

## **E DREJTA PËR SHËNDET**

---

PASOJAT SOCIALE

TË ARRITURAT SHKENCORE

TË DISPONUARIT DHE KUALITETI

---

>>Çdokush ka të drejtë për një nivel jetese që siguron shëndetin dhe mirëqenien e tij dhe të familjes së tij, duke përfshirë këtu ushqimin, veshmbathjen, strehimin, kujdesin mjekësor dhe shërbimet e nevojshme sociale.<<

### **NENI 25, DEKLARATA UNIVERSALE PËR TË DREJTAT E NJERIUT**

#### **TREGIMI ILUSTRUES**

*Miriam është 36 vjeçe dhe është nënë e gjashtë fëmijëve. Ajo është rritur në një fshat larg nga qendrat urbane. Ajo e ndërpreu shkollimin pas përfundimit të klasës së dytë. Prindërit e saj kanë qenë të varfër, kurse shkolla ishte katër kilometra larg nga shtëpia e saj. Babai i saj besonte se arsimimi i femrës është vetëm humbje kohe dhe përpjekjesh, pasi fati i femrave është martesë e jo për të punuar për mbijetesë.*

*Kur Miriam ishte 12 vjeçe, sipas zakoneve lokale i ishte bërë rrethprerja (gjymtimi gjenital). Ajo u martua si 16 vjeçe me një njeri rreth të 50-tave. Babai i saj mori nga dhëndri një sasi të mirë parash si pajë për nusen. Vitin e ardhshëm ajo lindi një djalë. Fëmija kishte lindur i vdekur. Klinika regjionale ishte 10 kilometra larg fshtatit dhe nuk bënte mbikëqyrjen e lindjeve. Gjatë shtatëzansisë, Miriamin e rrahte bashkëshorti shpesh dhe ajo besonte se fëmija lindi i vdekur për këto arsye. Sidoqoftë, familja e saj dhe shumë të tjerë nga fshati e fajësuan Miriamin për dështim.*

*Miriami nuk kishte dëshirë të ksishte marrëdhënie seksuale më bashkëshortin e saj. Ajo frikësohej nga ai dhe nga shtatëzanësia. Bashkëshorti i saj konsideronte se ka të drejtë për marrëdhënie seksuale me atë dhe rregullisht e detyronte Miriamin. Miriami nuk dëshironte të mbetej shtatëzënë përsëri, por nuk kishte tjetër zgjidhje. Ajo vizitonte mjekët popullor dhe merrte përzierje të ndryshme të bimëve dhe gjithashtu mbante hajmali që nuk kishin sukses. Ajo rrallë kishte kohë të shkonte për kontroll në klinikë dhe atëherë kur shkonte, këtë e bënte për shkak të fëmijëve që i sëmureshin, por kurrë nuk arrinte të bisedonte me motra medicinale për kontracepcion. Motra medicinale edhe pse dukej se e kuptonte gjuhën lokale të Miriamit, preferonte të bisedonte në gjuhën dominuese që flitej*

*në kryeqytet dhe mes klasës së edukuar të njerëzve. Motra medicinale e kishte frikësuar Miriamin.*

*Jeta e saj ka qenë një sagë e gjatë e dhunës, varfërisë dhe skamjes. Miriami gjatë disa shtatëzanësive që kishte dhe gjatë rritjes së fëmijëve të saj përpiqej të mbante shpirtin dhe trupin bashkë. Ajo mbolli një parcelë të vogël me gjëra për të ushqyer fëmijët e saj, pasi që bashkëshorti kurrë nuk i dha para të mjaftueshme për këtë. Ajo kërkoi ndihmë nga prindërit e saj dhe nga një misionar vizitues. Të gjithë i thanë asaj që ta dëgjojë bashkëshortin e saj dhe i kujtuan asaj se ka obligim ndaj bashkëshortit dhe familjes.*

*Një ditë, bashkëshorti akuzoi Miriamin për 'shoqërim' me një njeri tjetër. Ai pretendonte ta ketë parë atë duke qeshur dhe biseduar me një fshatar në një ditë tregu. Kur ajo u përgjigj, ky filloi ta godasë pandërprerë, duke i thënë lavire dhe duke u zotuar së do t'i hakmerrej për atë çnderim që ajo i kishte bërë. Miriam kishte pësuar lëndime të rënda; ajo mendonte të kishte edhe brinjë të thyera. Për disa javë rresht ajo nuk kishte mundur të dilte jashtë shtëpisë. Ajo nuk kishte para të shkonte në klinikë për trajtim, ose për të arritur deri atje. Askush në fshat nuk i ndohmoi asaj, edhe pse kishte disa që mendonin se bashkëshorti i saj e kishte tepruar. Gruaja është punë e burrit të saj. Në pamundësi për të shkuar në treg për të shitur ose për t'u kujdesur për kopshtin e saj, Miriami dhe fëmijët e saj, gati sa vdiqën nga uria.*

*Miriami e dinte se do të ketë dhunë edhe në të ardhmen. Ajo frikësohej për jetën e saj dhe jetën e fëmijëve të saj. Ajo pa në ëndërr vdekjen e saj dhe e dinte se duhet të shkonte. Posa filloi të ecte, ajo mori me vete dy më të vegjëlit dhe e lëshoi fshatin. Ajo tani jeton në një fshat tjetër, si refugjate brenda shtetit të saj, duke jetuar në frikë se bashkëshorti i saj do ta gjejë dhe do ta kthejë në shtëpi.*

*(Marrë nga WHO Training Curriculum: Gender and Rights in Reproductive Health)*

## **PYETJET PËR DISKUTIM**

Pikat e poshtëshënuara për diskutim, i shikoni nga perspektiva e definicionit të shëndetit, ashtu siç është theksuar në kushtetutën e Organizatës Botërore të Shëndetsisë (WHO) të

vitit 1946, si: “*gjendje e plotë fizike, mendore dhe mirëqenie sociale, e jo vetëm mungesë e sëmundjeve ose gjendjes së dobët shëndetësore*”

1. Kur filluan problemet e Miriamit?
2. Si ishte trajtuar ajo nga ata që ishin më të fuqishëm (babai, bashkëshorti, motra medicinale dhe misionari)? Pse?
3. Çfarë ishte ndikimi i varfërisë në jetën e Miriamit dhe fëmijëve të saj? A mendoni se Miriami dhe bashkëshorti i saj ishin njësoj të varfër?
4. Varësisht nga statusi dhe fuqia që kanë në bashkësi, si do t’i rangoje në bashkësinë e Miriamit secilin grup (pra burrat, gratë dhe fëmijët)? Shpjego!
5. Çfarë informata do t’i nevojiteshin Miriamit për të ndryshuar rrethanat e jetës së saj dhe të fëmijëve të saj?
6. Edhe pse ka një qendër shëndetësore në regjion, sa ka qenë ajo e dobishme për Miriamin? Shpjego!
7. Shiko tabelën e poshtme: Janë dhënë shembuj të lidhjeve mes shëndetit dhe të drejtave të njeriut. Cilat lidhje kanë të bëjnë drejtpërdrejt me çështjet e prezantuara në tregimin për Miriamin?

Figurë

Shembuj të lidhjeve mes **Shëndetësisë** dhe të **Drejtave të Njeriut**

(nga e majta në të djathtë) Liria nga diskriminimi; e drejta për ushqim të mirë, e drejta për arsim; e drejta për shëndet; zakone tradicionale të dëmshme; tortura; tortura dhuna ndaj grave dhe fëmijëve; e drejta për pjesëmarrje; liria nga diskriminimi; e drejta për informim; e drejta për privatësi; (rendi i brendshëm-nga e majta në të djathtë) zvogëlimi i nënshtrimit të shëndetit të sëmurë përmes të drejtave të njeriut; shkeljet e të drejtave të njeriut që rezultojnë me shëndet të sëmurë; promovimi ose shkelja e të drejtave të njeriut përmes zhvillimit të shëndetësisë.

**E DOMOSDOSHME TË DIHET**



### **1. E DREJTA PËR SHËNDET NË KONTEKST MË TË GJERË**

E drejta për shëndet është përmbledhje shumë e gjërë dhe komplekse e çështjeve të ndërlidhura mes vete, pasi që shëndeti dhe mirëqenia janë ngushtë të lidhura në të gjitha fazat dhe aspektet e jetës. Të drejta specifike për shëndetin mund të gjenden nëpër

dokumente ndërkombëtare për të drejtat e njeriut. Në esencë, të gjitha të drejtat e njeriut janë të ndërlidhura dhe të ndërvarura mes vete, duke bërë kështu realizimin, neglizhimin, si dhe shkeljen e të drejtave të njeriut, për një numër më të madh të të drejtave, e jo vetëm ndaj një të drejte të vetme dhe të izoluar nga tjerat. Kjo ndërlidhje bëhet më e qartë kur merret parasysh se një e drejtë njerëzore (p.sh. shëndeti), kërkon plotësimin e gjitha nevojave njerëzore, qoftë fizike, siç janë nevoja për ajr, ujë, ushqim, seks, qoftë të nevojave sociale dhe psikologjike, siç janë, nevoja për dashuri, shokë, familje dhe shoqëri.

Të drejtat e njeriut kanë të bëjnë me obligimet që i kanë shtetet për t'i kontribuar përmbushjes së këtyre nevojave dhe për t'ua mundësuar grupeve dhe individëve të jetojnë me dinjitet. Pas Luftës së Dytë Botërore, Karta e Kombeve të Bashkuara e bëri të qartë se, shtetet anëtare kanë obligime ndaj të drejtave të njeriut. E drejta për shëndet, është bërë eksplicite në Deklaratën Universale për të Drejtat e Njeriut të vitin 1948, ku në Nenin 25 thuhet: *“Çdokush ka të drejtë për një nivel jetese që siguron shëndetin dhe mirëqenien e tij dhe të familjes së tij, duke përfshirë këtu ushqimin, veshmbathjen, strehimin, kujdesin mjekësor dhe shërbimet e nevojshme sociale, . . . ”*.

Një deficion i gjerë dhe vizionar për shëndetin është dhënë edhe në preambulën e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO), ku përcaktohet si një: *“gjendje e plotë fizike, mendore dhe mirëqenie sociale dhe jo vetëm mungesë e sëmundjeve ose gjendjes së dobët shëndetësore”* Kjo pikëpamje për paprekshmërinë e së drejtës për shëndet, nënvizon faktin se pjesa më e madhe e politikës së përcaktimit të shëndetësisë, bëhet jashtë sektorit të zakonshëm shëndetësor dhe kjo ndikon në faktorët social të shëndetësisë.

## **SIGURIA NJERËZORE DHE SHËNDETËSIA**

Shtimi i numrit të konflikteve të armatosura dhe situatave emergjente, si dhe numri i madh i refugjatëve që kërkojnë mbrojtje nga luftërat dhe fatkeqësitë natyrore, e vënë të drejtën e tyre për jetë, në qendër të së drejtës në shëndet. Organizatat ndërkombëtare siç janë, Komiteti i Kryqit të Kuq Ndërkombëtar, Mjekët për të Drejtat e Njeriut, Médecins sans Frontières (Mjekët pa Kufi) dhe Médecins du Monde (Mjekët e Botës), me qëllim që

të sigurohet e drejta për shëndet gjatë situatave të jashtëzakonshme dhe rrethanave të tjera të pasigurisë njerëzore, bëjnë mobilizimin e punëtorëve shëndetësor për të aplikuar strukturën e të drejtave të njeriut.

Dhuna paraqitet si problemi kryesor për shëndetësinë publike dhe është pengesë serioze për realizimin e të drejtës për shëndet. Çdo vit, në botë vdesin miliona njerëz si pasojë e lëndimeve të shkaktuara nga dhuna. Disa të tjerë mbijetojnë, mirëpo vazhdojnë jetën me të meta fizike dhe psikike. Dhuna është diçka e parandalueshme. Ajo është rezultat i faktorëve kompleksë të shoqërisë dhe të mjedisit. Është dëshmuar se në vendet me përvoja të dhunës kolektive dhe luftërave civile e ndërkombëtare, përdorimi i dhunës është më i zakonshëm.

## 2. PËRSHKRIMI DHE DEFINIMI I ÇËSHTJES



### Shëndeti dhe të Drejtat e Njeriut

Ekzitojnë lidhje të rëndësishme mes shëndetësisë dhe të drejtave të njeriut. Disa nga fushat e ndërlidhjes janë: dhuna, tortura, skllavëria, diskriminimi, uji, ushqimi, strehimi dhe zakonet tradicionale.

Përkushtimi i Deklaratës Universale për të Drejtat e Njeriut ndaj të drejtës në shëndet si një standard adekuat për jetëse, është bërë më se i qartë në Nenin 12 të Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore (ICESCR), të vitit 1966. Ky pakt është miratuar në të njëjtën kohë me Paktin Ndërkombëtar për të Drejtat Civile dhe Politike (ICCPR). Ndarja e Pakteve në dy kategori ishte simptomë e Luftës së Ftohtë, ku shtetet e lindjes i dhanë prioritet të drejtave të parapara me ICESCR, derisa shtetet e perëndimit përkrahën të drejtat civile dhe politike, si të drejta kryesore sa i përket të drejtave të njeriut. Deri më tani, ICCPR është ratifikuar nga 149 shtete, derisa ICESCR nga 146 shtete; SHBA-të kanë nënshkruar të dyjat, por kanë ratifikuar vetëm ICCPR, ndërsa Kina ka nënshkruar të dyjat, por ka ratifikuar vetëm ICESCR. Teksti i Nenit 12- të ICESCR paraqet themelin e së dretës në shëndet dhe ka këtë përmbajtje:

1. Shtetet palë të këtij Pakti e njohin të drejtën e çdo personi për të gëzuar standardin sa më të lartë të gjendjes shëndetësore fizike dhe mentale.

2. Masat që Shtetet palë të këtij Pakti duhet t'i marrin për të siguruar ushtrimin e plotë të kësaj të drejte, duhet përfshirë ato masa të cilat janë të domosdoshme për të siguruar:

- a. Zvogëlimin e vdekshmërisë të të posalindurit dhe vdekshmërinë e foshnjeve, si dhe zhvillimin e shëndetshëm të fëmijës;
- b. Përmirësimin e gjitha aspekteve të higjienës së mjedisit dhe të higjienës industriale;
- c. Parandalimin, trajtimin dhe kontrollin e sëmundjeve epidemike, endemike, profesionale dhe sëmundjeve të tjera;
- d. Krijimin e kushteve të cilat në rast të sëmundjeve do t'u siguronin të gjithëve shërbime mjekësore dhe përkujdesje mjekësore.

*>> Aspirata ime është që përfundimisht shëndetisa do të shihet jo vetëm si një bekim për të cilin do të shpresohet, por si një e drejtë e njeriut për të cilën do të luftohet.<<*

### **KOFI ANNAN**

Ekziston edhe një numër i konventave regjionale të cilat e definojnë më tutje të drejtën për shëndet, përfshirë këtu Nenin 11 të Kartës Sociale Evropiane të vitit 1961, të reviduar më 1996, Nenin 10 të Protokolit Shtesë të Konventës Amerikane për të Drejtat e Njeriut në Fushën e të Drejtave Ekonomike, Sociale dhe Kulturore të 1988 dhe Nenin 16 të Kartës Afrikanë për të Drejtat e Njeriut dhe Popujve të vitit 1981.

Qeveritë u qasen në forma të ndryshme obligimieve të dala nga Neni 12 i ICESCR dhe organi i autorizuar për monitorimin e aplikimit të Paktit, me qëllim të sqarimit të obligimeve të shteteve, ka lëshuar një tekst të quajtur Komenti i Përgjithshëm 14, të cilin e miratoi në maj të 2000. Në këtë Koment të Përgjithshëm theksohet se realizimi i të drejtës për shëndet mbështetet në përmbushjen e të drejtave të tjera, duke përfshirë të drejtën për jetë, ushqim, strehim, punë, arsimim, pjesëmarrje, gëzim i arritjeve shkencore dhe aplikimeve të tyre, lirinë për të kërkuar, pranuar dhe përhapur informata të të gjitha llojeve, mosdikriminim, ndalim të torturës dhe lirinë e bashkimit, tubimit dhe të lëvizjes.



### **Ekzistimi, qasja, pranueshmëria dhe kualiteti**

Komenti i Përgjithshëm gjithashtu përcakton katër kritere përmes së cilave vlerësohet e drejta për shëndet:

**Ekzistimi**, i cili përfshin funksionimin e shëndetësisë publike, objekteve, të mirave dhe shërbimeve shëndetësore, si dhe programeve që duhet të ekzistojnë në sasi të mjaftueshme.

**Qasja** ndaj objekteve, të mirave dhe shërbimeve për shëndetësi të cilat kërkojnë mosdiskriminim, qasje fizike, mundësi dhe informata adekuate.

**Pranueshmëria**, e cila kërkon që të gjitha objektet, të mirat dhe shërbimet shëndetësore duhet të jenë të pranueshme në pajtim me etikën mjekësore dhe kulturën e caktuar, pastaj me kërkesat gjinore dhe ciklet jetësore, si dhe të parashikohet respektimi i konfidencialitetit dhe përmirësimi i shëndetit dhe statusit shëndetësor të atyre në nevojë.

**Kualiteti**, i cili kërkon që objektet, të mirat dhe shërbimet shëndetësore, të jenë shkencërisht dhe medicinalisht të përshtatshme dhe të kualiteteve të mira.

*Njeriu është ilaç për njeriun*

### **FJALË E URTË E VOLOFËVE (Wolof).**

*Kur Tukididi ishte pyetur se “kur do të arrijë drejtësia në Athinë?”, ai ishte përgjigjur “Drejtësia do të arrijë në Athinë, atëherë kur ata që nuk janë të lënduar, do të jenë po aq të zemëruar sa edhe ata që janë të lënduar.”*

### **Mosdiskriminimi**

Diskriminimi i bazuar në gjini, prejardhje etnike, moshë, prejardhje shoqërore, besim fetar, paaftësi fizike ose mendore, status shëndetësor, orientim seksual, kombësi, status civil, politik ose tjetër status, mund ta pengojnë realizimin e të drejtës për shëndet. Deklarata Universale për të Drejtat e Njeriut (UDHR), Konventa Ndërkombëtare për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit Racor (CERD) e vitit 1965 dhe Konventa Ndërkombëtare për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas (CEDAW) e vitit 1979, janë të rëndësishme së veçantë, pasi që të gjitha këto i referohen qasjes në shëndetësi dhe kujdesit mjekësor pa kurfarë diskriminimi. Nenet 10, 12 dhe 14 të CEDAW-it vërtetojnë **të drejtat e barabarta të grave në qasje ndaj kujdesit shëndetësor**, duke përfshirë planet familjare, shërbimet e përshtatshme për reproduktim shëndetësor dhe shtatzanësi, si dhe shërbimet shëndetësore familjare.



## **Deklarata e Pekinit dhe Platforma për Veprim (1995) e nxjerr në fokus**

pikëpamjen mbi pacenueshmërinë e së drejtës për shëndet dhe nevojën e përfshirjes së plotë të pjesëmarrjes gruas në shoqëri, sikurse vijon:

*“Shëndeti i grave përfshin mirëqenien e tyre emocionale, sociale dhe fizike si dhe përcaktohet nga konteksti i jetës së tyre shoqërore, politike dhe ekonomike, si dhe biologjike. Zhvillimi dhe paqja, janë të domosdoshme për sigurimin e shëndetit optimal, barazisë, si dhe ndarjes së përgjegjësive familjare për gratë. Tradicionalizimi i këtyre parimeve është duke ndodhur përmes sistemit të OKB-së dhe përpjekjeve të organizatave joqeveritare (OJQ-ve). Gratë, fëmijët, njerëzit më të meta, si dhe popujt autoktonë dhe ata të fiseve, janë në mesin e grupeve të nënshturara dhe të anashkaluara, që pësojnë probleme shëndetësore si pasojë e diskriminimit. Paraqitja e një shembulli mbi të drejtën për mbrojtje shëndetësore, si ky që ka ndodhur me gruan nga tregimi ilustrues, tregon ngritjen e vetëdijes së qeverive lidhur me obligimet për realizimin e plotë të së drejtës për shëndetësi.*

### **E drejta për të gëzuar të mirat e të arriturave shkencore**

Përhapja e madhe e AIDS-it (SIDA-s), ka bërë të qartë ekzistimin e urgjencës për prodhimin e barërave dhe ofrimin e dijes shkencore, njerëzve në shtetet në zhvillim. Qasja e kufizuar ndaj terapisë anti-retrovirale, ka ngritur vetëdijen se për të realizuar një standard më të lartë shëndetësor, njerëzit nga e gjithë bota duhet të kenë mundësi të përdorimit të njohurive shkencore të cilat kanë të bëjnë me shëndetin dhe të kryejnë lirisht hulumtime shkencore. Qeveritë kanë njohur gjerësisht të drejtën e paraparë me Nenin 15 të ICESCR për të *“gëzuar përfitimet e të arritjeve shkencore dhe aplikimeve të tyre”* dhe detyrimet e tyre për të ruajtur, zhvilluar dhe përhapur shkencën dhe hulumtimet shkencore. E drejta për të përfituar nga barërat që shpëtojnë jetën, pengohet nga të drejtat e pronësisë intelektuale që i mbrojnë të drejtat patentore të kompanive të barërave. Politika e disa shteteve, si ato të Afrikës Jugore, Indisë, Brazilit dhe Tajlanës, kanë gjetur rrugët lidhur me mbrojtjet patentore dhe gjatë Konferencës së Ministrave në Doha më 2001, Organizata Ndërkombëtare e Tregëtisë (WTO) u pajtua që rregullat të cilat mbrojnë këto patente *“duhet të interpretohen dhe implementohen në atë mënyrë që të përkrasin të drejtat e anëtarëve të WTO-së për mbrojtjen e shëndetit publik, e në mënyrë*

*të veçantë promovimit të qasjes së gjithëve në medikamente” dhe bënë referim specifik për të drejtën e secilit shtet që “të përcaktojë se çka e përbën emergjencën kombëtare ose rrethanat e tjera të gjendjes ekstreme (duke lejuar përjashtime në mbrojtjen e patentit), dhe duke lënë të kuptohet se rastet e krizës së shëndetit publik, përfshirë atë të HIV/AIDS, tuberkulozës, malaries dhe epidemive të tjera, mund ta përbëjnë emergjencën kombëtare dhe rrethanat e tjera të gjendjes ekstreme.”*

### **Globalizimi dhe e drejta për shëndet**

Që nga vitet e 1970-ta, ekonomia botërore ka ndryshuar në mënyrë dramatike, si pasojë e globalizimit, e që gjithashtu ka pasur ndikim të drejtpërdrejtë dhe të tërthortë në shëndetësi. Disa rezultate çuan drejt ndryshimeve pozitive, si rritja e mundësive për punësim, shkëmbimi i njohurive shkencore dhe si rezultat i partneriteteve mes qeverive, shoqërisë civile dhe korporatave, rritjen e potencialit për ofrimin e standardit më të lartë të shëndetësisë në mbarë botën. Sidoqoftë, gjithashtu edhe rezultatet negative siç janë, liberalizimi i tregtisë, investimet në shtetet me standarde të ulëta të punës dhe përfitimet jo të barabarta mes dhe brenda shteteve gjatë marketingut të produkteve të reja në botë, kanë qenë të shumta dhe kanë pasuar si rezultat i mungesës së rregullativës ligjore, gjë që ka rezultuar në ndikime negative në shëndetësi. Qeveritë nuk janë treguar të suksesshme në aftësinë e zvogëlimit të pasojave negative të rritjes së qarkullimit të të mirave, parave, shërbimeve, njerëzve, kulturave dhe njohurive përtej kufijve nacional. Në të njëjtën kohë, kompanitë multinacionale janë treguar të suksesshme për t’iu shmangur përgjegjësisë. Për shembull, sipas Njësisë Speciale për Shëndetësi dhe Ekonomi të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, substancat e dëmshme si duhani, shkëmbehen lirisht, pa ekzistuar ndonjë mbrojtje adekuate e shëndetit të popullatës.

Sfidimi i ligjeve dhe praktikave të afarizmit mbi bazat e të drejtave të njeriut në një pjesë të madhe, është motivuar nga shqetësimet lidhur me të drejtën për mbrojtje të shëndetit. Një shembull i ngritjes së vetëdijes për nevojën e ekzistimit të një rregullimi më të gjerë, ka të bëjë me licencat farmaceutike. Përmes Deklaratës së Dohës (2001), anëtarët e WTO-së, pranuan se në raste emergjente (Neni 5) qeveritë mund të lëshojnë licenca të detyrueshme për prodhimin e farmaceutikëve, pastaj që shtetet të cilat nuk kanë kapacitet për prodhim, duhet të ndihmohen për sigurimin e farmaceutikëve (Neni 6), si dhe që

shtetet e zhvilluara duhet të ndihmojnë shtetet në zhvillim për sigurimin e transferit të teknologjisë dhe njohurive në fushën e farmaceutikëve (Neni 7).



### **Shëndeti dhe Mjedisi**

Ashtu siç është theksuar në rezolutën 45/94, të 14 dhjetorit 1990 të Asamblesë së Përgjithshme të OKB-së, e drejta për mjedis të shëndoshë thërret për të drejtën e popujve për “*të jetuar në mjedis adekuat për shëndetin dhe mirëqenien e tyre*”. Kjo e drejtë është pranuar në kushtetutat e 90 shteteve, duke përfshirë këtu kushtetutat më nacionale, të cilat janë miratuar që nga Konferenca e Rios për Mjedis dhe Zhvillim (1992). Në Samitin e Tokës, të Rio de Zhaneros dhe në planin e miratuar si Agjenda 21 (1992), përmes krijimit të një kornize të vetme politike, u arrit bashkimi i shqetësimeve shoqërore, ekonomike dhe të mjedisit si shtylla të ndërvarura për zhvillim të qëndrueshëm. Sigurimi i ujit dhe ajrit të pastër, si dhe furnizimi me ushqim të mjaftueshëm janë ngushtë të lidhura me një mjedis të shëndoshë dhe realizim të së drejtës në shëndet. Megjithëkëtë, dhjetë vite pas Agjendës 21 statistikatat e mëposhtme tregojnë pamjaftueshmërinë e përpjekjeve për arritjen e synimeve të dëshiruara:

- 800 milion njerëz vuajnë nga uria;
- 1.5 bilion njerëz nuk kanë qasje në ujë të pijshëm;
- 2.5 bilion njerëzve u mungojnë shërbimet e kënaqshme higjienike;
- 5 milion njerëz, kryesisht gra dhe fëmijë vdesin çdo vit nga sëmundjet që janë të lidhura me mungesën e ujit kualitativ.

*>>Qeniet njerëzore ndodhen në qendër të brengave për një zhvillim të qëndrueshëm.<<*

### **DEKLARATA E RIOS, 1992**

Disa OJQ, së bashku me Komisionin Afrikan për të Drejtat e Njerëzve dhe Popujve, përmes një komunikate të vitit 1996, pretenduan se qeveria ushtarake e Nigerisë, përmes një kompanie shtetërore dhe Shell Petroleumit ishte involvuar në mënyrë të drejtpërdrejtë në prodhimin e naftës, dhe se këto veprime shkaktuan degradim të mjedisit dhe probleme shëndetësore te populli Ogoni. Në tetor të vitit 2001, Komisioni Afrikan vendosi që Republika Federative e Nigerisë, kishte shkelur shtatë nene të Kartës Afrikane për të Drejtat e Njerëzve dhe Popujve, duke përfshirë shkeljen e të drejtës për shëndet. Ky

vendim është një precedent i rëndësishëm për përgjegjësinë e shtetit që ta mbrojë mjedisin dhe shëndetin e popullsisë lokale kundër efekteve të aktiviteteve të tilla.

Samiti Botëror për Zhvillim të Qëndrueshëm (WSSD) i mbajtur në Johannesburg më 2002, e shqyrtoi implemetimin e Agjendës 21. Në planin e Johannesburgut për Implementim, është shprehur një përkushtim i fuqishëm ndaj përmirësimit të sistemit të informimit dhe edukimit shëndetësor në mbarë botën, zvogëlimit të përhapjes së HIV-it, zvogëlimit të elementeve helmuese në ajër dhe ujë, si dhe integritit të problemeve shëndetësore në planin e çrrënjësjes së varfërisë.

Gjatë dhjetë viteve të fundit është zhvilluar një parim i ri: parimi i veprimeve parandaluese për udhëzimin e aktiveve për parandalimin e dëmtimit të mjedisit dhe shëndetit njerëzor ose **parimi parandalues**. Ky parim i cili në vitin 1998 ishte definuar dhe formuluar më mirë nga një grup i shkencëtarëve ndërkombëtarë, juristëve dhe aktivistëve të sindikatave dhe masave të gjera për mjedis në Viskonsin (Wisconsin) të SHBA-ve, kërkon nga zbuluesit e teknologjive që para se të arrijë ai produkt te publiku ose të ndikojë në mjedis, ta dëshmojë atë si të sigurt. Dhe së fundi, por jo edhe më pak e rëndësishme, të gjitha vendimet që aplikojnë parimin e parandalimit, duhet të jenë të “hapura, publike dhe demokratike”, si dhe “duhet të përfshijnë palët e prekura”.

### 3. PERSPEKTIVAT NDËRKULTURORE DHE ÇËSHTJET KONTRAVERSE

Deklarata e Vjenës e vitit 1993, bën të qartë se dallimet duhet të pranohen, por në asnjë mënyrë ato nuk mund ta mohojnë universalitetin e të drejtave të njeriut. Komenti i Përgjithshëm 14 mbi të Drejtën për Shëndet, ndërtohet mbi këtë vetëdije, duke kërkuar që objektet, të mirat dhe shërbimet shëndetësore të jenë të *përshtatshme në baza kulturore*. Një aspekt kulturor i të drejtës për shëndet, është theksi i lartë në sistemin biomjekësor të shëndetësisë dhe me këtë edhe në kuptimin e realizimi të së drejtës për shëndet. Sidoqoftë, në shumë vende të botës, **mjekësia popullore** (TM) mbizotëron praktikën e kujdesit shëndetësor. Në Afrikë, 80% e popullsisë përdor mjekësinë popullore për t'i përmbushur nevojat e kujdesit shëndetësor. Mjekësia popullore përdoret gjerësisht edhe në Azi (veçanërisht në Kinë), Amerikë Latine dhe ndër popujt autoktonë të Australisë dhe

Amerikës (te më shumë se 40%). Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO), e definojnë mjekësinë popullore si terapi e cila “përfshin përdorimin e bimëve mjekësore, pjesëve të shtazëve, mineraleve dhe terapive jomjekësore, terapive manuale dhe shpirtërore.” Përdorimi i mjekësisë popullore (TM) është ngushtë i lidhur me të drejtat kulturore, ligjet për mbrojtjen e pronësisë intelektuale, të drejtën për tokë dhe të drejtën për zhvillim të qëndrueshëm. Duke njohur përdorimin e gjerë të mjekësisë popullore dhe benefitet e saj, si dhe rëndësinë e terapive ekonomike dhe kulturalisht të përshtatshme, WHO me qëllim të ndihmimit të përdorimit racional të mjekësisë popullore në vendet në zhvillim, ka zhvilluar **Strategjinë e Mjekësisë Popullore** (2002-2005).

Në rastet e tjera, e drejta për shëndet mund të neglizhohet ose mund të shkellet për shkak të raporteve jo të barabarta të pushtetit të bazuar në gjini, moshë, racë, besim fetar, përkatësi etnike etj, të cilat ekzistojnë në mes grupeve dhe të cilat konsiderohen fundamentalisht të lidhura me kulturë. Përsëri këtu aplikohet parimi themelor i mosdiskriminimit. Gjymtimi Gjenital i Femrave (FGC), është një praktikë që shtrihet gjerësisht në Afrikë dhe pjesët e Mediteranit dhe të Lindjes së Mesme. Kjo praktikë e cila shpesh në mënyrë jo të saktë i përshkruhet religjionit, ka një histori më se 2000 vjeçare. Kjo praktikë mund të dëmtojë seriozisht shëndetin fizik dhe psikik të vajzave dhe grave. Sipas një deklaratë të përbashkët të WHO-së, UNICEF-it dhe Fondit Popullor të OKB-së, nga viti 1996: “*Është e papranueshme që bashkësia ndërkombëtare të qëndrojë pasive në emër të vizionit të shtrembëruar për multikulturalizëm. Sado që sjelljet njerëzore dhe vlerat kulturore nga këndvështrimi i tjerëve të duken të pakuptimta dhe destruktive, ato kanë kuptim dhe përmbushin një funksion për ata që i praktikojnë. Sido që të jetë, kultura nuk është statike, por është në rrjedhje, adaptim dhe reformim i vazhdueshëm.*”

#### 4. ZBATIMI DHE MONITORIMI



##### **Respektimi, Mbrojtja dhe Përmbushja e të Drejtës në Shëndet**

Obligimet e shtetit për t’ju siguruar anëtarëve të shoqërisë gëzimin e standraveve më të larta të shëndetësisë kërkojnë përkushtime të shumta. Detyrimi për **respektimin e së drejtës në shëndet**, do të thotë se shteti nuk mund të ndërhyjë ose ta shkelë këtë të drejtë. Si shembull do të ishte refuzimi i ofrimit të përkujdesit shëndetësor një grupi të caktuar,

siç janë minoritetet ose të burgosurit, ose moslejimi i grave që të shërohen nga mjekë meshkuj dhe duke mos iu ofruar atyre mjekë femra. **Mbrojtja e të drejtës për shëndet** nënkupton që shteti duhet t'i ndalojë pjesëtarët joshitetëror të ndërhyjnë në çfarëdo mënyre në këtë të drejtë. Si shembull do të ishte parandalimi i korporatave që të hedhin helmet në furnizues të ujit. Nëse shkelja ndodh, shteti duhet t'u ofrojë njerëzve ndonjë formë të zhdëmtimit. Kjo gjithashtu nënkupton se shteti është i obliguar të nxjerrë ligje të domosdoshme dhe të përshtatshme, sikurse janë ligjet që rregullojnë dhe mbikëqyrin menaxhimin e hedhurinave të helmueshme. **Përmbushja e të drejtës**, nënkupton që shteti duhet të jetë aktiv në ofrimin e qasjes për kujdes shëndetësor. Për shembull, duhet të themelohen një numër i mjaftueshëm i klinikave shëndetësore për t'i shërbyer popullatës dhe këto klinika duhet të ofrojnë shërbime në bazë të kërkesave të asaj popullate. Shteti duhet të publikojë vendndodhjen, shërbimet dhe kërkesat e klinikës. Kjo nuk mund të sigurohet në ato vende, ku kujdesi shëndetësor i është lënë vetëm sektorit privat.

### **Kufizimet e së drejtës për shëndet**

Disa të drejta janë aq esenciale sa kurrë nuk mund të kufizohen. Këto janë, liria nga tortura dhe skllavëria, e drejta për gjykim të drejtë dhe liria e mendimit. Të drejtat e tjera mund të kufizohen, kur këtë e kërkon rendi publik. Mbrojtja e të drejtës për shëndet si kusht për shëndetin publik, është përdorur si arsytim për vënien e kufizimeve ndaj të drejtave të tjera. Shpesh, si përpjekje e parandalimit të përhapjes së ndonjë sëmundjeje ngjitëse janë vënë kufizime edhe ndaj lirive të tjera. Masat që janë ndërmarrë për të parandaluar përhapjen e sëmundjeve të rënda ngjitëse siç janë Ebolla, SIDA, tifoja dhe tuberkuloza janë, ndalimi i qarkullimit të lirë, ndërtimi i karantinave dhe izolimi i popullatës. Këto masa ndonjëherë kanë qenë të tepruara. Në mënyrë që të parandalohet abuzimi i të drejtave të njeriut në emër të shëndetit publik, shteti duhet të ndërmarrë veprime kufizuese, vetëm kur nuk ka zgjedhje tjetër. **Parimet e Sirakuzës** parashikojnë një kornizë të ngushtë për rastet në të cilat mund të vihen kufizime:

- Kufizimi të parashikohet dhe të bëhet në pajtim me ligjin;
- Kufizimi të jetë në interes të një qëllimi legjitim të interesit të përgjithshëm;
- Kufizimi të jetë i domosdoshëm për arritjen e qëllimit në shoqërinë demokratike;

- Të mos ekzistojë ndonjë mjet më pak i bezdisshëm dhe kufizues për arritjen e qëllimit të njëjtë;
- Kufizimi që të mos hartohen dhe vihet në mënyrë arbitrare, me fjalë të tjera, të mos jetë e paarsyeshme ose diskriminues në ndonjë formë.

### **Mekanizmat monitoruese**

Me qëllim të sigurimit të përmbushjes së obligimeve të marra për respektimin, mbrojtjen dhe përmbushjen e të drejtës për shëndet nga qeveritë, nevojiten mekanizma si në nivelin vendor, ashtu edhe në atë ndërkombëtar. Pasi që shteti ta ratifikojë konventën e cila garanton të drejtën për shëndet, në procesin e shqyrtimit formal të saj në nivel kombëtar, mund të marrin pjesë komisionet qeveritare, ombudspersonat dhe OJQ-të. Secili shtet palë i konventës për të drejtat e njeriut, duhet t'i paraqesë raport organit monitorues të konventës. Gjatë kësaj kohe të shqyrtimit, gjithashtu edhe OJQ-të paraqesin raportet e tyre, të cilat shpesh njihen si „raporte paralele“. Këto raporte paralele, ofrojnë këndvështrimin e shoqërisë civile dhe mund të ndodh që këto raporte të mos jenë në pajtim me raportet qeveritare. Me rastin e përpilimit të Komenteve dhe Vështrimeve Përfundimtare, organi i konventës i merr parasysh të gjitha informatat e paraqitura. Pasi që nuk ekziston ndonjë mënyrë për të detyruar zbatimin, ky raport mund të bëhet publik, ashtu që shteti i caktuar nuk dëshiron të fajësohet për abuzimin e të drejtave të njeriut, që mes tjerash do të kishte pasoja dhe ndikim të drejtpërdrejtë në marrëdhëniet e tij me shtetet e tjera.

### **E DOBISHME TË DIHET**



#### **1. PRAKTIKA TË MIRA**

*Kur bimët miqësore dëgjuan se kafshët kishin vendosur t'u shkaktojnë njerëzve sëmundje, ato vendosën t'i ndihmojnë njerëzit. Secili dru, secila shkurre, barishte, bar dhe myshk u pajtua të ofrojë shërim për një nga sëmundjet e emëruara sipas kafshëve dhe insekteve. Pas kësaj, kur Çerokasit plagoheshin, sëmureshin ose shihnin ëndrra të këqija, mjeku i tyre konsultonte bimët dhe gjithmonë gjente shërim. Ky ishte fillimi i mjekësisë brenda fisit Çiroki, para shumë shumë vitesh.*

### **LEGJENDA E ÇIROKËVE PËR ORIGJINËN E MJEKËSISË**

- **Parandalimi i HIV/AIDS-it**

Tregimet e suksesshme nga Kamboxhia, Uganda, Senegali, Tailanda, Zambia e urbanizuar dhe nga shtetet e pasura, tregojnë se qasjet për parandalimin e përgjithshëm janë efektive. Provat tregojnë se:

- ✓ Ndryshimi i sjelljes kërkon të ndërmerren masa të përshtatshme lokale për informim, trajnim për negociata dhe ndërtim të aftësive, si dhe përkrahje sociale dhe ligjore, qasje për masa parandaluese (kondom dhe gjilpëra të pastra) dhe motiv për ndryshim.
- ✓ Qasja për një parandalim të vetëm nuk mund të çojë deri te ndryshimi i sjelljes në suaza të gjera mes popullatës. Programet parandaluese të nivelit kombëtar duhet të fokusohen në komponenta të shumëfishta dhe të zhvillohen përmes bashkëpunimit të ngushtë me popullatën të cilës i është destinuar.
- ✓ Programet për parandalimin e përgjithshëm, duhet të fokusohen veçanërisht te të rinjtë.
- ✓ Partneritetet janë qenësore për sukses. Programet e shumëfishta që destinohen për popullatë të madhe, duhet të kanë partnerë të shumtë, duke përfshirë edhe ata të cilët janë të infektuar me HIV/AIDS.
- ✓ Lidërshipi politik është shumë i rëndësishëm për një përgjigje efektive.

- **Juritë e Qytetarëve dhe Politikat e Shëndetit Publik**

Juritë e qytetarëve (CJ), janë një formë e re e marrjes së vendimeve për politikat e shëndetësisë publike. Në Mbretërinë e Bashkuar, Gjermani, Skandinavi dhe SHBA, këto organe pëfshijnë nga 12-16 qytetarë të thjeshtë, të cilët përfaqësojnë popullatën e gjerë dhe marrin në pyetje ekspertët dëshmitarë, diskutojnë dhe shqyrtojnë me kujdes informatat që u jepen, si dhe botojnë konkluzionet e tyre. Autoritetet kompetente, duhet ta kthejnë përgjigjen brenda një kohe të caktuar. Në Mbretërinë e Bashkuar, disa studime të gjera kanë treguar se juritë e qytetarëve janë më efektive për trajtimin e problemeve komplekse dhe arrijen e konkludimeve, sesa anketat, grupet e fokusit ose takimet publike. Është e qartë se qytetarët e thjeshtë janë të gatshëm të involvohen drejtpërdrejt në procesin e vendimmarrjes dhe ata kanë qëndrim të fortë dhe të vendosur lidhur me atë se çfarë shëndetësie publike dëshirojnë për veten dhe familjet e tyre.

- **Betimi i Malikondës**

Gjatë viteve të 1980-ta, një organizatë e masave të gjera në Senegal zhvilloi një plan për zgjidhjen e problemeve, i cili përfshiu të mësuarit e gjithë banorëve të fshatit për të drejtat e tyre dhe aplikimin e asaj njohurie në jetën e tyre të përditshme. Programi u ofroi pjesëmarrësve rastin që të trajtojnë probleme si nga shëndetësia, higjiena, probleme të mjedisit dhe aftësitë për menaxhim financiar dhe material. TOSTAN-i filloi programin në Malikondë (Malicounda), një fshat nga Bambara me rreth 3000 banorë, ku ende praktikohet infibulacioni, që është një nga format më brutale të gjymtimit gjenital të femrave. Pas shumë diskutimeve publike, duke përfshirë edhe organizimin e shfaqjeve teatrale në rrugë të cilat përqendroheshin në problemet e infektimit, rrezikut në rast të lindjeve dhe dhembjeve që shkaktoheshin nga infibulacioni gjatë marrëdhënies seksuale, i gjithë fshati u betua për ndalimin e kësaj praktike të gjymtimit gjenital të femrave. Kjo u bë e njohur si Betimi i Malikondës. Në atë kohë u caktuan dy të moshuar nga ky fshat për të përhapur fjalën te fshatrat e tjera mbi domosdoshmërinë e ndalimit të kësaj praktike. Deri në shkurt të vitit 1998, trembëdhjetë fshatra iu bashkangjitën këtij betimi. Kurse, deri në korrik të atij viti, edhe pesëmbëdhjetë fshatra tjera i dhanë fund kësaj praktike. Kjo lëvizje përfitoi edhe vëmendje ndërkombëtare. Më 13 janar të vitit 1999, Kuvendi Kombëtar i Senegalit nxori ligjin për ndalimin e gjymtimit gjenital të femrave. Megjithatë, vetëm akti i tillë ligjor nuk do të ishte i mjaftueshëm për ta zhdukur këtë praktikë. Fuqia e saj mbështetej në kontrollin shoqëror të bërë nga fshatrat dhe përmes demonstrimit të vullnetit publik, duke i'u bashkangjitur Betimit të Malikondës. Trajnimet e TOSTAN-it e theksuan lidhshmërinë ndërmjet të drejtës për shëndet dhe të drejtave të tjera.

- **Libri i Kujtimeve**



Në shumë vende, librat e kujtimeve janë bërë metodë e rëndësishme për hapjen e komunikimeve për HIV-in brenda familjeve dhe në veçanti për nënat HIV pozitive për t'u shpjeguar fëmijëve gjendjen e tyre. Përmes kësaj, prindërit e sëmurë dhe fëmijët e tyre punojnë së bashku në përpilimin e librit të kujtimeve, i cili shpesh është një album që përmban fotografi, anekdota dhe kujtime të tjera familjare.

Në Ugandë, përdorimin e librave të kujtimit e ka filluar Organizata për Përkrahjen e AIDS-it (TASO) në fillim të viteve të 1990-ta. Që nga vitit 1998, me ndihmën e PLAN Ugandës, Shoqata Kombëtare e Grave me AIDS ka promovuar këtë qasje në një shkallë më të gjerë. Shoqata ka vërtetuar se nënat e infektuara me HIV kanë vështirësi të mëdha të komunikojnë me fëmijët për sëmundjet e tyre dhe se librat e kujtimeve ishin një rrugë e mirë për këto gra që ta fusin idenë për HIV-in në jetët e fëmijëve të tyre dhe të bisedojnë me ata për ndikimin që ka kjo sëmundje. Këto libra shërbejnë për fëmijët si kujtim për të kaluarën e tyre, në mënyrë që të mos e humbin sensin e farefisit. Libri, gjithashtu, promovon parandalimin e HIV-it, sepse fëmijët përjetojnë dhe kuptojnë vështirësitë nëpër të cilat kalon prindi i tyre, kështu që nuk dëshirojnë të përjetojnë të njëjtin fat.

## **2. TRENDET**

### **• Strategjitë për integrimin e të drejtave të njeriut dhe zhvillimit shëndetësor:**

Qasja e shëndetësisë nga perspektiva e të drejtave të njeriut, mund të shërbejë si një kornizë, e cila shtetet dhe bashkësinë ndërkombëtare mund t'i mbajë të përgjegjshme për atë që ka ndodhur dhe atë që duhet bërë për shëndetin e popullit. Masa në të cilën të drejtat e njeriut janë integruar në krijimin e politikave, analizave të gjendjes shëndetësore sociale dhe fizike, ashtu si edhe shpërndarja e shëndetit, tregojnë një lëvizje pozitive drejt realizimit të së drejtës për shëndet. Lista pasuese tregon trendet momentale:

**Fushat në të cilat ekzistojnë përvoja të ndërlidhjes së shëndetit me të drejtat e njeriut si në praktikën e qeverive dhe partnerëve të tyre, ashtu edhe në literaturën shkollore:**

- Të drejtat riproduktive dhe seksuale
- HIV/AIDS-i
- Tortura (parandalimi dhe trajtimi)
- Dhuna kundër grave
- Sëmundjet ngjitëse

**Fushat në të cilat politikat dhe programet, kanë filluar të reflektojnë vetëdijen mbi vlerat e ndërlidhjes së shëndetësisë dhe të drejtave të njeriut:**

- Të drejtat e popujve autoktonë

- Pasojat bioetike në të drejta nga modifikimi gjenetik
- Shëndeti i nënës dhe fëmijës
- Të drejtat e personave me të meta

**Fushat në të cilat ka shumë pak hulumtime, por edhe më pak zbatime, janë bazuar në integrimin e shëndetësisë dhe të drejtave të njeriut.**

Zbraztësira vërehet sidomos te:

- Shëndetësia profesionale
- Sëmundjet kronike
- Ushqyeshmëria
- Mjedisi (ajri, uji, peshkimi, etj)

*>>Informatat dhe statistikat janë mjete të fuqishme për krijimin e kulturës së përgjegjësisë dhe realizimin e të drejtave të njeriut.<<*

## **RAPORTI MBI ZHVILLIMIN NJERËZOR 2000**

### **Statistikat:**

Të dhënat e poshtme janë shembull i statistikave të cilat përkrahin nevojën për përpjekje më të mëdha për futjen e pikëpamjeve të të drejtave të njeriut në shëndetësi:

- Numri i përafërt i fëmijëve të mbetur jetimë nga AIDS-i, 2001-2010

Rajoni	2001	2010
Në tërësi	14 milionë	25 milionë
Afrikë	9 milionë	20 milionë
Azi	1.8 milionë	4.3 milionë
Amerikë Latine/Karaibe	578 000	898 000

- tani, çdo shtet i botës është palë e së paku një konvente për të drejtat e njeriut e cila trajton të drejtat e lidhura me shëndetin, duke përfshirë të drejtën për shëndet, si dhe një numër të të drejtave të ndërlidhura me kushtet e nevojshme për shëndet.

**BURIMI:** WHO. 25 QUESTION AND ANSWERS ON HEALTH AND HUMAN RIGHTS, 2002 (Organizata Botërore e Shëndetësisë. 25 pyetje dhe përgjegje për shëndetësinë dhe të drejtat e njeriut)

- Dhuna është ndër shkaqet kryesore të vdekjes, te njerëzit e moshës 15-44 vjeç në botë, duke llogaritur 14% të vdekjeve ndër meshkuj dhe 7% të vdekjeve ndër femra.

**BURIMI:** WHO WORLD REPORT ON VIOLENCE, 2001 (Raporti Botëror për Dhunën i Organizatës Botërore të Shëndetësisë, 2001)

- Të dhënat për gratë e sulmuara fizikisht nga partnerët, sipas shtetit dhe përqindjes së sulmeve

**BURIMI:** HUMAN DEVELOPMENT REPORT 2000. UNDP. (Raporti i UNDP-së për Zhvillimin Njerëzor, 2000)

Shteti	Përqindja %
Bangladeshi	47
Zelanda e Re	35
Barbadosi	30
Nikaragua	28
Zvicra	21
Kolumbia	19
Filipinet	10

- Diskriminimi në të ardhura - njerëzit e varfër marrin pjesë më pak në shpenzimet e përgjithshme publike dhe ato për shëndet publik: *shkalla 1-50, ku 1 është më e ulëta*

**BURIMI:** HUMAN DEVELOPMENT REPORT 2000. UNDP (Raporti i UNDP-së për Zhvillimin Njerëzor, 2000)

Shteti	Më të pasurit	Më të varfërit
Guinea	45	5
Gana	33	11
Bregu i Fildishtë	31	10

- Mesatarja e parashikimit të jetës së shëndoshë në nivel kombëtar, e llogaritur që nga lindja:

Shteti	Popullata e përgjithshme	Meshkuj	Femra
Afganistani	33.4	31.1	35.7
Zimbabveja	31.3	31.6	31.0
Mali	35.7	33.7	37.7
Burkina Faso	35.7	33.9	36.3
Australia	71.6	70.1	73.2
Suedia	71.8	70.5	73.2
SHBA	67.6	66.4	68.8
Kuba	66.6	64.7	68.5
Gjeorgjia	59.8	57.5	62.2
Kina	63.2	62.0	64.3
India	51.4	51.5	51.3

- **Vdekshmëria e Nënave**

Shteti	Rreziku nga vdekja në lindje, 1 në
Afganistani	15
Zimbabveja	33
Mali	19
Burkina Faso	7
Australia	7700
Suedia	5800
SHBA	3500
Kuba	2200
Gjeorgjia	1900
Kina	710
India	55

**BURIMI:** HUMAN DEVELOPMENT REPORT 2000. UNDP (Raporti i UNDP-së për Zhvillimin Njerëzor, 2000).

### **3. KRONOLOGJIA**

- 1946:** Kushtetuta e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO)
- 1966:** Miratimi i Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore
- 1975:** Deklarata për Përdorimin e Zhvillimit Shkencor dhe Teknologjik në Interes të Paqes dhe në të mirë të Njerëzimit
- 1975:** Deklarata për të Drejtat e Personave të Paaftë
- 1978:** Deklarata Alma Ata
- 1991:** Parimet për Mbrojtjen e Personave me Sëmundje Mentale dhe Përmirësimin e Kujdesit të Shëndetit Mental
- 1991:** Parimet e Kombeve të Bashkuara për Personat e Moshuar
- 1992:** Konferenca e Kombeve të Bashkuara për Mjedisin dhe Zhvillimin (UNCED)
- 1993:** Deklarata për Eliminimin e Dhunës ndaj Grave
- 1994:** Konferenca Ndërkombëtare mbi Popullatën dhe Zhvillimin (ICPD)
- 1995:** Konferenca e Katërt Botërore për Gratë (FWCW)
- 1997:** Deklarata Universale për Gjenet e Njerëzve dhe të Drejtat e Njeriut
- 1998:** Deklarata për të Drejtat dhe Detyrat e Individëve, Grupeve dhe Organeve të Shoqërisë për Promovimin dhe Mbrojtjen e të Drejtave dhe Lirive të Njohura Universalisht
- 1998:** Parimet Udhëzuese për Zhvendosjen e Brendshme
- 2002:** Samiti Botëror për Zhvillim të Qëndrueshëm
- 2002:** Emërimi i Raportuesit Special për të Drejtat e Njeriut

### **AKTIVITETE TË PËRZGJEDHURA**



#### **1. AKTIVITETI I: TË IMAGJINUARIT E “SHTETIT TË MIRËQENIES SË PLOTË FIZIKE, MENDORE DHE SOCIALE”**

##### **PJESA I: HYRJE**

Për shumë njerëz, koncepti mbi shëndetin nuk është i zhvilluar aq sa të përfshijë nevojat e gjera të shoqërisë, si dhe gjendjen e individit. Ky aktivitet u mundëson pjesëmarrësve të njihen me elementet e ndryshme, që përbëjnë gjendjen e shëndetit optimal dhe të shkëmbejnë ide me anëtarët e tjerë të grupit me qëllim të krijimit të një koncepti të përgjithshëm.

**Forma e aktivitetit:** Sesion për nxitje të ideve dhe mendimet e grupit.

### **Pyetjet për Diskutim:**

Preambula e Kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO), e definojnë shëndetin si “gjendje të mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale dhe jo vetëm mungesë të sëmundjeve.” Cilat elemente dhe cilat kushte janë të nevojshme në vendin tuaj për realizimin e kësaj gjendjeje të shëndetit?

## **PJESA II: INFORMATA TË PËRGJITHSHME PËR USHTRIMIN**

### **Qëllimet dhe Synimet:**

- Vetëdijësimi për konceptin e gjerë të shëndetit si diçka më shumë se “mungesë e sëmundjeve”.
- Nxitja e ndërgjegjes të pjesëmarrësit mbi të drejtën për shëndet.
- Krijimi i lidhjes ndërmjet shëndetit dhe nevojave të tjera fundamentale.
- Krijimi i lidhjes ndërmjet nevojave fundamentale dhe të drejtave të njeriut.

**Grupi i synuar:** Të rriturit e rinj dhe të rriturit

**Madhësia e grupit/organizimi shoqëror:** 10 – 30 njerëz

**Kohëzgjatja:** dy orë

**Materialet:** Fletë të mëdha, markerë dhe ngjitës për të ngjitur letrat në mur. Një kopje e Deklaratës Universale për të Drejtat e Njeriut (UDHR), ose ndonjë tjetër libër tjetër siç është, *A Call For Justice* (Thirrja për Drejtësi), që përmban tema nga të drejtat e njeriut. Pako me Burime për Përkushtimet dhe Obligimet e Qeverive për të Drejtat e Njeriut. PDHRE, 2002.

### **Aftësitë e përfshira:**

- Komunikimi verbal

- Pjesëmarrja në analiza

### **Rregullat për nxitjen e ideve**

Të gjithë pjesëmarrësit, përfshirë edhe moderatorin do të ulen në karrige të vendosura në formë të rrumbullaktë, ose do të ulen në formë rrethi në tokë. Kjo metodë krijon ndjenjën e barazisë mes të gjithëve. Aktiviteti përfshin mendimin e shpejtë të pjesëmarrësve, në mënyrë që informacionet e studentëve, pasurojnë idetë dhe proceset mendore të grupit. Moderatorin duhet të mbajë rend duke kërkuar që:

1. Të gjithë pjesëmarrësit t'i parashtrijnë idetë e tyre; sidoqoftë, atij që mban shënime i duhet lejuar kohë e mjaftueshme në mënyrë që t'i shkruajë idetë ashtu si paraqiten.
2. Gjatë fazës së rishkrimit, pjesëmarrësit të dëgjojnë me kujdes përfaqësuesit e secilit grup, të cilët duke përdorur gjuhën e të drejtave të njeriut bëjnë prezantimin e listave të reja.

### **Prezantimi i temës**

Moderatori do ta lexojë definicionin e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO) për "shëndetin" dhe do të parashtrijë pyetje. Moderatorin duhet të përkujdeset që të gjithë e kanë kuptuar deklaratën dhe pyetjet. Nëse grupi në fillim është i ngadalshëm, moderatorin mund të kërkojë nga grupi, ashtu si janë të ulur me rend, të japin përgjigje të shpejta. Të gjitha idetë shkruhen në fletë të mëdha aq sa të mund të shihen nga të gjithë. Asnjë ide nuk bën të përjashtohet. Kur grupi nuk ka më ide, dikush duhet t'i lexojë të gjitha idetë e shënuara. Letrat ngjiten në mur që t'i shohin të gjithë. Në këto momente, pasi që të gjithë kanë dhënë nga një element, moderatorin kërkon nga individët t'i sqarojnë mendimet e tyre. Po ashtu, pjesëmarrësit mund të pyesin njëri-tjetrin për atë që kanë shkruar. (Kjo duhet të marrë përafërsisht një orë.)

### **Hapi i dytë**

Moderatori shpërndan kopjet e Deklaratës Universale për të Drejtat e Njeriut (UDHR) ose ndonjë burim tjetër që përmban temat e tilla. Ai/ajo sqaron se të gjitha nevojat e shënuara në letra për shëndetin, janë të drejta të njeriut. Për shembull, në kuptimin e gjerë, e drejta për jetë sipas Nenit 3 të UDHR-së e përkrah të drejtën për shëndet.

### **Hapi i tretë**

Moderatori udhëzon pjesëmarrësit të ndahen në grupe me nga 4-6 persona. Në këto grupe, ata do të marrin listat të cilat i kanë krijuar dhe do t'i identifikojnë të drejtat që korrespondojnë me ato. Secili grup do ta zgjedhë përfaqësuesin e vet, i cili do t'i prezantojë konkluzionet e përgjithshme të grupit. Gjatë kohës së punës në grupe të vogla, moderatori e viziton secilin grup dhe vëzhgon ose ndihmon në rast se kërkohet kjo nga ai. (Lejo 30 minuta për këtë fazë).

### **Hapi i katërt**

Moderatori e mbledh grupin e plotë. Përfaqësuesit e secili grup prezantojnë konkluzionet e tyre. Njëri nga pjesëmarrësit shkruan listën e re me të drejta, të cilat përkrahin dhe garantojnë të drejtën për shëndet, nëpër fletë të cilat paraprakisht ngjiten në mur, në mënyrë që t'i shohin të gjithë. Gjatë sesionit grupi mund të bëjë pyetje. Këto lista do të mbeten në mur për referim të mëvonshëm. (Lejo 30 minuta për këtë sesion).

### **Hapi i pestë**

Në mënyrë që moderatori ta vlerësojë sesionin, ai/a jo kërkon nga pjesëmarrësit të tregojnë se çka kanë mësuar nga ky sesion dhe i pyet për sygjerimet e tyre për ta përmirësuar këtë ushtrim.

### **Këshilla metodologjike**

- Ky ushtrim është një formë e fuqizimit (aftësimi). Moderatori duhet të inkurajojë pjesëmarrësit që të përdorin idetë e tyre, të mendojnë në mënyrë kritike dhe të bëjnë hulumtime të vetat. Ai/a jo nuk bën të luajnë rolin e “ekspertit” që ka përgjigje për të gjitha pyetjet.
- Në të dyja pjesët e sesionit, pra në atë të nxitjes së ideve dhe atë të mendimeve të grupit, të gjithë pjesëmarrësit duhet të flasin. Nëse një ose disa persona mbizotërojnë në diskutimet e grupit, moderatori duhet të vërë rregullin që një person nuk mund të flasë më shumë se një herë, deri sa të dëgjohen të tjerët.
- Potenco kualitetin e “grykimit të shëndoshë” të të drejtave të njeriut, duke iu treguar pjesëmarrësve që UDHR-ja është një deshifrim i ideve për dinjitetin njerëzor, të cilin të gjithë njerëzit e konsiderojnë të vërtetë.



## 2. AKTIVITETI II: PLANIFIKIMI I REALIZIMIT TË SË DREJTËS PËR SHËNDET

### PJESA I: HYRJE

Realizimi i së drejtës në shëndet nëpër të gjitha nivelet e shoqërië kërkon një vetëdije nga institucionet përgjegjëse për të bërë promovimin e kësaj të drejte. Po aq sa është e rëndësishme përgjegjësia e qeverive për sigurimin e kësaj të drejte, janë po aq të rëndësishme edhe vetëdija e qytetarëve për përparësitë dhe të metat infrastrukturës vendore të shëndetësisë, si dhe niveli i përgjegjësisë që duhet mbajtur secili nivel i këtij sistemi. Për më tepër, i rëndësishëm themelore është vullneti i qytetarëve për të marrë pjesë në procesin e identifikimit dhe zgjidhjes së problemeve.

**Forma e aktivitetit:** Diskutim, zgjedhje e problemeve dhe planifikim.

### PJESA II: INFORMATA TË PËRGJITHSHME PËR AKTIVITETIN

#### Qëllimet dhe Synimet:

- Identifikimi i institucioneve që janë përgjegjëse për realizimin progresiv të së drejtës për shëndet.
- Ngritja e vetëdijes mbi përgjegjësitë për shëndetin e shoqërisë te nivelet e ndryshme, përfshirë atë lokal, regjional, kombëtar dhe ndërkombëtar.
- Fitimi i aftësive për analizim e problemeve të ndërlidhura me shëndetësinë.

**Grupi i synaur:** Të rriturit e rinj dhe të rriturit

**Madhësia e grupit/organizimi shoqëror:** 10 – 50, të ndarë në grupe prej 5-10 persona

**Kohëzgjatja:** 180 – 240 minuta

**Materiali:** Kopja e tekstit të Nenit 12, të Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore (ICESCR) dhe Komentit të Përgjithshëm 14.

Fletë të mëdha. Markerë. Ngjitës.

#### Aftësitë e përfshira:

- Komunikimi
- Mendimi abstrakt

- Analizimi kritik

### **PJESA III: INFORMATA SPECIFIKE PËR AKTIVITETIN**

#### **Rregullat e përgjithshme**

Para ndarjes së grupit në grupe më të vogla, pjesëmarrësit duhet të vendosin vetë se si të ndahen në grupe. Atyre u duhet prezantuar ushtrimi i përgjithshëm, kurse grupi duhet të përcaktojë kohën e përafërt e cila nevojitet për secilën pjesë të këtij aktiviteti: për diskutimet e grupeve të vogla, prezantimin e përgjithshëm, vazhdimin dhe vlerësimin. Pjesëmarrësit duhet të informohen për emërimin e një personi që do të marrë shënime dhe të një prezantuesi për secilin grup të vogël.

#### **Prezantimi i temës**

Në pika të përgjithshme bëhet prezantimi i informatave që ndodhen në Komentin e Përgjithshëm 14 mbi të Drejtën për Shëndet, i cili është interpretim i Nenit 12 të ICESCR-së. Lejo pyetje konkrete për të sqaruar termat etj, por duhen shmangur diskutimet e përgjithshme për temën. Kërko nga secilit grup të identifikojë institucionet që janë përgjegjëse për përmbushjen e obligimeve mbi të Drejtën për Shëndet. (20 minuta)

#### **Hapi i parë:**

Grupi duhet të ulet në formë të rrethit, ku të gjithë duhet të shohin fletët e mëdha, në të cilën mbajtësi i shënimeve do ta vizatojë hartën e cila identifikon institucionet që japin, mbikëqyrin dhe monitorojnë shërbimet e nevojshme për realizimin e së drejtës për shëndet. Ata gjithashtu do ta zgjerojnë hartën për të treguar se kur obligimi shkon më larg se sa është caktuar sipas zgjedhjes së tyre fillestare. Për shembull, në hartë ata mund të përfshijnë institucionet e qeverisë vendore, agjencitë dhe organizatat ndërkombëtare, etj. Varësisht nga grupi i pjesëmarrësve, analizat mund të përqendrohen në nivele të ndryshme strukturore. Për shembull, një grup homogjen prej një bashkësie të njëjtë, fillimisht do të përqendrohet në nivel komunal ose fshatar. Grupi i punëtorëve shëndetësor nga një rajon mund të zgjedhë si pikë fillestare nivelin regional. Gjatë ushtrimit, moderatori duhet të shkojë te grupet për t'iu shërbyer si burim. (60 minuta)

### **Hapi i dytë**

Pjesëmarrësit shënojnë në një letër tjetër se sa përmbushen këto kërkesa të bashkësisë nga institucionet.

### **Hapi i tretë**

Pjesëmarrësit mbledhen në grup të plotë. Përfaqësuesit e secilit grup përdorin hartën dhe listën e kërkesave për t'i prezantuar konkluzionet e grupit.

### **VAZHDIMI**

Pastaj, i gjithë grupi vendos se çfarë veprimesh, hipotetike ose reale mund të ndërmerren brenda bashkësisë për realizimin e mëtutjeshëm të së drejtës për shëndet.

### **Këshilla metodologjike**

- Për të sqaruar Nenin 12 dhe Komentin e Përgjithshëm, përdor terminologji dhe gjuhë të cilën e kuptojnë të gjithë pjesëmarrësit.
- Diskutimet e grupeve mbaji në ritëm të vazhdueshëm.
- Ndhmo pjesëmarrësit të planifikojnë vazhdimin e sesionit, pasi që ky ushtrim është përgatitje për pjesëmarrje në shoqëri.

### **BIBLIOGRAFIA**

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

**Fourth World Conference on Women, Beijing. 1995.** *Beijing Declaration and Platform for Action and its follow-up, Beijing Plus 5*.

**Jackson, Helen. 2002.** *Aids in Africa*. Harare, Zimbabwe: SAFAIDS.

**Mann, Jonathan, Sofia Gruskin, Michael A. Gordin and George J. Annas (eds.). 1999.** *Health and Human Rights*. New York: Routledge.

**Marks, Stephen (ed.). 2002.** *Health and Human Rights: The Educational Challenge*. Boston: François – Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. Harvard School of Public Health.

**PDHRE, 2002.** *A Call for Justice.* New York: PDHRE; and 2002. *Passport to Dignity: Working with the Beijing Platform for Action for Human Rights of Women.* New York: PDHRE.

**Second United Nations Conference on Human Settlements (Habitat II), Istanbul (1996):** Istanbul Declaration on Human Settlements.

**Second World Assembly on Ageing. 2002.** Political Declaration.

**Stott, Robin. 2000.** *The Ecology of Health.* Devon, U.K: Green Books Ltd.

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

**UNDP. 2002.** *Human Development report 2000.* New York/London: Oxford university Press.

**United Nations Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro. 1992.** Rio Declaration on Environment and Agenda 21.

**United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on AIDS. 2001.** Declaration of Commitment on HIV/AIDS “Global Crisis-Global Action.”

**UNU. 2002.** *Report on Sustainable Development.* United Nation University.

**World Conference Against Racism, Racial Discrimination Xenophobia and Related Intolerance, Durban. 2001.** Durban Declaration and Programme Action.

**World Conference on Human Rights, Vienna. 1993.** Vienna Declaration and programme of Action.

**World Food Summit, Rome. 1996.** 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 (2002).

**World Health Organization. 2001.** *Report on Violence and Health.* International Conference on Population and Development, Cairo, 1994: Programme of Action.

**World Summit for Children, New York. 1990.** World Declaration on Survival, Protection and Development of Children and Plan of Action for Implementing the World Declaration, and its follow-up, the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on Children (2002): A World Fit for Children.

**World Summit for Social Development , Copenhagen. 1995** Copenhagen Declaration for Social Development; Development and Programme of Action of the World Summit for Social Development, and its follow-up, Copenhagen Plus 5.

**INFORMATA PLOTËSUESE:**

**Data Compiled in UNAIDS' *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, 2002:***

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

**François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights:**

[www.hsph.harvard.edu/fxbcenter/](http://www.hsph.harvard.edu/fxbcenter/)

**Health and Human Rights:** [www.who.int/hhr/readings/en/](http://www.who.int/hhr/readings/en/)

**Health Statistics:** [www.who.int/whosis/menu.cfm](http://www.who.int/whosis/menu.cfm)

**World Report on Violence and Health:**

[www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/main.cfm?p=0000000714](http://www.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm?p=0000000714)

**Tradicional Medicine:**

[www.who.int/dsa/cat98/trad8.htm-41k](http://www.who.int/dsa/cat98/trad8.htm-41k)

[www.who.int/medicines/organization/trm/orgtrmmain.shtml](http://www.who.int/medicines/organization/trm/orgtrmmain.shtml)