

ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ
НАУЧНЫЙ ПРОГРЕСС
НАЛИЧИЕ И КАЧЕСТВО

“Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи.”

СТАТЬЯ 25, ВСЕОБЩАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА

ПРИМЕР

Мэриам 36 лет и у нее шестеро детей. Она выросла в деревне далеко от городов. Она перестала ходить в школу после окончания второго класса. Ее родители были бедными, а школа была в четырех километрах от ее родной деревни. Ее отец считал, что давать образование девочке – пустая трата времени и усилий, так как девочка должна выйти замуж, а не зарабатывать себе на жизнь.

Когда ей было 12 лет, Мэриам сделали обрезание согласно местному обычаю. В 16 лет она была отдана замуж за человека, которому было за 50. Жених заплатил ее отцу значительную сумму денег в качестве выкупа за невесту. На следующий год Мэриам родила мальчика. Ребенок был мертворожденным. Местная клиника находилась в 10 километрах от деревни и не занималась принятием родов. Муж Мэриам часто бил ее во время беременности и она решила, что ребенок родился мертвым из-за избиений. Однако ее семья и многие жители деревни считали ее виновной в том, что ребенок родился мертвым.

Мэриам не хотела заниматься сексом со своим мужем. Она боялась его и беременности. Ее муж считал, что у него есть право заниматься сексом с ней, и регулярно заставлял ее делать так, как он хочет. Мэриам не хотела опять забеременеть, но у нее не было выбора. Она ходила к местному травнику и принимала травяные

смеси, носила амулеты, но безрезультатно. У нее редко было время ходить в клинику, а когда она туда ходила из-за болезней детей, она не могла решиться заговорить с медсестрой о контрацепции. Медсестра, хотя по-видимому понимала местный диалект Мэриам, предпочитала разговаривать на доминирующем языке, на котором говорили в городах и среди образованного населения. Мэриам боялась медсестры.

Ее жизнь была длинной сагой насилия, нищеты и нужды. Мэриам боролась за то, чтобы сводить концы с концами во время нескольких беременностей и в то время, когда она растила детей. Она обрабатывала небольшой кусок земли, чтобы кормить своих детей, так как ее муж никогда не давал ей достаточно денег. Она обращалась за помощью к родителям и даже к заезжему миссионеру. Они все сказали ей слушаться своего мужа и напомнили ей о ее обязанностях перед ним и семьей.

Однажды муж обвинил Мэриам в “общении” с другим мужчиной. Он сказал, что видел, как она смеясь болтала с местным жителем деревни на рынке. Когда она ему возразила, он несколько раз ударил ее, сбил ее с ног, при этом обзывая шлюхой, и поклялся отомстить за свое бесчестие. Мэриам получила серьезную травму; она думала, что ее ребра сломаны. В течение недель

она не могла выйти из дома. У нее не было денег пойти в клинику на лечение и не было возможности туда попасть. Никто в деревне ей не помог, хотя некоторые люди думали, что ее муж зашел слишком далеко. Жена – личное дело мужа. Не имея возможности ходить на рынок торговать и обрабатывать огород, Мэриам и ее дети почти умерли с голода.

Мэриам чувствовала, что насилие будет продолжаться. Она боялась за свою жизнь и жизнь своих детей. Во сне она увидела свою смерть, и она поняла, что нужно бежать. Как только она смогла ходить, она взяла двух самых младших детей и покинула деревню. Сейчас она живет в другой деревне, беженка в своей собственной стране, живет в страхе, что муж ее найдет и заставит вернуться.

(Адаптировано из учебных материалов ВОЗ: “Пол и права в репродуктивном здоровье”.)

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ



Прочтите приведенные ниже вопросы для обсуждения с точки зрения определения здоровья, закрепленного в 1946 году в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): *“состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недугов”*.

1. Когда начались проблемы Мэриам?
2. Как с ней обращались окружающие, наделенные властью (отец, муж, медсестра и миссионер)? Почему?
3. Какое влияние оказала нищета на жизнь Мэриам и ее детей? Как вы считаете, были ли Мэриам и ее муж одинаково нищими?
4. Какое место, по-вашему, занимала каждая группа (мужчины, женщины и дети) в сообществе Мэриам соответственно своему статусу и власти в сообществе? Объясните.
5. Какая информация понадобится Мэриам для изменения обстоятельств своей жизни и жизни своих детей?
6. Хотя в регионе была клиника, насколько она была полезна для Мэриам?
7. Посмотрите на график внизу: там приведены примеры связей между здоровьем и правами человека. Какие связи прямо относятся к проблемам, затронутым в истории Мэриам?

Примеры связей между здоровьем и правами человека



НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ



1. ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ В ОБЩЕМ КОНТЕКСТЕ

Право человека на здоровье представляет собой широкий и сложный набор взаимосвязанных вопросов, так как здоровье и благополучие в сущности неразрывно связаны со всеми стадиями и аспектами жизни. Конкретные права в отношении здоровья закреплены в международных документах по правам человека. По сути, все права человека взаимосвязаны и взаимосвязаны, и как следствие реализация прав человека, пренебрежение правами человека и нарушение прав человека затрагивают несколько прав человека, а не только одно, изолированное право. Эта взаимосвязь становится очевидной, если принять во внимание тот факт, что благополучие человека (то есть здоровье) предполагает удовлетворение всех человеческих нужд: физиологических, таких как воздух, вода, пища и секс; социальных и психологических, таких как любовь, принадлежность к друзьям, семье и обществу.

Права человека связаны с обязанностью государства вносить вклад в удовлетворение этих нужд и предоставлять возможность группам и отдельным людям жить достойно. После Второй мировой войны Устав ООН четко закрепил, что государства-члены имеют обязательства по отношению к правам

человека. Право человека на здоровье было явно закреплено в 1948 году во Всеобщей декларации прав человека (ВДЧП), статья 25 которой гласит: *“Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи ...”*

“Так как мы живые существа, мы все хотим достичь счастья и избежать страданий. Наше желание здоровья, полного физического и психического благополучия является выражением этого, так как каждый хочет быть здоровым и никто не хочет болеть. Следовательно, здоровье – это не только вопрос личного интереса, а всеобщая забота, в отношении которой у каждого есть своя обязанность.”

ДАЛАЙ ЛАМА

Широкое и дальновидное определение здоровья закреплено в уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): *“состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не просто отсутствие болез-*

ней и недугов”. Это целостное видение здоровья подчеркивает тот факт, что большая часть политики, определяющей здоровье, проводится в жизнь за пределами традиционного сектора здравоохранения и оказывает влияние на социальные факторы, определяющие здоровье.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА И ЗДОРОВЬЕ

Растущее число вооруженных конфликтов и чрезвычайных ситуаций и огромное число беженцев, ищущих защиты от войн и природных катастроф, ставят их право человека на жизнь в центр права человека на здоровье. Организации, такие как “Международный Комитет Красного Креста”, “Врачи за права человека”, “Врачи без границ” (Medecins sans Frontieres), “Врачи мира” (“Medecins du Monde”), призывают профессионалов в сфере здравоохранения применять основы прав человека, чтобы обеспечить право на здоровье в чрезвычайных ситуациях и других ситуациях небезопасности для человека. Насилие – большая проблема общественного здоровья и серьезное препятствие реализации права человека на здоровье. Ежегодно миллионы людей умирают из-за насильственных ранений. Другие выживают, но живут инвалидами, в физическом и психологическом отношении. Насилие можно предотвратить. Оно

является результатом сложных социальных и окружающих факторов. Коллективное насилие, гражданские и международные войны в стране по некоторым сообщениям приводят к более широкому применению насилия в этих государствах.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОПИСАНИЕ ВОПРОСА



Здоровье и права человека

Между здоровьем и правами человека существуют важная взаимосвязь. Точки соприкосновения включают в себя, кроме прочих: насилие, пытки, рабство, дискриминацию, воду, пищу, жилье и традиции.

Закрепленное в ВДПЧ право человека на здоровье как часть права на достойный уровень жизни было более ясно разработано в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) 1966 года. Данное соглашение было принято одновременно с Международным пактом о гражданских и политических правах (МПГПП). Пакты были разделены на две категории из-за противоречий холодной войны, в ходе которой восточные страны придавали большее значение правам человека в МПЭСКП, в то время как западные страны считали граждан-

ские и политические права центром проблем прав человека. На сегодняшний день МПГПП ратифицировало 149 стран, а МПЭСКП – 146; Соединенные Штаты Америки подписали оба, а ратифицировали только МПГПП, Китай также подписал оба, но ратифицировал только МПЭСКП. Текст статьи 12 МПЭСКП является основой права на здоровье и гласит:

1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.
2. Меры, которые должны быть приняты участвующими в настоящем Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, необходимые для:
 - a) обеспечения сокращения мертворождаемости и детской смертности и здорового развития ребенка;
 - b) улучшения всех аспектов гигиены окружающей среды и гигиены труда в промышленности;
 - c) предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и контроля над ними;
 - d) создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

“Я очень хочу, чтобы здоровье наконец стало рассматриваться не как благословение, которого нужно желать, а как право человека, за которое нужно бороться.”

КОФИ АННАН

Существует несколько региональных соглашений по правам человека, которые более подробно определяют право на здоровье, например статья 11 Европейской социальной хартии 1961 года, с изменениями и дополнениями по состоянию на 1996 год, статья 10 Дополнительного протокола к Американской конвенции по правам человека в сфере экономических, социальных и культурных прав 1988 года, и статья 16 Африканской хартии прав человека и народов 1981 года.

Государства по-разному выполняют свои обязательства, закрепленные в статье 12 МПЭСКП в связи с чем орган, осуществляющий мониторинг применения Конвенции, разъяснил обязанности государств и в мае 2000 года принял толкование, называемое Общим комментарием 14. Данный Общий комментарий подчеркивает, что реализация права человека на здоровье зависит от реализации других прав человека, включая право на жизнь, пищу, жилье, труд,

образование, участие, использование достижений научного прогресса и его применения, свободу разysкивать, получать и разглашать любую информацию, запрет дискриминации, запрет пыток и свободу ассоциаций, собраний и движений.



Наличие, доступность, приемлемость и качество

Общий комментарий также устанавливает четыре критерия для оценки права на здоровье:

Наличие включает в себя функционирующую общественную систему учреждений здравоохранения и медицинского обслуживания, товары и услуги, а также программы, которые должны быть доступны в достаточном количестве.

Доступность учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения предполагает *недискриминацию, физическую доступность, финансовую доступность и адекватную информацию.*

Приемлемость требует, чтобы все медицинские учреждения, товары и услуги соблюдали медицинскую этику, были разработаны с учетом культуры, гендерных вопросов и возрастных потребностей пациентов, а также уважали их конфиденциальность и улучшали их здоровье.

Качество требует, чтобы медицинские учреждения, товары и услуги были с научной и медицинской точки зрения приемлемыми и хорошего качества.

Запрет дискриминации

Дискриминация по признаку пола, этнического происхождения, возраста, социального происхождения, религии, физической нетрудоспособности или инвалидности вследствие психических заболеваний, статуса здоровья, сексуальной ориентации, национальности, гражданского, политического и другого статуса может быть препятствием для реализации права на здоровье. Очень важны в этом отношении ВДПЧ, Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (CERD) 1965 года и Международная конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW) 1979 года, каждая из которых провозглашает доступ к здравоохранению и медицинской помощи без дискриминации. Статьи 10, 12 и 14 CEDAW подтверждают **равные права женщин на доступ к медицинской помощи**, включая планирование семьи, соответствующее обслуживание в период беременности, родов и послеродовый период, а также медицинское обслуживание семьи.

Человек – лекарство для человека.

ТРАДИЦИОННАЯ ПОСЛОВИЦА ВОЛОФ

Когда Туцида спросили: “Когда в Афины придет праведливость?”, он ответил: “Справедливость придет в Афины тогда, когда те, которые не ранены, будут возмущены так же как те, которые ранены.”



Пекинская декларация и Платформа действий (1995 год)

следующим образом обращает внимание на целостный подход к здоровью и на необходимость включения полного участия женщин в обществе:

“Состояние здоровья женщин зависит от их эмоционального, социального и физического благополучия и определяется социальными, политическими и экономическими условиями их жизни, а также биологическими факторами. Необходимыми условиями для достижения оптимального состояния здоровья на протяжении всей жизни являются равенство, в том числе совместное выполнение семейных обязанностей, развитие и мир”. Реализация данных принципов также происходит при помощи системы ООН и усилий неправительственных организаций (НПО). Женщины, дети, инвалиды, коренные и племенные народы являются уязвимыми и маргинальными группами, ко-

торые имеют проблемы со здоровьем по причине дискриминации. Пример развития права на здоровье применительно к женщинам свидетельствует об увеличивающемся значении обязательства государств содействовать полной реализации права на здоровье.

Право пользоваться достижениями научного прогресса

Пандемия СПИДа показала крайнюю необходимость в предоставлении лекарств и научного знания людям из развивающихся стран. Ограниченный доступ к анти-ретровирусному лечению способствовал осознанию того, что для реализации наивысшего достижимого уровня здоровья люди во всем мире должны иметь возможность пользоваться научным знанием, относящимся к здоровью, и свободно предпринимать научные исследования. Государства давно признали в статье 15 МПЭСКП право *“на пользование результатами научного прогресса и их практического применения”* и свою обязанность охранять, развивать и распространять науку и научные исследования. Праву на пользование спасающими жизнь лекарствами препятствуют права интеллектуальной собственности, охраняющие патентные права фармацевтических компаний. Некоторые страны, такие как Южная Африка, Индия, Бразилия и Таиланд, нашли пути в обход защиты патентов, а Всемирная торговая

организация (ВТО) в ходе министерской конференции 2001 года в г. Доха пришла к выводу, что правила, защищающие такие патенты, *“должны толковаться и применяться таким образом, чтобы поддерживать права членов ВТО на охрану общественного здоровья и, в частности, развивать доступ к лекарствам для всех”*; а также особо сослалась на право каждого государства *“определять, что является национальной чрезвычайной ситуацией или иным обстоятельством чрезвычайного характера [позволяющим делать исключения из защиты патентов], понимая, что кризисы в общественном здравоохранении, включая ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярию и другие эпидемии, могут являться национальной чрезвычайной ситуацией или иным обстоятельством чрезвычайного характера”*.

Глобализация и право человека на здоровье

Начиная с 1970-х годов мировая экономика сильно изменилась по причине глобализации, которая прямо и косвенно повлияла и на здоровье. Некоторые результаты привели к положительным изменениям, таким как увеличение возможностей трудоустройства, распространение научного знания, усиленный потенциал по достижению высокого уровня здоровья во всем мире путем сотрудничества государств, гражданского общества и корпораций. Однако, негативные последствия также

были огромны, так как либерализация торговли, инвестиции в страны с низкими стандартами труда, продвижение новых товаров на рынок во всем мире в некоторых случаях (из-за отсутствия государственного регулирования) привели к неравным преимуществам среди и внутри стран, а потому оказали негативное влияние на здоровье. Способность государств смягчить возможные негативные последствия увеличивающегося перемещения товаров, денег, услуг, людей, культур и знания через национальные границы не смогла справиться с этим движением. В то же время транснациональные компании смогли избежать ответственности. Например, по данным Специальной комиссии по здоровью и экономике Всемирной организации здравоохранения, вредные вещества, такие как табак, свободно продаются без адекватной защиты здоровья населения.

Попытки добиться отмены торговых законов и обычаев на основе прав человека были мотивированы в основном заботой о праве на здоровье. Возросшую необходимость в большем регулировании можно увидеть на примере фармацевтических лицензий. В Декларации Доха (2001 год) члены ВТО согласились, что государства могут выдавать принудительные лицензии на производство лекарств в чрезвычайных ситуациях (ст. 5), что помощь должна предоставляться странам, у которых нет про-

изводственных возможностей для получения лекарств (ст. 6), и что развитые страны должны помогать развивающимся странам в передаче технологий и знаний в сфере лекарств (ст. 7).



Здоровье и окружающая среда

Право на здоровую окружающую среду, как закреплено в Резолюции Генеральной Ассамблеи ООН 45/94 от 14 декабря 1990 года, означает право *“жить в окружающей среде, адекватной здоровью и благополучию людей”*. Это право было признано в 90 национальных конституциях, включая большинство национальных конституций, принятых после Конференции по окружающей среде и развитию в Рио (1992 год). Всемирный саммит в Рио-де-Жанейро и план, принятый как “Повестка дня 21” (“Agenda 21”) 1992 года, создали единую политическую основу, которая соединила социальные, экономические и экологические проблемы в качестве взаимозависимых опор устойчивого развития. Безопасная и чистая вода и воздух, достаточные запасы питания относятся к здоровой окружающей среде и реализации права на здоровье. Однако, через 10 лет после принятия плана “Повестка дня 21” следующая статистика показывает неадекватность усилий по достижению поставленных целей:

“Люди находятся в центре внимания к устойчивому развитию.”

ДЕКЛАРАЦИЯ РИО, 1992 ГОД

- 800 миллионов людей страдают от голода;
- 1,5 миллиарда людей не имеют доступа к безопасной питьевой воде;
- 2,5 миллиарда людей не имеют адекватных санитарных услуг;
- 5 миллионов людей, в основном женщины и дети, ежегодно умирают от болезней, возникающих из-за низкого качества воды.

В жалобе, поданной в 1996 году в Африканскую комиссию по правам человека и народов, несколько НПО утверждали, что военное правительство Нигерии было прямо вовлечено в добычу нефти через Государственную нефтяную компанию и Shell Petroleum, и что эта деятельность стала причиной ухудшения состояния окружающей среды и проблем со здоровьем у народа Огони из-за загрязнения окружающей среды. В октябре 2001 года Африканская комиссия признала Федеративную Республику Нигерию виновной в нарушении семи статей Африканской хартии прав человека и народов, включая право на здоровье. Это очень важный прецедент для ответственности государства за защиту окружающей среды и здоровья местного населения от последствий такого рода деятельности.

Всемирный саммит по устойчивому развитию в г. Йоханнесбург в 2002 году проверил реализацию плана “Повестка дня 21”. В Йоханнесбургском плане осуществления были закреплены обязательства по улучшению всемирных информационных систем здравоохранения и грамотности в сфере здравоохранения, по уменьшению распространенности ВИЧ, уменьшению токсических веществ в воздухе и воде и по интеграции проблем здравоохранения в искоренение нищеты.

В течение последних десяти лет разрабатывался новый принцип человеческой деятельности по предотвращению вреда окружающей среде и здоровью людей: принцип превентивного действия или **превентивный принцип**. Этот принцип, более четко определенный и сформулированный международной группой ученых, государственных служащих, юристов, деятелей профсоюзов и активистов по защите окружающей среды в 1998 году в штате Висконсин, США, накладывает на предлагающих новую технологию лиц обязанность доказать ее безопасность до того, как она дойдет до общественности и повлияет на окружающую среду. При этом немаловажно то, что все решения по применению превентивного принципа должны быть *“открытыми, обоснованными и демократическими”* и *“должны принимать во внимание интересы всех заинтересованных сторон”*.



3. МЕЖКУЛЬТУРНЫЕ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ И СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ

Венская декларация 1993 года проясняет, что различия должны признаваться, но без отрицания при этом универсальности прав человека. Общий комментарий 14 в отношении права на здоровье основан на этой осведомленности и требует, чтобы учреждения здравоохранения, товары и услуги были *культурно приемлемы*. Одним из культурных аспектов права человека на здоровье является чрезмерное внимание к биомедицинской системе здоровья и соответствующему пониманию того, как реализовать право человека на здоровье. Однако, во многих странах мира **традиционная медицина** (ТМ) доминирует в системе здравоохранения. В Африке до 80% населения использует ТМ для решения своих проблем со здоровьем. В Азии (особенно в Китае), Латинской Америке и среди коренного населения Австралии и Америки широко используется ТМ (более 40%). ВОЗ определяет ТМ как лечение, которое *“включает в себя использование травной медицины, частей животных, минералов, а также немедицинское лечение, мануальную и духовную терапию”*. Использование ТМ тесно связано с правом на культуру, с законодательством, защищающим интеллектуальную собственность, правом на землю и правом на устойчи-

вое развитие. Признавая широко распространенное использование и преимущества ТМ, а также важность экономически и культурно приемлемых видов лечения, ВОЗ разработала **Стратегию традиционной медицины** (2002-2005 годы) для помощи в обеспечении рационального использования ТМ в развивающемся мире.

В других случаях право на здоровье может игнорироваться и нарушаться по причине неравных полномочий, основанных на поле, возрасте, расе, религии, этническом происхождении и т.д., которые существуют в группах и считаются неразрывно связанными с культурой. Здесь вновь применяется базовый принцип недискриминации. Обрезание женских гениталий (FGM) является широко распространенной практикой в значительной части Африки и некоторых частях Средиземноморья и Ближнего Востока. Эта практика, часто ошибочно причисляемая к религиозному обряду, имеет 2000-летнюю историю. Она может серьезно ухудшать физическое и психологическое здоровье девочек и женщин. Совместное заявление ВОЗ, ЮНИСЕФ и Фонда населения ООН (февраль 1996 года) гласит: *“Пассивность международного сообщества под прикрытием искаженного понимания культурного плюрализма является неприемлемой. Поведение людей и культурные ценности, какими*

бы бессмысленными и деструктивными они не казались с другой личной и культурной точки зрения, имеют значение и выполняют свою функцию для тех, кто их практикует. Однако, культура не статична, она постоянно изменяется, адаптируется и реформируется”.

4. РЕАЛИЗАЦИЯ И МОНИТОРИНГ



Уважение, защита и обеспечение права человека на здоровье

Обязательства государств по обеспечению членам общества наивысшего доступного уровня здоровья требуют целого ряда мер. Обязательство **уважать право человека на здоровье** означает, что государство не может мешать реализации или нарушать это право. Примером может служить отказ в предоставлении медицинской помощи некоторым группам, таким как этнические меньшинства или заключенные; произвольный отказ в медицинской помощи как, например, в случае запрета врачам-мужчинам осматривать женщин и непредоставления врачей-женщин. **Защита права на здоровье** означает, что государство не должно допускать нарушения права на здоровье негосударственными лицами. Примером может служить запрет корпорациям сбрасывать отравляющие вещества в водные

резервуары. Если нарушение имеет место, то государство должно предоставить людям возможность компенсации. Это также означает, что государство обязано принимать необходимое и адекватное законодательство, например законы, регулирующие и контролирующее управление токсичными отходами. **Обеспечение права** на здоровье означает, что государство должно быть активным в предоставлении доступа к медицинским услугам. Например, должно быть создано достаточное количество клиник для обслуживания населения, и эти клиники должны оказывать услуги в соответствии с возможностями обслуживаемого населения. Государство должно сообщать о расположении, услугах и требованиях клиники. Это требование не может быть выполнено, если медицинские услуги оказываются только частным сектором.

Ограничения права человека на здоровье

Некоторые права человека настолько важны, что они никогда не могут быть ограничены. Среди них свобода от пыток и рабства, право на справедливое судебное разбирательство и свобода мысли. Другие права человека могут быть ограничены для обеспечения общественного блага. Защита права на здоровье в смысле общественного здоровья используется государствами как основание для ограничения других прав человека. Часто при попытке пре-

дотвратить распространение инфекционной болезни устанавливаются ограничения на другие свободы. Ограничение свободы передвижения, установление карантинных и изолирование людей – все эти меры предпринимались для предотвращения серьезных передающихся болезней, таких как Эбола, СПИД, брюшной тиф и туберкулез. Иногда эти меры были чрезмерными. Для предотвращения нарушения прав человека во имя общественного здоровья государства должны прибегать к ограничительным действиям только в качестве крайней меры. **Сиракузские принципы** устанавливают узкие границы таких ограничений:

- Ограничение устанавливается и осуществляется в соответствии с законом;
- Ограничение устанавливается в интересах легитимной цели общего благополучия;
- Ограничение строго необходимо в демократическом обществе для достижения цели;
- Не существует доступной менее ограничительной и связанной с меньшим вмешательством меры для достижения той же цели;
- Ограничение не разрабатывается и не устанавливается произвольно, т.е. необоснованно или иным дискриминационным способом.

Механизмы мониторинга

Обеспечение выполнения государствами своих обязательств по уважению, защите и реализации права на здоровье требует механизмов на национальном и международном уровнях. На национальном уровне правительственные комиссии, омбудсмены и НПО могут участвовать в формальном процессе контроля после ратификации государством договора, гарантирующего право на здоровье. Каждый участник договора о правах человека обязан подавать отчеты в договорный орган мониторинга. НПО также подают отчеты, которые часто называют «теневыми отчетами». Эти теневые отчеты содержат точку зрения гражданского общества и могут отличаться от государственного отчета. Когда договорный орган готовит заключительные комментарии и замечания, принимается во внимание вся полученная информация. Хотя нет способов принуждения государства выполнить рекомендации, эти отчеты становятся достоянием общественности, и в этом смысле страна может не хотеть подвергаться обвинению в нарушении прав человека, что может, помимо прочего, прямо повлиять на взаимоотношения с другими странами.

ПОЛЕЗНО ЗНАТЬ



1. ХОРОШИЕ ПРИМЕРЫ

Когда дружелюбные растения услышали, что животные решили [вызвать болезнь у людей], они решили помочь людям. Каждое дерево, куст, растение, трава и мох согласились предоставить лекарство для каждой из болезней, вызванной животными и насекомыми. После этого, когда Чероки были ранены или заболели, или им снились плохие сны, их лекари искали помощи у растений и всегда находили лекарства. Это и стало началом медицины племени Чероки давным-давно.

ЛЕГЕНДА ЧЕРОКИ
О ПРОИСХОЖДЕНИИ МЕДИЦИНЫ

- **Предотвращение ВИЧ/СПИДа**

Случаи успеха в Камбодже, Уганде, Сенегале, Таиланде, городской части Замбии и в странах с высоким уровнем доходов показывают, что всесторонние превентивные подходы являются эффективными. Доказательства свидетельствуют о том, что:

- ✓ Изменение в поведении требует локальной, направленной информации, обучения навыкам переговоров и принятия решений, социальной и юридической помощи, доступа к средствам предотвращения (презервативы и чистые иглы) и мотивации для изменения.
- ✓ Ни один единый превентивный подход не может привести к широко распространенному изменению в поведении населения. Программы предупреждения на национальном уровне должны быть сосредоточены на многих компонентах, разработанных в сотрудничестве с целевой группой населения.
- ✓ Общие предупредительные программы для населения должны уделять особое внимание молодежи.
- ✓ Сотрудничество необходимо для успеха. Многочисленные программы, нацеленные на разнородное население, должны привлекать различных партнеров, включая людей с ВИЧ/СПИД.
- ✓ Политическое лидерство необходимо для эффективных мер.

- **Коллегии граждан и государственная политика в сфере здравоохранения**

Коллегии граждан (КГ) являются новой моделью принятия политических решений в отношении общественного здоровья. Модели

в Великобритании, Германии, Скандинавии и США состоят из 12-16 человек, представляющих широкие круги населения, для изучения предоставляемой им информации, опроса свидетелей-экспертов, обсуждения, совещания и опубликования своих выводов. Государственные органы обязаны дать ответ в течение установленного времени. В Великобритании всесторонние пилотные исследования показали, что КГ лучше решают сложные вопросы и приходят к обоснованным выводам, чем социологические опросы, фокус-группы и общественные встречи. Становится ясным, что обычные граждане хотят быть прямо вовлеченными в принятие решений, и что у них сформированы твердые и последовательные взгляды в отношении системы здравоохранения, которую они хотят для себя и своих семей.

- **Клятва Маликунды**

В 1980-х годах местная организация в Сенегале разработала учебный план по решению проблем, в соответствии с которым вся деревня получала знания о правах человека и об их применении в повседневной жизни. Программа предлагала участникам возможность решать такие проблемы как здоровье, гигиена, вопросы окружающей среды, навыки по финансовому и материальному управлению. ТОСТАН начала осуществлять программу в

Маликунде, деревне с тремя тысячами жителей, которая является одной из деревень Бамбары, до сих пор практикующих инфибуляцию – одну из наиболее полных и жестоких форм обрезания женских гениталий. После долгих общественных дискуссий, включая уличное театральное представление, которое обращало внимание на проблемы инфекции, опасных родов и боли, причиняемой инфибуляцией, вся деревня дала клятву прекратить практику обрезания женщин. Она стала известна как Клятва Маликунды. Двое старейшин деревни затем отправились в путь, чтобы распространить среди других деревень информацию о том, что эту практику необходимо прекратить. К февралю 1998 года тринадцать деревень приняли Клятву. Еще пятнадцать деревень прекратили эту практику в июне того же года. Движение обратило на себя международное внимание. 13 января 1999 года Национальное собрание Сенегала приняло закон о запрете обрезания женских гениталий. Одних юридических действий было бы недостаточно для прекращения этой практики. Сила содержится в социальном контроле, осуществляемом жителями деревень, и в демонстрации общественной воли путем принятия Клятвы Маликунды. Тренинги ГОСТАН подчеркнули связи между правом на здоровье и другими правами человека.



- **Книги памяти**

Во многих странах книги памяти стали важным средством для общения среди семей о ВИЧ и особенно для того, чтобы помочь ВИЧ-положительным матерям рассказать своим детям о своем состоянии. Смертельно больные родители и их дети работают вместе над составлением книги памяти, которая представляет собой альбом с фотографиями, историями и другими памятливыми семейными вещами.

“Для успеха в прекращении практики FGM необходимо фундаментально изменить отношение общества к правам женщин.”

ЭФУА ДОРКЕНОО

В Уганде использовать книги памяти начала “Организация поддержки больных СПИДом” (TASO) в начале 1990-х годов. С 1998 года “Национальная ассоциация женщин, живущих со СПИДом” с помощью PLAN-Уганда распространила этот подход в более широких масштабах. Ассоциация выяснила, что ВИЧ-инфицированные матери испытывают большие трудности в сообщении своим детям о своей болезни, а книги памяти являются хорошим способом для женщин познакомить своих детей с понятием ВИЧ и обсудить его влияние.

Книга служит детям напоминанием об их корнях, чтобы они не утрачивали чувства принадлежности. Книга также развивает превенцию ВИЧ, потому что дети видят и понимают суровое испытание, через которое проходят их родители, и не хотят пережить то же самое.

2. ТЕНДЕНЦИИ

- **Стратегии для интеграции прав человека и развития здравоохранения**

Подход прав человека к здравоохранению может служить основой, в соответствии с которой страны отвечают за то, что было сделано, и что необходимо сделать для здоровья людей. Степень, в которой права человека интегрированы в разработку политики, анализ социальных и физических условий здравоохранения и предоставление медицинских услуг, свидетельствует о несомненном движении к реализации права человека на здоровье. Следующий список отражает текущие тенденции:

Сферы, где есть опыт в установлении связи между здоровьем и правами человека в практике государств и их партнеров и в научной литературе:

- Репродуктивные и сексуальные права
- ВИЧ/СПИД
- Пытки (предотвращение и лечение)
- Насилие в отношении женщин
- Инфекционные болезни

Сферы, где политика и программы начали отражать осведомленность о ценности связи между здоровьем и правами человека:

- Права коренных народов
- Биоэтические последствия и последствия в области прав человека генетической модификации
- Здоровье матери и ребенка
- Права инвалидов

Сферы, где пока проведено мало исследований и еще меньше применения основано на интеграции здоровья и прав человека:

Пробел особенно заметен в:

- Профессиональном здоровье
- Хронических болезнях
- Питании
- Окружающей среде (воздух, вода, рыболовство и т.д.)

“Информация и статистика являются влиятельным инструментом для создания культуры ответственности и для реализации прав человека”.

ОТЧЕТ О РАЗВИТИИ ЧЕЛОВЕКА 2000 ГОД

Статистика:

Приведенный ниже пример доступной статистики свидетельствует о необходимости дополнительных усилий в принятии подхода к здоровью с точки зрения прав человека:

- Предполагаемое увеличение числа детей-сирот по причине СПИДа, 2001-2010 годы:

Регион	2001	2010
Всего	14 млн	25 млн
Африка	9 млн	20 млн
Азия	1,8 млн	4,3 млн
Латинская Америка/ Карибский регион	578000	898000

- Каждая страна в мире сейчас участвует, по крайней мере, в одном договоре по правам человека, который закрепляет относящиеся к здоровью права, включая право на

здоровье и некоторые права, относящиеся к необходимым для здоровья условиям.

ИСТОЧНИК:

ВОЗ. 24 ВОПРОСА И ОТВЕТА О ЗДОРОВЬЕ И ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА, 2002 ГОД

- Насилие является одной из главных причин смерти людей в возрасте 15-44 лет во всем мире, причиной 14% смертей среди мужчин и 7% смертей среди женщин.

ИСТОЧНИК:

ВСЕМИРНЫЙ ОТЧЕТ ВОЗ О НАСИЛИИ, 2001 ГОД

- Женщины, на которых было совершено физическое нападение сексуальным партнером, по странам, и процент женщин, на которых когда-либо нападали.

ИСТОЧНИК:

ОТЧЕТ О РАЗВИТИИ ЧЕЛОВЕКА 2000 ГОД. ПРООН.

Страна	процент %
Бангладеш	47
Новая Зеландия	35
Барбадос	30
Никарагуа	28
Швейцария	21
Колумбия	19
Филиппины	10

- Дискриминация по доходам – самые нищие получают меньше государственных расходов и субсидий на общественное здравоохранение: шкала 1-50, где 1 – наименьшее.

ИСТОЧНИК:
ОТЧЕТ О РАЗВИТИИ ЧЕЛОВЕКА 2000 ГОД, ПРООН

Страна	Самые богатые	Самые бедные
Гвинея	45	5
Гана	33	11
Берег Слоновой Кости	31	10

- Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в среднем по стране с момента рождения:

Страна	В общем для населения	Мужчины	Женщины
Афганистан	33,4	31,1	35,7
Зимбабве	31,3	31,6	31,0
Мали	35,7	33,7	37,7
Буркина-Фасо	35,1	33,9	36,3
Австралия	71,6	70,1	73,2
Швеция	71,8	70,5	73,2
США	67,6	66,4	68,8
Куба	66,6	64,7	68,5
Грузия	59,8	57,5	62,2
Китай	63,2	62,0	64,3
Индия	51,4	51,5	51,3

- **Смертность при родах:**

Страна	Риск смертности при родах в течение жизни, 1 на:
Афганистан	15
Зимбабве	33
Мали	19
Буркина-Фасо	7
Австралия	7700
Швеция	5800
США	3500
Куба	2200
Грузия	1900
Китай	710
Индия	55

ИСТОЧНИК:
ОТЧЕТ О РАЗВИТИИ ЧЕЛОВЕКА 2000 ГОД, ПРООН

3. ХРОНОЛОГИЯ

1946: Устав ВОЗ

1966: Принятие МПЭСКО

1975: Декларация об использовании научно-технического прогресса в интересах мира и на благо человечества

1975: Декларация о правах инвалидов

1978: Алма-Атинская декларация

1991: Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи

1991: Принципы ООН о пожилых людях

1992: Конференция ООН об окружающей среде и развитии (UNCED)

1993: Декларация о ликвидации насилия в отношении женщин

1994: Международная конференция по населению и развитию (ICPD)

1995: Четвертая всемирная конференция по проблемам женщин (FWCW)

1997: Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека

1998: Декларация о праве и обязанности отдельных лиц, групп и органов общества поощрять и защищать общепризнанные права человека и основные свободы

1998: Руководящие принципы по вопросу о перемещении лиц внутри страны

2002: Всемирный саммит по устойчивому развитию

2002: Назначение Специального докладчика по праву на здоровье

ИЗБРАННЫЕ ЗАНЯТИЯ



1

ЗАНЯТИЕ I: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ

О “СОСТОЯНИИ ПОЛНОГО ФИЗИЧЕСКОГО, ПСИХИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ”

ЧАСТЬ I: ВВЕДЕНИЕ

У многих людей понятие о здоровье не полностью развито и не включает в себя широкие потребности общества, а также состояния личности. Данное занятие позволяет участникам определить различные элементы, которые составляют оптимальное здоровье, и поделиться идеями с другими членами группы для создания общей концепции.

Вид занятия: мозговой штурм и групповое размышление.

Вопрос для обсуждения:

Преамбула Устава ВОЗ определяет здоровье как “состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недугов”. Какие элементы и условия являются необходимыми для реализации этого широкого понимания состояния здоровья в вашем сообществе?

ЧАСТЬ II: ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

Цели и задачи:

- узнать о более широком понятии здоровья, чем просто “отсутствие болезней”;
- знакомство участников с самосознанием права человека на здоровье;
- установление связи между здоровьем и другими основными нуждами;
- установление связи между основными нуждами и правами человека.

Целевая группа: молодежь и взрослые.

Размер группы: 10-30 человек.

Время: два часа.

Материалы: Большие листы бумаги, маркеры и скотч для прикрепления бумаги к стенам. Копия Всеобщей декларации прав человека (ВДПЧ) или другой вид книги-источника, которая перечисляет права человека по темам, например “A Call For Justice”. Ресурсный пакет по обязательствам государств в области прав человека. PDHRE, 2002 год.

Применяемые навыки:

- навыки устного общения;
- совместный анализ.

Правила мозгового штурма:

Все участники, включая ведущего, сидят на стульях, поставленных в круг, или сидят в кругу на полу. Такое расположение стимулирует чувство равенства. Данное занятие предполагает сообразительность, так как вклад участников подпитывает идеи и мыслительные процессы группы. Ведущий должен поддерживать порядок следующими действиями:

1. Все участники будут высказывать свои идеи, но они должны давать время для записи идей по мере их высказывания.
2. В ходе переписывания участники должны внимательно слушать, как докладчик каждой группы озвучивает новый список, используя язык прав человека.

Введение в тему:

Ведущий читает определение “здоровья” ВОЗ и задает вопрос. Ведущий должен удостовериться, что все поняли определение и вопрос. Если группа медлит с ответами, ведущий может попросить группу дать быстрые ответы по кругу. Все идеи записываются на больших листах бумаги, достаточной величины для того, чтобы всем все было видно. Ни одна идея не исключается. Когда у группы иссякнут идеи, кто-то должен прочесть вслух все идеи, как они записаны. Листы бумаги прикрепляются на стену, чтобы их все видели. В этот момент ведущий просит участников объяснить их мысли,

которые записаны на листах. Участники могут задавать друг другу вопросы о перечисленных темах (это занимает примерно один час).

Шаг второй:

Ведущий раздает копии Всеобщей декларации прав человека (ВДПЧ) или иного тематически составленного источника. Он объясняет, что все потребности в здоровье, перечисленные на листах бумаги, являются правами человека. Например, в широком смысле право на жизнь, статья 3 ВДПЧ, поддерживает право человека на здоровье.

Шаг третий:

Ведущий просит участников разделить на подгруппы по 4-6 человек. В этих подгруппах они берут составленные ими списки и находят соответствующие права человека. Каждая подгруппа избирает докладчика для озвучивания выводов подгруппы в общей группе. В ходе работы в подгруппах ведущий подходит к каждой подгруппе для наблюдения и помощи в необходимых случаях (примерно 30 минут).

Шаг четвертый:

Ведущий возвращает участников в большую группу. Докладчики подгрупп представляют выводы. Кто-либо записывает новый список прав человека, которые поддерживают и обеспечивают право на здоровье на новых

листах бумаги, прикрепленных на стене, для общего обозрения. Группа может задавать вопросы по ходу занятия. Эти листы остаются на стене для будущей работы с ними (примерно 30 минут).

Шаг пятый:

Для того, чтобы оценить занятие, ведущий спрашивает участников, что они почерпнули из занятия, а также какие предложения они могут сделать для улучшения занятия.

Методологические советы:

- Занятие направлено на расширение возможностей участников. Ведущий должен поощрять участников использовать собственные идеи, критически мыслить и проводить собственные исследования. Он не должен быть “экспертом”, который знает все ответы.
- В частях занятия “мозговой штурм” и “обдумывание” все участники должны говорить. Если один или несколько человек доминируют в групповой дискуссии, ведущий должен предложить, чтобы каждый высказывался один раз, пока не выскажутся все.
- Обратите внимание на “здравый смысл” прав человека и расскажите участникам, что ВДПЧ является собранием идей относительно человеческого достоинства, которые принимаются всеми народами.



2

ЗАНЯТИЕ II: СОСТАВЛЕНИЕ КАРТЫ РЕАЛИЗАЦИИ

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА НА ЗДОРОВЬЕ

ЧАСТЬ I: ВВЕДЕНИЕ

Реализация права на здоровье на всех уровнях общества предполагает осведомленность учреждений, которые занимаются продвижением этого права человека. Наряду с обязанностью государства по обеспечению этого права одинаково важной является осведомленность граждан о достоинствах и недостатках национальной системы здравоохранения и об ответственности, которую несет каждый уровень этой системы. Необходимой является и готовность граждан участвовать в определении нужд здравоохранения и в процессе решения проблем.

Вид занятия: обсуждение, решение проблем и составление карты.

ЧАСТЬ II: ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЗАНЯТИЯ

Цели и задачи:

- определение общественных институтов, которые обязаны постепенно реализовывать право на здоровье;
- увеличение осведомленности о различных уровнях ответственности за общественное

здоровье, включая местный, региональный, национальный и международный;

- приобретение навыков по анализу относящихся к здоровью вопросов.

Целевая группа: молодежь, взрослые.

Размер группы: 10-50 человек, в группах от 5 до 10 человек.

Время: 180-240 минут.

Материалы:

копия текста статьи 12 МПЭСКО и Общего комментария 14, большие листы бумаги, маркеры для рисования, скотч.

Применяемые навыки:

- Общение;
- Абстрактное мышление;
- Критический анализ.

ЧАСТЬ III: СПЕЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЗАНЯТИИ

Общие правила:

До разделения группы на подгруппы участники должны решить, как группы должны разделиться. Должен быть объяснен весь процесс, и группа должна определить примерное количество времени, необходимого для каждой части занятия: дискуссии в ма-

лых группах, общей презентации, последующих шагов и оценки. Необходимо попросить участников избрать докладчика и секретаря в каждой подгруппе.

Введение в тему:

В общих чертах перескажите информацию, содержащуюся в Общем комментарии 14 по праву на здоровье, который является толкованием статьи 12 МПЭСКО. Участники могут задавать вопросы для прояснения терминов и т. п., но воздерживаться от общего обсуждения темы. Попросите каждую группу из 5-10 человек определить учреждения, ответственные за исполнения обязательств в отношении права на здоровье (20 минут).

Шаг первый:

Подгруппы сидят в кругу так, чтобы все видели большой лист бумаги, на котором секретарь рисует карту, которая должна содержать учреждения, предоставляющие, наблюдающие и контролирующие услуги, необходимые для реализации права на здоровье. Они также расширяют карту, чтобы показать, где обязательство выходит за отправную точку, которую они выбрали. Например, они могут включить в карту национальные государственные учреждения, международные органы и организации и т. д. В зависимости от группы участников анализ может быть со-

средоточен на различных структурных уровнях. Например, однородная группа из одного сообщества сосредоточит внимание на муниципальном или деревенском уровне в качестве отправного пункта. Группа работников здравоохранения из региона может выбрать в качестве отправного пункта региональный уровень. В ходе занятия ведущий должен переходить от группы к группе для консультации (60 минут).

Шаг второй:

Участники отражают на другом листе бумаги то, в какой степени учреждение соответствует ожиданиям населения (20 минут).

Шаг третий:

Участники собираются в большую группу. Докладчик из каждой группы использует карту и список ожиданий для презентации выводов группы.

Шаг четвертый:

Вся группа пытается объединить выводы в одну карту и составить список ожиданий.

ПОСЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ:

Затем группа решает, какие действия, гипотетические или реальные, могут быть предприняты для дальнейшей реализации права человека на здоровье в сообществе.

ССЫЛКИ

Методологические советы:

- При разъяснении статьи 12 и Общего комментария используйте термины и язык, понятные всем участникам.
- Дискуссия в малых группах должна проходить в спокойном темпе.
- Помогайте участникам в планировании последующих шагов, так как данное занятие является подготовительным для деятельности в сообществе.

Farmer, Paul. 1999 г. *Infections and Inequalities*. Беркли: University of California Press и 2003 г. *Pathologies of Power*. University of California Press.

Четвертая всемирная конференция по положению женщин, Пекин (Fourth World Conference on Women, Beijing). **1995 г.** *Пекинская декларация и Платформа действий и последующий документ к ней – Пекин + 5 (Beijing Declaration and Platform for Action, and its follow-up, Beijing Plus 5)*.

Jackson, Helen. 2002 г. *Aids in Africa*. Хараре, Зимбабве: SAFAIDS.

Mann, Jonathan, Sofia Gruskin, Michael A. Grodin and George J. Annas (ред.). 1999 г. *Health and Human Rights*. Нью-Йорк: Routledge.

Marks, Stephen (ред.). 2002 г. *Health and Human Rights: The Educational Challenge*. Бостон: François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. Harvard School of Public Health.

PDHRE. 2002 г. *A Call for Justice*. Нью-Йорк: PDHRE; и 2002 г. *Passport to Dignity: Working With the Beijing Platform for Action for the Human Rights of Women*. Нью-Йорк: PDHRE.

Вторая всемирная конференция Организации Объединенных Наций по населенным пунктам (Хабитат II) (Second United Nations Conference on Human Settlements (Habitat II), Стамбул (1996 г.): Стамбульская декларация по населенным пунктам (Istanbul Declaration on Human Settlements).

Вторая Всемирная ассамблея по проблемам старения (Second World Assembly on Ageing). **2002 г.** Политическая декларация.

Stott, Robin. 2000 г. *The Ecology of Health*. Девон, Великобритания: Green Books Ltd.

UNAIDS. 2002 г. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*.

ПРООН. 2002 г. *Отчет о развитии человека 2000*. Нью-Йорк/Лондон: Oxford University Press.

Конференция Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию (United Nations Conference on Environment and Development), **Рио-де-Жанейро. 1992 г.** Рио-де-Жанейрская декларация по окружающей среде и развитию и Повестка дня 21 (Rio Declaration on Environment and Development and Agenda 21).

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ООНГАСС) по ВИЧ/СПИДу (United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on AIDS). **2001 г.** Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом “Глобальный кризис — глобальные действия” (Declaration of Commitment on HIV/AIDS “Global Crisis-Global Action”).

UNU. 2002 г. *Report on Sustainable Development*. Университет Организации Объединенных Наций.

Всемирная конференция против расизма, расовой дискриминации, ксенофобии и нетерпимости, Дурбан. (World Conference Against Racism, Racial Discrimination Xenophobia and Related Intolerance, Durban.) **2001 г.** Дурбанская декларация и Программа действий (Durban Declaration and Programme of Action).

Всемирная конференция по правам человека, Вена (World Conference on Human Rights, Vienna). **1993 г.** Венская декларация и программа действий (Vienna Declaration and Programme of Action).

Всемирный продовольственный саммит (World Food Summit), **Рим. 1996 г.** Римская декларация о всемирной продовольственной безопасности и План действий Всемирного продовольственного саммита и последующая Декларация Всемирного продовольственного саммита: пять лет спустя, Международный союз против голода (2002 г.) (Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action, and its follow-up, Declaration of the World Food Summit: Five Years Later, International Alliance Against Hunger).

Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization). **2001 г.** *Report on Violence and Health.* Международная конференция по народонаселению и развитию, Каир, 1994 г.: Программа действий.

Всемирный саммит по положению детей (World Summit for Children), **Нью-Йорк. 1990 г.** Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей и план действий по реализации Всемирной декларации (World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children and Plan of Action for Implementing the World Declaration) и последующая Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ООНГАСС) по положению детей (2002): "Мир, пригодный для жизни детей" (A World Fit for Children).

Всемирный саммит по социальному развитию (World Summit for Social Development), **Копенгаген. 1995 г.** Копенгагенская декларация о социальном развитии и Программа действий Всемирного саммита по социальному развитию (Copenhagen Declaration on Social Development; Development and Programme of Action of the World Summit for Social Development) и последующий документ Копенгаген + 5 (Copenhagen Plus 5).

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Информация собрана в UNAIDS *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, 2002 г.*: www.unaids.org

François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights: www.hsph.harvard.edu/fxbcenter/

Здоровье и права человека:
www.who.int/hhr/readings/en/

Статистика в области здоровья:
www.who.int/whosis/menu.cfm

Всемирный доклад о насилии и здоровье (World Report on Violence and Health):
www5.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm?p=0000000714

Традиционная медицина
www.who.int/dsa/cat98/trad8.htm-41k
www.who.int/medicines/organization/trm/orgtrmmain.shtml

