

Förord

FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna och de två internationella konventionerna om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter slår fast att alla rättigheter är universella, odelbara och likvärdiga. De är inbördes beroende av varandra och tillsammans nödvändiga för varje människas möjlighet att leva ett värdigt liv.

En av Fondens viktigaste uppgifter de senaste åren har varit att stärka kunskapen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna, vilka under lång tid inte uppmärksammades på samma sätt som de medborgerliga och politiska. Detta görs dels genom Fondens utvecklingssamarbete, dels genom informations-verksamhet i Sverige. Förutom att ordna föreläsningar och seminarier ger Fonden ut en skriftserie om ESK-rättigheterna. *Rätten till hälsa* som behandlas i denna skrift, utgör en av de rättigheter som ingår i gruppen ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Tanken bakom skriftserien är dessutom att ge inspiration och tips om hur man kan arbeta praktiskt utifrån ett rättighetsperspektiv. Vi hoppas väcka intresse och nyfikenhet hos såväl nya som gamla MR-intresserade att söka sig vidare och ta till sig mänskliga rättigheter som ett kraftfullt och dynamiskt verktyg i arbetet för utveckling och rättvisa. Det är viktigt att vi inte bara lär oss retoriken kring de mänskliga rättigheterna, utan även ser hur de kan påverka våra analysmetoder och vårt sätt att arbeta. Inom det internationella utvecklingssamarbetet, biståndet, diskuteras alltmer hur de mänskliga rättigheterna kan ha en viktig roll i hela processen; i analysen, genomförandet, uppföljningen och utvärderingen.

Icke-statliga och lokalt baserade organisationers arbete har varit betydande för att uppmärksamma såväl allmänhet som stater och FN-organ på de mänskliga rättigheternas relevans. Dessa organisationer har varit viktiga aktörer för att flytta fram positionerna för de mänskliga rättigheterna både genom att praktiskt använda sig av de olika FN-konventionerna och genom att delta i att utforma och klargöra av konventionstexter och kommentarer.

En av de mest positiva förändringar vi har kunnat se under de senaste åren är att det nu inte bara är jurister som talar om mänskliga rättigheter; konceptet utvecklas och vinner på att det även används av samhällsvetare, humanister, aktivister och lekmän.

Anita Klum

Generalsekreterare

Frivilligorganisationernas fond för mänskliga rättigheter

F*rivilligorganisationernas fond för mänskliga rättigheter bildades 1991 och har fyra svenska frivilligorganisationer som huvudmän: Diakonia, Rädda Barnen, Svenska kyrkan och Svenska Röda Korset.*

Fondens arbete är avsett att komplettera huvudmännens verksamhet och Sidas internationella utvecklingssamarbete inom området demokrati och mänskliga rättigheter.

Fonden samarbetar med och förmedlar stöd till organisationer på aktivistnivå som spelar en strategisk roll i sina länders demokratiutveckling och som arbetar för en ökad respekt för mänskliga rättigheter. Organisationernas egna analyser och prioriteringar av de lokala behoven utgör grunden för Fondens bistånd.

Fonden bedriver också arbete i Sverige i syfte att öka kunskapen om mänskliga rättigheter och att skapa opinion i frågor som berör rättigheterna.

Innehållsförteckning

Inledning – Hälsans centrala roll	5
Historik.....	6
Grundprinciper för mänskliga rättigheter	8
ESK-rättigheterna.....	13
Rätten till hälsa.....	13
General Comment 14 – Vad betyder rätten till hälsa egentligen?	21
Indikatorer.....	27
Resursfrågan och icke-diskriminering	28
”Där inga mediciner finns”	30
Rättighetsperspektivet	34
Fallstudie ”Att förverkliga rätten till hälsa i Ecuador”	35
Mer om rätten till hälsa – Litteratur & Hemsidor.....	42

Denna skrift ges ut av
Frivilligorganisationernas fond för mänskliga rättigheter
med stöd av medel från Sida.
Ansvarig utgivare: Anita Klum
Projektansvarig: Jesper Hansén
Text (där inte annat uppges): Lisa Fredriksson
Stockholm, december 2001

I nledning

– Hälsans centrala roll

"If we believe men have any personal rights at all as human beings, they have an absolute right to such measure of good health as society, and society alone, can give them"

(Aristoteles, 4:e århundradet f.Kr)

Hälsa är absolut centralt för ett samhälle. För att ett samhälle skall kunna växa sig starkt och bärkraftigt behöver det de mänskliga resurser som dess invånare utgör. En befolkning som är drabbat av sjukdom och dålig hälsa kan aldrig vara med och bygga ett stabilt och bärkraftigt samhälle.

En sjukdom som aids leder till exempel inte bara till mänskliga tragedier och lidande utan är också i högsta grad ett utvecklingsproblem. Ett land där stora delar av den vuxna arbetsföra och reproduktiva befolkningen riskerar att insjukna och dö tidigt har inte enbart ett stort hälsoproblem utan även ett akut utvecklingsbehov. Malaria, som i princip endast finns i u-länderna, visar också på relationen hälsa och utveckling. Malarian drabbar som hårdast just i den viktiga skördetiden och medför att arbetskraften decimeras på grund av sjukdom och dödsfall.

Det finns både direkta och underliggande orsaker till dålig hälsa och sjukdom. De direkta orsakerna handlar om brist på tillräcklig och näringsrik föda och rent dricksvatten, smitta, sjukdomsframkallande miljöer eller levnadssätt. De underliggande handlar om de strukturer i familjen, lokalsamhället, regionen, landet och världssamfundet som gör att vissa människor lever i en sådan fattigdom att den hotar deras hälsa på grund av ökad sårbarhet för de direkta orsakerna.

Kvinnor är en särskilt utsatt grupp, både därför att de är mest socialt och ekonomiskt sårbara och därför att de genom graviditeter och förlossningar är utsatta för hälsorisker. Ett annat problem som uppmärksammas alltmer är våld i olika former mot kvinnor och hur detta påverkar deras hälsa, både fysiskt och psykiskt.

Fattigdom är i sig en orsak till dålig hälsa och sjukdom, samtidigt som sjukdom tar resurser från den utsatta vilket leder till ökad fattigdom. Miljoner människor dör varje år i utvecklingsländer av sjukdomar som kan botas. "Gamla" sjukdomar som TBC och malaria fortsätter att skörda människoliv ensamma eller i kombination med den "nya" HIV/Aids-epidemin. Några av länderna i Afrika söder om Sahara, där

20-30%, eller mer, av befolkningen mellan 15-49 år är smittade av HIV, hotas av halverade medellivslängder på bara några år.

De senaste decenniernas landvinningar med en högre medellivslängd samt lägre barnadödlighet hotas alltså i vissa länder. Detta är till stor del orsakat av aids-epidemin, men barnadödligheten ökar även på grund av försämrade sociala villkor. Hälsa och sjukdom kan ofta relateras till frågan om sociala och ekonomiska maktstrukturer i samhället och de senaste tjugo åren har sett en maktkoncentration som vidgat klyftorna.

Eftersom ohälsa och sjukdom i så många fall har socioekonomiska orsaker bör vi alltid ställa oss frågorna ”*varför* är människor sjuka?” samt ”*varför* är just *dessa* människor sjuka?”.

I den här skriften kommer vi att presentera hur begreppet *rätten till hälsa* utvecklats och var diskussionen står idag. Vi presenterar internationell, regional och nationell lagstiftning som reglerar den och beskriver vilka skyldigheter staten har. Avslutningsvis presenteras en internationell kampanj för tillgång till medicin och ett praktiskt exempel från Ecuador på hur ett rättighetsperspektiv kan bidra bland annat till att strukturera en landanalys. Kampanjen presenteras mot bakgrund av den ickediskriminering som skall omgärda rätten till hälsa samt rätten att få ta del av forskningens framsteg.

För att ge en önskvärd bakgrundkunskap kommer vi även att behöva tala om några av de grundprinciper som de mänskliga rättigheterna vilar på och hur arbetet med dem växt fram historiskt.

Historik

Tankar om människans rättigheter och förhållande till samhället har funnits i alla tider och alla kulturer, men det moderna konceptet om mänskliga rättigheter härstammar från upplysningstidens 1700-tal med de franska och amerikanska revolutionerna, och från tiden direkt efter andra världskrigets fasor.

I och med andra världskriget urholkades tron på nationalstaten som försvarare av de egna medborgarna och en internationell kontroll efterfrågades. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna antogs 1948 och presenterade i 30 artiklar en lista över de ekonomiska, kulturella, medborgerliga, politiska och sociala rättigheter som världssamfundet kunnat enas om skulle gälla alla människor.

Tanken var att denna första internationella förklaring på de mänskliga rättigheternas område snart skulle följas av en juridiskt bindande

konvention. Den allmänna förklaringen hade tagit ungefär ett år att utforma och godkänna, men när det blev dags att precisera och konkretisera i den juridiskt bindande konventionsformen blev arbetet betydligt svårare. De motsättningar som uppträtt redan under arbetet med FN-förklaringen mellan olika synsätt hos Öst och Väst på rättigheterna och på statliga skyldigheter blev än mer uppenbara och svårförenliga. Resultatet blev att man utarbetade två konventioner med olika inriktning.

Synen på statens roll och hur efterlevnaden av de olika rättigheterna skulle ske var en starkt bidragande orsak till att det blev två konventioner. Västsidan med USA som den starkaste parten såg en individuell klagomöjlighet som möjlig för de medborgerliga och politiska rättigheterna, men som en ren omöjlighet när det gällde de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna. Man ansåg att ESK-rättigheterna skulle bevakas endast genom en granskning av rapporter från staterna. Det finns ännu idag inte någon individuell klagomöjlighet inom granskningsystemet för den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.¹

Två juridiskt bindande konventioner antogs 1966, den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (IKMPR) och den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (IKESKR). Konventionerna trädde i kraft tio år senare, 1976, då tillräckligt många stater ratificerat dem.

Mänskliga rättigheter har blivit det område där det internationella samfundet genom (framförallt) FN och via ett gemensamt regelverk markerat hur stater skall behandla sina medborgare. Efter andra världskriget sågs respekten för individens rättigheter som avgörande för den internationella freden. Förståelsen av de mänskliga rättigheterna utvecklas över tid, vilket är tydligt när det gäller de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna, vilket diskuteras mer nedan.

¹ Argument från dem som vill stärka ESK-rättigheternas ställning genom ett tilläggsprotokoll till ESK-konventionen, som skulle tillåta klagomöjlighet, är att dessa rättigheter så skulle uppgraderas och få samma status som de medborgerliga och politiska. Genom en mer praktisk tillämpning av konventionen skulle förståelsen och lagstiftningen utvecklas och viktiga prejudikat skapas. Staternas ansvar skulle betonas och ett förtydligande av tankarna kring staternas skyldigheter skulle i förlängningen underlätta identifieringen av kränkningar.

Grundprinciper för mänskliga rättigheter

Mänskliga rättigheter reglerar primärt relationerna mellan en enskild stat och dess invånare. Samtidigt är mänskliga rättigheter en del av det internationella rättssystem som brukar kallas folkrätt och som reglerar relationer och samarbete mellan stater. Folkrätten regleras dels genom internationella skriftliga avtal, *traktater*, dels genom *sedvanerätt*.

Staterna har kommit överens om vissa regler för hur de kan och skall behandla sina invånare. Reglerna ger invånarna rättigheter och staterna får motsvarande skyldigheter att garantera dessa rättigheter. I det internationella regelverk som utformats om de mänskliga rättigheterna utgör FN:s förklaringar (deklarationer) och konventioner kärnan.

Förklaringar är (juridiskt) icke-bindande dokument vari länder enats om målsättningar utan att närmare precisera hur målen skall uppfyllas. *Konventioner* är juridiskt starkare dokument med klarare mål. De är dessutom bindande för de stater som ratificerar dem. Att *ratificera* en konvention innebär att staten i fråga genom ett eget beslut (ofta i parlamentet) förklarar sig juridiskt bunden av den.

Den internationella sedvanerätten innebär i korthet att det finns en internationell rättsuppfattning som bygger på vad som är ett brukligt och accepterat uppförande inom det internationella samfundet. Detta innebär till exempel att en stat som inte ratificerat en konvention ändå kan sägas bunden av dess innehåll om detta är allmänt accepterat av så många andra stater att man kan hävda att den blivit sedvanerätt. Sedvanerätten sägs gälla bland annat förbud mot folkmord, slaveri, tortyr och diskriminering av olika slag.

Andra aktörer i samhället kan ha ett moraliskt ansvar att respektera de mänskliga rättigheterna, men det är idag bara stater som *i internationell rätt* har legala skyldigheter att respektera de mänskliga rättigheterna. Företags och andras skyldigheter kan givetvis vara reglerade i nationell lagstiftning.

De mänskliga rättigheterna bygger på tanken om varje individs inneboende värdighet. Människans födslorätt är att vi alla föds fria och lika i värde, som det uttrycks i den allra första artikeln i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna:

”Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. De är utrustade med förnuft och samvete och bör handla gentemot varandra i en anda av broderskap.”

De mänskliga rättigheterna är per definition universella, likställda, odelbara och inbördes beroende av varandra. Detta betyder att de gäller lika för alla människor, är lika i värde och har ett inbördes sammanhang i olika situationer.² För att människor skall kunna leva ett liv i värdighet måste såväl de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna som de medborgerliga och politiska rättigheterna garanteras.

Några andra grundläggande principer för alla mänskliga rättigheter är *icke-diskriminering, deltagande* och deras *legala status*.

Icke-diskriminering

I den andra artikeln i FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter sägs det att:

”Konventionsstaterna förpliktigar sig att garantera, att de i denna konvention inskrivna rättigheterna får utövas utan åtskillnad av något slag på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt.”

Icke-diskriminering är en av de aspekter av mänskliga rättigheter som inte är förhandlingsbara; under inga omständigheter, oavsett tillgången på resurser, får en stat diskriminera sina invånare när det gäller att åtnjuta mänskliga rättigheter.

Staten har en skyldighet att undvika lagar och åtgärder som är diskriminerande och att aktivt förebygga både de jure- och de factodiskriminering. Diskriminering kan aldrig ursäktas, ej ens om resurserna är knappa.

Deltagande

Att delta i *”allmänna angelägenheter”* som det uttrycks i artikel 25 i konventionen om de medborgerliga och politiska rättigheterna är en mänsklig rättighet:

”Varje medborgare skall äga rätt och möjlighet att utan någon av de åtskillnader, som angetts i artikel 2, och utan oskäliga inskränkningar:

a) deltaga i handhavandet av allmänna angelägenheter direkt eller genom fritt valda ombud;

² Ett exempel är de kränkningar av politiska rättigheter som sker när människor kämpar för sina ekonomiska rättigheter. I Latinamerika har till exempel flera företrädare för småbönder, indianbefolkningar eller jordlösa fångslats för sin kamp för sitt arbete. Kampen för en grupp ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har därigenom givit politiska fångar vars medborgerliga och politiska rättigheter inte respekteras. För att förverkliga rätten till mat och arbete behövs ett system som även garanterar yttrandefrihet, ett oberoende rättsväsen och rätten att bilda fackföreningar.

För att kunna delta krävs att man har tillgång till relevant och tillförlitlig information och bakgrundsfakta. Därför är även rätten till information en mänsklig rättighet. Rätten till information finns angiven i artikel 19 i FN:s konvention om de medborgerliga och politiska rättigheterna:

”Envar skall äga rätt till yttrandefrihet; denna rätt innefattar frihet att oberoende av territoriella gränser söka, mottaga och sprida uppgifter och tankar av varje slag, i tal, skrift eller tryck, i konstnärlig form eller genom annat valfritt uttrycksmedel.”

Grunden för de mänskliga rättigheterna är tanken om varje människas inneboende värde och värdighet. För att garantera detta behöver människor vara delaktiga och ha inflytande över beslut som påverkar dem och deras liv. Staten har därför en skyldighet att involvera människor i beslut och processer som påverkar dem genom öppenhet, information, undervisning om deras rättigheter och möjlighet att delta och påverka.

Just rätten till deltagande och information är ytterst viktig för rätten till hälsa, för att få rätt sorts sjukvård och i en sådan form som ett samhälle kan tillgodogöra sig. Många missförstånd och felriktade insatser kan undvikas om människor själva deltar i alla moment i processen; både i analysen av situationen och behoven, i planering och genomförande av insatsen och i uppföljning och utvärdering.

Legal status

- Mänskliga rättigheter ger statliga skyldigheter

Mänskliga rättigheter reglerar förhållandet mellan individen och staten. Staterna har skyldighet att *respektera*, *skydda* och *uppfylla* sina invånares mänskliga rättigheter.

Skyldighet att *respektera* innebär att staten i sitt eget agerande måste respektera människors rättigheter. Skyldighet att *skydda* ger staten ett ansvar för att skydda sina invånares rättigheter mot utomstående aktörer, tredje part. Skyldigheten att *uppfylla* betyder slutligen att staten måste *skapa förutsättningar* i de fall där de mänskliga rättigheterna annars inte kan upprätthållas. Detta innebär i förlängningen även att tillhandahålla service, i de fall där de skapade förutsättningarna inte räcker till för att människor skall kunna åtnjuta sina rättigheter.

Direktiv för staten

Artikel 2 i FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter lyder:

”Varje konventionsstat förpliktar sig att genom såväl egna som internationellt bistånd och samarbete, framför allt på de ekonomiska och tekniska områdena, till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att säkerställa, att de i denna konvention inskrivna rättigheterna gradvis förverkligas i sin helhet genom alla därtill ägnade medel, i synnerhet genom åtgärder på lagstiftningens område”. (vår markering)

De länder som ratificerat konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna skall var femte år lämna in en rapport för att visa om landet verkligen vidtagit kraftfulla åtgärder för att nå målen i konventionen. Rapporten lämnas till FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén). Dess delegater granskar rapporten och kan sedan ställa frågor vid en muntlig avrapportering. Kommittén kan komma med uppmaningar om åtgärder eller önska kompletterande information och avger själv en rapport, ”concluding observations”, om resultatet av diskussionerna med landet.

Skrivningen om det ”gradvisa förverkligandet” av de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna har varit föremål för intensiv internationell diskussion och debatt. Många stater har velat betona orden *tillgängliga* resurser och *gradvist* förverkligande för att på så sätt förklara (bort) ett långsamt uppfyllande, men ESK-kommittén har på senare år (bland annat i en av sina klagörande kommentarer till konventionen, *general comment 3*) klart markerat att tyngdpunkten ligger på orden *till fullo* och *i sin helhet*. Staterna skall verkligen kunna visa att de på allvar använder alla tillgängliga resurser fullt ut och att de har en klar målsättning att förverkliga rättigheterna. Termen ”gradvis” skall snarare förstås som en *kontinuerlig* strävan än som ett mått på hastighet.

Vissa skyldigheter både kan och bör staten dessutom leva upp till omedelbart oavsett resurser; som principen om icke-diskriminering och att ta konkreta steg för att förverkliga rättigheterna och leva upp till sina förpliktelser.

Staten kan bryta mot sina skyldigheter både genom att agera och att avstå från att agera³.

³ På engelska brukar man tala om ”acts of commission” respektive ”acts of omission”.

Limburg och Maastricht

Det har funnits ett uttalat behov både från FN:s sida och från organisationer som arbetar med de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna att försöka klargöra och utveckla dessa rättigheters innehåll och vilka krav de ställer på staterna. 1986 samlades en grupp forskare och MR-aktivister på universitetet i den holländska staden Maastricht i Limburgprovinsen och utarbetade de så kallade Limburg-principerna (*"Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights"*). I Limburg-principerna utvecklade forskarna tankarna om vad det *"gradvisa förverkligandet"* av ESK-rättigheterna egentligen innebär för statens **skyldigheter**.

Drygt tio år senare, 1997, var det dags för ett nytt möte på Maastricht-universitetet, där riktlinjer för bedömningen av **kränkningar** av de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna utarbetades. I *"Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights"* utvecklades tänkandet om statens skyldigheter att respektera, skydda och uppfylla medborgarnas rättigheter och vad som krävs för att identifiera en oförmåga eller en ovilja att göra detta som en de facto kränkning.

FN har tagit till sig både Limburg-principerna och Maastricht-riktlinjerna och de har publicerats som FN-dokument. ESK-kommittén har också i olika kommentarer, *general comments*, strävat efter att klargöra vad rättigheterna betyder i praktiken, vad statens skyldigheter innebär, hur rapportering skall ske och vilken status regelverket om ESK-rättigheterna har gentemot FN:s organ.

Det allra senaste klargörandet ges i den kommentar, *general comment 14*, som ESK-kommittén presenterade i maj 2000. Denna kommentar behandlar rätten till hälsa såsom den uttrycks i artikel 12 i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (se sid. 20).

Direktiv för det internationella samfundet

Artikel 2 i konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna talar även om internationellt bistånd och samarbete. Det finns bedömare som anser att detta ger internationella förpliktelser vad gäller rätten till hälsa för i-länder att till exempel avsätta mer av sin medicinska forskning för sjukdomar i tredje världen. Ca 93% av alla dödsfall på grund av sjukdomar som kan förebyggas eller botas sker i tredje världen. Diskussion om detta följer senare i ett bidrag skrivet av Läkare Utan Gränser (se sid. 30).

ESK-rättigheterna

De ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna ges sedan några år ökad prioritet. Den mycket förenklade synen att de medborgerliga och politiska rättigheterna inte kräver några resurser och kan genomföras med en gång, medan de ekonomiska, sociala och kulturella är kostnadskrävande och endast kan förverkligas stegvis har ifrågasatts och nyanserats. Det finns nu en större insikt om att alla rättigheter kräver resurser och att de har en inbördes relation.

Det finns nu en ökad förståelse om orsakssamband där man identifierar relationerna mellan kränkningar av olika sorters rättigheter. Kränkningar av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter är ofta en direkt följd av ekonomiska, sociala och politiska maktstrukturer som i sin tur även påverkar människors medborgerliga och politiska rättigheter.

Alltfler enskilda organisationer börjar också intressera sig för att arbeta med mänskliga rättigheter och i högre grad med ekonomiska och sociala rättigheter. (Kulturella rättigheter är fortfarande ett relativt outforskat område.) Även bland organisationer och institutioner som arbetar med hälsofrågor har några börjat tala i termer av rättigheter. Frågan om HIV/Aids har till exempel börjat diskuteras ur ett rättighetsperspektiv.⁴

Mänskliga rättigheter är inte statiska, utan förståelsen kring dem fördjupas och utvecklas i en fortgående process. De medborgerliga och politiska rättigheterna har, även om de kan upplevas som klarare och mer avgränsade, också de genomgått en utveckling, till exempel genom att Amnesty International och andra MR-organisationer använt sig av dem i sitt arbete.

FN och dess fackorgan, de bilaterala givarna och till och med Världsbanken talar nu alltmer om ESK-rättigheterna.

Rätten till hälsa

Bakgrund:

Rätten till hälsa är en av de rättigheter som ingår i det ramverk som brukar kallas ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

⁴ HIV/Aids har flera rättighetsaspekter; den smittades mänskliga rättigheter, ickediskriminering och deltagande, rätten till hälsa (med allt vad det innebär av sjukvård och medicinering).

Den första lagstiftningen kring hälsorelaterade frågor kom under 1800-talet och var en effekt av industrialiseringen. Lagarna försökte reglera dåliga arbetsförhållanden, för att därigenom undvika social oro.

1946 bildades FN-organet Världshälsoorganisationen, WHO och med det kom det första erkännandet av hälsa som en mänsklig rättighet. WHO:s konstitution inleds med:

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition."

WHO slog alltså fast att hälsa var något utöver enbart frånvaro av sjukdom och att den bästa uppnåeliga nivån av hälsa var en grundläggande mänsklig rättighet som alla människor, utan åtskillnad, skulle åtnjuta.

1978 hölls en hälsovårdskonferens i Alma Ata i WHO och Unicef:s regi där man enades om en handlingsplan kallad *"Hälsa för alla år 2000"* (*"Health for All by the Year 2000"*). Modellen för att nå det målet var att satsa stort på primärhälsovård på landsbygden.

23 år senare är man fortfarande långt ifrån en bättre hälsa för alla och tillgång för alla till hälso- och sjukvård. WHO har visat att utvecklingsländerna drabbas av 90% av världens sjukdomar, men att människorna där endast har tillgång till 10% av de resurser som läggs ner totalt på hälsovård. Frågan om en radikal satsning på primärhälsovård, med folkligt deltagande och mobilisering av resurser blev "politiserad" och mindre djupgående strategier än de om primärhälsovård gavs företräde. Ekonomiska kriser och strukturanpassningsprogram har inneburit att mindre resurser lagts på den offentliga sektorn i många länder och att (högre) avgifter för hälso- och sjukvård införts.

I flera internationella konferenser sedan den i Alma-Ata i slutet av 70-talet har orsakssamband kring hälsa och sjukdom diskuterats och fokus ligger nu på en integrerad bild av hur olika faktorer och mänskliga rättigheter interagerar och påverkar människors förutsättningar till en god hälsa. Det handlar om fattigdom, ägar- och maktstrukturer på alla nivåer, säkerhet i det lilla och det stora (skydd mot såväl misshandel i hemmet som frånvaro av krig och väpnade konflikter), en hälsosam miljö, tillgång till hälso- och sjukvård, ett politiskt system med möjlighet att delta och påverka, ett rättssamhälle utan övergrepp på individen (utan

godtyckliga arresteringar och tortyr), mat, bostad, rent dricksvatten, information och utbildning, jämlikhet och rättvisa.

Delvis mot bakgrund av kalla krigets politisering av de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna undvek WHO länge att tala om rätten till hälsa, men organisationen har nu börjat tala i termer av mänskliga rättigheter och hur principen om "hälsa för alla" är central för ett lands utveckling och för åtnjutandet av de övriga mänskliga rättigheterna. WHO har nyligen börjat arbeta med att integrera ett rättighetsperspektiv i all verksamhet.

Även många stater har börjat se samband mellan rättigheter, vilket märks bland annat i ökad efterfrågan på assistans och rådgivning från FN:s högkommissaries för mänskliga rättigheter kontor i Genève.

Rätten till hälsa:

Det råder en viss oenighet om vad rätten till hälsa egentligen innebär. Det går ju inte att garantera någon människa förmånen att få vara frisk - kan det då finnas en *rätt* till hälsa?

Artikel 12 i FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter fastställer rätten för varje människa att åtnjuta den ***bästa uppnåeliga*** hälsa både fysiskt och psykiskt samt presenterar några av de steg som de stater som anslutit sig till konventionen bör ta för att förverkliga detta.

Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, (1966) artikel 12

*12.1 Konventionsstaterna erkänner rätten för envar att **såväl i fysiskt som i psykiskt avseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa.***

12.2 Av konventionsstaterna vidtagna åtgärder för att till fullo förverkliga denna rätt skall innefatta sådana, som är nödvändiga för att

- a) **minska foster- och spädbarnsdödligheten samt främja barnets sunda utveckling;***
- b) **förbättra alla sidor av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården;***
- c) **förhindra uppkomsten av, behandla och kontrollera epidemier, folk- och yrkessjukdomar samt andra sjukdomar;***
- d) **skapa villkor som tillförsäkrar envar läkar- och sjukhusvård i händelse av sjukdom.***

Debatten har utvecklat förståelsen och konkretiserat vilka olika delar som ingår i det samlingsnamn som rätten till hälsa kan sägas utgöra. Allt fler vill uttolka det som att man som människa och medborgare har rätt till tillgång

till det som garanterar eller ger förutsättningar för hälsa. När man därför läser vad texten i konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna säger om rätten till hälsa, kan man dela upp den i två huvudgrupper där den ena kretsar kring rätten till hälso- och sjukvård och den andra kring förutsättningar för och skydd av människors hälsa (till exempel genom en hälsosam miljö).

Det har inte utvecklats någon konsensus hos stater att stärka rätten till hälsovård i lagliga termer, eftersom detta skulle kräva stora resurser att leva upp till.⁵ Den enda grupp som garanteras tillgång till hälso- och sjukvård är barnen – när det gäller barns rättigheter, har världens stater lyckats enas om mer långtgående och integrerade rättigheter. I FN:s konvention om barnets rättigheter ingår såväl medborgerliga och politiska som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Att hälsa ses som absolut centralt kan utläsas av de relativt starka formuleringar som används i artikel 12. Ingen annan av ESK-konventionens rättigheter är uttryckt i sådana ambitiösa ord. Det talas om ”rätten för *envar* att såväl i fysiskt som psykiskt avseende åtnjuta *bästa uppnåeliga*⁶ hälsa”. Artikel 7 t.ex. som rör arbetares rättigheter talar endast om ”*rättvisa* och gynnsamma arbetsvillkor” och artikel 11 om rättigheter för att säkra livskvalitén, talar om en ”*tillfredsställande* levnadsstandard”.

Rätten till hälsa har ett intimt samband med flera andra av de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna, bland andra rätten till mat, vatten, bostad och en hälsosam miljö. Historiskt sett så har ofta förbättringar i hygien, rent dricksvatten, mat och bättre boende haft större effekt på människors hälsotillstånd än specifika hälsoinsatser. Grupper som arbetar med rätten till hälsa får ofta ta ställning till frågor som rör rätten till mat, bostad och arbete. Även medborgerliga och politiska rättigheter, som t.ex. rätten att inte godtyckligt fängslas eller att inte torteras hänger intimt samman med rätten till hälsa.

För att nå de mest utsatta grupperna och garantera deras rätt till högsta möjliga nivå av hälsa behöver man göra riktade insatser vad gäller primär-

⁵ En stats syn på rätten till hälsa och till sjukvård kan också ses som ett utslag av det rådande värdesystemet. Debatten om rätten till hälsa har till exempel aldrig varit särskilt framträdande i USA, till skillnad mot debatten om rätten till sjukvård/hälsovård. Hälso- och sjukvård ses snarare som en vara som man måste betala (dyrt för) än som en rättighet. Det är individen själv som skall se till att den har ett skydd vid sjukdom via försäkringar. Tron på att alla kan vara sin egen lyckas smed och leva den amerikanska drömmen ”om man bara visar företagsamhet och vilja”, kan också medföra att det finns en inbyggd ”oförståelse” för människor som lever i fattigdom och ohälsa.

⁶ I det engelska originalet ”highest attainable standard”.

hälsovård, vaccinering, mat och rent dricksvatten, familjeplanering, graviditet och förlossning, basmediciner och sophantering. Det krävs också miljö- och arbetsmässiga hälsoregler, folkligt deltagande samt information och utbildning om sjukdomar, smittovägar, hygien med mera.

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter granskar och diskuterar hälsosituationen allmänt och inom särskilda områden, sektorer och befolkningsgrupper, tillgången till hälso- och sjukvård, eventuell diskriminering i tillgång eller behandling samt staters åtgärder för att gradvist förverkliga rätten till hälsa och därigenom leva upp till sina skyldigheter.

Kommittén tillåter enskilda organisationer att bidra med muntliga och skriftliga kommentarer, som kommittén ofta använder som ytterligare diskussionsunderlag när de frågar ut representanter från de länder som är aktuella för rapportering.

Även kommittéerna för konventionerna om avskaffande av rasdiskriminering, avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor och för barnets rättigheter, där rätten till hälsa finns uttryckt, har rapporteringsplikt med jämna mellanrum för de stater som ratificerat dem. WHO kräver också rapporter från sina medlemsstater om vilka åtgärder de vidtagit för att garantera rätten till hälsa.

Några andra internationella och regionala MR-instrument där rätten till hälsa finns inskriven:

Internationella:

FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, (1948), art. 25

*25.1 Envar har rätt till en levnadsstandard, som är tillräcklig för hans egen och hans familjs **hälsa** och välbefinnande, däri inbegripet föda, kläder, bostad, **hälsovård** och nödvändiga sociala förmåner, vidare rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, **sjukdom, invaliditet, makes död, ålderdom** eller annan förlust av försörjning under omständigheter, över vilka han icke kunnat råda.*

25.2 Mödrar och barn är berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn, vare sig födda inom eller utom äktenskap, skall åtnjuta samma sociala skydd.

Internationella konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering (1965), artikel 5 (e) (iv)

5. Till uppfyllande av de grundläggande förpliktelserna i artikel 2 i denna konvention förbinder sig konventionsstaterna att förbjuda och avskaffa rasdiskriminering i alla dess former och att tillförsäkra envar, utan åtskillnad grundad på ras, hudfärg eller nationalitet eller etniskt ursprung, likhet inför lagen, särskilt i vad avser åtnjutandet av följande rättigheter....

e) ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, i synnerhet;

(iv) rätten till allmän hälsovård, sjukvård, social trygghet och allmänna tjänster,

Konventionen om avskaffande av slags diskriminering av kvinnor (1979), artikel 11 (1) (f) och 12

11.1 Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor på arbetsmarknaden för att, med jämställdheten mellan män och kvinnor som grund, säkerställa samma rättigheter, särskilt

f) rätten till arbetarskydd, inklusive skydd för fortplantningsfunktionen.

*12.1 Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor när det gäller hälsovård för att, med jämställdheten mellan män och kvinnor som grund, säkerställa **tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive sådan som avser familjeplanering.***

*2. Utan hinder av bestämmelserna i punkt 1 ovan skall konventionsstaterna tillförsäkra kvinnor **lämplig vård vid havandeskap och förlossning samt under tiden efter nedkomsten, varvid fri vård skall stå till förfogande när det är nödvändigt, liksom även lämplig kost under havandeskapet och amningstiden.***

Konventionen om barnets rättigheter (1989), artikel 24

*24.1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att **åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering.** Konventionsstaterna skall sträva efter att **säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.***

24.2. Konventionsstaterna skall sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och skall särskilt vidta lämpliga åtgärder för att

a) minska spädbarns- och barnadödligheten;

b) säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård med tonvikt på utveckling av primärhälsovården;

c) bekämpa sjukdom och undernäring, däri inbegripet åtgärder inom ramen för primärhälsovården, genom bl a utnyttjandet av lätt tillgänglig teknik och genom att tillhandahålla näringsrika livsmedel i tillräcklig omfattning och rent dricksvatten, med beaktande av de faror och risker som miljöförstöring innebär;

- d) **säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen;**
- e) **säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall samt får stöd vid användande av sådana grundläggande kunskaper;**
- f) **utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning samt undervisning och hjälp i familjeplaneringsfrågor.**

24.3 Konventionsstaterna skall vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att **avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa.**

24.4 Konventionsstaterna åtar sig att **främja och uppmuntra internationellt samarbete i syfte att gradvis uppnå det fulla förverkligandet av den rätt som erkänns i denna artikel. Särskild hänsyn skall härvid tas till utvecklingsländernas behov.**

Regionala:

Europeiska sociala stadgan (1961), art. 11 – Skydd för den enskildes hälsa

11. För att trygga den enskildes rätt att bevaras vid god hälsa förbinder sig de fördragsslutande parterna att antingen direkt eller i samverkan med offentliga eller privata organisationer vidtaga erforderliga åtgärder i syfte bland annat

1. att i möjligaste mån **undanröja orsakerna till ohälsa;**
2. att **tillhandagå med råd och upplysningar till hälsans förbättrande och för utvecklande av känslan av personligt ansvar i hälsoangelägenheter**
3. att i möjligaste mån **förebygga uppkomsten av epidemier, folksjukdomar och andra sjukdomar.**

Den afrikanska stadgan om människans och folkens rättigheter (1981), artikel 16

16.1. **Every individual shall have the right to enjoy the best attainable state of physical and mental health.**

16.2. **States parties to the present Charter shall take the necessary measures to protect the health of their people and to ensure that they receive medical attention when they are sick.**

Tilläggsprotokollet (San Salvador-protokollet) om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (1988)⁷ till Den amerikanska konventionen om de mänskliga rättigheterna (1969), artikel 10

10.1 Everyone shall have *the right to health, understood to mean the enjoyment of the highest level of physical, mental and social well-being.*

10.2 In order to ensure the exercise of the right to health, the States Parties agree to *recognize health as a public good* and, particularly, to adopt the following measures to ensure that right:

- a) *Primary health care*, that is, essential health care made available to all individuals and families in the community;
- b) *Extension of the benefits of health services to all individuals subject to the State's jurisdiction;*
- c) *Universal immunization against the principal infectious diseases;*
- d) *Prevention and treatment of endemic, occupational and other diseases;*
- e) *Education of the population on the prevention and treatment of health problems, and*
- f) *Satisfaction of the health needs of the highest risk groups and of those whose poverty makes them the most vulnerable.*

Skrivningar om rätten till hälsa förekommer även i andra konventioner, deklARATIONER, resolutioner, handlingsplaner och kommentarer från internationella och regionala organ och konferenser.

Flera stater har också i sin nationella lagstiftning skrivningar där rätten till hälsa, i vissa fall konkretiserad som rätten till hälsovård, är uttryckt.

Det finns även en mängd nationell och internationell lagstiftning om hälsofrågor som inte tar sitt avstamp i mänskliga rättigheter; lagar om läkar- och sjukvårdspersonals ansvar och etik, transplantationer, sjukdomsframkallande och miljöfarliga verksamheter och substanser.

⁷ Ej trätt i kraft än, utan inväntar det nödvändiga antalet ratificeringar för detta.

General Comment 14

– Vad betyder rätten till hälsa egentligen ?

Ett av de senaste bidragen till att utveckla förståelsen för rätten till hälsa kom i maj 2000 då FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter presenterade en *general comment* kring rätten till hälsa, så som den uttrycks i artikel 12 i den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

General comments är dokument på 5-20 sidor där kommittén försöker klargöra olika rättigheters innehåll, skyldigheter som följer av dem, rapporteringsrutiner med mera.⁸ Innehållet i kommentarerna baseras på det arbete kommittén utför när den granskar staternas rapporter och de erfarenheter som dragits av detta arbete.

General comments från FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter:

General Comment 1: Reporting by States parties (1989)

General Comment 2: International technical assistance measures (1990)

General Comment 3: The nature of States parties obligations (1990)

General Comment 4: The right to adequate housing (1991)

General Comment 5: Persons with disabilities (1994)

General Comment 6: The economic, social and cultural rights of older persons (1995)

General Comment 7: The right to adequate housing: forced evictions (1997)

General Comment 8: The relationship between economic sanctions and respect for economic, social and cultural rights (1997)

General Comment 9: The domestic application of the Covenant (1998)

General Comment 10: The role of national human rights institutions in the protection of economic, social and cultural rights (1998)

General Comment 11: Plans of action for primary education (1999)

General Comment 12: The right to adequate food (1999)

General Comment 13: The right to education (1999)

General Comment 14: The right to the highest attainable standard of health (2000)

I sin kommentar nr 14 går kommittén igenom det normativa innehållet i rätten till hälsa, staternas skyldigheter, vad som utgör kränkningar samt tillämpning på den nationella nivån och andra aktörers ansvar.

Normativa innehållet i artikel 12:

Kommittén betonar att rätten till hälsa inte enbart handlar om rätten till hälso- och sjukvård, utan även att en hel mängd socioekonomiska faktorer

⁸ Enklaste sättet att hitta kommitténs kommentarer är att gå till FN:s högkommissaries för mänskliga rättigheters hemsida: www.unhchr.ch och via ”treaties”, ta sig till den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Där finns sedan de olika kommentarerna som länkar inlagda direkt i konventionstexten.

spelar in för möjligheten att leva ett så friskt och hälsosamt liv som möjligt. Tillgången till mat, rent dricksvatten, bostad, sanitära förhållanden, en hälsosam miljö, säkra och hälsosamma arbetsförhållanden påverkar i hög grad människors hälsa.

Att tala om den ”bästa uppnåeliga hälsan” innebär att man tar hänsyn såväl till individens egna fysiska och socioekonomiska förutsättningar som till statens resurser. Individen har själv ett ansvar för eventuella val av hälsofarliga aktiviteter och kan ha genetiska förutsättningar att drabbas av sjukdom, men staten har ett ansvar att tillgodose, i så hög grad som det är möjligt och utan diskriminering, hälsotjänster, förebyggande åtgärder, information och utbildning. Samtidigt handlar det om ”tillgängliga resurser”, där det inte finns några absoluta svar på hur mycket som är ”tillräckligt” vilket leder till delvis subjektiva bedömningar.

Kommittén presenterar några av de principer som den använder när den bedömer situationen för rätten till hälsa i en stat utifrån artikel 12 i den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter:

1. **Tillgänglighet**⁹ – vilket innebär att hälso- och sjukvård, hälsotjänster, hälsoprogram och dylikt måste finnas tillgängligt i tillräckligt omfattning inom landet. Detta kan ta sig olika uttryck i olika länder, men tillgång till rent dricksvatten, hygien, sjukhus och kliniker med utbildad vårdpersonal (med nationellt konkurrenskraftiga löner) och basmediciner måste alltid ingå som grund.
2. **Åtkomlighet**¹⁰ – alla människor måste komma i åtnjutande av den tillgängliga hälsoservicen; *utan diskriminering, fysiskt och geografiskt åtkomligt* (till exempel för människor på landsbygden, marginaliserade grupper eller människor med funktionshinder), *ekonomiskt åtkomligt*¹¹ (varje människa skall ha råd med den grundläggande hälsoservicen och de underliggande faktorerna för god hälsa. Fattiga hushåll bör inte tyngas oproportionerligt mer än rika av utgifter för grundläggande hälsovård), *informationsmässigt* (alla har rätt att söka, få och sprida information och idéer om hälsofrågor).

⁹ På engelska ”availability”.

¹⁰ På engelska ”accessibility”.

¹¹ På engelska ”affordability”.

3. **Godtagbarhet** – alla hälsotjänster och hälsoartiklar måste respektera den medicinska etiken och vara kulturellt acceptabla, det vill säga även respektera kulturer hos minoriteter, individer och grupper, samtidigt som de naturligtvis måste förbättra hälsostatusen.¹²
4. **Kvalité** – hälsotjänster och hälsoartiklar måste hålla en god kvalité och vara medicinskt lämpliga. Detta kräver utbildad sjukvårdspersonal, mediciner och sjukhusartiklar som är testade och verksamma samt sjukhus och kliniker med rent vatten och sanitära förhållanden.

Kommittén diskuterar också hur den andra paragrafen i artikel 12 ger några riktlinjer för vad staten skall satsa på för att leva upp till sina skyldigheter och utvecklar lite mer i detalj vad som menas med att *minska foster- och spädbarnsdödligheten samt främja barnets sunda utveckling; förbättra alla sidor av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården; förhindra uppkomsten av, behandla och kontrollera epidemier, folk- och yrkessjukdomar samt andra sjukdomar; samt skapa villkor som tillförsäkrar envar läkar- och sjukhusvård i händelse av sjukdom.*

Kommittén belyser även några andra områden där man försöker ge klarare direktiv för hur staterna bör arbeta för att integrera frågor om *icke-diskriminering, genderfrågor, kvinnors hälsa, barn och ungdomar, äldre, människor med funktionshinder och ursprungsfolk.*

Staternas skyldigheter:

I *general comment 14* diskuteras också statens skyldigheter och ESK-kommittén slår återigen fast att även om konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter talar om ett gradvist förverkligande mot bakgrund av de tillgängliga resurserna, så finns det skyldigheter som inte är kompromissbara. Dels får staten under inga omständigheter diskriminera, dels måste staten ta faktiska steg framåt, där målet är det *fulla förverkligandet* av rätten till hälsa. Det gradvisa förverkligandet ställer enligt kommittén krav på staten att röra sig framåt så snabbt och effektivt som möjligt. Medvetna åtgärder som leder till en tillbakagång i utvecklingen är inte acceptabla.

Kommittén diskuterar utförligt vad statens skyldighet att respektera, skydda och uppfylla sina invånares rätt till hälsa innebär.

Statens skyldighet att respektera rätten till hälsa innebär att staten måste undvika att direkt eller indirekt agera så att människors rätt till hälsa

¹² Här kan ibland finnas en konflikt mellan nödvändiga hälsoingrepp och kulturer som motsätter sig sådana ingrepp.

hotas. Detta innebär att staten inte får vidta några åtgärder som diskriminerar grupper från att komma i åtnjutande av hälsovård (utsatta grupper skulle kunna vara minoriteter, fångar, asylsökande, legala eller illegala flyktingar). Staten måste visa respekt även för traditionell medicin (så länge denna inte visar sig hälsofarlig). Staten får inte saluföra farliga mediciner, inte utöva tvångsvård annat än i undantagsfall (epidemier och vissa psykiska sjukdomar nämns här). Kommittén rekommenderar också att staten måste vara öppen med information och utbildning om hälso-relaterade frågor, inklusive sex- och samlevnadsundervisning. Vidare bör staten i möjligaste mån undvika miljöförstörande och hälsovådliga utsläpp från statsägda industrier samt testandet av kemiska, biologiska eller nukleära vapen. Rätten till hälsa och tillgången till hälsovård får inte användas som ett vapen vid konflikter.

Statens skyldighet att skydda sina invånares rätt till hälsa från utomstående aktörer, tredje part, innebär att staten har ett ansvar att genom lagstiftning och andra åtgärder se till att människors hälsa inte hotas av andra aktörer. Detta kan innebära att staten genom lagar och kontroll ser till att trans-nationella företags verksamhet inte hotar människors hälsa eller tillgång till hälsovård. Det innebär också att staten trots en eventuell privatisering av sjukvården har ett övergripande ansvar för att denna sjukvård kommer människor till del på bästa sätt; staten måste garantera att principerna om tillgänglighet, åtkomlighet, godtagbarhet och kvalité respekteras. Staten måste dessutom se till att hälsofarliga mediciner inte saluförs, att traditionella behandlingsmetoder inte används om de är hälsovådliga, att könsstympning avskaffas och att våld i familjen motarbetas. Tredje part bör ej heller ges möjlighet att på olika sätt beskära människors rätt till information och utbildning om hälsorelaterade frågor.¹³

Statens skyldighet att uppfylla innebär egentligen både att underlätta¹⁴, främja¹⁵ och sörja för¹⁶ rätten till hälsa.

Staten måste vidta åtgärder för att underlätta, möjliggöra och hjälpa individer och grupper att åtnjuta rätten till hälsa. Staten bör se till att lagstiftning och politiska beslut tar tillräcklig hänsyn till rätten till hälsa,

¹³ Utan att närmare gå in på dessa frågor, är det ändå lätt att utifrån dessa exempel förstå att staten i den mån den vill leva upp till denna skyldighet lätt kan få motståndare från traditionella och religiösa grupper, kyrkor och samfund vad gäller exempelvis sex- och samlevnadsundervisning.

¹⁴ På engelska "facilitate".

¹⁵ På engelska "promote".

¹⁶ På engelska "provide".

gärna med en nationell handlingsplan för uppfyllandet av den. De underliggande faktorer som påverkar människors hälsa; mat, rent dricksvatten, sanitära förhållanden, bostad – i korthet en tillfredsställande levnadsstandard – bör garanteras. Vaccinationsprogram, primärhälsovård, utbildad personal, tillgång till basmediciner, reproduktiv hälsovård, information, utbildning och åtgärder mot miljöfarliga och hälsovådliga aktiviteter är andra viktiga faktorer som staten bör verka för att utveckla och stödja.

I de fall förutsättningar saknas eller lämnar i övrigt att önska måste staten arbeta för att stärka och bygga upp dessa, genom att genom olika åtgärder främja strukturer som är nödvändiga för människors hälsa (till exempel genom information och utbildning så att människor kan göra välinformerade val om sin hälsa och genom att se till att sjukvårdspersonalen är medveten om kulturella mönster och särskilda behov hos individer och grupper).

I de fall där individer och grupper inte själva kan se till att utnyttja sina rättigheter, måste staten sörja för att de får tillgång till det de behöver (till exempel vid miljökatastrofer, väpnade konflikter, hungersnöd och i flyktingläger).

Det är inte bara de enskilda staterna som har skyldigheter, redan tidigare har ESK-kommittén slagit fast att alla stater tillsammans har ett ansvar för att genom internationellt samarbete och bistånd arbeta för det fulla förverkligandet av rättigheterna i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Detta medför enligt kommittén att stater skall respektera rätten till hälsa i andra länder, skydda den från tredje part om man har möjlighet¹⁷ och genom utvecklingssamarbete bidra till att uppfylla den. Läkemedel och annan medicinsk utrustning får aldrig ingå i sanktioner eller embargo mot länder.

Även FN-familjens organ och andra internationella samarbetsorganisationer, WHO¹⁸, ILO¹⁹, UNDP²⁰, Unicef²¹, UNFPA²², Världsbanken, IMF²³, de regionala utvecklingsbankerna och WTO²⁴

¹⁷ Här har till exempel länder i Nord kritiserats av den allmänna opinionen och frivilligorganisationer för att man inte i högre grad försöker påverka transnationella företag med hemvist i det egna landet när deras verksamhet hotar människors rättigheter i andra länder.

¹⁸ World Health Organisation / Världshälsorganisationen

¹⁹ International Labour Organisation / Internationella arbetsorganisationen

²⁰ United Nation's Development Programme / FN:s utvecklingsprogram

²¹ United Nation's International Childrens Fund / FN:s barnfond

²² United Nation's Population Fund Agency / FN:s befolkningsfond

²³ International Monetary Fund / Internationella valutafonden

²⁴ World Trade Organisation / Världshandelsorganisationen

uppmannas att samarbeta tillsammans med staterna för rätten till hälsa. Att FN-organen anammat ett rättighetsperspektiv på sitt arbete välkomnas av kommittén och förutspås underlätta tillämpningen av rätten till hälsa.

Miniminivå för rätten till hälsa

När man diskuterar vad en specifik rättighet innebär talar man ibland om miniminivåer och kärninnehåll. Det finns både universella kärninnehåll och principer som gäller alla rättigheter, till exempel ickediskriminering, och specifika som gäller de olika rättigheterna.

Miniminivån som inte under några omständigheter får kränkas och som staten måste garantera för rätten till hälsa är enligt ESK-kommittén:

1. rätten till tillgång till hälsotjänster och vård, icke-diskriminering (där sårbara och marginaliserade grupper måste uppmärksammas särskilt så att de verkligen åtnjuter samma möjligheter som andra);
2. tillgång till den miniminivå av tillräcklig, säker och näringsriktig mat som behövs för att alla skall vara fria från hunger;
3. tillgång till logi, bostad, sanitära förhållanden och tillräckligt med rent dricksvatten;
4. tillhandahållande av nödvändiga basmediciner (enligt WHO:s lista)
5. rättvis fördelning av hälsotjänster och institutioner;
6. en nationell handlingsplan, där hela befolkningens hälsostatus och behov diskuteras. Processen för att framställa och genomföra en sådan plan skall vara öppen och bygga på deltagande. Metoder, inklusive mätmetoder och indikatorer, skall utvecklas.

Dessutom säger kommittén i sin kommentar att även följande prioriterade områden skall garanteras:

1. reproduktiv hälsovård, mödra- och barnavård;
2. vaccinationsprogram mot de svåraste smittsamma sjukdomarna;
3. förebyggande, behandlande och kontroll av epidemiska och inhemska sjukdomar;
4. information och utbildning om de viktigaste hälsoproblemen i landet, inklusive metoder för att förebygga och kontrollera dem;
5. praktisk och teoretisk utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal, inklusive utbildning om hälsa och mänskliga rättigheter.

Mot bakgrund av miniminivån för rätten till hälsa samt statens skyldigheter kan man identifiera kränkningar, vilket vi kommer att visa genom en fallstudie från Ecuador nedan. Det är viktigt att slå fast att stater kan kränka rättigheter både genom att agera och att avstå från att agera. Eftersom skrivningen i den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter fastställer att en konventionsstat har en skyldighet att "...till fullo utnyttja sina **tillgängliga** resurser för att säkerställa, att de i denna konvention inskrivna rättigheterna **gradvis** förverkligas i **sin helhet...**" gäller det naturligtvis att noggrant analysera vilket handlingsutrymme staten faktiskt har. Det är skillnad på om en stat är *oförmögen* att leva upp till sina skyldigheter och om den är *ovillig*. Det senare är en kränkning av dess skyldigheter om det går att visa att det verkligen finns tillgängliga resurser.

Resursfrågan är naturligtvis inte oproblematiserad och leder till diskussioner om statens egna val inom budgeten (där framförallt militära utgifter ofta ställs mot den offentliga sektorn). Kommittén diskuterar ibland stater på liknande "utvecklingsnivå" och med likartade förutsättningar för att genom jämförelse och "best practice" visa att det finns handlingsutrymme och tillgängliga resurser. Den miniminivå som gäller måste alltid garanteras, oavsett resurser.

I ndikatorer

Hur kan man då mäta efterlevnaden av rätten till hälsa? Mänskliga rättigheter kan erbjuda normer, men för att man skall kunna använda dem till exempel som riktlinjer i utvecklingssamarbetet, måste de även fungera "operativt". En av de största utmaningarna ligger i att hitta mätinstrument, indikatorer, för att bedöma om och hur de mänskliga rättigheterna realiserats. Det är en komplicerad fråga som diskuteras i en mängd fora, såväl internationellt som nationellt.²⁵

Det finns både kvantitativa och kvalitativa indikatorer; när det gäller rätten till hälsa kan en kvantitativ indikator till exempel vara hur många barn som dör av sjukdomar som skulle kunna ha botats eller förhindrats och en kvalitativ indikator hur utsatta grupper egna deltagande varit i en hälsoinsats, det vill säga om de varit med och kunnat påverka.

²⁵ Sida har till exempel fått i uppdrag från regeringen att börja fundera över och formulera mätmetoder för sitt bistånd inom demokrati och mänskliga rättigheter.

Det är viktigt att mäta både själva processen och resultatet. Inte heller när det gäller mänskliga rättigheter finns det något som heter att ”ändamålen helgar medlen”, utan vägen till målen är lika viktig. Om inte själva processen grundas på mänskliga rättigheter och präglas av deltagande och ickediskriminering utgör det i sig en kränkning.

Källor för att hitta indikatorer vad gäller rätten till hälsa:

Rapporter, observationer och kommentarer från:

- FN:s granskningskommittéer för konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR), konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW), konventionen om barnets rättigheter (CRC)
- FN:s världshälsoorganisation, WHO
- FN:s utvecklingsprogram, UNDP
- FN:s barnfond, Unicef
- FN:s befolkningsfond, UNFPA.
- Statliga ministeriers rapporter och statistik kring hälsofrågor
- Regionala och lokala myndigheters rapporter.
- Folkräkningsstatistik
- Rapporter från läkarorganisationer
- Barnrättsorganisationer
- Kvinnoorganisationer

(Översikt hämtad från Frankovits, André och Patrick Earle; "The Rights Way to Development, Manual for A Human Rights Approach to Development Assistance")

Resursfrågan och ickediskriminering

Det kommer alltid att finnas gränser för i vilken omfattning medel kan komma en hälsobudget till del. ”Bästa uppnåeliga hälsa” skulle naturligtvis kunna innebära att varje individs hälsonivå i princip skulle kunna höjas mer eller mindre – samtidigt är resurserna begränsade. Principen om icke-diskriminering borde kanske innebära att resurser satsades på insatser med störst utdelning för flertalet. Detta skulle vara ett argument för att bygga ut primärhälsovården så att alla invånare i ett land har tillgång till den, innan man satsar stora resurser på olika typer av ”spjutspetsjukvård”. Tyvärr ser vi ofta motsatt förhållande i många resursknappa länder; de resurser som finns satsas framför allt på mer

eller mindre välutrustade sjukhus i städerna, medan landsbygdsbefolkningen saknar tillgång till den mest basala sjuk- och hälsovården.

När vi talar om resurser är det viktigt att klargöra att detta inte enbart innebär finansiella resurser. Även mänskliga, teknologiska och informationsrelaterade insatser bör räknas in. Jämför till exempel en stats underlåtenhet eller ovilja att informera om spridning av HIV-smitta. En informationskampanj ute i skolorna skulle inte nödvändigtvis behöva medföra några stora extra finansiella resurser, men skulle kunna ha stor genomslagskraft.

Vad gäller de finansiella resurserna finns det också en debatt om att ett lands *hela* ekonomiska situation måste tas med i bilden. Att enbart utgå ifrån på ett lands budget utan att analysera tillgångar, betalningsbalans, bistånd och utlandsskuld ger en skev bild. Dessutom kan staten skapa ett gynnsamt klimat för andra aktörer som vill arbeta med frågorna och därigenom bidra med resurser.

I de utvecklade länderna där de största möjligheterna och resurserna för forskning finns borde medicinsk forskning även kring sjukdomar som inte primärt drabbar den egna statens invånare kunna ses som ett sätt att leva upp till sina internationella förpliktelser att arbeta för rätten till hälsa globalt.

Utifrån ett fokus på den icke-diskrimineringsaspekt som omgärdar de mänskliga rättigheterna skriver en representant från Läkare Utan Gränser (Nobels fredspris 1999) om kampanjen "Campaign for Access to Essential Medicines". Prissumman som Läkare Utan Gränser/Medecins Sans Frontières tilldelades som fredpristagare användes som grundplåt för att starta en fond för forskning, utveckling och behandling av flera av de sjukdomar som främst drabbar människor i världens fattiga länder.

Där inga mediciner finns

Jan Gustafsson, Läkare Utan Gränser

Enligt stadgarna skall Läkare Utan Gränser inrikta sig på att hjälpa människor i nöd samt offer för av människor vållade katastrofer och väpnade konflikter. Hit räknas också människor som saknar möjligheter till grundläggande hälsovård på grund av geografisk isolering, etnisk utstötning eller ekonomisk kollaps.

En tredjedel av världens människor saknar idag tillgång till livsnödvändiga läkemedel. I de fattigaste delarna av Afrika och Asien är siffran över 50%. Våra utsända volontärer ställs dagligen inför infektionssjukdomars härjningar bland nödställda människor och bristen på hälsovård och mediciner. Fullt botbara sjukdomar kräver varje år miljontals liv i världens fattiga länder eftersom de drabbade inte har råd med de läkemedel som skulle kunna rädda deras liv. För många sjuka människor är det i dag priset för en viktig medicin som är avgörande för om de skall leva eller dö. Livräddande mediciner betraktas idag endast som kommersiella produkter, underkastade den fria marknadens regler. Cyniskt uttryckt sätter läkemedelsindustrin ekonomisk vinst före människoliv. Dessutom har forskningen på tropiska infektionssjukdomar i praktiken avstannat. Marknaden anses inte intressant nog.

För att rikta uppmärksamheten mot detta gigantiska problem startade Läkare Utan Gränser under 1999 en internationell kampanj i syfte att ge människor i fattiga länder tillgång till livsnödvändiga läkemedel. Kampanjen begär av regeringar och internationella organisationer att de skall kompensera läkemedelsindustrins bristande intresse för de sjukdomar – till exempel sömnsjuka, kala-azar (leishmaniasis), malaria, aids och tuberkulos – som endast, eller i största utsträckning, skördar offer bland fattiga människor i fattiga länder.

Att massivt och omedelbart avsätta mänskliga och ekonomiska resurser är av avgörande betydelse både för att återuppta forskningen om nya medi-

ciner och för att säkerställa tillgången till redan befintliga behandlingsmetoder.

Det är flera faktorer som bidrar till att situationen ser ut som den gör:

Existerande läkemedel är för dyra

Nittiofem procent av de människor som lever med aids, har inte tillgång till bromsmediciner, främst därför att dessa är för dyra. I många utvecklingsländer, där 90 % av de aids-drabbade finns, är månadskostnaden för de bromsmediciner som skulle kunna hålla dem vid liv, trettio gånger den genomsnittliga månadslönen.

Höga priser beror oftast på att läkemedlen skyddas av patent. Som bekant har det företag som äger patentet ensamrätt att producera läkemedlet och bestämmer priset under patentets giltighetstid, som kan vara upp till 20 år. Med detta marknadsmonopol kan företaget ta vilka priser det vill. När ett patent går ut, kan andra företag framställa produkten som en generisk medicin. Den därav följande konkurrensen mellan flera tillverkare leder ofta till dramatiskt sänkta priser. I flera länder produceras generiska former av till exempel bromsmediciner till betydligt billigare pris än de patenterade läkemedlen. I Brasilien behandlas 85 000 människor med HIV framgångsrikt med kombinationsterapier eftersom generisk konkurrens har reducerat priserna på läkemedlen med över 80% de senaste fem åren. I Thailand produceras också ett antal generiska bromsmediciner till ordentligt reducerade priser.

Ett annat exempel är leishmaniasis, även kallad kala-azar, en parasitisk sjukdom som drabbat två miljoner människor. Det finns ett effektivt botemedel mot leishmaniasis, men eftersom kostnaden för detta ligger runt 2 000 kronor per patient är det utom räckhåll för såväl de drabbade som deras hälsovårdsmyndigheter.

Otillräcklig forskning och utveckling

Mellan 1935 och 1970, när koloniala och militära intressen drev på forskningen om nya mediciner gjordes viktiga framsteg i kampen mot de tropiska sjukdomarna. Sedan dess har många mediciner slutat att vara effektiva. De ökande problemen med läkemedelsresistens gör många äldre och billigare mediciner värdelösa och gör tidigare behandlingsbara sjukdomar omöjliga att behandla. Läkemedelstillverkarna har emellertid förlorat intresset för hälsoproblem som huvudsakligen berör fattiga länder och koncentrerar sig i stället på mer lönsamma produkter, avsedda att fylla den industrialiserade världens behov. Av de 1 233 läkemedel som introducerades på marknaden

mellan 1975 och 1997 var endast tretton avsedda för tropiska sjukdomar. För sådana tropiska sjukdomar som malaria och sömnsjuka pågår det praktiskt taget inte någon forskning om nya mediciner.

Även om det existerar viss forskning på tropiska sjukdomar, huvudsakligen inom allmänna forskningsinstitut, har utvecklingen av lovande substanser till säljbara läkemedel i princip avstannat. Kunnandet och kapaciteten när det gäller detta finns nästan enbart hos de kommersiella läkemedelsbolagen, vars fokus främst är inriktat på lönsamma läkemedel för höginkomstsmarknader. Även de allmänna forskningsinstituten – de flesta finns i den industrialiserade världen – fokuserar allt mer på västvärldens sjukdomar. Flera stora forskningsfonder har lagt in ett klart ekonomiskt nyttoperspektiv i sina fonderingspolicier. Fondering av allmän forskning ses också allt mer som ett sätt att stimulera industriell konkurrens och ekonomisk tillväxt, vilket styr in den allmänna forskningen mot ett kommersiellt lönsamhetstänkande.

Dålig lönsamhet

Infektionssjukdomar som HIV/Aids, tuberkulos och malaria är kända massmördare. Men även mindre bekanta sjukdomar skördar varje år tusentals offer. Trypanosomiasis, sömnsjuka, är ett tydligt exempel. Uppskattningsvis är en halv miljon afrikaner smittade av sömnsjuka och 50 miljoner andra riskerar att bli det. Sömnsjuka sprids via tsetse-flugan och leder oundvikligen till döden om den inte behandlas. Det enda tillgängliga läkemedlet för att behandla ett sent stadium av sjukdomen har använts sedan 1940-talet och blir alltmer verkningslöst på grund av resistens. Ett läkemedel som utvecklades i början av 1990-talet upphörde att tillverkas redan 1994 på grund av dålig lönsamhet.

Vad som måste göras

I Läkare Utan Gränser kampanj för förbättrad tillgång till viktiga mediciner finns tre huvudpunkter:

Övervinnande av hindren för tillgång till mediciner

Läkare Utan Gränser arbetar med att identifiera tillverkare som kan producera mediciner av god kvalitet till rimligt pris; förhandlar med tillverkare för att få bättre priser och stöder de nationella hälsoministerierna i deras arbete med att förbättra de viktiga medicinernas tillgänglighet. På längre sikt samarbetar organisationen med Världshälsoorganisationen (WHO) och vissa farmaceutiska företag för nyproduktion av mediciner som inte längre tillverkas.

Stimulering av forskning och utveckling avseende försummade sjukdomar

Det brådskande behovet av nya behandlingsmetoder för dessa sjukdomar ignoreras av den farmaceutiska industrin. Läkare Utan Gränser kräver att industrialiserade länder, internationella organisationer, icke-statliga organisationer och farmaceutiska företag söker lösningar för att skynda på forsknings- och utvecklingsarbetet. Genom att använda från fältet insamlade data understryker organisationen bristen på effektivitet hos de gamla behandlingsmetoderna och de begränsade resurser som för närvarande satsas på de tropiska sjukdomarna.

Hälsoskyddsföreskrifter i handelsavtal

I det nuvarande världshandelssystemet via Världshandelsorganisationen betraktas läkemedel som vilken annan produkt som helst. När nya läkemedel patenteras sätter de farmaceutiska företagen i allmänhet priser som är för höga för de flesta av de sjuka människorna i fattiga länder. Läkare Utan Gränser kämpar för att nya, livräddande mediciner skall göras tillgängliga för de människor som behöver dem. Som en del av arbetet med att kämpa för denna fråga stöder organisationen användningen av skyddsregler integrerade i internationella handelsregler. Dessa gör det möjligt att producera eller importera billigare, generiska läkemedel under speciella förhållanden. Läkare Utan Gränser arbetar att informera regeringar om dessa möjligheter och att hjälpa dem med anpassning av sina nationella lagar.

- Varje år dör omkring 15 miljoner människor världen runt av infektionssjukdomar. Det beräknas att 97 % av dessa dödsfall sker i utvecklingsländer.
- Infektionssjukdomar vållar mer än hälften av alla dödsfall i Afrika söder om Sahara.
- Mer än 75 % av jordens befolkning bor i utvecklingsländer, men de svarar endast för 8 % av den totala marknaden för farmaceutiska produkter.
- En tredjedel av jordens befolkning saknar tillgång till livsnödvändiga mediciner. I de fattigaste delarna av Afrika och Asien är andelen över 50 %.
- I många utvecklingsländer är månadskostnaden för bromsmediciner mot Aids för att hålla patienten vid liv 30 gånger högre än den genomsnittliga månadsinkomsten.
- Av de 1 223 läkemedel som har utvecklats sedan 1975, är endast 13 avsedda för behandling av tropiska sjukdomar.

Rättighetsperspektivet

Under lång tid innebar arbetet med mänskliga rättigheter framförallt att arbeta med att granska länders efterlevnad och uppmärksamma kränkningar (en så kallad ”violations-approach”). Under senare år har rättighetstänkandet fått allt större genomslag i utvecklingsdiskussionen och inom utvecklingssamarbetet. Det talas nu om nödvändigheten av att även fokusera hjälp till att realisera rättigheterna. Det nya rättighetsperspektivet i biståndet siktar just på att assistera länder att bättre leva upp till sina förpliktelser när det gäller de internationella MR-instrumenten.²⁶

Tanken är att de mänskliga rättigheterna kan bidra med normer i utvecklingsdiskussionen och en internationellt överenskommen gemensam grund att utgå ifrån när man diskuterar mål och resultat. Rättighetsperspektivet bidrar förutom med normer och ett internationellt juridiskt regelverk även med att stärka människan som aktör i utvecklingen med klart formulerade krav på statens skyldigheter gentemot sina invånare.

De mänskliga rättigheterna bygger på en värdegrund av rättvisa och mänsklig värdighet. När människor själva börjar analysera sin situation utifrån rättigheter och motsvarande statliga skyldigheter kan de stärkas i sitt arbete för förändring.

4-stegsraket för hur man kan arbeta med ett rättighetsperspektiv²⁷

- Identifiera problemen och frågorna i den nationella kontexten för den specifika rättigheten;
- Definiera rättigheten och det (minimi)innehåll den har;
- Identifiera statens skyldigheter för denna rättighet;
- Utveckla indikatorer för att mäta statens prestationer.

²⁶ En av Fondens skrifter under nästa år kommer att behandla Rättighetsperspektivet i biståndet/det internationella utvecklingssamarbetet.

²⁷ Förslag på arbetsmetod från den filippinska organisationen *Free Legal Assistance Group* (FLAG), presenterat i **International Human Rights Internship Program**; *Ripple in Still Water, Reflections by Activists on Local- and National-Level Work on Economic, Social and Cultural Rights*, Washington 1997, s.16

För att visa hur ett rättighetsperspektiv kan se ut rent praktiskt så skall vi presentera en fallstudie från Ecuador. Det är organisationen Center for Economic and Social Rights som har använt sig av rätten till hälsa och det internationella regelverk som omgärdar den rättigheten för att analysera statens policier och prioriteringar.

Fallstudie

”Från behov till rättigheter: att förverkliga rätten till hälsa i Ecuador”

Organisationen *Center for Economic and Social Rights* (CESR) arbetar med frågor om social rättvisa och miljö ur ett rättighetsperspektiv. 1994 inledde CESR en undersökning kring hur oljeutvinning påverkat lokala samhällen i Amazonas i Ecuador. Läkare och MR-aktivister arbetade tillsammans med de lokala samhällen för att klarlägga människors hälsostatus i området.

Utifrån det man fann och den internationella MR-lagstiftningen analyserade man sedan hur Ecuador levde upp till sina skyldigheter. Arbetet har fortsatt och i UNDP:s *”Human Development Report 2000”* presenterades bland annat en tabell byggd på analysen. Delar av tabellen återges nedan.

Här följer ett kort referat av CESR:s skrift ”From Needs to Rights: Realizing the Right to Health in Ecuador” från 1999.

Ecuador har kallats en ”ö av fred” där det ligger mellan Peru och Colombia, länder där övergreppen mot de mänskliga rättigheterna är svåra och välkända. Mänskliga rättigheter är dock inte bara de politiska och medborgerliga rättigheter, vilka kanske varit de mest uppmärksammade, utan det finns även ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

När det gäller kränkningar av rätten till mat och rätten till hälsa, finns det många utsatta grupper i Ecuador.

Det flesta fall av mänskligt lidande är varken naturliga eller oundvikliga, de är resultaten av mänskliga beslut och policier. Mänskliga rättigheter kan ge ett regelverk för att granska dessa beslut och för att utkräva ansvar av beslutsfattarna. CESR hävdar att makthavare kan och skall hållas ansvariga för såväl godtyckliga budgetneddragningar inom den sociala sektorn och diskriminerande policier som för godtyckliga arresteringar och bristande rättssäkerhet.

Mänskliga rättigheter handlar dessutom om deltagande. Individen blir subjekt i utvecklingen – det handlar inte om att vara mottagare av ”allmosor” utan om att ha möjlighet och förmåga att själv kräva dessa rättigheter.

Bakgrund:

”A State party in which any significant number of individuals is deprived of essential foodstuffs, of essential primary health care, of basic shelter and housing, or of the most basic forms of education is, prima facie, failing to discharge its obligations under the covenant”.

Detta säger den granskningskommitté som är tillsatt för att bevaka efterlevnaden av FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, i sin *general comment 3* från 1990. Det finns alltså en absolut miniminivå som innebär att stater anses skyldiga till att ha kränkt de mänskliga rättigheterna om en stor del av deras medborgare inte har tillgång till de mest basala behoven av mat, sjukvård, boende och utbildning.

Ecuadors ekonomiska utveckling har varit paradoxal; under 1970-talet hade landet en mycket stor tillväxt på grund av oljeintäkter, samtidigt som utlandsskulden ökade med 2 800 % mellan 1975 och 1996. 1996 hade Ecuador en utlandsskuld på 14,7 miljarder USD och var enligt UNDP:s *Human Development Report* det land i Latinamerika som hade störst utlandsskuld per invånare.

Enligt CESR var Ecuador särskilt intressant att fokusera på eftersom det var ett av de länder med högst nivå av ojämlikhet i världen och med utgifter inom hälsosektorn som legat bland de lägsta i Latinamerika.

Det har visat sig att det snarare är just fördelningen inom ett samhälle än den absoluta fattigdomen som påverkar människors hälsostatus. CESR:s tes är denna: samtidigt som landet drabbats av marknadsfluktuationer och naturkatastrofer som varit utanför dess kontroll, är ändå grundorsakerna till situationen sociokulturella. Statliga administrationer har gjort prioriteringar som gynnat vissa grupper och missgynnat andra. Fattigdomen, ojämlikheten och frånvaron av basservice inom hälso- och sjukvården är de lätt förutsägbara effekterna av en politik som gynnat minoritetens intresse på bekostnad av alla andras.

Den tillväxt som funnits i Ecuador har inte lett till att höja levnadsstandarden för det stora flertalet och är, enligt CESR, problematisk av flera orsaker:

- den har inte inneburit fler arbetstillfällen (snarare så har arbetslösheten ökat, lönerna sjunkit och arbetsskyddet minskat);

- den har främst gynnat en begränsad sektor av samhället (skillnaden mellan rika och fattiga har bara ökat);
- den har inte medfört någon ökning av deltagande i beslutsprocesser. Beslut om budget och sociala program tas på central nivå, utan större inflytande av berörda grupper. Den ekonomiska globaliseringen har inneburit att transnationella företag och internationella, finansiella institutioner fått större inflytande;
- den har i vissa fall orsakats av processer som snarare underminerat lokala samhällen och kulturer. Bland annat har det blivit en koncentration av mark hos vissa stora jordägare, vilket inneburit en migration till städerna. En urbanisering utan att det finns tillräckligt med arbetstillfällen i städerna;
- den baseras delvis på att exploatera ej förnybara resurser, vilket innebär att varken nuvarande eller framtida befolkning kommer att ha samma tillgång till biologisk mångfald, rent dricksvatten och möjligheter att använda regnskogen.

Världsbanken menar att en *hållbar* tillväxt är en produkt av tre faktorer: mänsklig utveckling, naturresurser och fysiskt kapital. De mänskliga resurserna innehåller både utbildning och hälsa och är den absolut viktigaste komponenten.

Studien:

Den amerikanska (New York-baserade) organisationen Center for Economic and Social Rights samarbetade med grupper i Ecuador för att producera en rapport om rätten till hälsa och rätten till en hälsosam miljö i den del av Amazonas som ligger i Ecuador. Den omfattande olje-exploateringen av området hade givit stora negativa effekter på miljön, människors hälsa och möjlighet till försörjning. Även indianbefolkningens kultur och traditionella levnadssätt hotades.

Framförallt var det spill och dumpning av giftigt avfall i vattentäkter som orsakat skador på människor och miljö. CESR och dess lokala partners genomdrev en noggrann undersökning, där en ”fact-finding mission” med läkare och miljöforskare undersökte graden av föroreningar och dess hälsoeffekter.

Det som skiljer denna rapport från många andras som rapporterar om miljöförstöring och hälsofrågor, var att man valde att se situationen ur ett *människorättsperspektiv*. Situationen analyserades utifrån vilka skyldig-

heter den ecuadorianska staten har utifrån internationell rätt att se till att dess medborgares rättigheter respekteras, skyddas och uppfylls.

Ecuador har ratificerat ett flertal bindande konventioner som innehåller rätten till hälsa; FN:s konventioner om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna, om barnets rättigheter och om avskaffandet av all sorts diskriminering av kvinnor, ILO:s konvention om ursprungsfolk samt tilläggsprotokollet om ESK-rättigheter till den amerikanska konventionen om mänskliga rättigheter. Flera av dessa dokument talar både om rätten till hälsa och om rätten till en hälsosam miljö.

I arbetet analyserade man situationen utifrån statens skyldigheter att **respektera, skydda** och **uppfylla** sina invånares rätt till hälsa och till en hälsosam miljö och studerade även aspekter av **deltagande** och **icke-diskriminering**, principer som är absolut grundläggande för de mänskliga rättigheterna.

I UNDP:s "*Human Development Report 2000*" presenterade CESR en tabell över denna uppdelning, som ger en fingervisning om hur ett rättighetsperspektiv kan strukturera analysen. En något förkortad översatt version följer här. Tabellen bygger på den fallstudie som CESR presenterade 1998.

Slutsats:

Naturligtvis handlar åtgärder och policies inom hälsosektorn om resurser, men FN:s granskningskommitté för konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna har givit riktlinjer för hur detta skall kunna bedömas. I konventionen talas det om, vilket diskuterats ovan, ett gradvist förverkligande med utnyttjande av maximum av tillgängliga resurser.

Det skall alltså gå att se att det finns en ambition att röra sig framåt och att faktiska åtgärder tas för att förbättra situationen. Dessutom ser man mycket allvarligt på om processen går åt fel håll, det vill säga att situationen försämras. Det finns i princip en skyldighet till progression och ett förbud mot regression.

Slutsatsen CESR drog i sin rapport var att det fanns klara brister i Ecuadors uppfyllande av sina skyldigheter, både vad det gällde statens eget agerande, skydd mot utomstående aktörer och när det gällde att skapa förutsättningar. Dessutom fanns det stora brister vad gäller diskriminering och folkligt deltagande.

CESR hävdade också att det fanns utrymme för den ecuadorianska staten att göra mycket mer inom alla områden och att det inte fanns några

ekonomiska orsaker till varför man inte kunde tillhandahålla basnivån för rent dricksvatten, mat och primärvård. Det handlade om politiska beslut och brist på politisk vilja.

Ett av de mest grundläggande problemen var bristen på folkligt deltagande. Besluten togs på central nivå utan insyn och utan att berörda parter hade tillgång till relevant information eller möjlighet att påverka utgången. Den viktigaste rekommendationen från CESR var därför att underlätta ett större folkligt deltagande och inflytande över processer och insatser som påverkar människors möjlighet att leva i en hälsosam miljö och åtnjuta så bra hälsa som möjligt.

Staten uppmanades att erkänna sina skyldigheter enligt den internationella människorättslagstiftningen och att dessa skyldigheter borde påverka alla aspekter av dess aktiviteter; policies, budget, lagstiftning. Öppenhet och ansvarstagande måste präglade alla delar av statsförvaltningen och det civila samhället måste ges möjlighet att delta aktivt i beslutsprocesserna. Hälsosektorn borde decentraliseras och besluten tas närmare de berörda människorna.

Rapporten användes för att försöka påverka såväl regeringen som de inblandade multinationella oljebolagen att reformera praxis samt att tillåta mer öppenhet och deltagande i beslutsprocessen runt oljeutvinningen i Amazonas.

CESR utnyttjade även det faktum att det framför allt var USA-baserade oljebolag som genom sin verksamhet hotade ursprungsfolks levnadssituation och hälsa. Man lobbade intensivt i USA, bland annat genom att ordna möten och seminarier med representanter från amerikanska kongressen och Vita Huset för att diskutera den amerikanska regeringens roll.

CESR arbetade också tillsammans med lokala grupper i området kring olika utbildnings- och informationsinsatser för att informera människor om deras rättigheter gentemot staten. Det bildades bland annat ett nätverk av lokala samhällen som nu rapporterar om industriella aktiviteter och kränkningar av mänskliga rättigheter och som samarbetar med internationella NGOs för att föra ut den informationen.

Ecuador markerade i sin konstitution från 1998 att mer resurser skulle gå till hälsosektorn genom att skriva in att inga budgetnedskärningar skulle ske där, utan att skatteuttaget skulle få öka i samma procenttakt som för andra budgetposter.

(Utdrag och referat av CESR:s rapport – med tack till organisationen för tillstånd. Organisationen har numera en fristående avdelning baserad i Ecuador.)

Statliga skyldigheter	Bedömning	Indikatorer, tillgängliga eller önskvärda
<p><i>Skyldighet att respektera</i> Finns det exempel på direkt statlig inblandning där människors rättigheter kränks?</p> <p>Finns exempel på tillbakagång som kunnat undvikas vad gäller hälsolivån eller tillgången till hälso- och sjukvård?</p>	<p>Statliga oljebolag dumpar tungmetaller och cancerframkallande ämnen i vattentäkter i Amazonas i Ecuador.</p> <p>Nedskärningar, som hade kunnat undvikas, har gjorts i hälsoprogram utan att tillräckliga "katastrofplaner" utfärdats för de mest utsatta grupperna.</p>	<p><i>Önskvärda data: årsrapporter om kemisk förorening vid statliga aktiviteter.</i></p> <p>1990 beräknades 50% av alla barn under fem år vara undernärda. Åren 90-94 minskade täckningen för näringsprogram från 11% till 4%.</p>
<p><i>Skyldighet att skydda</i> Drabbas människor av systematiska skadliga hälsoeffekter på grund av privata aktörers agerande?</p> <p>Vilka åtgärder vidtar staten för att skydda dem?</p>	<p>Våld mot kvinnor och barn av deras partner och familjemedlemmar är ett allvarligt hot mot deras hälsa. Trots att det finns lagstiftning mot våld mot kvinnor och familjen har staten inte gjort tillräckligt för att tillämpa lagarna.</p> <p>Den privata oljeindustrin förhindras inte att dumpa tungmetaller och cancerframkallande ämnen i vattentäkter i den ecuadorianska delen av Amazonas.</p>	<p>1998 uppgav 88% av kvinnorna i Ecuadors största stad Guayaquil, att de drabbats av någon form av familjerelaterat våld. Mellan 1989 och 1992 resulterade endast 2% av 1 920 anmälda fall av sexbrott mot kvinnor och flickor i Guayaquil i fällande domar.</p> <p>I slutet av 1980-talet dumpade privata oljebolag c:a 16,7 miljoner liter av giftigt avfall dagligen i Amazonas.</p>
<p><i>Skyldighet att uppfylla</i> Har staten vidtagit tillräckliga åtgärder för att åtgärda grundorsakerna till nationella hälsoproblem?</p>	<p>En statlig forskningsrapport slog 1996 fast att mer än 80% av dödsfallen hade kunnat undvikas om man prioriterat primär och sekundär förebyggande hälso- och sjukvård.</p> <p>"Näringsprogrammen" har begränsad spridning jämfört med andra latinamerikanska länder.</p>	<p>1995 gick endast 17% av hälso-budgeten till primärhälsovård och endast 7% till förebyggande vård.</p> <p>I mitten av 90-talet var "programtäckningen" endast 4%, jämfört med 40% i Bolivia och 85% i Peru.</p>

Statliga skyldigheter	Bedömning	Indikatorer, tillgängliga eller önskvärda
<p><i>Icke-diskriminering</i></p> <p>Förekommer diskriminering – i statens insatser eller i resultatet av dem?</p>	<p>Trots att det råder stor ojämlikhet och att folk på landsbygden, fattiga och ursprungsfolk lider extrem brist på det mest grundläggande skyddet av hälsa, satsar staten resurser främst i de urbana områdena och för mer gynnade grupper.</p>	<p>1997 hade 84% av stadsbefolkningen tillgång till hälso- och sjukvård, jämfört med 10% av landsbygdsbefolkningen. 80% av all sjukvårdspersonal fanns i städerna. (Ca 60% av befolkningen bor i städer.)</p> <p><i>Önskvärda data: Uppgift om människors tillgång till hälso- och sjukvård uppdelat efter etnicitet, inkomst- och utbildningsnivå.</i></p>
<p><i>Deltagande</i></p> <p>Är människor informerade och medvetna om sina rättigheter?</p> <p>Finns mekanismer för att garantera att lokala samhällen får ökat inflytande över beslut som kan påverka deras hälsotillstånd eller tillgång till hälso- och sjukvård?</p>	<p>Det finns inga statliga program för allmän utbildning om rätten till hälsa. Informationen om personlig hälsa är väldigt begränsad.</p> <p>Systemet för att fördela resurser är centraliserat och byråkratiskt, vilket underminerar möjligheterna till folkligt deltagande.</p>	<p><i>Önskvärda data: (Procent)andel av befolkningen som är medvetna om sin rätt till hälsa/rätt till tillgång till hälso- och sjukvård, andel av befolkningen som är medvetna om grundläggande hälsostandards.</i></p> <p><i>Andel av hälsobudgeten som tilldelas "den lokala nivån"; andel av hälsoprogram som utformas med ett folkligt deltagande</i></p>
<p><i>"Framsteg" /gradvis förverkligande</i></p> <p>Har staten gjort "tillräckliga" framsteg, både vad gäller effekter och insatser, för att möta sina skyldigheter?</p>	<p>1970 satte staten upp följande ambitionsnivåer: • Rent vatten för 80% av stadsbefolkningen och för 50% av landsbygdsbefolkningen. • Tillfredsställande sanitära förhållanden för 70% av stadsbefolkningen och för 50% av landsbygdsbefolkningen.</p> <p>Sedan slutet av 1980-talet har nedskärningar gjorts inom hälsosektorn, frigjorda medel har använts för att betala tillbaka på utlandsskulden och för att öka militärutgifterna.</p>	<p>Åren 1982-90 minskade andelen hushåll med tillgång till rent vatten från 88% till 78% i urbana områden och förblev under 25% i rurala områden. Andelen hushåll med tillgång till sanitära anläggningar sjönk från 46% till 38% i städerna och från 15% till 10% på landsbygden.</p> <p>1998 gick 4% av den nationella budgeten till hälsosektorn och 45% till skuldavbetalningar.</p>

Litteraturlista:

Amnesty International; *Har skrivit artiklar och rapporter om sjukvårdspersonal och mänskliga rättigheter, bl.a:*

"Brazil: Human Rights Violations and the Health Professions", AI Index: AMR 19/25/96, London 1996

"Kenya: Detention, Torture and Health Professionals", AI Index: AFR 32/01/97, London 1997

"Medicin at Risk: The Doctor as Human Rights Abuser and Victim", AI Index: ACT 75/01/89, London 1989

Andreopoulos, GJ & RPR Claude (eds); *"Human Rights Education for the Twenty-First Century"*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1997

Center for Economic and Social Rights; *"From Needs to Rights; Realizing the Right to Health in Ecuador"*, New York 1999

Center for Economic and Social Rights; *"Rights Violations in the Ecuadorian Amazon: The Human Consequences of Oil Development"*, New York 1994

Coomans, F & Fried van Hoof (eds); *"The Right to Complain about Economic, Social and Cultural Rights"*, SIM, Utrecht 1995

Den Exeter, AP & HEGM Hermans; *"The Right to Health Care in Several European Countries"*, Kluwer Law International, Amsterdam 1998

Eide, Asbjörn, Catarina Krause & Allan Rosas; *"Economic, Social and Cultural Rights. A Textbook."*, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht 1995

Frankovits, André & Patrick Earle; *"The Rights Way to Development, Manual for A Human Rights Approach to Development Assistance"*, The Human Rights Council of Australia INC, Marrickville 1998

Frivilligorganisationernas fond för mänskliga rättigheter; *"Ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, I.Introduktion"*, Stockholm 1999

Gostin LO & Z. Lazzarini; *"Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic"*, Oxford University Press, Oxford 1997

Harvard School of Public Health, Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; *"Health and Human Rights, An international Journal"*, Harvard University, Boston

Vol.1 No.1: Inaugural issue, 1994 (Bla.en bibliografi med böcker om mänskliga rättigheter och rätten till hälsa)

Vol.1 No.2, 1995 (Bl.a. en bibliografi över böcker som behandlar funktionshinder och mänskliga rättigheter).

Vol.1 No.3, 1995

Vol.1 No.4, Special Focus: Women's Health and Human Rights, 1996 (Bl.a. en bibliografi över kvinnors hälsa och mänskliga rättigheter)

Vol.2 No.1, Special Focus: Human Rights and Health Professionals, 1996 (Bl.a. bibliografi om humanitär hjälp)

Vol. 2 No 2, 1997

Vol. 2 No.3, Special Focus: 2nd International Conference on Health and Human Rights, 1997

Vol. 2 No.4, Special Focus: HIV/AIDS and Human Rights/Part I Roots of Vulnerability, 1997

Vol.3 No.1, Special Focus: HIV/AIDS and Human Rights/Part II: Up-rooting Vulnerability, 1998

Vol.3 No.2, Special Focus: Fiftieth Anniversary of the Universal Declaration of Human Rights, 1998

Vol.4 No.1, 1999 (Bl.a. två större bibliografier; över hälsa och mänskliga rättigheter)

Vol.4 No.2, Special Focus: Reproductive and Sexual Rights, 2000

Hedlund Thulin, Kristina; *"Lika i värde och rättigheter: om mänskliga rättigheter"*, Norstedts juridik, Stockholm 1996

Human Rights Quarterly; no 7 (1997) och no 20 (1998), The John Hopkins University Press, Baltimore 1997 och 1998

International Human Rights Internship Program & Asian Forum for Human Rights and Development; *"Circle of Rights - Economic, Social & Cultural Rights Activism, A Training Resource"*, Washington 2000

International Human Rights Internship Program; *"Ripple in Still Water, Reflections by Activists on Local- and National-Level Work on Economic, Social and Cultural Rights"*, Washington 1997

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; *"World Disaster Report 2000"* (om hälsa), 2000 (Finns också som svensk sammanfattning på Svenska röda korsets hemsida.)

"Konventionssamling i mänskliga rättigheter och humanitär rätt", sammanställd av Frivilligorganisationernas fond för mänskliga rättigheter; Norstedts juridik, Stockholm 1997

Leary, Virginia A.; "The Right to Complain: the Right to Health", ur Coomans, F & Fried van Hoof (eds); "The Right to Complain about Economic, Social and Cultural Rights", SIM, Utrecht 1995

"Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", ur "Human Rights Quarterly"; no 9 (1987)

"Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights", ur "Human Rights Quarterly"; no 20 (1998)

Mann, J. & Z. Lazzarini, L.Gostin, S. Gruskin; "Teaching human rights to public health practitioners" in Andreopoulos, GJ & RPR Claude (eds); "Human Rights Education for the Twenty-First Century", University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1997, p.334-44

Mann, JM & S.Gruskin, MA Grodin, GJ Annas (eds); "Health and Human Rights: A Reader", Routledge, New York 1999

Provea (Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos); "Health as a Right: Framework for the National and International Protection of the Human Right to Health", Caracas 1996

Shinn, Carolynne; "The Right to the Highest Attainable Standard of Health: Public Health Opportunity to Reframe a Human Rights Debate in the United States" ur "Health and Human Rights, An International Journal", Vol.4, No.1, 1999

Sida; "Hälsa – en nyckel till utveckling", Stockholm 2001

Sida; Sidas hälsoenhet ger bland annat ut *Issue papers, Fact and Figures* (årsvis) och *Health Profiles* för olika länder. Materialet finns bland annat på Sidas Infocenter, tel: 08-795 23 44.

Steiner, Henry J & Philip Alston; "International Human Rights in Context. Law, Politics, Morals", Oxford University Press, Oxford 1996

Toubes, BCA; "The Right to Health as A Human Right in International Law", Intersentia, Antwerpen 1999

United Nations; "The United Nations and Human Rights 1945-1995", The United Nations Blue Books Series, Volume VII, Department of Public Information, United Nations, New York 1995

UNDP (United Nations Development Programme); *"Human Development Report 1998 / 1999 / 2000"*, Oxford University Press, New York 1998, 1999, 2000 *ÅRLIG RAPPORT*

UNICEF; *"Implementation Handbook for United Nations High Commissioner for Human Rights; HIV/AIDS and Human Rights. International Guidelines. Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights"*, Geneva, September 1996; UN Publications 1998, New York & Geneva

World Health Organization; *"Report of the WHO Informal Consultation on Health and Human Rights, 4-5 December 1997"*, Geneva, WHO/HPD/98.1, Genève 1998

World Health Organization; *"The World Health Report"*, Genève, *ÅRLIG RAPPORT*

Hemsidor:

Amnesty International www.amnesty.org
Har publicerat mycket om sjukvårdspersonal och mänskliga rättigheter.

Center for Economic and Social Rights (CESR) www.cesr.org

Folkhälsoinstitutet www.fhinst.se
Den svenska statliga myndighet som har ansvarar för att bidra till förutsättningar som främjar god hälsa och förebygger sjukdom för alla.

Förenta nationerna (FN) www.un.org

FN:s barnfond (UNICEF) www.unicef.org

FN:s utvecklingsprogram (UNDP) www.undp.org

FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter www.unhchr.ch
En av de mest användbara hemsidorna för bevakning av mänskliga rättigheter; här görs en löpande uppdatering av konventionsratificeringar, dokument från alla granskningskommittéer,.

Francois-Xavier Bagnoud Center www.hsph.harvard.edu/fbxcenter
for Health and Human Rights
at the Harvard School of Public Health

Arbetar med projekt kring HIV/Aids och mänskliga rättigheter, reproduktiv hälsa och mänskliga rättigheter, barnets rättigheter och barns hälsa, gender, hälsa och mänskliga rättigheter samt kring metoder för att få individer och institutioner att använda ett rättighetsperspektiv i sitt arbete. Ger bl.a. ut tidskriften Health and Human Rights. Håller på att sammanställa en lista över kurser och kurslitteratur om hälsa och mänskliga rättigheter runt om i världen.

Frivilligorganisationernas fond www.humanrights.se
för mänskliga rättigheter

Här finns t.ex konventionstexter på svenska

Human Rights Internet www.hri.ca
Mycket användbar; FN-material m.m

Human Rights Watch www.hrw.org

Internationella Röda Korset www.icrc.org

Läkare utan Gränser www.stockholm.msf.org
Den svenska avdelningen av Médecins Sans Frontières som fick Nobels fredspris 1999 för sitt arbete i krigs- och katastrofdrabbade områden. Driver bland annat en internationell kampanj om tillgången på läkemedel, vilket presenterats i denna skrift

Minnesota University's HR Library www.umn.edu/humanrts
En oerbjärt omfattande hemsida med internationellt MR-material (mycket från FN-systemet), länkar till andra organisationer, sökfunktioner kring ämnen, MR-jobb

Nordiska Hälsovårdskolan (i Göteborg) www.nhv.se
Har bland annat anordnat flera kurser om hälsa och mänskliga rättigheter.

People's Health Assembly (PHA) www.pha2000.org
Ett globalt folkrörelseinitiativ som arbetar för att föra upp frågan om hälsa på den internationella dagordningen. Ordnade bland annat en stor internationell konferens i Bangladesh i december 2000.

Physicians for Human Rights www.phrusa.org

Raoul Wallenberg Institutet www ldc.lu.se/raoul

Riksförbundet för Sexuell Uppllysning www.rfsu.se

Rädda barnen www.rb.se

Sida

www.sida.se

Där det finns en särskild enhet för hälsorelaterat utvecklingsarbete, under avdelningen för demokrati och social utveckling.

Svenska FN-förbundet

www.sfn.se

Svenska Röda Korset

www.redcross.se

Third World Network

www.twinside.org

UNAIDS

www.unaids.org

Utrikesdepartementet

www.ud.se

Världsbanken

www.worldbank.org

Världshälsoorganisationen (WHO)

www.who.int