

الوفيات والأمراض النفاسية

في عام 2013، توفيت حوالي 289000 امرأة في فترات الحمل والولادة وما بعد الولادة مباشرة.

وبحسب منظمة الصحة العالمية،

”تبلغ نسبة وفيات الأمومة في البلدان النامية في عام 2013 ما يقارب 230 حالة وفاة لكل 100000 ولادة مقابل 16 حالة وفاة لكل 100000 ولادة في البلدان المتقدمة. هناك أيضاً تفاوتات كبيرة داخل البلدان، وبين النساء من ذوي الدخل المرتفع والمنخفض وبين النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية والحضرية.“¹

غالباً ما تتم مقارنة قضية الوفيات والأمراض النفاسية على أنها شأن مرتبط بالصحة العامة، لكن يجب التعامل معها على أنها مسألة من مسائل حقوق الإنسان. لقد أوضحت المواثيق الدولية لحقوق الإنسان واجبات الدول فيما يخص الوفيات والأمراض النفاسية، وأقرت بالانتهاكات التي تتعرض لها المرأة لناحية الحق في الحياة وفي التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، وفي المساواة وعدم التعرض للتمييز على هذا الصعيد.

يتم تحديد وفاة الأمومة على أنها ”وفاة المرأة خلال فترة الحمل أو خلال الـ24 يوماً التي تلي انتهاء الحمل... وذلك في الحالات التي يكون فيها الحمل وكيفية إدارته سبباً مباشراً للوفاة أو عاملاً مفاقماً لها، وليس في الحالات التي تتعرض فيها المرأة لحادثٍ ما.“² وتشتمل الأسباب الأساسية لوفيات الأمومة على النزيف الحاد، والعدوى، والإجهاض غير المأمون، وارتفاع ضغط الدم، والولادة المطولة أو المتعسرة. وغالبية الوفيات والإعاقات النفاسية يمكن اتقاؤها بالحصول على الرعاية الكافية خلال الحمل والولادة وبالتدخلات الفعالة.³

تنص اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة على ضرورة أن ”تكفل الدول الأطراف للمرأة الخدمات المناسبة فيما يتعلق بالحمل، والولادة وفترة ما بعد الولادة، وتوفر لها الخدمات المجانية عند الاقتضاء“.⁴ وفي هذا السياق، خلصت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة إلى أن النقص في توفير الخدمات الصحية النفاسية الملائمة التي تفي بالمصالح والاحتياجات الخاصة بكل امرأة يشكل انتهاكاً للحق في الصحة والحق في عدم التمييز.⁵ ويقر العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بحق كل إنسان في التمتع بالصحة⁶، ويشتمل ذلك على ”حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده، بما في ذلك حرته الجنسية والإنجابية“.⁷ وقد أوضحت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأن التزامات الدول بموجب العهد تتضمن ”كفالة الرعاية الصحية الإنجابية، والرعاية الصحية للأمومة (في أثناء الحمل وبعد الولادة) وللطفولة“.⁸ وفي هذا الإطار، صنفت العديد من الهيئات المنشأة بموجب معاهدات وفيات الأمومة التي يمكن الوقاية منها على أنها انتهاك لحق المرأة في الحياة.⁹

لا يمرّ يوم واحد إلا ويشهد وفاة نحو 800 امرأة جرّاء أسباب يمكن توقيها لها علاقة بالحمل والولادة.

تشهد البلدان النامية وقوع 99% من مجموع وفيات الأمومة.

من الملاحظ ارتفاع معدلات وفيات الأمومة في المناطق الريفية وبين الفئات الفقيرة.

تواجه المراهقات، أكثر من النساء الأكبر سناً، خطر التعرّض للمضاعفات والوفاة بسبب الحمل.

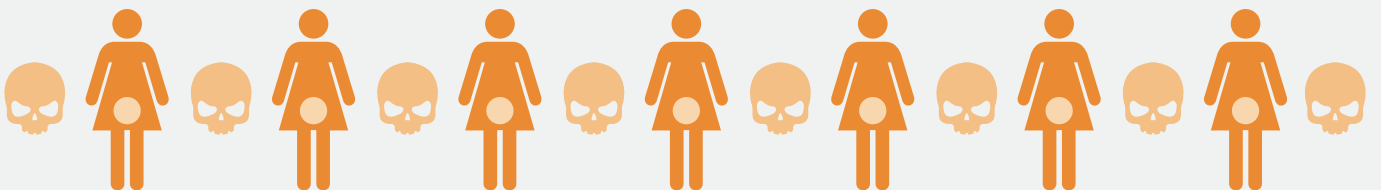
المصدر: منظمة الصحة العالمية، وفيات الأمومة، صحيفة وقائع رقم 843 (أيار/مايو 2014)

ولا يزال الحد من الوفيات والأمراض النفاسية في صلب الالتزامات المحلية والدولية. ففي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عُقد في القاهرة عام 1994 والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة الذي عُقد في بيجين عام 1995، أقرت الدول بحق المرأة في حمل آمن. كما التزمت الدول بتخفيض معدلات الوفيات النفاسية بثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و2015 في إطار الأهداف الإنمائية للألفية.

وقد أعدت المفوضية السامية لحقوق الإنسان في السنوات الأخيرة مجموعة وثائق تشدد فيها على أن الوفيات والأمراض النفاسية قضية من قضايا حقوق الإنسان. فالتقرير الأول الذي رفعه المفوض السامي إلى مجلس حقوق الإنسان في عام 2010 حول الوفيات والأمراض النفاسية، يستعرض إطاراً مفاهيمياً لتوضيح الأبعاد المرتبطة بحقوق الإنسان لوفيات والأمراض النفاسية. ويسلط التقرير الضوء على سبعة مبادئ تشكل أساساً لاعتماد مقاربة قائمة على حقوق الإنسان في هذا المجال، ألا وهي: المساواة، والمشاركة، والشفافية، والتمكين، والاستدامة، والتعاون الدولي وعدم التمييز.¹⁰

في تقرير ثانٍ تم رفعه عام 2011، حدد المفوض السامي الأوجه المشتركة للممارسات الجيدة في اعتماد مقاربة قائمة على حقوق الإنسان من أجل معالجة مسألة الوفيات والأمراض النفاسية، وهي تشتمل على تحسين وضع المرأة، وضمان الحقوق المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، وتعزيز النظم الصحية، ومعالجة مسألة الإجهاض غير المأمون، وتحسين الرصد والتقييم.¹¹

المساواة
المشاركة
الشفافية
التمكين
الاستدامة
التعاون الدولي
عدم التمييز



التقديرات المرتبطة بنسبة وفيات الأمومة وعدد الوفيات النفسية في عام 2013

نسبة وفيات الأمومة = الوفيات النفسية لكل 100000 ولادة

المنطقة	نسبة وفيات الأمومة	عدد الوفيات النفسية
شمال أفريقيا	69	2700
أفريقيا جنوب الصحراء	510	179000
شرق آسيا	33	6400
جنوب شرق آسيا	190	69000
القوقاز وآسيا الوسطى	140	16000
ومنطقة البحر الكاريبي	74	3600
ومنطقة البحر	39	690
أوقيانوسيا	85	9300
أوقيانوسيا	190	510
العالم	210	289000

المصدر: منظمة الصحة العالمية ومصادر أخرى، اتجاهات الوفيات النفسية: 1990 إلى 2013

القضايا الأساسية



في قضية ألين دا سيلفا بيمنتل (متوفية)، الدولة الطرف: البرازيل،

توفيت الضحية، وهي امرأة من أصول أفريقية، بعد ولادتها لوليد ميت وتعرضها لمضاعفات خطيرة ما بعد الولادة. وقد توصلت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة إلى خلاصة مفادها وقوع انتهاكات جراء التقصير في تشخيص المضاعفات التي عانت منها الضحية، والتأخر في معالجة هذه المضاعفات، والتأخر في إحالتها إلى مستشفى يتمتع بمرافق أكثر تطوراً، فضلاً عن التقصير في نقل سجلاتها بين المرافق الصحية، إلى جانب النقص في الاستجابة وسبل الانتصاف الملائمة لهذا النوع من الإخفاقات. وقد خلصت اللجنة إلى أنه من واجب الدولة ضمان استيفاء خدمات الرعاية الصحية فيها للاحتياجات الخاصة بالمرأة، وتطبيق السياسات المتعلقة بالصحة النفسية على أرض الواقع، وتوفير سبل الانتصاف القضائية الملائمة وتأمين الحماية الفعالة من دون أي تمييز.

1 من الضروري توفر نظام رعاية صحية فعال ومتكامل للوقاية من الوفيات والإصابات النفسية

يتطلب النظام الصحي الفعال توفر الإمدادات، والمعدات، والبنى التحتية الملائمة، فضلاً عن نظام كفؤ للاتصالات، والإحالة والنقل.

يمنح الحق في الصحة المرأة القدرة على الاستفادة من الخدمات التي تبين أنها تساهم في الحد من الوفيات والأمراض النفسية، بما فيها النفاذ إلى القبالة الماهرة، ورعاية التوليد في الحالات الطارئة، والرعاية اللاحقة للولادة، وخدمات الإجهاض المأمون في البلدان التي تبيع الإجهاض وغيرها من خدمات الرعاية الصحية والإنجابية. وإلى جانب هذه الخدمات، يجب أن يشتمل الحق في الصحة أيضاً الحق في نظام صحي فعال ومتكامل.¹²

الدول مسؤولة عن عمل مؤسساتها الطبية الخاصة

أعربت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة عن قلقها من نقل المهام الصحية للدولة إلى المؤسسات الخاصة، وشددت على أن الدول "لا يمكن أن تتخلى عن مسؤولياتها في هذه المجالات بتفويض هذه الصلاحيات إلى هيئات القطاع الخاص أو بنقلها إلى تلك الهيئات".¹³ وفي قضية ألين دا سيلفا بيمنتل (متوفية)، الدولة الطرف: البرازيل، تلاحظ اللجنة أن الدولة مسؤولة مسؤولية مباشرة عن عمل المؤسسات الخاصة عندما تقدم خدماتها الطبية إلى مصادر خارجية، لذلك، فإن الدولة تحتفظ دائماً بواجب تنظيم ومراقبة مؤسسات الرعاية الصحية الخاصة تماشياً مع التزام بذل العناية الواجبة.¹⁴

2 التمييز القائم على الجنس هو من العوامل الكامنة وراء الوفيات والأمراض النفسية

الجنسية والإنجابية.¹⁵ وقد خلصت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى أنه "ينبغي أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة"، بما في ذلك الفئات الضعيفة والمهمشة اجتماعياً.¹⁶

وينبغي أن توفر الدول الخدمات المجانية للمرأة التي تعاني من الفقر في فترات الحمل والولادة وما بعد الولادة.¹⁷

يغذي التمييز الأسباب المتجذرة التي تحول دون نفاذ المرأة إلى الخدمات التي هي بحاجة إليها.

لا تتمتع النساء والفتيات بالموارد والمستويات التعليمية الكافية ليتمكن من النفاذ إلى خدمات الرعاية الصحية. فالفقر، وعدم التساوي في الدخل، والتمييز على أساس نوع الجنس كلها عوامل تؤثر على تمتع المرأة بالحقوق والصحة





فيما يتعلق بقضية جماعة Xákmok Kásek للسكان الأصليين، كانت إحدى الضحايا امرأة من السكان الأصليين، توفيت نتيجة مضاعفات أصابتها أثناء الولادة ولم تلق أي رعاية طبية. وقد أعلنت محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان أن الدولة قد انتهكت الحق في الحياة كونها أخفقت في اتخاذ التدابير الإيجابية اللازمة، ضمن الصلاحيات الممنوحة لها، والتي كان من المفترض منطقياً أن تتجنب أو تمنع أي خطر قد يطال الحق في الحياة.¹⁸

وشددت المحكمة على ضرورة أن تضع الدول سياسات الرعاية الصحية الملائمة التي تتيح تقديم المساعدة من قبل عاملين مدربين على النحو المناسب للإشراف على عمليات التوليد، فضلاً عن سياسات لمنع الوفيات النفاسية، على أن تتوافق مع الرعاية الملائمة ما قبل الولادة وما بعدها، والأدوات القانونية والإدارية اللازمة لإعداد سياسات رعاية صحية تتيح توثيق حالات الوفيات النفاسية بالشكل المناسب.¹⁹

الإخفاق في توفير الخدمات التي تحتاجها النساء فقط هو شكل من أشكال التمييز

في الحالات التي ترتفع فيها معدلات الوفيات والأمراض النفاسية بسبب فشل الحكومة في "استخدام مواردها المتاحة لاتخاذ التدابير اللازمة لمعالجة أسباب الوفيات النفاسية التي يمكن الوقاية منها ولضمان توافر الخدمات

وسهولة الحصول عليها ومقبوليتها وجودة نوعها"²⁰ يشكل ذلك نوعاً من التمييز ضد المرأة ومن الضروري توفير سبل الانتصاف اللازمة بشكل فوري.

ومن الخطوات التي يمكن اتخاذها في هذا المجال من أجل حماية حقوق المرأة، ضمان النفاذ إلى الإجهاد المأمون في البلدان التي تتيح الإجهاد، وإلى الرعاية اللاحقة للإجهاد

إذ إن الإجهاد غير المأمون يشكل أحد الأسباب الخمسة الرئيسية للوفيات النفاسية.²¹ وقد أوصت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة بأن تعمل الدول على تعزيز الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة²² من أجل الحد من وفيات الأمهات الناجمة عن عمليات الإجهاد غير المأمون²³، والسرية²⁴ وغير القانونية²⁵؛ فضلاً عن ضمان النفاذ إلى خدمات الرعاية ما بعد الإجهاد.²⁶

إن الدول ملزمة، بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، باحترام، وحماية وإنفاذ حقوق الإنسان المتعلقة بالصحة النفاسية، والحمل والولادة.

الاحترام قامت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة بتحديد "القوانين التي تترجم الإجراءات الطبية التي لا تحتاج إليها إلا المرأة، والتي تعاقب من تُجرى لهن تلك الإجراءات" على أنها انتهاك للالتزام الدولة بالامتناع عن إعاقة تمتع المرأة بالحق في الصحة.²⁷

الحماية الدول مسؤولة عن بذل العناية الواجبة أو العمل لتوفير مستوى معين من الرعاية لكفالة امتثال الجهات الفاعلة غير الحكومية لمعايير معينة، بما في ذلك مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، وشركات التأمين المستحضرات الصيدلانية، وصناعات السلع والمعدات المتعلقة بالصحة، بالإضافة إلى أفراد المجتمع والأسر.²⁸

الإنفاذ ينبغي على الدول اتخاذ التدابير التشريعية، والإدارية، والميزانية، والقضائية، وغيرها من التدابير المناسبة لمنع الوفيات والإصابات النفاسية. إن إخفاق الدولة في الحد من معدلات الوفيات النفاسية قد يشكل خرقاً لالتزامها بضمان نفاذ المرأة إلى الرعاية الصحية.²⁹

يُعتبر توفير خدمات الصحة النفاسية بمثابة التزام أساسي لا يمكن الانتقاص منه تحت أي ظرف من الظروف. ويتوجب على الدول ضمان توافر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، سهولة الحصول عليها، ومقبوليتها، وجودة نوعها، إضافة إلى تيسر كلفتها.³⁰



3 النساء المهمشات أكثر عرضة للانتهاكات المرتبطة بالوفيات والأمراض النفاسية

بعض فئات النساء والفتيات هن عرضة لأشكال متعددة من التمييز.

لا يقتصر الأثر الذي يخلفه ذلك على نفاذ المرأة إلى المرافق فحسب بل يطال أيضاً الطريقة التي تتم فيها معاملتها في هذه المرافق، ما ينعكس بدوره على رغبتها

كذلك أوصت الهيئات المعنية بحقوق الإنسان الدول باعتماد تدابير لمعالجة الأمراض والوفيات النفاسية ضمن المجموعات المهمشة، بما فيها الشابات³³، والفقيرات³³، والمقيعات في المناطق الريفية³⁴، والنساء من السكان الأصليين³⁵، ومن الأقليات³⁶، والعاملات المهاجرات.³⁷

في العودة إلى المرافق المماثلة. وقد شددت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة على الارتباط الوثيق ما بين التمييز على أساس الجنس وغيره من العوامل مثل العرق، والإثنية، والدين أو المعتقد، والصحة، والوضع الصحي، والسن، والطبقة والطائفة الاجتماعية، والميل الجنسي والهوية الجنسية.³¹

في عام 2012، وضعت المفوضية السامية لحقوق الإنسان إرشادات تقنية عن تطبيق نهج قائم على أساس حقوق الإنسان في تنفيذ السياسات والبرامج الرامية إلى الحد من الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها. ومن شأن هذه الإرشادات تفعيل حقوق الإنسان عبر توفير نصائح ملموسة حول متطلبات حقوق الإنسان في مراحل مختلفة من دائرة السياسات.³⁹

الأطفال والزواج القسري، الذي يطال الفتيات بشكل غير متكافئ، في إمكانية حمل الفتيات قبل أن يصبحن مستعدات جسدياً ونفسياً لذلك. وفيما يتعلق بالمراهقات، أوصت لجنة حقوق الطفل أن تعمل الدول على بلورة وتطبيق التدابير اللازمة لمعالجة التحديات التي تعترض هؤلاء، بما في ذلك التثقيف الجنسي الشامل والنفاذ إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.³⁸

تواجه الفتيات والمراهقات مشاكل محددة مرتبطة بحقوق الإنسان، ما يجعلهن من أكثر الفئات عرضة للوفيات والأمراض النفسانية.

هن يواجهن تحديات معينة لناحية النفاذ إلى المعلومات، بما في ذلك التثقيف الجنسي الشامل، والوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ويساهم تزويج



ملاحظات

1. منظمة الصحة العالمية، وفيات الأمومة، صحيفة وقائع رقم 348 (2014).
2. منظمة الصحة العالمية، International Statistical Classification of Diseases Injuries and Related Health Problems, tenth revision, Vol. 2, Instruction manual, 2nd ed. (2004) p.p. 98-99.
3. حالات الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها، وحقوق الإنسان، A/HRC/14/39 (2010)، الفقرة 6.
4. المادة 12 (2).
5. اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، أئين دا سيلفا بيمنتل، الدولة الطرف: البرازيل، CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011) الفقرتان 7.4 و 7.5.
6. المادة 12.
7. التعليق العام رقم (2000) حول الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، الفقرتان 8 و 44 (أ).
8. المرجع نفسه، الفقرة 44 (أ).
9. لجنة حقوق الإنسان، الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي لمالي، (2003) CCPR/CO/77/MLI، الفقرة 14؛ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي لبلير، (1999) A/54/38، الفقرة 56؛ كولومبيا، (1999) A/54/38، الفقرة 393؛ جمهورية الدومينيكان، (1998) A/54/38، الفقرة 337.
10. A/HRC/14/39 (2010).
11. الممارسات المتبعة في اعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان للقضاء على الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها، (2011) A/HRC/18/27.
12. المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، (2006) A/61/338، الفقرتان 13 و 14.
13. التوصية العامة رقم 24 (1999) حول المرأة والصحة، الفقرة 17؛ اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 35.
14. أئين دا سيلفا بيمنتل، الدولة الطرف: البرازيل، الفقرة 7.5.
15. إرشادات تقنية عن تطبيق نهج قائم على أساس حقوق الإنسان في تنفيذ السياسات والبرامج الرامية إلى الحد من الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها، (2012) A/HRC/21/22، الفقرة 13.
16. التعليق العام رقم 14، الفقرة 12 (ب).
17. اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 24، الفقرة 27.
18. محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان، قضية جماعة Xákmok Kásek للسكان الأصليين (2010)، الفقرة 234.
19. المرجع نفسه، الفقرة 233.
20. A/HRC/14/39 (2010)، الفقرة 10.
21. A/HRC/18/27 (2011)، الفقرة 29.
22. الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي ليوركينا فاسو، (2005) A/60/38، الفقرة 350؛ الرأس الأخضر، (2006) CEDAW/C/CPV/CO/6، الفقرة 30؛ فانواتو، (2007) CEDAW/C/VUT/CO/3، الفقرة 35؛ بيرو، (2007) CEDAW/C/PER/CO/6، الفقرة 25؛ إيريتريا، (2006) CEDAW/C/ERI/CO/3، الفقرة 23.
23. الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي لجمهورية الدومينيكان، (2004) A/59/38 (SUPP)، الفقرتان 308 و 309؛ مينمار، (2000) A/55/38، الفقرة 130؛ باراغواي، (2005) A/60/38 (Supp)، الفقرتان 287 و 288.
24. الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي لبوروندي، (2001) A/56/38 (Part 1)، الفقرة 462؛ لبنان، (2005) A/60/38، الفقرة 112؛ مالي، (2006) CEDAW/C/MLI/CO/5، الفقرة 34.
25. الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي لكولومبيا، (2007) CEDAW/C/COL/CO/6، الفقرتان 22 و 23.
26. الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي للبرازيل، (2007) CEDAW/C/BRA/CO/6، الفقرتان 29 و 30؛ شيلي، (2006) CEDAW/C/CHI/CO/4، الفقرة 20؛ هندوراس، (2007) CEDAW/C/HON/CO/6، الفقرة 25؛ نيكاراغوا، (2007) CEDAW/C/NIC/CO/6، الفقرة 18؛ باكستان، (2007) CEDAW/C/PAK/CO/3، الفقرة 41؛ الفلبين، (2006) CEDAW/C/PHI/CO/6، الفقرة 28.
27. التوصية العامة رقم 24، الفقرة 14.
28. A/HRC/21/22، الفقرة 22.
29. اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية رقم 24، الفقرة 17؛ اللجنة المعنية بالشؤون الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 37.
30. اللجنة المعنية بالشؤون الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرتان 44 (أ) و 12 (ب)؛ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية رقم 24، الفقرة 21.
31. التوصية العامة رقم 28 (2010) بشأن الالتزامات الأساسية للدول الأطراف، الفقرة 18؛ أئين دا سيلفا بيمنتل، الدولة الطرف: البرازيل، الفقرة 7.7.
32. لجنة حقوق الإنسان، الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي للإكوادور، (1998) CCPR/C/79/Add.92، الفقرة 11.
33. لجنة حقوق الإنسان، الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي للأرجنتين، (2000) CCPR/CO/70/ARG، الفقرة 14.
34. المرجع نفسه.
35. اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي لباناما، (2010) CEDAW/C/PAN/CO/7، الفقرة 43؛ الإكوادور، (2008) CEDAW/C/ECU/CO/7، الفقرتان 24 و 25؛ لجنة حقوق الطفل، الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي للباراغواي، (2010) CRC/C/PRY/CO/3، الفقرتان 79 و 80؛ المكسيك، (2006) CRC/C/MEX/CO/3، الفقرتان 72 و 73.
36. لجنة حقوق الإنسان، الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي لإيرلندا، (2000) A/55/40، الفقرتان 448 و 449.
37. لجنة حقوق الطفل، الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي للمكسيك، (2006) CRC/C/MEX/CO/3، الفقرة 72.
38. التعليق العام رقم 4 (2003) حول صحة المراهقين وغمومهم، الفقرة 31 (أ) (ج)؛ التعليق العام رقم 15 (2013) بشأن حق الطفل بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، الفقرة 56.
39. A/HRC/21/22.