



Convenția cu privire la Drepturile Copilului

Distribuire: Generală
17 aprilie 2013

Original: Engleză

Comitetul pentru drepturile copilului

Comentariul general nr. 15 (2013) privind dreptul copilului de a se bucura de cel mai înalt standard realizabil de sănătate (art. 24) *

* Adoptat de către Comitet în sesiunea a 62-a (14 ianuarie - 1 februarie 2013).

Cuprins

	<i>Paragrafe</i>	<i>Pagina</i>
I. Introducere.....	1–6	3
II. Principii și premise pentru realizarea dreptului copiilor la sănătate	7–22	4
A. Indivizibilitatea și interdependența drepturilor copiilor	7	4
B. Dreptul la nediscriminare	8–11	4
C. Interesul superior al copilului	12–15	5
D. Dreptul la viață, supraviețuire și dezvoltare și factorii determinanți ai sănătății copiilor	16–18	6
E. Dreptul copilului de a fi ascultat	19	7
F. Capacitățile în evoluție și cursul vieții copilului	20–22	7
III. Conținutul normativ al articolului 24.....	23–70	8
A. Articolul 24 paragraful 1	23–31	8
B. Articolul 24 paragraful 2	32–70	9
IV. Obligații și responsabilități	71–85	16
A. Obligațiile statelor părți de a respecta, proteja și realiza	71–74	16
B. Responsabilitățile actorilor nestatali.....	75–85	17
V. Cooperarea internațională	86–89	18
VI. Cadrul de implementare și responsabilitate	90–120	19
A. Promovarea cunoașterii dreptului copiilor la sănătate (art. 42).....	93	19
B. Măsuri legislative	94–95	19
C. Guvernare și coordonare	96–103	20
D. Investițiile în sănătatea copiilor.....	104–107	21
E. Ciclul de acțiune.....	108–118	22
F. Remedii pentru încălcări ale dreptului la sănătate	119–120	24
VII. Diseminare.....	121	24

I. Introducere

1. Prezentul comentariu general se bazează pe importanța abordării sănătății copiilor din perspectiva drepturilor copilului că toți copiii au dreptul la oportunități de supraviețuire, creștere și dezvoltare, în contextul bunăstării fizice, emoționale și sociale, pentru întregul potențial al fiecărui copil. De-a lungul acestui comentariu general, „copil” se referă la o persoană cu vârsta sub 18 ani, în conformitate cu articolul 1 din Convenția privind drepturile copilului (denumită în continuare „Convenția”). În ciuda realizărilor remarcabile în îndeplinirea drepturilor copiilor la sănătate în ultimii ani de la adoptarea Convenției, rămân provocări semnificative. Comitetul pentru Drepturile Copilului (denumit în continuare „Comitet”) recunoaște că cea mai mare parte a mortalității, morbidității și dizabilităților în rândul copiilor ar putea fi prevenite dacă ar exista un angajament politic și o alocare suficientă a resurselor direcționate către aplicarea cunoștințelor și tehnologiilor disponibile pentru prevenire, tratament și îngrijire. Prezentul comentariu general a fost elaborat cu scopul de a oferi îndrumare și sprijin statelor părți și altor persoane însărcinate pentru a-i susține în respectarea, protejarea și îndeplinirea dreptului copiilor de a se bucura de cel mai înalt standard de sănătate realizabil (denumit în continuare „Dreptul copiilor la sănătate”).

2. Comitetul interpretează dreptul copiilor la sănătate, astfel cum este definit în articolul 24, un drept inclusiv, extinzându-se nu doar la serviciile de prevenire, promovare a sănătății, curative, de reabilitare și paliative corespunzătoare în timp util, ci și la dreptul de a crește și de a se dezvolta pe deplin potențial și de a locui în condiții care le permit să atingă cel mai înalt standard de sănătate prin implementarea programelor care să abordeze factorii determinanți ai sănătății. O abordare holistică a sănătății plasează realizarea dreptului copiilor la sănătate în cadrul mai larg al obligațiilor internaționale privind drepturile omului.

3. Comitetul adresează acest comentariu general unei game de părți interesate care lucrează în domeniul drepturilor copiilor și al sănătății publice, inclusiv factorii de decizie politică, implementatorii de programe și activiști, precum și părinții și copiii înșiși. Este explicit generic pentru a-i asigura relevanța pentru o gamă largă de probleme de sănătate a copiilor, sisteme de sănătate și contextele variate care există în diferite țări și regiuni. Se concentrează în principal pe articolul 24, paragrafele 1 și 2, și se referă, de asemenea, la articolul 24, paragraful 4¹. Punerea în aplicare a articolului 24 ține cont de toate principiile drepturilor omului, în special principiile directe ale Convenției și trebuie să fie modelate prin dovezi bazate pe standardele de sănătate publică și cele mai bune practici.

4. În Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, statele au convenit să considere sănătatea ca o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă și nu doar ca absența a bolilor sau a dizabilității². Această înțelegere pozitivă a sănătății oferă fundamentul sănătății publice pentru prezentul comentariu general. Articolul 24 menționează în mod explicit asistența medicală primară, a cărei abordare a fost definită în Declarația de la Alma-Ata³ și consolidată de Adunarea Mondială a Sănătății⁴. Această abordare subliniază necesitatea eliminării excluziunii și reducerii disparităților sociale în sănătate; organizează serviciile de sănătate în jurul nevoilor și așteptărilor oamenilor; integrează sănătatea în sectoarele conexe; urmărește modelele colaborative de dialog politic; și crește participarea părților interesate, inclusiv cererea și utilizarea corespunzătoare a serviciilor.

¹ Articolul 24 paragraful nu este acoperit deoarece se elaborează în prezent un comentariu general asupra practicilor dăunătoare.

² Preambul la Constituția Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) adoptată de Conferința Internațională a Sănătății, New York, 22 iulie 1946.

³ Declarația Alma-Ata, Conferința internațională privind asistența medicală primară, Alma-Ata, 6-12 septembrie 1978.

⁴ Adunarea Mondială a Sănătății, Asistența medicală primară, inclusiv consolidarea sistemelor de sănătate, documentul A62/8.

5. Sănătatea copiilor este afectată de o varietate de factori, dintre care mulți s-au schimbat în ultimii 20 de ani și este probabil să continue să evolueze în viitor. Aceasta include atenția acordată noilor probleme de sănătate și schimbării priorităților de sănătate, cum ar fi: HIV/SIDA, gripa pandemică, bolile netransmisibile, importanța îngrijirii sănătății mintale, îngrijirea nou-născutului și mortalitatea neonatală și a adolescenților; o mai bună înțelegere a factorilor care contribuie la deces, boli și dizabilități la copii, inclusiv factori determinanți structurali, precum situația economică și financiară globală, sărăcia, șomajul, migrația și deplasările populației, războiul și tulburările civile, discriminarea și marginalizarea. Există, de asemenea, o înțelegere tot mai mare a impactului schimbărilor climatice și al urbanizării rapide asupra sănătății copiilor; dezvoltarea noilor tehnologii, cum ar fi vaccinurile și produsele farmaceutice; o bază mai puternică de dovezi pentru intervenții biomedicale, comportamentale și structurale eficiente, precum și unele practici culturale care se referă la creșterea copiilor și s-au dovedit a avea un impact pozitiv asupra copiilor.

6. Progresele în tehnologiile informației și comunicării au creat noi oportunități și provocări pentru realizarea dreptului copiilor la sănătate. În ciuda resurselor și tehnologiilor suplimentare care au devenit acum disponibile pentru sectorul sănătății, multe țări încă nu reușesc să ofere acces universal la serviciile de bază de promovare, prevenire și tratament a sănătății copiilor. O gamă largă de diferite persoane însărcinate trebuie să fie implicați pentru ca dreptul copiilor la sănătate să fie pe deplin realizat și rolul central jucat de părinți și alți îngrijitori trebuie să fie mai bine recunoscut. Părțile interesate relevante vor trebui să fie angajate, lucrând la nivel național, regional, districtual și comunitar, inclusiv parteneri guvernamentali și neguvernamentali, sectorul privat și organizațiile de finanțare. Statele au obligația de a se asigura că toate persoanele însărcinate au suficientă conștientizare, cunoștințe și capacitate pentru a-și îndeplini obligațiile și responsabilitățile și că capacitatea copiilor este suficient dezvoltată pentru a le permite să își revendice dreptul la sănătate.

II. Principii și premise pentru realizarea dreptului copiilor la sănătate

A. Indivizibilitatea și interdependența drepturilor copiilor

7. Convenția identifică interdependența și importanța egală a tuturor drepturilor (civile, politice, economice, sociale și culturale) care permit tuturor copiilor să își dezvolte abilitățile mentale și fizice, personalitățile și talentele în cea mai mare măsură posibilă. Nu doar dreptul copiilor la sănătate este important în sine, ci și realizarea dreptului la sănătate este indispensabilă pentru a se bucura de toate celelalte drepturi din Convenție. Mai mult, realizarea dreptului copiilor la sănătate depinde de realizarea multor alte drepturi subliniate în Convenție.

B. Dreptul la nediscriminare

8. Pentru a realiza pe deplin dreptul la sănătate pentru toți copiii, statele părți au obligația de a se asigura că sănătatea copiilor nu este subminată ca urmare a discriminării, care este un factor semnificativ care contribuie la vulnerabilitate. O serie de motive pentru care discriminarea este interzisă sunt prezentate în articolul 2 al Convenției, inclusiv rasa copilului, părintele sau tutorele legal, culoarea, sexul, limba, religia, opinia politică sau de altă natură, originea națională, etnică sau socială, proprietatea, handicap, naștere sau alt statut. Acestea includ, de asemenea, orientarea sexuală, identitatea de gen și starea de sănătate, de exemplu starea HIV și sănătatea mintală⁸. Ar trebui acordată atenție, de asemenea, oricărei alte forme de discriminare care ar putea submina sănătatea copiilor și ar trebui, de asemenea, abordate implicațiile mai multor forme de discriminare.

9. Discriminarea bazată pe gen este deosebit de omniprezentă, afectând o gamă largă de rezultate, de la infanticidul/feticidul feminin la practici discriminatorii de hrănire a sugarilor și copiilor mici, stereotipuri de gen și acces la servicii. Ar trebui acordată atenție diferitelor nevoi ale fetelor și băieților, precum și impactul normelor și valorilor sociale legate de gen asupra sănătății și dezvoltării băieților și fetelor. De asemenea, trebuie acordată atenție practicilor dăunătoare bazate pe gen și normelor de comportament care sunt înrădăcinate în tradiții și obiceiuri și subminează dreptul la sănătate al fetelor și băieților.

10. Toate politicile și programele care afectează sănătatea copiilor ar trebui să se bazeze pe o abordare largă a egalității de gen, care să asigure participarea politică deplină a femeilor tinere; abilitarea socială și economică; recunoașterea drepturilor egale legate de sănătatea sexuală și reproductivă; și acces egal la informații, educație, justiție și securitate, inclusiv eliminarea tuturor formelor de violență sexuală și de gen.

⁸ Comentariul general nr. 4 (2003) privind sănătatea și dezvoltarea adolescenților în contextul Convenției cu privire la drepturile copilului, Înregistrările oficiale ale Adunării Generale, sesiunea a cincizeci și nouă, Suplimentul nr. 41 (A/59/41), anexa X, paragraful 6.

11. Copiii aflați în situații dezavantajate și în zonele slab deservite ar trebui să fie un focus al eforturilor de a-și îndeplini dreptul la sănătate al copiilor. Statele ar trebui să identifice factori la nivel național și subnațional care creează vulnerabilități pentru copii sau care dezavantajează anumite grupuri de copii. Acești factori trebuie abordați atunci când se elaborează legi, reglementări, politici, programe și servicii pentru sănătatea copiilor și se lucrează în vederea asigurării echității.

C. Interesul superior al copilului

12. Articolul 3 paragraful (1) din Convenție impune instituțiilor de asistență socială publice și private, instanțelor de judecată, autorităților administrative și organelor legislative să se asigure că interesul superior al copilului este evaluat și luat ca o considerație primordială în toate acțiuni care afectează copiii. Acest principiu trebuie respectat în toate deciziile legate de sănătate referitoare la copii individuali sau copii ca grup. Interesul superior al fiecărui copil ar trebui să se bazeze pe nevoile lor fizice, emoționale, sociale și educaționale, vârstă, sex, relația cu părinții și îngrijitorii, precum și mediul lor familial și social, și după ce le-au fost ascultate opiniile conform articolului 12 al Convenției.

13. Comitetul îndeamnă statele să plaseze interesul superior al copiilor în centrul tuturor deciziilor care le afectează sănătatea și dezvoltarea, inclusiv alocarea resurselor, precum și elaborarea și punerea în aplicare a politicilor și intervențiilor care afectează factorii determinanți ai sănătății lor. De exemplu, interesul superior al copilului trebuie:

(a) să indice opțiunile de tratament, înlocuind considerațiile economice acolo unde este posibil;

(b) să ajute la soluționarea conflictului de interese între părinți și personalul medical; și

(c) să influențeze dezvoltarea politicilor de reglementare a acțiunilor care împiedică mediul fizic și social în care trăiesc, cresc și se dezvoltă copiii.

14. Comitetul subliniază importanța interesului superior al copilului ca bază pentru toate procesele decizionale în ceea ce privește acordarea, reținerea sau încetarea tratamentului pentru toți copiii. Statele ar trebui să elaboreze proceduri și criterii pentru a oferi îndrumări lucrătorilor din domeniul sănătății pentru evaluarea interesului superior al copilului în domeniul sănătății, în plus față de alte procese formale, obligatorii, care sunt în vigoare pentru determinarea interesului superior al copilului. În comentariul său general nr. 3⁶, Comitetul a subliniat că măsurile corespunzătoare de combatere a HIV/SIDA pot fi întreprinse doar dacă drepturile copiilor și adolescenților sunt respectate pe deplin. Prin urmare, interesul superior al copilului ar trebui să ghideze luarea în considerare a HIV/SIDA la toate nivelurile de prevenire, tratament, îngrijire și sprijin.

15. În comentariul său general nr. 4, Comitetul a subliniat interesul superior al copilului de a avea acces la informații corespunzătoare cu privire la problemele de sănătate.⁷ O atenție specială trebuie acordată anumitor categorii de copii, inclusiv copiilor și adolescenților cu dizabilități psihosociale. În cazul în care se are în vedere internarea sau plasarea într-o instituție, această decizie ar trebui luată în conformitate cu principiul interesului superior al copilului, înțelegând în primul rând că este în interesul tuturor copiilor cu dizabilități să fie îngrijiți, pe cât posibil, în comunitate într-un cadru familial și, de preferință, în propria familie, cu sprijinul necesar pus la dispoziția familiei și a copilului.

D. Dreptul la viață, supraviețuire și dezvoltare și factorii determinanți ai sănătății copiilor

16. Articolul 6 evidențiază obligația statelor părți de a asigura supraviețuirea, creșterea și dezvoltarea copilului, inclusiv dimensiunile fizice, mentale, morale, spirituale și sociale ale dezvoltării lor. Numeroasele riscuri și factori de protecție care stau la baza vieții, supraviețuirii, creșterii și dezvoltării copilului trebuie să fie identificați sistematic pentru a proiecta și implementa intervenții bazate pe dovezi care abordează o gamă largă de factori determinanți pe parcursul vieții.

17. Comitetul identifică faptul că trebuie să se ia în considerare o serie de factori determinanți pentru realizarea dreptului copiilor la sănătate, inclusiv factori individuali precum vârsta, sexul, nivelul educațional, statutul socio-economic și domiciliul; factorii determinanți la locul de muncă în mediul imediat al familiilor, colegilor, profesorilor și furnizorilor de servicii, în special violența care amenință viața și supraviețuirea copiilor ca parte a mediului lor imediat; și determinanți structurali, inclusiv politici, structuri și sisteme administrative, valori și norme sociale și culturale.⁸

18. Printre factorii determinanți cheie ai sănătății, nutriției și dezvoltării copiilor se numără realizarea dreptului mamei la sănătate⁹ și rolul părinților și al altor îngrijitori. Un număr semnificativ de decese la sugari apar în perioada neonatală, legate de starea de sănătate precară a mamei înainte și în timpul sarcinii și a perioadei imediat postpartum, precum și a practicilor de alăptare suboptimă. Sănătatea și comportamentele legate de sănătate ale părinților și ale altor adulți semnificativi au un impact major asupra sănătății copiilor.

⁶ Comentariu general nr. 3 (2003) privind HIV/SIDA și drepturile copilului, Înregistrări oficiale ale Adunării Generale, sesiunea a cincizeci și nouă, Supliment nr. 41 (A/59/41), anexa IX.

⁷ Comentariu general nr. 4 (2003) privind sănătatea și dezvoltarea adolescenților în contextul Convenției, Dosarele oficiale ale Adunării Generale, sesiunea a cincizeci și nouă, Suplimentul nr. 41 (A/59/41), anexa X, paragraful 10.

⁸ A se vedea comentariul general nr. 13 (2011) privind dreptul copilului de a fi liber de orice formă de violență, Înregistrările oficiale ale Adunării Generale, sesiunea și șaptea sesiune, Suplimentul nr. 41 (A/67/41), anexa V.

⁹ A se vedea Comitetul pentru eliminarea discriminării împotriva femeilor, recomandarea generală nr. 24 (1999) privind femeile și sănătatea, Dosarele oficiale ale Adunării Generale, sesiunea a cincizeci și patra, Suplimentul nr. 38 (A/54/38 /Rev.1), cap. I, sect. A.

E. Dreptul copilului de a fi ascultat

19. Articolul 12 subliniază importanța participării copiilor, oferind copiilor posibilitatea de a-și exprima opiniile și de a lua în considerare aceste opinii în mod serios, în funcție de vârstă și gradul său de maturitate.¹⁰ Aceasta include opiniile lor cu privire la toate aspectele prevederilor în domeniul sănătății, inclusiv, de exemplu, ce servicii sunt necesare, cum și unde sunt cele mai bine furnizate, bariere în calea accesului sau utilizării serviciilor, calitatea serviciilor și atitudinile profesioniștilor din domeniul sănătății, cum să consolideze capacitățile copiilor de a-și asuma un nivel crescut de responsabilitate pentru propria lor sănătate și dezvoltare și cum să îi implice mai eficient în furnizarea de servicii, în calitate de educatori de la egal la egal. Statele sunt încurajate să organizeze consultări participative periodice, adaptate vârstei și gradului de maturitate a copilului, și cercetări cu copiii, și să facă acest lucru separat cu părinții lor, pentru a afla despre provocările lor de sănătate, nevoile de dezvoltare și așteptările ca contribuția la proiectarea intervențiilor eficiente și a programelor de sănătate.

F. Capacitățile în evoluție și cursul vieții copilului

20. Copilăria este o perioadă de creștere continuă de la naștere până la copilărie, de la vârsta preșcolară până la adolescență. Fiecare fază este semnificativă deoarece apar schimbări importante de dezvoltare în ceea ce privește dezvoltarea fizică, psihologică, emoțională și socială, așteptările și normele. Etapele dezvoltării copilului sunt cumulative și fiecare etapă are un impact asupra fazelor ulterioare, influențând sănătatea, potențialul, riscurile și oportunitățile copiilor. Înțelegerea cursului vieții este esențială pentru a aprecia modul în care problemele de sănătate din copilărie afectează sănătatea publică în general.

21. Comitetul identifică că capacitățile în evoluție ale copiilor au o influență asupra luării deciziilor lor independente cu privire la problemele lor de sănătate. De asemenea, remarcă că există adesea discrepanțe serioase în ceea ce privește o astfel de decizie autonomă, copiii care sunt deosebit de vulnerabili la discriminare sunt adesea mai puțin capabili să-și exercite această autonomie. Prin urmare, este esențial să existe politici de susținere și ca copiii, părinții și lucrătorii din domeniul sănătății să aibă îndrumări corespunzătoare, bazate pe drepturi, cu privire la consimțământ, aprobare și confidențialitate.

22. Pentru a răspunde și a înțelege capacitățile în evoluție ale copiilor și diferitele priorități de sănătate de-a lungul ciclului de viață, datele și informațiile care sunt colectate și analizate ar trebui să fie dezagregate în funcție de vârstă, sex, dizabilități, statut socioeconomic și aspecte socioculturale și locație geografică, în conformitate cu prevederile internaționale standard. Acest lucru face posibilă planificarea, dezvoltarea, implementarea și monitorizarea politicilor și intervențiilor corespunzătoare care iau în considerare capacitățile și nevoile în schimbare ale copiilor în timp și care ajută la prestarea serviciilor de sănătate relevante pentru toți copiii.

¹⁰ A se vedea comentariul general nr. 12 (2009) cu privire la dreptul copilului de a fi ascultat, Înregistrările oficiale ale Adunării Generale sesiunea a șezeci și cincea, Suplimentul nr. 41 (A/65/41), anexa IV.

III. Conținutul normativ al articolului 24

A. Articolul 24 paragraful 1

„Statele părți recunosc dreptul copilului de a se bucura de cel mai înalt standard realizabil de sănătate”

23. Noțiunea de „cel mai înalt standard de sănătate realizabil” ia în considerare atât condițiile biologice, sociale, culturale și economice ale copilului, cât și resursele disponibile ale statului, completate de resurse puse la dispoziție de alte surse, inclusiv organizații neguvernamentale, comunitate și sectorul privat.

24. Dreptul copiilor la sănătate conține un set de libertăți și drepturi. Libertățile, care au o importanță crescândă în conformitate cu capacitatea și maturitatea crescândă, includ dreptul de a controla sănătatea și corpul, inclusiv libertatea sexuală și reproductivă de a face alegeri responsabile. Drepturile includ accesul la o serie de facilități, bunuri, servicii și condiții care oferă egalitate de șanse fiecărui copil să se bucure de cel mai înalt standard de sănătate atins.

„și la facilități pentru tratamentul bolilor și reabilitarea sănătății”

25. Copiii au dreptul la servicii de sănătate de calitate, inclusiv servicii de prevenire, promovare, tratament, reabilitare și îngrijiri paliative. La nivelul primar, aceste servicii trebuie să fie disponibile în cantitate și calitate suficiente, funcționale, la îndemâna fizică și financiară a tuturor secțiunilor populației copilului și acceptabile pentru toți. Sistemul de îngrijire a sănătății nu ar trebui să ofere doar asistență medicală, ci și să raporteze informațiile autorităților relevante pentru cazurile de încălcare a drepturilor și nedreptate. Îngrijirea la nivel secundar și terțiar ar trebui, de asemenea, să fie pusă la dispoziție, în măsura posibilului, cu sisteme funcționale de referință care să lege comunitățile și familiile de la toate nivelurile sistemului de sănătate.

26. Ar trebui prezentate programe cuprinzătoare de asistență medicală primară alături de eforturi dovedite la nivel comunitar, inclusiv îngrijiri preventive, tratamentul bolilor specifice și intervenții nutriționale. Intervențiile la nivel comunitar ar trebui să includă furnizarea de informații, servicii și mărfuri, precum și prevenirea îmbolnăvirilor și rănilor prin, de exemplu, investiții în spații publice sigure, siguranță rutieră și educație privind accidentarea, prevenirea accidentelor și a violenței.

27. Statele ar trebui să asigure o forță de muncă instruită corespunzător și de dimensiuni suficiente pentru a sprijini serviciile de sănătate pentru toți copiii. De asemenea, sunt necesare reglementări adecvate, supraveghere, remunerare și condiții de serviciu, inclusiv pentru lucrătorii din domeniul sănătății comunitare. Activitățile de dezvoltare a capacității ar trebui să se asigure că furnizorii de servicii lucrează într-un mod sensibil la copii și nu le refuză copiilor niciun serviciu la care au dreptul conform legii. Ar trebui încorporate mecanisme de responsabilizare pentru a asigura menținerea standardelor de asigurare a calității.

„Statele părți vor depune efort pentru a garanta că niciun copil nu este lipsit de dreptul de a avea acces la aceste servicii de sănătate”

28. Articolul 24 paragraful (1) impune o datorie de acțiune din partea statelor părți pentru a se asigura că servicii de sănătate și alte servicii relevante sunt disponibile și accesibile tuturor copiilor, cu o atenție specială pentru zonele și populațiile insuficient deservite. Acesta necesită un sistem cuprinzător de asistență medicală primară, un cadru legal adecvat și o atenție susținută la factorii determinanți ai sănătății copiilor.

29. Ar trebui identificate și eliminate obstacolele în calea accesului copiilor la serviciile de sănătate, inclusiv barierele financiare, instituționale și culturale. Înregistrarea universală gratuită a nașterii este o condiție prealabilă, iar intervențiile de

protecție socială, inclusiv securitatea socială, cum ar fi subvențiile sau subvențiile pentru copii, transferurile în numerar și concediul parental plătit, ar trebui implementate și privite ca investiții complementare.

30. Comportamentul în căutarea sănătății este modelat de mediul în care are loc, inclusiv, printre altele, disponibilitatea serviciilor, nivelurile de cunoștințe de sănătate, abilitățile de viață și valorile. Statele ar trebui să caute să asigure un mediu favorabil pentru a încuraja un comportament adecvat de căutare a sănătății de către părinți și copii.

31. În conformitate cu capacitățile lor în evoluție, copiii ar trebui să aibă acces la consiliere și asistențe confidențiale fără consimțământul părinților sau al tutorei legale, în cazul în care profesioniștii care lucrează cu copilul consideră că acest lucru este în interesul superior al copilului. Statele ar trebui să clarifice procedurile legislative pentru desemnarea îngrijitorilor corespunzători pentru copiii fără părinți sau tutori legali, care pot consimți în numele copilului sau pot ajuta copilul în acord, în funcție de vârsta și maturitatea acestuia. Statele ar trebui să revizuiască și să ia în considerare permisiunea copiilor de a consimți la anumite tratamente și intervenții medicale fără permisiunea unui părinte, a unui îngrijitor sau a unui tutore, cum ar fi testarea HIV și serviciile de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv educație și îndrumări privind sănătatea sexuală, contracepția și avortul în condiții de siguranță .

B. Articolul 24, paragraful 2

32. În conformitate cu articolul 24 paragraful (2), statele ar trebui să instituie un proces de identificare și abordare a altor probleme relevante pentru dreptul copiilor la sănătate. Acest lucru necesită, printre altele, o analiză aprofundată a situației actuale în ceea ce privește problemele și răspunsurile prioritare de sănătate și identificarea și punerea în aplicare a unor intervenții și politici bazate pe dovezi care să răspundă factorilor determinanți cheie și problemelor de sănătate, în consultare cu copiii atunci când potrivit.

Articolul 24 paragraful (2) litera (a). „Reducerea mortalității infantile și a celei în rândul copiilor”

33. Statele au obligația de a reduce mortalitatea infantilă. Comitetul solicită o atenție deosebită mortalității neonatale, care constituie o proporție tot mai mare a mortalității sub 5 ani. În plus, statele părți ar trebui să abordeze, de asemenea, morbiditatea și mortalitatea adolescenților, care este, în general, sub-prioritizată.

34. Intervențiile ar trebui să includă atenție la nașteri statice, complicații la naștere înainte de termen, asfixie la naștere, greutate redusă la naștere, transmitere de la mamă la copil a HIV și a altor infecții cu transmitere sexuală, infecții neonatale, pneumonie, diaree, rujeolă, sub și malnutriție , malarie, accidente, violență, sinucideri și morbiditate și mortalitate maternă la adolescenți. Se recomandă consolidarea sistemelor de sănătate pentru a oferi astfel de intervenții tuturor copiilor în contextul continuumului de îngrijire a sănătății reproducerii, maternei, nou-născuților și a copiilor, inclusiv screening-ul defectelor congenitale, serviciile de livrare în condiții de siguranță și îngrijirea nou-născutului. Auditele mortalității materne și perinatale trebuie efectuate în mod regulat în scopul prevenirii și răspunderii.

35. Statele ar trebui să pună un accent deosebit pe extinderea intervențiilor simple, sigure și ieftine, care s-au dovedit a fi eficiente, cum ar fi tratamentele comunitare pentru pneumonie, boli diareice și malarie și să acorde o atenție deosebită asigurării protecției și promovării depline a practicilor de alăptare. .

Articolul 24 paragraful 2 litera (b). „Asigurarea asistenței medicale și a măsurilor de ocrotire a sănătății pentru toți copiii, cu accent pe dezvoltarea măsurilor primare de ocrotire a sănătății”

36. Statele ar trebui să acorde prioritate accesului universal pentru copii la serviciile primare de îngrijire a sănătății prestate cât mai aproape posibil de locul în care locuiesc copiii și familiile lor, în special în mediul comunitar. În timp ce configurația și conținutul exact al serviciilor vor varia de la o țară la alta, în toate cazurile vor fi necesare sisteme de sănătate eficiente, inclusiv: un mecanism de finanțare robust; o forță de muncă bine instruită și remunerată corespunzător; informații fiabile pe care să se bazeze deciziile și politicile; facilități și sisteme logistice bine întreținute pentru a furniza medicamente și tehnologii de calitate; și o conducere și o guvernare puternice. Prestarea serviciilor de sănătate în școli oferă o oportunitate importantă pentru promovarea sănătății, pentru depistarea bolilor și creșterea accesibilitatea serviciilor de sănătate pentru copii din școală.

37. Ar trebui utilizate pachetele de servicii recomandate, de exemplu intervențiile esențiale, mărfurile și liniile directe pentru sănătatea reproducerii, maternă, nou-născuților și copilului.¹¹ Statele au obligația de a face disponibile toate medicamentele esențiale pe listele model ale medicamentelor esențiale ale Organizației Mondiale a Sănătății, inclusiv lista pentru copii (în formulări pediatrie, acolo unde este posibil), accesibile și abordabile.

38. Comitetul este îngrijorat de creșterea sănătății mintale în rândul adolescenților, inclusiv a tulburărilor de dezvoltare și de comportament; depresie; tulburari de alimentație; anxietate; traume psihologice rezultate din abuz, neglijare, violență sau exploatare; consumul de alcool, tutun și droguri; comportament obsesiv, cum ar fi utilizarea excesivă și dependența de Internet și alte tehnologii; și auto-vătămare și sinucidere. Există o confirmare din ce în ce mai mare a necesității unei atenții sporite pentru problemele comportamentale și sociale care subminează sănătatea mintală a copiilor, bunăstarea psihosocială și dezvoltarea emoțională. Comitetul avertizează împotriva suprmedicalizării și instituționalizării și îndeamnă statele să întreprindă o abordare bazată pe sănătate publică și sprijin psihosocial pentru a aborda problemele de sănătate mintală în rândul copiilor și adolescenților și să investească în abordări de îngrijire primară care să faciliteze depistarea timpurie și tratamentul copiilor. probleme psihosociale, emoționale și mentale.

¹¹ Parteneriatul pentru sănătatea maternă, nou-născutului și copilului, o revizuire globală a intervențiilor cheie legate de sănătatea reproductivă, maternă, nou-născută și a copilului (Geneva, 2011).

39. Statele au obligația de a oferi tratament corespunzător și rehabilitare copiilor cu sănătate mintală și tulburări psihosociale, în timp ce se abțin de la medicamente inutile. Rezoluția din 2012 a Adunării Mondiale a Sănătății privind povara globală a tulburărilor de sănătate mintală și necesitatea unui răspuns coordonat cuprinzător din partea sectoarelor sănătății și sociale la nivel de țară¹² constată că există dovezi din ce în ce mai mari ale eficacității și rentabilității intervențiilor pentru promovarea sănătății mintale și prevenirea tulburărilor mentale, în special la copii. Comitetul încurajează ferm statele să intensifice aceste intervenții prin integrarea acestora printr-o serie de politici și programe sectoriale, inclusiv sănătate, educație și protecție (justiție penală), cu implicarea familiilor și a comunităților. Copiii aflați în pericol din cauza mediului lor familial și social necesită o atenție specială pentru a-și îmbunătăți abilitățile de a face față și de viață și a promova medii de protecție și susținere.

40. Este necesar să se identifice provocările speciale pentru sănătatea copiilor pentru copiii afectați de urgențe umanitare, inclusiv cele care au ca rezultat deplasări pe scară largă din cauza dezastrelor naturale sau provocate de om. Ar trebui luate toate măsurile posibile pentru a se asigura că copiii au acces neîntrerupt la serviciile de sănătate, pentru a (re) uni aceștia cu familiile lor și pentru a-i proteja nu numai cu sprijin fizic, precum alimente și apă curată, ci și pentru a încuraja părinții sau alte îngrijiri psihosociale pentru a preveni sau aborda frica și traumele.

Articolul 24 paragraful 2 litera (c). „Combaterea maladiilor și a malnutriției, inclusiv în cadrul măsurilor primare de ocrotire a sănătății, recurgând, printre altele, la tehnologii accesibile și la 8 aprovizionarea cu alimente nutritive și cu apă potabilă, luând în considerare pericolele și riscurile de poluare a mediului natural”

(a) Aplicarea tehnologiei ușor disponibile

41. Pe măsură ce tehnologiile noi, dovedite în sănătatea copiilor, inclusiv medicamente, echipamente și intervenții, devin disponibile, statele ar trebui să le introducă în politici și servicii. Aranjamentele mobile și eforturile comunitare pot reduce substanțial unele riscuri și ar trebui să fie disponibile universal și acestea includ: imunizarea împotriva bolilor comune ale copilăriei; monitorizarea creșterii și dezvoltării, în special în copilăria timpurie; vaccinarea împotriva fetelor cu virusul papilomului uman; injecții cu toxoid tetanic pentru femeile gravide; accesul la terapia de rehidratare orală și suplimentarea cu zinc pentru tratamentul diareei; antibiotice esențiale și medicamente antivirale; suplimente de micronutrienți, cum ar fi vitaminele A și D, sare iodată și suplimente de fier; și prezervative. Lucrătorii din domeniul sănătății ar trebui să îi sfătuiască pe părinți cum pot accesa și administra aceste tehnologii simple, după cum este necesar.

42. Sectorul privat, care include întreprinderi de afaceri și organizații non-profit care au impact asupra sănătății, joacă un rol din ce în ce mai important în dezvoltarea și rafinarea tehnologiei, medicamentelor, echipamentelor, intervențiilor și proceselor care pot contribui la progrese semnificative în sănătatea copiilor. Statele ar trebui să se asigure că beneficiile ajung la toți copiii care au nevoie de ele. Statele pot, de asemenea, să încurajeze parteneriatele public-privat și inițiativele de sustenabilitate care pot spori accesul și accesibilitatea tehnologiei sănătății.

(b) Furnizarea alimentelor nutritive corespunzătoare

43. Măsurile pentru îndeplinirea obligațiilor statelor de a asigura accesul la alimente corespunzătoare din punct de vedere nutrițional, corespunzătoare din punct de vedere cultural și sigure¹³ și pentru combaterea malnutriției vor trebui adoptate în funcție de contextul specific. Intervențiile eficiente de nutriție directă pentru femeile însărcinate includ abordarea anemiei și a deficitului de acid folic și iod și furnizarea suplimentelor de calciu. Prevenirea și gestionarea pre-eclampsiei și eclampsiei ar trebui să fie asigurate pentru toate femeile în vârstă de reproducere pentru a le aduce beneficii sănătății și a asigura o dezvoltare sănătoasă a fătului și a sugarului.

44. Alăptarea exclusivă pentru sugari cu vârsta de până la 6 luni ar trebui protejată și promovată, iar alăptarea ar trebui să continue alături de alimente complementare adecvate, de preferință până la vârsta de doi ani, acolo unde este posibil. Obligațiile statelor în acest domeniu sunt definite în cadrul „protejează, promovează și susține”, adoptat în unanimitate de Adunarea Mondială a Sănătății.¹⁴ Statele trebuie să introducă în legislația internă, să pună în aplicare și să aplice standardele

convenite la nivel internațional privind dreptul copiilor la sănătate, inclusiv Codul internațional privind comercializarea înlocuitorilor laptelui matern și rezoluțiile relevante ulterioare ale Adunării Mondiale a Sănătății, precum și Convenția-cadru a Organizației Mondiale a Sănătății privind controlul tutunului. Ar trebui luate măsuri speciale pentru a promova sprijinul comunității și la locul de muncă pentru mame în ceea ce privește sarcina și alăptarea și serviciile fezabile și accesibile de îngrijire a copiilor; și respectarea Convenției Organizației Internaționale a Muncii nr. 183 (2000) privind revizuirea Convenției privind protecția maternității (revizuită), 1952.

¹² Rezoluția WHA65.4, adoptată la a 56-a Adunare Mondială a Sănătății la 25 mai 2012.

¹³ A se vedea Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale, art. 11 și Comitetul pentru drepturi economice, sociale și culturale, comentariu general nr. 12 (1999) privind dreptul la o hrană adecvată, Înregistrări oficiale ale Consiliului Economic și Social, 2011, Suplimentul nr. 2 (E / 2000/22), anexa V.

¹⁴ A se vedea OMS și Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), Strategia globală pentru hrănirea sugarilor și copiilor mici (Geneva, 2003).

45. Alimentația corespunzătoare și monitorizarea creșterii în copilăria timpurie sunt deosebit de importante. Acolo unde este necesar, gestionarea integrată a malnutriției acute severe ar trebui extinsă prin intervenții la nivel local și comunitar, precum și prin tratamentul malnutriției acute moderate, inclusiv intervenții terapeutice de hrănire.

46. Alimentația școlară este de dorit pentru a se asigura că toți elevii au acces la o masă completă în fiecare zi, ceea ce poate spori atenția copiilor pentru învățare și poate crește înscrierea la școală. Comitetul recomandă ca aceasta să fie combinată cu educația nutrițională și pentru sănătate, inclusiv înființarea grădinișelor școlare și instruirea profesorilor pentru a îmbunătăți alimentația copiilor și obiceiurile alimentare sănătoase.

47. Statele ar trebui, de asemenea, să abordeze obezitatea la copii, deoarece este asociată cu hipertensiune, markeri precoce ai bolilor cardiovasculare, rezistență la insulină, efecte psihologice, o probabilitate mai mare de obezitate la adulți și deces prematur. Expunerea copiilor la „fast-food-uri” bogate în grăsimi, zahăr sau sare, cu conținut ridicat de energie și săracă în micronutrienți și băuturi care conțin niveluri ridicate de cofeină sau alte substanțe potențial dăunătoare ar trebui să fie limitată. Comercializarea acestor substanțe - mai ales atunci când o astfel de comercializare se concentrează asupra copiilor - ar trebui reglementată și disponibilitatea acestora în școli și în alte locuri trebuie controlată.

(c) Furnizarea apei potabile curate

48. Apa potabilă sigură și curată și canalizarea sunt esențiale pentru bucurarea deplină a vieții și a tuturor celorlalte drepturi ale omului.¹⁵ Departamentele guvernamentale și autoritățile locale responsabile de apă și canalizare ar trebui să-și recunoască obligația de a contribui la realizarea dreptului copiilor la sănătate și să ia în considerare activ indicatorii copiilor privind malnutriția, diareea și alte boli legate de apă și dimensiunea gospodăriei atunci când planifică și efectuează extinderea infrastructurii și întreținerea a serviciilor de apă și atunci când se iau decizii cu privire la sumele pentru alocare minimă gratuită și deconectări ale serviciilor. Statele nu sunt scutite de obligațiile lor, chiar și atunci când au privatizat apa și canalizarea.

(d) Poluarea mediului

49. Statele ar trebui să ia măsuri pentru a aborda pericolele și riscurile pe care poluarea locală a mediului le prezintă pentru sănătatea copiilor în toate mediile. Locuințele corespunzătoare care includ facilități de gătit nepericuloase, un mediu fără fum, ventilație adecvată, gestionarea eficientă a deșeurilor și eliminarea gunoiului din locuințe și din împrejurimile imediate, absența mușcăturilor și a altor substanțe toxice și igiena familiei sunt esențiale cerințele pentru o creștere și dezvoltare sănătoase. Statele ar trebui să reglementeze și să monitorizeze impactul asupra mediului al activităților comerciale care pot compromite dreptul copiilor la sănătate, securitatea alimentară și accesul la apă potabilă sigură și la canalizare.

50. Comitetul atrage atenția asupra relevanței mediului, dincolo de poluarea mediului, pentru sănătatea copiilor. Intervențiile de mediu ar trebui, printre altele, să abordeze schimbările climatice, deoarece aceasta este una dintre cele mai mari amenințări la adresa sănătății copiilor și exacerbează disparitățile de sănătate. Prin urmare, statele ar trebui să pună problemele de sănătate ale copiilor în centrul strategiilor lor de adaptare și atenuare a schimbărilor climatice.

Articolul 24, paragraful 2 (d). “Asigurarea ocrotirii sănătății mamelor în perioada pre- și postnatală”

51. Comitetul remarcă faptul că mortalitatea și morbiditatea maternă prevenibile constituie încălcări grave ale drepturilor omului femeilor și fetelor și reprezintă amenințări serioase pentru dreptul lor la sănătate al propriilor și al copiilor lor. Sarcina și nașterea copilului sunt procese naturale, cu riscuri cunoscute pentru sănătate, care sunt susceptibile atât la prevenire, cât și la răspunsurile terapeutice, dacă sunt identificate timpuriu. Situațiile de risc pot apărea în timpul sarcinii, al nașterii și al perioadelor ante și postnatale și au un impact atât pe termen scurt, cât și pe termen lung, asupra sănătății și bunăstării, atât a mamei, cât și a copilului.

52. Comitetul încurajează statele să adopte abordări de sănătate sensibile la copii în diferite perioade ale copilăriei, cum ar fi (a) inițiativa spitalului prietenos cu copiii¹⁶ care protejează, promovează și sprijină internarea și alăptarea; (b) politici de sănătate adaptate copiilor, axate pe formarea lucrătorilor din domeniul sănătății pentru a furniza servicii de calitate, într-un mod care să minimizeze frica, anxietatea și suferința copiilor și a familiilor acestora; și (c) servicii de sănătate prietenoase adolescenților care necesită ca specialiștii în sănătate și facilitățile să fie primitoare și sensibile la adolescenți, să respecte confidențialitatea și să ofere servicii acceptabile adolescenților.

¹⁵ Rezoluția Adunării Generale 64/292 privind dreptul omului la apă și canalizare.

¹⁶ UNICEF / OMS, Inițiativa spitalului prietenos cu bebelușii (1991).

53. Îngrijirea pe care o primesc femeile înainte, în timpul și după sarcină au implicații profunde pentru sănătatea și dezvoltarea copiilor lor. Îndeplinirea obligației de a asigura accesul universal la un pachet cuprinzător de intervenții de sănătate sexuală și reproductivă ar trebui să se bazeze pe conceptul de continuum de îngrijire de la pre-sarcină, până la sarcină, naștere și pe tot parcursul perioadei post-partum. Îngrijirea la timp și de bună calitate pe parcursul acestor perioade oferă oportunități importante pentru a preveni transmiterea intergenerațională a bolilor de sănătate și are un impact ridicat asupra sănătății copilului pe tot parcursul vieții.

54. Intervențiile care ar trebui puse la dispoziție pe acest continuum includ, dar nu se limitează la: prevenirea și promovarea sănătății esențiale și îngrijirea curativă, inclusiv prevenirea tetanosului neonatal, a malariei în timpul sarcinii și a sifilisului congenital; îngrijire nutrițională; acces la educație, informații și servicii de sănătate sexuală și reproductivă; educație privind comportamentul în materie de sănătate (de exemplu, legată de fumat și consumul de substanțe); pregătirea pentru naștere; recunoașterea timpurie și gestionarea complicațiilor; servicii de avort în condiții de siguranță și îngrijire după avort; îngrijire esențială la naștere; și prevenirea transmiterii HIV de la mamă la copil, precum și îngrijirea și tratamentul femeilor și sugariilor infectați cu HIV. Îngrijirea maternă și a nou-născuților după naștere nu trebuie să asigure nicio separare inutilă a mamei de copilul ei.

55. Comitetul recomandă ca intervențiile de protecție socială să includă asigurarea unei acoperiri universale sau a accesului financiar la îngrijire, concediu parental plătit și alte prestații de securitate socială, precum și legislație care să restricționeze comercializarea și promovarea necorespunzătoare a substitutelor laptelui matern.

56. Având în vedere ratele ridicate de sarcină în rândul adolescentelor la nivel global și riscurile suplimentare de morbiditate și mortalitate asociate, statele ar trebui să se asigure că sistemele și serviciile de sănătate sunt capabile să răspundă nevoilor specifice de sănătate sexuală și reproductivă ale adolescenților, inclusiv planificarea familială și serviciile de avort în condiții de siguranță. Statele ar trebui să lucreze pentru a se asigura că fetele pot lua decizii autonome și informate cu privire la sănătatea lor reproductivă. Discriminarea bazată pe sarcina adolescentei, cum ar fi expulzarea din școli, ar trebui interzisă și ar trebui asigurate oportunități pentru educație continuă.

57. Luând în considerare faptul că băieții și bărbații sunt esențiali pentru planificarea și asigurarea sarcinilor și nașterilor sănătoase, statele ar trebui să integreze educația, conștientizarea și oportunitățile de dialog pentru băieți și bărbați în politicile și planurile lor de servicii sexuale, de reproducere și de sănătate a copiilor.

Articolul 24, paragraful 2 litera (e). “Asigurarea că toate segmentele societății, în mod deosebit părinții și copiii, sunt informate, au acces la educație și sunt sprijinite în folosirea cunoștințelor de bază despre sănătatea și alimentația copilului, despre avantajele alăptării, ale igienei și salubrității mediului înconjurător și ale prevenirii accidentelor”

58. Obligațiile care decurg din această dispoziție includ furnizarea de informații referitoare la sănătate și sprijin în utilizarea acestor informații. Informațiile legate de sănătate ar trebui să fie accesibile fizic, ușor de înțeles și adecvate vârstei și nivelului educațional al copiilor.

59. Copiii au nevoie de informații și educație cu privire la toate aspectele sănătății pentru a le permite să facă alegeri în cunoștință de cauză cu privire la stilul lor de viață și accesul la serviciile de sănătate. Informarea și educația pentru abilitățile de viață ar trebui să abordeze o gamă largă de probleme de sănătate, inclusiv: alimentația sănătoasă și promovarea activității fizice, a sportului și recreerii; prevenirea accidentelor și accidentelor; igienizare, spălarea mâinilor și alte practici de igienă personală; și pericolele consumului de alcool, tutun și substanțe psihoactive. Informația și educația ar trebui să cuprindă informații adecvate despre dreptul copiilor la sănătate, obligațiile guvernelor și despre cum și unde să acceseze informațiile și serviciile de sănătate și ar trebui să fie furnizate ca parte centrală a curriculumului școlar, precum și prin

intermediul serviciilor de sănătate și în alte setări pentru copiii care nu sunt la școală. Materialele care furnizează informații despre sănătate ar trebui să fie proiectate în colaborare cu copiii și diseminate într-o gamă largă de setări publice.

60. Educația pentru sănătatea sexuală și reproductivă ar trebui să includă conștientizarea de sine și cunoașterea corpului, inclusiv aspecte anatomice, fiziologice și emoționale și ar trebui să fie accesibilă tuturor copiilor, fetelor și băieților. Ar trebui să includă conținut legat de sănătatea și bunăstarea sexuală, cum ar fi informații despre modificările corpului și procesele de maturare, și proiectat într-un mod prin care copiii să poată dobândi cunoștințe cu privire la sănătatea reproductivă și prevenirea violenței de gen și să adopte comportament sexual responsabil.

61. Informații despre sănătatea copiilor ar trebui furnizate tuturor părinților individual sau în grup, familiei extinse și altor îngrijitori prin diferite metode, inclusiv clinici de sănătate, cursuri de părinți, pliante de informații publice, organisme profesionale, organizații comunitare și mass-media.

Articolul 24, paragraful 2 (f). “Crearea serviciilor de medicină preventivă, de îndrumare a părinților și de planificare familială, și asigurarea educației în aceste domenii”

(a) Îngrijiri medicale preventive

62. Prevenirea și promovarea sănătății ar trebui să abordeze principalele provocări de sănătate cu care se confruntă copiii din comunitate și din țară în ansamblu. Aceste provocări includ boli și alte probleme de sănătate, cum ar fi accidentele, violența, abuzul de substanțe și problemele de sănătate psihosocială și mentală. Asistența medicală preventivă ar trebui să abordeze bolile transmisibile și netransmisibile și să includă o combinație de intervenții biomedicale, comportamentale și structurale. Prevenirea bolilor netransmisibile ar trebui să înceapă devreme în viață prin promovarea și sprijinirea stilurilor de viață sănătoase și non-violente pentru femeile însărcinate, soții / partenerii și copiii mici.

63. Reducerea poverii rănirii copiilor necesită strategii și măsuri pentru reducerea incidenței înecului, arsurilor și a altor accidente. Astfel de strategii și măsuri ar trebui să includă legislația și aplicarea; modificarea produsului și a mediului; vizite la domiciliu de susținere și promovarea elementelor de siguranță; educație, dezvoltarea abilităților și schimbarea comportamentului; proiecte bazate pe comunitate; și îngrijiri pre-spitalicești și acute, precum și reabilitare. Eforturile de reducere a accidentelor de circulație rutieră ar trebui să includă legislația privind utilizarea centurilor de siguranță și a altor dispozitive de siguranță, asigurarea accesului copiilor la transport în condiții de siguranță și respectarea acestora în planificarea rutieră și controlul traficului. Sprijinul industriei conexe și al mass-media este esențial în acest sens.

64. Recunoscând violența ca o cauză semnificativă a mortalității și morbidității la copii, în special la adolescenți, Comitetul subliniază necesitatea creării unui mediu care să protejeze copiii de violență și să încurajeze participarea lor la schimbările de atitudine și de comportament la domiciliu, în școli și în spațiile publice. ; să sprijine părinții și îngrijitorii în creșterea sănătoasă a copiilor; și de a contesta atitudinile care perpetuează toleranța și tolerarea violenței sub toate formele, inclusiv prin reglementarea descrierii violenței de către mass-media.

65. Statele ar trebui să protejeze copiii de solvenți, alcool, tutun și substanțe ilicite, să sporească colectarea probelor relevante și să ia măsurile adecvate pentru a reduce utilizarea acestor substanțe în rândul copiilor. Se recomandă reglementarea publicității și a vânzării substanțelor dăunătoare sănătății copiilor și a promovării unor astfel de articole în locurile în care copiii se adună, precum și în canalele media și publicațiile accesate de copii.

66. Comitetul încurajează statele părți care nu au făcut încă acest lucru să ratifice convențiile internaționale privind controlul drogurilor¹⁷ și Convenția-cadru a Organizației Mondiale a Sănătății privind controlul tutunului. Comitetul subliniază importanța adoptării unei abordări bazate pe drepturi în ceea ce privește consumul de substanțe și recomandă ca, după caz, să fie utilizate strategii de reducere a daunelor pentru a minimiza efectele negative ale abuzului de substanțe asupra sănătății.

(b) Îndrumări pentru părinți

67. Părinții sunt cea mai importantă sursă de diagnostic precoce și îngrijire primară pentru copiii mici și cel mai important factor de protecție împotriva comportamentelor cu risc ridicat la adolescenți, cum ar fi consumul de substanțe și sexul nesigur. Părinții joacă, de asemenea, un rol central în promovarea dezvoltării sănătoase a copiilor, protejarea copiilor împotriva rănilor cauzate de accidente, răniri și violență și atenuarea efectelor negative ale comportamentelor de risc. Procesele de socializare ale copiilor, care sunt cruciale pentru înțelegerea și adaptarea la lumea în care cresc, sunt puternic influențate de părinții lor, familia extinsă și alți îngrijitori. Statele ar trebui să adopte intervenții bazate pe dovezi pentru a sprijini o bună educație a părinților, inclusiv educația pentru abilități parentale, grupuri de sprijin și consiliere familială, în special pentru familiile care se confruntă cu sănătatea copiilor și alte provocări sociale.

68. Având în vedere impactul pedepselor corporale asupra sănătății copiilor, inclusiv a vătămărilor fatale și neletale și a consecințelor psihologice și emoționale, Comitetul reamintește statelor obligația lor de a lua toate măsurile legislative,

administrative, sociale și educaționale corespunzătoare pentru a elimina pedeapsa corporală și alte forme de pedeapsă crude sau degradante în toate mediile, inclusiv în casă.¹⁸

¹⁷ Convenția unică privind stupefiantele, 1961; Convenția privind substanțele psihotrope, 1971; Convenția Organizației Națiunilor Unite împotriva traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope, 1988.

¹⁸ Comentariu general nr. 8 (2006) privind dreptul copilului la protecția împotriva pedepselor corporale și a altor forme de pedeapsă crude sau degradante, Dosarele oficiale ale Adunării generale, A șaiszeci și treia sesiune, Suplimentul nr. 41 (A/63/41), anexa II.

(c) Planificarea familială

69. Serviciile de planificare familială ar trebui să fie situate în cadrul unor servicii complete de sănătate sexuală și reproductivă și ar trebui să cuprindă educația sexuală, inclusiv consilierea. Acestea pot fi considerate parte a continuumului serviciilor descrise la articolul 24 paragraful (2) litera (d) și ar trebui să fie concepute pentru a permite tuturor cuplurilor și persoanelor să ia decizii sexuale și reproductivă în mod liber și responsabil, inclusiv numărul, distanța și calendarul copiilor și să le ofere informațiile și mijloacele necesare pentru a face acest lucru. Ar trebui acordată atenție asigurării accesului confidențial, universal, la bunuri și servicii, atât pentru adolescenții, cât și pentru femeile și bărbații căsătoriți și necăsătoriți. Statele ar trebui să se asigure că adolescenții nu sunt privați de informații sau servicii de sănătate sexuală și reproductivă din cauza obiecțiilor de conștiință ale furnizorilor.

70. Metodele contraceptive pe termen scurt, cum ar fi prezervativele, metodele hormonale și contracepția de urgență, trebuie puse la dispoziția adolescenților activi sexual cu ușurință și ușor. De asemenea, trebuie furnizate metode contraceptive permanente și pe termen lung. Comitetul recomandă statelor să asigure accesul la servicii de avort în condiții de siguranță și de îngrijire post-avort, indiferent dacă avortul în sine este legal.

IV. Obligații și responsabilități

A. Obligațiile statelor părți de a respecta, proteja și îndeplini

71. Statele au trei tipuri de obligații legate de drepturile omului, inclusiv dreptul copiilor la sănătate: să respecte libertățile și drepturile, să protejeze atât libertățile, cât și drepturile de terți sau de amenințări sociale sau de mediu și să își îndeplinească drepturile prin facilitare sau directă dispoziție. În conformitate cu articolul 4 din Convenție, statele părți vor îndeplini drepturile cuprinse în dreptul copiilor la sănătate în măsura maximă a resurselor disponibile și, acolo unde este necesar, în cadrul cooperării internaționale.

72. Toate statele, indiferent de nivelul lor de dezvoltare, trebuie să ia măsuri imediate pentru a pune în aplicare aceste obligații cu prioritate și fără discriminare de niciun fel. În cazul în care resursele disponibile sunt în mod demonstrabil inadecvate, statele sunt încă obligate să întreprindă măsuri specifice pentru a se deplasa cât mai rapid și eficient posibil către realizarea deplină a dreptului copiilor la sănătate. Indiferent de resurse, statele au obligația de a nu lua măsuri retrogressive care ar putea împiedica bucurarea dreptului copiilor la sănătate.

73. Obligațiile esențiale, în temeiul dreptului copiilor la sănătate, includ:

- (a) Revizuirea mediului juridic și politic național și subnațional și, dacă este necesar, modificarea legilor și politicilor;
- (b) Asigurarea acoperirii universale a serviciilor de sănătate primară de calitate, inclusiv prevenirea, promovarea sănătății, serviciile de îngrijire și tratament și medicamentele esențiale;
- (c) Oferirea unui răspuns adecvat la factorii determinanți de bază ai sănătății copiilor; și

(d) Elaborarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea politicilor și a planurilor bugetate de acțiuni care constituie o abordare bazată pe drepturile omului pentru îndeplinirea dreptului copiilor la sănătate.

74. Statele ar trebui să își demonstreze angajamentul față de îndeplinirea progresivă a tuturor obligațiilor prevăzute la articolul 24, acordând prioritate acestui lucru chiar și în contextul crizei politice sau economice sau al situațiilor de urgență. Acest lucru necesită ca sănătatea copiilor și politicile, programele și serviciile conexe să fie planificate, proiectate, finanțate și puse în aplicare într-o manieră durabilă.

B. Responsabilitățile actorilor nestatali

75. Statul este responsabil de realizarea dreptului copiilor la sănătate, indiferent dacă delegă sau nu furnizarea de servicii unor actori non-statali. În plus față de stat, o gamă largă de actori nestatali care furnizează informații și servicii legate de sănătatea copiilor și de factorii determinanți ai acestora au responsabilități și impact specific în acest sens.

76. Obligațiile statelor includ obligația de a promova conștientizarea responsabilităților actorilor nestatali și de a se asigura că toți actorii nestatali recunosc, respectă și își îndeplinesc responsabilitățile față de copil, aplicând procedurile de due diligence acolo unde este necesar.

77. Comitetul invită toți actorii nestatali angajați în promovarea și serviciile sănătății, în special sectorul privat, inclusiv industria farmaceutică și a tehnologiilor din domeniul sănătății, precum și mass-media și furnizorii de servicii de sănătate, să acționeze în conformitate cu prevederile din Convenției și pentru a asigura respectarea de către orice partener care furnizează servicii în numele lor. Astfel de parteneri includ organizații internaționale, bănci, instituții financiare regionale, parteneriate globale, sectorul privat (fundații și fonduri private), donatori și orice alte entități care oferă servicii sau sprijin financiar pentru sănătatea copiilor, în special în situații de urgență umanitară sau în situații instabile din punct de vedere politic.

1. Responsabilitățile părinților și ale altor îngrijitori

78. Responsabilitățile părinților și ale altor îngrijitori sunt menționate în mod expres în mai multe dispoziții ale Convenției. Părinții ar trebui să își îndeplinească responsabilitățile acționând întotdeauna în interesul superior al copilului, dacă este necesar cu sprijinul statului. Luând în considerare capacitatea de evoluție a copilului, părinții și îngrijitorii ar trebui să îngrijească, să protejeze și să sprijine copiii să crească și să se dezvolte într-un mod sănătos. Deși nu este explicit în articolul 24 paragraful (2) litera (f), Comitetul înțelege orice referire la părinți pentru a include și alți îngrijitori.

2. Furnizori de servicii nestatale și alți actori nestatali

(a) Furnizori de servicii nestatale

79. Toți furnizorii de servicii de sănătate, inclusiv actorii nestatali, trebuie să încorporeze și să aplice la proiectarea, implementarea și evaluarea programelor și serviciilor lor toate dispozițiile relevante ale convenției, precum și criteriile de disponibilitate, accesibilitate, acceptabilitate și calitate, așa cum este descris în capitolul VI, secțiunea E, a prezentului comentariu general.

(b) Sectorul privat

80. Toate întreprinderile comerciale au obligația de a face diligența cu privire la drepturile omului, care includ toate drepturile consacrate prin Convenție. Statele ar trebui să solicite întreprinderilor să întreprindă diligența privind drepturile copiilor. Acest lucru va asigura că întreprinderile de afaceri identifică, previn și diminuează impactul lor negativ asupra dreptului copiilor la sănătate, inclusiv în relațiile lor de afaceri și în cadrul oricărei operațiuni globale. Întreprinderile mari de afaceri ar trebui încurajate și, după caz, obligate să își facă publice eforturile pentru a aborda impactul lor asupra drepturilor copiilor.

81. Printre alte responsabilități și în toate contextele, companiile private ar trebui: să se abțină de la angajarea copiilor în muncă periculoasă, asigurându-se în același timp că respectă vârsta minimă pentru munca copiilor; să respecte Codul internațional de comercializare a înlocuitorilor laptelui matern și rezoluțiile relevante ulterioare ale Adunării Mondiale a Sănătății; limitați publicitatea alimentelor cu conținut ridicat de energie, sărace în micronutrienți și a băuturilor care conțin

niveluri ridicate de cofeină sau alte substanțe potențial dăunătoare copiilor; și să se abțină de la publicitatea, comercializarea și vânzarea copiilor de tutun, alcool și alte substanțe toxice sau utilizarea imaginilor pentru copii.

82. Comitetul recunoaște impactul profund al sectorului farmaceutic asupra sănătății copiilor și invită companiile farmaceutice să adopte măsuri pentru îmbunătățirea accesului la medicamente pentru copii, acordând o atenție deosebită Orientărilor privind drepturile omului pentru companiile farmaceutice în ceea ce privește accesul la medicamente.¹⁹ În același timp, statele ar trebui să se asigure că companiile farmaceutice monitorizează utilizarea și să se abțină de la promovarea prescripției și utilizării excesive a medicamentelor și medicamentelor pentru copii. Drepturile de proprietate intelectuală nu ar trebui aplicate în moduri care fac ca medicamentele sau bunurile necesare să fie inaccesibile pentru cei săraci.

83. Companiile private de asigurări de sănătate ar trebui să se asigure că nu discriminează femeile însărcinate, copiii sau mamele din motive interzise și că promovează egalitatea prin parteneriate cu sistemele de asigurări de sănătate de stat bazate pe principiul solidarității și asigurându-se că incapacitatea de plată nu restricționează accesul la servicii.

¹⁹ A se vedea, de asemenea, rezoluția 15/22 a Consiliului Drepturilor Omului privind dreptul tuturor la bucurarea celui mai înalt standard de sănătate fizică și mentală

(c) Mass-media și social media

84. Articolul 17 al Convenției definește responsabilitățile organizațiilor mass-media. În contextul sănătății, acestea pot fi extinse în continuare pentru a include promovarea sănătății și a stilurilor de viață sănătoase în rândul copiilor; furnizarea de spații publicitare gratuite pentru promovarea sănătății; asigurarea confidențialității și confidențialității copiilor și adolescenților; promovarea accesului la informații; să nu producă programe de comunicare și materiale nocive pentru sănătatea copilului și generală; și nu perpetuează stigmatul legat de sănătate.

(d) Cercetători

85. Comitetul subliniază responsabilitatea entităților, inclusiv a cadrelor universitare, a companiilor private și a altor persoane, care efectuează cercetări care implică copii pentru a respecta principiile și dispozițiile Convenției și Ghidurile etice internaționale pentru cercetarea biomedicală care implică subiecți umani.²⁰ Comitetul reamintește cercetătorilor că interesul superior al copilului va prevala întotdeauna asupra interesului societății generale sau al progresului științific.

V. Cooperarea internațională

86. Statele părți la Convenție au obligații nu numai de a pune în aplicare dreptul copiilor la sănătate în propria jurisdicție, ci și de a contribui la implementarea globală prin cooperare internațională. Articolul 24, paragraful 4, impune statelor și agențiilor inter-statale să acorde o atenție deosebită priorităților de sănătate ale copiilor în rândul celor mai sărace părți ale populației și în statele în curs de dezvoltare.

87. Convenția ar trebui să ghideze toate activitățile și programele internaționale ale statelor donatoare și beneficiare legate direct sau indirect de sănătatea copiilor. Aceasta cere statelor partenere să identifice problemele majore de sănătate care afectează copiii, femeile însărcinate și mamele din țările beneficiare și să le abordeze în conformitate cu prioritățile și principiile stabilite de articolul 24. Cooperarea internațională ar trebui să sprijine sistemele de sănătate conduse de stat și planurile naționale de sănătate.

88. Statele au responsabilitate individuală și comună, inclusiv prin intermediul mecanismelor Organizației Națiunilor Unite, de a coopera în furnizarea de ajutor în caz de dezastru și asistență umanitară în caz de urgență. În aceste cazuri, statele ar trebui să ia în considerare prioritizarea eforturilor de realizare a dreptului copiilor la sănătate, inclusiv printr-un ajutor medical internațional adecvat; distribuirea și gestionarea resurselor, cum ar fi apa sigură și potabilă, alimentele și materialele medicale; și ajutor financiar pentru cei mai vulnerabili sau marginalizați copii.

89. Comitetul reamintește statelor să îndeplinească obiectivul Organizației Națiunilor Unite de a aloca 0,7% din venitul național brut asistenței internaționale pentru dezvoltare, deoarece resursele financiare au implicații importante pentru realizarea dreptului copiilor la sănătate în statele cu resurse limitate. Pentru a asigura cel mai mare impact, statele și agențiile inter-statale sunt încurajate să aplice principiile de la Paris privind eficacitatea ajutorului și principiile Agendei de acțiune de la Accra.

VI. Cadrul de implementare și responsabilitate

90. Responsabilitatea se află în centrul bucuriei dreptului copiilor la sănătate. Comitetul reamintește statului parte obligațiile lor de a se asigura că autoritățile guvernamentale relevante și furnizorii de servicii sunt responsabili pentru menținerea celor mai înalte standarde posibile de sănătate și îngrijire a sănătății copiilor până la împlinirea vârstei de 18 ani.

91. Statele ar trebui să ofere un mediu care să faciliteze îndeplinirea tuturor obligațiilor și responsabilităților purtătorilor de obligații cu privire la dreptul copiilor la sănătate și un cadru de reglementare în cadrul căruia toți actorii ar trebui să funcționeze și să poată fi monitorizați, inclusiv prin mobilizarea sprijinului politic și financiar pentru copii probleme legate de sănătate și consolidarea capacității purtătorilor de datorii de a-și îndeplini obligațiile, iar copiii de a-și revendica dreptul la sănătate.

²⁰ Consiliul pentru Organizațiile Internaționale de Științe Medicale/OMS, Geneva, 1993.

92. Odată cu angajamentul activ al guvernului, parlamentului, comunităților, societății civile și copiilor, mecanismele naționale de responsabilitate trebuie să fie eficiente și transparente și să aibă ca scop responsabilizarea tuturor actorilor pentru acțiunile lor. Ar trebui, printre altele, să acorde atenție factorilor structurali care afectează sănătatea copiilor, inclusiv legile, politicile și bugetele. Urmărirea participativă a resurselor financiare și impactul acestora asupra sănătății copiilor este esențială pentru mecanismele de responsabilitate ale statului.

A. Promovarea cunoașterii dreptului copiilor la sănătate (art. 42)

93. Comitetul încurajează statele să adopte și să pună în aplicare o strategie cuprinzătoare pentru educarea copiilor, a îngrijitorilor acestora, a factorilor de decizie politică, a politicienilor și a profesioniștilor care lucrează cu copiii cu privire la dreptul copiilor la sănătate și contribuțiile pe care le pot aduce la realizarea acestuia.

B. Măsuri legislative

94. Convenția impune statelor părți să adopte toate măsurile legislative, administrative și de altă natură adecvate pentru punerea în aplicare a dreptului copiilor la sănătate fără discriminare. Legile naționale ar trebui să impună statului o obligație legală de a furniza serviciile, programele, resursele umane și infrastructura necesare pentru realizarea dreptului copiilor la sănătate și să ofere dreptul legal la servicii esențiale, sensibile la copii, de calitate și servicii conexe pentru femeile gravide și copii, indiferent de capacitatea lor de a plăti. Legile ar trebui revizuite pentru a evalua orice potențial efect discriminatoriu sau impediment în realizarea dreptului copiilor la sănătate și abrogate acolo unde este necesar. Dacă este necesar, agențiile internaționale și donatorii ar trebui să ofere ajutor pentru dezvoltare și asistență tehnică pentru astfel de reforme juridice.

95. Legislația ar trebui să îndeplinească o serie de funcții suplimentare în realizarea dreptului copiilor la sănătate, prin definirea sferei de aplicare a dreptului și recunoașterea copiilor drept titulari de drepturi; clarificarea rolurilor și responsabilităților tuturor deținătorilor de sarcini; clarificarea serviciilor pe care copiii, femeile însărcinate și mamele au dreptul să le solicite; și reglementarea serviciilor și a medicamentelor pentru a se asigura că sunt de bună calitate și nu cauzează daune. Statele trebuie să se asigure că există garanții legislative și de altă natură adecvate pentru a proteja și promova activitatea apărătorilor drepturilor omului care lucrează asupra dreptului copiilor la sănătate.

C. Guvernare și coordonare

96. Statele sunt încurajate să ratifice și să pună în aplicare instrumentele internaționale și regionale privind drepturile omului relevante pentru sănătatea copiilor și să raporteze toate aspectele sănătății copiilor în consecință.

97. Durabilitatea în politica și practicile de sănătate a copiilor necesită un plan național pe termen lung, care să fie sprijinit și consolidat ca prioritate națională. Comitetul recomandă statelor să stabilească și să utilizeze un cadru național de coordonare cuprinzător și coeziv în domeniul sănătății copiilor, bazat pe principiile Convenției, pentru a facilita cooperarea între ministerele guvernamentale și diferite niveluri de guvernare, precum și interacțiunea cu părțile interesate ale societății civile, inclusiv copii. Având în vedere numărul mare de agenții guvernamentale, ramuri legislative și ministere care lucrează

la politicile și serviciile legate de sănătatea copiilor la diferite niveluri, Comitetul recomandă clarificarea rolurilor și responsabilităților fiecăruia în cadrul legal și de reglementare.

98. O atenție specială trebuie acordată identificării și prioritizării grupurilor de copii marginalizați și defavorizați, precum și a copiilor care sunt expuși riscului oricărei forme de violență și discriminare. Toate activitățile ar trebui să fie integral costate, finanțate și vizibilizate în bugetul național.

99. Ar trebui utilizată o strategie „sănătatea copilului în toate politicile”, care să evidențieze legăturile dintre sănătatea copiilor și factorii determinanți ai acesteia. Ar trebui depuse toate eforturile pentru a elimina blocajele care obstrucționează transparența, coordonarea, parteneriatul și responsabilitatea în furnizarea de servicii care afectează sănătatea copiilor.

100. În timp ce descentralizarea este necesară pentru a satisface nevoile specifice ale localităților și sectoarelor, aceasta nu reduce responsabilitatea directă a guvernului central sau național de a-și îndeplini obligațiile față de toți copiii din jurisdicția sa. Deciziile privind alocarea diferitelor niveluri de servicii și zone geografice ar trebui să reflecte elementele de bază ale abordării asistenței medicale primare.

101. Statele ar trebui să implice toate sectoarele societății, inclusiv copiii, în punerea în aplicare a dreptului copiilor la sănătate. Comitetul recomandă ca un astfel de angajament să includă: crearea de condiții care să conducă la creșterea, dezvoltarea și sustenabilitatea continuă a organizațiilor societății civile, inclusiv la nivel local și la nivel comunitar; facilitarea activă a implicării acestora în dezvoltarea, implementarea și evaluarea politicii și serviciilor de sănătate ale copiilor; și furnizarea de sprijin financiar adecvat sau asistență pentru obținerea de sprijin financiar.

1. Rolul parlamentelor în responsabilitatea națională

102. În problemele legate de sănătatea copiilor, parlamentele au responsabilitatea de a legifera, asigurând transparență și incluziune și încurajează dezbaterile publice continuă și o cultură a responsabilității. Aceștia ar trebui să creeze o platformă publică pentru raportarea și dezbaterile performanței și pentru promovarea participării publice în mecanisme independente de revizuire. De asemenea, aceștia ar trebui să răspundă de executiv pentru punerea în aplicare a recomandărilor care rezultă din analize independente și să se asigure că rezultatele analizelor informează planurile naționale ulterioare, legile, politicile, bugetele și alte măsuri de responsabilitate.

2. Rolul instituțiilor naționale pentru drepturile omului în responsabilitatea națională

103. Instituțiile naționale pentru drepturile omului au un rol important de jucat în revizuirea și promovarea responsabilității, oferind ajutor copiilor pentru încălcările dreptului lor la sănătate și susținând schimbarea sistemică pentru realizarea acestui drept. Comitetul își reamintește comentariul general nr. 2 și reamintește statelor că mandatul comisarilor pentru copii sau al ombudsmanilor pentru copii ar trebui să includă asigurarea dreptului la sănătate, iar deținătorii mandatului ar trebui să aibă resurse adecvate și să fie independenți de guvern.²¹

D. Investițiile în sănătatea copiilor

104. În deciziile lor cu privire la alocarea și cheltuielile bugetare, statele ar trebui să depună eforturi pentru a asigura disponibilitatea, accesibilitatea, acceptabilitatea și calitatea serviciilor esențiale de sănătate pentru copii pentru toți, fără discriminare.

105. Statele ar trebui să evalueze continuu impactul deciziilor de politică macroeconomică asupra dreptului copiilor la sănătate, în special a copiilor aflați în situații vulnerabile, să prevină orice decizie care poate compromite drepturile copiilor și să aplice principiul „interesului superior” atunci când iau astfel de decizii. Statele ar trebui, de asemenea, să ia în considerare obligațiile prevăzute la articolul 24 în toate aspectele negocierilor lor cu instituțiile financiare internaționale și cu alți donatori, pentru a se asigura că dreptul copiilor la sănătate este luat în considerare în mod adecvat în cooperarea internațională.

106. Comitetul recomandă statelor părți:

(a) Legislați pentru ca o parte specifică din cheltuielile publice să fie alocată sănătății copiilor și să creeze un mecanism de însoțire care să permită evaluarea sistematică independentă a acestor cheltuieli;

(b) să îndeplinească cheltuielile minime de sănătate pe cap de locuitor recomandate de Organizația Mondială a Sănătății și să acorde prioritate sănătății copiilor în alocațiile bugetare;

(c) Face investițiile în copii vizibile în bugetul de stat prin compilarea detaliată a resurselor alocate acestora și cheltuite; și

(d) Implementarea monitorizării și analizei bugetului bazate pe drepturi, precum și evaluări ale impactului asupra copiilor cu privire la modul în care investițiile, în special în sectorul sănătății, pot servi interesului superior al copilului.

107. Comitetul subliniază importanța instrumentelor de evaluare în utilizarea resurselor și recunoaște necesitatea dezvoltării unor indicatori măsurabili pentru a ajuta statele părți să monitorizeze și să evalueze progresele în punerea în aplicare a dreptului copiilor la sănătate.

²¹ A se vedea comentariul general nr. 2 (2002) privind rolul instituțiilor naționale independente pentru drepturile omului în promovarea și protecția drepturilor copilului, Înregistrările oficiale ale Adunării Generale, sesiunea a cincizeci și nouă, Suplimentul nr. 41 (A/59/41), anexa VIII.

E. Ciclu de acțiune

108. Îndeplinirea de către statele părți a obligațiilor care le revin în temeiul articolului 24 necesită angajarea într-un proces ciclic de planificare, implementare, monitorizare și evaluare pentru a informa ulterior planificarea ulterioară, implementarea modificată și eforturile reînnoite de monitorizare și evaluare. Statele ar trebui să asigure participarea semnificativă a copiilor și să încorporeze mecanisme de feedback pentru a facilita ajustările necesare pe tot parcursul ciclului.

109. În centrul dezvoltării, implementării și monitorizării politicilor, programelor și serviciilor care vizează realizarea dreptului copiilor la sănătate se află disponibilitatea datelor relevante și fiabile. Aceasta ar trebui să includă: date dezagregate în mod corespunzător pe parcursul vieții copilului, cu atenția cuvenită grupurilor vulnerabile; date privind problemele de sănătate prioritare, inclusiv cauzele noi și neglijate de mortalitate și morbiditate; și date cu privire la factorii determinanți cheie ai sănătății copiilor. Informațiile strategice necesită date colectate prin sisteme de informație de sănătate de rutină, anchete și cercetări speciale și ar trebui să includă atât date cantitative, cât și calitative. Aceste date ar trebui colectate, analizate, diseminate și utilizate pentru a informa politicile și programele naționale și subnaționale.

1. Planificare

110. Comitetul ia act de faptul că, pentru a informa implementarea, monitorizarea și evaluarea activităților de îndeplinire a obligațiilor prevăzute la articolul 24, statele ar trebui să efectueze analize de situație ale problemelor, problemelor și infrastructurii existente pentru furnizarea de servicii. Analiza ar trebui să evalueze capacitatea instituțională și disponibilitatea resurselor umane, financiare și tehnice. Pe baza rezultatului analizei, ar trebui dezvoltată o strategie care să implice toate părțile interesate, atât actori de stat, cât și non-statali și copii.

111. Analiza situației va oferi o idee clară a priorităților naționale și subnaționale și a strategiilor pentru realizarea lor. Ar trebui stabilite etaloane și obiective, planuri de acțiune bugetate și strategii operaționale, împreună cu un cadru pentru monitorizarea și evaluarea politicilor, programelor și serviciilor și promovarea responsabilității pentru sănătatea copiilor. Aceasta va evidenția modul de construire și consolidare a structurilor și sistemelor existente pentru a fi în concordanță cu Convenția.

2. Criterii de performanță și implementare

112. Statele ar trebui să se asigure că toate serviciile și programele de sănătate ale copiilor respectă criteriile de disponibilitate, accesibilitate, acceptabilitate și calitate.

(a) Disponibilitate

113. Statele ar trebui să se asigure că există facilități, bunuri, servicii și programe de sănătate pentru copii în cantitate suficientă. Statele trebuie să se asigure că au suficiente spitale, clinici, profesioniști în sănătate, echipe și facilități mobile,

lucrători din domeniul sănătății comunitare, echipamente și medicamente esențiale pentru a oferi asistență medicală tuturor copiilor, femeilor însărcinate și mamelor din stat. Suficiența trebuie măsurată în funcție de necesități, cu o atenție deosebită acordată populațiilor slab deservite și greu accesibile.

(b) Accesibilitate

114. Elementul de accesibilitate are patru dimensiuni:

(a) *Nediscriminare*: serviciile de sănătate și conexe, precum și echipamentele și consumabilele trebuie să fie accesibile tuturor copiilor, femeilor însărcinate și mamelor, în drept și în practică, fără discriminare de niciun fel;

(b) *Accesibilitate fizică*: Facilitățile de sănătate trebuie să fie la o distanță accesibilă pentru toți copiii, femeile însărcinate și mamele. Accesibilitatea fizică poate necesita o atenție suplimentară la nevoile copiilor și femeilor cu dizabilități. Comitetul încurajează statele să acorde prioritate înființării de facilități și servicii în zonele care nu sunt deservite și să investească în abordări de mobilizare mobilă, tehnologii inovatoare și lucrători de sănătate comunitari bine pregătiți și susținuți, ca modalități de a ajunge la grupuri de copii deosebit de vulnerabili;

(c) *Accesibilitate/abordabilitate economică*: Lipsa capacității de plată pentru servicii, consumabile sau medicamente nu ar trebui să ducă la refuzul accesului. Comitetul solicită statelor să elimine taxele de utilizare și să pună în aplicare sisteme de finanțare a sănătății care nu discriminează femeile și copiii pe baza incapacității lor de a plăti. Mecanismele de grupare a riscurilor, cum ar fi impozitul și asigurările, ar trebui puse în aplicare pe baza unor contribuții echitabile, bazate pe mijloace;

(d) *Accesibilitatea informațiilor*: Informațiile privind promovarea sănătății, starea de sănătate și opțiunile de tratament ar trebui să fie furnizate copiilor și persoanelor care le îngrijesc într-o limbă și un format accesibil și clar de înțeles pentru ei.

(c) Acceptabilitate

115. În contextul dreptului copiilor la sănătate, Comitetul definește acceptabilitatea ca fiind obligația de a proiecta și implementa toate facilitățile, bunurile și serviciile legate de sănătate, într-un mod care să țină seama pe deplin de etica medicală și să fie respectătoare, precum și nevoile copiilor. , așteptări, culturi, puncte de vedere și limbi, acordând o atenție specială anumitor grupuri, acolo unde este necesar.

(d) Calitate

116. Facilitățile, bunurile și serviciile legate de sănătate ar trebui să fie adecvate din punct de vedere științific și medical și de bună calitate. Asigurarea calității necesită, printre altele, că (a) tratamentele, intervențiile și medicamentele se bazează pe cele mai bune dovezi disponibile; (b) personalul medical este calificat și beneficiază de o pregătire adecvată cu privire la sănătatea mamei și a copiilor, precum și a principiilor și dispozițiilor Convenției; (c) echipamentul spitalului este aprobat științific și adecvat pentru copii; (d) medicamentele sunt aprobate științific, nu au expirat, sunt specifice copiilor (atunci când este necesar) și sunt monitorizate pentru reacții adverse; și (e) se efectuează periodic evaluări ale calității îngrijirilor instituțiilor de sănătate.

3. Monitorizare și evaluare

117. Ar trebui stabilit un set de indicatori bine structurat și dezagregat corespunzător pentru monitorizare și evaluare, pentru a îndeplini cerințele conform criteriilor de performanță de mai sus. Datele ar trebui utilizate pentru a reproiecta și îmbunătăți politicile, programele și serviciile în sprijinul îndeplinirii dreptului copiilor la sănătate. Sistemele de informații despre sănătate ar trebui să se asigure că datele ar trebui să fie fiabile, transparente și coerente, protejând în același timp dreptul la viață privată al persoanelor. Statele ar trebui să își revizuiască în mod regulat sistemul de informații despre sănătate, inclusiv înregistrarea vitală și supravegherea bolilor, în vederea îmbunătățirii acestuia.

118. Mecanismele naționale de responsabilitate ar trebui să monitorizeze, să revizuiască și să acționeze pe baza constatărilor lor. Monitorizarea înseamnă furnizarea de date privind starea de sănătate a copiilor, revizuirea regulată a calității serviciilor de sănătate a copiilor și cât se cheltuiește pe acestea și unde, pe ce și pe cine este cheltuit. Aceasta ar trebui să

include atât monitorizarea de rutină, cât și evaluările periodice, aprofundate. Revizuirea înseamnă analiza datelor și consultarea copiilor, familiilor, altor îngrijitori și societății civile pentru a stabili dacă sănătatea copiilor s-a îmbunătățit și dacă guvernele și alți actori și-au îndeplinit angajamentele. Acțiunea înseamnă a folosi dovezi care rezultă din aceste procese pentru a repeta și extinde ceea ce funcționează și pentru a remedia și reforma ceea ce nu este.

F. Remedii pentru încălcări ale dreptului la sănătate

119. Comitetul încurajează cu fermitate statele să instituie mecanisme funcționale și accesibile de reclamație pentru copiii care au la bază comunitatea și să permită copiilor să caute și să obțină despăgubiri atunci când dreptul lor la sănătate este încălcat sau este în pericol. Statele ar trebui, de asemenea, să prevadă drepturi extinse de calitate juridică, inclusiv acțiuni colective.

120. Statele ar trebui să asigure și să faciliteze accesul la instanțe pentru copiii individuali și pentru îngrijitorii acestora și să ia măsuri pentru a elimina orice bariere în calea accesului la remedii pentru încălcările dreptului copiilor la sănătate. Instituțiile naționale pentru drepturile omului, avocații copiilor, asociațiile profesionale din domeniul sănătății și asociațiile consumatorilor pot juca un rol important în acest sens.

VII. Diseminare

11. Comitetul recomandă statelor să disemineze pe larg comentariul general de față cu parlamentul și guvernul, inclusiv în cadrul ministerelor, departamentelor și organelor municipale și locale care operează în cadrul sănătății copiilor.