



MHJ

مجله تاریخ پزشکی

دوره دوازدهم، شماره چهل و چهارم، پاییز ۱۳۹۹

Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/mh>



مقاله پژوهشی

تحولات حق بر سلامت در پرتو میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

ابراهیم یاقوتی^۱

۱. گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حق بر سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین مصادیق حقوق بشر محسوب می‌شود. این حق در اعلامیه جهانی حقوق بشر در قامت یک اصل کلی مورد پذیرش قرار گرفته است. پس از اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به تصویب رسید که با اقبال جامعه بین‌المللی مواجه شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه با روش تحلیلی - توصیفی، ابتدا نقطه سرآغاز شناسایی حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در ادامه نیز حق مزبور و مصادیق آن در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و در نهایت تحولات راجع به توسعه مفهومی و مصادیق این حق در برخی کنوانسیون‌ها و اسناد حقوق نرم مورد توجه قرار خواهد گرفت.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر، مشاهده خواهد شد که حق بر سلامت با ادبیاتی بسیار کلی و مبهم مورد شناسایی قرار گرفته است. این ویژگی خاص میثاق باعث شده است که دولت‌ها برای تعیین قلمرو دقیق تعهدات ناشی از حق بر سلامت به رویه بین‌المللی متوسل شوند. در همین راستا، ساز و کار گزارش‌هایی که تحت عنوان «دیدگاه‌های عمومی» در ارتباط با مفاد میثاق منتشر می‌شوند، کمک بسیار مهمی را در ایجاد همگرایی و وحدت رویه بین‌المللی در میان بازیگران دولتی و غیر دولتی ایفا نموده است.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

نتیجه‌گیری: در پژوهش حاضر مشاهده شد که در زمینه حق بر سلامت، نیاز فوری برای ایجاد هنجارهای جدید حقوق بشر وجود ندارد. چارچوب حقوقی موجود، زمینه کافی برای تفسیر تکاملی ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را فراهم می‌کند، و مفسران (نهادهای بین‌المللی معاهداتی، دولت‌های طرف میثاق، سازمان‌های غیر دولتی و سایر ذی‌نفعان) را قادر می‌سازد تا در زمینه‌هایی که در گذشته کم‌تر مورد توجه قرار داشته‌اند، مانند حقوق جنسی، تولید مثل، گرایش‌های جنسی، مسائل مربوط به سلامت در زندان‌ها و مخاصمات مسلحانه، بیش از پیش مورد توجه قرار دهند.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۸/۱۵

تاریخ انتشار: ۹۹/۰۸/۲۰

واژگان کلیدی:

حقوق بشر

نظام سلامت

حق بر سلامت

میثاق حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی

*نویسنده مسئول: ابراهیم یاقوتی

آدرس پستی: دانشگاه آزاد اسلامی،

خیابان اورگ، بلوار همیلا، تهران، ایران.

پست الکترونیک:

Yaghouti2010@yahoo.com

۱. مقدمه

وصف «آمره» در فضای حقوق بین‌الملل می‌باشند، در نتیجه مصادیق مزبور در رأس هرم سلسله‌مراتب هنجاری قرار دارند و سایر مصادیق و هنجارهای حقوق بشر و حقوق بین‌الملل نمی‌توانند در تعارض با آن‌ها قرار گیرند (۲)، اما سایر مصادیق حقوق بشر که بنیادین محسوب نمی‌شوند، دارای وصف «آمره» نیز نیستند و در نتیجه در سلسله‌مراتب هنجاری پایین‌تر از حقوق بنیادین قرار می‌گیرند (۳). حال یکی از نتایج گستردگی و یکپارچگی مصادیق حقوق بشر این است که نقض مصادیق غیر بنیادین و غیر آمره حقوق بشر ممکن است به صورت غیر مستقیم منتهی به نقض یک یا چند مصداق از حقوق بشر بنیادین شود. در نتیجه لازم است که تمام مصادیق و تحولات حقوق غیر بنیادین مانند حق بر سلامت مورد ارزیابی و شناسایی قرار گیرند تا بتوان در موارد نقض هر یک از مصادیق حق مزبور، ارتباط آن با نقض حقوق بنیادین بشر را نیز به دست آورد، زیرا نقض حقوق بنیادین در فضای مسؤولیت بین‌المللی دارای تبعات و آثار شدیدتر و گسترده‌تر می‌باشد که پرداختن به آن خارج از حوصله پژوهش حاضر می‌باشد.

۲. ملاحظات اخلاقی

صداقت و امانتداری در تحلیل، گزارش متون و استناددهی در تمام مقاله به طور کامل رعایت گردید.

۳. بحث

۱-۳. حق بر سلامت در قامت یک اصل جهانی: در سال ۱۹۴۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر به تصویب مجمع عمومی ملل متحد رسید. پس از تصویب این اعلامیه و اقبال جامعه بین‌المللی نسبت به آن، در سال ۱۹۶۶ مفاد اعلامیه مزبور در دو سند الزام‌آور متبلور و به تصویب رسید. این دو سند عبارت بودند از: ۱- میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی؛ ۲- میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

مفهوم حقوق بشر و مصادیق دارای سابقه‌ای طولانی در تاریخ حقوق می‌باشد. در واقع یکی از اولین موضوعاتی که در عالم حقوق مورد توجه نویسندگان و صاحبان اندیشه قرار گرفت، مفهوم حقوق بشر و مصادیق آن است. در ابتدا، در اسناد و منابع حقوق بشر، حقوق بنیادینی مانند حق بر حیات، حق بر رهایی از شکنجه و آزار و اذیت، حق بر جنبه‌های مختلف آزادی مورد تأکید قرار داشت، اما با گذشت زمانی و بدیهی شدن تضمین حقوق بنیادین، نوبت به معرفی مصادیق جدیدی از حقوق بشر رسید (۱). یکی از مصادیق مزبور، حق بر سلامت می‌باشد. حق بر سلامت اولین بار به صورت مستقل در اعلامیه جهانی حقوق بشر مورد توجه قرار گرفت. حق بر سلامت نیز در مانند سایر مصادیق حقوق بشر در گذر زمان دچار تحولات و توسعه مفهومی و مصادیقی شده است. در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش هستیم که اساساً حق بر سلامت چگونه از حالت یک اصل کلی گسترش پیدا کرد و مصادیق متعددی برای آن در ادبیات حقوق بشر و حقوق بین‌الملل موضوعه تعریف شد.

در راستای اهمیت پاسخ به این مسأله باید دقت داشت که، تا اواخر دهه هفتاد میلادی، مصادیق مختلف حقوق بشر به صورت مستقل و جدا از هم مورد بحث و بررسی قرار می‌گرفتند، اما از اوایل دهه هشتاد میلادی یک رویکرد خاص در ادبیات حقوق بشر و حقوق بین‌الملل موضوعه شکل گرفت. در این رویکرد، مصادیق مختلف حقوق بشر به مثابه اعضا یک پیکر واحد در نظر گرفته می‌شدند. به این معنا که نقض هر یک از مصادیق حقوق بشر در واقع به صورت غیر مستقیم نیز منتهی به نقض سایر مصادیق حقوق بشر نیز خواهد شد. دلیل این امر نیز به گستردگی و تنوع مصادیق حقوق بشر باز می‌گردد. این مسأله نیز به نوبه خود، سلسله‌مراتب هنجاری حقوق بشر را با چالش مواجه می‌کند. مقصود از سلسله‌مراتب هنجاری این است که برخی هنجارهای حقوق بشر به عنوان حقوق بنیادین مورد شناسایی قرار گرفته‌اند و در نتیجه دارای

جهت؛ - پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر (بومی) حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها؛ - ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلای به بیماری.»

در ارتباط با مفاد ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باید به چند نکته مهم توجه داشت. اول این که در صدر ماده ۱۲، حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی مورد پذیرش قرار گرفته است. با توجه به سیاق عبارات این ماده، توجه دقیق طراحان متن ماده ۱۲ به مسأله حاکمیت ملی دولت‌ها از یکسو و حقوق بشر از سوی دیگر، مشهود است. در واقع طراحان این ماده، عبارت «ممکن‌الحصول» را به صورت دقیق در جمله‌بندی ماده ۱۲ جایگذاری نموده‌اند (۸). با توجه به این عبارت می‌توان چنین استدلال نمود که میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، از تعریف مجموعه‌ای از استانداردهای عینی برای تعیین میزان سطح سلامت در جهت تضمین حق بر سلامت امتناع کرده است. دلیل این امر نیز واضح است: با گذشت زمان، سطح توسعه و گسترش امکانات در کشورهای مختلف تغییر پیدا می‌کند و در نتیجه توانمندی دولت‌ها نیز در تأمین حق بر سلامت افراد انسانی متغیر خواهد بود. به تعبیری سطح حداکثری سلامت و بهداشت عمومی تابع مقتضیات زمانی و مکانی می‌باشد، در نتیجه ماده ۱۲، بهترین و بالاترین سطح سلامت را که حسب شرایط ممکن الحصول می‌باشد، به رسمیت شناخته است (۹).

نکته دوم که در ارتباط با این ماده باید به آن دقت داشت، کلی بودن تعهدات و الزامات ایجادشده برای دولت‌ها می‌باشد (۱۰). دلیل این امر را باید در فضای حاکم بر دهه ۶۰ میلادی جستجو کرد. پس از جنگ جهانی دوم، با تصویب منشور ملل متحد و تأسیس سازمان ملل متحد، نظم جدیدی بر فضای روابط بین‌المللی حاکم شد. در نظم جدید و متن منشور ملل متحد، تأکید فراوانی بر حاکمیت ملی دولت‌ها و اصل عدم مداخله در امور داخلی شده بود. از یکسو تحت تأثیر این فضا، دولت‌ها در فرآیند پذیرش تعهدات و الزامات بین‌المللی

متن میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به صورت بسیار مبهم و کلی طراحی شده است. این ویژگی موجب شده است که تفاسیر مختلفی از متن میثاق مزبور ارائه شود. از طرفی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که توسط شورای اقتصادی و اجتماعی ملل متحد برای نظارت بر گزارش‌های دولت‌های عضو در ارتباط با حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تأسیس شده است در راستای انجام وظیفه نظارتی خود، به تفسیر مقررات میثاق نیز می‌پردازد (۴). این کمیته پس از بررسی گزارش‌های دولت‌های عضو، پیشنهادات و توصیه‌هایی را تحت عنوان «نتیجه مشاهدات» ارائه می‌کند. کمیته در ضمن پیشنهادات و توصیه‌های مزبور، معنای مقررات میثاق را در حوزه‌های مختلف بیان می‌کند. گاهی اوقات، زمانی که رویه کمیته به قدر کفایت مورد جرح و تعدیل و توسعه قرار می‌گیرد (۵)، کمیته اقدام به تدوین گزارش‌هایی تحت عنوان «دیدگاه‌های عمومی» می‌کند که هدف آن‌ها روشن‌ساختن معنا و محتوای برخی از مصادیق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد. مجوز صدور «دیدگاه‌های عمومی» از جانب کمیته، توسط شورای اقتصادی و اجتماعی در سال ۱۹۸۷ صادر شد. تا سال ۲۰۱۸ تقریباً تمام مقررات اصلی میثاق توسط کمیته ارزیابی شده بود (۶). یافته‌ها و نتایج کار کمیته نیز به نوبه خود در دستورالعمل‌های بازنگری‌شده برای گزارش وضعیت حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دولت‌های عضو، منعکس می‌شوند (۷).

حق بر سلامت ذیل ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفته است. ماده ۱۲ مقرر می‌دارد: «۱- کشورهای طرف این میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسند؛ ۲- تدابیری که کشورهای طرف این میثاق برای تأمین استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود: - تقلیل میزان مرده متولدشدن کودکان، مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان؛ - بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع

شد (۱۶). مع‌الوصف، فارغ از تمام اختلاف نظراتی که در ارتباط با نحوه فعالیت سازمان بهداشت جهانی (راجع به متمرکز بودن یا نبودن بر فعالیت‌های حقوقی) وجود دارد، سازمان بهداشت جهانی از زمان تأسیس تا به امروز فعالیت‌های بسیار مفیدی در زمینه هماهنگی قوانین و مقررات بهداشتی، مبارزه با بیماری‌های خاص و همچنین تدوین سیاست‌ها و راهبردهای مربوط به مراقبت‌های بهداشتی که منجر به ریشه‌کن کردن کامل یا مهار بیماری‌های فراگیر، انجام داده است.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ارتباط با تعهدات ناشی از ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، سه نوع تعهد را (که در رویه کمیته و همچنین رویه نهادها و مؤسسات حقوق بشری و نیز در ادبیات نویسندگان حقوق بشر بسیار مورد تأکید قرار گرفته است) برای دولت برشمرده است (۱۷). از حیث ماهیتی، تعهدات مزبور شامل تعهد به احترام، حفاظت و اجرا (تحقق) می‌باشند.

مقصود از احترام به حق سلامت این است که دولت‌ها دسترسی همه افراد فارغ از جنس، نژاد، رنگ و وضعیت سیاسی - اجتماعی - حقوقی، از جمله زندانیان، افراد تحت بازداشت، اقلیت‌ها، پناهجویان یا حتی مهاجران غیر قانونی را به خدمات بهداشتی پیشگیرانه، درمانی و تسکین‌بخش، منع یا محدود نکنند (۱۵). همچنین دولت‌ها باید از ممنوعیت یا جلوگیری از مراقبت‌های پیشگیرانه سنتی، اقدامات و داروهای سنتی یا تحمیل درمان پزشکی اجباری (جز در موارد بیماری‌های روانی یا کنترل بیماری‌های واگیردار) خودداری کنند.

مقصود از تعهد به حفاظت این است که در راستای اجرای تعهدات موضوع ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دولت‌ها باید تدابیر لازم (از جمله تصویب قوانین و...) را برای دسترسی مساوی به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات مرتبط با سلامتی که توسط اشخاص و مؤسسات مختلف ارائه می‌شود، اتخاذ کنند. به بیان ساده‌تر، در این راستا، دولت‌ها

سخنگیری زیادی داشتند؛ به تعبیر نویسندگان حوزه روابط بین‌الملل، دولت‌ها نسبت به حاکمیت ملی خود و هرگونه محدود شدن آن از طریق پذیرش تعهدات و الزامات بین‌المللی، بسیار غیرتمند بودند (۱۱). در نتیجه اگر طراحان میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، اقدام به طراحی تعهدات خاص و دقیق می‌نمودند، به احتمال زیاد، سند مزبور با اقبال دولت‌ها مواجه نمی‌شد (۱۲)؛ از سوی دیگر، در فضای دهه ۶۰ میلادی، «حقوق بشر» در عالم حقوق و روابط بین‌المللی یک مفهوم جوان و نوپا محسوب می‌شد، در نتیجه برای تقویت آن، به جای یک حرکت رادیکال و سریع، نیاز به یک حرکت فرسایشی و آهسته بود. ویژگی کلی بودن صرفاً منحصر به صدر ماده ۱۲ نمی‌باشد، بلکه تعهدات و الزامات بند دوم این ماده نیز بسیار کلی و بدون تعریف میزان «حداقل» و «حداکثر» می‌باشد (۱۳). در نتیجه به نظر می‌رسد در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، علی‌رغم الزام‌آور بودن مفاد میثاق، حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی، منعطف و الزام‌آور مورد شناسایی قرار گرفت (۱۴).

«حق هر کس برای تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الوصول» از سال ۱۹۹۳ در دستور کار کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار گرفت. در نهایت در سال ۲۰۰۰ نیز گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ راجع به این حق به تصویب رسید (۱۵). لازم به ذکر است که در سال ۱۹۹۹، دور جدیدی از مذاکرات میان کمیته و سازمان‌های غیر دولتی و برخی از مؤسسات تخصصی وابسته به ملل متحد از جمله سازمان بهداشت جهانی آغاز شد که این مذاکرات تأثیر بسیار زیادی در فرآیند تصویب گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ داشت.

سازمان بهداشت جهانی پیش از سال ۱۹۹۹، صرفاً در مسائل مربوط به سیاستگذاری حوزه بهداشت فعالیت می‌کرد. به بیان ساده‌تر، این سازمان تمرکز زیادی بر فعالیت‌های حقوقی نداشت، اما از سال ۱۹۹۹ روند فعالیت سازمان تغییر پیدا کرد و فعالیت‌های آن به سمت تهیه و تنظیم اسناد حقوقی منعطف

تعهدات اصلی عبارتند از: ۱- دسترسی به کالاها، خدمات و امکانات بهداشتی بر اساس اصل عدم تبعیض، به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر؛ ۲- دسترسی به حداقل غذای ضروری، کافی و مفید باشد جهت رهایی از گرسنگی؛ ۳- دسترسی به سرپناه اصلی، مسکن، سرویس بهداشتی و تأمین آب آشامیدنی؛ ۴- تهیه داروهای ضروری؛ ۵- اطمینان از توزیع عادلانه کلیه امکانات، کالاها و خدمات بهداشتی؛ ۶- اتخاذ و اجرای یک استراتژی ملی و برنامه‌های بهداشت عمومی (۱۵).

این تعهدات اصلی در ارتباط با حق بر سلامت باید از جانب همه دولت‌های عضو میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی رعایت و در گزارش‌های دوره‌ای که دولت‌ها به کمیته اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ارائه می‌کنند، به عنوان محور اصلی قرار گیرند. سایر تعهدات ناشی از ماده ۱۲ میثاق، معمولاً دارای بار مالی زیادی هستند که بسیاری از کشورهای در حال توسعه برای تأمین کامل آن‌ها با مشکلات زیادی رو به رو هستند. همچنین در بند ۴۴ از گزارش نظرات عمومی شماره ۱۴، مجموعه‌ای از تعهدات اضافی را نام برده است که دارای اهمیت قابل توجهی هستند، اما جزئی از تعهدات اصلی محسوب نمی‌شوند، مانند مراقبت‌های بهداشتی مربوط به زاد و ولد، مادر و کودک، ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های عفونی فراگیر، اقدامات لازم برای پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های اپیدمی و بومی، آموزش و دسترسی به اطلاعات در مورد مشکلات اصلی حوزه سلامت، ارائه آموزش‌های مناسب برای کارکنان بخش سلامت، از جمله آموزش بهداشت و حقوق بشر (۲۱).

تعهدات اصلی در واقع نشان‌دهنده عملکرد واقعی بسیاری از دولت‌ها در سطح نظام حقوق داخلی می‌باشد، به همین دلیل بسیاری از نویسندگان و حقوقدانان معتقدند که تعهدات مزبور بخشی از حقوق بین‌الملل عرفی یا حتی بخشی از اصول کلی حقوقی محسوب می‌شوند (۱۷)، البته برخی از نویسندگان با این رویکرد مخالف هستند؛ به عقیده آن‌ها، نباید صرفاً «قرارگرفتن در چارچوب نظام حقوق داخلی» معیار عرفی

باید اطمینان حاصل کنند که خصوصی‌سازی بخش بهداشت و سلامت، تهدیدی برای در دسترس بودن و کیفیت خدمات بهداشتی نیست (۱۸). مسائلی مانند بازاریابی دارو، ارائه استانداردهای مناسب، مهارت‌های آموزشی و کدهای اخلاقی برای کارکنان بخش پزشکی و سلامت، نیاز مبرم به حمایت و مداخله دولت دارد، تمام این موارد در واقع مصداقی از تعهد به حفاظت محسوب می‌شوند.

سومین تعهدی که در ماده ۱۲ میثاق وجود دارد، تعهد به اجرا (تحقق) است. در بندهای ۳۶ و ۳۷ از دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ مصادیقی از تعهد به اجرا بیان شده است. به عنوان مثال، دولت‌ها باید سیاست ملی سلامت که متضمن برنامه ریزی دقیق برای تحقق حق بر سلامت با هدف ارتقای مؤثر نظام سلامت باشد، را به تصویب برسانند. ارتقای مؤثر نظام سلامت دارای مؤلفه‌ای بسیار متنوع و گسترده‌ای از جمله برنامه‌های واکسیناسیون، دسترسی مساوی به همه پیش شرط‌های سلامت مانند مواد غذایی سالم و مفید، آب آشامیدنی سالم، بهداشت اولیه و مسکن مناسب و... می‌باشد (۱۹). همچنین دولت‌ها علاوه بر اطمینان از آموزش کافی و مناسب پزشکان و سایر پرسنل پزشکی، باید تعداد کافی از بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی را تأسیس کنند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در فرآیند نظارتی خود، تأکید ویژه‌ای بر این امر به ویژه در مناطق دوردست، روستایی و فقیرنشین شهری دارد.

۲-۳. تعهدات اصلی: غالب تعهداتی که در قسمت قبل مورد اشاره قرار گرفتند، عموماً برای دولت‌های عضو میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تعهداتی سنگین و چالش‌برانگیز هستند. در گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ مجموعه‌ای از تعهدات، تحت عنوان تعهدات اصلی مشخص شده‌اند. مقصود از تعهدات اصلی، تعهداتی هستند که تمام دولت‌ها اعم از ثروتمند و فقیر باید در هر شرایطی اجرا کنند، زیرا تعهدات مزبور یا به میزان بسیار محدودی وابسته به منابع هستند و یا این که کاملاً بی‌نیاز از منابع هستند (۲۰).

۳-۴. **موجود بودن:** مقصود از موجود بودن این نیست که یک دولت (حتی دولت‌های توسعه‌یافته) باید خدمات بهداشتی کامل و مناسب را برای تمام مردم در تمام نقاط دورافتاده، روستایی و شهری فراهم کند، بلکه این وضعیت صرفاً به عنوان یک افق و هدف نهایی قابل پذیرش است (۲۶). واضح است که تهیه داروهای اساسی لازم برای تأمین و حفظ حداقلی از سطح مراقبت‌های بهداشتی عمومی برای دولت‌های توسعه‌یافته یک چالش بزرگ محسوب می‌شود؛ به طریقی اولی، حصول این امر برای دولت‌های درحال توسعه و فقیر (که از یکسو فاقد زیرساخت‌های لازم و از سوی دیگر دولت‌های دهکار محسوب می‌شوند) بسیار دشوار و چالشی بزرگ خواهد بود. به همین دلیل است که گزارش نظرات عمومی شماره ۱۴ در پاراگراف ۴۵ بر همکاری‌های بین‌المللی و به طور خاص، ارائه کمک‌های اقتصادی و فنی به دولت‌های درحال توسعه و توسعه نیافته تأکید ویژه‌ای دارد.

۳-۵. **در دسترس بودن:** مقصود از در دسترس بودن، وجود چهار عنصر مهم می‌باشد که عبارتند از: ۱- عدم تبعیض؛ ۲- دسترسی فیزیکی؛ ۳- دسترسی اقتصادی یا مقرون به صرفه بودن؛ ۴- دسترسی به اطلاعات (۲۷). عدم تبعیض یکی از معیارهای بنیادینی است که کمیته اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر بسیاری از مصادیق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به ویژه در تفسیر ماده ۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد تأکید قرار داده است (۲۸-۲۹). در نتیجه دسترسی مساوی برای همه یا عدم تبعیض اصلی‌ترین وظیفه‌ای است که دولت‌ها بر عهده دارند. دسترسی فیزیکی امن نیز یکی دیگر از جنبه‌های مهم «در دسترس بودن» محسوب می‌شود. مقصود این است که برای دسترسی به منابع، خدمات و کالاهای بهداشتی مانند آب آشامیدنی سالم و... امنیت فیزیکی و جسمی افراد در معرض خطر قرار نگیرد. برای مثال دخترانی که در صحرای غربی آفریقا برای تأمین آب شرب مسافت زیادی را تا منابع آب باید طی کنند، در برابر آزار و سوءاستفاده جنسی مردان نیاز به

قلمداد کردن تعهدات مزبور باشد، زیرا ابعاد مهمی از حق بر سلامت ممکن است که در رویه داخلی دولت‌ها بنا به دلایل مختلف کنار گذاشته شود و در نتیجه به مرور زمان و تأکید بیش از حد به رویه عملی دولت‌ها، تعهدات مزبور عملاً کنار گذاشته شوند (۲۲).

۳-۳. **داروهای ضروری:** به استناد بند «د» از پاراگراف ۴۳ گزارش نظرات عمومی شماره ۱۴، فراهم آوردن داروهای ضروری یکی از مصادیق تعهدات اصلی دولت‌ها در ارتباط با حق بر سلامت محسوب می‌شود. پرسشی که در اینجا مطرح می‌شود، این است که کدام دسته از داروها جزئی از مصادیق داروهای ضروری محسوب می‌شوند؟ گزارش نظرات عمومی شماره ۱۴ در ارتباط با لیست داروهای ضروری از الگوی سازمان بهداشت جهانی استفاده می‌کند. در این الگو، سازمان بهداشت جهانی لیستی از سی داروی ضروری را که در واقع مؤثرترین، بی‌خطرترین و مقرون به صرفه‌ترین داروها محسوب می‌شوند، برای تأمین حداقل نیازهای دارویی منتشر کرده است (۲۳). باید دقت داشت که این لیست حاوی حداقل استانداردهای مورد نیاز در هر نظام سلامت می‌باشد که بدون آن‌ها در واقع حق بر سلامت به هیچ عنوان تأمین و تضمین نمی‌شود (۲۴). تهیه لیست مزبور، در حال حاضر یک گام پرهزینه محسوب می‌شود. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز در زمان تهیه پیش‌نویس گزارش نظرات عمومی شماره ۱۴ کاملاً به این مسأله واقف بوده است. کمیته در پاراگراف‌های ۵ و ۹ از گزارش مزبور تأکید می‌کند که برای میلیون‌ها نفر در سراسر جهان، تمتع کامل از حق بر سلامت هنوز یک افق دور دست محسوب می‌شود، زیرا عملاً حق مزبور توسط یک دولت به تنهایی قابل تأمین و تضمین نیست (۲۵). مع الوصف هر دولتی که میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را تصویب کرده است، مطابق بند ۱ ماده ۲ مکلف است که این لیست داروهای ضروری را به اندازه امکانات و منابعی که در اختیار دارد، فراهم کند.

جنسی و تولید مثل، از جمله مواردی همچون حق ازدواج و جلوگیری از ازدواج کودکان، مسائل مربوط به قانونی بودن سقط و حق تعیین سرنوشت زنان اختصاص می‌دهد. این موضوعات در گزارش «دیدگاه‌های عمومی شماره ۲۲» مورد توجه قرار گرفته‌اند و مانند گزارش «دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴» بر نزدیکی ارتباط این موضوعات با اصول عدم تبعیض و برابری تأکید شده است. کمیته این ابعاد جدید از حق بر سلامت را مستقیماً از متن میثاق به دست آورد، در نتیجه نمی‌توان آن‌ها را به عنوان پارامترهایی جدید برای حق بر سلامت محسوب کنیم (۳۳).

۳-۸-۲. سلامت روانی: یکی دیگر از ابعاد نوین حق بر سلامت در سال‌های اخیر مربوط به مشکلات بهداشت روانی است. از دهه ۹۰ میلادی این مسأله در تحقیقات مختلف آشکار شده است که وضعیت مؤسسات بهداشت روان در بسیاری از کشورها اسفناک است (۳۴). درمان بیماری‌های روانی معمولاً فقط مراقبت‌های بهداشتی اولیه را دربر می‌گرفت و درمان‌های ثانویه تخصصی معمولاً رد می‌شدند (۳۵). همچنین چند مکانیسم کنترل مؤثر برای کنترل تصمیمات در مورد قراردادن بیماران در مؤسسات بهداشت روان ارائه نشده است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دائماً از دولت‌ها می‌خواهد که این موضوعات را در چارچوب تعهدات راجع به حق بر سلامت در نظر گیرند. امروزه دولت‌ها پذیرفته‌اند که در این حوزه‌ها نیاز به اصلاحات بنیادین وجود دارد و در گزارش‌های خود به کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز به این اصلاحات توجه خاصی دارند (۳۶).

۳-۸-۳. حق بر سلامت در زندان‌ها: مسأله دیگری که به طور فزاینده در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، وضعیت زندانیان در رابطه با حق بر سلامت است. تا اوایل دهه ۹۰ میلادی، مسائل زندان بر اساس مواد ۹ و ۱۰ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی به کمیته حقوق بشر واگذار می‌شد، اما از زمان کنفرانس جهانی وین در مورد حقوق بشر مورخ ۱۹۹۳، شرایط زندان و مسائل حقوق بشر، به ویژه در مورد

محافظت دارند (۳۰). مقرون به صرفه بودن نیز عنصر دیگری از «در دسترس بودن» محسوب می‌شود. هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی باید براساس اصل انصاف صورت گیرد. به بیان ساده‌تر، هزینه‌های مزبور باید برای همه طبقات جامعه به ویژه گروه‌های زاغنه‌نشین و فقیر، با توجه به سطح درآمد و رفاه آن‌ها مقرون به صرفه باشد. در نهایت مقصود از دسترسی به اطلاعات، حق جستجو و مطالبه، دریافت و انتقال اطلاعات و ایده‌های مربوط به مسائل بهداشتی با در نظر گرفتن اصل محرمانه بودن اطلاعات بهداشت شخصی افراد می‌باشد (۳۱).

۳-۶. قابل پذیرش بودن: مطابق با این معیار، کلیه امکانات و خدمات بهداشتی باید از نظر اخلاق پزشکی توأم با احترام باشند و در عین حال باید از نظر فرهنگ حاکم بر جامعه هدف نیز مناسب باشند. به بیان ساده‌تر، امکانات و خدمات مزبور با سنت‌های فرهنگی افراد، اقلیت‌ها و مردم بومی و محلی در تعارض یا تزاخم فاحش قرار نگیرد (۳۲).

۳-۷. کیفیت: امکانات و خدمات بهداشتی علاوه بر این‌که باید از حیث فرهنگی قابل قبول باشند، باید از نظر علمی و پزشکی نیز مناسب و با کیفیت باشند. همچنین این مسأله شامل اقدامات لازم برای تأمین پرسنل پزشکی ماهر، توزیع داروی مصوب و دارای تاریخ انقضا و تجهیزات بیمارستانی، تهیه شاخص‌های تعیین‌کننده سلامت، از جمله مسکن، تغذیه، آب سالم و بهداشت کافی نیز می‌شود (۳۲).

۳-۸. مفاهیم کلیدی حق بر سلامت در سال‌های اخیر

۳-۸-۱. حقوق جنسی: جنبه‌های که در قسمت‌های قبل مورد اشاره قرار گرفت، در گزارش‌های دوره‌ای دولت‌ها و کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد اشاره قرار می‌گیرند، اما در سال‌های اخیر با افزایش سطح دانش در ارتباط با نیازهای بهداشتی، جنبه‌های خاص حوزه سلامت نیز بیش از پیش خودنمایی می‌کند. متعاقب تلاش‌های کمیته رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان و کمیته حقوق افراد دارای معلولیت، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زمان قابل توجهی را به چالش‌های حق بر سلامت در حوزه حقوق

حین مخاصمات مسلحانه در مکاتبات دولت‌ها با کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفته است و سازمان‌های غیر دولتی نیز اطلاعات مفصلی در این زمینه به کمیته و دولت‌ها ارائه می‌دهند. برای مثال، کمیته در ارتباط با تجاوزهایی که به صورت جمعی و علنی توسط نیروها و گروه‌های مسلح صورت گرفته است تا مردم و غیر نظامیان را بترسانند، گزارش‌های مختلفی را ارائه کرده است (۳۹). برای نمونه می‌توانیم به گزارشات راجع به افغانستان و مسائل مربوط به استخدام کودکان سرباز و مشکلات سلامتی ناشی از اختلالات آسیب‌زای مربوط به جنگ اشاره کنیم (۴۰).

۳-۸-۵. رویه‌های جدید کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی: یکی از کارکردهای دیدگاه‌های عمومی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، رصدکردن تحولات جدید در چارچوب هنجارهای موجود در ارتباط با حق بر سلامت می‌باشد. پس از تصویب دیدگاه‌های عمومی، از دولت‌های عضو خواسته می‌شود که به صورت منظم اطلاعات راجع به تحقق این ابعاد و جنبه‌های مورد اشاره در دیدگاه‌های عمومی را در گزارش‌های خود مورد توجه قرار دهند و کمیته نیز در ارتباط با ابعاد جدید حق بر سلامت، مسائل و ابعاد جدید را مطرح می‌کند. مع الوصف در عمل، اگر دولتی به این مسائل و ابعاد جدید پاسخ ندهد و اطلاعاتی در ارتباط با پیشرفت‌های خود در تحقق این جنبه‌ها ارائه نکند، کمیته ممکن است که از دولت مزبور را در «لیست موضوعات دارای اولویت» قرار دهد و زمان مشخصی را برای آن دولت جهت آغاز مذاکرات مشخص کند. این رویه کمیته از نظر افکار عمومی، فشار زیادی را بر دولت وارد می‌کند. به نحوی که در عمل تقریباً تمام دولت‌هایی که مخاطب این رویه کمیته قرار گرفته‌اند، از آغاز مذاکرات و انجام اقدامات پیشنهادی، امتناع ننموده‌اند (۴۳-۴۱).

۳-۹. نیاز به حقوق سلامت جدید: تا به اینجا تلاش شد که محتویات هنجاری مقررات میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در رابطه با حق بر سلامت نشان داده شود. تفاسیری

مراقبت‌های بهداشتی و تهیه غذا، به تمام ارگان‌های معاهده‌ای ارجاع می‌شود. به طور کلی اعتقاد بر این است که افراد تحت بازداشت و زندانی تحت محدودیت‌هایی قرار دارند که توسط نظام حقوق کیفری تعیین شده است، اما این رویکرد از سال ۲۰۰۰ مورد تجدید نظر قرار گرفت و کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مانند سایر نهادهای معاهداتی، به طور دائم، مشکلات شرایط زندان، از جمله ازدحام بیش از حد ناشی از بیماری، عفونت‌ها و مسائل بهداشتی را در دستور کار خود قرار داده است. تمام این موضوعات در حال حاضر بخشی از حوزه عمومی حق بر سلامت ذیل ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی محسوب می‌شوند و کشورهای عضو میثاق پذیرفته‌اند که پیشرفت و توسعه در این زمینه‌ها بخشی از تعهدات حقوقی آن‌ها محسوب می‌شود (۳۷).

۳-۸-۴. حق بر سلامت در مخاصمات مسلحانه: یکی دیگر از مسائل مهم در سال‌های اخیر، مسائل مربوط به حق بر سلامت در زمان مخاصمات مسلحانه می‌باشد. در واقع ساز و کارها و ضمانت اجراهای حق بر سلامت در چارچوب اعلامیه جهانی حقوق بشر و دو میثاق حقوق بشر، همگی در زمان صلح قابلیت اجرایی دارند، زیرا ساز و کارهای مزبور وابستگی کامل به نهاد حاکمیت و ابزارهای آن دارند. از طرفی نیز در زمان بروز مخاصمات مسلحانه عموماً دولت‌ها کنترل مؤثر خود را در مناطقی که مخاصمه وجود دارد، از دست می‌دهند. مشکل اصلی اینجاست که معاهداتی که بعدها نیز طراحی و همگی بر مبنای میثاق‌های حقوق بشر و با پیش‌فرض فضای صلح به تصویب رسیدند. در سال‌های اخیر، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به وضعیت حقوق بشر در حین مخاصمات مسلحانه و به ویژه موقعیت‌های پس از پایان یافتن مخاصمات، مانند: مسائل مربوط به دسترسی به خدمات بهداشتی در زمان مخاصمات مسلحانه، ارائه خدمات درمانی و روانی پس از وقوع مخاصمات مسلحانه برای اقشار آسیب‌پذیر به ویژه زنان و کودکان پرداخته است (۳۸). در حال حاضر نیز مسائل مربوط به خشونت جنسی علیه زنان، کودکان و بازداشت‌شدگان در

دارای کارکردهای بسیار مهمی می‌باشند. برای مثال دادگاه‌ها و محاکم بین‌المللی غالباً اسناد غیر الزام‌آور را مد نظر قرار می‌دهند. بنابراین تمایز میان اسناد الزام‌آور و غیر الزام‌آور در رویه بین‌المللی کمرنگ شده است (۴۶). همچنین گزارش‌های غیر الزام‌آور می‌تواند در تدوین قواعد عرفی بین‌المللی موجود از طریق فراهم کردن صراحت بیشتر از طریق متون نوشته نقش‌آفرینی کند و یا حتی گرایش به یک هنجار خاص را شکل دهند و یا مقدمات تغییر در عرف‌های موجود را فراهم کند. همچنین اسناد و گزارش‌های مزبور می‌تواند برای شکل‌گیری قسمتی از رویه دولتی لاحق که برای تفسیر معاهدات مفید باشد، نقش‌آفرینی کند (۴۷).

۴. نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر مشاهده شد که در زمینه حق بر سلامت، نیاز فوری برای ایجاد هنجارهای جدید حقوق بشر وجود ندارد. چارچوب حقوقی موجود، زمینه کافی برای تفسیر تکاملی ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را فراهم می‌کند و مفسران (نهادهای بین‌المللی معاهداتی، دولت‌های طرف میثاق، سازمان‌های غیر دولتی و سایر ذی‌نفعان) را قادر می‌سازد تا در زمینه‌هایی که در گذشته کم‌تر مورد توجه قرار داشته‌اند، مانند حقوق جنسی، تولید مثل، گرایش‌های جنسی، مسائل مربوط به سلامت در زندان‌ها و مخاصمات مسلحانه، بیش از پیش مورد توجه قرار دهند. گزارش دیدگاه‌های عمومی که توسط کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تصویب و منتشر می‌شوند، در درجه اول بر روی هنجارهای الزام‌آور حق بر سلامت متمرکز هستند، اما در عین حال باید فضایی برای ارائه توصیه‌هایی غیر الزام‌آور در جهت توسعه حق بر سلامت ایجاد کنند، البته باید از تمرکز بیش از حد بر رویکرد استفاده از توصیه‌های غیر الزام‌آور جهت توسعه مصادیق و محتویات حق بر سلامت اجتناب کرد. دلیل این امر نیز به این مسأله بازمی‌گردد که کم‌شدن معاهدات و اسناد الزام‌آور بین‌المللی در ارتباط با حق بر سلامت، دولت‌ها ترغیب

که در ارتباط با موضوعات جدید راجع به حق بر سلامت مانند حق بر سلامت در زندان‌ها، مخاصمات مسلحانه و... از سوی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ارائه شده است، در واقع زمینه را برای ارائه تفسیری پویا (و نه ایستا) از متن میثاق فراهم کرده است. از طرفی باید دقت داشت که این تفاسیر در ارتباط با حق بر سلامت از اواخر دهه ۹۰ میلادی آغاز شده است، در نتیجه پرواضح است که پس از یک دوره اولیه که در آن دامنه و عملکرد کلی مفاد میثاق تشریح شده است، در ادامه، جزئیات بیشتری از هنجارهای میثاق مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است که عمده آن‌ها مربوط به مسائلی است که در هنگام تنظیم گزارش‌های دولت‌های عضو، مورد توجه قرار نگرفته‌اند. مشاهده شد که در ارتباط با مسائل خاص و جدید، طراحی و ارائه هنجارهای جدید لازم و ضروری نیست، زیرا بسیاری از خلأهای موجود را می‌توان با تفسیر هنجارهای موجود حل و فصل نمود. در واقع طراحی و تصویب هنجارهای جدید یک فرآیند زمان‌بر و فرسایشی محسوب می‌شود. در گام اول باید نیازسنجی صورت بگیرد. اصولاً نیازهای بازیگران حقوق بین‌الملل و اوضاع و احوال حاکم بر روابط آن‌ها دائماً (با شدت و ضعف مختلفی) در حال تغییر است و از طرفی دولت‌ها به این مسأله واقف هستند که به طور کلی قواعد بین‌المللی به صورت مطلق و نامحدود عمل نمی‌کنند (۴۴-۴۵)، بلکه لازم است که این قواعد نیز در فضای روابط بین‌المللی و نیازهای حاکم بر آن جرح و تعدیل شوند، در نتیجه وارد فاز طراحی و تصویب هنجارهای جدید شدن، یک فرآیند زمان‌بر می‌باشد. نکته دیگری که باید در این زمینه دقت داشت، این است که حتی در صورتی که مرحله نیازسنجی نیز طی شود، قانع‌شدن دولت‌ها برای پذیرش تعهدات بین‌المللی جدید و در نتیجه چشم‌پوشی از برخی حقوق حاکمیتی یک مرحله سخت‌تر و پیچیده‌تر می‌باشد. از سوی دیگر، گزارش‌های کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در واقع یک فرآیند حقوق غیر الزام‌آور یا همان حقوق نرم می‌باشد. گزارش‌های غیر الزام‌آور کمیته

می‌کند در مواجهه با چالش‌های مختلف، راه‌کارهایی را انتخاب کنند که حل مسائل و روش‌های آن را به اختیار خودشان قرار دهد. این همان ساز و کاری است که در شورای حقوق بشر اتفاق می‌افتد؛ در شورای حقوق بشر بر تعهدات صریح و روشن دولت‌های عضو میثاق‌های حقوق بشر تأکید می‌شود و هنجارها و توصیه‌های غیر الزام‌آور صرفاً کاربردی کمکی و تفسیری دارند. بنابراین در ارتباط با ابعاد جدید حق بر سلامت باید احتیاط شود. در نتیجه به نظر می‌رسد برای مواجهه با ابعاد جدید حقوقی که در میثاق وجود دارد و کمیته می‌تواند بدون کاستن از تعهدات اصلی حقوق بشر که مستقیماً از میثاق سرچشمه می‌گیرد، دیدگاه سیاسی‌تری داشته باشد، تمرکز بر هنجارها و تعهدات الزام‌آور ناشی از میثاق، استراتژی بهتری محسوب می‌شود. حقوق و سیاست را می‌توان به صورت توأمان در نظر گرفت، اما باید در برابر هرگونه تلاش برای تأکید بیش از حد یا حتی اولویت‌بندی رویکردهای سیاسی مقاومت شود.

References

- Hogan L. Keeping Faith with Human Rights. Washington: Georgetown University Press; 2015. p.171-175.
- Beyranvand F. Jus Cogens and Erga Omnes Obligations in International Law. MA Dissertation. Tehran: Islamic Azad University; 2013. p.100. [Persian]
- Beyranvand F. The procedure of national courts in confronting with international soft law with emphasis on international humanitarian law. Ph.D. Dissertation. Tehran: Islamic Azad University; 2020. p.325. [Persian]
- Alston P. Out of the Abyss: The Challenges Confronting the New U.N. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Human Rights Quarterly* 1987; 9(1): 332-381.
- Riedel E. New Bearings to the State Reporting Procedure: Practical Ways to Operationalize ESC-Rights - the Example of the Right to Health. In: Schorlemer S. *Praxishandbuch UNO*. Berlin: Springer; 2002. p.346.
- Pinto M, Sigal M. Influence of the ICESCR in the Americas. In: Moeckli D, Keller H. *The Human Rights Covenants at 50: Their Past, Present and Future*. Oxford: Oxford University Press; 2018. p.172.
- Compilation of Guidelines on the form and Content of Reports to be Submitted by States Parties to the International Human Rights Treaties, UN Doc. HRI/GEN/2/Rev.6. 2009. p.3ff, 26-42.
- Saul B, Kinley D, Mowbray J. *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Commentary, Cases and Materials*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p.1060-1061.
- Albuquerque A. The Brazilian Human Rights Indicators System: The Case of the Right to Health. In: Toebes B, Ferguson R, Markovic M, Nnamuchi O. *The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice*. London: Springer; 2015. p.261-262.
- Gostin L. *Global Health Law*. Massachusetts: Harvard University Press; 2015. p.251-252.
- Chan P. *China, State Sovereignty and International Legal Order*. Boston: Brill; 2015. p.137-138.
- Sekalala S. *Soft Law and Global Health Problems*. Oxford: Oxford University Press; 2018. p.104-105.
- Cotter A. *This Ability: An International Legal Analysis of Disability Discrimination*. Burlington: Ashgate Publishing; 2013. p.51-52.
- Naomi R. *Reparations and Economic, Social and Cultural Rights*. In: Sharp D. *Justice and Economic Violence in Transition*. London: Springer; 2014. p.112-113.
- General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12 ICESCR). UN Doc.E/C.12/2000/. 2000. p.4, 34, 43.
- Dresler C. *Human Rights-Based Approach to Tobacco Control*. In: Grodin M. *Health and Human Rights in a Changing World*. New York: Routledge; 2013. p.472.
- Riedel E, Giacca G, Golay C. *The Development of Economic, Social and Cultural Rights in International Law*. In: Riedel E, Giacca G, Golay C. *Economic, Social and Cultural Rights in International Law: Contemporary Challenges*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p.18, 20-23.
- Tobin J. *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*. Oxford: Oxford University Press; 2019. p.120.
- Meier B, Cronk R, Luh J, Bartram J, Ibuquerque C. *Monitoring the Progressive Realization of the Human Rights to Water and Sanitation: Frontier Analysis as a Basis to Enhance Human Rights Accountability*. In: Conca K, Weinthal E. *The Oxford Handbook of Water Politics and Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2018. p.103.
- Elvira B. *Global Health and Aid Effectiveness: The MDGs and the Paris Declaration*. In: Elvira B. *Improving Aid Effectiveness in Global Health*. London: Springer; 2015. p.9.
- Maus S. *United Nations Peace Operations and Human Rights: Normativity and Compliance*. London: Brill; 2020. p.289-290.
- Langford M, King J. *Committee on Economic, Social and Cultural Rights*. In: Langford M. *Social Rights Jurisprudence: Emerging Trends in International and Comparative Law*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008. p.492.
- Bakker P. *Essential Medicines for Immediate Care in Refugee Camps*. In: Morrone A, Hay R, Naafs B. *Skin Disorders in Migrants*. London: Springer; 2020. p.233-240.
- Guisse M, Novaes A. *Balancing Health and Wealth: The Case of Patents and Access to Medicines in Brazil*. In: Dreyfuss R, Garavito C. *Balancing Wealth and Health: The Battle over Intellectual Property and Access to Medicines in Latin America*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p.93-94.

25. Davies S. Reproductive Health as a Human Right: A Matter of Access or Provision. In: Grodin M, Tarantola D, Annas G, Gruskin S. Health and Human Rights in a Changing World. New York: Routledge; 2013. p.391-393.
26. Statement by the Committee on the evaluation of the obligation to take steps to the "maximum available resources" under an Optional Protocol to the Covenant, E/2008/22-E/C.12/2007/3, annex.VIII. 2008.
27. Asher J. The Right to Health: A Resource Manual for NGOs. Boston: Martinus Nijhoff Publishers; 2010. p.61-62.
28. CESCR, General Comment No.20: Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Art.2(2) ICESCR), UN Doc.E/C.12/GC/20, annex VI. 2009.
29. CESCR, General Comment No.11: Plans of Action for Primary Education (Art.14 ICESCR), UN Doc.E/C.12/1999/11. 1999.
30. Riedel E. The Human Right to Health: Conceptual Foundations. In: Clapham A, Robinson M. Realizing the Right to Health. Zurich: Rüffer & Rub; 2009. p.29.
31. Prada F. Empowering the Poor: Through Human Rights Litigation. Paris: UNESCO; 2012. p.79-80.
32. CESCR, General Comment No.21: The Right of Everyone to Take Part in Cultural Life (Art.15(1)(a) ICESCR), UN Doc.E/C.12/GC/21. 2009.
33. Look P, Heggenhougen K, Quah S. Sexual and Reproductive Health: A Public Health Perspective. London: Elsevier; 2011. p.311-312.
34. Getahun A. Ensuring the Realization of the Right to Health through the African Union (AU) System: A Review of Its Normative, Policy and Institutional Frameworks. In: Toebes B, Ferguson R, Markovic M, Nnamuchi O. The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice. London: Springer; 2014. p.77.
35. Jones R. Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford: Oxford University Press; 2005. Vol.2 p.276.
36. Riedel E. The Right to Health under the ICESCR. In: Arnault A, Decken K, Susi M. The Cambridge Handbook of New Human Rights: Recognition, Novelty, Rhetoric. Cambridge: Cambridge University Press; 2020. p.107-123.
37. Schutter O. International Human Rights Law: Cases, Materials, Commentary. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p.795.
38. Malley B. Education under Attack: A Global Study on Targeted Political and Military Violence against Education Staff, Students, Teachers, Union and Government Officials, Aid Workers and Institutions. Paris: UNESCO; 2010. p.65-93.
39. Riedel E. Economic, Social and Cultural Rights in Armed Conflict. In: Clapham A, Gaeta P. Oxford Handbook of International Law in Armed Conflict. Oxford: Oxford University Press; 2014. p.447.
40. CESCR, Concluding Observations: Afghanistan, Consideration of reports submitted by States Parties under Articles 16 and 17 of the Covenant, E/C.12/AFG//CO/2-4, paras.15 (corruption and impunity), 30 (child soldiers) and 42 (health problems of war-related traumatic disorders). 2010.
41. Nolan A, Freedman R, Murphy T. The United Nations Special Procedures System. London: Brill; 2017. p.379.
42. Mégret F, Alston P. The United Nations and Human Rights: A Critical Appraisal. Oxford: Oxford University Press; 2020. p.348.
43. Grover L. UN Human Rights Treaty Bodies: Law and Legitimacy. Cambridge: Cambridge University Press; 2012. p.30.
44. Meyer T. Soft Law as Delegation. *Fordham International Law Journal* 2009; 32(1): 888-942.
45. Koremenos B. Contracting Around International Uncertainty. *American Political Science Review* 2005; 99(1): 549-565.
46. Zemanek K. The legal foundations of the international system: General course on public international law. London: Nijhoff; 1997. p.141.
47. Shelton D. Soft Law. *The George Washington University Law School, Public and Legal Theory Work Paper* 2008; 322(1): 8-9



ORIGINAL RESEARCH

Developments in the Right to Health in the Light of the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

Ebrahim Yaghouti¹

1. Jurisprudence and Basics of Islamic Law, Faculty of Literature and Humanities, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 02 September 2020

Accepted: 05 November 2020

Published online: 10 November 2020

Keywords:

Human Rights

Health System

Right to Health

Covenant on Socio-Economic and Cultural Rights

ABSTRACT

Background and Aim: The right to health is one of the most important examples of human rights. This right is recognized in the Universal Declaration of Human Rights as a general principle. Following the Universal Declaration of Human Rights, the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights was adopted, which was welcomed by the international community.

Materials and Methods: In this study, by analytical-descriptive method, first the starting point of identifying the right to health as a general principle will be examined and further this right and its examples in the Covenant of Economic, Social and Cultural Rights and Finally, developments regarding the conceptual and practical development of this right will be considered in some soft law conventions and instruments.

Findings: In the present study, it will be observed that the right to health has been identified with a very general and vague literature. This special feature of the Covenant has led states to resort to international practice to determine the precise scope of obligations arising from the right to health. In this regard, the mechanism of reports published under the heading "Public Opinions" on the provisions of the Covenant has played a very important role in creating convergence and unity of international practice among governmental and non-governmental actors.

Ethical Considerations: In order to organize this research, while observing the authenticity of the texts, honesty and fidelity have been observed.

Conclusion: In the present study, it was observed that in the field of the right to health, there is no urgent need to create new human rights norms. The existing legal framework provides sufficient grounds for the evolutionary interpretation of Article 12 of the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights and enables commentators (international treaty bodies, Covenant States, NGOs and other stakeholders) to address areas that have received little attention in the past such as sexual rights, reproduction, sexual orientation, health issues in prisons and armed conflict, Pay more attention to them.

* **Corresponding Author:** Ebrahim Yaghouti

Address: Islamic Azad University, Oreg St, Hamila Boulevard, Tehran, Iran.

Email: Yaghouti2010@yahoo.com

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Yaghouti E. Developments in the Right to Health in the Light of the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. *Medical History Journal* 2020; 12(44): e2.