



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 ابعاد حقوق بشری بحران‌های ناشی از بیماری‌های واگیردار با تأکید بر کووید ۱۹

علی غلامعلی^{۱*}، مه‌ری توتونچیان^۲

۱. استادیار گروه معارف اسلامی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه حقوق و علوم سیاسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حق بر سلامت به عنوان یکی از مصادیق حقوق بنیادین بشر از ابتدای شناسایی آن در ادبیات حقوق بشر بین‌المللی تا به امروز دچار تحولات مختلفی شده است. مقیاس و شدت برخی بیماری‌های واگیردار مانند کووید ۱۹ به وضوح یک تهدید علیه سلامت عمومی است که می‌تواند مبنایی برای اعمال محدودیت و تعلیق برخی از حقوق مردم مانند برقراری قرنطینه و محدودیت حق بر آزادی تردد، ایجاد کند. توجه دقیق به هنجارهای حقوق بشر به ویژه عدم تبعیض و اصول مبنایی حقوق بشر مانند اصل شفافیت و احترام به کرامت انسانی می‌تواند ابعاد بحران ناشی از شیوع بیماری کووید ۱۹ را به میزان قابل توجهی محدود کند و این امکان را برای دولت‌ها فراهم می‌کند که فضایی را برای واکنش مناسب پیدا کنند.

مواد و روش‌ها: در پژوهش حاضر که با روش توصیفی - تحلیلی و با ابزار کتابخانه‌ای گردآوری شده است، ابتدا به روند ظهور حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی و مستقل پرداخته خواهد شد. سپس روند تحولات اصل مزبور و چگونگی تولد تعهدات خاص و جزئی راجع به حق بر سلامت از بطن آن مورد توجه قرار خواهد گرفت. در نهایت با توجه به گستردگی ابعاد مختلف حق بر سلامت، جنبه‌های مختلف بحران‌های ناشی از گسترش بیماری‌های واگیردار و هنجارهای قابل اعمال بر آن مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر مشاهده خواهد شد که در طول زمان و با توجه به ورود متغیرهای مختلف به فضای روابط میان تابعان حقوق، پیچیدگی‌های فراوانی بر روابط مزبور حاکم شده است. این پیچیدگی‌ها منتهی به ایجاد روابط گسترده میان مفاهیم و هنجارهای حقوقی شده است.

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

نتیجه‌گیری: حق بر سلامت نیز در طول زمان نه تنها از حیث مصادیق آن، بلکه از حیث رابطه آن با سایر مصادیق حقوق بشر نیز دچار توسعه و تحول شده است. به تعبیری به مانند گذشته نمی‌توانیم هنجارها و مصادیق حقوق بشر مانند حق بر سلامت را به صورت مستقل و انفرادی مد نظر قرار دهیم. به بیان ساده‌تر نقض مصادیق مختلف حق بر سلامت به صورت مستقیم منتهی به نقض سایر مصادیق حقوق بشر (اعم از حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و...) نیز خواهد شد.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۱۳

تاریخ انتشار: ۹۹/۰۸/۲۵

واژگان کلیدی:

حقوق بشر

حق بر سلامت

بیماری‌های واگیردار

کووید ۱۹

* نویسنده مسؤؤل: علی غلامعلی

آدرس پستی: مینی‌سیتی، بلوار ارتش، خیابان نخل، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

پست الکترونیک:

aligholamali54@gmail.com

۱. مقدمه

در دسامبر سال ۲۰۱۹ دولت چین اعلام کرد که بیماری کرونا در شهر ووهان شیوع پیدا کرده است. پس از آن، در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد که شیوع ویروس کووید ۱۹ به سطح جهانی رسیده است (۱). همچنین سازمان بهداشت جهانی از دولت‌ها خواست که اقدامات فوری برای جلوگیری از شیوع بیماری کرونا اتخاذ کنند (۲).

در فضای حقوق بشر بین‌المللی، از یکسو حق همه افراد برای داشتن بالاترین سطح سلامت و بهداشت ممکن، تضمین شده است (۳) و از سوی دیگر دولت‌ها نیز مکلف هستند که برای جلوگیری از بروز تهدیدات علیه سلامت عمومی و ارائه مراقبت‌های پزشکی به اشخاصی که به مراقبت‌های مزبور نیازمند هستند، اقداماتی را انجام دهند (۴). در مواردی که تهدیدات جدی علیه سلامت عمومی وجود دارد و یا شرایط اضطراری که حیات و موجودیت ملت را تهدید می‌کند، ایجاد می‌شود، دولت‌ها می‌توانند به استناد «اضطرار» برخی از حقوق قانونی و مشروع مردم را محدود و یا در موارد خاص معلق کنند (۵).

در واقع هدف از پژوهش حاضر تبیین حدود صلاحیت دولت‌ها برای اعمال محدودیت و تعلیق مصادیق حقوق بشر می‌باشد. در این راستا چند شرط بسیار مهم وجود دارد: اول اینکه، دولت‌ها باید اعمال محدودیت‌ها و تعلیق حقوق را براساس شواهد و مستندات علمی و دقیق انجام دهند (۶)؛ دوم اینکه، محدودیت‌ها و تعلیق حقوق نباید به صورت خودسرانه و تبعیض‌آمیز صورت گیرد (۷)؛ سوم اینکه، محدودیت‌های مزبور باید به صورت موقت و برای مدت زمانی محدود طراحی و اعمال شوند (۸)؛ چهارم اینکه اعمال محدودیت‌ها و تعلیق حقوق نباید به گونه‌ای باشد که خدشه‌ای به کرامت انسانی که یکی از حقوق اساسی بشر می‌باشد، وارد شود (۹)؛ پنجم اینکه، باید یک سازوکار بازبینی و تجدید نظر فوری وجود داشته باشد که در طول مدت اعمال محدودیت‌ها و تعلیق حقوق، به موارد اضطراری و خاص رسیدگی کند (۱۰)؛ ششم

اینکه تمام محدودیت‌ها و تعلیق حقوق باید متناسب با هدف اصلی، یعنی کنترل و مهار تهدیدات علیه سلامت عمومی باشد (۱۱).

مقیاس و شدت بیماری کووید ۱۹ به وضوح یک تهدید علیه سلامت عمومی است که می‌تواند مبنایی برای اعمال محدودیت و تعلیق برخی از حقوق مردم مانند برقراری قرنطینه و محدودیت حق بر آزادی تردد، ایجاد کند (۱۲).

در نتیجه با توجه به آنچه که بیان شد، در ارتباط با اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر باید چنین اذعان داشت که، توجه دقیق به هنجارهای حقوق بشر به ویژه عدم تبعیض و اصول مبنایی حقوق بشر مانند اصل شفافیت و احترام به کرامت انسانی می‌تواند ابعاد بحران ناشی از شیوع بیماری کووید ۱۹ را به میزان قابل توجهی محدود کند و این امکان را برای دولت‌ها فراهم می‌کند که فضایی را برای واکنش مناسب پیدا کنند. در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش‌ها هستیم که اولاً روند تحولات و توسعه حق بر سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین حقوق افراد انسانی چگونه بوده است؟ ثانیاً با در نظر گرفتن توسعه چارچوب حق بر سلامت، در بحران ایجاد شده بر اثر شیوع بیماری کرونا، کدام هنجارها و استانداردهای بین‌المللی قابل اعمال هستند؟

۲. ملاحظات اخلاقی

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

۳. مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر که با روش توصیفی - تحلیلی و با ابزار کتابخانه‌ای گردآوری شده است ابتدا به روند ظهور حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی و مستقل پرداخته خواهد شد. سپس روند تحولات اصل مزبور و چگونگی تولد تعهدات خاص و جزئی راجع به حق بر سلامت از بطن آن مورد توجه قرار خواهد گرفت. در نهایت با توجه به گستردگی ابعاد مختلف

می‌باشد. در ادامه نیز ما روند تولد این حق و روند تحولات آن را مورد بررسی قرار خواهیم داد.

۵-۲. شناسایی حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی،

مستقل و منعطف: حق بر سلامت، در قامت یکی از مصادیق حقوق بشر، اولین بار در اعلامیه جهانی حقوق بشر مورخ ۱۹۴۸ مورد شناسایی قرار گرفت. بند اول از ماده ۲۵ اعلامیه مزبور مقرر می‌دارد: «هر انسانی سزاوار یک زندگی با استانداردهای قابل قبول برای تأمین سلامتی و رفاه خود و خانواده‌اش، از جمله تأمین خوراک، پوشاک، مسکن، مراقبت‌های پزشکی و خدمات اجتماعی ضروری است و همچنین حق دارد که در زمان‌های بیکاری، بیماری، نقص عضو، بیوگی، سالمندی و فقدان منابع تأمین معاش، تحت هر شرایطی که از حدود اختیار وی خارج است، از تأمین اجتماعی بهره‌مند گردد.»

اعلامیه جهانی حقوق بشر در فضای دهه ۴۰ میلادی، صرفاً یک سند غیر الزام‌آور بین‌المللی محسوب می‌شد که واجد هیچ تعهد و تکلیف سختی برای دولت‌ها نبود. این اعلامیه در واقع با یک بیان کلی، به دنبال ترسیم یک تصویر کلی از مفهوم حقوق بشر و مصادیق آن بود (۱۵). با توجه به این مسائل دولت‌ها در پذیرش و امضاء اعلامیه مزبور سختگیری زیادی از خود نشان ندادند و بدین ترتیب این اعلامیه بدون رأی مخالف در مجمع عمومی ملل متحد تصویب رسید (۱۶). با در نظر گرفتن این شرایط، در واقع به نظر می‌رسد که اعلامیه و مفاد آن با اقبال جهانی مواجه شده است، در نتیجه سازمان ملل متحد و فعالان حوزه حقوق بشر به دنبال انعکاس مفاد اعلامیه جهانی حقوق بشر در قالب اسناد الزام‌آور بودند. در سال ۱۹۶۶ مفاد اعلامیه مزبور در دو سند الزام‌آور، یعنی میثاق حقوق مدنی و سیاسی و همچنین میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی منعکس شد (۱۷).

اولین سندی که به صورت الزام‌آور و در سطح جهانی، حق بر سلامت را برای ابنای بشر به رسمیت شناخته است، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورخ ۱۹۶۶ می‌باشد (۱۸). ماده ۱۲ این میثاق مقرر می‌دارد: «۱- دولت‌های عضو

حق بر سلامت، جنبه‌های مختلف بحران‌های ناشی از گسترش بیماری‌های واگیردار و هنجارهای قابل اعمال بر آن مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت.

۴. یافته‌ها

در پژوهش حاضر مشاهده خواهد شد که در طول زمان و با توجه به ورود متغیرهای مختلف به فضای روابط میان تابعان حقوق، پیچیدگی‌های فراوانی بر روابط مزبور حاکم شده است. این پیچیدگی‌ها منتهی به ایجاد روابط گسترده میان مفاهیم و هنجارهای حقوقی شده است.

۵. بحث

۵-۱. **ویروس کووید ۱۹:** کووید ۱۹ یک بیماری عفونی می‌باشد که توسط نسلی جدید از ویروس کرونا که اولین بار در دسامبر سال ۲۰۱۹ مورد شناسایی قرار گرفت، ایجاد می‌شود (۱). کروناویروس‌ها خانواده‌ای از ویروس‌ها هستند که به عنوان عامل اصلی عفونت‌های دستگاه تنفسی محسوب می‌شوند. در حال حاضر واکسنی برای پیشگیری از ابتلا به کووید ۱۹ ساخته نشده است و تنها راهکار فعلی، تلاش برای کنترل علائم این بیماری مانند کمک به وضعیت تنفسی بیماران، می‌باشد (۱۳). طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، تا ۲۰ آوریل ۲۰۲۰، آمارهای رسمی منتشر شده از سوی دولت‌ها نشان می‌دهند که بیش از دو میلیون و چهارصد هزار نفر در سراسر جهان به این ویروس مبتلا شده‌اند و در این میان نیز بیش از یکصد و شصت و پنج هزار نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست داده‌اند. این در حالی است که سرعت انتشار ویروس و مرگ و میر ناشی از آن به شدت نگران‌کننده است (۱۴). اصلی‌ترین حقی که پس از شیوع بیماری کووید ۱۹ مورد توجه افکار عمومی و جامعه جهانی قرار گرفت، حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری

این میثاق حق هر فرد را برای تمتع از بهترین وضعیت سلامت جسمی و روحی ممکن الحصول، 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: ۱- تقلیل میزان مرده متولد شدن کودکان - مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان؛ ۲- بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات؛ ۳- پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر - بومی- حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچنین مبارزه علیه این بیماری‌ها؛ ۴- ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلا به بیماری.»

در ارتباط با مفاد ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باید به چند نکته مهم توجه داشت. اول اینکه 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 «ممکن الحصول» را به صورت دقیق در جمله‌بندی ماده ۱۲ جایگذاری نموده‌اند (۱۹). 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 (۲۰)؛ نکته دوم که در ارتباط با این ماده باید به آن دقت داشت، کلی بودن تعهدات و الزامات ایجادشده برای دولت‌ها می‌باشد (۲۱). 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 سختگیری 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 (۲۲)، 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 (۲۳)؛ 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 (۲۴)، 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 (۲۵).

۳-۵. شناسایی حق بر سلامت در اسناد جهانی و

منطقه‌ای: حرکت به سوی شناسایی تعهدات بین‌المللی

خاص و دقیق: پس از پذیرش حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی در اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق مزبور مورد توجه سایر اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای نیز قرار گرفت. در چارچوب این اسناد، در راستای شناسایی و تضمین حق بر سلامت در اوضاع و احوال مختلف، مجموعه‌ای از تعهدات مشخص‌تر، جزئی‌تر و

دهند و اطمینان دهند که بر مبنای تساوی مردان و زنان، حقوق یکسان مخصوصاً در موارد زیر برای زنان رعایت می‌شود: ... ه - حق برخورداری از تأمین اجتماعی مخصوصاً در موارد بازنشستگی، بیکاری، بیماری، دوران ناتوانی و پیری و سایر موارد از کارافتادگی؛ و - حق برخورداری از بهداشت و ایمنی شرایط کار از جمله برخورداری از ایمنی و سلامتی برای تولید مثل؛ ۲ - به منظور جلوگیری از تبعیض علیه زنان به دلیل ازدواج، یا بارداری و تضمین حق مسلم آنان برای کار، دولت‌های عضو اقدامات مناسب ذیل را معمول خواهند داشت: الف - ممنوعیت اخراج به خاطر حاملگی یا مرخصی زایمان و اعمال تبعیض در اخراج به لحاظ وضعیت زناشویی با برقراری ضمانت اجرا برای تخلف از این امر؛ ب - دادن مرخصی دوران زایمان با پرداخت حقوق با مزایای اجتماعی مناسب بدون از دست رفتن شغل، سمت یا مزایای اجتماعی؛ ... د - حمایت ویژه از زنان در دوران بارداری در مشاغلی که ثابت شده برای آنها زیان‌آور است.»

همچنین ماده ۱۲ مقرر می‌دارد: «۱ - دولت‌های عضو باید اقدامات لازم را برای محو تبعیض علیه زنان در زمینه مراقبت‌های بهداشتی به عمل آورند و بر اساس تساوی بین زن و مرد دسترسی به خدمات بهداشتی، از جمله خدمات بهداشتی مربوط به تنظیم خانواده را تضمین نمایند؛ ۲ - دولت‌های عضو، علاوه بر مقررات بند یک ماده خدمات لازم را برای زنان در دوران بارداری، زایمان و دوران پس از زایمان تأمین نموده و در صورت لزوم خدمات رایگان در اختیار آنها قرار خواهند داد و همچنین در دوران بارداری و شیردادن، تغذیه کافی به آنها خواهند رساند.»

در ارتباط با این دو ماده چند نکته مهم حائز اهمیت است. نکته اول اینکه، در صدر ماده ۱۱ اصل برابری زن و مرد در تمتع از حق بر سلامت مد نظر قرار گرفته است. به تعبیری در تمام مواردی که مردان از حق یا امتیاز خاصی در ارتباط با حق بر سلامت بهره‌مند هستند، زنان نیز به صورت کامل از حقوق مزبور متمتع می‌شوند (۲۹)؛ نکته دوم اینکه، به موجب

سخت‌تر از تعهدات مندرج در اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی برای دولت‌ها در نظر گرفته شد (۲۶). اولین سندی که در همین راستا می‌توانیم به آن اشاره کنیم، شق ۴ از بند ه ماده ۵ کنوانسیون بین‌المللی رفع هرگونه تبعیض نژادی، است. ماده مزبور مقرر می‌دارد: «دول عضو طبق تعهدات اساسی مندرج در ماده ۲ متعهد می‌شوند که تبعیضات نژادی را به هر شکل و صورتی که باشد، ممنوع و ریشه‌کن سازند و حق هر فرد را به مساوات در برابر قانون و به ویژه در تمتع از حقوق زیر بدون تمایز از لحاظ نژاد یا رنگ یا ملیت یا قومیت تضمین نمایند: ... ه - حقوق اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی خصوصاً: ... ۴ - حق استفاده از بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی و بیمه‌های اجتماعی و خدمات اجتماعی.» در اینجا توجه به دو نکته لازم است، اول اینکه، فارغ از شناسایی حق بر سلامت، دولت متعهد شده‌اند که حق بر سلامت را بدون هیچ‌گونه تبعیض و به صورت برابر برای همه افراد انسانی مورد شناسایی قرار دهند. به تعبیری در این زمینه هیچ تفاوتی میان نژادها، اقوام و گروه‌های مختلف مستقر در قلمرو یک دولت وجود ندارد (۲۷)؛ نکته دوم اینکه در این کنوانسیون قلمرو حق بر سلامت، نسبت به میثاق دقیق‌تر و مشخص‌تر شده است. در ماده ۵ به طور خاص، حق استفاده از بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی و بیمه‌های اجتماعی و خدمات اجتماعی، به عنوان مصادیق حق بر سلامت مورد شناسایی قرار گرفته است، در حالی که پیش‌تر به صورت خاص، مصادیق حق بر سلامت در فضای اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه و تصریح قرار نگرفته بود (۲۸).

دومین سند مهمی که در ارتباط با حق سلامت می‌توانیم به آن اشاره کنیم، کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان می‌باشد. مواد ۱۱ و ۱۲ این کنوانسیون به طور خاص تعهداتی در ارتباط با حق بر سلامت برای دولت‌ها در نظر گرفته است:

ماده ۱۱ مقرر می‌دارد: «۱ - دولت‌های عضو باید اقدامات مقتضی را برای رفع تبعیض علیه زنان در زمینه اشتغال انجام

سومین سند مهم در این زمینه که حائز اهمیت است، کنوانسیون حقوق کودک می‌باشد. ماده ۲۴ این کنوانسیون مقرر می‌دارد:

«۱- کشورهای طرف کنوانسیون، حق کودک را جهت برخورداری از بالاترین استاندارد بهداشت و از تسهیلات لازم برای درمان بیماری و توانبخشی به رسمیت می‌شناسند. آنان برای تضمین اینکه هیچ کودکی از رسیدن به این حق و دسترسی به خدمات بهداشتی محروم نخواهد شد، تلاش خواهند نمود.

۲- کشورهای طرف کنوانسیون موضوع را تا اجرای کامل این حق دنبال خواهند کرد و خصوصاً در زمینه‌های ذیل روش‌های مناسب را اتخاذ خواهند کرد: ۱- کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان؛ ۲- تضمین فراهم‌نمودن مشورت‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ ۳- مبارزه با بیماری‌ها و سوءتغذیه، از جمله در چارچوب مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق به کار بستن تکنولوژی‌های در دسترس و از طریق فراهم نمودن مواد غذایی مقوی و آب آشامیدنی سالم و در نظر گرفتن خطرات آلودگی محیط زیست؛ ۴- تضمین مراقبت‌های قبل و پس از زایمان مادران؛ ۵- تضمین اینکه تمام اقشار جامعه خصوصاً والدین و کودکان از مزایای تغذیه شیر مادر، بهداشت و بهداشت محیط زیست و پیشگیری از حوادث اطلاع داشته و به آموزش دسترسی داشته و در زمینه استفاده از اطلاعات اولیه بهداشت کودک و تغذیه مورد حمایت قرار دارند؛ ۶- توسعه مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه، ارائه راهنمایی‌های لازم به والدین و آموزش تنظیم خانواده و خدمات.

۳- کشورهای طرف کنوانسیون تمام اقدامات لازم و مناسب را برای زودن روش معالجاتی سنتی و خرافی در مورد بهداشت کودکان به عمل خواهند آورد.

۴- کشورهای طرف کنوانسیون پیشبرد و تشویق همکاری‌های بین‌المللی برای دستیابی تدریجی به تحقق کامل حقوق شناخته‌شده در کنوانسیون حاضر را متقبل می‌شوند. در این

بند ۲ از ماده ۱۱ و ماده ۱۲، زنان علاوه بر حقوق برابر با مردان، از برخی حقوق خاص نیز که جنبه حمایتی دارند نیز متمتع می‌شوند. به بیان ساده‌تر در این کنوانسیون، با توجه به شرایط فیزیولوژیک خاص زنان به ویژه در ارتباط با بارداری، زایمان و شیردهی، برای تضمین هرچه بهتر حق بر سلامت آنان، از نظر مصداقی، برای زنان حقوق بیشتری نسبت به مردان در نظر گرفته شده است. به تعبیری در اینجا، کنوانسیون از اصل مساوات به نفع زنان عدول کرده و متمایل به اصل عدالت شده است (۳۰)؛ نکته سوم اینکه، با توجه به آنچه بیان شد، قلمرو حق بر سلامت در چارچوب مواد ۱۱ و ۱۲ نسبت به اسناد قبلی، به صورت مشخص‌تر، خاص‌تر و گسترده‌تر شده است. به بیان ساده‌تر مصادیقی همچون، شناسایی حق بر سلامت نه فقط در دوران بیماری، بلکه در شرایط ناتوانی و پیری، لزوم توجه و بهبود شرایط بهداشتی محل کار، توجه ویژه به بارداری، تأمین حق بر سلامت روانی (علاوه بر سلامت جسمی) با عدم تبعیض میان زنان متأهل و زنان مطلقه، ارائه خدمات بهداشتی رایگان به ویژه در دوران بارداری، شیردهی و تغذیه، در قلمرو حق بر سلامت به صورت مشخص تعریف شده‌اند (۳۱)؛ نکته چهارم اینکه، تضمین و اجرای حق بر سلامت با توجه به مشخص‌تر شدن قلمرو آن، با تضمین و اجرای برخی دیگر از مصادیق حقوق بشر، مانند حق بر داشتن کار یا حق بر دریافت دستمزد مکفی (با توجه به شناسایی حقوقی مانند مرخصی استعلاجی و استحقاقی) ارتباط پیدا کرده است. به بیان ساده‌تر مانند گذشته نمی‌توان حق بر سلامت را به صورت محض و مطلق در نظر گرفت، زیرا نقض حقوق مرتبط با آن می‌تواند به صورت غیر مستقیم منتهی به نقض حق بر سلامت شود (۳۲). برای مثال، عدم دریافت دستمزد (و همچنین عدم دریافت غرامت در مواردی که شخص بیمه شده است) در زمان مرخصی استعلاجی، نقض حقوق افراد در راستای داشتن شرایط کاری مناسب می‌باشد، اما همین مسأله علی‌رغم اینکه مربوط به فضای حقوق کار می‌باشد، اما حق بر سلامت افراد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بشر و مردم (ماده ۱۶)، پروتکل الحاقی کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر (ماده ۱۰)، اشاره کنیم.

۵-۴. استفاده از اسناد حقوق نرم بین‌المللی جهت تثبیت

و تقویت چارچوب حق بر سلامت: بنای اصلی تئوری حقوق نرم این است که حقوق یک پدیده صفر و صدی نیست (یا نباید باشد). این نگاه که برگرفته از فضای منطقی فازی می‌باشد، رویکرد کلاسیک، یعنی قالب‌گرایی را با چالش مواجه کرده است. واژه فازی به معنای مبهم، غیر واضح و غیر دقیق است. این رویکرد در دهه ۶۰ میلادی توسط پروفیسور لطفی‌زاده متولد شد و به طور خلاصه در مقابل منطق ارزش‌های صفر و یکی طراحی شده است. به بیان ساده‌تر در پرتو این منطق با توجه به تعدد متغیرها، خروجی ممکن است طیفی از مقادیر کاملاً صحیح، صحیح، غلط، کاملاً غلط، تاحدودی صحیح، تاحدودی غلط، باشد (۳۶).

به تعبیری فضای حقوق باید طیف‌های مختلفی از روابط را مورد تحلیل و بررسی قرار دهد و در مرحله بعد به تنظیم آن‌ها بپردازد. با توجه به این دیدگاه، نگاه به عالم حقوق در قالب‌های دوگانه سنتی مانند قانونی و غیر قانونی، الزامی و غیر الزامی بی‌فایده است. در واقع باید حقوق را در شرایط و درجات مختلف و متنوعی از قانونی بودن یا الزام‌آوری دید. به تعبیری وضعیت حقوقی روابط تابعان حقوق در طیفی از حالت‌های مختلف، از جمله قانونی، کمتر قانونی، غیر قانونی، کمتر غیر قانونی و... قرار می‌گیرد (۳۷). به بیان ساده‌تر هنجارها می‌توانند بیشتر یا کمتر الزام‌آور باشند (و نه حتماً الزام‌آور مطلق یا غیر الزام‌آور) و اعمال می‌توانند بیشتر یا کمتر قانونی باشند (و نه حتماً قانونی مطلق یا غیر قانونی) (۳۸).

اختلاف نظر میان حقوقدانان و نویسندگان حقوق بین‌الملل در ارتباط با مکاتب حقوقی - فلسفی و نوع نگاه به فضای روابط بین‌المللی و مناسبات آن با حقوق بین‌الملل، باعث شده است که تعاریف و تعبیر بسیار مختلفی از حقوق نرم ارائه شود. با توجه به این اختلافات، برخی نویسندگان معتقدند که اساساً ارائه تعریفی جامع و مانع از حقوق نرم امکان‌پذیر نیست (۳۹).

ارتباط، به نیازهای کشورهای در حال توسعه توجه خاصی خواهد شد.»

نکته اول در ارتباط با این ماده اینکه، همان فرمولی که ارتباط با توسعه دامنه شمول حق بر سلامت در کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان ایجاد شده بود، در کنوانسیون حقوق کودک نیز تکرار شد. به تعبیری از یکسو، قلمرو حق بر سلامت در چارچوب ماده ۲۴ نسبت به اسناد قبلی، به صورت مشخص‌تر، خاص‌تر و گسترده‌تر شده است، از سوی دیگر توجه ویژه به کودکان و وضعیت آسیب‌پذیر آن‌ها، باعث شده است که حق بر سلامت در ارتباط با کودکان از حیث مصادیق، گسترش بیشتری پیدا کند (۳۳)؛ نکته دوم که در اینجا باید به آن توجه داشته باشیم اینکه، حق بر سلامت در چارچوب ماده ۲۴ نیز به نحوی گسترش یافته است که با سایر مصادیق حقوق بشر و تضمین آن‌ها نیز ارتباط پیدا کرده است. پیش‌تر اشاره شد که این وضعیت در ارتباط با کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان نیز وجود دارد، اما با دقت در مفاد ماده ۲۴ متوجه خواهیم شد که ارتباط حق بر سلامت با سایر مصادیق حقوق بشر و تأثیر تضمین آن‌ها بر یکدیگر، بسیار گسترده‌تر و بیشتر از وضعیتی است که در کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان پیش‌بینی شده است (۳۴). به بیان ساده‌تر در کنوانسیون حقوق کودک، در راستای توسعه و گسترش قلمرو حق بر سلامت، حق بر محیط زیست سالم (شق «ج» از بند ۲ ماده ۲۴)، حق بر آموزش (شق «د» از بند ۲ ماده ۲۴)، حق بر توسعه (بند ۴ ماده ۲۴) نیز مورد توجه کنوانسیون حقوق کودک قرار گرفته است (۳۵). در واقع مشاهده می‌شود که در هر مرحله، حق بر سلامت علاوه بر توسعه و گسترش از حیث مصادیق، ارتباط بیشتری با سایر مصادیق حقوق بشر پیدا می‌کند. توسعه مصادیق حق بر سلامت و گسترش ارتباط آن با سایر مصادیق حقوق بشر صرفاً محدود به اسناد جهانی که ذکر شد، نیست، بلکه در اسناد بین‌المللی منطقه‌ای متعددی نیز همین وضعیت وجود دارد. در همین راستا می‌توانیم به منشور اجتماعی اروپایی (ماده ۱۱)، منشور آفریقایی حقوق

فوق را با هم در نظر گرفته است: «قواعد رفتاری که در ابزارهایی که قدرت الزام‌آوری حقوقی ندارند، بیان می‌شوند، اما با این وجود می‌توانند آثار حقوقی مشخص (غیر مستقیم) داشته و یا در نظر داشته باشند و می‌توانند آثار عملی ایجاد کنند.» در این تعریف در واقع شاهد کشمکش میان قصد و نتیجه هستیم. اینجاست که باید بگوییم حقوق نرم، قواعد رفتاری را ایجاد می‌کند که هدف آن حداقل برخی آثار روبه‌ای است، اما این آثار بستگی به فاکتورهایی غیر از قدرت الزام حقوقی است (۴۶).

با توجه به آثار حقوقدان مختلف در مورد حقوق نرم، هنجارها و اسناد حقوق نرم می‌تواند حداقل به سه گروه تقسیم شوند، البته در این مورد و نحوه تقسیم‌بندی میان نویسندگان اختلاف نظر نیز وجود دارد (۴۷).

گروه اول، تصمیمات غیر الزام‌آور سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی را شامل می‌شود. برای مثال تصمیمات غیر الزام‌آور مربوط به روابط برون سازمانی، دستورالعمل‌ها، برنامه‌ها، اعلامیه‌ها، بخشنامه‌ها، نظرات، طرح‌های اجرایی، برنامه اقدام و توصیه‌نامه‌ها که در میان این موارد، قطع‌نامه‌های مجمع عمومی ملل متحد بیشتر از سایر موارد خودنمایی می‌کنند (۴۸)؛ گروه دوم، موافقت‌نامه‌های دو یا چندجانبه غیر الزام‌آور میان دولت‌ها می‌باشد که تحت عناوینی، مانند اعلامیه‌های رسمی، اعلامیه‌های مشترک، تفاهم‌نامه‌های سیاسی، فنی و...، توصیه‌نامه‌های مصوب کنفرانس‌های بین‌المللی و... در ادبیات حقوق و روابط بین‌الملل از آن‌ها یاد می‌شود (۴۹)، البته این دسته از توافق‌نامه‌ها گاهی میان اعضای یک سازمان بین‌المللی و در ارتباط با مسائل داخلی مربوط با سازمان مزبور منعقد و به مرور تبدیل به رویه دائمی سازمان می‌شوند، مانند موافقت‌نامه مربوط به توزیع جغرافیایی اعضای غیر دائم شورای امنیت مورخ ۱۹۴۶ (که یک موافقت‌نامه نزاکتی محسوب می‌شود و از نظر حقوقی نمی‌توان گفت که منشور ملل متحد را اصلاح کرده است) و یا موافقت‌نامه لوگزامبورگ مورخ ۱۹۶۶ در ارتباط با قواعد رأی‌گیری در جامعه اروپا؛ گروه سوم، شامل

به اعتقاد برخی از حقوقدانان، ریشه اصلی مفهوم حقوق نرم به تفکرات لرد مک نایر بازمی‌گردد (۴۰)، هرچند که ایشان در واقع به دو مفهوم «قواعد جاری» و «قواعد مطلوب» پرداخته است، البته باید دقت داشت که لرد مک نایر عبارت حقوق نرم را در کتاب حقوق معاهداتش به کار نبرده است. در واقع وی تمایز میان حقوق نرم و حقوق سخت را در ردیف تمایز قواعد جاری و قواعد مطلوب به کار برده است (۴۱).

برخی نویسندگان با نگاهی کلی (و نه صرفاً در قالب حقوق بین‌الملل) معتقدند که «حقوق نرم مجموعه‌ای از قواعد رفتاری است که با علی‌رغم فقدان عنصر الزام‌آوری از منظر قواعد حقوقی، در عمل دارای تأثیر گسترده‌ای می‌باشد» (۴۲). برخی دیگر از نویسندگان با تأکید بر اینکه اصولاً مرزبندی حقوق نرم و حقوق سخت مسأله اصلی و مهم نیست، بلکه اعتبار و جایگاه حقوق نرم به عنوان یک قاعده حقوقی مسأله اساسی محسوب می‌شود، حقوق نرم را چنین تعریف می‌کنند: «حقوق نرم قواعد رفتاری است که به مرحله الزام‌آوری حقوقی نرسیده است، اما در تحلیل و بررسی مفاهیم مختلف حقوقی مؤثر است.» طرفداران این دیدگاه در واقع بر قصد مشترک واضعان برای فقدان عنصر الزام‌آوری حقوقی و در عین حال انطباق بالای رفتار با قواعد حقوق نرم، تأکید می‌کنند (۴۳).

برخی دیگر از نویسندگان حقوق نرم را (در عین اینکه هنجارهای بیشتر اجتماعی می‌دانند تا حقوقی): «هر نوع سند مکتوب بین‌المللی غیر معاهداتی می‌دانند که دربردارنده اصول، استانداردها و یا سایر اظهاراتی است که علی‌رغم نداشتن قالب حقوقی، امکان پیش‌بینی رفتار آتی دولت‌ها را فراهم می‌کند» (۴۴). دسته‌ای دیگر حقوق نرم را در گستره حقوق دولت‌های عضو اتحادیه اروپا چنین تعریف کرده‌اند: «تعهداتی که بیشتر از اظهارات سیاسی، اما کمتر از اظهارات قانونی در معنای دقیق هستند که همه آن‌ها در نداشتن الزام‌آوری به عنوان یک مفهوم حقوقی، نداشتن قرابت خاصی با حقوق یا نداشتن یک رابطه حقوقی خاص، مشابه هستند» (۴۵). تعریف خانم پروفیسور سندن ارائه کرده‌اند تقریباً برخی جنبه‌های تعاریف

تمام مقررات اصلی میثاق توسط کمیته ارزیابی شده بود (۵۳). یافته‌ها و نتایج کار کمیته نیز به نوبه خود در دستورالعمل‌های بازنگری شده برای گزارش وضعیت حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دولت‌های عضو، منعکس می‌شوند. تمام اسناد و گزارش‌هایی که کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی منتشر می‌کند، عملاً مصادیقی از هنجارهای حقوق نرم محسوب می‌شوند.

«حق هر کس برای تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول» 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. 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 شد (۵۴). مع الوصف، فارغ از تمام اختلاف نظرانی 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

توصیه‌هایی است که توسط سازمان‌های غیر دولتی به تصویب رسیده‌اند که می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر رویه بین‌المللی (مانند کمیته بین‌المللی صلیب سرخ) داشته باشد (۵۰).

در فضای حقوق و روابط بین‌المللی، اسناد نرم فراوانی وجود دارد که حاوی هنجارهای نرمی در راستای توسعه و گسترش مفهوم حق بر سلامت و ارتباط نزدیک آن با سایر مصادیق حقوق بشر می‌باشد. همانطور که پیش‌تر اشاره شد، 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: میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

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 (۵۱). 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 (۵۲)، 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

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 (۵۷). 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.

علاوه بر سازوکار کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، اسناد دیگری نیز در ارتباط با حق بر سلامت وجود دارند که جزء مصادیق حقوق نرم محسوب می‌شوند، از جمله این اسناد می‌توانیم به اعلامیه حقوق مردمان بومی (مواد ۱۷، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۹)، اعلامیه جهانی یونسکو راجع به اخلاق زیستی و حقوق بشر (مواد ۷، ۱۴، ۱۵، ۲۱ و ۲۷)، اصول حفاظت از معلولین ذهنی و بهبود سلامت روانی، قواعد استاندارد راجع به تساوی فرصت‌ها برای معلولین، اصول راجع به کهنسالان، راهنمای بین‌المللی راجع به اچ‌آی‌وی/ایدز و حقوق بشر، اعلامیه الزامات راجع به اچ‌آی‌وی/ایدز اشاره کنیم.

مع‌الوصف اسناد و هنجارهای حقوق نرم پس از آنکه همگرایی و وحدت رویه میان اعضای جامعه بین‌المللی ایجاد می‌کنند، این ظرفیت را دارند که از طریق فرآیند عرف بین‌المللی یا حتی انعقاد کنوانسیون‌های بین‌المللی، تبدیل به حقوق سخت شوند (۵۸). در راستای فرآیند تبدیل شدن حقوق نرم به حقوق سخت می‌توانیم به فرآیند طراحی و تصویب کنوانسیون چارچوبی سازمان بهداشت جهانی راجع به کنترل تنباکو اشاره کنیم. پیش از تصویب کنوانسیون مزبور، سازمان بهداشت جهانی، قطع‌نامه‌ها و اصول راهنمای مختلفی در ارتباط با کنترل تنباکو و تأکید بر توسعه مفهوم حق بر سلامت در جهت حق سلامت جمعی، به تصویب رساند. پس از اینکه

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 (۵۵). 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، پناهنجویان یا حتی مهاجران غیر قانونی را به خدمات بهداشتی پیشگیرانه، درمانی و تسکین‌بخش، منع یا محدود نکنند. 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 باید اطمینان حاصل کنند که خصوصی‌سازی بخش بهداشت و سلامت، تهدیدی برای در دسترس بودن و کیفیت خدمات بهداشتی نیست (۵۶). 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

اسناد مزبور (که همگی غیر الزام‌آور بودند) با اقبال جامعه بین‌المللی مواجه شد، سازمان بهداشت جهانی تصمیم گرفت که در راستای کنترل تنباکو، اقدام به طراحی و تصویب یک کنوانسیون بین‌المللی نماید که عمده محتویات آن برگرفته از اسناد و هنجارهای غیر الزام‌آوری بود که پیش‌تر مورد پذیرش دولت‌ها قرار گرفته بود (۵۹)، در نتیجه توسعه اولیه حق بر سلامت، ابتدا در فضای حقوق نرم صورت پذیرفت و پس از اقبال جامعه بین‌المللی، توسعه مزبور به فضای حقوق سخت منتقل شد. قسمت اعظمی از تحولات حق بر سلامت و گسترش ارتباط آن با سایر مصادیق حقوق بشر، مدیون همین سازوکار حقوق نرم و انتقال آن به فضای حقوق سخت می‌باشد. در اینجا یک پرسش اساسی مطرح می‌شود و آن اینکه، با توجه به تحولات و توسعه مصداقی مفهوم حق بر سلامت و همچنین گسترش ارتباط حق مزبور با سایر مصادیق حقوق بشر، در زمان وقوع بحران‌های ناشی از گسترش بیماری‌های واگیردار مانند کووید ۱۹، چه استانداردها و هنجارهای حقوق بشری قابلیت اعمال پیدا می‌کنند؟ در ادامه با در نظر گرفتن تحولات و توسعه مفهوم حق بر سلامت، ابعاد حقوق بشری بحران‌های ناشی از گسترش بیماری‌های واگیردار و استانداردها و هنجارهای حقوق بشری قابل اعمال در فضای بحران‌های مزبور را مورد بررسی قرار خواهیم داد.

۵-۵. ابعاد حقوق بشری بحران‌های ناشی از گسترش

بیماری‌های واگیردار و هنجارهای حقوق بشری قابل

اعمال بر آن‌ها: در این قسمت به بررسی مصادیق خاصی از هنجارهای حقوق بشری پرداخته خواهد شد که در تعارض یا تزاخم با اقدامات دولت‌ها و بخش خصوصی در مواقع گسترش بیماری‌های واگیردار قرار می‌گیرند.

۵-۵-۱. حق آزادی بیان و دسترسی به اطلاعات: مطابق حقوق

بشر بین‌المللی، دولت‌ها متعهد به حفاظت و تضمین حق آزادی بیان که شامل حق مطالبه، دریافت و انتشار اطلاعات فارغ از پدیده «مرز» می‌باشد، هستند (۶۰). یکی از مسؤولیت‌های مهم دولت‌ها، فراهم‌آوردن اطلاعات ضروری برای تضمین و

ارتقای حق بر سلامت می‌باشد (۶۱). در همین راستا، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بیان داشته است که آموزش و دسترسی به اطلاعات راجع به چالش‌های مربوط به سلامت جامعه، از جمله روش‌های پیشگیری و کنترل آن‌ها، یک تعهد مبنایی برای دولت‌ها محسوب می‌شود (۶۲). در زمان گسترش بیماری‌های فراگیر مانند کووید ۱۹، لازم است که اطلاعات به روز شده راجع به بیماری و عامل آن، دسترسی به خدمات بهداشتی، اختلالات ایجاد شده در روند خدمات بهداشتی و درمانی و سایر واکنش‌های ضروری برای مواجهه با بیماری به آسانی، دقیق و سریع مطابق با اصول حقوق بشر در دسترس همگان قرار گیرد (۶۳). دولت‌ها جز در مواردی که استانداردهای بین‌المللی به صورت استثنایی اجازه محدود کردن حق بر آزادی بیان و حق دسترسی به اطلاعات را صادر می‌کنند، نباید هیچ‌گونه محدودیتی در راستای اعمال و تضمین حقوق مزبور ایجاد نکنند. پرواضح است که لازمه اعمال و تضمین دسترسی آزادانه به اطلاعات این است که اطلاعات مزبور به وسیله‌ای مناسب در اختیار مردم قرار گیرد. به تعبیری دولت باید اطلاعات راجع به بیماری و روش‌های پیشگیری و درمان را در قالب چند زبان مختلف و رسمی در اختیار عموم قرار دهد (۶۴). همچنین در انجام این فرآیند نباید از وضعیت اقشار خاص جامعه که دارای معلولیت‌های جسمی مانند ناشنوایی و نابینایی هستند، غافل شد. در واقع دولت باید با استفاده از ابزارهای مختلف مانند رابط ناشنوایان و... از دسترسی اقشار خاص جامعه به اطلاعات لازم، اطمینان حاصل کند (۶۵). نکته‌ای که در این قسمت حائز اهمیت می‌باشد این است که دولت‌ها در شرایط وقوع بحران‌های ناشی از بیماری‌های فراگیر باید دسترسی به ابزارهای ارتباطی مانند اینترنت را (حداقل برای افراد کم‌درآمد)، تا حد امکان تسهیل کنند (۶۶).

۵-۵-۲. اعمال قرنطینه، جداسازی افراد و ممنوعیت سفر

مطابق با هنجارهای حقوقی: مطابق مقررات حقوق بشر بین‌المللی به ویژه میثاق حقوق مدنی و سیاسی، دولت‌ها

بشری در خطر باشد، مانند شکنجه، آزار و اذیت و... ممنوع اعلام شود. در واقع دولت‌ها در مواقع وقوع بحران‌های ناشی از بیماری‌های فراگیر، در صورتی که دولت مزبور مقصد حرکت پناهندگان باشد، باید سازوکارهایی (مانند اختصاص اردوگاه‌های خاص و مجزا به صورت موقت) را پیش‌بینی کنند که پناهجویان حداقل بتوانند از شرایطی که حق حیات آن‌ها را تهدید می‌کند، رهایی یابند (۷۱).

۵-۳. حفاظت از افراد تحت بازداشت و افرادی که در امکان محل حضور اجتماعات حضور دارند: در موارد شیوع بیماری‌های واگیردار مانند کووید ۱۹ که در واقع یک بیماری عفونی محسوب می‌شود، خطر اصلی متوجه افرادی است که با تعداد زیاد در کنار یکدیگر و با فاصله کم زندگی می‌کنند (۷۲)، در نتیجه افرادی که در بازداشتگاه‌ها، زندان‌ها، مراکز نگهداری مهاجران، مراکز نگهداری از معلولین و افراد کهنسال و همچنین افراد بی‌خانمان به سر می‌برند، به ویژه در مواردی که سطح دسترسی به مراقبت‌ها و امکانات بهداشتی پایین باشد، نسبت به سایر افراد عادی بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری قرار دارند. دولت‌ها مکلف هستند که برای افراد مزبور به اندازه سایر افراد عادی، امکان بهره‌مندی از امکانات و مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی را فراهم کنند. در این میان شرایط افرادی که در بازداشتگاه‌ها و زندان‌ها به سر می‌برند، بیش از سایر افراد باید مورد توجه قرار گیرد، زیرا افراد مزبور در شرایط عادی حتی در کشورهای توسعه‌یافته، مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی مناسب و کافی دریافت نمی‌کنند (۷۳). در این راستا، دولت‌ها باید در جهت کاهش جمعیت زندانیان اقدام کنند. برای مثال دولت‌ها می‌توانند فرآیند اعطای مرخصی به زندانیان را تسهیل کنند و یا زندانیانی که به واسطه ارتکاب جرائم غیر خشونت‌آمیز در زندان به سر می‌برند را به صورت موقت آزاد کنند، به مانند شرایط عادی که میان افراد آسیب‌پذیر و افراد عادی باید قائل به تفکیک شد، در زندان نیز باید میان افراد مزبور قائل به تفکیک شویم، زیرا افراد آسیب‌پذیر مانند کهنسالان و یا افراد دارای بیماری‌های

می‌توانند بنا به دلایل مربوط به بهداشت و سلامت عمومی و همچنین وضعیت اضطراری سراسری، برای برخی از مصادیق حقوق بشر، محدودیت‌هایی ایجاد کنند (۶۷). محدودیت‌های مزبور باید قانونی، ضروری و متناسب با وضعیت حاکم باشند. در همین راستا، محدودیت‌های مربوط با قرنطینه و جداسازی افراد الزاماً باید به موجب قانون و به صورت شفاف صورت گیرد. محدودیت‌های مزبور باید برای دستیابی به اهداف مشروع و حفظ سلامت عمومی، بر اساس شواهد و مستندات علمی، ضروری باشند (۶۸). مع الوصف در هر حال، محدودیت‌ها باید به نحوی اعلام شوند که اولاً از نظر زمانی محدود باشند؛ ثانیاً با رعایت کرامت انسانی اجرا شوند. همچنین با توجه به تغییرات مستمری که با گذشت زمان در وضعیت مردم ایجاد می‌شود، لازم است که اعمال محدودیت‌ها و نحوه اجرای آن‌ها دائماً مورد بررسی و حسب مورد بازبینی قرار گیرد (۶۹). تجربه نشان داده است که قرنطینه به شکل گسترده و بدون محدودیت زمانی و تعطیلی نامحدود عمومی فضای کسب و کار، در واقع نه تنها به بهبود وضعیت کمی نمی‌کند، بلکه در عمل سلسله مشکلاتی را به بحران‌های ناشی از شیوع بیماری‌های فراگیر اضافه می‌کند. همچنین اعمال قرنطینه با شرایط مزبور، عموماً به صورت خودسرانه و تبعیض آمیز صورت می‌گیرد. به همین دلیل است که در بحران ناشی از گسترش بیماری کووید ۱۹، سازمان بهداشت جهانی حرکتی در جهت اعمال قرنطینه و محدودیت گسترده در قالب تعهدات الزام‌آور برای دولت‌ها انجام نداده است (۷۰). تردیدی نیست که آزادی تردد یکی از مصادیق حقوق بشری محسوب می‌شود و مانند سایر مصادیق حقوق بشر در شرایط خاص و وقوع بحران‌ها ممکن است به صورت استثنایی و محدود با محدودیت مواجه شود، اما باید دقت داشت که محدودیت‌های مزبور نباید به نحوی باشد که حق بر تقاضای پناهندگی افراد (که یکی از ابزارهای بسیار مهم برای حفظ حق حیات که یکی از اساسی‌ترین حقوق انسان‌ها می‌باشد) در مواردی که شرایط پناهندگی فراهم است (یعنی وجود شرایطی که حقوق بنیادین

بیماری‌های فراگیر را ایفا می‌کنند. بسیاری از آموزش‌های عمومی مربوط به پیشگیری، کنترل و حسب مورد درمان بیماری‌های فراگیر از طریق مدارس و مراکز آموزشی ارائه می‌شود. با تعطیلی مدارس و مراکز آموزشی، این وظیفه از یکسو به خانواده‌ها و از سوی دیگر به دولت منتقل شده است. در واقع دولت‌ها مکلف هستند که فرآیند آموزش و پرورش را از راه دور، از طریق رسانه و یا از طریق فضای مجازی انجام دهند. در همین راستا، یونسکو به دولت توصیه کرده است که: برای تداوم فرآیند آموزش و پرورش، باید انواع مختلفی از روش‌ها اعم از روش‌های با تکنولوژی بالا، تکنولوژی پایین و بدون تکنولوژی برای همه اقشار مختلف جامعه مورد استفاده قرار گیرد (۷۹).

۵-۵-۶. ممنوعیت رفتار تبعیض‌آمیز و حفاظت از اطلاعات محرمانه بیماران: تجربه نشان داده است که در زمان وقوع بحران‌های ناشی از شیوع بیماری‌های فراگیر، افراد مبتلا و خانواده‌های آن‌ها (چه در زمان ابتلا به بیماری و چه پس از بهبودی) از سوی برخی دیگر از اعضاء جامعه، ترد شده یا مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اند. برای مثال، مطابق گزارش‌های دیده‌بان حقوق بشر، افرادی که مبتلا به بیماری ایدز هستند، در کنیا، آفریقای جنوبی، فیلیپین و ایالات متحده آمریکا، به دلیل وضعیت خاصی که دارند با رفتارهای تبعیض‌آمیز مواجه هستند. در واقع افراد مزبور از سوی جامعه مورد شمات قرار گرفته‌اند و در نتیجه از دسترسی به مراقبت‌های پزشکی - بهداشتی، اشتغال به کار و تحصیل محروم شده‌اند. همچنین مطابق گزارش‌های مزبور، وضعیت مشابهی در ارتباط با افراد مبتلا به ابولا در غرب آفریقا نیز وجود داشته است (۸۰). از زمان شیوع بیماری کووید ۱۹، گزارش‌های متعددی در کشورهای مختلف مبنی بر ارتکاب جرائم و خشونت (از جمله ضرب و جرح، تهدید، آزار روحی و جسمی، استفاده از زبان تحقیرآمیز در مدرسه یا محل کار و...) علیه افراد آسیایی تبار در رسانه‌ها منتشر شده است. مطابق گزارش‌های متعدد رسانه‌ها، از ژانویه ۲۰۲۰ (زمان گسترش کووید ۱۹) میزان

خاص و مزمن، بیشتر از سایر افراد نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی دارند (۷۴).

۵-۵-۴. تضمین حفاظت از کارکنان بخش بهداشت و سلامت: همانطور که پیش‌تر اشاره کردیم، در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر این امر تأکید شده است که در موارد وقوع بیماری، دولت‌ها باید شرایطی را فراهم آورند که همه افراد از خدمات و مراقبت‌های پزشکی بهره‌مند شوند. در همین راستا یکی از تکالیف مهم دولت‌ها، به حداقل رساندن خطرات و بیماری‌های ناشی از شرایط شغلی می‌باشد (۷۵). در بحران‌های ناشی از گسترش بیماری‌های فراگیر مانند کووید ۱۹، وضعیت کارکنان بخش سلامت و بهداشت از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است، زیرا افراد مزبور به صورت مستقیم و دائمی با بیماران و افراد آلوده در تماس هستند. در این راستا، دولت‌ها مکلف هستند که علاوه بر فراهم‌آوردن تجهیزات و امکانات محافظتی مناسب برای کارکنان بخش سلامت، برنامه‌های آموزشی دقیقی در ارتباط با بیماری، نحوه پیشگیری، فرآیند ایزولاسیون و... را برای کارکنان بخش سلامت تنظیم و ارائه کنند، زیرا مبارزه با بیماری‌های همه‌گیر مانند کووید ۱۹ مستلزم این است که مراکز بهداشتی دارای آب مناسب، سیستم تخلیه فاضلاب مناسب، مدیریت پسماندهای بهداشتی - درمانی و نظافت می‌باشد (۷۶). مطابق با توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی که از ابتدای آغاز بحران ناشی از شیوع کووید ۱۹ منتشر شده است، دولت‌ها باید برای دسترسی همه افراد به خدمات درمانی آن هم به صورت بدون تبعیض، مقرون به صرفه، همراه با رعایت اخلاق پزشکی و متناسب با فرهنگ افراد جامعه، اقدامات لازم را انجام دهند (۷۷).

۵-۵-۵. تضمین حق بر آموزش و پرورش: در بسیاری از کشورهای جهان از ابتدای شیوع بیماری کووید ۱۹ مدارس و مراکز آموزشی تعطیل شده است. این مسأله باعث ایجاد یک اختلال گسترده در فرآیند آموزش و پرورش شده است (۷۸). مدارس و مراکز آموزشی نقش بسیار مهمی در فرآیند مبارزه با

اول این است که در موارد وقوع بحران‌های فراگیر و جهانی مانند شیوع بیماری کووید ۱۹، عملاً همه انسان‌ها، فارغ از اینکه تابعیت چه دولتی را داشته باشند، در صورت ارائه کمک‌های بشردوستانه از سوی دولت متبوع خود، سایر دولت‌ها و حتی بازیگران غیر دولتی مانند سازمان‌های بین‌المللی (صلیب سرخ، هلال احمر و...)، حق دارند کمک‌های مزبور را دریافت کنند (۸۵). فرض دوم این است که، بسیاری از دولت‌ها علاوه بر بحران ناشی از شیوع بیماری کووید ۱۹، با بحران‌های دیگری مانند مخاصمات مسلحانه داخلی، بلایای طبیعی، تغییرات اقلیم و... درگیر هستند. مردمی که تحت تأثیر این بحران‌ها و بلایا (یعنی بحران‌های غیر از شیوع از بیماری‌های فراگیر) هستند نباید به بهانه قرنطینه، محدودیت‌های ارتباطات و تماس و... از دریافت کمک‌های مربوط به بلایای مزبور محروم شوند (۸۶).

۵-۵-۷. حمایت از جوامع مدنی و سازمان‌های مردم‌نهاد: در بسیاری از کشورها، جوامع مدنی و سازمان‌های مردم‌نهاد در راستای پیشگیری از گسترش بیماری‌های فراگیر و اطمینان از دسترسی مردم به خدمات و امکانات بهداشتی نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کنند. این وضعیت در ارتباط با بحران ناشی از کووید ۱۹ نیز صادق است. با توجه به اینکه اقدامات این بازیگران غیر دولتی به صورت غیر انتفاعی می‌باشد، در نتیجه دولت باید تمام تلاش خود را در جهت حمایت و کمک به بازیگران مزبور به عمل آورد. این کمک دارای دو جنبه می‌باشد: جنبه اول این است که دولت‌ها تسهیلات و امکانات لازم را برای فعالیت بازیگران مزبور تا حد امکان فراهم آورد؛ جنبه دوم این است که دولت‌ها بحران ناشی از شیوع بیماری فراگیر را به عنوان بهانه‌ای برای جرم‌انگاری یا حتی ممانعت از فعالیت بازیگران غیر دولتی قرار ندهند (۸۴).

ارتکاب جنایات از روی نفرت علیه افراد آسیایی تبار در ارتباط با کووید ۱۹ افزایش قابل توجهی داشته است (۸۱). با توجه به این وضعیت، دولت‌ها باید برای محافظت از قربانیان اقدامات سریعی انجام دهند. همچنین دولت‌ها باید اطمینان حاصل کنند که در فرآیند درمانی و دسترسی به خدمات و امکانات بهداشتی هیچ‌گونه تبعیضی میان اقشار، نژادها و... صورت نگیرد (۸۲). با توجه به توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی و دیده‌بان حقوق بشر، مهم‌ترین و اصلی‌ترین تعهد دولت‌ها در این زمینه، محرمانه‌نگه‌داشتن اطلاعات بیماران می‌باشد. به تعبیری عدم افشای عمومی اطلاعات جزئی در ارتباط با بیماران، می‌تواند نقش بسیار مهمی در پیشگیری از این حوادث داشته باشد (۸۳).

۵-۵-۸. حق بر دریافت کمک‌های بشردوستانه: در فضای حقوق بین‌الملل، حق بر دریافت کمک‌های بشردوستانه در زمان وقوع بحران‌های طبیعی و انسانی در قامت یک اصل کلی حقوقی مورد شناسایی قرار گرفته است. در ارتباط با بحران ناشی از شیوع بیماری‌های فراگیر و حق بر دریافت کمک‌های بشردوستانه، باید میان دو فرض قائل به تفکیک شویم: فرض

۵-۵-۸. حق بر دریافت کمک‌های بشردوستانه: در فضای حقوق بین‌الملل، حق بر دریافت کمک‌های بشردوستانه در زمان وقوع بحران‌های طبیعی و انسانی در قامت یک اصل کلی حقوقی مورد شناسایی قرار گرفته است. در ارتباط با بحران ناشی از شیوع بیماری‌های فراگیر و حق بر دریافت کمک‌های بشردوستانه، باید میان دو فرض قائل به تفکیک شویم: فرض

سوی سایر دولت‌ها (مانند ژاپن، کره جنوبی، آلمان و...) برای اقشار آسیب‌پذیری که مشکلات مشاغل آن‌ها با دورکاری قابل حل نبود، مانند فراهم کردن بسته‌های معیشتی، معافیت‌های مالیاتی، تهیه خدمات دارویی و پزشکی، بیمه، پرداخت غرامت، پرداخت مقرری به صورت موقت و... مشهود است که اقدامات مزبور نیز مورد استفاده سایر دولت‌ها نیز قرار گرفته و نتایج رضایت‌بخشی را در پی داشته است (۸۹).

۶. نتیجه‌گیری

حق بر سلامت یکی از حقوق بنیادین انبای انسانی محسوب می‌شود. این حق بنیادین ابتدا در قالب یک حق کلی و در چارچوب اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد شناسایی قرار گرفت. در دهه ۶۰ میلادی که از نظر زمانی سرآغاز تولد مفهوم حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی و جهانی در ادبیات حقوق بشر محسوب می‌شود، بازیگران اصلی فضای حقوق و روابط بین‌المللی صرفاً دولت‌ها بودند، در نتیجه رویکرد حاکم بر عناوین، قالب‌ها و هنجارهای حقوقی (به ویژه حقوق بین‌الملل)، یک رویکرد تک بُعدی و تک‌متغیری بود. با گذشت زمان، متغیرهای مختلفی به فضای روابط میان تابعان حقوق حقوق اضافه شد و هنجارهای حقوقی نیز به تبع آن با چالش‌هایی مواجه شدند. برای مثال بازیگران غیر دولتی مانند سازمان‌های بین‌المللی، سازمان‌های مردم‌نهاد و... در کنار دولت‌ها به نقش‌آفرینی پرداختند. در واقع با گذشت زمان و حاکم شدن فضای مدرنیته و تکنولوژی‌های نوین بر زندگی انسان، نیازهای جدیدی در روابط تابعان حقوق ایجاد و تعریف شد. به بیان ساده‌تر ورود نیازها و متغیرهای جدید به روابط تابعان حقوق باعث شد که هنجارهای عالم حقوق نیز مناسبات و روابط جدیدی با یکدیگر پیدا کنند. به تعبیری هنجارها، قالب‌ها و مفاهیم حقوقی که در شاخه‌ها و حوزه‌های مختلف حقوقی به صورت مستقل قرار داشتند با پیچیدگی‌های ایجادشده در روابط تابعان حقوق، روز به روز روابط نزدیک‌تر و پیچیده‌تری پیدا کردند.

۷. تشکر و قدردانی

از دوستان و عزیزانی که با جد بلیغ و خضوع، در به سامان رساندن این پژوهش یاری‌گرم‌ان بودند، سپاسمندیم.

۸. سهم نویسندگان

نویسندگان این پژوهش معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا هستند.

۹. تضاد منافع

در این پژوهش تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. 2020. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Accessed 8 April 2020.
2. WHO. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 2020. Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Accessed March 11, 2020.
3. Ssenyonjo M. International Human Rights Law: Six Decades after the UDHR and Beyond. London: Routledge; 2016. p.184-185.
4. Moodley K, Hardie K, Selgelid M, Waldman R, Strebel P, Rees H, Durrheim D. Ethical Considerations for Vaccination Programmes in Acute Humanitarian Crises. In: Teays W, Renteln A. Global Bioethics and Human Rights: Contemporary Perspectives. New York: Rowman and Littlefield; 2020. p.321-335.
5. Schutter O. International Human Rights Law. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p.620.
6. Webber G, Yowell P, Ekins R. Legislated Rights: Securing Human Rights through Legislation. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. p.198.
7. Ziccardi G. Resistance, Liberation Technology and Human Rights in the Digital Age. London: Springer; 2012. p.139.
8. Ruhs M. The Price of Rights: Regulating International Labor Migration. Princeton: Princeton University Press; 2015. p.197.
9. Gowers A, Tingle J, Lewis T. Healthcare Law: Impact of the Human Rights Act 1998. London: Routledge; 2013. p.78.
10. Thompson B, Gordon M. Cases and Materials on Constitutional and Administrative Law. Oxford: Oxford University Press; 2014. p.483.
11. Rastegari B. Violation of fundamental liberties in counter-terrorism measures: A Human Rights Approach. Washington: Lulu; 2014. p.41.
12. Kluge H. Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread. 2020. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19,-but-all-must-act-to-prevent-community-spread>. Accessed April 9, 2020.
13. Steenhuisen J. As pressure for coronavirus vaccine mounts, scientists debate risks of accelerated testing. 2020. Available at: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-vaccines-insight/as-pressure-for-coronavirus-vaccine-mounts-scientists-debate-risks-of-accelerated-testing-idUSKBN20Y1GZ>. Accessed April 20, 2020.
14. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation. 2020. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Accessed April 20, 2020.
15. Ramcharan R, Ramcharan B. Asia and the Drafting of the Universal Declaration of Human Rights. London: Springer; 2018. p.28-29.
16. Sajó A. Human Rights with Modesty: The Problem of Universalism. London: Springer; 2014. p.103-104.
17. Smith R. International Human Rights Law. Oxford: Oxford University Press; 2018. p.45-46.
18. Stark B. Rhetoric, religion and human rights: 'Save the children!'. In: Fineman M, Worthington K. What Is Right for Children? The Competing Paradigms of Religion and Human Rights. New York: Routledge; 2016. p.47-48.
19. 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.
20. 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.
21. Gostin L. Global Health Law. Massachusetts: Harvard University Press; 2015. p.251-252.
22. Chan P. China, State Sovereignty and International Legal Order. Boston: Brill; 2015. p.137-138.
23. Sekalala S. Soft Law and Global Health Problems. Oxford: Oxford University Press; 2018. p.104-105.
24. Cotter A. This Ability: An International Legal Analysis of Disability Discrimination. Burlington: Ashgate Publishing; 2013. p.51-52.
25. Naomi R. Reparations and Economic, Social and Cultural Rights. In: Sharp D. Justice and Economic Violence in Transition. London: Springer; 2014. p.112-113.
26. Chapman A. Human Rights, Global Health and Neoliberal Policies. Cambridge: Cambridge University Press; 2017. p.153-160.
27. Kemm J. Health Promotion: Ideology, Discipline and Specialism. Oxford: Oxford University Press; 2016. p.111.
28. Erika G. The story of environmental justice and race in the United States: international human rights and equal environmental protection. In: Sarat A.

- Human Rights and Legal Judgments: The American Story. Cambridge: Cambridge University Press; 2017. p.67-68.
29. Estévez A. Human Rights in the Criminalization of Migration and the Marginalization Resulting from Social Discrimination. In: Estévez A. Human Rights, Migration, and Social Conflict: Towards a Decolonized Global Justice. London: Springer; 2013. p.70-71.
30. Freeman M, Rudolf B, Chinkin C, Kroworsch S, Sherrier A. The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary. Oxford: Oxford University Press; 2015. p.296-300.
31. Durojaye E. Litigating the Right to Health in Africa: Challenges and Prospects. London: Routledge; 2016. p.20-21.
32. Cabrera A, Ayala A. Advancing the Right to Health through Litigation. In: Zuniga J, Marks S, Gostin L. Advancing the Human Right to Health. Oxford: Oxford University Press; 2013. p.26-27.
33. Tobin J. The Right to Health. In: Tobin J. The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary. Oxford: Oxford University Press; 2019. p.902-910.
34. Ferraz O. what course without evils? Rare diseases, children's right to health and sustainable development goals. In: Glynn C. Children's Rights and Sustainable Development: Interpreting the UNCRC for Future Generations. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p.78-82.
35. Tobin J. Children's Right to Health. In: Kilkelly U, Liefaard T. International Human Rights of Children. London: Springer; 2019. p.277-298.
36. Perez O. Fuzzy law: A theory of quasi-legality. In: Glenn H. Law and the New Logics. Cambridge: Cambridge University Press; 2017. p.236-272.
37. Klabbers J, Palombella G. The Challenge of Inter-legality. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p.2-3.
38. Klabbers J. The Concept of Treaty in International Law. London: Kluwer; 1998. p.157.
39. Gruchalla-Wesiersk T. A Framework for Understanding Soft Law. *McGill Law Journal* 1984; 30: 37-88.
40. Dupuy J. Declaratory Law and Programmatic Law: From Revolutionary Custom to Soft Law. In: Akkerman R. Declarations of Principles: A Quest for Universal Peace. London: Sijthoff; 1977. p.252.
41. Klabbers J. The Redundancy of Soft Law. *Nordic Journal of International Law* 1996; 65(32): 173-180.
42. Birger JS, Olav S, Jorgen W. Soft Law, Hard Law and Effective Implementation of International Environmental Norms. *Global Environmental Politics* 2006; 6(3): 100-104.
43. Morth U. Soft Law in Governance and Regulation. London: Edward Elgar Publication; 2004. p.6.
44. Shelton D. Soft Law. The George Washington University Law School. *Public and Legal Theory Work Paper* 2008; 322(11): 3-12.
45. Thürer D. The Role of Soft Law in the Actual Process of European Integration. In: Guillarmod O, Pescatore P. L'avenir du libre-échange en Europe: Vers un Espace économique européen. Zürich: Schulthess Polygraphischer Verlag; 1990. p.132.
46. Senden L. Soft Law in European Community Law. London: Hart publishing; 2004. p.112-113.
47. Damrosch L. International Law. Cases and Materials. Washington: West Academic; 2014. p.142-158.
48. Antonio C. International Law. Oxford: Oxford University Press; 2001. p.160-161.
49. Munch F. Non-binding Agreement. In: Bernhardt R. Encyclopedia of Public International Law. Munich: Max-Planck institution; 1991. p.354-355.
50. Blutman L. In The Trap of a Legal Metaphor: International Soft Law. *International and Comparative Law Quarterly* 2010; 59(3): 607-608.
51. 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): 332-348.
52. 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.
53. 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.
54. Dresler C. Human Rights-Based Approach to Tobacco Control. In: Grodin M. Health and Human Rights in a Changing World. London: Routledge; 2013. p.472.
55. 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.18-22.

56. Tobin J. The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary. Oxford: Oxford University Press; 2019. p.120.
57. Meier B, Cronk R, Luh J, Bartram J, Albuquerque 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.
58. Buhmann K. Changing Sustainability Norms through Communication Processes: The Emergence of the Business and Human Rights Regime as Transnational Law. Cheltenham: Edward Elgar; 2018. p.70-73.
59. Benatar S, Gill S, Bakker I. Global Health and the Global Economic Crisis. In: Grodin M, Tarantola D, Annas G, Gruskin S. Health and Human Rights in a Changing World. New York: Routledge; 2014. p.472, 475-478.
60. Chen I. Government Internet Censorship Measures and International Law. Deutsche: Deutsche National Bibliotheca; 2020. p.96.
61. Sendall M. Political determinants of public health. In: Liamputtong P. Public Health: Local and Global Perspectives. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p.163.
62. Chapman A. Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights. Oxford: Intersentia; 2002. p.200.
63. Cherry B, Jacob S. Contemporary Nursing E-Book: Issues, Trends & Management. St.Louis: Elsevier; 2019. p.285.
64. Avani S. Legal standards on freedom of expression: Toolkit for the judiciary in Africa. Geneva: UNESCO; 2018. p.21-30.
65. Bristow N. American Pandemic: The Lost Worlds of the 1918 Influenza Epidemic. Oxford: Oxford University Press; 2016. p.92.
66. Tam J, Sellwood C. Pandemic Influenza. Oxford: CABI; 2013. p.195.
67. Tucak I. Hohfeld's Analytical Scheme and Constitutional Economic and Social Rights. In: Novak M, Strahovnik V. Modern Legal Interpretation: Legalism or Beyond. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing; 2018. p.187.
68. Abbott E, Luk J. Legislative Authorities and Regulatory Issues. In: Koenig K, Schultz C. Koenig and Schultz's Disaster Medicine: Comprehensive Principles and Practices. Cambridge: Cambridge University Press; 2016. p.190.
69. Grover S. Judicial Activism and the Democratic Rule of Law: Selected Case Studies. London: Springer; 2020. p.126.
70. Amon J, Wurth M. A Virtual Roundtable on COVID-19 and Human Rights with Human Rights Watch Researchers. *Health and Human Rights Journal* 2020; 1(1): 6-8.
71. Kittichaisaree K. International Human Rights Law and Diplomacy. Cheltenham: Edward Elgar; 2020. p.143.
72. Bloom D, Cadarette D. Infectious Disease Threats in the Twenty-First Century: Strengthening the Global Response. In: Leite L, Tagliabue A, Rappuoli R, Leroy O. A Global Perspective on Vaccines: Priorities, Challenges and Online Information. Butantan: Frontiers eBook; 2020. p.132.
73. Bozorgmehr K, Roberts B, Razum O, Biddle L. Health Policy and Systems Responses to Forced Migration. London: Springer; 2020. p.3-4.
74. Manjapra K. Colonialism in Global Perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 2020. p.210-214.
75. Libal K, Harding S. Human Rights-Based Community Practice in the United States. London: Springer; 2016.p.23.
76. WHO. Water sanitation hygiene. 2020. Available at: https://www.who.int/water_sanitation_health/news-events/wash-and-covid-19/en. Accessed May 25, 2020.
77. Barkan S. Health, Illness and Society: An Introduction to Medical Sociology. Washington: Rowman & Littlefield; 2020. p.295-296.
78. Calderon C, Kambou G, Djiofack C, Korman V, Kubota M, Canales C. Africa's Pulse, An Analysis of Issues Shaping Africa's Economic Future. Washington: World Bank Group; 2020. p.13-14.
79. UNESCO. UNESCO's support: Educational response to COVID-19. 2020. Available at: <https://www.en.unesco.org/covid19/educationresponse/support>. Accessed 25 May 2020.
80. Kippenberg J. A Question of Life or Death: Treatment Access for Children Living with HIV in Kenya. New York: Human Right Watch; 2008. p.24.
81. ADL. Reports of Anti-Asian Assaults, Harassment and Hate Crimes Rise as Coronavirus Spreads. 2020. Available at: <https://www.adl.org/blog/reports-of-anti-asian-assaults-harassment-and-hate-crimes-rise-as-coronavirus-spreads>. Accessed May 25, 2020.
82. Blumen H, Cavallari P, Mourey F, Yiou E. Adaptive Gait and Postural Control: From Physiological to Pathological Mechanisms, Towards

- Prevention and Rehabilitation. Washington: Frontiers eBook; 2020. p.189.
83. Hess D, MacIntyre N, Galvin W. Respiratory Care: Principles and Practice. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 2020. p.1453.
84. Brechenmacher S, Carothers T, Youngs R. Civil Society and the Coronavirus: Dynamism despite Disruption. 2020. Available at: <https://www.carnegieendowment.org/2020/04/21/civil-society-and-coronavirus-dynamism-despite-disruption-pub-81592>. Accessed May 25, 2020.
85. 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.335. [Persian]
86. Guterres A. Launch of Global Humanitarian Response Plan for COVID-19. 2020. Available at: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/press-encounter/2020-03-25/launch-of-global-humanitarian-response-plan-for-covid-19>. Accessed May 25, 2020.
87. World B. The Economy in the Time of Covid-19. Washington: The World Bank Press; 2020. p.27-36.
88. World B. South Asia Economic Focus: The Cursed Blessing of Public Banks. Washington: The World Bank Press; 2020. p.27-30.
89. Kaleab B. COVID-19 prevention measures in Ethiopia: Current realities and prospects. Addis Ababa: IFPRI; 2020. p.2-9.



MHJ

Medical History Journal

Autumn 2020; 12(44): e10

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



ORIGINAL RESEARCH

Developments in the Right to Health in the Light of the Human Rights Dimensions of Infectious Disease Crises with Emphasis on Covid 19

Ali Gholamali¹ , Mehri Toutouchian² 

1. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Law and Political Science, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 08 April 2020

Accepted: 03 August 2020

Published online: 15 November 2020

Keywords:

Human Rights

The Right to Health

Contagious Diseases

Covid-19

ABSTRACT

Background and Aim: The right to health as one of the examples of fundamental human rights has undergone various changes since its inception in the international human rights literature until today. The scale and severity of some infectious diseases, such as Covid 19, is clearly a threat to public health that can provide a basis for restricting and suspending some people's rights, such as quarantining and restricting the right to freedom of movement. Careful consideration of human rights norms, in particular non-discrimination and fundamental human rights principles such as the principle of transparency and respect for human dignity, can significantly reduce the dimensions of the crisis caused by the outbreak of Covid disease, allowing governments to: Find space to react appropriately.

Materials and Methods: In the present study, which has been collected by descriptive-analytical method and with library tools, first the process of emergence of the right to health as a general and independent principle will be discussed. Then the process of evolution of this principle and how special and partial obligations regarding the right to health from the womb will be considered. Finally, given the breadth of the various dimensions of the right to health, the various aspects of crises resulting from the spread of infectious diseases and the norms that apply to them will be discussed.

Findings: In the present study, it will be observed that over time and due to the entry of different variables into the relationship between legal entities, many complexities have prevailed over these relationships.

Ethical Considerations: In all stages of writing the present study, while respecting the originality of the texts, honesty and trustworthiness have been observed. These complexities have led to the development of extensive relationships between legal concepts and norms.

Conclusion: The right to health has evolved over time, not only in its instances, but also in its relation to other instances of human rights. In other words, as in the past, we can not consider the norms and examples of human rights, such as the right to health, independently and individually. In simpler terms, the violation of various instances of the right to health will directly lead to the violation of other instances of human rights (including civil, political, economic, social, cultural, etc.).

* Corresponding Author: Ali Gholamali

Address: Minicity, Artesh Boulevard, Nakhli St., Payamnor University, Tehran, Iran.

Email: aligholamali54@gmail.com

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

Cite this article
as:

Gholamali A, Tutouchian M .Developments in the Right to Health in the Light of the Human Rights Dimensions of Infectious Disease Crises with Emphasis on Covid 19. *Medical History Journal* 2020; 12(44): e10.