



MLJ

مجله حقوق پزشکی

دوره پانزدهم، شماره پنجاه و ششم، ۱۴۰۰

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

مقاله پژوهشی

حق بر سلامت سالمندان در پرتو نظام حقوق بشر بین‌المللی

مهری توتونچیان^۱، افشین جعفری^{۲*}، فرانک موذن^۳، فرید بیرانوند^۴

۱. دکتری تخصصی فقه و مبانی حقوق اسلامی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه حقوق، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. دانشجوی دکتری حقوق خصوصی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴. دکتری تخصصی حقوق بین‌الملل عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حق بر سلامت سالمندان در حال حاضر به عنوان یکی از موضوعات مهم و پیچیده در سطح بین‌المللی مطرح است. در پژوهش حاضر حق بر سلامت سالمندان در پرتو هنجارهای بین‌المللی مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت و روندها و چشم‌اندازهای اجرای مؤثر این حق مورد شناسایی قرار می‌گیرد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق از نوع نظری بوده روش تحقیق به صورت توصیفی تحلیلی می‌باشد و روش جمع‌آوری اطلاعات بصورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

یافته‌ها: سه رویکرد متفاوت در ارتباط با حقوق افراد سالمند اتخاذ شده است. در میان این رویکردها، به نظر می‌رسد که رویکرد دولت‌های اروپایی واقع‌بینانه و عملی می‌باشد. در اروپا با توسل به اسناد و راهکارهای غیرالزام‌آور سعی در ایجاد همگامی و وحدت رویه در فضای روابط تابعان و بازیگران وجود دارد. به همین دلیل است که تعهدات غیرالزام‌آور به صورت «دقیق» و «جزیی» برای دولت‌ها تعریف شده است.

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

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد برای وضعیت حق بر سلامت سالمندان باید به تفسیر هنجارهای موجود پرداخت. همچنین باید دائماً بر این نکته تأکید داشته باشیم که تبعیض بر اساس معیار سن در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، توانبخشی، درمان‌های مدرن، داروسازی و اطلاعات مربوط به حوزه بهداشت، شرایط نامناسب زندگی، در چهارچوب حقوق بشر بین‌المللی، حق سالمندان در تمتع از بالاترین سطح سلامت جسمی و روانی را نقض می‌کند.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۷/۰۳

واژگان کلیدی:

حق بر سلامت

حقوق بشر

کهنسالی جهانی

تعهدات بین‌المللی

* نویسنده مسئول:

افشین جعفری

آدرس پستی: ایران، تهران، دانشگاه پیام نور، دانشکده علوم اجتماعی، گروه حقوق.

کد پستی: ۹۴۹۱۹-۷۱۳۳۸

تلفن: ۳۲۳۵۴۴۴۵-۷۱

پست الکترونیک:

jafariafshin@yahoo.com

۱. مقدمه

کهورت سن و گسترش آن در سطح جوامع، تأثیر زیادی بر تمام حوزه‌های زندگی سیاسی و اجتماعی دارد، اما این تأثیر در حوزه بهداشت و درمان بیشتر از سایر حوزه‌ها می‌باشد. برای دولت‌ها و جوامع مدنی این پدیده در واقع متضمن وظیفه‌ای عظیم در فرآیند درمان انواع بیماری‌ها، مراقبت‌های مختلف، کمک مؤثر به سرپرستان، و... می‌باشد. تردیدی نیست که همه این فعالیت‌ها و وظایف، بار مالی فراوانی برای دولت‌ها ایجاد می‌کند. در نتیجه این مسئله یک چالش بزرگ برای تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران محسوب می‌شود. دولت‌ها سیاست‌های متنوعی در این زمینه دارند. دولت‌ها، حقوق و سیاست اجتماعی در زمینه مراقبت‌های بهداشتی را شکل می‌دهند. در حالت عادی، دولت‌ها با اتخاذ راه‌حل‌های قانونی و برنامه‌های بهداشتی، سیاست‌های بهداشتی را برای شهروندان خود نیز شکل می‌دهند. مع‌الوصف در حال حاضر اصل صلاحیت دولت در پرتو مقررات حقوق بشر بین‌المللی باید مورد توجه قرار گیرد. در این زمینه باید به احکام و آراء قضایی دادگاه اروپایی حقوق بشر در ارتباط با جنبه‌های مختلف حق بر سلامت و تعهداتی که برای دولت‌ها در نظر گرفته شده است، دقت داشت. از این منظر، هنجارهای بین‌المللی راجع به حق بر سلامت، استانداردهایی را برای ارزیابی رفتار دولت و سازوکارهایی برای ایجاد درجه‌ای از پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری ارائه می‌کنند (۱). در واقع مقررات بین‌المللی حقوق بشر، حاکمیت دولت را که در حال حاضر یکی از ارکان اصلی حقوق بین‌الملل می‌باشد را لغو نمی‌کند، بلکه مفهوم و ستفالیابی آن را مورد اصلاح قرار می‌دهد. و از طرفی، این خود دولت‌ها هستند که تصمیم می‌گیرند که مقید به معاهدات حقوق بشری باشند و یا تسلیم مکانیزم‌های کنترلی شوند و اسناد مختلف حقوق نرم یا همان اسناد غیرالزام‌آور را می‌پذیرند. مع‌الوصف، بررسی ۱۹۱ قانون اساسی در سطح جهان نشان می‌دهد که در ۸۶ قانون اساسی (تقریباً ۴۵ درصد) هیچگونه مقررات یا ارجاعی به حق بر سلامت وجود ندارد (۲). از طرفی، حدود ۱۶۵ کشور عضو میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هستند. در این میثاق حق بر

سلامت در قالب ماده ۱۲ مورد شناسایی و تأکید قرار گرفته است. در نتیجه تعهدات دولت‌ها در رابطه با حق بر سلامت، نه تنها از طریق قرارداد اجتماعی و تحول روابط اجتماعی در داخل کشورها، بلکه از طریق حقوق بین‌الملل و به ویژه حقوق بشر بین‌المللی ایجاد می‌شود (۳). تعهدات بین‌المللی که در مورد حق بر سلامت از سوی دولت‌ها مورد پذیرش قرار گرفته است، یک مجموعه‌ای اساسی از پیکره کار جامعه بین‌المللی را تشکیل می‌دهد و نقش قابل توجه آنها را در ارتقاء و آموزش حق بر سلامت، نمی‌توان انکار کرد.

حقوق بین‌الملل معاصر استانداردهای حمایت از گروه‌ها مختلف اجتماعی خاص مانند زنان، کودکان، معلولان، کارگران مهاجر، پناهندگان و... را فراهم می‌کند. متأسفانه در ارتباط با سالمندان یک سند منسجم و خاص بین‌المللی وجود ندارد تا این قشر بتوانند در جهت حمایت از حیثیت و حقوق خود، از جمله حق بر سلامت که ارتباط نزدیکی با کرامت انسانی دارد، متمتع شوند. پرسش اساسی که در اینجا مطرح می‌شود این است که، وقتی سخن از حق بر سلامت سالمندان به میان می‌آید، آیا یک نظام حقوقی منسجم برای آنها جهت متمتع کامل از حق مزبور وجود دارد؟

فرضیه اصلی که در پاسخ به این پرسش مطرح می‌شود این است که، هسته اصلی تشخیص یک نظام حقوقی منسجم، وجود حداقل یک سند الزام‌آور جهانی می‌باشد که به صورت کلی به محورهای اصلی یک موضوع پرداخته باشد. سایر اسناد بین‌المللی اعم از اسناد الزام‌آور و غیرالزام‌آور، تبیین‌کننده محورهای فرعی می‌باشند و رسالت توسعه هنجارها در جهت تحولات روز را بر عهده دارند. در ارتباط با حق بر سلامت که سالان چنين سندی وجود ندارد؛ و از سویی، محورهای فرعی حق بر سلامت آنها نیز به سختی در سایر اسناد و رویه‌های بین‌المللی و منطقه‌ای مورد توجه قرار گرفته است.

با توجه به آنچه بیان شد، هدف از پژوهش حاضر، بررسی این چالش است که حق بر سلامت سالمندان (که شامل مواردی از جمله دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، توان‌بخشی، دسترسی به اشکال مدرن درمانی و دارویی و...) چگونه و تا چه اندازه توسط هنجارهای بین‌المللی تضمین می‌شود.

از نظر سازماندهی پژوهش حاضر باید دقت داشت که، برای بررسی و پاسخ به چالش پژوهش حاضر لازم است ابتدا به ساکن، مباحث مقدماتی در مورد معنا و ماهیت حق بر سلامت مورد و متعاقب آن، تفسیر حق مزبور از سوی نهادهای بین‌المللی مورد توجه قرار گیرد. در نهایت نیز استانداردها و هنجارهای مربوط به حق بر سلامت سالمندان بررسی خواهد شد. لازم به ذکر است که بسیاری از اسناد حقوقی غیرالزام‌آور در ارتباط با حق بر سلامت، تضمین حق بر سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در مجامع مختلف ملی و بین‌المللی از جمله اعلامیه آلماتا راجع به مراقبت‌های اولیه مورخ ۱۹۷۸ مورد تصویب قرار گرفته‌اند؛ البته نباید از نظر دور داشت که نقض تعهدات سخت و الزام‌آور بین‌المللی است که موجب مسئولیت بین‌المللی برای دولت‌ها می‌شود و می‌توان پیگیری آنها در محاکم قضایی و شبه‌قضایی بین‌المللی دنبال کرد (۴). به همین دلیل است که تأکید و تمرکز پژوهش حاضر بر اسناد لازم‌الاجرای بین‌المللی می‌باشد. در این میان اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز علی‌رغم اینکه یک سند غیرالزام‌آور می‌باشد، اما با گذشت سال‌های متمادی مفاد آن تبدیل به قواعد عرفی بین‌المللی شده است؛ در نتیجه در پژوهش حاضر بر محتویات سند مزبور نیز تأکید خواهد شد (۵).

۲. ملاحظات اخلاقی

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

۳. مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع نظری بوده روش تحقیق به صورت توصیفی تحلیلی می‌باشد و روش جمع‌آوری اطلاعات بصورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

۴. یافته‌ها

حقوق بشر در ارتباط با حق بر سلامتی در سنین سالمندی یکی از موضوعات حقوق بین‌الملل محسوب می‌شود.

مع الوصف، تحولات حقوق بین‌الملل در این زمینه مطابق با نیازهای روز دنیا نیست. تلفیق هنجارهای حقوق بشر بین‌المللی با حقوق افراد سالمند در فضای حق بر سلامتی، بنا به دلایل مختلف دارای پیچیدگی‌های خاصی می‌باشد. اول اینکه مفهوم «سالمندی» در کشورها و قاره‌های مختلف، متفاوت است. در واقع کهولت سن ممکن است در لحظات مختلف طول عمر انسان رخ دهد و این بستگی به ویژگی‌های فردی خاص، وضعیت اقتصادی و موقعیت مکانی افراد دارد. از یک سو، حق بر سلامت، یک مفهوم چالشی و گسترده می‌باشد، از سوی دیگر، الزام به دستیابی به بالاترین سطح سلامتی که در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد تأکید قرار گرفته است، هدف و تعهد منجزی برای دولت‌ها ایجاد نمی‌کند. دولت‌ها باید تدابیری اتخاذ کنند، اما نباید از نظر دور داشت که فقدان تعهد منجز، در عمل ممکن است به این نتیجه منتهی شود که برخی دولت‌ها هیچگاه به هدف اصلی دست پیدا نکنند. نکته دیگر اینکه، معیار «سالم بودن» در حالت سالمندی با سایر مراحل زندگی متفاوت است و در نتیجه، در بسیاری از شرایط، تفکیک تدابیری که دولت‌ها باید ارتباط با سلامت افراد سالمند و عادی اتخاذ کنند، غیرممکن می‌شود. در نقطه مقابل این ابهامات و نواقص، جامعه بین‌المللی نشانه‌های کاملاً واضحی را در راستای نیاز به واقعی ساختن و اجرای حقوق سالمندان ارائه کرده است.

۵. بحث

۵-۱. پیشینه تحقیق

در ارتباط با پیشینه و مرور ادبیات پژوهش حاضر باید به این مسأله توجه داشت که حقوق سالمندان که یکی از متغیرهای این تحقیق می‌باشد، مورد توجه برخی نویسندگان و پژوهشگران قرار گرفته است که در ادامه به مهمترین موارد در این زمینه اشاره خواهیم کرد. مقاله سمیه بخشی قولنجی و صالح نوری تحت عنوان «حقوق شهروندی سالمندان» که در سال ۱۳۹۴ در همایش ملی تبیین حقوق شهروندی به چاپ رسیده است. از نظر نویسندگان، در حال حاضر حقوق شهروندی از مباحث مهم حقوقی، چه در سطح داخلی و چه

مفاهیم سنتی سفاقت و جنون به منظور حمایت از آنان می‌باشد.

مقاله «حقوق کار سالمندان در نظام حقوقی ایران و اسناد بین‌المللی» نوشته سید احمد حبیب‌نژاد و محمد صالح تسخیری که در سال ۱۳۹۷ در فصلنامه حقوق تطبیقی به چاپ رسیده است. از نظر نویسندگان، براساس پیش‌بینی‌های جمعیتی، ایران در سه دهه آینده با قشر عظیمی از جمعیت سالخورده روبه‌رو خواهد شد؛ در نتیجه آمادگی پیشینی برای مواجهه با مشکلات ناشی از این موضوع، نیازمند توجه کافی و شایسته است. در همین راستا، دغدغه‌ای نوین با عنوان «حقوق سالمندان» شکل گرفته است که در آن، زوایای مختلف زندگی سالمندان از دیدگاه حقوق، مورد پایش و رصد قرار می‌گیرد که به دلیل فزونی یافتن سالمندان مشغول به کار، حقوق کار سالمندی، یکی از مهم‌ترین بخش‌های مجموعه حقوق سالمندان به شمار می‌آید. در نوشتار پیش رو، آخرین تحولات و ایده‌های مطرح شده در زمینه مناسب‌سازی حقوق کار و بازنشستگی برای جامعه‌ای که با پیری جمعیت مواجه است، مورد پردازش قرار گرفته و راهکارهایی برای اجرایی نمودن آن‌ها نیز پیشنهاد شده است. انعطاف بخشی به ساعات حضور و شرایط کار، ترویج و حمایت از مشاغل متناسب با سالمندی، تنوع بخشی به منابع درآمدی سالمند، توجه ویژه به تبعیض سنی و جایگزینی سن ناتوانی نسبی به جای سن بازنشستگی، مهم‌ترین مسائل و پیشنهادها در این مقاله را تشکیل می‌دهد.

۵-۲. نوآوری تحقیق با عنایت به تحقیقات مشابه

با دقت در پژوهش‌های انجام شده، متوجه می‌شویم که پژوهش‌های مزبور در سه محور اصلی طبقه‌بندی می‌شوند؛ محور اول: پژوهش‌هایی که حقوق سالمندان را به صورت کلی مورد توجه قرار داده‌اند؛ محور دوم: پژوهش‌هایی که حقوق سالمندان را در نظام حقوق داخلی ایران مورد توجه قرار داده‌اند؛ محور سوم: پژوهش‌هایی که جنبه‌های خاصی (مانند حقوق کار) از حقوق سالمندان را مورد بحث و بررسی قرار داده‌اند. اما نوآوری پژوهش حاضر در دو نکته مهم است: اول

در سطح بین‌المللی، است. قدر مسلم این است که اصطلاح «حقوق شهروندی» به تازگی وارد ادبیات حقوقی کشور ما شده است و به طور روزافزون اهمیت بیشتری می‌یابد. حقوق شهروندی حقوقی است که همه افراد ساکن در یک جامعه باید از آن بهره‌مند باشند. حقوق شهروندی هدیه الهی و جزو حقوق ذاتی و فطری انسان‌ها است. در حقوق شهروندی توجه به حقوق همه افراد از جمله سالمندان یکی از مسایل مهم است. لذا مشخص نمودن حقوق شهروندی سالمندان میسر نمی‌باشد مگر در پرتو تحقیق درست. این تحقیق به بررسی و تعریف حقوق شهروندی و حقوق شهروندی سالمندان می‌پردازد و علت اهمیت این موضوع را روشن می‌سازد. مهم‌ترین دستاورد این جستار آن است که با توجه به جایگاه و منزلت سالمندان حقوق ایشان که سفارش نیز شده است، باید از سوی همه رعایت شود.

مقاله «جایگاه سالمندی در نظام حقوق مدنی ایران» نوشته غلامعلی سیفی و امیرحمزه زینالی که در سال ۱۳۸۶ در نشریه رفاه اجتماعی به چاپ رسیده است. از نظر نویسندگان، یکی از حوزه‌هایی که در قلمرو سالمندی در ایران کمتر به آن پرداخته شده است بررسی ابعاد حقوقی این پدیده، به ویژه در نظام حقوق مدنی می‌باشد. سالمندان به منظور اجرای حقوقی که دارند، به ویژه در تصرفات و حقوق مالی، نیازمند توجه ویژه قانون‌گذاری با رویکرد حمایتی در قالب نهادهای خاص هستند. این مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی به بررسی سیاست‌های تقنینی ایران که در قانون مدنی (به عنوان قانون مادر) و سایر قوانین متجلی شده است، انجام پذیرفته است. بررسی موضوع نشان می‌دهد که صرف «سالمندی» و کبر سن بر اساس نظام حقوق مدنی ایران هرگز به عنوان عامل «حجره» و نشانه عدم اهلیت تصرف و یا استیفا نمی‌باشد، بلکه سالمندی به همراه کاهش قوای جسمانی و عقلانی می‌تواند موجبات محدودیت و یا محرومیت در اعمال برخی حقوق را برای سالمندان فراهم سازد. حمایت از سالمندان در چارچوب نظام حقوق مدنی از یکسو نیازمند پذیرش حجر حمایتی خاص و برقراری اماره عدم رشد برای سن خاصی در دوره اختلالات مغزی مربوط به دوره سالمندی در قالبی فراتر از

۵-۵. ماهیت حق بر سلامت

در این قسمت به بررسی ماهیت حق بر سلامت در پرتو نظام حقوق بین‌الملل خواهیم پرداخت.

۵-۵-۱. شرایط حقوقی

بدیهی است که هیچ حقوقی، چه داخلی و چه بین‌المللی، نمی‌تواند حق بر سلامتی را برای همه افراد تضمین کند. به بیان ساده‌تر، هدف چهارچوب‌های حقوق بشری، تعریف یک معیار که دولت‌ها با رسیدن به آن، دیگری تعهدی در ارتباط با سلامت مردم نداشته باشند، نیست؛ بلکه هدف اصلی این است که دولت‌ها وادار شوند تا نگرشی فعال نسبت به تضمین و حفاظت از حق بر سلامت انسان‌ها داشته باشند و دائماً در حال تلاش برای ارتقاء سطح سلامت موجود باشند.

به طور کلی، سلامت انسان‌ها ممکن است از جنبه‌های مختلف (برای مثال سلامت اجتماعی، روانی و...) مورد توجه قرار گیرد (۶). مع‌الوصف در مجامع بین‌المللی، و به طور خاص در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، حق بر سلامت نه تنها به عنوان فقدان بیماری یا ناتوانی، بلکه به عنوان یک وضعیت جسمی، روحی و اجتماعی توصیف می‌شود. این حق پیچیده یکی از عناصر مهم حق بر داشتن زندگی می‌باشد که در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر مورد تأکید قرار گرفته است. ماده مزبور تصریح می‌کند که: هرکس حق دارد از سطح یک زندگی برخوردار باشد که سلامت و رفاه او و خانواده‌اش، منجمله خوراک و لباس و مسکن و رسیدگی‌های پزشکی آنان را تأمین کند. همچنین حق دارد از خدمات ضروری اجتماعی در هنگام بیکاری و بیماری و درماندگی و بیوگی و پیری یا در سایر مواردی که بنا به اوضاع و احوالی بیرون از اراده او وسایل معاش وی مختل گردد استفاده کند.

هیچکدام از اسناد و معاهدات بین‌المللی، به روشی مشابه با اعلامیه جهانی حقوق بشر، حق بر سلامت را تشریح نمی‌کنند. در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی بیان شده است که برخورداری از بالاترین سطح استاندارد سلامتی یکی از حقوق اساسی هر انسانی بدون تبعیض براساس نژاد، عقاید سیاسی، شرایط اقتصادی یا اجتماعی، است. علاوه بر این، در ماده اول

اینکه، حق بر سلامت به صورت خاص مورد توجه قرار گرفته است و دوم اینکه، چهارچوب نظام حقوق بشر بین‌المللی مدنظر نگارنده‌گان قرار دارد.

۵-۳. اهمیت و ضرورت پژوهش

در ارتباط با اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر باید دقت داشت که، حقوق بین‌الملل معاصر استانداردهای حمایت از گروه‌ها مختلف اجتماعی خاص مانند زنان، کودکان، معلولان، کارگران مهاجر، پناهندگان و... را فراهم می‌کند. متأسفانه در ارتباط با سالمندان یک سند منسجم و خاص بین‌المللی وجود ندارد تا این قشر بتوانند در جهت حمایت از حیثیت و حقوق خود، از جمله حق بر سلامت که ارتباط نزدیکی با کرامت انسانی دارد، متمتع شوند. «پیر شدن» به معنای این نیست که انسانی آرام آرام حقوق خود را از دست می‌دهد و یا اینکه کرامت او فقط از بین می‌رود. متأسفانه تفکر رایج در جوامع این است که پیر شدن به معنای مواجهه با تهدیدهای بیشتر علیه کرامت انسانی از جمله عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، داروهای اساسی و درمان مناسب، عدم رعایت حریم خصوصی در بیمارستان‌ها و مؤسسات بهداشتی و مراقبتی، درمان بدون ارائه اطلاعات مناسب به بیمار یا بدون رضایت وی، عدم حفاظت از اطلاعات شخصی و... است (۴). این مسأله چالش‌های فراوانی را ایجاد می‌کند.

۵-۴. محدودیت‌های پژوهش

در ارتباط با محدودیت‌های پژوهش حاضر، باید دقت داشت که دو موضوع، دایره قلمرو موضوعی پژوهش حاضر را مشخص می‌کند؛ اول، حق بر سلامت به صورت خاص و دوم، چهارچوب نظام حقوق بشر بین‌المللی. این دو نکته در واقع محدودیت‌های پژوهش را نیز مشخص می‌کند. به بیان ساده‌تر، موضوعاتی غیر از حق بر سلامت (مانند بازنشستگی، بیمه و...) و همچنین وضعیت حقوق داخلی جمهوری اسلامی به صورت مستقل در پژوهش حاضر مورد بحث و بررسی قرار نخواهند گرفت.

همچنین منشور اجتماعی اروپا مورخ ۱۹۶۱ و ۱۹۹۶ نیز ذیل ماده ۱۱ حق بر سلامت را مورد توجه قرار داده‌اند.

میزان احترام به حقوق شهروندی و آزادی‌های اساسی بر حق بر سلامت انسان تأثیر مستقیم دارد؛ زیرا مصادیق مختلف حقوق بشر و کرامت انسانی به یکدیگر وابسته هستند. در نتیجه، حق بر سلامت با اساسی‌ترین حق بشر یعنی حق حیات ارتباط بسیار نزدیکی دارد (۵). حق حیات در موارد نقض حقوق اجتماعی، یک چتر حفاظتی مناسبی برای حقوق مزبور ایجاد می‌کند. البته این مسئله در مواردی است که نقض‌های مزبور موجب ایجاد یک خطر فوری برای زندگی انسان شود (۸). این وضعیت در مواردی مانند تغذیه نامناسب، عدم مراقبت‌های بهداشتی پزشکی و یا نیاز به داروهای ضروری ممکن است رخ دهد.

حق حیات به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در اسناد مختلف جهانی و منطقه‌ای از جمله، میثاق حقوق مدنی و سیاسی، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم مورد شناسایی و تصریح قرار گرفته است. کمیته حقوق بشر در تفسیر ماده ۶ میثاق در ارتباط با حق حیات اظهار داشت حق حیات یکی از حقوق بنیادین بشری محسوب می‌شود و دولت‌ها مکلف هستند که اقدامات عملی را در زمینه از بین بردن سوءتغذیه و بیماری‌های واگیردار با هدف افزایش امید به زندگی انجام دهند (۹).

لازم به ذکر است که در حوزه اتحادیه اروپا، علی‌رغم اینکه کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر به صورت مستقیم حق بر سلامت را تضمین نکرده است، اما دادگاه اروپایی حقوق بشر با در نظر گرفتن ادعاهای راجع به نقض حق حیات (موضوع ماده ۲ کنوانسیون) ارتباط حق بر سلامت و خدمات راجع به این حق را با حق حیات مورد تأکید قرار داده است. از نظر دادگاه، در شرایط خاص مانند عدم دسترسی به مراقبت‌های پزشکی یا محدودیت دسترسی به داروها ممکن است مفاد ماده ۲ کنوانسیون و سایر مقررات نقض شوند. در چندین قضیه، دادگاه اروپایی حقوق بشر نقض حق حیات را به

از اساسنامه مزبور که هدف سازمان را بیان می‌کند، تصریح شده است که دستیابی به بالاترین سطح ممکن برای سلامتی توسط همه مردم، هدف اصلی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. رویکرد مشابهی در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ذیل ماده ۱۲ اتخاذ شده است؛ ماده مزبور مقرر می‌دارد: ۱- دولت‌های طرف این میثاق حق هرکس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الوصول به رسمیت می‌شناسند. ۲- تدابیری که دولت‌های طرف این میثاق برای استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد. شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود. الف- تقلیل میزان مرده متولدشدگان و مرگ و میر کودکان و تأمین رشد سالم آنان. ب- بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات. ج- پیش‌گیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر - بومی - حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها. د- ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلا به بیماری.

این ماده به عنوان معتبرترین تعریف از حق بر سلامت محسوب می‌شود که شامل مراقبت‌های بهداشتی به موقع و مناسب است. این ماده همچنین عوامل تعیین‌کننده سلامتی از جمله دسترسی به آب سالم و آشامیدنی، خدمات بهداشتی مناسب، مسکن، شرایط شغلی و محیط سالم را نیز در نظر می‌گیرد (۷). کلیه عواملی که در ماده ۱۲ مورد اشاره قرار گرفته‌اند، از اهمیت قابل توجهی برخوردار هستند. حق دستیابی به بالاترین سطح استاندارد سلامت و دسترسی به امکانات برای درمان بیماری در سایر اسناد جهانی مانند کنوانسیون حقوق کودک، کنوانسیون بین‌المللی حمایت از حقوق کلیه کارگران مهاجر و اعضای خانواده‌های آنها، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان و کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض نژادی مورد اشاره و تأکید قرار گرفته است.

این حق در اسناد منطقه‌ای نیز حقوق بشر از جمله، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، منشور عربی حقوق بشر و پروتکل آمریکایی سانسالوادور مورد شناسایی قرار گرفته است.

دلیل شرایط بد بیمارستان و یا شرایط بد درمان و مراقبت‌های نامناسب از افراد کهنسال، مورد پذیرش قرار داده است. برای مثال در قضیه دودوف علیه بلغارستان راجع به ناپدید شدن بیمار مبتلا به آلزایمر از خانه سالمندان، دادگاه اظهار داشت که نقض حق حیات موضوع ماده ۲ در رابطه با حق بر دادرسی عادلانه که در ماده ۶ مورد تصریح قرار داده است، رخ داده است. به بیان ساده‌تر، به واسطه نقض حق بر دادرسی عادلانه، در واقع حق حیات خواهان نقض شده است (۱۰). مع الوصف، با توجه به ویژگی مترقی بودن تعهدات دولت‌ها در حوزه اجتماعی، دادگاه در آراء خود این واقعیت را مدنظر قرار می‌دهد که تضمین سطح مراقبت‌های پزشکی از جمله سطح دسترسی به داروها و روش‌های درمانی، به توانایی مالی کشورها بستگی دارد (۱۱). در واقع باید دقت داشت که، به دلیل تفاوت‌های زیادی که در سطح توانمندی مالی دولت‌ها وجود دارد، تفاسیر مختلفی از حق بر سلامت در سراسر جهان ارائه می‌شود.

نکته‌ای که نباید از نظر دور داشت این است که، مفهوم حق بر سلامت، صرفاً یکی از مصادیق حقوق بشری محسوب نمی‌شود، بلکه این مفهوم را باید به عنوان مجموعه‌ای از حقوق و آزادی‌ها تفسیر نمود که توسط دولت‌ها تضمین شده است تا هر انسانی بتواند از بالاترین سطح استاندارد سلامت جسمی و روحی بهره‌مند شود. این مسئله شامل مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا و شرایط زندگی سالم است. همچنین این حق دارای جنبه‌های سیاسی مانند مشارکت در تصمیم‌گیری راجع به سیاست‌های حوزه سلامت نیز می‌باشد. با این تفاسیر، مفهوم حق بر سلامت رابطه نزدیک با شهروندی فعال اجتماعی دارد (۱۲).

۵-۲. تفسیر تعهدات جهانی

پذیرش حق بر سلامت در قالب ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از سوی بسیاری از دولت‌ها (بدون اعمال حق شرط نسبت به مفاد ماده مزبور) نشان از پذیرش این حق در سطح جهانی دارد. علی‌رغم اینکه هیچ معاهده جهانی در ارتباط با حقوق افراد کهنسال وجود ندارد،

اما مفاد ماده ۱۲ میثاق می‌تواند به عنوان ابزاری اساسی برای حمایت از حق بر سلامت این افراد محسوب شود. متن میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به صورت بسیار مبهم و کلی طراحی شده است. این ویژگی موجب شده است که تفاسیر مختلفی از متن میثاق مزبور ارائه شود. از طرفی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که توسط شورای اقتصادی و اجتماعی ملل متحد برای نظارت بر گزارش‌های دولت‌های عضو در ارتباط با حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تأسیس شده است در راستای انجام وظیفه نظارتی خود، به تفسیر مقررات میثاق نیز می‌پردازد (۱۳). این کمیته پس از بررسی گزارش‌های دولت‌های عضو، پیشنهادات و توصیه‌هایی را تحت عنوان «نتیجه مشاهدات» ارائه می‌کند. کمیته در ضمن پیشنهادات و توصیه‌های مزبور، معنای مقررات میثاق را در حوزه‌های مختلف بیان می‌کند. گاهی اوقات، زمانی که رویه کمیته به قدر کفایت مورد جرح و تعدیل و توسعه قرار می‌گیرد (۱۴)، کمیته اقدام به تدوین گزارش‌هایی تحت عنوان «دیدگاه‌های عمومی» می‌کند که هدف آن‌ها روشن‌ساختن معنا و محتوای برخی از مصادیق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد (۱۵). یافته‌ها و نتایج کار کمیته نیز به نوبه خود در دستورالعمل‌های بازنگری شده برای گزارش وضعیت حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دولت‌های عضو، منعکس می‌شوند (۱۶). «حق هرکس برای تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول» از سال ۱۹۹۳ در دستور کار کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار گرفت. در نهایت در سال ۲۰۰۰ نیز گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ راجع به این حق به تصویب رسید (۱۷). در پاراگراف اول از این سند، کمیته تأکید می‌کند که حق بر سلامتی در چهارچوب سیاست‌گذاری بهداشت و سلامت باید با در نظر گرفتن رویکرد منع تبعیض در زمینه‌های مزبور مورد توجه قرار گیرد. در نتیجه دولت‌ها مکلف هستند که به تدریج در جهت اجرای کامل حقوق مندرج در میثاق حرکت کنند. به بیان ساده‌تر، وظیفه دولت، اقدام مداوم است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ارتباط با تعهدات ناشی از ماده ۱۲

بودن؛ ۴- دسترسی به اطلاعات (۲۲). مقصود از قابل پذیرش بودن این است که، کلیه امکانات و خدمات بهداشتی باید از نظر اخلاق پزشکی توأم با احترام باشند و در عین حال باید از نظر فرهنگ حاکم بر جامعه هدف نیز مناسب باشند. در نهایت مقصود از با کیفیت بودن این است که، امکانات و خدمات بهداشتی علاوه بر این که باید از حیث فرهنگی قابل قبول باشند، باید از نظر علمی و پزشکی نیز مناسب و با کیفیت باشند (۲۳).

۵-۶. قابلیت اعمال اسناد عام برای سالمندان

پرسشی که در این قسمت به دنبال پاسخ به آن هستیم این است که سالمندان چگونه تحت پوشش حق بر سلامت مندرج در معاهدات حقوق بشری می‌شوند که حقوق همه ابناء انسانی را تضمین می‌کنند؟ عدم تبعیض یکی از معیارهای بنیادینی است که کمیته اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر بسیاری از مصادیق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به ویژه در تفسیر ماده ۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد تأکید قرار داده است، در نتیجه دسترسی مساوی برای همه یا عدم تبعیض اصلی‌ترین وظیفه‌ای است که دولت‌ها بر عهده دارند (۲۴). بنابراین در نگاه اول چنین به نظر می‌رسد که سؤال فوق بی‌معنا است؛ زیرا سالمندان نیز به عنوان یکی از دسته‌های ابناء انسانی محسوب می‌شوند. اما باید دقت داشت که رفتار یکسان همیشه به برابری واقعی منجر نمی‌شود، زیرا گروه‌های مختلف اجتماعی، نیازهای خاص خود را دارند. برای مثال، گزارشگر ویژه ملل متحد در ارتباط با حق همه افراد در تمتع از بالاترین سطح سلامت جسمی و روانی اظهار داشت که افراد کهنسال به دلیل موقعیت مکانی خدمات یا محدودیت‌های تحرک جسمی، ممکن است نتوانند از خدمات بهداشتی و درمانی بهره‌مند شوند. همچنین با توجه به محدودیت‌های احتمالی در ارتباط با ارائه اطلاعات و درک آنها توسط سالمندان و در نتیجه عدم امکان اتخاذ تصمیم درست از سوی این افراد، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی صحیح نیز ممکن است در ارتباط با آنها، محدود یا با مانع مواجه شود (۲۵).

میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، سه نوع تعهد را برای دولت برشمرده است که عبارتند از: تعهد به احترام، حفاظت و اجرا (تحقق) (۱۸).

مقصود از احترام به حق سلامت این است که دولت‌ها دسترسی همه افراد فارغ از جنس، نژاد، رنگ و وضعیت سیاسی - اجتماعی - حقوقی، از جمله زندانیان، افراد تحت بازداشت، اقلیت‌ها، پناهمجویان یا حتی مهاجران غیرقانونی را به خدمات بهداشتی پیش‌گیرانه، درمانی و تسکین‌بخش، منع یا محدود نکنند (۱۷).

مقصود از تعهد به حفاظت این است که، دولت‌ها باید تدابیر لازم (از جمله تصویب قوانین و...) را برای دسترسی مساوی به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات مرتبط با سلامتی که توسط اشخاص و مؤسسات مختلف ارائه می‌شود، اتخاذ کنند. به تعبیری، در این راستا، دولت‌ها باید اطمینان حاصل کنند که خصوصی‌سازی بخش بهداشت و سلامت، تهدیدی برای در دسترس بودن و کیفیت خدمات بهداشتی نیست (۱۹).

سومین تعهدی که در ماده ۱۲ میثاق وجود دارد، تعهد به اجرا (تحقق) است. در بندهای ۳۶ و ۳۷ از دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ مصادیقی از تعهد به اجرا بیان شده است. به عنوان مثال، دولت‌ها باید سیاست ملی سلامت که متضمن برنامه‌ریزی دقیق برای تحقق حق بر سلامت با هدف ارتقای مؤثر نظام سلامت باشد، را به تصویب برسانند (۲۰).

در واقع هر کدام از تعهدات فوق که نقض شود، در واقع حق بر سلامت نقض گردیده است. از طرفی نباید از نظر دور داشت که در راستای اعمال حق بر سلامت، داروها، روش‌ها و خدمات درمانی باید دارای چهار ویژگی بسیار مهم، یعنی: موجود بودن، در دسترس بودن، قابل قبول بودن و داشتن کیفیت مطلوب باشند. مقصود از موجود بودن این نیست که یک دولت باید خدمات بهداشتی کامل و مناسب را برای تمام مردم در تمام اعم از نقاط دورافتاده، روستایی و شهری فراهم کنند، بلکه این وضعیت صرفاً به عنوان یک افق و هدف نهایی قابل پذیرش است (۲۱). مقصود از در دسترس بودن، وجود چهار عنصر مهم می‌باشد که عبارتند از: ۱- عدم تبعیض؛ ۲- دسترسی فیزیکی؛ ۳- دسترسی اقتصادی یا مقرون به صرفه

مزمّن به نظر می‌رسد. همچنین، برخورد تبعیض‌آمیز کارکنان بخش سلامت و درمان نسبت به سالمندان می‌تواند ارتباط دقیق با بیمار را تضعیف کند که همین امر می‌تواند اثر مستقیمی بر کاهش دقت تشخیص و کیفیت درمان داشته باشد. بنابراین، گزارشگر از دولت‌ها می‌خواهد که با پرهیز از اقدامات و رفتارهای تبعیض‌آمیز، از سالمندان در برابر وضعیت مزبور حمایت کنند تا حق بر سلامت آنها به نحو احسن تضمین و اجرا شود (۲۵).

مع‌الوصف، به نظر می‌رسد که حقوق بین‌الملل در رابطه با ممنوعیت تبعیض بر اساس سن، از جمله وضعیت کهنسالی، غیردقیق و مبهم است. در اعلامیه جهانی حقوق بشر، ذیل ماده ۲ بیان شده است که، «هرکس می‌تواند بدون هیچ‌گونه تمایزی، به ویژه از حیث نژاد، رنگ، جنس، زبان، دین، عقیده سیاسی یا هر عقیده دیگر، و همچنین منشأ ملی یا اجتماعی، ثروت، ولادت یا هر وضعیت دیگر، از تمام حقوق و همه آزادی‌های ذکر شده در این اعلامیه بهره‌مند گردد». همین عبارت‌پردازی در هر دو میثاق حقوق مدنی و سیاسی و همچنین میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وجود دارد. به نظر می‌رسد که عبارت «یا هر وضعیت دیگر» را می‌توان به عنوان زمینه‌ای برای منع تبعیض سنی در نظر گرفت. گزارش نظرات عمومی شماره ۶ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که در سال ۱۹۹۵ منتشر شد، در ارتباط با این فرضیه، رویکرد خاصی مطرح نکرد. اما ۱۴ سال بعد، زمانی که کمیته به بررسی قلمروی بند ۲ از ماده ۲ میثاق پرداخت، در گزارش نظرات عمومی شماره ۲۰ صراحتاً، تبعیض بر اساس سن را به عنوان یکی از مصادیق «وضعیت‌های دیگر» قلمداد کرد. البته نباید از نظر دور داشت که کمیته در مورد تبعیض بر اساس سن، به حق بر سلامت اشاره‌ای نداشت، بلکه صرفاً مشکلات ناشی از وضعیت اقتصادی افراد کهنسال را بیان نمود (۲۶). البته در گزارش نظرات عمومی شماره ۱۴ در مورد حق بر سلامت، این نکته مورد تأکید قرار گرفته است که دولت‌ها باید در ارتباط با گروه‌های آسیب‌پذیر، بدون تبعیض عمل کنند. بدون تردید، بسته به

همسان بودن درمان برای همه به معنای همسان بودن دسترسی به حقوق بشر نیست. در واقع مفهوم ارسطویی برابری (با موارد مشابه باید به صورت مشابه رفتار کرد و با موارد متفاوت به صورت متفاوت) دائماً در حال تغییر است. به همین دلیل است که جامعه جهانی برای تضمین حمایت از زنان، کودکان، معلولان، مهاجران، اقلیتها و سایر گروه‌های اجتماعی، معاهداتی مستقل به تصویب می‌رساند. همانطور که پیشتر اشاره کردیم، یک معاهده مستقل برای حمایت از سالمندان وجود ندارد. کارگروه کهنسالی ملل متحد در ارتباط با این موضوع فعالیت خود را آغاز کرده است اما در حال حاضر، حصول توافق در این زمینه بسیار دشوار است.

پرسشی که در ابتدا باید به آن پاسخ داده شود این است که، آیا تصویب یک معاهده مستقل برای سالمندان به معنای ضعیف، کم‌توان و آسیب‌پذیر قلمداد کردن این قشر از جامعه نیست؟ همچنین یکی دیگر از موانع موجود، فقدان اتفاق نظر برای ارائه معیار کهنسالی می‌باشد. شروع فرآیند کهنسالی، به بسیاری از عوامل اجتماعی و اقتصادی و همچنین احساس ذهنی پیر بودن بستگی دارد. از طرف دیگر، همه چیز بستگی دارد به راه‌حلی که دارد که جامعه جهانی به آنها رسیده است. به زعم بسیاری از نویسندگان، هنوز هم تعریف کهنسالی برای تدوین استانداردهای بین‌المللی ضروری نیست. به نظر می‌رسد در ارتباط با سالمندان نیز می‌توان از الگوی کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت استفاده کرد. به بیان ساده‌تر، به جای اینکه به دنبال تعیین یک سن خاص برای کهنسالی باشیم، باید بر رفع موانع مربوط به کهنسالی متمرکز شد تا تمتع کامل و برابر از کلیه مصادیق حقوق بشری حاصل شود. با توجه به آنچه بیان شد حق بر سلامت سالمندان را باید در مقررات بین‌المللی حقوق بشر جست‌وجو کرد.

۵-۶-۱. عدم تبعیض

گزارشگر ملل متحد در مورد حق همه افراد برای تمتع از بالاترین سطح استاندارد سلامت جسمی و روانی، اظهار داشت که، تبعیض سنی سالمندان به عنوان یک مانع مهم در دسترسی به مراقبت‌های اولیه و پیش‌گیری از بیماری‌های

شرایط، افراد کهنسال می‌توانند به عنوان یکی از مصادیق گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب شوند.

کمیته حقوق بشر نیز در این زمینه تحول مشابهی را پشت سر گذاشته است. کمیته مزبور در هنگام تفسیر «عدم تبعیض» ذیل مواد ۲ و ۲۶، ابتدا تمایلی به قرار دادن معیار سن در دایره آن نداشت. رویکرد کمیته به مرور زمان منعطف شد و سرانجام تغییر نهایی در رویکرد کمیته در قضیه آلباردا و دیگران علیه اوروگوئه رخ داد. در این قضیه کمیته این عقیده را پیدا کرد که سن ممکن است یکی از مصادیق تبعیض ذیل ماده ۲۶ محسوب شود؛ البته به شرط اینکه زمینه‌های ایجاد رفتار متفاوت را فراهم کند (۲۷). در واقع به رسمیت شناختن معیار سن به عنوان مقدمه‌ای برای عدم تبعیض برای برخورداری از کلیه حقوق مدنی و سیاسی مربوط به حق بر سلامت (اعم از مستقیم یا غیرمستقیم) یک گام بسیار مهم محسوب می‌شود.

در سطح منطقه‌ای نیز معیار سن به عنوان یکی از مصادیق عدم تبعیض در نظر گرفته نشده است. در این زمینه یک استثنا در قلمرو اتحادیه اروپا وجود دارد. معاهده راجع به عملکرد اروپا و منشور حقوق بنیادین، معیار سن را به عنوان یکی از مصادیق و زمینه‌های تبعیض در نظر گرفته است. نکته دیگری که در اینجا باید به آن دقت داشت این مفاد ماده ۲۱ منشور باید در کنار مفاد ماده ۲۵ در ارتباط با احترام به حقوق سالمندان برای زندگی با کرامت، مستقل و مشارکت در امور اجتماعی و فرهنگی در نظر گرفته شود. بدون تردید یکی از مصادیق معیار «زندگی با کرامت و مستقل»، شرایط مربوط به حق بر سلامت می‌باشد.

مع الوصف، وضعیت کنوانسیون حقوق بشر آمریکایی، پروتکل سالوادور، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، منشور عربی حقوق بشر، منشور اجتماعی اروپا، مانند اسناد جهانی است. به بیان ساده‌تر، در تبیین موارد منع تبعیض، معیار سن را می‌توان ذیل عنوان کلی «وضعیت‌های دیگر» یا «وضعیت‌های مشابه» قرار داد.

با توجه به آنچه بیان شد، هیچ مانعی وجود ندارد که مقامات دولتی، دادگاه‌ها و محاکم بین‌المللی، معیار سن را به عنوان

مصادیقی از قاعده ممنوعیت تبعیض در نظر بگیرند. دادگاه اروپایی حقوق بشر زمانی که به صورت همزمان با متغیرها و مصادیق مختلف ممنوعیت تبعیض مواجه می‌شود، مثلاً تبعیض بر اساس جنس و سن به صورت همزمان در یک پرونده، تا حد امکان، معیار سن را به صورت مستقیم مدنظر قرار نمی‌دهد. همین اتفاق اخیراً در قضیه مورایس علیه پرتغال رخ داد. این قضیه در ارتباط با یک خانم ۷۰ ساله بود که مدعی بود در اثر یک عمل جراحی که در سن ۵۰ سالگی انجام داده است، به دلیل خطای پزشکی، دچار بی‌اختیاری مدفوع و ادرار و همچنین مشکل در ارتباط جنسی شده است که این عوامل نیز در نهایت باعث ایجاد افسردگی مزمن برای وی شده است. دادگاه با پنج رأی در برابر دو رأی در این زمینه به معیار تبعیض بر اساس جنسیت توجه کرد و نیازهای جنسی مردان و زنان را به یک صورت در نظر گرفت. در نتیجه به معیار تبعیض بر اساس سن توجهی نداشت. دو قاضی نیز در نظریه مخالف خود تصریح داشتند که باید میان نیازهای زنان مسن و جوان قائل به تفکیک شد، در نتیجه تبعیض بر اساس سن را مورد اشاره قرار دادند (۲۸). مع الوصف همین دیدگاه‌های مخالف به مرور زمان زمینه لازم را برای این رویکرد فراهم می‌کند که عدم تبعیض بر اساس سن همان وزن و اعتبار سایر مصادیق عدم تبعیض (مانند جنس، نژاد، رنگ و ...) را دارد.

مطالعاتی که توسط ملل متحد در مورد حق همه افراد برای تمتع از بالاترین سطح بهداشت جسمی و روانی صورت گرفته است نشان می‌دهد که زنان کهنسال اغلب از فقر بیشتری رنج می‌برند زیرا در ارتباط با آنها عموماً ترکیبی از تبعیض جنسیتی و سنی در جامعه وجود دارد (۲۵). متغیرهای مختلفی از جمله کمبود آموزش، درآمد پایین، تبعیض در دسترسی به بازار کار و... بر سلامت زنان در سنین کهنسالی تأثیر مستقیمی دارد. کمیته رفع تبعیض علیه زنان با تفسیر کنوانسیون رفع تمام اشکال تبعیض علیه زنان، یکی از توصیه‌نامه‌های مهم خود یعنی توصیه‌نامه شماره ۲۷ را به وضعیت زنان کهنسال اختصاص داده است. در این توصیه‌نامه کمیته بیان می‌دارد که در بسیاری از موارد، عدم مهارت

همین دلیل در گزارش نظرات عمومی شماره ۱۴ که در ارتباط با مفاد ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد، لزوم اتخاذ یک رویکرد یکپارچه که ترکیبی از اقدامات پیش‌گیرانه، درمانی و توانبخشی است را اعلام می‌کند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر نقش معاینات دوره‌ای و اقدامات جسمی و همچنین توانبخشی روانشناختی با هدف حفظ کارایی و استقلال افراد کهنسال تأکید می‌کند. در نهایت کمیته نیاز به توجه و مراقبت از بیمارانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند و حق آنها برای کرامت انسانی حتی در مرحله مرگ را مورد تأکید قرار می‌دهد (۳۱).

در تفسیر ماده ۱۲ میثاق، کمیته همچنین به برخی پاراگراف‌های گزارش نظرات عمومی شماره ۶ که در سال ۱۹۹۵ راجع به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی افراد کهنسال می‌باشد، اشاره دارد. در نتیجه، دولت‌ها باید لزوم سرمایه‌گذاری در ارتباط با سلامت سالمندان را در سیاست‌گذاری‌های کلان در نظر داشته باشند. این مسئله به معنای اتخاذ سیاست‌های ترویج سبک زندگی سالم و گام‌های مربوطه در زمینه پیش‌گیری از بیماری‌ها، از طریق معاینات دوره‌ای و منظم متناسب با نیازهای سالمندان است. علاوه بر این، در رابطه با توانبخشی، که نقش تعیین‌کننده‌ای در حفظ ظرفیت‌های عملکردی افراد کهنسال دارد، باید اقدامات مربوطه انجام شوند (۳۲).

گزارشگر ویژه در ارتباط با حق همه افراد برای تمتع از بالاترین سطح استاندارد سلامت جسمی و روانی، با تجزیه و تحلیل کلیه تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در ارتباط با حق بر سلامت افراد کهنسال، اقدامات کلیدی مشابهی را نیز توسط دولت‌ها انجام شده را متذکر می‌شود. از نظر گزارشگر، نهادهای تصمیم‌گیرنده دولتی که در زمینه حق بر سلامت فعالیت می‌کنند، باید پیامدهای جامعه سالخورده را کاهش دهند و از تمتع افراد کهنسال از حقوق انسانی اطمینان حاصل کنند. این امر دولت‌ها را ملزم می‌کند تا گام‌های خاصی را به عنوان بخشی از تدوین و اجرای برنامه‌های جامع بهداشتی بردارند. گام‌های مزبور شامل استراتژی‌های مختلف (اعم از استفاده از اطلاعات جدید، نوآورانه متناسب با سن و...) برای

ارتباط از راه دور، دسترسی به مسکن مناسب، خدمات اجتماعی تنهایی و انزوا، و همچنین «دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و تضمین حق بر سلامت» در بسیاری از جنبه‌های زندگی زنان کهنسال، مشکلاتی را ایجاد می‌کند (۲۹). مع‌الوصف، علی‌رغم اینکه تبعیض بر اساس سن، صراحتاً در هیچ‌کدام از اسناد بین‌المللی بیان نشده است، اما در عمل و با توجه به گزارش‌های راجع به وضعیت‌های موجود، می‌توان سن را به عنوان یکی از معیارها و مصادیق قاعده عدم تبعیض محسوب می‌شود.

مسأله «سن» اساساً یک متغیر مهمی می‌باشد که در فضای روابط اجتماعی وجود دارد و بسیاری از اعضاء جامعه به آن قائل هستند. این مسأله به بخش درمان و سلامت نیز تسری پیدا کرده است. در سال‌های اخیر تفکیک افراد بر اساس سن و نیازهای خاص هرکدام در حوزه سلامت و پزشکی تحت عنوان «سنگرایی درمانی» در ادبیات نویسندگان و متخصصان حوزه حقوق پزشکی مطرح شده است (۳۰). مع‌الوصف، عدم ارجاع به معیار سن در زمینه مقررات بهداشت و درمان به صورت صریح نشان می‌دهد که موضوع تبعیض در مورد افراد کهنسال هنوز به طور کامل مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفته است.

از طرفی، چالش‌های جدید ناشی از کهنسالی جهانی، در مجامع بین‌المللی و به طور خاص در حوزه سلامت و بهداشت، روز به روز بیشتر گسترده می‌شود. گزارشگر ویژه ملل متحد، در گزارش خود در مورد حق بر تمتع از بالاترین سطح بهداشت جسمی و روانی بر ضرورت یک رویکرد اخلاق زیستی محور برای کهنسالی تأکید می‌کند؛ زیرا افزایش سن، عملاً منتهی به معضلات اخلاقی جدیدی می‌شود که برای عبور از آنها نیاز به راهکارهای جدید می‌باشد (۲۵).

۵-۶-۲. تعهدات برای اقدامات عملی

تضمین عدم تبعیض افراد بر اساس معیار سن، اولین گام در مسیر حمایت واقعی از افراد در جهت تمتع از بالاترین سطح استاندارد جسمی و روانی است. دومین گام در این مسیر، اقدامات قانونی و عملی دولت‌ها در این زمینه می‌باشد. به

رسید. تمام این اسناد به اقداماتی اشاره دارد که باید در زمینه بهداشت و سلامت توسط دولت‌ها انجام گیرد. طرح مادرید شامل لیستی طولانی از اهداف و رهنمودهای دولت‌ها برای اقدامات مربوط به سلامتی است که در چارچوب اولویتهای به نام «پیشرفت سلامتی و بهزیستی تا کهنسالی» مطرح شده است. این چارچوب، ابزار بسیار مفیدی برای دستیابی به تمتع از بالاترین سطح سلامت جسمی و روانی محسوب می‌شود. البته عدم رعایت چهارچوب مزبور از سوی دولت‌ها به واسطه فقدان عنصر الزام‌آوری فاقد پیامدهای حقوقی برای دولت‌ها می‌باشد. تبلور این چهارچوب در قالب یک کنوانسیون بین‌المللی می‌تواند کمک فراوانی به استقرار کامل آن بنماید. این نکته در گزارش‌های کارشناسان مستقل حقوق بشر به شورای حقوق بشر مورد تأکید قرار گرفته است (۳۳، ۳۴). همچنین تأسیس کارگروه حقوق بشر افراد کهنسال در سال ۲۰۱۰، که دستور کار آنها تهیه پیش‌نویس معاهده بود، انتظار مشخصی از اقدامات بعدی در این زمینه را ارائه می‌کند.

در این میان، دو سند الزام‌آور در سطح منطقه‌ای در زمینه حقوق سالمندان وجود دارد. اولین آنها کنوانسیون درون آمریکایی حمایت از حقوق بشر افراد سالمند است که در ۱۱ ژانویه ۲۰۱۷ به اجرا درآمده است. ماده ۴ این کنوانسیون شامل طیف وسیعی از رفتارهای دولت‌ها در ارتباط با افراد سالمند می‌باشد. مسائل بهداشت و سلامت در مواد ۱۱ و ۱۲ گنجانده شده است. اولین مورد به حق رضایت آزادانه و آگاهانه در مورد مسائل بهداشتی اشاره دارد. دولت‌ها موظف هستند با تهیه و اجرای سازوکارهای مناسب و مؤثر جهت جلوگیری از سوءاستفاده از این حق، اطمینان حاصل کرده و ظرفیت افراد سالمند را برای درک روش‌ها و راه‌های درمانی موجود و خطرات و مزایای آن تقویت کنند. کلیه اطلاعات باید به موقع، بدون تبعیض و به شکل قابل دسترس و قابل فهم ارائه شوند.

ماده ۱۲ کنوانسیون به افراد سالمندی که تحت مراقبت طولانی مدت قرار دارند، اختصاص یافته است. دولت‌ها برای دستیابی به اهداف مندرج در ماده ۱۱ و ۱۲ اقدامات ذیل را باید انجام دهند: طراحی و ارائه کمک‌های لازم برای خانواده‌ها

اطمینان از دسترسی افراد مسن به کالاهای خدمات و مراقبت‌های راجع به حق بر سلامت می‌باشد. در نتیجه، دولت‌ها باید منابع بیشتری را برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی سالمندان، آموزش کارکنان بخش درمان برای مقابله با مسائل خاص بهداشتی مرتبط با کهولت سن و بهبود ارتباطات میان متخصص‌ها و شخصی‌سازی مراقبت‌ها، اختصاص دهند. به بیان ساده‌تر، باید تمرکز را از «درمان» به «مراقبت» تغییر داد (۲۵).

شایان ذکر است که کمیته رفع تبعیض علیه زنان در راستای تفسیر مواد ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۵ کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان این رویکرد را اتخاذ نموده است که سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی باید متناسب با نیازهای جسمی، روحی، عاطفی زنان سالمند باید باشد و اوضاع اجتماعی زنان سالمند، معلول، و اقلیت‌ها به طور خاص مدنظر قرار گیرد (۲۹). همچنین ماده ۲۵ کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت نیز دولت‌ها موظف به اتخاذ تصمیماتی برای اقدامات عملی می‌کند. به موجب این کنوانسیون، دولت‌ها مکلفند کلیه اقدامات مناسب جهت اطمینان از دسترسی به خدمات بهداشتی و توانبخشی را با تأکید بر معیار «سن»، انجام دهند. در واقع افراد سالمندی که دارای معلولیت هستند، صراحتاً به عنوان ذی‌نفع مستقیم در ارائه خدمات برای کاهش و پیش‌گیری از معلولیت‌های بیشتر معرفی می‌شوند.

۵-۷. حقوق اختصاصی

پیش‌تر بیان شد که هیچ‌گونه سند الزام‌آور بین‌المللی درباره حقوق افراد کهنسال وجود ندارد. این خلاء از طریق اسناد غیرالزام‌آور مانند برنامه اقدام بین‌المللی وین مورخ ۱۹۸۲ برای سالخوردگی و اصول ملل متحد برای افراد سالمند مورخ ۱۹۹۱ برطرف می‌شود. آخرین و جامع‌ترین سند در این زمینه بیانیه سیاسی و برنامه اقدام بین‌المللی مادرید راجع به کهنسالی می‌باشد که در دومین مجمع جهانی کهنسالی در آوریل ۲۰۰۲ نهایی و از جانب مجمع عمومی ملل متحد ضمن قطعنامه شماره ۵۷/۱۶۷ مورخ ۱۸ دسامبر ۲۰۰۲ به تصویب

و کسانی که از سالمندان نگهداری می‌کنند؛ توسعه یک سیستم مراقبت جامع؛ طراحی مکانیزمی برای اطمینان از احترام به تصمیمات آزادانه افراد سالمند در مورد درمان و مراقبت از آنها؛ آموزش و تأمین پرسنل متخصص؛ اطمینان از دسترسی افراد سالمند به اطلاعات راجع به سوابق خود؛ ارتقاء دسترسی به رسانه و منابع مختلف اطلاعاتی؛ جلوگیری از دخالت‌های خودسرانه یا غیرقانونی در زندگی خصوصی آنها؛ ارتقاء تعامل افراد سالمند با خانواده و جامعه آنها.

نباید از نظر دور داشت که تمام این توصیه‌ها بدون وجود یک سازوکار نظارتی، صرفاً تعهدات ظاهری محسوب می‌شوند که هیچ فایده عملی نخواهد داشت. به همین دلیل مکانیزم پیگیری ایجاد شد. کنفرانس کشورهای عضو کنوانسیون و کمیته کارشناسان، اقدامات دولت‌ها را نظارت و کنترل می‌کند و توصیه‌هایی به آنها ارائه می‌کند. این کنوانسیون همچنین فرآیندی را برای طرح شکایات افراد حقیقی پیش‌بینی کرده است که توسط کمیسیون درون آمریکایی حقوق بشر بررسی و عملیاتی می‌شود. همچنین دادگاه درون آمریکایی حقوق بشر نیز صلاحیت ارائه تفسیر برای مفاد کنوانسیون را دارد (۳۵).

دومین سند الزام‌آوری که اخیراً به تصویب رسیده است، پروتکل منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم در مورد حقوق افراد سالمند است که در ۳۱ ژانویه ۲۰۱۶ به تصویب رسید. در مقایسه با کنوانسیون آمریکایی، به نظر می‌رسد که این کنوانسیون در ارتباط با دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و تعهدات دولت‌ها، واقع‌بینانه‌تر و البته به صورت کلی طراحی شده است. ماده ۱۵ این پروتکل دولت‌ها را ملزم می‌کند که حقوق افراد سالمند را برای دسترسی به خدمات بهداشتی که نیازهای خاص آنها رفع می‌کند، تضمین کند. همچنین دولت‌ها مکلف هستند که اقدامات مقتضی برای تسهیل دسترسی سالمندان به خدمات بهداشتی و درمانی را انجام دهند. مکانیزم کنترلی که در این معاهده در نظر گرفته شده است بسیار محدود می‌باشد. اساس این مکانیزم بر پایه گزارش‌هایی می‌باشد که از طرف دولت‌های عضو به کمیسیون حقوق بشر و مردم آفریقا ارسال می‌شود (۳۶).

نکته جالب توجه این است که در اروپا هیچ معاهده‌ای مشابه با آمریکا و آفریقا وجود ندارد. راهکار اروپا توسل به اسناد غیرالزام‌آور با تأکید بر برخی جنبه‌های خاص سالمندی و مشکلات خاص سالمندان می‌باشد. مع الوصف، جدیدترین مهمترین سند مربوط به سالمندان، توصیه‌نامه کمیته وزیران به دولت‌های عضو در مورد ارتقاء حقوق بشر افراد سالمند است (۳۷). پیش‌فرض توصیه‌نامه مزبور این است که افراد سالمند باید از حقوق و آزادی‌های اساسی به صوت برابر با سایر افراد جامعه برخوردار شوند. هدف اصلی از این توصیه‌نامه، از بین بردن موانعی است که مانع از تمتع افراد سالمند از حقوق خود می‌شود.

این توصیه‌نامه شامل اصول کلی مراقبت‌های بهداشتی است که دسترسی و کیفیت مراقبت‌های مزبور را مورد اشاره قرار می‌دهد. یکی از اصولی که در این توصیه‌نامه مورد تأکید قرار گرفته، این است که سالمندان باید بتوانند تا حد امکان در خانه‌های خود بمانند، بنابراین خدمات موردنظر باید در سطح جامعه وجود داشته باشد. اصل دیگر، ترویج رویکرد چند بعدی در زمینه بهداشت و درمان و افزایش همکاری در بین بازیگران این حوزه می‌باشد. این توصیه‌نامه بر وظایف ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی برای حفاظت از اطلاعات حساس و شخصی افراد سالمند و حفظ حریم خصوصی آنها تأکید می‌کند. در نهایت، این توصیه‌نامه، یک لیست طولانی از اقداماتی که باید توسط دولت‌ها در ارتباط با رضایت و مراقبت‌های پزشکی انجام شود را ارائه می‌کند. این توصیه‌نامه به تمام مصادیق و طبقات حقوق سالمندان اشاره دارد، در نتیجه مقررات راجع به حق بر سلامت در آن تقریباً محدود است (۳۸).

در سال ۲۰۱۷ مجمع پارلمانی شورای اروپا قطعنامه شماره ۲۱۶۸ را تحت عنوان «حقوق بشر سالمندان و مراقبت‌های همه‌جانبه از آنها» به تصویب رساند. این قطعنامه متضمن تدابیری است که دولت‌ها باید با هدف مبارزه با سالمندی، بهبود مراقبت از افراد سالمند و جلوگیری از محرومیت اجتماعی آنها انجام دهند. در این قطعنامه از دولت‌ها خواسته شده است که: از در دسترس بودن، مقرون به صرفه بودن

۶. نتیجه گیری

حقوق بشر در ارتباط با حق بر سلامتی در سنین سالمندی یکی از موضوعات حقوق بین الملل محسوب می شود. مع الوصف، تحولات حقوق بین الملل در این زمینه مطابق با نیازهای روز دنیا نیست. تلفیق هنجارهای حقوق بشر بین المللی با حقوق افراد سالمند در فضای حق بر سلامتی، بنا به دلایل مختلف دارای پیچیدگی های خاصی می باشد. اول اینکه مفهوم «سالمندی» در کشورها و قاره های مختلف، متفاوت است. در واقع کهولت سن ممکن است در لحظات مختلف طول عمر انسان رخ دهد و این بستگی به ویژگی های فردی خاص، وضعیت اقتصادی و موقعیت مکانی افراد دارد. از یک سو، حق بر سلامت، یک مفهوم چالشی و گسترده می باشد، از سوی دیگر، الزام به دستیابی به بالاترین سطح سلامتی که در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد تأکید قرار گرفته است، هدف و تعهد منجزی برای دولت ها ایجاد نمی کند. دولت ها باید تدابیری اتخاذ کنند، اما نباید از نظر دور داشت که فقدان تعهد منجز، در عمل ممکن است به این نتیجه منتهی شود که برخی دولت ها هیچگاه به هدف اصلی دست پیدا نکنند. نکته دیگر اینکه، معیار «سالم بودن» در حالت سالمندی با سایر مراحل زندگی متفاوت است و در نتیجه، در بسیاری از شرایط، تفکیک تدابیری که دولت ها باید ارتباط با سلامت افراد سالمند و عادی اتخاذ کنند، غیرممکن می شود. در نقطه مقابل این ابهامات و نواقص، جامعه بین المللی نشانه های کاملاً واضحی را در راستای نیاز به واقعی ساختن و اجرای حقوق سالمندان ارائه کرده است. تدوین بسیاری از اسناد غیرالزام آور و تصویب دو معاهده منطقه ای بر ضرورت حمایت ویژه از سالمندان تأکید دارد؛ دقیقاً همانطور که این مسئله در ارتباط با کودکان، زنان و معلولان نیز اتفاق افتاده است. وجود یک معاهده بین المللی می تواند وضعیت سالمندان را در مقابل سایر اقشار آسیب پذیر متعادل تر کند. بدیهی است که این انتظار در فضای جامعه بین المللی وجود دارد که یک سند بین المللی به عنوان یک راهکار جهانی به تصویب برسد، زیرا قسمت قابل توجهی از جهان، فاقد اسناد الزام آور و غیرالزام آور در ارتباط با حقوق سالمندان می باشد.

مراقبت های بهداشتی برای سالمندان اطمینان حاصل کنند؛ خدمات بهداشتی و مراقبت های اجتماعی برای سالمندان را به صورت توأمان ارائه دهند؛ از آموزش کافی متخصصان مراقبت های بهداشتی سالمندان و تأسیس مراکز نگهداری از آنها در نقاط مختلف کشور اطمینان حاصل کنند؛ منشور حقوق افراد سالمند را در مراکز درمانی و مراقبتی به تصویب برسانند؛ بر مؤسسات درمانی و مراقبتی نظارت کامل داشته باشند؛ از ارائه کمک و پشتیبانی مناسب برای سالمندان در منزل اطمینان حاصل کنند (۳۹).

در سه قاره آمریکا، اروپا و آفریقا، سه رویکرد متفاوت در ارتباط با حقوق افراد سالمند اتخاذ شده است. در میان این رویکردها، به نظر می رسد که رویکرد دولت های اروپایی واقع بینانه و عملی می باشد. در اروپا با توسل به اسناد و راهکارهای غیرالزام آور سعی در ایجاد همگامی و وحدت رویه در فضای روابط تابعان و بازیگران وجود دارد. به همین دلیل است که تعهدات غیرالزام آور به صورت «دقیق» و «جزیی» برای دولت ها تعریف شده است. در زمینه حقوق سالمندان، اجماع و توافق به سختی میان دولت ها ایجاد می شود. به همین دلیل است که تلاش های دولت های آفریقایی و آمریکایی در فضای فعلی روابط بین المللی جایگاه ویژه ای دارد. نباید از نظر دور داشت که پروتکل آفریقایی هنوز از جانب هیچ دولتی به تصویب نرسیده است و کنوانسیون آمریکایی نیز صرفاً از جانب دو دولت به تصویب رسیده است. طراحی و ارائه معاهدات بین المللی و عدم اقبال اعضاء جامعه بین المللی به آن، خطراتی به مراتب بیشتر از فقدان سند بین المللی ایجاد می کند. زیرا در عمل دولت ها به بهانه فقدان یک تعهد لازم الاجرای بین المللی، حتی انگیزه و تمایلی برای حرکت در جهت ایجاد وحدت رویه نیز پیدا نمی کنند. در واقع عدم تصویب چنین اسنادی از سوی دولت ها، در عمل ممکن است چنین تصویری را ایجاد کند که موضوعات مندرج در اسناد مزبور از اهمیت کمی در فضای روابط بین الملل برخوردار هستند.

۷. تقدیر و تشکر

از تمام عزیزانی که در تهیه و تدوین این مقاله مساعدت و همکاری نمودند تقدیر و تشکر می‌کنم.

۸. سهم نویسندگان

کلیه نویسندگان به صورت برابر در تهیه و تدوین پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

۹. تضاد منافع

در این مقاله هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

چنین معاهده‌ای باید به صورت انحصاری به وضعیت سالمندان پردازد و حاوی هنجارهایی باشد که دولت‌ها را ملزم به اتخاذ یک رویکرد مبتنی بر حقوق بشر و اتخاذ تدابیری در تمام زمینه‌های زندگی از جمله حوزه سلامت کند. این معاهده منطقاً حق بر سلامت جدیدی را برای سالمندان ایجاد نمی‌کند، زیرا این حق پیش‌تر برای این قشر به رسمیت شناخته شده است؛ در واقع دولت‌ها باید ملزم به برداشتن گام‌هایی در جهت رفع موانع تمتع سالمندان از حق بر سلامت باشند. ممکن است این چالش مطرح شود که با توجه به گستردگی بسیار زیاد حق بر سلامت، آیا شناسایی موانع فوق‌الذکر امکان‌پذیر است؟ به نظر می‌رسد با استفاده از تجاربی که در گذشته به دست آمده است در ارتباط با حق بر سلامت سایر اقشار آسیب‌پذیر مانند کودکان، زنان و معلولان، می‌توان قسمت زیادی از موانع تمتع سالمندان از حق بر سلامت را شناسایی نمود. زیرا در ارتباط با اقشار مزبور اساساً بازیگران دولتی و غیردولتی بررسی‌ها و مطالعات بسیار گسترده‌ای را در طول چند دهه انجام داده‌اند که نتایج آن می‌تواند کمک شایانی به شناسایی موانع تمتع سالمندان از حق بر سلامت کند. نباید از نظر دور داشت که یک معاهده خوب در این زمینه باید یک وظیفه را برای دولت تعریف کند که همان بررسی و شناسایی موانع تمتع سالمندان از حق بر سلامت در همان کشور است. زیرا در هر کشوری بسته به شرایط متفاوت سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و... موانع متفاوتی ممکن است وجود داشته باشد که هر کدام به اعمال پیش‌گیرانه متفاوتی نیاز داشته باشند. مع‌الوصف، طراحی و تصویب یک معاهده بین‌المللی، یک موضوع مربوط با آینده است، در حال حاضر برای وضعیت حق بر سلامت سالمندان باید به تفسیر هنجارهای موجود پرداخت. همچنین باید دائماً بر این نکته تأکید داشته باشیم که تبعیض بر اساس معیار سن در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، توانبخشی، درمان‌های مدرن، داروسازی و اطلاعات مربوط به حوزه بهداشت، شرایط نامناسب زندگی، در چهارچوب حقوق بشر بین‌المللی، حق سالمندان در تمتع از بالاترین سطح سلامت جسمی و روانی را نقض می‌کند.

References:

1. Yamin AE. The right to health under international law and its relevance to the United States. *American Journal of Public Health*. 2005;95(7):1156-61.
2. Heymann J, Cassola A, Raub A, Mishra L. Constitutional rights to health, public health and medical care: The status of health protections in 191 countries. *Global Public Health*. 2013;8(6):639-53.
3. Mikołajczyk B. International law and ageism. *Polish Yearbook of International Law*. 2015;35(1):47-82.
4. Nordenfelt L. The Concept of Dignity. In: Nordenfelt L. *Dignity in Care for Older People*. London: Wiley-Blackwell; 2009.
5. Heymann J, Sprague A, Raub A. *Advancing Equality: How Constitutional Rights Can Make a Difference Worldwide*. California: University of California Press; 2020.
6. Erk C. *Health, Rights and Dignity: Philosophical Reflections on an Alleged Human Right*. Frankfurt: Ontos Verlag; 2011.
7. Baer B, Bhushan A, Taleb HA, Vasquez J, Thomas R. The right to health of older people. *The Gerontologist*. 2016;56(2):S206-S17.
8. Fredman S. *Comparative Human Rights Law*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
9. Rietiker D. Between Prosperity and Destruction: A Modern Interpretation of the Right to Peaceful Use of Nuclear Energy in Light of the Protection of Human Rights and Future Generations. In: Fleck D, Black-Branch J. *Nuclear Non-Proliferation in International Law-Volume III*. London: T.M.C. Asser Press; 2016.
10. European Court of Human Rights. *Dodov V. Bulgaria, Application No. 59548/00, Judgement of 17 January 2017*. Available at: <https://hudoc.echr.coe.int/>. 2008.
11. Dieterlen P. Taking Economic and Social Rights Seriously: A Way to Fight against Poverty. In: Pogge T. *Freedom from Poverty as a Human Right: Theory and Politics*. New York: UNESCO; 2009.
12. Giancesini G. Family patterns of change in Italy: Challenges, conflicts, policies, and practices. In: Robila M. *Handbook of family policies across the globe*. New York: Springer; 2013.
13. Alston P. Out of the abyss: the challenges confronting the new un committee on economic, social and cultural rights. *Human Rights Quarterly*. 1987;9(1):332-81.
14. Riedel E. New Bearings to the State Reporting Procedure: Practical Ways to Operationalize Economic, Social and Cultural Rights -the Example of the Right to Health-. In: Schorlemer S. *Praxishandbuch UNO*. Berlin: Springer; 2003.
15. Pinto M, Sigal M. Influence of the ICESCR in Latin America. In: Moeckli D, Keller H. *The Human Rights Covenants at 50*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
16. *Compilation of Guidelines on the form and Content of Reports to be Submitted by States Parties to the International Human Rights Treaties*, UN Doc. HRI/GEN/2/Rev.6. 2009.
17. General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12 ICESCR). UN Doc.E/C.12/2000. 2000:4, 34, 43.
18. Riedel E, Giacca G, Golay C. Economic, Social, and Cultural Rights in International Law. In: Riedel E, Giacca G, Golay C, editors. *Economic, Social and Cultural Rights in International Law: Contemporary Challenges*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
19. Tobin J. *The UN Convention on the Rights of the Child: A commentary*. Oxford: Oxford University Press; 2019.
20. Meier BM, Cronk R, Luh J, Bartram J, de Albuquerque C. Monitoring the progressive realization of the human rights to water and sanitation: Frontier analysis as a basis to enhance human rights accountability. In: Conca K, Weinthal E. *The Oxford Handbook of Water Politics and Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
21. Statement by the Committee on the evaluation of the obligation to take steps to the "maximum available resources" under an Optional Protocol to the Covenant, E/2008/22-E/C.12/2007/3, annex.VIII. 2008.
22. Asher J. *The right to health: a resource manual for NGOs*. Boston: Martinus Nijhoff Publishers; 2010.
23. CESCR, General Comment No.21: The Right of Everyone to Take Part in Cultural Life (Art.15(1)(a) ICESCR), UN Doc.E/C.12/GC/21. 2009.
24. CESCR, General Comment No.20: Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Art.2(2) ICESCR), UN Doc.E/C.12/GC/20, annex VI. 2009.
25. United Nations General Assembly. *Thematic Study on the Realization of the Right to Health of Older Persons by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable*

- Standard of Physical and Mental Health, Anand Grover, General Assembly, 4 July 2011, A/HRC/18/37. Para. 25, 38-38, 57, 43. 2011.
26. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 20. Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Art. 2, Para. 2). E/C.12/GC/20. Para. 29. 2009.
27. Human Rights Committee. Néstor Julio Canessa Albareda et al. v. Uruguay. Communications Nos. 1637/2007, 1757/2008 and 1765/2008, Views of 24 October 2011. CCPR/C/103/D/1637/2007, 1757 and 1765/2008. Para. 9.2. 2011.
28. European Court of Human Rights. Carvalho Pinto de Sousa Morais v. Portugal, Application No. 17484/15, Judgement of 25 July 2017. Para.52. 2017.
29. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women General Recommendation No. 27 Older Women and Protection of Their Human Rights, 16 December 2010. CEDAW/C/GC/2. Para. 12. 2010.
30. Butler RN. The longevity revolution: The benefits and challenges of living a long life. New York: Public Affairs; 2009.
31. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14. The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). E/C.12/2000/4. 2000.
32. Pairman S, Tracy S, Thorogood C, Pincombe J. Midwifery: Preparation for Practice. New York: Elsevier Health Sciences; 2011.
33. Human Rights Council. Report of the Independent Expert on the Enjoyment of All Human Rights by Older Persons, Rosa Kornfeld-Matte, on Her Mission to Austria, A/HRC/30/43/Add.2. 2015.
34. Human Rights Council. Report of the Independent Expert on the Enjoyment of All Human Rights by Older Persons, Rosa Kornfeld-Matte. A/HRC/33/44. 2016.
35. Lewis B, Purser K, Mackie K. The Human Rights of Older Persons: A Human Rights-Based Approach to Elder Law. London: Springer; 2020.
36. Smith R. Core Documents on European and International Human Rights. London: Macmillan Education; 2019.
37. Council of Europe 2014. Recommendation CM/Rec 2 of the Committee of Ministers to Member States on the Promotion of Human Rights of Older Persons Adopted by the Committee of Ministers on 19 February 2014.
38. Martin C, Rodríguez-Pinzón D, Brown B. Human Rights of Older People: Universal and Regional Legal Perspectives. London: Springer; 2015.
39. Hannum H, Anaya SJ. International human rights: problems of law, policy and practice. London: Wolters Kluwer & Business; 2017.



The Iranian Association
of Medical Law

MLJ

Medical Law Journal

2021; 15(56): e46.

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



ORIGINAL ARTICLE

The Right to Health of the Elderly in the Light of the International Human Rights System

Mehri Toutounchian¹, Afshin Jafari^{2*}, Faranak Moazen³, Farid Beyranvand⁴

1. PhD in Jurisprudence and Fundamentals of Islamic Law, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Law, Faculty of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3. PhD Student in Private Law, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4. PhD in International International Law, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Received: 16 December 2020

Accepted: 23 May 2021

Published online: 25 September 2021

Keywords:

Right to Health

Human Rights Law

Global Ageing

International Obligations

* Corresponding Author:

Afshin Jafari

Address: Department of Law, Faculty of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Postal Code: 71338-94919

Telephone: 71-32354445

Email: jafari.afshin@yahoo.com

ABSTRACT

Background and Aim: The right to health for the elderly is currently one of the most important and complex issues at the international level. In the present study, the right to health of the elderly will be discussed in the light of international norms and the trends and perspectives of effective implementation of this right will be identified.

Materials and Methods: This research is of theoretical type and the research method is descriptive-analytical and the method of data collection is library and has been done by referring to documents, books and articles.

Results: Three different approaches have been adopted in relation to the rights of the elderly. Among these approaches, the approach of European governments seems to be realistic and practical. In Europe, by resorting to non-binding documents and solutions, there is an attempt to create synchronicity and unity of procedure in the space of relations between subjects and actors. That is why non-binding obligations are defined as "precise" and "partial" for governments.

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

Conclusion: It seems that the existing norms should be interpreted for the status of the right to health of the elderly. We must also constantly emphasize that age-based discrimination in access to health care, rehabilitation, modern therapies, pharmacy and health information, poor living conditions, within the framework of international human rights, it violates the right of the elderly to enjoy the highest levels of physical and mental health.

© Copyright (2018) Iranian Association of Medical law, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Toutounchian M, Jafari A, Moazen F, Beyranvand F. The Right to Health of the Elderly in the Light of the International Human Rights System. *Medical Law Journal* 2021; 15(56): e46.