

The Fundamentals of Imami Jurisprudence in the Relationship of the Right to Health Compared to the Prohibition of Racial Discrimination, in the Light of Recommendation No.37 of the Committee on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination

Zari Firouzkah*¹

1. Assistant Professor, Department of Jurisprudence and Fundamentals of Islamic Law, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: firouzkah@pnu.ac.ir

Received: 06 Jun 2025 Revised: 08 Aug 2025 Accepted: 20 Sep 2025 Available Online: 22 Dec 2025

Abstract: The integration of various instances of international human rights is considered one of the important and fundamental features of the international human rights system. In recent years, the right to health has undergone a great expansion and diversity in terms of its instances and structure at the international and regional levels. On the other hand, in the process of guaranteeing and implementing the right to health, the prohibition of racial discrimination as one of the instances of fundamental human rights that has a mandatory nature has also been the focus of international documents and procedures due to the complexities governing the relations between subjects of law. One of these documents is Recommendation No.37 of the Committee on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination. The findings of the present study, which were collected using a descriptive and analytical method and library tools, show that General Recommendation No.37 has outlined a normative framework; This framework has five different parts, which in fact constitute the main pillars of the health rights system of countries. The approach of General Recommendation No.37 is not in conflict with the principles of Imami jurisprudence; However, given the formation of customary norms based on documents such as Recommendation No.37, it is necessary for Islamic countries to inform the Committee of their positions and approaches on sensitive issues such as sexual and reproductive rights and play a role in the process of forming customary norms.

Keywords: Racial Discrimination; Right to Health; Committee on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination; Non-Binding Instruments.

Please Cite This Article As: Firouzkah, Z (2025). "The Fundamentals of Imami Jurisprudence in the Relationship of the Right to Health Compared to the Prohibition of Racial Discrimination, in the Light of Recommendation No.37 of the Committee on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination". *Iranian Health System Law*, 1(4): 67-80.

Copyright

This is an open access article distributed under CC BY 4.0 License.

© 2025 The Authors.

مبانی فقه امامیه در مناسبات حق بر سلامت در مقایسه با ممنوعیت تبعیض نژادی، در پروتوصیه نامه شماره ۳۷ کمیته محو کلیه اشکال تبعیض نژادی

زرری فیروزگاه*

۱. استادیار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Email: firouzgah@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۶ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

چکیده:

یکپارچگی مصادیق مختلف حقوق بشر بین‌المللی یکی از اوصاف مهم و بنیادین نظام حقوق بشر بین‌المللی محسوب می‌شود. حق بر سلامت در سال‌های اخیر از حیث مصداقی و ساختاری دچار گستردگی و تنوع بسیار زیادی در سطح بین‌المللی و منطقه‌ای شده است. از طرفی در فرآیند تضمین و اعمال حق بر سلامت، ممنوعیت تبعیض نژادی به‌عنوان یکی از مصادیق حقوق بنیادین بشری که دارای وصف آمره می‌باشد نیز به‌واسطه پیچیدگی‌های حاکم بر روابط تابعان حقوق مورد توجه اسناد و رویه‌های بین‌المللی قرار گرفته است. یکی از این اسناد، توصیه‌نامه شماره ۳۷ کمیته محو کلیه اشکال تبعیض نژادی می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر که با روش توصیفی - تحلیلی و با ابزار کتابخانه‌ای گردآوری شده است، نشان می‌دهد که توصیه‌نامه عمومی شماره ۳۷ یک چهارچوب هنجاری را ترسیم نموده است؛ این چهارچوب دارای پنج قسمت مختلف می‌باشد که در واقع این پنج قسمت، ستون‌های اصلی نظام حقوق سلامت کشورها را تشکیل می‌دهند. رویکرد توصیه‌نامه عمومی شماره ۳۷ در تعارض با مبانی فقه امامیه نمی‌باشد، اما با توجه به شکل‌گیری هنجارهای عرفی براساس اسنادی همچون توصیه‌نامه شماره ۳۷، لازم است کشورهای اسلامی مواضع و رویکردهای خود را در ارتباط با موضوعات حساس مانند حقوق جنسی و باروری به اطلاع کمیته رسانده و در فرآیند شکل‌گیری هنجارهای عرفی نقش‌آفرینی کنند.

کلمات کلیدی: تبعیض نژادی، حق بر سلامت، کمیته محو کلیه اشکال تبعیض نژادی، اسناد غیرالزام‌آور.

خوانندگان این مجله، اجازه توزیع، ترکیب مجدد، تغییر جزئی و کار روی حاضر به صورت غیرتجاری را دارند.



© تمامی حقوق انتشار این مقاله، متعلق به نویسنده می‌باشد.

مقدمه

حق بر برابری و عدم تبعیض پیش‌نیاز مطلق برای برخورداری مؤثر از حق بر «بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی» است. این امر در اسناد بین‌المللی حقوق بشر متعدد گنجانده شده است و تحقق آن به‌عنوان مبنایی برای دستیابی به صلح و امنیت بین‌المللی مورد شناسایی قرار گرفته است. تعهد به «تضمین زندگی سالم برای همه» در تمام سنین و کاهش نابرابری در سطح داخلی و بین‌المللی در هدف سوم و دهم از «دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار» مورد اشاره قرار گرفته است. در راستای اهداف مزبور، مفهوم برابری و عدم تبعیض در چهارچوب رویکرد «سلامتی برای همه» که هدف آن تعادل و توسعه پایدار و بهینه‌سازی سلامت مردم، حیوانات و همه اکوسیستم در جهت امنیت بهداشت جهانی است، مستتر می‌باشد. اشتغال، آموزش، قرارگرفتن در معرض محیط فیزیکی، مخاطرات شغلی، مسکن، مواد شیمیایی، کیفیت هوا و آب، بهداشت و ... تأثیر به‌سزایی بر سلامت و رفاه فرد دارد، زیرا این متغیرها بر دسترسی به منابع، فرصت‌ها، کیفیت زندگی، سیاست‌های اقتصادی، اجتماعی و ... تأثیر می‌گذارند، در نتیجه نابرابری و تبعیض بیشترین تأثیر را بر الگوهای نابرابری سلامت دارد. در واقع، نژادپرستی، طبقه‌گرایی، جنسیت‌گرایی، بیگانه‌هراسی و ... عوامل ساختاری تعیین‌کننده سلامت محسوب می‌شوند (Matthew, 2024: 27-28).

گروه‌های محروم، سطح بالاتری از قرارگرفتن در معرض خطرات سلامتی و مرگ‌ومیر را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر نیز محرومیت از دسترسی به داروهای ضروری، واکسن‌ها و سایر محصولات بهداشتی باعث ایجاد و یا تداوم تبعیض می‌شود و نابرابری‌های موجود در تحقق حق بر سلامت، از جمله سلامت روان را تشدید می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که کاهش نابرابری‌ها و رفع تبعیض نژادی در برخورداری از حق بر سلامت تأثیر مثبتی بر پیامدهای ارتقای سلامت دارد. کشور ایران نیز به‌عنوان یک عضو از جامعه بین‌المللی با حق بر سلامت و مسأله عدم تبعیض در اعمال آن (به‌واسطه حضور پناهندگان و مهاجران غیرقانونی) مواجه می‌باشد. از طرفی نیز براساس ماده ۸ از کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی، یک کمیته تحت همین عنوان در سال ۱۹۷۰ میلادی تأسیس شده است. این کمیته در راستای نظارت بر اقدامات دولت‌ها و گزارش‌های ارسالی اقدام می‌کند. این کمیته در سال ۲۰۲۴ توصیه‌نامه عمومی شماره ۹۷ را در ارتباط با تبعیض نژادی در تمتع از حق بر سلامت منتشر کرد. این سند یکی از اسناد بسیار مهم در ارتباط با مسأله تبعیض و حق بر سلامت در فضای حقوق بین‌الملل بشری محسوب می‌گردد. این سند علی‌رغم این‌که یک سند غیرالزام‌آور و مصداقی از حقوق نرم محسوب می‌شود، اما در طراحی و تصویب آن «سیاست بیان رویه‌های بین‌المللی و چهارچوب‌های هنجاری» اتخاذ شده است. به تعبیری، هدف آن ایجاد هم‌سویی میان هنجارهای پراکنده موجود و حرکت به سوی تدوین و تنفیح مجموعه مقررات الزام‌آور جامع می‌باشد. پرسشی که پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به آن می‌باشد، این است که حق بر عدم تبعیض نژادی و حق بر سلامت دارای چه مبانی فقهی می‌باشند و مناسبات این دو حق در چهارچوب توصیه عمومی شماره ۳۷ چگونه ترسیم شده است؟ درنهایت آیا مواضع این توصیه و حرکت آینده آن دارای تعارض یا تراحمی با مبانی فقهی است یا خیر. پاسخ به این پرسش‌ها در روشن شدن مواضع کشورهای اسلامی در فرآیند طراحی و شکل‌گیری هنجارهای لازم‌الاجرای بین‌المللی در ارتباط با مناسبات عدم تبعیض و حق بر سلامت کارساز خواهد بود. در ارتباط با پیشینه پژوهش حاضر باید خاطر نشان ساخت که مناسبات حق بر عدم تبعیض و حق بر سلامت در هیچ‌کدام از پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه حقوق سلامت، مسبوق به سابقه نمی‌باشد که همین امر نیز نوآوری پژوهش حاضر محسوب می‌گردد، اما متغیرهای این پژوهش، یعنی حق بر سلامت و عدم تبعیض نژادی با محوریت موضوعات و چالش‌های دیگری و به‌صورت انفرادی مورد توجه قرار داشته است که ارتباطی با بحث این مقاله ندارد.

۱- مفهوم حق بر سلامت

«به‌طور کلی، سلامت انسان‌ها ممکن است از جنبه‌های مختلف (برای مثال سلامت اجتماعی، روانی و ...) مورد توجه قرار گیرد. مع‌الوصف در مجامع بین‌المللی و به‌طور خاص در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، حق بر سلامت نه‌تنها به‌عنوان فقدان بیماری یا ناتوانی، بلکه به‌عنوان یک وضعیت جسمی، روحی و اجتماعی توصیف می‌شود. این حق پیچیده یکی از عناصر مهم حق بر داشتن زندگانی می‌باشد که در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر مورد تأکید قرار گرفته است» (Heymann, 2020: 236). ماده مزبور تصریح می‌کند که: «هرکس حق دارد از سطح یک زندگانی برخوردار باشد که سلامت و رفاه او و خانواده‌اش، من جمله 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 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 هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الاحصول 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 مرگ‌ومیر 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 به‌عنوان معتبرترین تعریف از حق بر سلامت محسوب می‌شود که شامل مراقبت‌های بهداشتی به‌موقع 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. کلیه عواملی که در ماده ۱۲ مورد اشاره قرار گرفته‌اند، از اهمیت قابل توجهی برخوردار هستند» (Erk, 2011: 4). 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.

۲- مبانی فقهی حق بر سلامت

در اسلام مقام سلامت در مرتبه بعد از ایمان و باور به خداوند مهربان قرار داده شده و پیامبر (ص) نیز در روایت‌های مختلفی به این مهم اشاره داشته است و فرموده «پس از نعمت باور به خداوند مهربان و ایمان به او، نعمتی هم‌تا و هم‌سنگ سلامتی به انسان ارزانی داده نشده است» و «ایمان و سلامت را از خداوند بخواهید، چراکه هیچ چیزی پس از ایمان و سلامت ارزشمندتر نیست» و نیز می‌فرماید: «اگر کسی از شما در حالی صبح را آغاز که از جان خویش ایمن بوده و تندرست باشد و آن‌چه را که برای مصرف روزانه کفایت می‌کند، داشته باشد، گویی چنان است که دنیا با تمام جوانیش برای او جمع شده است» (قرظینی، ۲۰۰۱: ۵۲). «اسلام توجه مردمان را به سوی این نعمت والا می‌کشد و تأکید دارد: دو نعمت هستند که بسیاری از مردمان از آن توجه به آن‌ها غافلند، یکی سلامتی و دیگری فراغت» و می‌فرماید «پنج چیز را پیش از فرارسیدن پنج چیز دیگر غنیمت بشمارید: ... سلامتی پیش از بیماری و...» (نیشابوری، ۱۴۲۷: ۴۷). ابن قیم جوزی می‌فرماید: «کسی که به‌درستی آموزه‌های اسلام را مورد کنکاش قرار دهد، به این نتیجه می‌رسد که اسلام عنایت ویژه‌ای به بهداشت، سلامت جسمی و روانی و روحی و محیط زندگی داشته و بهترین آموزه‌ها را در این زمینه داشته است» و نیز پیامبر (ص) می‌فرماید: «هر کس از جسمی سالم و آرامش خانوادگی برخوردار باشد و غذای شبانه‌روزش فراهم گردد، همچون آن است که همه دنیا از آن او باشد» و نیز فرمود: «نخستین نعمتی که روز قیامت از انسان سؤال می‌شود، این است که: مگر تو را جسمی سالم ندادیم و آبی گوارا در اختیار نتهادیم؟» (نیشابوری، ۱۴۲۷: ۱۶۷). در یافته‌های علمی نیز نشان که اکثر ممنوعیت‌ها و محدودیت‌هایی که اسلام بر خوردن و آشامیدن و انجام برخی امور وضع کرده است، به‌طور مستقیم بر سلامتی انسان تأثیرگذار بوده‌اند، از جمله این ممنوعیت‌ها می‌توان به «ممنوعیت خوردن مردار و خون گوشت خوک» (بقره/۱۷۳) اشاره داشت. مع‌الوصف، اساس حق بر سلامت در چهارچوب لزوم رعایت بهداشت مورد اشاره اسلام قرار گرفته است. دو آیه از قرآن کریم مبنای اصلی حق بر سلامت و بهداشت محسوب می‌شوند: اول، آیه ۳۱ از سوره اعراف که می‌فرماید: «بخورید و بیاشامید، اما اسراف نکنید» و دیگری آیه ۱۵۹ از سوره مبارکه بقره

که می‌فرماید: «خودتان را به دست خود هلاک نکنید.» از بطن آیه اول رعایت بهداشت و وجوب سلامت به دست می‌آید و از بطن آیه دوم لزوم توجه به سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها و در صورت ابتلای به آن‌ها، وجوب درمان حاصل می‌شود.

۳- مفهوم ممنوعیت تبعیض نژادی

در میان اسناد بین‌المللی، کنوانسیون بین‌المللی محو کلیه اشکال تبعیض نژادی، اولین سندی است که به صورت جامع، مفهوم تبعیض نژادی را به صورت مبسوط مد نظر قرار داده است. در مقدمه این کنوانسیون مبانی مهمی برای ممنوعیت تبعیض نژادی مد نظر قرار گرفته است. با توجه به مفاد کنوانسیون مزبور اصولی همچون «اصل کرامت و حیثیت ذاتی انسان، اصل تساوی انسان‌ها، اصل شناسایی حقوق و آزادی‌های اساسی برای همه» به عنوان پایه‌های اولیه ممنوعیت تبعیض نژادی مورد توجه قرار گرفته‌اند.

نکته دیگر که باید مورد توجه قرار داد، این است که کنوانسیون مزبور بر مبنای آموزه‌های اعلامیه جهانی حقوق بشر و به طور خاص تأکید آن اعلامیه بر آزادی و برابری انسان‌ها طراحی شده است. مقدمه کنوانسیون تصریح دارد که: «نظر به این که کلیه افراد بشر در پیشگاه قانون برابر بوده و حق دارند علیه هر نوع تبعیض و هر نوع تحریک به تبعیض از حمایت یکسان قانون برخوردار شوند؛ نظر به این که کلیه افراد بشر در پیشگاه قانون برابر بوده و حق دارند علیه هر نوع تبعیض و هر نوع تحریک به تبعیض از حمایت یکسان قانون برخوردار شوند؛ نظر به این که اعلامیه مورخ بیست نوامبر ۱۹۶۳ ملل متحد (قطع‌نامه ۱۹۰۴ دوره هجدهم مجمع عمومی) راجع به رفع هر نوع تبعیض نژادی رسماً لزوم رفع سریع کلیه اشکال و همه مظاهر تبعیضات نژادی را در سراسر گیتی و همچنین لزوم تأمین تفاهم و احترام به حیثیت شخص انسانی را مورد تأیید قرار داده، با اطمینان به این که فرضیه سیادت و تفوق مبتنی بر اختلاف بین نژادها علماً مردود و اخلاقاً محکوم و از نظر اجتماعی غیرعادلانه و خطرناک بوده و تبعیض نژادی نه از لحاظ نظری و نه از لحاظ عملی قابل توجیه نمی‌باشد. با تأیید مجدد این که تبعیض بین افراد بشر به جهت مبتنی بر نژاد و رنگ و یا ریشه قومی سدی در برابر وجود روابط دوستانه و مسالمت‌آمیز در میان ملل بوده و امکان دارد صلح و امنیت بین‌الملل و همچنین هم‌زیستی هماهنگ اشخاص را در داخل یک دولت مختل سازد. با اطمینان به این که وجود موانع نژادی با آرمان‌های جامعه بشری قابل جمع نیست. با احساس خطر از مظاهر تبعیض نژادی که هنوز در برخی از نواحی جهان مشهود است و نیز از سیاست‌های حکومتی مبتنی بر برتری با تنفر نژادی، از قبیل آپارتاید و تفکیک و جدایی.»

این سند یک قرارداد بین‌المللی برای رفع هرگونه تبعیض نژادی و مشتمل بر ۱ مقدمه و ۲۵ ماده است که در ۲۱ دسامبر ۱۹۶۵ در بیستمین دوره اجلاس مجمع عمومی سازمان ملل متحد تصویب شد. ماده ۴ این سند اشعار می‌دارد: «دولت‌هایی که متعهد به این کنوانسیون می‌شوند، می‌بایست هر شخص یا نهادی که تفکرات نژادپرستانه یا هرگونه نظریاتی مبتنی بر برتری نژادی یا قومی یا قبیله‌ای را رواج می‌دهد، محکوم و با آن مقابله کنند و بهترین سیاست‌ها را برای از بین بردن و ریشه‌کن ساختن این گونه جریان‌های تبعیض نژادی به کار گیرند و در همین راستا، به اعلامیه جهانی حقوق بشر که ماده ۵ این قرارداد نیز ملهم از آنست، متعهد و پایبند باشند.»

همچنین ذیل ماده ۵ «کشورهای متعهد باید تبعیضات نژادی و قومی را به هر نوعی محکوم کنند و آن را از بین ببرند. حق هر فرد در تمتع از حقوق اساسی مساوی می‌باشد و ویژگی‌هایی همچون نژاد یا رنگ یا ملیت یا قومیت نمی‌تواند تغییری در این تساوی در برابر قانون ایجاد کند.» دولت‌ها باید طبق تعهدات اساسی مندرج در ماده ۲ همین کنوانسیون موارد زیر را تضمین نمایند: «حق برخورداری از رفتار مساوی در برابر محاکم و سایر مراجع و اجرای عدالت؛ حق برخورداری از امنیت شخصی؛ حق سیاسی و شرکت در انتخابات و مشارکت در حکومت و اداره امور عمومی؛ حقوق مدنی (حق انتخاب اقامتگاه، داشتن تابعیت، حق ازدواج، حق توارث، آزادی اجتماعی، آزادی عقیده و آزادی بیان)؛ حق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق کار، شرایط عادلانه، دریافت دستمزد مساوی و پاداش منصفانه، حق مسکن، حق بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی و خدمات اجتماعی.» این سند نیز به اصول عدم تبعیض و برابری موجود در میثاق حقوق مدنی و سیاسی و همچنین میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز تأکید دارد. بر پایه ماده ۵ این کنوانسیون «دولت‌های عضو، متعهد و موظف به از بین بردن کلیه تبعیضات نژادی از هر ملیتی و در هر شکل می‌باشند و باید تمام شهروندان در برابر قانون مساوی و حق برخورداری از حقوق برشمرده را بدون لحاظ کردن رنگ پوست، نژاد، زبان، دین و ... دارا باشند.» همچنین بند چهار این ماده به «حق استفاده از خدمات بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی و درمانی و بیمه‌های درمانی و خدمات

اجتماعی برای تمام افراد جامعه اشاره دارد.» ماده ۱۱ کنوانسیون نیز مقرر می‌دارد که «هرگونه تبعیض نژادی یا تفکراتی که ظهور در این جریان دارند، باید محکوم گردند و در ایجاد فرصت‌های شغلی یا موقعیت و امنیت شغلی و ... باید برابری کامل باشد.»

۴- مبانی فقهی ممنوعیت تبعیض نژادی

قرآن کریم ذیل آیه ۱۳ از سوره حجرات با تفاخرها و امتیازات نژادی به شدت مقابله کرده است: «یا ایها الناس! انا خلقناکم من ذکرٍ وَاُنثی وَّجَعَلناکم شُعوبًا وَقَبائلَ لِتَعَارَفُوا اِنَّ اَکْرَمَکُمْ عِنْدَ اللّٰهِ اَتْقٰی کُمْ اِنَّ اللّٰهَ عَلِیْمٌ خَبِیْرٌ! ای مردم! ما شما را از یک مرد و زن آفریدیم و ملت‌ها و قبیله‌ها قرار دادیم تا یکدیگر را بشناسید. بی‌تردید گرامی‌ترین شما نزد خدا پرهیزکارترین شماست. یقیناً خدا دانا و آگاه است.»

علامه طباطبایی در تفسیر این آیه می‌فرماید: «اگر شمول آیه را بپذیریم، قرآن همه اختلافات طبقاتی را که موجب تفاخر می‌شود، نفی کرده است و هیچ انسانی بر دیگری برتری ندارد، مگر به تقوا» (طباطبایی، ۱۳۷۱: ۴۹۰/۱۸-۴۸۹). در شأن نزول آیه مطالبی آمده است که بیانگر همین امر است: «نقل شده است که یکی از موالی قبیله بنی‌بیاضه دختری از آنان را خواستار شده بود. پیامبر (ص) به بستگان دختر فرمود که با این امر موافقت کنند. آنان در پاسخ گفتند: ای رسول خدا! آیا دختران خود را به موالی (بردگان) خود دهیم؟ لذا این آیه نازل شد و این‌گونه تفاخرات طبقاتی را نفی نمود» (حقی بروسوی، ۱۹۹۸: ۹۰/۹؛ مکارم شیرازی، ۱۳۷۴: ۲۰۸/۲۲). «نیز از قول ابن عباس نقل شده است که پس از فتح مکه، پیامبر (ص) به بلال حبشی دستور داد که بالای کعبه برود و اذان بگوید و او اذان گفت. عتاب بن اسید ابی‌عیص گفت: خدا را سپاس که پدرم فوت کرده و نیست تا این روز را ببیند، سپس حارث بن هشام گفت: محمد جزء این کلاغ سیاه مؤذن دیگری را نیافت؟ ابوسفیان گفت: من چیزی نمی‌گویم، چون می‌ترسم پروردگار آسمان او را باخبر سازد، پس جبرئیل بر پیامبر (ص) نازل شده و از تفاخر به نسب و تکاثر اموال و کوچک‌شمردن فقیران منع کرد و اساس و ملاک برتری را تقوا اعلام فرمود» (حقی بروسوی، ۱۹۹۸: ۹۰/۹؛ مکارم شیرازی، ۱۳۷۴: ۲۰۷/۲۲). پیامبر (ص) در طول رسالت ۲۳ ساله خود، در فرصت‌ها و موقعیت‌های مختلف، اعراب را از بالیدن به تفاخرات نسبی و قبیلگی برحذر می‌داشت و می‌فرمود: «تسب‌های خود را نزد من نیاورید، بلکه عمل‌های خود را آورید» (یعقوبی، ۱۳۵۸: ۱۱۰/۲؛ مجلسی، ۱۳۷۱: ۱۷۷/۴۶). «قرآن کریم به سطوح مختلفی از تبعیض اشاره کرده است، یکی از این موارد تبعیض میان فرزندان پسر و دختر بود که در دوران جاهلیت اجرا می‌شد. از دیگر مصادیق آن، تبعیض میان ثروتمندان و فقرا بود و خداوند پیامبر (ص) را از دور کردن افراد عابد و صالح از کنار خود برحذر داشت. تبعیض میان نژادها نیز، از جمله مواردی است که در قرآن از آن نکوهش شده است. امام خمینی با تأکید بر این که در اسلام هیچ تبعیضی وجود ندارد و ملاک برتری در دین، نه رنگ و نژاد و قومیت و جنسیت، بلکه پاکی و تقواست» (موسوی خمینی، ۱۳۸۹: ۷۹/۷-۷۸)، معتقد است «دین اسلام با هر چیزی که برابری جامعه را نفی و امتیازات پوچ را حاکم کند، مبارزه خواهد کرد و پیروانش را نیز به مبارزه با این پدیده نکوهیده دعوت می‌کند» (موسوی خمینی، ۱۳۸۹: ۳۸۸/۵) و «اساساً هدف بعثت و رسالت تمام انبیا، از جمله پیامبر اکرم (ص)، نجات مردم از ظلم و تبعیض و از میان بردن نابرابری میان سیاه و سفید، عرب و عجم است. ایشان با تأکید بر الگوگیری از زندگی امیرالمؤمنین علی (ع)، مصداق روشن نفی تبعیض در اسلام را حضور آن حضرت در محکمه با فردی یهودی می‌دانست» (موسوی خمینی، ۱۳۸۹: ۲۵۸/۷). امام خمینی معتقد بود «دنیای استعمار با تبلیغات فراوان، چند قدرت جهانی را نژاد برتر معرفی می‌کند و عقب‌ماندگی سایر ملت‌ها را به سبب نژاد حقیر آنان توجیه کرده و مانع هرگونه پیشرفت آن‌ها می‌شود» (موسوی خمینی، ۱۳۸۹: ۸۹/۱۸). امام خمینی «دولت سفیدپوستان آفریقای جنوبی را مصداق بارز تبعیض نژادی می‌خواند و با درخواست قطع رابطه سیاسی و اقتصادی با این کشور، تأکید می‌کرد جمهوری اسلامی ایران هرگز با حکومتی که برای هیچ‌یک از ارزش‌های انسانی اهمیت قائل نیست، ارتباط نخواهد داشت. ایشان برای انسان‌های شرور نظیر صدام و هیتلر را که حاضر بودند برای بقای خود، تمام بشریت را نابود کنند، مصادیق نژادپرستی معرفی می‌کردند» (موسوی خمینی، ۱۴۰۰: ۲۲۴/۳).

۵- حق بر سلامت و ممنوعیت تبعیض نژادی در سلسله‌مراتب هنجاری حقوق بین‌المللی

باید دقت داشت که سلسله‌مراتب هنجاری با سلسله‌مراتب منابع حقوق بین‌الملل و فضای ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری، متفاوت است. در اینجا مقصود، سلسله هنجاری است. «همچنین باید میان سلسله‌مراتب هنجاری در قالب معاهدات

بین‌المللی و سلسله‌مراتب هنجاری در قالب عرف‌های بین‌المللی قائل به تفکیک شویم. در ارتباط با سلسله‌مراتب هنجاری در حقوق بین‌الملل میان حقوق دانان اختلاف دیدگاه وجود دارد: حقوق دانان طرفدار مکاتب پوزیتیویستی یا اراده‌گرایی، سلسله‌مراتب هنجاری را مولود حقوق معاهدات می‌دانند» (خزایی و همکاران، ۱۳۹۸: ۴۷)، «در نتیجه این مفهوم را محصور در حقوق معاهدات می‌دانند؛ سلسله‌مراتب هنجاری در فضای حقوق معاهدات به اشکال مختلف خودنمایی می‌کند، مانند معاهداتی که اعمال رزرو یا شرط را نسبت به برخی مقررات خود ممنوع می‌کنند که این امر نشان از سلسله‌مراتب میان مقررات معاهده مزبور دارد و یا در مواردی برخی معاهدات، شماری از ترتیبات خود را در هر شرایطی غیرقابل تعلیق اعلام کرده‌اند. مانند میثاق حقوق مدنی و سیاسی که مطابق مفاد ماده ۴ این میثاق، برخی حقوق به‌عنوان «حقوق غیرقابل تخطی» در کلیه شرایط تلقی شده‌اند یا به‌عبارت ساده‌تر، تجاوز به این حقوق از جانب دولت‌ها تحت هیچ شرایطی پذیرفته نیست. در آثار حقوق دانان از این حقوق با عنوان حقوق بنیادین بشری یاد شده است؛ صورت دیگر از سلسله‌مراتب را می‌توان در بحث قواعد آمره مشاهده کرد، اما در مقابل برخی حقوق دانان معتقد هستند که اصولاً سلسله‌مراتب هنجاری صرفاً محدود به فضای حقوق معاهدات نیست، بلکه بر سایر حوزه‌های حقوق بین‌الملل نیز تأثیر گذاشته است» (بیرانوند، ۱۴۰۰: ۶۸-۶۷).

بحث سلسله‌مراتب هنجاری در حوزه‌های مختلف حقوق بین‌الملل دارای آثاری با شدت و ضعف مختلف، بوده است. آثار بحث سلسله‌مراتب هنجاری را در حوزه‌های مختلف حقوق بین‌الملل می‌توان مشاهده کرد که حاصل تلاش‌های کمیسیون حقوق بین‌الملل می‌باشند: یکی از این حوزه‌ها حقوق مسؤولیت بین‌المللی دولت‌ها می‌باشد. «در طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل راجع به مسؤولیت دولت‌ها مصوب ۲۰۰۱، کمیسیون حقوق بین‌الملل میان موارد نقض‌های فاحش قواعد آمره (ماده ۴۱) و نقض تعهدات عام‌الشمول (ماده ۴۸) با نقض سایر قواعد حقوق بین‌الملل تفکیک قائل شده است و برای سایر دولت‌ها نیز در موارد مواجهه با چنین نقض‌هایی، تعهداتی را در نظر گرفته است» (ILC, 2001: 41). حوزه دوم حمایت دیپلماتیک می‌باشد. حمایت دیپلماتیک یکی از حوزه‌هایی می‌باشد که ارتباط تامی با حاکمیت ملی دولت‌ها دارد. به بیان ساده‌تر حمایت دیپلماتیک حق دولت‌ها در حمایت از اتباع آن‌ها می‌باشد. طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل در مورد حمایت دیپلماتیک مصوب ۲۰۰۶ در ماده ۱۹ و تفسیر آن، در موارد نقض‌های فاحش حقوق بشر دولت‌ها را توصیه به حمایت دیپلماتیک از اتباعشان می‌کند علی‌رغم این که حمایت دیپلماتیک حق دولت می‌باشد (ILC, 2006: 19). حوزه سوم رزرو بر معاهدات بین‌المللی می‌باشد. طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل در مورد راهنمای اعمال شرط بر معاهدات بین‌المللی مصوب ۲۰۱۱، اعمال شرط بر معاهداتی که منعکس‌کننده قواعد آمره باشد، فاقد اثر است (ILC, 2011: 4).

قواعد آمره در رأس سلسله‌مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل قرار دارند. به بیان ساده‌تر، سایر هنجارهای حقوق بین‌الملل نمی‌توانند در تعارض با قواعد مزبور قرار گیرند. در هیچ سند بین‌المللی لیستی از مصادیق قواعد آمره حقوق بین‌الملل مشخص نشده است (Howe & Covell, 2013: 17-18). برای تشخیص مصادیق قواعد آمره باید در هر حوزه خاص باتوجه به مجموعه هنجارها و رویه بازیگران بین‌المللی، مصادیق مزبور را تشخیص داد. مطابق با تعریف قواعد آمره که در کنوانسیون وین راجع به حقوق معاهدات بیان شده است، قواعد آمره دارای یک ویژگی خاص هستند و آن این‌که، از سوی جامعه بین‌المللی در کل به‌عنوان یک هنجار غیرقابل عدول مورد شناسایی قرار گرفته باشند (Brems et al, 2017: 52-53).

در فضای حقوق بشر برخی از هنجارهای حقوق بشر به‌عنوان قواعد غیرقابل عدول مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. مطابق مفاد ماده ۴ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، برخی از تعهدات حقوق بشری دولت‌ها در هیچ حالتی (حتی در شرایط اضطراری) قابل تعلیق نیستند. حقوق مزبور عبارتند از: «۱- ممنوعیت کلیه اشکال تبعیض نژادی اعم از تبعیض براساس نژاد، رنگ، جنس، زبان، اصل و منشأ مذهبی یا اجتماعی؛ ۲- حق حیات؛ ۳- ممنوعیت آزار و شکنجه یا رفتارهای ظالمانه، از جمله تحت آزمایش‌های پزشکی یا علمی قراردادن؛ ۴- ممنوعیت بردگی و خرید و فروش برده؛ ۵- ممنوعیت حبس افراد به‌علت عدم توانایی اجرای تعهد قراردادی؛ ۶- عطف به ماسبق‌نشدن قوانین جزایی؛ ۷- تعهد به شناسایی شخصیت افراد انسانی؛ ۸- حق آزادی فکر، وجدان و مذهب؛ از نظر برخی نویسندگان، تعهدات فوق، مصادیق بارز قواعد آمره در فضای نظام بین‌المللی حقوق بشر محسوب می‌شوند، در نتیجه

این قواعد در رأس سلسله مراتب هنجاری نظام حقوق بین الملل قرار دارند»، در نتیجه به نظر می رسد، ممنوعیت هرگونه تبعیض در حقوق بین الملل موضوعه یک قاعده امره و به عنوان یکی از مصادیق حقوق بشری غیرقابل عدول مورد شناسایی قرار گرفته است، درحالی که حق بر سلامت در فضای حقوق بین الملل موضوعه واجد چنین وصفی نیست.

۶- ممنوعیت تبعیض در اعمال حق بر سلامت

در اعلامیه جهانی حقوق بشر، ذیل ماده ۲ بیان شده است که «هرکس می تواند بدون هیچ گونه 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 آزادی های ذکر شده در این اعلامیه بهره مند گردد.» همین عبارت پردازی در هر دو میثاق حقوق مدنی و سیاسی و همچنین میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وجود دارد.

ممنوعیت تبعیض در اعمال حق بر سلامت به صورت کلی و مجمل و با توسل به ابزار تفسیر از بطن اسناد لازم الاجرای حقوق بشر قابل استخراج می باشد. باتوجه به حاکم شدن فضای پست مدرنیسم بر روابط تابعان حقوق و نیز پیچیدگی ها و گستردگی مصادیق قلمرو حقوق بشر و ایجاد پیوستگی در اعمال و اجرای مصادیق حقوق بشر بین المللی، ضرورت تبیین مناسبات حق بر سلامت و عدم تبعیض نژادی ایجاد گردید (Burnett, 2022: 15-16). از آنجا که اختلاف دیدگاه در ارتباط با این مناسبات میان اعضا جامعه بین المللی وجود دارد، در گام اول، کمیته محو کلیه اشکال تبعیض نژادی در قالب توصیه نامه عمومی شماره ۳۷ اقدام تبیین چهارچوب هنجاری موجود نمود که در ادامه به تبیین آن و چهارچوب ارائه شده پرداخته خواهد شد.

۷- توصیه نامه عمومی شماره ۳۷ کمیته محو کلیه اشکال تبعیض نژادی

هدف از طراحی توصیه نامه، ارائه یک چهارچوب هنجاری راجع به عدم تبعیض نژادی در فرآیند اعمال حق بر سلامت می باشد. چهارچوب هنجاری ارائه شده در پنج قسمت مختلف طراحی و ارائه شده است: اول، حق بر برابری و رهایی از تبعیض نژادی در فرآیند تمتع از حق بر سلامت؛ دوم، پیشگیری و حفاظت در برابر آسیب ها؛ سوم، حق برخورداری از یک نظام حمایتی و حفاظتی برای سلامت عمومی؛ چهارم، حقوق سلامت جنسی و بارداری؛ پنجم، حق بر حریم خصوصی و محرمانگی. در ادامه به تفکیک قسمت های مزبور مورد اشاره قرار خواهند گرفت.

۱-۷- حق بر برابری و رهایی از تبعیض نژادی در فرآیند تمتع از حق بر سلامت

بند اول از ماده ۱ و بند «ه» از ماده ۵ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی، حق رهایی از هرگونه تبعیض نژادی و حق برابری در بهره مندی از حق بهداشت عمومی، مراقبت های پزشکی امنیت اجتماعی و خدمات اجتماعی را برای همه مورد شناسایی قرار می دهد. در این راستا، هر فردی که متعلق به گروه های قومی، اقلیت ها، مسافران در یک کشور، افراد با تبارهای مختلف، اعم از آفریقایی، آسیایی، مهاجران، پناهجویان، افراد بدون تابعیت و ... باشد، از این حق بهره مند خواهد شد. براساس کنوانسیون محو تمام اشکال تبعیض نژادی، سلامت به عنوان «بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روحی» مورد شناسایی قرار می گیرد. این رویکرد از هر نظر یک رویکرد خاص می باشد، زیرا نباید استانداردهای واحدی در سراسر جهان برای سطح سلامت تعریف نمود. این امر به توانایی مختلف دولت ها و تفاوت در زیرساخت ها بازمی گردد، در نتیجه مهم این است که باتوجه به امکانات و زیرساخت های موجود، بالاترین سطح از سلامت ایجاد شود. از سوی دیگر نباید از نظر دور داشت که موضوع سلامت و تضمین آن باید با در نظر گرفتن حقوق مردمان بومی و محلی صورت پذیرد. به تعبیری، تا حد امکان باید به سنت ها و باورهای مردمان بومی و محلی، از جمله مسائل راجع به درمان ها و داروهای محلی احترام گذاشت. این امر از اعلامیه حقوق مردمان بومی قابل استنتاج است. حق بر سلامت نه تنها به مراقبت های بهداشتی به موقع و مناسب، بلکه به عوامل اساسی تعیین کننده سلامت مانند دسترسی به آب سالم و آشامیدنی، عرضه کافی مواد غذایی سالم، تغذیه و مسکن و مناسب و ... تعمیم پیدا می کند. در همین راستا باید مسائل راجع به کنترل بیماری ها، بهبود عوامل زمینه ای و نیز تمرکز بر مرحله تسکینی، درمانی و توان بخشی در فرآیند درمان و ارائه دارو و کالای پزشکی نیز مد نظر قرار گیرند (Villarosa, 2022: 131-132).

نباید از نظر دور داشت که ممنوعیت تبعیض نژادی در فرآیند اعمال حق بر سلامت، اعم از تبعیض مستقیم، غیرمستقیم و ساختاری است. برای مثال، گاهی اوقات دولت‌ها به بهانه وجود فرهنگ و آداب خاص در میان برخی اقشار، در فرآیند شناسایی حق بر سلامت، تبعیض آمیز رفتار می‌کنند. در همین راستا می‌توان به شناسایی ختنه دختران در برخی قسمت‌ها از کشورهای کنگو و آفریقای جنوبی اشاره داشت. این اقدامات باعث طردشدن و ایجاد تنش در مناطق مزبور می‌شود. در واقع تیم‌های درمانی با واکنش‌های مردم بومی و محلی مواجه می‌شوند و به واسطه تحریک احساسات عمومی، دولت از مداخله استنکاف می‌کند، در نتیجه کادر درمان هم به واسطه فقدان توان و قدرت قهریه، از موضع عقب‌نشینی نموده و درمان افراد مزبور انجام نمی‌گیرد. تبعیض‌های ساختاری عموماً به واسطه فقدان سیاست‌های کافی برای رسیدگی به نابرابری‌های طولانی‌مدت سلامت و نرخ بالای فقر و محرومیت‌های اجتماعی و همچنین نرخ پایین مشارکت در تصمیم‌گیری‌های سیاسی و نهادی ایجاد می‌شود (*Toebes et al*, 2014: 6-7).

۲-۷- پیشگیری و حفاظت در برابر آسیب‌ها

جنبه حفاظتی و پیشگیری حق بر سلامت و ممنوعیت تبعیض شامل موارد مهمی می‌شود: رهایی از تبعیض نژادی و نابرابری‌های ساختاری، از جمله قرار گرفتن نامتناسب در معرض آسیب‌پذیری و شرایط آسیب‌رسان به سلامت، حق حمایت در برابر شرایط مادی و روانی اجتماعی خاص و حق محافظت در برابر اعمال آسیب‌رسان بازبزرگان خصوصی، از جمله شرکت‌های چندملیتی. نکته حائز اهمیت این است که اقشار آسیب‌پذیر مانند کودکان و نوجوانان، افراد کهنسال، افراد دارای معلولیت، زنان و ... حق دارند در فرآیند اعمال حق بر سلامت و عدم تبعیض نژادی، تقاضای اقدامات خاص و متناسب با وضعیت خود را داشته باشند (*Matthew*, 2015: 11-12).

در راستای حفاظت و پیشگیری از آسیب‌ها باید چند مسأله به صورت مستقل مد نظر قرار گیرد: اول، مسأله آب آشامیدنی سالم و بهداشت کافی، غذای سالم و مسکن؛ در واقع حفاظت از سلامت افراد و پیشگیری از بیماری‌ها و آسیب به سلامت مستلزم داشتن شرایط اولیه حداقلی سالم می‌باشد. در این راستا، آب آشامیدنی، بهداشت محیطی، مسکن مناسب و غذای سالم، سنگ بنای اصلی محسوب می‌شوند (*Langford & Russell*, 2017: 1-2)؛ دوم، محیط کار سالم و بهداشتی: در سال‌های اخیر بحث مقررات ایمنی و بهداشت محیط کار تحت عنوان اج‌اس‌ای مورد توجه قانون‌گذاران داخلی قرار گرفته است که مقررات مزبور در جهت حفاظت از حق بر سلامت افراد در محیط کار می‌باشد (*Dimond*, 2016: 19-20)؛ سوم، تغییرات اقلیم و آسیب‌های محیط زیست: مسأله تغییرات اقلیم باعث شده است که ناهنجاری‌های محیطی فراوانی، از جمله وقوع سیل و طوفان‌های سهمگین شایع گردد. همین رخدادها باعث ایجاد شرایط محیطی خاص و از بین رفتن زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی شود (*Burger & Gundlach*, 2018: 3-4)؛ چهارم، بحران جنسیت: یکی دیگر از موضوعات مهم، مسأله بحران ایجادشده در اثر شناسایی جنسیت‌های مختلف خارج از ساختارهای سنتی زن و مرد است. این مسأله باعث شده است که در کشورهایی که این جنسیت‌ها را به رسمیت شناخته‌اند، ضرورت طراحی و تصویب مقررات و سازوکارهای خاص در راستای حق بر سلامت ایجاد شود (*Stall et al*, 2020: 5-6)؛ پنجم، وضعیت مهاجران: در حال حاضر بسیاری از کشورها دچار بحران ناشی از پناهجویان و مهاجران غیرقانونی هستند. ورود سیل جمعیت‌های مهاجران باعث می‌گردد که دولت‌های مهاجرپذیر به واسطه اولویت‌دادن به شهروندان خود و عدم وجود برنامه‌ریزی برای مواجهه با جمعیت بیگانه، تمهیدات لازم جهت مسائل راجع به سلامت آن‌ها نداشته باشند، در نتیجه، حق بر سلامت مهاجران و پناهجویان شدیداً در معرض خطر قرار می‌گیرد (*Angeleri*, 2022: 3-4)؛ ششم، وضعیت افراد محبوس و زندانیان: در حال حاضر یکی از بحران‌های حوزه حقوق سلامت، مسأله حق بر سلامت زندانیان است. افراد زندانی از منظر ساختاری و هنجاری، شدیداً در محدودیت تمتع از حق بر سلامت قرار دارند. به طریق اولی این مسأله در ارتباط با عدم تبعیض نژادی در راستای اعمال این حق نیز وجود دارد (*Faiver*, 2017: 11-12)؛ هفتم، بحران‌های بشردوستانه و مخاصمات مسلحانه داخلی: در ارتباط با حقوق بشردوستانه بین‌المللی عموماً تمرکز بر حقوق بنیادین اسیران و ابزارهای نبرد می‌باشد، حق بر سلامت صرفاً به صورت پراکنده و در اسناد توصیه‌ای صلیب سرخ مورد اشاره قرار گرفته است، بدون این که مصادیق و آثار را به صورت دقیق مبسوط مورد تبیین قرار گیرد (*Gostin & Meier*, 2020: 2-3)؛ هشتم، حق بر تمامیت جسمانی و موضوعات راجع به سقط جنین: یکی دیگر از چالش‌های

مهم در ارتباط با اعمال حق بر سلامت در پرتو ممنوعیت تبعیض نژادی، مسأله سقط جنین می‌باشد. سقط جنین از عواملی است که می‌تواند بر پراکندگی جمعیت تأثیر مستقیم داشته باشد. از طرفی نیز این امر در جوامع مذهبی و اقلیت‌های دینی یک امر مذهبی قلمداد می‌گردد و دولت‌ها در راستای توجه به هنجارهای مذهبی، نسبت به اعمال سقط جنین تبعیض‌آمیز رفتار می‌کنند (Sheldon & Wellings, 2020: 3-4). در تمام چالش‌های فوق، دولت‌ها در طراحی نظام حقوق سلامت خود باید منع تبعیض نژادی را مورد مطالعه قرار داده و جنبه‌های مختلف آن را در قانون‌گذاری داخلی مد نظر قرار دهند.

۳-۷- حق بر خورنداری از نظام عمومی حفاظت از سلامت

شناسایی مصادیق حقوق بشر و به‌طور خاص حق بر سلامت و نیز عدم تبعیض در فرآیند تأمین آن، به تنهایی کافی نیست. هر حقی نیاز به سازوکارهای اجرایی برای تضمین دارد. با توجه به گستردگی و تنوع موضوعات مرتبط با حق بر سلامت و عدم تبعیض نژادی در فرآیند اعمال آن، لازم است که یک مجموعه یا نظام عمومی طراحی گردد. به تعبیری، کشورها باید در ساختارهای حقوقی خود، نظام عمومی حقوق سلامت را طراحی و تصویب کنند. در واقع عدم تبعیض در اعمال حق بر سلامت، نیاز به پشتیبانی قوای عمومی و حاکمیتی دارد.

در طراحی نظام حقوق سلامت چند نکته باید مد نظر قرار گیرد: اول این‌که، کیفیت خدمات، داروهای کالاهای پزشکی، غذای سالم و ... در اندازه‌ای باشد که خودش عامل به مخاطره‌انداختن سلامت افراد نباشد. در اینجا لازم است که قوای حاکمیتی به نظارت و رصد دائمی این متغیرها بپردازند، چه در مرحله تولیدات داخلی و چه در مرحله واردات (Catalán, 2021: 43-44)؛ دوم این‌که، دارو، خدمات، کالای پزشکی و غذای سالم باید در اندازه کافی در دسترس همه قرار داشته باشد. در مرحله دسترسی خیلی باید مراقب اعمال تبعیض شد. نکته جالب توجه این است که در مرحله توزیع و دسترسی است که ناتوانی یا کم‌توانی اقلیت‌ها باعث عدم دسترسی آن‌ها به اقلام و خدمات مرتبط با حق بر سلامت می‌شود. برای مثال، این موضوع در ارتباط با دسترسی به آب سالم در کشورهای مختلف مصداق پیدا می‌کند (Klotz et al, 2017: 121-122)؛ سوم این‌که، علاوه بر دسترسی فیزیکی، دسترسی به اطلاعات و آموزش‌های لازم، چه در فضای واقعی و چه از طریق فضای مجازی، باید مورد توجه قرار گیرد. اصولاً دارو، کالاهای پزشکی و خدمات سلامتی نیاز مبرم به اطلاعات و آموزش‌های ضروری دارند و در صورت فقدان یا نقص این موارد، دارو، کالا و خدمات مزبور تبدیل به یکی از عوامل تهدیدکننده حق بر سلامت می‌شود (Ferraz, 2021: 21-22)؛ چهارمین مسأله، قابل پذیرش بودن است. اساساً باید دارو، خدمات و کالاهای پزشکی از سوی جامعه مخاطب قابل پذیرش باشد و خطوط قرمز فرهنگی، اجتماعی و زیستی آن‌ها را نقض نکند (Meier & Gostin, 2018: 1-3). این امر صرفاً از طریق نقش‌آفرینی دولت در کنار بخش خصوصی امکان‌پذیر می‌باشد، زیرا در اینجا است که مسأله مقابله و تصحیح فرهنگ و رفتارهای غلط مطرح می‌گردد.

نکته‌ای که باید در اینجا مد نظر قرار داد، ضرورت انجام تحقیقات و پژوهش‌های علمی با در نظر گرفتن وضعیت جوامع است. به تعبیری، در راستای اعمال حق بر سلامت بدون تبعیض نژادی، لازم است ابتدا، وضعیت زیرساخت‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، بهداشتی هر کشور مورد مطالعه دقیق قرار گیرد (Nunes, 2024: 77-78). اینجا است که وظیفه نظام عمومی حقوق سلامت نمایان می‌شود، زیرا دولت باید با تخصیص منابع و بودجه کافی، به اقدامات آموزشی و پژوهشی مراکز بهداشتی و درمانی، جهت‌دهی مناسب انجام دهد.

نظام عمومی حقوق سلامت در راستای محو همه اشکال تبعیض باید به بحث مشارکت اقلیت‌ها و نژادهای مختلف در فرآیند مشارکت سیاسی و تصمیم‌گیری، توجه ویژه داشته باشد. اصولاً فرآیند مشارکت سیاسی موجب می‌شود که نیازهای اقشار مختلف در سطح کلان مطرح گردد و بهانه بسیاری از دولت‌ها در ارتباط با عدم اطلاع کافی، رفع گردد. اعمال مشارکت عمومی نیز به نوبه خود نیاز به سازوکارهای نظارتی دائمی دارد. به همین جهت، به کشورها توصیه می‌شود که در همین راستا، اقدام به طراحی برنامه توسعه و بهداشت بلندمدت در قالب اسناد بالادستی کنند (Mattila et al, 2019: 12-13).

۷-۴- حقوق سلامت جنسی و بارداری

موضوعات راجع به سلامت جنسی و باروری در کشورهای مختلف دارای چهارچوب‌های قانونی بسیار مختلفی می‌باشد. این اختلافات باعث شده است که از طریق اسناد و هنجارهای بین‌المللی نتوان، استانداردهای دقیقی برای این موضوعات تعیین نمود، در نتیجه لازم است که در این مرحله برای طبقات و گروه‌های مختلفی از دولت‌ها که دارای استانداردها و رویکردهای نزدیک یا مشابه هستند، استانداردهای خاص تعریف نمود. برای مثال، در میان کشورهای اسلامی امکان ارائه استانداردهای واحد وجود دارد یا در ارتباط با وضعیت دولت‌های عضو اتحادیه اروپا نیز همین موضوع صدق می‌کند (Poku, 2021: 31-32)، اما استانداردهای حداقلی نیز سطح جهانی قابل ارائه هستند: دسترسی برابر در کیفیت خدمات و مراقبت‌های بهداشت جنسی، باروری و همچنین پوشش بهداشت همگانی و بیمه خدمات درمانی عمومی؛ عدم تبعیض در هزینه‌های زایمان، مراقبت از نوزادان زودرس، اورژانس مامایی؛ کاهش علل مرگ‌ومیر مادران در حین زایمان؛ دسترسی برابر به مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان؛ دسترسی برابر به خدمات و مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان در شأن مادران و متناسب با فرهنگ و ضرورت‌های اجتماعی (Wingood & DiClemente, 2013: 3-7).

۷-۵- حق بر محرمانگی و حریم خصوصی

حق بر حریم خصوصی تضمین می‌کند که گروه‌های نژادی و قومیتی و حتی مردمان بومی از حق برابری و رهایی از تبعیض نژادی باتوجه به حفاظت و استفاده از داده‌های مربوط به سلامت خود برخوردار هستند. هر شخصی که مشمول مقررات کنوانسیون محو همه اشکال تبعیض نژادی قرار می‌گیرد، حق حفاظت از داده‌های شخصی خود، از جمله حق شفافیت، حق اعتراض به پردازش داده‌های مرتبط با سلامت، حق دسترسی، قابلیت حمله تصحیح و پاک کردن داده‌های مرتبط با سلامت را دارا می‌باشد. باید توجه داشت که پزشکان و کادر درمانی نیز بدون تبعیض نژادی از این حقوق برخوردار هستند (Silva, 2021: 52-53).

نتیجه‌گیری

یکپارچگی و تنوع مصادیق هنجارهای حقوق بشری باعث شده است که تمتع از هریک، به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم با تمتع و نقض سایر مصادیق حقوق بشری ارتباط پیدا کند. ممنوعیت تبعیض نژادی یکی از مصادیق حقوق بشری می‌باشد که به عنوان حقوق بنیادین بشری واجد وصف آمره می‌باشد و در رأس سلسله‌مراتب هنجاری نظام حقوق بشر بین‌المللی قرار دارد. این حق ارتباط تام با سایر مصادیق حقوق بشری پیدا کرده است. از طرفی نیز حق بر سلامت نیز از حیث مصداقی در سال‌های اخیر، چه از حیث ساختاری و چه از حیث هنجاری، گستردگی قابل توجهی پیدا کرده است. انطباق و هم‌سویی میان مصادیق مختلف حقوق بشر، نیاز به ظرافت و دقت بالایی دارد، زیرا روابط تابعان حقوق به سطحی از پیچیدگی رسیده است که شبکه‌ای به هم متصل از مصادیق مختلف حقوق بشر شکل بگیرد.

برای حل چنین پیچیدگی‌هایی لازم است که واکنش‌ها و نیازهای جامعه بین‌المللی مشخص شود. در گام اول لازم است که یک کنش اولیه از سوی بازیگران بین‌المللی مانند ملل متحد و یا در همین موضوع مقاله حاضر، کمیته محو کلیه اشکال تبعیض نژادی صورت پذیرد. اگر این کنش در قالب اسناد الزام‌آور بین‌المللی مانند کنوانسیون‌ها یا معاهدات باشد، بدیهی است که به واسطه حساسیت دولت‌ها، هیچ موفقیتی حاصل نمی‌شود و نهایتاً یک کنوانسیون عقیم شکل می‌گیرد، اما توسل به سازوکارهای غیرالزام‌آور مانند همین توصیه‌نامه عمومی شماره ۳۷ از سوی کمیته محو کلیه اشکال تبعیض نژادی، باعث می‌گردد که دولت‌ها با یک فرآیند مستمر در شکل‌گیری هنجارها و استانداردهای الزام‌آور مواجه شوند.

توصیه‌نامه عمومی شماره ۳۷ یک چهارچوب هنجاری را ترسیم نموده است؛ این چهارچوب دارای پنج قسمت مختلف می‌باشد که در واقع این پنج قسمت، ستون‌های اصلی نظام حقوق سلامت کشورها را تشکیل می‌دهند. به تعبیری، در طراحی نظام حقوق سلامت برای اعمال هرچه بیشتر و دقیق‌تر ممنوعیت تبعیض نژادی، باید این پنج چالش را مد نظر قرار داد. نکته مهم در اینجا این است که رویکرد فقه امامیه به حق بر سلامت و ممنوعیت عدم تبعیض براساس آموزه‌های فطری، یک رویکرد کلی و در قامت اصول عمومی می‌باشد. به تعبیری، مواضع کمیته در این مرحله در تعارض با رویکرد کشورهای اسلامی ندارد، اما نکته مهم این

است که در برخی موضوعات که مورد توجه و حساسیت دولت‌های اسلامی نیز قرار دارد (مانند حقوق جنسی و باروری)، در حال حاضر کمیته یک موضع عام و منعطف اتخاذ نموده است، اما آنچه که از سابقه و رویه‌های اخیر سازمان ملل متحد نمایان است، این است که در آینده، با توسل به همین اسناد و توصیه‌های غیرالزام‌آور، هنجارهای عرفی و رویه‌ای شکل خواهد گرفت، در نتیجه، لازم است کشور ایران و سایر کشورهای اسلامی در ارائه گزارش‌های دوره‌ای به کمیته و منعکس نمودن مواضع و ضرورت‌های اجتماعی، سیاسی، فرهنگی مذهبی خود، در فرآیند شکل‌گیری رویه‌ها و هنجارهای عرفی، نقش فعالی را ایفا کنند.

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی مربوط به انجام پژوهش رعایت شده است.

تعارض منافع: تدوین این مقاله، فاقد هرگونه تعارض منافی بوده است.

سهم نویسندگان: نگارش مقاله منفرداً انجام گرفته است.

تشکر و قدردانی: از همه کسانی که در بازخوانی و ویرایش اثر همیاری و راهنمایی داشتند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

تأمین اعتبار پژوهش: این پژوهش بدون تأمین مالی انجام گرفته است.

منابع و مأخذ

الف. منابع فارسی و عربی

- قرآن کریم.

- بیرانوند، فرید (۱۴۰۰). *رویه محاکم ملی در مواجهه با حقوق نرم بین‌المللی با تأکید بر حقوق بشردوستانه*. تهران: انتشارات فرهنگ‌شناسی.

- حقی بروسوی، اسماعیل (۱۹۹۸). *تفسیر روح البیان*. جلد نهم، بیروت: دارالفکر.

- خزایی، احمدرضا؛ یاقوتی، ابراهیم و بیرانوند، فرید (۱۳۹۸). *جستارهایی پیرامون قواعد آمره و تعهدات عام‌الشمول*. تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

- طباطبایی، سیدمحمدحسین (۱۳۷۱). *المیزان*. ترجمه سیدمحمدباقر موسوی همدانی، جلد هجدهم، قم: بنیاد علمی و فرهنگی علامه طباطبایی.

- قزوینی، ابن ماجه (۲۰۰۱). *نقش زور در روابط بین‌الملل*. ترجمه مرتضی کلانتریان، تهران: انتشارات آگاه.

- مجلسی، محمدباقر (۱۳۷۱). *بحار الانوار*. جلد چهل‌وششم، قم: دارالکتب الاسلامیه.

- مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۷۴). *تفسیر نمونه*. جلد بیست‌ودوم، قم: دارالکتب الاسلامیه.

- موسوی خمینی، سیدروح‌الله (۱۳۸۹). *صحیفه امام*. جلد پنجم، هفتم و هجدهم، تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.

- موسوی خمینی، سیدروح‌الله (۱۴۰۰). *دانشنامه امام خمینی*. جلد سوم، تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.

- نیشابوری، حاکم (۱۴۲۷). *المستدرک علی صحیحین*. بیروت: دارالکتب العربی.

- یعقوبی، احمد (۱۳۵۸). *تاریخ یعقوبی*. جلد دوم، بیروت: دارالفکر.

ب. منابع انگلیسی

- Angeleri, S (2022). *Irregular Migrants and the Right to Health*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Brems, E; Desmet, E & Vandenhole, W (2017). *Children`s Rights Law in The Global Human Rights Landscape*. New York: Routledge Research in Human Rights Law.
- Burger, M & Gundlach, J (2018). *Climate Change, Public Health and the Law*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Burnett, C (2022). *Justice in Health*. London: Springer.
- Catalán, EA (2021). *The Human Right to Health: Solidarity in the Era of Healthcare Commercialization*. London: Edward Elgar.
- Dimond, B (2016). *Legal Aspects of Health and Safety*. London: MA Healthcare.
- Erk, C (2011). *Health, Rights and Dignity: Philosophical Reflections on an Alleged Human Right*. Frankfurt: Ontos Verlag.
- Faiver, KL (2017). *Humane Health Care for Prisoners: Ethical and Legal Challenges*. Hague: Bloomsbury Publishing.
- Ferraz, OLM (2021). *Health as a Human Right: The Politics and Judicialisation of Health in Brazil*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gostin, LO & Meier, BM (2020). *Foundations of Global Health & Human Rights*. Oxford: Oxford University Press.
- Heymann, J; Sprague, A & Raub, A (2020). *Advancing Equality: How Constitutional Rights Can Make a Difference Worldwide*. California: University of California Press.
- Howe, RB & Covell, K (2013). *Education in the Best Interests of the Child a Children`s Rights Perspective on Closing the Achievement Gap*. Toronto: University of Toronto Press.
- ILC (2001). *Yearbook of the International Law Commission, Volume II, Part Two: Draft articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts, with Commentaries*. Hague: UN Press.
- ILC (2006). *Yearbook of the International Law Commission, 2006, Volume II, Part Two: Draft Articles on Diplomatic Protection*. Hague: UN Press.
- ILC (2011). *Yearbook of the International Law Commission, 2011, Volume II, Part Two: Guide to Practice on Reservations to Treaties*. Hague: UN Press.
- Klotz, S; Bielefeldt, H; Schmidhuber, M & Frewer, A (2017). *Healthcare as a Human Rights Issue: Normative Profile, Conflicts and Implementation*. Hague: Transcript Verlag.
- Langford, M & Russell, AFS (2017). *The Human Right to Water*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Matthew, DB (2015). *Just Medicine: A Cure for Racial Inequality in American Health Care*. New York: New York University Press.
- Matthew, DB (2024). *Just Health: Treating Structural Racism to Heal America*. New York: New York University Press.
- Mattila, VM; Söderlund, P; Rapeli, L & Wass, HM (2019). *Health and Political Engagement*. Hague: Taylor & Francis.
- Meier, BM & Gostin, LO (2018). *Human Rights in Global Health: Rights-based Governance for a Globalizing World*. Oxford: Oxford University Press.
- Nunes, R (2024). *Healthcare as a Universal Human Right: Sustainability in Global Health*. Hague: Routledge.

- Poku, NK (2021). *Sexual and Reproductive Health and Rights in Sub-Saharan Africa*. London: Springer.
- Sheldon, S & Wellings, K (2020). *Decriminalising Abortion in the UK: What Would It Mean?*. London: Policy Press.
- Silva, MD (2021). *The Pluralist Right to Health Care: A Framework and Case Study*. Toronto: University of Toronto Press.
- Stall, R; Dodge, B; Bauermeister, JA; Poteat, T & Beyrer, C (2020). *LGBTQ Health Research: Theory, Methods, Practice*. London: JHU Press.
- Toebes, B; Ferguson, R; Markovic, MM & Nnamuchi, O (2014). *The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice*. London: Springer.
- Villarosa, L (2022). *Under the Skin: The Hidden Toll of Racism on American Lives and on the Health of Our Nation*. New York: Knopf Doubleday Publishing Group.
- Wingood, GM & DiClemente, RJ (2013). *Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health*. London: Springer.