الأمم المتحدة

A/HRC/62/66

الجمعية العامة

Distr.: General
23 April 2026
Arabic
Original: English

مجلس حقوق الإنسان

الدورة الثانية والستون

15 حزيران/يونيه – 10 تموز/يوليه 2026

البند 3 من جدول الأعمال

تعزيز وحماية جميع حقوق الإنسان، المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك الحق في التنمية

الصحة كعامل تمكيني لصون الكرامة

تقرير المقررة الخاصة المعنية بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية

موجز

في هذا التقرير، تركز المقررة الخاصة المعنية بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، تلالينغ موفوكينغ، على الحق في الصحة باعتباره عاملاً تمكينياً لصون كرامة الإنسان عبر مختلف مراحل الحياة.

وتستكشف المقررة الخاصة العلاقة المتأصلة بين الكرامة والتمتع بالحق في الصحة. وتحلل كيف يُحدث صون الكرامة مفعوله كمبدأ تأسيسي للحق في الصحة وشرط عملي لإعماله.

وتتناول المقررة الخاصة انتهاكات الكرامة، بما في ذلك الوصم والتمييز والتجريم والإكراه والعنف والاستبعاد من عمليات صنع القرار، باعتبارها أسباباً جذرية لسوء النتائج الصحية. وهي تشدد على أن هذه العوامل تؤثر بصورة غير متناسبة على الأشخاص والفئات والمجتمعات المهمّشة بشكل منهجي.

وتضع المقررة الخاصة الكرامة ضمن الإطار المعياري للحق في الصحة وترابط هذا الحق مع سائر حقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في الحياة، وفي المساواة وعدم التمييز، والخصوصية، والحصول على المعلومات، والموافقة المستنيرة، وترابطه كذلك مع إمكانية الوصول إلى المحددات الأساسية للصحة.

وتسلّط المقررة الخاصة الضوء على دور المحددات الأساسية للصحة، بما في ذلك المحددات الاجتماعية والقانونية والتجارية للصحة، في تشكيل الظروف التي يولد فيها الناس ويعيشون ويعملون ويتقدّمون في العمر ويموتون، بما في ذلك الآثار الضارة للأطر القانونية العقابية والممارسات التجارية غير المنظَّمة على الاستقلالية وإمكانية الحصول على الرعاية الصحية والإنصاف في المجال الصحي.

الرجاء إعادة الاستعمال

وتؤكد المقررة الخاصة أنه لا يمكن تحقيق الصحة دون كرامة، ولا يمكن أن تعمّ الكرامة دون صحة. وهي تدعو الدول والجهات الأخرى صاحبة المصلحة إلى وضع الكرامة في صميم التشريعات والسياسات والممارسات الصحية، وذلك بإزالة الحواجز الهيكلية، وتعزيز المشاركة والمساءلة، وإخضاع نفوذ الجهات غير التابعة للدولة للضوابط، وإيلاء الأولوية لأبعد الناس عن اللحاق بالركب.

أولاً- مقدّمة

1- تشدِّد المقررة الخاصة المعنية بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية على أن الكرامة هي القيمة المتأصلة في كل إنسان والتي يتساوى فيها البشر جميعاً؛ فهي ليست مشروطة بالمركز أو الإنجاز، بل تستند إلى مجرّد كون الإنسان إنساناً تجمعه بسائر البشر قواسم مشتركة منها القدرة على مواجهة الصعاب والاعتماد على تعاطف الآخرين وتنمية شخصية الفرد وخططه الحياتية[1]. وتؤكد المقررة الخاصة أن نظام حقوق الإنسان يرتكز على هذا الفهم. ففي عام 1948، اتفقت الدول على أن جميع الناس يولدون أحراراً ومتساوين في الكرامة والحقوق، واضعةً بذلك أساساً عالمياً للعلاقة بين الفرد والمجتمع والدولة[2].

2- ومن هذا المبدأ ينطلق حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية. وتؤكد المكلَّفة بالولاية أن إعمال الحق في الصحة يعزز الكرامة، وتشدد على أن الصحة والكرامة قيمتان متعاضدتان عبر مراحل الحياة؛ فالمعاملة الكريمة تدعم الرفاه، والتمتع بصحة بدنية وعقلية جيدة يمكّن الإنسان من العيش في استقلالية ومن المشاركة والازدهار داخل مجتمعه.

3- والكرامة ليست عنصراً يضاف إلى السياسات الصحية على سبيل تجميل الخطاب، وإنما هي معيار قاعدي وعملي يقتضي من الدول معاملة الأفراد بوصفهم أصحاب حقوق يتمتعون بالفاعِلية، وتوزيع الموارد بشكل عادل، وإزالة الحواجز الهيكلية، وكفالة أن تعترف نظم الرعاية بالتنوع وتحترم الهويات التي يحدّدها الأفراد لأنفسهم.

4- وفي مستهل ولايتها، حدّدت المقررة الخاصة الكرامة بوصفها أولوية استراتيجية، ساعيةً إلى جعلها مبدأً محورياً يتخلّل الحق في الصحة[3]. وفي إطار عملها الموضوعي بشأن حقوق الصحة الجنسية والإنجابية، والحد من الضرر، والعنصرية، والتكنولوجيات الرقمية، والمنظومات الغذائية، والصحة العقلية، وحقوق العاملين في مجالي الصحة والرعاية، حدّدت المكلَّفة بالولاية أنماطاً متكررة لانتهاك الكرامة، تشمل الوصم والتمييز والتجريم والمعالجة دون رضا والحواجز التي تعترض المحددات الأساسية للصحة، والعنف، باعتبار ذلك كله أسباباً جذرية لحالات اعتلال ووفاة ومعاناة يمكن تفاديها[4].

5- وتؤكد المقررة الخاصة أن الهشاشة والاعتماد على الغير يشكلان جزءاً من الحالة الإنسانية، غير أن القوانين والسياسات كثيراً ما تخلق أوضاعاً يمكن تجنبها من الهشاشة المنمّطة، وذلك من خلال اختلالات الموازين التي تركّز القوة في أيدي القلّة، ومن خلال تعريض بعض الفئات والمجتمعات المهمشة لدرجات أعلى من خطر انتهاك الكرامة والنتائج الصحية السلبية. وهي تسلط الضوء على أن التجريم والتمييز والوصم كثيراً ما تدفع بالأشخاص إلى الهامش، وتعمق إقصاءهم الاجتماعي، وتحرمهم من المساواة في الحصول على الخدمات والمعلومات والمشاركة والمساءلة.

6- وإلى جانب إتاحة الرعاية الصحية والمحددات الأساسية للصحة، تقتضي الكرامة والإنصاف كفالة مشاركة ذات مغزى للفئات والمجتمعات المتضررة في تصميم القوانين والسياسات وتنفيذها والإشراف عليها. وتشدد المقررة الخاصة على أن المشاركة حقٌّ وممارسة تتأكد بها الكرامة، كما أنها تحسّن فعالية السياسات من خلال كفالة استرشاد القرارات بالتجارب المعاشة[5].

(1) انظر: https://delawarelaw.widener.edu/files/resources/dignityrightssynopsisjuly2017.pdf.

(2) الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الديباجة والمادة 1؛ والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 12.

(3) انظر قرار مجلس حقوق الإنسان 10/60 والوثيقة A/HRC/47/28.

(4) انظر A/HRC/46/52.

(5) انظر A/79/177.

7- وفي سياق الأزمات العالمية الأخيرة، بما في ذلك الجوائح والكوارث المرتبطة بالمناخ والنزاعات وحالات الطوارئ الإنسانية المطوّلة، ترى المكلَّفة بالولاية أن النُّهُج الصحية القائمة على الحقوق يجب أن تلبي الاحتياجات العاجلة بينما تبني نظماً قادرة على الصمود وشاملة للجميع تستهدف إقامة مجتمعات مستدامة كنتيجة مطلوبة بإلحاح. ويساعد اعتماد منظور قائم على الكرامة على كفالة ألا تؤدي إجراءات الاستجابة للطوارئ إلى ترسيخ التمييز أو الإكراه أو الإقصاء، وكفالة أن تكون الاستثمارات التي تُضخّ من أجل التعافي وإعادة البناء معزِّزة للإنصاف على المدى الطويل. وفي تحليلها، تُطبّق المقررة الخاصة نهجاً تقاطعياً وتعتمد أطراً مناهضة للعنصرية والاستعمار، على نحو ما دأبت عليه طوال فترة ولايتها.

ثانياً- المنهجية

8- أُعدَّ هذا التقرير عملاً بقرار مجلس حقوق الإنسان 10/60، ويستند إلى التقارير المواضيعية السابقة للمكلَّفة بالولاية، وإلى الأعمال التي اضطلعت بها، وإلى الرسائل الموجهة إلى مختلف الجهات صاحبة المصلحة. واستعانت المقررة الخاصة أيضاً بالمساهمات الواردة استجابةً لدعوة عامة لتقديم إسهامات[6].

9- وفي التقرير، اعتمدت المقررة الخاصة نهج المساواة الفعلية وأقرّت بأن أوجه عدم المساواة الصحية تنشأ عن هياكل متقاطعة تشمل العنصرية والتحيز الجنساني والطبقية والتمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة وكراهية الأجانب وكراهية المثليين ومغايري الهوية الجنسانية. وتناولت التمييز المباشر وغير المباشر، فضلاً عن التمييز الهيكلي والتمييز بحكم الأمر الواقع، والأثر التراكمي لأشكال الوصم المتقاطعة.

10- وحلّلت المقررة الخاصة الكيفية التي تُشكِّل بها المحددات الأساسية للصحة مدى التعرض للمخاطر والحواجز التي تعترض الحصول على الرعاية، وكيف يمكن للحوكمة والقوانين والسياسات والممارسات المعزّزة للكرامة أن تقوّي التمتع بالحق في الصحة والحقوق ذات الصلة.

11- واعتمدت المقررة الخاصة منظوراً شاملاً لدورة الحياة بأكملها، مع إقرارها بأن التهديدات التي تمسّ الصحة والمرتبطة بالكرامة قد تبدأ قبل الولادة وتستمر خلال الطفولة والمراهقة وسن الرشد والشيخوخة، وصولاً إلى نهاية الحياة. كما تناولت الكيفية التي يؤثر بها الوصم والتمييز والتجريم على كلٍّ من طالبي الرعاية والعاملين في مجالي الصحة والرعاية، والكيفية التي تتشابك بها هذه الديناميات وتنعكس سلباً على كرامة الناس.

ثالثاً- الإطار المعياري والتزامات الدول

ألف- الإطار المعياري

12- تقر المادتان 2(2) و12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بالحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية دون تمييز. وأكدت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن الحق في الصحة يجب أن يُفهم باعتباره حقّاً يفضي إلى العيش بكرامة[7].

(6) انظر: www.ohchr.org/en/calls-for-input/2026/call-input-health-enabler-dignity-hrc62-report.

(7) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14(2000) بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، الفقرات 1 و8-12 و18 و33-37.

13- وتُعدّ الكرامة مبدأً تأسيسياً لمختلف المعاهدات والصكوك الإقليمية الأساسية لحقوق الإنسان[8]، إذ إنها تُسهم في تحديد مضمون الحق في الصحة وتؤطّر ما على الدول من واجبات تملي عليها احترام هذا الحق وحمايته وإعماله على نحو يتسق مع الاستقلالية والمساواة والمشاركة[9].

14- وتتطلب الحياة الكريمة إعمال حقوق أخرى مترابطة، بما في ذلك الحق في الغذاء، والمسكن، ومياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي، والعمل، والضمان الاجتماعي، والتعليم، والخصوصية، والمعلومات، والحياة، والاستفادة من مكاسب التقدم العلمي، والمساواة، وعدم التمييز[10]. وكثيراً ما تتجسّد أوجه القصور في إعمال هذه الحقوق المترابطة في صورة حواجز تعترض التمتّع بالصحة، وهو ما يفاقم انتهاك الكرامة.

15- ويستند الحق في الصحة إلى الحق في الحياة، الذي ينبغي تفسيره باعتباره الحق في التمتع بحياة كريمة. وتمتد واجبات الدول على صعيد حماية الحياة لتشمل ما يمكن توقّعه بشكل معقول من مخاطر، بما فيها ذلك ما تتسبّب فيه جهات فاعلة من القطاع الخاص، وتقتضي تلك الواجبات اتخاذ تدابير لمكافحة الوصم والعنف والممارسات الضارة[11]. والحق في الصحة حق شامل للجميع يتضمن الحصول على الرعاية الصحية في الوقت المناسب وبصورة ملائمة، بما في ذلك توافر مرافق وسلع وخدمات متاحة وميسّرة ومقبولة وجيدة النوعية. كما أنه يشمل المحددات الأساسية للصحة، مثل توافر الطعام والتغذية والسكن بشكل مأمون وكاف، وتوافر مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي، والتثقيف الصحي والمعلومات الصحية الموثوقة[12].

16- وتقتضي الكرامة أيضاً ألا يُعامل الفرد في السياسات على أنه مجرّد مفعول به، بل كصاحب حق وطرف مشارك في عمليات صياغتها. ويُعزّز الحق في المشاركة في الشؤون العامة وفي صنع القرارات المتصلة بالصحة مشروعية النظم الصحية وفعاليتها، ويحدّ من خطر أن تؤدي السياسات أو الممارسات إلى إعادة إنتاج الوصم أو تجاهل الواقع المعاش[13]. كما يُعدّ الإعمال التدريجي ومبدأ عدم التراجع في الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عنصرين مهمين لضمان صحة وكرامة الناس، ولا سيما بالنسبة إلى الفئات المهمشة من السكان[14].

باء- التزامات الدول

17- تقع على عاتق الدول التزامات باحترام حقوق الإنسان وحمايتها وإعمالها. وفي سياق الحق في الصحة، يقتضي واجب الاحترام من الدول الامتناع عن اعتراض التمتع بالصحة، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، بسبل من بينها تجنب اعتماد تشريعات أو سياسات أو ممارسات تسهم في حدوث اعتلالات ووفيات يمكن تفاديها.

18- ويشمل واجب الاحترام الامتناع عن سنّ وإنفاذ القوانين والسياسات والممارسات التمييزية، وإلغاءها حيثما وُجدت. ويتضمن هذا الواجب أيضاً تجنب الممارسات القسرية في مجال الرعاية الصحية، وكفالة حماية الاستقلالية الجسدية والموافقة المستنيرة والسرية والخصوصية.

(8) انظر A/HRC/WG.11/42/1، الفقرة 10.

(9) الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الديباجة والمادة 1؛ والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 12.

(10) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14(2000).

(11) اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 36(2018) بشأن الحق في الحياة، الفقرات 3 و18 و21 و26.

(12) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14(2000)، الفقرات 1 و8-12 و18 و33-37.

(13) انظر A/79/177.

(14) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14(2000)، الفقرتان 32 و48.

19- ويتطلب واجب الحماية أن تتخذ الدول تدابير تشـــريعية وتدابير أخرى لمنع الأطراف الثالثة من اعتراض التمتّع بالحق في العمل. ويشمل ذلك فرض ضوابط تنظيمية على مقدمي الخدمات الصحية والجهات الفاعلة من الشركات وغير ذلك من الكيانات الخاصة التي قد تنتقص ممارساتها من صحة الناس وكرامتهم، وضمان المساءلة في حال تأثر الحق في الصحة سلباً جراء تلك الممارسات.

20- ويقتضي واجب الإعمال أن تتخذ الدول خطوات مدروسة وملموسة ومحددة الأهداف، وبأقصى ما تسمح به الموارد المتاحة، من أجل إعمال الحق في الصحة على نحو يتسق مع الكرامة. ويشمل ذلك تهيئة بيئات مؤاتية، ومعالجة المحددات الأساسية للصحة، وتوفير الخدمات والمعلومات الموثوقة، وكفالة المشاركة والمساءلة الفعالتين.

21- وبينما يخضع بعض جوانب الحق في الصحة للإعمال التدريجي، تشدد المقررة الخاصة على أن الالتزامات المتعلقة بعدم التمييز والمساواة وإتاحة إمكانية الحصول على الخدمات الضرورية والحدّ الأدنى من الحماية الأساسية هي التزامات ذات أثر فوري. ولذا فإن النُّهُج القائمة على الكرامة تقتضي اتخاذ إجراءات عاجلة حيثما تؤدي الأطر القانونية أو السياسات أو الممارسات إلى الإقصاء أو حيثما تحدث أضراراً[15].

رابعاً- الصحة والكرامة كحقين مترابطين

ألف- أبعاد الحق في الصحة

22- يشمل الحق في الصحة ثلاثة أبعاد مترابطة: الاستقلالية، والرعاية الصحية، والوقاية. ويتطلب تحقيق الصحة في إطار من حفظ الكرامة النهوض بهذه الأبعاد الثلاثة معاً، بسبل من بينها اتخاذ إجراءات بشأن المحددات الأساسية للصحة ووضع ضمانات تحمي الفاعِلية والمساواة وعدم التمييز.

23- فأولاً، يشمل بُعد الاستقلالية حريات واستحقاقات تحمي الأفراد من تدخّل طرف ما في استقلالهم الجسدي، وتمكّنهم من اتخاذ قرارات مسؤولة بشأن صحتهم وأجسادهم، في منأى عن الإكراه والوصم والتمييز.

24- وثانياً، يقتضي بُعد الرعاية الصحية وجود نظام من المرافق والسلع والخدمات المتاحة والميسّرة والمقبولة والجيدة النوعية، تُقدَّم بشروط منصفة، وتستجيب للاحتياجات المتنوّعة بهدف عدم ترك أحد خلف الركب.

25- وثالثاً، يقتضي بُعد الوقاية اتخاذ تدابير تحول دون الإصابة بالأمراض وتفاقمها، وتهيئة الظروف التي تمكّن جميع الناس من عيش حياة صحية، بسبل من بينها معالجة المحدّدات الاجتماعية والقانونية والتجارية للصحة.

26- والكرامة هي في آنٍ واحد معيارٌ أدنى - يحظر العنف والإكراه والمعاملة المهينة - وبوصلةٌ تقدّمية تسترشد بها النظم الصحية نحو تحقيق المساواة الفعلية وشمول الجميع والمشاركة وعدم التمييز.

27- ولتفعيل الكرامة، ينبغي للدول أن تُدرج معايير حقوق الإنسان في التشريعات وفي السياسات واللوائح الصحية، وأن تكفل إعطاء الأولوية في الميزنة وتخصيص الموارد لأبعد الناس عن اللحاق بالركب، وأن تنشئ آليات تشاركية تُدمج التجارب المعاشة في عمليات التصميم والإشراف ضماناً للمساءلة.

(15) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20(2009) بشأن عدم التمييز في الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الفقرات 8-10 و18-27.

28- وتكفل الكرامة حيّزاً من الخصوصية الفردية والسلامة والاستقلالية الجسديتين. وهي تقتضي الحماية من المعاملة المهينة، ومن عمليات التفتيش أو المراقبة الاقتحامية، وانتهاكات الاستقلالية الجسدية، بما في ذلك في سياق الفحوص والعلاجات بالصحية[16].

29- وإذا وُضع تصوّر لمفهوم الصحة من منظور الكرامة، فإن هذا يعني الاعتراف بالناس لا بوصفهم مجرد مرضى، بل باعتبارهم أصحاب حقوق مكفولي الاحترام ومتمتعين بالفاعِلية في اتخاذ القرارات المتعلقة بأجسادهم وصحتهم. ويشمل ذلك الحصول على معلومات مفهومة وموثوقة، وإتاحة الوقت الكافي لاتخاذ القرار، والقدرة على رفض العلاج أو سحبه دون انتقام أو خوف من الانتقام. وهو يقتضي أن تكون أطر الموافقة ذات مغزى في الواقع العملي. ويتضمن ذلك توفير الترتيبات التيسيرية المعقولة للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، وإتاحة وسائل تواصل ميسّرة، ووجود ترتيبات للدعم في اتخاذ القرار تحترم الأهلية القانونية والأفضليات الشخصية[17].

30- وفيما يتعلق بحقوق الصحة الجنسية والإنجابية، تقتضي الكرامة احترام القرارات المتعلقة بالإنجاب والحياة الجنسية، والحماية من القيود القانونية العقابية المفروضة على الاستقلالية الجسدية والتي تولّد الوصم والتمييز. فالقيود التي تعاقب ملتمسي الإجهاض أو مقدّميه أو من يساعدونهم قد تدفع الأفراد إلى ممارسات غير مأمونة وقد تثنيهم عن التماس أو تقديم الرعاية اللاحقة للإجهاض[18].

31- وتجريم العلاقات الجنسية المثلية والتنوع الجنساني أمرٌ ينتقص من الكرامة من خلال إنكار القيمة المتأصلة للفرد، وزيادة احتمالات تعرضه للعنف، وثنيه عن الحصول على خدمات الوقاية والعلاج. وتقتضي النُّهُج القائمة على الكرامة إلغاء القوانين العقابية واتخاذ تدابير لمنع الممارسات الشرطية التمييزية والعنف[19].

32- ويمكن للابتكار الرقمي أن يعزّز الصحة والإنصاف والشمول إذا اقترن بضمانات قوية لحماية الخصوصية والسرية والسلامة. وفي المقابل، قد تفضي الممارسات التطفّلية لجمع البيانات وضعف إجراءات السرية إلى تجريم الأفراد أو وصمهم والانتقاص من فرص حصولهم على الرعاية على نحو يصون الكرامة[20].

33- وتتعزز الاستقلالية عندما تتمكن المجتمعات من التأثير في المحدِّدات الأساسية للصحة، بسبل من بينها الحوكمة التشاركية للمنظومات الغذائية والسياسات البيئية والتكنولوجيات الصحية. ومن ثم فإن المشاركة القائمة على الكرامة تدعم فاعِلية الفرد والرفاه الجماعي[21].

(16) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14(2000)، الفقرة 8؛ و A/64/272؛ وانظر أيضاً A/64/272.

(17) لجنة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم 1(2014) بشأن الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين أمام القانون، والتعليق العام رقم 5(2017) بشأن العيش المستقل والاندماج في المجتمع.

(18) انظر A/76/172.

(19) المرجع نفسه.

(20) انظر A/HRC/53/65.

(21) انظر A/79/177.

باء - الاستقلالية

34- تؤكد المقررة الخاصة من جديد أن الاستقلالية الجسدية والموافقة المستنيرة يشكّلان حجر الزاوية لصون كرامة الإنسان في الرعاية الصحية[22]. ويُشترط قبل إجراء أي علاج طبي الحصول على الموافقة المسبقة والحرة والمستنيرة، المدعومة بمعلومات ميسّرة وموثوقة، إلى جانب احترام الخصوصية والسلامة الجسدية[23].

35- ويُعدّ الحصول على معلومات صحية دقيقة وفي الوقت المناسب وميسّرة وموثوقة شرطاً تمكينياً لإعمال الحق في الصحة ولتحقيق استقلالية ذات مغزى. فبدون المعلومات، لا يمكن للأفراد اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الوقاية أو العلاج أو الرعاية، ولا المشاركة بفعالية في صنع السياسات والقرارات المتصلة بالصحة[24].

36- وتُعدّ السرية في مرافق الرعاية الصحية أمراً أساسياً لبناء الثقة ولالتماس الرعاية. وتؤدي أوجه الضعف في ضمانات السرية إلى تعريض الأفراد للوصم والعنف والعواقب القانونية، كما تخلق حواجز منهجية أمام الفئات المهمشة، بمن في ذلك الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية، والمهاجرون، والمراهقون، وكبار السن، والمشتغلون بالجنس، ومتعاطو المخدرات[25].

37- ويجب أن يكون تضييق السرية أمراً استثنائياً ومرتبطاً بظروف محددة بدقة، وأن يكون مقترناً بضمانات إجرائية تحول دون تطبيقه على نحو تعسفي. وحيثما تؤدي الواجبات الإبلاغية أو ممارسات تقاسم البيانات إلى ثني الأفراد عن التماس الرعاية، فإنها قد تقوّض النتائج الصحية وتنتقص من الكرامة في آن واحد.

38- ويجب أن تعالج تدابير حماية الخصوصية التحديات الناشئة المرتبطة بالتكنولوجيات الرقمية لتقاسم البيانات والمعلومات الصحية. وبالمثل، فإن الممارسات التطفلية لجمع البيانات يمكن أن تنتقص من الكرامة وتثني عن طلب الرعاية، وبالأخص حيثما يمكن استخدام البيانات لتجريم أو وصم الشخص على ضوء قراراته الصحية أو هويته[26].

39- وتشدد المقررة الخاصة على أن اتّباع النهج القائم على الكرامة في حوكمة البيانات يقتضي وجود ضمانات قوية لسلامة البيانات وأمنها وسريتها، بما في ذلك تدابير الحماية من المراقبة والتنميط اللذين يؤثران بصورة غير متناسبة في الفئات المهمشة، وتوفير سبل انتصاف ميسّرة في حالات إساءة استخدام المعلومات الصحية الشخصية[27].

(22) انظر A/64/272.

(23) العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، المادة 7؛ واللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14(2000)، الفقرة 8.

(24) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14(2000)، الفقرة 12(ب)('4' و(ج).

(25) المرجع نفسه.

(26) انظر A/HRC/53/65.

(27) المرجع نفسه.

جيم- المساواة وعدم التمييز

40- تُعدّ المساواة وعدم التمييز التزامين فوريّين[28]. والتمييز في إمكانات الحصول على الرعاية الصحية والمحددات الأساسية للصحة، وكذلك في سبل الحصول عليها ومعايير استحقاقها، بسبب العرق، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي أو غير السياسي، أو الأصل القومي أو الاجتماعي، أو الثروة، أو النسب، أو الميل الجنسي، أو المركز المدني أو السياسي أو الاجتماعي أو أي مركز آخر، هو أمرٌ يؤدي إلى إبطال أو إضعاف التكافؤ في التمتع بالحق في الصحة أو ممارسته[29].

41- ويشمل التمييز المباشر القيام أو الامتناع عن القيام بأفعال معينة بشكل ينطوي على جور في معاملة بعض الأفراد استناداً إلى أسس محظورة، بما في ذلك العرق والجنس والإعاقة والحالة الصحية والوضع الاقتصادي والاجتماعي والميل الجنسي والهوية الجنسانية.

42- ويشمل التمييز غير المباشر القوانين أو السياسات أو الممارسات التي تبدو محايدة في ظاهرها، لكنها تُحدث أثراً غير متناسب وسلبياً على فئات محمية، مثل المتطلبات المستندية التي تؤدي إلى استبعاد المهاجرين أو مَنْ لا مأوى لهم أو غيرهم من الحصول على الرعاية.

43- وتقتضي النُّهُج القائمة على الكرامة من الدول التعرّف على التمييز بشكليه هذين وإزالته، بسبل من بينها اتخاذ تدابير إيجابية تُعطي الأولوية لأبعد الناس عن اللحاق بالركب. ويشمل ذلك تعديل الأطر القانونية المرتبطة بالوصم والتهميش، وكفالة تقديم خدمات مأمونة ثقافياً[30].

44- ويتطلب عدم التمييز إيلاء الاهتمام ليس فقط للمساواة الرسمية، بل أيضاً للآثار المعاشة لأشكال الاضطهاد المتقاطعة. فحيثما يواجه الأفراد أشكالاً متداخلة للوصم – كالوصم مثلاً على أساس العرق والميل الجنسي والهوية الجنسانية والحالة الصحية – قد تتفاقم الحواجز التي تعترض الرعاية فيتطلب الأمر استجابات تشاركية مصمّمة خصيصاً لسياقات بعينها.

دال- المحددات الأساسية للصحة

45- تشدد المقررة الخاصة على أن النتائج الصحية لا تُشكّلها البيولوجيا والسلوك الفردي فحسب، بل أيضاً الظروف والبيئات التي يولد فيها الناس ويعيشون ويعملون ويتقدّمون في العمر ويموتون. ولذا تقتضي الكرامة إيلاء الاهتمام للمحددات الأساسية للصحة، وهو ما يتجاوز مجرد إتاحة الحصول على الرعاية الصحية[31].

46- وتتأثر المحددات الاجتماعية للصحة – مثل الدخل والسكن والتعليم والعمل والأمن الغذائي والتعرض للعنف – بأشكال التمييز والإقصاء والوصم التاريخية والمستمرة. وحيثما تمتزج هذه الظروف بحواجز نُظُمية، فإنها تُنتج أشكالاً يمكن تفاديها من الإجحاف في مجال الصحة وتحدّ من قدرة الناس على عيش حياة كريمة[32].

(28) العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 2(2).

(29) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14(2000)، الفقرة 18.

(30) المرجع نفسه، الفقرات 8-10 و18-27.

(31) انظر: www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health؛ و www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health.

(32) المرجع نفسه.

47- وللوصم تأثيرٌ يجعله محدّداً أساسياً قوياً للصحة، إذ يؤدي إلى الإقصاء الاجتماعي والمعاملة التمييزية. وتؤكد المكلَّفة بالولاية مجدداً أن المحددات الهيكلية، بما في ذلك العنصرية وغيرها من أشكال التمييز المتقاطعة، يمكن أن تؤدي إلى تأخر التشخيص، وعيش تجارب سيئة في العلاج، وعدم معالجة الألم بالشكل الكافي، وتجنّب الحصول على الخدمات، وهو ما يفاقم النتائج الصحية[33].

48- وينتقص الوصم أيضاً من الصحة العقلية. فبسبب التجارب التمييزية في مرافق رعاية الصحة العقلية أو الوصم في المجتمع، قد يحجم الأشخاص عن طلب المساعدة، وقد يزداد الاعتماد على الاستجابات المؤسسية القسرية، وتزداد حدّة الانعزال الاجتماعي وفقدان القيمة. وبالمثل، تُعدّ الخدمات المجتمعية والضمانات ضد الإكراه من المكوّنات الأساسية لسياسات الصحة العقلية القائمة على الكرامة.

49- وتشمل المحدّدات القانونية للصحة القوانين والسياسات والممارسات التي ترسّخ الوصم وتشكّل إمكانات الحصول على الخدمات. ويمكن للأطر ذات الطابع العقابي المفرط التي تجرّم سلوكيات أو هويات أو حالات صحية معيّنة أن تخلق حواجز تعترض الوقاية والتشخيص والعلاج، وأن تزيد من التعرض للعنف والمضايقة والإنفاذ التعسّفي للقانون[34].

50- ويمكن أن يؤدي التجريم إلى تقويض الثقة في النظم الصحية عندما يخشى الأفراد أن يؤدي أي تعامل مع مقدمي الرعاية الصحية إلى العقاب أو الاحتجاز أو الاعتقال أو الترحيل أو فقدان حضانة الطفل. ويؤثر هذا الخوف في احتمالات التماس الرعاية في الحالات الحرجة وإدارة الأمراض المزمنة والخدمات الوقائية.

51- وفي بعض السياقات، قد تؤدي السياسات المضادة للهجرة أو العنصريةُ أو التنميط العنصري إلى تقييد الحصول على الخدمات الصحية، أو إلى فرض التزامات إبلاغية غير عادلة على العاملين في مجالي الصحة والرعاية، وهو ما يثني الأفراد المتضررين عن التماس الرعاية ويدفعهم إلى المفاضلة بين الصحة والسلامة. وتحذّر المقررة الخاصة من أن الأنظمة التي توجب تبادل المعلومات مع جهات إنفاذ القانون يمكن أن تنتقص من السرّية وتُفضي إلى تآكل الثقة التي تُعدّ أمراً أساسياً في العلاقة بين المريض ومقدم الخدمة.

52- وتشكّل المحددات التجارية للصحة تهديداً آخر للكرامة. فحيثما تكون المنتجات والممارسات الضارة غير منظّمة أو ضعيفة التنظيم، قد تُقدِم الشركات على تسويق التبغ والكحول والأغذية غير الصحية بشكل مكثّف، وتستخدم في الوقت ذاته أساليب الضغط ضد السياسات الوقائية، وهو ما يؤدي إلى تفاقم أوجه عدم الإنصاف وتقييد حرية الاختيار الحقّة، ذلك كله إلى تراجع الفئات المهمشة، بما في ذلك الأشخاص الذين يعيشون في فقر والشباب[35].

53- ويمكن لتسويق الأغذية والمشروبات - ولا سيما عندما يكون مضلِّلاً أو موجّهاً رقمياً - أن ينتقص من الاستقلالية من خلال تشكيل أفضليات الفرد وما يتعرض له من مغريات عبر أساليب استغلالية تغلّب اعتبارات الربح على الرفاه. وتشدّد المقررة الخاصة على أن الحوكمة القائمة على الكرامة تقتضي معالجة تضارب المصالح وكفالة أن تستند سياسات الصحة العامة إلى الأدلة لا إلى نفوذ الشركات.

54- وتقتضي الاستجابات القائمة على الكرامة أيضاً إحداث تحوّل في الظروف التي تُنشئ وتُديم أنماط تمييز فئات وقمع فئات أخرى، بما في ذلك من خلال إلغاء ممارسات التجريم الضارة، وتنظيم أنشطة الشركات، وتعزيز الحماية الاجتماعية، وكفالة مشاركة المجتمعات المتضررة في صنع القرار.

(33) انظر A/76/172.

(34) انظر A/HRC/56/52.

(35) انظر A/78/175.

55- وفي حالات الطوارئ وشُحّ الموارد، قد يُفضي تطبيق ممارسات تمييزية عند تقييم الحالات وترتيب أولوياتها إلى الانتقاص من قيمة بعض الحيوات من خلال إصدار أحكام تتعلق بنوعية الحياة، أو على أساس توقّعات البقاء على قيد الحياة في الأجل الطويل استناداً إلى الإعاقة أو العمر. وتقتضي الكرامة أن تتجنّب المعايير السريرية الافتراضات التمييزية، وأن تكون هناك ضمانات للمساواة في إمكانات الوصول إلى المرافق والرعاية والسلع والخدمات.

هاء- تقديم الخدمات والرعاية الصحية بشكل يحفظ الكرامة

56- تقتضي الكرامة أن تكون الرعاية الصحية متاحة وسهلة المنال وميسورة التكلفة وجيدة النوعية ومقبولة ثقافياً وخالية من التمييز. كما تقتضي وجود نظم تراعي التنوع وتمنع العنف والإكراه والمعاملة المنطوية على وصم.

57- وفي الواقع العملي، قد تكون الرعاية الصحية فضاءً يتم فيه التجريد من الإنسانية والإقصاء. وقد تتعرض المجتمعات المهمّشة للتمييز والوصم والعنصرية داخل النظم الصحية، وهو ما يؤدي إلى تجنّب طلب الرعاية، وتدهور النتائج الصحية[36]، وتوتّر العلاقات مع العاملين في مجالي الصحة والرعاية.

58- وتحذّر المقررة الخاصة من أن النظم الصحية التي لا تراعي الهوية الجنسانية التي يحددها الأفراد لأنفسهم، أو تتجاهل معارف الشعوب الأصلية، أو تعتمد على إيداع الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية في المؤسسات، يمكن أن تنتقص من الكرامة من خلال تجريد الإنسان من الفاعِلية والانتماء. وبالمثل، تتطلب الخدمات القائمة على الكرامة إدماج المعارف المتعددة الثقافات ومعارف الشعوب الأصلية، والتواصل القائم على الاحترام، ودعم الرعاية المجتمعية.

59- ويمكن أن يؤدي التجريم والسياسات العقابية إلى مزيد من إقصاء الأفراد عن الرعاية. فقد يتجنب المشتغلون بالجنس التماس العلاج خوفاً من الانتقام أو الإحالة إلى نظام العدالة الجنائية؛ وقد يتجنب متعاطو المخدرات الرعاية خشية العقاب؛ كما قد تلجأ ملتمسات الإجهاض إلى ممارسات غير مأمونة لكيلا يُكتشفن، مما يؤدي إلى تأخير الحصول على الرعاية حتى عند حدوث مضاعفات[37].

60- وتقتضي الرعاية القائمة على الكرامة الحفاظ بشكل صارم على سرية معلومات المرضى والسرية المهنية، وذلك لأغراض من بينها ضمان الحصول على العلاج في حالات الطوارئ المتعلقة بالحمل والولادة وعلى رعاية ما بعد الإجهاض، والحيلولة دون أن يؤدي إنفاذ قوانين الهجرة إلى ثني الأفراد عن التماس الرعاية[38].

61- وتُعدّ الرعاية الملطِّفة عنصراً أساسياً من عناصر توفير الصحة في إطار من حفظ الكرامة عبر مراحل الحياة. ويؤدي تعزيز الرعاية الملطِّفة داخل النظم الصحية إلى التخفيف من الألم والمعاناة اللذين يمكن تجنّبهما، ويدعم اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن قبول العلاج أو رفضه أو سحبه، بما في ذلك من خلال توفير خدمات ملائمة ثقافياً ومعلومات واضحة[39].

(36) انظر A/77/197.

(37) انظر A/HRC/56/52.

(38) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14(2000)، الفقرة 12(ب)'4' و(ج).

(39) انظر: www.who.int/health-topics/palliative-care؛ وقرار جمعية الصحة العالمية WHA67.19.

62- وتؤكد المكلَّفة بالولاية أن كرامة العاملين في مجالي الصحة والرعاية تُعدّ جزءاً لا يتجزأ من توفير الصحة في إطار من حفظ الكرامة. فظروف العمل الآمنة، والحماية من العنف، وتوفير الموارد الكافية، وإتاحة المشاركة في صنع القرار كلّها أمورٌ تمكّن العاملين في مجالي الصحة والرعاية من تقديم رعاية قائمة على الحقوق ومن الاضطلاع بدور المدافعين عن الحق في الصحة[40].

63- وينبغي أن تشمل استراتيجيات القوى العاملة التدريب على حقوق الإنسان وعدم التمييز والأمان الثقافي، وأن تتصدى لعدم المساواة الهيكلية التي تؤثر على العاملين في مجال الصحة، بما في ذلك العنصرية والتمييز الجنساني وظروف العمل الهشّة.

64- وتشمل جودة الرعاية القائمة على الكرامة رعاية الأمومة المحاطة بالاحترام، ومنع العنف المرتبط بالحمل والولادة، ووضع ضمانات ضد الإكراه والإهمال، وسياسات تتيح اتخاذ قرارات مستنيرة عبر مختلف مراحل الحياة.

65- وتنبّه المكلَّفة بالولاية إلى وجوب أن تستعدّ النظم الصحية مسبقاً لتفادي اتباع نُهُج تمييزية في حالات الطوارئ وشحّ الموارد. وتشير إلى أن البروتوكولات والمبادئ التوجيهية المتعلقة بتقييم وتصنيف الحالات ينبغي أن تُصمَّم على نحو يحترم مبدأ التساوي في القيمة الإنسانية، وأن تتجنب الاعتماد الصريح أو الضمني على خصائص مشمولة بالحماية مثل الإعاقة أو العمر.

66- وحيثما تُقدَّم الخدمات بطرق غير ملائمة ثقافياً، ولا سيما للشعوب الأصلية والأقليات، تقتضي النُهُج القائمة على الكرامة تكييف الخدمات، وتوفير المترجمين الشفويين عند الحاجة، والاعتراف بمعارف المجتمعات وأفضلياتها.

67- وتتعزز الرعاية الصحية الكريمة عندما تُقدَّم الخدمات في بيئات أهلية، وعندما يقلّ الإيداع غير الضروري في مؤسسات الرعاية ويراعى في نُهُج تقديم الخدمات إدماجُ خدمات دعم اجتماعي من قبيل خدمات الإسكان ودعم الدخل والمساعدة القانونية التي تعالج محدّدات الصحة وتراعي التهميش والإقصاء التاريخيين.

واو- منع الضرر: تهيئة بيئات مؤاتية

68- تُعتبر السياسات الصحية الوقائية قائمةً على الكرامة عندما توسّع نطاق حرية الاختيار الحقّة بدلاً من تضييقه.

69- والحق في الصحة يشمل حريات وحقوقاً على حد سواء. وتتضمن الحريات حق الإنسان في التحكم في صحته، بما في ذلك الحق في أن يكون في مأمن من معالجته طبياً أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه. وتشمل الاستحقاقات المندرجة ضمن الحق في الصحة الحقَّ في نظام للحماية الصحية (أي الرعاية الصحية والمحددات الاجتماعية الأساسية للصحة) يُوفِّرُ للناس فرصاً متكافئة للتمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة.

70- وتقتضي الكرامة التوزيع المنصف للمحددات الأساسية للصحة، بما في ذلك إتاحة الطعام الكافي والمغذّي، والتعليم، والحماية الاجتماعية، فضلاً عن توفير معلومات ميسّرة وموثوقة. كما يتطلب منع الضرر معالجة الظروف التي تُسبّب المرض وتعزيز الظروف التي تجعل التمتع بالصحة الجيدة أمراً ممكن التحقيق.

71- وتُحدث أزمة المناخ كذلك أثراً سلبياً على الكرامة الإنسانية والأمن. وتشمل آثارها البشرية والبيئية فقدان الأرض والسكن، وتراجع كمية ونوعية الإنتاج الغذائي، وانعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية، والنزوح القسري.

(40) انظر: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content.

72- ويمكن للمنظومات الغذائية التي تشكّلت بفعل العولمة والمصالح القوية للشركات أن تُزيح الأنماط الغذائية التقليدية الأفضل للصحة، وأن تزيد من التعرض للأغذية غير الصحية المفرطة التجهيز من خلال التسويق المكثف الذي يكون مضلّلاً في بعض الأحيان. وفي هذا السياق، يمكن أن يؤدي الاستهداف الرقمي إلى تكثيف هذا التعرض لدى فئات في وضع سيّئ أصلاً[41].

73- كما يقتضي منع الضرر التصدي للعنصرية الهيكلية وغيرها من أشكال التمييز التي تؤثر في تعرض الأفراد للأذى، مثل تلوث الهواء والمياه، بما في ذلك الحرمان من ملكية الأراضي، وظروف العمل غير الآمنة، وعدم المساواة في الحصول على الطعام المغذي والسكن الآمن.

74- وتؤكد المقررة الخاصة من جديد أن نُهُج الحدّ من الضرر تكون ضرورية في الحالات التي تؤدي فيها الأطر العقابية إلى زيادة الأضرار الصحية. ومن خلال تدابير من قبيل برامج تبادل الإبر والمحاقن، والعلاجات الناهضة للأفيونيات، وفحص المخدرات، والوقاية من الجرعات الزائدة، والدعم الاجتماعي، يمكن الحد من حالات اعتلال ووفيات يمكن تفاديها وصون الكرامة[42].

75- وتؤكد المقررة الخاصة أن الإعمال الكامل للوقاية يعتمد أيضاً على تعزيز نظم الحماية الاجتماعية، بما في ذلك دعم الدخل، واستحقاقات العجز، وإتاحة خدمات رعاية الأطفال والإجازات المدفوعة، وهو ما يمكن أن يحد من المخاطر الصحية ويدعم العيش الكريم.

76- وتشدد المكلَّفة بالولاية على أن أطر الرصد والتقييم ينبغي أن تتابع تأثيرات السياسات الوقائية على صعيد الإنصاف، بما في ذلك الأثر المتباين بحسب العرق ونوع الجنس والإعاقة والعمر والحالة الاجتماعية الاقتصادية، وأن تكفل اتخاذ إجراءات تصحيحية حيثما استمرت أوجه التفاوت.

77- وتؤكد المقررة الخاصة أن السياسات الوقائية ينبغي أن تدمج المحددات البيئية للصحة، بما في ذلك تلوث الهواء ونوعية المياه والقدرة على الصمود في مواجهة تغيّر المناخ، مع الاعتراف بأثرها على الصحة وعلى القدرة على عيش حياة كريمة. وفي هذا الصدد، تتطلب الوقاية الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية والنظم الصحية المجتمعية بوصفها الأساس للتدخل المبكر واستمرارية الرعاية وبناء الثقة.

خامساً- الحوكمة

78- بعيداً عن القوانين والسياسات الفردية، تنظّم هياكل الحوكمة النظم المتعددة القطاعات التي تؤثر في الصحة والكرامة. ويجب إدماج الكرامة ضمن الحوكمة من خلال القواعد والعمليات والمؤسسات التي تدير العلاقات بين الدولة والقطاع الخاص والمجتمع المدني والمجتمعات المحلية والأفراد[43].

ألف- المشاركة

79- إذا شارك الأشخاص الأشد تأثراً بالقوانين والسياسات بصورة ذات مغزى في صياغتها وتنفيذها وتقييمها، فإن هذا سيحسّن فعاليتها ويعزّز الكرامة من خلال الاعتراف بقيمة التجارب المعاشة. وبالتالي تُعدّ المشاركة حقّاً متأصلاً ومتطلباً وظيفياً لفعالية السياسات الصحية.

(41) انظر A/HRC/26/31.

(42) انظر A/HRC/56/52.

(43) انظر A/79/177.

80- ويمكن أن يؤدي التجريم والتمييز والوصم إلى استبعاد الفئات المهمّشة من عمليات صنع السياسات، وأن يديم السياسات غير الفعّالة والضارة. وتلاحظ المقررة الخاصة أن إزالة هذه الحواجز أمر ضروري لكفالة المشاركة الشاملة للجميع وتعزيز المساواة الفعلية[44].

81- وتتطلب المشاركة إتاحة معلومات ومواد موثوقة بصيغ ميسّرة وباللغات المناسبة. وفي سياق تعرّض بعض الجهات للهجوم استناداً إلى معلومات مغلوطة، تؤكد المقررة الخاصة أن كفالة توافر المعلومات الصحية الموثوقة أمر ضروري للاستقلالية والمشاركة وبناء الثقة.

82- وتتطلب المشاركة أيضاً توفير الأمان. فبالنسبة للمجتمعات المتضررة من التنميط العنصري أو الممارسات الشرطية العقابية أو التمييز أو العنف، قد تستلزم المشاركة الآمنة توفير ضمانات قانونية، وحماية السرية، وتخصيص الموارد للمنظمات المجتمعية، وكفالة عدم التعرض للانتقام.

83- وتشير المكلَّفة بالولاية إلى أن المشاركة ينبغي أن تتم طوال دورة السياسات، بما يشمل مراحل وضع جدول الأعمال والصياغة والتنفيذ والتقييم، لا أن تقتصر على التشاور بعد اتخاذ القرارات الرئيسية.

84- ويمكن أن يسهم بناء القدرات في دعم تحقيق مشاركة ذات مغزى، بما في ذلك من خلال إتاحة إمكانات الوصول إلى المعلومات التقنية، والترجمة التحريرية والشفوية، وتوفير الموارد اللازمة لجمع البيانات والرصد بقيادة مجتمعية.

85- وتشدّد المكلَّفة بالولاية على أهمية مشاركة العاملين في مجالي الصحة والرعاية أيضاً في صنع السياسات، إذ إن مشاركتهم يمكن أن تساعد على وضع سياسات منصفة وعملية ومستدامة وتحسّن التنفيذ من اتخاذ قرارات مستندة إلى الخبرات المكتسبة على الخطوط الأمامية[45].

86- وتشير المكلَّفة بالولاية إلى أن المشاركة تتعزز عندما تحمي الدول الحيّز المدني وحريات تكوين الجمعيات والتعبير والتجمّع، مع الإقرار بأن هذه الحريات تمكّن من الدعوة إلى تعزيز الصحة والكرامة.

87- وفي السياقات الإنسانية، يجب أن يتضمن تحقيق المشاركة إعطاء أدوار للنازحين والمهاجرين والمجتمعات المتضررة في تخطيط الخدمات الصحية وتخصيص الموارد، وذلك لكفالة ألا تؤدي الاستجابات للطوارئ إلى ترسيخ الإقصاء.

88- ولتحقيق مشاركة ذات مغزى، يتطلب الأمر معالجة اختلالات موازين القوى في حوكمة الصحة العالمية، بما في ذلك كفالة تمكين البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل والمجتمعات المتضررة من التأثير في الأولويات والتمويل.

89- وتشدد المقررة الخاصة على ضرورة الاعتماد على آليات للمشاركة تُقيَّم من حيث الفعالية وشمول الجميع، بما في ذلك تقييم ما إذا كانت تؤدي إلى تغييرات سياساتية ملموسة وما إذا كانت الأصوات المهمّشة ممثَّلة بصورة حقيقية.

90- وتُعدّ المشاركة أساسية أيضاً في حوكمة تكنولوجيات الصحة الرقمية، بما في ذلك من خلال إسهام المجتمعات في التصميم وحوكمة البيانات وآليات المساءلة.

91- وينبغي أن تُفهم المشاركة باعتبارها ممارسة مستمرة ودورية لصون الكرامة في الحياة العامة، وليست خطوة إجرائية تُنجز مرة واحدة، وينبغي أن تشمل جميع أصحاب الحقوق المعنيين.

(44) المرجع نفسه.

(45) انظر: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content.

باء- الشفافية وتضارب المصالح

92- تحذّر المقررة الخاصة من أن تضارب المصالح في الحوكمة ينتقص من الكرامة من خلال التضحية باحتياجات الجمهور لصالح المكاسب الخاصة وتقويض الثقة. وتشمل التزامات الدول التي تملي عليها احترام الحق في الصحة وحمايته الامتناعَ عن إقامة الشراكات التي تسمح للمصالح الخاصة بوضع عمليات صنع القرار تحت جناحيها، ومنعَ الأطراف الثالثة من عرقلة إعمال حقوق الإنسان[46].

93- وتُعدّ الشفافية وإتاحة المعلومات أمرين أساسيين للمشاركة ولمعالجة تضارب المصالح، بما في ذلك الحالات التي تموّل فيها الشركات أدلة مضلِّلة أو تمارس ما يُعرف بأساليب "التبييض" التي تشوّش على فهم الجمهور للمخاطر الصحية والخيارات السياساتية[47].

94- وفي قطاع الصحة، تُعدّ الشفافية ضرورية للحفاظ على الثقة، بما في ذلك الشفافية في المشتريات، وتخصيص الموارد الشحيحة، والأساس الذي تُبنى عليه الإرشادات السريرية.

95- وتشير المقررة الخاصة إلى أهمية كفالة أن يكون الوصول إلى آليات الشكاوى ميسّراً للفئات المهمشة، وأن تشمل سبل الانتصاف كلاً من التعويض الفردي والإصلاحات الهيكلية.

96- ويمكن للمؤسسات الوطنية المستقلة لحقوق الإنسان وأمناء المظالم والمحاكم أن تؤدي دوراً في توفير سبل الانتصاف وضمان المساءلة المنهجية، بما في ذلك من خلال رصد السياسات والممارسات الصحية.

جيم- المساءلة

97- تقتضي المساءلة توفير سبل فعّالة للانتصاف من انتهاكات الحقوق وجبر الأضرار الناجمة عنها، واتخاذ تدابير لمنع تكرارها من خلال الرصد والتنظيم وفرض العقوبات عند الاقتضاء.

98- وفي السياقات الصحية، تشمل المساءلة وجود نظم للإبلاغ عن حالات سوء المعاملة والتمييز والعنف والتصدي لها، بما في ذلك حالات العنف المتصل بالحمل والولادة والانتهاكات التي ترتكب في البيئات المؤسسية. ويمكن لبرامج التدريب وحملات التوعية أن تدعم الوقاية والكشف عن الانتهاكات.

99- كما تقتضي المساءلة حماية السرية بحيث يتمكّن الأفراد من الحصول على الرعاية دون خوف من العقاب. ويمكن للمعايير التي تؤكّد كفالة السرّية المهنية وسرية المعلومات الشخصية أن تكون حاسمة في إتاحة الوصول إلى الرعاية الطارئة والحيلولة دون عزوف الأفراد عن التماس الرعاية[48].

100- وتشير المقررة الخاصة إلى أن مساءلة الشركات ينبغي أن تشمل إنفاذ الضوابط التنظيمية، وفرض عقوبات على التسويق المضلِّل، واتخاذ تدابير لمنع الضرر الناتج عن المنتجات والممارسات التي تضرّ بالصحة.

(46) انظر A/79/177.

(47) المرجع نفسه.

(48) [محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان، قضية *مانويلا وآخرون ضد السلفادور*، الحكم، 2 تشرين الثاني/نوفمبر 2021، الفقرات 204-215] Inter-American Court of Human Rights, Manuela et al. v. El Salvador, Judgment, 2 November 2021, paras. 204–215.

101- وفي مجال الصحة الرقمية، تقتضي المساءلة إمكانية إجراء عمليات تدقيق للنظم، وإجراء تقييمات الأثر، ووضع ضمانات ضد التحيز والتمييز، وتوفير مسارات واضحة للأفراد للاعتراض على إساءة استخدام البيانات أو على القرارات المتّخذة آلياً[49].

102- وينبغي أن تتضمن أطر المساءلة مشاركة المجتمعات المتضررة في عمليات الرقابة، لضمان أن يعكس الرصد التجارب المعاشة وأن تعالج سبل الانتصاف الأضرار التي تتعرض لها الفئات المهمشة.

103- وفي حالات الطوارئ، تُعدّ المساءلة أمراً أساسياً لكفالة أن تكون التدابير الاستثنائية محددة زمنياً، ومتناسبة، وغير تمييزية، وأن تتاح للأفراد المتضرّرين سبل لجبر الأضرار التي لحقت بهم.

104- وتؤكد المكلَّفة بالولاية أهمية التعاون الدولي لمعالجة محددات الصحة العابرة للحدود، بما في ذلك ممارسات الشركات وسلاسل الإمداد العالمية، مع كفالة المساءلة عبر الحدود الوطنية.

105- وينبغي استعراض آليات المساءلة وتعزيزها بشكل دوري، وذلك تحقيقاً لأغراض منها إدماج المخاطر الناشئة عن التكنولوجيات الجديدة والاستراتيجيات التجارية الآخذة في التطور. كما ينبغي ربط المساءلة بالتعلّم والتحسين، حيث تُستخدم النتائج لإصلاح السياسات وتعزيز الخدمات ومنع حدوث انتهاكات حقوق الإنسان في المستقبل.

106- ولدى تنفيذ هذه التدابير، ينبغي ألا تتحول المساءلة إلى أداة للعقاب أو الوصم في حد ذاتها، بل ينبغي أن يستمر التركيز على الوقاية والانتصاف والتغيير الهيكلي.

سادساً- الممارسات الجيدة

107- أبلغت الدول والجهات المعنية عن ممارسات تهدف إلى النهوض بصحة الشرائح السكانية المتأثرة بالوصم والإقصاء، وإلى صون كرامتها. وتُبيّن هذه الأمثلة القيمة العملية للنُّهُج القائمة على الحقوق وأهمية القيادة المجتمعية.

108- وفي أستراليا، تعترف الإجراءات المصمّمة لتلبية احتياجات الشعوب الأصلية وشعوب جزر مضيق توريس بالفوارق الصحية الكبيرة وأوجه عدم المساواة في العلاج السائدة حالياً في النظام الصحي[50]. وتعمل السلطات بالتعاون مع الحكومات الوطنية والمحلية على حد سواء للتخفيف من الوصم والتمييز المرتبطين بالصحة العقلية واللذين تتعرض لهما فئات عدة منها المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية وأحرار الهوية الجنسانية وحاملو صفات الجنسين وعديمو الرغبة الجنسية وغيرهم من الأشخاص المتنوعين جنسانياً، أو اللذين يتعرض لهما الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز[51].

109- وفي دولة بوليفيا المتعددة القوميات، تتناول الخطة المتعددة القوميات للصحة العقلية (2026-2030) مسألة وصم الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الصحة العقلية أو اضطرابات تعاطي مواد الإدمان، مع التشديد على أن التشريعات المحلية تقضي بوجوب توفير الرعاية في المراكز المجتمعية حيث لا يفقد المريض روابطه الاجتماعية أو استقلاليته[52].

(49) انظر A/HRC/53/65.

(50) معلومات مقدمة من أستراليا.

(51) المرجع نفسه.

(52) معلومات مقدمة من دولة بوليفيا المتعددة القوميات.

110- وفي كوبا، ركّزت خطة وطنية بشأن العدوى المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد والإجراءات المرتبطة بها للفترة 2019-2023 على الحد من الوصم، بما يشمل القيام بتدخلات على مستوى الرعاية الأولية والعمل مع الفئات السكانية الرئيسية[53].

111- وفي الجمهورية الدومينيكية، اعتُمدت تشريعات وخطط وطنية تهدف إلى القضاء على الوصم والتمييز والتجريم أو الحد من هذه الأمور، لا سيما فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية[54].

112- وفي المكسيك، يمنح معهد الضمان الاجتماعي المعني بالرفاه، عبر برنامجه المؤسسي للفترة 2025-2030، الأولوية لمعالجة مسألة انعدام إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية، وذلك بوسائل متنوعة منها اتّباع نهج مجتمعي ونهج مراع للثقافات المتعددة[55].

113- وفي المغرب، يمنح القانون الإطاري رقم 06-22 المتعلق بالنظام الصحي الوطني احترام الإنسان وكرامته مكانة محورية في الرعاية الصحية. ويكرّس القانون حماية السلامة الجسدية والمعنوية للأفراد، واحترام حق المريض في الاطلاع على المعلومات المتعلقة بحالته الصحية، فضلاً عن مكافحة أي شكل من أشكال التمييز أو الوصم على أساس الحالة الصحية للمريض أو إعاقته، ضمن جملة أمور أخرى[56].

114- وفي البرتغال، اتُّخذت مبادرات في مجال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لمعالجة الوصم والعوائق التي يواجهها الأشخاص المتأثرون على صعيد الحصول على الرعاية الصحية، بما في ذلك من خلال إنشاء مركزٍ لمكافحة التمييز المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز يقدّم المشورة والدعم القانوني للمصابين بالفيروس الذين يتعرّضون للتمييز أو لانتهاك حقوقهم[57].

115- وفي إسبانيا، تضع التشريعات المحلية الكرامة الإنسانية في صميم النظام الصحي، ويُستكمل ذلك بسياسات تهدف إلى القضاء على الوصم وعدم المساواة اللذين يؤثران على فئات معيّنة. وقد اعتُمدت خطط متنوعة ترمي إلى الحد من التمييز الهيكلي، بما في ذلك خطط متعلقة بتخفيف الضرر وبالصحة العقلية وبالمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية[58].

116- وفي تركيا، تتضمن أهداف خريطة طريق الجهود المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز للفترة 2025-2030 منع التمييز ضد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومنع انتهاكات السرية، إلى جانب أنشطة للتوعية[59].

117- وعلى الصعيد الإقليمي، أصدرت المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان أحكاماً بشأن إجراءات الاعتراف القانوني بالهوية الجنسانية المخالفة لاتفاقية حماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية (الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان)، وأصدرت اجتهادات قضائية تتعلق بالرعاية الصحية فيما يخص مغايري الهوية الجنسانية تحديداً، بمن في ذلك المحرومون من حريتهم. وعلاوة على ذلك تؤيّد هيئة تابعة لمجلس أوروبا تُعنى بحقوق حاملي صفات الجنسين النموذج الذي يعتبر الاستقلالية الذاتية جانباً أساسياً فيما يتصل بالإجراءات الطبية[60].

(53) معلومات مقدمة من منظمة Métrica4 ومنظمة "المدافعون عن الحقوق المدنية" (Civil Rights Defenders) (كوبا).

(54) معلومات مقدمة من الجمهورية الدومينيكية.

(55) معلومات مقدمة من المكسيك.

(56) معلومات مقدمة من المغرب.

(57) معلومات مقدمة من البرتغال.

(58) معلومات مقدمة من إسبانيا.

(59) معلومات مقدمة من تركيا.

(60) معلومات مقدمة من مجلس أوروبا.

118- وسعت نماذج الرعاية التي تقودها المجتمعات المحلية إلى إعادة تصميم الخدمات استناداً إلى نُهُج قائمة على العلاقات ومتجذّرة في الثقافة، بما فيها النُّهُج التي تعامل المستفيدين من الخدمات بوصفهم "مالكين" للرعاية أو شركاء فيها، وهو ما يقلب الديناميات الوصائية رأساً على عقب.

119- وفي إسبانيا، تشمل أهداف القانون رقم 2021/8، الذي يمثل إصلاحاً للقانون المدني والإجرائي لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة في ممارسة أهليتهم القانونية، هدف الحد من الممارسات الوصائية في القطاع الصحي وتوفير الدعم للأشخاص ذوي الإعاقة لكي يمارسوا استقلاليتهم[61].

120- وعلى الصعيد الإقليمي، أنشئت في 14 بلداً في أوروبا الشرقية ووسط آسيا آلية مجتمعية لرصد الوصم والتمييز والتصدي لهما بوصفهما من العوائق الهيكلية الرئيسية التي تحد من وصول الفئات المهمشة والفئات السكانية ذات الأهمية الحيوية إلى الخدمات[62].

121- وأَبلغ بعض الدول عن استراتيجيات تهدف إلى الحد من الوصم والتمييز في الخدمات الصحية من خلال التدريب والمعايير المهنية وآليات تقديم الشكاوى التي تتصدّى للعنصرية والمعاملة التمييزية.

122- وفي أستراليا، يهدف التوجه السياساتي لوكالة تنظيم العاملين في القطاع الصحي والمجالس الوطنية إلى تحسين إجراءات تصدي العاملين في القطاع الصحي للعنصرية والتمييز؛ ويُطلب من العاملين في القطاع الصحي الالتحاق ببرامج تثقيفية وتدريبية للمساعدة في الترويج لثقافة مكافحة العنصرية في قطاع الرعاية الصحية[63].

123- وفي دولة بوليفيا المتعدّدة القوميات، يجري مكتب أمين المظالم المعني بالمستفيدين من الخدمات الصحية تحقيقات مستقلة في شكاوى التمييز والإساءة اللفظية ويفرض جزاءات إدارية[64].

124- وفي تشيكيا، يُقدّم فحص مجاني للكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في إطار من السرية، وتقدَّم المشورة والأنشطة التثقيفية بشأن الصحة الجنسية، ويُتاح الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرّض للفيروس للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 26 عاماً والأشخاص المنتمين إلى الفئات المعرضة للخطر الشديد باعتبار ذلك كلّه تدبيراً وقائياً مستخدماً للحدّ من انتقال الفيروس[65].

125- وفي الجمهورية الدومينيكية، يرصد المجلس الوطني المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز حالات انتهاك حقوق المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ويقدّم الدعم لضحايا الانتهاك بالتنسيق مع مرصد حقوق الإنسان[66].

126- وفي السلفادور، يجري التركيز في تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على حقوق الإنسان وإضفاء الطابع الإنساني على الرعاية، ورعاية الفئات السكانية التي تعيش في ظروف هشّة. وبالإضافة إلى ذلك، يُستكمل اعتماد وتنفيذ بروتوكول إضفاء الطابع الإنساني على الرعاية في شبكة خدمات وزارة الصحة بخطة وطنية تركّز على المعاملة الكريمة[67].

(61) معلومات مقدمة من إسبانيا.

(62) معلومات مقدمة من التحالف من أجل الصحة العامة (أوكرانيا).

(63) معلومات مقدمة من أستراليا.

(64) معلومات مقدمة من دولة بوليفيا المتعددة القوميات.

(65) معلومات مقدمة من تشيكيا.

(66) معلومات مقدمة من الجمهورية الدومينيكية.

(67) معلومات مقدمة من السلفادور.

127- وفي لكسمبرغ، اتُّبعت نُهُج غير عقابية تجاه السلوكيات المتعلقة بالصحة وتجاه الحد من الوصم، لا سيما فيما يتّصل بالحد من الضرر وإلغاء تجريم الاشتغال بالجنس، وطُبّقت إصلاحات في مجال رعاية الصحة العقلية لمكافحة الوصم، وأُطلقت حملات لمكافحة الوصم المحيط بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ويهدف قانون حقوق المرضى لعام 2014 إلى ضمان الكرامة والموافقة المستنيرة والمساواة في الحصول على الخدمات، والوساطة في حال نشوء منازعات. وبُغية معالجة الوصم والتمييز اللذين يؤثران في الفئات المهمّشة، وضعت لكسمبرغ عدة تدابير شملت تدريب مقدّمي الرعاية الصحية على الكفاءة الثقافية ومكافحة التحيّز، وتقديم الرعاية في إطار من الاحترام للمثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وأحرار الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين وعديمي الرغبة الجنسية وغيرهم من الأشخاص المتنوعين جنسانياً، والممارسات المراعية للصدمات النفسية، ضمن جملة أمور أخرى، فضلاً عن آليات المساءلة والشكاوى، وهو ما يضمن مشاركة المجتمع المحلي واضطلاع الأقران بدور فاعل وتكييف الخدمات لتلبية احتياجات الفئات المهمّشة[68].

128- وفي المكسيك يركّز التدريب الإلزامي للعاملين في مجال الرعاية الصحية، الذي ينظّمه معهد الضمان الاجتماعي المعني بالرفاه، على احترام حقوق الإنسان وضمان إدماج المنظور الجنساني واحتواء الثقافات المتعددة والمعاملة الكريمة. وفيما يتعلق بآليات الشكاوى، تتلقى اللجنة الوطنية المعنية بتسوية المنازعات الطبية الشكاوى وتيسّر عمليات المصالحة وتسوية المنازعات[69].

129- وأبلغت عدة دول عن إصلاحات قانونية أو سياسات تعزز الاستقلالية في مجال الرعاية الصحية، بما في ذلك تدابير لحماية شرط الموافقة المستنيرة وتنظيم السرية ودعم الرعاية المجتمعية للصحة العقلية وإنهاء الإيداع في مؤسسات الرعاية[70].

130- وفي دولة بوليفيا المتعددة القوميات، تهدف الضوابط التنظيمية إلى ضمان المشاركة النشطة للفئات المهمّشة في الرقابة على النظام الصحي. وهناك بالإضافة إلى ذلك قانون عام 2026 المتعلق بتطبيق اللامركزية على الموارد الصحية، الذي يتيح المجال للمجتمعات المحلية لإدارة الأموال المخصّصة للصحة الوقائية. وعلاوة على ذلك، تطلب وزارة الصحة والرياضة من العاملين في المجال الصحي التأكد من أن المريض يفهم العلاج المقدّم له بلغته وبما يتلاءم مع منظومته القيمية. وبالإضافة إلى ذلك، فمن خلال البرنامج المعني بالولادة الملائمة ثقافياً توفّر مستشفيات الرعاية التخصصية غرفاً تتيح للنساء الحوامل أن يخترن وضعية الولادة وأن ترافقهن قابلات تقليديات[71].

131- وفي البوسنة والهرسك، يمنع قانون حظر التمييز، ممارسة التمييز على أساس الحالة الصحية أو الإعاقة أو الجنس أو أي خصائص شخصية أخرى. وأبلغت الحكومة المقررة الخاصة ببرامج للحدّ من الضرر أُنشئت لمتعاطي المخدرات، وبإدراج تدريب على حقوق المرضى، وبتنفيذ حملة توعية عامة تهدف إلى إزالة الوصم المرتبط بالاضطرابات العقلية. وعلى مستوى الكيانات، تهدف القوانين والتنظيمات المتعلقة بحقوق المرضى إلى ضمان الحق في الموافقة المستنيرة، والحق في الخصوصية وفي سرية البيانات الصحية، والحق في رفض العلاج الطبي، مع إيلاء اهتمام خاص لحماية الأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص المقيمين في مؤسسات الرعاية الصحية والاجتماعية، وذلك بهدف الحد من اختلال موازين القوى بين متلقّي الخدمات ومقدّمي الرعاية الصحية[72].

(68) معلومات مقدمة من لكسمبرغ.

(69) معلومات مقدمة من المكسيك.

(70) انظر أيضاً: اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم 1(2014)، والتعليق العام رقم 5(2017).

(71) معلومات مقدمة من دولة بوليفيا المتعددة القوميات.

(72) معلومات مقدمة من البوسنة والهرسك.

132- وفي السلفادور، يجري حالياً وضع استراتيجية وطنية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية تهدف إلى ضمان إجراء الفحوصات في إطار السرية وتقديم رعاية خالية من الوصم تكفل احترام الشخص[73].

133- وفي لكسمبرغ، يسعى الإطار القانوني الوطني، بما في ذلك القانون المتعلق بحقوق المرضى وتنفيذ استراتيجيات الصحة العامة، إلى التصدي للتمييز وضمان المعاملة الكريمة وكفالة الموافقة المستنيرة وإمكانية الاطلاع على الملفات الطبية واختيار مقدم الخدمة والحق في رفض العلاج[74].

134- وفي المكسيك، عُدّل قانون الصحة العامة في كانون الثاني/يناير 2026 ليشمل الصحة الرقمية وتنظيم تبادل المعلومات وحماية البيانات الخاصة[75].

135- وفي المغرب، ثمة ضوابط لتنظيم جمع البيانات الشخصية وإدارتها وحفظها، ولا سيما فيما يتعلق بالحفاظ على السرية وتحديد الغرض وضمان الأمن. ويهدف هذا الإطار إلى منع إساءة استخدام المعلومات الطبية، والحد من مخاطر الوصم، واستعادة ثقة المرضى في نظام الرعاية الصحية[76].

136- وأصدرت النرويج في عام 2024 توجيهات سياساتية بشأن منع تعاطي مواد الإدمان والحد من ضررها ومعالجة أثرها، حيث ينصبّ التركيز على حق الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي مواد الإدمان في المعاملة الكريمة، وشكّلت هذه التوجيهات إطاراً إرشادياً عاماً للاستراتيجية الخاصة بالسياسات المحلية بشأن المؤثرات النفسانية. وتركّز المبادئ التوجيهية المهنية الوطنية لمنع الممارسات القسرية في مجال رعاية الصحة العقلية للبالغين على الحدّ من الممارسات القسرية عبر تعزيز التعاون بين الخدمات البلدية والرعاية الصحية المتخصصة، وتقوية آليات التدخل المبكر لتجنب الإيداع القسري بالمؤسسات، وتعزيز النهج العلاجية التي تركّز على إشراك المريض في العلاج وتثقيفه بشأنه، في جملة أمور[77].

137- وفي إسبانيا، تُشجَّع إتاحة الخدمات المجتمعية التي يسهل الوصول إليها والبدائل التي يُستعاض بها عن العلاج في المستشفيات، حيث تجري معالجة المحدّدات الاجتماعية للصحة. وفيما يتعلق بالصحة العقلية، ثمة خطة عمل وطنية تشجّع المبادرات التي تشكل بدائل عن الإيداع بالمستشفيات وتحدّ من الممارسات القسرية، كما تشجّع تطوير برامج مجتمعية تركّز على الرفاه العقلي للفئات الضعيفة، من بين أمور أخرى[78].

138- ومن التدابير التي تشكل مثالاً إيضاحياً مواثيق حقوق المريض التي تفعّل صون كرامة الفرد عبر كفالة حقوقه في الحصول على المعلومات وفي الموافقة المستنيرة والخصوصية والاطلاع على السجلات الطبية، والبروتوكولات التي تعزّز إمكانات وصول الفئات المهمشة إلى الرعاية الصحية دون تمييز.

139- وفي لكسمبرغ، تسمح التشريعات المحلية للمرضى بالتحكم في إمكان اطلاع مهنيين محدّدين دون غيرهم على بياناتهم الصحية وتحديد أجزاء البيانات التي يستطيع هذا المهني أو ذاك الاطّلاع عليها، وهو ما يعزز الثقة وقدرة الشخص على التحكم في خياراته[79].

(73) معلومات مقدمة من السلفادور.

(74) معلومات مقدمة من لكسمبرغ.

(75) معلومات مقدمة من المكسيك.

(76) معلومات مقدمة من المغرب.

(77) معلومات مقدمة من النرويج.

(78) معلومات مقدمة من إسبانيا.

(79) معلومات مقدمة من لكسمبرغ.

140- وأبلغت عدة دول عن اتخاذ تدابير لضمان الحصول على الرعاية المتعلقة بتأكيد الهوية الجنسانية، ونزع الصفة المرضية عن التنوع الجنساني، إلى جانب جهود منع الممارسات الضارة المعروفة باسم "العلاج التحويلي".

141- وفي أستراليا، كُلِّف المجلس الوطني للصحة والبحوث الطبية بوضع مبادئ توجيهية وطنية جديدة للممارسة السريرية تتعلق برعاية مغايري الهوية الجنسانية والمتنوعين جنسانياً الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً والذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسانية[80].

142- وفي دولة بوليفيا المتعددة القوميات، لا يتبع البروتوكول الوطني للرعاية الشاملة للأشخاص المتنوعين جنسانياً نهجاً يعامل هؤلاء الأشخاص كمرضى، بل يركز البروتوكول بالأحرى على تقديم الدعم الصحي الشامل وإتاحة العلاج بالهرمونات البديلة تحت إشراف طبي بالمجان[81].

143- وفي لكسمبرغ، اتُّخذت إجراءات على كل من المستوى القانوني والسياساتي والخدمي بهدف تحسين صحة الأشخاص المتنوعين جنسانياً وصون كرامتهم[82].

144- وفي المكسيك، ثمّة بروتوكول لإتاحة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية دون تمييز للمثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وأحرار الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين وعديمي الرغبة الجنسية، وغيرهم من الأشخاص المتنوعين جنسانياً، حيث يُنصّ على احترام الهوية الجنسانية المعلنة ذاتياً. وثمة بروتوكول محدّد آخر يشجع على تدريب الموظفين وتحديث السجلات الطبية لاحترام الهوية الجنسانية، وتوفير الرعاية الصحية الشاملة في المجالات الجنسية والإنجابية والعقلية[83].

145- وفي النرويج، لم يعد يُشترط على الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 16 عاماً الراغبين في تغيير جنسهم أن يخضعوا لعلاج طبي، ومن حق أي شخص تغيير جنسه بناءً على تجربته الشخصية[84].

146- وفي البرتغال، اتُّخذت تدابير تشريعية للتصدي للوصم والتمييز والممارسات الضارة المتعلقة بالميل الجنسي والهوية الجنسانية، ولا سيما تعديل التشريعات لحظر ما يُسمى بـ "ممارسات العلاج التحويلي" وتجريم الأفعال التي تهدف إلى تغيير أو تقييد أو قمع الميل الجنسي أو الهوية الجنسانية أو التعبير الجنساني للشخص. ويتضمّن التعديل أحكاماً بشأن تدابير من قبيل حملات التوعية الموجهة إلى الآباء والأمهات والأسر والمجتمعات المحلية بشأن عدم فعالية ممارسات العلاج التحويلي وعواقبها الضارة[85].

147- وفي إسبانيا، يهدف القانون رقم 2023/4 إلى ضمان الوصول إلى الخدمات الصحية دون تمييز ونزع الصفة المرضية عن الهويات الجنسانية المتنوعة؛ ومنذ عام 2025، أُدرجت رعاية مغايري الهوية الجنسانية أو المتنوعين جنسانياً على قائمة الإجراءات التي تستوجب متابعةً من جانب أخصائيين في المراكز وجهات تقديم الخدمات ووحدات الإحالة[86].

148- وتشمل التدابير الأخرى استراتيجيات لتوسيع تغطية التأمين الصحي للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، وحملات الحد من الوصم التي تستهدف مواقف العاملين في المجال الصحي، والخدمات المتمايزة التي تركّز على المستفيدين.

(80) معلومات مقدمة من أستراليا.

(81) معلومات مقدمة من دولة بوليفيا المتعددة القوميات.

(82) معلومات مقدمة من لكسمبرغ.

(83) معلومات مقدمة من المكسيك.

(84) معلومات مقدمة من النرويج.

(85) معلومات مقدمة من البرتغال.

(86) معلومات مقدمة من إسبانيا.

149- وفي الجمهورية الدومينيكية، مكّنت استراتيجية مشتركة بين المؤسسات للحماية الاجتماعية من إدراج 000 34 شخص مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية في نظام التأمين الصحي الوطني المدعوم من الدولة اعتباراً من كانون الأول/ديسمبر 2025[87].

150- واستُخدمت النُّهُج الرقمية لتوسيع نطاق الوصول إلى الخدمات مع حماية الخصوصية، بما في ذلك التمكين من طلب مجموعات أدوات الاختبار الذاتي لفيروس نقص المناعة البشرية في إطار السرية وإتاحة خيار الاتصال بخدمات الوقاية والعلاج.

151- وأبلغ بعض الدول عن سياسات تُخضع الاستكاف الضميري في مجال خدمات الصحة الإنجابية لضوابط تمنع حرمان الأشخاص من الحصول على الخدمات، إلى جانب إصلاحات قانونية توضح مسؤوليات تقديم الخدمات.

152- وفي إسبانيا، يشكّل تنظيم الاستكاف الضميري وإنشاء سجل للمهنيين الذين يعلنون الاستكاف أداتين مهمّتين ترميان إلى تجنب السيناريو الذي يفرض فيه الاعتراض الجماعي قيوداً على الحق في الإجهاض[88].

153- وشملت المبادرات التي أُبلغت المقررة الخاصة بها كذلك الخدمات الصحية المتنقلة التي تهدف إلى بلوغ المجتمعات الريفية والنائية، والأطر القانونية لتنظيم الخدمات الصحية الرقمية ونظم المعلومات.

154- وفي البوسنة والهرسك، يجري السعي إلى التصدي للوصم والتمييز والقضاء عليهما من خلال تطوير الخدمات الصحية المتنقلة وخدمات التوعية الصحية، ولا سيما في المناطق الريفية والنائية، فضلاً عن تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على التعامل مع الفئات المهمّشة والضعيفة، في جملة أمور أخرى[89].

155- وفي السلفادور، يُشكّل إدماج وحدات الصحة العقلية على مستوى الرعاية الصحية الأولية، مع إتاحة استشارات المعالجة النفسية الافتراضية عبر منصة إلكترونية، وسيلةً من وسائل المساهمة في الحد من الحواجز الجغرافية[90].

156- وتؤكد هذه الأمثلة أنه يمكن تفعيل مبدأ الكرامة من خلال أوجه الحماية القانونية والقيادة المجتمعية وإصلاحات الحوكمة التي تُحدث تحوّلاً في موازين القوة لصالح المجتمعات المحلية المتأثرة وأصحاب الحقوق.

157- وأبلغ بعض الدول المقررة الخاصة بالتدابير المتّخذة لإشراك المجتمعات المحلية المهمّشة بشكل ذي مغزى والتشاور معها بشأن تصميم وتنفيذ وتقييم السياسات والبرامج الصحية التي تؤثر في تلك المجتمعات.

158- وأبلغت أستراليا المقررة الخاصة بأنه يجري إعداد الإصدار الثالث للمعايير الوطنية للسلامة والجودة في الخدمات الصحية بالتشاور مع الشعوب الأصلية وشعوب جزر مضيق توريس، والأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية وأفراد أسرهم ومقدّمي الرعاية لهم، والأشخاص الذين تعرضوا للتهميش الثقافي أو العرقي، وقاطني المناطق الريفية والنائية. وتُسلّط مبادرات أخرى الضوء على الجهود المبذولة للتشاور مع الجهات المعنية الأخرى، بما فيها المجموعات النسائية، ومنظمات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وأحرار الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين وعديمي الرغبة

(87) معلومات مقدمة من الجمهورية الدومينيكية.

(88) معلومات مقدمة من إسبانيا.

(89) معلومات مقدمة من البوسنة والهرسك.

(90) معلومات مقدمة من السلفادور.

الجنسية وغيرهم من الأشخاص المتنوعين جنسانياً، والمدافعون عن حقوق ذوي الإعاقة، والأشخاص ذوو التجارب المعاشة على صعيد الصحة العقلية و/أو من الميول الانتحارية، وأفراد أسر هؤلاء الأشخاص[91].

159- وأشارت دولة بوليفيا المتعددة القوميات إلى أنه من خلال المجالس الاجتماعية المعنية بالصحة، يقيّم ممثلو المشتغلين بالجنس والمهاجرين والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والشعوب الأصلية مدى تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة في مناطق كل منهم، وهو ما يضمن تكييف البرامج بحسب احتياجاتهم الخاصة[92].

160- وأبلغ كل من الجمهورية الدومينيكية والسلفادور المقررة الخاصّة بأن المجتمعات المحلّية المهمّشة، ولا سيما الفئات السكانية المتأثرة بفيروس نقص المناعة البشرية، قد أُشركت في وضع الخطط أو الاستراتيجيات الوطنية[93].

161- وأشارت المكسيك إلى أن المجلس الوطني المعني بمنع التمييز قد شجّع المشاركة النشطة للمجتمعات المحلية، من خلال مساحات للحوار والتشاور مع منظمات المجتمع المدني، ووضع توصيات استناداً إلى المعلومات التي جرى الحصول عليها من خلال آليات تقديم الشكاوى والدراسات ووسائل التشخيص والشهادات. ووضع المجلس أيضاً استراتيجيات لمشاركة المجتمعات المحلية بصورة مباشرة[94].

162- وجرى أيضاً إطلاع المقررة الخاصة على أمثلة توضح كيف يجري السعي إلى الحد من أوجه عدم المساواة وتقوية النظام الصحي من خلال إتاحة الوصول المنصف إلى التثقيف والمعلومات في مجال الصحة.

163- وفي أستراليا، اعتُمدت مبادرة تهدف إلى توفير المعلومات بشأن تطوير اللقاحات وسلامتها وفعاليتها والتصدي لمخاوف المجتمع المحلي بشأن التلقيح ضد مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)[95].

164- وفي لكسمبرغ، يجري إشراك المجتمعات المحلية المهمّشة بشكل متزايد في تصميم وتنفيذ وتقييم السياسات الصحية، وذلك بشكل أساسي من خلال التشاور مع المجتمع المدني[96]. وتوفّر المدارس أيضاً تثقيفاً شاملاً ومناسباً للفئة العمرية المعنية في مجالات التغذية والصحة العقلية والصحة الجنسية والإنجابية ومنع تعاطي مواد الإدمان[97].

165- وفي المكسيك، يجري السعي إلى سد الثغرات عبر تشجيع السياسات والبرامج التي تكفل الحصول على التثقيف والمعلومات في مجال الصحة، مع التركيز على المساواة وتقوية النظام الصحي، بما يشمل المجتمعات المحلية الريفية والفئات المهمّشة في المجتمعات الحضرية[98].

166- وأبلغت إسبانيا المقررة الخاصة بأنه يجري تشجيع تمكين المرضى من خلال شبكة مراكز التثقيف الصحي للمواطنين التي تضم مراكز التثقيف الصحي في جميع مناطق الحكم الذاتي في البلد. وفيما يتعلق بالصحة الجنسية وفيروس نقص المناعة البشرية، أشارت الحكومة إلى أن الحملات والمواد المخصصة لهذا الغرض ساهمت في تحسين المعارف الصحية لدى الفئات المعرّضة للخطر[99].

(91) معلومات مقدمة من أستراليا.

(92) معلومات مقدمة من دولة بوليفيا المتعددة القوميات.

(93) معلومات مقدمة من كل من الجمهورية الدومينيكية والسلفادور.

(94) معلومات مقدمة من المكسيك.

(95) معلومات مقدمة من أستراليا.

(96) معلومات مقدمة من لكسمبرغ.

(97) المرجع نفسه.

(98) معلومات مقدمة من المكسيك.

(99) معلومات مقدمة من إسبانيا.

167- وفيما يخص الأمثلة التي توضح إجراءات التعامل مع تضارب المصالح، أبلغ بعض الدول المقررة الخاصة بالتدابير المتخذة.

168- وأبلغت دولة بوليفيا المتعددة القوميات المقررة الخاصة بأن وزارة الصحة والرياضة نفّذت في عام 2026 نظاماً يتيح تتبّع إحالات المرضى بهدف منع أطباء القطاع العام من إحالة المرضى إلى عيادات خاصة تابعة لهم، وذلك لضمان اتخاذ القرارات الطبية لأجل رفاه المريض حصراً وليس بدافع تحقيق المكاسب المالية الشخصية[100].

169- وطبّقت السلفادور قانون المشتريات العامة والقواعد الحكومية لتنظيم أخلاقيات العمل اللذين يمنعان تأثير قطاع الصناعات الصيدلانية بشكل غير لائق على عملية وصف الأدوية، وهو ما يكفل استناد القرارات العلاجية حصراً إلى أفضل الأدلة المتاحة وإلى احترام كرامة المريض، وتغليب ذلك على المصالح التجارية[101].

170- وأبلغت لكسمبرغ المقررة الخاصة بأن الحكومة، سعياً منها للحد من تأثير الحوافز المالية على القرارات العلاجية، وضعت نظاماً لجداول الرسوم وقواعد أخلاقية تلزم الأطباء بإعطاء الأولوية لمصالح المريض، وفرضت الإفصاح الإلزامي عن المصالح المالية، وكلّفت هيئة الشؤون الصحية الوطنية برصد أي أنماط شاذة لوصف الأدوية[102].

171- وأبلغت المكسيك المقررة الخاصة بالتقدم المحرز على صعيد تنفيذ الأطر التنظيمية، واللجان المعنية بأخلاقيات علم الأحياء، والالتزامات المتعلقة بالإفصاح عن الأصول والمصالح، وآليات الرقابة التي تهدف إلى ضمان اتخاذ القرارات الصحية على أساس المصلحة العامة والإنصاف والاحترام المطلق للكرامة الإنسانية[103].

172- وأشارت إسبانيا إلى تشجيع نماذج الرعاية المجتمعية، واستراتيجيات الحد من استخدام الأدوية، ووصف الأنشطة المجتمعية للمرضى عوضاً عن العلاجات الطبية، مع الحد من الحوافز التي تشجّع على الإفراط في وصف الأدوية وتعزيز الخيارات غير الدوائية والخيارات المجتمعية[104].

سابعاً- التحديات الراهنة

173- على الرغم من وجود مبادرات تهدف إلى التصدي للوصم والتمييز، تفيد التقارير بأن الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية والنمائية والأشخاص ذوي متلازمة داون لا يزالون يواجهون عوائق نظمية تحول دون حصولهم على رعاية ملائمة ومتواصلة وقائمة على الاحترام[105]. وبالرغم من وجود إطار معياري وسياسات ومبادرات أخرى للتصدي للتمييز على أساس الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ولضمان نظام صارم لحماية سرية المعلومات الطبية، تفيد التقارير أن مسألة احترام السرية من جانب مقدمي الخدمات وسلوكياتهم السلبية تمثلان في الممارسة العملية تحدّيين لا يزال يتعيّن معالجتهما[106].

(100) معلومات مقدمة من دولة بوليفيا المتعددة القوميات.

(101) معلومات مقدمة من السلفادور.

(102) معلومات مقدمة من لكسمبرغ.

(103) معلومات مقدمة من المكسيك.

(104) معلومات مقدمة من إسبانيا.

(105) معلومات مقدمة من مؤسسة Jerome Lejeune Foundation.

(106) معلومات مقدمة من منظمة "محامون بلا حدود – كندا" ورابطة الحقوقيات السنغاليات (Association des Juristes Sénégalaises).

174- وبينما تجري معالجة التفاوتات في مجال الصحة في العديد من البلدان، تفيد التقارير بأن الشعوب الأصلية تعاني من تفاوتات مستمرة في النتائج الصحية بسبب التمييز الهيكلي أو النظمي[107]. وأفيد بأن الفئات المهمشة في عدة بلدان لا يتم إشراكها رسمياً في عمليات التشاور أو في تصميم السياسات الصحية[108]، كما لا تتاح للأشخاص المحرومين من حريتهم إلا فرص محدودة للمشاركة في التخطيط أو الرصد أو وضع السياسات في مجال الصحة على المستوى المحلّي[109].

175- ورغم اتخاذ مبادرات للتصدي للوصم والتمييز اللذين يواجههما الأشخاص المتنوّعون جنسانياً، تفيد التقارير في بعض البلدان بأن غياب التشريعات التي تحظر الجراحة أو العلاج غير الضروريين لحاملي صفات الجنسين أو ذوي الاختلافات في خصائصهم الجنسية، أو التي تكفل حق هؤلاء في التحكم بجسدهم، يمكن أن يؤدي إلى الوصم، فضلاً عن تشجيع التدخلات الطبية ذات النتائج الدائمة دون موافقة أصحاب الحقوق[110].

176- وعلاوة على ذلك، يمكن أن تشكّل القوانين والسياسات القائمة عائقاً أمام اعتماد وتنفيذ السياسات القائمة على الحقوق لصالح الفئات المهمشة؛ وفي ظل غياب آليات المساءلة الفعالة، قد يسهم تضارب المصالح مساهمة أساسية في الانتقاص بدرجة أكبر من كرامة الأشخاص المحرومين من حريتهم[111].

177- ويمكن من خلال رقمنة الرعاية الصحية تحسين النتائج الصحية عبر معالجة عدم المساواة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والتكاليف المرتبطة بالحصول عليها وقدرة المرضى على الاطلاع على سجلاتهم الطبية والوصفات والمعلومات الطبية التي تخصهم، شريطة وجود إطار تشريعي محلي يتعلق بالصحة الرقمية والاحترام التام لحماية البيانات الصحية للمرضى[112].

ثامناً- الاستنتاجات والتوصيات

178- لا يمكن تحقيق الصحة دون كرامة، ولا يمكن أن تعمّ الكرامة دون صحة. ولذلك، يجب أن يكون هناك نهج قائم على الحقوق يركّز على الكرامة من أجل تلبية الاحتياجات الصحية الطارئة مع تعزيز قدرة المجتمعات المحلية على الصمود وتعزيز مقومات استدامتها.

179- وتشكل المساءلة تعبيراً جماعياً عن رفض التسامح مع انتهاكات الكرامة. وبالتالي فإن المساءلة الفعالة تعزّز الثقة الاجتماعية وتزيد من التأثير المعياري للحق في الصحة.

180- وينبغي للدول أن تحترم الحق في الصحة وتحميه وتحقّقه بطريقة تصون الكرامة والاستقلالية والمساواة والمشاركة والمساءلة، بما في ذلك من خلال تناول المحددات الاجتماعية والقانونية والتجارية للصحة.

(107) معلومات مقدمة من جمعية زعماء قبائل مانيتوبا ومن دياموند جوني.

(108) معلومات مقدمة من كل من رابطة الأشخاص ذوي الإعاقة (بنغالور)، وكلية الطب بجامعة ساو باولو ورابطة شباب الشعوب الأصلية (البرازيل)، ومنظمة العفو الدولية.

(109) معلومات مقدمة من الحركة الأوروبية الآسيوية لإعمال الحق في الصحة في السجون.

(110) معلومات مقدمة من كل من مشروع ما وراء الحدود – المعرفة بشؤون حاملي صفات الجنسين ومراعاتهم (Beyond the Boundary – Knowing and Concerns Intersex)، وتجمّع Brújula Intersexual (المكسيك وأمريكا اللاتينية)، ومركز الحقوق الإنجابية، والمنظمة العالمية لتمكين المرأة، والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، ورابطة ILGA World.

(111) معلومات مقدمة من منظمة أطباء لحقوق الإنسان – إسرائيل.

(112) معلومات مقدمة من مشروع الصحة الرقمية والحقوق.

181- وتوصي المقررة الخاصة الدول والجهات المعنية الأخرى صاحبة المصلحة بما يلي:

(أ) اعتماد أطر قانونية تضمن السرية والخصوصية والموافقة المستنيرة، مع توفير ضمانات للمجتمعات المحلية المعرّضة بشدة لخطر الوصم أو التجريم، وكفالة إتاحة معلومات صحية موثوق بها ويسهل الوصول إليها[113]؛

(ب) إلغاء الأطر العقابية التي تجرّم السلوكيات أو الهويات أو الحالات المتعلقة بالصحة، والتي تضع عوائق أمام الحصول على الرعاية، واعتماد تدابير للحد من الضرر بهدف التخفيف من حدة الأضرار وحماية إمكانية الوصول إلى الخدمات[114]؛

(ج) تنظيم ما تمارسه الجهات غير التابعة للدول، بما في ذلك الشركات الكبرى، من سلوكيات تتسبّب في تقويض الصحة، ومن ضمنها الممارسات التسويقية الضارة والمعلومات المغلوطة وتضارب المصالح، وضمان الشفافية والمساءلة في عمليات صنع القرار[115]؛

(د) النظر في فرض قيود أو تدابير حظر على تسويق الأغذية غير الصحية والتبغ والكحول، ووضع ملصقات تحذيرية على وجه العبوات، واتخاذ تدابير ضريبية تثبط الطلب على المنتجات الضارة، ووضع قواعد لعمليات الشراء المراعية لاعتبارات الصحة في المؤسسات العامة، بما يتوافق مع الأدلة العلمية ومبادئ حقوق الإنسان للمؤسسات التجارية؛

(هـ) ضمان توافر خدمات صحية تكون في المتناول ومقبولة وعالية الجودة، بما في ذلك خدمات الصحة العقلية، للفئات السكانية المهمّشة تاريخياً، بما في ذلك من خلال توفير الرعاية المأمونة ثقافياً والمقدّمة على المستوى المجتمعي؛

(و) الاستثمار في التثقيف الصحي والتوعية المجتمعية، بما في ذلك من خلال المنصات الرقمية المزوّدة بضمانات ضد المعلومات المغلوطة، بما يكفل أن تكون المعلومات في المتناول ومناسبة ثقافياً وخالية من تضارب المصالح[116]؛

(ز) حماية كرامة وحقوق العاملين في مجالي الصحة والرعاية، بما في ذلك من خلال توفير ظروف العمل الآمنة وإشراكهم في صنع السياسات، والتركيز على حقوق الإنسان في مجالي التعليم والتدريب الطبيين[117]؛

(ح) كفالة وجود آليات لتحقيق الشفافية وضمان مشاركة ذات مغزى في محافل صنع القرار للمجتمعات المحلية التي يتأثر كل من صحتها ورفاهها بتلك القرارات، بما فيها تلك التي تعرّضت تاريخياً للإقصاء والتهميش؛

(ط) إنشاء وتقوية آليات للمساءلة تمنع الانتهاكات المتعلقة بالصحة والكرامة من جانب الجهات الفاعلة التابعة وغير التابعة للدولة وتخفف من آثارها وتوفر سبل الانتصاف بشأنها، بما في ذلك في مرافق الرعاية الصحية وعلى صعيد حوكمة ما تتمتّع به الجهات الخاصة من نفوذ؛

(113) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14(2000)، الفقرتان 12(ب)'4' و(ج).

(114) انظر A/HRC/56/52.

(115) انظر A/78/175.

(116) انظر A/79/177.

(117) انظر: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content.

(ي) منح الأولوية للأشخاص الأكثر تخلفاً عن الركب عند تنفيذ هذه التوصيات، واتباع نهج تقاطعي يعالج أشكال التمييز المركّبة، بما في ذلك فيما يخص الأشخاص الذين تعرضوا للوصم أو التمييز أو التجريم بسبب العرق أو الجنس أو الإعاقة أو الحالة الصحية أو الوضع الاقتصادي والاجتماعي أو الميل الجنسي أو الهوية الجنسانية؛

(ك) ضمان إمكانية الوصول إلى الخدمات والسلع والمرافق الصحية والمحددات الأساسية للصحة دون تمييز واستناداً إلى أساس من المساواة الفعلية[118]؛

(ل) دعم ما يُطبّق من تدريب وتحديثات للمناهج الدراسية ومعايير مهنية للتصدّي للتمييز وللتحيز الضمني في سياقات الرعاية الصحية وأماكن تقديم العلاج، وضمان أن تكون آليات تقديم الشكاوى في المتناول وكفيلة بتوفير سبل انتصاف فعالة؛

(م) تعزيز الظروف التي تتيح عيش حياة كريمة عبر كفالة الحصول على السكن الملائم وما يكفي من الغذاء والمياه، وظروف العمل الآمنة، والحماية الاجتماعية والتعليم، وضمان أن تكون الخدمات الصحية ملائمة ثقافياً ومتاحة للفئات الأكثر تأثراً بالحرمان الهيكلي[119]؛

(ن) دمج الرعاية الملطِّفة ومبدأ صون كرامة كبار السن في النظم والسياسات الصحية، وتدريب العاملين في مجال الصحة، وضمان الاستقلالية وتخفيف المعاناة التي يمكن تجنّبها، بما في ذلك عبر توفير الأدوية الأساسية لتسكين الألم، ومعالجة العوائق التي تحول دون الحصول على هذه المنافع، بما في ذلك الوصم المرتبط بالرعاية في مرحلة الاحتضار[120]؛

(س) ضمان أن يعكس تمويل قطاع الصحة وحوكمته، بما يشمل سياسات المشتريات على سبيل المثال، مبدأي حسن الإدارة والمساواة الفعلية، بما في ذلك من خلال التوعية المحددة الهدف وإزالة العوائق الإدارية وضمان قدرة الشرائح المنخفضة الدخل على تحمل التكاليف؛

(ع) اتخاذ التدابير، حيثما يكون الوصول إلى الإجهاض المأمون مقيّداً، لتحقيق الإصلاحات التشريعية والقانونية بهدف إلغاء التجريم والتخفيف الفوري من الضرر، بما في ذلك عبر ضمان الوصول إلى المعلومات والتثقيف في مجالي الصحة الجنسية والصحة الإنجابية، ووسائل منع الحمل الميسورة التكلفة، والرعاية التي لا تنطوي على وصم، وضمانات السرّية التامة فيما يتعلق بالرعاية اللاحقة للإجهاض وحالات الطوارئ[121]؛

(ف) اتخاذ التدابير، حيثما بقيت هناك قوانين عقابية قائمة، للحد من الممارسات الشُّرطية التمييزية ومنع العنف وضمان الوصول إلى الخدمات الصحية دون أي تمييز، بما يشمل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه[122]؛

(ص) إدراج تعزيز الصحة العقلية في الاستراتيجيات الوقائية، مع الاعتراف بأن الوصم والإقصاء يزيدان من تفاقم الكرب وبأنه يمكن تحسين النتائج عن طريق الخدمات المجتمعية؛

(118) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20(2009)، الفقرات 8-10 و18-27.

(119) انظر A/78/175.

(120) انظر: www.who.int/health-topics/palliative-care؛ وقرار جمعية الصحة العالمية WHA67.19.

(121) انظر A/76/172.

(122) المرجع نفسه.

(ق) كفالة ألا تصبح سياسات الوقاية أدوات للإكراه أو المراقبة العقابية أو التمييز، وأن يكون أي تقييد للحقوق مستوفياً بشكل صارم لشرطي الضرورة والتناسب؛

(ر) دعم إجراء البحوث وجمع البيانات بطريقة أخلاقية وتشاركية وقائمة على الحقوق، مع ضمان توفير حماية قوية للخصوصية وتجنّب ما ينطوي على وصم من الممارسات المتّبعة في مجال البيانات؛

(ش) ضمان أن تشمل المشاركة النساء والمراهقين وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة والمثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وأحرار الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين وعديمي الرغبة الجنسية وغيرهم من الأشخاص المتنوعين جنسانياً، ومتعاطي المخدرات، والمشتغلين بالجنس، والمهاجرين، والمجتمعات المصنّفة عنصرياً، من بين فئات أخرى؛

(ت) إرساء قواعد واضحة بشأن الإفصاح عن المصالح، وأنشطة جماعات الضغط، وممارسات "الباب الدوار" (انتقال المسؤولين بين المناصب الحكومية والشركات الخاصة)، وتمويل البحوث وأنشطة الدعوة، وضمان الرقابة المستقلة على الامتثال؛

(ث) ضمان المساواة في التمويل فيما يتعلق بالأمراض النادرة والتقدّم في مجال الطب النسائي والبحوث السريرية التي تتناول الحالات المهملة؛

(خ) صون حرمة الإنسان واحترام هويته وكرامته واستقلاليته ورفاهه، وإعلاء مبادئ عدم التمييز والمساواة والخصوصية والسرية؛

(ذ) إلغاء الأطر العقابية ومواءمة السياسات المحلية مع مبادئ الصحة العامة وحقوق الإنسان والحد من الضرر؛ فإلغاء التجريم أمر ضروري لإعمال الحق في الصحة؛

(ض) ضمان أن تكون الخدمات الصحية المقدّمة للفئات السكانية المهمّشة متاحة وفي المتناول ومقبولة وعالية الجودة؛

(أ أ) إنشاء آليات رسمية للمشاركة في حوكمة الصحة، بما في ذلك الهيئات الاستشارية وهياكل الرقابة المجتمعية وعمليات الميزنة التشاركية، حيثما كان ذلك مناسباً، وضمان تمثيل الفئات المهمّشة؛

(أ ب) ضمان توفير الموارد اللازمة لآليات المساءلة وتصنيف البيانات المستخدمة في الرصد تصنيفاً مناسباً لكشف أوجه عدم المساواة، مع الحفاظ في الوقت نفسه على تدابير قوية لحماية الخصوصية؛

(أ ج) الحرص لدى السعي إلى إعمال الحق في الصحة للجميع على اتّباع نُهُج تراعي تنوع التجارب البشرية، وتطبيق حلول تهدف إلى تحقيق المساواة، مع وجوب أن تراعي هذه الحلول المظالم التاريخية والمستمرة التي تستوجب التزاماً مشتركاً بالإنصاف؛

(أ د) حماية المعلومات الموثوقة ومكافحة المعلومات المغلوطة؛

(أ ج) منع تضارب المصالح والتعامل مع حالاته؛

(أ د) تنظيم أنشطة الجهات الفاعلة في القطاع الخاص وفرض قيود على التسويق الضار؛

(أ هـ) كفالة المشاركة القوية؛

(أ و) إرساء التدابير الفعالة للمساءلة وجبر الأضرار[123].

(123) انظر A/79/177.