007/2006-7_congomortalitysurvey.pdf.

(٣) المرجع نفسه؛ البنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم لعام ٢٠١١، الصفحة ٢.

٣ - وينقسم النزاع المسلح إلى نزاع مسلح دولي، يتم فيه ”اللجوء إلى القوة المسلحة بين الدول“[٤]، ونزاع مسلح غير دولي يتسم بحالة من ”العنف المطول“ هناك على الأقل جماعة مسلحة منظمة واحدة غير تابعة للدولة[٥] لها ضلع فيها. وفي كلتا الحالتين، يحدد القانون الإنساني الدولي قواعد السلوك للدول والجماعات المسلحة المنظمة غير التابعة للدول التي تشكل أطراف النزاع. وتحكم هذه القواعد ظروفا من قبيل تنفيذ الأعمال العدائية، ومعاملة السجناء، وضمانات الحقوق الأساسية، مثل إمكانية اللجوء إلى القضاء ومعاملة المدنيين والممتلكات المدنية.

٤ - ويظل قانون حقوق الإنسان يسري على الحالات التي يحكمها القانون الإنساني الدولي. وقد أكدت ذلك محكمة العدل الدولية[٦]، وهيئات معاهدات حقوق الإنسان[٧]، والهيئات الإقليمية مثل المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان[٨] والمحاكم المحلية[٩]. وقد أدان أيضا كل من الجمعية العامة في قرارها ٥٧/٢٥٨، ومجلس الأمن في قراره ١١٨١ (١٩٩٨)، انتهاكات حقوق الإنسان في النزاعات المسلحة.

٥ - ويؤدي التطبيق المتزامن لكلتا المجموعتين من القوانين في النزاع المسلح إلى تعزيز حقوق الجماعات السكانية المتضررة. وإضافة إلى ذلك، يكفل قانون حقوق الإنسان حماية الجماعات السكانية المتضررة حيثما يكون تطبيق القانون الإنساني الدولي محل خلاف. ويفيد

---

(٤) المدعي العام ضد دوشكو تاديتش، قرار بشأن الالتماس المقدم من الدفاع والمتعلق بطعن تمهيدي في الاختصاص، القضية رقم IT-94-1-A,ICTY، المحكمة الجنائية الدولية ليوغوسلافيا السابقة، ٢ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٥، الفقرة ٧٠.

(٥) لجنة الصليب الأحمر الدولية، ”How is the term “armed conflict” defined in international humanitarian law?“، Opinion Paper (جنيف، ٢٠٠٨). ويمكن الاطلاع على هذه الدراسة في الموقع الشبكي www.icrc.org/eng/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict.pdf.

(٦) فتوى محكمة العدل الدولية بشأن الآثار القانونية الناشئة عن تشييد جدار في الأرض الفلسطينية المحتلة، تقارير محكمة العدل الدولية، ٢٠٠٤، الصفحة ١٣٦، (قضية الجدار)، الفقرة ١١٢؛ القضية المتعلقة بالأنشطة المسلحة على أراضي الكونغو (جمهورية الكونغو الديمقراطية ضد أوغندا)، تقارير محكمة العدل الدولية، ٢٠٠٥، الفقرة ٢١٦.

(٧) انظر قضية سيرجيو أوبين لوبيز بورغوس (*Sergio Euben Lopez Burgos*) ضد أوروغواي، رسالة رقم R.12/52, A/36/40، المرفق التاسع عشر؛ الفقرة ١٧٦؛ الملاحظات الختامية للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: إسرائيل، (E/C.12/1/Add.69)، الفقرة ١٩.

(٨) المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، قضية لويزيدو ضد تركيا، الدعوى رقم ٨٩/١٥٣١٨، الحكم، ٢٨ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٦، الفقرة ٤٤.

(٩) قضية اللجنة العامة لمناهضة التعذيب في إسرائيل وآخرون ضد حكومة إسرائيل وآخرين، محكمة العدل العليا في إسرائيل، القضية رقم ٠٢/٧٦٩، ١٤ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٦، الفقرة ١٨.

التطبيق المتزامن أيضا في المواقف التي تتعلق بصورة مباشرة بالحق في الصحة، مثل آثار انعدام الأمن بشكل عام على الصحة ومقوماتها الأساسية التي يمكن ألا يتناولها القانون الإنساني الدولي بالقدر الكافي. ويتضمن قانون حقوق الإنسان أيضا التزامات أكثر تحديدا تتعلق بتوافر الخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها ومقبوليتها وجودتها بصورة أكثر مما يتضمنه القانون الإنساني الدولي.

٦ - ويشترك كلٌ من القانون الإنساني الدولي وقانون حقوق الإنسان في هدف واحد هو حماية جميع الأشخاص، ويرتكز كل من القانونين على مبادئ احترام حياة الإنسان ورفاهه وكرامته الإنسانية[١٠]. ويوفر القانونان الحماية على نحو يكون فيه أحدهما مكملا للآخر ومعززا له[١١]. ومن شأن تطبيق قانون حقوق الإنسان على النزاع أن يضمن توفير قدر أكبر من الحماية للسكان المدنيين وقدر إضافي من آليات المساءلة للدول ووسائل الانتصاف للسكان المتضررين.

ثانيا - الإطار المفاهيمي

٧ - يرد الحق في الصحة في القانون الدولي في جملة أحكام منها المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ويرد إطار الحق في الصحة في التعليق العام رقم ١٤ للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الذي يفسر الحق في الصحة ويلزم الدول باحترامه وحمايته وإعماله لجميع الأشخاص، بمن فيهم المتضررون من النزاعات و/أو المشاركون فيها.

٨ - ويتضمن إطار الحق في الصحة طائفة من الجوانب الاجتماعية والاقتصادية، تسمى مقومات أساسية، مثل الطعام المغذي، والمياه الصالحة للشرب، والإسكان، ووجود نظام صحي فعّال، وحالات العنف والنزاع. وتكون للنزاع آثار سلبية على المقومات الأساسية الأخرى، نظرا لأنه يمكن أن يسفر عن انهيار في النظم والهياكل الأساسية، بما في ذلك النظم الصحية. ويمكن أن تسفر النزاعات أيضا عن تدهور ظروف الصحة العامة بسبب الإصابات البدنية واعتلال الصحة العقلية وزيادة سوء التغذية، لا سيما لدى الأطفال، وتفشي الأمراض المعدية[١٢].

---

(١٠) مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، الحماية القانونية الدولية لحقوق الإنسان في النزاع المسلح (نيويورك وجنيف، ٢٠١١)، الصفحة ٧.

(١١) المرجع نفسه، الصفحة ١.

(١٢) منظمة الصحة العالمية، "Briefing Note on the Potential Impact of Conflict in Iraq"، آذار/مارس ٢٠٠٣ (جنيف، ٢٠٠٣)، الصفحة ١.

ألف – الحق في إطار الصحة في أوقات النزاع، بما في ذلك النزاع المسلح

٩ – يقع على الدول التزام استخدام الحد الأقصى من الموارد المتاحة لإعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك الحق في الصحة. وأحد جوانب هذا الالتزام هو أن الحق في الصحة قابل للإعمال بطريقة تدريجية. ولكن نتيجةً لتدمير الموارد أو تحويلها لتلبية الاحتياجات العسكرية أو احتياجات الشرطة، غالبا ما تؤدي النزاعات إلى الحد من توافر الموارد، وهو ما يمكن أن يؤدي في بعض الحالات إلى الإضرار بالحق في الصحة[١٣]. وحتى في الحالات التي تتوافر فيها الموارد، يمكن أن تكون الدول غير قادرة على الاستفادة منها بسبب انعدام الأمن وضعف الهياكل الأساسية في كثير من بيئات النزاع.

١٠ – ومع ذلك، فإن الإعمال التدريجي لهذا الحق هو التزام محدد ومستمر على الدولة. وهو لا يخفف بعض الالتزامات الفورية الواقعة على الدول، بما في ذلك اتخاذ خطوات ملموسة في سبيل الإعمال الكامل للحق في الصحة للجميع، دون تمييز، وبغض النظر عن حالة الأشخاص كمقاتلين أو مدنيين.

١١ – وعلاوة على ذلك، فإن إطار الحق في الصحة يفرض على الدول التزامات أساسية معينة، هي المستويات الأساسية الدنيا من الحق في الصحة، التي لا يمكن تبرير عدم الامتثال لها حتى في الأوقات التي توجد فيها قيودٌ على الموارد، نظرا لأنها التزامات لا يمكن التنصل منها. وتشمل هذه الالتزامات في جملة أمور التزام الدول بكفالة العدالة في توزيع المرافق والسلع والخدمات الصحية وإتاحتها على أساس غير تمييزي، وخصوصا للجماعات الضعيفة أو المهمشة؛ والالتزام بتوفير الأدوية اللازمة؛ والالتزام بوضع خطة أو سياسة صحية وطنية بطريقة شفافة وتشاركية، تراعى فيها الاحتياجات الخاصة للجماعات السكانية الضعيفة. ومن ثم، فحتى إذا أسفرت النزاعات عن قيود على الموارد، تكون الدول ملزمة بكفالة توفير وإتاحة ومقبولية المرافق والسلع والخدمات الصحية الجيدة، ولا سيما للجماعات التي أصبحت في وضع ضعيف نتيجة للنزاع.

١٢ – ومن الأوجه البالغة الأهمية لإطار الحق في الصحة المشاركة الفعالة للأشخاص المتضررين والمجتمعات المحلية المتضررة، ولا سيما الفئات الضعيفة. وينبغي كفالة المشاركة الفعالة في جميع مراحل صياغة وتنفيذ ورصد القرارات التي تؤثر على إعمال الحق في الصحة

---

(١٣) Solomon R. Benatar, “Global Disparities in Health and Human Rights: A Critical Commentary”, *American Journal of Public Health*, vol.88, no.2 (February 1998) p.296؛ و Barry S. Levy and Victor W. Sidel, “The Health Consequences of the Diversion of Resources to War and Preparation for War”, *Social Medicine* vol.4, no.3, (September 2009) p.133.

والتمتع به في أوقات النزاع. ومع ذلك، ينبغي ألا تقتصر السياسات التي تصاغ على هذا النحو على آراء الأغلبية وينبغي أن تأخذ في الاعتبار احتياجات وآراء الأقلية داخل الجماعة المشاركة. فالمشاركة في عمليات صنع القرار تمكِّن المجتمعات المتضررة وتضمن مسؤوليتها عن القرارات والموارد، وهو ما يؤدي إلى قيام نظم مستدامة وربما تسوية النزاعات. وتكفل مشاركة الجماعات السكانية المتضررة وجود قوانين وسياسات مستجيبة وفعالة بمراعاة احتياجات الناس. وهذا الأمر مهم خاصة في حالات النزاع المطول، وحالات ما بعد النزاع، وفي المناطق التي يكون فيها وجود عسكري دائم وفي المناطق الخاضعة للاحتلال. ولا يمكن كفالة المشاركة المستنيرة للجماعات السكانية المتضررة إلا عندما تكون لهذه الجماعات القدرة على التماس ونشر المعلومات التي تؤثر على صحتها.

باء – التزامات الدول

١٣ – وكما في الأوقات الأخرى، يقع على الدول في حالة النزاع التزام باحترام الحق في الصحة وحماية هذا الحق وإعماله. ويشمل ذلك الحالات التي تحتل فيها دول أراض أجنبية أو تمارس بأي طريقة أخرى سيطرة فعلية عليها، وتكون جميع الالتزامات بموجب الحق في الصحة سارية في هذه الأراضي[١٤]. وتقع أيضا على الدول التزامات أخرى تتعلق بحقوق الإنسان، تشمل على سبيل المثال لا الحصر الحق في الحياة والالتزام بالامتناع عن التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.

١٤ – ويقتضي الالتزام باحترام الحق في الصحة عدم تدخل الدول في تمتع الأشخاص بهذا الحق وذلك بالامتناع عن الممارسات التمييزية. وينبغي ألا تقوم الدول بوضع سياسات أو التصرف بطرق تنشئ حواجز أمام تمتع الأشخاص بالحق في الصحة، مثل إعاقة الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية بوجه عام أو عرقلة وصول المنتمين لجماعات مكروهة إليها.

١٥ – ويتطلب الالتزام بحماية الحق في الصحة قيام الدول بمنع الأطراف الثالثة من التدخل. وينبغي أن تكفل الدول عدم قيام الأطراف الثالثة، مثل الأخصائيين الصحيين، بانتهاك الحق في الصحة بتوفير الرعاية الصحية بطريقة تمييزية. ويمكن أن تواجه الدول التي تعيش نزاعات تحديات فريدة فيما يتعلق بهذا الالتزام بسبب وجود جماعات مسلحة تعمل خارج سيطرة الدولة. وفي تلك الحالات، ينبغي أن تتخذ الدول خطوات ملموسة لتوفير الحماية للعاملين في مجال الرعاية الصحية والأفراد الذين يلتمسون خدمات الرعاية الصحية. وينبغي أيضا أن تضع

(١٤) الآثار القانونية الناشئة عن تشييد جدار، الفقرة ١١٢.

الدول سياسات بشأن التعامل مع أطراف ثالثة، مثل الجماعات المسلحة غير التابعة للدول، بشأن مسؤوليتها المنصوص عليها في قانون حقوق الإنسان أو القانون الإنساني الدولي، مثل التزام الدول بإتاحة المرافق والسلع والخدمات الصحية ومسؤولية الجماعات المسلحة غير التابعة للدول أن تمتنع عن الحيلولة دون تقديم الرعاية الصحية.

١٦ - ويمكن أيضا أن يكون الالتزام بإعمال الحق في الصحة عن طريق تيسير وتوفير وتشجيع الظروف التي تفضي إلى التمتع به صعبا في النزاعات نتيجة لوجود قيود على الموارد أو لأسباب أمنية. إلا أنه ينبغي للدول أن توفر الحدود الأساسية والدنيا من المرافق والسلع والخدمات الصحية. وعلى سبيل المثال، يمكن أن تلزم الدول بإعمال الحق في الصحة بتوفير سيارات الإسعاف خلال الاحتجاجات أو أعمال الشغب. ويمكن أن تقوم الدول أيضا بإعمال الحق في الصحة بالدخول في اتفاقات لوقف إطلاق النار مع الجماعات المسلحة غير التابعة للدول لضمان تقديم خدمات صحية مثل برامج التحصين والتطعيم. ويمكن أن توفر الدول معلومات بشأن الطب التقليدي وتدعم استخدامه من قبل المجتمعات المحلية التي يمكن أن تكون غير قادرة على الحصول على الرعاية في المستشفيات بسبب النزاع. وفي الحالات التي تتوافر فيها للدول قدرات خاصة بها، ينبغي لها أن تطلب المساعدة من غيرها من الدول ومنظمات المجتمع المدني والعمل الإنساني، خاصة للوفاء بالتزاماتها الأساسية. وينبغي ألا تعوق الدول عمل المنظمات الإنسانية وممارسي الطب التقليدي والمجتمعي عن توفير خدمات الرعاية الصحية.

ثالثا - توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية، وسهولة الوصول إليها ومقبوليتها وجودتها

١٧ - يعد توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية وسهولة الوصول إليها ومقبوليتها وجودتها أمورا بالغة الأهمية في أوقات النزاع. ويعد وجود نظام صحي فعال بما في ذلك توافر العاملين في مجال الرعاية الصحية أمرا حيويا للتمتع بالحق في الصحة للأشخاص المتضررين من النزاع و/أو المشاركين فيه.

ألف - عدم التمييز والحياد الطبي

١٨ - يُلزم إطار الحق في الصحة الدول، ولا سيما العاملون في مجال الرعاية الصحية العامة، بضمان الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية، دون تمييز. ويشكل رفض علاج الأشخاص الذين يصابون في النزاع أو تقديم معاملة تفضيلية للأشخاص الذين لهم نفس الولاء انتهاكا مباشرا للحق في الصحة.

١٩ - وعلاوة على ذلك، تتطلب المقبولية أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية متماشية مع أخلاقيات مهنة الطب. ويشمل هذا أن يقوم العاملون في مجال الرعاية الصحية بتوفير الرعاية والخدمات على نحو متسم بالحيادية للأشخاص المتضررين من النزاعات[١٥]. وهم مكلفون أيضا بموجب القانون الإنساني الدولي[١٦] بالحيادية الطبية في علاج الجرحى. ولذلك، فإن على العاملين في مجال الرعاية الصحية التزامات فيما يخص توفير الخدمات الصحية للسكان المتضررين و/أو المشاركين في النزاع.

٢٠ - ويتطلب إطار الحق في الصحة السماح للسجناء والمحتجزين بفرص متساوية في الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية. ويتطلب القانون الإنساني الدولي أيضا أن يُعامَل الأسرى والمعتقلون معاملة إنسانية مع توفير حصولهم على الرعاية الطبية[١٧]. ولكن في العديد من حالات النزاع، يُمنع السجناء والمحتجزون من الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية. وهذا يتعارض مع سبل الحماية غير التمييزية التي يجب توفيرها لهم بموجب إطار الحق في الصحة[١٨].

باء - العوائق القانونية

٢١ - قد تسن الدول قوانين تفرض على العاملين في مجال الرعاية الصحية واجب الإبلاغ عن الأشخاص الذين قد يكونون ارتكبوا جريمة. وسنت بعض الدول قوانين وسياسات تقيد أو تحرم توفير الرعاية الطبية للأشخاص المعارضين للدولة، مثل المتظاهرين السياسيين[١٩] والجماعات المسلحة من غير الدول. والقوانين التي تحرم الدعم للإرهابيين أو غيرهم ممن يعارضون الدولة يمكن أن تطبق، بشكل غير ملائم على توفير الرعاية الطبية. ونتيجة لذلك، جرى القبض على أطباء وعاملين آخرين في مجال الرعاية الصحية، واتهموا وحكم عليهم

---

(١٥) World Medical Association, *Regulations in Times of Armed Conflict* and Other Situations of Violence, paras. 1-3.

(١٦) ICRC, *Health Care in Danger: The Responsibilities of Health-Care Personnel Working in Armed Conflicts and Other Emergencies* (Geneva, 2013), p.35.

(١٧) انظر المادة المشتركة ٣، اتفاقيات جنيف لعام ١٩٤٩ لحماية ضحايا الحرب والبروتوكول الإضافي الثاني الملحق بها.

(١٨) OHCHR, *United Nations Assistance Mission in Afghanistan: Treatment of Conflict-Related Detainees in Afghan Custody* (Geneva, October 2011), p.3.

(١٩) Physicians for Human Rights (PHR), *Under the Gun: Ongoing Assaults on Bahrain's Health System,* (Cambridge, Massachusetts and Washington, D.C., 2012), p.5.

بالسجن بسبب تصرفهم ضمن واجبهم المهني المتمثل في ضمان الحيادية الطبية[٢٠]. وقد تثني تلك القوانين العاملين في مجال الرعاية الصحية عن تقديم الخدمات في حالات النزاع بسبب الخوف من الملاحقة القضائية، وبالتالي تخلق تأثيرا سلبيا على مقدمي الرعاية الصحية.

٢٢ - كما أن خوف المرضى من التعرض للإبلاغ عنهم إلى وكالات إنفاذ القانون يمنع وصولهم إلى المرافق والخدمات الصحية. وينطبق هذا بشكل خاص على الأشخاص الذين يصابون نتيجة المشاركة المباشرة في النزاع. ومع ذلك، فإن للتجريم أيضا تأثيرا سلبيا على الأشخاص الذين لا يشاركون في النزاع، والذين قد يتجنبون التماس الخدمات الصحية لأنهم يخشون أن يُشتبه في تورطهم في النزاع.

جيم - العوائق المادية

٢٣ - يعد توافر المستشفيات والعيادات العاملة وسهولة الوصول إليها أمرا أساسيا في التمتع بالحق في الصحة. والدول ملزمة بضمان أن لا تتعرض المرافق الصحية لضرر نتيجة للنزاع. ومع ذلك، يفرض عدد من الحواجز المادية في أوقات النزاع، مما يؤثر بشدة على الوصول إلى المرافق والخدمات الصحية. وتتسبب العقبات مثل الطرق الالتفافية القسرية، والإيقاف التعسفي عند نقاط التفتيش[٢١]، وفرض تصاريح السفر[٢٢]، واستجواب المرضى في تدهور أحوالهم الصحية. كما أن التدابير الأخرى مثل الحصار (S/2012/376، الفقرة ١١) وحظر التجول الطويل أو غير المحدد وحواجز الطرق تقيد أيضا حركة الأشخاص والنقل، وبالتالي تؤثر سلبا على الوصول إلى الخدمات الرعاية الصحية الأساسية في المناطق المتضررة من النزاع وتقديم تلك الخدمات[٢٣]. وقد منعت بعض الدول أيضا الجماعات المدنية من

(٢٠) المرجع نفسه، الصفحة ٤.

(٢١) A. Rytter and others, "Effects of Armed Conflict on Access to Emergency Health Care in Palestinian West Bank: Systematic Collection of Data in Emergency Departments", *British Medical Journal*, vol. 332, No. 7550 (13 May 2006), p.1123.

(٢٢) WHO , *Right to Health: Barriers to Health Access in Palestine Territory, 2011 and 2012*Special Report (Geneva, 2013), pp.11-12.

(٢٣) "Nepal: Reproductive Health and Conflict", Integrated Regional Information Network, Humanitarian News and Analysis (26 April 2006). Available from http://www.irinnews.org/report/34255/nepal-reproductive-health-and-the-conflict.

الوصول إلى المواد الطبية، وخاصة الأدوية والمستلزمات المنقذة للحياة، وذلك عن طريق عرقلة الإمدادات الطبية أو تقييدها أو الحد منها أو تحويلها إلى أماكن أخرى[٢٤].

٢٤ - وحيث يكون تقييد الحق في الصحة أمرا لازما، ينبغي للدول اعتماد البديل الأقل تقييدا. وينبغي أن تكفل الدول أن يكون الهدف من هذه الحواجز مشروعا، وأن تكون القيود متناسبة مع تحقيق الهدف. على سبيل المثال، ينبغي أن تكفل الدول أن تكون القيود المفروضة على حركة الناس في مناطق النزاع مشروعة وضرورية، وأن تتيح استثناءات للوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية يمكن ممارستها بأدنى قدر من التأخير. وينبغي للدول أيضا أن تتخذ خطوات للسماح بمرور الأفراد المحتاجين إلى الخدمات الصحية في المناطق غير الآمنة.

٢٥ - والأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية مستمرة لديهم احتياجات صحية خاصة، إذا لم تتم تلبيتها قد تزيد عدد الوفيات الممكن تفاديها أثناء النزاع. فعلى سبيل المثال، يجعل انقطاع العلاج وعدم توافره الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والسل والسرطان أكثر عرضة لاعتلال الصحة. ويمكن أن يكون عدم توافر الأدوية والخدمات النفسية والاجتماعية ضارا أيضا وخاصة لمرضى الصحة النفسية، الذين قد يحتاج بعضهم إلى العلاج المستمر[٢٥].

دال - الهجمات على المرافق الصحية والعاملين في الرعاية الصحية

٢٦ - إن تدمير الدول للبنية الأساسية للصحة، أو عدم حمايتها من هذا التدمير من قبل أطراف ثالثة، يعرقل توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية الجيدة وإمكانية الوصول إليها. ويشكل الاستهداف المتعمد للمرافق الصحية أيضا انتهاكا لمبدأ التمييز بموجب القانون الإنساني الدولي، الذي يلزم أطراف النزاع بالامتناع عن مهاجمة العاملين والوحدات والمواد ووسائل النقل الطبية، ما لم يتم استخدامها لارتكاب أعمال عدائية خارج مهامها الطبية والإنسانية. والأفعال التي لا تنطوي على استهداف محدد للمرافق الصحية قد تشكل أيضا انتهاكا للحق في الصحة، حيث تزيد الأعمال من خطر الأضرار التي تلحق بالمرفق أو تعوق وصول المرضى إليه، مثل وضع مواقع عسكرية أو أسلحة في المنطقة المجاورة لعيادة.

---

(٢٤) تقرير فريق الاستعراض الداخلي التابع للأمين العام حول إجراءات الأمم المتحدة بشأن سري لانكا، (تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢)، الصفحة ١٨.

(٢٥) Bayard Roberts and others, "Post-Conflict Mental Health Needs: A Cross-Sectional Survey of Trauma, Depression and Associated Factors in Juba, Southern Sudan", *BMC Psychiatry*, Vol.9, No.7 (2009), pp.7-8. Available from http:// www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-9-7.pdf.

٢٧ - ويعد العاملون في مجال الرعاية الصحية ضروريين لضمان توافر خدمات الرعاية الصحية. ولذلك فإن على الدول التزاما مباشرا ومستمرا بتوفير الحماية الكافية للعاملين في الرعاية الصحية والمنظمات الإنسانية خلال فترات التراع.

٢٨ - وتستخدم الهجمات على العاملين في مجال الرعاية الصحية بما في ذلك الاعتداءات والترهيب والتهديد والخطف، والقتل، وكذلك الاعتقالات والملاحقات القضائية، على نحو متزايد كاستراتيجية في حالات التراع[٢٦]. وقد شهدت المناطق المتضررة من التراع اضطرابا في سلاسل التوريد، ونهبا للمرافق الصحية، ومطالبة بالمعلومات السرية حول المرضى، وقصفا متعمدا ومتكررا للعيادات والمستشفيات، وإطلاق النار على سيارات الإسعاف التي تحمل المرضى لاستهداف المدنيين والعاملين في مجال الرعاية الصحية، باعتبار ذلك استراتيجية عسكرية[٢٧]. وفي البلدان التي تعاني من ضعف الهياكل الأساسية الصحية، كما قد يكون الحال في معظم المناطق المتضررة من التراع يمكن أن يترتب على تدمير مستشفى واحد أو هجمات على العاملين في مجال الرعاية الصحية النادرين أصلا تأثير مدمر على توافر الخدمات الصحية وسهولة الحصول عليها وبالتالي على الصحة العامة[٢٨]. وعلاوة على ذلك، يمكن للعاملين في مجال الرعاية الصحية إدانة تصرفات قوات الأمن أو قد لا يتعاونون في توفير المعلومات عن المرضى حيثما تنتهك قوانين حقوق الإنسان الأساسية. وقد يتعرض العاملون في مجال الرعاية الصحية في كثير من الأحيان للمضايقة والنقل والتعذيب والاعتقال ولصدور أحكام ضدهم[٢٩].

---

(٢٦) Saúl Franco and others, "The Effects of Armed Conflict on the Life and Health in Colombia", *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.11, no.2, (June 2006), p.357; John M. Quinn et al, "Iraqi Physician Brain Drain in Prolonged Conflict", *The New Iraqi Journal of Medicine*, vol.7, no.1 (April 2011) pp.91-92; Leonard S. Rubenstein and Melanie D. Bittle, "Responsibility for Protection of Medical Workers and Facilities in Armed Conflict", *Lancet*, vol. 375, no. 9711 (23 January 2010), p.332.

(٢٧) Human Rights Watch, *Sri Lanka: Repeated Shelling of Hospitals Evidence of War Crimes* (New York, 8 May 2009). Available from www.hrw.org/news/2009/05/08/sri-lanka-repeated-shelling-hospitals-evidence-war-crimes.

(٢٨) ICRC, *Health Care in Danger: A Sixteen-Country Study* (Geneva, July 2011), p.3. Available in English only from www.icrc.org.

(٢٩) PHR, *Under the Gun*, p.6; Médecins Sans Frontières (MSF), *Syria Two Years On: The Failure of International Aid*, Special Report (New York, 6 March 2013), available from http://www.doctorswithoutborders.org/publications/article.cfm?id=6669.

٢٩ - ومثل هذه الهجمات لا تنتهك فقط الحق في الصحة للسكان المتضررين من النزاع، بمن فيهم المشاركون في النزاع، ولكنها أيضا قد تشل نظام الرعاية الصحية ككل. وقد يؤدي انعدام الأمن، الناجم عن استهداف العاملين في مجال الرعاية الصحية سواء من قبل القوات الحكومية أو الجماعات من غير الدول، إلى فرار العاملين في الرعاية الصحية، مما يسفر عن ندرة المتخصصين الطبيين المدربين في هذه المناطق[٣٠]. وقد يؤدي هذا إلى زيادة المشاكل الصحية التي يمكن الوقاية منها، مثل الصحة النفاسية ووفيات الأطفال واعتلالهم، إلى جانب الأمراض الناجمة عن النزاع نفسه[٣١].

هاء - الاستخدام العسكري وعسكرة المرافق الصحية

٣٠ - تشير العسكرة إلى الاستيلاء على المرافق والخدمات الصحية أو استخدامها من قبل القوات المسلحة أو وكالات إنفاذ القانون لتحقيق أهداف عسكرية. ويشكل هذا الاستخدام العسكري خطرا جسيما على حياة وصحة المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية ويضعف دور المستشفيات والنظرة إليها بوصفها مكانا آمنا للوصول إلى الرعاية الصحية. وغالبا ما تتعرض حيادية المرافق الطبية للتقويض من خلال الوجود المستمر لقوات الأمن في المستشفيات وتخويف المرضى والعاملين في الرعاية الصحية في المستشفيات والعيادات[٣٢]. وتستولي قوات الأمن على المستشفيات والعيادات في بعض الأحيان من أجل تحديد أو اعتقال المتظاهرين الذين أصيبوا بجروح في اشتباكات مع القوات الموالية للحكومة. وفي كثير من الأحيان يمنع الأشخاص الذين أصيبوا بإصابات مرتبطة بالاحتجاج من التماس العناية الطبية الطارئة، ويحرمون من الرعاية الطبية، ويعذبون أو يعتقلون (A/HRC/19/69، http://undocs.org/ar/A/HRC/19/69الفقرة ٦٣). وقد أدت عسكرة الرعاية الصحية أيضا إلى تداعيات غير مرغوب فيها فيما يتعلق بالحصول على الرعاية الصحية الأساسية في بعض البلدان. ويؤدي انتشار الخوف من الاضطهاد إلى تجنب المدنيين التماس العلاج في المرافق الصحية، ولجوئهم إلى العلاج في ظروف غير مأمونة بدلا من ذلك (المرجع

(٣٠) David Stein and Barbara Ayotte, “East Timor: Extreme Deprivation of Health and Human Rights”, *Lancet*, vol. 354, no. 9195 (11 December 1999) p.2075.

(٣١) Paul C. Webster, “Roots of Iraq’s Maternal and Child Health Crisis Run Deep”, *Lancet*, vol. 381, no. 9870 (16 March 2013) p.892; Bernadette AM O’Hare and David P. Southall, “First Do No Harm: the Impact of Recent Armed Conflict on Maternal and Child Health in Sub-Saharan Africa”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol.100, no. 12 (December 2007) p.565.

(٣٢) PHR, *Do No Harm: A Call for Bahrain to End Systemic Attacks on Doctors and Patients*, (Cambridge, Massachusetts and Washington, D.C., April 2011), pp.27-29.

نفسه). ويعد ذلك الاضطهاد انتهاكا للحق في الصحة للأشخاص عن طريق عرقلة وصولهم إلى الخدمات الصحية الجيدة.

٣١ - وفي الأراضي المحتلة وفي المناطق التي يقوم الجيش فيها بتمويل الرعاية الصحية أو تقديمها، جرى استهداف العاملين في الرعاية الصحية بسبب علاقتهم المتصوّرة مع القوات العسكرية[٣٣]. ويمكن أيضا أن يُستهدف العاملون في مجال الرعاية الصحية لتوفيرهم الخدمات للجماعات المناهضة للحكومة بسبب الدعم المتصور لتلك الجماعات[٣٤]. وقد تؤدي إساءة استخدام برامج تقديم الرعاية الصحية، مثل برامج التطعيم، لخدمة أهداف عسكرية، إلى تآكل مفهوم حيادية العاملين في المجال الطبي، وخلق عدم الثقة في العاملين في مجال الصحة بين السكان المدنيين، وقد يؤدي ذلك إلى قتل العاملين في الرعاية الصحية ورفض برامج التطعيم، مما يعود بالضرر على الصحة العامة[٣٥]. ومن شأن جعل المرافق والسلع والخدمات الصحية متاحة من خلال الهياكل المدنية، بدلا من الهياكل العسكرية، أن يبدد هذا التخوف ويزيد فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

واو - توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية فيما بعد النزاع، ومقبوليتها، وجودتها

٣٢ - من المحتمل أن تواجه الدول، في أعقاب النزاع، استنزافا للموارد، وأن تشهد عدم استقرار سياسي، وتفككا للهياكل الأساسية، بما في ذلك النظم الصحية[٣٦]. ويحدث معظم التعمير في أعقاب النزاع بعد أن ينحسر النزاع إلى درجة معينة، ولكنه يتواصل أو يتكرر في بعض أنحاء البلد. وعلاوة على ذلك، فإن الدول التي كانت بالفعل في حالات نزاع هي أكثر عرضة لمواجهة دورات متكررة من العنف، الذي يلقي مزيدا من الأعباء على النظم

(٣٣) MSF, *In the Eyes of Others: How People in Crises Perceive Humanitarian Aid* (New York, 2012), pp.134-154.

(٣٤) Peter Apps, "Once Seen as Neutral, Aid Workers Fight Perceived Bias", *Reuters* (31 August 2007). Available from www.reuters.com/article/2007/08/31/us-aid-bias-idUSL3184999120070831.

(٣٥) Dara Mohammadi, The Final Push for Polio Eradication, *Lancet*, vol. 380, no. 9840 (2 August 2012); Liz Borkowski, Pakistan Sees First Polio Case Since Vaccination Camp Disrupted, *Science Blogs* (9 May 2013), available from http://scienceblogs.com/thepumphandle/2013/05/09/pakistan-sees-first-polio-case-since-vaccination-campaign-disrupted/.

(٣٦) المرجع نفسه، Graeme MacQueen and Joanna Santa-Barbara, "Peace Building through Health Initiatives", British Medical Journal, vol. 321, no.7256 (29 July 2000) p.293-296.

والموارد الصحية القائمة. وبالإضافة إلى ذلك، تتسم تلك الدول بارتفاع عبء المرض، سواء العقلي أو البدني[٣٧].

٣٣ - وينبغي لسياسات الدول التي تتعافى من التراع أن تركز على قضايا متعددة مثل الحد من عبء المرض؛ والعلاج الفوري للجرحى وإعادة تأهيلهم على المدى الطويل؛ وإعادة بناء الهياكل الأساسية؛ وزيادة توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية الجيدة وإمكانية الوصول إليها؛ واستدامة النظام الصحي. ولذلك ينبغي للدول وضع خطط مفصلة ومحددة بمواعيد زمنية لإعادة بناء النظم، بما في ذلك توفير المقومات الأساسية للصحة، واستعادة الهياكل الاجتماعية والمجتمعية بطريقة تشاركية وشفافة. وتضمن مشاركة المجتمعات المحلية المتضررة استجابة السياسات وتعزز ملكيتها لتلك العمليات.

٣٤ - وينبغي للدول معالجة الشواغل العاجلة في مجال الصحة العامة، بما في ذلك الإصابات وحالات العجز التي حدثت أثناء التراع، والآثار الأقل وضوحا على الصحة مثل الصحة العقلية. وعلى سبيل المثال، فإن اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة والاكتئاب مرضان شائعان في الدول التي تتعافى من التراع وينبغي أن يعالجا على نحو فعال[٣٨]. ويعد توفير خدمات الصحة العقلية وتيسير الوصول إليها أمرا ضروريا، وهو يساعد أيضا على تمكين الشعوب والمجتمعات المحلية المتضررة من التراع، وقد يتيح لها إحداث تغيير في بيئتها الاجتماعية والسياسية[٣٩].

٣٥ - ونظرا لاستنفاد الموارد، ونزوح الأطباء وموظفي الرعاية الصحية والهجمات التي تشن على العاملين في مجال الرعاية الصحية[٤٠]، قد تعتمد البلدان والمناطق في حالات ما بعد التراع على الجهات المانحة الدولية والمبادرات التي تطلقها المنظمات غير الحكومية والمنظمات الحكومية الدولية من أجل إعادة بناء نظمها الصحية. ويمكن استخدام هذه المبادرات الصحية

---

(٣٧) Bayard Roberts, Preeti Patel, and Martin McKee, "Noncommunicable Diseases and Post Conflict Countries", *Bulletin of the WHO*, vol. 90, no.2-2A (2012); Hazam Adam Ghobarah, Paul Huth and Bruce Russett, "The Post-War Public Health Effects of Civil Conflict", *Social Science and Medicine*, vol.59, no. 4, (August 2004).

(٣٨) Charlson and others, "Predicting the Impact of the 2011 Conflict in Libya on Population Mental Health: PTSD and Depression Prevalence and Mental Health Service Requirements", *PLos Med*,vol.7, no.7 (July 2012). Available from www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0040593.

(٣٩) WHO Regional Office for Europe, *User Empowerment in Mental Health* (Copenhagen, 2010), p.1-14, 1-2, Available from www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf.

(٤٠) لجنة الصليب الأحمر الدولية، الرعاية الصحية في خطر: الدفاع عن القضية (جنيف، ٢٠١٢) الصفحة ٦.

كأداة لبناء السلام[٤١]. وقد استخدمت وكالات المعونة الدولية هذه الاستراتيجيات لكسر الحواجز العرقية مما أدى إلى زيادة توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها والحد من التمييز[٤٢]. ومن أجل ضمان مقبولية الخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها، ينبغي لمقدمي المعونة الدولية أن يكونوا على وعي أيضا بثقافة البلدان والمجتمعات المحلية. فمثلا في بعض البلدان قد لايكون تقديم الخدمات الصحية للنساء الحوامل عن طريق أطباء ذكور مقبولا ثقافيا. ومن ثم فإنه قد يعوق إمكانية الوصول إلى هذه الخدمات[٤٣].

٣٦ - وتعتبر استدامة السياسات والمبادرات المدعومة من الجهات المانحة أمرا ضروريا لضمان توافر المرافق الصحية والسلع والخدمات الصحية الجيدة وإمكانية الوصول إليها على المدى الطويل في البلدان الخارجة من نزاعات. كما أن كفالة مشاركة السكان المتضررين وامتلاكهم زمام الأمور في جميع مراحل عمليات صنع القرار أمر ضروري لنجاح واستمرار إعادة بناء النظام الصحي[٤٤] بمساعدة الجهات المانحة. ويمكن أن تنجح هذه المبادرات الصحية من خلال التعاون المستمر مع السكان المحليين، وتبادل الدراية التقنية معهم. ويعتبر فهم الواقع السياسي، ولا سيما في مناطق النزاعات التي طال أمدها والمجتمعات التي تمر بمرحلة انتقالية مهما بنفس القدر لضمان استدامة المبادرات التي تتم بمساعدة الجهات المانحة[٤٥].

رابعا - الفئات المستضعفة

٣٧ - ينبغي للدول أن تولي اهتماما خاصا للفئات التي أنهكتها النزاعات، مثل النساء والأطفال وكبار السن وذوي الإعاقة ومجتمعات المشردين. ويتطلب ذلك من الدول التصدي للتهميش الناشئ عن الإقصاء الاجتماعي والسياسي والاقتصادي؛ والتمييز ضد أشخاص ينتمون إلى جماعة بعينها أو يعتقد أنهم ينتمون إلى جماعة بعينها. والضعف الناشئ عن سوء الحالة الصحية واستراتيجيات النزاع التي تتعمد إضعاف جماعات بعينها. وقد تؤدي هذه

(٤١) MacQueen and Santa-Barbara, "Peace Building through Health Initiatives", p. 293.

(٤٢) WHO Regional Office for Europe Department for International Development (United Kingdom), WHO/DFID, Peace through Health Programme: A Case Study Prepared by the WHO Field Team in Bosnia and Herzegovina (Copenhagen, September 1998) document EUR/Corr as 0501.

(٤٣) Rita Giacaman, Hanan F Abdul-Rahim and Laura Wick, "Health Sector Reform in the Occupied Palestinian Territories: Targeting the Forest or the Trees?" Health Policy Plan vol.18, No.1 (March 2003), p.59.

(٤٤) Nelson Martins and others, "Reconstructing Tuberculosis Services after Major Conflict: Experiences and Lessons Learned in East Timor", PLos Med, vol.3, No.10, (October 2006) pp.1765-1775.

(٤٥) المرجع نفسه Giacaman, Abdul-Rahim and Wick, "Health Sector Reform in the Occupied Palestinian Territories", p.10.

العوامل، منفردة أو مجتمعة، إلى تعريض بعض الفئات لأوجه متعددة من الضعف، وزيادة احتمال انتهاك حقهم في الصحة. ويؤدي التعرف على أوجه الضعف المتنوعة في المجتمعات المحلية المختلفة وتمكين هذه المجتمعات من المشاركة في جميع عمليات صنع القرار التي تؤثر على صحة أفرادها إلى تمكين الدول من الوفاء بالتزاماتها بموجب الحق في الصحة أثناء النزاع، ويعزز أيضا استدامة التعافي من آثار النزاع.

ألف – المجتمعات المحلية المهمشة

٣٨ – إن المجتمعات المحلية المستبعدة من المشاركة في المؤسسات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية هي في الغالب مجتمعات مهمشة وتسكن مناطق تتسم بضعف الهياكل الأساسية، وسوء الإدارة، مثل الأحياء الحضرية الفقيرة، والأحياء المعزولة والمناطق الحدودية. وقد تؤدي الآثار المترتبة على النزاع إلى إلحاق المزيد من الدمار بمقومات أساسية مثل الغذاء والإسكان، وزيادة تعرض المجتمعات المحلية المهمشة إلى اعتلال الصحة بشكل غير متناسب. ويشتد ضعف الحال هذا أثناء النزاع عندما يتم توزيع الموارد الصحية على نحو غير ملائم وغير منصف قبل نشوب النزاع وبعده.

٣٩ – ويؤدي عدم توفر خدمات الرعاية الصحية بأسعار ميسورة وارتفاع الضرائب، ومصادرة الإمدادات الأساسية على يد أطراف النزاع إلى زيادة تعرض المجتمعات المهمشة للأخطار[٤٦]. وثمة معوقات إضافية قد تعترض سبيل الوصول إلى الخدمات من جراء الافتقار إلى الخدمات والمعلومات الصحية الملائمة للغة هذه المجتمعات وثقافاتها. وقد يحول عدم التعرف على الاحتياجات المختلفة للمجتمعات المهمشة دون حصولها على الرعاية الصحية، فضلا عن أنه يولد إحساسا عميقا بالعزلة والضعف.

٤٠ – وغالبا ما يتم تجاهل الاحتياجات الصحية لجماعات معينة في أوقات النزاع بسبب محدودية الخدمات أو توقفها؛ وكبار السن هم الأكثر تعرضا للخطر في حالات النزاع بسبب ضعف القدرة على التنقل ومحدودية القدرة على الانتقال إلى المرافق الصحية. وقد لا تواتيهم القدرة على حمل عبوات الطعام الثقيلة أو حاويات المياه وغالبا يعيشون بلا دعم أسري مما يجعلهم عرضة لمعدلات أعلى من سوء التغذية والإصابة بالمرض[٤٧] وبالمثل قد يواجه ذوو الإعاقة الذين تتركهم أسرهم أثناء الفرار من النزاع قدرا أكبر من الأخطار المتعلقة

(٤٦) Minority Rights Group (MRG), *Uganda: The Marginalization of Minorities* (London, MRG International, 2001), p. 17.

(٤٧) Unni Karunakara and others , "Ending Neglect of Older People in the Response to Humanitarian Emergencies", PLOS Medicine, vol. 9, No. 12 (December 2012), pp. 1-3.

بالصحة والسلامة[٤٨]. وتعجز الكثير من المرافق عن تزويد الأطفال ذوي الإعاقة بالعلاج والرعاية الملائمين لاحتياجاتهم المتعلقة بالنماء البدني مما يعوق قدرتهم على التمتع بالحق في الصحة[٤٩].

باء – الجماعات المشردة

٤١ – غالبا ما تؤدي النزاعات إلى تشريد السكان، داخل الدول وعبر الحدود. وقد يحرم المشردون من التمتع بنفس الحقوق والمقومات الأساسية التي تتمتع بها المجتمعات المحلية المضيفة[٥٠]. وقد يضطر عدد كبير من المشردين إلى الهجرة إلى مخيمات الإغاثة التي تتسم بتدهور الأحوال فيها واكتظاظها وعدم كفاية الخدمات الأساسية، مما يسهم في انتشار الأمراض المعدية. وقد يضطر المشردون أيضا إلى الهجرة إلى الأحياء الفقيرة في المدن، مما يجعلهم عرضة لأوجه ضعف لا تقتصر أسبابها على الافتقار إلى القدرات والموارد، ولكنها تنشأ أيضا من عدم رغبة الدولة في تلبية احتياجاتهم.

٤٢ – وعلاوة على ذلك، فإن الأشخاص المشردين عرضة للمخاطر على وجه الخصوص عندما يحول مركزهم القانوني دون الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية، والاستفادة من الفرص الاقتصادية[٥١] وقد يضطر الكثيرون إلى العمل في ظروف سيئة أو غير مأمونة، مما يعرضهم لتردي الحالة الصحية[٥٢]. وقد تؤدي الطلبات المتنافسة على الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة إلى تصاعد التوتر بشكل يضر بالمشردين والمجتمعات المحلية المضيفة على حد سواء[٥٣] وبالتالي قد تواجه الجماعات المشردة التمييز في الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات والمقومات الصحية الأساسية.

---

(٤٨) HRW, *As If We Weren't Human: Discrimination and Violence against Women with Disabilities in Northern Uganda* (New York, 2010), p. 29.

(٤٩) Tami Tamashiro, "Impact of Conflict on Children's Health and Disability", (Paper commissioned for the Education for ALL Global Monitoring Report 2011 – *The Hidden Crisis: Armed Conflict and Education*), (Paris, UNESCO,2011).

(٥٠) IRC, "*Syria: A Regional Crisis*" , 2013 ,p. 12.

(٥١) Office of the UN High Commissioner For Refugees, "Syria Regional Response Plan: January to June 2013". Available from www.unchr.org.

(٥٢) المرجع نفسه.

(٥٣) IRC, *Syria*, p. 13.

جيم – النساء

٤٣ – قد يؤدي النزاع إلى تفاقم تعرض المرأة لتردي الحالة الصحية، والتمييز، والعنف الجنساني. وغالبا ما تكون معدلات سوء الحالة الصحية أعلى لدى النساء في أوقات النزاع نتيجة احتياجاتهن البدنية والإنجابية خلال فترتي الحمل والولادة[٥٤]. ويحدث معظم وفيات الأمهات في أوقات النزاع أثناء الولادة أو في فترة ما بعد الولادة مباشرة بسبب عدم توافر خدمات الرعاية الإنجابية والرعاية النفاسية الجيدة مثل خدمات تنظيم الأسرة، وخدمات التوليد في حالات الطوارئ، والرعاية قبل الولادة وبعدها[٥٥]. ومن الأرجح أن تلجأ النساء في حالات النزاع إلى خدمات الإجهاض غير المأمون عندما يواجهن الحمل غير المنظم[٥٦].

٤٤ – وفي كثير من الأحيان تقوم النساء أيضا بدور المعيل الرئيسي في حالات النزاع وقد يجاهدن لتوفير حاجات أسرهن، ويتجاهلن احتياجاتهن الخاصة. ويمكن أن يترك عدم المساواة في الحصول على الموارد مثل الأرض، والعمالة، والقروض المالية الكثير من النساء وأسرهن في حالة من العوز والضعف[٥٧]. ونظرا لمحدودية الخيارات المتاحة لهن، فقد يلجأن إلى العمل في وظائف تتطلب مهارات قليلة والعمل في القطاع غير الرسمي، مما يدر عليهن عوائد أقل ويعرضهن للخطر والاستغلال[٥٨]. وقد تلجأ النساء اللائي يعتمدن على الجماعات المسلحة ووكالات المعونة أيضا إلى الاشتغال بالجنس مقابل المال أو الغذاء أو المأوى أو الضروريات الأساسية الأخرى[٥٩]. وقد يزيد ذلك من تعرض النساء لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي[٦٠].

---

(٥٤) ICRC, "*Addressing the Needs of Women Affected by Armed Conflict*" (Geneva, 2004), pp. 10, 121, 133.

(٥٥) MSF, *Maternal Death: The Avoidable Crisis* (New York, 2012); Howard and others, "Reproductive Health for Refugees by Refugees in Guinea III: Maternal Health", *Conflict and Health*, vol. 5, No. 5 (12 April 2011), p. 1.

(٥٦) United Nations Population Fund (UNFPA), *The Impact of Armed Conflict on Women and Girls*: in a consultative meeting on mainstreaming gender in areas of conflict and reconstruction, Bratislava (New York, 2002) ,p. 44.

(٥٧) Austrian Development Agency, Focus: Women, Gender and Armed Conflict (Vienna,2009), pp.2-3. Available from www.oecd.org.

(٥٨) المرأة والسلام والأمن (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.03/V.1)، الصفحات ١١٥-١١٧.

(٥٩) Kirsti Lattu, *To Complain or Not to Complain: still the question Consultations with Humanitarian Aid Beneficiaries on their Perceptions of Efforts to Prevent and Respond to Sexual Exploitation and Abuse*, Humanitarian Accountability Partnership, 2008, pp. 20-22.

(٦٠) WHO, Regional Office for Europe *Violence against women living in situations of armed conflict*, 2000, p.13.

٤٥ - وقد يؤدي التشريد الجماعي، وانهيار الشبكات المجتمعية والأسرية، والانهيار المؤسسي إلى خلق فراغ تكون النساء والفتيات فيه عرضة للعنف الجنسي[٦١]. ويواجهن درجة عالية من خطر الاستغلال الجنسي والاتجار بالبشر فضلا عن زيادة العنف الأُسري وسوء المعاملة من جانب أفراد الأسرة. وقد تعجز المرافق الصحية التي تفتقر إلى الفنيين الصحيين المؤهلين، وآليات إحالة المرضى وتقديم المشورة النفسية عن التعرف على هذه الأشكال من العنف الجنسي المرتبط بالنزاعات والتصدي لها. وينطبق هذا بصفة خاصة عندما تقتصر الخدمات الصحية على العنف الجنسي الذي ترتكبه الجماعات المسلحة[٦٢]. وقد تساهم الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالعنف الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية وعدم كفاية آليات الحماية أيضا في ظهور آثار سلبية على الصحة البدنية والعقلية. ويخلق الوصم والنبذ من قبل الأسرة والجماعة، والانتقام من جانب الجناة مناخا يؤدي إلى استدامة العنف الجنساني وإقصاء المتعرضات له وعدم تمكينهن. ويؤدي عدم توفير الخدمات التي تعزز سلامة المتعرضات للعنف الجنساني وتحترم خصوصيتهن إلى تقويض مشاركتهن الكاملة في المجتمع، ولا سيما في جهود إعادة الإعمار بعد انتهاء النزاع.

دال - الأطفال

٤٦ - الأطفال قليلو المناعة بشكل خاص في حالات النزاع بسبب تدني مستوى النظافة الصحية وانعدام الأمن الغذائي[٦٣]. ويقوض سوء التغذية بوجه خاص حصانة الأطفال ومقاومتهم للأمراض التي يمكن الوقاية منها والأمراض المعدية مثل الإسهال أو الملاريا[٦٤]. ويساهم انهيار نظم مراقبة الأمراض والتحصين أيضا في تعرض الأطفال لخطر اعتلال الصحة ويحول دون تمتعهم بالحق في الصحة[٦٥].

٤٧ - وقد تكون للنزاعات أيضا آثار نفسية مدمرة على رفاه الأطفال ونمائهم وقد تزيد التجارب المؤلمة وسوء المعاملة والإجهاد المزمن من مخاطر الصدمات النفسية، لا سيما في

---

(٦١) UNFPA, *(HIV/AIDS), Gender and Conflict Situations*, p. 1, Availble from www.unfpa.org/hiv/docs/factsheet_conflict.pdf.

(٦٢) Human Security Research Group, *Human Security Report 2012 :Sexual Violence,Education and War: Beyond the Mainstream Narrative* (Vancouver, Human Security Press, 2012), pp. 34-35, .45.

(٦٣) International Bureau for Children's Rights (IBCR), *Children and Armed Conflict:* A Guide to International and Humanitarian Law (Montreal, 2010), p. 60.

(٦٤) Flavia Bustreo and others, *Improving Child Health in Post-Conflict Countries*: can the world bank contribute, (Washington, DC, World Bank, 2005).

(٦٥) المرجع نفسه، IBCR, p.160.

حالات انفصال الأطفال عن أسرهم. ورغم ذلك قد لا تتم تلبية احتياجات الصحة العقلية للأطفال نظرا لعدم توفر الخدمات النفسية – الاجتماعية[٦٦].

٤٨ - ويمكن أن تؤدي النزاعات أيضا إلى تبني الأطفال أدوارا ومسؤوليات جديدة يمكن أن تزيد من تعرضهم للعنف والاستغلال الجنسيين[٦٧]. وفي كثير من الأحيان تفتقر المرافق الصحية في أوقات النزاع إلى الخدمات الملائمة للأطفال الذين تعرضوا للعنف الجنسي، ولا سيما الفتيان. ويزيد التعرض للعنف الجنسي من خطر ارتكاب المزيد من الانتهاكات ضد الفتيات. وعلى سبيل المثال، غالبا ما ينظر إلى الزواج من الجاني باعتباره وسيلة لحماية شرف الفتاة[٦٨]. ومع ذلك، يؤدي إرغام المتعرضات للعنف الجنسي على الزواج ممن اعتدوا عليهن إلى جعلهن ضحايا مرة أخرى وإضفاء الشرعية على أفعال الجناة والقبول الاجتماعي للعنف الجنسي (انظر A/66/657-S/2012/33).

استراتيجيات النزاع

٤٩ - على النحو المشار إليه في قرار مجلس الأمن ١٨٢٠ (٢٠٠٨) وقرارات أخرى يمكن استهداف بعض المدنيين على أساس انتمائهم الفعلي أو المتصور لجماعات إثنية أو دينية أو سياسية[٦٩]. وتمثل هذه الاستراتيجيات انتهاكا للكرامة الإنسانية وتتعارض بوضوح مع الحق في الصحة، ويمكن أن تصنف في ظروف معينة على أنها جرائم ضد الإنسانية أو جرائم إبادة جماعية أو جرائم حرب. وعلى سبيل المثال، فإن استخدام العنف الجنساني بوصفه استراتيجية للنزاع أمر موثق جيدا[٧٠]. ويمكن أن يشمل هذا النوع من العنف اغتصاب

---

(٦٦) Hasanović and others, "Psychological disturbances of war-traumatized children from different foster and family settings in Bosnia and Herzegovina", Croatian Medical Journal, vol.47,No.1:can the World Bank contribute?" (2006), pp. 86-87.

(٦٧) Watch List on Children and Armed Conflict, *"Caught in the Middle": Mounting Violations Against Children in Nepal's Armed Conflict* (New York, 2005), pp. 30-31.

(٦٨) Save the Children, *Unspeakable Crimes against Children* (London, 2013), p.7; Megan Bastick, Karin Grimm and Rahel Kunz, *Sexual Violence in Armed Conflict*: Global Overview and Implications for the Security Sector (Geneva, Geneva Centre for the Democratic Control of Armed Forces, 2007), p. 14.

(٦٩) Inter-American Commission on Human Rights, Violence and discrimination against women in the armed conflict in ColombiaoOEA/Ser.L/V/11,doc.67,16 October 2006, para.47.

(٧٠) اعتبرت المحكمة الجنائية الدولية ليوغوسلافيا السابقة والمحكمة الجنائية الدولية لرواندا العنف الجنسي أداة لارتكاب جرائم ضد الإنسانية (المحكمة الجنائية الدولية لرواندا، هيئة الادعاء ضد أكايسو، القضية رقم ICTR-96-4-T، الحكم الصادر في ٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٨، الفقرة ٥٩٦)؛ وجرائم حرب (المحكمة الدولية ليوغوسلافيا السابقة، هيئة الادعاء ضد زينيل ديلاليتش، وزدرافكو موتسيتش وحازم دليتش،

المحارم والاغتصاب العلني، والاغتصاب بوصفه أداة متعمدة لنقل فيروس نقص المناعة البشرية، والمخيمات المصممة خصيصا للإخصاب القسري للنساء والاغتصاب مع سبق الإصرار كأداة للقمع السياسي[٧١]. والعنف الجنسي يستهدف عموما النساء والفتيات، بالرغم من أن الرجال والفتيان قد يتم استهدافهم أيضا بنفس الدرجة من العنف[٧٢]. وكما لاحظت مفوضة الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان (انظر E/CN.4/2004/19http://undocs.org/ar/E/CN.4/2004/19) قد تستهدف الجماعات المسلحة أيضا المشتغلات بالجنس والأقليات الجنسية والعرقية وغيرها من الجماعات كوسيلة من وسائل ”تطهير المجتمع من العناصر غير المرغوب فيها“[٧٣]. ومن خلال معاملة المدنيين بوصفهم أشياء تُستخدم في النزاع، قد تتجاوز الآثار الجسدية والنفسية للعنف الجنسي المتعرضين له مباشرة وتؤدي إلى إضعاف مجتمعات بأكملها[٧٤]. ونظرا للوصمة المرتبطة بالعنف الجنسي، غالبا ما يرغم المتعرضون له على الصمت ويتم استبعادهم من المجتمعات التي ينتمون إليها[٧٥]. وقد يستمر أثر العنف الجنسي على الصحة العقلية لمن تعرضوا له، وكذلك على أسرهم ومجتمعهم المحلي لأجيال[٧٦]. كما يؤدي العنف الجنسي أيضا إلى تدهور

وإيساد لانجو، القضية رقم IT-96-21-T، الحكم الصادر في ١٥ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٨، الفقرة ٤٩٥)، وعلامة دالة على الاسترقاق (المحكمة الجنائية الدولية ليوغوسلافيا السابقة، هيئة الادعاء ضد دراجوجلوب كونيراك ورادامير كافاز وزاران فوكوفيتش، القضيتان رقم IT-96-23-T و IT-96-23/1-T، الفقرة ٥٤٣).

(٧١) Obijiofor Aginam, *Rape and HIV as Weapons of War* (Tokyo, UNU Press, 27 June 2012), http://unu.edu/publications/articles/rape-and-hiv-as-weapons-of-war.html Anuradha Kumar, “Human Rights: A Global Perspective” (New Delhi, Sarup & Sons, 2002), pp.101- 152; Bülent Diken and Carsten Bagge Lausten, “Becoming Abject: Rape as a Weapon of War”, *Body & Society*, vol.11, No.1 (2005), pp.111-128, p.115.

(٧٢) Sandesh Sivakumaran, “Sexual Violence Against Men in Armed Conflict”, *European Journal of International Law*, vol. 18, No.2 (2007), pp. 253-276, pp.253, 263.

(٧٣) Maria Zea et al, “Armed conflict, homonegativity and forced internal displacement: implications for HIV among Colombian gay, bisexual and transgender individuals, *Culture, Health, and Sexuality”*, vol.15 (April 2013), p.8.

(٧٤) HRW, *The War Within A War: Sexual Violence Against Women and Girls in Eastern Congo*, (New York, 2002), p.41.

(٧٥) WHO, *Rape: How women, the community and the health sector respond* (Geneva, 2007), http://www.svri.org/rape.pdf, pp.12-14; Nadera Shalhoub-Kevorkian, “Towards a Cultural Definition of Rape”, *Women's Studies International Forum*, vol.22, No.2 (March/April 1999) pp.57-173, pp.165-166.

(٧٦) Colleen Kivlahan et al, “Rape as a Weapon of War in Modern Conflicts”, *BMJ*, vol. 340, no. 3270 (June 2010), pp. 465-470, pp.468- 469.

مشاركة المجتمعات المحلية المستهدفة في الجهود المبذولة في مجال الصحة العامة لفترة طويلة بعد انتهاء النزاع.

٥٠ - وقد تستعمل أطراف النزاع أيضا الخدمات الصحية كاستراتيجية لاستهداف مجتمعات محلية محددة. وقد تتعمد الأطراف حرمان بعض الأفراد أو الجماعات من المساعدات الإنسانية والخدمات الصحية على أساس انتمائهم العرقي أو الديني أو السياسي(٧٧). ويشكل تدمير المقومات الأساسية للصحة، بطرق من بينها تسميم الآبار وحرق الأراضي الزراعية، أيضا استراتيجية أخرى يمكن أن تحرم المجتمعات المحلية المتضررة من الحياة الكريمة والرفاه(٧٨). وقد تقوض هذه الاستراتيجيات قدرة الفئات المستهدفة على الاستجابة للاحتياجات الصحية الملحة(٧٩). وقد تصبح الجماعات المستهدفة على هذا النحو غير قادرة على الحصول على الطعام ذي القيمة الغذائية أو وسائل النظافة الصحية، أو الرعاية الطبية، الأمر الذي قد يحول دون تمتعها بالحق في الصحة. وقد يتم أيضا استبعادها من المشاركة في اتخاذ القرارات بطريقة ديمقراطية، بما في ذلك القرارات المتعلقة بالخدمات الصحية، مما قد يؤدي إلى إدامة حالات عدم التكافؤ في الحصول على الخدمات الصحية في بيئات ما بعد النزاع.

خامسا - التزامات الكيانات من غير الدول الرئيسية

٥١ - تقع المسؤولية الرئيسية عن إعمال الحق في الصحة في حالات النزاع على عاتق الدول المشاركة في النزاع. ومع ذلك، فإن الدول والجهات الفاعلة الأخرى من غير الدول، بما في ذلك الجماعات المسلحة والمنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية العاملة في المجال الإنساني، تتحمل أيضا التزامات نحو إعمال الحق في الصحة للسكان المتضررين.

ألف - الالتزامات الدولية

٥٢ - تلتزم جميع الدول، وفقا للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، باتخاذ خطوات، كل بمفردها وعن طريق المساعدة والتعاون الدوليين، من أجل الإعمال التام للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك الحق في الصحة. ويجب على الدول، من أجل الوفاء بالتزاماتها الدولية، احترام الحق في الصحة للسكان في البلدان

(٧٧) MSF, *Syria: Medicine as a Weapon of Persecution* (New York, 2012).

(٧٨) PHR, *Darfur: Assault on Survival: A Call for Security, Justice and Restitution* (Washington, 2006), pp. 37-38.

(٧٩) المرجع نفسه.

الأخرى، وتوفير الحماية من انتهاكات الأطراف الثالثة في حالة قدرتها على التأثير على الأطراف الثالثة من خلال الوسائل السياسية أو القانونية، وتيسير الحصول على الخدمات الصحية الأساسية في البلدان الأخرى، رهنا بتوافر الموارد. وعلى وجه الخصوص، يقع على عاتق الدول التزام بتقديم المعونة الإنسانية في حالات الكوارث والطوارئ، بما في ذلك حالات النزاع وما بعد النزاع.

٥٣ - وينبغي للدول احترام الحق في الصحة وحمايته وإعماله بالنسبة للأشخاص الفارين من حالات النزاع، بوصف ذلك جانبا من جوانب التعاون والمساعدة الدوليين. وكثيراً ما يقع عبء تقديم الرعاية للسكان المشردين من جراء النزاع على عاتق الدول الأقل قدرة على تحمل ذلك[٨٠]. وينبغي للدول الأخرى، في هذا الصدد، أن تكفل توفير المساعدة الدولية المناسبة، بما في ذلك تقديم المعونة إلى البلدان التي تواجه تدفق الأشخاص المشردين من جراء النزاع والتدابير الرامية إلى المساعدة في إعادة توطينهم. وينبغي للدول أيضا كفالة توافر المرافق الصحية ذات النوعية الجيدة والسلع والخدمات والمقومات الأساسية للصحة وإمكانية الحصول عليها للأشخاص المشردين سواء كانوا من رعايا الدولة أم لا. وينبغي أن تمتنع الدول أيضا عن السياسات التي تنتهك الحق في الصحة، مثل الاحتجاز أو الترحيل الإلزامي[٨١].

٥٤ - وكثيراً ما تفرض الدول جزاءات اقتصادية أيضا في حالات النزاع للضغط على أطراف النزاع، أو للسيطرة على تدفق الموارد إلى المناطق المتضررة من النزاع[٨٢]. وقد تؤثر هذه الجزاءات بشكل سلبي على الحق في الصحة للسكان المدنيين، ليس فقط عن طريق تقييد الإمدادات الطبية، ولكن أيضا من خلال زيادة التأخيرات الإدارية للسلع والخدمات الأساسية، وتفاقم الفقر والحد من الموارد المتاحة لنظم الصحة والبنية التحتية والتعليم[٨٣]. ولا ينبغي مطلقا أن تخضع للجزاءات اللوازم والمعدات الطبية والمياه والغذاء وغيرها من الضروريات الهامة لصحة السكان، لكفالة التمتع التام بالحق في الصحة للسكان المتضررين من النزاع. وعلاوة على ذلك، ينبغي رصد جميع الجزاءات من حيث أثرها على الحق في

---

(٨٠) UNHCR, *Global Trends 2012* (Geneva, 2013), p.2.

(٨١) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠)، الفقرة ٤٣ (أ) و ٥٤. وبالنسبة لأثر الاحتجاز الإلزامي على الحق في الصحة، انظر، مثلا، تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، البعثة إلى استراليا، A/HRC/14/20/Add.4 ٣ حزيران/يونيه ٢٠١٠)، الفقرات ٩٢-٩٧.

(٨٢) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ٨ (١٩٩٧)؛ الفقرة ٢.

(٨٣) المرجع نفسه، الفقرات ٣-٦.

الصحة قبل فرضها وبعده، وينبغي أن يتسم ذلك بالشفافية وسرعة الاستجابة، بصرف النظر عن الغرض السياسي[٨٤].

باء – الجماعات المسلحة من غير الدول

٥٥ – تتسم معظم النزاعات المعاصرة بأنها نزاعات مسلحة غير دولية تشارك فيها جماعة أو أكثر من الجماعات المسلحة من غير الدول[٨٥]. وقد تؤثر هذه الجماعات المسلحة من غير الدول تأثيرا كبيرا على التمتع بالحق في الصحة في حالات النزاع. وخلصت إحدى الدراسات إلى أن احتمال مهاجمة الجماعات المسلحة من غير الدول للمرافق الصحية أو عرقلة عملها هو نفس احتمال قيام القوات التابعة للدولة بذلك، ومن المحتمل بمعدل الضعف دخولها المستشفيات لأغراض غير مشروعة[٨٦].

٥٦ – وهناك إقرار متزايد بأنه ينبغي للجماعات المسلحة من غير الدول، البالغة مستوى معينا من التنظيم والسيطرة، أن تحترم القانون الإنساني الدولي والقانون الدولي لحقوق الإنسان[٨٧]. وتتناول المادة ٣ المشتركة بين اتفاقيات جنيف لعام ١٩٤٩ والبروتوكول الإضافي الثاني الملحق بها الأطراف في النزاع، التي تفهم المحاكم الدولية أنها تتضمن الجماعات المسلحة المنظمة من غير الدول[٨٨]. وبالمثل، خلصت لجان تقصي الحقائق إلى أن الجماعات المسلحة التي تتسم بالاستقرار والتنظيم ولديها سيطرة فعلية على أراض لها شخصية قانونية فيما يتعلق بتحديد نطاق التزاماتها في إطار القانون الإنساني الدولي والقانون الدولي لحقوق الإنسان (انظر A/HRC/17/44، و A/HRC/19/69، الفقرتان ١٠٦ و ١٠٧). وتشمل هذه التزامات الامتناع عن مهاجمة المرافق والمركبات والأفراد العاملين في المجالات الإنسانية

---

(٨٤) المرجع نفسه، الفقرتان ١٢ و ١٣.

(٨٥) البنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم ٢٠١١، ص ٥٢.

(٨٦) ICRC, *A Sixteen-Country Study*, pp.8-10.

(٨٧) انظر، Andrew Clapham, 'Non-State Actors', in Daniel Moeckli and others (eds.), *International Human Rights Law*, 2nd ed (Oxford University Press, forthcoming).

(٨٨) المرجع نفسه. *Prosecutor v. Akayesu*, para. 611; International Court of Justice, *Military and Paramilitary Activities in and Around Nicaragua (Nicaragua v. United States of America, Judgements*, (ICJ Reports [1986], p.14, para. 119; Inter-American Court of Human Rights, *Abella v. Argentina*, Report No. 55/97, Case No. 11.137 (19 November 1997)).

أو عرقلة عملهم، والامتناع عن إلحاق الضرر بالسكان المدنيين، ولا سيما بالعنف الجنسي أو تدمير نظم الغذاء أو الماء[٨٩].

٥٧ - والجماعات المسلحة من غير الدول ملزمة أيضا بتلبية توقعات المجتمع الدولي أنها ستحترم القواعد الواردة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، ولا سيما عندما تمارس سيطرتها على الأراضي (A/HRC/2/7، الفقرة ١٩، و A/CN.4/2006/53/Add.5، الفقرتان ٢٥-٢٦). وبالإضافة إلى ذلك، يسلم إطار الحق في الصحة بمسؤولية جميع قطاعات المجتمع من أجل إعمال الحق في الصحة[٩٠]، مما يشمل مسؤولية الجهات الفاعلة من غير الدول مثل الجماعات المسلحة وغيرها من حاملي الأسلحة في حالات النزاع. وأخيرا، تُساءل الجماعات المسلحة عن التزاماتها الطوعية التي تعهدت بها من خلال الاتفاقات والبيانات الانفرادية، ونظم الرصد في إطار مجلس الأمن (القرار ١٩٩٨ (٢٠١١))، التي تشمل الالتزامات باحترام حقوق الإنسان وحمايتها أو الوفاء بها حيث تمارس الجماعات المسلحة السيطرة والسلطة التي تخولها القيام بذلك[٩١]. ولذلك، يجب على الجماعات المسلحة، كحد أدنى، احترام حقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في الصحة، ويمكن أن تعقد المزيد من الالتزامات المتعلقة بحماية حقوق الإنسان أو إعمالها. ويتواصل التزام الدول بحماية الناس ضد انتهاكات طرف ثالث بصرف النظر عن وجود الجماعات المسلحة على أراضيها، وينبغي ألا تستخدم الدول وجود جماعات الطرف الثالث المسلحة ذريعةً للتنصل من مسؤولياتها إزاء الحق في الصحة في مناطق النزاع.

٥٨ - ومع ذلك، توجد حاليا ثغرة في تحديد مسؤوليات حقوق الإنسان للجماعات المسلحة من غير الدول، وفي آليات مساءلتها، باستثناء المحاكمات الجنائية. وفي هذا الصدد، يصبح من الأهمية بمكان التزام الدولة بتيسير وفاء جميع قطاعات المجتمع بالمسؤوليات المتعلقة بالحق في الصحة. وقد نجحت الدول والمجتمع المدني والمنظمات الدولية في تيسير الاتفاقات المتعلقة بحقوق الإنسان والمسائل الإنسانية مع الجماعات المسلحة من غير الدول، بما في ذلك الاتفاق على توفير ''أيام تهدئة'' للعاملين في المجال الصحي من أجل توفير اللقاحات في

(٨٩) تقرير لجنة التحقيق الدولية بشأن دارفور المقدم إلى وكيل الأمين العام (٢٥ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٥) الفقرتان ١٦٥-١٦٦.

(٩٠) CESCR, general comment No. 14 (2000), para. 42.

(٩١) Geneva Call, Deed of Commitment under Geneva Call on the Protection of Children from the Effects of Armed Conflict, para 7. Available from www.genevacall.org. Agreement on Human Rights between El Salvador and Frente Farabundo Marti para la Liberación Nacional, available from www.geneva-academy.ch (26 July 1990).

ظروف آمنة[٩٢]. وينبغي للدول أن تعتمد تلك المبادرات وتدعمها وتوسِّع نطاقها من أجل حماية الحق في الصحة وإعماله في النزاعات والتقليل إلى أدنى حد من تأثير النزاع على الفئات الضعيفة.

٥٩ - ويسلم المقرر الخاص بأن أطراف النزاع قد تحجم عن إبرام اتفاقات من هذا القبيل خشية إضفاء المشروعية على الطرف الآخر أو بسبب التخوف من أنها قد تتنازل عن سيطرتها على أراض أو مهام حكومية[٩٣]. ومع ذلك، يمكن التغلب على الكثير من هذه الاعتراضات من خلال اتخاذ تدابير من قبيل فصل اتفاقات حقوق الإنسان عن مفاوضات وقف إطلاق النار أو تقاسم السلطة، والإشارة بوضوح إلى أن هذه المفاوضات لن تؤثر على الاعتراف السياسي أو مفاوضات الوساطة من خلال طرف ثالث تثق فيه جميع الأطراف، وينبغي ألا يُنظر إليها على أنها عقبات لا يمكن التغلب عليها[٩٤]. وينبغي أيضا أن تكفل الدول ألا تعرقل قوانين مكافحة الإرهاب الفضفاضة للغاية هذه المبادرات. ويجرم العديد من قوانين مكافحة الإرهاب حاليا جميع أشكال التعاون مع المنظمات المدرجة على أنها جماعات إرهابية، مما يثني العديد من الوكالات العاملة في المجال الإنساني عن العمل مع الجماعات المسلحة بشأن مسؤولياتها إزاء حقوق الإنسان خشية أن توصف بأنها جماعات مسلحة إرهابية أو بأنها على صلة بتلك الجماعات[٩٥].

جيم - المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية

٦٠ - يسلم إطار الحق في الصحة بأن المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية لها أهمية خاصة بالنسبة للإغاثة في حالات الكوارث وتقديم المساعدة الإنسانية في حالات الطوارئ، بما في ذلك تقديم المساعدة إلى اللاجئين والأشخاص المشردين داخليا[٩٦]. وربما تشارك

(٩٢) Leonard Rubenstein, Defying Expectations: Polio Vaccinations amid Political and Armed Conflict, Peace Brief, (Washington, DC, U.S. Institute of Peace, 2010). Available from www.usip.org.

(٩٣) انظر: Geneva Academy of International Humanitarian Law and Human Rights, *Rules of Engagement: Protecting Civilians through Dialogue with Armed Non-State Actors* (Geneva, 2011), pp.5-7. Available from www.geneva-academy.ch. انظر أيضا: Report of the Special Rapporteur on the promotion of human rights and fundamental freedoms while countering-terrorism (A/HRC/6/17 and Corr. 1, paras 42-50.

(٩٤) Geneva Academy, *Rules of Engagement*, pp. 8-57.

(٩٥) Naz K. Modirzadeh, Dustin A. Lewis and Claude Bruderlein, "Humanitarian Engagement under Counter-Terrorism: A Conflict of Norms and the Emerging Policy Landscape", *Review of the International Committee of the Red Cross*, vol.93, No.883 (September 2011), p.623.

(٩٦) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠)، الفقرة ٦٥.

المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية في النزاع أيضا بوصفها جهات مراقبة ووسيطة، وقوات لحفظ سلام ومديرة لأقاليم. وينبغي أن تكفل هذه المنظمات المراعاة الواجبة للحق في الصحة في قراراتها وأنشطتها، بعدة وسائل منها اعتماد سياسات صحية قائمة على الحقوق، وإيلاء اهتمام خاص لاحتياجات الفئات الضعيفة، وكفالة مشاركة المجتمعات المحلية المتضررة. وينبغي لها أن تكفل وجود آليات مساءلة قوية، لا سيما في حالات حفظ السلام وإنفاذ السلام. وتشمل هذه الآليات النظم التأديبية الفعالة والمعايير التشغيلية الواضحة ونظم للرصد وجمع البيانات، ونظم مستقلة لتسوية المنازعات يمكن الوصول إليها، ولا سيما بالنسبة للمنظمات الدولية التي تتمتع بالحصانة من الولاية القضائية المحلية.

سادساً – المساءلة وسبل الانتصاف

٦١ – المساءلة جانب أساسي من جوانب إطار الحق في الصحة. وتتطلب الرصد المستقل وإجراء تحقيقات فورية، والحوكمة التي تتسم بالشفافية بما في ذلك جمع معلومات دقيقة وكاملة ونشرها على الجمهور، وإمكانية وصول ضحايا الانتهاكات إلى سبل الانتصاف. وتم تناول هذه المتطلبات أيضا في إطار القانون الإنساني الدولي، الذي يُلزم الدول بمنع انتهاكات القانون الإنساني الدولي والتحقيق فيها والمعاقبة عليها[٩٧]. وينبغي أن توجد سياسات ومدونات قواعد سلوك واضحة داخل الجيش وقوة الشرطة والمؤسسات الطبية لحماية الحق في الصحة في حالات النزاع[٩٨].

ألف – الرصد والشفافية

٦٢ – كثيراً لا تُسجل انتهاكات الحق في الصحة في حالات النزاع، بما في ذلك الهجمات على مرافق الرعاية الصحية والتدخل فيها، على نحو كامل في نظم الرصد الحالية[٩٩]. وكثيرا ما يكون رصد هذه الانتهاكات في حالات النزاع وما بعد انتهاء النزاع ضعيفا أو غير مكتمل، بسبب انعدام الأمن وعدم انتظام الدول والمنظمات الدولية في جمع البيانات

(٩٧) انظر المصادر الواردة في: Jea-Marie Henckaerts and Louise Doswald-Beck, *Customary International Humanitarian Law* (Cambridge, UK, ICRC and Cambridge University Press, 2005), Rule 158. Available from www.icrc.org.

(٩٨) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠)، الفقرات ٥٥ و ٥٦ و ٥٩.

(٩٩) Leonard Rubenstein, *Protection of Health Care in Armed and Civil Conflict: Opportunities for Breakthroughs*, (Washington DC, Center for Strategic and International Studies, 2012), available from: http://csis.org/files/publication/120125_Rubenstein_ProtectionOfHealth_Web.pdfpp. 2-4.

ونشرها[١٠٠]. وقد تركز آليات الرصد بشكل مفرط على المسائل البارزة من قبيل الهجمات على عمال المعونة الدوليين بدلا من الانتهاكات الأكثر شيوعا من قبيل التهديدات التي يتعرض لها العمال المحليون أو الأضرار التي تلحق بالمقومات الأساسية[١٠١]. والانتقام من المبلغين عن المخالفات قد يجعل أيضا العاملين في مجال الرعاية الصحية والسكان المتضررين، الذين هم في أفضل وضع للإبلاغ عن انتهاكات الحق في الصحة، يحجمون عن القيام بذلك خشية عدم القدرة على توفير الرعاية الطبية أو الحصول عليها.

٦٣ - وينبغي ألا تُستخدم الشواغل الأمنية لتبرير فرض الحظر الشامل على الإبلاغ عن الانتهاكات، ولا سيما عندما تتوفر وسائل أقل تقييدا لكفالة الأمن، مثل السماح بالإبلاغ عن الحوادث دون الكشف عن هوية المُبلغ[١٠٢]. وينبغي أن تكفل الدول توافر المعلومات الدقيقة للمراقبين المستقلين، وعدم الانتقام من الأشخاص الذين يبلغون عن الانتهاكات. وينبغي للدول أيضا أن تمنع التهديدات والهجمات من قبل الموظفين الحكوميين والأطراف الثالثة ضد هؤلاء الأشخاص وأن تحقق فيها. وينبغي للدول أن تعزز بشكل خاص مبادرات الرصد القائمة على المجتمعات المحلية التي تكفل مراعاة وجهات نظر السكان المحليين، وأن توفر معلومات شفافة وموثوقة فيها إلى المجتمع المدني والمجتمعات المحلية المتضررة.

٦٤ - والافتقار إلى الشفافية والمساءلة في وضع البرامج الصحية وإدارتها في حالات النزاع يقوض أيضا الثقة بين السكان المتضررين والدول، مما يعوق المحاولات الرامية إلى تحسين تقديم الخدمات الصحية وحمايتها في المناطق المتضررة من النزاع، ويحول دون إجراء تقييمات دقيقة لمخصصات المعونة. ويمكن أن يزيد ذلك من احتمال تفاقم الانتهاكات وصعوبة علاجها. وبوجه خاص، لا يشجع الافتقار إلى الشفافية والمساءلة على تقديم المعونة إلى مناطق النزاع، مما يحرم النظم الصحية المتهالكة من التمويل الذي تشتد حاجتها إليه. وتتلقى البلدان المتضررة من النزاعات مساعدات تقل بنسبة ٤٣ في المائة عن البلدان ذات الاحتياجات الإنمائية المماثلة، وتشكل زيادة احتمال الاختلاس وصعوبات الرصد سببين من أسباب هذا التفاوت[١٠٣].

---

(١٠٠) المرجع نفسه، الصفحة ٢.

(١٠١) ICRC, Healthcare in danger: *Violent Incidents Affecting Healthcare: January to December 2012* (Geneva, 2013), p.5.

(١٠٢) Jennings and Swiss, "Supporting Local Efforts to Document Human Rights Violations in Armed Conflict", *Lancet*, vol.357, No.9252 (January 2001) p.302.

(١٠٣) Preeti Patel and others, A Review of Global Mechanisms for Tracking Official Development Assistance for Health in Countries Affected by Armed Conflict, *Health Policy*, vol. 100, nos.2-3 (2011) p.117.

باء – سبل الانتصاف

٦٥ – تشكل سبل الانتصاف الفوري والفعال والملائم من الانتهاكات عنصرا أساسيا من عناصر المساءلة. وفي إطار الحق في الصحة، ينبغي أن يتاح لأي شخص أو جماعة قد انتهك حقه أو حقها في الصحة فرص الوصول إلى سبل الانتصاف القضائية الفعالة أو غيرها من السبل الملائمة على الصعيدين الوطني والدولي، بما في ذلك الحصول على التعويضات المناسبة، التي يمكن أن تتخذ شكل رد الحقوق أو التعويض أو الترضية أو الضمانات بعدم التكرار. وينبغي أن توفر الدول وسائل انتصاف فعالة وسريعة ويمكن الوصول إليها في إطار النظامين القضائي والإداري. وينبغي لها أيضا أن تكفل ألا تعوق عمليات بناء السلام، مثل العفو أو أحكام التقادم أو الاستثناءات من الإجراءات الجنائية أو المدنية للقوات العسكرية أو الشرطة، الوصول إلى سبل الانتصاف، وأن تتيح وسائل للانتصاف من الدولة والجهات الفاعلة من غير الدول على حد سواء.

٦٦ – وينبغي ألا تقتصر سبل الانتصاف على فرض إجراءات عقابية ضد مرتكبيها، ولكنها ينبغي أيضا أن توجه صوب استعادة الحق في الصحة للأشخاص المتضررين ورأب الانقسامات في المجتمع التي قد تنجم عن استمرار النزاع أو تؤدي إليه. وعلى هذا النحو، فإن سبل الانتصاف كالترضية وضمان عدم التكرار، التي تشمل التدابير الرامية إلى وقف الانتهاكات الحالية ومنع حدوث انتهاكات في المستقبل، على النحو الذي أشارت إليه الجمعية العامة في قرارها ١٤٧/٦٠، ذات أهمية خاصة بالنظر إلى الآثار المستمرة والمنتظمة للنزاع على الحق في الصحة. وفي سياق الحق في الصحة، تشمل ضمانات عدم التكرار تحسين حماية العاملين في مجال الصحة في مناطق النزاع؛ وتوفير مدونات واضحة لقواعد السلوك بشأن الاستخدام المناسب للمرافق الطبية في حالات النزاع؛ وتدريب وزيادة توعية الجهات المعنية، بما في ذلك هيئات إنفاذ القوانين، بشأن جميع جوانب الحق في الصحة؛ وإجراء إصلاحات قانونية منها سن قوانين تنص على عدم التدخل في توفير الرعاية الصحية بصورة محايدة؛ وإنشاء نظم مستقلة لتسوية المنازعات ورصدها. ويشمل الانتصاف بالترضية فرض جزاءات قضائية وإدارية، والاعتراف بسوء السلوك، وتنفيذ تدابير فعالة لوضع حد للانتهاكات المستمرة.

٦٧ – وينبغي أن تشمل تدابير الانتصاف إلغاء السياسات والقوانين التمييزية، ووضع خطط للصحة الوطنية الشاملة وتنفيذها من أجل إعمال الحق في الصحة في مرحلة ما بعد النزاع. كما ينبغي أن توفر الدول برامج تعالج التصدعات في المجتمع بسبب النزاع. ويمكن أن توفر آليات من قبيل لجان تقصي الحقائق والمصالحة والمحاكم الجنائية الدولية والمختلطة

والآليات الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان وبعثات تقصي الحقائق، عناصر هامة مكملة لسبل الانتصاف الإدارية والقضائية على الصعيد الوطني في هذا الصدد. ومن الضروري مشاركة المجتمعات المحلية المتضررة، على جميع المستويات، في عمليات الانتصاف من أجل ضمان التوصل إلى تسوية فعالة ومستدامة للنزاع.

سابعا – الخلاصة والتوصيات

٦٨ - يُلزم نهج الحق في الصحة إزاء حالات النزاع الدول باتخاذ خطوات مستمرة وملموسة باتجاه إعمال الحق في الصحة الواجب للأشخاص المتضررين من النزاع، بمن فيهم المشاركون بشكل فعلي في النزاع. ويوصي المقرر الخاص بأن تقوم الدول بسن وتنفيذ القوانين والسياسات التي تحترم وتحمي وتُعمل الحق في الصحة للسكان المتضررين، خصوصا الفئات المستضعفة قبل النزاع وأثناءه وبعده.

٦٩ - ويؤكد المقرر الخاص أن المشاركة الفعالة للمجتمعات المحلية المتأثرة، ولا سيما الفئات الضعيفة، ضرورية لإطار الحق في الصحة. وينبغي في جميع الأوقات إشراك المجتمعات المحلية المتأثرة في صياغة وتنفيذ ورصد القرارات والاتفاقات التي تؤثر على الحق في الصحة، بما في ذلك السياسات المتعلقة بحالات النزاع وحالات ما بعد النزاع.

٧٠ - ويحث المقرر الخاص الدول التي تشهد حالات نزاع على ما يلي:

(أ) إتاحة الموارد، ولا سيما من خلال المساعدة الإنسانية، للوفاء بالتزاماتها بموجب الحق في الصحة. وينبغي للدول الوفاء في جميع الأوقات بالتزاماتها الأساسية بموجب الحق في الصحة التي لا يمكن التحلل منها؛

(ب) كفالة توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها ومقبوليتها ونوعيتها لجميع الأشخاص المشاركين في نزاعات أو المتضررين منها، بلا تمييز. وينبغي إيلاء عناية خاصة للفئات المستضعفة؛

(ج) تجنب صياغة قوانين وسياسات تجرم تقديم الخدمات الصحية من قبل الأخصائيين الصحيين للأشخاص المشاركين في نزاعات، أو إلغاء تلك القوانين والسياسات حيثما وُجدت. وينبغي للدول الامتناع عن إعاقة الواجب الواقع على عاتق الأخصائيين الصحيين والمتمثل في تقديم الخدمات بطريقة محايدة؛

(د) الامتناع عن عرقلة أو تقييد المرافق والسلع والخدمات الصحية أو الحد من إمكانية الوصول إليها. وفي الحالات التي تكون فيها مثل هذه العراقيل ضرورية، ينبغي أن تكون القيود متناسبة مع الهدف المبتغى وينبغي اتباع أقل البدائل تقييدا؛

(هـ) الامتناع عن مهاجمة المرافق والسلع والخدمات الصحية والموظفين الصحيين، خصوصا كاستراتيجية للنزاع، بما في ذلك في المناطق الخاضعة لسيطرة مجموعات مسلحة. وينبغي للدول أيضا اتخاذ تدابير لحماية المرافق والسلع والخدمات الصحية والموظفين الصحيين من هجمات الجماعات المسلحة من غير الدول؛

(و) الامتناع عن عسكرة المرافق والسلع والخدمات الصحية؛

(ز) العمل مع الجماعات المسلحة من غير الدول عن طريق الاتفاقات الطوعية، من أجل تيسير الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية؛

(ح) كفالة الرصد الفعال لانتهاكات الحق في الصحة في النزاعات عن طريق توفير المعلومات وإتاحة الحصول عليها من قبل أفرقة الرصد المستقلة، بما فيها أفرقة الرصد القائمة على المجتمع المحلي.

٧١ - ويحث المقرر الخاص الدول التي تتعافى من آثار النزاعات على القيام بما يلي:

(أ) صياغة وتنفيذ خطط لإعادة بناء الهياكل الأساسية وتوفير المقومات الأساسية، مع إيلاء عناية خاصة لاحتياجات الفئات الضعيفة. وينبغي للدول صياغة قوانين تكفل التوزيع المنصف للمقومات الأساسية وإعمال الحق في الصحة لجميع الأشخاص، لا سيما الفئات الضعيفة؛

(ب) توفير موارد كافية لتنفيذ سياسات إعادة الإعمار. وينبغي للمبادرات الممولة من قِبَل الجهات المانحة أن تُكمل وتدعم السياسات الصحية الوطنية عند الاقتضاء، وينبغي تنفيذها بمشاركة السكان المتضررين؛

(ج) كفالة توفر المرافق والسلع والخدمات الصحية الأساسية والأولية، بما في ذلك خدمات الصحة النفسية للأشخاص المتضررين من النزاعات والمشاركين فيها، خصوصا الفئات الضعيفة؛

(د) إنشاء آليات للاحتكام إلى القضاء بغية مواجهة انتهاكات الحقوق وتوفير سبل الانتصاف إزاء تلك الانتهاكات، بما في ذلك رد الحقوق، والتعويض، وضمانات عدم التكرار، والترضية؛

(هـ) توفير آليات لبناء السلام من أجل التسوية المجدية والمستدامة للنزاعات من خلال عمليات العدالة التصالحية مثل لجان تقصي الحقائق والمصالحة المنصفة والشفافة.

٧٢ - ويحث المقرر الخاص الدول على الوفاء بالتزاماتها الدولية، وبوجه خاص على القيام بما يلي:

(أ) كفالة الشفافية في تنفيذ برامج المعونة؛

(ب) ضمان عدم عرقلة الجزاءات الاقتصادية المفروضة على الدول أثناء النزاعات لإعمال حق الأشخاص المتضررين من النزاع في الصحة؛

(ج) احترام وحماية وإعمال حق الأشخاص الفارين من مناطق النزاع في الصحة.

٧٣ - ويحث المقرر الخاص المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية التي تضطلع بالأنشطة الإنسانية في حالات النزاع على القيام بما يلي:

(أ) اعتماد مبادرات صحية تمشيا مع إطار الحق في الصحة، الذي يشمل كفالة مشاركة المجتمعات المحلية المتضررة. وينبغي لهذه المبادرات أن تشجّع الطب التقليدي والممارسات الصحية التقليدية المتماشية مع الحق في الصحة؛

(ب) إنشاء آليات فعالة للمساءلة إزاء انتهاكات الحق في الصحة من قِبَل موظفيها، مثل أفراد قوات حفظ السلام وموظفي العمل الإنساني.

٧٤ - ويحث المقرر الخاص الجماعات المسلحة من غير الدول على القيام بما يلي:

(أ) احترام معايير القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الإنساني الدولي، بما في ذلك المعايير المتعلقة بالحق في الصحة؛

(ب) الامتثال للاتفاقات التي قد يكون تم الدخول فيها من أجل حماية حق السكان المتضررين في الصحة.