# اظهارنظر عمومی شماره ۱۴ (۲۰۰۰):حق برخورداری از بالاترین (وضعیت) سلامتی (ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی)

۱. سلامتی یکی از حقوق بنیادین و ضروری برای بهره‌مندی از سایر حقوق بشر می‌باشد. تک‌تک افراد به‌منظور زیستن با حیثیت، سزاوار بهره‌مندی از بالاترین وضعیت سلامتی می‌باشند. تحقق حق سلامتی می‌تواند از طرق بی‌شمار و مکمل، ازجمله اتخاذ سیاست‌های سلامت و یا اجرای برنامه‌های سلامت تدوین گشته توسط سازمان جهانی بهداشت و یا به کار بستن ابزارهای قانونی خاص، صورت پذیرد. به‌علاوه، حق سلامت شامل اجزای ویژه‌ای بوده که ازنظر قانونی قابل‌اجرا است.[[1]](#footnote-1)

۲. حق سلامتی افراد در بسیاری از اسناد بین‌المللی به رسمیت شناخته‌شده است. ماده ۲۵.۱ اعلامیه جهانی حقوق بشر تصریح می‌نماید: همه افراد محق به داشتن سطحی از زندگی می‌باشند که برای سلامت خود شخص و خانواده او، من‌جمله خوراک، پوشاک، حقوق بشر، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، جامع‌ترین ماده را در خصوص سلامتی ارائه می‌نماید. مطابق با ماده ۱۲.۱ میثاق، دولت‌های عضو «حق هر فرد را برای دستیابی و برخورداری از بالاترین (وضعیت) سلامت جسمی و روحی» به رسمیت می‌شناسند و ماده ۱۲.۲، به‌عنوان نمونه، تعدادی از «اقداماتی که دولت‌های عضو برای دستیابی و تحقق کامل این حق اعمال می‌نمایند» را مشخص می‌نماید. به‌علاوه، حق سلامتی در ماده (Ⅳ)(ه) ۵ میثاق بین‌المللی «رفع کلیه اَشکال تبعیض نژادی»(۱۹۶۵)، در ماده‌های (ث) ۱۱.۱ و ۱۲ میثاق ۱۹۷۹ «رفع کلیه اَشکال تبعیض علیه زنان» و ماده ۲۴ میثاق ۱۹۸۹ «حقوق کودک» نیز به رسمیت شناخته شده است. چندین سند منطقه‌ای حقوق بشر، من‌جمله نسخه بازبینی‌شده منشور اجتماعی اروپا (۱۹۶۱) (ماده ۱۱)، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم (۱۹۸۱) (ماده ۱۶) و پروتکل الحاقی منشور آمریکایی حقوق بشر در حیطه حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی (۱۹۸۸) (ماده ۱۰) نیز حق سلامتی را به رسمیت می‌شناسند. همچنین، «کمیته حقوق بشر»[[2]](#footnote-2) و «اعلامیه و برنامه عمل وین» (۱۹۹۳) و اسناد بین‌المللی دیگر نیز حق سلامتی را علناً اظهار نموده‌اند.[[3]](#footnote-3)

۳. همان‌طور که در لایحه بین‌المللی حقوق بشر ذکرشده، حق سلامتی، بستگی و رابطه نزدیکی به تحقق سایر حقوق بشر من‌جمله حق خوراک، مسکن، کار، آموزش‌وپرورش، حیثیت افراد، زندگی، عدم تبعیض، تساوی، منع شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات، آزادی اتحادیه، مجمع و جنبش دارد. این حقوق و سایر حقوق و آزادی‌ها، به اجزای بنیادین حق سلامتی اشاره می‌نمایند.

۴. در زمان تنظیم ماده ۱۲ میثاق، کمیته سوم مجمع عمومی ملل متحد «سلامتی» را مطابق با تعریفی که در دیباچه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی ارائه گشته –«یک وضعیت سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی که شامل تنها عدم بیماری و ناتوانی نمی‌باشد» تعریف ننموده است. بااین‌وجود، ذکر بالاترین وضعیت سلامت جسمانی و روحی در ماده ۱۲.۱ این میثاق، تنها محدود به مراقبت‌های پزشکی نمی‌باشد. بالعکس، پیشینه تنظیم و بیان صریح ماده ۱۲.۲ اذعان می‌دارد حق سلامتی شامل گستره وسیعی از عوامل اجتماعی-اقتصادی می‌باشد که این عوامل زندگی را به نحوی بهبود می‌بخشد که افراد بتوانند زندگی سالمی داشته و تا سر حد عوامل تعیین‌کننده بنیادین سلامتی من‌جمله خوراک و مواد غذایی، مسکن، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهداشت مناسب، شرایط کاری ایمن و سالم و محیطی سلامت، پیش می‌روند.

۵. کمیته از این مهم مطلع می‌باشد که برای میلیون‌ها نفر در سرتاسر جهان، بهره‌مندی کامل از حق سلامتی، به‌عنوان هدفی دور از دسترس باقی خواهد ماند. به‌علاوه، در موارد بسیاری، علی‌الخصوص برای افرادی که با فقر دست‌وپنجه نرم می‌نمایند، این حق روز به روز بعیدتر به نظر می‌رسد. کمیته از موانع دشوار ساختاری و غیره حاصله از عوامل بین‌المللی و سایر عوامل که فراتر از کنترل دولت‌های عضو بوده و از تحقق کامل ماده ۱۲ ممانعت می‌ورزد، آگاه هست.

۶. به‌منظور کمک به دولت‌های عضو در اجرای میثاق و انجام‌وظیفه گزارش دهی، این اظهارنظر عمومی بر محتوای اصلی ماده ۱۲ (بخش یکم)، تعهدات دولت‌های عضو (بخش دوم)، تخلفات (بخش سوم)، اجرا در سطح ملی (بخش چهارم) و وظایف عواملی غیر از دولت‌های عضو (بخش پنجم) تمرکز می‌نماید. این اظهارنظر عمومی بر اساس تجربه کمیته در بررسی گزارشات دولت‌های عضو طی سال­های متمادی می‌باشد.

**محتوای اصلی ماده ۱۲**

۷. ماده ۱۲.۱ تعریفی از حق سلامتی ارائه می‌نماید و ماده ۱۲.۲ برخی نمونه‌های روشن از تعهدات دولت‌های عضو را بیان می‌دارد.

۸. حق سلامتی نباید به معنای حق سالم بودن تفسیر گردد. حق سلامتی شامل آزادی و حقوق می‌گردد. آزادی‌ها دربرگیرنده حق هر فرد در کنترل سلامت و بدن خویش، من‌جمله آزادی جنسی و تولیدمثل و حق عدم دست‌درازی، من‌جمله حق رهایی از شکنجه، درمان‌های پزشکی غیر توافقی و آزمایشات می‌باشد. در مقابل، حقوق، دال بر حق (دسترسی) به یک نظام محافظ سلامتی می‌باشد که برای افراد موقعیتی برابر جهت بهره‌مندی از بالاترین سطح سلامت را فراهم می‌آورد.

۹. عبارت «بالاترین وضعیت سلامتی» در ماده ۱۲.۱ دلالت بر پیش‌شرط‌های زیست‌شناختی فردی و اجتماعی-اقتصادی و منابع موجود دولت عضو دارد. موارد بسیاری وجود دارد که نمی‌توان تنها بر پایه رابطه دولت‌ها و افراد به آن‌ها پرداخت؛ علی‌الخصوص، دولت عضو نه‌تنها نمی‌تواند متضمن سلامت خوب باشد، بلکه نمی‌تواند در برابر تک‌تک عواملی که سلامت انسان را به مخاطره می‌اندازد، اعمال محافظت نماید. ازاین‌رو، عوامل ژنتیکی، مستعد بیماری بودن افراد و برگزیدن روش‌های زندگی ناسالم یا پرخطر می‌تواند نقش مهمی در سلامتی افراد داشته باشد. در نتیجه، حق سلامتی باید به‌عنوان حق بهره‌مندی از انواع امکانات، اقلام، خدمات و شرایط موردنیاز جهت تحقق بالاترین وضعیت سلامتی در نظر گرفته شود.

۱۰. از زمان تصویب دو میثاق بین‌المللی در سال ۱۹۶۶، وضعیت سلامت جهانی تغییرات بسیاری کرده است و مفهوم «سلامت» دستخوش تغییرات بسیاری گشته و همچنین گستره وسیع‌تری را پوشش می‌دهد. در ارتباط با سلامت، عوامل تعیین‌کننده بیشتری، ازجمله توزیع منابع و تفاوت‌های جنسی، موردتوجه قرارگرفته می‌شوند. تعریف جامع‌تری از سلامت، دغدغه‌های اجتماعی ازجمله خشونت و نبرد مسلحانه را در نظر می‌گیرد.[[4]](#footnote-4) همچنین، بیماری‌هایی که تا چندی پیش ناشناس بوده‌اند، ازجمله ویروس نقص ایمنی انسانی –اچ آی وی- و ایدز و سایر بیماری‌های همه‌گیر مانند سرطان، به همراه رشد سریع جمعیت جهان موانع جدیدی برای تحقق حق سلامتی ایجاد نموده‌اند که هنگام تفسیر ماده ۱۲ باید در نظر گرفته شوند.

۱۱. کمیته حق سلامتی را همان‌طور که در ماده ۱۲.۱ آمده، به‌عنوان حقی کلی تفسیر می‌نماید که گستره آن نه‌تنها شامل مراقبت‌های پزشکی مناسب و به‌موقع می‌گردد، بلکه عوامل تعیین‌کننده بنیادین سلامت، ازجمله دسترسی به آب آشامیدنی سالم و شرایط مناسب، خوراک مناسب و به‌اندازه کافی، مواد غذایی و مسکن، شرایط سالم شغلی و زیست‌محیطی، دسترسی به آموزش و اطلاعات در حیطه سلامتی که شامل سلامتی جنسی و تولیدمثل می‌شود را نیز در برمی‌گیرد. مورد مهم دیگر، مشارکت افراد در تمامی تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامتی در سطوح جامعه، ملی و بین‌المللی هست.

۱۲. حق سلامتی در تمامی اَشکال و سطوح خود، شامل اجزای ضروری و مبتنی بر یکدیگر زیر می‌باشد و کاربرد دقیق هر یک بستگی به شرایط حاکم در هر یک از دولت‌های عضو دارد:

الف) فراهم بودن. مراکز فعال عمومی درمانی و مراقبت‌های پزشکی، اقلام و خدمات و برنامه‌ها باید به میزان کافی در دولت‌های عضو موجود باشد. ویژگی‌های دقیق مراکز، اقلام و خدمات، بسته به عوامل بسیاری من‌جمله میزان توسعه دولت عضو، می‌تواند متفاوت باشد. بااین‌وجود، این موارد شامل عوامل تعیین‌کننده بنیادین سلامتی من‌جمله آب آشامیدنی سالم و امکانات بهداشتی مناسب، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و سایر ساختمان‌های مرتبط با بحث سلامت، پرسنل پزشکی حرفه‌ای و آموزش‌دیده که در داخل کشور حقوق نسبتاً خوبی دریافت می‌نمایند و داروهای ضروری مطابق با آنچه در دستور کار سازمان بهداشت جهانی در رابطه با «داروهای ضروری» اعلام گشته، می‌شود.[[5]](#footnote-5)

ب) در دسترس بودن. مراکز، اقلام و خدمات[[6]](#footnote-6) درمانی باید در حوزه تحت اختیار دولت عضو، در دسترس همگان باشد. در دسترس بودن دارای ۴ خصیصه می‌باشد:

۱) عدم تبعیض: مراکز، اقلام و خدمات درمانی باید فارغ از هرگونه تبعیض و یا ممنوعیت، در دسترس همگان، علی‌الخصوص گروه‌هایی که بر اساس قانون و (یا) شرایط، آسیب‌پذیر بوده و یا در مورد آن‌ها اهمالی صورت پذیرفته، قرار گیرد.[[7]](#footnote-7)

۲) قابلیت دسترسی فیزیکی: مراکز، اقلام و خدمات درمانی باید برای همگان، به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر و یا افرادی که در مورد آن‌ها اهمالی صورت گرفته مانند اقلیت‌های قومی و افراد بومی، زنان، کودکان، نوجوانان، افراد سالخورده، افراد دارای ناتوانی و مبتلایان به اچ آی وی/ ایدز قابلیت دسترسی ایمن داشته باشد. به‌علاوه، قابلیت دسترسی فیزیکی بدین معناست که خدمات پزشکی و عوامل تعیین‌کننده بنیادین سلامتی من‌جمله آب آشامیدنی سالم و امکانات بهداشتی مناسب، به شکلی ایمن، در منطق روستایی نیز، در دسترس باشد. همچنین، قابلیت در دسترس بودن به معنای دسترسی افراد ناتوان به ساختمان‌ها می‌باشد.

۳) قابلیت دسترسی اقتصادی (مقرون‌به‌صرفه بودن): مراکز، اقلام و خدمات درمانی باید برای همگان مقرون‌به‌صرفه باشد. وجه پرداختی برای خدمات پزشکی و همچنین خدمات مرتبط با عوامل تعیین‌کننده بنیادین سلامتی باید بر مبنای اصول تساوی بوده و این خدمات چه به‌صورت خصوصی و چه به‌صورت دولتی تأمین‌شده باشد باید برای همگان من‌جمله گروه‌های آسیب‌پذیر، مقرون‌به‌صرفه باشد. تساوی مستلزم این است که خانوارهای کم‌درآمدتر نباید در مقایسه با خانوارهای پردرآمدتر برای تأمین هزینه‌های درمانی تحت‌فشار بسیار قرار گیرند.

۴) دسترسی به اطلاعات: دسترسی (به اطلاعات) شامل حق جستجو، دریافت و انتقال اطلاعات و نظرات[[8]](#footnote-8) در خصوص مسائل مربوط به سلامت می‌باشد. بااین‌وجود، دسترسی به اطلاعات نباید خدشه‌ای به‌حق محرمانه بودن اطلاعات مربوط به‌سلامت فرد، وارد نماید.

ج) قابل‌قبول بودن. تمامی مراکز، اقلام و خدمات درمانی باید اصول اخلاقی پزشکی را محترم شمارده و از نظر فرهنگی مناسب باشند؛ بدین معنا که به فرهنگ افراد، اقلیت‌ها، مردم و جوامع احترام گذاشته، در تناسب با جنسیت و ملزومات زندگی بوده، محرمانه بودن را محترم شمارده و وضعیت سلامتی افراد موردنظر را بهبود بخشد.

د) کیفیت. مراکز، اقلام و خدمات درمانی نه‌تنها از بُعد فرهنگی، بلکه از دید علمی و پزشکی نیز باید مناسب بوده و از کیفیت خوبی برخوردار باشند. این مهم، دربرگیرنده مواردی همچون پرسنل پزشکی ماهر، داروهایی که از نظر علمی تأیید شده و تاریخ‌مصرف آن‌ها نگذشته باشد، تجهیزات بیمارستانی، آب آشامیدنی سالم و بهداشت مناسب می‌باشد.

۱۳. فهرستی که به‌عنوان نمونه در ماده ۱۲.۲ آورده شده، رهنمون‌هایی در خصوص اقداماتی که باید توسط دولت‌ها صورت گیرد را ارائه می‌دهد. این فهرست، مثال‌های کلی ویژه‌ای از اقدامات نشأت گرفته از تعریف حق سلامتی در ماده ۱۲.۱ را ارائه نموده و بدین‌سان محتوای این حق را، همان‌طور که در بندهای زیر نشان داده‌شده، به تصویر می‌کشد.[[9]](#footnote-9)

**ماده الف (۲)(۱۲). حق سلامت مادر، کودک و باروری**

۱۴. «اقداماتی در جهت توسعه و رشد سلامت کودکان و پایین آوردن میزان مرگ‌ومیر آن‌ها» (ماده الف (۲)(۱۲))[[10]](#footnote-10) می‌تواند بر انجام اقداماتی در خصوص بهبود سلامت مادر و کودک، خدمات سلامت جنسی و باروری که شامل تنظیم خانواده، مراقبت‌های پیش و پس از زایمان،[[11]](#footnote-11) خدمات فوری مامایی، دسترسی به اطلاعات و منابعی که جهت به کار بستن اطلاعات موردنیاز می‌باشد، دلالت نماید.[[12]](#footnote-12)

**ماده ب (۲)(۱۲). حق محیط‌زیست و محیط کار سالم**

۱۵. «بهبود تمام جوانب بهداشت محیط (زیست) و بهداشت صنعتی» (ماده ب (۲)(۱۲)) شامل مواردی می‌گردد که از میان آن‌ها می‌توان به این موارد اشاره نمود: اقدامات بازدارنده در خصوص سوانح و بیماری‌های شغلی، الزام تضمین میزان کافی آب آشامیدنی سالم و بهداشت پایه، کاهش و جلوگیری از قرار گرفتن افراد در معرض مواد زیان‌آور مانند تشعشعات و مواد شیمیایی خطرناک و یا شرایط مخرب محیطی که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارد.[[13]](#footnote-13) به‌علاوه، بهداشت صنعتی دلالت بر به حداقل رساندن عوامل موجود زیان‌آور برای سلامتی در محیط کار تا سر حد امکان، می‌نماید.[[14]](#footnote-14) همچنین، ماده ب (۲)(۱۲) مشتمل بر مسکن مناسب و شرایط کاری ایمن و بهداشتی، خوراک کافی و تغذیه مناسب بوده و سوءمصرف الکل و استفاده از دخانیات، مواد مخدر و سایر موارد زیان‌آور را نهی می‌نماید.

**ماده ج (۲)(۱۲). حق پیش‌گیری، معالجه و کنترل امراض**

۱۶. «پیش‌گیری، معالجه و کنترل بیماری‌های همه‌گیر، بومی در برابر همه‌گیر، ناشی از کار و سایر امراض» (ماده ج (۲)(۱۲)) مستلزم پایه‌ریزی برنامه‌های پیش‌گیری و آموزش در رابطه با بیماری‌های رفتاری مانند بیماری‌های مقاربتی، به‌ویژه اچ آی وی / ایدز و آن دسته از بیماری‌ها که سلامت جنسی و باروری را به مخاطره می‌اندازند و معرفی عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت خوب، من‌جمله ایمنی محیط‌زیست، آموزش‌وپرورش، توسعه اقتصادی و برابری جنسیتی، می‌باشد. حق معالجه شامل ایجاد یک سیستم مراقبت پزشکی فوری در موارد حوادث، بیماری همه‌گیر و سایر موارد مشابه تهدیدکننده سلامت و همچنین فراهم نمودن امداد و کمک‌های بشردوستانه در شرایط اضطراری است. کنترل امراض به معنای تلاش انفرادی و یا توأم دولت‌های عضو در جهت مهیا نمودن فناوری‌های مرتبط، استفاده و بهبود نظارت بر بیماری‌های همه‌گیر و جمع‌آوری اطلاعات به‌جز تفکیک‌شده، اجرا و ارتقای برنامه‌های مصون‌سازی و سایر استراتژی‌ها در رابطه با کنترل بیماری‌های عفونی، می‌باشد.

**ماده د (۲)(۱۲). حق مراکز، اقلام و خدمات پزشکی[[15]](#footnote-15)**

۱۷. «ایجاد شرایطی جهت تأمین تمام خدمات و مراقبت‌های پزشکی در مواقع بیماری» (ماده د (۲)(۱۲))، در هر دو حالت جسمانی و روانی، شامل این موارد می‌گردد: فراهم نمودن دسترسی برابر و به‌موقع به خدمات مقدماتی پزشکی پیشگیرانه، درمانی و توان‌بخشی و آموزش سلامت؛ معاینات منظم، معالجات مناسب و حتی‌المقدور مناسب برای جامعه، برای بیماری‌ها، امراض، مصدومیت‌ها و ناتوانی‌های شایع: فراهم نمودن داروهای موردنیاز؛ و معالجات و مراقبت‌های مناسب سلامت روان. یک موضوع حائز اهمیت دیگر، بهبود بخشیدن و پیشبرد مشارکت افراد در فراهم نمودن خدمات پزشکی پیشگیرانه و درمانی، از قبیل سازمان‌های بخش بهداشت و درمان، نظام بیمه‌ای و علی‌الخصوص مشارکت در تصمیمات سیاسی مرتبط با حق سلامتی در هر دو سطح جامعه و ملی، می‌باشد.

**ماده ۱۲. موارد ویژه پرکاربرد**

**عدم تبعیض و برخورد برابر**

۱۸. نظر به ماده ۲.۲ و ماده ۳، این میثاق هرگونه تبعیض در دسترسی به مراقبت‌های پزشکی و عوامل تعیین‌کننده سلامت و همچنین ابزار و حق تحصیل این موارد، بر مبنای نژاد، رنگ پوست، جنسیت، زبان، مذهب، عقاید سیاسی و غیره، خاستگاه ملی و اجتماعی، دارایی، نقص‌های مادرزادی، ناتوانی جسمی یا ذهنی، وضعیت سلامت (شامل اچ آی وی/ ایدز نیز می‌گردد)، گرایش جنسی، وضعیت مدنی، سیاسی، اجتماعی و غیره که هدف و یا اثر ملغی یا خدشه‌دار نمودن بهره‌مندی و یا اعمال برابر حق سلامتی را دارد، ممنوع هست. کمیته تأکید می‌کند بیشتر اقدامات، همانند استراتژی‌ها و برنامه‌هایی که جهت برچیده شدن تبعیض مرتبط با سلامت طراحی‌شده، می‌توانند با کمترین میزان دخالت منابع و از طریق تصویب، تعدیل و یا ابطال قوانین و یا انتشار اطلاعات دنبال گردد. کمیته، اظهارنظر عمومی شماره ۳ بند ۱۲ را یادآور می‌شود که بر طبق آن حتی در زمان محدودیت شدید منابع، اقشار آسیب‌پذیر جامعه باید از طریق برگزیدن برنامه‌های هدفمند مقرون‌به‌صرفه موردحمایت قرار گیرند.

۱۹. نظر به‌حق سلامتی، دسترسی یکسان به مراقبت‌ها و خدمات پزشکی باید مورد تأکید قرار گیرد. دولت‌ها خاصه موظف‌اند برای افراد بی استطاعت، بیمه سلامت و مراکز درمانی موردنیاز را تأمین نمایند و درزمینهٔ تأمین مراقبت‌ها و خدمات پزشکی از تبعیض در هر یک از زمینه‌های بین‌المللی نهی شده، علی‌الخصوص در ارتباط با وظیفه بدیهی حق سلامتی، اجتناب ورزند.[[16]](#footnote-16) تخصیص نامناسب منابع درمانی می‌تواند منجر به تبعیض گردد که این امر ممکن است آشکارا نباشد. به‌عنوان‌مثال، سرمایه‌گذاری‌ها نباید به‌جای مراقبت‌های پزشکی اولیه و پیشگیرانه که بخش بزرگی از جمعیت از آن بهره می‌برند، به شکلی ناعادلانه در خدمت خدمات پزشکی گران‌قیمت که اغلب تنها در دسترس بخشی کوچک و ویژه از جمعیت قرار می‌گیرد، باشد.

**دیدگاه جنسیتی**

۲۰. کمیته پیشنهاد می‌نماید دولت‌ها یک دیدگاه جنسیتی در سیاست‌ها، برنامه‌ریزی‌ها، برنامه‌ها و تحقیقات مرتبط با سلامتی گنجانده تا از این طریق، سلامت بهتر برای زنان و مردان تقویت گردد. یک رویکرد مبتنی بر جنسیت تصدیق می‌نماید عوامل زیست‌شناختی و اجتماعی- فرهنگی نقش بسیار مهمی در اثرگذاری بر سلامت زنان و مردان دارد. تفکیک اطلاعات مرتبط با سلامتی و داده‌های اجتماعی – فرهنگی بر اساس جنسیت، برای شناسایی و برطرف نمودن عدم برابری در سلامتی ضروری می‌باشد.

**زنان و حق سلامتی**

۲۱. برای از میان برداشتن تبعیض علیه زنان، نیاز به تدوین و اجرای یک استراتژی جامع ملی جهت ترویج حق سلامتی برای زنان در تمام طول زندگی ایشان، می‌باشد. چنین استراتژی باید شامل اقداماتی با هدف جلوگیری و درمان بیماری‌های زنان و همچنین سیاست‌های مهیا نمودن دسترسی به انواع مراقبت‌های پزشکی باکیفیت و مقرون‌به‌صرفه که شامل خدمات جنسی و باروری نیز می‌باشد، گردد. یکی از اهداف بزرگ، کاهش خطرات سلامت زنان، به‌ویژه کاهش میزان مرگ‌ومیر مادران و محافظت از زنان در برابر خشونت خانگی می‌باشد. تحقق حق سلامت زنان مستلزم از میان برداشتن تمامی موانع بر سر راه دسترسی به خدمات درمانی، آموزش‌وپرورش و اطلاعات که شامل اطلاعات درزمینهٔ سلامت جنسی و باروری نیز می‌گردد، می‌باشد. همچنین، اقدامات پیشگیرانه، ترویج‌دهنده و اصلاحی جهت محافظت از زنان در برابر تأثیر زیان‌بخش رسوم و عادات فرهنگی سنتی که آن‌ها را از حقوق کامل باروری خود محروم می‌سازد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

**کودکان و نوجوانان**

۲۲. ماده الف (۲)(۱۲) نیاز به اقداماتی در خصوص کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و ترویج رشد سالم نوزادان و کودکان را به‌اختصار بیان می‌دارد. اسناد متعاقب بین‌المللی حقوق بشر تصدیق می‌نماید کودکان و نوجوانان دارای حق بهره‌مندی از بالاترین وضعیت سلامت و دسترسی جهت تسهیل درمان بیماری‌ها هستند.[[17]](#footnote-17) کنوانسیون حقوق کودک، دولت‌ها را ملزم به تضمین دسترسی به خدمات درمانی موردنیاز برای کودک و خانواده وی که شامل مراقبت‌های پیش و پس از زایمان برای مادران نیز می‌باشد، می‌نماید. این کنوانسیون، این اهداف را به تضمین دسترسی به اطلاعات مناسب کودکان در رابطه با رفتارهای پیشگیرانه و ارتقادهنده سلامت و حمایت از خانواده‌ها و جوامع درزمینهٔ به کار بستن این شیوه‌ها، پیوند می‌دهد. اجرای اصل عدم تبعیض، مستلزم این امر می‌باشد که دختران و پسران، به تغذیه کافی، محیط‌های امن و خدمات سلامت فیزیکی و سلامت روانی، دسترسی برابر داشته باشند. انجام اقداماتی مؤثر و مناسب، جهت پایان بخشیدن به رسوم سنتی زیان‌آور که سلامت کودکان علی‌الخصوص دختران را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، ازجمله ازدواج زودهنگام، ناقص سازی زنان و مقدم شماردن تغذیه و مراقبت از کودکان مذکر، ضروری است.[[18]](#footnote-18) کودکان دارای معلولیت باید فرصت بهره‌مندی از یک زندگی شایسته و مناسب و مشارکت در جامعه خویش را داشته باشند.

۲۳. دولت‌های عضو باید محیطی امن و حمایتگر برای نوجوانان که متضمن (ایجاد) فرصت مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مؤثر بر سلامتی، شکل‌گیری مهارت‌های زندگی، کسب اطلاعات موردنیاز، گرفتن مشاوره و تبادل‌نظر در خصوص انتخاب رفتارهای سلامتی باشد، فراهم آورند. تحقق حق سلامتی نوجوانان به گسترش مراقبت‌های پزشکی مناسب نوجوانان که محرمانه بودن و حریم خصوصی را محترم شمارده و شامل خدمات مناسب سلامت جنسی و باروری باشد، وابسته است.

۲۴. در تمامی سیاست‌ها و برنامه‌هایی که متضمن حق سلامتی کودکان و نوجوانان می‌باشند، در وهله نخست، منافع ایشان باید در نظر گرفته شود.

**افراد سالخورده**

۲۵. در خصوص تحقق حق سلامتی برای افراد سالخورده، کمیته مطابق با بندهای ۳۴ و ۳۵ اظهارنظر عمومی شماره ۶ (۱۹۹۵)، بر اهمیت یک رویکرد منسجم که عوامل پیشگیرانه، درمانی و توان‌بخشی معالجات درمانی را باهم درآمیزد، صحه می‌نهد. چنین اقداماتی باید بر مبنای معاینات دوره‌ای هم برای زنان و هم برای مردان؛ اقدامات توان‌بخشی جسمانی و همچنین روانی با هدف حفظ عملکرد و استقلال افراد سالخورده؛ و توجه و مراقبت از افرادی که بیماری‌های مزمن و مهلک دارند تا آن‌ها را از دردهای اجتناب‌پذیر رهانیده و مرگی باعزت را برایشان ممکن سازد، باشد.

**افراد دارای معلولیت**

۲۶. کمیته بر بند ۳۴ اظهارنظر عمومی شماره ۵ که به موضوع حق سلامتی جسمانی و روانی افراد دارای معلولیت می‌پردازد، صحه می‌نهد. به‌علاوه، کمیته بر التزام تضمین رعایت اصل عدم تبعیض در رابطه با افراد دارای معلولیت، توسط بخش درمان دولتی و همچنین تأمین‌کنندگان خدمات و مراکز درمانی در بخش خصوصی، تأکید می‌نماید.

**افراد بومی**

۲۷. نظر به قوانین و مقررات نوظهور بین‌المللی و اقدامات اخیر دولت‌های عضو در رابطه با افراد بومی، کمیته شناسایی عواملی که به تعریف حق سلامتی برای مردم بومی[[19]](#footnote-19) کمک می‌کند را مناسب تلقی نموده تا از این طریق دولت‌هایی با مردمان بومی، قادر به اجرای بهتر اصول آورده شده در ماده ۱۲ این میثاق گردند. کمیته معتقد است مردمان بومی، محق به اقداماتی ویژه جهت بهبود دسترسی ایشان به خدمات و مراقبت‌های درمانی می‌باشند. خدمات درمانی باید از دیدگاه فرهنگی مناسب بوده و مراقبت‌های پیشگیرانه و اقدامات و داروهای شفابخش سنتی را در نظر داشته باشد. دولت‌ها باید منابعی برای مردم بومی فراهم نمایند که آن‌ها را قادر به طراحی، ارائه و کنترل چنین خدماتی نموده و از این طریق این افراد از بالاترین سطح سلامت جسمی و روانی برخوردار گردند. گیاهان دارویی، حیوانات و مواد معدنی موردنیاز جهت بهره‌مندی کامل مردم بومی از سلامت، باید موردحفاظت قرار گیرد. کمیته معتقد است در جوامع بومی، اغلب، سلامت فرد در ارتباط با سلامت کلی جامعه بوده و یک بُعد مشترک دارد. در همین راستا، کمیته بر این باور است فعالیت‌های مرتبط با توسعه که منجر به رانده شدن ناخواسته افراد بومی از محیط و قلمرو آبا و اجدادی ایشان، محروم ساختن این افراد از منابع مواد غذایی و در هم شکستن رابطه هم‌زیستی افراد بومی با سرزمینشان گردد، تأثیری مخرب بر سلامت این افراد دارد.

**محدودیت‌ها**

۲۸. دولت‌های عضو در برخی موارد، از موضوع سلامت عمومی به‌عنوان عاملی برای محدود ساختن اجرای سایر حقوق ابتدایی، استفاده می‌نمایند. کمیته بر این امر تأکید می‌ورزد که بند محدودیت‌های میثاق – بند ۴- در وهله نخست، خواهان حفظ حقوق افراد و نه اعمال محدودیت از سوی دولت‌ها می‌باشد. درنتیجه، دولت عضوی که به دلایلی همچون امنیت ملی و یا حفظ نظم عمومی، در تغییر مکان افراد مبتلا به بیماری‌های مسری از قبیل اچ آی وی / ایدز محدودیت ایجاد نموده و یا این افراد را محبوس می‌نماید، از معالجه افراد ضد دولت توسط پزشک امتناع می‌ورزد و یا موفق به ایجاد مصونیت در مقابل بیماری‌های عفونی مهم جامعه نمی‌گردد، موظف به توجیه نمودن این اقدامات، در رابطه با هر یک از موارد ذکر شده در ماده ۴ می‌باشد. این دست محدودیت‌ها باید مطابق با قانون (که شامل موازین بین‌المللی حقوق بشر نیز می‌گردد)، متناسب با ماهیت حقوق حمایت‌شده توسط میثاق، همسو با اهداف مشروع دنبال شده و کاملاً موردنیاز برای اشاعه رفاه عمومی در یک جامعه دموکراتیک باشد.

۲۹. مطابق با ماده ۵.۱، این قبیل محدودیت‌ها باید متناسب باشند، بدین معنا که در هنگام وجود انواع مختلفی از محدودیت‌ها، گزینه‌ای که کمترین محدودیت را پدید می‌آورد انتخاب گردد. حتی در مواقعی که چنین محدودیت‌هایی به دلیل حفظ سلامت عمومی، مجاز شناخته می‌شود، باید کوتاه‌مدت و قابل بازبینی باشند.

**دوم. تعهدات دولت‌ها عضو**

**تعهدات قانونی عمومی**

۳۰. با وجودی که این میثاق، نظر به تحقق تدریجی داشته و از فشارهایی که به دلیل محدودیت منابع موجود شکل‌گرفته‌اند مطلع می‌باشد، اما تعهدات سریع­الاجرای مختلفی را نیز برای دولت‌های عضو وضع می‌نماید. دولت‌های عضو، در خصوص حق سلامتی، به‌عنوان‌مثال تضمین اجرای این حق فارغ از هرگونه تبعیض (ماده ۲.۲) و تعهد گام برداشتن در جهت تحقق کامل ماده ۱۲، تعهدی سریع­الاجرا دارند. این گام‌ها باید حساب‌شده، مشخص و هدفمند در جهت تحقق کامل حق سلامتی باشد.[[20]](#footnote-20)

۳۱. تحقق تدریجی حق سلامتی در طول زمان نباید به‌منزله کنار گذاشته شدن محتوای اصلی تعهدات دولت‌های عضو تلقی گردد. بلکه تحقق تدریجی بدین معناست که دولت‌های عضو تعهدی مشخص و مستدام به حرکت حتی‌الامکان سریع و مؤثر در جهت تحقق کامل ماده ۱۲، دارند.[[21]](#footnote-21)

۳۲. فرضیه‌ای قوی در خصوص ممنوعیت اقدامات واپس­گرایانه در رابطه با حق سلامتی و همین‌طور سایر حقوق مطرح‌شده در این میثاق وجود دارد. درصورتی‌که اقدامی واپس­گرایانه به‌صورت عمدی انجام گیرد، دولت عضو موظف است اثبات کند این اقدامات پس از سنجیدن تمامی گزینه‌ها انتخاب شده و با در نظر گرفتن کلیه حقوق مطرح‌شده در این میثاق و با در نظر گرفتن استفاده کامل دولت عضو از حداکثر منابع موجود، توجیه‌پذیرند.[[22]](#footnote-22)

۳۳. حق سلامتی همانند سایر حقوق بشر، سه سطح از تعهد را برای دولت‌های عضو پدید می‌آورد: تعهد محترم شماردن، حمایت و اجرا. تعهد اجرا، به نوبه خود، تعهدات تسهیل سازی، تأمین و ترویج را به همراه دارد.[[23]](#footnote-23) تعهد محترم شماردن دولت‌های عضو را ملزم می‌دارد از مداخله مستقیم یا غیرمستقیم در بهره‌مندی از حق سلامتی اجتناب ورزند. تعهد حمایت، دولت‌ها را ملزم می‌دارد از مداخله سوم شخص‌ها در تضمین ماده ۱۲ جلوگیری به عمل‌آورند؛ و در انتها، تعهد اجرا دولت‌ها را ملزم می‌دارد که اقدامات قانونی، اداری، بودجه‌ای، قضایی، تبلیغاتی و سایر اقدامات لازم را در جهت تحقق کامل حق سلامتی اتخاذ نمایند.

**تعهدات قانونی ویژه**

۳۴. دولت‌ها به‌ویژه، موظف می‌باشند حق سلامتی را به روش‌های مختلف ازجمله اجتناب از محدود نمودن یا انکار دسترسی برابر همه افراد که شامل زندانیان، افراد بازداشت‌شده، اقلیت‌ها، پناهندگان و مهاجران غیرقانونی نیز می‌گردد، به خدمات صحیح پیشگیرانه، درمانی و تسکینی؛ اجتناب از تبدیل سیاست‌های تبعیض‌آمیز به سیاست‌های دولتی؛ و اجتناب از تحمیل سیاست‌های تبعیض‌آمیز مرتبط با وضعیت و نیازهای سلامت زنان، محترم شمارند. به‌علاوه، تعهدات محترم شماردن شامل تعهد دولت عضو به پرهیز از ممنوعیت یا بازداشتن مراقبت‌های پیشگیرانه، روش‌های شفابخشی و داروهای سنتی، پرهیز از فروش داروهای ناسالم و پرهیز از اعمال درمان‌های پزشکی اجباری – مگر در شرایطی استثنایی و با هدف درمان بیماری روانی یا پیشگیری و کنترل بیماری‌های مسری – می‌باشد. موارد استثنایی از این دست، باملاحظه بهترین شیوه‌ها و موازین کاربردی بین‌المللی که شامل «اصول حمایت از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی و بهبود مراقبت‌های بهداشت روان» نیز می‌باشد، باید محدود به شرایطی خاص و انحصاری گردند.[[24]](#footnote-24) همچنین، دولت‌ها باید از محدود نمودن دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و سایر روش‌های حفظ سلامت جنسی و باروری، سانسور، پنهان نمودن یا ارائه نادرست عمدی اطلاعات مرتبط با سلامتی – که شامل اطلاعات و آموزش‌های جنسی نیز می‌گردد، و بازداشتن مشارکت مردم در امور مرتبط با سلامتی اجتناب نمایند. علاوه بر این، دولت‌های عضو باید از آلودن غیرقانونی هوا، آب‌وخاک از طریق فاضلاب صنعتی حاصله از مراکز تحت نظارت دولت، استفاده و آزمایش تسلیحات هسته‌ای، بیولوژیکی و شیمیایی – درصورتی‌که چنین آزمایشاتی منجر به انتشار مواد مضر برای سلامت انسان گردد و محدود نمودن دسترسی به خدمات درمانی تحت عنوان اقدامی کیفری (به‌عنوان‌مثال، در زمان نبردهای مسلحانه و بر ضد قوانین انسان دوستانه بین‌المللی)، اجتناب ورزند.

۳۵. تعهد حمایت، شامل موظف بودن دولت‌ها به تصویب قوانین یا انجام اقداماتی دیگر به‌منظور تضمین دسترسی برابر به مراقبت‌های پزشکی و خدمات درمانی فراهم‌شده توسط شخص سوم؛ تضمین این امر که خصوصی‌سازی بخش بهداشت و درمان خللی در فراهم بودن دسترسی، قابل‌قبول بودن و کیفیت مراکز و خدمات درمانی و اقلام بهداشتی ایجاد نمی‌نماید؛ کنترل فروش تجهیزات پزشکی و دارو توسط شخص سوم؛ تضمین برخوردار بودن پزشکان و سایر افراد شاغل در بخش آموزش سلامت، مهارت‌ها و رفتار و کردار مناسب، می‌گردد. همچنین، دولت‌ها ملزم به حصول اطمینان از عدم دخالت رسومات اجتماعی یا سنتی زیان‌بخش در دسترسی به مراقبت‌های پیش و پس از زایمان و تنظیم خانواده؛ بازداشتن شخص سوم از وادار نمودن زنان به تقبل رسومات سنتی از قبیل ختنه زنان و (اقدام) به حمایت از تمام گروه‌های آسیب‌پذیر یا نادیده گرفته‌شده جامعه به‌ویژه زنان، کودکان، نوجوانان و افراد سالخورده، با در نظر گرفتن نمودهای خشونت بر مبنای جنسیت، می‌باشند. به‌علاوه، دولت‌ها باید از عدم محدود نمودن دسترسی افراد به اطلاعات و خدمات مرتبط با بهداشت و درمان، توسط شخص سوم، اطمینان حاصل نمایند.

۳۶. تعهد اجرا دولت‌ها را موظف می‌سازد حق سلامتی را به میزان کافی و از طریق اجرای قوانین، در نظام سیاسی و حقوقی ملی به رسمیت شناخته و یک سیاست سلامت ملی، به انضمام برنامه‌ای دقیق جهت تحقق حق سلامتی اتخاذ نمایند. دولت‌ها موظف به فراهم نمودن مراقبت‌های پزشکی که شامل برنامه‌های مصون‌سازی در برابر بیماری‌های عفونی حاد، آب آشامیدنی سالم، بهداشت پایه، مسکن و شرایط زندگی مناسب است، می‌باشند. زیرساخت‌های سلامتی عمومی باید خدمات سلامت جنسی و باروری که شامل سلامت مادر علی‌الخصوص در مناطق روستایی می‌شود را ممکن سازد. دولت‌ها با در نظر گرفتن توزیع عادلانه در سراسر کشور، موظف به تضمین آموزش صحیح پزشکان و سایر پرسنل پزشکی، فراهم نمودن بیمارستان، کلینیک و سایر مراکز درمانی به تعداد کافی و پیش برَی و حمایت از تأسیس مؤسسات ارائه‌کننده خدمات مشاوره و سلامت روان، می‌باشند. سایر تعهدات، شامل فراهم نمودن نظام‌های بیمه سلامتی دولتی، خصوصی و دولتی-خصوصی که برای همگان مقرون‌به‌صرفه باشد؛ اشاعه تحقیقات پزشکی و آموزش سلامت؛ و پویش‌های اطلاع‌رسانی به‌ویژه در رابطه با اچ آی وی/ ایدز، سلامت جنسی و باروری، متدهای سنتی، خشونت خانگی، سوءمصرف الکل و استعمال سیگار، مواد مخدر و سایر مواد مضر، می‌باشد. به‌علاوه، دولت‌ها ملزم به‌صورت دادن اقداماتی در تقابل با خطرات سلامت زیست‌محیطی و شغلی و سایر تهدیدات مشخص شده در اطلاعات اخذ شده از بیماری‌های همه‌گیر می‌باشد. جهت (نیل به) این هدف، دولت‌ها باید سیاست‌هایی ملی با هدف کاهش و از بین بردن آلودگی هوا، آب‌وخاک که شامل آلودگی بر اثر فلزهای سنگین همچون سرب حاصله از گازوئیل می‌باشد، اتخاذ و اجرا نمایند. به‌علاوه، دولت‌ها به‌منظور به حداقل رساندن خطر سوانح و بیماری‌های شغلی و همچنین فراهم نمودن یک سیاست ملی منسجم در ارتباط با امنیت شغلی و خدمات درمانی، موظف به تدوین، اجرا و بازبینی دوره‌ای سیاست ملی منسجم می‌باشند.[[25]](#footnote-25)

۳۷. تعهد اجرا (تسهیل سازی) دولت‌ها را موظف می‌گرداند جهت بهره‌مندی افراد و جوامع از حق سلامتی، اقداماتی مثبت انجام دهند. به‌علاوه، چنانچه افراد و یا گروهی به دلایل فراتر از کنترل ایشان، با ابزارهایی که در اختیار دارند قادر به تحقق این حق نباشند، دولت‌های عضو موظف به اجرا (فراهم نمودن) حقی ویژه در این میثاق می‌باشند. تعهد اجرای (ترویج) حق سلامتی، دولت‌ها را ملزم به انجام اقداماتی می‌نماید که سلامتی برای افراد به ارمغان آورده، حفظ نموده و یا به ایشان بازگرداند. چنین تعهداتی شامل موارد ذیل می‌گردد: (یکم) تقویت (روش‌های) شناسایی عواملی که نتایجی مثبت بر سلامت دارند، به‌عنوان‌مثال تحقیق و فراهم نمودن اطلاعات؛ (دوم) اطمینان حاصل نمودن از تناسب فرهنگی خدمات درمانی و این امر که کارکنان مراقبت‌های پزشکی برای شناسایی و پاسخگویی به نیازهای ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر و کمتر موردتوجه قرارگرفته، آموزش دیده‌اند؛ (سوم) اطمینان حاصل نمودن از این امر که دولت‌ها به وظیفه خود در قبال تفکیک اطلاعات مقتضی در خصوص روش‌های زندگی و خوراک سالم، مرسومات سنتی زیان‌بخش و فراهم بودن خدمات؛ (چهارم) حمایت از افراد در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه در خصوص سلامت خود.

**تعهدات بین‌المللی**

۳۸. کمیته در اظهارنظر عمومی شماره ۳ توجهات را به سمت تعهد همه دولت‌ها به اقدام فردی و یا از طریق مساعدت و همکاری بین‌المللی، به‌ویژه اقتصادی و فنی، در جهت تحقق کامل حقوق مطرح‌شده در این میثاق، من‌جمله حق سلامتی، جلب می‌نماید. نظر به ماده ۵۶ منشور ملل متحد، اصول ویژه میثاق (ماده‌های ۱۲، ۲.۱، ۲۲ و ۲۳) و بیانیه آلماآتا در خصوص مراقبت‌های اولیه بهداشتی، دولت‌های عضو باید نقش اساسی همکاری بین‌المللی را به رسمیت شناخته و به‌منظور تبعیت از تعهد خود، به‌طور جداگانه یا متفقاً، اقدام به تحقق کامل حق سلامتی نمایند. در همین راستا، دولت‌های عضو به بیانیه آلماآتا ارجاع داده می‌شوند که اظهار می‌دارد نابرابری فاحش فعلی در وضعیت سلامت افراد، به‌ویژه میان کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، همچنین داخل کشورها، از دیدگاه سیاسی، اجتماعی و اقتصادی غیرقابل‌قبول بوده و بنابراین نگرانی مشترک تمام کشورها است.[[26]](#footnote-26)

۳۹. به‌منظور تبعیت از تعهدات بین‌المللی مرتبط با ماده ۱۲، دولت‌های عضو ملزم به محترم شماردن بهره‌مندی از حق سلامتی در کشورهای دیگر بوده و موظف‌اند در صورت قادر بودن به تأثیرگذاری بر این سوم شخص‌ها از طریق ابزارهای قانونی و سیاسی، مطابق با منشور ملل متحد و قوانین مناسب بین‌المللی، افراد سوم شخص را از نقض این حق در کشورهای دیگر، بازدارند. دولت‌ها بر اساس (میزان) فراهم بودن منابع، در صورت امکان، موظف به تسهیل دسترسی مراکز، اقلام و خدمات درمانی موردنیاز در کشورهای دیگر و تأمین کمک‌های لازم در مواقع نیاز می‌باشند.[[27]](#footnote-27) دولت‌های عضو باید از بذل‌توجه کافی به‌حق سلامتی در توافق‌نامه‌های بین‌المللی اطمینان حاصل نموده و برای این منظور باید شکل‌گیری ابزارهای قانونی دیگری را نیز مدنظر قرار دهند. در خصوص نتیجه‌گیری‌های سایر توافق‌نامه‌های بین‌المللی، دولت‌های عضو باید از عدم تأثیر منفی ابزارهای یاد شده بر حق سلامتی، اطمینان حاصل نمایند. همچنین، دولت‌های عضو موظف می‌باشند اطمینان حاصل نمایند که عملکرد ایشان به‌عنوان اعضای سازمان‌های بین‌المللی، به حق سلامتی به میزان کافی توجه دارد. از این رو، آن دسته از دولت‌ها که عضو مؤسسات مالی بین‌المللی، علی‌الخصوص صندوق بین‌المللی پول، بانک جهانی و بانک‌های توسعه منطقه‌ای می‌باشند، باید از طریق اثرگذاری بر سیاست‌های وام، تفویض اعتبارات و اقدامات بین‌المللی این مؤسسات، توجه بیشتری به حفظ حق سلامتی داشته باشند.

۴۰. دولت‌های عضو، بنا بر منشور ملل متحد و مصوبات مربوطه مجمع عمومی سازمان ملل متحد و مجمع جهانی بهداشت، موظف‌اند به‌صورت انفرادی و یا متفقاً در فراهم نمودن (خدمات) تسکین فاجعه و کمک‌رسانی بشردوستانه در زمان اضطرار، شامل یاری‌رسانی به مهاجران و افرادی که در سرزمین خود آواره شده‌اند، همکاری داشته باشند. هر یک از دولت‌ها موظف می‌باشد با تمام توان خویش در انجام این امر تلاش ورزد. در تأمین کمک‌های پزشکی بین‌المللی، توزیع و مدیریت منابع، من‌جمله آب آشامیدنی سالم، خوراک و تجهیزات پزشکی و کمک‌های اقتصادی، آسیب‌پذیرترین و نادیده گرفته‌شده‌ترین گروه‌های مردم، در اولویت قرار می‌گیرند. به‌علاوه، با توجه به این‌که برخی بیماری‌ها به‌آسانی قابل پیشروی فراتر از محدوده کشور عضو می‌باشد، جامعه بین‌الملل مسئولیتی مشترک در قبال رسیدگی به این امر دارد. در این خصوص، دولت‌های عضوی که از لحاظ اقتصادی توسعه‌یافته می‌باشند، مسئولیت و سهمی ویژه در یاری‌رسانی به دولت‌های در حال توسعه فقیرتر دارند.

۴۱. دولت‌های عضو باید همواره از اعمال تحریم‌ها و یا اقدامات مشابه که ذخایر کافی دارو و تجهیزات پزشکی دولت عضو دیگری را محدود نماید، اجتناب ورزند. محدود نمودن این قبیل اقلام هرگز نباید به‌عنوان ابزاری برای فشار سیاسی و اقتصادی مورداستفاده قرار گیرد. در همین راستا، کمیته دیدگاه خود را در خصوص ارتباط بین تحریم‌های اقتصادی و احترام به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که در اظهارنظر عمومی شماره ۸ ذکر شده، یادآور می‌گردد.

۴۲. باوجوداینکه تنهای دولت‌های عضو این میثاق، موظف به تبعیت از آن می‌باشند، اما تمام اعضای جامعه – افراد، متخصصین سلامت، خانواده‌ها، جوامع محلی، سازمان‌های دولتی بین‌المللی و سازمان‌های بین‌المللی غیردولتی، سازمان‌های جامعه مدنی و همچنین بخش خصوصی- در قبال تحقق حق سلامتی مسئول می‌باشند. ازاین‌رو دولت‌های عضو باید محیطی را فراهم آورند که عمل به این مسئولیت‌ها را تسهیل گرداند.

**وظایف بدیهی**

۴۳. کمیته در اظهارنظر عمومی شماره ۳ تأکید می‌نماید دولت‌های عضو موظف به تضمین بهره‌مندی دست‌کم، پایین‌ترین سطح ضروری موردنیاز از هر یک از حقوق نام برده شده در این میثاق، من‌جمله مراقبت‌های پزشکی ابتدایی ضروری، می‌باشند. بیانیه آلماآتا، به انضمام اسناد جدیدتری من‌جمله برنامه عمل کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه،[[28]](#footnote-28) رهنمون‌های مقبولی در خصوص وظایف بدیهی نشأت گرفته از ماده ۱۲ ارائه می‌نماید. در همین راستا، کمیته معتقد می‌باشد این وظایف بدیهی، دست‌کم، تعهدات ذیل را در برمی‌گیرد:

الف) تضمین حق دسترسی به مراکز، اقلام و خدمات درمانی بر پایه عدم تبعیض، به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر و کمتر موردتوجه قرار گرفته؛

ب) تضمین دسترسی به حداقل میزان ضروری خوراک که از نظر ارزش غذایی، مناسب و سالم بوده و تضمین عدم گرسنگی برای همگان؛

ج) تضمین دسترسی به سرپناه، مسکن و بهداشت پایه و میزان کافی آب آشامیدنی سالم؛

د) فراهم نمودن داروهای ضروری، مطابق با آنچه در برنامه اجرایی داروهای ضروری سازمان بهداشت جهانی، در بازه‌های زمانی مختلف، اعلام می‌گردد؛

ه) تضمین توزیع عادلانه مراکز، اقلام و خدمات درمانی؛

ی) اتخاذ و اجرای یک استراتژی سلامت عمومی ملی و برنامه عمل، بر مبنای شواهد به‌دست‌آمده از بیماری‌های همه‌گیر، که به مسائل مرتبط با سلامت کل جمعیت بپردازد؛ این استراتژی و برنامه عمل باید تدوین و به‌صورت متناوب، بر مبنای روندی مشارکتی و شفاف، مورد بازبینی قرار گیرد; استراتژی و برنامه اجرایی باید شامل روش‌ها، من‌جمله حق شاخص‌ها و معیارهای سلامت بوده که با استفاده از آن‌ها میزان دقیق پیشرفت را می‌توان موردسنجش قرار داد؛ روند تدوین این استراتژی و برنامه اجرایی و همچنین محتوای آن‌ها، باید توجه ویژه‌ای به گروه‌های آسیب‌پذیر یا کمتر مورد توجه قرار گرفته شده، داشته باشد.

 ۴۴. به‌علاوه، کمیته بیان می‌دارد موارد زیر، تعهداتی می‌باشند که از درجه اهمیت یکسانی برخوردارند:

 الف) تضمین مراقبت‌های پزشکی باروری، مادری (پیش و پس از زایمان) و کودک؛

 ب) ایجاد مصونیت در برابر بیماری‌های حاد عفونی رایج در جامعه؛

 ج) اقدام به پیشگیری، معالجه و کنترل بیماری‌های همه‌گیر و بیماری‌های بومی؛

د) فراهم نمودن آموزش‌وپرورش و دسترسی به اطلاعات در خصوص مشکلات اصلی سلامت در جامعه که شامل روش‌های پیشگیری و معالجه آن‌ها نیز می‌گردد؛

ه) فراهم نمودن آموزش مناسب برای کارکنان بخش سلامت که شامل آموزش‌های سلامت و حقوق بشر نیز می‌گردد.

۴۵. کمیته جهت زدودن هرگونه ابهام، خواستار تأکید بر این مطلب می‌باشد که دولت‌های عضو و سایر عواملی که قادر به کمک‌رسانی می‌باشند، موظف به فراهم نمودن «مساعدت و همکاری بین‌المللی، علی‌الخصوص اقتصادی و فنی»[[29]](#footnote-29) که کشورهای در حال توسعه را قادر به انجام وظایف و سایر تعهدات نام برده شده در بالا در بندهای ۴۳ و ۴۴ می‌نماید، می‌باشند.

۴۶. هنگامی‌که محتوای اصلی ماده ۱۲ (بخش نخست)، در تعهدات دولت‌های عضو (بخش دوم) لحاظ می‌گردد، فرایندی پویا که شناسایی تخلفات از حق سلامتی را تسهیل می‌سازد، شکل می‌گیرد. بندهای زیر، نمونه‌هایی از تخلفات از ماده ۱۲ را تصریح می‌کند.

۴۷. به منظور تعیین اقدامات و یا اهمال‌های منتهی به تخطی از حق سلامتی، لازم است مابین ناتوانی دولت عضو و عدم تمایل به تبعیت از تعهدات محوله تحت ماده ۱۲، تمایز قائل گشت. این امر از ماده ۱۲.۱ که به برخورداری از بالاترین وضعیت سلامت پرداخته و ماده ۲.۱ میثاق که دولت‌ها را ملزم به انجام اقدامات موردنیاز با بهره گرفتن از حداکثر منابع در دسترس ایشان می‌نماید، برآمده است. دولت عضوی که جهت تحقق حق سلامتی، تمایل به استفاده از حداکثر میزان منابع موجود خود نداشته باشد، از وظایف محوله تحت ماده ۱۲ سرپیچی نموده است. چنانچه محدودیت منابع، تبعیت از تعهدات میثاق را برای یکی از دولت‌های عضو غیرممکن سازد، آن دولت موظف می‌باشد ثابت نماید هرگونه تلاشی در راستای استفاده از کلیه منابع موجود برای ایشان، با هدف عمل به تعهدات مذکور به‌عنوان یک اولویت، انجام گرفته است. بااین‌حال، لازم به تذکر می‌باشد هیچ دولت عضوی تحت هیچ شرایطی نمی‌تواند عدم تبعیت از تعهدات تخفیف ناپذیر مذکور در بند ۴۳ این اظهارنظر عمومی را توجیه نماید.

۴۸. تضییع حق سلامتی می‌تواند در نتیجه عملکرد مستقیم دولت‌ها و یا نهادهای دیگر که به میزان کافی تحت نظارت دولت‌ها نیستند، صورت پذیرد. انجام هر اقدام واپس­گرایانه که در تناقض با وظایف بدیهی مرتبط با حق سلامتی- ذکر شده در بند ۴۳ این اظهارنظر عمومی- باشد، تخلف از حق سلامتی محسوب می‌گردد. تخلفات از طریق عملکرد دولت‌ها شامل فسخ رسمی و یا تعلیق قوانین موردنیاز جهت بهره‌مندی مستمر از حق سلامتی و یا تصویب قوانین یا استراتژی که آشکارا در تقابل با تعهدات قانونی پیشین ملی یا بین‌المللی در خصوص حق سلامتی باشد، می‌گردد.

۴۹. تضییع حق سلامتی همچنین می‌تواند از طریق اهمال یا عدم توانایی دولت‌ها در انجام اقدامات مقتضی نشأت گرفته از تعهدات قانونی صورت پذیرد. تخلف از طریق اهمال شامل عدم توانایی انجام اقدامات مقتضی جهت تحقق کامل حق بهره‌مندی از بالاترین وضعیت سلامت جسمانی و روحی برای همگان، عدم توانایی داشتن یک سیاست ملی در خصوص امنیت و سلامت شغلی و همچنین خدمات درمانی شغلی و عدم توانایی تصویب قوانین مربوطه، می‌باشد.

**تخلفات از تعهد محترم شماردن**

۵۰. تخلف از تعهد محترم شماردن شامل آن دسته از اقدامات، سیاست‌ها یا قوانین دولت‌ها می‌باشد که با موازین تعیین‌شده در ماده ۱۲ این میثاق در تناقض بوده و محتمل، منجر به صدمات بدنی، ناخوشی‌های بی‌دلیل و مرگ‌ومیر قابل پیشگیری می‌گردد. به‌عنوان‌مثال می‌توان به این موارد اشاره نمود: تکذیب دسترسی افراد یا گروه‌هایی خاص به خدمات، اقلام و مراکز درمانی، در نتیجه تبعیضات قانونی و یا بالفعل؛ ارائه نادرست و یا امتناع عمدی از دادن اطلاعات موردنیاز برای حفظ سلامت و درمان؛ تعلیق و یا تصویب قوانین یا سیاست‌هایی که مخل بهره‌مندی از تمامی اجزای حق سلامتی می‌باشد؛ و عدم توجه یک دولت به تعهدات قانونی خود در خصوص حق سلامتی، در مواردی که دولت مربوطه با سایر دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی و سایر نهادها از جمله مؤسسات چندملیتی، قراردادی دوجانبه یا چندجانبه منعقد می‌کنند.

**تخلفات از تعهد حمایت**

۵۱. تخلفات از تعهد حمایت در نتیجه عدم توانایی دولت‌ها در انجام تمامی اقدامات لازم جهت محافظت از افراد درون محدوده تخت اختیار خویش، در برابر تخلف از حق سلامت توسط سوم شخص‌ها صورت می‌پذیرد. این دسته شامل اهمال‌هایی از این قبیل می‌گردد: عدم توانایی نظارت بر فعالیت‌های افراد، گروه‌ها یا مؤسسات با هدف بازداشتن ایشان از نقض حق سلامتی برای دیگران؛ عدم توانایی محافظت از مصرف‌کنندگان و کارگران در برابر فعالیت‌های زیان‌بخش برای سلامتی که از سوی کارفرمایان و تولیدکنندگان دارو یا خوراک بر ایشان تحمیل می‌گردد؛ عدم توانایی بازداشتن تولید، فروش و مصرف دخانیات، مواد مخدر و سایر مواد مضر؛ عدم توانایی محافظت از زنان در برابر خشونت خانگی و یا محاکمه مجرمان؛ عدم توانایی بازداشتن اجرای مستمر آیین‌های پزشکی یا فرهنگی سنتی زیان‌آور؛ عدم توانایی تصویب یا اجرای قوانینی که صنایع تولیدی و معدن را از آلودن آب، هوا و خاک باز می‌دارد.

**تخلفات از تعهد اجرا**

۵۲. تخلفات از تعهد اجرا زمانی رخ می‌دهد که دولت‌های عضو در انجام اقدامات لازم جهت تضمین تحقق حق سلامتی، متحمل شکست گردند. به‌عنوان‌مثال می‌توان به این موارد اشاره نمود: عدم توانایی اتخاذ یا اجرای یک سیاست سلامت ملی که برای تضمین حق سلامتی برای همگان طراحی شده باشد؛ صرف هزینه ناکافی و یا تخصیص نابجای منابع عمومی که منجر به عدم بهره‌مندی افراد یا گروه‌ها علی‌الخصوص گروه‌های آسیب‌پذیر و کمتر موردتوجه قرار گرفته، از حق سلامتی می‌گردد؛ عدم توانایی نظارت بر حق سلامتی در سطح ملی از طریق، به‌عنوان‌مثال، شناسایی شاخص‌ها و معیارهای حق سلامتی؛ عدم توانایی انجام اقداماتی در خصوص کاهش توزیع نابرابر خدمات، اقلام و مراکز درمانی؛ عدم توانایی اتخاذ یک رویکرد نسبت به سلامتی که جنسیت در آن لحاظ شده باشد؛ و عدم توانایی کاهش میزان مرگ‌ومیر نوزادان و مادران.

**چهارم. اجرا در سطح ملی**

**قوانین ساختاری**

۵۳. مناسب‌ترین اقدامات برای اجرای حق سلامتی در هر یک از دولت‌های عضو، به میزان چشمگیری با دولت عضو دیگر تفاوت دارد. هر دولت عضو دارای اختیار ارزیابی اقدامات مناسب جهت رسیدگی به شرایط خاص خود می‌باشد. بااین‌وجود، میثاق این وظیفه را به عهده تک‌تک دولت‌ها می‌نهد که تمامی اقدامات لازم جهت تضمین دسترسی همگان به خدمات، اقلام و مراکز درمانی را انجام داده و از این طریق افراد، در اسرع وقت، بتوانند از بالاترین وضعیت سلامت جسمی و روحی بهره‌مند گردند. این امر مستلزم اتخاذ یک استراتژی ملی جهت بهره‌مندی از حق سلامتی بر مبنای اصول حقوق بشر که معرف اهداف آن استراتژی بوده و تدوین سیاست‌ها و حق مربوط به شاخص‌ها و معیارهای سلامتی، می‌باشد. همچنین، این استراتژی سلامت ملی باید منابع موجود جهت تحصیل اهداف تعیین شده و مقرون به‌صرفه‌ترین راه‌های استفاده از آن منابع را شناسایی نماید.

۵۴. تدوین و اجرای استراتژی‌های سلامت ملی و برنامه‌های اجرایی باید مواردی از قبیل اصول عدم تبعیض و مشارکت افراد را محترم شمارد. به‌ویژه، حق مشارکت افراد و گروه‌ها در روندهای تصمیم‌گیری که ممکن است در پیشرفت آن‌ها مؤثر باشد، باید جزء اصلی سیاست‌ها، برنامه‌ها و یا استراتژی‌های مدون جهت عمل به تعهدات محوله از سوی ماده ۱۲ باشد. اشاعه سلامتی باید شامل فعالیت مؤثر جامعه در اولویت‌گذاری، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، اجرا و بررسی استراتژی‌ها، باهدف رسیدن به (وضعیت) سلامتی بهتر می‌باشد. تأمین مؤثر خدمات درمانی تنها زمانی تضمین می‌گردد که دولت‌ها مشارکت افراد را به‌طور قطعی به دست آورده باشند.

۵۵. استراتژی سلامت ملی و برنامه اجرایی باید بر مبنای اصول پاسخگویی، شفافیت و استقلال از نظام قضایی باشد؛ زیرا حاکمیت و نظارت خوب، لازمه اجرای مؤثر تمامی حقوق بشر من‌جمله تحقق حق سلامتی می‌باشد. به‌منظور فراهم آوردن فضایی مناسب برای تحقق این حق، دولت‌های عضو موظف به انجام اقداماتی می‌باشند که آگاهی و توجه بخش بازرگانی خصوصی و جامعه مدنی به‌حق سلامتی را در فعالیت‌های ایشان تضمین نماید.

۵۶. دولت‌ها باید به‌منظور عملیاتی نمودن حق استراتژی سلامت ملی برای خود، تصویب یک قانون ساختاری را مدنظر قرار دهند. قانون ساختاری باید مکانیزم­های ملی نظارت بر اجرای استراتژی سلامت ملی و برنامه‌های اجرایی را مقرر نماید. قانون ساختاری باید شامل اصولی در خصوص اهداف موردنظر و بازه زمانی جهت نیل به این اهداف؛ ابزاری که توسط آن حق معیارهای سلامت می‌تواند حاصل گردد؛ همکاری‌های موردنظر با جامعه مدنی که شامل متخصصین سلامت، بخش خصوصی و سازمان‌های بین‌المللی می‌شود؛ مسئولیت نهادینه اجرای حق استراتژی سلامت ملی و برنامه اجرایی؛ و روندهای ممکن برای کمک‌گیری، باشد. طی نظارت بر روند پیشرفت تحقق حق سلامتی، دولت‌های عضو باید عوامل و دشواری‌های مؤثر بر عمل به تعهدات توسط ایشان را شناسایی نمایند.

**حق شاخص‌ها و معیارهای سلامتی**

۵۷. استراتژی‌های سلامت ملی باید حق شایسته شاخص‌ها و معیارهای سلامتی را بشناسانند. شاخص‌ها باید به نحوی طراحی گردند که بر تعهدات محوله به دولت‌های عضو، تحت ماده ۱۲، در سطح ملی و بین‌المللی نظارت داشته باشد. دولت‌ها می‌توانند در خصوص حق شایسته شاخص‌های سلامتی که باید جوانب مختلف حق سلامتی را در نظر گیرد، از تلاش‌های در حال انجام سازمان بهداشت جهانی و صندوق کودکان ملل متحد (یونیسف) در همین رابطه، راهنمایی بگیرند. حق شاخص‌های سلامت، مستلزم تفکیک بر مبنای زمینه‌های نهی شده تبعیض می‌باشد.

۵۸. پس از شناسایی حق شایسته شاخص‌های سلامتی، از دولت‌های عضو خواسته می‌شود برای هر یک از شاخص‌ها، معیار ملی مناسبی تعریف گردد. طی روند گزارش دهی دوره‌ای، کمیته در فرآیندی تعاملی با دولت عضو قرار خواهد گرفت. تعامل شامل بررسی مشترک شاخص‌ها و معیارهای ملی توسط دولت عضو و کمیته می‌باشد و این امر منتهی به برگزیدن اهداف موردنظر برای دوره گزارش دهی آتی می‌گردد. طی ۵ سال آینده، دولت‌های عضو از این معیارهای ملی جهت کمک به نظارت بر اجرای ماده ۱۲، استفاده خواهند نمود. پس از آن، در فرآیند گزارش دهی آتی، دولت عضو و کمیته دستیابی و یا عدم دستیابی به این معیارها و دلایل هرگونه دشواری احتمالی پدید آمده را مورد بررسی قرار خواهند داد.

**چاره‌جویی‌ها و پاسخگویی**

۵۹. هر فرد یا گروه قربانی نقض حق سلامتی باید به جبران خسارت قضایی و سایر انواع مناسب چاره‌جویی، در هر دو سطح ملی و بین‌المللی دسترسی داشته باشد.[[30]](#footnote-30) تمامی قربانیان چنین نقضی محق به جبران مافات مناسب بوده که این امر می‌تواند به شکل اعاده مال، جبران خسارت، بهره‌مندی و یا تضمین عدم تبعیض باشد. دفاتر ملی رسیدگی به شکایات، کمیسیون‌های حقوق بشر، انجمن‌های مصرف‌کنندگان، انجمن‌های حقوق بیماران و یا مؤسسات مشابه باید به تخلفات از حق سلامتی بپردازند.

۶۰. گنجاندن آن دسته از ابزارهای بین‌المللی که حق سلامتی را به رسمیت می‌شناسند، در نظام حقوقی ملی می‌تواند دامنه و تأثیر اقدامات چاره­جویانه را به میزان بسیاری وسعت بخشیده و این عمل باید در تمامی موارد مورد تشویق قرار گیرد.[[31]](#footnote-31) گنجاندن موارد مذکور، دادگاه‌ها را قادر به صدور حکم در موارد نقض حق سلامتی و یا دست‌کم تخلف از وظایف بدیهی، با ارجاع مستقیم به میثاق می‌نماید.

۶۱. دولت‌های عضو باید قضات و افراد شاغل در حرف حقوقی را در عمل به وظایف خود به بذل‌توجه بیشتر به تخلفات از حق سلامتی، تشویق نمایند.

۶۲. نظر به یاری‌رسانی به گروه‌های آسیب‌پذیر و کمتر مورد توجه قرار گرفته در خصوص تحقق حق سلامتی برای ایشان، دولت‌های عضو باید تلاش‌های مدافعان حقوق بشر و جامعه مدنی را مورد احترام و حمایت قرار داده، آن را تسهیل نموده و ترویج نمایند.

**پنجم. وظایف عواملی غیر از دولت‌های عضو**

۶۳. نقش آژانس‌ها و برنامه‌های ملل متحد و به‌ویژه عملکرد ویژه سازمان بهداشت جهانی در تحقق حق سلامتی در سطوح بین‌المللی، منطقه‌ای و کشوری و همچنین عملکرد یونیسف در خصوص حق سلامت کودکان، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. دولت‌های عضو هنگام تدوین و اجرای حق استراتژی سلامت ملی می‌توانند از کمک‌های فنی و همکاری سازمان بهداشت جهانی بهره برند. به‌علاوه، دولت‌های عضو در زمان آماده نمودن گزارشات خویش باید از اطلاعات گسترده و خدمات مشاوره سازمان بهداشت جهانی در خصوص جمع‌آوری اطلاعات، تفکیک و توسعه حق شاخص‌ها و معیارهای سلامت استفاده نمایند.

۶۴. همچنین تلاش‌های هماهنگ با هدف افزایش تعاملات مابین عوامل درگیر، من‌جمله اعضای مختلف جامعه مدنی، در جهت تحقق حق سلامتی باید برقرار گردد. به‌موجب ماده‌های ۲۲ و ۲۳ میثاق، سازمان بهداشت جهانی، سازمان جهانی کار، برنامه توسعه ملل متحد، یونیسف، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، بانک جهانی، بانک‌های توسعه منطقه‌ای، صندوق بین‌المللی پول، سازمان تجارت جهانی و سایر نهادهای مربوطه در داخل نظام سازمان ملل متحد، باید با دولت‌های عضو همکاری مؤثری داشته و با در نظر گرفتن وظایف و اختیارات فردی خود، از تجارب مربوطه دولت‌ها درزمینهٔ اجرای حق سلامتی در سطح ملی استفاده نمایند. به‌ویژه مؤسسات مالی بین‌المللی، به‌ویژه بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول، باید در سیاست‌های وام‌دهی، تأمین اعتبار و برنامه‌های تعدیل ساختار، توجه بیشتری به حمایت از حق سلامتی داشته باشند. کمیته از طریق بررسی گزارشات دولت‌های عضو و توانایی دولت‌ها در عمل به تعهدات محوله تحت ماده ۱۲، تأثیر مساعدت‌های سایر عوامل را مورد سنجش قرار خواهد داد. برگزیدن یک‌رویه نشأت گرفته از حقوق بشر توسط آژانس‌ها، برنامه‌ها و نهادهای ویژه ملل متحد، اجرای حق سلامتی را به میزان چشمگیری تسهیل می‌نماید. کمیته ضمن روند بررسی گزارشات دولت‌های عضو، نقش انجمن‌های تخصصی سلامت و سایر انجمن‌های غیردولتی در رابطه با تعهدات محوله تحت ماده ۱۲ را در نظر خواهد گرفت.

۶۵. سازمان بهداشت جهانی، کمیساریای عالی پناهندگان ملل متحد، کمیته بین‌المللی هلال‌احمر/ صلیب سرخ، یونیسف و همچنین سازمان‌های غیردولتی و انجمن‌های ملی پزشکی در رابطه با تسکین فاجعه و کمک‌رسانی بشردوستانه در مواقع اضطرار، من‌جمله کمک‌رسانی به پناهندگان و افرادی که داخل کشور خود آواره شده‌اند، نقش بسیار مهمی ایفا می‌نمایند. گروه‌های آسیب‌پذیر و کمتر موردتوجه قرار گرفته جمعیت در امر فراهم نمودن کمک‌های پزشکی بین‌المللی، توزیع و مدیریت منابع از جمله آب آشامیدنی سالم، خوراک و تجهیزات پزشکی و کمک‌های اقتصادی، در اولویت هستند.[[32]](#footnote-32)

1. . برای مثال اصل عدم تبعیض در رابطه با امکانات بهداشتی، کالاها و خدمات در بسیاری سیستم‌های قضایی ملی، به‌طور قانونی قابل‌اجرا است. [↑](#footnote-ref-1)
2. . قطعنامه‌ ۱۱/۱۹۸۹. [↑](#footnote-ref-2)
3. . اصول حفاظت از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی و جهت بهبود مراقبت‌های بهداشت روانی که توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۱ تصویب شد (قطعنامه ۴۶/۱۱۹) و اظهارنظر عمومی شماره ۵ کمیته در مورد افراد دارای معلولیت به افراد دارای بیماری روانی نیز اعمال می‌شود؛ برنامه عمل کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه برگزار شده در قاهره در سال ۱۹۹۴ و همچنین اعلامیه و برنامه عمل چهارمین کنفرانس جهانی زنان در پکن در سال ۱۹۹۵ به ترتیب شامل تعاریف بهداشت باروری و بهداشت زنان است. [↑](#footnote-ref-3)
4. . ماده ۳ مشترک کنوانسیون ژنو برای حفاظت از قربانیان جنگ (۱۹۴۹)؛ اولین پروتکل الحاقی (۱۹۷۷) مربوط به حفاظت از قربانیان منازعات مسلحانه بین‌المللی، ماده (الف) (۲) ۷۲؛ دومین پروتکل الحاقی (۱۹۷۷) مربوط به حفاظت از قربانیان منازعات مسلحانه داخلی ماده ۴ (الف). [↑](#footnote-ref-4)
5. . مدل فهرست داروهای ضروری سازمان بهداشت جهانی، بازبینی شده در دسامبر ۱۹۹۹ را ببینید، اطلاعات دارو سازمان بهداشت جهانی، جلد ۱۳، شماره ۴، ۱۹۹۹. [↑](#footnote-ref-5)
6. . در غیر صورتی که به‌صراحت ذکر شده باشد، هرگونه اشاره در این اظهارنظر عمومی به مراکز بهداشتی، کالا و خدمات شامل عوامل تعیین‌کننده سلامت است که در پاراگراف ۱۱ و ۱۲ (الف) این اظهارنظر عمومی ذکر شده است. [↑](#footnote-ref-6)
7. . پاراگراف‌های ۱۸ و ۱۹ این اظهارنظر عمومی را ببینید. [↑](#footnote-ref-7)
8. . به ماده ۱۹.۲ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی مراجعه کنید. این اظهارنظر عمومی به دلیل اهمیت ویژه این موضوع در رابطه با سلامت، تأکید خاصی بر دسترسی به اطلاعات دارد. [↑](#footnote-ref-8)
9. . در ادبیات و در عمل مربوط به‌حق سلامت، اغلب به سه سطح مراقبت‌های بهداشتی اشاره می‌شود: مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌طورمعمول با بیماری‌های رایج و نسبتاً جزئی سروکار دارند و توسط متخصصان بهداشت و / یا به‌طورکلی پزشکان آموزش دیده که در داخل جامعه مشغول به کار هستند با هزینه نسبتاً کم فراهم می‌شود؛ مراقبت‌های بهداشتی ثانویه ارائه‌شده در مراکز، معمولاً بیمارستان‌ها و به‌طورمعمول با بیماری‌های نسبتاً معمول جزئی یا جدی که نمی‌توانند در سطح جامعه مدیریت شوند مربوط می‌شود که با متخصصین بهداشت حرفه‌ای و پزشکان تخصصی، تجهیزات ویژه و بعضی‌اوقات مراقبت‌های پزشکی با هزینه‌های نسبتاً بالاتر سروکار دارد؛ مراقبت‌های بهداشتی عالی در مراکز نسبتاً محدودی فراهم شده است، معمولاً تعداد کمی از بیماری‌های جزئی و جدی را که نیاز به متخصصین بهداشت حرفه‌ای و پزشکان تخصصی و تجهیزات خاص دارند، در نظر می‌گیرند و اغلب نسبتاً گران هستند. ازآنجایی‌که اشکال مراقبت‌های بهداشتی اولیه، ثانویه و ثالث اغلب باهم همپوشانی دارند و اغلب در تعامل هستند، استفاده از این نوع شناسی همیشه معیارهای مشخصی را برای ارزیابی اینکه چه میزان مراقبت‌های بهداشتی باید کشورهای عضو ارائه دهند را فراهم نمی‌کند و بنابراین کمک محدودی در رابطه با درک مفهومی ماده ۱۲ می‌کند. [↑](#footnote-ref-9)
10. . طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، میزان مرگ‌ومیر نوزادان دیگر به‌طورمعمول مورداستفاده نیست، نرخ مرگ‌ومیر کودکان کوچک‌تر از ۵ سال به‌جای آن اندازه‌گیری می‌شود. [↑](#footnote-ref-10)
11. . قبل از زایمان، حاکی از رخداد قبل از تولد است؛ بعد از زایمان به مدت کوتاهی قبل و بعد از تولد اشاره می‌کند (در تاریخ پزشکی، دوره با تکمیل ۲۸ هفته حاملگی شروع و پایان آن به‌طور متناوب به یک تا چهار هفته پس از تولد تعریف می‌شود)؛ نوزادی، در مقابل، مدت‌زمان مربوط به چهار هفته اول پس از تولد را پوشش می‌دهد؛ درحالی‌که پس از زایمان دوره پس از تولد است. در این اظهارنظر عمومی، شرایط عمومی‌تر قبل و بعد از تولد هر دو مورد استفاده قرار می‌گیرد. [↑](#footnote-ref-11)
12. . بهداشت باروری به این معنی است که زنان و مردان آزادانه در مورد تولیدمثل و زمان آن تصمیم می‌گیرند، حق اطلاع و دسترسی به روش‌های امن، موثر، مقرون‌به‌صرفه و قابل‌قبول تنظیم خانواده را به انتخاب خود داشته و همچنین از حق دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی مناسب که به‌عنوان‌مثال، زنان را قادر می‌سازد تا حاملگی و زایمان امن داشته باشند، برخوردار هستند. [↑](#footnote-ref-12)
13. . کمیته در این رابطه اصل اول اعلامیه استکهلم در سال ۱۹۷۲ را یادآور می‌شود که بیان می‌دارد: «انسان دارای حق بنیادی برای آزادی، برابری و شرایط مناسب زندگی در یک محیط باکیفیت است که زندگی با شأن و رفاه را فراهم می‌کند» و همچنین پیشرفت‌های اخیر در قوانین بین‌المللی، ازجمله قطعنامه ۴۵/۹۴ مجمع عمومی در موردنیاز به اطمینان از یک محیط سالم برای رفاه افراد؛ اصل ۱ اعلامیه ریو؛ و ابزارهای حقوق بشر منطقه‌ای مانند ماده ۱۰ پروتکل سان سالوادور کنوانسیون حقوق بشر آمریکا. [↑](#footnote-ref-13)
14. . کنوانسیون شماره ۱۵۵، سازمان بین‌المللی کار، ماده ۴.۲. [↑](#footnote-ref-14)
15. . پاراگراف ۱۲ (ب) و یادداشت ۸ در بالا را ببینید. [↑](#footnote-ref-15)
16. . برای تعهدات اصلی، پاراگراف‌های ۴۳ و ۴۴ همین اظهارنظر عمومی را ببینید. [↑](#footnote-ref-16)
17. . ماده ۲۴.۱ کنوانسیون حقوق کودک. [↑](#footnote-ref-17)
18. . قطعنامه WHA47.10، 1994 سازمان بهداشت جهانی را تحت عنوان «سلامت مادر و کودک و تنظیم خانواده: شیوه‌های سنتی مضر برای سلامت زنان و کودکان» را ببینید. [↑](#footnote-ref-18)
19. . هنجارهای اخلاقی اخیر بین‌المللی مربوط به مردم بومی شامل کنوانسیون شماره ۱۶۹ سازمان بین‌المللی کار در مورد اقلیت‌های بومی و قبیله‌ای در کشورهای مستقل (۱۹۸۹)؛ مواد ۲۹ (ج) و (د) و ۳۰ کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹)؛ ماده (۸) (j) کنوانسیون تنوع زیستی (۱۹۹۲)، توصیه‌هایی که کشورها به دانش، نوآوری و شیوه‌های جوامع بومی احترام گذاشته و آن‌ها را حفظ کنند؛ ماده ۲۱ کنفرانس سازمان ملل متحد درزمینهٔ محیط‌زیست و توسعه (۱۹۹۲)، به‌ویژه فصل ۲۶؛ و پاراگراف ۲۰ قسمت اول، اعلاميه وين و برنامه عمل (۱۹۹۳)، مبني بر اينكه دولت‌ها بايد اقدامات مثبت و هماهنگي لازم را براي اطمينان از احترام به همه حقوق بشر مردم بومي بدون تبعیض انجام دهند. همچنین نگاه کنید به مقدمه و ماده ۳ کنوانسیون سازمان ملل متحد در مورد تغییرات اقلیمی (۱۹۹۲)؛ و ماده ۱۰ (۲) (ه) کنوانسیون سازمان ملل متحد برای مبارزه با بیابان‌زدایی در کشورهایی که خشک‌سالی شدید و / یا بیابان‌زایی را تجربه می‌کنند، به‌ویژه در آفریقا (۱۹۹۴). در سال‌های اخیر تعداد بیشتری از کشورها قانون اساسی خود را تغییر داده‌اند و قوانینی را به رسمیت شناخته‌اند که حقوق خاص بومیان را به رسمیت می‌شناسند. [↑](#footnote-ref-19)
20. . پاراگراف ۴۳ اظهارنظر عمومی شماره ۱۳ را ببینید. [↑](#footnote-ref-20)
21. . پاراگراف ۹ اظهارنظر عمومی شماره ۳؛ پاراگراف ۴۴ اظهارنظر عمومی شماره ۱۳ را ببینید. [↑](#footnote-ref-21)
22. . پاراگراف ۹ اظهارنظر عمومی شماره ۳؛ پاراگراف ۴۵ اظهارنظر عمومی شماره ۱۳ را ببینید. [↑](#footnote-ref-22)
23. . با توجه به اظهارنظر عمومی شماره ۱۲ و ۱۳، تعهد به انجام، تعهد برای تسهیل و تعهد به ارائه را هم در بردارد. در اظهارنظر عمومی حاضر، تعهد به انجام همچنین تعهد برای ترویج را به دلیل اهمیت حیاتی ارتقاء سلامت در کار سازمان بهداشت جهانی و دیگر نقاط در نظر گرفته است. [↑](#footnote-ref-23)
24. . قطعنامه ۱۱۹/۴۶ مجمع عمومی (۱۹۹۱). [↑](#footnote-ref-24)
25. . عناصر چنین سیاست، شناسایی، تعیین، مجوز و کنترل مواد خطرناک، تجهیزات، مواد، عوامل و فرآیندهای کاری است؛ ارائه مقررات اطلاعات بهداشتی به کارگران و در صورت لزوم تهیه لباس و تجهیزات محافظ مناسب؛ اجرای قوانین و مقررات از طریق بازرسی کافی؛ الزام اطلاع‌رسانی حوادث و بیماری‌های شغلی، انجام تحقیقات در مورد حوادث و بیماری‌های جدی و تولید آمار سالانه؛ حفاظت از کارگران و نمایندگان آن‌ها از اقدامات انضباطی برای اقداماتی است که به‌درستی توسط آن‌ها مطابق با چنین سیاستی انجام‌شده است؛ و ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای با عملکردهای پیشگیرانه اساسی. نگاه کنید به کنوانسیون ایمنی و بهداشت‌کار سال ۱۹۸۱ (شماره ۱۵۵) و کنوانسیون خدمات بهداشت حرفه‌ای سال ۱۹۸۵ (شماره ۱۶۱) سازمان بین‌المللی کار. [↑](#footnote-ref-25)
26. . ماده دوم، اعلامیه آلما آتا، گزارش کنفرانس بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه، آلما آتا، ۶-۱۲ سپتامبر ۱۹۷۸، در: سازمان بهداشت جهانی، «بهداشت برای همه»، شماره ۱، سازمان بهداشت جهانی، ژنو، ۱۹۷۸. [↑](#footnote-ref-26)
27. . پاراگراف ۴۵ این اظهارنظر عمومی را ببینید. [↑](#footnote-ref-27)
28. . گزارش کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه، قاهره، ۵ الی ۱۳ سپتامبر ۱۹۹۴ (انتشارات ملل متحد، شماره فروش E.95.XIII.18) فصل یک، قطعنامه ۱، پیوست، فصل‌های هفتم و هشتم. [↑](#footnote-ref-28)
29. . میثاق، ماده ۲.۱. [↑](#footnote-ref-29)
30. . صرف‌نظر از این‌که آیا گروه‌ها به‌عنوان دارنده حقوق متمایز می‌توانند به دنبال جبران خسارت باشند یا خیر، کشورهای عضو به‌واسطه ابعاد جمعی و فردی ماده ۱۲ محدودیت دارند. حقوق جمعی در حوزه سلامت حیاتی هستند؛ سیاست مدرن سلامت عمومی به‌شدت بر پیشگیری و ارتقاء استوار است که روشی است که در درجه اول به سمت گروه‌ها هدایت می‌شود. [↑](#footnote-ref-30)
31. . پاراگراف ۹ اظهارنظر عمومی شماره ۲. [↑](#footnote-ref-31)
32. لطفاً برای متن اصلی [اینجا](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en) را نگاه کنید. [↑](#footnote-ref-32)