# اظهارنظر عمومی شماره ۲۲ (۲۰۱۶): حق سلامت جنسی و باروری (ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی)

###### اول. مقدمه

۱. حق سلامت جنسی و باروری یکی از اجزای بنیادین حق سلامت که در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی مورد تکریم قرار گرفته، می‌باشد.[[1]](#footnote-1) به علاوه، این حق در دیگر ابزارهای حقوق بشر نیز نمود پیدا کرده است.[[2]](#footnote-2) تصویب «برنامه اجرایی کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه» در سال ۱۹۹۴ بر اهمیت سلامت باروری و جنسی در چارچوب حقوق بشر، تأکید نمود.[[3]](#footnote-3) از آن زمان تا به امروز، موازین و قوانین منطقه‌ای و بین‌المللی حقوق بشر در خصوص حق سلامت جنسی و باروری به میزان چشمگیری مورد تحول قرار گرفته است. برنامه توسعه پایدار ۲۰۳۰ شامل اهداف و مقاصدی می‌باشد که در حیطه سلامت جنسی و باروری باید بدان قائل گشت.[[4]](#footnote-4)

۲. به دلیل موانع بی­شمار حقوقی، رویه‌ای، عملی و اجتماعی، دسترسی به تمامی تسهیلات، خدمات، اقلام و اطلاعات مرتبط با سلامت جنسی و باروری به‌شدت محدود می‌باشد. در حقیقت، برخورداری کامل از حق سلامت جنسی و باروری برای بسیاری از افراد جهان، به‌ویژه زنان و دختران، به‌صورت هدفی دور از دسترس باقی می‌ماند. برخی افراد و گروه‌های خاص من‌جمله مانند افراد همجنسگرا (لزبین، گی)، دوجنسگرا، ترنسجندر و بیناجنس (اینترسکس)،[[5]](#footnote-5) و افراد دارای ناتوانی متحمل تبعیضات مختلف بوده که این امر منجر به تشدید دوچندان محرومیت قانونی و عملی از بهره‌مندی کامل از حق سلامت جنسی و باروری می‌گردد.

۳. هدف اظهارنظر عمومی حاضر، کمک به دولت‌های عضو در اجرای میثاق و عمل به تعهد گزارش دهی می‌باشد. تمرکز اصلی این اظهارنظر عمومی، مطابق با ماده ۱۲، تعهد دولت‌ها به تضمین بهره­مندی کلیه افراد از حق سلامت جنسی و باروری بوده، اما بااین‌وجود به اصول دیگری از میثاق نیز پرداخته خواهد شد.

۴. کمیته در اظهارنظر عمومی شماره ۱۴ (۲۰۰۰) در خصوص حق دستیابی و برخورداری از بالاترین (وضعیت) سلامت (ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی)، به موضوع سلامت جنسی و باروری پرداخته است، بااین‌وجود، با دلیل تخلفات محرز از این حق، کمیته بر این باور است که این موضوع نیازمند یک اظهارنظر عمومی مجزا می‌باشد.

###### دوم. زمینه

۵. حق سلامت جنسی و باروری شامل برخی آزادی‌ها و اختیارات می‌گردد. این آزادی‌ها شامل حق انتخاب و تصمیمات آزادانه، مسئولانه، فارغ از خشونت و فارغ از تبعیض و اجبار در رابطه با سلامت جسمانی، جنسی و باروری فرد می‌باشد. اختیارات شامل دسترسی بدون محدودیت به کلیه تسهیلات، اقلام، خدمات و اطلاعات مرتبط با سلامتی بوده که متضمن بهره‌مندی کامل افراد از حق سلامت جنسی و باروری، به‌موجب ماده ۱۲ میثاق، می‌گردد.

۶. سلامت جنسی و سلامت باروری دو موضع متفاوت، اما مرتبط با یکدیگر می‌باشند. سلامت جنسی، مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت «به سلامت جسمانی، احساسی و روانی در رابطه با امور جنسی» اطلاق می‌گردد.[[6]](#footnote-6) سلامت باروری، مطابق با برنامه اجرایی کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه، دلالت بر قابلیت باروری و آزادی اتخاذ تصمیمات آگاهانه، آزادانه و مسئولانه، دارد. همچنین، این امر شامل دسترسی به اطلاعات، اقلام، تسهیلات و خدمات سلامت باروری که افراد را قادر به اتخاذ تصمیمات آگاهانه، آزادانه و مسئولانه می‌نماید، دارد.

###### عوامل تعیین‌کننده زیربنایی و اجتماعی

۷. کمیته در اظهارنظر عمومی شماره ۱۴ بیان نمود حق برخورداری از بالاترین (وضعیت) سلامت تنها دلالت بر عدم بیماری و ناخوشی و حق فراهم نمودن خدمات صحیح پیشگیرانه، درمانی و تسکینی نداشته، بلکه عوامل تعیین کنند زیربنایی را نیز شامل می‌گردد. این امر شامل حق سلامت جنسی و باروری نیز می‌گردد. این حق فراتر از مراقبت‌های جنسی و باروری بوده و شامل عوامل تعیین‌کننده زیربنایی من‌جمله دسترسی به آب آشامیدنی سالم، بهداشت مناسب، خوراک و مواد غذایی مناسب، مسکن مناسب، شرایط و محیط کاری ایمن و سالم، حمایت مؤثر در برابر تمامی انواع خشونت، شکنجه، تبعیض و دیگر تخلفات از حقوق بشر که بر حق سلامت جنسی و باروری تأثیری منفی دارد، می‌گردد.[[7]](#footnote-7)

۸. همچنین، حق سلامت جنسی و باروری، همان‌طور که سازمان بهداشت جهانی بیان نموده، بسیار متأثر از «عوامل تعیین‌کننده اجتماعی» می‌باشد.[[8]](#footnote-8) در تمامی کشورها، الگوهای سلامت جنسی و باروری نمایانگر عدم برابری اجتماعی در جامعه و توزیع نابرابر قدرت بر مبنای جنسیت، خاستگاه نژادی، سن، ناتوانی و دیگر عوامل می‌باشد. فقر، نابرابری درآمد، تبعیض سیستماتیک و به حاشیه رانده شدن به دلایلی که از سوی کمیته مشخص گشته، عوامل تعیین کننده اجتماعی سلامت جنسی و باروری بوده که بر برخورداری از دیگر حقوق نیز تأثیر می‌گذارند.[[9]](#footnote-9) ماهیت این عوامل تعیین کننده اجتماعی که اغلب در قوانین و سیاست‌ها نمود پیدا می‌نمایند، به کار بستن گزینه‌های منتخب افراد را در خصوص سلامت جنسی و باروری، محدود می‌سازد. ازاین‌رو، دولت‌های عضو به‌منظور تحقق حق سلامت جنسی و باروری، ملزم به پرداختن به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی آشکار در قوانین، توافقات سازمانی و فعالیت‌های اجتماعی که مانع بهره‌مندی حقیقی و بالفعل افراد از سلامت جنسی و باروری گشته، می‌باشند.

###### ارتباط متقابل با سایر حقوق بشر

۹. تحقق حق سلامت جنسی و باروری مستلزم انجام تعهداتی می‌باشد که به‌موجب سایر اصول میثاق بر عهده دولت‌های عضو قرار دارد. به‌عنوان‌مثال، حق سلامت جنسی و باروری، در کنار حق آموزش‌وپرورش (ماده‌های ۱۳ و ۱۴) و حق برابری و عدم تبعیض مابین زنان و مردان (ماده ۲ بند ۲ و ماده ۳) دلالت بر حق آموزش جامع، فارغ از تبعیض، مستدل و علمی در خصوص امور جنسی و باروری دارد.[[10]](#footnote-10) حق سلامت جنسی و باروری، در کنار حق کار کردن (ماده ۶) و شرایط عادلانه و مساعد کار (ماده ۷) و همچنین حق برابری و عدم تبعیض مابین زنان و مردان، دولت‌ها را ملزم می‌دارد از اشتغال به همراه حمایت از مادران و مرخصی به دنیا آمدن فرزند برای کارگران، به‌ویژه کارگرانی که در شرایط مساعدی به سر نمی‌برند، مانند کارگران مهاجر و یا زنانی که دارای ناتوانی هستند و همچنین، حمایت در برابر آزار و اذیت جنسی در محل کار و منع تبعیض بر اساس بارداری، زایمان، وظایف والدین،[[11]](#footnote-11) گرایش جنسی، هویت جنسیتی و یا بیناجنسی اطمینان حاصل نمایند.

۱۰. به‌علاوه، حق سلامت جنسی و باروری، از سایر حقوق بشر تفکیک‌ناپذیر بوده و در ارتباط متقابل با آن‌ها می‌باشد. این حق، ارتباط بسیار نزدیکی با حقوق مدنی و سیاسی من‌جمله حق زندگی، حق آزادی و امنیت افراد، رهایی از شکنجه و دیگر رفتارهای بی‌رحمانه و تحقیرآمیز غیرانسانی حق حریم شخصی و محترم شماردن زندگی خانوادگی و برابری و عدم تبعیض، داشته که زمینه‌ساز تمامیت و صحت جسمانی و روانی فرد و استقلال وی می‌باشد. به‌عنوان‌مثال، عدم وجود خدمات زایمان ناگهانی و یا نفی سقط‌جنین اغلب منجر به فوت یا بیماری مادر گشته که این امر در تقابل با حق زندگی یا امنیت بوده و در برخی موارد ممکن است به‌منزله شکنجه و یا رفتار بی‌رحمانه و تحقیرآمیز غیرانسانی تلقی گردد.[[12]](#footnote-12)

###### سوم. محتوای اصلی حق سلامت جنسی و باروری

###### الف. ارکان حق سلامت جنسی و باروری

۱۱. حق سلامت جنسی و باروری یکی از اجزای اصلی حق برخورداری از بالاترین (وضعیت) سلامت برای همگان می‌باشد. در ادامه توضیحات کمیته در اظهارنظر عمومی شماره ۱۴، مراقبت‌های سلامت جنسی و باروری جامع دربرگیرنده ۴ رکن ضروری و مرتبط به یکدیگر می‌باشد که در ذیل بدان پرداخته می‌شود.[[13]](#footnote-13)

###### فراهم بودن

۱۲. امکانات، خدمات، اقلام و برنامه‌های مفید مراقبت از سلامت، به میزان کافی، باید برای کلیه افراد فراهم بوده تا از این طریق بالاترین میزان مراقبت از سلامت جنسی و باروری در اختیار ایشان قرار گیرد. این امر شامل حصول اطمینان از فراهم بودن امکانات، اقلام و خدمات به‌منظور تضمین عوامل تعیین‌کننده بنیادی جهت تحقق حق سلامت جنسی و باروری، من‌جمله آب آشامیدنی سالم و امکانات بهداشتی، بیمارستان و کلینیک‌های مناسب می‌باشد.

۱۳. حصول اطمینان از وجود پرسنل پزشکی و متخصص آموزش دیده و تأمین‌کنندگان ماهر که در خصوص انجام کلیه خدمات مراقبت از سلامت جنسی و باروری تعلیم دیده‌اند، از ارکان اصلی تضمین فراهم بودن می‌باشد.[[14]](#footnote-14) داروهای ضروری و همچنین روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری، از جمله کاندوم و پیشگیری اضطراری از بارداری، داروهای سقط، داروها و مراقبت‌های پس از سقط، داروهای ژنتیک جهت پیشگیری و درمان عفونت‌های آمیزشی و اچ آی وی نیز باید فراهم باشد.[[15]](#footnote-15)

۱۴. عدم فراهم بودن اقلام و خدمات به دلیل سیاست‌ها و اقدامات عقیده محور، از جمله نفی فراهم نمودن خدمات به بهانه ندای درون، نباید مانعی بر سر راه دسترسی به خدمات باشد. خدمات و تأمین‌کنندگان مراقبت‌های سلامت که مایل و قادر به ارائه چنین خدماتی باشند باید به تعداد کافی و در همه زمان‌ها، چه در بخش خصوصی چه در بخش دولتی و در مناطق قابل‌دسترس از بُعد جغرافیایی، فراهم باشد.[[16]](#footnote-16)

###### در دسترس بودن

۱۵. امکانات، اقلام، اطلاعات و خدمات سلامت که مرتبط با مراقبت‌های جنسی و باروری[[17]](#footnote-17) هست باید فارغ از تبعیض و بدون هیچ مانعی در دسترس تمامی افراد و گروه‌ها قرار داشته باشد. مطابق با اظهارنظر عمومی شماره ۱۴ کمیته، در دسترس بودن شامل قابلیت دسترسی فیزیکی، مقرون‌به‌صرفه بودن و در دسترس بودن اطلاعات می‌باشد.

**قابلیت دسترسی فیزیکی**

۱۶. امکانات، اقلام، اطلاعات و خدمات سلامت که مرتبط با مراقبت‌های جنسی و باروری می‌باشد باید از بُعد فیزیکی و جغرافیایی در دسترس همگان بوده تا از این طریق، افراد نیازمند فوراً به خدمات و اطلاعات دسترسی داشته باشند. قابلیت دسترسی فیزیکی می‌بایست برای همگان، به‌ویژه افرادی که متعلق اقشار آسیب‌پذیر و کمتر موردتوجه قرار گرفته می‌باشند، من‌جمله افرادی که در مناطق روستایی و دور دست زندگی می‌نمایند، افرادی که دارای ناتوانی می‌باشند، مهاجرین و افرادی که داخل کشور خود آواره می‌باشند، افراد فاقد ملیت و افرادی که در حبس به سر می‌برند تضمین گشته و البته محدود به این مثال‌ها نمی‌باشد. در شرایطی که ارائه خدمات جنسی و باروری در مناطق دوردست امکان‌پذیر نمی‌باشد، مطابق با اصل برابری، انجام اقدامات مؤثر در جهت تضمین دسترسی افراد نیازمند به داشتن ارتباط و ترابرد به محل ارائه چنین خدماتی الزامی می‌گردد.

**مقرون‌به‌صرفه بودن**

۱۷. خدمات سلامت جنسی و باروری، چه دولتی و چه خصوصی، باید برای همگان مقرون‌به‌صرفه باشد. خدمات و اقلام ضروری، من‌جمله مواردی که مرتبط با عوامل تعیین‌کننده زیربنایی سلامت جنسی و باروری می‌باشد، باید به‌صورت رایگان و یا بر مبنای اصل برابری برای همگان فراهم گردیده تا از این طریق هیچ فرد یا خانواده‌ای متحمل هزینه‌های ناعادلانه (خدمات) سلامت نگردد. افرادی که فاقد استطاعت مالی کافی می‌باشند، باید جهت پوشش هزینه‌های بیمه سلامت و دسترسی به امکاناتی که اطلاعات، اقلام و خدمات مرتبط با سلامت جنسی و باروری را فراهم می‌آورد، تحت حمایت قرار گیرند.[[18]](#footnote-18)

**در دسترس بودن اطلاعات**

۱۸. در دسترس بودن اطلاعات، به‌صورت کلی، شامل حقوق جستجو، دریافت و نشر اطلاعات و نظرات در خصوص موارد مرتبط با سلامت جنسی و باروری و همچنین حق افراد به دریافت اطلاعات خاص در رابطه با وضعیت سلامت خود می‌گردد. کلیه افراد و گروه‌ها من‌جمله نوجوانان و جوانان، حق داشتن اطلاعات مستدل در خصوص تمامی جوانب سلامت جنسی و باروری، من‌جمله سلامت مادران، روش‌های پیشگیری از بارداری، تنظیم خانواده، عفونت‌های آمیزشی، پیشگیری از اچ آی وی، سقط بی‌خطر و مراقبت‌های پس از آن، ناباروری و گزینه‌های باروری، سرطان‌های مرتبط با باروری – سرطان دستگاه تناسلی و یا سرطان سینه- را دارا می‌باشند.

۱۹. این قبیل اطلاعات باید به نحوی متناسب با نیازهای افراد و جامعه و با توجه به مواردی همچون سن، جنسیت، توانایی زبانی، سطح آموزش، ناتوانی، گرایش جنسی، هویت جنسیتی و موقعیت بیناجنسی فراهم گردد.[[19]](#footnote-19) دسترسی به اطلاعات نباید حق محرمانه بودن اطلاعات و داده‌های سلامت فرد را مخدوش سازد.

**قابلیت پذیرش**

۲۰. کلیه امکانات، اقلام، اطلاعات و خدمات مرتبط با سلامت جنسی و باروری باید فرهنگ افراد، اقلیت‌ها، مردم و جوامع را محترم شمارده و در تناسب با جنسیت، سن، ناتوانی، تنوع جنسی و نیازهای چرخه زندگی باشد. بااین‌وجود، این امر به معنای نفی فراهم نمودن امکانات، اقلام، اطلاعات و خدماتی که خاصه برای گروهی خاص ترتیب داده شده، نمی‌باشد.

**کیفیت**

۲۱. امکانات، اقلام، اطلاعات و خدمات مرتبط با سلامت جنسی و باروری باید از کیفیت خوب برخوردار باشد، بدان معنی که این موارد باید مستدل، به روز و از لحاظ علمی و پزشکی مناسب باشند. این امر مستلزم پرسنل آموزش دیده و ماهر درزمینهٔ مراقبت از سلامت و داروهایی که از دیدگاه پزشکی مجاز شناخته‌شده و تاریخ مصرف آن نگذشته باشد، می‌گردد. عدم گنجاندن و یا سرپیچی از گنجاندن دستاوردها و نوآوری‌های نوین فناوری در خصوص ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری، من‌جمله دارو برای سقط،[[20]](#footnote-20) فناوری کمک باروری و دستاوردهای نوین درزمینهٔ درمان اچ آی وی و ایدز، کیفیت مراقبت‌ها را به مخاطره می‌اندازد.

###### ب. موضوعات خاص با کاربردهای گسترده

###### برابری و عدم تبعیض

۲۲. ماده ۲ بند ۲ میثاق بیان می‌دارد هیچ فرد یا گروهی نباید مورد تبعیض قرار گرفته و همه افراد می‌بایست از حقوق برابر بهره‌مند گردند. کلیه افراد و گروه‌ها باید از دسترسی برابر به میزان، کیفیت و استانداردهای برابر در خصوص امکانات، اطلاعات، اقلام و خدمات بهره‌مند گردیده و همچنین کلیه افراد باید قادر به اجرای فارغ از تبعیض حقوق خود در رابطه با سلامت جنسی و باروری باشند.

۲۳. عدم تبعیض، در خصوص حق سلامت جنسی و باروری، شامل محترم شمارده شدن گرایش جنسی، هویت جنسی و وضعیت بیناجنسی کلیه افراد من‌جمله، لزبین، گی (هم‌جنس‌گرا)، دوجنسگرا، ترنسجندر و بیناجنس، می‌گردد. محکوم شماردن رابطه جنسی مابین ۲ فرد بزرگ‌سال هم‌جنس که با رضایت ایشان می‌باشد و یا محکوم شماردن هویت جنسیتی یک فرد، تخلف قطعی از حقوق بشر می‌باشد. در همین راستا، قوانینی که افراد لزبین، گی (هم‌جنس‌گرا)، دوجنسگرا، ترنسجندر و افراد بیناجنس را بیمار روحی یا روانی تلقی نموده و یا این افراد را ملزم به درمان می‌نماید، تخلفی قطعی از حق این افراد به سلامت جنسی و باروری می‌باشد. همچنین، دولت‌های عضو ملزم به مبارزه با هم‌جنس‌گرا هراسی و ترنسجندر هراسی می‌باشند زیرا این موارد منجر به ایجاد تبعیض و تخلف از حق سلامت جنسی و باروری می‌گردد.

۲۴. برابری و عدم تبعیض، تنها مستلزم برابری رسمی و قانونی نبوده و شامل برابری حقیقی نیز می‌شود. رسیدگی به نیازهای متمایز سلامت جنسی و باروری گروه‌های خاص و همچنین موانعی که برخی گروه‌ها با آن روبرو می‌گردند، لازمه برابری حقیقی می‌باشد. نیازهای سلامت جنسی و باروری گروه‌های خاص نیازمند توجه ویژه می‌باشد. به‌عنوان‌مثال، افراد دارای ناتوانی نه‌تنها از میزان و کیفیت مشابه خدمات سلامت جنسی و باروری، بلکه از خدمات خاصی که به‌موجب ناتوانی خود بدان نیازمند می‌باشند نیز باید بهره‌مند گردند.[[21]](#footnote-21) همچنین، مکان‌های مناسبی جهت قادر ساختن افراد دارای ناتوانی به دسترسی کامل به خدمات سلامت جنسی و باروری من‌جمله امکاناتی که دسترسی فیزیکی به آن مقدور باشد، اطلاعات قابل‌دسترس و حمایت در تصمیم‌گیری‌ها، بر مبنای برابری، باید مهیا گردد و دولت‌های عضو باید اطمینان حاصل نمایند این قبیل مراقبت‌ها به نحوی محترمانه و موقرانه ارائه گشته و موجب به حاشیه رانده شدن نمی‌شود.

**برابری مابین زنان و مردان و دیدگاه جنسیتی**

۲۵. به دلیل قابلیت باروری زنان، تحقق حق سلامت جنسی و باروری برای زنان، لازمه تحقق بسیاری از حقوق بشر برای ایشان می‌باشد. حق سلامت جنسی و باروری برای زنان، لازمه استقلال و حق زنان در خصوص گرفتن تصمیمات مهم در رابطه با زندگی و سلامت خویش می‌باشد. برابری جنسیتی مستلزم این امر می‌باشد که آن دسته از نیازهای سلامت زنان که متفاوت با مردان بوده، مورد توجه قرار گرفته و خدمات مناسب مطابق با دوره زندگی که در آن به سر می‌برند (سن)، برای زنان مهیا گردد.

۲۶. تبعیض سیستماتیک و خشونتی که زنان در طول عمر خویش تجربه می‌کنند، مستلزم درک عمیقی از برابری جنسیتی در خصوص حق سلامت جنسی و باروری می‌باشد. عدم تبعیض بر پایه جنسیت که در ماده ۲ بند ۲ میثاق تضمین گشته و برابری زنان که در ماده ۳ تضمین گشته، مستلزم رفع هرگونه تبعیض مستقیم و غیرمستقیم و حصول اطمینان از برابری رسمی و حقیقی می‌باشد.[[22]](#footnote-22)

۲۷. قوانین، سیاست‌ها و فعالیت‌هایی که در ظاهر بی‌طرفانه به نظر می‌رسد، می‌تواند منجر به تداوم نابرابری جنسیتی و تبعیض علیه زنان گردد. برابری حقیقی مستلزم این امر می‌باشد که قوانین، سیاست‌ها و فعالیت‌ها، نه‌تنها باعث عدم تداوم وضعیت نامطلوبی که زنان در خصوص اجرای حق سلامت جنسی و باروری با آن به‌واقع مواجه می‌باشند، نگردد بلکه این شرایط را کاهش دهد. کلیشه‌های مبتنی بر جنسیت و فرضیات و انتظاراتی که از زنان به عنوان زیردست مردان می‌رود و نقش زنان تنها به‌عنوان پرستار و مادر، موانعی بر سر راه برابری جنسیتی و همچنین حق سلامت جنسی و باروری می‌باشد که نیاز به اصلاح و یا برچیده شدن دارد; در همین راستا، نقش مردان نیز تنها به‌عنوان سرپرست و نان‌آور خانواده نیازمند تغییر می‌باشد.[[23]](#footnote-23) اقدامات ویژه موقتی و دائمی نیز به‌طور هم‌زمان جهت افزایش برابری حقیقی زنان و حمایت از بارداری، ضروری می‌باشد.[[24]](#footnote-24)

۲۸. محقق گشتن بالقوه و بالفعل حقوق زنان و برابری جنسیتی مستلزم لغو و یا اصلاح قوانین، سیاست‌ها و فعالیت‌های تبعیض‌آمیز درزمینهٔ سلامت جنسی و باروری می‌باشد. از میان برداشتن کلیه موانعی که مخل دسترسی زنان به خدمات، اقلام، آموزش و اطلاعات جامع در خصوص سلامت جنسی و باروری می‌باشد، امری ضروری است. مراقبت‌های زایمان فوری و حضور نیروهای ماهر در مناطق روستایی و دوردست و پیشگیری از سقط ناایمن، لازمه کاهش میزان مرگ‌ومیر و بیماری‌های مادران است. پیشگیری از حاملگی ناخواسته و سقط ناایمن مستلزم این امر می‌باشد که دولت‌های عضو اقدامات و سیاست‌های قانونی را به‌منظور تضمین دسترسی کلیه افراد من‌جمله نوجوانان، به روش‌های پیشگیری مقرون‌به‌صرفه، ایمن و مؤثر و همچنین آموزش جامع جنسی اتخاذ نمایند; قوانین محدود کننده سقط را از میان بردارند; از دسترسی زنان و دختران به خدمات سقط ایمن و مراقبت‌های با کیفیت پس از سقط، از طریق به‌عنوان‌مثال آموزش نیروهای فعال در حوزه مراقبت از سلامت، اطمینان حاصل نمایند; و حق زنان در خصوص اتخاذ تصمیمات مستقل در خصوص سلامت جنسی و باروری خود را محترم شمارند.[[25]](#footnote-25)

۲۹. صورت پذیرفتن اقدامات پیشگیرانه، مبلغانه و اصلاحی در خصوص حفاظت از افراد در برابر فعالیت‌ها و رسوم آسیب‌رسان و خشونت مبتنی بر جنسیت، مانند ناقص نمودن آلت تناسلی زنان، ازدواج اجباری و ازدواج کودکان و همچنین خشونت جنسی و خانگی، از جمله داشتن رابطه جنسی با همسر بدون رضایت وی که سلامت کامل جنسی و باروری افراد را نفی می‌نماید، حائز اهمیت می‌باشد. دولت‌های عضو باید قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌هایی را جهت پیشگیری، رسیدگی و جبران تخلفات از حق افراد به تصمیم‌گیری‌های مستقل، فارغ از خشونت، اجبار و تبعیض در خصوص سلامت جنسی و باروری ایشان، اتخاذ نمایند.

**نظریه میان‌برشی و تبعیض چندگانه**

۳۰. افراد متعلق به گروه‌های مختلف ممکن است به صورتی ناعادلانه متحمل تبعیضات متعدد درزمینهٔ سلامت جنسی و باروری گردند. مطابق با دستاوردهای کمیته،[[26]](#footnote-26) گروه‌هایی از قبیل زنان فقیر، افراد دارای ناتوانی، مهاجرین، اقلیت‌های بومی و نژادی، نوجوانان، هم‌جنس‌گرایان، افراد دوجنسیتی، ترا جنسی‌ها، مابین جنسی‌ها و افراد مبتلا اچ آی وی/ایدز، بیش از سایرین در معرض تبعیضات چندجانبه می‌باشند. زنان، دختران و پسرانی که به‌صورت قاچاقی خریدوفروش شده و مورد استثمار جنسی قرار دارند، در زندگی روزمره خود متحمل تبعیض، فشار و تبعیض بوده و سلامت جنسی و باروی این افراد در خطر می‌باشد. به‌علاوه، زنان و دخترانی که در مناطق جنگی زندگی می‌کنند، به نحوی ناعادلانه در معرض خطر نقض حقوق خود، از طریق، به‌عنوان‌مثال تجاوزهای مکرر، بردگی جنسی، بارداری اجباری و عقیم‌سازی اجباری می‌باشند.[[27]](#footnote-27) اقداماتی که در خصوص تضمین عدم تبعیض و برابری حقیقی انجام می‌پذیرد باید در راستای غلبه بر تأثیر مخرب تبعیض چندجانبه بر تحقق حق سلامت جنسی و باروری صورت گیرد.

۳۱. قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌ها و اقدامات ویژه موقتی لازمه پیشگیری و رفع تبعیض، خوارشماری و کلیشه‌های منفی بوده که دسترسی به سلامت جنسی و باروری را مختل می‌سازد. نظر به آسیب‌پذیری دوچندان زندانیان، مهاجران، آوارگان، پناهندگان و مهاجرین فاقد مدارک قانونی، به دلیل وضعیت بازداشت و یا قانونی ایشان، نیز به‌عنوان اقشاری با نیازهای خاص شناخته شده که نیازمند اقدام دولت‌ها به تضمین دسترسی این افراد به اطلاعات، اقلام و مراقبت‌های سلامت می‌باشد. دولت‌ها باید اطمینان حاصل نمایند افراد در هنگام به کار بستن حق سلامت جنسی و باروری، مورد آزار و اذیت قرار نمی‌گیرند. به‌علاوه، اختصاص منابع بیشتر به گروه‌هایی[[28]](#footnote-28) که از قدیم‌الایام مورد غفلت قرار گرفته و همچنین حصول اطمینان از اجرای قوانین و سیاست‌های ضد تبعیض توسط مقامات، از ملزومات رفع تبعیض سیستماتیک می‌باشد.

۳۲. دولت‌های عضو می‌بایست از افرادی که در صنعت سکس فعال می‌باشد در برابر انواع خشونت، اجبار و تبعیض حمایت کامل نمایند. دولت‌های عضو باید اطمینان حاصل نمایند این افراد به کلیه خدمات مراقبت از سلامت جنسی و باروری دسترسی دارند.

###### چهارم. تعهدات دولت‌های عضو

###### الف. تعهدات قانونی عمومی

۳۳. همان‌طور که در ماده ۲ بند ۱ میثاق مقرر گشته، دولت‌های عضو باید با استفاده از حداکثر منابع در دسترس خود در جهت تحقق تدریجی حق سلامت جنسی و باروری گام بردارند. دولت‌های عضو باید با حداکثر سرعت و توان در جهت تحقق کامل بالاترین موازین سلامت جنسی و باروری اقدام نمایند. این امر بدان معناست که باوجوداینکه تحقق کامل اهداف به‌صورت تدریجی صورت می‌پذیرد، اما اقدامات لازم در این راستا، باید فوراً و یا طی بازه زمانی کوتاهی انجام گیرد. چنین اقداماتی باید حساب شده، مشخص و هدفمند بوده و از تمامی ابزارهای مناسب به‌ویژه اتخاذ اقدامات قانون‌گذاری و بودجه‌ای در آن استفاده گردد.

۳۴. دولت‌های عضو ملزم به رفع فوری تبعیض علیه افراد و گروه‌ها و تضمین حقوق برابر ایشان در خصوص سلامت جنسی و باروری می‌باشند. این امر دولت‌های عضو را به لغو یا اصلاح قوانین و سیاست‌هایی وامی‌دارد که تحقق حق سلامت جنسی و باروری را برای برخی افراد و گروه‌های خاص مخدوش ساخته یا غیرممکن می‌سازد. قوانین، سیاست‌ها و فعالیت‌های بسیاری استقلال، برابری و عدم تبعیض در بهره‌مندی از حق سلامت جنسی و باروری را مخدوش می‌سازد که از این میان می‌توان به محکوم شماردن سقط و یا قوانین محدود کننده سقط، اشاره نمود. همچنین، دولت‌های عضو باید از دسترسی برابر کلیه افراد و گروه‌ها به انواع اطلاعات، اقلام و خدمات سلامت جنسی و باروری و همچنین از میان برداشتن تمامی موانعی که افراد ممکن است با آن مواجه گردند، اطمینان حاصل نمایند.

۳۵. به‌منظور بهره‌مندی افراد و گروه‌ها از سلامت جنسی و باروری، دولت‌ها ملزم به اقدام در جهت رفع شرایط و مبارزه با رویکردهایی بوده که هدف استمرار نابرابری و تبعیض، به‌ویژه بر پایه جنسیت را دارد. دولت‌ها موظف به شناسایی و اصلاح آن دسته از رسومات دیرینه و ساختارهای قدرت اجتماعی، از جمله نقش جنسیت، بوده که اجرای برابر این حق را مخدوش نموده و بر عوامل تعیین کننده حق سلامت تأثیر دارد.[[29]](#footnote-29) اقداماتی از این دست باید کلیشه‌ها، فرضیات و مرسومات تبعیض‌آمیز در خصوص مسائل جنسی و باروری که زیرساخت قوانین محدود کننده را تشکیل داده و تحقق سلامت جنسی و باروری را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد را مورد بررسی قرار داده و آن‌ها را از میان بردارد.

۳۶. دولت‌ها می‌بایست از اقدامات موقتی ویژه جهت غلبه بر تبعیض دیرینه و کلیشه‌های ریشه دوانده علیه برخی گروه‌های خاص و از میان برداشتن شرایطی که به تداوم تبعیض می‌انجامد استفاده نمایند. دولت‌ها باید اطمینان حاصل نمایند کلیه افراد و گروه‌ها از حق سلامت جنسی و باروری، بر پایه اصل برابری، بهره‌مند می‌گردند.

۳۷. دولت عضو موظف به اثبات این امر می‌باشد که به‌منظور تبعیت از تعهدات محوله از جانب میثاق، تمامی منابع موجود، من‌جمله منابعی که از طریق همکاری و مساعدت بین‌المللی کسب شده‌اند را در اختیار دارد.

۳۸. از اقدامات واپس­گرایانه باید اجتناب ورزید و چنانچه این اقدامات صورت پذیرد دولت عضو ملزم به توجیه الزام آن می‌باشد.[[30]](#footnote-30) این امر، شامل حوزه سلامت جنسی و باروری نیز می‌گردد. نمونه‌های اقدامات واپس­گرایانه شامل مواردی از این قبیل می‌گردد: جمع‌آوری داروهای سلامت جنسی و باروری از لیست داروهای ملی; قوانین و سیاست‌هایی که بودجه سلامت عمومی در خصوص سلامت جنسی و باروری را لغو می‌نماید: ایجاد مانع بر سر راه اطلاعات، اقلام و خدمات مرتبط با سلامت جنسی و باروری; تصویب قوانینی که برخی فعالیت‌ها و تصمیمات مرتبط با سلامت جنسی و باروری را محکوم می‌شمارد; تغییرات قانونی و سیاستی که منجر به کاهش نظارت دولت‌های عضو بر عملکرد عوامل خصوصی در رابطه با تعهد محترم شماردن حق افراد به دسترسی به خدمات سلامت جنسی و باروری می‌گردد. در شرایطی که اقدامات واپس­گرایانه اجتناب‌ناپذیر می‌باشند، دولت‌های عضو ملزم به حصول اطمینان از این امر بوده که چنین اقداماتی موقتی بوده، افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر و کمتر مورد توجه قرار گرفته را به شکلی ناعادلانه تحت‌الشعاع قرار نداده و منجر به ایجاد تبعیض دیگری نگردد.

###### ب. تعهدات قانونی خاص

۳۹. دولت‌های عضو موظف به محترم شماردن، حمایت و اجرای حق سلامت جنسی و باروری برای همگان می‌باشند.

**تعهد احترام**

۴۰. تعهد احترام، دولت‌ها را ملزم می‌دارد از مداخله مستقیم یا غیرمستقیم در اجرای حق سلامت جنسی و باروری توسط افراد، بپرهیزند. دولت‌ها نباید دسترسی به سلامت جنسی و باروری را از طرق مختلف، من‌جمله از طریق قوانینی که خدمات و اطلاعات مرتبط با سلامت جنسی و باروری را محکوم می‌نمایند، محدود و یا نفی نموده و در کنار این موارد، محرمانه بودن اطلاعات سلامت باید حفظ گردد. دولت‌ها موظف به اصلاح قوانینی می‌باشند که مانع از اجرای حق سلامت جنسی و باروری می‌گردد. نمونه‌های این امر شامل قوانینی می‌گردد که این موارد را محکوم می‌شمارد: سقط، عدم افشای ابتلا به اچ آی وی، قرار داشتن در معرض ابتلا و انتقال اچ آی وی، رابطه جنسی مبتنی بر رضایت افراد بالغ، هویت و یا نمود وضعیت تراجنسی.[[31]](#footnote-31)

۴۱. به‌علاوه، تعهد محترم شماردن دولت‌ها را ملزم به فسخ و اجتناب از تصویب قوانین و سیاست‌هایی می‌دارد که موجب ایجاد مانع بر سر راه دسترسی به‌سلامت جنسی و باروری می‌گردد. این امر شامل موارد یاز این دست می‌گردد: الزام رضایت فرد سوم، مانند الزام رضایت والدین، همسر و یا دستگاه قضا جهت دسترسی به خدمات و اطلاعات سلامت جنسی و باروری در رابطه با به‌عنوان‌مثال، سقط و یا روش‌های پیشگیری; مشاوره متعصبانه و دوره انتظار اجباری برای طلاق، ازدواج مجدد و یا دسترسی به خدمات سقط; آزمایش اجباری اچ آی وی; و عدم شمولیت برخی خدمات سلامت جنسی و باروری در بودجه دولتی یا بودجه کمکی خارجی. نشر اطلاعات نادرست و محدود نمودن دسترسی افراد به اطلاعات در خصوص سلامت جنسی و باروری نیز تخطی از تعهد محترم شماردن حقوق بشر تلقی می‌گردد. هر یک از دولت‌ها و همچنین دولت‌های یاری‌رسان ملزم به اجتناب از سانسور، مضایقه، ارائه ناصحیح و یا محکوم شماردن فراهم نمودن اطلاعات در خصوص سلامت جنسی و باروری[[32]](#footnote-32) برای افراد و عموم مردم می‌باشند. چنین محدودیت‌هایی منجر به مخدوش گشتن دسترسی به اطلاعات و خدمات گشته و می‌تواند بر منفی نگری و تبعیض اثر دوچندان داشته باشد.[[33]](#footnote-33)

**تعهد حمایت**

۴۲. تعهد حمایت دولت‌ها را ملزم می‌دارد از مداخله مستقیم یا غیرمستقیم عوامل خارجی (سوم شخص‌ها) در بهره‌مندی از حق سلامت جنسی و باروری ممانعت ورزند. وظیفه محافظت دولت‌ها را ملزم می‌دارد قوانین و سیاست‌هایی را تصویب و اجرا نمایند که از فعالیت‌هایی همچون اَعمال بخش خصوصی مراقبت از سلامت، شرکت‌های دارویی و بیمه و یا تولیدکنندگان اقلام و تجهیزات مرتبط با سلامت که به حیثیت جسمانی و روانی آسیب رسانیده و یا بهره‌مندی کامل از حق سلامت جنسی و باروری را به مخاطره می‌اندازد ممانعت ورزند. این امر شامل منع خشونت و فعالیت‌های تبعیض‌آمیز، من‌جمله محرومیت برخی افراد و گروه‌های خاص از خدمات سلامت جنسی و باروری می‌باشد.

۴۳. دولت‌ها باید از ایجاد موانع عملی و رویه‌ای در خدمات سلامت، ازجمله منع فیزیکی (از دسترسی به) امکانات، نشر اطلاعات نادرست، دستمزدهای نامتعارف و الزام رضایت شخص سوم (عامل خارجی) ممانعت ورزند. در شرایطی که افراد فعال در حوزه مراقبت از سلامت، مجاز به مخالفت‌های مستدل باشند، دولت‌های عضو موظف به نظارت صحیح بر عملکرد ایشان بوده تا از عدم نفی دسترسی افراد به مراقبت‌های سلامت جنسی و باروری از طریق ارجاع به پزشک در دسترس یا فردی فعال در حوزه مراقبت سلامت که قادر و مایل به ارائه خدمات موردنیاز بوده و عدم وجود مانع در ارائه خدمات در شرایط اضطراری و فوری اطمینان حاصل گردد.[[34]](#footnote-34)

۴۴. دولت‌ها ملزم به حصول اطمینان از این امر می‌باشند که نوجوانان، فارغ از وضعیت تأهل و رضایت والدین یا قیّم‌ها و با در نظر داشتن حریم شخصی و محرمیت، دسترسی کامل به اطلاعات مناسب سلامت جنسی و باروری من‌جمله تنظیم خانواده، روش‌های پیشگیری و خطرات بارداری زودهنگام و پیشگیری و درمان بیماری‌های آمیزشی من‌جمله اچ آی وی/ ایدز دارند.[[35]](#footnote-35)

**تعهد اجرا**

۴۵. تعهد اجرا دولت‌های عضو را ملزم به اتخاذ اقدامات قانون‌گذاری، اجرایی، بودجه‌ای، قضایی، تبلیغاتی و سایر اقدامات نموده تا از تحقق کامل حق سلامت جنسی و باروری اطمینان حاصل گردد.[[36]](#footnote-36) دولت‌ها باید از دسترسی جهانی فارغ از تبعیض به موارد ذیل برای کلیه افراد من‌جمله اقشار آسیب‌پذیر و کمتر مورد توجه قرار گرفته، اطمینان حاصل نمایند: گستره وسیعی از مراقبت‌های با کیفیت سلامت جنسی و باروری; اطلاعات و خدمات روش‌های پیشگیری از بارداری; خدمات سقط ایمن; پیشگیری، تشخیص و درمان ناباروری، سرطان‌های دستگاه تناسلی، عفونت‌های آمیزشی، اچ آی وی/ ایدز، به کمک، به‌عنوان‌مثال، داروهای ژنتیک.

۴۶. تعهد اجرا همچنین دولت‌ها را ملزم به اقدام به از میان برداشتن موانع عملی بر سر راه تحقق کامل حق سلامت جنسی و باروری، من‌جمله هزینه‌های نامتعارف و عدم دسترسی فیزیکی و جغرافیایی به مراقبت‌های سلامت جنسی و باروری می‌نماید. دولت‌های باید اطمینان حاصل نمایند افراد فعال در حوزه مراقبت از سلامت به میزان کافی در خصوص ارائه خدمات سلامت جنسی باروری آموزش‌دیده و به‌صورت یکسان در سرتاسر کشور حضور دارند.

۴۷. دولت‌ها ملزم به تدوین و به کار بستن موازین و رهنمون‌های مستدل جهت ارائه و اجرای خدمات سلامت جنسی و باروری بوده و این رهنمون‌ها باید مرتباً به‌منظور گنجاندن نوآوری‌های پزشکی، به‌روز گردد. همچنین، دولت‌ها ملزم به ارائه آموزش جامع متناسب با سن، مستدل و اثبات شده از نظر علمی در خصوص سلامت جنسی و باروری، به همگان می‌باشند.[[37]](#footnote-37)

۴۸. به‌علاوه، دولت‌ها باید در خصوص از میان برداشتن رسوم و عقایدی که افراد از گروه‌های سنی و جنسیت مختلف، زنان، دختران و نوجوانان را از به کار بستن حق سلامت جنسی و باروری باز می‌دارد، اقداماتی مؤثر صورت دهند. تصورات غلط اجتماعی، تعصبات و تابوها در خصوص قاعدگی، بارداری، زایمان، استمناء، احتلام، وازکتومی و باروری نیازمند اصلاح بوده تا از این طریق، مواردی از این دست موجب ممانعت از برخورداری اشخاص از حق سلامت جنسی و باروری نگردد.

###### ج. تعهدات پایه

۴۹. دولت‌های عضو موظف به حصول اطمینان از حداقل میزان بهره‌مندی از حق سلامت جنسی و باروری می‌باشند. در همین خصوص، اسناد و قوانین جدید حقوق بشر،[[38]](#footnote-38) و همچنین رهنمون‌ها و پروتکل‌های اخیر آژانس‌های ملل متحد به‌ویژه سازمان بهداشت جهانی و صندوق جمعیت ملل متحد می‌بایست سرلوحه کار دولت‌های عضو قرار گیرد.[[39]](#footnote-39) تعهدات پایه شامل موارد زیر می‌گردد:

(الف) اصلاح یا رفع قوانین، سیاست‌ها و فعالیت‌هایی که دسترسی افراد یا برخی گروه‌های خاص را تسهیلات، خدمات، اقلام و اطلاعات سلامت جنسی و باروری محکوم، مانع و یا مخدوش می‌سازد؛

(ب) اتخاذ و اجرای یک استراتژی و برنامه اجرایی ملی در خصوص سلامت جنسی و باروری، به همراه بودجه کافی که بر مبنای زمینه‌های نهی شده از تبعیض مورد تفکیک قرار گرفته و از طریق روندی شفاف و مشارکتی طراحی گشته، مورد بازبینی دوره‌ای قرار گرفته و بر آن نظارت می‌شود؛

(ج) تضمین دسترسی جهانی و یکسان به خدمات سلامت جنسی و باروری مقرون‌به‌صرفه، قابل قبول و با کیفیت مناسب، به‌ویژه برای زنان و اقشار آسیب‌پذیر و کمتر مورد توجه قرار گرفته;

(د) تصویب و اجرای منع قانونی اَعمال آسیب‌رسان و خشونت مبتنی بر جنسیت، من‌جمله ناقص نمودن آلت تناسلی زنان، ازدواج اجباری و ازدواج کودکان، خشونت خانگی و خشونت جنسی که می‌تواند شامل رابطه جنسی با همسر بدون رضایت وی باشد، به همراه تضمین حریم شخصی، محرمیت، تصمیم‌گیری آزادانه، آگاهانه و مسئولانه فارغ از اجبار، تبعیض و ترس از خشونت، در خصوص نیازهای جنسی و باروری و رفتار افراد;

(ه) ممانعت ورزیدن از سقط‌های ناایمن و فراهم نمودن مراقبت‌های پس از سقط و مشاوره برای افراد نیازمند;

(و) حصول اطمینان از دسترسی کلیه افراد و گروه‌ها به آموزش و اطلاعات جامع، مستدل و فارغ از تبعیض و تعصب، در خصوص سلامت جنسی و باروری که در آن به ظرفیت در حال تکامل کودکان و نوجوانان توجه شده باشد؛

(ز) فراهم نمودن دارو، تجهیزات و فناوری موردنیاز جهت سلامت جنسی و باروری که شامل فهرست داروهای ضروری سازمان بهداشت جهانی نیز می‌گردد؛[[40]](#footnote-40)

(ح) تضمین دسترسی به ترمیمات و غرامت‌های مؤثر اجرایی و قضایی، به دلیل تخلفات از حق سلامت جنسی و باروری.

###### د. تعهدات بین‌المللی

۵۰. همکاری و مساعدت بین‌المللی از ارکان اصلی ماده ۲ بند ۱ بوده و برای تحقق حق سلامت جنسی و باروری ضروری می‌باشد. آن دسته از دولت‌ها که در تبعیت از ماده ۲ بند ۱، قادر به اطاعت از تعهدات خود نبوده و به دلیل عدم وجود منابع، قادر به محقق ساختن حق سلامت جنسی و باروری نمی‌باشند، ملزم به درخواست همکاری و مساعدت بین‌المللی می‌باشند. آن دسته از دولت‌های عضو که توانایی همکاری و مساعدت بین‌المللی را دارند باید با حسن نیت و مطابق با تعهد بین‌المللی کمک حداقل ۷ درصدی از محل درآمد خالص ملی به چنین درخواست‌هایی پاسخ دهند.

۵۱. دولت‌های عضو در تبعیت از تعهدات محوله از سوی میثاق، باید اطمینان حاصل نمایند توافقات دوجانبه، منطقه‌ای و بین‌المللی ایشان در خصوص دارایی‌های معنوی و یا دادوستدهای بازرگانی و اقتصادی، دسترسی به داروها، فناوری‌های بازشناختی یا دیگر فناوری‌های ضروری جهت پیشگیری یا درمان اچ آی وی/ ایدز و یا دیگر بیماری‌های مرتبط با سلامت جنسی و باروری را مخدوش نمی‌سازد. دولت‌ها باید اطمینان حاصل نمایند بیشترین تدبیر و انعطاف موردنیاز جهت ترویج و تضمین دسترسی به دارو و مراقبت سلامت برای همگان در توافقات بین‌المللی و قوانین ملی گنجانده شده باشد. دولت‌های عضو باید توافقات بین‌المللی خود، من‌جمله توافقات در خصوص دادوستد و سرمایه‌گذاری را مورد بازبینی قرار داده تا از این طریق از هم‌راستا بودن این توافقات با حمایت از حق سلامت جنسی و باروری اطمینان حاصل کرده و در صورت لزوم، آن‌ها را اصلاح نمایند.

۵۲. دولت‌های کمک‌رسان و عوامل بین‌المللی ملزم به تبعیت از موازین حقوق بشر بوده که بر سلامت جنسی و باروری نیز اطلاق پذیر می‌باشند. بدین منظور، مساعدت بین‌المللی نباید محدودیتی بر اطلاعات یا خدمات موجود در دولت‌های کمک‌رسان تحمیل نموده، افراد فعال آموزش‌دیده در حوزه مراقبت از سلامت باروری را از کشورهای پذیرنده دور ساخته و یا کشورهای پذیرنده را به سمت خصوصی‌سازی سوق دهد. به‌علاوه، دولت‌های کمک‌رسان نباید موانع قانونی، رویه‌ای، عملی یا اجتماعی بر سر راه بهره‌مندی کامل از سلامت جنسی و باروری که در کشورهای پذیرنده وجود دارد را تقویت نموده یا آن‌ها را نادیده گیرند.

۵۳. سازمان‌های بین دولتی و به‌ویژه ملل متحد و آژانس‌های تخصصی، برنامه‌ها و نهادهای وابسته با آن، نقشی مهم و سهمی بسزا در خصوص تحقق جهانی سلامت جنسی و باروری دارند. سازمان بهداشت جهانی، صندوق جمعیت ملل متحد، نهاد سازمان ملل متحد برای برابری جنسیتی و قدرت بخشیدن به زنان، کمیساریای عالی حقوق بشر و دیگر سازمان‌های ملل متحد، راهنمایی و اطلاعات فنی فراهم نموده و همچنین به ظرفیت‌سازی و استحکام بخشیدن می‌پردازند. آن‌ها باید با در نظر گرفتن اختیارات خود، فعالانه و همراه با جامعه مدنی در امر اجرای حق سلامت جنسی و باروری در سطح ملی با دولت‌های عضو همکاری نمایند.[[41]](#footnote-41)

###### پنجم. تخلفات

۵۴. تخلفات از حق سلامت جنسی و باروری از طریق عملکرد مستقیم دولت‌ها یا دیگر نهادها که به میزان کافی تحت نظارت دولت‌ها نمی‌باشند، صورت می‌پذیرد. تخلفات از طریق عملکرد شامل اتخاذ قوانین، مقررات، سیاست‌ها یا برنامه‌هایی می‌گردد که منجر به ایجاد مانع بر سر راه تحقق حق سلامت جنسی و باروری در کشورهای عضو و یا کشور سوم گشته و یا از طریق لغو یا تعلیق قوانین، مقررات، سیاست‌ها یا برنامه‌هایی که لازمه بهره‌مندی مستمر از حق سلامت جنسی و باروری هست، صورت می‌پذیرد.

۵۵. تخلفات از طریق اهمال، شامل عدم صورت پذیرفتن اقدامات مناسب در خصوص تحقق کامل حق سلامت جنسی و باروری و عدم تصویب و اجرای قوانین مربوطه می‌باشد. عدم تضمین برابری رسمی و حقیقی در بهره‌مندی از حق سلامت جنسی و باروری، به‌منزله تخطی از این حق محسوب می‌گردد. رفع تبعیض بالقوه و بالفعل جهت بهره‌مندی برابر از حق سلامت جنسی و باروری الزامی می‌باشد.[[42]](#footnote-42)

۵۶. تخلفات از تعهد محترم شماردن زمانی رخ می‌دهد که دولت‌ها از طریق قوانین، سیاست‌ها و یا اعمال خود حق سلامت جنسی و باروری را کم‌اهمیت جلوه دهند. چنین تخلفاتی شامل مداخله دولت عضو در آزادی فرد در رابطه با کنترل بر بدن خویش و توانایی تصمیم‌گیری آزادانه آگاهانه و مسئولانه در این رابطه می‌باشد. به‌علاوه، این تخلفات زمانی صورت می‌پذیرند که دولت عضو قوانین و سیاست‌های ضروری جهت بهره‌مندی از حق سلامت جنسی و باروری را لغو کرده یا تعلیق نماید.

۵۷. نمونه‌های تخلفات از تعهد محترم شماردن شامل مواردی همچون محکوم شماردن سقط و محکوم شماردن روابط جنسی مابین افراد بالغ بوده که با ایجاد موانع قانونی، دسترسی افراد به خدمات سلامت جنسی و باروری را مخدوش می‌سازد. ممنوعیت یا نفی دسترسی حقیقی به خدمات و داروهای سلامت جنسی و باروری، من‌جمله پیشگیری‌های اضطراری، نیز تخلف از تعهد محترم شماردن تلقی می‌گردد. قوانین و سیاست‌هایی که مداخلات پزشکی غیر داوطلبانه و اجباری، من‌جمله عقیم‌سازی اجباری و یا تست اجباری اچ آی وی/ ایدز و یا باکرگی، نیز نقش تعهد محترم شماردن به حساب می‌آید.

۵۸. قوانین و سیاست‌هایی که به‌طور غیرمستقیم فعالیت‌های اجباری پزشکی را ادامه می‌دهد، از جمله سیاست‌های پیشگیری از بارداری مبتنی بر مشوق یا سهمیه‌ای و درمان هورمونی و همچنین نیازهای جراحی یا عقیم‌سازی برای به رسمیت شناختن حقوقی هویت جنسیتی یک نفر، موجب نقض بیشتری نسبت به تعهد به احترام افراد می‌شود. نقض‌های بیشتر شامل اقدامات دولتی و سیاست‌هایی است که اطلاعات را سانسور یا پنهان می‌کند یا اطلاعات نادرست، دروغ‌آمیز یا تبعیض‌آمیز مربوط به سلامت جنسی و باروری ارائه می‌کند.

۵۹. تخلفات از تعهد حمایت زمانی رخ می‌دهد که دولت عضو نتواند مانع مخدوش گشتن بهره‌مندی از حق سلامت جنسی و باروری، توسط عوامل خارجی (سوم شخص‌ها) گردد. این امر شامل عدم ممانعت و پیشگیری از این موارد می‌گردد: تمامی انواع خشونت‌ها و تحمیل‌های صورت گرفته توسط عوامل و نهادهای غیردولتی، من‌جمله خشونت خانگی تجاوز (شامل داشتن رابطه جنسی با همسر، بدون رضایت وی نیز می‌شود)، ضرب و شتم جنسی، سوءاستفاده، اذیت و آزار در طول دوران یا پس از جنگ و درگیری و دوران تحول; خشونت علیه لزبین، گی (همجنسگرایان)، دوجنسگرایان، ترنسجندرها و افراد بیناجنس (اینترسکس) و یا زنانی که خواهان سقط و یا نیازمند به مراقبت‌های پس از سقط می‌باشند; اَعمال آسیب‌رسان من‌جمله ناقص نمودن آلت تناسلی زنان، ازدواج کودکان و ازدواج اجباری، عقیم‌سازی اجباری، سقط اجباری و بارداری اجباری; جراحی‌ها و درمان‌های صورت گرفته بر نوزادان و کودکان بینا جنسیتی که غیرقابل بازگشت، ناخواسته و از دیدگاه پزشکی غیرضروری بوده‌اند.

۶۰. دولت‌ها ملزم به داشتن نظارت مؤثر بر برخی بخش‌های خاص من‌جمله فعالان بخش خصوصی در حوزه مراقبت از سلامت، شرکت‌های بیمه، مؤسسات آموزشی و مراقبت از کودک، توان‌بخشی‌ها، پناهگاه‌های مهاجرین، زندان‌ها و دیگر مراکز بازداشت بوده تا از عدم مخدوش گشتن و یا نقض بهره‌مندی افراد از حق سلامت جنسی و باروری اطمینان حاصل نمایند. دولت‌ها موظف[[43]](#footnote-43) به تضمین عدم امتناع شرکت‌های خصوصی بیمه، از پوشش دهی خدمات سلامت جنسی و باروری می‌باشند. همچنین، دولت‌ها در حوزه‌ای فراتر از حوزه تحت اختیار خویش این تعهد را دارند که از عدم نقض حق سلامت جنسی و باروری مردم دیگر کشورها توسط شرکت‌های چندملیتی من‌جمله شرکت‌های دارویی که فعالیت جهانی دارند، از طریق به‌عنوان‌مثال آزمایشات روش‌های پیشگیری و یا آزمایشات پزشکی بدون رضایت فرد، اطمینان حاصل نمایند.

۶۱. تخلفات از تعهد اجرا زمانی صورت می‌پذیرد که تمامی اقدامات لازم جهت تسهیل، اشاعه و فراهم نمودن حق سلامت جنسی و باروری، با استفاده از حداکثر منابع در اختیار خویش، از سوی دولت‌های عضو صورت نپذیرد. چنین تخلفاتی زمانی رخ می‌دهد که دولت‌ها از اتخاذ و اجرای یک سیاست سلامت همه‌جانبه و کلی ملی که به میزان کافی و به شکلی جامع به‌سلامت جنسی و باروری پرداخته، باز مانده و یا یک سیاست در رسیدگی مناسب به نیازهای اقشار آسیب‌پذیر و کمتر مورد توجه قرار گرفته، شکست می‌خورد.

۶۲. تخلفات از تعهد اجرا زمانی صورت می‌پذیرد که دولت‌های عضو از تضمین فراهم بودن، قابل‌دسترس بودن، قابل‌قبول بودن و کیفیت مناسب امکانات، اقلام و خدمات سلامت جنسی و باروری، باز بمانند. نمونه‌های چنین تخلفاتی شامل عدم تضمین دسترسی کلیه افراد به‌تمامی روش‌های پیشگیری که فرد را قادر به استفاده از روش مناسب و متناسب با نیاز و موقعیت خویش می‌نماید، می‌باشد.

۶۳. همچنین، تخلفات از تعهد اجرا زمانی صورت می‌پذیرد که دولت‌های عضو از انجام اقدامات مؤثر در خصوص از میان برداشتن موانع قانونی، رویه‌ای، عملی و اجتماعی بر سر راه بهره‌مندی از سلامت جنسی و باروری و تضمین برخورد محترمانه و فارغ از تبعیض فعالان در حوزه مراقبت‌های سلامت با کلیه افراد نیازمند به مراقبت‌های سلامت جنسی و باروری، باز بمانند. به‌علاوه، تخلف از تعهد اجرا زمانی رخ می‌دهد که دولت‌ها نتوانند از این امر اطمینان حاصل نمایند که اطلاعات دقیق و به روز در خصوص سلامت جنسی و باروری، به زبان‌ها و در قالب‌های مناسب، برای همگان فراهم بوده و در دسترس عموم قرار دارد و یا قادر به تضمین گنجانده شدن آموزش جامع مستدل و علمی فارغ از تعصب و متناسب با سن در برنامه‌های درسی تمامی مؤسسات آموزشی نباشند.

###### ششم. جبران خسارت

۶۴. دولت‌ها ملزم به تضمین دسترسی کلیه افراد به عدالت و جبران خسارت مناسب و مؤثر در موارد تضییع حق سلامت جنسی و باروری می‌باشند. جبران خسارت می‌تواند شامل جبران مافات مناسب، مؤثر و زودهنگام بوده که این امر می‌تواند به شکل اعاده مال، جبران خسارت، بهره‌مندی و یا تضمین عدم تبعیض باشد. اجرای مؤثر حق جبران خسارت، مستلزم دسترسی به عدالت و اطلاعات در خصوص وجود این جبران خسارت می‌باشد. همچنین، حق سلامت جنسی و باروری باید در قوانین و سیاست‌ها تکریم گشته و قابل‌پیگیری قضایی در سطح ملی بوده و قضات، دادستان‌ها و وکلا از امکان اجرای این حق مطلع گردند. چنانچه عوامل خارجی (سوم شخص‌ها) از حق سلامت جنسی و باروری تخلف نمایند، دولت‌ها باید از بررسی و تعقیب قانونی تخلف مربوطه، پاسخگویی مرتکبان و همچنین فراهم بودن جبران خسارت برای قربانیان اطمینان حاصل نمایند.[[44]](#footnote-44)

1. . اظهارنظر عمومی شماره ۱۴ (۲۰۰۰) کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی درباره حق دسترسی به بالاترین استاندارد قابل‌دسترس سلامت، پاراگراف ۲، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۲۳، ۳۴ و ۳۶ را ببینید. [↑](#footnote-ref-1)
2. . کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان ماده ۱۲؛ کنوانسیون حقوق کودک، ماده ۱۷، ۲۳-۲۵ و ۲۷؛ و کنوانسیون افراد دارای معلولیت، ماده‌های ۲۳ و ۲۵ را ببینید. همچنین اظهارنظر عمومی شماره ۲۴ (۱۹۹۹) کمیته رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان در مورد زنان و سلامتی، پاراگراف‌‌های ۱۱، ۱۴، ۱۸، ۲۳، ۲۶، ۲۹، ۳۱ (ب)؛ و اظهارنظر عمومی شماره ۱۵ (۲۰۱۳) کمیته حقوق کودک درباره حق کودک برای برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل‌دسترس سلامت را ببینید. [↑](#footnote-ref-2)
3. . *گزارش کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه، قاهره ۵-۱۳ سپتامبر ۱۹۹۴* (انتشارات سازمان ملل متحد، شماره فروش E.95.XIII.18) فصل یک، مصوبه یک، ضمیمه. برنامه عملی بر مبنای ۱۵ اصل است. اصل اول تبیین می‌کند که «همه انسان‌ها آزاد و برابر در کرامت انسانی و حقوق به دنیا می‌آیند.» [↑](#footnote-ref-3)
4. . سازمان ملل متحد، تحول جهان ما: چشم‌انداز ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار، مصوبه مجمع عمومی در سپتامبر ۲۰۱۵. هدف ۳ چشم‌انداز ۲۰۳۰ «تضمین زندگی‌ سالم و تشویق سلامتی برای همه در هر ‌سنی» است و هدف ۵ «دستیابی به برابری جنسیتی و توانمندسازی تمام زنان و دختران» هست. [↑](#footnote-ref-4)
5. . برای هدف این اظهارنظر عمومی، ارجاعات به افراد همجنسگرا، دوجنسگرا، تراجنسیتی و بیناجنس، شامل افراد دیگری که به خاطر گرایش جنسی، هویت جنسیتی و شخصیت جنسی واقعی یا درک شده خود با نقض حقوق خود مواجه می‌شوند، از جمله آن‌هایی که با واژگان دیگری خود را معرفی کنند، نیز می‌شود. [↑](#footnote-ref-5)
6. . *سلامت جنسی، حقوق بشر و قانون* (۲۰۱۵)، تعریف کاری سلامت جنسی، بخش ۱.۱، سازمان بهداشت جهانی را ببینید. [↑](#footnote-ref-6)
7. . برنامه عمل کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه، فصل ۷ را ببینید. [↑](#footnote-ref-7)
8. . کمیسیون سازمان بهداشت جهانی در مورد تعیین عوامل اجتماعی بهداشت، *از بین بردن فاصله بین نسل‌ها: برابری سلامتی از طریق عمل بر تعیین عوامل اجتماعی بهداشت-گزارش پایانی کمیسیون در خصوص تعیین عوامل اجتماعی سلامت* (۲۰۰۸). [↑](#footnote-ref-8)
9. . اظهارنظر عمومی شماره ۲۰ (۲۰۰۹) کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی درباره عدم تبعیض در حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید. [↑](#footnote-ref-9)
10. . A/65/162. [↑](#footnote-ref-10)
11. . کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان، ماده ۱۱ (۱)(ه) و (۱۱)(۲) را ببینید. [↑](#footnote-ref-11)
12. . شکایات شماره 1153/2003 کمیته حقوق بشر را ببینید، کارن نولیا لانتوری هوامان علیه پرو، نظرات اتخاذ شده در تاریخ ۲۴ اکتبر ۲۰۰۵؛ شکایات شماره 17/2008 کمیته رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان، الین دا سیلوا پیمنتل علیه برزیل، نظرات اتخاذ شده در تاریخ ۲۵ جولای ۲۰۱۱؛ CAT/C/SLV/CO/2، پاراگراف ۲۳؛ و CAT/C/NIC/CO/1، پاراگراف ۱۶. [↑](#footnote-ref-12)
13. . در پاراگراف ۱۲ اظهارنظر عمومی شماره ۱۴، کمیته پارامتر‌های هنجاری تعهدات دولت را برای تضمین حق سلامت تعیین می‌کند. این استانداردها همچنین به عوامل، یا پیش‌شرط‌های سلامت، از جمله دسترسی به آموزش جنسی و اطلاعات درباره سلامت مسائل جنسی و باروری اطلاق می‌شود. همچنین اظهارنظر عمومی شماره ۱۵ کمیته، درباره حقوق کودک را ببینید که این هنجارها را به نوجوانان سرایت می‌دهد. کشورهای عضو باید خدمات بهداشتی که به نیازهای به‌خصوص و حقوق بشر همه نوجوانان حساس است را فراهم کنند. [↑](#footnote-ref-13)
14. . اظهارنظر عمومی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، پاراگراف ۱۲ (الف)؛ و A/HRC/21/22 و اصلاحیه ۱ و ۲، پاراگراف ۲۰ را ببینید. [↑](#footnote-ref-14)
15. . داروهای ضروری از طرف سازمان بهداشت جهانی این‌طور تعریف شده «آن‌هایی که نیازهای اولیه سلامت جمعیت را برطرف می‌کند» و «قرار است که در یک سیستم کارآمد بهداشتی همیشه به میزان لازم، در بسته‌بندی‌های با مقدار لازم، با کیفیت تضمین شده و قیمتی که فرد و جوامع بتوانند تهیه کنند، در دسترس باشد». اظهارنظر عمومی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید؛ و فهرست نمونه داروهای ضروری سازمان بهداشت جهانی، ویرایش نوزدهم (۲۰۱۵) را ببینید. [↑](#footnote-ref-15)
16. . *فدراسیون بین‌المللی پدر و مادری برنامه‌ریزی‌شده- شبکه اروپایی علیه ایتالیا*، شکایت شماره 87/2012 (۲۰۱۴)، قطع‌نامه مصوب توسط کمیته نمایندگان شورای اروپا در ۳۰ آوریل ۲۰۱۴. [↑](#footnote-ref-16)
17. ارجاع در سند حاضر به امکانات، کالاها و خدمات بهداشتی، شامل عوامل زیرساختی نیز می‌شود. [↑](#footnote-ref-17)
18. . به‌طورکلی، اظهارنظر عمومی شماره ۱۴، پاراگراف ۱۹ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید. [↑](#footnote-ref-18)
19. . کمیساریای حقوق بشر شورای اروپا، «حقوق بشر و افراد بیناجنسی»، شماره چاپی (۲۰۱۵). [↑](#footnote-ref-19)
20. . سازمان بهداشت جهانی، سقط‌جنین امن: *راهنمای تکنیکی و سیاست‌گذاری سیستم‌های بهداشتی*، ویرایش دوم (۲۰۱۲). [↑](#footnote-ref-20)
21. . کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، ماده ۲۵ را ببینید. [↑](#footnote-ref-21)
22. . اظهارنظر عمومی شماره ۱۶ (۲۰۰۵) کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی درباره حق برابر مردان و زنان برای بهره‌مندی از تمام حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ببینید. [↑](#footnote-ref-22)
23. . ماده ۵ کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان را ببینید. [↑](#footnote-ref-23)
24. . ماده ۴ (۱) کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان، به «اقدامات ویژه موقت با هدف افزایش کیفیت برابری بالفعل بین مردان و زنان» می‌پردازد، درحالی‌که ماده ۴ (۲) بر «اقدامات ویژه ... با هدف حمایت از مادران» تمرکز دارد. همچنین اظهارنظر عمومی شماره ۱۶، پاراگراف ۱۵ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید. [↑](#footnote-ref-24)
25. . سازمان بهداشت جهانی، *سقط جنین امن: راهنمای تکنیکی و سیاست‌گذاری برای سیستم‌های بهداشتی*، ویرایش دوم (۲۰۱۲) و A/69/62 را ببینید. [↑](#footnote-ref-25)
26. . شامل گروه‌هایی که مورد تبعیض قرار گرفته‌اند از جمله بر مبنای نژاد و رنگ، جنسیت، زبان، مذهب، عقیده سیاسی یا غیره، منشأ ملی یا اجتماعی، وضعیت تأهل و خانوادگی، معلولیت، گرایش جنسی و هویت جنسی، وضعیت بیناجنسی، وضعیت بهداشت، محل اقامت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، یا وضعیت‌های دیگر و آن‌هایی که با چند شکل از تبعیض مواجه هستند. اظهارنظر عمومی شماره ۲۰ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید. [↑](#footnote-ref-26)
27. . اعلامیه و برنامه عمل وین ۱۹۹۳ (A/CONF.157/23)، پاراگراف ۳۸ و اعلامیه و برنامه عمل پکن ۱۹۹۳ (A/CONF.177/20)، پاراگراف ۱۳۵ را ببینید. [↑](#footnote-ref-27)
28. . اظهارنظر عمومی شماره ۲۰، پاراگراف ۳۹، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید. [↑](#footnote-ref-28)
29. . پاراگراف‌های ۶ تا ۹ اظهارنظر عمومی شماره ۱۶، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید. [↑](#footnote-ref-29)
30. . پاراگراف‌ ۳۲ اظهارنظر عمومی شماره ۱۴، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید. [↑](#footnote-ref-30)
31. E/C.12/1/Add؛ و اصلاحیه یک، پاراگراف ۵۳، اظهارنظر عمومی شماره ۲۴، پاراگراف‌های ۲۴ و ۳۱ (ج)؛ A/66/254 و A/HRC/14/20 کمیته رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان را ببینید. [↑](#footnote-ref-31)
32. . اظهارنظر عمومی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی؛ اظهارنظر عمومی شماره ۴ (۲۰۰۳) کمیته حقوق کودک درباره بهداشت و رشد نوجوان در بستر کنوانسیون حقوق کودک. [↑](#footnote-ref-32)
33. . سازمان عفو بین‌الملل، زندگی بدون حق *انتخاب: موانع بر سر بهداشت باروری در اندونزی* (۲۰۱۰). [↑](#footnote-ref-33)
34. . E/C.12/POL/CO/5، پاراگراف ۲۸؛ A/66/254 پاراگراف‌های ۲۴ و ۶۵ (م)؛ و اظهارنظر عمومی شماره ۲۴، پاراگراف ۱۱ کمیته رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان را ببینید. [↑](#footnote-ref-34)
35. . اظهارنظر عمومی شماره ۴، پاراگراف‌های‌ ۲۸ و ۳۳ کمیته حقوق کودک را ببینید. [↑](#footnote-ref-35)
36. . اظهارنظر عمومی شماره ۱۴، پاراگراف‌های ۳۳ و ۳۶-۳۷ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید. [↑](#footnote-ref-36)
37. . اظهارنظر عمومی شماره ۱۴، ۳۷ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی؛ اظهارنظر عمومی شماره ۳۰، پاراگراف ۵۲ (ج) کمیته رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان در مورد زنان در شرایط پیشگیری از مناقشه، در حین درگیری و پس از مناقشه؛ و اظهارنظر عمومی شماره ۱۵، پاراگراف ۶۰ کمیته حقوق کودک را ببینید. [↑](#footnote-ref-37)
38. . برای مثال www.icpdbeyond2014.org؛ شکایات شماره 17/2008 و شماره 22/2009 کمیته رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان؛ *ال.سی. علیه پرو*، نظرات اتخاذ شده ۱۷ اکتبر ۲۰۱۱؛ و اظهارنظرهای عمومی و پیشنهادهای کمیته حقوق کودک و کمیته رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان را ببینید. [↑](#footnote-ref-38)
39. . برای مثال Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings را ببینید (Inter‑agency Working Group on Reproductive Health in Crises, ۲۰۱۰)، قابل دسترس در www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies. [↑](#footnote-ref-39)
40. . فهرست نمونه داروهای ضروری سازمان بهداشت جهانی، بخش ۱۸.۳ را ببینید. [↑](#footnote-ref-40)
41. . اظهارنظر عمومی شماره ۱۴، پاراگراف‌های ۶۳-۶۵ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید. [↑](#footnote-ref-41)
42. . اظهارنظر عمومی شماره ۱۶، پاراگراف‌ ۴۱ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ببینید. [↑](#footnote-ref-42)
43. . قواعد ماستریخت درباره تعهدات فرا-مرزی دولت‌ها درزمینه‌ی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی. [↑](#footnote-ref-43)
44. لطفاً برای متن اصلی [اینجا](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f22&Lang=en) را نگاه کنید. [↑](#footnote-ref-44)