

# حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر



## شكر

إن "حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر" هو إنتاج مشترك للمفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان، ولقسم السياسة الصحية، التنمية والخدمات، وفريق الصحة وحقوق الإنسان في قسم الأخلاقيات، والعدالة، والتجارة وحقوق الإنسان التابعة لمنظمة الصحة العالمية.

كتب هذا الكتيب بينيلوبي أندريا وكليير فيرغيوسن الاستشاريتان في منظمة الصحة العالمية اللتان تعملان تحت إشراف ريببكا دود وهيلينا نيغرن-كروغ (منظمة الصحة العالمية) وماك دارو وألفونسو باراغوس وجوانا سوتومايور (المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان).

من المعالم الهامة في عملية تطوير هذا الكتيب هو Web Conference نظمته منظمة إنونت العالمية لبناء القدرات وعقد في 9-11 يناير/كانون الثاني 2006، وورشة عمل رعتها المؤسسة الألمانية للتنمية أقيمت في نيروبي في 27-29 يونيو/حزيران 2006. كلا الحدثين جمع مشاركين من وزارات الصحة، ومنظمة الصحة العالمية ومفوضيات وطنية لحقوق الإنسان، ومجموعات المجتمع المدني والمفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان.

كما قدم أفراد آخرون الإرشاد والدعم وهم: أنجانا بوشان، وجين كوتينجهام، وجوديث بينودي ميسكيتا، وبول هانت، وأريان جونسون، وآلانا أوفيسر، وأوجينيو فيلار مونتيسينوس.

كما نشكر السادة التالية أسماؤهم على إعداد الصور في صفحة الغلاف هم بحسب التسلسل الأفتي للصور: الصورتان 1 و5، بيير فيروت (WHO-218843)؛ الصورة 2، جوليو فيزاكارا (WHO-348086)؛ والصورتان 3 و4، سي غاجيرو (WHO-200780).

## © منظمة الصحة العالمية، 2010

### جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات أو الجهات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

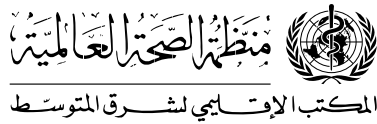
وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات التي تحتويها هذه المنشورة. غير أن هذه المادة المنشورة يجري توزيعها دون أي ضمان من أي نوع، صراحةً أو ضمناً. ومن ثم تقع على القارئ وحده مسئولية تفسير المادة واستخدامها. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية بأي حال أي مسئولية عما يترتب على استخدامها من أضرار.

يتحمل المؤلفون المذكورون، وحدهم المسئولية عن الآراء الواردة في هذه المنشورة.

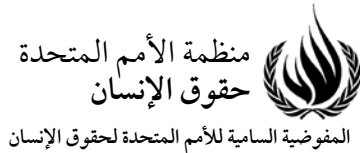
ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة التوزيع والمبيعات، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: 202 2670 2535؛ فاكس رقم: 202 2670 2492؛ عنوان البريد الإلكتروني: PAM@emro.who.int).  
علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه (البريد الإلكتروني: WAP@emro.who.int).

# حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر

"نحن ندرك بأن التنمية، والسلام،  
والأمن وحقوق الإنسان قضايا مرتبطة  
فيما بينها ويدعم بعضها البعض".



"إننا عازمون على دمج مسألة تعزيز  
وحماية حقوق الإنسان في السياسات  
الوطنية وعلى تشجيع تحقيق المزيد  
من سيادة لحقوق الإنسان".



نتاج القمة العالمية لعام 2005  
(قرار الجمعية العامة رقم 1/60)  
جنيف، 2008

## تصدير بقلم نافانيثم بيللاي



إننا نحتفل بالذكرى السنوية لحدثين هامين: الأول هو تبني الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والثاني هو تأسيس منظمة الصحة العالمية. لقد أعلن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان "التحرر من الخوف" و"التحرر من العوز" كأعلى مطمحين يصبو إليهما جميع الناس وأكد على الكرامة والمساواة كصفات أصيلة لكل إنسان. وصان ميثاق منظمة الصحة العالمية الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان. إن الرسائل الرئيسية للإعلان العالمي لحقوق الإنسان وميثاق منظمة الصحة العالمية - كلاهما مضى عليه اليوم ستون عاماً - هي اليوم مهمة أكثر من أي وقت مضى.

لقد جلبت العولمة تدفقاً مضطرباً للأموال، والسلع، والخدمات، والأفراد والأفكار. مع ذلك نجد أن الهوات آخذة في الاتساع ضمن البلد الواحد وما بين البلدان - في مأمول الحياة، وفي الثروة، وفي الحصول على التقنية المتقدمة للحياة. أولئك الأفراد المنسيون الذين يعانون من الفقر وتردي الحالة الصحية، يشعرون بالعجز والتهميش والإقصاء.

إن مبادئ حقوق الإنسان بشأن المساواة والتحرر من التمييز هي عناصر جوهرية في أي جهود ترمي إلى الارتقاء بالصحة. يتوجب علينا السعي لكي نصل إلى ما هو أبعد من المتوسطات الإحصائية وأن نحدد المجموعات الضعيفة والمهمشة. وبعد تحديد المجموعات الأكثر ضعفاً يجب علينا العمل على انخراط أفرادها كمشاركين ومطلقين للتغيير. كل ذلك لا بهدف التأكد من أن السياسات والبرامج الصحية تشمل الجميع فحسب فالمسألة أيضاً مسألة تمكين الناس. كلنا أمل أن يكون هذا الكتيب "حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر" بمثابة الملهم والدليل لصناع السياسة الصحية، دافعاً إياهم لتصميم، وتنفيذ ورصد استراتيجيات الحد من الفقر من خلال مقارنة مرتكزة على حقوق الإنسان.

نافانيثم بيللاي  
المفوض السامي لحقوق الإنسان في  
الأمم المتحدة

# تصدير بقلم هايديماري ويكزوريك-زيل

كلها عوامل كان لها على الدوام أثر سلبي على صحة الناس - وبالمحصلة يعاني الفقراء من العبء الأكبر للمرض. والعكس صحيح، فالصحة العليلة كانت على الدوام سبباً في زيادة خطر توريث الفقر من جيل إلى الجيل الذي يليه. إن المقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان لمسألة الصحة من شأنها أن تحقق تركيزاً أقوى على قضية الفقر في إطار الإجراءات المتخذة ضمن استراتيجية الحد من الفقر وذلك لأنها تركز على الدوام على شؤون الإدماج، والتوافر، وإمكانية الوصول، والمقبولية، ويسر التكلفة للجميع. إن تحسين توجيه الخدمات الصحية نحو الفقراء يمكن أن يسهم بشكل حاسم في الحد من الفقر وتحقيق نمو اقتصادي لصالح الفقراء، في نهاية المطاف، لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

ويسرنني أن التعاون بين منظمة الصحة العالمية، والمفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان والوزارة الألمانية الاتحادية لشؤون التعاون الاقتصادي والتنمية من خلال أنشطتها في مجال التعاون التقني (من خلال الوكالة الألمانية للتعاون التقني) مكن من إعداد هذه المطبوعة وكي أمل أنها ستتيح التوجيه البناء لصانعي السياسات في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية وذلك لجعل تحقيق جميع الأهداف الإنمائية للألفية حقيقة واقعة.

Heidemarie Weizsäcker - Zill

هايديماري ويكزوريك-زيل

الوزيرة الألمانية الاتحادية لشؤون التعاون الاقتصادي والتنمية

الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية يقع في صميم جهود التنمية التي نبذلها لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. إن تبني مقاربة للصحة مرتكزة على حقوق الإنسان ضمن إطار العمليات التي تنطوي عليها استراتيجية الحد من الفقر له قيمة مفيدة مساعدة في الحد من الفقر الأكثر أهمية أن له قيمة جوهرية تنبع من حقيقة كون معظم الدول الأعضاء في الأمم المتحدة قد صادقت على العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الذي يضمن الحق بالصحة على المستوى العالمي. إن المقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان تقر بأن كل امرئ، نتيجة لتمتعهم بميزة الكرامة الإنسانية الأصيلة فيه، يحمل حقوقاً. ومن الواجب على الحكومة أن تحترم، وتحمي وتفي بهذه الحقوق.

إن دعم الدول الأعضاء في جهودها المضطربة لإحقاق الحق بالصحة للجميع هو بالتالي واجب قانوني وأخلاقي ملقى على عاتق جميع أعضاء المجتمع الدولي. الالتزام بالتركيز بشكل أكبر على حقوق الإنسان في التعاون في مجال التنمية قد تم التأكيد عليه من خلال تبني أول ورقة حول سياسات للجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية حول "حقوق الإنسان والتنمية" في فبراير/شباط 2007. تظهر هذه الورقة حول السياسات أن عدداً متزايداً من المانحين الثنائي والمتعددي الأطراف - وألمانيا إحداهن - يكتثف جهوده لتعزيز وحماية حقوق الإنسان ولدمج مبادئ حقوق الإنسان بشكل أكثر منهجية في التعاون الإنمائي في جميع مستويات التداخل وذلك في إطار جدول أعمال أوسع للحكومة.

إن الفقر واعتلال الصحة وثيقا الارتباط: فنقص التعليم، ونقص الطعام المغذي أو المياه الآمنة، والعيش في مسكن يفتقر للشروط الصحية

# المحتويات

1 ..... المقدمة

## القسم 1

5 ..... مبادئ المقاربة المركزة على حقوق الإنسان لاستراتيجيات الحد من الفقر

5 ..... ما هي خصائص حقوق الإنسان؟

6 ..... ما هي الروابط بين حقوق الإنسان والفقر؟

8 ..... كيف تكون الصحة محمية بموجب الإطار القانوني لحقوق الإنسان؟

10 ..... ما هي استراتيجيات الحد من الفقر؟

11 ..... وضع حقوق الإنسان موضع التنفيذ من خلال سياسات وبرامج التنمية

12 ..... كيف تكمل حقوق الإنسان واستراتيجيات الحد من الفقر بعضها البعض؟

## القسم 2

15 ..... صياغة استراتيجية صحية لصالح الفقراء مركزة على مبادئ حقوق الإنسان

15 ..... المشاركة

21 ..... تحليل للصحة والفقر مركز على حقوق الإنسان

## القسم 3

35 ..... تطوير المحتوى وخطة التنفيذ

36 ..... معالجة عدم المساواة في إحقاق الحق في الصحة

40 ..... معالجة القيود المؤسسية والفجوات في القدرة

45 ..... تمويل الاستراتيجية الصحية

51 ..... صياغة أو تنفيذ استراتيجية طويلة الأمد

52 ..... العمل مع الجهات المانحة لتعزيز حقوق الإنسان من خلال استراتيجية الحد من الفقر

## القسم 4

55 ..... التنفيذ: الشفافية والمساءلة من خلال الرصد والتقييم

55 ..... الرصد المرتكز على المجتمع المحلي والمجتمع المدني

56 ..... المبادرات الخاصة بالميزانية

58 ..... الرصد على الصعيد الوطني وجمع الإحصائيات

61 ..... المؤشرات

63 ..... الأهداف

65 ..... المساءلة السياسية والقضائية وشبه القضائية

## القسم 5

69 ..... أدوات حقوق الإنسان، قرارات وإعلانات الشرعية الدولية، وثائق مفيدة ومنظمات

69 ..... تطور الحق في الصحة ومساءلة الفقر في التنمية

71 ..... مراجع رئيسية ومنظمات معنية بالفقر والحق في الصحة

## المقدمة

المانحة لدعم جهود الحد من الفقر. إن فوائد هذه التوجهات قد بدأنا نلمسها في استخدام أكبر للخدمات من قبل المجموعات المستثناة وتحسن المردود الصحي.

بني هذا الكتيب على هذا الكم الحديث من الخبرات والبحوث المتراكمة في هذا الميدان. وهو يرمي لتقوية الجهود المبذولة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وذلك من خلال مساعدة صانعي السياسة في دمج حقوق الإنسان ضمن تصميم وتنفيذ المكون الصحي في الاستراتيجيات الوطنية للحد من الفقر. إنه يبين كيف يمكن لمعايير ومبادئ حقوق الإنسان أن تقدم الإطار لما يلي:

- تحليل ومعالجة عدم المساواة والتمييز في الحصول على الخدمة الصحية؛
- دعم جانب الطلب في معادلة الحد من الفقر عبر المشاركة، والمساءلة والإنصاف؛
- تحديد الروابط القائمة بين مسألة الصحة وغيرها من القطاعات بما فيها السياسات الاقتصادية الكلية والقطاعات ذات الصلة مثل الماء والصرف الصحي؛
- تحديد استحقاقات فعلية في الخدمات الصحية للفئات المعوزة وإيصال هذه الاستحقاقات لها؛
- صياغة بنود الميزانية المتعلقة بالصحة ورصد استخدام هذه البنود؛
- توضيح دور الحكومات التنظيمي ووزارات الصحة وتعزيز تماسك السياسة الصحية؛
- تعزيز مبدأ المساءلة المتبادلة وتحقيق التماسك والاتساق في العلاقة بين الجهات المانحة والحكومة.

إن حقوق الإنسان أساسية لإنجاز الأهداف الإنمائية للألفية، وهي الأهداف الثمانية الشاملة المشتقة من إعلان الألفية والتي تهدف إلى الحد من الفقر، والمرض وعدم المساواة بالإضافة إلى زيادة فرص الحصول على التعليم وتحسين الاستمرارية البيئية. تسلط حقوق الإنسان الضوء على قضايا التمييز وعدم المساواة والضعف والفشل في تطبيق مبدأ المساواة والتي تكمن في جذور الفقر والحرمان. ترافقت حقوق الإنسان في الماضي مع مراعاة الظروف المحلية والتركيز على الحقوق المدنية والسياسية. إن هذا التأكيد الذي ترافق مع قصور في الفهم للحقوق الاقتصادية، والاجتماعية والثقافية حجب الروابط الكائنة بين حقوق الإنسان والحد من الفقر وترتب عليه النظر لحقوق الإنسان على أنها جدلية بشكل أكبر من أن تمكن من استخدامها في التنمية. وما تزال بعض الحكومات والمنظمات ممانعة لمعالجة حقوق الإنسان بشكل صريح في سياساتها وبرامجها.

يعمل عدد متزايد من الجهات المانحة، والحكومات والمنظمات غير الحكومية على استكشاف الطرق العملية التي تجعل من الممكن لحقوق الإنسان أن تتكامل مع التنمية. لقد استخدمت معايير ومبادئ حقوق الإنسان في القرى والمجتمعات المحلية لتعزيز إمكانية مساءلة مقدمي الخدمة ورصد بنود الميزانية والإنفاق. وشكلت قاعدة الاستراتيجيات الوطنية لمعالجة مشكلة فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز بالإضافة إلى الصحة الإنجابية والجنسية. ينظر إلى حقوق الإنسان أكثر فأكثر على أنها إطار مفيد لضمان فعالية المساعدات واتساق عمل الجهات

ليناسب الظروف الخاصة لدول مختلفة. كل قسم من الأقسام يقدم الإرشاد حول كيفية تعزيز عمليات المشاركة، والإدماج والمساءلة التي ترمي إلى تمكين الأشخاص المقيمين والمهمشين من المطالبة بحقوقهم في الصحة.

**القسم 1** يعرض مقدمة لمعايير ومبادئ حقوق الإنسان، ويستكشف كيف يمكن تطبيقها في قضايا الفقر والصحة. يبدأ هذا القسم بفحص خصائص حقوق الإنسان. ويستعرض بعدها المبادئ التي تؤسس لجميع حقوق الإنسان – بما فيها عدم تجزئة الحقوق، والمساواة وعدم التمييز، والمشاركة والمساءلة – ويتفحص أهمية هذه المبادئ في الحد من الفقر.

يعرض القسم كيف يتم حماية الصحة من خلال معايير حقوق الإنسان. ويناقش معنى الحق في الصحة كما هو مبين في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ويناقش أيضاً كيف أن لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية، والاجتماعية والثقافية والتي ترصد مدى الامتثال مع مقتضيات العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية قد أوضحت بشكل أكبر مجال ومحتوى الحق في الصحة عند تبني التعليق العام بشأن الحق في الصحة في عام 2000 [2]. هذا التعليق العام (المشار إليه فيما يلي "بالتعليق العام 14") بشأن الحق في الصحة يذكر أن الحق في الصحة لا يمتد فقط إلى الحصول على الرعاية الصحية المناسبة وفي الوقت المحدد ولكن أيضاً إلى المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على ماء نقي وصالح للشرب والصرف الصحي الكافي، وللإمداد الكافي بالطعام الصالح، والتغذية المأمونة

إن تفعيل وإحقاق حقوق الإنسان في الممارسة العملية نادراً ما يكون عملاً بسيطاً وخاصة بالنظر إلى القيود المالية والسياسية التي تواجهها جميع الدول. يقدم هذا الكتيب أمثلة لمبادرات ناجحة استخدمت معايير ومبادئ حقوق الإنسان لمعالجة الفقر؛ بعضها يعكس سياسات وطنية، والبعض الآخر يسלט الضوء على مبادرات قامت بها سلطات إقليمية أو ممثلون غير حكوميين. إنه يهدف لتقديم الإرشاد العملي حول كيفية الجمع بين حقوق الإنسان، والممارسة التنموية السليمة وسياسات الصحة العمومية معاً في المكونات الصحية لاستراتيجية الحد من الفقر ويعالج بعض التحديات التي يمكن أن تتمخض عن هذه العملية. إن الجمهور الأساسي لهذا الكتيب يتمثل في صانعي السياسات والمخططين العاملين في وزارات الصحة وغيرها من الوزارات الوطنية التي تعالج القضايا المتعلقة بالصحة. ونأمل أن يكون مرجعاً مفيداً لأي شخص يعمل في الصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، بمن فيهم هؤلاء العاملين في الجهات المانحة متعددة الأطراف والمنظمات غير الحكومية.

تعكس بنية الكتيب عملية تطوير استراتيجية للحد من الفقر من التحليل الأولي إلى تصميم محتوياتها ومن ثم تنفيذها، وهو متسق مع المقاربة التي يوصي بها البنك الدولي في "كتابه المرجعي – ورقة استراتيجية الحد من الفقر" [1]. كما أن الإرشاد الذي يقدمه هذا الكتيب مفيد أيضاً لتصميم أي سياسة صحية في صالح الفقراء. لا يعطي الكتيب مخططاً جاهزاً للاستخدام لكن بدلاً من ذلك يقدم توجيهاً عاماً حول كيفية تطبيق مقاربة متركزة على حقوق الإنسان للصحة في سياق الحد من الفقر. هذا الدليل يمكن تكييفه

1. Klugman J, ed. *A sourcebook for poverty reduction strategies*. Washington, DC, World Bank, 2002, www.worldbank.org.

2. *The right to the highest attainable standard of health*. Geneva, General Comment 14, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, United Nations, 2000, www.ohchr.org.



## المقدمة

الناس المهمشين والمقصيين من الحصول على الخدمات الصحية والمقومات الأساسية للصحة. الخطوة الثانية هي استخدام المعايير الدولية والوطنية كقاعدة لتحديد من سيضطلع بمهام صون الحقوق في سياق تقديم الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة. تقع المسؤولية الأساسية على الدولة في ضوء التزاماتها بحقوق الإنسان بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان. لكن هنالك آخرون قد يتحملون المهام والمسؤوليات في هذا المجال وهم القطاع الخاص والمانحون الدوليون. إن أصحاب الحقوق في سياق استراتيجية الحد من الفقر هم أولئك الأشخاص الأكثر إقصاء من الوصول إلى الصحة.

الخطوة الثالثة هي تقييم الأطر المؤسسية والفجوات في القدرات، التي تصوغ العلاقات بين المتمتعين بالحقوق وحاملي واجب صونها. يشمل التقييم المؤسسي تحليل الآليات الكفيلة بضمان المشاركة والمساءلة، واستعراض التشريعات والسياسات المتعلقة بالصحة، وتقييم القيود المالية. يركز تحليل الفجوات الكائنة في القدرات على المعرفة، والمهارات والمعلومات التي يتطلبها أصحاب الحقوق وحملة الواجب لإحقاق الحق في الصحة.

**القسم 3** يعالج تحدي تطوير المحتوى لاستراتيجية الحد من الفقر الذي يتفق مع تحليل الصحة والفقر المرتكز على الحقوق. إن المعلومات المتمخضة عن التحليل المرتكز على الحقوق، وعملية التشاور في استراتيجية الحد من الفقر والبيانات الإكلينيكية والجغرافية تستخدم جميعها في تحديد الخدمات الصحية الأساسية والمقومات الأساسية للصحة. إن أحد العناصر الأساسية في المقارنة المرتكزة على

والإسكان الآمن، والشروط المهنية والبيئية الصحية والحصول على التثقيف الصحي الذي يغطي عدة مواضيع بما فيها الصحة الإنجابية والجنسية. يجب أن تكون المقومات الأساسية والمرافق، والسلع والخدمات متوفرة، ويمكن الوصول إليها ومقبولة وذات نوعية جيدة.

يستعرض القسم المقاربات المرتكزة على حقوق الإنسان للتنمية. تشترك هذه المقاربات بالعديد من العناصر ألا وهي استخدام مبادئ حقوق الإنسان كقاعدة لتحليل يتصف بأنه تشاركي وشامل وقابل للمساءلة، وتداخلات تتميز بالصفات ذاتها، والنجاح في تحقيق معايير حقوق الإنسان كأغراض مأمولة. ينتهي القسم بمراجعة للقيمة المضافة التي يمكن أن تترتب على استخدام المقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان في صياغة استراتيجية الحد من الفقر.

**القسم 2** يقدم مقترحات لعملية تصميم الجزء المتعلق بالصحة من استراتيجية الحد من الفقر بالاعتماد على معايير ومبادئ حقوق الإنسان. ويسلط الضوء على القيمة الجوهرية والدور الأساسي للمشاركة ويقترح منهجاً يمكن من المشاركة المجدية والمفيدة للفقراء أو المقصيين في جميع مراحل استراتيجية الحد من الفقر. ويؤكد على أهمية التزويد بالمعلومات والشفافية لتحقيق مشاركة ملموسة.

النصف الثاني من هذا القسم يستكشف كيف يمكن للمقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان أن تستخدم في تحليل القضايا الصحية والفقر. ويقترح ثلاث خطوات. الخطوة الأولى هي استخدام معايير التوافر، وإمكانية الوصول، والمقبولية والجودة لفحص الحواجز التي يمكن أن تمنع

أن يكون لها أثر على القطاع الصحي، ويبحث في صياغة ميزانية القطاع الصحي على قاعدة الأغراض السياسية المتفق عليها، والمعايير الدنيا لتقديم الخدمات ومبادئ حقوق الإنسان، مشيراً إلى أهمية الأخذ في الاعتبار التكاليف الإضافية المترتبة على السعي للوصول إلى فئات السكان المهملين، وبناقش بعض التحديات في مجال تخصيص وإعادة توزيع الموارد مقابل الأولويات المتفق عليها.

أخيراً، يبحث القسم في الكيفية التي يمكن بها لمبادئ حقوق الإنسان أن تقدم الأساس لبناء العلاقات بين المانحين والحكومة لدعم استراتيجية قطاع الصحة.

**القسم 4** يهتم بمرحلة التطبيق لاستراتيجية الحد من الفقر. ويستعرض مبادرات المجتمع المدني لرصد استراتيجية الحد من الفقر، بما فيها الرصد المرتكز على المجتمع المحلي للخدمة المقدمة وتحليل الميزانية. وبعد مناقشة تحديات تأسيس نظام رصد وطني فعال وإصدار بيانات مفصلة، يقترح نمط المؤشرات والأهداف التي يمكن أن تستخدم لقياس التغيرات في مدخلات الصحة والحصائل. ويختتم هذا القسم باستكشاف دور المؤسسات السياسية، والقضائية وشبه القضائية في ضمان مساءلة الحكومة بشأن حقوق الإنسان.

**القسم 5** يقدم قائمة مرجعية مفصلة بصكوك حقوق الإنسان ذات الصلة. ويشير إلى الوثائق الرئيسية والنصوص ذات الصلة خاصة بالصحة، وحقوق الإنسان والحد من الفقر والتي قد يود القارئ أن يرجع إليها لمزيد من الإطلاع. ويشمل أيضاً قائمة بالمنظمات الفاعلة في هذا المجال.

حقوق الإنسان هو تحديد استحقاقات فعلية راسخة أو معايير دنيا لتقديم الخدمة والتي تمكّن الناس من جعل صانعي السياسة العمومية يتحملون مسئولية توصيل الخدمة. إن تحليل توافر، وقابلية الوصول، ومقبولية وجودة الخدمات الصحية يساعد في تعريف هذه الاستحقاقات المخوّلة. يراجع القسم بعد ذلك التحديات التي تعترض استهداف فئات السكان المقيمين والمهمشين، ويبرز أهمية إقامة شراكة مع قطاع واسع من المنظمات - التي يتم التعرف عليها عبر إجراء استعراض لأصحاب الحقوق وحملة الواجب - لمعالجة المقومات الأساسية للصحة.

يقترح الكتيب تشكيل فريق عمل لمعالجة مسائل المشاركة، والمساءلة واحتياجات أصحاب الحقوق إلى المعلومات كما حددها التحليل المؤسسي. إن فريق العمل هذا يجب أن يضمن أيضاً فعالية الروابط القائمة بين عمليات المشاركة والمساءلة المحلية والوطنية والدولية. يجب القيام بمبادرات على صعيد تنمية المهارات، والتدريب والتمكين لدعم قدرة مقدمي الخدمة والأشخاص المطالبين بهذه الخدمات على السواء. إن تعديل التشريعات والسياسات التمييزية هو أمر محبذ، كذلك الشروع في إطلاق تشريع جديد لضمان حماية الناس من أفعال أو إجراءات القطاع الخاص وبعض المنظمات الأخرى والتي قد يكون لها أثر سلبي على صحتهم.

يعالج القسم الثالث أيضاً مسائل تمويل استراتيجية قطاع الصحة مشدداً على أهمية مبادئ حقوق الإنسان في الشفافية، والمساءلة، وعدم التمييز والمشاركة في القرارات حول سياسات الاقتصاد الكلي. ويستعرض الجوانب الرئيسية في سياسة الاقتصاد الكلي والتي من المحتمل

# القسم 1

## مبادئ المقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان لاستراتيجيات الحد من الفقر

هذا القسم يقدم مقدمة لمبادئ حقوق الإنسان، والروابط القائمة بين حقوق الإنسان والفقر، وكيف يمكن حماية الصحة من خلال الإطار القانوني لحقوق الإنسان. ويُلخص عناصر المقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان ويبحث في فائدة استخدام هذه المقاربة لصياغة المكون الصحي لاستراتيجية الحد من الفقر ولضمان أن استراتيجية الحد من الفقر بمجملها تعزز وتحمي الحق في الصحة.

إن المعاهدات الدولية الرئيسية لحقوق الإنسان — العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966) والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (1966) — توضح بشيء من التفصيل محتوى الحقوق التي تحدت عنها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وتنص على واجبات ملزمة قانونياً للحكومات التي تصبح طرفاً فيها.

وبالاعتماد على هذه الوثائق الأساسية فقد ركزت معاهدات دولية أخرى لحقوق الإنسان على مجموعات وفئات من السكان مثل الأقليات العرقية [4]، والنساء [5]، والأطفال [6]، والمهاجرين [7]، والأفراد ذوي الإعاقات [8] أو حول قضايا خاصة مثل الاختفاء القسري [9] أو التعذيب [10].

جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة قد صادقت على واحدة على الأقل من معاهدات

### ما هي خصائص حقوق الإنسان؟

حقوق الإنسان هي معايير متفق عليها دولياً وتنطبق على جميع البشر. وهي تشمل الحقوق المدنية والثقافية، والاقتصادية، والسياسية والاجتماعية التي يبينها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948).

### حقوق الإنسان هي:

- عالمية، يكتسبها كل إنسان؛
- تهدف إلى الحفاظ على الكرامة المتأصلة والمساواة في القدر بين الجميع؛
- غير قابلة للتصرف (لا يمكن التنازل عنها أو انتزاعها)؛
- مترابطة ومتشابهة (كل حق للإنسان يرتبط ارتباطاً وثيقاً بل وكثيراً ما يعتمد على إحقاق حقوق الإنسان الأخرى)؛
- صيغت على شكل استحقاقات للأفراد (والمجموعات) لينشأ عنها التزامات بالعمل على حمايتها وترك ما يضرها، ولاسيما على عاتق الدول؛
- مضمونة دولياً ومحمية قانونياً. [3]

3. *Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation*. New York and Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, United Nations, 2006 (HR/PUB/06/08), www.ohchr.org.

4. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, www.ohchr.org.

5. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, www.ohchr.org.

6. Convention on the Rights of the Child, www.ohchr.org.

7. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, www.ohchr.org.

8. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, www.ohchr.org.

9. International Convention for the Protection of All Persons from Enforced Disappearance, www.ohchr.org.

10. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, www.ohchr.org.

التزامات الدولة

إن جميع حقوق الإنسان تفرض ثلاثة أنماط من الالتزامات على الدول:

الاحترام: وهذا يعني ببساطة عدم التدخل في تمتع المرء بحقوقه كإنسان.

الحماية: هذا يعني ضمان أن أطرافاً ثالثة (غير حكومية أو ليست ممثلة للدولة) لن تشكل تعدياً على تمتع المرء بحقوقه كإنسان.

الوفاء: هذا يعني اتخاذ إجراءات إيجابية لإحقاق حقوق الإنسان.

11. *Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva, United Nations Economic and Social Council, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, United Nations, 2001 (E/C.12/2001/10), www.ohchr.org.

12. Adapted from: *Frequently asked questions on a human-rights based approach to development cooperation*. New York and Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, United Nations, 2006 (HR/PUB/06/08), www.ohchr.org.

"ظرف إنساني يتسم بالحرمان المستدام أو المزمّن من الموارد، والمقدّرات والخيارات، والأمن والقوة الضرورية للتمتع بمستوى لائق للحياة وغيرها من الحقوق المدنية، والثقافية، والاقتصادية، والسياسية والاجتماعية." [11]

توضح معايير حقوق الإنسان الأغراض المختلفة لعملية التنمية التي يجب إنجازها من أجل إنهاء الفقر بما فيها الحفاظ على الصحة، والحصول على التربية والتعليم، والتحرر من العنف، والقدرة على ممارسة التأثير السياسي والقدرة على العيش باحترام وكرامة. إن مبادئ حقوق الإنسان تركز عليها جميع الحقوق المدنية، والثقافية، والاقتصادية، والسياسية والاجتماعية وتقدم الأساس لبناء مداخلات ترمي للوصول إلى إحقاق حقوق الإنسان وإنهاء الفقر. بعض مبادئ حقوق الإنسان كالمشاركة وعدم التمييز هي أيضاً معايير. هذا يعني أنه يجب أن تكون جزءاً من عمليات وأغراض التنمية معاً. وتشمل مبادئ حقوق الإنسان [12]:

عدم قابليتها للتجزئة: عدم القابلية للتجزئة تعني أن الحقوق المدنية، والثقافية، والاقتصادية، والسياسية والاجتماعية هي جميعاً ضرورية لكرامة الإنسان كما أنها مترابطة معاً. إن مبدأ عدم التجزئة يعني ضمناً أن الاستجابة لسؤال الفقر يجب أن تكون عبر جميع القطاعات وتشمل مداخلات اقتصادية، واجتماعية وسياسية.

حقوق الإنسان التسعة الرئيسية، و80% من هذه الدول قد صادقوا على أربعة أو أكثر. عندما تصادق الحكومات على معاهدة ما تصبح ملزمة قانونية باحترام وحماية وإعمال الحقوق التي أقرتها في هذه المعاهدة.

يدرك قانون حقوق الإنسان القيود الشديدة التي تواجهها الدول الفقيرة ويسلم بحقيقة أنه قد لا يكون من الممكن إحقاق جميع الحقوق الاقتصادية، والاجتماعية والثقافية للجميع بشكل فوري. لكن الحكومات ملزمة بتقديم خطة طويلة الأجل من شأنها أن تقود إلى الإحقاق التدريجي لحقوق الإنسان. ويجب عليها أيضاً اتخاذ خطوات فورية ملموسة على صعيد التدابير المالية والالتزامات السياسية وفقاً للموارد المتوفرة، تكون موجهة تحديداً تجاه الإحقاق الكامل لجميع حقوق الإنسان. وفي الحالات التي يعاني فيها عدد كبير من الناس الحرمان من حقوق الإنسان على الدولة واجب إظهار أن جميع مواردها المتاحة — بما في ذلك من خلال طلب الحصول على المساعدة الدولية عندما تستدعي الحاجة ذلك — قد تم حشدتها للوفاء بهذه الحقوق.

ما هي الروابط بين حقوق الإنسان والفقر؟

عادة ما يتم تعريف الفقر بالمصطلحات الاقتصادية التي تركز على المقدرة المالية النسبية أو المطلقة للأفراد والأسر. ومن المسلم به اليوم عموماً أن الفقر متعدد الأبعاد ولم يعد تعريفه مقتصرًا على أنه نقص في السلع المادية والفرص. وقد عرّفت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية، والاجتماعية والثقافية الفقر على أنه:

## القسم 1

والاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية والسياسية التي يمكن عبرها إحقاق حقوق الإنسان والحريات الأساسية. ويعني هذا ضمناً أن الفقراء لديهم الحق في المشاركة في القرارات المتعلقة بتصميم، وتنفيذ ورصد مداخلات الفقر. ويتطلب هذا الأمر إمكانية الوصول إلى المعلومات والوضوح والشفافية حول عملية صنع القرار. ويعني أيضاً أن كل الناس لهم الحق في اقتسام الفوائد الناجمة عن السياسات والبرامج.

**المساءلة، والشفافية وسيادة القانون:** إن عمليات المساءلة تقرر ما الذي ينجح حتى يمكن تكراره وما الذي لا ينجح حتى يمكن تقويمه. [15] تلعب المساءلة دوراً رئيسياً في تقوية الفقراء لتحدي الوضع الراهن، ومن دون هذا التحدي لا يمكن للحد من الفقر أن ينجح. من المعروف عموماً أن كلاً من الدولة والقطاع الخاص مساءلان بشكل غير كاف لدعم تقديم خدمات فعالة وعادلة. [16] للمساءلة عنصران: المسؤولية والإنصاف. تتطلب المسؤولية من الحكومات وغيرها من صانعي القرار أن تتصف بالشفافية بشأن العمليات والإجراءات وأن تبرر اختياراتها. الإنصاف أو الجبر يتطلب مؤسسات لمعالجة المظالم عندما يفشل الأفراد أو المنظمات في الوفاء بالتزاماتهم. توجد العديد من أشكال المساءلة. العمليات القضائية هي أحد أشكال المساءلة المستخدمة لدعم جهود تنفيذ حقوق الإنسان. قانون حقوق الإنسان يعني أن الدول وغيرها من حملة الواجب هي مسؤولة عن احترام حقوق الإنسان. وحينما تفشل هذه الجهات في الامتثال للقواعد القانونية والمعايير المنصوص عليها في صكوك حقوق

**المساواة وعدم التمييز:** تعرف معايير ومبادئ حقوق الإنسان جميع الأفراد بأنهم متساوون ومؤهلون للتمتع بحقوقهم الإنسانية دون تمييز من أي نوع أو على أي أساس كالعرق، واللون، والجنس، والإثنية، والعمر، واللغة، والديانة، والآراء السياسية أو غيرها من الآراء، والأصل الوطني أو الاجتماعي، والعجز، والملكية، والولادة، والإعاقة البدنية أو العقلية، والحالة الصحية (بما فيها الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز)، والميول الجنسية أو أي حالة أخرى يرد تفسيرها في إطار القانون الدولي. إن عدم المساواة والتمييز يمكن أن يبطئا من النمو الاقتصادي ويخلقوا مظاهر عدم الكفاءة في المؤسسات الحكومية ويقللا من القدرة على معالجة الفقر. [13]

إن قانون حقوق الإنسان وفقهه قد أقرا بأهمية المساواة الرسمية والموضوعية. المساواة الرسمية تحظر استخدام الامتيازات أو التمييز في القانون والسياسة. تعتبر المساواة الموضوعية القوانين والسياسات تمييزية إذا كان لها أثر سلبي غير متناسب على أي مجموعة من الناس. تقتضي المساواة الموضوعية من الحكومات أن تحقق المساواة في النتائج. [14] وهذا يشير ضمناً إلى أن مبدأ المساواة وعدم التمييز يتطلب من استراتيجيات الحد من الفقر معالجة التمييز في القوانين، والسياسات وتوزيع وإيصال الموارد والخدمات.

**المشاركة والإدماج:** إن مبدأ حقوق الإنسان في المشاركة والإدماج يعني أن كل فرد وجميع الناس يمتلكون الحق في المشاركة النشطة والحررة وذات المغزى، والإسهام في، والتمتع بالتنمية المدنية،

13. World development report 2006: equity and development. Washington, DC, World Bank, 2005, <http://econ.worldbank.org/wdr>.

14. Elson D. Budgeting for women's rights: monitoring government budgets for compliance with GEDAW. New York, United Nations Development Fund for Women, 2006, [www.unifem.org/resources/item\\_detail.php?ProductID=44](http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=44).

15. Hunt P. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the highest standard of physical and mental health. New York, United Nations General Assembly, 2007 (A/HRC/4/28), [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).

16. Gauri V. Social rights and economic claims to health care and education in developing countries. Washington, DC, World Bank, 2003 (Policy Research Working Paper N°3006), [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).

## الحق في الصحة

1. تدرك الدول الأطراف في المعاهدة الحالية حق الجميع في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية.
2. الخطوات التي يجب اتخاذها من قبل الدول الأطراف في العهد الحالي للوصول إلى إحقاق كامل لهذا الحق يجب أن تشمل تلك الضرورية من أجل:
  - أ. توفير المتطلبات الضرورية للحد من... وفيات الرضع وللنمو الصحي للأطفال؛
  - ب. تحسين جميع أوجه حفظ الصحة البيئية والصناعية؛
  - ج. الوقاية من الأمراض الوبائية، المتوطنة والمهنية وغيرها، ومعالجتها ومكافحتها؛
  - د. خلق الظروف التي من شأنها أن تضمن للجميع الخدمات الطبية والعناية الطبية في حال وقوع المرض. [19]

ولتوضيح وتفعيل أحكام المادة 12، تبنت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التعليق العام 14 الذي يقر بأهمية المقومات الأساسية للصحة من خلال الإشارة إلى أن الحق في الصحة يعتمد على، ويساهم في إحقاق العديد من حقوق الإنسان الأخرى، مثل الحق في الطعام، والحق في المستوى المعيشي الكافي واللائق، والخصوصية والحصول على المعلومات.

بل إنه بموجب التعليق العام 14، فإن الحق في الصحة يتضمن حريات واستحقاقات في آن واحد. الحريات تشمل الحق في أن يصبح الفرد حراً من المعالجات الطبية دون رضاه، والتعذيب

الإنسان، يمتلك أصحاب الحقوق الحق في الشروع بمقاضاتها أمام محكمة مختصة أو غيرها من هيئات البت والفصل للحصول على الإنصاف بمقتضى القواعد والإجراءات التي ينص عليها القانون.

إن بعض عمليات المساءلة هي خاصة بحقوق الإنسان، ونذكر منها على سبيل المثال التحقيقات التي تجريها مؤسسات حقوق الإنسان الوطنية والتقارير التي تقدم إلى هيئات الرصد المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان والتابعة للأمم المتحدة. والبعض الآخر من عمليات المساءلة هو عام بطبيعته ويشمل الأنظمة الإدارية لمراقبة تقديم الخدمات، ونزاهة الانتخابات، وحرية الصحافة، واللجان البرلمانية ورصد المجتمع المدني. [17]

إن مبدأ المساءلة يتطلب أن تكون عمليات استراتيجية الحد من الفقر من تصميم، وتنفيذ ومراقبة تتمتع بالشفافية ويجب على صانعي القرار أن يبرروا الخلل في العملية السياسية ويتحملوا تبعات خياراتهم. ومن أجل تحقيق ذلك يجب على استراتيجية الحد من الفقر أن تبنى على، وتقوي الصلات مع تلك المؤسسات والعمليات التي تمكن الناس المقيمين من محاسبة صانعي السياسة.

## كيف تكون الصحة محمية بموجب الإطار القانوني لحقوق الإنسان؟

لعل أكثر تعريف جدير بالاعتماد لحق كل شخص في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية والذي غالباً ما يشار إليه على أنه الحق في الصحة تبينه المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. [18]

17. Ibid, 15.

18. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 12, 1966, www.ohchr.org.

19. Ibid, 18.

## القسم 1

على الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة. يجب على الدول أن تميز وتسد الاحتياجات المختلفة الخاصة بالمجموعات السكانية مثل النساء، والأطفال أو الأفراد ذوي الإعاقات، ممن يواجهون عادة تحديات صحية خاصة مثل معدلات الوفيات المرتفعة أو التعرض لأمراض معينة. [21]

### المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان التي تقر بالحق في الصحة (انظر إلى المراجع في القسم 5)

- الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (1965): المادة 5(هـ)4؛
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966): المادة 12؛
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (1979): المادة 11(1)(و)، 12 و14(2)(ب)؛
- اتفاقية حقوق الطفل (1989): المادة 24؛
- الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد عائلاتهم (1990): المواد 28، 43(هـ) و45؛
- اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2006): المادة 25.

يحدد التعليق العام 14 أربعة خصائص يتم بواسطتها تقييم الحق في الصحة:

التوافر: يجب توافر مراكز صحية عمومية ومرافق ولسع وخدمات صحية بالإضافة إلى البرامج بكم كاف.

وغيرها من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية، غير الإنسانية والمهينة، والحق في تحكّم المرء بجسده، بما فيها الحرية الجنسية والإنجابية. تشمل الاستحقاقات الحق في نظام لحماية الصحة؛ الحق في الوقاية، والعلاج ومكافحة الأمراض؛ الحق في بيئة طبيعية صحية وأجواء صحية في أماكن العمل؛ والحق في مرافق ولسع وخدمات صحية. كما أن مشاركة السكان في عملية صنع القرارات المتعلقة بالصحة على المستويات الوطنية والمجتمعية هو استحقاق هام آخر. إن عدم التمييز والمساواة هما من المكونات الأساسية للحق في الصحة. ويقع على عاتق الدول واجب حظر التمييز وضمان المساواة للجميع فيما يتعلق بالحصول

### الحقوق الإنجابية

تستند الحقوق الإنجابية على إقرار الحق الأساسي لكل الأزواج والأفراد بأن يقرروا بحرية ومسئولية عدد، وفترات المبعادة بين الولادات وتوقيت إنجاب أطفالهم وفي أن يمتلكوا المعلومات والوسائل الضرورية لذلك، وكذلك الحق في بلوغ أعلى مستوى للصحة الجنسية والإنجابية. وتشمل أيضاً حق الجميع في صنع القرارات التي تتعلق بالإنجاب بعيداً عن التمييز، والإكراه والعنف. [20]

20. [www.who.int/reproductive-health/gender/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/gender/index.html).

21. *Fact Sheet N°31 on the Right to Health*. Geneva, World Health Organization/Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008, [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).

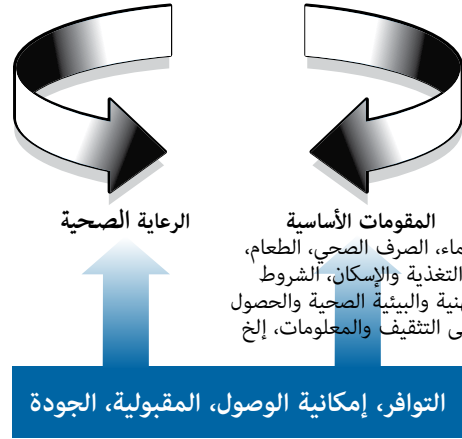
إمكانية الوصول: يجب أن يتاح للجميع دون تمييز إمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية ضمن نطاق الولاية القضائية للدولة الطرف. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد هي:

- عدم التمييز؛
- إمكانية الوصول المادي؛
- الإمكانية الاقتصادية للوصول (القدرة على تحمّل النفقات)؛
- إمكانية الحصول على المعلومات.

المقبولية: يجب على جميع المرافق والسلع والخدمات الصحية أن تحترم الأخلاقيات الطبية وأن تكون ملائمة ثقافياً، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة فضلاً عن أن تصميمها يجب أن يحترم السرية ويحسن الحالة الصحية لأولئك المعنيين.

الجودة: يجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية ملائمة علمياً وطيباً وذات جودة حسنة.

### الحق في الصحة



التعليق العام 14 الذي تبنته لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

ما هي استراتيجيات الحد من الفقر؟

إن استراتيجية الحد من الفقر هي إطار للتنمية الوطنية عبر جميع القطاعات، يتم تصميمه وتنفيذه من قبل الحكومة الوطنية خصيصاً لمعالجة أسباب وأثر الفقر على الدولة. حتى في الدول ذات الدخل المرتفع، سيظل هناك مجموعات أو قطاعات من الفقراء وتكون الاستراتيجية الوطنية للحد من الفقر ضرورية في تلك الدول تماماً كما في الدول الأفقر. في الدول ذات الدخل المنخفض أو المتوسط تم تقديم استراتيجيات الحد من الفقر بداية كأحد المتطلبات التي يجب أن تستوفيها الدول التي تسعى وراء القروض الميسرة من البنك الدولي أو صندوق النقد الدولي. في تلك الدول تعد الحكومات ورقة استراتيجية الحد من الفقر تبين فيها اقتصادها الكلي وسياساتها وخططها الاجتماعية. اليوم ينظر إلى استراتيجيات الحد من الفقر كألية أساسية يبني حولها العديد من المانحين ثنائيي أو متعددي الأطراف برامجهم للتعاون الإنمائي. وتعتبر أيضاً بمثابة الإطار الوطني التنفيذي لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وبحلول مارس/آذار 2005، أنمت 44 دولة بالكامل إنجاز أوراق استراتيجياتها للحد من الفقر، والعديد منها تعكف حالياً على مراجعة استراتيجياتها الأصلية.

يوجد حالياً توافق واسع بين جميع وكالات التنمية الرائدة في العالم بما فيها البنك الدولي حول المبادئ الأساسية التي يجب أن تركز إليها ورقة استراتيجية الحد من الفقر.

- يجب أن تكون موجهة نحو النتائج، مع أهداف للحد من الفقر تكون ملموسة ويمكن رصدها.
- يجب أن تكون شاملة وتدمج بين عناصر الاقتصاد الكلي، والعناصر الهيكلية، والقطاعية والاجتماعية.



## القسم 1

بالنسبة للعديد من منظمات المجتمع المدني، تقدم حقوق الإنسان محور تركيز لمبادرات التمكين التي تشتمل على التثقيف في مجال حقوق الإنسان، وحشد الطاقات، وجهود المناصرة ورصد سياسات الحكومة من قبل، وبالنيابة عن الفقراء والمهمشين.

أيد عدد من المتبرعين والوكالات المتعددة الأطراف المقاربات التي تستخدم حقوق الإنسان كإطار لتخطيط وتنفيذ عمليات التنمية. إن الفرص المتاحة لتطبيق هذا العمل قد توسع مداها من خلال الرأي القانوني الذي قدمه البنك الدولي، [23] في عام 2006، والذي يشير إلى أنه يملك دوراً هاماً ليلعبه في دعم الحكومات لتفي بالتزاماتها بحقوق الإنسان فيما يتصل بالتنمية والحد من الفقر. وقد أصدرت لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية توجيهاً حول دمج حقوق الإنسان في التنمية. ويشتمل على توصيات بدمج مبادئ وتحليل حقوق الإنسان في إطلاقه إعلان باريس حول فعالية المعونة. [24] وتسلط المبادئ التوجيهية للجنة المساعدة الإنمائية الضوء على إمكانيات إطار حقوق الإنسان لتعزيز مبادئ الملكية، والمواءمة، والتنسيق، والإدارة من أجل النتائج والمساءلة المتبادلة في مجال تقديم المعونة.

وفي حين أنه ليس هناك وصفة عالمية تبين كيف يمكن إدراج حقوق الإنسان في عمليات التنمية، فإن المقاربات المرتكزة على الحقوق عموماً تضع الوفاء بحقوق الإنسان كغرض لها تصبو إلى تحقيقه وتطبق مبادئ حقوق الإنسان التي تستند إليها على السياسات والبرامج. في عام 2003 اتفقت وكالات الأمم المتحدة على "فهم

● يجب أن تكون ذات استمداد قطري، وتمثل إجماعاً للآراء بشأن أي الخطوات التي ينبغي اتخاذها.

● يجب أن تكون تشاركية؛ على جميع الجهات المعنية - أصحاب المصلحة - المشاركة في صياغتها وتنفيذها.

● يجب أن تكون قائمة على أساس الشراكة، بين الحكومة والجهات الفاعلة الأخرى.

● يجب أن تكون طويلة الأمد، مع التركيز على إصلاح المؤسسات وبناء القدرات علاوة على تحقيق أهداف على المدى الطويل. [22]

وضع حقوق الإنسان موضع التنفيذ من خلال سياسات وبرامج التنمية في حين أن قيمة حقوق الإنسان كمجموعة من القواعد الموجهة راسخة بشكل كاف، فإن الخبراء والعاملين في مجال التنمية يبحثون حالياً في كيفية استخدام حقوق الإنسان لتعزيز جهود تحليل الفقر وعمليات التنمية.

### المقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان لمسألة التعاون الإنمائي: نحو فهم مشترك بين الوكالات التابعة للأمم المتحدة

حقوق الإنسان أن توجه البرمجة والتعاون من أجل التنمية في جميع القطاعات وفي جميع مراحل عملية البرمجة.

● النتيجة: يجب أن تساهم برامج التعاون من أجل التنمية في تنمية قدرات من يظطلع بهذا الواجب على الوفاء بالتزاماتهم وتنمية قدرات أصحاب الحقوق للمطالبة بحقوقهم. [25]

● الهدف: يجب على جميع برامج التعاون من أجل التنمية، والسياسات والمساعدة التقنية أن تؤازر جهود إحقاق حقوق الإنسان على النحو المنصوص عليه في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وغيره من صكوك حقوق الإنسان الأخرى.

● العملية: يجب على معايير حقوق الإنسان الواردة في، والمبادئ المستمدة من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وغيره من صكوك

22. Paris declaration on aid effectiveness; ownership, harmonization, alignment, results and mutual accountability. Paris High Level Forum, 28 February-2 March 2005, www.oecd.org.

23. Legal opinion on human rights and the work of the World Bank, 2006, www.ifwatchnet.org.

24. Action-oriented policy paper on human rights and development. Paris, Development Assistance Committee, Organization for Economic Co-operation and Development, 2006 [DCD/DAC(2007)15/FINAL], www.oecd.org.

25. The human rights-based approach to development cooperation: towards a common understanding among UN agencies. In: Interagency workshop on a human rights-based approach in the context of UN reform. New York, Stamford, CT, United Nations, 3-5 May 2003, www.undp.org.

26. Ibid, 25.

27. PRSPs: their significance for health: second synthesis report. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HDP/PRSP/0.4.1), www.who.int.

تساعد في تقوية هذه العناصر لاستراتيجية الحد من الفقر.

إن استعراض استراتيجيات الحد من الفقر المكتملة يشير إلى أنها وفي العديد من الحالات كانت ضعيفة فيما يتعلق بقضايا عدم المساواة في توفير الخدمات الصحية. وجد استعراض أنجزته منظمة الصحة العالمية لاستراتيجيات الحد من الفقر المكتملة نقصاً في إجراء تحليل معمق للترابطة القائمة بين الفقر والصحة، وعدم التشديد بشكل كاف على عدم التمييز بين البشر وغياب لمؤشرات عدم المساواة الصحية. بالإضافة إلى ذلك، تبين من هذا الاستعراض وجود نقص في المشاركة من قبل وزارات الصحة المتصلة بعملية استراتيجية الحد من الفقر. [27]

يستخدم هذا الكتيب المقارنة المرتكزة على حقوق الإنسان لمعالجة هذه الثغرات وتعزيز صياغة المكون الصحي لاستراتيجية الحد من الفقر من خلال تعريف الطرق والمداخلات التي تدعم:

- مقارنة متماسكة عبر جميع القطاعات للصحة وتعزيز الدور التنظيمي لوزارة الصحة؛
- مشاركة الناس المهمشين والمقصين في القرارات التي تؤثر على صحتهم؛
- تعريف وتوصيل الاستحقاقات والمعايير الدنيا لتوفير الخدمة التي تمكن الناس من جعل صانعي السياسة العمومية ومقدمي الخدمات مسئولين عن أفعالهم؛
- عدم التمييز في إيصال الاستحقاقات والمعايير الدنيا التي يتم تحديدها وبشكل يشمل الجميع؛

مشترك" للعناصر المركزية للمقارنة المرتكزة على حقوق الإنسان للتنمية من شأنه أن يلهم سياسات وممارسات الأمم المتحدة. [26]

ويستند هذا الكتيب على المقارنة المبنية في "الفهم المشترك" كأساس للبحث في الكيفية التي يمكن بها لمعايير ومبادئ حقوق الإنسان أن تعزز تصميم وتنفيذ العنصر الصحي لاستراتيجية الحد من الفقر. ويستخدم تعريف الحق في الصحة المبين في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتعليق العام 14 كقاعدة لبناء مقارنة لمسألة الصحة عبر جميع القطاعات، وفقاً لمعايير التوافر، وإمكانية الوصول، والمقبولية والجودة وتوفير الإطار الذي يقف وراء تحليل وتصميم وتنفيذ الاستراتيجية الصحية، ويقترح عمليات ومدخلات تقوم على مبادئ حقوق الإنسان في عدم قابليتها للتجزئة، والمساواة وعدم التمييز، والمشاركة والإدماج والمساءلة، والشفافية وسيادة القانون. تعالج المدخلات القيود المؤسسية وثغرات القدرات التي تمنع بدورها أصحاب الحقوق من المطالبة بحقوقهم وحملة الواجب من الوفاء بالتزاماتهم.

كيف تكمل حقوق الإنسان واستراتيجيات الحد من الفقر بعضها البعض؟

يوجد العديد من أوجه التشابه بين مقارنة حقوق الإنسان للحد من الفقر والمبادئ الرئيسية لاستراتيجية الحد من الفقر، فالاستراتيجيات والمقاربات المشتركة بينهما تشتمل على التشديد على المشاركة، والرصد والمساءلة، والتخطيط الطويل الأمد، وفهمهما المتعدد الأبعاد للفقر. يمكن للمقارنة المرتكزة على حقوق الإنسان أن



Pierre Viret (WHO-212124)

- تخصيص بنود في الميزانية للقطاع الصحي
- بناءً على أولويات ومعايير الخدمة المتفق عليها؛
- إجراءات للمساءلة تمكّن الناس من رصد تقديم الخدمات الصحية والحصول على الإنصاف في حال عدم استيفاء المعايير؛
- علاقات متماسكة بين المانحين والحكومة وتسمح بالمساءلة المتبادلة.

إن العجز، والتمييز، وعدم المساواة وفشل المساءلة التي تقود جميعها إلى الفقر عادة ما تكون لأسباب سياسية، وذات جذور متأصلة وليس من السهل إصلاحها. ومع ذلك فإن تلك هي التحديات التي يجب على صانعي السياسة والمخططين أن يواجهوها لتحسين النتائج الصحية. تقدم الأقسام التالية النصح والتوجيه وتعرض لدراسات حالة يمكن لمخططي الصحة أن يوظفوها لمعالجة هذه القضايا في دولهم. إن خلاصات التجارب والدروس المستفادة من المحتم أن تغفل أو تتغاضى عن المشاكل والنكسات التي يواجهها كل الأفراد والمنظمات عندما يحاولون دعم التغييرات الصعبة. يجب على واضعي السياسة والمخططين أن يكونوا عاقدى العزم، ومقنعين ومبدعين للتغلب على أشكال تضارب المصالح ضمن وزاراتهم ومجتمعاتهم التي يعملون معها. يجب على أبطال

التغيير على مختلف المستويات في وزارة الصحة أن يعملوا معاً وأن يقيموا علاقات مع قطاع عريض من المنظمات المختلفة في المجتمع، والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص. إن تطبيق مبادئ حقوق الإنسان من المشاركة، والإدماج، والمساءلة والشفافية على جميع هذه الشراكات وعلاقات العمل ضمن وخارج نطاق وزارة الصحة يوفر الأساس الأكثر فعالية للأفعال الرامية إلى دعم إحقاق الحق في الصحة للجميع.

## القسم 2

# صياغة استراتيجية صحية لصالح الفقراء مرتكزة على مبادئ حقوق الإنسان

يقدم هذا القسم النص والتوجيه حول الكيفية التي يمكن بها لحقوق الإنسان أن تدعم عملية إعداد وصياغة الجزء الصحي من استراتيجية الحد من الفقر.

نقاط التداخل المحتملة للعمل عليها من خلال إجراء تقييم لأصحاب الحقوق وحملة الواجب وتحليل للأطر المؤسسية والقدرات التي تحدد شكل العلاقة بينهم.

### المشاركة

المشاركة هي مبدأ أساسي لحقوق الإنسان وهي متصلة في عملية الإدماج والديمقراطية على الصعد المحلية، والوطنية والدولية. إن تبادل المعلومات - وتشاركها مع الآخرين - هو مكون حاسم لعملية المشاركة سواء في مرحلة التخطيط، أو التنفيذ أو مرحلة الرصد لاستراتيجية الحد من الفقر.

عملية المشاركة الفعالة هي عامل رئيسي في نجاح أي استراتيجية للحد من الفقر. فهي تزيد من ملكية أصحاب المصلحة لعمليات التنمية ورقابتهم عليها وتساعد على ضمان أن تستجيب المداخلات لأوضاع الناس المراد استفادتهم منها. إن بناء مكون القطاع الصحي في استراتيجية الحد من الفقر استناداً إلى المعلومات السليمة والمشاركة ذات القاعدة الواسعة يضع وزارة الصحة في وضع

لا يوجد دولتان تواجهان المشاكل الصحية ذاتها، وتبعاً لذلك تختلف الاستراتيجيات الصحية لكل دولة. يقدم التحليل المرتكز على حقوق الإنسان للصحة والفقر تقييماً خاص بسياق معين وعبر جميع القطاعات لأسباب اعتلال الصحة. فهو يتناول الأسئلة حول من هم الذين يُنكر عليهم الحق في الصحة، ولماذا هم محرومون وما الذي يمكن فعله لتحسين حالتهم ووقاية الآخرين من المعاناة. إن المشاركة - تمكين الناس من أن يكون لهم صوت في القرارات التي تؤثر في حياتهم - هي عنصر أساسي في هذه العملية.

الجزء الأول من هذا القسم ينظر إلى المشاركة كمبدأ ضروري لجميع أطوار عملية استراتيجية الحد من الفقر، من جمع المعلومات حول الفقر، وعدم المساواة، والعجز والصحة إلى عملية المشاركة التي ترمي إلى دمج قطاع عريض من الأفراد والمنظمات في عملية صنع قرارات السياسة الصحية. أما الجزء الثاني من هذا القسم فيبحث في مقاربات لبناء قاعدة معلومات شاملة حول عمليات التمييز والإقصاء التي تقود إلى عدم المساواة في الحصائل الصحية. يتم تحديد



أقوى في مفاوضات الحصول على الموارد مع وزارة المالية وغيرها من المنظمات التي تملك نصيباً قوياً في استراتيجية الحد من الفقر.

ومع ذلك، لا يخلو الأمر من المخاطر المتأصلة فيه. تتطلب المشاركة الاستعداد لمشاركة السلطة والمعلومات على أساس من عدم التمييز. وبالتالي فإن المشاركة تشكل تحدياً سياسياً ولوجستياً. يمكن للعمليات القائمة على المشاركة - التشاركية - أن ترفع من التوقعات بشكل غير واقعي أو تكشف تضارب المصالح وصراع القوى القائم. إن البدء بالعمليات التشاركية يتطلب الوقت، والصبر، والموارد والتخطيط.

وسواء جرت على مستوى المشروع المحلي أو مستوى السياسة الوطنية، يجب على الآلية الأساسية للمشاركة، قدر المستطاع، أن تكون عبر الهياكل الديمقراطية القائمة. في بعض الظروف يمكن لتأسيس أطر بديلة للمشاركة أن يقوض الهياكل الديمقراطية الوليدة، أو يخلق أنظمة موازية غير مرحب فيها، وعلى المدى البعيد، قد يثبت عدم قدرة هذه الأطر البديلة على الاستدامة. ومع ذلك في العديد من الحالات الترتيبات المبتكرة قد تكون ضرورية لضمان كون المشاركة شاملة وعميقة على حد سواء.

ترسم العديد من الدول ما يعرف عادة بخطة العمل القائمة على المشاركة وتقدم هذه خارطة طريق للمشاركة في جميع مراحل دورة استراتيجية الحد من الفقر من التصميم والتنفيذ إلى الرصد. إن المحتوى التفصيلي لهذه الخطة يتنوع من دولة إلى دولة أخرى. أما المراحل الرئيسية لتصميم خطة واقعية للعمل قائمة على المشاركة فتشمل:

أ. تحديد نقطة البداية؛

ب. تحليل أصحاب المصلحة؛

- ج. تحديد للمستوى الممكن والمجدي للمشاركة في استراتيجية الحد من الفقر؛
- د. تحديد الآليات المناسبة للمشاركة؛
- هـ. تطوير آليات مؤسسية لتنسيق المشاركة؛
- و. تطوير خطة عمل. [28]

### أ تحديد نقطة البداية

إن المشاركة في استراتيجية الحد من الفقر ستكون مختلفة من دولة إلى أخرى تبعاً لعدد من العوامل تشمل الحوكمة والهياكل السياسية والمدى الذي يعتبر فيه المجتمع المدني والسياسيون استراتيجية الحد من الفقر أداة ضرورية لمعالجة الفقر. ومن أجل إيجاد نقطة بداية لدولة ما وأخذ تصور تقريبي للمستوى الممكن للمشاركة، من المفيد تقييم العوامل التالية:

- مدى الملكية لعمليات الحد من الفقر الوطنية السابقة؛
- تنظيم المجتمع المدني وقدرته؛
- التجربة السابقة مع المشاركة في العمليات السياسية؛
- قدرة الحكومة على تنظيم العمليات القائمة على المشاركة.

### ب تحليل أصحاب المصلحة

إن أحد الخطوات الرئيسية في العملية القائمة على المشاركة هي تحديد أصحاب المصلحة - كل أولئك الأفراد، المجموعات والمنظمات المتأثرة أو المنخرطة في إيصال استراتيجية الحد من الفقر. ومن منظور حقوق الإنسان، من الضروري أن يتم تحديد المجموعات والمجموعات الأكثر تهميشاً وإشراكها في استراتيجية الحد من الفقر منذ البداية.

28. Adapted from: Tikare S et al. Organizing participatory processes in the PRSP. Washington, DC, World Bank, 2001 (Draft for Comments).

## القسم 2

- ممثلون عن مؤسسات الدولة الأخرى، بما فيهم الهيئات المنتخبة، ومؤسسات حقوق الإنسان الوطنية والسلطة القضائية؛
- منظمات المجتمع المدني، بما فيها المنظمات غير الحكومية، ومنظمات المجتمع المحلي، المنظمات الدينية، ومنظمات السكان الأصليين والزعماء التقليديين، واتحادات التجارة، والمؤسسات التعليمية، ومجموعات حماية المستهلك، والرابطات المهنية؛
- منظمات القطاع الخاص، بما فيها مقدمو الخدمة الصحية، وموردو المعدات وممثلو الشركات الدوائية؛
- المانحون والمنظمات المتعددة الأطراف.

**ج** تحديد المستوى الممكن والمجدي للمشاركة في استراتيجية الحد من الفقر  
العمليات القائمة على المشاركة ترمي إلى، أو ينتج عنها، مستويات مختلفة من التشار :

- التشار في المعلومات. تزود السلطات الأشخاص والمجموعات بالمعلومات حول السياسات والعمليات السياسية - وهذا بحد ذاته متطلب أساسي للمشاركة وزيادة الشفافية.
- جمع المعلومات. تستخدم الطرق القائمة على المشاركة للحصول على المعلومات من المجتمعات المحلية المختلفة والجماعات والفئات الاجتماعية.
- الاستشارة. يسأل صانعو السياسة عن وجهات نظر المشاركين، لكنهم غير ملزمين بالإصغاء إلى أو إدراج الآراء التي أُعربَ عنها في سياساتهم.

إن طبيعة الإقصاء وهوية الفئات الأكثر تهميشاً تختلف من دولة إلى أخرى. بالتعريف، فإن الأشخاص المهمشين يعيشون على هامش المجتمع وقد يكونون غير مرئيين بالنسبة لصانعي السياسة والآخرين في موقع السلطة. ولكن في معظم الدول توجد مجموعات اجتماعية معينة ضمن السكان تميل إلى أن تكون أكثر إقصاءً ومن المحتمل أكثر من غيرها أن تعاني من الفقر على الدوام. عدد النساء اللواتي يعشن في الفقر مثلاً هو في تزايد وبشكل غير متناسب مع مثيله لدى الرجال خاصة في الدول النامية. إن غلبة السمات الأنثوية على الفقر هو أيضاً مشكلة في الدول التي يكون اقتصادها في مرحلة انتقالية كنتيجة قصيرة المدى لعملية التحول السياسي، والاقتصادي والاجتماعي. ومن المجموعات الأخرى المقصاة بشكل مستديم الأطفال، والمراهقون، وكبار السن، والأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز، والأقليات الإثنية، والدينية واللغوية، والأشخاص ذوو الإعاقات العقلية أو البدنية، والمهاجرون (بمن فيهم العمال المهاجرون)، والأشخاص المشردون داخلياً، واللاجئون، وسكان الأحياء الفقيرة، والأشخاص بلا مأوى والسكان الأصليون. إن تحديد فئات السكان المهمشين أو المَقْصِينَ ومواقع تواجدهم هو جزء ضروري من تصميم استراتيجية الحد من الفقر.

بالإضافة إلى أولئك الأناس المَقْصِينَ، تضم قائمة أصحاب المصلحة الرئيسيين:

- مخطوطو سياسة الحكومة، بمن فيهم العاملون في الخدمة المدنية في الوزارات المركزية، والوزارات المحلية وهيئات الحكومة المحلية؛

فقرات مختارة من "أصوات الفقراء"، البنك الدولي، 2000

"إذا لم تملك المال اليوم، سوف يأخذك مرضك إلى القبر" [غانا].

"الفقر هو نقص في الحرية، استبعاد من قبل ذلك العبء اليومي الساحق، ومن قبل الاكتئاب والخوف مما سيحل به المستقبل" [جورجيا].

"إذا لم تعرف أحداً، سوف يلقي بك إلى زاوية المستشفى" [الهند].

"بالنسبة للفقير، كل شيء يبدو مريعاً - المرض، والإهانة، والعار. نحن معاقون، نحن خائفون من كل شيء؛ نحن نعتمد على الجميع. لا أحد يحتاج إلينا. نحن مثل القمامة التي يريد الجميع التخلص منها" [مولدوفا].

"عندما تكون إحداهن فقيرة فإنها لا تملك صوتاً يصغى إليه بين الناس، وتشعر بالدونية. وهي لا تملك طعاماً، لذلك هناك مجاعة في منزلها؛ كما لا يوجد فيه ملابس، ولا إحراز لتقدم في عائلتها" [أوغندا]. [29]

29. [www1.worldbank.org/prem/poverty/voices/listen-findings.htm](http://www1.worldbank.org/prem/poverty/voices/listen-findings.htm)

منغوليا: تحليل أوجه الضعف  
ساعدت المقاربة القائمة على المشاركة على تحديد الأسباب المعقدة والمتشابكة لزيادة ضعف المجتمعات الريفية الفقيرة في منغوليا. تفاقم الضعف الاقتصادي بسبب أزمة عصفت بقطاع البنوك، وقادت بدورها إلى تراكم الديون، وبيع الأصول وانخفاض في الثروة الحيوانية. أدت المخاطر الطبيعية إلى تعقيد الأمور بشكل أكبر كما نشب النزاع بين الجماعات المحلية على الوصول إلى المراعي الآمنة. إن هذا الأمر قاد إلى انهيار الصلات التقليدية للقربى وهياكل الدعم الاجتماعي والذي بالمقابل قاد إلى زيادة الإدمان على الكحول والعنف المنزلي والجريمة. كشف التحليل إلى أي حد يمكن أن تكون المجتمعات المحلية الفقيرة ضعيفة وعرضة لسلسلة غير متصلة لكن مترابطة من الصدمات.

30. Adapted from: McGee R, Norton A. *Participation in poverty reduction strategies: a synthesis of experience with participatory approaches to policy design, implementation and monitoring*. Brighton, Institute of Development Studies, 2000 (IDS Working Paper N<sup>o</sup>109), www.ids.ac.uk.

31. Declaration on the Right to Development, General Assembly Resolution 41/128, 4 December 1986.

● التشار في صنع القرار. حيث يكون لأولئك الذين تتم استشارتهم بعض الحقوق فيما يتصل بصنع القرار.

● التمكين. المبادرة بتقديم مشاريع القرارات والسيطرة على صنع القرار من قبل أصحاب المصلحة. [30]

في المقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان، تكون المشاركة مبدأً أساسياً ومعياراً. في حين أن المبدأ يشدد على ضرورة أن تكون جميع العمليات الإنمائية قائمة على المشاركة، يعرف المعيار عملية تمكين الأشخاص المهمشين والمقصين كغرض إنمائي. عملياً، يعني هذا أن عملية صياغة استراتيجية الحد من الفقر يجب أن تستند إلى أعلى المعايير الممكنة للمشاركة النشطة، والحرية والهامة، كما هو محدد في إعلان الأمم المتحدة بشأن الحق في التنمية. [31] يجب الأخذ في الاعتبار الموارد، والآليات والاستراتيجيات الخاصة الكفيلة بتمكين مشاركة الأشخاص المهمشين والمقصين كما ستتطرق إليه أدناه. إن تحقيق المشاركة كغرض إنمائي يتطلب أيضاً معالجة القيود المؤسسية وثغرات القدرات التي تعمل كحواجز تحول دون تمكين الفقراء، في محتوى استراتيجية الحد من الفقر.

## د تحديد الآليات المناسبة للمشاركة

إن الآليات التشاركية المختلفة قد ينتج عنها تنوع في عمق واتساع المشاركة، مع كون بعض المقاربات أكثر فعالية في الوصول إلى قطاع واسع من المجتمعات والأفراد من الفقراء والمهمشين. قد يتطلب الأمر مزيجاً من الآليات والطرق لضمان

كون المشاركة في صياغة استراتيجية الحد من الفقر ذات عمق واتساع على حد سواء.

## طرق البحث المرتكز على المشاركة

إن طرق البحث المرتكز على المشاركة تقوي تحليل الفقر والعجز وعدم المساواة والصحة من خلال استكشاف تصورات وأولويات الفقراء أنفسهم. إن التخطيط لعملية بحث شامل قائم على المشاركة يستغرق وقتاً. وبحسب المرحلة التي وصلتها دورة استراتيجية الحد من الفقر، قد يكون الأكثر ملائمة بناء البحث المرتكز على المشاركة ضمن الدورات المستقبلية أو النظر في استخدام طرق البحث المرتكز على المشاركة لدعم التنفيذ أو الرصد والتقييم. إن التعاون مع القطاعات الحكومية الأخرى من بداية عملية استراتيجية الحد من الفقر قد يكون من أكثر السبل فعالية لضمان مقاربة متعددة القطاعات للصحة في مرحلة تنفيذ السياسة.

إن التجربة الأولية في استخدام طرق البحث المرتكز على المشاركة في الدول النامية رافقت التقييمات القائمة على المشاركة لمدى الفقر. وهذه عبارة عن عمليات بحث هيكلية تشمل مناقشات جماعية في القرى وإجراء مقابلات مع مجموعة من الأتراب، استخدام تقنيات الترتيب والتخطيط لدراسة وجهات نظر الأشخاص وأولوياتهم.

المعلومات التي يقدمها تقييم لمدى الفقر قائم على المشاركة تسلط الضوء عادة على القضايا المعروفة والشائعة ولكن لا يُقَر بوجودها علناً مثل الابتزاز والرشاوي للحصول على العلاج الصحي. إن المجموعات التي تضم أفراداً من ذات الجنس وفي سن معينة، أو غيرها من المجموعات

## القسم 2

### العملية القائمة على المشاركة

إن الغرض الأولي من العملية القائمة على المشاركة - التشاركية - هو إشراك المجتمع المدني مشاركة حقيقية معمقة في القرارات المتعلقة بالخيارات حول السياسات المختلفة للمكون الصحي لاستراتيجية الحد من الفقر. وحيثما أمكن ذلك يجب بناء العملية القائمة على المشاركة على هيئات وقنوات صنع القرار الموجودة التي قد يتم إشراكها لاحقاً في تنفيذ ورصد استراتيجية الحد من الفقر.

من الضروري أن نستهدف تحقيق أكبر قدر ممكن للمشاركة في هذه العملية. في الدول التي لا توجد لديها خبرة في إشراك المجتمع المدني في إعداد السياسة تميل الوزارات الحكومية لاستشارة المنظمات غير الحكومية وغيرها من أصحاب المصلحة حول تصورها ونظرتها إلى السياسات التي يمكن احتواؤها في استراتيجية الحد من الفقر.

المتقاربة الممثلة تعتبر مفيدة في البحث في قضايا - مثل الصحة الجنسية والعنف المنزلي - والتي قد تكون حساسة أو معقدة إلى درجة كبيرة يتعذر معها كشفها من خلال تقنيات البحث التقليدية.

لقد دعم البنك الدولي وبعض الوكالات ثنائية الأطراف التقييمات القائمة على المشاركة لمدى الفقر في مجموعة من الدول. إن العديد من المنظمات غير الحكومية الدولية والمعاهد الأكاديمية لديها خبرة في استخدام تقنيات البحث المرتكز على المشاركة. من الضروري إشراك المنظمات المحلية في هذه العملية لبناء القدرة المحلية بالإضافة إلى توسيع الميدان الذي يغطيه البحث. يتيح البحث التشاركي أيضاً الفرصة للإداريين أو بالأحرى للسياسيين للعمل والانخراط مع المجتمعات المحلية والتحقق من تصوراتهم الخاصة وأولوياتهم على أرض الواقع.

[33]

موزامبيق: مشروع منظمة التكافل الطبي (سوليدار ميد) للوقاية من فيروس نقص المناعة المكتسبة والإيدز

يسرت "سوليدار ميد" إجراء تحليل مشترك للممارسات ذات الخطورة العالية بين مقدمي الرعاية الصحية وأعضاء المجتمع المحلي، وقد حدد هذا التحليل المصادر المحتملة لمشاكل الصحة العمومية التي قد تزيد من خطر الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة، ألا وهي الاستخدام المتكرر للأدوات والمواد دون تعقيم من قبل مقدمي الرعاية غير المرخصين (غير القانونيين) للحقن ومن قبل المعالجين التقليديين لإجراء الختان والتخريش. وقد تمت مشاركة ومناقشة بعض النماذج التوضيحية المحلية (مثلاً عدم النظر إلى ملامسة الدم على أنه مصدر خطر للتلوث). السلوكيات الخطرة الشائعة (على سبيل المثال: المقايضة غير الرسمية للممارسات الجنسية مقابل المنافع المادية والمالية لا تعد 'بغاء') والمواقف والأوساط الاجتماعية التي غالباً ما تقع فيها هذه السلوكيات (مثل، اللقاء في محطة سيارات الأجرة أو الحافلات أو بيع النساء للرجعة في السوق المحلي) قد تم تحديدها وتحليلها بشكل مشترك. إن هذه المرحلة من التحليل تقود بدورها إلى حوار بهدف إيجاد حلول تتلاءم مع الواقع، ومقبولة ثقافياً ومملوكة محلياً. [32]

### استخدام طرق البحث المرتكز على المشاركة للتحقيق في سلوك السعي للحصول على الخدمات الصحية من قبل الأمهات في نيبال

إن رصد المستعلمين الرئيسيين هو منهجية للبحث تركز على قيام نساء ورجال محليين بجمع المعلومات من أترابهم أو المستعلمين الرئيسيين حول تصوراتهم عن كيفية تمكين البيئة الاجتماعية للنساء من الوصول إلى الرعاية الصحية. يتمحور الحوار حول ثلاثة مواضيع: الحواجز المخففة أمام الرعاية التوليدية، والتحسين في جودة الرعاية، والتحسينات الحاصلة في الحالة الاجتماعية للنساء وحركتهن. إن النتائج التي تمخض عنها استخدام منهجية رصد المُخبر الرئيسي في نيبال قد سلطت الضوء على الحواجز القائمة في وجه التغيير والأسباب التي تجعل العائلات تؤخر الاستفادة من

خدمات رعاية التوليد في الحالات الطارئة. على سبيل المثال سجل باحثو المستعلمين الرئيسيين أمثلة عن حالات مارس فيها العاملون الصحيون التمييز بحق نساء الطبقات الدنيا، وعن الاستبعاد الوظيفي للنساء اللواتي يعانين من الفقر المدقع من برنامج صندوق الطوارئ المجتمعي. سهلت المنظمات غير الحكومية المحلية لقاءً بين باحثي المستعلمين الرئيسيين ولجان تنمية القرية حول نتائج وتوصيات البحث، وقد يسر الحوار المتمحور عن هذه العملية حدوث تغييرات لتحسين جودة تقديم الخدمات. [34]



إن المؤسسات والعمليات التي من المرجح أن تحقق الشرعية والشمولية في استيعاب أصحاب المصلحة تختلف من دولة إلى أخرى، فالبعض عمد إلى تشكيل مجموعات عمل متخصصة بقضية محددة من إدارة مركزية في الحكومة والتنسيق بين هذه المجموعات؛ والبعض الآخر قد عهد بالمهمة إلى مسؤولي الحكومة المحلية وقادة المجتمع. إذا كان الوضع في الدولة يسمح بالعمل جنباً إلى جنب مع منظمة مرموقة من منظمات المجتمع المدني أو المنظمات غير الحكومية، فإن ذلك قد يعطي المزيد من الثقة في العملية والإيمان بقيمتها وجدواها.

#### مشاركة الأطفال في استراتيجية الحد من الفقر

يمكن لمشاركة المجتمع المدني في استراتيجيات الحد من الفقر أن تكون موضع جدل وتنافس إلى حد كبير. وحيث أنهم من القادمين الجدد نسبياً، يتوجب على الأطفال والمنظمات التي تمثلهم التفاوض مع أصحاب الأدوار الآخرين في المجتمع المدني من أجل مساحة للمشاركة. يجب عليها زيادة الوعي لدى المواطنين والمسؤولين على حد سواء بحق أفرادها في المشاركة وقيمة مساهماتهم. وكما هو الحال مع إشراك الفئات الأخرى في عملية استراتيجية الحد من الفقر فإنه من الصعب قياس الأثر المنهجي لهذه المشاركة. ومع ذلك توجد أمثلة عن مشاركات للأطفال قادت إلى تغييرات صغيرة لكنها ملحوظة في السياسة. في فيتنام، نظمت جمعية إنقاذ الأطفال ثلاث استشارات واسعة النطاق في مدينة هوشيمنه شملت أكثر من 400 طفل وشاب. أبرز الأطفال في هذه اللقاءات المشاكل التي تواجهها عائلات المهاجرين في الحصول على التعليم، الرعاية الصحية وخدمات الضمان والرعاية الاجتماعية. ساعدت هذه المعلومات في تغيير الإجراءات بغية السماح للمهاجرين غير المسجلين بالحصول على الخدمات بسرعة أكبر. [35]

لاحقاً، ومع توالي دورات استراتيجية الحد من الفقر وتراكم الخبرة وبناء الثقة، تمضي بعض الحكومات تجاه الصنع المشترك للقرار، خاصة عندما يتم إقامة مجموعات عمل مشتركة بين المجتمع المدني والحكومة أو غيرها من المؤسسات الدائمة. في جميع الحالات، من الضروري أن تتم مناقشة غاية ومدى الاستشارة والتوافق عليها مع أصحاب المصلحة منذ البداية. من الأفضل أن يكون الجميع مدركين للحدود المرسومة للعملية بدلاً من التمسك بتوقعات كاذبة تقود إلى الإحباط والتهكم وخيبة الأمل.

من الضروري أن لا تغفل الاستشارة أياً من المجموعات أو الأفراد الذين يتم تحديدهم كضحايا للتمييز أو التهميش. وهنا نجد أن التحدي يكمن في إيجاد منظمات أو أفراد يمثلون بصفة شرعية هذه المجموعات. وقد يتطلب ذلك إجراء تقييم لقدرات المجموعات، وتمثيلها وآليات المساءلة الداخلية فيها. بل قد يستدعي الأمر احتواء التوتر الذي يمكن أن ينشأ بين المنظمات غير الحكومية ذاتها حول من منها يجب عليه المشاركة وتحديد المنظمات ذات الخبرة الأقل في الانخراط في السياسة مثل تلك التي تمثل الأطفال لتجنب إقصاءها من العملية.

#### ٥ تطوير آليات مؤسسية لتنسيق المشاركة

هذا الأمر هو غالباً الجزء الأكثر تحدياً لأي عملية تشاركية. من المفيد أن نبدأ بإجراء تقييم للمؤسسات، ونوعية المعلومات والأدوات التي يمكن أن تسمح بعملية شاملة لمختلف أصحاب المصلحة، خاصة تلك القطاعات من السكان التي تم تهميشها أو إقصاؤها.

32. Communication of Ruedin L. In: Somma D, Bodiand C. *The cultural approach to HIV/AIDS prevention*. Geneva, Swiss Agency for Development and Cooperation and Swiss Centre for International Health, 2006, www.sdc-health.ch.

33. Norton A et al. *A rough guide to PPAs: participatory poverty assessment, an introduction to theory and practice*. London, Overseas Development Institute, 2001, www.hri.ca.

34. Hawkins K et al. *Developing a human rights-based approach to addressing maternal mortality: desk review*. London, DFID Health Systems Resource Centre, 2005, www.dfid.gov.uk.

35. O'Malley K. *Children and young people participating in PRSP processes*. London, Save the Children, 2004, www.inclusion-international.org.

تحليل للصحة والفقير مرتكز على حقوق الإنسان يمكن لعمليات البحث المرتكز على المشاركة أن تستخدم لبناء قاعدة معلومات حول عدم المساواة، والفقير والصحة. ينبغي على قاعدة المعلومات هذه أن تستفيد أيضاً من البحوث الموجودة حول الفقر، والجنس، والبيانات الجغرافية والإكلينيكية. يجب أن يهدف التحليل إلى تقييم من هم المحرومون من حقهم في الصحة، لماذا حرّموا من هذا الحق وماذا يمكن فعله لتحسين وضعهم. إن النهج المقترح هنا يبين ثلاث خطوات يمكن استعمالها للإجابة عن هذه الأسئلة ويمكن تكيفه وتصميمه تبعاً للسياقات المختلفة:

- أ. إجراء تحليل للبلد المعني لتحديد مدى إحقاق الحق في الصحة فيه؛
- ب. تحديد أصحاب الحق وحملة الواجب فيما يتعلق بالحق في الصحة والحقوق المتصلة به؛
- ج. إجراء تقييم للقيود المؤسسية وفجوات القدرات التي تمنع الأفراد والمجموعات والمنظمات من المطالبة بالحق في الصحة أو تلبيةه.

سوف يكشف التحليل حتماً عن مدى واسع من القضايا والأسباب الاجتماعية، والاقتصادية والسياسية للتمييز واعتلال الصحة متجاوزاً التبسيط الذي دأبت عليه وزارة الصحة. إن هذه النظرة الواسعة للأمر تمكّن من إعداد استراتيجية صحية شاملة، وتسمح أيضاً بتحديد نقاط الدخول الفعالة للعمل انطلاقاً منها وتبيان الشراكات الاستراتيجية مع المؤسسات الخاصة وغير الربحية علاوة على المؤسسات الحكومية، والتي تهدف إلى بناء بيئة

### 9 تطوير خطة عمل

إن تكلفة العملية القائمة على المشاركة سوف تعتمد على نقطة البداية، وآليات التنسيق، ومدى استخدام طرق البحث المرتكزة على المشاركة، وأنواع النشاطات والفعاليات المزمع القيام بها وكم المشاركة المدنية المحلية المتوخاة. ومن الطرق المفيدة في تقليص التكاليف الاعتماد على القدرات المحلية لتنظيم العمليات القائمة على المشاركة، والعمل مع الشبكات والمنظمات الموجودة، واستعمال محدود لكن مخطط بشكل جيد لمجموعات محددة ممثلة ومقابلات ولقاءات مفتوحة بدلاً من ورشات العمل الكبيرة، والبحث عن مانحين لتقاسم النفقات معهم. إن مباشرة



Gaigano C (WHO-2007/80)

عملية تشاركية فعالة يتطلب وقتاً كافياً. في العديد من الدول كانت القيود التي تحيط بعملية استراتيجية الحد من الفقر تعني أن هناك فترة زمنية من 12 إلى 18 شهر كحد أقصى، متاحة للمشاركة. لكن من الضروري التفكير فيما هو أبعد من إعداد الاستراتيجية والتخطيط للمشاركة في مرحلتها التنفيذية والرصد معاً.

أيرلندا: الاستراتيجية الصحية للمجموعة الإثنية المعروفة باسم الرُّحْل  
لقد أمّاط النجاح الاقتصادي الحديث لأيرلندا اللثام عن أوجه الحرمان المتزايدة التي تواجهها الأقلية المعروفة باسم جماعة الرُّحْل، والتي تعرف حالياً بوصفها أقلية متميزة لها ثقافتها وعاداتها. تعاني هذه الجماعة من مستويات أقل من المعدل للصحة ومأمول الحياة، وقد عانى أفرادها من الإقصاء، والتجيز والفقير لأجيال عدة. إن الاستراتيجية السابقة التي عالجت مسألة احتياجات صحة الرُّحْل كانت تميل إلى التركيز على حصولهم على الخدمات المخصصة للمجموعات المستقرة ولم تحصد هذه الاستراتيجيات الكثير من النجاح. لكن في عام 1998، تأسست اللجنة الاستشارية لصحة الرُّحْل وضمت في عضويتها ممثلين عن مجتمع الرُّحْل للبحث بشكل خاص في الاحتياجات الخاصة لهذه الجماعة ولتصميم استراتيجية كفيلة بتلبية تلك الاحتياجات، وقد أطلقت الاستراتيجية الوطنية في عام 2002 لمعالجة قطاع عريض من القضايا من التمييز والعنصرية، إلى الماء والصرف الصحي في المواقع التي يتواجد فيها الرُّحْل، ومن زيادة مشاركة الرُّحْل في تحديد الأولويات إلى معالجة مخاطر صحية معينة تواجهها الأمهات في هذه الجماعة. [36]

36. Department of Health and Children, Ireland, www.dohc.ie.

الإكلينيكية من فئات السكان الفقراء والمقصين سوف تكشف دائماً عن قيم أعلى من المتوسط لحالات المرض، ومعدل الوفيات المبكرة، ومعدل وفيات الأمهات، أو معدل الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز. كما أن البحث المرتكز على المشاركة قد يكشف أيضاً عن المجموعات السكانية التي من المحتمل أكثر من غيرها أن تعاني من كم من المشاكل الصحية بما فيها الحالات والإصابات المرتبطة بالبيئة وتلك المتصلة بالصحة المهنية. إن تفحص خدمات الرعاية الصحية المقدمة في الدولة قد تؤكد أن هؤلاء الذين يعيشون في فقر لا يتمتعون بنفس المستويات من الرعاية الصحية، والمعالجة والوقاية كغيرهم من الأشخاص. إن الأطفال داخل المجتمعات الفقيرة قد لا يتم تحصينهم بشكل منهجي ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها. كما أن وسائل الوقاية الأخرى مثل العوازل للوقاية من فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز أو الناموسيات المعالّجة بمبيدات الحشرات للوقاية من الملاريا، قد لا تكون متوفرة أو ميسورة للمجتمعات الفقيرة.

في حين أن الروابط الخاصة الموجودة بين المجموعات السكانية والصحة سوف تختلف من دولة إلى أخرى، فمن المحتمل أن هذه المجموعات المعروفة أصلاً بأنها فقيرة ومقصية سوف تعاني بشكل غير متناسب من الإصابة بالأمراض والوفاة المبكرة. إن الأفراد الذين يتعرضون لأشكال متعددة من الحرمان، مثل النساء اللاجئات أو الأطفال ذوي الإعاقات من المحتمل أن يكونوا أكثر عرضة وقابلية للإصابة بالمرض. لا يمكن تخمين هوية أولئك الناس الأكثر حرماناً من حقهم في الصحة بل لابد من البحث والتقصي عنهم في كل دولة.



تمكّن من إحقاق الحق في الصحة للأشخاص الذين يعيشون في الفقر.

#### أ إجراء تحليل للبلد المعني لتحديد مدى إحقاق الحق في الصحة فيه

إن من المصادر الهامة للمعلومات حول الدولة المعنية والمتوفرة على المستوى الدولي هي التقارير الصادرة عن الهيئات المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان والتابعة للأمم المتحدة، وآلية الاستعراض الدوري الشامل والمقررين الخاصين التابعين لمجلس الأمم المتحدة لحقوق الإنسان. ومن المصادر الأخرى منظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات الدولية الأخرى التي تعمل في مجال الصحة وحقوق الإنسان في مختلف الدول. على الصعيد الوطني، فإن البيانات

## القسم 2

- طاقم طبي ومهني مدرب يتلقى مرتبات تنافسية على الصعيد المحلي؛
- الأدوية الأساسية، كما حددتها منظمة الصحة العالمية؛
- الطعام المغذي؛
- السكن والمأوى اللائق الكافي.

إمكانية الوصول إلى المقومات الأساسية وإلى الرعاية الصحية مثل:

- ما إذا كان الوصول إلى المرافق، والسلع والخدمات الصحية مضمون على أساس غير تمييزي في القانون وفي الواقع؛
- ما إذا كان الوصول للمرافق الصحية مأموناً لكل فئات السكان بمن فيهم سكان الريف، والأشخاص ذوي الإعاقات، والأطفال، والمراهقين وكبار السن؛

- ما إذا كانت الخدمات الصحية ميسورة للجميع، بمن فيهم المجموعات المعثرة اقتصادياً؛
- ما إذا كانت المعلومات حول الخدمات الصحية المختلفة والأدوية والتدابير الوقائية متاحة بحرية لجميع المجموعات مثل المراهقين، ضمن المجتمع المحلي.

مقبولية المقومات الأساسية والرعاية الصحية:

- مثل، المدى الذي تكون فيه المرافق، والسلع والخدمات الصحية ملائمة ثقافياً، ومراعية للاعتبارات الخاصة بالجنس ومتطلبات دورة الحياة.

جودة المقومات الأساسية والرعاية الصحية:

- مثل، فيما إذا كانت الأدوية المتوفرة موافق عليها علمياً وغير منتهية الصلاحية؛
- فيما إذا كانت المياه المتوافرة مأمونة وصالحة للشرب؛



هذه الفوارق في نيل الصحة وفي الحصائل الصحية هي على الغالب نتاج لأشكال مختلفة للتمييز وعدم المساواة في توزيع وإيصال الخدمات الصحية وغيرها من الموارد التي تؤثر على الصحة. إن البحث في هذه التفاوتات ومظاهر عدم المساواة تلك يتطلب تحليلاً للحواجز الدفينة التي تعيق الوصول إلى الخدمات والموارد. إن إطار التوافر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة المبين في التعليق العام 14 حول الحق في الصحة (انظر القسم 3: "معالجة عدم المساواة في إحقاق الحق في الصحة") هو مفيد في الدراسة المنهجية لهذه الحواجز. رغم أن الطبيعة الدقيقة للمرافق، والسلع والخدمات الصحية علاوة على المقومات الأساسية للصحة ستختلف تبعاً لعدة عوامل بما في ذلك المستوى الإنمائي للدولة الطرف، سوف يشتمل التحليل على أسئلة حول:

توافر:

- مياه صالحة للشرب ومأمونة ومرافق كافية للصراف الصحي؛

## كينيا: وصول كبار السن إلى الخدمات الصحية

منذ عام 2003، عملت جمعية مساعدة الشيوخ في كينيا - وهي منظمة غير حكومية - مع كبار السن في نغاندو، وهي منطقة حضرية في نيروبي ذات أحياء فقيرة، وميسانى وهي منطقة ريفية، لرصد وصولهم إلى الخدمات الصحية. من الأمور التي أعرب كبار السن عن قلقهم تجاهها:

- المسافة التي يتوجب عليهم قطعها إلى أقرب مستشفى والتكلفة المرتفعة التي تتبطلهم عن التنقل. يعيش معظم كبار السن على أقل من دولار واحد في اليوم لكن متوسط سعر تذكرة الانتقال إلى المستشفى هي 0,80 دولار أمريكي؛
- المعالجة القائمة على التمييز، واللغة المسيئة (الشتائم) والتعامل القاسي. ذكر 70% من كبار السن في نغاندو أن طاقم العاملين الصحيين أبدى موقفاً سلبياً تجاههم؛
- الطوابير الطويلة. 54% من كبار السن الذين أجري عليهم المسح في ميسانى قد انتظروا بين 2 إلى 5 ساعات قبل مقابلة الطبيب؛
- جهل المهنيين الصحيين بأمراض الشيوخ؛
- تكلفة الخدمات الصحية الباهظة التي تتبطلهم عن طلبها. 12% من الشيوخ في

نغاندو كانوا غير قادرين على تحمل تكلفة الأدوية التي وصفت لهم؛

- الإهمال إذا ما أدخل الشيوخ إلى المستشفى. 86% من كبار السن في نغاندو قد ذكروا أنهم شاركوا آخرين في أسرة المستشفى.

لمعالجة هذه القضايا، نظم الشيوخ أنفسهم في مجموعات وانتخبوا قادة لتجمعاتهم، وحددوا عدداً من المؤشرات لاستخدامها في عملية الرصد. التقى قادة التجمعات مع مسؤولي الخدمات الصحية لتسليط الضوء على ما يقلقهم ولتغيير مواقف الطاقم الصحي. وكننتيجة لهذه التحركات، ذكر الشيوخ وجود تحسن في موقف طاقم العمل في المستشفى القريب من ميسانى. وافق الطبيب المسئول على تجهيز قسم منفصل لكبار السن في أحد أجنحة المستشفى، وقدمت وزارة الصحة معونة سنوية بمقدار 2650 دولار أمريكي من الأدوية إلى المركز الصحي في ميسانى. واشتملت خطة وزارة الصحة الاستراتيجية الوطنية الثانية للقطاع الصحي على بند خاص يشير إلى تخصيص استحقاقات للشيوخ كمجموعة خاصة ذات احتياجات طبية خاصة. [37]

العمال المهاجرين في مهن مثل التعدين والبناء والصناعات الثقيلة والمهام الزراعية، وهذه المهن يمكن أن تعرضهم إلى مجموعة من المخاطر الصحية المهنية بما فيها التعرض للعناصر السامة دون توافر وسائل الحماية الكافية، والعمل على آلات أو بمعدات غير آمنة، بالإضافة إلى ساعات العمل الطويلة. يعيش المهاجرون عادة في المناطق المدنية الفقيرة في مساكن مكتظة رديئة المواصفات وذات صرف صحي غير كاف. إن الظروف التي تخلق القابلية للمرض غالباً ما تتفاقم من خلال الاستحقاقات المحدودة للرعاية الصحية التي تمنح للفقراء علاوة على حواجز اللغة، والثقافة، والمعلومات والتمويل المادي.

توفر معايير حقوق الإنسان أساساً للتحديد المنهجي للعوامل المدنية، والسياسية، والاقتصادية، والاجتماعية والثقافية التي تؤثر على صحة الأشخاص المهمشين والمقصيين.

وهناك معايير أخرى ترد في صكوك حقوق الإنسان الرئيسية يمكن استخدامها كنقاط مرجعية للبحث التشاركي في العوامل الدفينة التي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على صحة الأشخاص المهمشين والمقصيين. من القضايا الشائعة:

- العنف ضد النساء؛
- العنف وسوء المعاملة في المنزل والعمل؛
- الممارسات التقليدية الضارة وتشمل ختان الإناث (تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية)؛
- عدم إتاحة الفرصة للفرد لإبصار صوته وإبداء رأيه في عملية صنع القرارات التي تخص الأسرة والمجتمع المحلي؛
- نقص في الحصول على التعليم؛
- حماية اجتماعية غير كافية أو غير موجودة؛

- إذا كان موظفو الصحة مدربين وذوي مهارات؛
- فيما إذا كانت جودة معدات المستشفى ملائمة للغرض المطلوب وأمونة؛
- إذا ما كانت أماكن العمل آمنة وصحية.

## المقومات الدفينة للصحة

إن عدم المساواة في إحقاق الحق في الصحة هو أيضاً من عواقب إنكار حقوق الإنسان الأخرى. فعلى سبيل المثال غالباً ما يتم توظيف

37. Report on older citizens' monitoring project. Kenya, HelpAge International, www.helpage.org.

### الفقر في سكان أصليين

بدلاً من ذكر أن السكان الأصليين ببساطة هم فقراء، من الضروري النظر في عمليات الإفكار التي تعرضوا لها. قد لا يعتبر السكان الأصليون أنفسهم بالضرورة فقراء؛ في الحقيقة لا يحدد العديد منهم نعتهم بهذه الصفة بسبب دلالاتها السلبية والتمييزية. بالمقابل، هم يعتبرون أن لديهم الموارد، والمعرفة والدراية الفريدة، وأن ثقافتهم تملك قيمة وقوة خاصة. لكنهم يشعرون في الغالب بأنهم مسلوبو الحيلة نتيجة لعمليات خارجة عن سيطرتهم وفي بعض الأحيان لا رجعة فيها. هذه العمليات حرمتهم من أراضيهم التقليدية، وقيدت أو منعت وصولهم إلى الموارد الطبيعية مما أدى إلى انهيار في مجتمعاتهم وتدهور بيئتهم. وبالتالي تهديد صحتهم ورفاهيتهم الاجتماعية بالإضافة إلى بقائهم المادي الجسدي والثقافي.

(انظر القسم 1: "مبادئ المقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان لاستراتيجيات الحد من الفقر"). لكن الأفراد، والعائلات، والمجتمعات المحلية، والمنظمات غير الحكومية، ومنظمات القطاع الخاص والمجتمع الدولي جميعهم يحملون مسؤوليات عن حقوق الإنسان، حتى وإن كان القانون أقل وضوحاً في تحديد تلك المسؤوليات. والحكومة بالمقابل لديها التزامات لتنظيم ودعم المجتمع المدني ومنظمات القطاع الخاص في الوفاء بمسئولياتهم.

كما أن الاستشهاد بالقوانين والإجراءات النافذة على الصعيد الوطني يمكن أن يساعد في تحديد الالتزامات المعينة والحقوق المكلف بها

● نقص في تسجيل المواليد أو نقص في الوثائق الثبوتية المعروفة لهوية المرء.

يس تعرض التحليل السببي ويميط اللثام عن الأسباب المباشرة، والأسباب الدفينة، والأسباب الأساسية/البنوية لعدم الوفاء بالحق في الصحة.

**ب** تحديد أصحاب الحق وحملة الواجب فيما يتعلق بالحق في الصحة والحقوق المتصلة به تتطلب الخطوة التالية القيام بتحديد القطاع العريض من أصحاب المصلحة الذي يشمل أولئك المسؤولين عن ضمان إحقاق الحق في الصحة (حملة الواجب) وأولئك الذين يطالبون أو يستحقون الحق في الصحة (أصحاب الحق).

في سياق استراتيجية الحد من الفقر، ينصب الاهتمام الأساسي على أصحاب الحقوق الأكثر حرماناً من التمتع بحقوقهم في الصحة. يمكن فهم أصحاب الحقوق في هذا السياق على أنهم أولئك الأفراد والمجموعات السكانية التي تم تحديدها على أنها تواجه التمييز وضروب عدم المساواة في وصولها إلى الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة.

حملة الواجب هم أولئك الأفراد والمؤسسات التي تحمل على عاتقها التزامات ومسؤوليات فيما يتعلق بالحق في الصحة والمقومات الأساسية. إن الاستشهاد بمعايير حقوق الإنسان يوفر قاعدة للتحديد المنهجي لمن يقع عليهم الواجب المعنيين بالحقوق المختلفة، وطبيعة التزاماتهم ومسئولياتهم. يعرف قانون حقوق الإنسان الدولة على أنها الحامل الرئيسي للواجب فيما يخص حقوق الإنسان لمن يعيش ضمن نطاق سلطتها القضائية. على الدولة التزامات تتمثل في احترام، وحماية والوفاء بجميع حقوق الإنسان

صحة النساء والتنازلات الاجتماعية في مالي في عمر 17 سنة، 38% من النساء في مالي يكن قد أنجبن طفلاً واحداً أو أنهن حوامل. 94% من النساء في مالي ممن هن في سن الإنجاب كن قد خضعن لتشويه الأعضاء التناسلية - الختان. إن الخصوبة العالية وقابلية التعرض للعنف المنزلي هي معالم شائعة مميزة لحياة العديد من نساء الأرياف. إن التوجهات التقليدية والتمييز هي عوامل تشني النساء عن العمل خارج المنزل. يحول الزواج المبكر دون متابعة الكثير من البنات لتعليمهن الثانوي، مما يترك النساء معتمدات اقتصادياً على أزواجهن. يتوقع من النساء الاستمرار في العمل خلال الحمل ومتابعة العمل بعد فترة وجيزة من الولادة. من المتعارف عليه اجتماعياً هناك وأن النساء، لدي تناول وجبات الطعام يأكلن أخيراً، حتى خلال الحمل. إنه زوج المرأة أو الودة زوجها هما من يقرر ما إذا كان بوسعها طلب الرعاية التوليدية أم لا، كما أنهما يتحكمان بموارد الأسرة التي تحتاجها المرأة لتدفع تكلفة الحصول على تلك الرعاية. [38]

بالإضافة إلى المرافق الصحية الحكومية وغير الحكومية. على المستويات الوطنية والدولية تضم قائمة حملة الواجب في معظم الأحيان المنظمات شبه الحكومية، والمنظمات غير الحكومية ومؤسسات القطاع الخاص العاملة على الصعيد المحلي والدولية علاوة على الوزارات الحكومية، والمنظمات المانحة ووكالات التنمية متعددة الأطراف. إن تحديد المنظمات والمؤسسات التي تحمل على عاتقها مسؤوليات في إحقاق الحق في الصحة والمقومات الأساسية للصحة هو خطوة هامة في تطوير مقاربة حكومية شاملة ومتناسكة فيما يتعلق بواجبات الحكومة في احترام، وحماية والوفاء بالحق في الصحة.

**ج** إجراء تقييم للقيود المؤسسية وفجوات القدرات التي تمنع الأفراد والمجموعات والمنظمات من المطالبة بالحق في الصحة أو تلبية تحليل أصحاب الحقوق وحملة الواجب سوف يكشف عن شبكة معقدة من المنظمات التي لها تأثير على صحة الناس الفقراء والمهمشين. إن العلاقات بين أصحاب الحقوق وحملة الواجب هؤلاء هي التي تدعم الحواجز القائمة أمام الوصول إلى الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة. وعندما يكون بوسع أصحاب الحقوق المشاركة بشكل مباشر أو غير مباشر في صنع قرار حملة الواجب ومساءلتهم فإن الخدمات والموارد غالباً ما تستصل إلى السكان الفقراء وتستجيب لاحتياجاتهم. إن تفحص الأطر المؤسسية والمسائل المتعلقة بالقدرة التي تصوغ العلاقات بين حملة الواجب وأصحاب الحقوق قد يساعد في إبراز نقاط الدخول التي يمكن للمداخلات الحكومية أن تعمل انطلاقاً منها لتحسين وصول الفقراء إلى

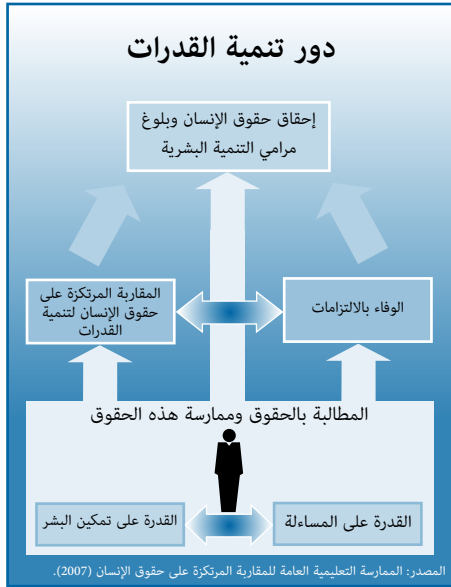


حملة الواجب والمستحقة لأصحاب الحقوق على اختلاف مشاربهم. على سبيل المثال، يمكن للتشريع الصحي الوطني أن ينشئ معايير راسخة يجب تحقيقها من قبل مقدمي الخدمة الصحية في القطاعين العام والخاص وآليات خاصة لشكوى متلقي الخدمة إذا ما كانت الخدمة المقدمة لا تحقق هذه المعايير الدنيا.

من أجل تحديد جميع حملة الواجب ذوي الصلة، قد يكون من المفيد إعداد مخطط يوضح مختلف الخدمات الصحية الموجودة، بما فيها خدمات صحة الأم والطفل، وخدمات الصحة الإنجابية والجنسية، والمقومات الأساسية للصحة. في كل مجال من مجالات الخدمة الصحية هذه يجب تحديد المنظمات والمجموعات التي تعمل على مستويات مختلفة ابتداءً من المجتمع، والسلطات المحلية والإقليمية وغيرها إلى الحكومة الوطنية والمنظمات الدولية. على المستوى المحلي سنجد غالباً مجموعة واسعة من مقدمي الرعاية الصحية بما فيهم المعالجين التقليديين، المولدين/المولدات المهرة والصيادلة

مركز حقوق مجموعة الروما (العجرب) الأوروپيين "العجرب الفقراء غالباً ما يمرضون لأنهم يعيشون في الأحياء الفقيرة متكسدين جميعاً في ظروف غير صحية؛ لا يتناولون وجبات كافية، ولا يمكنهم الحصول على الرعاية الصحية اللائقة. عندما يمرضون يظلون مرضى لمدة أطول من غيرهم. ولأنهم يمرضون أكثر ولمدة أطول من الآخرين فهم يخسرون أجورهم وعملهم، ويواجهون صعوبة في الحصول على وظيفة ثابتة. نظراً لذلك لا يتمكن الروما من تحمل نفقات الحصول على سكن جيد، ولا يكون بوسعهم دفع ثمن الوجبات المغذية وتكاليف الأطباء. وفي أي نقطة من هذه الدورة - خاصة عند الإصابة بمرض خطير - يكونون مهددين بالانحدار إلى مستوى أدنى صوب المزيد من المعاناة." [39]

39. Grassroots strategies to combat extreme poverty. ERRC talks with Andrés Biró, www.errc.org.



هيئات صنع القرار فقط في المستويات الوطنية العليا للخدمة الصحية. لكن برامج اللامركزية تعني أنه يوجد عادة بعض أشكال اللجان الصحية على مستوى الحكومة المحلية، والمقاطعات والقرى. إن المدى الذي يمكن معه لهذه اللجان أن تمكّن الناس المقيمين من أن يكون لهم صوت في القرارات التي تؤثر على صحتهم يعتمد على عدد من العوامل. المسائل التي يتم تناولها في هذا المجال تشمل:

- هل سلطات وصلاحيات هيئات صنع القرار على المستوى المحلي معرفة بشكل جلي في القانون؟

الصحة. إن مصطلح "الأطر المؤسسية" يستعمل هنا للإشارة إلى القواعد والإجراءات التي تحدد الاستحقاقات والالتزامات، والمساءلة، وصوت الناس في عملية صنع القرار وتوافر الموارد المالية الضرورية لتمويل الاعتمادات والإمدادات الصحية. "القدرة" تشير إلى المعرفة، والمهارات والمعلومات التي يتطلبها الأفراد للتمكن من المطالبة بالاستحقاقات وإيصال هذه الاستحقاقات والانخراط في عملية صنع القرار.

إن تحليل الأطر المؤسسية والقدرة يكشف دائماً عن انعدام حول وقوة الفقراء في إحداث تغييرات في المؤسسات التي تؤثر في صحتهم وحياتهم. وقد تكشف أيضاً عن محدودية شديدة في المهارات وقيود مالية كبيرة تواجهها العديد من الحكومات التي تحاول تحسين صحة فئات السكان المقيمين. كما أن هذا التحليل يمكنه أيضاً أن يظهر على أي من الجبهات يجب العمل لضمان وصول الموارد والخدمات القائمة إلى السكان الفقراء بدلاً من أن يتم الاستثمار بها على أيدي النخبة.

يستعرض التحليل الأطر المؤسسية والمسائل المتعلقة بالقدرة التي تصوغ شكل:

- المشاركة؛
- المساواة والإنصاف؛
- المعرفة، والمعلومات والمهارات؛
- التشريع والسياسات؛
- الموارد المالية.

### المشاركة

إن المشاركة المستمرة للفقراء في القرارات التي تؤثر في صحتهم تتطلب وجود هيئات حكومية فعالة شاملة وديمقراطية. في بعض الدول تتواجد

موزمبيق - الصحة والفقير  
إن المقرر الخاص المعني بحقوق الجميع في التمتع بأعلى المعايير الممكنة بلوغها للصحة البدنية والعقلية، بول هانت ذكر بشكل منهجي في تقاريره على أنه يجب فهم المشاكل الصحية في سياق الفقر الواسع الانتشار. في تقرير عام 2005 عن مهمته في موزمبيق، نوه المقرر الخاص أن بعض الأمراض الرئيسية في هذه الدولة هي في آن واحد السبب والنتيجة للفقر المدقع. إن الناتج المحلي الإجمالي الذي يعادل 320 دولار أمريكي للفرد الواحد هو أقل بكثير حتى من متوسط الدخل في الدول الأقل نمواً. حوالي 70% من السكان يعيشون دون خط الفقر ويقدر أن حوالي 13-16% من سكان موزمبيق مصابون بفيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز. تسبب الملاريا 30-40% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وتعد مشكلة أساسية في بعض المناطق الريفية. إن الأمراض المرتبطة بالمياه والصرف الصحي مثل الإسهال، والكوليرا، والزحار، والملاريا، والجرب والبلهارسيا واسعة الانتشار. يعاني حوالي 30-40% من الأطفال من سوء التغذية المزمن. [40]

40. Ibid, 15.



"حقوق الإنسان والحريات الأساسية هي حقوق مكتسبة بالولادة لجميع البشر؛ إن حمايتها وتعزيزها هما المسؤولية الأولى للحكومات". [41]

"إن العمل المستمر ضروري لتشجيع ودعم التنمية السريعة للدول النامية. وكاستكمال لجهود الدول النامية، فإن التعاون الدولي الفعال هو عنصر أساسي لتزويد هذه الدول بالوسائل والمرافق الملائمة لتعزيز تنميتها الشاملة". [42]

## نهج الأمم المتحدة لتنمية القدرات

أصبحت تنمية القدرات استراتيجية سائدة في العمل التنموي للأمم المتحدة. فهي تنطوي على السعي إلى، والمواظبة على تكوين، واستخدام واستبقاء تلك القدرات من أجل الحد من الفقر، وزيادة الاعتماد على الذات وتحسين حياة الناس. وبموجب مقاربة الأمم المتحدة المرتكزة على حقوق الإنسان لإعداد برامج العمل، سنجد أن العديد من المكونات أساسية لتنمية القدرات.

- المسؤولية/الحافز/الالتزام/القيادة. هذه المكونات تشير إلى الأفعال التي يجب فعلها من قبل أصحاب الحقوق وحملة الواجب والخصائص التي يجب أن يتحلوا بها لدى معالجتهم لمشكلة معينة.
- السلطة. تشير هذه إلى شرعية الفعل أو العمل، أي عندما يشعر الأفراد أو المجموعات أو يعلمون أنهم قد يقدمون على فعل شيء أو أنه مسموح لهم القيام بشيء.
- الوصول إلى الموارد والتحكم بهذه الموارد. إن معرفة المرء بأن هنالك شيء يجب ويمكن فعله هي غالباً غير كافية. فالقدرات يجب أن تشمل أيضاً الموارد البشرية، والاقتصادية والمؤسسية التي تحدد ما إذا كان بمقدور أصحاب الحقوق أن يتخذوا إجراءً ما. [43]

● هل تملك المجتمعات المحلية صوتاً في عمليات صنع قرار مقدمي الخدمة في القطاع الخاص؟

## المساءلة والإنصاف

إن المشاركة في صنع القرار بحد ذاتها ليست كافية لضمان استجابة حملة الواجب لمطالب ومخاوف أصحاب الحقوق. يجب وجود مؤسسات وعمليات للمساءلة لضمان تحديد مسؤولية حملة الواجب وإنصاف أصحاب الحقوق عندما يتعرضون للظلم والإجحاف:

- إدارية - وجود لجان الإدارة الصحية على المستوى المحلي، أو مستوى الإقليم أو المقاطعة وعلى المستوى الوطني، وعمليات تقديم الشكاوى والوساطة بين الخصوم، وآليات لرصد وتنظيم تقديم الخدمات الصحية العمومية والخاصة.
- القضائية - وتشمل وزارة العدل، والمحاكم المحلية والوطنية، ونظم العدالة التقليدية والأصلية ومجتمع مدني نشط يمتلك القدرة على المقاضاة.
- سياسية - وجود إجراءات سياسية رسمية مثل اللجان البرلمانية، والانتخابات المحلية والوطنية أو المناصرة غير الرسمية وإمكانية الإعراب عن المخاوف للممثلين السياسيين.
- اجتماعية - الرصد والتحرك المرتكزان إلى المجتمع، والمشاركة في العمليات المتصلة بالسياسات، ورصد المنظمات غير الحكومية والتقارير الإعلامية.
- شبه القضائية - مؤسسات حقوق الإنسان الوطنية وأمناء المظالم، واللجان الوطنية والمؤسسات الدولية بما فيها هيئات الرصد المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان والتابعة للأمم المتحدة والمقررين الخاصين. [44]

- هل هناك قواعد وعمليات لإدماج النساء ومثلي المجموعات المقصية في هيئات صنع القرار على المستوى المحلي والمستويات الأعلى؟
- هل تستطيع المجتمعات المحلية الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالسياسات والميزانيات؟
- هل ترتبط مؤسسات صنع القرار المحلية بشكل فعال مع الهيئات المعنية في المستويات الأعلى؟
- هل يمثل صوت المجموعات المقصية والمجتمعات الفقيرة بشكل صحيح في العمليات السياسية الوطنية والدولية؟

41. www.ohchr.org.

42. Ibid, 31.

43. Jonsson U. *Human rights approach to development programming*. Nairobi, Eastern and Southern Africa Regional Office, United Nations Children's Fund, 2003. In: *Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, New York and Geneva, United Nations, 2006 (HR/PUB/06/08), www.unicef.org.

44. There are other Special Procedures that deal with health issues, in addition to the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Examples include the Special Rapporteurs dealing with adequate housing, food and toxic waste. See: www.ohchr.org.

الخدمات؟ هل تحمي هذه الإجراءات المبلغين عن المخالفات؟

● هل هنالك تحديد دقيق لخطوط المحاسبة الإدارية، العمودية منها والأفقية؟

● هل تتواجد مراكز محلية لتقديم المساعدة القانونية أو مساعدون قانونيون، وهل تعالج هذه الجهات المسائل الصحية والقضايا المتصلة بها؟

● ما هي المؤسسات شبه القضائية الموجودة وهل يشمل تخصصها الصحة؟

● هل تتاح للصحافة والبرلمانيين ونظم المساءلة الأخرى إمكانية الاطلاع بدون قيود على معلومات عن سياسات وأداء الصحة العمومية؟

● ما هي الإجراءات الموجودة التي تضمن مساءلة المنظمات المحلية والدولية سواء تلك المملوكة للقطاع الخاص أو غير الحكومية أو المانحة؟

### المعرفة، والمعلومات والمهارات

حتى وإن وُجدت المؤسسات التي تمكن الناس من المشاركة ومحاسبة حملة الواجب، فإن المطالبة بالحقوق والوفاء بها تتطلبان المعرفة والمعلومات والمهارات التي تقود إلى تغيير في المواقف والسلوكيات. من المرجح وجود فجوات في القدرات سواء منها ما يتعلق بالمعلومات أو المهارات لدى أصحاب الحقوق وحملة الواجب وذلك على كافة الصعد ابتداءً بالمحلي وحتى الدولي. والمسائل التي يجب النظر فيها تشمل:

● علاوة على معلومات عن العمليات السياسية والميزانية يحتاج الناس إلى معلومات حول القضايا الصحية وحقوقهم. يجب توفير المعلومات بصيغ وعبر وسائل إعلام تكون قابلة للوصول من قبل الأفراد المهمشين والمقصين؛

إن شفافية المعلومات المتعلقة بأداء الخدمات، وتنفيذ السياسة، والعمليات المرتبطة بالميزانية هي أمر حاسم لتمكين جميع أشكال المساءلة تلك من العمل بفعالية.

يجب أن يرمي التحليل إلى تحديد نقاط البدء الأكثر فعالية التي يمكن منها العمل على تقوية المساءلة المباشرة وغير المباشرة للصحة وغيرها من الخدمات ذات الصلة أمام المقصين. إن آليات المساءلة الاجتماعية والإدارية في العديد من الدول غالباً ما تكون متاحة بشكل مباشر على الصعيد المحلي أكثر من الآليات والمؤسسات القانونية والسياسية ومؤسسات حقوق الإنسان. لكن مؤسسات وإجراءات المساءلة الإدارية للصحة والخدمات ذات الصلة من قبيل اللجان الصحية المحلية، ينظر إليها دوماً على أنها غير فعالة وغير عادلة. ففي حين قد يكون مقدمو الخدمات الحكوميين وبعض المقدمين غير الحكوميين عرضة لبعض أشكال المساءلة، فإنه من المستبعد أن تتم مساءلة مقدمي الخدمات الصحية المحليين غير المرخصين، والقطاع الخاص أو المنظمات غير الحكومية والمنظمات المانحة أمام أصحاب الحقوق. من بين المسائل التي يجب البحث فيها:

● هل يتم رصد عملية تقديم الخدمات، وإذا كان الحال كذلك فمَن هي الجهة التي تقوم بهذا الرصد؟

● هل تتاح للمجتمعات المحلية إمكانية الاطلاع بدون قيود على معلومات عن أداء الخدمات؟

● ما هي الآليات الموجودة التي تضمن أن المخاوف والهموم المحلية ستدفع باتجاه فعل أو تحرك فعال على الصعيد المحلي؟

● ما هي الإجراءات الموجودة التي تمكن الناس من بث همومهم والتعبير عن مخاوفهم بشأن تقديم

البيرو: روابط الإدارات الصحية المحلية

تأسست روابط الإدارات الصحية المحلية (وتعرف أيضاً باسم كلاس) نتيجة لإصلاح نظام الرعاية الصحية الوطني في البيرو في منتصف التسعينيات من القرن الماضي بهدف توفير الرعاية الصحية الأساسية للجميع. هذه الروابط هي عبارة عن منظمات غير ربحية منشأة بموجب القانون تعمل على صعيد المجتمع المحلي للإشراف على خدمات الرعاية الصحية. تضم كل رابطة في عضويتها ستة أعضاء منتخبين من المجتمع المحلي بالإضافة إلى مهني عامل في مجال الرعاية الصحية. يعمل هؤلاء الأعضاء معاً على أساس تطوعي لمدة ثلاث سنوات وذلك للمساعدة في تحديد احتياجات المجتمع المحلي التي يجب أن تحظى بالأولوية، والتصديق على الميزانية ومراقبة الإنفاق، وتحديد الإعفاءات من الرسوم، ورصد مدى جودة الخدمات الصحية والمواقف التي يبديها مقدمو الرعاية الصحية تجاه المرضى. لقد برهنت هذه الروابط على أنها وسيلة عظيمة الفائدة تمكن المجتمع المحلي من المشاركة في التحكم بإيصال الخدمات الصحية.

[45]

45. Altobelli LC, Pancorvo J. *Peru: shared administration program and local health administration associations (CLAS) in Peru*. Barcelona and Washington, DC, IESE Business School, University of Navarra and World Bank, 2000.

أوكرانيا: مشروع صوت الناس - زيادة مشاركة الجماهير  
انطلق مشروع صوت الناس في عام 1999 كوسيلة لتمكين العامة من الانخراط بفعالية في الشأن العام والتأثير على عمل الحكومة. لقد تم تنفيذ هذا المشروع على صعيد البلديات وركز على المسائل والمشاكل العاجلة المرتبطة بتقديم الخدمة والتي تهم الحياة اليومية للناس المحليين، لاسيما مخاوفهم من الفساد. تشكل ائتلاف من منظمات المجتمع المدني وعمد هذا الائتلاف إلى توظيف العديد من آليات إشراك المواطنين من قبيل جلسات الاستماع العلنية وإجراء مسح لرأي المواطنين في أداء وجودة الخدمات الحكومية من خلال "بطاقات الإفادة". بحلول عام 2003 أظهرت النتائج حدوث تقدم ملحوظ في إمكانية الوصول إلى المسؤولين المحليين، وتحسناً في القدرة المحلية على رصد عملية تقديم الخدمة وإجراء المسوحات، وإطلاق العديد من المبادرات البلدية الرامية إلى التصدي والمعالجة المباشرة للنواقص والثغرات التي تبين وجودها. [46]

46. www.worldbank.org.

● إن الأفراد الذين تعرضوا للتمييز قد لا يصدقون أن لديهم استحقاقات صحية، أو قد يكونون عاجزين عن الوصول إلى معلومات عن حقوقهم في الخدمات، أو قد لا يمتلكون الثقة الكافية بالنفس للتحرك والعمل بناءً على المعلومات التي رُودوا بها؛

● إن المجتمعات المحلية، أو بعض المجموعات في هذه المجتمعات المحلية قد تفتقد إلى التنظيم والمناصرة وإلى إجراء تحليل للسياسات وتحليل للميزانية، كما قد لا تمتلك مهارات التواصل وبناء شبكة علاقات سياسية والمهارات القانونية الكافية للمشاركة في صنع القرار والعمل بشكل جماعي، والتكلم عن مخاوفها وهمومها الصحية أو المطالبة بإصافها وتعويضها عما لحق بها من انتهاكات لحقوقها؛

● إن بعض الأعضاء في اللجان الصحية الوطنية، وأفراد يشغلون مواقع في السلطة مثل أعضاء المجالس الحكومية المحلية، والزعماء أو القضاة والموظفين العموميين المحليين قد يعوزهم الفهم والمعلومات والتدريب والمهارات المتصلة بعدم التمييز بين البشر وحقوق الإنسان وتحليل الميزانية والسياسات؛

● أفراد الطاقم الصحي قد تنقصهم المعرفة بمسئولياتهم عن حقوق الإنسان ويعوزهم التدريب والمعلومات التي تقتضي منهم معاملة كافة الناس باحترام والحفاظ على كرامتهم؛

● قد يفتقد الطاقم الصحي لمهارات ودعم الإدارة الضروريين لضمان تقديم الخدمات بشكل متسق وثابت؛

● قد يفتقد موظفو وزارة الصحة للمعلومات الأساسية والمهارات الضرورية لإعداد سياسة وميزانية صحية شاملة وتضم جميع القطاعات؛  
● قد يكون موظفو المنظمات المانحة غير متفهمين أو داعمين لحقوق الإنسان.

### استعراض القوانين والسياسات واللوائح وغيرها من التدابير

بموجب قانون حقوق الإنسان تقع المسؤولية على عاتق الدولة في تأمين بيئة تشريعية وسياساتية متماسكة وشاملة تضمن احترام حق جميع الناس في الصحة وحمايته وتلبيته. في الكثير من الدول تفشل التشريعات والسياسات في تزويد كافة الناس بمجموعة واضحة ومتساوية من الاستحقاقات الصحية، وحتى عند وجود مثل هذه الاستحقاقات فإنها لا تكون مترافقة مع بروتوكولات وقواعد إدارية وإجراءات تحكم عمل موظفي الصف الأول الذين هم على تماس مباشر مع متلقي الخدمة. في غياب أطر قانونية وسياساتية متسقة، واضحة ومتينة فإن أفعال وممارسات مقدمي الخدمة ستحكمها وتصوغها المثل والقواعد والعادات المحلية.

إن التزام الحكومة باحترام الحق في الصحة يقتضي منها الامتناع عن تقييد وعرقلة التمتع بهذا الحق سواء بشكل مباشر أو غير مباشر. لدى القيام باستعراض التشريعات والسياسات والممارسات القائمة على الصعيد الوطني من المهم النظر فيما إذا كانت هذه العناصر تتعارض مع واجب احترام الحق في الصحة. فعلى سبيل المثال من الضروري التأكد من كون التشريعات والسياسات تتجنب:

● تقييد إمكانية الوصول إلى موانع الحمل وغيرها من وسائل المحافظة على الصحة الجنسية

## القسم 2

- حظر أو التضييق على الرعاية الصحية التقليدية الوقائية، والممارسات والأدوية الشعبية التقليدية التي ترمي إلى مداواة المرضى؛
- تسويق أدوية غير مأمونة.

إن استعراض التشريعات والسياسات من المحتمل أيضاً أن يميظ اللثام عن وجود تشريعات تتصل بمسألة الصحة أو عن غياب تشريعات، ومن شأن هذا الوجود أو الغياب أن يجعل الناس عرضة لممارسات ضارة أو يحول بينهم وبين الوصول إلى المقومات الأساسية للصحة.

إن التزام الحكومة بحماية الحق في الصحة يقتضي منها اتخاذ التدابير التي تمنع أطراف ثالثة من تقييد وعرقلة التمتع بهذا الحق. لدى استعراض

الأساسية نحو الارتفاع بشكل يجعلها بعيدة عن تناول الدول الفقيرة التي لا توجد لديها قدرات محلية لتصنيع المنتجات الصيدلانية.

- حتى يومنا هذا، ماتزال قوانين التجارة العالمية عاجزة عن تقديم الحوافز للشركات الكبرى المصنعة للأدوية لحضها على الاستثمار في الأبحاث المكرسة للأمراض التي يصاب بها الفقراء دون غيرهم.

- طوال العديد من السنوات كان هنالك الكثير من الأمثلة عن فشل الشركات المتعددة الجنسيات في ضمان توفير شروط عمل آمنة للموظفين أو عن إلحاقها الأذى بالبيئة بشكل يضر بصحة المجتمعات المحلية. وبالرغم من تزايد الجهود المبذولة على الصعيد الدولي لفرض شيء من الرقابة على هذه المؤسسات فتبقى المسؤولية ملقاة على كاهل الحكومة الوطنية لتنظيم والإشراف على نشاط الشركات المتعددة الجنسيات بهدف حماية حقوق الإنسان لشعوبها.

والإنجابية، كما يجب على تلك التشريعات والسياسات الامتناع عن فرض رقابة، أو حجب، أو تشويه المعلومات الصحية بما في ذلك المعلومات والثقافة الجنسية؛

- أعمال ممارسات تمييزية فيما يتصل بالحالة الصحية للمرأة واحتياجاتها؛

● منع أو تقييد إمكانية وصول كافة الناس بمن فيهم السجناء أو المحتجزين والأقليات وملتسمي اللجوء والمهاجرين اللذين لا يحملون وثائق ثبوتية، إلى الخدمات الصحية الوقائية، والعلاجية، والمملطة؛

- تلويث الهواء، والمياه والتربة بشكل غير مشروع، مثلاً عن طريق النفايات الصناعية التي تخلفها المنشآت التي تملكها الدولة؛

على المستوى الدولي تنخرط الحكومات عادة في طائفة متنوعة من الاتفاقات والمعاهدات والالتزامات المتعددة والثنائية الأطراف تتصل بقطاع عريض من المسائل من التجارة إلى المخاوف البيئية، ومن المساعدة الإنمائية إلى السياحة. إن الميادين التالية من الأنشطة الدولية قد تم تحديدها كمصادر محتملة لإلحاق أثر سلبي على تمتع البشر بالحق بالصحة:

- الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة، الذي يحمي استعمال براءات الاختراع في مجال المنتجات الصيدلانية ويحمي العلامات التجارية للموردين الطبيين ومعطيات وبيانات أبحاثهم، وبالرغم من أن الاتفاق قد فعل الكثير لضمان توافر حد أدنى من المعايير في الأبحاث الطبية وعمليات تطوير أدوية جديدة إلا أنه قد يؤثر سلباً على قدرة الشعوب الأصلية على الاستفادة من الأدوية الشعبية التقليدية، بما في ذلك من الناحية التجارية، وقد يدفع بأسعار الأدوية

النرويج: برلمان "السامي" (السكان الأصليون للنرويج)

بالرغم من احتواء النرويج على ديمقراطية فعلية ونشطة وشاملة فقد قررت هذه الدولة في سنة 1989 إقامة مؤسسة مستقلة منتخبة من قبل أفراد "السامي" وتعمل لأجلهم. وهذا البرلمان الجديد لم يحل محل البنية الديمقراطية الوطنية الموجودة بل جاء مكملاً لها وعلى وجه الخصوص لمعالجة وإعطاء المشورة بشأن المسائل التي تؤثر بشكل مباشر على أفراد شعب "السامي" وثقافتهم وتمثيل "السامي" لدى الحكومة الوطنية وتوضيح مشكلاتهم لها. كما أن هذا البرلمان منوط به مسؤولية إدارة الصناديق النقدية وتنظيم الدفعات المالية التي تقدمها الحكومة "للسامي". [47]

إثيوبيا: حصول النساء على المعلومات

النساء في إثيوبيا أكثر احتمالاً للإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز وأقل احتمالاً للسمع بهذا المرض أو الإلمام بوسائل الوقاية منه وكيفية استخدامها. وأحد الأسباب الرئيسية لهذا الوضع هو قلة إطلاعهن على المعلومات القادمة من الخارج من خلال وسائل الإعلام المقروء منها والمسموع. أقل من 14% من النساء الإثيوبيات قادرات على الوصول إلى وسائل الإعلام كما أن النساء أقل احتمالاً من الرجال بكثير للسمع عن مرض فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز من مصادر إعلامية. [48]



وأخيراً، التزام الحكومة بالوفاء بالحق في الصحة يقتضي من الدولة تبني التدابير المناسبة التشريعية، والإدارية، وعلى صعيد الميزانية والتدابير القضائية والتعزيرية وغيرها من التدابير في سبيل الإحقاق التام لحق الصحة. إن استعراض القوانين والسياسات والممارسة الحكومية، في هذا السياق من شأنه أن يكشف:

- ما إذا كان الدستور الوطني والتشريعات الوطنية تقر بالصحة كحق من حقوق الإنسان وما إذا كان هنالك سياسة صحية وطنية أو خطة تفصل في كيفية إعمال هذه السياسة وإحقاق الحق في الصحة؛
- ما إذا كان هنالك نظام للتأمين الصحي (حكومي، خاص، أو مشترك) ميسور التكلفة لجميع الناس، بمن فيهم أولئك المحرمون اقتصادياً؛
- ما إذا كانت الدولة تنشر أو تشجع على نشر المعلومات الصحية الملائمة ذات الصلة بنمط الحياة الصحي والتغذية الصحية، والممارسات الشعبية التقليدية الضارة، ومعلومات عن الخدمات المتوافرة؛
- ما إذا كانت الدولة تشجع وتعزز البحوث الطبية، وتضمن حصول الأطباء وباقي أفراد الطاقم الطبي على التدريب الملائم، وتحرص على توفير عدد كاف من المستشفيات والعيادات والمرافق الأخرى المتصلة بالرعاية الصحية؛
- ما إذا كانت الدولة قد رسمت وصاغت ونفذت سياسات وطنية ترمي إلى الحد والقضاء على تلوث الهواء والمياه والتربة.

### الموارد المالية

إن وجود قيود على التوزيع العادل والإمداد المستمر بالموارد المالية هي عناصر تقع في قلب

السياسات والتشريعات الوطنية، في هذا السياق، يجب النظر فيما يلي:

- مدى حماية التشريعات لمعايير الصحة والسلامة في أماكن العمل؛
- التدابير المتخذة لضمان إتاحة فرص متساوية للوصول إلى الرعاية الصحية المقدمة من أطراف ثالثة؛
- الجهود التي تبذل لضمان عدم تحول عملية خصخصة القطاع الصحي إلى تهديد لتوافر، وإمكانية الوصول إلى، ومقبولية وجودة الرعاية الصحية؛
- مدى نجاعة التشريعات في تحريم ومعالجة مسائل الزواج المبكر وختان الإناث (تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية) والعنف ضد النساء بما في ذلك الإكراه على الممارسة الجنسية تحت مظلة الزواج.

47. Gáldu Resource Centre for the Rights of Indigenous People, [www.galdu.org](http://www.galdu.org).

48. Alsop R et al. *Empowerment in practice: from analysis to implementation*. Washington, DC, World Bank, 2006, [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).

## القسم 2

- الخلل في توزيع الموارد على المستوى الوطني، أو الفساد وتحويل الموارد إلى قنوات أخرى، قد يمنع بعض المراكز الصحية من الحصول على التجهيز الجيد أو الإمدادات الكافية من الأدوية واللقاحات أو يحول بينها وبين تهيئة منشآت تخزينية ملائمة؛
- عدم دفع المخصصات المالية إلى اللجان الصحية في القرى والمقاطعات ما قد يحول بينها وبين القيام بمهامها على أكمل وجه؛
- التمويل المقدم من الجهات المانحة الدولية قد يكون تمويلًا غير منتظم أو لا يمكن التعويل عليه كثيراً الأمر الذي سيكون له وقعاً سيئاً على مستوى وجودة الخدمات الصحية المقدمة.

مشكلة التمييز ومظاهر التفاوت الكائن في إمكانية الوصول إلى الصحة والحصائل الصحية. يمكن توظيف التحليل المرتكز على الحقوق للحصول على تقييم واسع المدى للعوامل التي تسبب بوجود قيود على الموارد المالية. قد تحدث حالات العسر في مستويات مختلفة من المحلي حتى الدولي نتيجة أسباب متنوعة:

- المستويات غير الكافية من الموارد، الأمر الذي يؤدي، على سبيل المثال، إلى نقص عام في الكوادر الصحية المدربة أو أشكال مختلفة من العجز في بعض المناطق الجغرافية دون غيرها أو في مهارات سريرية معينة مثل القبالة؛

### التعاون الدولي - مسئولية تجاه حقوق الإنسان

المانحين - بما فيهم الدنمارك، واللوكسمبورج، وهولندا، والنرويج، والسويد - يفي بتعهده بتقديم ما يعادل 0,7% من دخله القومي الإجمالي على شكل مساعدات، والبعض الآخر ومنهم فرنسا، أيرلندا، والمملكة المتحدة قد تعهد بالوصول إلى تقديم 0,7% من دخله كهدف يتحقق خلال السنوات المقبلة. ومع ذلك هناك مخاوف متنامية من أن الموارد المتاحة هي غير كافية لتحقيق الغايات التي نصت عليها الأهداف الإنمائية للألفية. إن توافق آراء مونتييري الذي وافقت عليه الحكومات في شهر مارس/آذار عام 2002 قد أشار إلى أنه علاوة على حاجتنا إلى المزيد من الموارد المحلية فإنه من الضروري زيادة التدفقات المالية الدولية والتجارة العالمية بالإضافة إلى التعاون في المجالين المالي والتقني، وتوفير التمويل بديون طويلة الأجل وتخفيف عبء الديون. [49]

إن مفهوم المسئولية المشتركة عن الحد من الفقر والحاجة إلى إقامة شراكة بين الدول المتقدمة والنامية قد تمت الإشارة إليه مراراً في العديد من مؤتمرات وإعلانات الأمم المتحدة، بما في ذلك الإعلان الصادر عام 1986 بشأن الحق في التنمية. وفي قمة الألفية عام 2000، وفي إعلان الدوحة الوزاري الصادر عن المؤتمر الوزاري الرابع لمنظمة التجارة العالمية في عام 2001، والمؤتمر الدولي لتمويل التنمية في عام 2002 ومؤتمر القمة العالمي حول التنمية المستدامة المنعقد في جوهانسبيرغ عام 2002، تعهدت الحكومات بتخصيص الموارد والمساعدة لتمكين الدول النامية من محاربة الفقر. ينص المرمى الثامن من الأهداف الإنمائية للألفية صراحة على الحاجة إلى إقامة شراكة عالمية لمعالجة مظاهر الغبن في النظام التجاري العالمي، ومعالجة مشكلة الديون، والحرص على أن تستفيد كافة الدول من التطورات الحاصلة في التكنولوجيا والعلوم. بعض

49. A/CNF.198/11, www.un.org.

# القسم 3

## تطوير المحتوى و خطة التنفيذ

بمجرد اكتمال التحليل المرتكز على حقوق الإنسان، فإن التحدي التالي يكمن في تحديد المداخلات المناسبة. إذ سوف تشكل هذه المداخلات محتوى استراتيجية الحد من الفقر.

ب. استهداف السكان المقيمين والمهمشين؛  
ج. العمل مع وزارات أخرى لمعالجة المقومات الأساسية للصحة.

● معالجة القيود المؤسسية والفجوات في القدرة عبر:  
أ. تعزيز المشاركة والمساءلة في الخدمات الصحية؛  
ب. توفير المعلومات والمهارات لأصحاب الحقوق وحملة الواجب؛  
ج. سن تشريعات وسياسات كفيلة باحترام وحماية الحق في الصحة.

● تمويل الاستراتيجية الصحية من خلال:  
أ. سياسات الاقتصاد الكلي؛  
ب. ميزانية القطاع الصحي.

● صياغة أو تنفيذ استراتيجية طويلة الأمد تهدف إلى إحقاق الحق في الصحة عبر ضمان توافر الخدمات الصحية والمقومات الأساسية للصحة، ويمكن الوصول إليها، ومقبولة وتتمتع بأعلى جودة.

● العمل مع الجهات المانحة لتعزيز حقوق الإنسان من خلال استراتيجية الحد من الفقر.

إن رسم خطة لقطاع صحي يكون لصالح الفقراء في سياق الموارد المحدودة ليس بالمهمة السهلة. إن التحليل المرتكز على حقوق الإنسان سوف يكشف غالباً عن مدى واسع من القضايا المتضاربة أحياناً التي تحتاج للمعالجة. حتى عندما يمكن تحديد أولويات السياسة بوضوح والاتفاق عليها، فإن عملية تأمين تمويل إضافي ونقل الموارد بين الميادين المختلفة ضمن القطاع الصحي هو أمر معقد وقد يثير المعارضة والرفض. ويمكن لمبادئ حقوق الإنسان أن تقدم التوجيه والنصح بشأن الاتفاق على أولويات السياسة والمساعدة في تحديد وحل الاختلافات وإجراء المقايضات.

يدرس هذا القسم كيف يمكن استخدام مبادئ حقوق الإنسان من قبل وزارة الصحة والوزارات الأخرى التي يؤثر عملها على التمتع بالحق في الصحة، لتصميم المداخلات التي تعالج القضايا التي تم تحديدها من خلال التحليل المرتكز على حقوق الإنسان. الإجراءات المبيّنة في الأقسام الفرعية المبيّنة أدناه هي كما يلي:

● معالجة عدم المساواة في إحقاق الحق في الصحة من خلال:  
أ. وضع معايير دنيا موحدة لتقديم الخدمة الصحية؛

- المأوى الأساسي، والمسكن والصرف الصحي وتوفير الإمدادات الكافية من الماء الآمن والصالح للشرب؛
- الأدوية الأساسية كما حددها برنامج عمل منظمة الصحة العالمية حول الأدوية الأساسية؛
- الرعاية الصحية الإنجابية، والأمومية (قبل وبعد الولادة على حد سواء) والرعاية الصحية للطفل؛
- التحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسية؛
- التعليم والوصول إلى المعلومات التي تتعلق بالمشاكل الصحية الرئيسية في الدولة بما فيها كيفية الوقاية منها ومكافحتها.

من أجل ضمان المساواة في الوصول إلى تلك الخدمات الصحية من الضروري أن نقرر ما هي الخدمات التي سوف يتم تقديمها كما يجب أيضاً تحديد المعايير الدنيا لهذه الخدمات والتي ستضمن الحكومة أنه سوف يتم توفيرها للجميع. إن تعريف الحقوق والمعايير والتعريف بها على أوسع نطاق يمكن الناس من محاسبة صانعي السياسة ومقدمي الخدمات عن مسؤوليتهم في توصيل الخدمة وهو جزء أساسي في المقارنة المركزة على حقوق الإنسان للتنمية. [51] إن معايير التوافر، وإمكانية الوصول، والمقبولية والجودة المبيّنة في القسم الأول من هذا الكتاب والمستخدم كقاعدة مقترحة للتحليل المركز على حقوق الإنسان في القسم الثاني يمكن أيضاً أن توفر قاعدة متينة لتطوير الحد الأدنى من معايير الخدمة أو الاستحقاقات. إن المعلومات المتحصلة من المشاورات، والبحث القائم على المشاركة، والبيانات الإحصائية المصنفة، والبيانات السريرية والجغرافية يمكن أن تستخدم لتحديد معايير لتقديم الخدمة الصحية تكون واضحة، وملموسة

**أ** معالجة عدم المساواة في إحقاق الحق في الصحة وضع معايير دنيا موحدة لتقديم الخدمة الصحية إن الخطوة الأولى في صياغة محتوى المكون المتعلق بالقطاع الصحي في استراتيجية الحد من الفقر عادة ما تكون القيام بتعريف حزمة الخدمات الأساسية التي سوف تؤمنها الحكومة للجميع. حددت العديد من الدول النامية حزمة الخدمات الصحية الأساسية اعتماداً على المنهجيات التي تعطي الأولوية لجدوى التكلفة لا المساواة. وبالنتيجة فإن التعريفات الموجودة للخدمات الصحية الأساسية عادة ما تفشل في معالجة أولويات الأشخاص المهمشين والمقصيين. [50]

يتيح النقاش العام حول محتوى حزمة الخدمات الأساسية من خلال عملية المشاورة أساساً قوياً لإشراك الناس في استراتيجية الحد من الفقر وجعلها محلية المنشأ يملكها الناس بدلاً من أن تكون مدفوعة بعوامل دولية خارجية. يجب أن يستتير النقاش بالتحليل المركز على حقوق الإنسان الذي أجرته وزارة الصحة بالتعاون مع أصحاب المصلحة الآخرين ذوي الصلة عبر المقارنة القائمة على المشاركة، ويجب أن يشمل معلومات حول أولويات الأشخاص المهمشين وبيانات إحصائية تفصيلية علاوة على بيانات إكلينيكية وجغرافية (انظر القسم 3: "صياغة أو تنفيذ استراتيجية طويلة الأجل" لمناقشة البيانات الإحصائية التفصيلية).

يحدد التعليق العام 14 ما يدعوه الالتزامات الأساسية تجاه الحق في الصحة. الأساسيات الدنيا هي:

- الحد الأدنى من الغذاء الأساسي والذي يكون مغذياً بصورة كافية وأموناً؛



IL/OH/Armed Cozart

50. Pearson M. *Allocating public resources for health: developing pro-poor approaches*. London, DFID Health Systems Resource Centre, 2002, www.healthsystemsrc.org.

51. *Rights, entitlements and social policy: concept note*. Washington, DC, World Bank, 2006, www.worldbank.org.



### القسم 3

حول الداء والأدوية؛ الرعاية الصحية المجانية؛ الحق في أن تتم المباشرة برعاية المرء خلال ساعة واحدة من حضوره. [53]

مهما كان محتوى الحقوق التي يتم تعريفها والوسيلة المناسبة للتعريف بها، فإنه من الضروري أن تلتزم الحكومة بتحقيق المعايير المحددة. إن ضمان كون المعايير ملائمة، ويمكن بلوغها، وكونها أكثر من مجرد وعود فارغة يسترعي إيلاء الاهتمام بالقضايا التالية:

- ينبغي وضع المعايير من خلال عملية ديمقراطية، قائمة على المشاركة – من قبيل المشاورة التي تتم في إطار استراتيجية الحد من الفقر والبحث القائم على المشاركة؛
- ينبغي أن تكون المعايير مصونة في القانون الوطني، وأن تكون متسقة مع القانون الدولي؛
- ينبغي أن يتم التعريف بالمعايير على أوسع نطاق؛
- ينبغي أن تكون آليات المساءلة الموجودة على المستوى المحلي متاحة وفعالة (انظر القسم 3: "معالجة القيود المؤسسية والفجوات في القدرة عبر تعزيز المشاركة والمساءلة في الخدمات الصحية")؛
- إن الانتباه للتدريب وتوفير المعلومات المهنية ورفع الوعي بحقوق الإنسان – مثل حظر التمييز – لدى طاقم الرعاية الصحية والعاملين معاونين هو أمر أساسي (انظر القسم 3: "معالجة القيود المؤسسية والفجوات في القدرة عبر توفير المعلومات والمهارات لأصحاب الحقوق وحملة الواجب")؛
- ينبغي وضع المعايير بمستوى يمكن تحقيقه مالياً بشكل مستدام (انظر القسم 3: "تمويل

و ذات قيمة للأشخاص المقيمين وتعالج المسائل الرئيسية المتعلقة بكل معيار. على سبيل المثال:

- توفير الخدمات الصحية الإنجابية والجنسية للجميع ضمن مسافة معينة؛
- عدم وجود رسوم على تلقي الرعاية الصحية الأولية بما فيها الخدمات الصحية الأمومية والإنجابية والجنسية؛
- جعل مرافق الرعاية الصحية الأولية متاحة معمارياً للأشخاص ذوي الإعاقات بحيث يمكنهم الدخول إليها ومغادرتها بيسر؛
- إمكانية وصول العمال المهاجرين إلى الخدمات الصحية الشاملة؛
- توافر المعلومات الصحية باللغات المحلية؛
- وجود غرف منفصلة وخاصة لتقديم الاستشارات؛
- توافر مولدين/مولدات مهرة في جميع مرافق الرعاية الصحية الأولية.

إن الإعلان عن المعايير الدنيا لتقديم الخدمة في شكل ميثاق لحقوق المرضى يمكن أن يكون طريقة فعالة لتعريف الناس بالاستحقاقات. تشتمل موائيق حقوق الإنسان في بنغلاديش وغانا على ضمانات بضرورة الحصول على الموافقة المستنيرة، والسرية الطبية، ومشورة الرأي الثاني، والوصول إلى الملف الطبي للمرء. [52] في عام 2000، حددت وزارة الصحة الأوغندية حقوق المرضى في استراتيجيتها لجودة الرعاية في مرافق الرعاية الصحية الأولية التابعة للحكومة والمنظمات غير الحكومية، بما فيها الحق في معالجة سرية؛ الحق في معالجة مهذبة طبقاً لقاعدة من يأتي أولاً يُخدم أولاً؛ الحق في تلقي معلومات

52. Murthy RK et al. *Service accountability and community participation*. In: Ravindran TKS, De Pinho H, eds. *The right reforms? Health sector reform and sexual and reproductive health*. Johannesburg, Women's Health Project, School of Public Health, University of Witwatersrand, 2005 (Study Manual).

53. Björkman M et al. *Power to the people: evidence from a randomized experiment of a community based monitoring project in Uganda*. London, Centre for Economic Policy Research, 2007 (CEPR Discussion Paper N°6344), www.cepr.org.

تشيلي: الضمانات الصحية الصريحة أصبح قانون تشيلي الذي يحدد النظام المتبع فيها حول الضمانات الصحية نافذاً في الأول من يوليو/تموز 2006. يحدد القانون والقرار الوزاري المشترك الصادر عن وزارة الصحة والخزانة والمتصل بالقانون 40 حالة مرضية طبية والخدمات المضمونة المتصلة بها. يعرف القانون والقرار الوزاري المشترك معايير الوصول إلى الرعاية الصحية، والجودة، والفرصة (وقت الانتظار) والحماية المالية. يمنح القانون المجموعات ذات الدخل الأكثر انخفاضاً في الدولة حق تغطية 100% من تكلفة الخدمات التي تحصل عليها من قبل الصندوق الوطني للتأمين الصحي الذي ينتسب إليه غالبية السكان. يحدد القانون أيضاً حقوق الإنصاف عبر إجراءات لتقديم الشكاوى لهيئة الرقابة على الصحة. إن وزارة الصحة والخزانة مسئولتان عن مراجعة وتحديث المعايير المحددة قانونياً كل ثلاث سنوات. [55]

الاستراتيجية الصحية من خلال ميزانية القطاع الصحي"؛  
● ينبغي أن ينظر إلى المعايير على أنها الحدود الدنيا لا السقف. [54]

إن وضع معايير تستوفي هذه الخصائص ليس بالمهمة السهلة. وينبغي أن تكون هذه العملية متكررة، حيث أن توافر الموارد المالية سوف يصوغ قدرة وزارة الصحة على تقديم الخدمات. أكثر من ذلك فإن الطلب ليس بالحدث الساكن، وفي بعض الحالات فإن ضمان الاستحقاقات لخدمات معينة أو معايير لتقديم الخدمة قد يؤدي إلى تدهور غير متوقع في جودة وكمية الخدمات المقدمة. إن القضية الرئيسية هنا هي ضمان وجود المؤسسات والإجراءات التي تسمح بترجمة التغييرات الحاصلة في الطلب إلى صوت سياسي واستجابة على شكل إدخال تعديلات على الموارد المخصصة لتلبية الاحتياجات. من الضروري أيضاً القيام باستعراض دوري وتنقيح للمعايير. تتيح دورة استراتيجية الحد من الفقر وسيلة مفيدة لعملية التنقيح.

## ب استهداف السكان المقيمين والمهمشين

يسمح قانون حقوق الإنسان بالتمييز الإيجابي (أو العمل الإيجابي) والذي يستهدف بالخاصة الأشخاص المقيمين. ويكون الاستهداف تبعاً لنوع الخدمة، أو للمجتمع المحلي أو لفئات اجتماعية واضحة، مثل كبار السن والأطفال، ويمكن أن يكون من الوسائل الفعالة لتصحيح الحرمان وكشف الظلم، وقد يكون ضرورياً لضمان تقديم الحد الأدنى من معايير الرعاية الصحية للجميع. تشمل الأمثلة على ذلك: تخصيص مقدار من الإنفاق أكبر من المتوسط لتحسين الخدمات

في المجتمعات التي تعاني من نسباً مرتفعة من الفقر؛ استهداف برامج التمنيع الرامية إلى الوقاية من الأمراض المعروفة بأنها تصيب بشكل غير متناسب المجموعات المقصية؛ أو الاستثمار بشكل مكثف في تحسين الخدمات مثل المياه والصرف الصحي في المناطق التي يتم تحديدها كمناطق تفتقر لهذه الخدمات بشكل خاص. إن توجيه الخدمات نحو ميدان معين للتداخل أو توفير الإعفاءات من الرسوم على قاعدة الفقر الفردي هو أقل فعالية حيث أنه من الصعب وضع معايير عادلة وسهلة الإدارة ومحصنة ضد الفساد. للاستهداف تكاليف غير مرئية مثل:

- تكلفة سوء الاستهداف: إنه من الصعب تحديد الفقراء خاصة النسوة الفقيرات؛
- تكلفة الإدارة: يتطلب الاستهداف الأضيق مدى المزيد من التدقيق في هوية المستفيدين؛
- تكلفة يتكدها المستفيدون لتوثيق الأهلية والمطالبة بالفوائد والمكاسب؛
- تكلفة عدم الاستدامة: إذا كان المستفيدون من الخدمات غير فقراء، فإن الالتزام السياسي بالحفاظ على نطاق هذه الخدمات وجودتها يفشل. [56]

في بعض السياقات فإن تكاليف الاستهداف تفوق الوفر المحتمل تحقيقه من تركيز الموارد الشحيحة على مجموعة محددة ضيقة من الأشخاص. إن هذا غالباً هو الحال في المناطق المتضررة من جراء الصراعات وفي أوقات الأزمات، حيث يمكن لأي شكل من أشكال الاستهداف أن يكون غير مناسب أو غير عملي من الناحية الإدارية. في هذه الحالة، قد يكون من الأجدى تقديم مجموعة أساسية من الخدمات

54. Norton A, Elson D. *What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process*. London, Overseas Development Institute, 2002, www.odi.org.uk.

55. *Realizing rights through social policy*. World Bank, Draft working paper for Workshop on Explicit Guarantees in the Implementation of the Economic, Social and Cultural Rights in Latin America and the Caribbean (Prepared in collaboration with FUNASUPO and with inputs from the IDB, ECLAC and OAS), Santiago, Chile, 2007, www.eclac.cl.

56. Ibid, 14.

### القسم 3

في الكثير من الحالات سيكون الحامل الرئيسي للواجب هو وزارة حكومية أخرى. إن المبادرات السياسية المشتركة بين القطاعات غالباً ما تكون صعبة من الناحية اللوجستية والإدارية. وللوفاء بالتزاماتها، سيتوجب على قيادة الحكومة دعم وزارة الصحة في جهودها الرامية للاجتماع بالوزارات الأخرى والعمل بشكل وثيق مع هذه الوزارات. إن معالجة قضايا معقدة مثل وفيات الأمهات والإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز تتطلب بشكل عام مركز تنسيق مؤسسي واضح لقيادة وتنسيق النشاطات. وليس بالضرورة أن يتواجد مركز التنسيق هذا في وزارة الصحة. من المهم الحرص على أن لا تحجب الصلات الأفقية بين القطاعات والمنظمات الحاجة إلى وجود ترابطات عمودية تقوم على المشاركة والمساءلة تجاه أصحاب الحقوق في المجتمعات الفقيرة.

القضايا الصحية الأخرى ذات الصلة والتي تتطلب التنسيق بين القطاعات تشمل توفير:

- الماء الآمن والصالح للشرب للأسر وخدمات الصرف الصحي الأساسية؛
- مسكن أو مأوى كاف وآمن؛
- ظروف عمل مأمونة وحفاظة للصحة؛
- كميات كافية من مؤن الطعام المغذي وأنظمة للإنذار وللإستجابات المبكرة لتحقيق الأمن الغذائي؛
- الضمان الاجتماعي (أو برامج التأمين)؛
- التثقيف الصحي في المدارس.

إن وضع المعايير واستهداف القضايا المبينة أعلاه هما على نفس القدر من الأهمية لمعالجة

للجميع بدلاً من السعي لتوفير مستوى أعلى من التقديم لخدمات مستهدفة والتي عملياً ما تنتهي بتقنيها واستغلالها من قبل المجموعات الأكثر تميزاً.

#### ج العمل مع وزارات أخرى لمعالجة المقومات الأساسية للصحة

كما يتضح من تحليل الصحة والفقير المرتكز على الحقوق فإن التفاوت في الحصائل الصحية هو نتاج للوصول إلى مجال واسع من الخدمات والموارد. في حين أن وزارة الصحة قد لا تحمل مسؤولية مباشرة لمعالجة هذه المقومات الأساسية، فإن على عاتقها يقع واجب العمل مع الآخرين لتعزيز التماسك في استراتيجية الحد من الفقر وضمان أن لا تؤدي السياسات المعمول بها في القطاعات الأخرى إلى تعزيز التعرض للمرض. إن تقييم أصحاب الحقوق وحملة الواجب يمكن أن يستخدم لتحديد المؤسسات التي تتحمل مسؤولية مباشرة تجاه، أو تؤثر على، المقومات الأساسية للصحة. إن بناء الشراكات مع مجموعة من المنظمات الخاصة وغير الحكومية بالإضافة إلى المنظمات العمومية هو الاستراتيجية الرئيسية لمعالجة هذه القضايا.

#### الاتحاد الروسي: برنامج علاج السل في السجون

متعددة" لمعالجة المساجين، وفي مدينة دزيرجينسك تقدم منظمة ميرلين - المنظمة غير الحكومية البريطانية - الرعاية الأساسية للمساجين السابقين لضمان أن يكونوا قادرين على إنهاء دورة العلاج والحد من خطر ظهور مقاومة الدواء في المجتمع ككل. [57]

معرضين لمخاطر البيئة التي يحتجزون فيها. في مدينة تومسك عكفت الحكومة الروسية على العمل مع مجموعة من المنظمات غير الحكومية لتمديد مجال عمل برنامج "المعالجة المعززة القصيرة الأمد للسل تحت الإشراف المباشر لعصابات مرض السل المقاومة لأدوية

البرازيل: منحة المعاش العائلي  
لقد خصصت الحكومة البرازيلية جهوداً وموارد كبيرة لتحسين شبكات الأمان الاجتماعي لجميع العائلات التي ترزح تحت وطأة الفقر المدقع. يحوّل البرنامج المال مباشرة إلى العائلة بشرط أن يكون جميع أفراد العائلة قادرين على الاستفادة من المساعدات الاجتماعية عند الحاجة إليها. [58]

57. Fact sheet: TB treatment in Tomsk, Russia. Merlin, www.merlin.org.uk.

58. Linder K. Brazil: Bolsa Familia Program - scaling up cash transfers for the poor. In: MTDR principles in action: sourcebook on emerging good practices. See: www.mfdr.org.

**المكسيك: برنامج بروجريسا**  
يُعتبر برنامج بروجريسا (برنامج التعليم والصحة والتغذية) الذي أطلقته حكومة المكسيك في عام 1997 أكبر برنامج وطني لتخفيف وطأة الفقر، ويصل إلى 2,6 مليون أسرة فقيرة. يمنح هذا البرنامج تحويلات نقدية وموّن غذائية للعائلات الفقيرة شريطة قيامها بإلحاق أطفالها بالمدارس وارتداد خدمات الطب الوقائي والرعاية الصحية الأساسية. إن هذا البرنامج المصمم لمعالجة العديد من المقومات الأساسية للصحة تتلقى بموجبه الأسر المؤهلة فوائد ومكسبات مقابل الموافقة على، ومتابعة المشاركة، في الخدمات المقدمة. [60]

التمييز وعدم المساواة في الوصول إلى المقومات الأساسية للصحة.

### أ معالجة القيود المؤسسية والفجوات في القدرة تعزيز المشاركة والمساءلة في الخدمات الصحية

إن محتوى القسم المتعلق بالصحة في استراتيجية الحد من الفقر يجب أن يتناول المؤسسات والعمليات الرامية إلى تمكين المجموعات المقصية من المشاركة في الصحة والخدمات ذات الصلة وضمان المساءلة فيها.

في الكثير من الدول من المرجح أن يبين التحليل المرتكز على حقوق الإنسان أن عمليات المساءلة الإدارية الموجودة ومؤسسات الحوكمة المحلية تخدم مصالح النخب المحلية وأن رصد الخدمات ليست فعالاً. وفي هذه الظروف، يمكن للآليات الاجتماعية أن تقوي المساءلة بين الأشخاص المقيمين والمهمشين ومقدمي

الخدمات. تشمل هذه الآليات بطاقات الإبلاغ، والرصد المرتكز على المجتمع. وفي حال كان التشريع الوطني يصون حدًا أدنى من الاستحقاقات بمقتضى الحق في الصحة، أو إذا ما تم تبني ميثاق لحقوق المرضى، فإن هذا يؤمن قاعدة مفيدة للمشاركة المحلية في عملية تحديد المؤشرات، والرصد والإبلاغ حول خطوات التنفيذ. إن جعل المعلومات متاحة بسهولة وبشكل يمكن الناس من أن يطلعوا على أداء مرافقهم الصحية مقارنة بغيرها هو عامل رئيسي في نجاح الرصد المرتكز إلى المجتمع.

يمكن للمشاركة المحلية الأوسع في إدارة الخدمات الصحية المحلية أن يكون لها أثر إيجابي على فعالية الهيئات التي تحمّل على عاتقها مسئولية تجاه ضمان المساءلة الإدارية، مثل اللجان الصحية المحلية وتلك الموجودة في المقاطعة. إن التحسينات المنهجية في المساءلة على المستوى المحلي قد تقود بالمقابل إلى تحسينات في جودة

### سريلانكا: إمكانية الوصول إلى المياه والصرف الصحي

الباحات الخلفية للأبنية، أو في الخارج أو في القبو، علاوة على مشكلة ضمان تفهم المقاولين المحليين لأهمية الخصائص المعمارية المرتبطة بسهولة الوصول مثل جعل الدرج متساوي الدرجات والإنهاء السلس لقضبان الدرابزون الخشبية. إن تصحيح هذه المشاكل كان أكثر صعوبة وتكلفة مما لو تمت معالجة موضوع سهولة الوصول في مرحلة التخطيط والبناء الأصلي. بعد مرحلة ما بعد الطوارئ، تحول التركيز إلى البناء الدائم. وكنيجة لهذا العمل، قرر نائب مدير الخدمات الصحية في مقاطعة أمبارا أن يدخل مبادئ توجيهية أساسية حول إمكانية الوصول إلى المراحيض لتراعى في جميع المراحيض الجديدة التي يتم تشييدها كجزء من برنامج إعادة الإعمار. [59]

في سريلانكا، بعد التسونامي الذي حدث في ديسمبر/كانون الأول 2004، بُرِكَ الآلاف من الأشخاص بدون مأوى وتم تسكينهم في مخيمات مؤقتة. نفذت المنظمة الدولية للمعوقين تقييماً للمخيمات ضمن مقاطعات باتيكالوا وأمبارا لجمع البيانات حول إمكانية الوصول إلى المياه ومرافق الصرف الصحي. تم رسم خطة لكل مخيم حول كيفية تحسين الوصول إلى المياه والمرافق الصحية. جرى تنفيذ الخطة عبر ممارسة التأثير الجماعي على منظمات التنفيذ، وعمليات التشييد الممولة من قبل المنظمة الدولية للمعوقين والتي تم تنفيذها من قبل شريك محلي أو شركات المقاولات الخاصة. إن القضايا التي سلطت الضوء عليها المنظمة الدولية للمعوقين شملت المياه ومرافق الصرف الصحي التي كان من الصعب الوصول إليها لأنها كانت موجودة في

59. Spitschan S, Mesman A. *Accessibility in water and sanitation: The Handicap International experience*. Leicestershire, Water Engineering and Development Centre, Loughborough University, 2006, <http://wedc.lboro.ac.uk>.

60. Wodon Q et al. *Mexico's PROGRESA: Innovative targeting, gender focus and impact on social welfare*. In: The World Bank Group, *En Breve*, N°17, 2003, [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).

### القسم 3

والفجوات في القدرة عبر توفير المعلومات والمهارات لأصحاب الحقوق وحملة الواجب".

إن قضية مساءلة المانح من قبل الأشخاص الفقراء ستعرض لها في الجزء الأخير من هذا القسم. إن استخدام الآليات المرتكزة على المجتمع لرصد وتقييم استراتيجية الحد من الفقر سيتم بحثه بمزيد من التفصيل في القسم 3: "تمويل الاستراتيجية الصحية" مع دور عمليات المساءلة القضائية، وشبه القضائية والسياسية في حماية حقوق الفقراء.

#### ب توفير المعلومات والمهارات لأصحاب الحقوق وحملة الواجب

إن برامج بناء القدرات في مجال المعرفة والمهارات والممارسات التي تدعم حقوق الإنسان هي من العناصر الرئيسية لاستراتيجية القطاع الصحي الشاملة. إن الإصلاح المؤسسي من غير المحتمل أن يكتب له النجاح عندما لا يملك الناس القدرة على المشاركة في الأنظمة والإجراءات المنقّحة. في بعض الظروف والسياقات من قبيل الدول المارة بمرحلة ما بعد الصراع حيث تنعدم فيها مؤسسات الدولة أو تكون قد فقدت مصداقيتها تماماً نجد أن بناء قدرة أصحاب الحقوق وحملة الواجب قد يكون نقطة الدخول الأكثر فعالية لتعزيز تقديم الرعاية الصحية وتوفير الموارد المتصلة بها.

إن استعراض احتياجات أصحاب الحقوق وحملة الواجب من المعلومات ووضع التوصيات بشأنها يمكن أن تشكل جزءاً من اختصاصات فريق العمل حول المشاركة، والمساءلة (انظر القسم 3: "معالجة القيود المؤسسية والفجوات في القدرة عبر تعزيز المشاركة والمساءلة في الخدمات الصحية"). تركز استراتيجيات المعلومات الصحية

تقديم الخدمات، والاستفادة من الخدمات، وفي الحصائل الصحية. [61]

وأحد وسائل تعزيز تلك المؤسسات من خلال استراتيجية الحد من الفقر هو تأسيس فريق عمل ضمن وزارة الصحة لتسهيل المشاركة المجتمعية ومساءلة الخدمات الصحية. [62] إن اختصاصات فريق العمل هذا يمكن أن تشمل إصدار توصيات حول:

- واجهة للتقابل بين خطوط الإدارة، والمشاركة والمساءلة على المستويات الوطنية، ومستوى المقاطعات، والمستوى المحلي؛
- استخدام بطاقات الإبلاغ وآليات الرصد المجتمعي الأخرى كوسائل لزيادة المساءلة المباشرة بين الناس ومقدمي الخدمة؛
- فعالية الأشكال الإدارية للرصد والإنصاف بما فيها المنظمات الحارسة، لضمان تنفيذ السياسات وترجمة الهموم المحلية إلى أفعال؛
- التدابير الضرورية لضمان شفافية عمليات الميزانية والرصد؛
- تدابير المحاصصة لإتاحة إمكانية مشاركة النساء والأشخاص ذوي الإعاقات وغيرهم من الأشخاص المقيمين والمهمشين، على الصعيد المحلي وفي المقاطعات واللجان الوطنية؛
- مجال وحدود المشاركة، فعلى سبيل المثال إدارة الجوانب اللوجستية للإمداد بالأدوية ليست بالضرورة قابلة للمشاركة؛
- تدابير لزيادة قدرة الناس المقيمين والمهمشين، والمنظمات التي تمثلهم، على المشاركة في عمليات صنع القرار؛
- توفير المعلومات لتمكين الناس من المطالبة بحقوقهم (انظر القسم 3: "معالجة القيود المؤسسية

الفيليبين: التخطيط المجتمعي وصنع القرار  
في يناير/ كانون الثاني 2003، أطلقت حكومة الفيليبين مبادرة مجتمعية للتخفيف من وطأة الفقر - مشروع كالا هي - الذي يهدف إلى إيصال الخدمات الاجتماعية بشكل شامل ومتكامل. تعتمد المبادرة على صنع القرار محلياً من خلال تجمعات قروية تشمل المجتمع المحلي بأكمله. تحدد المجتمعات المحلية أولوياتها، وتختار المشاريع، وترصد تدفق الأموال وتشرّف على التنفيذ. لقد اتسع نطاق عمل المشروع حالياً ليمتد عبر 42 مقاطعة من المقاطعات الفقيرة في الدولة. [63]

61. Ibid, 53.

62. Ibid, 52.

63. Ibid, 46.

## أوغندا: البيّنات على فعالية الرصد المجتمعي

في استجابة إلى الإتاحة الضعيفة المحسوسة للرعاية الصحية الأولية، بُدء مشروع استرشادي حول بطاقة الإبلاغ المخصصة للمواطن من قبل البنك الدولي وجامعة ستوكهولم بالتعاون مع وزارة الصحة الأوغندية في 50 مرفقاً صحياً في المناطق الريفية من أوغندا. كان الغرض الرئيسي من المشروع هو تعزيز مساءلة مقدمي الخدمات من قبل المتلقين عبر تحسين قدرة المجتمعات المحلية على رصد مقدمي الخدمات بشكل متواصل. في كل مقاطعة مشاركة، تم تخصيص نصف المرافق عشوائياً إلى مجموعة العلاج (المجتمعات العلاجية)، أي تم تقديم بطاقات الإبلاغ إلى أفراد هذه المجموعة، والنصف الآخر للمجموعة الشاهدة. إن حقوق المرضى كما عرفت استراتيجياً الحكومة لجودة الرعاية قد شكلت أساساً للرصد. ومع مرور سنة واحدة

على البرنامج، كان متوسط الاستفادة من الخدمات أعلى بمقدار 16% في المجتمعات المحلية العلاجية؛ لقد تحسنت بشكل واضح ممارسات مقدمي الخدمات - بما فيها تمنيع الأطفال، ووقت الانتظار وإجراءات الفحص - كما كانت أوزان الرضع أكبر وأعداد الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة أكثر انخفاضاً بشكل ملحوظ. أصبحت المجتمعات العلاجية أوسع انخراطاً في رصد مقدمي الخدمات بعد هذه المداخلة، لكن لم يكن هناك بيئة على زيادة التمويل الحكومي. تقترح هذه النتائج أن التحسينات التي طرأت على جودة وكمية تقديم الخدمة الصحية انبثقت عن الجهود المتنامية المبذولة من قبل طاقم الوحدة الصحية لخدمة المجتمع المحلي كنتيجة للتحسن الذي حصل في المساءلة. [64]

وغيرها من أشكال التواصل الملائمة ثقافياً مثل المسارح والتمثيل والقصص.

إن توفير المعلومات التي يحتاجها أصحاب الحقوق للمطالبة باستحقاقاتهم في الصحة هو أكثر تعقيداً في البيئات الشديدة التعددية التي تحتوي على قطاع عريض من مقدمي الرعاية الصحية العمومية والخاصة. حتى عند وجود تشريع لتنظيم نشاطات القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية التي توفر الخدمات الصحية أو تؤثر بعملها على الصحة، فإن عدد وتنوع هذه المنظمات يجعل من الصعب ضمان مساءلتها. من أجل التعامل مع هذه البيئة، يحتاج الناس إلى المعلومات الأساسية حول كيفية تحديد ما إذا كانت الأدوية التي تباع بدون وصفة طبية أصلية وضمن تاريخ صلاحية البيع، مثلاً، والتعرف على بعض البروتوكولات البسيطة لمعالجة الأمراض الشائعة. [65]

يحتاج الأفراد والجماعات التي تعيش في المجتمعات المحلية إلى مجموعة من المهارات من أجل المطالبة بحقوقهم. إن الأفراد الذين عانوا من التمييز والإيذاء يتطلبون دعماً لبناء ثقتهم الذاتية بحيث يمكنهم أن يكونوا حازمين عندما يتوجب عليهم التعامل مع مقدمي الخدمة والمسؤولين. كما يحتاج الأفراد والجماعات ضمن المجتمع المحلي إلى مهارات التنظيم، والمناصرة والسياسة بالإضافة إلى التحلي بالوعي القانوني والتدريب للمشاركة في صنع القرار وللمطالبة بحقوقهم. إن المنظمات المجتمعية والمنظمات غير الحكومية هي دوماً في أفضل موقع لبناء هذه المهارات. يمكن تمويل مثل هذه المنظمات من قبل المنظمات غير الحكومية الدولية والجهات المانحة. بوسع صانعي السياسات في وزارة الصحة، والمخططين ومقدمي الخدمات أن يعترفوا بشريحة هذا العمل عبر التعاون مع المنظمات المحلية، وحيثما أمكن الانخراط في

بشكل تقليدي على إعلام الأشخاص حول القضايا الصحية العمومية، مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز والصحة الإنجابية والجنسية. تؤكد المقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان على أهمية ضمان أن تكون المعلومات المتاحة حول القضايا الصحية مُسنّدة بالبيّنات، ومتوفرة مجاناً ويمكن الوصول إليها من قبل الجميع بمن فيهم المراهقين.

يجب على الناس أن يكونوا على دراية بحقوقهم واستحقاقاتهم من أجل المطالبة بها. يمكن تعميم ونشر المعلومات المتعلقة بهذه المسائل باستخدام مجموعة متنوعة من الطرق المبتكرة بما فيها وسائل الإعلام الجماهيري

64. Ibid, 53.

65. Standing H. *Understanding the 'demand side' in service delivery: definitions, frameworks and tools from the health sector*. London, DFID Health Systems Resource Centre, 2004, www.dfidhealthrc.org.

تلك التي تفرض القيود على وصول المراهقين والنساء لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية والتي تتضح من خلال التحليل المرتكز على حقوق الإنسان. في بعض الدول سنت الحكومات تشريعاً جديداً مناهضاً للتمييز لحماية مثلاً حقوق الناس المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز. إن عملية المراجعة والإصلاح التشريعي يمكن أن تكون طويلة ولكن على المدى البعيد قد تكون ضرورية لضمان الإطار القانوني المتماسك لتعزيز المعايير المحددة للنظام الصحي والاتساق مع معايير حقوق الإنسان الدولية.

إن التشريعات، والسياسات والممارسات التي تؤدي إلى التمييز في الوصول إلى المقومات الأساسية للصحة يجب أيضاً أن يتم تناولها. إن التمييز بين الجنسين في التشريع الذي يحدد مدى الوصول إلى الموارد والخدمات هو أمر شائع. في العديد من الدول لا ينتج التمييز بين الجنسين عن التحيز ضد الجنس الآخر في القانون التشريعي فحسب بل هو أيضاً نتيجة للقوانين العرفية التمييزية، والتقاليد، والمعايير والمثل والمواقف الاجتماعية. إن معالجة هذه القضايا قد تتطلب برامج تدريبية للموظفين حول النظم القانونية غير الرسمية والرسمية (انظر القسم 4: "المساءلة السياسية والقضائية وشبه القضائية") بالإضافة إلى الإصلاح التشريعي. تشمل الجوانب التي يجب مراعاتها على:

- المساواة بين النساء والرجال في التملك واكتساب الممتلكات؛
- المساواة بين النساء والرجال في الحصول على الوظائف وظروف العمل؛
- حق متساوي للبنات والأولاد في الحصول على التعليم الأساسي المجاني؛

برامجها الرامية إلى بناء القدرات. يحتاج مسئولو الحكومة وطواقم الرعاية الصحية أنفسهم أيضاً إلى المعلومات والتدريب لتمكينهم من تعزيز حقوق الفقراء. إن التدريب على حقوق الإنسان يجب أن يمضي إلى ما هو أبعد من تقديم المعلومات الرسمية حول الحقوق، فينبغي على التدريب التركيز على بناء المهارات، المواقف والممارسات التي تمكن مقدمي الخدمات من علاج الجميع باحترام وبطرق مقبولة من ناحية انسجامها مع الثقافة المحلية. من المهارات الأخرى التي من المحتمل أن تتطلب تقوية ضمن وزارة الصحة صياغة الميزانية ومهارات التحليل، والخبرة المتعددة القطاعات ومهارات البحث، وزيادة القدرة على الانخراط في العمليات القائمة على المشاركة. يجب إدخال برامج بناء القدرات والمهارات على صعيد موظفي وزارة الصحة في استراتيجية القطاع الصحي ومراعاة تكاليفها في الميزانية.

إن التدريب في مجال الوعي في الجنس، والتحليل والتخطيط هي عناصر حاسمة في برامج بناء القدرة على دعم حقوق الإنسان. بعض المنظمات غير الحكومية الدولية، والمانحين ووكالات التنمية بالإضافة إلى مؤسسات البحث الأكاديمي والمنظمات غير الحكومية الوطنية تملك الخبرة في هذه المسائل. إن العديد من المنظمات المانحة لديها التزامات صريحة بتعزيز المساواة بين الجنسين وقد تكون مصدراً مفيداً لتمويل أنشطة التدريب في مجال التوعية في الجندر.

### ج سن تشريعات وسياسات كفيلة باحترام وحماية الحق في الصحة واحترام الحق في الصحة

إن واجب الدولة في احترام حقوق الإنسان يتطلب العمل على تصحيح التشريعات التمييزية مثل

جنوب أفريقيا: إجراءات الشكاوى  
يذكر مرسوم الصحة الوطني في جنوب أفريقيا لعام 2003 أنه يجب أن يكون هناك مبادئ توجيهية حول الإجراءات التي يجب اتباعها من قبل المتلقين للتقدم بالشكاوى، والمطالبات أو المقترحات حول تقديم خدمات الرعاية الصحية. يجب على كل مؤسسات الرعاية الصحية أن تعرض إجراءات تقديم الشكاوى في مداخلها حتى تكون مرئية للجميع. يجب الإقرار باستلام كل الشكاوى المقدمة. يمكن أيضاً تقديم الشكاوى للمجالس التي ترخص الأطباء، والمرضات وغيرهم من المهنيين الصحيين حول سلوك ما بدر من أحد مهنيي الصحة. [66]

المجر: المؤسسة الهنغارية للاعتماد على الذات

تأسست في عام 1990، تعمل هذه المؤسسة مباشرة مع مجتمعات الروما - وهم العرعر - لتطوير نماذج جديدة للتنمية تعكس الظروف الثقافية والاقتصادية الفريدة للعرعر. بالاعتماد على حوار أفقي بين الممول والمستفيد، يتمكن العرعر من التخطيط لمشاريعهم وتحديد جداول لسداد القروض. [67]

66. Khoza S, ed. Socio-economic rights in South Africa, 2nd ed. Bellville, Community Law Centre, University of the Western Cape, 2007.

67. www.autonomia.hu.

البيرو: الأمومة الآمنة المقبولة ثقافياً  
يبلغ معدل وفيات الأمهات ضمن المجتمعات الأنديزية في بعض المناطق ثلاثة أضعاف المتوسط الوطني. تسهم العديد من العوامل في هذا - منها نسبة الأمهات الإلثني يفضلن الولادة في المنزل بدلاً من عيادات الأمومة. كشفت المشاورات مع نساء الأنديز أن الخدمات المتوفرة كانت قائمة على الممارسات الطبية الحديثة وأنها لا تراعي الممارسات التقليدية الأنديزية مما يمثل حاجزاً كبيراً لقبوليتها لدى الأنديزيات. وقد عملت منظمة الأمم المتحدة للطفولة مع مقدمي الخدمات الصحية المحليين لتكييف الرعاية المقدمة لنساء الأنديز بحيث تشمل العناصر التي يفضلنها مثل شاي الأعشاب، والمولدات الشعبية، وضعيات الولادة، وحماية خصوصيتهن باستبعاد العاملين الصحيين الرجال، وجدران وأقمشة ملونة أكثر قبولاً. [68]

● الفرص المتساوية في الوصول للعدالة وآليات الإنصاف الإدارية.

يجب أن تشمل استراتيجية الحد من الفقر تدابير تشريعية وسياساتية لضبط وتنظيم النشاطات الأخرى التي يبين التحليل المرتكز على حقوق الإنسان أنها ضارة بصحة الناس. إن الآليات التنظيمية يجب أن ترمي إلى:

- تحريم تسويق أو توزيع الأدوية غير المأمونة؛
- منع المعالجة الطبية القصيرة؛
- ضمان عدم حجب أو تحريف المعلومات الصحية الضرورية؛
- ضمان أن تبقى المعلومات الصحية السرية الخاصة بكل فرد مصنونة؛
- حظر الممارسات أو المعالجات الشعبية التقليدية المعروفة بأنها ضارة بالصحة؛
- ضمان عدم التضييق على استخدام أساليب الرعاية والأدوية الشعبية التقليدية المأمونة؛
- تصحيح الالتزامات الدولية التي لها تأثير سلبي على قدرة الناس على إحقاق حقهم في الصحة.

### حماية الحق في الصحة

إن تحديد أصحاب الحقوق وحملة الواجب يعطي لمحة عامة عن الجهات الفاعلة غير الحكومية أو غير الممثلة للدولة التي تؤثر في صحة الناس. والمنظمات المعنية غير الممثلة للدولة هي مجموعات مثل:

- الشركات المتعددة الجنسيات، بما فيها الشركات الدوائية؛
- شركات القطاع الخاص الوطنية؛
- مقدمي التأمين الصحي؛

- مقدمي الرعاية الصحية الخاصة؛
- معاهد البحث الطبي؛
- المنظمات غير الحكومية الدولية والوطنية.

في حين أن العديد من تلك المنظمات قد تكون داعمة لتحقيق الحصائل الصحية الإيجابية، فإنه من واجب الحكومة العمل على ضمان وجود إشراف وتنظيم لها، مثلاً من خلال:

- تنظيم تسويق وتوزيع المواد التي تضر بالصحة مثل التبغ، والكحول أو بعض أنواع الطعام؛
- التنظيم والرصد الضروريين لضمان كون النفايات الصناعية والمنزلية بما فيها المواد الكيميائية الزراعية يتم معالجتها والتخلص منها بطريقة لا تؤذي صحة العاملين أو المجتمعات المحلية.

يجب على الحكومات أيضاً أن تضمن أن أيّاً من سياساتها ونشاطاتها أو العمليات الخارجية فيما وراء البحار لأي من الجهات الفاعلة غير الحكومية أو غير الممثلة للدولة كالشركات التي تتخذ من بلاد هذه الحكومات مقراً لها، لا تنتهك بأي طريقة كانت الحق في صحة الأفراد الذين يعيشون في دول أخرى. هذا ينطبق مثلاً على قرارات فرض عقوبات أو حظر على دولة أخرى، وعلى مفاوضات اتفاقات التجارة أو المعاهدات الجمركية، وعلى تنظيم النشاطات العالمية لشركات الأدوية الوطنية.

### الوفاء بالحق في الصحة

إن واجب الوفاء بالحق في الصحة يتطلب من الدول اتخاذ تدابير إيجابية تمكّن وتساعد الأفراد والمجتمعات المحلية على التمتع بهذا الحق. ويعني أن الدول يجب أن تبادر إلى الانخراط

68. Mayhew S. *Acting for reproductive health in reform contexts: challenges and research priorities*. Geneva, Technical Consultation on Health Sector Reform and Reproductive Health, Developing the Evidence Base, World Health Organization, 2004 (Background Paper), [www.who.int/](http://www.who.int/).



### القسم 3

لفلبين: التشريع المناهض للتمييز بحق المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز إن المرسوم الوطني لعام 1998 للوقاية من، ومكافحة الإيدز في الفلبين كان نتيجة لحملة مكثفة استمرت عدة سنوات من قبل تحالف للمنظمات غير الحكومية الفلبينية ومحامين مختصين في مجال حقوق الإنسان، حملت الحملة الدولة مسؤولية إحقاق حقوق المجموعات المعرضة للإصابة. من بين أشياء أخرى، يتطلب المرسوم موافقة مستنيرة مكتوبة على إجراء اختبار فيروس نقص المناعة المكتسبة ويحظر الإكراه على إجراء هذا الاختبار. ويضمن أيضاً الحق في السرية، ويحظر التمييز في التوظيف والمدارس والسفر والخدمات العمومية والإقراض والتأمين والرعاية الصحية وخدمات الدفن، على أساس الحالة التي كانت للمرء سواء كانت حالة إيدز فعليه أم ظاهرية أو يشتبه فيها. [69]

69. HIV/AIDS and human rights in a nutshell: a quick and useful guide for actions, as well as a framework to carry HIV/AIDS and human rights actions forward. Program on International Health and Human Rights, Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health and the International Council of AIDS Service Organizations, 2004.

التدريب الملائم للأطباء وغيرهم من الموظفين الطبيين وتوفير العدد الكافي من المشافي، العيادات وغيرها من المرافق المتصلة بالصحة؛ وصياغة وتنفيذ السياسات الوطنية التي تهدف إلى الحد من، والقضاء على تلوث الهواء، والمياه والترية.

#### تمويل الاستراتيجية الصحية سياسات الاقتصاد الكلي

إن بعض المداخلات التي عرضنا لها فيما سبق يمكن تحقيقها بالحد الأدنى من الموارد الإضافية. لكن وبشكل عام فإن الوفاء بالالتزامات المتعلقة باحترام، وحماية والوفاء بالحق في الصحة غالباً ما يتطلب في آن واحد زيادة في مقدار التمويل المقدم وإعادة توزيع الموارد الموجودة. تقرر سياسات الاقتصاد الكلي الحجم الإجمالي المخصص من موارد الحكومة والحصة من هذه الموارد التي سيتم تخصيصها للقطاع الصحي. في حين أنه لا توجد صيغة سهلة لتعريف سياسات الاقتصاد الكلي التي من شأنها دون غيرها أن تعزز الحق في الصحة، يمكن لمبادئ عدم التمييز، والمساواة والمشاركة والمساءلة أن تساعد في تحديد نقاط التصادم وتقييم ضرورات المفاضلة بين احتياجات الإنفاق على الصحة، والتضخم، والمديونية، والنمو.

تؤيد المبادئ الاقتصادية التقليدية تحقيق نسب منخفضة للتضخم، وانخفاض العجز في الميزانية، والحد من الدين العام إلى مستويات مستدامة كأفضل السياسات التي من شأنها تحقيق النمو والحد من الفقر. إلا إن السياسات القائمة على هذه المبادئ لم تكن دائماً فعالة في معالجة الفقر. وقد قيل أن مرونة أكبر في أهداف الاقتصاد

في النشاطات التي من شأنها أن تقوي من قدرة الأفراد على تحقيق احتياجاتهم. كما يمضي هذا الواجب خطوة أخرى أيضاً ليشمل توفير المباشر للخدمات إذا كان من غير المستطاع تيسير الحصول على خدمات الرعاية الصحية خلاف ذلك، مثلاً التعويض عن فشل السوق في توفير الخدمات أو لمساعدة المجموعات الغير قادرة على أن تعيل نفسها بنفسها.

في هذا السياق، فإن تعريف حزمة من الخدمات الأساسية التي تضمن الحكومة تسليمها للناس (انظر القسم 3: "معالجة عدم المساواة في إحقاق الحق في الصحة") سيوفر مرجعية هامة للحد الأدنى من الاستحقاقات في إطار الحق في الصحة على المستوى الوطني. وهذه الحزمة من



WHO/PRON/age Bank/Seppo Suomela

الخدمات الأساسية ينبغي أن تكون مكملة ومتسقة مع نظام التأمين الصحي الوطني القائم. وبشكل أوسع مدى، فإن واجب الوفاء بالحق في الصحة يتطلب من الدولة أن تعمل على: نشر وتشجيع نشر المعلومات الملائمة المتعلقة بأسلوب الحياة الصحي والتغذية السليمة، وعن الممارسات الشعبية التقليدية الضارة، وحول توافر الخدمات؛ وتشجيع البحث الطبي؛ وضمان

ولاية كارناتاكا في الهند: آثار نقص التنظيم في الرعاية الصحية الأمومية وجد بحث أجري حول الرعاية الصحية الأمومية في ولاية كارناتاكا الهندية أن أحد العوامل الرئيسية في وفيات الأمهات ومراضتهن هو الرعاية غير الرشيدة أو غير الملائمة المقدمة للنساء عندما يكن بحاجة إلى رعاية إسعافية توليدية. فعلى سبيل المثال، كان الأطباء الحكوميون والمساعدون الصحيون المبتدئون بالإضافة إلى الممارسين الطبيين غير المدربين في الأرياف، يعطون الحقن أو التسليل في الوريد للنساء أثناء المخاض سواء أكان هذا ضرورياً أم لا. في غياب التنظيم الفعال من قبل الحكومة أو الروابط والاتحادات المهنية فإن مقدمي الرعاية الصحية سيتم توجيههم عبر ضغوط تنافسية من الشركات التي تريد بيع سلعها الصيدلانية أو استخدام التقنيات التشخيصية التي تنتجها، بدلاً من تقديم نصائح وقائية أو حتى خدمات علاجية فعالة للمريض. [70]

70. George A et al. Gendered health systems biased against maternal survival: preliminary findings from Koppal, Karnataka, India. Brighton, Institute of Development Studies, 2005 (IDS Working Paper N°253), www.ids.ac.uk.

71. Hunt P, MacNaughton G. Impact assessments, poverty and human rights: a case study using the right to the highest attainable standard of health. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2006 (Health and Human Rights Working Paper Series N°6), www.who.int/hhr.

72. Wood A. IMF Macroeconomic policies and health sector budgets. Amsterdam, Wemos Foundation, 2006, www.wemos.nl.

الكلبي من شأنها أن تتيح موارد أكثر للصحة وتدعم نمواً أقوى.

في بعض الدول يتم إجراء تقييم للفقر والأثر الاجتماعي للتدابير السياساتية الاقتصادية المزمعة ويمكن لهذا التقييم إذا ما قامت به منظمات مستقلة المساعدة في تحديد الآثار السلبية المحتملة للخيارات السياساتية المختلفة. كان العمل جارياً مؤخراً لتبيان كيف يمكن دمج تقييم أثر حقوق الإنسان في أشكال أخرى للتقييم السياساتي بما فيها تقييم الفقر والأثر الاجتماعي. [71] إن تقييم الفقر والأثر الاجتماعي يمكن أن يكون أداة مفيدة لإطلاق النقاش العام حول الخيارات السياساتية الصعبة لكن تكاليف إجراء هذا التقييم تستوجب النظر والتأني. ينطوي تقييم الفقر والأثر الاجتماعي على تكاليف مالية تقع على عاتق كل من مؤسسات الإقراض والدول المقترضة. ويتطلب أيضاً أن يكون المقرضين والمقترضين مهتمين لتقبل ما يمكن أن يكون بمثابة توصيات غير مرحب فيها.

تستدعي معايير ومبادئ حقوق الإنسان عمليات صنع قرار السياسات الكلية، وهذه العمليات يجب أن تكون تشاركية، وشاملة، وقابلة للمساءلة، وشفافة. هذا يعني وجود رقابة برلمانية وإشراك لأصحاب المصلحة الرئيسيين بمن فيهم وزارة الصحة والمجتمع المدني. وعملياً، يتم صياغة السياسة الاقتصادية الكلية غالباً على قاعدة المناقشات الثنائية الطرف بين صندوق النقد الدولي ووزارة المالية دون إشراك وزارة الصحة أو أصحاب المصلحة الآخرين. [72] إن صياغة مكوّن القطاع الصحي في استراتيجية الحد من الفقر على أساس التشاور مع قاعدة عريضة من المجتمع المدني قد تساعد في توفير المساندة والدعم لوزارة الصحة في مناقشات سياسة الاقتصاد الكلي مع وزارة المالية. إن بناء قدرة طاقم وزارة الصحة

والعاملين في المجتمع المدني على الانخراط في هذه القضايا هو أيضاً أمر ضروري. وفي الدول المعتمدة على المساعدات قد توجد تحديات إضافية في إدارة انخراط المانحين في عملية صنع القرار في السياسة الكلية. إن إعلان باريس حول فعالية المعونة الموضح في القسم الأول والذي ستم مناقشته في نهاية هذا القسم يقدم أساساً لبناء علاقات بين المانحين والحكومة تكون متماسكة وقائمة على المشاركة، وشاملة وقابلة للمساءلة.

### ب مزايا القطاع الصحي

إن مزايا القطاع الصحي هي السبيل الرئيسي لضمان كون تخصيص الموارد يدعم أغراض السياسة المتفق عليها، والأولويات ومعايير الخدمة. إن تقدير التكاليف التي سيتم إنفاقها، وإعداد إطار إنفاق مناسب ومن ثم تعبئة الموارد الضرورية هي عمليات تقنية وسياسية غاية في التعقيد. إن مبادئ حقوق الإنسان في عدم التمييز، والمساواة، والمشاركة والمساءلة قابلة للتطبيق في كل مرحلة من عملية وضع الميزانية.

### تقدير تكاليف الاستراتيجية

تقود الممارسات التقليدية في تخصيص اعتمادات الميزانية غالباً إلى توزيع الموارد على النحو الذي كان عليه الحال في الماضي، مع حصول كل مرفق من المرافق على مبلغ معين مخصص له قد يزيد أو ينقص تبعاً للتغيرات الإجمالية الحاصلة في الميزانية المخصصة للصحة. إن هذا النهج التدريجي قد يفاقم من التفاوت وعدم المساواة الموجود في المدخلات الصحية والوصول إلى الصحة، ويمكن أن يفاقم من عدم المساواة في الحصائل الصحية. عوضاً عن ذلك يجب على الميزانية أن تدعم توزيع الموارد بين السكان،

### المسائل الرئيسية التي يجب أن تؤخذ في الحسبان لدى مناقشة آثار سياسة الاقتصاد الكلي على الحق في الصحة تشمل [73]:

إن تحرير التجارة في مجال الخدمات قد يكون له أثر مباشر على جودة وتوافر الخدمات الصحية للفقراء. فعلى الرغم من أنه يمكن أن يزيد من الفرص المتاحة للتطبيب عبر الإنترنت، ويتيح المزيد من التنقل على الصعيد الدولي للمرضى في سعيهم للحصول على معالجة متخصصة، ويجلب الاستثمار الأجنبي المباشر في مجال الخدمات الصحية، ويتيح لمراقبي الخدمات الصحية مجالاً دولياً لتوظيف الكوادر، فإن هناك قلق من أن تكون كل هذه المعالم مفيدة للأثرياء فقط، وقد يكون لها تأثير مباشر ضار على البلدان الفقيرة والمجتمعات الفقيرة. في الوقت الحاضر، يمكن للحكومات الوطنية أن تتحكم إلى حد معين بالمعدل الذي سوف تلتزم فيه بتحرير خدماتها بما فيها القطاع الصحي. إن إجراء دراسة دقيقة حول كيفية تأثير أي من هذه التحركات على الحق في الصحة للجميع وخاصة للفقراء هو أمر لا بد منه.

**الحد الأقصى للأجور.** حتى لو كانت سياسة الدولة الاقتصادية لا تفرض حداً أقصى للأجور في القطاع الصحي فقد تشجع بشكل عام القيود على الأجور بما يساعد على تحرير الموارد للاستثمار ودعم النواحي التي تحظى بالأولوية والحفاظ على المرونة في الميزانية المستقبلية. قد يكون لهذا أثر غير مباشر على فواتير أجور القطاع الصحي والموارد البشرية العاملة فيه. إن حجم العمال في القطاع الصحي بالنسبة للسكان هو عامل حيوي في إيصال خدمات صحية فعالة. وفي العديد من الدول النامية نجد أن مستويات التوظيف هي أقل مما يعتبر الحدود الدنيا الضرورية. إن التقليل من الموظفين الإداريين لتمويل أجور العاملين في الخطوط الأمامية قد يؤدي في النهاية إلى الحد من قدرة الدولة على توزيع المخصصات المالية بسرعة وفعالية.

**السياسة النقدية.** قام صندوق النقد الدولي مؤخراً بتنقيح توجهاته حول أهداف التضخم لاستيعاب معدلات التضخم التي تصل إلى 5-10% بدلاً من الدعوة إلى معدلات منخفضة عند قيمة واحدة. يمكن للمستويات المرتفعة من التضخم أن تضر بالفقراء من خلال التسبب بتراجع النمو وانخفاض قيمة السيولة النقدية التي بحوزة الفقراء. ولكن عندما توضع أهداف الحد من التضخم عند مستويات منخفضة فقد تقيد التدابير المتخذة لإنفاق على القطاعات الاجتماعية، بما فيها الصحة وغيرها من النفقات الحكومية التي تصب في صالح الفقراء.

**تدفق المعونات.** هناك آراء متفاوتة بشأن آثار الاقتصاد الكلي على زيادة تدفق المعونات. فمن جهة قيل أن

73. Ibid, 72.

74. McKinley T. *Why is 'the Dutch disease' always a disease? The macroeconomic consequences of scaling up.* Brasilia, ODA, International Poverty Centre, United Nations Development Programme, 2005 (UNDP Working Paper N<sup>o</sup>10), www.undp.org.

إن العمل على إعداد الميزانية في الجندر قد كشف اللثام عن الصعوبات الكائنة في تحديد معدلات إنفاق بسيطة وكمية قادرة على أن تقدم

والمناطق الجغرافية والخدمات الموجودة بما يتوافق مع أهداف السياسة، وأولوياتها والمعايير الدنيا المحددة من خلال عملية المشاورة.



مؤشراً على الموارد التي يجب تخصيصها لتصحيح بعض مظاهر عدم المساواة. يظهر التحليل ومن الجنسين للميزانية أن النفقات التي تصب في الميادين النسائية لا تعزز جميعها المساواة بين الجنسين، في حين أن العديد من البرامج الغير موجهة بشكل خاص إلى النساء تملك أثراً معززاً للمساواة. تفرض بعض الحكومات ضرورة تخصيص حد أدنى من معدلات الإنفاق في جميع المؤسسات العمومية لتعزيز المساواة بين الجنسين، فحكومة الفيليبين مثلاً تقضي بتخصيص 5% من التمويل العام على هذا النحو. لكن المؤسسات العمومية لا تنفق، بشكل آلي، هذا المال بطرق تعزز من المساواة بين الجنسين. وقد تم تعريف صيغة أكثر نفعاً في تحقيق هذا الغرض:

### يجب إعطاء وزن متساوي لأولويات النساء والرجال مع التركيز على الأولويات التي في حقيقتها تعزز المساواة. [75]

بعد إعداد الأولويات والمعايير الدنيا لتقديم الرعاية الصحية والذي تم على أساس من المشاركة كما أوضحناه في القسم 3: "معالجة عدم المساواة في إحقاق الحق في الصحة"، يمكن استخدام صيغ مماثلة لتشمل مجموعات أخرى مقصية.

إن تقدير تكاليف الخدمات والمعايير المتفق عليها يتطلب مهارة، وخبرة ومحاكمة سليمة. توجد نماذج مختلفة ومنهجيات لتقدير التكاليف. وأيما نموذج تم اختياره، يجب على المخططين الصحيين أن يضعوا في اعتبارهم، علاوة على تكاليف إيصال المداخلة ذاتها، تلك القيود العامة الإجمالية التي قادت إلى عدم اتساق تقديم الخدمة في الماضي. إن تكاليف تحسين توافر وإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية الممتازة للأشخاص

المقصيين قد تكون أعلى بشكل ملحوظ من مثلثتها لدى المجموعات السكانية الثرية. إن الوصول إلى الفقراء القاطنين في المناطق الريفية النائية التي عانت عقوداً من شح الاستثمار فيها سوف يكلف حتماً مبالغ أكبر، فيما يتعلق بالتنقل وتكاليف طاقم العمل والبنية التحتية الصحية، مما هو الحال عليه لدى السعي للوصول إلى المناطق المخدومة جيداً. إن حساب التكاليف يجب أن يأخذ في الحسبان أيضاً العبء الأكبر الذي يلقيه اعتلال الصحة على كاهل الناس المقصيين والتكلفة النسبية الأكبر التي يحتملها الفقراء لطلب المعالجة الصحية. في حين أن تكاليف تصحيح عدم المساواة قد تكون مرتفعة، فإن التكاليف المحتملة الطويلة الأمد للفشل في الإنصاف تشتمل على خدمات عامة أقل فعالية، ونمو اقتصادي أبطأ واضطرابات اجتماعية.

وبما أنه من غير المحتمل أن تكون زيادة الموارد وحدها كافية لتصحيح عدم المساواة القائم، فإن إعادة التوزيع التدريجية للمخصصات

75. Ibid, 14.

### القسم 3

بورتو أليغري - الإعداد التشاركي للميزانية  
إن الميزانية القائمة على المشاركة ترجع أصولها إلى مدينة بورتو أليغري، البرازيل وتحديداً إلى العام 1990 ومنذ ذلك التاريخ تم تنفيذها في 200 بلدية أخرى على الأقل، في مختلف أرجاء الدولة. يعطي الإعداد التشاركي للميزانية المواطنين صوتاً مباشراً في عملية صياغة ميزانية البلدية. تبدأ العملية في جمعية الحي حيث يتشاور المواطنون ويضعون أولويات الميزانية، وتختتم عندما يصوغ المندوبون المنتخبون مباشرة من قبل جمعيات الأحياء ميزانية المدينة التي تتضمن مطالب المواطنين. إن الهدف من العملية التأكد من توافق أولويات الميزانية مع الأولويات المحلية والاحتياجات الشعبية. [77]

والأولويات المتنافسة. من المحتمل أنه بمجرد الانتهاء من صياغة الميزانية من قبل وزارة الصحة فإنها سوف تحتاج إلى المصادقة عليها من قبل وزارات أخرى وإدارات قطاعية ذات صلة، لاسيما تلك التي يكون تخصصها معني بالقضايا المتصلة بالصحة مثل التعليم، والإسكان والمياه. في بعض الدول تقع على عاتق وزارة المالية أو التخطيط مهمة اتخاذ القرارات النهائية بشأن تخصيص اعتمادات الميزانية، وفي البعض الآخر، قد يستدعي الأمر الحصول على موافقة البرلمان. إن الإبقاء على حقوق الإنسان نصب العين عند تحديد الأساس المنطقي الذي بنيت عليه الميزانية لاسيما إذا ما تم اعتماد خيارات معينة من خلال المشاورة مع المستفيدين أنفسهم، قد يساعد على تفهم هذه الميزانية ويشجع على إسهام أصحاب المصلحة في ملكية القرارات المتخذة والميزانية النهائية المعتمدة.

#### جمع الموارد

إن الموارد الضرورية لتغطية التكاليف المحددة عادة تأتي من مصادر مختلفة:

- الموارد التي يتم جمعها وتحصيلها على الصعيد الوطني مثل الضرائب المباشرة وغير المباشرة، والموزعة من قبل الخزنة عبر الميزانية المركزية؛
- المساعدة التنموية الرسمية الثنائية والمتعددة الأطراف، والتي تصب مباشرة في الخزنة المركزية؛
- التمويل الثنائي والمتعدد الأطراف، في شكل قروض أو منح مخصصة لمداخلات معينة في القطاع الصحي أو لمستشفيات وعيادات معينة على مستوى المقاطعة؛

الموجودة سوف تكون دوماً ضرورية. وإن إعادة التوزيع فيما بين المناطق الجغرافية أو مستويات الرعاية في أي سياق من الأوضاع هي عمل سياسي، ولا يمكن النجاح فيه ما لم يحظى بدعم واسع. وتوفر عملية المشاورة التي تجري في إطار استراتيجية الحد من الفقر فرصة لإشراك أصحاب المصلحة وبناء التحالفات لصالح توزيع الموارد. تشير الخبرة المستقاة من تجربة جنوب أفريقيا أن القضايا التالية يجب أيضاً أخذها في الاعتبار:

- الشفافية ضرورية لكي يفهم جميع أصحاب المصلحة القاعدة التي تم على أساسها تخصيص الموارد؛
- الدور المركزي القوي أساسي. وإن لم يكن من الضروري وجود مركزية في تحديد ميزانيات الصحة، فمن المهم بمكان أن يراقب المركز دائماً التقدم صوب الأغراض السياسية ويعمل على تنقيح المبادئ التوجيهية السياسية حسب الاقتضاء؛
- إن خطى تخصيص الميزانية يجب أن تكون واقعية من أجل ضمان استدامة القطاع الصحي والحد من معارضة عملية إعادة التوزيع. [76]

توصي توجيهات صندوق النقد الدولي بضرورة ربط الميزانيات السنوية - بل يُحَدِّد ضمها بشكل كامل - بإطار للإفناق المتوسط الأمد، والذي يمتد عادة على ثلاث سنوات أو أكثر. بالنمغن في أولويات الإفناق خلال عدة سنوات، يمكن لأطر الإفناق المتوسط الأمد أن تسهل عملية تحويل الموارد من منطقة إلى أخرى. إن عملية إتمام إعداد ميزانية المكون الصحي في استراتيجية الحد من الفقر سوف تشمل عدة جهات مختلفة لكل منها أجدته المثقلة بالمصالح

76. Ibid, 50.

77. Ibid, 48.

المكسيك: تحليل الميزانية  
أظهر التحليل الذي أجرته المنظمة  
المكسيكية غير الحكومية فوندار  
لميزانية الحكومة أن النظم المصممة  
لمعالجة عدم المساواة كانت في الواقع  
تفاقم المشكلة. أطلقت الحكومة في  
المكسيك آلية 'فاسار' ومن المفترض  
أن تعمل هذه الآلية على تحقيق  
اللامركزية في مخصصات التمويل  
الصحي لتوفير الخدمات للسكان  
الذين لا يملكون ضماناً اجتماعياً.  
يتركز السكان المشمولين في 'فاسار'  
بشكل كبير في الولايات الفقيرة الواقعة  
جنوب وجنوب شرق المكسيك. لكن  
مقدار الأموال المتوفرة للفرد الواحد  
في هذه الولايات هو أقل على الرغم  
من كونها من المناطق ذات الحاجة  
الأكثر. يشير التحليل الذي قامت به  
فوندار إلى أن هذا الواقع ينتج عن  
المعادلة المستخدمة في تخصيص  
الاعتمادات بين الولايات التي تعطي  
اهتماماً أكبر للبنى التحتية القائمة حالياً  
والموظفين بدلاً من الاحتياجات التي  
لم يتم تلبيتها. [78]

● تمويل القطاع الخاص للخدمات المقدمة  
من قبل جهات غير حكومية أو ليست ممثلة  
للدولة، مثل الشركات الخاصة أو المنظمات غير  
الحكومية؛

● الشراكات بين القطاع العام والخاص التي  
تستهدف مجموعات مستضعفة بعينها أو تركز على  
مرض أو قضية معينة؛

● نظم التأمين على المستوى الوطني أو مستوى  
المجتمع المحلي سواء ذات الطبيعة الرسمية أو  
غير الرسمية؛

● النفقات من الأموال الخاصة مثل الرسوم التي  
يدفعها المستفيد من الخدمة، نفقات شراء الأدوية  
أو اللقاحات أو غيرها من التكاليف المتصلة  
التي يتكبدها كل من يريد الوصول إلى الرعاية  
الصحية.

يجب توسيع المصادر التي تحقق عائداً محلياً  
إذا ما أريد زيادة الإنفاق العام. لكن من الضروري  
ضمان أن تكون الضرائب ورسوم المستفيدين من  
الخدمات متسقة مع مبادئ حقوق الإنسان ولا  
تفرض أعباء إضافية على الفقراء. فالأكثر إقصاء  
هم على الأرجح سيكونون خارج المجال المباشر  
لضريبة دخل الفرد نظراً لأنه يوجد عموماً حد  
أدنى للدخل الذي تتوجب عليه الضريبة، وتسقط  
عمن لا يتجاوز دخلهم هذا الحد. والضرائب غير  
المباشرة مثل ضريبة القيمة المضافة تكون بشكل  
عام تنازلية، حيث يسهم الفقراء في دفع مثل هذه  
الضرائب بحصة من دخلهم أكبر من الأغنياء.  
يمكن للضرائب غير المباشرة أن تميز أيضاً  
ضد النساء عندما تفرض الضرائب على المواد  
الاستهلاكية الأساسية التي تشتريها وتستخدمها  
النساء أكثر من الرجال. يمكن جعل الضرائب غير  
المباشرة أقل تنازلية من خلال النص على إعفاءات

ضريبية للمواد التي يشتريها الفقراء في المقام  
الأول، وخاصة النساء.

إن العديد من الأنظمة الصحية في الدول  
النامية تعتمد على بعض أشكال رسوم المستفيد  
من الخدمة لكي يتم دفعها من قبل أولئك الذين  
يطلبون المعالجة في المستشفيات أو مراكز الرعاية  
الصحية. لا تنص معاهدات حقوق الإنسان على  
أن رسوم المستفيد من الخدمات الصحية هي  
انتهاك لحقوق الإنسان. لكنها تلزم الحكومات  
بضرورة ضمان كون الخدمات الصحية يمكن  
الوصول إليها وهذا يشمل إمكانية الوصول  
الاقتصادية (أي القدرة على تحمل التكاليف).  
إن تقديرات أثر رسوم المستفيد قد أظهرت أنها  
تشكل عائقاً كبيراً أمام قدرة الفقراء على الوصول  
إلى الخدمات الصحية. في أفريقيا، تبين أن الرسوم  
تثبط النساء الفقيرات أكثر من الرجال الفقراء عن  
طلب الرعاية الصحية لأن النساء يملكن دخلاً  
أقل وصوتاً أضعف في صنع قرار الأسرة. عادة  
ما تكون نظم الإعفاء أو التنازل عن الرسوم صعبة  
التنفيذ ويتعذر إدارتها بفعالية. [79] علاوة على  
ذلك، تشير البيئة حالياً إلى أن رسوم المستفيد لا  
تجمع إلا مستويات صغيرة جداً من الموارد وهي  
نموذج لا يمكن التعويل عليه من نماذج التمويل.  
إذن، من النادر عملياً أن تدعم رسوم المستفيد من  
الخدمات الصحية مبادئ عدم التمييز، والمساواة  
وحقوق الفقراء.

### ضمان الشفافية المالية والمساءلة

ليست هنالك من جدوى لاستخدام عملية إعداد  
الميزانية لزيادة الموارد المتوفرة لتحقيق أولويات  
الفقراء إذا لم يكن بالإمكان تتبع المال المتحصل  
لضمان الإفراج عنه ووصوله إلى وجهته المعتمدة.  
إن المساءلة والشفافية في إدارة الشؤون المالية

78. Keith-Brown K. *Investing for life: making the link between public spending and reduction of maternal mortality*. Tizapán, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2005, www.fundar.org.mx.

79. Ibid, 14.

### القسم 3

إن عدداً متزايداً من مبادرات المجتمع المدني بشأن الميزانية يقوم بتحليل اعتمادات ميزانية الحكومة ويتتبع فيما إذا كانت الأموال تصل إلى مصدرها ومنه إلى وجهتها. هذه وغيرها من المقاربات الرامية إلى رصد وتقييم استراتيجية الحد من الفقر سيتم البحث فيها في القسم الرابع.

صياغة أو تنفيذ استراتيجية طويلة الأمد تعترف صكوك حقوق الإنسان بحقيقة أنه سيكون من شبه المستحيل لأي حكومة جمع ما يكفي من الموارد للوفاء بجميع الاحتياجات الصحية المحددة من خلال العمليات القائمة على المشاركة، أو الامتثال الفوري لجميع التزاماتها في إطار الحق في الصحة. ولهذا تم الاتفاق على أن تقع التزامات حقوق الإنسان تحت واحدة من فئتين:

- تلك التي تتطلب الانتباه الفوري؛
- تلك التي يمكن السعي للوصول إليها بشكل تدريجي خلال فترة من الزمن طبقاً لما يعرف بمبدأ الإحفاق التدريجي.

تشمل الالتزامات الرئيسية التي تتطلب الانتباه الفوري على:

- عدم التمييز والمساواة لجميع الأشخاص؛
- مشاركة جميع أصحاب المصلحة؛
- وقف أي من النشاطات أو السياسات الضارة؛
- حظر أي خطوة يمكن أن تكون تراجعية أو انتكاسية على المدى القصير؛
- صياغة وتنفيذ خطة أو استراتيجية توضح كيفية إحراز تقدم نحو تحقيق جميع الالتزامات.

### بوروندي: أثر رسوم المستفيد من الخدمة

التي يدفعها المرضى، ولا تحصل على تبرعات مباشرة أو تمويل من الحكومة للسماح لها بالعمل بشكل ملائم وتوفير الموظفين المدربين بشكل جيد والمعدات والأدوية. إن التمويل غير المتسق بالإضافة إلى الفساد المستشري بين الموظفين الذين لا يتلقون عادة الأجر الكافي كلها مشاكل تفاقم من مشكلة النقص في التمويل. المرضى المحتجزون هم بشكل عام أناس يعانون من الفقر المدقع وينتمون غالباً إلى الفئات الضعيفة مثل الأراذل، والأيتام والأمهات العازبات أو أولئك الذين شردتهم الحرب الأهلية في بوروندي، ويفتقدون إلى الأسرة أو إلى مؤازرة شبكات الدعم الاجتماعي الأوسع. في مسعى منه لمعالجة هذه المشكلة أعلن الرئيس بيير نكورونزيزا في الأول من مايو/ أيار 2006 أن الرعاية الصحية الأمومية والرعاية الصحية للأطفال دون عمر الخمس سنوات ستكون مجانية. [80]

تفيد المنظمة الدولية غير الحكومية المعروفة باسم "منظمة رصد حقوق الإنسان" أنه وعلى مدى السنوات القليلة الماضية احتجرت المستشفيات العمومية في بوروندي مئات من المرضى الذين لم يستطيعوا دفع فواتيرهم. إن احتجاز المرضى ينتج عن، ويلفت الانتباه إلى مشاكل أوسع نطاقاً في مجال الرعاية الصحية في بوروندي. ورغم أنها إحدى أفقر الدول في العالم، فقد نفذت بوروندي نظاماً لاسترداد التكاليف كجزء من تقديمها لخدمات الرعاية الصحية في عام 2002. يتوجب على المرضى دفع جميع التكاليف الطبية بما فيها الاستشارات، والتحليل، والأدوية والمؤن بالإضافة إلى تكلفة إقامتهم في المستشفى. وهناك نظام للتأمين الصحي وآخر للتنازل يقصد منهما مساعدة الناس الأشد فقراً في تغطية النفقات الطبية ولكن لم يعمل أي منهما بفعالية. لا تتلقى المستشفيات العمومية دخلاً كافياً من الرسوم

وإدارة الإنفاق ليستا فقط من مبادئ حقوق الإنسان الرئيسية، ولكنها أيضاً مبادئ أساسية للحكومة الرشيدة، وهي ضرورية في محاربة الفساد والهدر. إن توافر المعلومات الصحيحة حول عملية وضع الميزانية هو عامل حاسم في ضمان المساءلة على المستويات الوطنية والمحلية كذلك. يملك جميع الأفراد الحق في طلب، والحصول على، وتبادل ونقل المعلومات بما في ذلك معلومات حول:

- أين ينفق المال العام؛
- فيما إذا كانت الأموال التي صرفت قد صرفت بشكل ملائم وعاجل؛
- فيما إذا كانت الأموال قد استخدمت بفعالية.

80. A high price to pay: detention of poor patients in Burundian hospitals. Bujumbura, Human Rights Watch, 2006, www.hrw.org.

## الإعلان العالمي لحقوق الإنسان

المادة 28

"لكل فرد حق التمتع بنظام اجتماعي دولي تتحقق بمقتضاه الحقوق والحريات المنصوص عليها في هذا الإعلان تحققاً تاماً."

## الدنمارك: التعاون الإنمائي الدولي

تعتمد سياسة التنمية الدنماركية على مرسوم التعاون الإنمائي الدولي لعام 1971، والمعدل مؤخراً بالمرسوم الموحد رقم 541 الصادر في 10 يوليو/تموز 1998. يحدد المرسوم أهداف التعاون الحكومي مع الدول النامية: "إن هدف المساعدة الحكومية الدنماركية للدول النامية يجب أن يكون دعم - مساعيها لتحقيق النمو الاقتصادي من خلال التعاون مع الحكومات والهيئات الرسمية لهذه الدول وبالتالي تعزيز تقدمها الاجتماعي واستقلالها السياسي وفقاً لميثاق الأمم المتحدة، وأغراضه ومبادئه ذات الصلة وأيضاً من خلال التعاون الثقافي لتعزيز الفهم المشترك والتضامن." [81]

إن مبدأ حقوق الإنسان في الإحقوق التدريجي يقر أنه في المدى القصير، كما أوضحنا سابقاً، لا بد من أخذ خيارات سياسية، وتحديد الأولويات، والمفاضلة بين المتطلبات. لكنه لا يسمح لأي حكومة بتأجيل التزاماتها إلى أجل غير محدد. يفرض الإحقوق التدريجي واجباً مستمراً للتحرك بسرعة وبفعالية قدر الإمكان تجاه الإحقوق الكامل لحقوق الرجال والنساء. [82] وهذا يستدعي وجود خطة واضحة يمكن إثباتها تشمل أهدافاً محددة زمنياً، ومرجعيات، ومؤشرات لقياس الإنجاز ورسم استراتيجية طويلة الأمد باستخدام الحد الأقصى من الموارد المتوفرة للوصول إلى الإحقوق الكامل للحق في الصحة.

إن استراتيجية الحد من الفقر مع ما يرافقها من ميزانيات وأطر لحساب التكاليف، بالإضافة إلى البرنامج الواضح للرصد والتقييم، تشكل جميعاً أداة عملية وملموسة لتوضيح الأساس المنطقي الذي استندت عليه الخيارات السياسية التي تحدد أولوية بعض الحاجات على غيرها مع تحقيق الالتزامات التي ينطوي عليها مبدأ الإحقوق التدريجي.

## العمل مع الجهات المانحة لتعزيز حقوق الإنسان

من خلال استراتيجية الحد من الفقر من الأرجح أن يكشف تحليل أصحاب الحقوق وحملة الواجب عن المدى الذي تؤثر فيه أفعال المانحين على حق الفقراء في الصحة. إن العديد من الدول ذات الدخل المتوسط والمنخفض قد تكون معتمدة بشكل كبير على الدعم المالي والتقني للأطراف المانحة في سبيل تنفيذ استراتيجياتها في الحد من الفقر. لكن أصحاب الحقوق نادراً ما يملكون أي وسيلة من الوسائل

التي تمكنهم من المشاركة بشكل مباشر أو غير مباشر في عمليات صنع قرار الجهات المانحة أو في محاسبة هذه الجهات. إن مبادئ المشاركة، والإدماج، والشفافية والمساءلة تلعب دوراً محورياً في الوصول بفعالية المعونة إلى حدها الأقصى وتحسين الطريقة التي تدير فيها الحكومة والجهات المانحة وتنفذ برامج الإعانة. إن التوجيه الصادر من قبل لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية يشتمل على توصيات بدمج مبادئ حقوق الإنسان في إطلاق إعلان باريس حول فعالية المعونة.

● الشراكات التنموية يجب أن تبنى على أسس القيادة والملكية الوطنيتين اللتين ترتكزان بدورهما على عمليات ديمقراطية وتشاركية. لا بد للحكومات المانحة من أن تعمل بشكل وثيق جنباً إلى جنب مع الحكومات الوطنية في تصميم وتنفيذ استراتيجيات الحد من الفقر، ولكن من الضروري أن يتم احترام ودعم مفهوم الملكية الوطنية وذلك من منظور حقوق الإنسان ولضمان استدامة الاستراتيجية ذاتها على المدى الطويل.

● إمكانية التنبؤ بتدفق الموارد هي مسألة رئيسية؛ فهي تسمح للحكومات بالتخطيط لكيفية استخدام المعونات على المدى الطويل. إن بناء شراكات تنموية طويلة الأمد استناداً إلى مبادئ حقوق الإنسان يضمن أن تكون برامج التعاون الإنمائي أقل تأثراً بالتغيرات السياسية القصيرة الأمد التي قد تحدث ضمن الحكومة المانحة. إدراج سياسات التعاون الإنمائي ضمن التشريع المحلي للدول المانحة يتيح السبيل لحماية إمكانية التنبؤ الطويل الأمد بتدفقات المعونة ويضفي التماسك على سياسة المعونة مع تغيير الحكومات.

81. www.um.dk.

82. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 3, Paragraph 9, www.ohchr.org.



**مبادئ لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية لدمج حقوق الإنسان في التعاون الإنمائي**

1. بناء فهم مشترك للروابط الكائنة بين التزامات حقوق الإنسان وأولويات التنمية، عبر الحوار.
2. تحديد الميادين التي يمكن فيها دعم الحكومات الشريكة في مجال حقوق الإنسان.
3. صون حقوق الإنسان في عمليات بناء الدولة.
4. دعم جانب الطلب في معادلة إحقاق حقوق الإنسان.
5. دعم لعدم التمييز كقاعدة لمجتمعات أكثر إدماجاً واستقراراً.
6. وضع حقوق الإنسان في الاعتبار في القرارات المتعلقة بالانحياز والدعم وتقديم سبل المعونة.
7. النظر في التعزيز المتبادل الكائن بين حقوق الإنسان ومبادئ فعالية المعونة.
8. عدم الإضرار.
9. اتخاذ مقاربة مُتَّسِّقة ومتدرجة لدى معالجة أوضاع حقوق الإنسان المتدهورة.
10. ضمان أن تفضي زيادة المعونات إلى تحسن في وضع حقوق الإنسان. [83]

● يجب على الجهات المانحة أن تضمن أنها هي أيضاً تدمج المبادئ المرتكزة على حقوق الإنسان في برامجها للتعاون الإنمائي، خاصة في سياق المشروطة والانتقائية في الممارسة الإنمائية. كما أن حقوق الإنسان يمكنها أن تشكل أساساً سليماً للتمكن من اتخاذ الخيارات الصعبة على المستوى المحلي فيما يتعلق بتحديد الأولويات والمفاضلة بين المتطلبات، فكذاك أيضاً يمكن لمبادئ حقوق الإنسان بما لها من أهمية حيوية أن تساعد في

● الحق في المشاركة تتم مراعاته في مختلف مراحل عملية استراتيجية الحد من الفقر ويؤكد عليه مجدداً في العديد من سياسات الجهات المانحة. ولكن من الضروري أن تدرك الحكومات المانحة بأن المشاركة الفعالة تتطلب التمويل والدعم. علاوة على ذلك، فإن الأمر يحتاج إلى الوقت والصبر ولا يمكن استعجاله لتلبية المواعيد النهائية التي تحددها أطراف خارجية. إن إيجاد مؤشرات للجهات المتلقية للتبرعات وللمانحين أنفسهم بهدف وضع تقرير حول المشاركة في جميع مراحل استراتيجيات الحد من الفقر - والتصميم، والتنفيذ والرصد - قد يكون طريقة مناسبة لضمان حدوث المشاركة فعلياً في الممارسة.

● يجب على المانحين أن يحترموا الأولويات التي حددتها الحكومة الوطنية وأن يكونوا مستعدين لتمويل المدخلات التي تكون الحاجة لها هي الأكبر في حين أنها الأقل "جاذبية" مثل بناء القدرة الإدارية.

● في حين انصب التركيز كثيراً وبشكل تقليدي على الحاجة لمساءلة الحكومات المتلقية من قبل الجهات المانحة، فإن القليل قد قيل حول ضرورة المساءلة المتبادلة أو المشتركة بين طرفي المعادلة. وهذا لا يقتصر على مساءلة الحكومة المانحة من قبل دافعي الضرائب فيها ومن قبل الحكومات المتلقية بل يمتد ليشمل أيضاً الأشخاص أنفسهم الذين تم تصميم برنامج المعونات من أجلهم ألا وهم الفقراء والمستضعفون. تتضمن الوسائل المتكررة لمعالجة هذه القضية بناء آليات للمراجعة المتبادلة والمساءلة في مذكرة التفاهم بين المانحين والحكومة واستخدام الطرق التشاركية لتمكين المجتمعات المحلية من استعراض برامج وسياسات المانحين.

كندا: العمل على تصدير الأدوية الجنيسة في مايو/ أيار 2004 مررت كندا تشريعاً جديداً يسمح بإصدار التراخيص الإلزامية للمصنعين الكنديين للأدوية المحمية ببراءة اختراع بهدف التصدير لبعض الدول ذات الدخل المنخفض. المنتجات المذكورة في المرسوم مأخوذة عن قائمة الأدوية الأساسية التي اعتمدها منظمة الصحة العالمية وتشمل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية المستخدمة لعلاج فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز. [84]

83. Ibid, 24.

84. www.parl.gc.ca.

منظمة العمل للمساعدة: نظام المساءلة، والتعلم والتخطيط في عام 2000 أطلقت منظمة العمل للمساعدة، وهي منظمة دولية غير حكومية نظاماً للمساءلة، والتعلم والتخطيط. إحدى الغايات التي رمت إليها كانت إعطاء الفقراء صوتاً أقوى في عمليات الرصد وصنع القرار في المنظمة. وقد تضمنت العناصر الجديدة المبتكرة في هذا النظام إدخال برامج سنوية للمراجعة والتفكير والتدبر قائمة على المشاركة على المستوى المحلي، ومستوى الدولة والمستوى العالمي لإشراك أصحاب المصلحة - خاصة الفقراء، ومعهم أيضاً الشركاء والمانحين والأثرب - في تحليل إفاق البرنامج، والخطط والمبادرات. اشتملت التغيرات الأخرى على وضع حوافز مؤسسية جديدة لدعم نظام المساءلة، والتعلم والتخطيط وتطوير طرق لإطلاع الشركاء الذين لا يملكون خبرة مالية كافية - وكانوا في العديد من الحالات من الأميين - على البيانات المالية الرئيسية. ما يزال التوتر قائماً بين العناصر والعوامل التي تدفع بالمساءلة صعوداً نحو المساءلة تجاه الجهات المانحة والمدراء ونزولاً نحو المساءلة تجاه الفقراء والمقصين. مع ذلك تبقى الفرق العاملة في الدول ملتزمة بقوة تجاه نظام المساءلة، والتعلم والتخطيط، كما عملت برامج المراجعة والتفكير والتدبر القائمة على المشاركة كمحفز لعمليات التغيير المترابطة عبر المنظمة. [85]

توجيه العملية التي لا مفر منها لاختيار الدول التي يجب دعمها. ● قد ينشأ قدر كبير من التداخل والتناقض عندما تقدم عدة جهات مانحة مختلفة النصيحة والدعم إلى دولة ما. قد يضع هذا الأمر على كاهل الحكومة قدراً كبيراً من متطلبات التقييم وإعداد التقارير، مستهلكاً الموارد البشرية والمالية

الشحيحة ومقوضاً على نحو خطير لمبدأ الملكية الوطنية. إن الجهات المانحة على دراية بمشكلة التنسيق والترابط بين البرامج التنموية المختلفة وبعضها يحاول تحسين الأمور من خلال مواءمة سياساته ونشاطاته والوقوف خلف استراتيجيات الدولة المتلقية ودعمها.

### فيتنام: التقدم في ضمان الملكية الوطنية لاستراتيجية الحد من الفقر

تعمل حكومة فيتنام بجد في مسعى منها للمواءمة بين مختلف أصحاب المصلحة الكثر والمعنيين باستراتيجيتها الوطنية للحد من الفقر التي تحمل شعار الاستراتيجية الشاملة للحد من الفقر وتحقيق النمو على مدى عشر سنوات. لا تقتصر مبادرة المواءمة فقط على الوزارات الحكومية ذات الصلة بل تمتد إلى الجهات المانحة الثنائية والمتعددة الأطراف التي تقدم الدعم للاستراتيجية. وفقاً للمبدأ الذي يقول بأنه يجب على الحكومة أن تقود المواءمة، سعت وزارة التخطيط والاستثمار إلى الوصول إلى فهم مشترك مع الشركاء في عملية التنمية حول الإطار الذي يمكن ضمنه للحكومة والجهات المانحة التعاون وتنسيق النشاطات، والجوانب المالية، والرصد، والتقييم. يقوم المانحون الأوروبيون الآن بتنسيق الكثير من حوارهم مع الحكومة من خلال "جماعة المانحين المتقاربي التفكير" ويخططون للدعم الذي سيقدمونه من خلال ورشات عمل قطاعية تشرف عليها وتديرها الحكومة. لكن تبقى هناك حاجة إلى المزيد من العمل على صعيد تحقيق التنسيق والانسجام بين سياسات المانحين ومتطلباتهم للرصد، خاصة لتقليص عبء إعداد التقارير. علاوة على ذلك، ومع وجود أكثر من 50 جهة مانحة نشطة في هذه الدولة، العديد منها لم ينضم

بعد إلى جماعة المانحين متقاربي التفكير، وأكثر من 90% منها يقدم الدعم للقطاع الصحي، فهناك حاجة إلى بذل المزيد من جهود المواءمة والتنسيق. إن الحكومة غدت قادرة وبشكل مضطرب على مساءلة الجهات المانحة عن التعهدات التي لم يتم الوفاء بها أو عن انحرافها عن خط الاستراتيجية الشاملة للحد من الفقر وتحقيق النمو، ولكن هناك حاجة إلى مزيد من الالتزام من جانب الجهات المانحة لضمان الشفافية وتبادل المعلومات مع الحكومة ومع بعضها البعض حول المؤشرات على تدفقات المعونة. [86]

85. David R, Mancini A. *Going against the flow: the struggle to make organizational systems part of the solution rather than part of the problem*. Brighton, Institute of Development Studies, 2004 (Lessons for Change in Policy and Organizations N°8), [www.livelihoods.org](http://www.livelihoods.org).

86. [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

## القسم 4

# التنفيذ: الشفافية والمساءلة من خلال الرصد والتقييم

إن المرحلة الأخيرة في إتمام أي من المكونات القطاعية في استراتيجية الحد من الفقر هي في تبيان كيف سيتم تنفيذ الاستراتيجية وكيف سيتم رصد وتقييم التقدم.

يقودها المجتمع المدني. القسم الثاني يستعرض مبادرات الميزانية. يتم بعدها البحث في متطلبات توليد المعلومات الوطنية الإحصائية حول الحق في الصحة. تستعرض الفقرات التالية المؤشرات، والمرامي والأهداف التي يمكن على أساسها قياس التقدم. أخيراً يتم مناقشة آليات مختلفة للإنصاف بما فيها النظام القضائي والتقارير الدولية حول حقوق الإنسان.

### الرصد المرتكز على المجتمع المحلي والمجتمع المدني

إن ممارسات الرصد المرتكز على المجتمع تبدأ عادة من خلال منظمات المجتمع المدني وعلى الدوام كانت تهدف إلى تمكين الأفراد المقصين والمهمشين بالإضافة إلى تقديم بيانات حول تنفيذ السياسة. وعادة ما تستخدم هذه المنظمات الطرق القائمة على المشاركة (انظر القسم 2: "المشاركة") لتمكين المجتمعات المحلية من تقييم أداء الخدمة قياساً على الالتزامات السياسية. إن انخراط المجتمع المدني في الرصد يعزز من المساءلة

الرصد والتقييم هما عنصران رئيسيان للمساءلة. إن جمع وتوزيع البيانات حول تنفيذ السياسة يزيد من مسؤولية الحكومات ويمكن من تقييم ما إذا كانت الالتزامات باحترام وحماية والوفاء بحقوق الإنسان يتم تحقيقها. يحسن الرصد من فعالية الإنفاق وصنع السياسات، خاصة في مجال إيصال الخدمات العامة. إنه يمكن من عمل التعديلات، إذا ما دعت الضرورة، في اعتمادات الميزانية أو في السياسات والممارسات الإدارية. ويمكن أن يساعد في بناء الإرادة السياسية للتغيير من خلال إظهار التزام الحكومة بتنفيذ السياسات المناصرة للفقراء، والتعريف والاطلاع على المواقع التي نجح فيها الإصلاح وإبراز عواقب عدم المساواة في الأطر السياسية القائمة. يجب أن يجرى الرصد ويستمر طوال مراحل تطبيق الاستراتيجية. إنه يتطلب التخطيط الحذر في بداية عملية استراتيجية الحد من الفقر من أجل تحقيق غايتها بفعالية.

القسم الأول من هذا القسم ينظر في مبادرات الرصد المرتكزة على المجتمع المحلي وتلك التي

الاجتماعية، ويزيد من عمق ومجال الإبلاغ ويساعد في بناء الاستجابة لأي إيصال غير فعال أو غير كفء للسبل والخدمات.

إن الرصد المرتكز على المجتمع المحلي والمجتمع المدني يمكن أن يكون مكملاً لا يقدر بقيمة لأنظمة الرصد الوطنية، خاصة بالنظر إلى الصعوبات التي تواجهها العديد من الدول النامية في بناء آليات فعالة شاملة لجمع البيانات الإحصائية. في بعض الدول مثل جنوب أفريقيا وأوغندا تم دمج عمليات الرصد التي يقوم بها المجتمع المدني مع الرصد الذي تطلقه الحكومة. وكما أشرنا في القسم الثالث، يمكن أن يكون هذا التلاقي بمثابة مقارنة بناءة إذا ما وجدت ثقة متبادلة وكان هناك فصل كافي ما بين المصالح السياسية والمالية للحكومة ومنظمات المجتمع المدني. في حين أن وجود درجة معينة من التعاون يعتبر بشكل عام ذا منفعة متبادلة، ففي بعض السياقات والظروف قد ترتئي منظمات المجتمع المدني على إقامة أنظمة رصد موازية من أجل الحفاظ على استقلاليتها.

وسواء تم دمج مبادرات الرصد الحكومية وتلك التي يقودها المجتمع المدني أم لا، فإن على الحكومات واجب تشجيع وتعزيز مناخ يمكن للمجتمع المدني أن يعمل فيه. إن هذا الأمر يتطلب تعزيز حقوق الحصول على المعلومات فضلاً عن حقوق المشاركة وتكوين الجمعيات. في بوليفيا مثلاً مرتت الحكومة قانون عام 2000 للحوار الوطني الذي نتج عنه وضع آلية الرقابة الوطنية الاجتماعية في بوليفيا. يضفي هذا القانون الشرعية على مشاركة المجتمع المدني في العمليات السياسية. إن أحد الأغراض الرئيسية لآلية الرقابة الوطنية الاجتماعية هو رصد أثر الاستراتيجية البوليفية للحد من الفقر واستخدام الموارد المالية، بما فيها تلك المتحصلة

من إلغاء جزء من دين بوليفيا الخارجي بموجب مبادرة الدول الفقيرة المثقلة بالديون.

إن أحد الطرق السليمة لتسهيل انخراط المجتمع المحلي والمجتمع المدني في عملية الرصد هو في ضمان التبيان الكافي لمكونات استراتيجية الحد من الفقر. والتعريف بما تنوي الحكومة عمله وتأمل إنجازه خطوة كثيراً ما يتم إغفالها. هناك حاجة إلى نشر وتوزيع المعلومات المتعلقة باستراتيجية الحد من الفقر في شكل مفهوم وموضح لعامة الناس، لاسيما منهم أولئك الذين يشكلون القطاعات الأكثر فقراً في المجتمع والذين تم تصميم هذه الاستراتيجية لأجلهم.

وفي حال تم وضع ميثاق لحقوق المرضى أو اعتماد تشريع وطني (انظر القسم 3: "تطوير المحتوى وخطة التنفيذ")، يجب التعريف بهذا الأمر على نطاق واسع. في أوغندا على سبيل المثال، تم الاطلاع والتعريف بحقوق المرضى من خلال الملصقات الجدارية المنتشرة في المرافق الصحية المحلية. [87] إن تعريف المعايير والتعريف بها يسهل الرصد أيضاً عبر تحديد خط أساس متفق عليه بحيث يمكن تقييم عملية إيصال الخدمة قياساً عليه. يمكن للطرق القائمة على المشاركة أن تساعد في تحديد المؤشرات الملائمة للسياق المحلي والتي يمكن استخدامها لاحقاً لقياس التقدم فيما يتعلق بالمعايير المتفق عليها وطنياً.

### المبادرات الخاصة بالميزانية

يركز عدد متزايد من مبادرات المجتمع المدني لرصد تنفيذ استراتيجية الحد من الفقر على الميزانية. يعطي تحليل تدفقات الموارد والنفقات بيّنة ملموسة على المدى الذي تعمل فيه الحكومة وفقاً لالتزاماتها السياسية. كما يشمل تحليل

الجمهورية المتحدة لتزانيا: دليل لاستراتيجية الحد من الفقر بلغة سهلة واضحة

أنتجت منظمة المجتمع المدني في تزانيا المعروفة باسم هاكيكازي كاتاليسست نسخة خاصة بالشعب لورقة استراتيجية الحد من الفقر الوطنية باللغتين الإنكليزية والسواحلية. باستخدام لغة سهلة ورسوم توضيحية، يجيب الدليل على أسئلة رئيسية من قبيل كيف تم تعريف الفقر في أنحاء الدولة وما هي عناصر الخطة العامة. فهو يحدد الأهداف والنشاطات والمؤشرات، ويشرح كيف سيتم تغطية تكاليفها. ويصف أيضاً كيف تطورت عملية إعداد الاستراتيجية وما الذي يمكن أن يتغير في المرة القادمة. هذا الدليل متوفر على الإنترنت على الموقع الإلكتروني: [www.hakikazi.org/eng](http://www.hakikazi.org/eng)

**الهند: بطاقات تسجيل مواطني بنجالور**  
في عام 1994 أطلقت مجموعة من مواطني مدينة بنجالور مبادرة لإعداد بطاقات للإبلاغ للمواطنين بغية تقييم جودة الخدمات العمومية في المدينة من منظور المستخدمين/ المتلقين للخدمة. تم إجراء مسوحات على مستخدمي مختلف الخدمات بما فيها مرافق الرعاية الصحية وتم تحليل آرائهم حول جودة، وكفاية وفعالية الخدمات المقدمة، فضلاً عن موقف وأسلوب الموظفين. تابعت وسائل الإعلام النتائج بعناية وأعقب ذلك مناقشات عامة علنية ودعوات للتغيير. أظهرت المسوحات التالية وبطاقات الإبلاغ اللاحقة حصول تحسينات جذرية في خدمات المدينة وانخفاض عام في المشاكل والفساد حيث استجاب مقدمو الخدمات للمد الشعبي والإعلامي والدعوات للتحسين. [92]

لقد كانت مبادرات الميزانية ناجحة بشكل خاص كطريقة لتقييم المدى الذي يسهم فيه استخدام الحكومة للموارد في تعزيز المساواة. في جنوب أفريقيا، كانت مبادرة ميزانية النساء ثمرة للتعاون بين المجتمع المدني والحكومة بهدف استعمال تحليل الميزانية والسياسة لاستعراض عملية تخصيص الموارد وفق قضايا الجندر، وأثر السياسات على المساواة بين الجنسين وحقوق النساء. بعض مبادرات الميزانية مثل التحليل الذي أجرته منظمة فوندار للنفقات الصحية في المكسيك قد استخدم صراحة إطار حقوق الإنسان كقاعدة لتقييم توزيع اعتمادات الميزانية. تضمنت المنهجية التي اتبعت إجراء تقييم لمخصصات الميزانية الصحية والتغيرات الحاصلة في الإنفاق مع الزمن في مقابل الالتزامات الدولية، والإقليمية والمحلية لإحقاق الحق في الصحة. [90] هنالك طرق مماثلة تم تطويرها لتحليل الإنفاق العام، والعائدات، وسياسات الاقتصاد الكلي وعمليات صنع القرار في الميزانية فيما يتعلق بواجبات الدولة في ضمان المساواة بين الجنسين بمقتضى اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. [91]

إن شفافية المعلومات هي أمر محوري بالنسبة لمبادرات الميزانية. تحجم بعض الحكومات عن التصريح بعمليات ميزانيتها لتفحصها والتدقيق عليها من العامة. لكن المزيد من الشفافية يمكن أن يضفي الشرعية على عملية الميزانية عن طريق السماح بالوصول إلى المعلومات التي استندت عليها القرارات وتوضيح الأساس المنطقي لتوزيع الموارد وتخصيصها، كما ويمكنه أن يساعد في الحد من نطاق الفساد الذي يحدث عبر سوء توزيع النفقات أو تحويل الموارد إلى وجهات خاصة. يصدر صندوق النقد الدولي مقارنات بين الدول

الميزانية عموماً على إجراء استعراض للسياسات ومدى تنفيذها، مما يجعل هذه المقاربة مفيدة لهيكلية تقييم شامل لاستراتيجية الحد من الفقر. تتنوع مبادرات الميزانية عبر عدة محاور منها:

- الصعيد الذي ستنفذ فيه المبادرة - المركزي، أو القطاعي أو المحلي؛
- المجال الذي ستغطيه المبادرة - قضايا الاقتصاد الكلي، النفقات والإيرادات؛
- الدور الذي تلعبه الحكومة في المبادرة؛
- إشراك أنواع مختلفة من المنظمات - والدخول في عضوية المنظمات، والحركات الاجتماعية، والمنظمات غير الحكومية أو المنظمات البحثية.

[89]

#### مالاوي: بطاقات درجات الأداء المخصصة للمجتمع المحلي

في مالاوي تم إدخال نظام بطاقات درجات الأداء المخصصة للمجتمع المحلي في بعض مناطق الدولة بشكل تجريبي. يتم إعطاء الدرجات المناسبة التي تستحقها الخدمات من قبل متلقي الخدمة ثم تجمع النتائج وتقدم لطاقت المركز الصحي من قبل اللجنة الصحية في القرية. تُنتخب اللجنة في اجتماع تشاوري للقرية وهي الجسر بين الطاقم الصحي والمجتمع المحلي. يتم تحليل جميع أوجه الرعاية الصحية ابتداءً من كيفية استماع الموظفين للمرضى إلى كيف يقومون برعاية الأطفال الذين يعانون من نقص التغذية. ويدورهم يقوم الموظفون أيضاً بتقييم أدائهم الشخصي. تستخدم جميع الإفادات الراجعة لتحسين سير العمل مع ضمان الاستجابة للاحتياجات المحلية. تشير التقارير إلى أنه حيثما تم إدخال نظام بطاقات درجات الأداء تحسنت الخدمات وارتفعت ثقة المجتمع المحلي. [88]

88. Baez C et al. *Community voice and role in district health systems in East and Southern Africa: a literature review*. Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET), 2006 (EQUINET Discussion Paper N°39), <http://equinetafrica.org/>.

89. Ibid, 33.

90. *Dignity counts: a guide to using budget analysis to advance human rights*. Fundar, International Human Rights Internship Program and International Budget Project, 2004, [www.ihp.org/](http://www.ihp.org/).

91. Ibid, 14.

92. <http://paf.mahiti.info>.

كينيا: نظام المعلومات الصحية في مستوصف إمتاء الشخصية الرئيسية في تطوير نظام المعلومات للإدارة الصحية في إمتاء الكينية كانت شخصاً متطوعاً وعضواً في لجنة المستوصف الصحية واسمه زيبو تشيزي مويرو وقد بدأ بتجميع البيانات لمستوصف إمتاء وكتابة ملخصاً عنها على السبورة وفي مخططات. كانت المعلومات تؤخذ من السجلات التي تقوم الممرضة المسؤولة باستكمالها. وقد دون زيبو ملاحظات عن عدد المرضى الذين تم علاجهم من الملاريا، والمشاكل التنفسية والبلهارسيا، إضافة إلى أرقام عن رصد النمو عند الأطفال والتمنيع. وضعت لجنة المستوصف الصحية في إمتاء أهدافاً بالنسبة لجميع النشاطات الرئيسية في المستوصف وكانت السبورة توضح ما إذا كان المستوصف قد حقق أي من هذه الأهداف كل شهر. المعلومات كانت تُستخدم من قبل لجنة المستوصف الصحية وبوسع الأشخاص الذين يرتادون العيادة أن يروا ما فعله لجنة المستوصف الصحية حيال المشاكل الصحية. [93]

#### الهند: جلسات الاستماع العلنية

بدأت في الأصل من قبل منظمة محلية للعمال الفقراء والمزارعين في ولاية راجستان الهندية، جلسات الاستماع العلنية أصبحت الآن من الوسائل الراحة التي تتيح للمواطنين التديق في السجلات العامة ومساءلة المسؤولين المحليين حيال أي سوء تصرف في المال العام أو إهمال في إدارة البرامج. إن جلسات الاستماع مدعومة حالياً من الحكومة الوطنية وقد انتشرت إلى المناطق الحضرية بما فيها العاصمة نيو دلهي. بعضها يركز بشكل خاص على الحق في الرعاية الصحية.

حول شفافية الميزانية ويمكن لهذه التقارير أيضاً أن تقدم أساساً لبناء الدعم لمطلب زيادة الوصول إلى المعلومات المتعلقة بتدفقات الميزانية والنفقات. [94]

أقر عدد من الدول بما فيها أوغندا والهند تشريعاً يحدد حقوق المواطنين في الوصول إلى المعلومات الحكومية. لكن حتى عندما يتواجد مثل هذا التشريع من الضروري ضمان أن يتم تدريب المسؤولين المحليين وتزويدهم بالتوجيه العملي حول الشفافية ونشر المعلومات. على الدوام كانت الحواجز والعقبات الموجودة على المستوى المحلي هي التي تحول دون وصول المجتمع المدني للمعلومات. [95] لقد بينا في القسم 3: "معالجة القيود المؤسسية والفجوات في القدرة" مقترحات للقيام باستعراض للمعلومات التي يحتاجها أصحاب الحقوق وحملة الواجب. وأحد العوامل الرئيسية في نجاح مبادرات الميزانية هو عملية غالباً ما تكون مطوّلة لبناء قدرة أولئك المعنيين. قد يشمل هذا المسؤولين والممثلين المنتخبين بالإضافة إلى الباحثين والفقراء والمقصّين أنفسهم. إن العديد من الأشخاص العاملين في الوزارات الحكومية ليسوا

على دراية بالجوانب التقنية للميزانية وتتيح هذه المبادرات فرصة جيدة لهم لبناء قدرتهم على الانخراط في المسائل المتصلة بالميزانية.

**الرصد على الصعيد الوطني وجمع الإحصائيات**  
عادة ما تضع الحكومات التي تعكف على تطوير استراتيجية وطنية للحد من الفقر آلية لرصد التنفيذ مثل النظام الوطني المتكامل للرصد والتقييم في أوغندا. في بعض الحالات كما أشرنا سابقاً، يتم دمج نظام الرصد الوطني مع مبادرات الرصد التي يباشرها المجتمع المدني. قد تصدر الكثير من المنظمات بيانات وتقارير سرديّة أو مستندة إلى المسوحات متصلة برصد استراتيجية الحد من الفقر، ومنها:

- اللجان الصحية المحلية والمقاطعية؛
- اللجان البرلمانية؛
- الدوائر الحكومية شبه المستقلة؛
- أمناء المظالم، اللجان الوطنية لحقوق الإنسان أو المقررين الخاصين؛
- منظمات المجتمع المدني؛
- المنظمات غير الحكومية الدولية؛
- المنظمات الدولية؛
- الهيئات المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان والتابعة للأمم المتحدة، وهيئات حقوق الإنسان الإقليمية والمقررين الخاصين التابعين للأمم المتحدة.

وأحد مصادر البيانات الأساسية للرصد الوطني هي الإحصائيات الكمية الاجتماعية-الاقتصادية الرسمية. إن البيانات الكمية ضرورية نظراً لأنها تمكّن الحكومات من وضع تقارير،

**الفيليبين: التدقيق المجتمعي على الحسابات**  
 قدمت اللجنة الفيليبينية للتدقيق على الحسابات مخططاً لإشراك المجتمع المدني في عملية التدقيق. لا يركز نظام التدقيق المسمى "القيمة مقابل المال" على الشفافية والمساءلة عن الأموال والنفقات العامة فقط بل يقدم أيضاً حكماً من قبل المجتمع حول ما إذا كان هذا المال ما لا تم إنفاقه بشكل جيد، لاسيّما لصالح المجموعات المقصية في المجتمع بمن فيهم النساء. يتم إقامة روابط مع وسائل الإعلام لإطلاع الجمهور على نتائج المخطط الذي يجري توسيعه ليشمل العديد من المجتمعات والأقاليم الأخرى. [98]

الطابع الريفي وتملك القليل من البنية التحتية أو نظم الاتصالات الداخلية على الصعيد الوطني يمكن لهذه المهمة أن تثير مشاكل هائلة. فإذا ما وجدت مثل هذه المشاكل التقنية، يتوجب على المانحين والحكومات الإقرار بأهمية النظام الإحصائي الفاعل والاستثمار في بناء المهارات والقدرات الإحصائية الوطنية. إن الوظائف الرئيسية للنظام الإحصائي هي:

- جمع البيانات من مصادر متنوعة؛
- معالجة وتحليل المعلومات لتبسيط الضوء على الاختلافات والاتجاهات؛
- تنسيق البيانات الآتية من قطاعات مختلفة ومقاطعها وإضافة الإحالات المزدوجة إليها؛
- نشر النتائج للمستخدمين في نماذج مناسبة؛
- إعطاء نتائج قابلة للقياس وذات جودة يمكن التعويل عليها، مع الزمن.

إن نمط المعلومات المطلوبة لتحليل الصحة والفرق سوف يتراوح من الإحصائيات الواسعة التي تغطي الصعيد الوطني نزولاً إلى التفاصيل الكيفية المركزة المجمعّة من الأسر أو على مستوى المجتمع المحلي. يمكن الحصول على المعلومات والبيانات الإحصائية من مصادر متنوعة قد تكون موجودة أصلاً، وغيرها مما يتطلب إيجاداً واستنباط المعلومات منه. إن اختيار المصدر الذي سوف يستخدم يعتمد إلى حد كبير على نمط المعلومات ودرجة الجودة المطلوبة فيها.

- **التعداد الوطني للسكان هو الصورة الإحصائية الأكثر اكتمالاً للدولة، ولكنه مكلف ويستغرق وقتاً وبالتالي عادة ما يجري فقط كل عقد من الزمن.**

### جنوب أفريقيا: وحدة ميزانية الأطفال

بعد انتهاء الفصل العنصري، أخذت الحكومة الجديدة في جنوب أفريقيا على عاتقها التزاماً بمعالجة الاحتياجات الماسة لأطفال الأمة، الذين يزرع أكثر من 10 ملايين منهم تحت وطأة الفقر. استهلّت الحكومة تحركها بمصادقتها على اتفاقية حقوق الطفل ورسخت وحمّت حقوق الإنسان في دستورها الجديد. أنشأت منظمة إيداسا، وهي منظمة غير حكومية وطنية، وحدة ميزانية الأطفال في عام 1995 لرصد المدى الذي تعكس فيه التزامات الحكومة بحقوق الإنسان على ميزانيتها. تركز وحدة ميزانية الأطفال على مبدأ الإحقوق التدريجي للحقوق وما إذا كان ذلك يحدث لأفقر الفقراء باستخدام أقصى الموارد المتوفرة. وهي تنشر نتائج تحليلها على نطاق واسع للجمهور وللبرلمان وفعلت الكثير لمناصرة الاحتياجات الخاصة للأطفال الذين يتّمهم الإيدز وغدوا يفتقدون إلى الدعم الوالدي أو القانوني أو المالي. [97]

بشكل منهجي، حول أفعالها لمعالجة الفقر وإحقوق حقوق الإنسان. وهي أيضاً مفيدة لمبادرات المجتمع المدني التي تهدف إلى مساءلة الحكومات عن التزاماتها.

يتم تجميع الإحصائيات الرسمية من قبل المعاهد الوطنية والمنظمات الدولية المكلفة من قبل الدولة بذلك. إن المنظمات التي تجمع الإحصائيات الرسمية يتوقع منها أن تكون نزيهة ومحيدة وموضوعية. في العديد من الدول النامية، تكون قدراتها محدودة إلى حد كبير. إن إنشاء وإدارة نظام إحصائي وطني يستغرق وقتاً ويتطلب مواردًا ويمثل تحدياً هاماً لأي دولة، وفي الدول الكبيرة المساحة المبعثرة السكان والتي يغلب عليها

93. Ibid, 88.

94. Robinson M. *Budget analysis and policy advocacy: the role of non-governmental public action*. Brighton, Institute of Development Studies, 2006 (IDS Working Paper N°279), www.ndt.co.uk.

95. Wood A. *Beyond data. A panorama of CSO experiences with PRSP and HIPC monitoring*. The Hague Cordaid, 2005, www.cordaid.nl.

96. www.sasanet.org.

97. www.idasa.org.za.

98. The Philippines: enhancing public transparency and accountability through civil society participation in monitoring government services (Case Study). In: *Responsiveness and accountability for poverty reduction*. Bergen Seminar Series, 2002/2003, www.undp.org/oslocentre/.



من منظور حقوق الإنسان، من الهام أن يتم تصنيف البيانات قدر الإمكان. يجب، بشكل مثالي، أن يتم تصنيف البيانات تبعاً للأسس المحظورة للتمييز كالجنس، والعمر، والإعاقة، والإثنية، والدين، واللغة، والحالة الاجتماعية، والاقتصادية، والإقليمية والسياسية للناس. لكن تصنيف البيانات حتى المستوى المرغوب فيه قد لا يكون ممكناً على الدوام. إن التصنيف تبعاً للجنس، أو العمر، أو المناطق أو الوحدات الإدارية، على سبيل المثال قد يكون أقل صعوبة من التصنيف على أساس الإثنية. فتعريف الناس على أساس الإثنية قد يتطلب معايير ذاتية كالتعريف الذاتي (أي تعريف المرء عن حاله بانتمائه إلى مجموعة إثنية معينة) بالإضافة إلى معايير موضوعية كاللغة. إن محاولات إنتاج بيانات مصنفة قد يثير أحياناً حساسيات اجتماعية وسياسية حيث مثلاً تخشى الأقليات من الإيذاء نتيجة استيفائهم لأحد معايير التصنيف. يجب أن يحترم جمع البيانات هذه الحساسيات فضلاً عن قضايا الخصوصية والسرية.

في بعض الدول تمنع القيود القانونية جمع البيانات على أسس إثنية لأجل تعزيز التلاحم الاجتماعي. في حين أن مثل هذه القيود قد تكون مستمدة من مخاوف حقيقية، فإن الحجج حول التوترات المحتملة قد استخدمت أيضاً كذريعة من قبل الحكومات لمنع نشر المعلومات التي قد تكون محرجة سياسياً. في مثل هذه الحالات، قد يتوجب على منظمات المجتمع المدني، والجهات المانحة وغيرها من أصحاب المصلحة المهتمين بهذا الشأن، تطوير استراتيجيات قادرة على التدليل على قيمة المعلومات الإحصائية والتأثير على سلوك الحكومة وإزالة القيود المفروضة.

- **مسوحات العينة** يمكن إجراؤها بفواصل زمنية أكثر تقارباً وبمقدورها إعطاء صورة تقريبية للحالة السائدة على الصعيد الوطني.
- **المسوحات المركزة** والتي تنظر إلى مجموعة ضعيفة معينة مثل مجتمعات السكان الأصليين أو المشردين داخلياً، ويمكن لهذه المسوحات أن تساعد في تحديد المشاكل الخاصة التي تواجهها تلك المجموعات، سيما لدى المقارنة مع المعدلات الوطنية.
- **الأنظمة الإدارية العادية** مثل سجلات المركز الصحي أو سجلات المدارس أو معلومات السلطات المحلية وهذه يمكنها أن تقدم وفرة من البيانات التفصيلية، ولكنها قطعاً لن تشمل أولئك الذين لا يستخدمون هذه الخدمات مثل أولئك الذين يرزحون تحت وطأة الفقر المدقع أو بعض المجتمعات المحلية المحددة.

99. Diaz D, Hofbauer H. *The public budget and maternal mortality in Mexico: an overview of the experience*. Washington, DC, International Budget and Policy Priorities, 2004, [www.internationalbudget.org](http://www.internationalbudget.org).



**المكسيك: الميزانية العامة وفيات الأمهات**  
 خلال عام 2002، قِيمَت فوندار وهي منظمة غير حكومية بحثية تعمل على قضايا الميزانية في المكسيك، المدى الذي يتم فيه تخصيص الموارد العامة للحد من معدل وفيات الأمهات. وجد التحليل الأولي أن الخدمات الصحية الأساسية كانت غير كافية للتصدي لتحدي تخفيض وفيات الأمهات ضمن الفقراء. والخدمات المقدمة إلى المجتمعات المحلية المهمشة اعتمدت على العيادات المتنقلة ولم تستطع تقديم التغطية والجودة المطلوبة لضمان استمرار الرعاية الطبية والنقل المرتفع المردود والممكن التطبيق للنساء وفي الوقت المناسب إلى المستوى الثاني من العناية الطبية والوصول الحقيقي للخدمات الإسعافية وتوافر عمليات نقل الدم. إن أوجه القصور البنيوية هذه كانت نتاجاً لتناقص الأموال. في إطار برنامج تمديد التغطية، كان أحد الأهداف الصريحة تقديم 'التغطية الشاملة للجميع' للخدمات الصحية الأساسية. وبالنتيجة أعطيت الأولوية لعدد الأشخاص الذين تم الوصول إليهم عوضاً عن التركيز على الوصول الحقيقي للخدمات الصحية. عنى هذا أنه في كل عام كانت مخصصات الميزانية لكل نسمة تخفض، لتتناقص من 4.6 دولار أمريكي إلى 3.8 دولار أمريكي لكل شخص بين العامين 1998 و2001. فالولايات التي امتلكت أعلى نسبة من الفقراء حصلت على أقل المخصصات لكل نسمة. [99]

### المؤشرات

إن البيانات التي يتم جمعها من خلال النظام الإحصائي الوطني تستخدم لإنتاج مؤشرات عن الاتجاهات الاجتماعية-الاقتصادية المختلفة. المؤشرات هي أدوات يمكن بواسطتها قياس مجال واسع من العوامل في أي لحظة معينة. فهي تقدم صورة في بداية تنفيذ الاستراتيجية وعند المقارنة مع النتائج اللاحقة، يمكنها أن تظهر الاتجاهات والتغيرات الحاصلة وتسلط الضوء على الاختلافات الناشئة أو الانتكاسات التي حدثت. في القطاع الصحي تشتمل المؤشرات على الدوام على معدل الوفيات والمرض، وعدد الأطباء المتوافرين في الدولة ونسب تغطية التمتع. إن توافر بيانات يمكن التعويل عليها هي مسألة رئيسية في اختيار المؤشرات. تعرف المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان مؤشرات حقوق الإنسان على أنها معلومات محددة حول حالة أو حدث، أو نشاط أو حصيلة ما، يمكن أن ترتبط بقواعد، ومعايير ومبادئ حقوق الإنسان. في العديد من الحالات، يمكن لمؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية أو غيرها من المؤشرات الوطنية الموجودة أن ترتبط بقواعد ومعايير حقوق الإنسان. على سبيل المثال معدلات وفيات الأمهات والرضع يمكن فهمها كحصائل محورية لإحقاق الحق في الصحة. والمؤشرات المختارة لقياس مدى تنفيذ الاستراتيجية الصحية يجب أن تغطي الأبعاد المختلفة للحق في الصحة التي حددها التعليق العام 14، بما فيها الصحة الإنجابية، وفيات الأطفال والرعاية الصحية للأطفال؛ والصرف الصحي والمياه الصالحة للشرب؛ والبيئة الطبيعية والمهنية، والوقاية من، ومعالجة، ومكافحة الأمراض؛ وإمكانية الوصول إلى المرافق الصحية والأدوية الأساسية.

إن المؤشرات المحددة المختارة في أي دولة يجب أن تعكس، وأن يتم تكييفها تبعاً لأهداف والتزامات السياسة. فإذا ما وُجد ميثاق لحقوق المرضى، أو اعتمد تشريع وطني فإن المؤشرات يجب أن ترتبط بتنفيذ المعايير المتفق عليها لتقديم الخدمة، وبهذا تعكس الالتزامات القانونية والسياسية وتنفيذ السياسة فضلاً عن الحصائل الصحية. المؤشرات المقترحة تشمل على:

- فترة تطبيق ومدى تغطية القوانين المحلية ذات الصلة بتنفيذ الحق في الصحة؛
- صافي المساعدة الإنمائية الرسمية للقطاع الصحي المستلمة/المقدمة كنسبة من إجمالي الإنفاق العام أو الدخل القومي الإجمالي؛
- نسبة السكان الذين تتم تغطيتهم ببرامج للتوعية حول نقل الأمراض، مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز؛
- وقوع الوفيات/الأمراض التي تسببها البيئة الطبيعية والمهنية غير الآمنة.

إن مؤشرات قياس مدى التقيد بمعايير ومبادئ حقوق الإنسان بما فيها عدم التمييز، والمشاركة، والمساءلة والشفافية، يجب أيضاً أن يتم تحديدها. على سبيل المثال:

### عدم التمييز

- وجود قوانين تحظر العنف ضد النساء والممارسات الشعبية التقليدية الضارة؛
- وجود قوانين تسمح للمهاجرين بالوصول إلى الخدمات الصحية الشاملة؛
- النسبة المخصصة من الميزانية الصحية للرعاية الصحية الأمومية؛

## المؤشرات البنيوية، ومؤشرات العملية والحصائل: مقارنة المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان للمؤشرات المستخدمة في مجال تعزيز ورصد تنفيذ حقوق الإنسان

طورت المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان إطاراً منهجياً ومفهوماً لاستخدام مؤشرات كمية وكيفية لتعزيز ورصد تنفيذ حقوق الإنسان. يبرز الإطار مقارنة كيفية ترجمة معايير حقوق الإنسان العالمية إلى مؤشرات تشغيلية وملامحة للسياق، على مستوى الدولة بشكل منهجي.

بشكل أكثر تحديداً الإطار الذي يتبنى مقارنة مشتركة للحقوق المدنية والسياسية والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، يحول السرد الذي يتكلم عن المحتوى الناظم المعياري لحق من حقوق الإنسان، كما ورد في صكوك حقوق الإنسان الأساسية العالمية إلى بضعة خصائص مميزة، وتشكيلة من المؤشرات البنيوية، ومؤشرات العملية والحصائل. بالنسبة لحق من حقوق الإنسان تضع المؤشرات المعرفة في الصدارة تقييماً للخطوات المتخذة من قبل الدولة للتصدي لالتزاماتها - ابتداءً من قبول معايير حقوق الإنسان الدولية (المؤشرات البنيوية) إلى الجهود التي يبذلها حامل لواء الواجب الرئيسي ألا وهو الدولة لتحقيق الواجبات التي تتمخض عنها المعايير (مؤشرات العملية)،

وإلى نتائج تلك الجهود من منظور أصحاب الحقوق (مؤشرات الحصائل).

إن تقييم التزامات الدولة والجهود التي تبذلها والنتائج التي تسفر عنها هذه الجهود في الوفاء بواجباتها تجاه حقوق الإنسان هو حجر الزاوية لهذه المقارنة.

يركز الإطار على فئتين من المؤشرات وآليات جمع البيانات: (أ) المؤشرات التي تجمع أو يمكن جمعها من قبل الأنظمة الإحصائية الوطنية باستخدام المسوحات الإحصائية والسجلات الإدارية والتي تكون متوافرة في معظم الحالات؛ و(ب) المؤشرات أو المعلومات المقيسة التي تجمعها في العادة مصادر غير حكومية ومنظمات لحقوق الإنسان تركز في عملها على الانتهاكات المزعومة التي يبلغ عنها الضحايا، أو الشهود أو المنظمات غير الحكومية. بناءً على هذا الإطار وبالتشاور مع الخبراء تم صياغة لوائح توضيحية من المؤشرات لعدد من الحقوق يجري التحقق من مصدوقيتها من خلال المشاورات بين الخبراء وورش العمل التي تعقد على مستوى الدولة.

بالنسبة 'الحق كل امرئ في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية' يحدد الإطار خمسة خصائص ألا وهي: الصحة الإنجابية؛ معدل وفيات الأطفال والرعاية الصحية للأطفال؛ البيئة الطبيعية والمهنية؛ الوقاية، والعلاج، ومكافحة الأمراض؛ إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية والأدوية الأساسية والتشكيلة المقابلة من المؤشرات البنيوية، ومؤشرات العملية والحصائل.

إن الإطار الذي طورته المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان تم عرضه في التقرير حول مؤشرات لرصد الامتثال لصكوك حقوق الإنسان العالمية (HRI/ MC/2006/7) والموجود على موقع المفوضية [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).

بنغلاديش: مشروع رصد لكبار السن أطلقت الجمعية الدولية لمساعدة الشيخوخة ومركز تكامل الموارد في بنغلاديش مشروع رصد يرمي إلى زيادة حصول كبار السن على تعويض الشيخوخة المقدم من الحكومة وغيرها من الخدمات. يغطي المشروع أكثر من 3325 شخصاً من كبار السن في 54 قرية من قرى بوبال و2401 شخصاً من كبار السن في 26 قرية في سريرامكاثي. في مرحلة مبكرة من المشروع قام كبار السن بإجراء تعدادهم الخاص للأنفس وتوصلوا إلى نسب مئوية لكبار السن أعلى بشكل ملحوظ مما خلص إليه التعداد الأخير الذي أجرته الحكومة. في سريرامكاثي على سبيل المثال، كان 9% من إجمالي السكان بعمر فوق الستين، مقارنة مع النسبة 6% التي توصل لها التعداد الرسمي. نتيجة لهذا المشروع غدا عدد أكبر من الأشخاص المستحقين للحصول على تعويض الشيخوخة يحصلون على هذا التعويض. على الصعيد الوطني تمت في عام 2005 زيادة التعويض من 2,5 دولار أمريكي إلى 2,6 دولار أمريكي في الشهر كما ارتفع عدد الأشخاص الذين يحصلون على هذا التعويض من مليون إنسان إلى 1,32 مليون إنسان. [100]

100. Older citizens' monitoring: the experience of Bangladesh. Thailand, HelpAge International Asia/Pacific, 2007, [www.helpage.org](http://www.helpage.org).

## القسم 4

الزمن، وتششت الجهود وتتبعثر الموارد وتصرف إلى اهتمامات أخرى قد تظهر على الساحة. يجب تجنب وضع أهداف في مصاف عالية بشكل غير واقعي، كما أن الأهداف يجب أيضاً أن لا تكون ضحلة فتؤدي إلى المهادة والقعود عن العمل. يجب أن تمثل الأهداف تحدياً يمكن تحقيقه إذا ما توافر القدر الكاف من الالتزام والموارد. يجب وضع أهداف يتم بلوغها في نهاية الفترة المخصصة لاستراتيجية الحد من الفقر علاوة على أهداف مرحلية على طول مسيرة هذه الاستراتيجية. إن هذه الأهداف المؤقتة هي على نفس القدر من الأهمية التي للأهداف النهائية، لأنه فقط عندما يتم تفحص المؤشرات قياساً عليها نستطيع التحقق من التقدم الحاصل وتبين ما إذا كان يحدث على جميع الجبهات أم أن هناك بعض المواضع التي فيها خلل وتستوجب الانتباه الفوري لها. إن هذا الأمر على قدر كبير من الأهمية لتحقيق حصائل ناجحة لاستراتيجية الحد من الفقر وأيضاً لأنه السبيل الذي يوضح أن الحكومة تفي بالتزامها بالإحراق التدريجي لحقوق الإنسان.

إن الأهداف الدولية الكثيرة التي وُضعت للقطاع الصحي علاوة على المرامي التقنية ذات الصلة ببعض المداخلات الصحية بعينها أو بتحديات صحية محددة، تتيح جميعاً إطاراً عريضاً لصياغة الأهداف الوطنية. تمثل هذه الأهداف بما فيها الأهداف الإنمائية للألفية، مؤشرات على التقدم والتعاون الدوليين. هذه الأهداف يجب تكييفها لتعكس الظروف والأولويات الوطنية. يجب أن ترمي الحكومات إلى تحقيق أكبر قدر من التقدم وأسرعه ضمن القيود والصعوبات الخاصة بكل دولة ومدى الدعم الخارجي الذي تحصل عليه، لا أن تسعى إلى مجارة الأهداف الدولية.

[101]

- نسبة الولادات التي رعاها عامل صحي ماهر؛
- نسبة الأطفال الذين تغطيهم برامج تغذية تكميلية؛
- معدلات الخصوبة لدى المراهقين.

### المشاركة، والمعلومات والمساءلة

- تغطية القوانين المحلية لحقوق الحصول على المعلومات واللامركزية ومشاركة المجتمع المدني وتكوين الجمعيات؛
- عدد منظمات المجتمع المدني المسجلة المعنية بتعزيز وحماية الحق في الصحة؛
- تمثيل النساء والأفراد المتهمين إلى المجموعات المقصية والمهمشة الأخرى في اللجان الصحية الوطنية، والمقاطعية، والقروية؛
- النسبة من الميزانية القطاعية المخصصة لدعم المشاركة؛
- المعلومات المتوافرة حول تدفقات الميزانية والنفقات على الصعيد الوطني في القطاعات؛
- المعلومات المتوافرة حول الاستحقاقات والمعايير الدنيا لتقديم الخدمة؛
- وجود مؤسسة لحقوق الإنسان أو أمين للمظالم يعملان على القضايا الصحية؛
- عدد التقارير المتصلة بالصحة المقدمة في موعدها إلى هيئات الرصد المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان والتابعة للأمم المتحدة.

### الأهداف

إن الأهداف هي بمثابة الشريك الهام للمؤشرات. إنها تمثل التقدم الذي تصبو البلاد إلى تحقيقه، في الوضع المثالي، على المدى المتوسط والمدى الطويل. بلا أهداف ستضعف قوى الدفع مع

101. Vandemoortele J, Roy R. *Making sense of MDG costing*. New York, Poverty Group, United Nations Development Programme, 2004, www.undp.org.

## البرازيل

بمساعدة من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) طورت البرازيل نسبة للعدالة لتطبيقها على الأهداف الإنمائية للألفية لتشمل جميع الأقاليم، والولايات والبلديات مصنفة تبعاً للجندر، والدخل، والعرق/ الإثنية، والإعاقة، ومستوى التعليم، والموقع. [102]

تتيح الأهداف الوطنية إطاراً يمكن ضمنه تعريف الأهداف دون الوطنية والمحلية. إن وضع الأهداف المستند إلى مدخلات من المجتمع المدني وعمليات تشاركية من شأنه أن يزيد الملكية الوطنية وملاءمة الأهداف للسياق الذي ستتحقق فيه. ومن المهم أيضاً أن لا تطغى الاستراتيجيات الموجهة نحو بلوغ الأهداف التي تخص مجمل السكان على الجهود المبذولة لتحسين الجودة ومعالجة هموم أصحاب الحقوق ممن يعيشون تحت وطأة الفقر المدقع، أو المقيمين أو الذين يتعذر الوصول إليهم.

## المرامي والأهداف التي أقرتها الحكومات

إن الإشارة المرجعية إلى أهداف تم إقرارها على الصعيد الدولي من قبيل الأهداف الإنمائية للألفية وغيرها من الأهداف المنبثقة عن المؤتمرات الدولية من شأنه أن يضيف الشرعية على الأهداف التي يتم تبنيها ويضمن اتساقها كما أن من شأنه أيضاً أن يكون أداة مناصرة قوية لحشد الدعم من الشركاء الإنمائيين والوزارات الحكومية المعنية:

● الأهداف الإنمائية للألفية: هذه المرامي الثمانية تهدف إلى استيعاب تلك الالتزامات الكثيرة والواسعة النطاق التي تعهدت بها الحكومات خلال سلسلة من مؤتمرات الأمم المتحدة انعقدت في تسعينات القرن العشرين. إن الحصائل الصحية والمقومات الأساسية للصحة للفقراء تبرز بجلاء في الأهداف الإنمائية للألفية. على الصعيد الوطني يجب تكملة أهداف الأهداف الإنمائية للألفية مع أهداف محلية متصلة بها مثل الأهداف المتعلقة بالتهديدات الصحية من جراء الإصابات أو الأمراض غير السارية أو العوامل البيئية، أو تلك

102. <http://hdr.undp.org>.

103. [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).

المتعلقة بتقوية النظم الصحية عموماً. إن تصنيف الأهداف تبعاً للإثنية، والإقليم، والجندر غير ذلك، يعتبر ضرورياً كي لا تحجب الصورة المجملية التباينات الحرجة على صعيد التقدم الاجتماعي والاقتصادي.

● لقد أوضح المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي انعقد في القاهرة عام 1994 واستعراض الخمس سنوات لتنفيذ برنامج عمل هذا المؤتمر (المؤتمر الدولي للسكان والتنمية +5) الذي جرى عام 1999 من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة [103] الكثير من الأهداف التفصيلية المتصلة على وجه الخصوص بالحقوق الإنجابية.

● إن القرارات التي تم اتخاذها في دورات جمعية الصحة العالمية قد تشتمل بدورها على أهداف ومرامي مرتبطة بجوانب صحية محددة ويمكن أن تكون مفيدة في تعريف الأهداف الصحية التي يجب أن تتضمنها استراتيجية الحد من الفقر.

## أهداف وأغراض المبادرات الصحية

بالإضافة إلى الأهداف الصحية الدولية العامة، هنالك الكثير من المرامي المحددة التي قد تتصل بالقضاء على مرض محدد أو بلوغ مستوى معين من التغطية في حملات التمنيع. هذه الأهداف تتصل بمرمي برنامج تقني معين أو مبادرة تقنية ما، وقد تثبت فائدتها وملاءمتها في سياق وطني معين، وقد تكون قادرة اجتذاب الدعم من أطراف متعددة. ومن الأهداف الصحية المرتبطة بمرض معين:

● إمكانية الوصول المتاحة لجميع الأشخاص الذين يعايشون مرض فيروس نقص المناعة



Pierre Viret (WHO-212117)

التي يمكن للفقراء والمُقيمين الوصول إليها. كما بحث القسم الثالث في تطوير المعايير الدنيا التي يمكن للناس بناءً عليها محاسبة صناعات السياسة ومقدمي الخدمات، كما بحث في سبل تطوير المؤسسات الصحية بالشكل الذي يضمن المساواة الإدارية والإنصاف. وسلط الضوء أيضاً على أهمية عمليات الميزانية الشفافة والقبالة للمساءلة. الجزء الأول من هذا القسم ناقش طرق تعزيز المساواة الاجتماعية، بما في ذلك الرصد المرتكز على المجتمع المحلي ومبادرات الميزانية. كما تم بعد ذلك استعراض دور الأنظمة الإحصائية الوطنية، والأهداف والمؤشرات. الجزء الأخير من هذا القسم سيبحث في المؤسسات القضائية وشبه القضائية والسياسية التي تدعم المساواة عن معايير ومبادئ حقوق الإنسان. إن تمكين هذه المؤسسات من القيام بعملها من خلال، تزويدها في الوقت المناسب بمعلومات كاملة عن السياسات والقضايا الصحية مثلاً هو استراتيجية هامة لضمان تنفيذ الجزء المتعلق باستراتيجية القطاع الصحي في استراتيجية الحد من الفقر.

**العملية البرلمانية أو غيرها من العمليات السياسية**  
تبعاً لطبيعة النظام البرلماني المحلي أو درجة تعقيده، قد توجد فرص للرقابة والمساءلة ضمن نظام الحوكمة الوطني. في النظم الديمقراطية متعددة الأحزاب، تمتلك الكثير من البرلمانات آليات من قبيل اللجان المشتركة بين الأحزاب وهذه اللجان يمكن تمكينها لإجراء استعراض نزيه للأشطة والفعاليات الحكومية والتأكد من أن القيام بها يتم بشكل منسجم مع التزامات الحكومة. عندما تعطى المجموعات المقصية صوتاً في جلسات استماع اللجان البرلمانية وغيرها من

المكتسبة/الإيدز، لبرامج وقائية شاملة، ولل علاج والرعاية والدعم بحلول عام 2010؛  
● الحد من العبء الذي تشكله الملاريا بمقدار النصف بحلول عام 2010.

**المساءلة السياسية والقضائية وشبه القضائية**  
على صفحات هذا الكتيب تم التأكيد على ما للمساءلة من أهمية. لقد عرضنا مجالاً واسعاً من المؤسسات والعمليات التي بوسعها أن تدعم أشكالاً مختلفة من المساواة وعلى مستويات مختلفة تدرج من المحلي حتى الدولي. عرض القسم الثاني لتحليل النظم المختلفة للمساءلة

#### الأهداف الإنمائية للألفية

الأهداف الصحية:

التخفيض إلى النصف، ما بين عامي 1990 و2015، من نسبة الناس الذين يعانون من الجوع.  
التخفيض بمقدار الثلثين، ما بين عامي 1990 و2015، من معدل الوفيات لدى الأطفال دون سن الخامسة.  
التخفيض بمقدار ثلاثة أرباع، ما بين عامي 1990 و2015، من معدل الوفيات لدى الأمهات.  
بحلول عام 2015 يجب أن يكون قد تم إيقاف انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز والبدء بانحصاره.  
بحلول عام 2015 يجب أن يكون قد تم إيقاف وقوع المزيد من إصابات الملاريا والأمراض الخطيرة الأخرى والبدء بانحصاره.  
التخفيض إلى النصف، بحلول عام 2015، من نسبة الناس الذين لا يمتلكون إمكانية الوصول بشكل دائم إلى مياه الشرب الآمنة.  
بحلول عام 2020 يجب أن نكون قد حققنا تحسناً ملحوظاً في حياة 100 مليون إنسان على الأقل، من سكان الأحياء الفقيرة.  
بالتعاون مع شركات الصناعة الدوائية، توفير إمكانية الوصول إلى الأدوية الأساسية الميسورة التكلفة في الدول النامية.

104. Programming for justice: access for all. A practitioner's guide to a human rights-based approach to access to justice. Bangkok, Asia-Pacific Rights and Justice Initiative, United Nations Development Programme, 2005, www.undp.org.



الآليات الرقابية فسيكون بمقدورها أن تلعب دوراً هاماً في ضمان إيصال حقوق اجتماعية-اقتصادية مضمونة دستورياً. [104]

هنالك وسائل أخرى تمكّن من تعزيز الرقابة البرلمانية على الصحة والسياسات المتصلة بها، مثل:

- إشراك المعاهد البحثية والجامعات للقيام بالبحث والتدقيق؛
- ضمان كون المنظمات غير الحكومية تمتلك إمكانية الوصول إلى جميع المستندات المتعلقة بالسياسات العمومية؛
- تشجيع إنشاء المنظمات غير الحكومية وقيامها بوظيفتها من خلال التقليل من العقبات البيروقراطية اللازمة لحصول هذه المنظمات على الاعتراف القانوني بها أو إعطائها الدعم المالي؛
- السماح لوسائل الإعلام بتغطية المسائل المتعلقة بالأداء الحكومي وتنمية الوعي لدى هذه الوسائل بالقضايا المتصلة بالقطاع الصحي؛

● الطلب إلى مؤسسات مستقلة القيام ببحوث حول الميزانية المخصصة للأجهزة التنفيذية وأنشطتها. [105]

### القضائية

إن المساواة الكاملة تقتضي وجود سبل لكشف الظلم أو الإنصاف عما لحق بحقوق الإنسان من انتهاكات. لقد كانت المحاكم الوطنية ولعدة سنوات بمثابة آليات لمعالجة الانتهاكات الحاصلة لحقوق الإنسان. و فقط في الآونة الأخيرة أصبح يتم اللجوء إلى المقاضاة وتحديدًا في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية. إن الطبيعة الجماعية لهذه الحقوق والعناصر المرتبطة بالميزانية التي تنطوي عليها السياسات الاقتصادية والاجتماعية جعلت من اللجوء إلى المقاضاة لمعالجة انتهاكات هذه الحقوق أكثر صعوبة من العمل المطلوب للدفاع عن الحقوق المدنية والسياسية. بشكل عام، المقاضاة عملية صعبة ومكلفة وليست السبيل الذي يستطيع الفقراء سلوكه بسهولة. يمكن للمساعدة القانونية ومراكز تقديم المشورة القانونية تسهيل الوصول إلى أنظمة المحاكم. لكن المحاكم كثيراً ما تكون غير كفوءة، وفسادة، وبعيدة عن الواقع الذي يعيشه الفقراء، ومنحازة ضد المجموعات المهمشة بما فيها النساء.

فإذا ما كان بوسع منظمات المجتمع المدني ملاحقة الدعاوي نيابة عن الناس المقصيين، فمن شأن المقاضاة أن تغدو الدافع المحفز لعمل أوسع على الصعيد الاجتماعي والسياسي. وكما بينت قضيتا 'غروتبوم' [106] و'حملة التحرك لتأمين العلاج' في جنوب أفريقيا (الموضحة أدناه) واللتان أصبحتا معلمين بارزين في تاريخ القضاء، فإن الحقوق الاجتماعية والاقتصادية أهل لنظر

جنوب أفريقيا: التحرك القانوني لضمان الحصول على دواء نيفيرابين في ديسمبر/كانون الأول 2001 أصدرت المحكمة العليا في بريتوريا حكماً في القضية الكائنة بين وزارة الصحة في جنوب أفريقيا وحملة التحرك لتأمين العلاج وهي إحدى منظمات المجتمع المدني وتقوم بتنظيم الحملات لصالح حقوق الأشخاص المصابين بالإيدز وفيروس نقص المناعة المكتسبة. تضمنت القضية إعمال الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية وإلزام الدولة بجعل دواء نيفيرابين متاحاً للنساء الحوامل اللواتي يحملن فيروس نقص المناعة المكتسبة بهدف منع انتقال الفيروس من الأم إلى طفلها. في ذلك الحين كان مقدار النيفيرابين الذي تقدمه الحكومة مقتصرًا على المرضى الذين تشملهم دراسة استرشادية تجرى في 18 موقعا. اقتضى حكم المحكمة من الدولة جعل دواء نيفيرابين متوافرا على وجه السرعة للحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة المكتسبة اللواتي يضعن أحماهن في منشآت صحية تابعة للقطاع العام، وإعطاؤه كذلك إلى مواليدهن إذا ما اقتضت الضرورة الطبية ذلك. كما أمرت المحكمة الحكومة بالقيام، عبر أسلوب مناسب، بتخطيط وتنفيذ برنامج وطني مرتفع المردود يهدف إلى الحد من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، بما في ذلك إعطاء نيفيرابين أو أي دواء ملائم آخر، وتقديم المشورة والفحص الطوعيين، وحليب الأطفال الاصطناعي. تم تأييد هذا الحكم من قبل المحكمة الدستورية في عام 2002. نتيجة لهذا الحكم تبنت حكومة جنوب أفريقيا برنامجاً شاملاً للحد من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. [108]

### الهند: دعوى قضائية ضد التمييز

تستجيب وحدة فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز في منظمة المحامون المتحدون خصيصاً للاحتياجات القانونية للأشخاص الذين يتعايشون مع مرض فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز فعلى سبيل المثال تقدمت هذه الوحدة بالتماس بالتعويض إلى المحكمة العليا في بومباي بالنابة عن أحد الأشخاص الذين تم فصلهم من العمل لدى إحدى الشركات الحكومية بسبب إصابته بفيروس نقص المناعة المكتسبة. وافقت المحكمة العليا الملتمس على طلبه وأصدرت حكماً يقضي بإعادة ذلك الشخص إلى عمله ودفع تعويض له عن الفترة التي كان فيها مفصولاً من العمل في الشركة. [111]

105. Ibid, 104.

106. Government of the Republic of South Africa and Others versus Grootboom and Others, 2000, www.communitylawcentre.org.za.

107. Ncube W, ed. Law, culture, tradition and children's rights in Eastern and Southern Africa. Brookfield, VT, Aldershot, 1998.

108. Minister of Health versus Treatment Action Campaign. Bellville, South Africa, Community Law Centre, University of Western Cape, 2002, www.communitylawcentre.org.za.

109. UN General Assembly, Resolution 48/134, 1993, www.un.org/.

110. Viceconte MC. Estado Nacional (Ministerio de Salud y Ministerio de Economía de la Nación) s/Acción de Amparo. Federal Administrative Court of Appeals, 1998, www.esccr-net.org.

111. Ibid, 69.

### مؤسسات حقوق الإنسان الوطنية

مؤسسات حقوق الإنسان الوطنية هي هيئات شبه قضائية أو تشريعية مهمتها الأساسية تشتمل على التحقيق في الشكاوى المقدمة بشأن حدوث انتهاكات لحقوق الإنسان، وتعزيز ثقافة حقوق الإنسان واستعراض التشريع المعني المرتقب. الغالبية من مؤسسات حقوق الإنسان الوطنية التي يقرب عددها من 100 مؤسسة قائمة في مختلف بقاع العالم، يمكن جمعها معاً تحت فئتين واسعتين، "لجان حقوق الإنسان" و"أمناء المظالم". بعض المؤسسات الوطنية "المتخصصة" وظيفتها حماية حقوق مجموعة سكانية محددة مثل الأقليات الإثنية واللغوية، والسكان الأصليين، والأطفال، واللاجئين والنساء.

إن "مبادئ باريس" التي تبنتها الجمعية العامة في قرارها رقم 48/134 في 20 ديسمبر/كانون الأول 1993، [109] تعطي التوجيه والإرشاد حول الدور، والتركيب، والوضع القانوني، والوظائف لمؤسسات حقوق الإنسان الوطنية (انظر القسم 3: "تطوير المحتوى وخطة التنفيذ").

المحكمة وبوسع القضاة إصدار أحكام تنطوي على إلمام وضلوع بشئون السياسات. في القضية الثانية وغيرها من القضايا الكثيرة ساعد اللجوء إلى القضاء على ضمان وفاء الحكومات بواجباتها الدستورية والتزاماتها الدولية بموجب المعاهدات، وإثبات استحقاقات الناس المقيمين.

في الكثير من الدول بما فيها تلك التي خرجت لتوها من حقبة الصراع، يجري تسوية المنازعات عبر المحاكم الشعبية التقليدية أو الغير الرسمية باستخدام القوانين العرفية. وعلى الرغم من أن هذه الهيئات عادة ما تكون أكثر قابلية للوصول الفقراء إليها من النظام القضائي الرسمي، لا يمكن الافتراض أن هذه العمليات تدعم استحقاقات الجميع وأنها غير تمييزية. النساء والأطفال قد يكونون عرضة للغبخ في النظم القانونية الشعبية التقليدية أو العرفية فيما يتصل بقضايا الميراث، والملكية، والزواج المبكر والعنف ضد المرأة. [107] تعمل برامج الحصول على العدالة مع هذه العمليات لزيادة الوعي والتقدير بمعايير ومبادئ حقوق الإنسان.

### لقاح الحمى النزفية الأرجنتينية

مضت المحكمة إلى وضع جدول يتوجب على الحكومة العمل بمقتضاه كما قامت بمتابعة لاحقة لهذا الأمر بغية رصد مدى امتثال الدولة لهذا الجدول. ما يزال مركز الدراسات الاجتماعية والقانونية مستمراً بالضغط على الحكومة للمضي قدماً بهذا الموضوع. [110]

إلى الحق في الصحة وفي نهاية المطاف ربح دعواه. مستشهدة بواجبات الأرجنتين الدستورية والتزاماتها بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، أشارت المحكمة إلى أنه لدى عدم قيام المؤسسات الخاصة، لأسباب اقتصادية أو تجارية، بتقديم الرعاية الصحية للناس فإنه يتعين على الدولة إيجاد الموارد الضرورية لأداء هذه المهمة. كما

غدت الحمى النزفية الأرجنتينية متوطنة في منطقة البامبا في الأرجنتين. وأفضل طريقة لمحاربة هذا المرض هي عبر إعطاء لقاح شديد الفعالية. إلا أن إنتاج هذا اللقاح لم يكن ذا جدوى مادية للمختبرات الخاصة المصنعة وبالتالي أصبح الحصول عليه أمراً صعباً. باشر مركز الدراسات الاجتماعية والقانونية بتقديم طعن أمام المحكمة مستنداً

البرازيل: المقرر الوطني الخاص  
بالحق في الصحة  
في أكتوبر/تشرين الأول 2002،  
عينت البرازيل ستة مقررين  
وطنيين لرصد الحقوق الاقتصادية،  
والاجتماعية والثقافية، ومن ضمنهم  
مقرر خاص بالحق في الصحة. يتم  
اختيار المقرر من قبل مجلس  
تتمثل فيه المنظمات غير الحكومية،  
ووكالات الأمم المتحدة علاوة على  
مسؤولين حكوميين وهم مكلفين  
باستلام الشكاوى، والتحقق في  
الانتهاكات وإعداد التقارير السنوية.  
كما أن بمقدورهم اقتراح التغييرات  
الضرورية في السياسات أو القوانين.  
يتم اختيار المرشحين لهذه المهمة  
بناءً على خبرتهم المهنية إضافة  
إلى التزامهم المؤكد بمبادئ حقوق  
الإنسان كالمساواة وعدم التمييز.  
[112]

112. www.gajop.org.br.

تتصل بالحق بالصحة وحقوق الإنسان الأخرى  
المرتبطة بالصحة. إن هذه المبادئ التي تضم  
خبراء مستقلين تنظر في التقارير التي يتوجب  
على الدول تقديمها بشكل دوري لتوضيح التقدم  
الحاصل في مجال حقوق الإنسان. كما أن بوسع  
هذه الهيئات أن تتلقى التقارير من مصادر أخرى  
كالمنظمات غير الحكومية أو الوكالات التابعة  
للأمم المتحدة، والبعض منها يمكن له أن يستلم  
الشكاوى من الأفراد الذين لديهم من الأسباب  
ما يكفي للاعتقاد بأن حقوقهم قد انتهكت. إن  
تقارير الهيئات المنشأة بموجب المعاهدات قد  
تساعد على زيادة الوعي بأوضاع حقوق الإنسان  
في بلد ما والضغط والدفع باتجاه إحداث تغيير في  
السياسات والممارسات عند الحاجة.

إن فعالية مؤسسات حقوق الإنسان الوطنية تعتمد  
على تخصصها، ومواردها وصلاتها بالمجتمع  
المدني والحكومة. فعلى سبيل المثال تساعد لجنة  
حقوق الإنسان في جنوب أفريقيا في رصد أعمال  
الحقوق الاجتماعية والاقتصادية على الصعيد  
الوطني من خلال نظام يقوم على 'بروتوكول  
الحقوق الاقتصادية والاجتماعية'، يتضمن إجراء  
مسوحات دورية للسلطات الحكومية لتقييم  
مدى الامتثال لمتطلبات التزامات حقوق الإنسان  
الدستورية والدولية.

### التقارير الدولية عن أوضاع حقوق الإنسان

هنالك سبع هيئات منشأة بموجب معاهدات  
حقوق الإنسان ترصد مدى تنفيذ معاهدات حقوق  
الإنسان الدولية الرئيسية التي تحتوي على أحكام



## القسم 5

أدوات حقوق الإنسان، قرارات وإعلانات  
الشرعية الدولية، وثائق مفيدة ومنظمات

الجزء الأول من هذا القسم يقدم لمحة عامة حول تطور العمل بشأن الحق في الصحة والفقير في مجال التنمية. يسرد القسم الثاني قائمة بموارد رئيسية للمعلومات عن الحق في الصحة ووثائق أخرى لمن يود المزيد من القراءة عن الصحة والفقير وحقوق الإنسان. جميع الوثائق المذكورة في الخلاصة أشير إليها في قوائم المصادر.

المناعة المكتسبة/الإيدز في إثارة النقاشات حول تفسير وتطبيق الحق في الصحة. قد أفسح هذا الأمر متوافقاً مع تزايد الاهتمام في الدول المتقدمة والتنمية في استخدام إطار يقوم على الحقوق، وجهود البحث والمناصرة من الهيئات الأكاديمية ومؤسسات الأمم المتحدة، لحقوق الإنسان حيزاً راسخاً في أجندات التنمية على الصعيد الدولي. وقد انعكس هذا من خلال التأكيد على الحقوق الإنجابية والحقوق الإنسانية للنساء في تقارير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد في القاهرة عام 1994. [113] والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة المنعقد في بيجين عام 1995 [114] وفي نشر المبادئ التوجيهية الدولية حول فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز وحقوق الإنسان. [115]

في عام 2000 تبنت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التعليق العام 14 والذي يبين بالتفصيل المضمون الناظم للحق في الصحة، والالتزامات المرتبطة به والتدابير

تطور الحق في الصحة ومسألة الفقر في التنمية تم الاعتراف بالحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان لسنوات عدة خلت. وقد نصت عليه ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية في عام 1948 وتم التأكيد عليه مجدداً في إعلان ألما-أتا حول الرعاية الصحية الأولية في عام 1978. وجاء التعريف الأكثر قبولاً للحق في الصحة في المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

دستور منظمة الصحة العالمية  
الديباجة:

"التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العرق أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية."

ساعدت حملات المجتمع المدني بشأن قضايا من قبيل الصحة الإنجابية والجنسية وفيروس نقص

113. *Programme of action*. International Conference on Population and Development, UNED Forum, Cairo, Egypt, 5-13 September 1994, [www.earthsummit2002.org/toolkits/women/un-doku/un-conf/population.html](http://www.earthsummit2002.org/toolkits/women/un-doku/un-conf/population.html).

114. *Beijing declaration and platform for action*. 4th World Conference on Women, A/CONF.177/20.

115. *International guidelines on HIV/AIDS and human rights*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights/the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006 (Consolidated Version), [www.phchr.org](http://www.phchr.org).

إن الممارسين في مجال التنمية وبالأخص أولئك العاملين في برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة بالإضافة إلى العديد من منظمات المجتمع المدني قد ألبوا على السعي مع زملائهم في مجتمع حقوق الإنسان لاستكشاف الروابط الموجودة بين الفقر وحقوق الإنسان. إن عدداً متزايداً من منظمات المجتمع المدني كحَمَلَة الحق في الصحة التي أطلقتها حركة صحة الشعب، [120] تعبر الآن عن مخاوفها بشأن الصحة والفقر بالاستعانة بطروحات حقوق الإنسان. يوضح عمل هذه الجهات كيف يمكن استخدام حقوق الإنسان لتمكين الأشخاص المهمشين والمجتمعات المهمشة والإسهام في تغيير السياسة لصالح الفقراء.

في عام 2001 عبرت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عن اهتمامها في فهم كيف يمكن الاستعانة بمبادئ حقوق الإنسان في تصميم سياسات التنمية وبشكل خاص استراتيجيات الحد من الفقر. استجابت المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان من خلال صياغة هذه المقاربة في ثلاث وثائق رئيسية، "حقوق الإنسان والحد من الفقر: إطار مفهومي"، [121] "مبادئ وإرشادات: مقاربة حقوق الإنسان لاستراتيجيات الحد من الفقر"، [122] و"المطالبة بالأهداف الإنمائية للألفية: مقاربة حقوق الإنسان"، [123] والتي تقدم جميعها للممارسين توجيهات محددة المعالم حول المقاربة الشاملة لاستخدام قواعد ومعايير حقوق الإنسان في استراتيجيات الحد من الفقر. والآن تسعى منظمة الصحة العالمية إلى المضي قدماً بهذا العمل واستكشاف ماذا يمكن أن يعني لدى تطبيقه، بطريقة عملية، بالنسبة للصحة.

المطلوبة لتنفيذه. [116] بعد عامين قررت لجنة حقوق الإنسان تعيين مقرر خاص ينصّب تركيزه على حق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية. وما يزال عمل المقرر الخاص مستمراً لسبر أغوار هذا الحق الأساسي من حقوق الإنسان وزيادة الوعي به. وبشكل مواز، عكف المهنيون الصحيون بالتعاون مع نظرائهم المعنيين بحقوق الإنسان على النظر في الأهمية العملية للعلاقة بين الصحة وحقوق الإنسان، وأقروا بالمساهمة القوية التي يمكن لحقوق الإنسان أن تقدمها لتحسين الحاصلات الصحية. قدمت مطبوعة منظمة الصحة العالمية التي تحوي 25 سؤالاً وجواباً حول الصحة وحقوق الإنسان والصادرة عام 2002 مقدمة سلسلة بشأن هذه القضية. [117]

لقد تم إدراك الصلة الموجودة بين الفقر والصحة المعتلة فيما مضى وقد انعكس ذلك على المكانة البارزة التي احتلتها الصحة في الأهداف الإنمائية للألفية. لكن لم يتحقق إلا في الآونة الأخيرة - نسبياً - شيء من التقدم في مجال البحث في الدور المحوري الذي يمكن أن تلعبه الصحة الجيدة في تنمية وتطور الاقتصاد الكلي. إن مطبوعة "الفقر والصحة" التي تم نشرها بجهد مشترك من منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ومنظمة الصحة العالمية، [118] هي وثيقة مرجعية واضحة حول هذه القضية وتشمل مجموعة مفيدة من التوصيات السياسية. في عام 2001 نشرت اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة تقريرها المعنون "الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية" [119] والذي قدم تقييماً شاملاً لما للصحة من دور وأهمية في تنمية الاقتصاد العالمي.

116. Ibid, 2.

117. 25 questions & answers on health & human rights. Geneva, World Health Organization, 2002 (Health & Human Rights Publication Series N°1), www.who.int/hhr/NEW37871OMSOK.pdf.

118. Poverty and health. World Health Organization/Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2003 (DAC Guidelines and Reference Series), www.who.int.

119. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva, Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, 2001, www.who.int.

120. www.phmovement.org.

121. Human rights and poverty reduction: a conceptual framework. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2004, www.ohchr.org.

122. Principles and guidelines: a human rights approach to poverty reduction strategies. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2006, www.ohchr.org.

123. Claiming the MDGs: a human rights approach. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008.

## القسم 5

- الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد عائلاتهم، 1990؛  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
- صكوك حقوق الإنسان الدولية ذات الصلة  
فيما يلي مجموعة مختارة من صكوك حقوق الإنسان الدولية والتي تتصل بالحق في الصحة و/أو غيره من حقوق الإنسان المتصلة بالصحة:
  - الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، 1948؛  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
  - الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، 1965؛  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
  - العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 1966؛  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
  - العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، 1966؛  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
  - اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، 1979؛  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
  - إعلان بشأن الحق في التنمية، 1986؛  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
  - اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، 2006؛  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
  - اتفاقية حقوق الطفل، 1989؛  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
- إعلـان ألمانـا، المؤتمر الدولي بشأن الرعاية الصحية الأولية، 1978؛  
[www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)
- نصوص أساسية وقرارات ذات صلة صادرة عن منظمة الصحة العالمية
  - دستور منظمة الصحة العالمية، 1948؛  
[www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- أمثلة على الوثائق الصادرة عن مؤتمرات الأمم المتحدة ذات الصلة
  - إعلان وبرنامج عمل فيينا، 1993؛  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
  - إعلان كوبنهاجن بشأن التنمية الاجتماعية وبرنامج عمل مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية، 1995 و2000؛  
[www.un.org](http://www.un.org)
  - إعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز، الدورة الاستثنائية للجمعية

صكوك حقوق الإنسان الإقليمية  
● الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان، 1969؛  
.www.corteidh.or.cr

● الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب،  
1981؛ www.achpr.org

● الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان، 1950؛  
.www.coe.int

وثائق ومصادر مفيدة وعناوين مقترحة لمن يود  
المزيد من الاطلاع

● Asher, Judith. *The right to health: a resource manual for NGOs*, 2004; [http://shr.aaas.org/Right\\_to\\_Health\\_Manual/index.shtml](http://shr.aaas.org/Right_to_Health_Manual/index.shtml).

● Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *The right to the highest attainable standard of health (Article 12)*, General Comment 14, 2000 (E/C.12/2000/4); [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).

● Jonsson, Urban. *Human rights approach to development programming*. Eastern and Southern Africa Regional Office, United Nations Children's Fund, 2003; [www.unicef.org/rightsresults/files/HRBDP\\_Urban\\_Jonsson\\_April\\_2003.pdf](http://www.unicef.org/rightsresults/files/HRBDP_Urban_Jonsson_April_2003.pdf).

● *International guidelines on HIV/AIDS and human rights*. Consolidated version, Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006; [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).

العامّة للأمم المتحدة بشأن الإيدز، 2001، القرار  
S-26/2 في 27 يونيو/حزيران 2001؛  
.www.un.org

● توافق آراء مونتييري للمؤتمر الدولي لتمويل  
التنمية، مونتييري، المكسيك، 18-22 مارس/آذار  
2002، (A/CONF.198/11)؛  
.www.un.org

● إعلان الألفية للأمم المتحدة، قرار الجمعية  
العامّة 2/55 في 8 سبتمبر/أيلول 2000؛  
.www.un.org

● الصحة في جدول الأهداف الإنمائية للألفية؛  
.www.who.int/mdg/goals/en/

● إعلان جوهانسبرغ بشأن التنمية المستدامة  
وخطّة التنفيذ لمؤتمر القمة العالمي حول التنمية  
المستدامة، 2002؛ [www.un.org](http://www.un.org)

وثائق منظمة التجارة العالمية ذات الصلة

● الإعلان الوزاري المعتمد في الدورة الرابعة  
للمؤتمر الوزاري، الدوحة، 9-14 نوفمبر/تشرين  
الثاني 2001، (WT/MIN(01)/DEC/1)،  
20 نوفمبر/تشرين الثاني 2001؛  
.www.wto.org

● الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية  
الفكرية المتصلة بالتجارة والموقع في مراكش،  
المغرب، 15 أبريل/نيسان 1994؛  
.www.wto.org

## القسم 5

- United Nations Commission on Human Rights. *The highly indebted poor countries (HIPC) initiative: a human rights assessment of the poverty reduction strategy papers (PRSP)*. United Nations Economic and Social Council, 2001 (E/CN.4/2001/56); www.ohchr.org.
- *Human development report 2000*. Human rights and human development, New York, United Nations Development Programme, 2000; <http://hdr.undp.org/reports/global/2000/en/>.
- *PRSP: their significance for health: second synthesis report*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1); [www.who.int/hdp/en/prspsig.pdf](http://www.who.int/hdp/en/prspsig.pdf).
- *Health and human rights publication series*. Geneva, World Health Organization; [www.who.int/hhr/activities/publications/en/](http://www.who.int/hhr/activities/publications/en/).  
Issue No. 1: *25 questions and answers on health and human rights*, 2002; [www.who.int/hhr/en/NEW37871OMSOK.pdf](http://www.who.int/hhr/en/NEW37871OMSOK.pdf).  
Issue No. 2: *Health and freedom from discrimination*, 2001; [www.who.int/hhr/activities/q\\_and\\_a/en/Health\\_and\\_Freedom\\_from\\_Discrimination\\_English\\_699KB.pdf](http://www.who.int/hhr/activities/q_and_a/en/Health_and_Freedom_from_Discrimination_English_699KB.pdf).  
Issue No. 3: *The right to water*, 2003; [www.who.int/docstore/water\\_sanitation\\_health/Documents/righttowater/righttowater.pdf](http://www.who.int/docstore/water_sanitation_health/Documents/righttowater/righttowater.pdf).  
Issue No. 4: *International migration, health and human rights*, 2003; [www.who.int/hhr/activities/en/FINAL-Migr-HHR-01203-%Qd-Uk\\_90.pdf](http://www.who.int/hhr/activities/en/FINAL-Migr-HHR-01203-%Qd-Uk_90.pdf).
- Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001; [www.who.int](http://www.who.int).
- *Poverty and health*. DAC Guidelines and Reference Series, Geneva, World Health Organization/Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003; <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562366.pdf>.
- *Human rights and poverty reduction: a conceptual framework*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2004 (HR/PUB/04/1); [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).
- Elson, Andy, Diane and Norton. *What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process*. Overseas Development Institute, 2002; [www.odi.org.uk/pppg/publications/books/budget.html](http://www.odi.org.uk/pppg/publications/books/budget.html).
- *Poverty reduction and human rights: a practice note*. United Nations Development Programme, 2003; [www.undp.org/governance/docs/HRPN\\_\(poverty\)En.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/HRPN_(poverty)En.pdf).
- *Principles and guidelines: a human rights approach to poverty reduction strategies*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2006; [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).
- *Claiming the MDGs: a human rights approach*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008; [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).

- الشبكة الدولية للحقوق الاقتصادية، والاجتماعية والثقافية: [www.escr-net.org](http://www.escr-net.org)
- المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)
- أوكسفام الدولية: [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org)
- جمعية إنقاذ الأطفال: [www.savethechildren.org.uk](http://www.savethechildren.org.uk)
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: [www.undp.org](http://www.undp.org)
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة: [www.unicef.org](http://www.unicef.org)
- مؤسسة فيموس: [www.wemos.nl](http://www.wemos.nl)
- البنك الدولي: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)
- منظمة الصحة العالمية: [www.who.int](http://www.who.int)
- Klugman, eds. *A sourcebook for poverty reduction strategies*. Washington, DC, World Bank, 2002; [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- *Health and human rights fact sheet series*. Geneva, World Health Organization, 2007; [www.who.int/hhr/activities/factsheets/en/index.html](http://www.who.int/hhr/activities/factsheets/en/index.html).
- باقة مختارة من المنظمات التي تعالج مواضيع حقوق الإنسان، والصحة والحد من الفقر
- التعاونية لتقديم المساعدة والإعانة في كل مكان (كير): [www.careinternational.org](http://www.careinternational.org)
- مركز الحقوق الاقتصادية والاجتماعية: [www.cesr.org](http://www.cesr.org)
- الهيئة الطبية للكومونولث: [www.commat.org](http://www.commat.org)
- فوندار: [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)
- المجلس الدولي لسياسة حقوق الإنسان: [www.ichrp.org](http://www.ichrp.org)

الفقر واعتلال الصحة يتشابكان بعمق مع الإضعاف والتهميش والإقصاء. إن التحدي الأكبر اليوم للتصدي بفعالية للفقير هو إضعاف شبكة الضعف وانعدام الحيلة وتحسين قدرات النساء والرجال حتى يتمكنوا بشكل أكبر من الإمساك بزمام الأمور في حياتهم. في هذا السياق، يتم بشكل متزايد تناول الفقر على أنه عدم القدرة على التمتع بطائفة واسعة من حقوق الإنسان المدنية والثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية. تشكل الصحة حقاً أساسياً من حقوق الإنسان، ذا أهمية خاصة للحد من الفقر. فالبدن السليم الصحيح يتيح للكبار العمل وللأطفال التعلم، وهي عناصر أساسية لتمكين المجتمعات والأفراد من انتشال أنفسهم من براثن الفقر.

إن مهمة التصدي للفقير والصحة وحقوق الإنسان عسيرة ويستعصى على مؤسسة واحدة عالمية الإحاطة بكل جوانبها، بل إنها تتطلب عملاً صارماً ومنسقاً ومتعدد التخصصات. وهذا هو السبب الذي حدا بمنظمة الصحة العالمية والمفوضية السامية لحقوق الإنسان للتعاون مع مجموعة من المعنيين على وضع هذا الدليل الذي نأمل أن يكون أداة لصانعي السياسات الصحية لتصميم وتنفيذ ورصد استراتيجية للحد من الفقر من خلال مقارنة مرتكزة على حقوق الإنسان. ويتضمن هذا الدليل إرشادات عملية واقتراحات وكذلك أمثلة على الممارسات الجيدة من جميع أنحاء العالم.

WHO-EM/HHR/056/A/

سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان العدد رقم 5

لمزيد من المعلومات يرجى الاتصال بـ:

منظمة الصحة العالمية

المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

ص. ب. 7608، مدينة نصر

القاهرة 11371، مصر

هاتف رقم: +202 2276 5000

فاكس رقم: +202 2276 5415

عنوان البريد الإلكتروني: [elawaf@emro.who.int](mailto:elawaf@emro.who.int)

الموقع على الإنترنت: [www.who.int/hhr](http://www.who.int/hhr)