

Original Article

Inclusion of Traditional and Complementary Medicine in the United Nations Strategy and the World Health Organization

Mohammad Ali Ghanbari¹, Kouros Delpasand², Afsaneh Ghanbari^{3*}

1. Researcher of Men's Health and Reproductive Health Research Center, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor of Medical Ethics, Department of Medical Ethics, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
3. Researcher of Medical Ethics and Law Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: dr.ghanbari@sbmu.ac.ir

Received: 26 Jun 2019 Accepted: 5 Oct 2019

Abstract

Background and Aim: The most compelling evidence for the inclusion of traditional and complementary medicine in the area of the right to health is General Comment NO.14 of the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Lack of effective implementation of national policies and soft law in traditional and complementary medicine is harmful to many societies and impedes the realization of fundamental human rights. This paper analyzes the inclusion of traditional and complementary rights in the domain of the right to health and its place in the WHO's strategic plans and the UN International Documents. Does the theory of health right include traditional and complementary medicine and is it hard or soft in international documents? In response to the questions raised, some of the shortcomings of the policy and regulations of traditional and complementary medicine are addressed.

Materials and Methods: This research is based on a descriptive-analytical method and is based on valid library documents and resources. The theoretical framework of research is justice-based rights.

Findings: The transformation is evident in the scope of the right to health and the inclusion of traditional and complementary medicine that relate to the effective enjoyment of the highest standard of attainable health. Although traditional and complementary medicine is clearly within the scope of international human rights law for health, explicit expression of its right can assist in achieving the goal of the World Health Organization in improving fair, effective and quality access to traditional and safe complementary medicine.

Conclusion: None of the international treaties explicitly prohibit traditional and complementary medicine. In international human rights law, the right to health as set forth in mandatory legal treaties does not explicitly include the right to use traditional and complementary medicine. The analysis of these cases provides evidence for establishing a legal basis for the inclusion of traditional and complementary medicine in the international human rights framework regarding the right to health. And proposes that the international community regulate an explicit and statutory right in the form of an internationally binding (hard rights) document on traditional and complementary medicine.

Keywords: Health Care; Inclusion; Traditional Medicine; Complementary Medicine; Right to Health; United Nations; World Health Organization

Please cite this article as: Ghanbari MA, Delpasand K, Ghanbari A. Inclusion of Traditional and Complementary Medicine in the United Nations Strategy and the World Health Organization. *Med Hist J* 2020; 11(41): 7-22.

شمول طب سنتی و مکمل در استراتژی سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی

محمدعلی قنبری^۱، کورش دل‌پسند^۲، افسانه قنبری^{۳*}

۱. پژوهشگر مرکز تحقیقات سلامت مردان و بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. استادیار اخلاق پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۳. پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: dr.ghanbari@sbmu.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۸/۴/۵ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: یکی از روشن‌ترین شواهد برای ورود طب سنتی و مکمل در محدوده حق بر سلامت، اظهار نظر عمومی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل متحد است. عدم اجرای مؤثر سیاست‌های ملی و حقوق نرم در طب سنتی و مکمل برای بسیاری از جوامع، زیان‌بار و مانع از تحقق حقوق بنیادین بشر است. این نوشتار به تجزیه و تحلیل شمول حق بر طب سنتی و مکمل در دامنه حق بر سلامت و جایگاه آن در برنامه‌های راهبردی سازمان بهداشت جهانی و اسناد بین‌المللی سازمان ملل می‌پردازد. آیا تئوری حق بر سلامت شامل طب سنتی و مکمل است و آیا در اسناد بین‌المللی سخت و یا نرم مطرح است؟ در پاسخ به سؤالات مطرح‌شده به برخی از کاستی‌های سیاست‌گذاری و مقررات طب سنتی و مکمل پرداخته می‌شود.

مواد و روش‌ها: این تحقیق بر اساس روش تحلیلی - توصیفی و بر پایه اسناد و منابع معتبر کتابخانه‌ای است. چارچوب نظری تحقیق، حقوق مبتنی بر عدالت است.

یافته‌ها: تحول در دامنه حق بر سلامت و شمول طب سنتی و مکمل که مربوط به بهره‌مندی مؤثر از بالاترین استاندارد قابل دستیابی به سلامتی است، به وضوح قابل درک است، اگرچه طب سنتی و مکمل به وضوح در چارچوب قانون بین‌المللی حقوق بشر برای سلامتی است، اما بیان صریح حق آن می‌تواند در دستیابی به هدف سازمان بهداشت جهانی در بهبود دسترسی عادلانه به طب سنتی ایمن، باکیفیت و مؤثر کمک کند.

نتیجه‌گیری: هیچ یک از معاهدات بین‌المللی صریحاً طب سنتی و مکمل را ممنوع نمی‌کنند. در قوانین بین‌المللی حقوق بشر، حق بر سلامت که در معاهدات قانونی الزام‌آوری تنظیم شده است، صریحاً حق استفاده از طب سنتی و مکمل را شامل نمی‌شود. تجزیه و تحلیل این موارد شواهدی را برای ایجاد پایه و اساس قانونی برای درج طب سنتی و مکمل در کالبد بین‌المللی در رابطه با حق سلامت ارائه می‌دهد و پیشنهاد می‌کند تا جامعه جهانی یک حق صریح و قانونی را در قالب یک سند بین‌المللی الزام‌آور برای طب سنتی و مکمل تنظیم کند.

واژگان کلیدی: مراقبت سلامت؛ شمول؛ طب سنتی؛ طب مکمل؛ حق بر سلامت؛ سازمان ملل متحد؛ سازمان بهداشت جهانی

مقدمه

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ حق بر سلامت را به عنوان حق همگانی و بهره‌مندی از بالاترین حد قابل دستیابی از سلامت جسمی و روانی تعریف می‌کند. میلیون‌ها نفر از مردم از طب سنتی و مکمل T & CM^۱ برای تحقق حق خود برای سلامتی استفاده می‌کنند.

جامعه تفسیری مربوط به تحقق حق بر سلامت فراتر از کشورهای عضو است که در نهایت پاسخگوی میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هستند و «همه اعضای جامعه» را شامل می‌شود. از این رو سازمان بهداشت جهانی بهبود دسترسی عادلانه در مورد خدمات ایمن، باکیفیت و مؤثر در حوزه طب سنتی و مکمل را که به طور بالقوه می‌تواند پاسخگوی نیازهای جوامع و ایجاد خدمات درمانی و فرهنگی پایدار باشد، مشخص کرده است (۱)

مهم‌ترین گام برای حل مسائل سلامت و نیل به عدالت اجتماعی و برابری در سیستم‌های بهداشتی و درمانی این است که تأمین سلامت مردم و عدالت در سلامت اولویت روز جامعه و دغدغه اصلی تمام کسانی شود که به نوعی تصمیم گیرنده هستند، لذا راه‌کارهای عملی برای تحقق اهداف کمی و کیفی شاخص‌های عدالت، اولویت خدمات بهداشتی، توزیع مناسب منابع و دسترسی عادلانه می‌تواند راه‌گشا باشد (۲) و به همین دلیل یکی از اهداف این تحقیق تشخیص دامنه طب سنتی و مکمل در دایره گسترده حق بر سلامت است تا از درپچه نظام دسترسی توزیع عادلانه خدمات، کالاها و خدمات سلامت در زمینه طب سنتی، محدوده آن را وسعت بخشد و استفاده از آن را به طور ایمن، کافی، مؤثر و عادلانه به دست اعضای جامعه بشری برساند. بدون شک تحقیق و تفحص در اسناد بین‌المللی حقوق بشر چه از نظر حقوق نرم و یا سخت، می‌تواند شکاف‌های نظام گسترده سلامت را هم در سیستم‌های سلامت ملی و بین‌المللی جوامع، در زمینه حق بر طب سنتی و مکمل آشکار کند و این امر می‌تواند نقطه عطفی باشد برای تقویت و حمایت از ارکان وجودی این رشته که از دیاران کهن در این

سرزمین دارای محبوبیت و اهمیت زیادی بوده است، چراکه با نگاهی به تاریخ درخشان پزشکی ایران و کتاب‌های طب سنتی حکیمانی چون زکریای رازی و ابن سینا که قریب به ۵۰۰ سال در دانشکده‌های اروپایی و آسیایی توسط استادان تدریس شده‌است، چراغ راهی را می‌طلبد تا با درک درستی از جایگاه این رشته، عملکرد آن و درمانگران آن، در اسناد بین‌المللی همچون معاهدات، اعلامیه‌ها، بیانیه‌ها، کنوانسیون‌ها، اظهار نظرهای عمومی سازمان ملل و... در استیفای حقوق بشر تمام ملت‌ها قدمی هرچند کوچک برداشته شود.

بنا بر اهمیت حیاتی این رشته است که سازمان بهداشت جهانی WHO^۲ برای اولین بار طب سنتی را به عنوان منبع اصلی خدمات سلامت برای بیش از دوسوم جمعیت جهان در سال ۱۹۷۷ اعلام کرد. طب سنتی در طی یک دوره پنجاه ساله موضوع حدود شانزده قطع‌نامه سازمان بهداشت جهانی بوده است. به علاوه ۲۵ سال است که سازمان بهداشت جهانی به طور مداوم اهمیت انتشار طب سنتی و مکمل را برای سلامت با انتشار گسترده در سراسر جهان و مباحث متعدد طب سنتی و مکمل، از جمله معیارهای آموزش در هفت روش طب سنتی تأیید کرده است (۳).

گروهی از محققین در پژوهش‌های قبلی در این موضوع، نیاز به تحقیقات آینده را برای ایجاد مبنای قانونی برای حق استفاده از مراقبت‌های سلامت سنتی، مکمل و جایگزین مطرح کردند. آن‌ها اظهار داشتند که عدم شفافیت در مبنای قانونی برای داشتن حق بر طب سنتی، مکمل و مراقبت‌های سلامت جایگزین باعث شده است که در این زمینه راهنمایی‌های قانونی و حرفه‌ای برجسته شود، اگرچه طب سنتی و مکمل به وضوح در چارچوب قانون بین‌المللی حقوق بشر برای سلامتی است، اما بیان صریح حق طب سنتی و مکمل می‌تواند در دستیابی به هدف سازمان بهداشت جهانی در بهبود دسترسی عادلانه به طب سنتی و مکمل ایمن، باکیفیت و مؤثر کمک کند (۴).

به همین منظور این نوشتار به تجزیه و تحلیل برخی از کاستی‌های سیاست‌گذاری و مقررات طب سنتی و مکمل

طب سنتی سابقه طولانی دارد. این مجموعه شامل دانش، مهارت و شیوه‌های مبتنی بر تئوری‌ها، اعتقادات و تجربیات بومی در فرهنگ‌های مختلف اعم از قابل توضیح یا غیر از آن است که در حفظ سلامتی و همچنین در پیشگیری، تشخیص، بهبود یا درمان جسمی و روانی استفاده می‌شود (۶). سازمان بهداشت جهانی علل پیشرفت و لزوم ترویج طب سنتی را در چند نکته می‌داند: به دلیل خصوصیات ذاتی طب سنتی، از دیر باز روش خود درمانی برای مردم بوده است، لذا درمان با طب سنتی برای اکثر مردم به سادگی قابل پذیرش است. طب سنتی جزئی از فرهنگ مردم است و در حل بعضی از مسائل مربوط به فرهنگ سلامت، نقش مهمی دارد. توسعه و ترویج طب سنتی احترام به فرهنگ و میراث مردم در سراسر جهان است (۷).

نمونه‌های طب سنتی^۱TM شامل موارد زیر است:

آیورودا (سیستم پزشکی سنتی هندو شامل Ayurveda) در آخرین ودای چهارم) که مبتنی بر ایده تعادل در سیستم‌های بدن است و از رژیم‌های غذایی، گیاهان دارویی و تنفس یوگی استفاده می‌کند. نمونه‌های دیگر آن طب سنتی چینی (گیاه‌درمانی و طب اخلاطی) و طب سنتی ایرانی (علم مزاج‌شناسی) است.

کتاب‌های طب سنتی افرادی چون زکریای رازی و ابن سینا شهرت زیادی دارد. اصول طبابت در این آثار طب سنتی، بر چهار طبیعت مزاج انسان یا اخلاط اربعه بوده، از جمله بلغم، صفرا، سودا و دم (۸).

۳- داروی مکمل^۲CM

داروی مکمل که به عنوان طب مکمل و جایگزین^۳CAM نیز شناخته می‌شود، مجموعه گسترده‌ای از اقدامات مراقبت‌های پزشکی که جزئی از طب سنتی یا معمولی آن کشور نیستند و کاملاً در سیستم‌های مراقبت سلامت ادغام نشده‌اند، تعریف می‌شود.

نمونه‌هایی از CM شامل موارد زیر هستند:

می‌پردازد و پیشنهاد می‌دهد که یک حق صریح و قانونی را در قالب سند بین‌المللی الزام‌آور برای طب سنتی و مکمل تنظیم کند. این امر می‌تواند به کشورهای عضو کمک کند تا شکاف‌های سیاسی، قانونی و نظارتی را که اکنون در رابطه با طب سنتی و مکمل وجود دارد، مرتفع کنند.

در این تحقیق بررسی می‌شود آیا تئوری حق بر سلامت شامل طب سنتی و مکمل است و آیا شمول آن در اسناد بین‌المللی حقوق بشری سخت و یا نرم به صراحت بیان شده است. روند نظارت قانونی بر طب سنتی و مکمل به چه شکل صورت می‌گیرد، اگرچه این حق به طور واضح در معاهدات قانونی الزام‌آور پیش‌بینی نشده است، اما در حقوق بین‌الملل شواهد قابل استنادی وجود دارد که حق بر سلامت را به عنوان بخشی از حقوق معاهدات و حقوق مدنی استنباط می‌کند.

در این مقاله، ابتدا در مورد طب سنتی و مکمل و حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی صحبت خواهیم کرد، سپس با تفسیر ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، در مورد حق بر سلامت جایگاه طب سنتی و مکمل را مورد بررسی قرار می‌دهیم، سپس یکی از اسناد بسیار مهم سازمان ملل متحد به نام اظهار نظر عمومی شماره ۱۴ و کاربردهای وسیع آن در تفسیر ماده ۱۲ میثاق، در الزام کشورهای عضو به تعهدات سه‌گانه خود مورد بررسی قرار می‌گیرد و در بخش پایانی معاهدات بین‌المللی با موضوعات خاص و مفهوم حق بر سلامت فراتر از ماده ۱۲ و اظهار نظر شماره ۱۴، با تأکید بر کنوانسیون‌های حقوق بشر، اعلامیه‌های سازمان ملل و گزارشگران ویژه مورد بحث قرار خواهند گرفت.

کلیات و تعاریف

۱- سلامت

سازمان جهانی بهداشت سلامت را حالت رفاه کامل جسمانی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ضعف تعریف کرده است (۵).

۲- طب سنتی و مکمل

سازمان بهداشت جهانی طب سنتی و مکمل را به شرح زیر

تعریف می‌کند:

ساختار بدن را تشکیل می‌دهند. اندرو تیلور^۱ معتقد بود که هر بیماری یا عارضه با مشکلات ساختاری در ستون فقرات شروع می‌شود و با ایجاد تکنیک دستکاری استخوانها OMT^۲ برای درمان آنها، باعث می‌شود که اعصاب به عملکرد طبیعی خود بازگردند و قدرت درمانی طبیعی، بدن قادر به احیای سلامت کامل خواهد بود (۱۳).

طب سنتی و مکمل اصطلاحات طب سنتی و داروهای مکمل را ادغام می‌کند و شامل داروها، اقدامات درمانی و درمانگران می‌شود. جالب توجه است که بسیاری از مقادیر تعیین‌کننده CAM اکنون بخشی از مراقبت‌های اصلی محسوب می‌شوند. این خدمات شامل مراقبت بیمارمحور، رویکرد جامع‌نگر، تأکید بر خودمدیریتی و پیشگیری است (۴).

یافته‌ها

۱- چارچوب قانونی الزام‌آور حق بر سلامت

در قانون بین‌الملل حقوق بشر، چارچوب قانونی الزام‌آور حق بر سلامت در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ICESCR^۳ (بعد از این میثاق) بیان شده است. ماده ۱۲ بند ۱ این میثاق تعریفی از حق بر سلامت را به عنوان حق شخصی برای بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل دستیابی از سلامت جسمی و سلامت روانی ارائه می‌دهد (۱۴). کمیته نظارت بر اجرای حق بر سلامت، آن را به این شرح توصیف می‌کند: «سلامت یک بنیاد اساسی بشری است که برای اعمال سایر حقوق بشر ضروری است. هر انسانی حق دارد از بالاترین سطح سلامت قابل دستیابی که منجر به زندگی با عزت می‌شود برخوردار باشد» (۱۵).

حق بر سلامت برای اولین بار در اساس‌نامه ۱۹۴۶ سازمان بهداشت جهانی به عنوان وضعیت تندرستی کامل ذهنی و جسمی و اجتماعی توصیف شده است و صرفاً به معنای عدم وجود بیماری یا ضعف نیست و این یکی از حقوق اساسی همه

۱-۳-Chiropractic: کایروپراکتیک، فلسفه علم و هنر چیزهای طبیعی است؛ علم تنظیم مفاصل‌های ستون فقرات انسان با به کارگیری تنها دست‌ها، برای اصلاح علت بیماری (۹). به عبارتی علم مربوط به تشخیص، درمان و پیشگیری از اختلالات مکانیکی سیستم اسکلتی عضلانی و تأثیر این اختلالات بر عملکرد سیستم عصبی و سلامت عمومی. تأکید این علم بر درمان‌های دستی، از جمله دستکاری یا تنظیم نخاعی است. کایروپراکتیک توسط پالمر، به عنوان علمی برای درمان بدون دارو تعریف شد است (۱۰).

۲-۳-Naturopathy: طبیعی درمانی نوع متمایزی از

طب مراقبت‌های اولیه است که سنت‌های شفابخشی باستانی را با پیشرفت‌های علمی و تحقیقات امروزی، آمیخته است (۱۱). نوعی سیستم پزشکی است که از توانایی ذاتی بدن در درمان بیماری‌ها استفاده می‌کند و بدن انسان را به عنوان یک واحد کامل درمان می‌کند. هدف نهایی طبیعی درمانی، ترویج قدرت ذاتی در بدن انسان و تسریع در ظرفیت بهبودی خود است (۱۲). این مجموعه با اصولی منحصر به فرد هدایت می‌شود که توانایی بهبودی ذاتی بدن را تشخیص می‌دهد، بر پیشگیری از بیماری تأکید می‌کند و مسؤولیت فردی را برای به دست آوردن سلامت مطلوب ترغیب می‌کند. روش‌های طبیعی درمانی شامل رژیم غذایی و تغذیه بالینی، اصلاح رفتار، هیدروتراپی، هومیوپاتی، داروی گیاهی، طب فیزیکی، دارویی و جراحی سرپایی است (۱۱). بر اساس اصل طبیعی درمانی، نقش پزشک به معالجه بیمار محدود نمی‌شود، بلکه درمانگر یا پزشک به عنوان معلم به بیماران آموزش می‌دهد، آن‌ها را در فرآیند بهبودی قرار می‌دهد و بر اهمیت رابطه درمانگر با بیمار تأکید می‌کند (۱۲).

۳-۳-Osteopathy: امروزه استئوپاتی تقریباً شبیه به

طب سنتی است. به طور سنتی، این روش درمانی مبتنی بر این عقیده است که بیشتر بیماری‌ها مربوط به مشکلات سیستم اسکلتی عضلانی است و ساختار و عملکرد بدن در آن ارتباط دارد. سیستم اسکلتی عضلانی از اعصاب، ماهیچه‌ها و استخوان‌ها تشکیل شده است که همه به هم پیوسته‌اند و

1. Andrew Taylor

2. Osteopathic Manipulative Technique

3. The International Covenant on Economic Social and Cultural Rights

- اعلامیه پکن^۱BD (۲۶).

- اعلامیه آستانا^۲DA (۲۷).

۳- حق بر طب سنتی و مکمل - ماده ۱۲ میثاق

مهم‌ترین و الزام‌آورترین قاعده قانونی در مورد حق بر سلامت و طب سنتی و مکمل در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی موجود است که محافظت از سنگ بنای حق بر سلامت در حقوق بین‌الملل را فراهم می‌کند.

ماده ۱۲ بند ۲ بیان می‌کند اقدامات ضروری که توسط دولت‌های عضو انجام خواهد شد، شامل موارد زیر است:

- کاهش میزان مرگ و میر در نوزادان و رشد سالم کودک.
- بهبود همه جنبه‌های بهداشت محیطی و صنعتی.
- پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر، بومی، شغلی و سایر بیماری‌ها.

- ایجاد شرایطی که در صورت بیماری، موجب اطمینان از خدمات درمانی و سلامت می‌شود.

در تجزیه و تحلیل ماده ۱۲ و این‌که آیا دامنه آن به طور قابل ملاحظه‌ای شامل طب سنتی و مکمل است، می‌توان چهار نکته مهم را بیان کرد:

اول، هیچ یک از اصطلاحات مندرج در ماده ۱۲ توسط اسناد بین‌المللی دیگر تعریف نشده است، این تعریف شامل اصطلاحات خدمات درمانی و مراقبت‌های سلامت است که فقط در ماده ۱۲ بند ۲ و قسمت «د» به آن اشاره شده است، بدون این‌که مشخص باشد که خدمات درمانی و مراقبت‌های سلامت به چه معناست؛ دوم، ایده سلامت تحت قوانین بین‌المللی منعکس‌کننده یک ساختار چندبعدی است که شامل عناصر روانی، جسمی، ذهنی و محیطی است؛ سوم، ماده ۱۲ صراحتاً طب سنتی و مکمل را نه ذکر می‌کند و نه شرح می‌دهد؛ چهارم، ماده ۱۲ بند ۲ و قسمت «ج» به پیشگیری و درمان اشاره می‌کند، اما چگونگی دستیابی به این امر را مشخص نمی‌کند (۴).

افراد بشر است، بدون تمایز نژاد، مذهب، عقیده سیاسی، وضعیت اقتصادی یا اجتماعی (۱۶).

اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸، ماده ۲۵ بند ۱ تأکید می‌کند: «هر کسی حق دارد از یک استاندارد زندگی و مراقبت پزشکی مناسب برای بهداشت و سلامتی خود و خانواده‌اش، از جمله غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت‌های سلامت استفاده کند» (۱۷).

ماده ۲۵ به عنوان ماده‌ای در توصیف توزیع عادلانه منافع در جامعه منعکس شده است (۱۸).

۲- حق بر سلامت در معاهدات

۲-۱- حق بر سلامت در معاهدات قانونی الزام‌آور

(حقوق سخت): حق بر سلامت در پنج معاهده قانونی الزام‌آور بیان شده و شامل موارد زیر است:

- کنوانسیون حذف همه اشکال تبعیض علیه زنان CEDAW^۱ (۱۹).

- کنوانسیون حقوق کودک CRC^۲ (۲۰).

- کنوانسیون بین‌المللی حذف همه اشکال تبعیض نژادی ICERD^۳ (۲۱).

- کنوانسیون بین‌المللی حمایت از حقوق همه مهاجران کارگران و اعضای خانواده آن‌ها ICRMW^۴ (۲۲).

- کنوانسیون حقوق معلولین CRPD^۵ (۲۳).

۲-۲- حق بر سلامت در بیانیه‌های قانونی غیر الزام‌آور

(حقوق نرم): حق بر سلامت به طور غیر الزام‌آور در چهار اعلامیه به شرح زیر بیان شده است:

- اعلامیه سازمان ملل در مورد حقوق مردم بومی UNDRIP^۶ (۲۴).

- اعلامیه آما - آتا DAA^۷ (۲۵).

7. Declaration of Alma-Ata

8. Beijing Declaration

9. Declaration of Astana

1. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women

2. Convention on the Rights of the Child

3. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination

4. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families

5. Convention of the Rights of Persons with Disabilities

6. United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples

از آنجایی که هیچ اشاره صریح و مشخصی در مورد طب سنتی و مکمل وجود ندارد، مشخص نیست که آیا وظیفه تکمیل شده برای هر کشور شامل اقدامات لازم برای اطمینان از دسترسی همه افراد به مراکز درمانی، کالاها و خدمات می‌باشد. با این وجود، میلیون‌ها نفر از مردم از طب سنتی و مکمل برای تحقق حق خود برای سلامتی استفاده می‌کنند. دکتر مارگارت چان^۲ مدیرکل پیشین سازمان بهداشت جهانی، جهانی، اظهار داشته است: «در سراسر جهان، طب سنتی و مکمل یا اصلی‌ترین خدمات درمانی است یا به عنوان مکمل آن عمل می‌کند. طب سنتی و مکمل بخش مهم و غالباً ناچیز ارزیابی شده از مراقبت‌های سلامت است، تقریباً در هر کشوری یافت می‌شود و تقاضای خدمات آن در حال افزایش است» (۴).

۴- استراتژی طب سنتی سازمان بهداشت جهانی WTMS

طب سنتی و مکمل به هدف تأمین اعتبار کمک می‌کند، زیرا همه افراد به مراقبت دسترسی دارند. دکتر تدرو آدانوم قبرسیوس^۳، رییس فعلی سازمان جهانی بهداشت، اظهار می‌کند: «در یک دنیای ایده‌آل، طب سنتی گزینه‌ای خواهد بود که توسط یک نظام سلامت مبتنی بر کارآمد و مبتنی بر مردم انجام می‌شود و خدمات درمانی را با مراقبت‌های پیشگیرانه تعادل می‌بخشد.»

بر این اساس، سازمان بهداشت جهانی مسیر گسترش دسترسی به طب سنتی و مکمل را برای دهه آینده در استراتژی طب سنتی WTMS^۴ (۲۰۲۳-۲۰۱۴ م.) تنظیم کرده است. استراتژی طب سنتی سازمان بهداشت جهانی دو هدف مهم دارد:

- حمایت از کشورهای عضو در کنترل سهم بالقوه طب سنتی و مکمل در بهداشت و درمان و مراقبت‌های سلامت مردم محور.
- ارتقای استفاده ایمن و مؤثر از طب سنتی و مکمل از طریق تنظیم، ارزیابی و ادغام فرآورده‌ها، روش‌ها و دست‌اندرکاران در نظام سلامت، مطابق با تقاضا.

بنابراین این امر به طور بالقوه امکان تفسیر پیشگیری و درمان طب سنتی و مکمل را فراهم می‌کند.

همانطور که در پیش‌تر گفته شد، حق بر سلامت به عنوان حق شخصی برای بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل دستیابی به سلامت جسمی و روانی است، بالاترین استاندارد قابل دستیابی هم به عنوان پیش شرط‌های زیست‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی فردی و هم به عنوان منابع در دسترس کشورها وجود دارد. این مهم است که توجه کنیم که حق بر سلامت به معنای درک حق سالم‌بودن نیست. دولت‌ها نمی‌توانند سلامتی را تضمین کنند و کشورها هم نمی‌توانند از هر علت احتمالی سلامتی محافظت کنند. عوامل ژنتیکی، مستعدبودن افراد در برابر بیماری‌ها یا سبک‌های زندگی پرخطر و... در سلامت فرد نقش دارند.

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یک معاهده است و به نحوی جزء قواعد آمره بین‌المللی به حساب می‌آید. معاهدات توافق‌نامه‌های بین‌المللی هستند که بین کشورها به صورت کتبی امضا شده‌اند. آن‌ها منابع اصلی حقوق بین‌الملل هستند (۲۸)، معاهده در واقع پیمانی است که طرفین به آن ملزم هستند و باید آن‌ها را با حسن نیت انجام دهند (۲۹). در حال حاضر ۱۷۰ دولت عضو، از جمله ایران، این میثاق را تصویب کرده‌اند. دولت ایران در آذرماه ۱۳۵۱ این میثاق را ابتدا در مجلس شورای ملی به تصویب رساند، سپس آن را در اردیبهشت ۱۳۵۴ بدون هیچ حق شرط و تحفظی از تصویب مجلس سنا گذراند (۳۰).

پروتکل اختیاری میثاق که ارتباطات فردی و گروهی را توسط کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۱ CESCR^۱ در نظر می‌گیرد، در حال حاضر توسط ۲۴ کشور عضو تصویب شده است.

میثاق به وضوح وظیفه‌ای را برای هر کشور به منظور انجام هرگونه اقدامات لازم برای اطمینان از دسترسی همه افراد به مراکز مراقبت‌های سلامت، کالاها و خدمات به منظور تضمین دسترسی بالاترین استاندارد قابل دستیابی به سلامت جسمی و روانی، تکمیل کرده است.

2. Margaret Chan

3. Tedros Adhanom Gbrebreesus

4. WHO Traditional Medicine Strategy

1. The Committee on Economic, Social and Cultural Rights

۶- تفسیر ماده ۱۲ میثاق، شمول یا استثنای طب سنتی و مکمل

آیا در تفسیر دامنه حق بر سلامت در حقوق بین‌الملل، شمول طب سنتی و مکمل برای اطمینان از بهره‌مندی مؤثر از حق رعایت سلامت، امکان‌پذیر است؟ تا آنجا که می‌توان نتیجه گرفت، هیچ دادگاه، چه بین‌المللی و چه داخلی، دامنه ماده ۱۲ را تفسیر نکرده است که شمول یا استثنای طب سنتی و مکمل را مشخص کند.

معتبرترین تفسیر حق بر سلامت در سیستم سازمان ملل متحد، اظهار نظر عمومی شماره ۱۴ GC14^۱ است که بیان می‌دارد: «حق بر سلامت بالاترین سطح قابل دستیابی است (ماده ۱۲)».

GC14 وضعیت فعلی قوانین بین‌المللی حق بر سلامت را منعکس می‌کند و توسط کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که برای نظارت بر میثاق تأسیس شده است، در سال ۲۰۰۰ صادر شد.

۷- GC14 همگام با استراتژی طب سنتی سازمان بهداشت جهانی

اگرچه اظهارنظرهای عمومی از نظر قانونی الزام‌آور نیستند، اما آن‌ها تفسیرهای معتبر شبه قانونگذاری، از دامنه و محتوای هنجاری حقوق میثاق بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و یکی از مهم‌ترین و معتبرترین اسناد تأثیرگذار در حدود اختیارات اعضای میثاق هستند (۳۳).

بند اول GC14 که می‌گوید تحقق حق بر سلامت ممکن است با رویکردهای متعدد و مکمل دنبال شود، از جمله اجرای خدمات سلامت تهیه‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی، استراتژی فعلی طب سنتی سازمان بهداشت جهانی است که بریک برنامه درمانی تهیه‌شده با محوریت اجرای جهانی طب سنتی و مکمل متمرکز شده است.

بنابراین استراتژی طب سنتی سازمان بهداشت جهانی شواهدی از برنامه سازمان بهداشت جهانی است که حامی طب سنتی و مکمل است که به حق بر سلامت کمک می‌کند و در

با وجود استفاده گسترده و فزاینده جهانی از طب سنتی و مکمل، روش گفتمان بین‌المللی حقوق بشر در مورد حق بر سلامت و طب سنتی و مکمل وجود ندارد. به همین دلیل، تنها ممکن است یک حق صریح و قانونی برای تضمین دسترسی ایمن و عادلانه به طب سنتی و مکمل از منظر بین‌المللی حقوق بشر وجود داشته باشد.

۵- بهره‌مندی از حق بر سلامت با طب سنتی و مکمل

بهره‌مندی مؤثر از حق بر سلامت باید «شکاف اثربخشی» آن‌ها را در اجرای حق بر سلامت پر کند. بنابراین طب سنتی و مکمل برای اطمینان از بهره‌مندشدن از حق بر سلامت ضروری است. این موضوع میلیون‌ها نفر از افرادی را که به داروهای سنتی غربی محدود شده و یا به آن‌ها دسترسی ندارند (که از آن به عنوان بیومدیسین نیز یاد می‌شود) و میلیون‌ها نفر که به دلایل زیادی از جمله شکاف‌های اثربخشی در مراقبت‌های سلامت، طب سنتی و مکمل را به عنوان بخشی از رژیم مراقبت‌های سلامت مورد نظر خود انتخاب می‌کنند، شامل می‌شود.

یک گزارش در انگلستان، شواهدی را نشان می‌دهد که بسیاری از مؤثرترین روش‌های درمانی داروهای مکمل با «شکاف اثربخشی» در درمان خدمات درمانی ملی مطابقت دارند. محدودیت‌های اصلی شامل شرایط مزمن و پیچیده، اضطراب، استرس، افسردگی و مراقبت‌های موقتا تسکین‌دهنده هستند (۳۱).

محققان بریتانیایی نتیجه گرفته‌اند که «طب مکمل و جایگزین این توانایی را دارد که به خدمات بهداشت ملی در معالجه بیماران مبتلا به عارضه‌های اسکلتی عضلانی و سلامت روان کمک کند».

همچنین محققان استرالیایی تأکید می‌کنند که «داروهای طبیعی، به طور کامل برای درمان طیف وسیعی از شرایط، از جمله اختلالات قلبی عروقی، دردهای اسکلتی عضلانی، دیابت نوع ۲، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، افسردگی و اضطراب مؤثر هستند» (۳۲).

می‌تواند به طرز احتمالی در محدوده ماده ۲ بند ۲ و ماده ۳ میثاق باشد.

۲-۸- سرمایه‌گذاری اولیه و پیشگیرانه: علاوه بر این GC14 مبین این نکته است که تخصیص نامناسب منابع سلامت می‌تواند به تبعیض منجر شود که ممکن است آشکار نباشد. سرمایه‌گذاری نباید به طور نامتناسب از خدمات درمانی گران‌قیمت باشد، بلکه به جای آن باید از مراقبت‌های سلامت اولیه و پیشگیرانه حمایت کند.

از این رو سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های سلامت باید از نوع اولیه و پیشگیرانه باشد و به طور بالقوه می‌تواند شامل مراقبت‌های سلامت اولیه و پیشگیرانه‌ای باشد که توسط طب سنتی و مکمل ارائه می‌شود (۴).

۳-۸- درمان و پیشگیری از بیماری‌های مزمن: همانطور که توسط سازمان بهداشت جهانی بیان شده است، طب سنتی همچنین سابقه طولانی در استفاده از مراقبت‌های سلامت، درمان و پیشگیری از بیماری و به ویژه برای بیماری‌های مزمن دارد.

مدیر کل سابق سازمان بهداشت جهانی، مارگارت چان اظهار داشت: «طب سنتی به عنوان راهی برای مقابله با ظهور بی‌امان بیماری مزمن غیر واگیر شناخته شده است. استراتژی طب سنتی سازمان بهداشت جهانی با بیان این‌که تغییر مسیر اصلی منابع به سمت عدم تبعیض در پوشش جهانی شامل طب سنتی و مکمل می‌شود، به طور مؤثر به این نکته می‌پردازد.»

این خدمات پر هزینه (خدمات درمانی مبتنی بر بیمارستان، مبتنی بر بیماری) مسؤول ناکارآمدی عظیمی هستند که می‌توانند جهانی شوند، به جای این موانع موجود، طب سنتی و مکمل واجد شرایط می‌تواند سهم مثبتی در پوشش مراقبت‌های بهداشت جهانی داشته باشد (۳۴).

۴-۸- مقرون به صرفه‌بودن طب سنتی و مکمل پیشگیرانه: گزارش‌های متعددی، مقرون به صرفه‌بودن طب سنتی و مکمل پیشگیرانه را به عنوان ابزاری برای مبارزه با مراقبت‌های سلامت ناپایدار، پس‌انداز میلیاردی دلار از طریق جلوگیری از هزینه‌های احتمالی بیمارستان، بیان کرده است.

این استدلال که حق داشتن طب سنتی و مکمل در محدوده حق سلامت است، حائز اهمیت است. حق بر سلامت شامل آزادی و حقوقی چون حق کنترل سلامتی و تمامیت جسمانی است. در حقیقت، افراد خصوصی در یک جامعه عادل باید حق انتخاب مراقبت‌های سلامت خود را داشته باشند و از حمایت مناسب برای انتخاب آن برخوردار گردند (۴).

برای این منظور، استراتژی طب سنتی سازمان بهداشت جهانی به مدیران مراقبت‌های سلامت کمک می‌کند تا راه‌حلهایی را توسعه دهند که از این طریق به چشم‌انداز وسیع‌تری برای بهبود مراقبت‌های سلامت و استقلال بیمار کمک می‌کند. استفاده از آزادی و داشتن توانایی انتخاب طب سنتی و مکمل بیان اساسی حق کنترل تمامیت جسمانی و سلامتی فرد است. همچنین حق بر سلامت باید به عنوان حق بهره‌مندی از انواع امکانات، کالاها و خدمات شناخته شود و تحقق این امر برای دستیابی به بالاترین استاندارد سلامتی، ضروری است.

تعداد زیادی از امکانات، فرآورده‌ها و خدمات طب سنتی و مکمل، چه از طریق منبع داخلی و چه از طریق شبکه جهانی، به طرز چشم‌گیری بر تعداد زیادی از این موارد در پی دستیابی جامعه جهانی به سلامتی گواهی می‌دهد. حق بر سلامت در تمام اشکال آن و در همه سطوح شامل این عناصر مرتبط و اساسی است: «در دسترس بودن، قابل قبول بودن و کیفیت.»

۸- کاربردهای گسترده GC14 در تفسیر میثاق

GC14 مباحث ویژه‌ای از کاربردهای گسترده را در تفسیر میثاق بیان می‌کند که شامل موارد زیر است:

۱-۸- عدم تبعیض و درمان برابر: GC14، به استناد ماده ۲ بند ۲ و ماده ۳ میثاق، هرگونه تبعیض در دسترسی به مراقبت‌های سلامت را به دلایل مختلف پیش‌بینی کرده و تصریح می‌کند، کشورها برای تأمین بیمه و خدمات درمانی لازم و جلوگیری از هرگونه تبعیض در ارائه خدمات درمانی برای افراد فاقد امکانات کافی، وظیفه ویژه‌ای به عهده دارند.

از آنجا که طب سنتی و مکمل از اشکال مراقبت و خدمات درمانی است، مطابق با این استدلال طب سنتی و مکمل

خاص که شامل طب سنتی و مکمل باشد. پیامدهای این تعهدات شامل موارد زیر است:

- تعهد به احترام، ایجاب می‌کند که دولت‌ها در مورد بهره‌مندی از حق بر سلامت، از جمله طب سنتی و مکمل، مداخله نکنند.

- تعهد به حمایت، کشورها را ملزم به اتخاذ تدابیری می‌کند که از مداخله اشخاص ثالث در بهره‌مندی از حقوقی همچون طب سنتی و مکمل جلوگیری کند.

- تعهد به تحقق حق، دولت‌ها را ملزم به اتخاذ تدابیر قانونی، اداری، مالی، قضایی، تبلیغاتی و سایر اقدامات در جهت تحقق کامل حق بر سلامت شامل طب سنتی و مکمل می‌کند. با وجود این الزامات، کشورهایی مانند استرالیا در تحقق کامل تعهدات خود از نظر طب سنتی و مکمل عمل نمی‌کنند و برخی از این موارد اخیراً لغو شده‌اند (۳۵).

۹- مفهوم حق بر سلامت فراتر از ماده ۱۲ میثاق و GC14 در معاهدات بین‌المللی با موضوعات خاص

برای حمایت از سلامت در معاهدات بین‌المللی حقوقی وجود دارد که به موضوعات خاص برای گروه‌های حاشیه‌نشین پرداخته است. این مواد قانونی در کنوانسیون‌های زیر مشهود است:

- کنوانسیون حذف همه اشکال تبعیض علیه زنان ماده ۱۲: این معاهده توسط ۱۸۹ دولت عضو، تصویب شده است.

- کنوانسیون حقوق کودک ماده ۲۴: این معاهده توسط ۱۹۶ کشور عضو، تصویب شده است.

- کنوانسیون بین‌المللی درباره حذف همه اشکال تبعیض نژادی ماده ۵ بند پنجم: این معاهده توسط ۱۸۲ کشور عضو، به تصویب رسیده است.

- کنوانسیون بین‌المللی حمایت از حقوق همه کارگران مهاجر و اعضای خانواده آن‌ها ICRMW^۱ ماده ۲۸ و ۴۳ بند اول و ماده ۴۵ بند اول: ماده ۲۸ این کنوانسیون حق دریافت مراقبت‌های سلامت برای حفظ حیات را بیان می‌کند. همچنین در ماده ۴۳ و ۴۵ به دسترسی برابر به خدمات

از این رو می‌توان نتیجه گرفت که این میثاق همچنین می‌تواند تبعیض در دسترسی به مراقبت از طب سنتی و مکمل را پیش‌بینی کند.

از آنجا که سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های سلامت باید از مراقبت‌های سلامت اولیه و پیشگیرانه برخوردار باشد و از آنجا که طب سنتی و مکمل مراقبت‌های سلامت اولیه و پیشگیری را به میزان قابل توجهی فراهم می‌کند، طب سنتی و مکمل نیز باید ارزشگذاری شود.

۵-۸- افراد توان‌خواه: GC14 در ادامه بحث در مورد

عدم تبعیض در موضوع مراقبت‌های سلامت، می‌گوید: «این کمیته تأکید می‌کند که نه تنها بخش دولتی، بلکه ارائه‌دهندگان خصوصی خدمات درمانی هم باید از اصل عدم تبعیض در رابطه با افراد توان‌خواه پیروی کنند.»

یک مطالعه نشان داد که بخش قابل توجهی از افراد دارای ناتوانی جسمی (۱۹٪) با پزشکان طب سنتی مشورت می‌کنند، زیرا این امر متناسب با سبک زندگی آن‌هاست و آن‌ها دریافته‌اند که درمان‌های معمولی طب سنتی برای درمان علائم شایع، از جمله کاهش عملکرد درد، مؤثر است (۴).

۶-۸- افراد بومی: علاوه بر این، شاید قانع‌کننده‌ترین

شواهد برای ورود طب سنتی و مکمل در محدوده حق بر سلامت، بیانیه صریح GC14 باشد. مردم بومی حق دارند اقدامات خاصی را برای بهبود دسترسی خود به خدمات درمانی انجام دهند، این امر باید با توجه به مراقبت‌های پیشگیرانه سنتی، اقدامات درمانی و داروها، از نظر فرهنگی مناسب باشد. از گیاهان دارویی حیاتی، حیوانات و مواد معدنی لازم برای بهره‌مندی کامل از سلامتی افراد بومی نیز باید محافظت شود.

۷-۸- سطوح تعهدات کشورهای عضو با الزام GC14:

در نهایت، کمیته GC14 تصریح می‌کند، تعهدات مربوط به احترام شامل تعهد یک دولت در مورد منع یا ممانعت از مراقبت‌های پیشگیرانه سنتی، اقدامات درمانی و داروها است.

این بخش از GC14 به طور واضح توضیح می‌دهد که دامنه حق بر سلامت، هر سه سطح از تعهدات را به کشورهای عضو تحمیل می‌کند. احترام، محافظت و تحقق حق بر اقدامات

1. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families

عواملی متمایز در مقایسه با مردان از جمله عوامل بیولوژیکی مانند چرخه قاعدگی، عملکرد باروری و منوپاز توجه کنند.

اگرچه در ماده ۱۲ این کنوانسیون، هیچ اشاره‌ای به طب سنتی و مکمل نمی‌شود، توجه به این نکته مهم است که بیانات فوق در مورد چگونگی گزارش دولت‌های عضو در مورد چگونگی خط‌مشی‌های مربوط به حقوق پزشکی زنان، باید به طور بالقوه شامل طب سنتی و مکمل باشد، زیرا مطالعات کوهورت، کاربرد داروهای مکمل را در زنان بیشتر از مردان نشان می‌دهد و به نظر می‌رسد طب سنتی، وامدار تعدادی از مسائل پزشکی زنان از جمله بارداری، قاعدگی و منوپاز است.

اظهار نظر عمومی شماره ۲۴ همچنین اظهار می‌دارد که خدمات قابل قبول عبارتند از خدماتی که به گونه‌ای تضمین می‌کنند که به زن رضایت کاملاً آگاهانه می‌دهد، به عزت او احترام می‌گذارد، محرمانه‌بودن را تضمین می‌کند و نسبت به نیازها و دیدگاه‌های او حساس است (۴).

۲-۹- کنوانسیون حقوق کودک و طب سنتی و مکمل:

کنوانسیون حقوق کودک همچنین به پزشکان متخصص طب سنتی در تسهیل دسترسی بیشتر به خدمات درمانی کودکان، اذعان دارد. به عنوان مثال، دولت تانزانیا در سال ۲۰۰۱ اظهار داشت: تفسیر عمومی شماره ۱۵ کمیته حقوق کودک، میزان حق بر سلامت را در مورد کودکان روشن می‌کند. کمیته تفسیر می‌کند که حق بر سلامت کودکان نیز در راستای رشد و توسعه با تمام توان خود، از طریق اجرای برنامه‌هایی که عامل اصلی آن برای تعیین سلامت است، گسترش می‌یابد. دولت عضو باید با افزایش تعداد پرسنل آموزش دیده پزشکی و سایر پرسنل درمانی، از جمله درمانگران سنتی، کلیه اقدامات مؤثر را در جهت تسهیل در درمان بیماری‌های صعب‌العلاج از خدمات سلامت و درمانی، از جمله شفابخش‌های سنتی، انجام دهد تا همکاری بین پرسنل آموزش دیده پزشکی و شفا دهنده‌های سنتی را تسهیل کند.

استراتژی‌های طب سنتی و مکمل توسط والدین کودکان در تحقق بالاترین سطح پزشکی قابل دستیابی فرزندشان استفاده می‌شود و به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های درمانی طب سنتی توسط کودکان و نوجوانان در حال افزایش است.

سلامت پرداخته است. در حال حاضر ۳۷ کشور عضو این معاهده هستند.

- کنوانسیون حقوق معلولین: ماده ۲۵ این کنوانسیون برخورداری از بالاترین استاندارد سلامتی بدون تبعیض به خاطر معلولیت را حق معلولان دانسته است. این معاهده توسط ۱۸۱ کشور عضو تأیید شده است (۴).

با استدلال به مواد قانونی فوق‌الذکر مشاهده می‌شود که هیچ کدام از این معاهدات بین‌المللی صریحاً طب سنتی و مکمل را ممنوع نمی‌کنند.

با این وجود، محتویات معاهدات، اظهار نظرهای عمومی، توصیه‌های عمومی از سوی نهادهای سازمان ملل متحد، سازمان بین‌المللی کار و سازمان بهداشت جهانی و اظهار نظر توسط گزارشگران ویژه در مورد حق بر سلامت، به طور قابل توجهی درک آنچه را که دامنه قانونی حق بر سلامت برای گروه‌های آسیب‌پذیر را شامل می‌شود، تقویت می‌کند.

۱-۹- کنوانسیون حذف همه اشکال تبعیض علیه

زنان و طب سنتی و مکمل: مفهوم دامنه حق بر سلامت فراتر از ماده ۱۲ میثاق، در ماده ۱۲ بند ۱ کنوانسیون حذف همه اشکال تبعیض علیه زنان است که اشعار می‌دارد: «دولت‌های عضو باید اقدامات لازم را برای محو تبعیض علیه زنان در زمینه مراقبت‌های سلامت به عمل آورند و بر اساس تساوی بین زن و مرد دسترسی به خدمات سلامت از جمله تنظیم خانواده را تضمین نمایند.»

تنظیم خانواده به طور واضح در ماده ۱۲ میثاق ذکر شده است. همچنین حق آزادی باروری، از جمله دسترسی به تنظیم خانواده در GC14 ذکر شده است. کمیته حذف همه اشکال تبعیض علیه زنان در اظهار نظر عمومی شماره ۲۴ (GR24) مشخص کرده است که دسترسی به مراقبت‌های سلامت، از جمله سلامت باروری، به موجب کنوانسیون مذکور، یک حق اساسی است (۳۶).

بنابراین با درک بیشتر در موضوع ماده ۱۲ میثاق و GR24 بیان می‌شود که کشورهای عضو باید در مورد چگونگی سیاست‌ها، از منظر حقوق بشر، نیازهای زنان را مورد بررسی قرار داده و آن‌ها را گزارش دهند و به ویژگی‌های زنان و

طب سنتی و مکمل و ادغام آن در نظام‌های مراقبت از سلامت و همچنین آموزش در بعضی از روش‌های طب سنتی حمایت کرده‌اند. به طور مثال، این گزارشگران، بر لزوم ارائه خدمات سلامت بدون تبعیض و حساسیت از نظر فرهنگی برای کارگران مهاجر تأکید کرده‌اند. این استدلال وجود دارد که به منظور کاهش موانع دسترسی به خدمات سلامت، کارگران مهاجر و خانواده‌های آن‌ها باید از تساوی رفتار با اتباع دولت کارفرما در رابطه با دسترسی به خدمات طب سنتی و مکمل که ممکن است از نظر فرهنگی نسبت به نیازهای پزشکی خود حساس باشند، بهره‌مند شوند. اظهار نظرهای گزارشگران ویژه برای کشورهای عضو الزام‌آور نیستند.

حق صریح طب سنتی و مکمل در طیف گسترده‌ای از اسناد بین‌المللی «نرم» از جمله اعلامیه‌ها، به رسمیت شناخته شده است. تجزیه و تحلیل این موارد شواهد بیشتری را برای ایجاد پایه و اساس قانونی برای درج طب سنتی و مکمل در کالبد حقوق بین‌الملل در رابطه با حق سلامت ارائه می‌دهد.

۲-۱۰- اعلامیه‌های سازمان ملل متحد: ذکر صریح و

روشن از کلمات سنتی و/ یا مکمل و جایگزین و حق بر سلامت در قانون نرم و غیر الزام‌آور، اما موثق و حیاتی اعلامیه سازمان ملل در مورد حقوق افراد بومی و در موافقت نامه‌های کلیدی سازمان بهداشت جهانی از جمله اعلامیه آما - آتا، اعلامیه پکن و اعلامیه آستانا و به خصوص ماده ۲۴ بند ۱ اعلامیه سازمان ملل در مورد حقوق مردم بومی اشعار می‌دارد: «مردمان بومی حق دارند که داروهای سنتی خود را حفظ و خدمات سلامت خود را ابقا کنند، از جمله حفظ گیاهان دارویی، حیوانات و مواد معدنی حیاتی آن‌ها.» مطابق با ماده ۲۴ بند ۱ اعلامیه سازمان ملل در مورد حقوق مردم بومی، افراد بومی نیز حق دارند بدون هیچ‌گونه تبعیضی به کلیه خدمات اجتماعی و سلامت دسترسی داشته باشند. این ماده صریحاً حق بر طب سنتی و حمایت از آن، همچنین امکان دسترسی، بدون تبعیض، به کلیه خدمات درمانی را برای افراد بومی فراهم می‌کند.

در سال ۲۰۱۸، در چهلیمین سالگرد اعلامیه آما - آتا، اعلامیه آستانا اعلام کرد موفقیت خدمات سلامت اولیه توسط

در زمینه مراقبت از بیمار، میزان استفاده از طب سنتی در کودکان، بین ۲۰ تا ۴۰ درصد است، در حالی که در کودکان دارای شرایط عود، مزمن یا غیر قابل تحمل می‌تواند بسیار بیشتر باشد (۴).

این موضوع اهمیت به رسمیت‌شناختن طب سنتی و مکمل به عنوان بخشی از حق بر سلامت را برجسته می‌کند. بدین ترتیب دولت‌های عضو می‌توانند از طریق اقدامات نظارتی مؤثرتر برای بهبود کیفیت و ایمنی داروها، درمان‌ها و درمان‌گران طب سنتی و مکمل که در اهداف استراتژی طب سنتی سازمان بهداشت جهانی بیان شده‌اند، آسیب‌های عمومی را کاهش دهند.

۳-۹- کنوانسیون بین‌المللی درباره حذف همه اشکال

تبعیض نژادی و طب سنتی و مکمل: شواهدی مبنی بر شمول طب سنتی و مکمل در محدوده کنوانسیون بین‌المللی حذف همه اشکال تبعیض نژادی قرار دارد، نتیجه‌گیری‌ها و اظهار نظرهای کمیته این کنوانسیون در سال ۲۰۰۵ مربوط به ونزوئلا است، جایی که کمیته صریحاً حق افراد بومی را برای طب سنتی در قانون اساسی ونزوئلا اذعان می‌کند. کمیته با خوشنودی از حقوق مندرج در قانون اساسی ۱۹۹۹ ونزوئلا استقبال می‌کند، به ویژه ماده ۲۱ و فصل هشتم که حقوق افراد بومی را نسبت به حق بر طب سنتی تضمین می‌کند (۳۷).

استراتژی طب سنتی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۳-۲۰۱۴ م.) آخرین پیشنهاد در تعهد بلندمدت این سازمان در به رسمیت‌شناختن طب سنتی و مکمل به عنوان یک استراتژی قانونی بهداشت عمومی در تحقق حق سلامت است.

۱۰- گزارشگران ویژه، اعلامیه‌های سازمان ملل متحد و

سازمان بهداشت جهانی

در این بخش به نقش گزارشگران ویژه، اعلامیه‌های سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی در چگونگی حمایت از حق بر سلامت و شمول طب سنتی و مکمل در محدوده آن پرداخته می‌شود.

۱-۱۰- گزارشگران ویژه سازمان ملل متحد: گزارشگران

ویژه حق بر سلامت، به طور مداوم درباره استفاده صحیح از

مؤثرتر برای بهبود کیفیت و ایمنی فرآورده‌ها، درمان‌ها و درمان گران طب سنتی و مکمل که در اهداف استراتژی طب سنتی سازمان بهداشت جهانی بیان شده‌اند، آسیب‌های عمومی را کاهش دهند.

تعهدات دولت‌ها در این زمینه می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

۱- سیستم‌های ایفای حق بر سلامت و علی‌الخصوص دولت‌ها باید مراقب باشند که درمان‌های خرافی و آسیب‌زا با طب سنتی و مکمل آمیخته نشود. مطابق بند ۳ ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک روش‌های خرافی باید از درمان کودکان زوده شود. تفکیک طب سنتی و مکمل از روش‌های خرافی و آسیب‌زا باید توسط قوانین نظارتی، کدهای اخلاقی و آموزش‌های راهبردی صریح علمی و معتبر انجام شود.

۲- دولت‌ها باید با استفاده از سیاست‌های ملی و بین‌المللی مناسب، شرکت‌های دانش‌بنیان را برای مدیریت فعال طب سنتی و مکمل ایجاد کنند.

۳- دولت‌ها با تضمین کیفیت، ایمنی، استفاده صحیح و اثربخشی، طب سنتی و مکمل را با تنظیم فرآورده‌ها، درمان و درمانگران حمایت کنند.

۴- دولت‌ها با ادغام خدمات طب سنتی و مکمل در ارائه خدمات مراقبت‌های سلامت، پوشش سلامت جهانی را ارتقا بخشند. این رویکرد می‌تواند انگیزه‌ای برای دولت‌های عضو برای ایجاد شاخص‌های کلیدی عملکرد ملی مرتبط با نیازهای خاص آن‌ها فراهم آورد.

۵- دولت‌های عضو به طور مؤثر از سهم بالقوه طب سنتی و مکمل استفاده کنند و نظام سلامت را مجدداً به سمت سلامتی مقرون به صرفه‌تر تغییر دهند که همه افراد از جمله افراد بومی به مراکز، کالاها و خدمات سلامت طب سنتی و مکمل دسترسی یابند.

همچنین پیشنهاد می‌شود با ایجاد یک نهاد حقوقی بین‌المللی معتبر و به رسمیت‌شناخته‌شده در چارچوب اسناد بین‌المللی الزام‌آور، یک حق صریح و قانونی برای طب سنتی و مکمل فراهم شود تا به این ترتیب، تعهدات مشخص به دولت‌ها تحمیل شود که با تغییر اهداف از قلمرو حقوق نرم به

دانش و ظرفیت‌سازی انجام می‌شود. علی‌رغم ماهیت قانونی و غیر الزام‌آور این اعلامیه‌ها، همه آن‌ها حق مردم را برای مشارکت و آگاهی در مراقبت‌های سلامت خود که کاملاً شامل طب سنتی و مکمل است بیان می‌کنند. تا آنجا که به سازمان بهداشت جهانی مربوط می‌شود، استفاده از دانش سنتی و گنجاندن داروهای سنتی موفقیت مراقبت‌های سلامت اولیه را به دنبال خواهد داشت.

از این موارد می‌توان نتیجه گرفت که دامنه حق بر سلامت لزوماً شامل حق طب سنتی و مکمل است. یک تعهد آشکار در آینده نسبت به طب سنتی و مکمل ممکن است دولت‌ها را در تهیه سیاست‌ها و مقررات ملی یاری دهد تا از کیفیت، امنیت و دسترسی مناسب فرهنگی نسبت به طب سنتی و مکمل برای جمعیت خود اطمینان حاصل کنند.

نتیجه‌گیری

هیچ یک از معاهدات بین‌المللی صریحاً طب سنتی و مکمل را ممنوع نمی‌کنند. در قوانین بین‌المللی حقوق بشر، حق بر سلامت که در معاهدات قانونی الزام‌آوری تنظیم شده است، صریحاً حق استفاده از طب سنتی و مکمل را شامل نمی‌شود، اگرچه صریحاً در حقوق بین‌الملل، معاهدات سلامت پیش‌بینی نشده است، اما تحول در درک دامنه حق سلامت و شمول حق طب سنتی و مکمل مربوط به بهره‌مندی مؤثر از بالاترین استاندارد قابل دستیابی به سلامتی، اجتناب‌ناپذیر است و این مهم‌ترین نکته برای تحقق حق سلامت برای مردم بومی جهان است.

فوریت اجرای خدمات باکیفیت، ایمن، مؤثر و متناسب با فرهنگ جوامع و در دسترس قرارگرفتن عادلانه محصولات و خدمات سلامت طب سنتی و مکمل در نظام‌های سلامت ملی، به ویژه برای گروه‌های حاشیه‌نشین که سلامت و رفاه آن‌ها ممکن است مشروط بر دستیابی به این موارد باشد، قابل اغماض نیست.

در این میان اهمیت به رسمیت‌شناختن طب سنتی و مکمل به عنوان بخشی از حق بر سلامت برجسته می‌شود. بدین ترتیب دولت‌های عضو می‌توانند از طریق اقدامات نظارتی

سخت و تعهدات الزام آور، دولت‌ها ملزم به اجرای قوانین مربوط به آن شوند.

برای برطرف کردن شکاف‌های سیاستگذاری، قانونگذاری و نظارتی برنامه‌های راهبردی تنظیم قوانین، ارزیابی و استاندارد سازی مناسب در موضوع محصولات، خدمات و درمانگران طب سنتی و مکمل در نظام سلامت جهانی توصیه می‌شود.

References

- Steel A, Foley H, Bradley R, Van De Venter C, Lloyd I, Schloss J, et al. Overview of international naturopathic practice and patient characteristics: results from a cross-sectional study in 14 countries. *BMC Complementary Medicine and Therapies* 2020; 2(1): 1-12.
- Abbasi M, Zamani M, Ganjbakhsh M. Justice in health and its place in medical ethics. *Journal of Medical Ethics* 2009; 3(10): 11-33.
- Traditional, Complementary and Integrative Medicine'. No Place: World Health Organisation; 2019. Available at: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>. Accessed March 7, 2020.
- Doolan A, Carne G. Evolution and Complementarity? Traditional and Complementary Medicine as Part of the International Human Rights Law Right to Health. *Bond Law Review* 2020; 32: 63-89.
- World Health Organization. Safer water, better health. Water Sanitation Hygiene. 2019.
- Qi Z. Who traditional medicine strategy 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Nisi L, Riahi L, Komaili A, Bouhalari J. World Health Organization Mental Health Assessment Tool. *Journal of Nursing Management* 2018; 6(6): 71-73.
- Gavanji S, Larki B. Comparative effect of propolis of honey bee and some herbal extracts on *Candida albicans*. *Chinese Journal of Integrative Medicine* 2017; 23(3): 10-27.
- Taylor LL, Romano L. Veterinary chiropractic. *The Canadian Veterinary Journal* 1999; 40(10): 732.
- Ernst E. Chiropractic: A Critical Evaluation. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 35(5): 544-562.
- Fleming SA, Gutknecht NC. Naturopathy and the primary care practice. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2010; 37(1): 119-136.
- Joseph B, Nair PM, Nanda A. Effects of naturopathy and yoga intervention on CD4 count of the individuals receiving antiretroviral therapy-report from a human immunodeficiency virus sanatorium, Pune. *International Journal of Yoga* 2015; 8(2): 122.
- Bill PM. What is osteopathy? 1937. Available at: <http://www.wakehealthse3.adam.com/content.aspx?productId=107&pid=33&gid=000358>. Accessed March 10, 2020.
- Assembly UG. International covenant on economic, social and cultural rights. *United Nations, Treaty Series* 1966; 993(3): 2009-2057.
- McAuley A. The Challenges to Realising the Right to Health in Ireland. In: *The Right to Health*. The Hague: TMC Asser Press; 2014. p.373-401.
- World Health Organization. Constitution of the world health organization. 1995.
- Assembly UG. Universal declaration of human rights. *UN General Assembly* 1948; 302(2).
- Weir M. Law and ethics in complementary medicine: A handbook for practitioners in Australia and New Zealand. No Place: Allen & Unwin; 2016.
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. 2005.
- Doek JE. The protection of children's rights and the United Nations Convention on the Rights of the Child: Achievements and Challenges. *Louis U Pub L Rev* 2003; 22(2003): 1-235.
- International convention on the elimination of all forms of racial discrimination. 2006.
- Faso B. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families. 2012.
- Breen C. Advanced introduction to international human rights law [Book Review]. *New Zealand Yearbook of International Law* 2014; 12: 364.
- United Nations General Assembly. United Nations declaration on the rights of indigenous peoples. 2007.
- World Health Organization Unicef. International Conference on Primary Health Care: Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. Conférence internationale sur les soins de santé primaires: Alma Ata, URSS 6-12 septembre 1978: List of participants= liste des participants. Geneva: World Health Organization; 1978.
- World Health Organization. Beijing Declaration Adopted by the WHO Congress on Traditional Medicine. Beijing. 2008.
- Kluge H, Kelley E, Swaminathan S, Yamamoto N, Fisseha S, Theodorakis P, et al. After Astana: building the economic case for increased investment in primary health care. *The Lancet* 2018; 392(10160): 2147-2152.
- Desai BH. Making Sense of the International Environmental Law-Making Process at a Time of Perplexity. *Yearbook of International Environmental Law*. No Place: No Name; 2020.

29. Palmer A. Image and art in the Whaling in the Antarctic case. Research Handbook on Art and Law. No Place: Edward Elgar Publishing; 2020.
30. Iran Judiciary Headquarters Human Rights. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. No Place: No Name; 2010. Available at: <http://www.humanrights-iran.ir/news.aspx?id=16684>. Accessed March 7, 2020.
31. Ernst E. The "Smallwood Report" - Method or Madness. *British Journal of General Practice* 2006; 56(522): 5-64.
32. Myers SP, Vigar V. The State of the Evidence for Whole-System, Multi-Modality Naturopathic Medicine: A Systematic Scoping Review. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, NY)* 2019; 25(2): 141-168.
33. Greenhill B. How can international organizations shape public opinion? Analysis of a pair of survey-based experiments. *The Review of International Organizations* 2020; 15(1): 165-188.
34. Margaret C. Speech given at the International Conference on Traditional Medicine for South East Asian Countries. New Delhi: Quoted in WHO; 2013. p.16.
35. Brook A, Clay KC, Randolph S. Human rights data for everyone: Introducing the Human Rights Measurement Initiative (HRMI). *Journal of Human Rights* 2020; 19(1): 67-82.
36. Hakimi M. Elusive Justice: Reflections on the Tenth Anniversary of Afghanistan's Law on Elimination of Violence against Women. *Nw UJ Int'l Hum Rts* 2020; 18-52.
37. CERD. Conclusions and Recommendations of the Committee on the Elimination of Racial Discrimination: Venezuela. 67th sess. UN Doc CERD/C/VEN/CO/18. 2005.