

Distr.: General
12 February 2014
Arabic
Original: English

الجمعية العامة



الدورة التاسعة والستون

البند ١٣ (ب) من القائمة الأولية**

التنفيذ والمتابعة المتكاملان والمنسقان لنتائج
المؤتمرات الرئيسية ومؤتمرات القمة التي تعقدتها
الأمم المتحدة في الميدانين الاقتصادي والاجتماعي
والميدانين المتصلة بهما: متابعة برنامج عمل المؤتمر
الدولي للسكان والتنمية

إطار إجراءات متابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

بعد عام ٢٠١٤

تقرير الأمين العام

موجز

أُعد هذا التقرير عملاً بقرار الجمعية العامة ٢٣٤/٦٥ الذي طلبت فيه الجمعية،
في إطار التصدي للتحديات الجديدة وبيئة التنمية المتغيرة وتعزيز إدماج خطة السكان
والتنمية في العمليات التي تنفذ على الصعيد العالمي في مجال التنمية، إجراء استعراض عملي
لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، على أساس أفضل البيانات والتحليلات
لحالة السكان والتنمية، مع مراعاة ضرورة اعتماد نهج منظم شامل ومتكامل في تناول
قضايا السكان والتنمية.

* أعيد إصدارها لأسباب فنية في ٢٨ تموز/يوليه ٢٠١٤.

** A/69/50



الرجاء إعادة استعمال الورق

010814 010814 14-00069 (A)



وقد مثل برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المعتمد في عام ١٩٩٤ توافقاً ملحوظاً في الآراء بين ١٧٩ حكومة أجمعت على أن كفالة حقوق الإنسان وكرامة الفرد، بما في ذلك الحقوق المتساوية للنساء والفتيات وإمكانية حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتمتعهم بالحقوق الجنسية والإنجابية، شرط مسبق لازم لتحقيق التنمية المستدامة، وحدد عدداً من الأهداف والإجراءات للتعزيز بهذه التنمية بحلول عام ٢٠١٥. وقد كانت الإنجازات التي تحققت على مدى العشرين عاماً التالية كبيرة، بما في ذلك المكاسب المحرزة في مجالات المساواة بين المرأة والرجل، والصحة السكانية والعمر المتوقع، والمستوى التعليمي، ونظم حماية حقوق الإنسان، مع خروج ما يقدر بنحو بليون شخص من دائرة الفقر المدقع. واستمر تراجع المخاوف من النمو السكاني، وهي مخاوف كانت تتراجع بالفعل في عام ١٩٩٤، واقترن تعزيز القدرات البشرية وتوسيع نطاق الفرص، لصالح المرأة خاصة، ما أدى إلى التنمية الاقتصادية، بتراجع مستمر في معدل النمو السكاني الذي انخفض من ١,٥٢ في المائة سنوياً في الفترة من ١٩٩٠ إلى ١٩٩٥ ليصل إلى ١,١٥ في المائة في الفترة من ٢٠١٠ إلى ٢٠١٥. واليوم تنسم المسارات الديمغرافية الوطنية بقدر أكبر من التنوع مقارنة بالحال في عام ١٩٩٤، حيث تواجه البلدان الغنية في أوروبا وآسيا والأمريكيتين مشكلة سرعة شيخوخة السكان، في حين تستعد أفريقيا وبعض بلدان آسيا لاستيعاب أكبر عدد من الشباب يشهده العالم حتى الآن، ولا تزال أفقر ٤٩ بلداً، لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، تواجه حالات الوفيات المبكرة وارتفاع معدل الخصوبة. والتحدي المشترك الأعظم المائل أمامنا هو أن إنجازاتنا، التي تدل عليها الزيادة غير المسبوقة في الاستهلاك البشري وفي استخراج الموارد من باطن الأرض، تزداد تفاوتاً من حيث توزيعها، مما يهدد التنمية الشاملة للجميع ويعرض للخطر بيئتنا ومستقبلنا المشترك.

وتؤيد الأدلة المقدمة في عام ٢٠١٤ بشدة توافق الآراء الذي تم التوصل إليه خلال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومؤداها أن احترام حقوق الإنسان وحمايتها وتعزيزها وإعمالها شروط مسبقة لازمة لتعزيز كرامة النساء والفتيات المراهقات ورفاههن ولتعزيزهن من ممارسة حقوقهن الإنجابية، وأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وفهم الآثار المترتبة على الدينامية السكانية تشكل ركائز لتحقيق التنمية المستدامة. وتفضي حماية حقوق الشباب، والاستثمار في إكسابهم تعليماً عالي الجودة، وتوفير فرص العمل اللائق لهم، وتزويدهم بمهارات فعالة لكسب العيش، وتمكينهم من الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والتثقيف الجنسي الشامل، إلى تعزيز قدرتهم على الصمود في وجه الصعوبات وهيئة الظروف التي يمكن لهم أن يحققوا في ظلها إمكاناتهم الكاملة.

ويتطلب مسار الاستدامة، المبين في هذا الإطار، تحسين القيادة وزيادة الابتكار من أجل تلبية الاحتياجات الحاسمة التالية: التوسع في أعمال حقوق الإنسان وحماية جميع الأشخاص من التمييز والعنف حتى تتوفر للجميع فرصة المساهمة في التنمية والاستفادة منها؛ والاستثمار في قدرات وإبداع الشباب في العالم لضمان تحقيق النمو والابتكار في المستقبل؛ وتعزيز النظم الصحية حتى يتاح للجميع الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بحيث يتسنى أن تزدهر النساء وينمو الأطفال جميعا في بيئة مواتية؛ وبناء مدن مستدامة تشري الحياة في المناطق الحضرية والمناطق الريفية على حد سواء؛ وتحويل الاقتصاد العالمي إلى اقتصاد يحافظ على مستقبل الكوكب ويضمن مستقبلا مشتركا تصان فيه كرامة جميع الناس ورفاههم.

المحتويات

الصفحة

١٠	.....	أولا - مقدمة: إطار جديد للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤
٢٢	.....	ألف - إعمال حقوق الإنسان
٢٦	.....	باء - المنهجية، ومصادر البيانات، وهيكل التقرير
٣٠	.....	ثانيا - الكرامة وحقوق الإنسان
٣١	.....	ألف - أبعاد الفقر المتعددة
٣٩	.....	باء - تمكين المرأة والمساواة بين الجنسين
٦٧	.....	جيم - المراهقون والشباب
٩٣	.....	دال - كبار السن
١٠٧	.....	هاء - الأشخاص ذوو الإعاقة
١١٣	.....	واو - الشعوب الأصلية
١١٨	.....	زاي - انطباق عدم التمييز على الجميع
١٢٩	.....	حاء - التكلفة الاجتماعية للتمييز
١٣٣	.....	طاء - الكرامة وحقوق الإنسان: المجالات الرئيسية للعمل في المستقبل
١٣٦	.....	ثالثا - الصحة
١٣٧	.....	ألف - نهج قائم على حقوق الإنسان في مجال الصحة
١٣٨	.....	باء - بقاء الطفل
١٤١	.....	جيم - الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية
١٤٨	.....	دال - الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والصحة للشباب مدى الحياة
٢١٩	.....	هاء - الأمراض غير المعدية
٢٢٣	.....	واو - تغيير أنماط العمر المتوقع
٢٢٥	.....	زاي - عدم اكتمال خطة تعزيز النظم الصحية
٢٤٨	.....	حاء - الصحة: المجالات الرئيسية للعمل في المستقبل
٢٥٣	.....	رابعا - المكان والتنقل

٢٥٥	.....	الهيكـل المتغير للأسـر المعيشية	ألف -
٢٦٦	.....	الهجرة الداخلية والتوسع الحضري	باء -
٢٨٣	.....	الهجرة الدولية	جيم -
٢٩٤	.....	انعدام الأمن المكاني	دال -
٣٠٨	.....	المكان والتنقل: المجالات الرئيسية للإجراءات في المستقبل	هاء -
٣١٠	.....	الحوكمة والمساءلة	خامسا -
٣١٤	.....	إنشاء مؤسسات حكومية ذات صلة ببرنامج العمل	ألف -
٣١٨	.....	تعزيز قطاع المعارف ذات الصلة بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية	باء -
٣٣٥	.....	تهيئة الظروف القانونية والسياسية الملائمة للمشاركة والمساءلة	جيم -
٣٤٣	.....	التعاون والشراكات والاتساق	دال -
٣٥٣	.....	تدفقات الموارد المالية	هاء -
٣٥٨	.....	إطار الرصد لما بعد عام ٢٠١٤	واو -
٣٥٩	.....	الحوكمة والمساءلة: مجالان من مجالات العمل الرئيسية	زاي -
٣٦١	.....	الاستدامة	سادسا -
٣٦٢	.....	تباين الديناميات السكانية	ألف -
٣٦٥	.....	العوامل الدافعة لتغير المناخ ومخاطره	باء -
٣٧٠	.....	الآثار السلبية المترتبة على عدم المساواة في تحقيق التنمية المستدامة	جيم -
٣٧٣	.....	المسارات المؤدية إلى الاستدامة: السكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤	دال -
٣٨٢	.....	ما بعد عام ٢٠١٤	هاء -

الجدول

١٨١	.....	٢٠٠٦-٢٠٠١	١ - عدد حالات الإجهاض القانوني في البلدان التي يُبلِّغ فيها عن كل الحالات تقريبا، للفترة
٢٢٨	.....	٢٠٠٦	٢ - تقديرات النقص الحاد في الأطباء والمرضات والقابلات حسب المنطقة، ٢٠٠٦

٢٦٨	٣ - الاتجاهات والتوقعات في عدد السكان في المناطق الحضرية والريفية حسب فئات التنمية، الفترة ١٩٥٠-٢٠٥٠
٣٣١	٤ - إجراء تقييمات الوضع، حسب الموضوع والمنطقة ونطاق التغطية
٣٣٩	٥ - النسبة المئوية من الحكومات التي تعالج مسألة المشاركة السياسية حسب الفئات السكانية
٣٥٧	٦ - تقديرات النفقات الداخلية على الصعيد العالمي على أربعة عناصر من برنامج العمل، ٢٠١١ ...
الأشكال	
١٨	١ - الركائز المواضيعية للسكان والتنمية
٣٦	٢ - هرم الثروة العالمية
٣٧	٣ - توزيع المكاسب المطلقة في الدخل على الصعيد العالمي بحسب جزء العشرين من السكان، ١٩٨٨-٢٠٠٨
٤٢	٤ - نسبة العاملين لحساب الذات والعاملين كمساهمين لدى الأسر إلى مجموع العاملين حسب المنطقة، ١٩٩١-٢٠١٢
٤٨	٥ - تأييد المساواة بين الجنسين في التعليم الجامعي، ومديرات الأعمال التجارية والقيادات النسائية السياسية ولحق المرأة في العمل على قدم المساواة مع الرجل، حسب المنطقة، ٢٠٠٤-٢٠٠٩ ...
٥٥	٦ - الاتجاهات في مواقف الرجال إزاء "ضرب الزوجة"
٦٢	٧ - النسبة المئوية للفتيات والنساء بين سن ١٥ و ٤٩ عاما اللاتي خضعن لعملية تشويه/بتر الأعضاء التناسلية، حسب البلد
٦٨	٨ - الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة الشباب (١٠ أعوام - ٢٤ عاما)، على الصعيد العالمي وحسب المناطق، ١٩٥٠-٢٠٥٠
٧٧	٩ - معدل خصوبة المراهقات والمعدل الصافي للالتحاق بالمدارس التعليم الثانوي حسب المنطقة، ٢٠٠٥-٢٠١٠
٨٠	١٠ - المعدل الصافي المعدّل للالتحاق بالمدارس التعليم الابتدائي حسب المنطقة، ١٩٩٩-٢٠٠٩
٨٢	١١ - معدلات إتمام مرحلة التعليم الابتدائي حسب المنطقة ونوع الجنس، ١٩٩٩-٢٠٠٩
٨٩	١٢ - نسبة عمالة الشباب إلى عدد السكان حسب المنطقة، ١٩٩١-٢٠١١
٩٤	١٣ - الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة كبار السن (فوق ٦٠ سنة)، على الصعيد العالمي وحسب المناطق، ١٩٥٠-٢٠٥٠

- ١٤ - مشاركة كبار السن في القوة العاملة كنسبة من مجموع السكان البالغين من العمر ٦٥ سنة فأكثر بحسب المنطقة، ١٩٨٠-٢٠٠٩ ١٠٣
- ١٥ - مشاركة كبار السن البالغين من العمر ٦٥ سنة فأكثر في القوى العاملة على مستوى العالم بحسب نوع الجنس، ١٩٨٠-٢٠٢٠ ١٠٤
- ١٦ - التعصب العام تجاه فئات سكانية مختارة، حسب المنطقة، ٢٠٠٤-٢٠٠٩ ١٢٧
- ١٧ - النسبة المئوية للحكومات التي تتصدى للتمييز ضد المهاجرين والمعوقين وكبار السن والفتيات الحوامل ١٣٢
- ١٨ - معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة والرُّضّع وحديثي الولادة للفترة ١٩٩٠-٢٠١٠ ١٣٩
- ١٩ - مجموع عدد سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة التي تعزى إلى الظروف الصحية الجنسية والإنجابية في صفوف الذكور والإناث (من جميع الأعمار)، في جميع أنحاء العالم وحسب المنطقة، في الفترة ١٩٩٠-٢٠١٠ ١٤١
- ٢٠ - معدلات الوفيات بين الشباب (لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة) الناجمة أسباب متصلة بالأمومة وأمراض معدية وغير معدية وإصابات ١٥٠
- ٢١ - الاتجاهات في النسبة المئوية للنساء اللاتي استخدمن رفالاً في آخر جماع ممن لم يسبق لهن الزواج قط وتتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ عاماً ١٥٣
- ٢٢ - الاتجاهات في النسبة المئوية للرجال الذين استخدموا واقياً ذكرياً في آخر جماع ممن لم يسبق لهم الزواج قط وتتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عاماً ١٥٤
- ٢٣ - اتجاهات في معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة في شمال وغرب أفريقيا حسب الشريحة الخمسية لثراء الأسر المعيشية ١٦٦
- ٢٤ - اتجاهات في معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة في شرق وجنوب ووسط أفريقيا حسب الشريحة الخمسية لثراء الأسر المعيشية ١٦٧
- ٢٥ - اتجاهات في معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة في الأمريكتين حسب الشريحة الخمسية لثراء الأسر المعيشية ١٦٨
- ٢٦ - اتجاهات في معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة في آسيا حسب الشريحة الخمسية لثراء الأسر المعيشية ١٦٩
- ٢٧ - توزيع النسبة المئوية للنساء من الفئة العمرية ١٥ إلى ٤٩ سنة، بحسب وسيلة منع الحمل المستخدمة، مع إبراز وسائل منع الحمل الوحيدة السائدة في بلدان مختارة ١٧٣

- ٢٨ - معدلات الإنهاء المتعمد للحمل واستخدام أقراص منع الحمل بين النساء في سن الإنجاب، إيطاليا،
١٧٨ الفترة ١٩٧٨-٢٠٠٢
- ٢٩ - حالات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة يتراوح عمرها بين ١٥ و ٤٤ عاماً، التقديرات الإقليمية
١٨٠ المرجحة للأعوام ١٩٩٥ و ٢٠٠٣ و ٢٠٠٨
- ٣٠ - عدد حالات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٤ سنة، في مجموعة
١٨١ مختارة من البلدان الأوروبية حيث الإجهاض متاح قانوناً، للفترة الممتدة بين عامي ١٩٩٦
و ٢٠٠٣
- ٣١ - معدل الوفيات النفاسية حسب البلدان، ٢٠١٠
- ٣٢ - الاتجاهات في خدمات القابلات الماهرات عند الولادة في الأمريكتين حسب خميسات الثروة
١٩٨
- ٣٣ - الاتجاهات في خدمات القابلات الماهرات عند الولادة في آسيا حسب خميسات الثروة
١٩٩
- ٣٤ - الاتجاهات في خدمات القابلات الماهرات عند الولادة في شمال وغرب أفريقيا حسب خميسات الثروة
٢٠٠
- ٣٥ - الاتجاهات في خدمات القابلات الماهرات عند الولادة في شرق ووسط أفريقيا وفي أفريقيا الجنوبية
٢٠١ حسب خميسات الثروة للأسر المعيشية
- ٣٦ - العلاقة بين كثافة مرافق الرعاية التوليدية الطارئة لكل ٢٠٠٠٠ مولود ومعدل الوفيات النفاسية .
٢٠٣
- ٣٧ - تغطية تقديرية للنساء اللاتي يامكانهن الوصول إلى خدمات وقف التزيف بعد الولادة، في المناطق
٢٠٥ الحضرية والريفية، في بلدان مختارة من أفريقيا لعام ٢٠٠٥
- ٣٨ - تغطية تقديرية للنساء اللاتي يامكانهن الوصول إلى خدمات وقف التزيف بعد الولادة، في المناطق
٢٠٥ الحضرية والريفية، في بلدان مختارة من آسيا لعام ٢٠٠٥
- ٣٩ - تغطية تقديرية للنساء اللاتي يامكانهن الوصول إلى خدمات وقف التزيف بعد الولادة، في المناطق
٢٠٦ الحضرية والريفية، في بلدان مختارة من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي لعام ٢٠٠٥
- ٤٠ - النسبة المئوية لمتلقيات الرعاية السابقة للولادة الذين تجرى لهم فحوص للكشف عن الإصابة
٢١٠ بالزهري في الزيارة الأولى، أحدث البيانات المتاحة منذ عام ٢٠٠٥
- ٤١ - انتشار البدانة، لدى البالغين من العمر ٢٠ عاماً وما فوق، المعدلات المعيارية حسب السن، كلا
٢٢٠ الجنسين، في عام ٢٠٠٨
- ٤٢ - كثافة الأطباء والمرضات والقابلات، المناطق الحضرية والريفية، في بلدان مختارة، لعام ٢٠٠٥
٢٣١
- ٤٣ - النسبة المئوية للولادات التي تتم تحت إشراف أشخاص متخصصين، مناطق مختارة، للعامين
٢٣٣ ٢٠٠٠ و ٢٠٠٥، ولعام ٢٠١٥ (نسبة متوقعة)
- ٤٤ - توجهات نسبة الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد، حسب المنطقة
- ٢٥٧

- ٢٥٨ - ٤٥ - توجهات نسبة الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد، حسب الفئة العمرية
- ٢٦٠ - ٤٦ - متوسط السن عند الزواج حسب نوع الجنس، ١٩٧٠-٢٠٠٥
- ٢٦٥ - ٤٧ - الاتجاهات في نسبة الأطفال (من صفر إلى ١٤ سنة) ممن يعيشون في أسر معيشية بها والد وحيد، حسب المنطقة
- ٢٧٠ - ٤٨ - توزيع سكان الحضر في العالم حسب فئة حجم المدينة، الفترة ١٩٧٠-٢٠٢٥
- ٢٨٦ - ٤٩ - المهاجرون الدوليون حسب مناطق المنشأ ومناطق المقصد الرئيسية، لعام ٢٠١٣
- ٣٠٥ - ٥٠ - المشردون داخليا بسبب النزاع المسلح أو العنف أو انتهاكات حقوق الإنسان، الفترة ١٩٨٩-٢٠١١
- ٣١٥ - ٥١ - المؤسسات المنشأة لمعالجة مسائل السكان، والنمو الاقتصادي المطرد، والتنمية المستدامة، حسب فئة الدخل التي تنتمي إليها البلدان، وسنة إنشائها
- ٣١٥ - ٥٢ - المؤسسات المنشأة لتلبية احتياجات المراهقين والشباب، حسب فئة الدخل التي تنتمي إليها البلدان، وسنة إنشائها
- ٣١٥ - ٥٣ - المؤسسات المنشأة لمعالجة مسألة المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، حسب فئة الدخل التي تنتمي إليها البلدان، وسنة إنشائها
- ٣١٦ - ٥٤ - المؤسسات المنشأة لمعالجة مسألة التعليم، حسب فئة الدخل التي تنتمي إليها البلدان، وسنة إنشائها
- ٣١٧ - ٥٥ - نفقات المانحين المتعلقة بأربعة عناصر من برنامج العمل، للفترة ١٩٩٧-٢٠١١

أولا - مقدمة: إطار جديد للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤

١ - التنمية هي توسيع فرص الإنسان وحرية، وذلك تعريف متأصل في التزام جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بحقوق الإنسان العالمية وكرامة جميع الأشخاص. وهي تمثل تطلعا مشتركا للحكومات والمواطنين إلى ضمان تحرر جميع الأشخاص من العوز والخوف، واستفادتهم من الفرص والترتيبات الاجتماعية لتنمية قدراتهم الفريدة والمشاركة بصورة كاملة في المجتمع والتمتع بالرفاهية^(١).

٢ - وقد عكس برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية^(٢) توافقا ملحوظا في الآراء بين مختلف البلدان على أن زيادة المساواة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، بما في ذلك وضع تعريف شامل للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية^(٣) يعزز حقوق الإنسان للنساء والفتيات، كانت ولا تزال هي أساس رفاه الأفراد، وانخفاض النمو السكاني، وترقيق النمو الاقتصادي المطرد، والتنمية المستدامة.

٣ - وتؤيد الأدلة المقدمة في الاستعراض العملي، الذي طلبت الجمعية العامة إجراءه في قرارها ٢٣٤/٦٥، تأييدا شديدا صحة مؤدى ذلك التوافق. ففي الفترة من عام ١٩٩٠ إلى عام ٢٠١٠، تراجع عدد الأشخاص الذين يعيشون في فقر مدقع في البلدان النامية بمقدار النصف كنسبة من مجموع السكان (من ٤٧ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ٢٢ في المائة في عام ٢٠١٠)، وهو ما يعني انخفاض ذلك العدد بنحو ٧٠٠ مليون شخص^(٤). وحصلت المرأة على المساواة في مجال التعليم الابتدائي في غالبية البلدان^(٥)، وانخفضت وفيات الأمومة بنسبة

(١) A. Sen, *Development as Freedom* (New York, Knopf, 1999).

(٢) تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ٥-١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.95.XIII.18)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق.

(٣) تعرّف الفقرة ٧-٢ من برنامج العمل للصحة الإنجابية باعتبارها "حالة تتمثل في المعافاة التامة من الأمراض البدنية والعقلية والاجتماعية وليس في مجرد انعدام الأمراض أو العاهات، في جميع المسائل ذات الصلة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. ومن ثم تعني الصحة الإنجابية ضمنا قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية إيجابية وأمنة...". وتنص الفقرة ٧-٤ على أن "يسترشد تنفيذ برنامج العمل بالتعريف الشامل للصحة الإنجابية، الذي يتضمن الصحة الجنسية". واستنادا إلى هذه الفقرة والفقرة ٧-٣ التي تنص على أن "... الحقوق الإنجابية تشمل بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلا في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من الوثائق الأخرى المعتمدة بتوافق الآراء"، تستمد تعاريف الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية من الحقوق المنصوص عليها في تعريف الصحة الإنجابية.

(٤) تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١٣ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.13.I.9).

(٥) منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، الأطلس العالمي للمساواة بين الجنسين في التعليم (باريس، ٢٠١٢)؛ وصندوق الأمم المتحدة للسكان، الزواج في سن جد مبكرة: إنهاء زواج الأطفال (نيويورك، ٢٠١٢)؛ والأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١١)، السياسات المتعلقة بالخصوبة في العالم، ٢٠١١.

٤٧ في المائة^(٦)، وانخفض معدل الخصوبة على الصعيد العالمي بنسبة ٢٣ في المائة^(٧). إلا أن الاستعراض يبين بوضوح أيضاً أن التقدم المحرز اتسم بالتفاوت والتجزؤ، وأنه قد ظهرت تحديات وحقائق وفرص جديدة.

التفاوت في التقدم المحرز

٤ - تشير البحوث إلى وجود ارتباط كبير بين تعليم البنات وتحسن صحة الأسر وزيادة معدلات نمو الناتج المحلي الإجمالي^(٨) وقد كان دخول المرأة قطاع الصناعات التحويلية للصادرات في شرق وجنوب آسيا، ضمن عوامل أخرى، قوة دافعة أساسية للنمو الاقتصادي، وساهم في حدوث تحول في تركيز الثروة العالمية من الغرب إلى الشرق^(٩). وتسهم المكاسب التي تحققت في مستوى تعليم البنات في نجاح آسيا وأمريكا اللاتينية في الاقتصاد القائم على المعرفة^(١٠).

٥ - بيد أن الإيمان بفكرة المساواة بين الجنسين، والالتزام بها، ليس عاملاً^(١١) ولا يزال التمييز والعنف القائم على نوع الجنس آفتين يعاني منهما معظم المجتمعات^(١٢). وعلاوة على التمييز الذي تتعرض له النساء والفتيات، تظل هناك حالات من عدم المساواة يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة، والمنتسبون إلى الشعوب الأصلية، والأقليات العرقية والإثنية، والأشخاص ذوو الميول الجنسية والهويات الجنسية المتنوعة، وغيرهم من الأشخاص.

(٦) World Health Organization (WHO) and others, *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010—WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates* (World Health Organization, Geneva, 2012)

(٧) يُحسب الانخفاض في معدل الخصوبة الإجمالي باستخدام تقديرات النقاط للسنتين ١٩٩٠ و ٢٠١٠ من التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢ (ST/ESA/SER.A/336).

(٨) United Nations Millennium Project, Task Force on Education and Gender Equality, (2005). *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, (London, Earthscan, 2005)

(٩) United States of America. Office of the Director of National Intelligence, (2008). *Global Trends 2025: A Transformed World*. NIC 2008-003. US Government Printing Office: (Washington, D.C., Government Printing Office, 2008)

(١٠) المرجع نفسه.

(١١) المرأة في العالم ٢٠١٠: اتجاهات وإحصاءات (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.10.XVII.11). بيانات محللة من الدراسة الاستقصائية للقيم العالمية (www.worldvaluessurvey.org).

(١٢) C. Garcia-Moreno and others, *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses* (Geneva, World Health Organization, 2005); C. Garcia-Moreno and others, *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence* (Geneva, World Health Organization, 2013)

وفي حين كانت إحدى الرسائل الأساسية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية أعمال حق جميع الأشخاص في التنمية، فإن استمرار التفاوت، داخل البلدان وفيما بينها، ألقى بظلاله على صعود الطبقة الوسطى على الصعيد العالمي^(١٣). وتحققت مكاسب هامة في مجالي الصحة وطول العمر إلا أنها ليست موزعة بالتساوي بين الناس ولا هي متاحة للكثيرين.

٦ - ورغم أن التقدم المحرز في مجال صحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة في العقدين الماضيين كان كبيراً فقد توفيت ٨٠٠ امرأة كل يوم لأسباب تتعلق بالحمل أو الولادة في عام ٢٠١٠^(١٤) وخضع ما يقدر بـ ٨,٧ ملايين شابة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ سنة في البلدان النامية لعمليات إجهاض غير مأمونة في عام ٢٠٠٨^(١٥). وأدى ظهور العقاقير المضادة للفيروسات العكوسة إلى تفادي ٦,٦ ملايين حالة وفاة بسبب فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، بما في ذلك ٥,٥ ملايين حالة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، ولكن في عدد كبير جدا من البلدان تظل معدلات الإصابة تتزايد أو لم تعد تتراجع^(١٦). وبوجه عام، لا يمكن توقع تحقيق مكاسب من أي "حلول سحرية" توفرها التقنيات، إلا في نطاقات ضيقة للغاية، دون إدخال تحسينات مهمة على النظم الصحية في البلدان الفقيرة^(١٧) والتصدي للفقير الهيكلي ولانتهاكات حقوق الإنسان.

٧ - وشهد العديد من البلدان التي وقّعت أثناء مسيرتها الإنمائية في "شرك" سوء الحوكمة أو إهدار الثروة من الموارد الطبيعية أو نقص الشركاء التجاريين أو التزاعات، والتي يتراوح عددها بين ٥٠ و ٦٠ بلدا ويعيش فيها ما يقدر بـ ١٩٩٤ مليون شخص، تحقيق مكاسب محدودة فحسب في الصحة والرفاه منذ عام ١٩٩٤، ويُتوقع أن يصبح بعضها أكثر فقرا

(١٣) H. Kharas, "The emerging middle class in developing countries", OECD Development Centre Working Paper No. 285 (Paris, OECD Publishing, 2010); F. H.G. Ferreira and others, *Economic Mobility and the Rise of the Latin American Middle Class* (Washington, D.C., World Bank, 2013)

(١٤) منظمة الصحة العالمية وآخرون، اتجاهات في وفيات الأمومة (انظر الحاشية ٦ أعلاه) صندوق الأمم المتحدة للسكان، "الولادة ينبغي ألا تكون مسألة حياة أو موت"، صحيفة وقائع صندوق الأمم المتحدة للسكان (كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢)، المتاحة على العنوان الإلكتروني التالي: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/EN-SRH%20fact%20sheet-LifeandDeath.pdf>

(١٥) I. H. Shah and E. Ahman, E, "Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: High burden among young women", *Reproductive Health Matters*, vol. 20, No. 39 (2012), pp. 169-172

(١٦) برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، تقرير البرنامج عن الوباء على الصعيد العالمي لعام ٢٠١٣ (جنيف، ٢٠١٣).

(١٧) منظمة الصحة العالمية، مسألة تم الجميع: تعزيز النظم الصحية لتحسين النتائج الصحية - إطار عمل منظمة الصحة العالمية (جنيف، ٢٠٠٧).

في الوقت الذي يتوقع فيه بقية سكان العالم تحسن سبل عيشهم^(١٨). وهذه البلدان، وكذلك الفئات السكانية الفقيرة داخل البلدان الغنية^(١٩)، هي التي لم يحرز فيها منذ عام ١٩٩٤ سوى تقدم طفيف في وضع المرأة ووفيات الأمومة وزواج الأطفال وفي كثير من الشواغل الأخرى التي تناولها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وهي التي لا تزال فيها الأعمار المتوقعة منخفضة بصورة غير مقبولة^(٢٠). وتكون الأخطار التي تهدد بقاء المرأة على قيد الحياة شديدة للغاية في ظروف الفقر الهيكلي نتيجة لانعدام إمكانية حصولها على الخدمات الصحية، لا سيما خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والأعباء الجسدية البالغة المتمثلة في إنتاج الغذاء والإمداد بالماء والعمل غير المدفوع الأجر التي تقع على النساء الفقيرات أكثر من غيرهن.

التحديات والحقائق والفرص الجديدة

٨ - أدى الانخفاض الحاد في معدل الخصوبة العالمي منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى انخفاض في معدل النمو السكاني، ومع ذلك فنظرا جزئيا للقصور الديمغرافي تجاوز عدد سكان العالم حد الـ ٧ بلايين نسمة في أواخر عام ٢٠١١، وتشير إسقاطات الأمم المتحدة للمتغير المتوسط إلى أن عدد سكان العالم سيبلغ ٨,٤ بلايين نسمة بحلول عام ٢٠٣٠^(٢١).

٩ - وتتسم الاتجاهات السكانية اليوم بقدر كبير من التنوع بين مختلف المناطق والبلدان. فمعظم البلدان المتقدمة النمو وعدة بلدان نامية تشهد شيخوخة سكانها، مع تراجع في نسب الشباب والكبار في سن العمل. وحتى في البلدان الفقيرة، سيؤدي انخفاض معدلات الخصوبة في نهاية المطاف إلى شيخوخة السكان، وسيكون ارتفاع نسبة المسنين الواضح في أوروبا والبلدان المتقدمة النمو في آسيا اليوم سمة في أنحاء كثيرة من العالم بحلول عام ٢٠٥٠^(٢٢).

١٠ - وفي المقابل، تنحصر معدلات الخصوبة الإجمالية المرتفعة، البالغة أكثر من ٣,٥ أطفال لكل امرأة، في الوقت الحالي في ٤٩ بلدا فقيرا، معظمها في أفريقيا وجنوب آسيا، وهو ما يشكل أقل من ١٣ في المائة من سكان العالم. ولا تزال هذه البلدان وغيرها

(١٨) P. Collier, P., (2007) *The Bottom Billion: Why the Poorest Countries Are Failing and What Can Be Done About It* (New York, City: Oxford University Press, 2007).

(١٩) Paul Collier, op. cit.; *State of World Population 2002: People, Poverty and Possibilities* (United Nations publication, Sales No. E.02.III.H.1).

(٢٠) صندوق الأمم المتحدة للسكان. الزواج في سن جد مبكرة: إنهاء زواج الأطفال (انظر الحاشية ٥ أعلاه)؛ منظمة الصحة العالمية وآخرون، الاتجاهات في وفيات الأمومة (انظر الحاشية ٦ أعلاه).

(٢١) التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢ (انظر الحاشية ٧ أعلاه).

(٢٢) المرجع نفسه.

من البلدان النامية تتسم بزيادة نسب الشباب والأشخاص في سن العمل، وهو وضع يمكن أن يسفر، في الظروف المناسبة (بما في ذلك وقوع تراجع في معدلات الخصوبة) عن مكسب ديمغرافي مؤقت، ولكنه في الوقت نفسه يفرض على الحكومات تحدياً يتمثل في ضرورة أن تكفل إتاحة فرص التعليم والعمل بمستويات كافية^(٢٣).

١١ - ويتيح تراجع معدلات الخصوبة فرصة للبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل لتحقيق نمو اقتصادي سريع بشكل غير مألوف نظراً لأن نسبة السكان في سن العمل مرتفعة بصورة غير مسبقة، قياساً إلى عدد الأطفال والعاملين الأكبر سناً. فالشباب بإمكانهم، إذا أُتيحت لهم فرص التعليم والعمل، أن يساعدوا في زيادة النمو الاقتصادي والتنمية. وسوف تشهد منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى زيادة سريعة جداً في العقد القادم في عدد السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥ و ٥٩ سنة^(٢٤).

١٢ - وقد أدت إمكانية حصول الشباب على هواتف محمولة واستخدامهم للإنترنت اليوم إلى زيادة تطلعاتهم إلى حياة لم يكن بوسعهم تصورها سابقاً وعرف العديد منهم بفضل ذلك حقوق الإنسان الواجبة لهم وأوجه عدم المساواة التي يتعرضون لها^(٢٥). ويتطلب استثمار تلك التطلعات ضخ استثمارات كبيرة في مجالي التعليم والصحة الإنجابية، مما يمكن الشباب من تأخير إنجاب الأطفال واكتساب التدريب اللازم لكي يعيشوا حياة طويلة ومنتجة في إطار اقتصاد جديد. ونظراً لأنهم سيكونون أيضاً في نهاية المطاف جزءاً من المجتمع الشائع، فسيحتاجون إلى فرص للتعلم مدى الحياة وفرص للمشاركة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية طيلة حياتهم. وسيحتاجون أيضاً إلى المهارات اللازمة ليكونوا حراساً للكوكب وللموروث البيئي المتروك لهم.

١٣ - إننا نعيش في زمن من السلام النسبي على الصعيد العالمي. فرغم أن العالم شهد انخفاضاً شديداً في الحروب بين الدول منذ نهاية الحرب الباردة^(٢٦)، ففي العقدين التاليين بعد عام ١٩٩٤، أصبح التمييز الراسخ على أساس القيم الدينية والسياسية جلياً أكثر فأكثر

(٢٣) التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢ - الملامح الرئيسية والجداول الأولية (ESA/P/WP.228).

(٢٤) التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢ (انظر الحاشية ٧ أعلاه).

(٢٥) N. Halewood N and C. Kenny, C. (2008). "Young Ppeople and ICTs in Ddeveloping Ccountries". (Washington, D.C., The World Bank, 2008). Available from Washington D.C. Retrieved from: http://www.cto.int/wp-content/themes/solid/_layout/dc/k-r/youngsub.pdf

(٢٦) L. Themnér , Lotta and Peter Wallensteen, 2013. "Armed conflicts, 1946-2012," *Journal of Peace Research*, Vol. 50, No. 4 (2013), pp. 509-521.

إذ باتت حقوق الإنسان للنساء والفتيات واستقلاليتهم في كثير من الأحيان أساسا للاختلاف الأيديولوجي^(٢٧). ولا يوجد بلد واحد في العالم تتساوى فيه النساء بصورة كاملة مع الرجال في القوة السياسية أو الاقتصادية. لكن وفي حين يحرز معظم الدول تقدما (وإن كان بطيئا) نحو تحقيق المساواة بين الجنسين^(٢٨)، فإن عددا من الدول يشهد تقييد حقوق المرأة واستقلاليتها^(٢٩).

١٤ - وقد كان نطاق الهجرة الداخلية، التي هي استجابة عادية لانعدام المساواة الهيكلية وجزء لا يتجزأ من عملية التنمية، أضيق كثيرا في عام ١٩٩٤، لكن بحلول عام ٢٠٠٨ أصبح أكثر من نصف سكان العالم يقطنون المناطق الحضرية^(٣٠) وباتت المدن والبلدات تنمو الآن بمعدل يُقدر بـ ١,٣ مليون شخص في الأسبوع^(٣١)، نتيجة لكل من الزيادة الطبيعية والهجرة. ويعني تزايد التنقل، داخل البلدان وفيما بينها، أن الناس يعيشون الآن في عالم يزداد ترابطا. ويعد النمو السريع لسكان المناطق الحضرية أحد التحولات الديمغرافية الرئيسية في هذا القرن، وستكون هناك حاجة ماسة إلى قيادة دولية ووطنية ودون وطنية حتى تصبح المدن أماكن للابتكار والنمو الاقتصادي والرفاه لجميع القاطنين. وفي حين يمثل تزايد الهجرة الداخلية للشباب إلى المناطق الحضرية^(٣٢) مكاسب في القدرة على التحرك والحرية والفرص، فإن المهاجرين يتعرضون لمجموعة من أوجه الهشاشة، حيث يعيشون في كثير من الأحيان في ظروف رهيبية، دون أن يكون لهم سكن مضمون أو دعم اجتماعي أو إمكانية اللجوء إلى القضاء. وتحمل الهجرة أيضا في طياتها فرصا ومخاطر خاصة للشابات، حيث تتيح لهن فرصة الحصول على التعليم العالي ودخول سوق العمل، في حين يمكن أن يؤدي انعدام الأمن السكني إلى زيادة مخاطر العنف الجنسي واعتلال الصحة الإنجابية^(٣٣).

(٢٧) "Religion, politics and gender equality", UNRISD Research and Policy Brief No. 11 (Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2011). وهو متاح على العنوان الإلكتروني التالي: www.unrisd.org

(٢٨) المرأة في العالم ٢٠١٠: اتجاهات وإحصاءات (انظر الحاشية ١١ أعلاه).

(٢٩) Human Rights Watch, (2013). *World Report 2013: Events of 2012* (New York, Seven Stories Press, 2013)

(٣٠) آفاق التحضر في العالم، تنقيح عام ٢٠١١ (ST/ESA/SER.A/322).

(٣١) متوسط النمو الأسبوعي المقدر لمجموع سكان المناطق الحضرية في الفترة بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٠، مستمد من آفاق التحضر في العالم، تنقيح عام ٢٠١١.

(٣٢) M. Bell M and S. Muhidin, S. (2009). *Cross-National Comparison of Internal Migration*, Human Development Reports, Research Paper 2009/30 (United Nations Development Programme, July 2009)

(٣٣) M. Temin and others, *Girls on the Move: Adolescent Girls and Migration in the Developing World - A Girls Count Report on Adolescent Girls*. (New York, Population Council, 2013).; A. M. Gaetano and T. AM, Jacka, T, eds., (2004) *On the Move: Women and Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (New York, Columbia University Press, 2004)

١٥ - وقد أصبحت الهجرة الدولية سمة أساسية من سمات العولمة في القرن الحادي والعشرين. ويعيش حالياً نحو ٢٣٠ مليون شخص، أي ٣ في المائة من سكان العالم، خارج بلدانهم الأصلية، وقد جذبهم إلى الخارج ظروف المعيشة والعمل الأفضل، ودفعهم إلى الهجرة الفوارق الاقتصادية والاجتماعية والديمقراطية والتراعات والعنف. وعندما تكون حقوق المهاجرين مصنونة فإنهم يستطيعون العيش بكرامة وأمن، ويكونون بالتالي أكثر قدرة على المساهمة في مجتمعاتهم المضيفة وبلدانهم الأصلية، على الصعيدين الاقتصادي والاجتماعي، من المهاجرين الذين يتعرضون للاستغلال والتهميش.

١٦ - وصاحبت النمو الاقتصادي العالمي زيادة كبيرة في انبعاثات غازات الدفيئة. ففي عام ٢٠١٣، تجاوز تركيز ثاني أكسيد الكربون في الغلاف الجوي حداً طالما كانت هناك خشية من تجاوزه، وهو ٤٠٠ جزء من كل مليون، وذلك للمرة الأولى في ٣ ملايين سنة^(٣٤)، مما يوحي بأن فرصنا في إبقاء ارتفاع المتوسط العالمي لدرجات الحرارة في الكوكب دون درجتين مئويتين فوق مستويات ما قبل الصناعة، تتلاشى بسرعة^(٣٥). وتصبح الحاجة إلى قيادة عالمية في مجال الاستدامة البيئية أكثر إلحاحاً كل يوم.

التنفيذ الجزأ لبرنامج العمل

١٧ - كانت السمة المميزة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية هي شموليته، ما أتاح مشاركة المجتمع المدني بمستوى غير مسبوق سواء خلال العملية التحضيرية أو خلال منتديات المنظمات غير الحكومية وأثناء المؤتمر نفسه، ووسع نطاق القضايا التي تم تناولها في الوثيقة الختامية. وتضمن برنامج العمل ١٦ فصلاً تحدد الأهداف والإجراءات الخاصة بما يزيد على ٤٤ بعداً من أبعاد السكان والتنمية، بما في ذلك مصالح الفئات السكانية المتمايزة، ودعوات الاستثمار في قدرات المرأة الشابة والاهتمام بالآثار المترتبة على الظواهر الديمغرافية، والإجراءات الموصى باتخاذها.

١٨ - وأتاحت مجموعة القضايا التي تناولها برنامج العمل إمكانية وضع جدول أعمال شامل ومتكامل. بيد أن الحكومات والوكالات الإنمائية كانت على صعيد الممارسة انتقائية واتبعت نهجاً قطاعياً في التنفيذ. فعلى سبيل المثال تجاهلت البرامج الرامية إلى تعزيز الحقوق

(٣٤) وزارة التجارة في الولايات المتحدة، الإدارة الوطنية لدراسة المحيطات والغلاف الجوي، مختبر بحوث نظم الأرض، شعبة الرصد العالمي، أحدث متوسط أسبوعي لمستويات ثاني أكسيد الكربون في مونا لاولو. مستمد من: www.esrl.noaa.gov/gmd/ccgg/trends/weekly.html في ٨ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٣.

(٣٥) Potsdam Institute for Climate Impact Research and Climate Analytics for the World Bank, *Turn Down the Heat: Why a 4°C Warmer World Must Be Avoided* (Washington, D.C., World Bank, November 2012).

الإيجابية نوعية الرعاية وعدم المساواة في الحصول على الخدمات. وبالمثل، لم تنجح الاستثمارات في المدن في استيعاب النمو السكاني الحضري واحتوائه على نحو فعال، وخلفت بالتالي أعدادا كبيرة من الفقراء الحضريين والفئات المهمشة الأخرى بدون تأمين للأرض والسكن ودون إمكانية الحصول على الخدمات ذات الأهمية الحيوية. وإضافة إلى ذلك، فرغم عقود من الاهتمام بالهجرة الدولية، لا يزال عدد كبير من المهاجرين، سواء أ كانوا موثقين أو ذوي أوضاع غير قانونية، يستبعدون من المشاركة الكاملة في المجتمعات المستقبلية لهم. وفي العديد من الأمثلة على صعيد قطاعات متعددة، لا تزال الجهود الإنمائية تفشل في كفالة احترام الجميع لحقوق الإنسان أو استمرارية الاستثمار في قدرات الأفراد المحرومين وصون كرامتهم طيلة أطوار حياتهم.

إرساء أساس للسكان والتنمية بعد عام ٢٠١٤

١٩ - أكدت الجمعية العامة، في قرارها ٢٣٤/٦٥ المتعلق باستعراض تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومتابعته بعد عام ٢٠١٤، على ضرورة اعتماد نهج منظم شامل ومتكامل في تناول قضايا السكان والتنمية من شأنه إتاحة التصدي للتحديات الجديدة ذات الصلة بالسكان والتنمية وبيئة التنمية المتغيرة وتعزيز إدماج خطة السكان والتنمية في العمليات العالمية ذات الصلة بالتنمية. وتشير نتائج واستنتاجات الاستعراض العملي إلى ضرورة وضع إطار جديد للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤، يستند إلى خمس ركائز مواضيعية هي: الكرامة وحقوق الإنسان، والصحة، والمكان والتنقل، والحوكمة والمساءلة، والاستدامة.

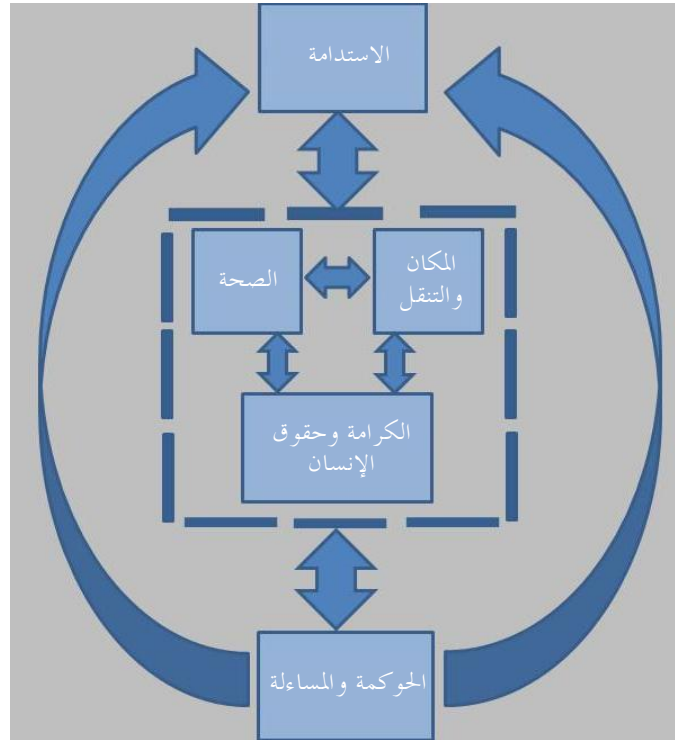
٢٠ - ويقر الإطار الجديد بأن دوافع التنمية وليدة التطلعات البشرية إلى الكرامة وحقوق الإنسان، وإلى الصحة الجيدة، وإلى أمن المكان والتنقل على حد سواء. وفي حين أن هذه التطلعات مترابطة، ويؤكد بعضها البعض، فإنها توفر ركائز مواضيعية متميزة لاستعراض المبادئ والأهداف والإجراءات العديدة الواردة في جميع فصول برنامج العمل. وبينما تناولت أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية العديد من الأبعاد المختلفة للرفاه عبر دورة حياة الإنسان والعديد من مجالات السكان والتنمية، فإن كلا منها يسهم، في المقام الأول، في تحقيق الكرامة وحقوق الإنسان، والصحة الجيدة، ومكان العيش الآمن والمأمون، والتنقل. ونظرا لأن احترام حقوق الإنسان وحمايتها وتعزيزها وإعمالها هي شروط مسبقة ضرورية لتحقيق جميع أهداف برنامج العمل التي لم يتم بلوغها، فإن صياغة الحقوق وإعمالها يشكلان معيارا حاسما لتحديد ما إذا كانت التطلعات قد تحققت ومدى تحققها والجهات المستفيدة منها.

٢١ - وعلاوة على ذلك، فإن الإطار يقر بأن الحكومات مسؤولة، باعتبارها جهات مكلفة بواجبات وأطراف فاعلة حيوية، عن تحقيق جميع الأهداف الإنمائية والتطلعات الواردة في برنامج العمل.

٢٢ - وأخيراً، وتمشيا مع الأهداف المبينة في برنامج العمل، ووفقاً لدعوة الجمعية العامة في قرارها ٢٣٤/٦٥ إلى التصدي للتحديات الجديدة ذات الصلة بالسكان والتنمية، يسلمت الإطار الضوء على الشواغل الخاصة التي تثيرها الأزمات البيئية الراهنة، وما تشكله أنماط الإنتاج والاستهلاك الحالية والانبعاثات من أخطار تهدد التنمية العادلة والاستدامة. ويرد في الشكل ١ بيان وإعادة تأكيد الرسالة الأساسية لبرنامج العمل وهي: أن الطريق إلى التنمية المستدامة يكون من خلال تحقيق الكرامة وحقوق الإنسان، والصحة الجيدة، وأمن المكان والتنقل للجميع على قدم المساواة، ومن خلال الإنجازات التي تتحقق عن طريق الحوكمة الرشيدة، وأن المسؤوليات في ظل الحوكمة تمتد لتشمل تعزيز الاستدامة المتكاملة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية على الصعيدين الوطني والعالمي من أجل توفير الفرص وتحقيق الرفاه للأجيال المقبلة.

الشكل ١

الركائز المواضيعية للسكان والتنمية



٢٣ - الكرامة وحقوق الإنسان - الدافع الرئيسي للاهتمام بالكرامة وحقوق الإنسان هو الجزم بأن إنجاز جدول الأعمال غير المكتمل للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية سيتطلب التزاما مشتركا ومركزا بحقوق الإنسان، وعدم التمييز، وتوفير الفرص للجميع. ويتعين أن تنص أي خطة للتنمية تهدف إلى تحقيق الرفاه الفردي والجماعي والاستدامة على ضمان الكرامة وحقوق الإنسان لجميع الأشخاص. وأكد المبدأ ١ من برنامج العمل أن جميع البشر يولدون أحرارا ومتساوين في الكرامة والحقوق، ويتمتعون بحقوق الإنسان والحريات المنصوص عليها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان دون تمييز من أي نوع. كما يرد تأكيد وتفصيل ذلك في معاهدات دولية، وصكوك إقليمية لحقوق الإنسان ودساتير وقوانين وطنية. ونظرا لضمان تلك الحقوق دون تمييز من أي نوع، فإن الالتزام بعدم التمييز والمساواة في الكرامة هو في صلب جميع معاهدات حقوق الإنسان. وقد جرى تعزيز هذا المبدأ في نتائج الاستعراضات الإقليمية وكذلك في الاجتماعات المواضيعية العالمية المعقودة بشأن برنامج العمل بعد عام ٢٠١٤. وأتاح الاستعراض العملي أيضا فرصة للتركيز على السؤال المتكرر لمعرفة ما إذا كانت الإنجازات التي تحققت منذ عام ١٩٩٤ قد أدت إلى توسيع نطاق الفرص والحقوق في جميع قطاعات المجتمع وعبر الأماكن المختلفة. وإدراكا لحقيقة أن الفقر هو سبب للاستبعاد الاجتماعي ونتيجة له في ذات الوقت، وأن التعليم الجيد هو السبيل إلى تمكين الفرد من القدرة على التحرك، يتم تناول موضوعي تفاوت الدخل ومكاسب التعليم منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في الفرع المتعلق بالكرامة وحقوق الإنسان.

٢٤ - الصحة - ليس من سبيل إلى إنكار الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، وأهمية الصحة الجيدة للتمتع بالكرامة وحقوق الإنسان، وأهمية تمتع السكان بالصحة من أجل التنمية المستدامة. وقد أقر المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالأهمية المحورية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في مجالي الصحة والتنمية. وتمتد خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية على مدى حياة النساء والرجال على السواء، وتوفر للأفراد والأزواج الحق في التحكم في المسائل المتصلة بصحتهم الجنسية والإنجابية واتخاذ قرارات حرة ومسؤولة بشأنها والقيام بذلك في مأمن من العنف والإكراه. وتعتبر الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية من الأمور الأساسية لجميع الناس، لا سيما النساء والفتيات، لتحقيق الكرامة والإسهام في إثراء المجتمع ونمائه، وفي النهوض بالابتكار وتحقيق التنمية المستدامة. وفي الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٠، تحول العبء في مجال الصحة على الصعيد العالمي نحو الأمراض غير المعدية والإصابات، بما فيها تلك الناجمة عن الشيخوخة. وفي الوقت نفسه، ظلت الأمراض المعدية والأمراض النفسية وأمراض التغذية وأمراض الأطفال حديثي الولادة موجودة في البلدان النامية، لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، وهي أمراض

يمكن الوقاية من الكثير منها. وبالرغم من الزيادة الإجمالية في مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية، ما زالت هناك تفاوتات داخل البلدان وفيما بينها، ما يزيد من إبراز أوجه عدم المساواة المستمرة الكامنة في نموذج إنمائي ما زال يخلف الكثيرين وراءه. وسوف يتوقف تحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية على مدى تعزيز النظم الصحية عن طريق توسيع نطاقها وتغطيتها وفق نهج شمولي.

٢٥ - المكان والتنقل - تشمل ركيزة المكان والتنقل البيئة الاجتماعية والمكانية التي نعيش فيها وتنقل في ربوعها. وتمثل أهمية المكان والتنقل كركيزة مواضيعية في ربط الاتجاهات والديناميات السكانية الواسعة النطاق - تشكيل وتكوين الأسر المعيشية، والتنقل الداخلي والتحضر، والهجرة الدولية، والأراضي والتروح - بتحقيق كرامة الأفراد ورفاههم والتنمية المستدامة على حد سواء. ويستعرض الفرع الرابع من هذا التقرير تغييرات التوزيع المكاني والاجتماعي للسكان منذ عام ١٩٩٤ ويقدم نهجاً لمراعاة هذه التغييرات في السياسات بحيث يمكن أن تدعم احتياجات البشر للسكن الآمن والمأمون واحتياجاتهم للتنقل. ويسلط الضوء أيضاً على الحاجة إلى ضمان الكرامة وحقوق الإنسان لأولئك الذين يتعرض حقهم في أمن الحيازة وحرية التنقل للخطر.

٢٦ - الحوكمة والمساءلة - تمثل الحوكمة والمساءلة الوسيلتين الرئيسيتين لتحقيق هذه الأهداف. وقد شهد العالم تحولات هامة في مجال توزيع السلطة والقيادة منذ عام ١٩٩٤، في ظل ازدياد تعددية الجهات الفاعلة على الصعيدين الوطني والمحلي، وعلى صعيد المجتمع المدني، والقطاع الخاص، وغيرها من الجهات الفاعلة من غير الدول. وتولّد عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية زخم على الصعيد الوطني لإنشاء وتجديد المؤسسات الكفيلة بمعالجة الديناميات السكانية، والتنمية المستدامة، والصحة الجنسية والإنجابية، واحتياجات المراهقين والشباب، والمساواة بين الجنسين. وشهدت السنوات العشر الماضية أيضاً زيادة كبيرة في المشاركة الرسمية للمستفيدين المستهدفين في تخطيط وتقييم الاستثمارات المتصلة بالسكان والتنمية وفي وضع المؤشرات المشتركة لقياس التنمية. وبينما يقوم العالم بإعادة تقييم الأهداف من أجل المستقبل، فإن إحراز تقدم في المشاركة يأتي في الصدارة، إلى جانب توليد المعارف واستخدامها، وتوفير الموارد الكافية وإبداء التعاون، والحاجة الماسة والمستمرة لقيادة عالمية لتنفيذ خطة السكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤. وقد اكتسبت النظم الدولية لحماية حقوق الإنسان سلطة واختصاصاً وقدرة على الرصد، بينما تزايدت المشاركة الرسمية للمجتمع المدني بوصفه قوة سياسية بشكل ملحوظ منذ عام ١٩٩٤، مما أسفر عن تحولات هامة في الاستثمارات القائمة على الحقوق. ومع ذلك، فإن السلطة السياسية للثروة الخاصة

أصبحت أكثر من أي وقت مضى تحمل من الوعد والوعيد للتنمية العالمية ما يقتضي وجود قيادة عالمية من القطاع العام أكثر تمثيلاً وخضوعاً للمساءلة.

٢٧ - الاستدامة - أخيراً، تؤكد ركيزة الاستدامة مجدداً الصلة القائمة بين الأهداف الواردة بيانها في الفقرات السابقة بشأن الكرامة وحقوق الإنسان، والصحة، والمكان والتنقل، والحوكمة، وتشدد على وجوب إيلاء الأولوية للتمييز وعدم المساواة في كلتا خطتي التنمية لما بعد عام ٢٠١٤ وما بعد عام ٢٠١٥ من أجل رفاه السكان ومن أجل موطننا المشترك، كوكب الأرض. وقد أدى النموذج الإنمائي الحالي إلى تحسين مستويات المعيشة وتوسيع نطاق الفرص للكثيرين، غير أن المكاسب الاقتصادية والاجتماعية اتسمت بتفاوت في توزيعها وكبدت البيئة خسائر بالغة. وتمس الآثار البيئية، بما في ذلك تغير المناخ، حياة جميع الناس، ولا سيما الفقراء والمهمشون، الذين لديهم موارد محدودة للتكيف في حين أنهم ساهموا بأقل قدر في التغيرات البيئية التي هي من فعل الإنسان. ويتناول هذا الفرع الصلة القائمة بين التنوع المتزايد للديناميات السكانية، والبيئة وعدم المساواة، ويستند إلى الركائز المواضيعية الأربع السابقة لي طرح مجموعة من السبل المؤدية إلى الاستدامة التي يمكن أن تساعد على تحقيق الكرامة وإعمال حقوق الإنسان للجميع بعد عام ٢٠١٤. ويعد النهج المتكامل والشامل للسكان والتنمية المعروض في هذا التقرير عنصراً أساسياً لتحقيق التنمية المستدامة، على النحو الذي حددته الدول الأعضاء والأمين العام في رؤيتهم لخطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥.

برنامج العمل لما بعد عام ٢٠١٤: بناء صرح الاستدامة العالمية على أساس كرامة الفرد وحقوق الإنسان

٢٨ - كما ظهر في المناقشات والسياسات المتعلقة بالسكان قبل انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أوليت الأولوية في أحيان كثيرة جداً للمخاوف العالمية الواسعة النطاق على حساب حقوق الإنسان وحرية الأفراد والمجتمعات، وفي أسوأ الحالات، استغلت هذه المخاوف لترير القيود المفروضة على حقوق الإنسان. وتنطوي المناقشات بشأن الاستدامة البيئية، وبشأن حفز النمو الاقتصادي في أعقاب الأزمة التي وقعت عام ٢٠٠٨، على خطر نشوء نفس العواقب. ويتحتم في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ الجمع بين عناصر الاستدامة البيئية والاقتصادية والاجتماعية سوية في مجموعة واحدة من التطلعات العالمية؛ وتتضمن نتائج واستنتاجات الاستعراض العملي دعوة إلى تحقيق التكامل بين هذه الأهداف التي كثيراً ما تكون متباينة.

٢٩ - وإن الأهمية البالغة لتغيير النموذج الذي حدث في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية - والتي أكدها لاحقا التقدم المحرز في العقدين التاليين - تكمن على وجه التحديد في إثبات ضرورة أن ينصب التركيز الأساسي للتطلعات الفردية والجماعية على حد سواء في مجال التنمية على كرامة الفرد وحقوق الإنسان. وبتحديث هذه المبادئ والمضي قدما في تنفيذها يمكن للحكومات أن تحقق الأهداف المحددة في عام ١٩٩٤ وأن تدفع عجلة التقدم صوب تهيئة مجتمع قادر على الصمود وتحقيق مستقبل مستدام للجميع. وتندرج في صميم هذه العملية بلورة القوانين والسياسات التي ستكفل احترام وحماية الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لجميع الأفراد، باعتبار ذلك شرطا لكفالة رفاه الأفراد وتحقيق الاستدامة.

٣٠ - وعلى النحو المبين في استنتاجات الاستعراض العملي التي يتم تناولها أدناه، تشترك معظم الدول الأعضاء في اعتناق مثل توسيع نطاق حقوق الإنسان وتنمية القدرات على نحو منصف، لا سيما لدى الشباب، وتفيد معظم الحكومات بأنهما وجهت جهودها إلى الحد من الفقر وتحسين وضع المرأة، وتوسيع نطاق التعليم، والقضاء على التمييز، وتحسين الصحة الجنسية والإنجابية والرفاه، وتبني مبدأ الاستدامة. بيد أن التقدم المحرز لم يسر على وتيرة واحدة، ويلاحظ بوضوح استمرار أوجه التفاوت على جميع النواحي. وستكون هناك حاجة إلى بذل الكثير من الجهد في العقود القادمة.

٣١ - وما فتئت الأهداف الإنمائية للألفية تمثل الإطار الإنمائي العالمي الموحد لما يقرب من ١٥ سنة. وبينما تنظر الأمم المتحدة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، تساهم الأهداف والمبادئ الواردة في برنامج العمل ونتائج الاستعراض العملي بعناصر هامة في أعمال حقوق الإنسان والمساواة والتنمية المستدامة.

ألف - أعمال حقوق الإنسان

٣٢ - في إطار تحليل الحالة المتعلقة بالرفاه الفردي المتوخى في برنامج العمل طرح تساؤل أساسي وهو إلى أي مدى كان التقدم المحرز عادلا في مختلف قطاعات المجتمع، وما مدى ما تم إعماله من حقوق الإنسان المؤكدة في برنامج العمل. وتماشيا مع الالتزام الأساسي في برنامج العمل بإيجاد عالم أكثر عدلا يكون فيه لجميع الأشخاص نصيب من الأمن والتعليم والثروة والرفاه، تناول الاستعراض العملي صراحة التفاوتات الاجتماعية والمكانية حيثما كان ذلك ممكنا.

٣٣ - وكانت الرؤية المشتركة التي عمادها التنمية وحقوق الإنسان ونظام عالمي يقوم على السلام والأمن أساسا ترتكز عليه الأمم المتحدة منذ إنشائها. وتنص الفقرة ٣ من المادة ١ من ميثاق الأمم المتحدة (١٩٤٥) على أن الغرض الرئيسي من المنظمة هو "تحقيق التعاون

الدولي على [...] تعزيز احترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية للناس جميعا والتشجيع على ذلك إطلاقا بلا تمييز بسبب الجنس أو اللغة أو الدين“. وأرسى الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (١٩٤٨) والعهدان الدوليان الملزمان الخاصان بحقوق الإنسان (١٩٦٦) قائمة موسعة بالحقوق المدنية والسياسية والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تلزم الدول الأعضاء باحترامها وحمايتها وإعمالها. وتطور نظام حماية حقوق الإنسان تطورا كبيرا منذ عام ١٩٤٨ فضم العديد من الاتفاقيات الدولية، إضافة إلى القرارات والإعلانات والمقررات والمبادئ. ونشأ نظام إقليمي متعاضم لحماية حقوق الإنسان في سبيل استكمال الجهود الدولية، وهو يوفر حماية للحقوق تستجيب لسياق كل منطقة على حدة.

٣٤ - وفي حين أن جميع حقوق الإنسان مترابطة وغير قابلة للتجزئة، ثمة طائفة من المعاهدات والتوجيهات في مجال السياسات توضح مجالات محددة من الحقوق. وتوضح اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٧٩) واتفاقية حقوق الطفل (١٩٨٩) حقوقا وواجبات محددة، وتعبر عن حقوق المرأة والطفل على الوجه الأكمل، وتوفر التوجيه بشأن كيفية احترام هذه الحقوق وحمايتها وإعمالها.

٣٥ - وعطفا على المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان (١٩٩٣)، الذي أكد أن جميع حقوق الإنسان عالمية ومترابطة ومتشابكة وغير قابلة للتجزئة وأفرد فرعا خاصا في إعلان وبرنامج عمل فيينا للوضع المتكافئ للمرأة، جمع المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وحقوق الإنسان بطريقة مقنعة وعملية. ونص إعلان بيجين ببساطة على أن ”حقوق المرأة هي حقوق الإنسان“ (الفقرة ١٤).

٣٦ - وأكد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على ضرورة تطبيق الالتزامات الدولية المعترف بها على صعيد حقوق الإنسان في جميع جوانب السياسات والبرامج السكانية والإنمائية. واستفاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية من المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان، وكان أحد الإنجازات الكبيرة التي حققها الاعتراف الصريح بالصلة القائمة بين حقوق الإنسان والسكان والتنمية. وأكد برنامج العمل أن ”الحق في التنمية حق عالمي وغير قابل للتصرف وجزء لا يتجزأ من حقوق الإنسان الأساسية، والإنسان هو الموضوع الرئيسي للتنمية“. وإذ يستشرف برنامج العمل الالتزامات والتحديات التي تفرضها الاستدامة، فإنه يقر بأنه ”لا بد من تحقيق التنمية حتى يمكن أن تلبى بإنصاف الحاجات السكانية والإنمائية والبيئية للأجيال الحالية والمقبلة“ (المبدأ ٣).

٣٧ - وأكد برنامج العمل أيضا أنه يولد جميع البشر أحرارا ومتساوين في الكرامة والحقوق، ولكل إنسان حق التمتع بجميع الحقوق والحريات المذكورة في الإعلان العالمي

لحقوق الإنسان دوغما تمييز من أي نوع مثل التمييز بسبب العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي، سياسيا أو غير سياسي، أو الأصل القومي أو الاجتماعي أو الثروة أو المولد أو أي وضع آخر.

٣٨ - وفي معرض تأكيد الأهمية المحورية لحقوق الإنسان في مجال السكان، أقر برنامج العمل بأنه "تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلا" وتستند هذه الحقوق إلى الاعتراف "بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضا بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية" إضافة إلى "حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف، على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان" (الفقرة ٧-٣).

٣٩ - وأعاد برنامج العمل تأكيد الحقوق المدنية ذات الصلة المباشرة بالهجرة والتنقل، والأمن البشري. ودعا جميع البلدان إلى أن "تكفل لجميع المهاجرين كل حقوق الإنسان الأساسية الواردة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان" (المبدأ ١٢)، و "الحق في أن يلتصق [كل إنسان] اللجوء ويتمتع باللجوء إلى بلدان أخرى هربا من الاضطهاد" (المبدأ ١٣). ونص أيضا على توفير الحماية للتنقل، إذ جاء فيه أنه "ينبغي أن تكفل [الحكومات التي ترسم] سياسات التوزيع السكاني اتساق أهداف وغايات تلك السياسات مع [...] حقوق الإنسان الأساسية" (الفقرة ٩-٣). وفيما يتعلق بالأمن البشري، أكد برنامج العمل مجددا أن لكل الأفراد "الحق في مستوى معيشي لائق لأنفسهم وأسرهم، بما في ذلك ما يكفي من الغذاء والكساء والإسكان والمياه والمرافق الصحية" (المبدأ ٢).

٤٠ - شهدت السنوات الـ ١٩ التي تلت المؤتمر الدولي للسكان والتنمية توسع نظم حماية حقوق الإنسان على الصعيدين الدولي والإقليمي وتحقيق إنجازات محددة فيما يتصل بالعديد من الأهداف السكانية والإئتمانية الواردة في برنامج العمل. وتجدر الإشارة بوجه خاص إلى أن المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة المعقود في بيجين في عام ١٩٩٥ شكّل معلما هاما على صعيد تمكين المرأة وتحقيق المساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان على المستوى العالمي. وحدد منهاج العمل الذي اعتمده مؤتمر بيجين الأهداف والإجراءات الرئيسية فيما يتعلق بالمساواة بين الجنسين، بما في ذلك في مجالات القضاء على الفقر، والتعليم والتدريب، والصحة، والعنف ضد المرأة، والمشاركة الاقتصادية للمرأة، وحقوق الإنسان للمرأة.

٤١ - كما لقيت مسألة القضاء على العنف ضد المرأة اهتماما كبيرا في الالتزامات الإقليمية منذ عام ١٩٩٤، حيث تقوم جميع نظم حقوق الإنسان في أفريقيا وأوروبا والبلدان الأمريكية بوضع صكوك تتناول مسألة العنف ضد المرأة.

٤٢ - كما اكتسبت قوانين حقوق الإنسان المتصلة بالتنقل، ولا سيّما حقوق السكان المهاجرين، الاهتمام منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ودعا برنامج العمل الدول إلى التصديق على الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم لعام ١٩٩٠ (الفقرة ١٠-٦). وبدأ نفاذ الاتفاقية في عام ٢٠٠٣، أي بعد ذلك بأقل من عشر سنوات.

٤٣ - ولوحظ أيضا تحقيق تقدم بوجه خاص في توسيع نطاق حق الإنسان في الكرامة وعدم التمييز ليشمل جميع الأشخاص وتوفير آليات لحماية حقوق الفئات السكانية التي تعاني باستمرار من الوصم والتمييز و/أو التهميش. فعلى سبيل المثال، أكد برنامج العمل حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وفي عام ٢٠٠٦، اعتمدت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تقرر رسميا تلك الحقوق. وفي عام ٢٠٠٧، اعتمدت الجمعية العامة إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية الذي تعترف فيه بحق الشعوب الأصلية في تقرير المصير، فضلا عن مبدأ الموافقة الحرة المسبقة المستنيرة فيما يخص جميع المسائل التي تؤثر في حقوقها. وفي عام ١٩٩٧، أتاحت المبادئ التوجيهية الدولية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وحقوق الإنسان إطار عمل لتعزيز حقوق الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز.

٤٤ - ورغم هذه التطورات، فإنه مما يؤسف له أن مبادئ حقوق الإنسان المتعلقة بالمساواة وعدم التمييز لم تتحقق بالنسبة للكثير من الفئات، ولا سيّما الفتيات والنساء، والأشخاص ذوو الميل الجنسي أو الهوية الجنسانية المختلفة. وفي بعض البلدان، لا تزال تسري قوانين تحظر بعض أنماط السلوك الجنسية والعلاقات الجنسية القائمة على التراضي بين البالغين، بما في ذلك العلاقات خارج إطار الزواج.

٤٥ - وحقق النظام الأفريقي لحقوق الإنسان تطورا ملحوظا منذ عام ١٩٩٤، لا سيما بفضل اعتماد البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب المتعلق بحقوق المرأة في أفريقيا (٢٠٠٣) وميثاق الشباب الأفريقي (٢٠٠٦). وقطع البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب المتعلق بحقوق المرأة في أفريقيا أشواطاً هامة في مجال حماية وتعزيز حقوق المرأة وتحقيق المساواة بين الجنسين، إذ وضع التزامات دولية في السياقات الثقافية والسياسية المحددة للمنطقة. وإضافة إلى تأكيد الحق في التنمية، والحق

في التعليم، والحق في العمل، والتأكيد على الرفاه الاجتماعي - الاقتصادي، فإن البروتوكول يُلقي الضوء على الآثار المحددة للعديد من المسائل فيما يخص المرأة في أفريقيا، بما في ذلك الحقوق في الأراضي؛ والميراث؛ والممارسات الضارة؛ وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والصحة الإنجابية، والزواج والطلاق والتمرد. وعلى الصعيد العالمي، يمثل ميثاق الشباب الأفريقي والاتفاقية الأيبيرية - الأمريكية المتعلقة بحقوق الشباب (٢٠٠٥) الصكين الإقليميين الملزمين الوحيدين اللذين يركزان على الشباب حتى حينه، واللذين ينصان صراحة على أنهما يهدفان إلى مراعاة حقوق الشباب وإعمالها. ويعزز هذان الصكان الموسَّعان تمكين الشباب وإثراءهم ومشاركتهم، وينصان على حماية وتعزيز حقوق الشباب في عدم التمييز وفي حرية التعبير، والصحة، والعمل، والتدريب المهني.

٤٦ - وعلى الرغم من أوجه التقدم العديدة التي أُحرزت في مجال حقوق الإنسان في العقدين المنصرمين والتي يرد بيانها في تضاعيف هذا التقرير، فلا تزال توجد فجوات كبيرة في تطبيق هذه الحقوق على قدم المساواة لصالح جميع الأشخاص، وكذلك في تطوير نظم المساءلة^(٣٦). وترد التوقعات والاحتياجات الخاصة بنظم المساءلة في ثنايا التقرير، وتُستعرض بمزيد من التعمق تحت عنوان "الحوكمة"، مشفوعة بتوصيات محددة.

باء - المنهجية، ومصادر البيانات، وهيكل التقرير

٤٧ - وُضعت منهجية الاستعراض العملي وأنشطته على أساس الاشتراك، بالتشاور والاتفاق مع الدول الأعضاء ومع منظومة الأمم المتحدة والشركاء المعنيين الآخرين المحددين في قرار الجمعية العامة ٢٣٤/٦٥، بما في ذلك المجتمع المدني والمؤسسات الأخرى. واستند الاستعراض العملي إلى بيانات تتسم بأعلى مستويات الجودة استمدت من الدول الأعضاء، بما في ذلك الدراسة الاستقصائية العالمية عن تنفيذ برنامج العمل لما بعد عام ٢٠١٤ (٢٠١٢) وموجزات التنفيذ القطرية التي صممت بالتشاور مع جميع الشركاء، ولا سيما الحكومات. وإضافة إلى ذلك، عُقدت مؤتمرات أو اجتماعات مواضيعية عالمية بشأن عدد من المسائل لزم دراستها دراسة أكثر تعمقا وتطلبت عقد مناقشة لأصحاب مصلحة متعددين، زيادة على الدراسة الاستقصائية العالمية، بشأن الشباب وصحة المرأة وحقوق الإنسان، وإطار رصد برنامج العمل لما بعد عام ٢٠١٤.

(٣٦) المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد عام ٢٠١٤، المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان، هولندا، ٧-١٠ تموز/يوليه ٢٠١٢. البيان الختامي للرئيس.

٤٨ - وشكّلت نتائج هذه الأنشطة، والاستعراضات الإقليمية التي أجرتها اللجان الإقليمية، والاستعراضات الإقليمية الوزارية المتعلقة ببرنامج العمل لما بعد عام ٢٠١٤، والمواد المستقاة من المصادر المبينة أدناه، الأساس الذي تستند إليه التحليلات والتوصيات الواردة في هذا التقرير:

- موجزات التنفيذ القطرية
- الدراسة الاستقصائية العالمية عن تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤
- الوثيقة الختامية للمنتدى العالمي للشباب، والورقات التقنية التي أعدت في سياق الاجتماع
- تقرير المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان الداخل في إطار المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ والورقات التقنية التي أعدت في سياق الاجتماع
- توصيات مشاوررة الخبراء المتعلقة بصحة المرأة: الحقوق والتمكين والمحددات الاجتماعية، والورقات التقنية التي أعدت في سياق الاجتماع
- توصيات الاجتماع الدولي المعني برصد وتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤
- تقارير أعدتها اللجان الإقليمية استنادا إلى التحليلات الإقليمية لبيانات الدراسة الاستقصائية العالمية ونتائج المؤتمرات الإقليمية
- بيانات وتحليلات مستمدة من مصادر خاضعة لاستعراض الأقران وما يتصل بذلك من عمليات مشتركة بين الوكالات من قبيل المشاورات المخصصة الخاصة التي تنظمها الأفرقة المواضيعية وأمانة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ بشأن تنفيذ برنامج العمل
- بيانات وتحليلات وتقارير بشأن تدفق الموارد المالية فيما يخص تنفيذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بما في ذلك التكاليف التقديرية المتاحة للتنفيذ حتى عام ٢٠١٥
- وثائق صدرت بخصوص الذكرى السنوية العاشرة والذكرى السنوية الخامسة عشرة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية
- وثائق تتعلق بخطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ لها صلة بالاستعراض العملي، وبخاصة الوثيقة الختامية للمشارورة العالمية بشأن الديناميات السكانية في خطة التنمية لما بعد

عام ٢٠١٥ والإعلان الذي اعتمد في اجتماع القيادة العالمية المعني بالديناميات السكانية وخطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ الذي عُقد في دكا؛ وورقة فرقة عمل الأمم المتحدة بشأن الديناميات السكانية؛ فضلا عن ورقات ووثائق ختامية صادرة عن المشاورات المواضيعية العالمية بشأن الصحة والتعليم، وعدم المساواة، والحوكمة.

٤٩ - وقد شاركت ١٧٦ دولة عضوا و ٧ أقاليم ومناطق، تمثل جميع المناطق، في الدراسة الاستقصائية العالمية، التي تقدم بيانات جديدة عن إنشاء مؤسسات حكومية للتصدي لأهم الشواغل ذات الصلة ببرنامج العمل وعن مدى تناول الحكومات لمسائل معينة في السنوات الخمس السابقة، وعن أولويات الحكومات في المجالات ذات الصلة في فترة السنوات الخمس إلى العشر القادمة.

٥٠ - وتستند البيانات المتصلة بالنتائج الصحية، والتغير السكاني، والقيم الجنسانية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والتعليم، إلى الأدلة التي تُبلّغ بها البلدان ويتم الحصول عليها من خلال التعدادات، واستقصاءات الأسر المعيشية (من قبيل الاستقصاءات السكانية والصحية والاستقصاءات العنقودية المتعددة المؤشرات)، والاتجاهات والإسقاطات التي تصدرها شعبة السكان في الأمم المتحدة، ونظم الرصد التابعة لكيانات الأمم المتحدة، مثل منظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، والدراسات الاستقصائية الأخرى، بما في ذلك الدراسة الاستقصائية للقيم العالمية، التي هي نتائج للتعاون الأكاديمي تتطلب موافقة من الدول الأعضاء؛ وجرى إثراء البيانات بتحليلات مستمدة من التقارير التقنية التي صدر بها تكليف في إطار الاستعراض العملي. وترد تفاصيل عن أساليب التحليل في المرفق.

٥١ - ولأغراض التحليل، فإن البيانات المعروضة في هذا التقرير قد تم تصنيفها في إطار مناطق جغرافية ومناطق جغرافية دون إقليمية، وفتات دخل، ومناطق أكثر تقدما، ومناطق أقل تقدما. وتستند فتتا المناطق الجغرافية والمناطق الجغرافية دون الإقليمية المعتمدة إلى تصنيف الرموز الموحدة للبلدان أو المناطق والمناطق الجغرافية لأغراض الاستخدام الإحصائي (ميم ٤٩)^(٣٧) الذي وضعته الأمم المتحدة، ولكنها قد تختلف قليلا ضمن التقرير، وفقا للفتات المختلفة التي تستخدمها المنظمات الدولية التي استمدت منها البيانات، و/أو للتصنيف الإحصائي للبلدان في إطار مجموعات حسب خصائص مختارة. في حين أن تصنيف البلدان بحسب فئة الدخل يرد وفقا لما قدمه البنك الدولي، على أساس نصيب الفرد من الدخل

(٣٧) للاطلاع على تكوين المناطق الجغرافية (القارية) الكبرى والمناطق الجغرافية دون الإقليمية، افتح الرابط الشبكي التالي: <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>.

القومي الإجمالي^(٣٨). وتشمل فئة "البلدان الأكثر تقدماً" جميع البلدان الأوروبية، وأستراليا، وكندا، ونيوزيلندا، والولايات المتحدة الأمريكية واليابان. أما البلدان أو المناطق في أفريقيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وآسيا (باستثناء اليابان) وأوقيانوسيا (باستثناء أستراليا ونيوزيلندا) فتقع ضمن فئة "المناطق الأقل نمواً".

٥٢ - وترد المبادئ والأهداف والإجراءات الرئيسية المبينة في برنامج العمل التي تمثل الركيزة المواضيعية ذات الصلة في مستهل كل فرع من فروع التقرير.

٥٣ - وقد أجري المسح المتعلق بحقوق الإنسان الوارد في هذا التقرير من خلال إجراء استعراض للإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والمعاهدات الدولية الأساسية الإضافية السبع المتعلقة بحقوق الإنسان، والصكوك الدولية والإقليمية الرئيسية المتعلقة بحقوق الإنسان، والتوصيات والتعليقات العامة الصادرة عن هيئات معاهدات حقوق الإنسان، وتقارير المقرر الخاصين، وقرارات منتقاة من قرارات الجمعية العامة، ونتائج عمليات حكومية دولية تؤكد من جديد التزاماتها في مجال حقوق الإنسان.

٥٤ - ويرد تناول تفصيلي لصكوك حقوق الإنسان الدولية والإقليمية التي جرى اعتمادها منذ عام ١٩٩٤ والتي لها صلة بالمواضيع الرئيسية في أطر تدرج في جميع أجزاء التقرير. وهي تتصل بثلاثة مستويات من الالتزام^(٣٩).

(أ) المعاهدات والعهود والاتفاقيات التي هي ملزمة قانوناً للدول التي صدقت عليها والتي بدأ نفاذها حال حصولها على عدد كافٍ من التصديقات؛

(ب) المحصلات المتفاوض بشأنها والبيانات التوافقية الصادرة عن الهيئات الحكومية الدولية المعنية بحقوق الإنسان، من قبيل القرارات والإعلانات التي توضح التزامات حقوق الإنسان ذات الصلة بمواضيع محددة. وجرى انتقاء العديد من محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية المتفاوض بشأنها بفعل أهميتها بالنسبة للاستعراض العملي،

(٣٨) في ١ تموز/يوليه ٢٠١٢. للمزيد من التفاصيل انظر <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>.

(٣٩) ليست قائمة وثائق حقوق الإنسان المستعرضة في هذا التقرير شاملة. ويركز التقرير على الصكوك الدولية لحقوق الإنسان التي لها صلة بالاستعراض العملي، وهو لا يشمل اتفاقيات منظمة العمل الدولية أو صكوك القانون الدولي الإنساني. وقائمة "النتائج الأخرى التي تم التوصل إليها على الصعيد الحكومي الدولي" هي قائمة انتقائية ومختصرة، لا تمثل سوى عدة وثائق كانت لها أهمية حاسمة لإنجاز هذا الاستعراض.

بما في ذلك الوثائق الختامية للمؤتمرات والوثائق المعتمدة بتوافق الآراء التي ليست صكوكا لحقوق الإنسان ولكنها تتضمن معايير لحقوق الإنسان؛

(ج) الصكوك القانونية غير الملزمة الأخرى، مثل التوصيات والتعليقات العامة الصادرة عن هيئات رصد معاهدات حقوق الإنسان التي تقدم تفسيرات لمضامين الأحكام المتعلقة بحقوق الإنسان الواردة في المعاهدات الدولية الأساسية.

٥٥ - وتحدد الصكوك الرئيسية المتعلقة بحقوق الإنسان التي ترد الإشارة إليها في الأطر المذكورة الحقوق الأساسية التي تقوم عليها المبادئ والأهداف والإجراءات الواردة في برنامج العمل والآليات التي تطورت من خلالها على مدى السنوات العشرين الماضية.

٥٦ - ويشير النص المكتوب بحروف داكنة في التقرير إلى توصيات لمعالجة مسائل محددة أثرت في إطار كل ركيزة من الركائز المواضيعية. وفي نهاية كل فرع، تُجمَع أهم مجالات العمل في المستقبل الاستنتاجات والتوصيات الرئيسية في إطار الركيزة المواضيعية. ويختتم الفرع الأخير بسبعة "مسارات صوب الاستدامة" تحدد مساهمات الإطار الجديد لبرنامج العمل لما بعد عام ٢٠١٤ في تحقيق التنمية المستدامة.

ثانيا - الكرامة وحقوق الإنسان

"يولد جميع البشر أحرارا ومتساوين في الكرامة والحقوق. ولكل إنسان حق التمتع بجميع الحقوق والحريات المذكورة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان دونما تمييز من أي نوع مثل التمييز بسبب العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين، أو الرأي، سياسيا أو غير سياسي، أو الأصل الوطني أو الاجتماعي أو الثروة أو المولد أو أي وضع آخر. ولكل إنسان الحق في الحياة والحرية والأمان على شخصه".

(المبدأ ١ من مبادئ برنامج العمل)

"إن تعزيز المساواة والإنصاف بين الجنسين وتمكين المرأة والقضاء على العنف ضد المرأة بجميع أشكاله وكفالة قدرة المرأة على السيطرة على خصوبتها أمور تمثل حجر الزاوية في البرامج المتصلة بالسكان والتنمية. وحقوق الإنسان الخاصة بالمرأة والطفلة هي جزء من حقوق الإنسان العالمية غير قابل للتصرف ولا للفصل ولا للتجزئة. واشترك المرأة اشتراكا كاملا وعلى قدم المساواة في الحياة المدنية والثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية، على كل من الصعيد الوطني والإقليمي والدولي، وإزالة جميع أشكال التمييز على أساس الجنس، هما هدفان من الأهداف التي تحظى بالأولوية لدى المجتمع الدولي".

(المبدأ ٤ من مبادئ برنامج العمل)

٥٧ - يؤكد المبدأ ١ من برنامج العمل أنه "يولد جميع الناس أحرارا ومتساوين في الكرامة والحقوق" ولهم حق التمتع بجميع الحقوق والحريات المذكورة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، دون تمييز من أي نوع. وهذه المبادئ تبرز الحاجة الملحة إلى القضاء على جميع أشكال التمييز وتؤكد أن الغاية الرئيسية للسياسات والأهداف المتعلقة بالسكان تتمثل في تحسين نوعية حياة البشر كافة. وترسي المبادئ الواردة في برنامج العمل الصلة بين الكرامة وحقوق الإنسان والرفاه الفردي.

٥٨ - وترتبط الكرامة ارتباطا وثيقا بحقوق الإنسان والحريات الأساسية. وكما جاء في برنامج العمل، تشمل الكرامة أكثر من مجرد تلبية الاحتياجات الأساسية، فهي تشمل الحق في التعليم، وفي المشاركة الكاملة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، وحرية الإعلام، والتخلص من التمييز والعنف، وكفالة أمن السكن، فضلا عن حرية الحراك، وهي تقتضي تمكين الأفراد من الاستفادة من الفرص لبناء القدرات وتجديدها طوال الحياة. وتتضمن الكرامة حق الإنسان الأساسي في الصحة الجنسية والإنجابية، والحرية في اختيار من يحب، وفي أن يقرر الإنجاب من عدمه وتوقيت هذا الإنجاب، وضمان أن يكون الجنس والتناسل مصدرا لسعادته وأن يمارسهما دون خوف من مرض أو خطر على الصحة. وتُشكّل هذه الحقوق والحريات شرطا مسبقا لبناء مجتمع مزدهر يتسع لجميع أبنائه، مكون من أفراد قادرين على الصمود والابتكار والتكيف وكفالة مستقبل مشترك يمور بالحياة لجميع الأفراد.

٥٩ - ويتناول هذا الفرع من التقرير التقدم المحرز منذ عام ١٩٩٤ على صعيد الإنجازات التي تحققت في مجال المساواة وعدم التمييز، ولا سيما بين الفئات السكانية المعرضة بدرجة عالية لخطر التمييز. ويحدد الثغرات والتحديات التي تعترض تنفيذ برنامج العمل فيما يتعلق بالكرامة وحقوق الإنسان، ويقدم توصيات محددة ويزر أهم مجالات العمل في المستقبل.

ألف - أبعاد الفقر المتعددة

٦٠ - الفقر هو حرمان المرء من القدرة على العيش بحرية وكرامة كأني كائن بشري مع امتلاك كامل الإمكانيات لتحقيق الأهداف المنشودة في حياته^(٤٠). وللفقر مظاهر عديدة. فهو يتمثل في الافتقار إلى الدخل والموارد الإنتاجية الكافية لكفالة السبل المستدامة لكسب الرزق، ويشمل كذلك شتى أنواع الحرمان الأخرى، مثل انعدام الأمن الغذائي؛ والافتقار إلى الرعاية

(٤٠) تقرير عن الحالة الاجتماعية في العالم لعام ٢٠١٠: إعادة التفكير في الفقر (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.09.IV.10).

الصحية والتعليم وغيرهما من الخدمات الأساسية؛ والافتقار إلى السكن اللائق أو انعدامه؛ والافتقار إلى السلامة أو وسائل الانتصاف؛ والافتقار إلى الكلمة المسموعة أو الحصول على المعلومات أو المشاركة السياسية^(٤١). وتجربة الفقر تجربة دينامية. بمعنى أن البعض يقع في فخه والبعض الآخر يقع في برائنه ثم يتخلص منه وكثيرون يعيشون على عتبهته.

٦١ - وفي الفترة ما بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٠، انخفض إلى النصف عدد الأشخاص الذين يعيشون في فقر مدقع في العالم كنسبة من مجموع السكان في البلدان النامية (من ٤٧ إلى ٢٢ في المائة)، أي بانخفاض قدره ٧٠٠ ٠٠٠ ٠٠٠ شخص^(٤٢). بيد أنه، على الرغم من هذا الانخفاض الكبير في عدد الأشخاص الذين يعيشون في الفقر، هناك ما يقدر بنحو ١,٢ بليون من الفقراء الذين خلفوا في فقر مدقع. ويقدر برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، باعتماد تعريف للفقر يستند على أبعاده المتعددة، ويشمل مثلاً قياس حرمان الإنسان من نواحي الصحة والتعليم ومستوى المعيشة، أن نحو ١ ٥٧٠ ٠٠٠ ٠٠٠ شخص، أو أكثر من ٣٠ في المائة من سكان العالم، يعيشون في الفقر، في ١٠٤ من البلدان التي كانت موضع دراسة. وفي الواقع فإن عدد الذين يعيشون في فقر متعدد الأبعاد يتجاوز عدد الذين يعانون من فقر في الدخل في العديد من بلدان الجنوب ذات النمو السريع^(٤٣).

٦٢ - ويحدث الفقر في جميع البلدان، وتحمل النساء عبئاً أكثر من غيرهن نتيجة آثاره، كما هو حال الأطفال الذين يقدم لهم الرعاية. ولما كان قياس الفقر في الماضي يتم على مستوى الأسرة المعيشية، دون إجراء القياسات المتعلقة بالتفاوت داخل الأسرة المعيشية، فقد تم تعميم الفوارق في الفقر بين المرأة والرجل. ولكن عند المقارنة بين الأسر المعيشية المتكونة من بالغ واحد (مع أطفال أو بدونهم)، لا سبيل إلى إنكار أن الفقر منتشر لدى النساء بنسبة أكبر مقارنة بالرجال^(٤٤). ولأسباب مماثلة، يعسر كذلك قياس الفقر بين فئات محددة من السكان، مثل الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. والقضاء على الفقر المدقع

(٤١) برنامج عمل مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية، الفقرة ١٩؛ انظر تقرير مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية، كوبنهاغن، ٦-١٢ آذار/مارس ١٩٩٥ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.96.IV.8)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق الثاني؛ تقرير عن الحالة الاجتماعية في العالم لعام ٢٠١٠: إعادة التفكير في الفقر؛ الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، الأهداف الإنمائية للألفية: تقرير عام ٢٠٠٦ - لحظة عن المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (سانتياغو، ٢٠٠٧).

(٤٢) تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١٣ (انظر الحاشية ٤ أعلاه).

(٤٣) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠١٣: هُضمة الجنوب - تقدم بشري في عالم متنوع (نيويورك، ٢٠١٣).

(٤٤) المرأة في العالم ٢٠١٠: اتجاهات وإحصاءات (انظر الحاشية ١١ أعلاه).

قابل للتحقيق على الصعيد العالمي، وهو يقع في صميم تحقيق الكرامة وإعمال حقوق الإنسان للجميع.

٦٣ - والصحة، وهي من العناصر الرئيسية للركائز المواضيعية الأخرى، لها أهمية حيوية لجميع المفاهيم المتعلقة بالفقر. فالصحة ضرورية من أجل تحقيق الرفاه وطول العمر. إذ يدمر الفقر صحة الناس بتعريضهم إلى سوء الأحوال المعيشية التي يُفتقر فيها إلى مرافق الصرف الصحي والمأوى والمياه النظيفة وإقامة حواجز تحول دون حصولهم على خدمات الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية والقانونية في مجتمعات تكون فيها إمكانية الحصول على الخدمات حصراً على من لديهم الموارد الكافية^(٤٥).

٦٤ - وكل عامل من هذه العوامل يتشكل بدوره بحسب المكان والتنقل. فانعدام أمن المكان، سواء تجسد في شكل تشرد أو حقوق محدودة في امتلاك الأرض أو حيازتها أو سكن من المستوى المتدني أو زيادة في التعرض للكوارث الطبيعية أو الكوارث التي يتسبب فيها الإنسان أو الحروب أو النزاعات، يهدد سبل معيشة الفقراء ويجر العديد إلى شرك الفقر أو يأسرهم فيه. وانعدام الأمن هذا، بالإضافة إلى الافتقار إلى الحرية والموارد التي تتيح لهم التنقل، هو في حد ذاته عنصر حاسم يساهم في الضعف الشديد.

٦٥ - ويعد عدم المشاركة في الحوكمة والمساءلة أحد العناصر الحيوية للفقر المتعدد الأبعاد. فالأشخاص القادرون على المشاركة في توليد فوائد للمجتمع هم الذين يستفيدون منها. ويؤدي الفقر إلى تقويض المشاركة وتكتيم أصوات الفقراء، ولا سيما حيث يبلغ التفاوت أعلى مستوياته. إن الفقر سبب ونتيجة لأنواع الحرمان المتعددة من حقوق الإنسان التي كثيراً ما لا يساءل عنها أحد. وتعني المشاركة كفالة أن يساءل أولو المسؤوليات وأن تنفذ القوانين.

٦٦ - وأخيراً، يرتبط الفقر ارتباطاً أساسياً بالاستدامة. فالنمو الاقتصادي محرك ضروري للحد من الفقر. غير أن الزيادة الإجمالية في التفاوت في الدخل والثروة، إضافة إلى الآثار البيئية للنمو الاقتصادي، تؤكد أن النمو الاقتصادي وحده لا يكفي لتحقيق التنمية الشاملة للجميع. إذ تذهب ثمار النمو الاقتصادي والموارد البيئية المحدودة إلى الأثرياء أكثر من غيرهم، مما يقوض جهود الحد من الفقر. وفي الوقت نفسه، تؤثر النفايات الناجمة عن الصناعات وأنماط التنمية غير المراعية للبيئة ومنتجاتها الثانوية تأثيراً شديداً على الفقراء وتضاعف الفقر.

(٤٥) B. G. Link and J. Phelan, "Social conditions as fundamental causes of disease", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35 (1995), pp. 80-94.

٦٧ - وأشارت الأغلبية العظمى من الحكومات (٩٣ في المائة)، في ردودها على الدراسة الاستقصائية العالمية في إطار برنامج العمل لما بعد عام ٢٠١٤، إلى أنها بصدد معالجة مسألة^(٤٦) ”القضاء على الفقر، مع التركيز بوجه خاص على استراتيجيات إدرار الدخل والعمالة“، بل وأعطيت الأولوية ”للإدماج الاجتماعي وحماية الفقراء“ في العديد من أجزاء الدراسة. فعلى سبيل المثال، حين طلب إلى الحكومات تحديد أولويات السياسات العامة للحفاظ على رفاه الأسرة على مدى السنوات الخمس إلى العشر المقبلة، أدرجت على الأرجح ”الحماية الاجتماعية للأسرة“ (٧٧ في المائة) التي استوعبت جميع الأولويات المتصلة بتوفير الخدمات الاجتماعية و/أو الاستثمارات من أجل تلبية الاحتياجات الأساسية.

٦٨ - ينبغي أن تضع الدول وتعزز وتنفذ استراتيجيات فعالة منسقة متماسكة متكاملة على الصعيد الوطني للقضاء على الفقر والخروج من دوامة الاستبعاد وانعدام المساواة كشرط لتحقيق التنمية، وأن تستهدف أيضا الأشخاص الذين ينتمون إلى الفئات المهمشة أو المحرومة، في المناطق الحضرية والمناطق الريفية على السواء، بما يضمن لجميع الناس فرصة لعيش حياة خالية من الفقر، وأن يتمتعوا بحماية حقوق الإنسان الواجبة لهم وبممارستها.

الشروح المتعلقة بحقوق الإنسان منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الإطار ١ الفقر

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان - اتخذت الجمعية العامة سلسلة من القرارات بشأن العلاقة بين حقوق الإنسان والفقر المدقع، بما فيها القرار ٢١٤/٦٥ المتعلق بحقوق الإنسان والفقر المدقع (٢٠١٢) الذي أعادت فيه الجمعية العامة تأكيد ”أن الفقر المدقع والاستبعاد الاجتماعي يشكلان انتهاكا لكرامة الإنسان وأنه يتعين اتخاذ إجراءات وطنية ودولية عاجلة للقضاء عليهما“.

الصكوك القانونية غير ملزمة الأخرى - تعد المبادئ التوجيهية المتعلقة بحقوق الإنسان والفقر المدقع (٢٠١٢) مبادئ توجيهية سياساتية عامة على الصعيد الدولي تتناول حقوق الإنسان للأشخاص الذين يعيشون في فقر، وفقا للقواعد والمعايير الدولية لحقوق الإنسان.

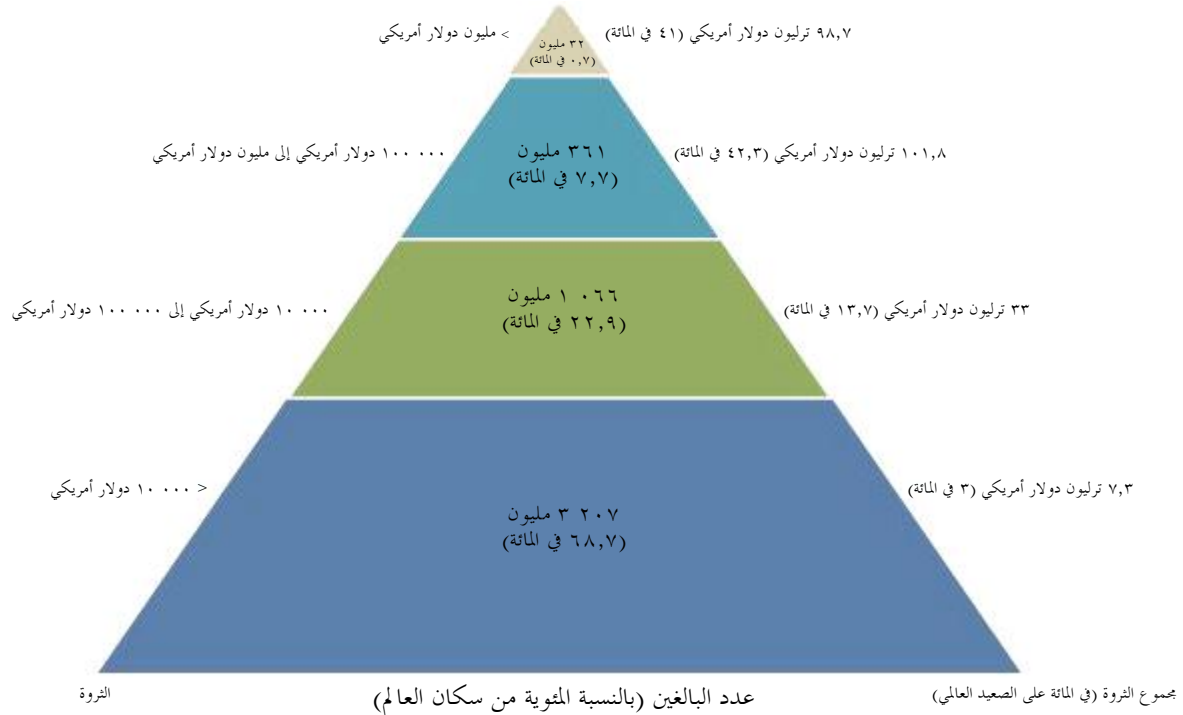
(٤٦) يستند تعريف ”معالجة“ (نعم/لا) إلى ثلاث إجابات تبلغ بها البلدان عن مسألة معينة: [وجود سياسة عامة ذات صلة] + [تخصيص ميزانية] + [تنفيذ برامج] خلال فترة الخمس سنوات الماضية. ولا بد من استيفاء الشروط الثلاثة جميعها حتى تصنف حكومة ما بوصفها حكومة ”تعالج“ المسألة.

التكاليف الاقتصادية والاجتماعية للتفاوت في الدخل والثروة

٦٩ - يمثل تحقيق تكافؤ الفرص والنتائج المنصفة الأساس الذي يقوم عليه النمو الاقتصادي المطرد والرفاه الاجتماعي المستديم. فتوسيع نطاق قدرات شتى الأشخاص، عن طريق تحسين خدمات الرعاية الصحية وخدمات التعليم والفرص المتاحة لهم، يوسع نطاق الدائرة المشتركة للطاقة الخلاقة والأفكار والإسهامات في مجتمع معين. وتزدهر الابتكارات التقنية والاقتصادية والاجتماعية في ظل الظروف التي تتيح لكثير من الناس فرصة المشاركة الكاملة والنجاح في المجتمع. والعكس صحيح أيضا: فأوجه التفاوت الشديد في الحصول على خدمات الرعاية الصحية والأمن والتعليم الجيد يمكن أن تحول دون تخلص قطاعات كبيرة من السكان من الفقر وتحقيق الرقي الاجتماعي، وتضيّق هذه الظروف أكثر فأكثر نطاق اختيار الأشخاص والأفكار التي تسهم في المجتمع.

٧٠ - ويشكل التوزيع الحالي للثروة (انظر الشكل ٢) تهديدا خطيرا يعوق تحقيق المزيد من النمو الاقتصادي والشمول والاستدامة الاجتماعية والبيئية على حد سواء. ووفقا لتقرير صادر عن مصرف كريدي سويس عن الثروة العالمية، تقدر الثروة العالمية بمبلغ ٢٢٣ ترليون دولار من دولارات الولايات المتحدة في منتصف عام ٢٠١٢. ويستفاد من هذا أن مبلغا يقدر بنحو ٤٨ ٥٠٠ دولار يعود لكل فرد من البالغين وعددهم ٤,٦ بلايين نسمة في العالم. ويخفي هذا الرقم أوجه تفاوت هائل. فحوالي ٦٩ في المائة من مجموع البالغين موجودون في فئة الأقل ثراء، ولا يملكون سوى ٣ في المائة من الثروة العالمية. والفئة التالية (من ١٠ ٠٠٠ إلى ١٠٠ ٠٠٠ دولار من دولارات الولايات المتحدة) تضم ١٠٦٦ مليون بالغ يملكون ١٣,٧ في المائة من الثروة العالمية. أما فئة الثروة التي تتراوح بين ١٠٠ ٠٠٠ ومليون دولار من دولارات الولايات المتحدة فعدد أفرادها ٣٦١ مليون بالغ، أي ٧,٧ في المائة من مجموع البالغين، وهم يملكون ٤٢,٣ في المائة من الثروة العالمية. وأخيرا، تضم فئة الثروة التي تزيد على ١ مليون دولار ٣٢ مليون بالغ، وهم لا يمثلون إلا ٠,٧ في المائة من البالغين في العالم، ويملكون نسبة ٤١ في المائة من الثروة العالمية. وخلاصة القول، تملك نسبة ٨,٤ في المائة من السكان البالغين في العالم نسبة ٨٣,٣ في المائة من الثروة العالمية، في حين أن قرابة ٧٠ في المائة من البالغين لا يملكون إلا ٣ في المائة من الثروة العالمية.

الشكل ٢ هرم الثروة العالمية



المصدر: James Davies, Rodrigo Lueberas and Anthony Shorrocks, Credit Suisse Global 2013, in Credit Suisse Global Wealth Report 2013, p. 22
 ويمكن الاطلاع على هذه الوثيقة على العنوان الإلكتروني التالي: <https://publications.credit-suisse.com/tasks/render/file/?fileID=BCDB1364-A105-0560-1332EC9100FF5C83>

٧١ - ونظرا لتقارب متوسط الدخل في البلدان ذات الاقتصادات النامية والبلدان ذات الاقتصادات المتقدمة النمو أخذ التفاوت في الدخل على الصعيد العالمي ينخفض في السنوات الأخيرة، وإن كان الانخفاض طفيفا، ومن مستوى عال جدا. وإن ما شوهد مؤخرا من استقرار وتقلص طفيف على صعيد التفاوت في الدخل عالميا يعكس إلى حد كبير النمو الاقتصادي في الصين منذ التسعينيات من القرن الماضي والنمو في الهند والنمو في غيرهما من الاقتصادات الناشئة والاقتصادات النامية منذ عام ٢٠٠٠^(٤٧). بيد أن التفاوت في الدخل

(٤٧) Branko Milanovic, "Global income inequality by the numbers: in history and now: an overview", World Bank Policy Research Working Paper No. 6259 (Washington, D.C., World Bank, November 2012)

داخل البلدان وفيما بينها كان في ازدياد^(٤٨).

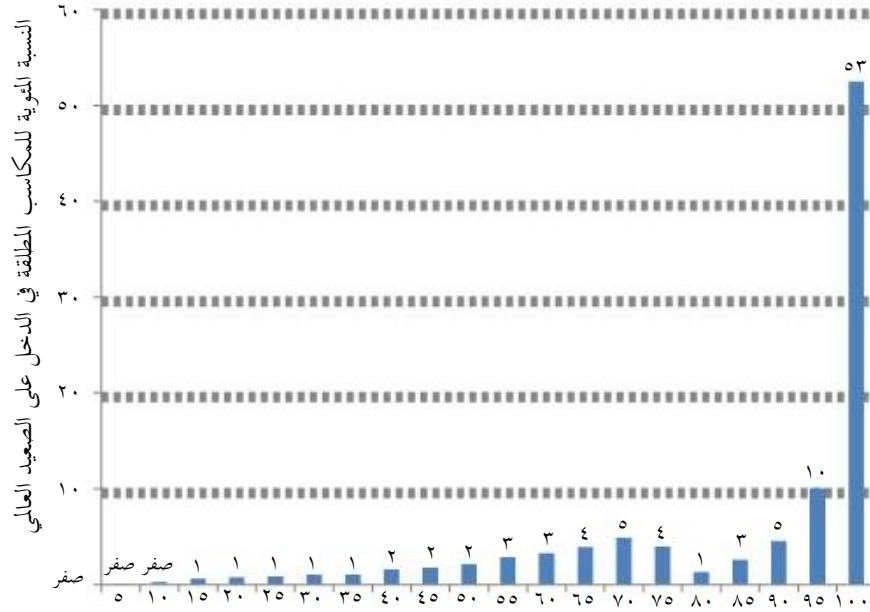
٧٢ - ويبين الشكل ٣ التوزيع غير المتكافئ للمكاسب في الدخل العالمي في الفترة من عام ١٩٨٨ إلى عام ٢٠٠٨. فقد كان أكثر من نصف المكاسب من نصيب فئة الأكثر ثراء من السكان التي تمثل نسبة ٥ في المائة، في حين عاد ما نسبته ٥ في المائة أو أقل من الدخل العالمي إلى كل جزء من أجزاء العشرين في إطار الشريحة السفلى التي تضم نسبة ٩٠ في المائة من السكان.

الشكل ٣

توزيع المكاسب المطلقة في الدخل على الصعيد العالمي بحسب جزء العشرين من السكان،

٢٠٠٨-١٩٨٨

(تم الحساب في عام ٢٠٠٥ وفق تعادل القوة الشرائية بالأسعار الدولية للدولار)



أجزاء العشرين من السكان، من الأفقر إلى الأغنى

المصدر: Branko Milanovic, "Global income inequality by the numbers: in history and now: an overview",

World Bank Policy Research Working Paper No. 6259, (Washington, D.C., November 2012, pp.

12-16، وهي وثيقة أشير إليها في دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم لعام ٢٠١٣،

تحديات التنمية المستدامة (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.13.II.C.1).

وهي وثيقة أشير إليها في دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم لعام ٢٠١٣، تحديات التنمية

المستدامة (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.13.II.C.1).

(٤٨) دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم لعام ٢٠١٣، تحديات التنمية المستدامة (منشورات الأمم

المتحدة، رقم المبيع E.13.II.C.1).

٧٣ - ويخل ازدياد التفاوت الاقتصادي بالتنمية المستدامة ويلحق بها أضرارا فادحة. فمن منظور اجتماعي، يعوق التفاوت انتشار الثقة والتماسك الاجتماعي ويهدد الصحة العامة ويستبعد الفقراء والطبقة الوسطى من دائرة النفوذ السياسي. وإن وجود قطاع كبير - يحتمل تناميته - من السكان الذين يقعون في "فخاخ" التنمية ويعيشون ليومهم دون أي آفاق حقيقية لمستقبل أفضل يهدد تهديدا مباشرا الاستدامة الاجتماعية، التي يمكن أن تعرّف بأهم قدرتها مجتمع ما على النهوض بالابتكار وقابلية التكيف في ظل أوضاع اقتصادية واجتماعية وبيئية متغيرة، على نحو تحترم فيه حقوق الإنسان.

٧٤ - ومن شأن تزايد التفاوت أن يحد أيضا من آفاق مواجهة الأزمات البيئية الناشئة وإعادة التوازن بين نمونا الاقتصادي ومسؤوليتنا عن كوكب الأرض. وتشير التقديرات إلى أن ١١ في المائة من سكان العالم مسؤولون عن نصف الانبعاثات، ومع ذلك فإن أفقر شرائح السكان هي المتضررة أكثر من غيرها من الكوارث الطبيعية الناجمة عن تغير المناخ^(٤٩).

٧٥ - وبالنظر إلى ضخامة التكاليف البيئية للنمو الاقتصادي في إطار نموذج التنمية الحالي، لا يمكن أن يبيح العالم لنفسه ببساطة الاستمرار في المسارات الحالية لتركيز الثروة وفي الوقت نفسه مواصلة بذل الجهود الرامية إلى الحد من الفقر. فالتخفيضات في الأثر البيئي اللازمة لتحقيق الاستدامة البيئية تزيد من حدة هذا التناقض.

٧٦ - وأخيرا، فإن العواقب الاجتماعية والصحية للتفاوت والاستبعاد لا تعرقل فحسب التنمية القائمة على حقوق الإنسان التي ينادي بها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وإنما يمكنها أيضا أن ترزع استقرار المجتمعات. وفي سياق العالم المعولم في الوقت الحاضر، حيث تنتشر المعلومات في جميع أنحاء العالم والبلدان في لحظة، أصبح تزايد تركيز الثروة وما له من صلات بالبطالة والظلم الاجتماعي والعجز التي تصيب الملايين من البشر، أساسا للاحتجاجات السياسية والتراعات والقلاقل.

٧٧ - وينبغي أن تولي الدول الأولوية القصوى للقضاء على الفقر عن طريق ضمان أن تتاح لجميع الأشخاص على قدم المساواة فرص لتقاسم ثمار التنمية الاقتصادية والاجتماعية والحصول على عمل منتج والعيش في سلام وكرامة، بمنأى عن التمييز والظلم والخوف والعوز والمرض.

The Worldwatch Institute, *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?* (Washington, D.C., (٤٩) .Island Press, 2013)

٧٨ - وكما جاء في بداية هذا الفرع، تعد التفاوتات الاقتصادية سببا ونتيجة للتفاوتات الاجتماعية الأخرى، بما فيها تلك التي يكون سببها الجنس أو العرق أو الإعاقة أو السن أو الأبعاد الأخرى المتصلة بالهوية والظروف. وبالنظر إلى الرسالة الرئيسية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، التي مؤداها أن الاستثمار في القدرات الفردية والكرامة والحرية يشكل أساس الرفاه الإنساني المشترك والتنمية المستدامة، فإن الأجزاء التالية من هذا الفرع تُكرس لإمعان النظر في مدى النهوض أو عدم النهوض بالكرامة وحقوق الإنسان والرفاه لصالح النساء والفتيات ولصالح الفئات العديدة من السكان التي يعتبر برنامج العمل أنها عرضة منذ مدة طويلة للوصم والتمييز.

باء - تمكين المرأة والمساواة بين الجنسين

٧٩ - يعد التمييز ضد سكان معينين في العديد من البلدان أمرا شائعا، ولكن التمييز ضد المرأة عالمي. ولا يتم تمكين العديد من النساء الشابات أثناء مرحلة الطفولة. وبدلا من ذلك، يتم تنشئتهن على قبول الخضوع للرجال واعتناق قيم جنسانية تعتبر أن الأنوثة المثالية لا تتوافق مع الاستقلال أو السلطة أو القيادة. وفي بعض المناطق، قد يُنال أكثر من قدرة المرأة على التحرك بفعل الزواج المبكر أو القسري والحمل غير المرغوب فيه والولادة المبكرة (لا سيما بدون تلقي الدعم الملائم من النظام الصحي)، والافتقار إلى التعليم والحصول على أجر أقل من الرجل والتعرض للعنف القائم على أساس نوع الجنس. ولذا لا تتمثل السمة المميزة للالتزام في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بتمكين المرأة في الإعراب عن الطموح إلى الكرامة فحسب، وإنما تتمحور حول تهيئة الظروف التي تتيح لنصف سكان العالم إمكانية تحديد مسار حياتهن وتوسيع نطاق قدرتهن وتحديد المساهمات التي يخترن تقديمها إلى المجتمع.

٨٠ - وكان برنامج العمل هاما تاريخيا إذ استرعى الاهتمام، بعد كثير من التأخر، إلى العلاقة الوثيقة بين الحرية النسبية للمرأة فيما يتعلق بالزواج والجوانب الجنسية والإنجابية ووضعهن القائم على أساس نوع الجنس في المجتمع وصحتهن ورفاههن طوال حياتهن. وشهد العالم منذ عام ١٩٩٤ انتشارا للمؤسسات الوطنية المعنية بتمكين المرأة والمساواة بين الجنسين يثير الإعجاب. وتنتشر هذه المؤسسات في مختلف البلدان على جميع مستويات الدخل وفي جميع المناطق (انظر الفرع الرابع - ألف أدناه).

٨١ - وكما كشفت الحكومات في الدراسة الاستقصائية العالمية، فإن أكثر من ٩٧ في المائة من البلدان في جميع أنحاء العالم لديها برامج وسياسات و/أو استراتيجيات تعالج مسائل "المساواة بين الجنسين والإنصاف وتمكين المرأة". ويملك ما لا يقل عن ٩ من كل عشرة بلدان في جميع المناطق أطرا من هذا القبيل: ١٠٠ في المائة من البلدان في أفريقيا؛ و ١٠٠ في

المائة في آسيا؛ و ٩٤ في المائة في أوروبا؛ و ٩٤ في المائة في الأمريكتين؛ و ٩٣ في المائة في أوقيانوسيا.

٨٢ - بيد أن ثلاثة أرباع البلدان المحيية فقط هي التي التزمت بمسألتي "تحسين الحالة وتلبية احتياجات المرأة الريفية" (٧٦ في المائة) و "تحسين رفاه الطفلة، ولا سيما فيما يتعلق بالصحة والتغذية والتعليم" (٨٠ في المائة).

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢

تمكين المرأة والمساواة بين الجنسين

الصكوك الملزمة - في عام ١٩٩٩، اعتمدت الجمعية العامة البروتوكول الاختياري الملحق باتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، الذي يتيح للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة النظر في البلاغات الفردية أو الجماعية التي يُدعى فيها بأن الحقوق المصونة بموجب الاتفاقية قد انتهكت، ويرسي إجراءات للتحقيق تجيز للجنة التحقيق في انتهاكات حقوق المرأة في أي دولة طرف في الاتفاقية. وعلى الصعيد الإقليمي، يقر البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب بشأن حقوق المرأة في أفريقيا بأهمية مشاركة المرأة السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ويدعو إلى القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان - أعرب مجلس حقوق الإنسان، في قراره ٢٣/١٥ المتعلق بالقضاء على التمييز ضد المرأة (٢٠١٠)، عن "قلقه من أنه، بالرغم من التعهد الذي قُطع في المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة والاستعراض الذي أجرته الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية الثالثة والعشرين من أجل تعديل أو إلغاء القوانين المتبقية التي تنطوي على تمييز ضد النساء والبنات، لا يزال العديد من تلك القوانين سارياً ومعمولاً به، مما يحول بالتالي دون تمتع النساء والبنات بالإعمال الكامل لحقوق الإنسان الخاصة بهن".

الاتفاقيات الحكومية الدولية الأخرى - أعاد إعلان ومنهاج عمل بيجين (١٩٩٥) تأكيد الالتزام "بضمان الإعمال الكامل لحقوق الإنسان للمرأة والطفلة باعتبارها جزءاً لا يقبل التصرف أو التجزئة أو الفصل عن جميع حقوق الإنسان وحرياته الأساسية".

١ - التغيير في أنماط الأدوار الإنتاجية والإنجابية

(أ) تغيير أنماط العمالة

٨٣ - إن الفجوة بين الجنسين في المشاركة في القوة العاملة قد ضاقت قليلا منذ عام ١٩٩٠، لكن ما زالت المرأة تتقاضى أقل مما يتقاضاه الرجل، وما زال يكثر استخدامها في القطاع غير الرسمي وفي الأعمال المؤقتة وغير المأمونة، وما زالت تملك سلطة أقل. وقد ظل المعدل الإجمالي لمشاركة المرأة في القوة العاملة ثابتا عموما على المستوى العالمي، بيد أن السنوات القليلة الأخيرة شهدت انخفاضا طفيفا في معدل مشاركة كل من المرأة والرجل. وعلى الصعيد الإقليمي، كانت مشاركة المرأة في القوة العاملة متباينة. فقد زادت بأكبر قدر في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وانخفضت قليلا في أوروبا الشرقية وفي جزء كبير من آسيا فيما عدا جنوب آسيا، حيث زادت زيادة طفيفة^(٥٠). وازدادت مشاركة النساء من الفئة العمرية ٢٥-٥٤^(٥١) في القوة العاملة منذ عام ١٩٩٠ في جميع المناطق باستثناء أوروبا الشرقية، وهو ما يعزى إلى انخفاض معدلات الخصوبة. وتراجع تأثير الخصوبة على المشاركة في القوة العاملة^(٥٢).

٨٤ - وازداد نصيب المرأة في العمل المدفوع الأجر في القطاع غير الزراعي وفي المهن التي يهيمن عليها الذكور تقليديا، رغم بقاءه منخفضا في الوظائف المرتبطة بالمركز والنفوذ والسلطة. وفي جميع المناطق، لا تزال المرأة ممثلة تمثيلا ناقصا إلى حد كبير في أوساط قادة ومديري الأعمال التجارية^(٥٣).

٨٥ - والفجوة في الأجور بين الجنسين تضيق ببطء، وفي بعض البلدان فقط^(٥٤)، وما زالت النساء يتلقين أجرا أقل مما يتلقاه الرجال عن العمل المتساوي. وغالبا ما يشغلن وظائف أقل أمنا وباستحقاقات أقل من تلك التي تمنح للرجال، ويزاولن أشكالاً من العمالة الهشة (انظر الشكل ٤)، تضم الاشتغال كمساهمات لدى الأسر والاشتغال لحساب الذات

(٥٠) المرأة في العالم، ٢٠١٠: اتجاهات وإحصاءات (انظر الحاشية ١١ أعلاه)؛ ومنظمة العمل الدولية، الاتجاهات العالمية لعمالة المرأة لعام ٢٠١٢ (جنيف، مكتب العمل الدولي، ٢٠١٢).

(٥١) هذا مؤشر أفضل يعدل نسب المشاركة في القوة العاملة بفعل التأثير بتغيير الهياكل العمرية، ولكنه مؤشر غير متاح بالنسبة للعدد الشمولي للبلدان.

(٥٢) المرأة في العالم، ٢٠١٠: اتجاهات وإحصاءات.

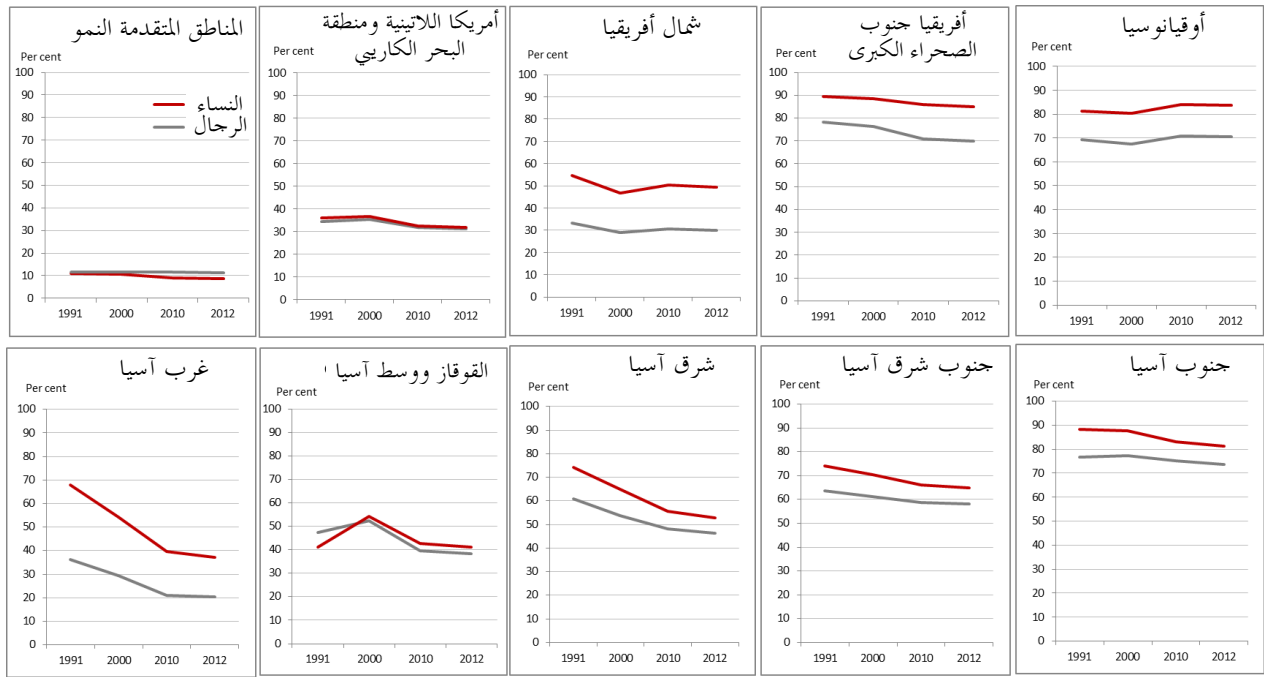
(٥٣) المرأة في العالم، ٢٠١٠: اتجاهات وإحصاءات؛ انظر أيضا "الأهداف والغايات والمؤشرات الإنمائية للألفية في عام ٢٠١٣: الجداول الإحصائية" على العنوان الإلكتروني التالي:

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/Trends.htm>

في مقابل العمالة بأجر أو بمرتبات^(٥٤). رغم أن النسبة الإجمالية من مجموع العمالة التي تعتبر عمالة هشة انخفضت خلال السنوات العشرين الماضية، فهي لا تزال مرتفعة في العديد من المناطق الواقعة خارج البلدان المتقدمة النمو، ولا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأوقيانوسيا وجنوب آسيا وجنوب شرق آسيا (انظر الشكل ٤). ولا يزال وجود النساء أكثر تركزا قياسا إلى الرجال في الوظائف الهشة في جميع البلدان ما عدا البلدان الأكثر ثراء. ولكن الفجوة بين الجنسين أوسع كثيرا في شمال أفريقيا ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وغرب آسيا؛ وتقلصت في آسيا وزادت في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

الشكل ٤

نسبة العاملين لحساب الذات والعاملين كمساهمين لدى الأسر إلى مجموع العاملين حسب المنطقة، ١٩٩١-٢٠١٢



المصدر: الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١٣، المرفق: الأهداف والغايات والمؤشرات الإنمائية للألفية في عام ٢٠١٣: الجداول الإحصائية.

(٥٤) تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١٣؛ والمرأة في العالم، ٢٠١٠: اتجاهات وإحصاءات؛ ومنظمة العمل الدولية، الاتجاهات العالمية لعمالة المرأة لعام ٢٠١٢.

٨٦ - ومنذ عام ١٩٩٥، ارتفعت عمالة المرأة المدفوعة الأجر ارتفاعاً كبيراً، وهو ما يثير مسألة معرفة إلى أي حد أثرت هذه العمالة المدفوعة الأجر في عبء العمل الواقع على عاتق المرأة بوجه عام. وتكشف الدراسات التي أجريت في أفريقيا أنه قد يكون ثمة ارتباطاً بين الافتقار إلى الوقت والافتقار إلى الدخل وأن النساء بوجه خاص يعانين من العنصرين معاً. ففي أحد البلدان، بينما كان متوسط ساعات عمل الرجل ٣٨,٨ ساعة في الأسبوع كان متوسط ساعات عمل المرأة ٤٩,٣ ساعة، وأفاد ما لا يقل عن ربع عدد النساء أنهن يعملن ٧٠ ساعة في الأسبوع، مما يدل بوضوح على أن الافتقار إلى الوقت يمثل مشكلة^(٥٥)؛ ولوحظت أنماط مماثلة في أمريكا اللاتينية^(٥٦).

٨٧ - ودعا برنامج العمل الحكومات إلى اتخاذ الخطوات اللازمة للقضاء على أوجه التفاوت بين الرجل والمرأة عن طريق ما يلي:

- اتخاذ التدابير الملائمة لتحسين قدرة المرأة على الكسب بغير الحرف التقليدية وتحقيق الاعتماد على الذات اقتصادياً وكفالة إمكانية وصول المرأة على قدم المساواة إلى سوق العمل ونظم الضمان الاجتماعي
- القضاء على ممارسات أرباب العمل التمييزية ضد المرأة

٨٨ - وأقرت الدول الأعضاء المشاركة في مؤتمرات الاستعراض العملي على الصعيد الإقليمي بأن زيادة استفادة المرأة من فرص العمل المدفوع الأجر لها مزايا عديدة، لصالح المرأة نفسها أو لصالح تحقيق التنمية الاقتصادية بوجه أعم. فباجتذاب المرأة إلى العمل المدفوع الأجر، لا يرتفع الدخل القومي فحسب بل يمكن للمجتمعات الاستفادة بقدر أكبر من العديد من المواهب والمهارات التي يمكن للمرأة أن تسهم بها. وبالإضافة إلى ذلك، تؤدي زيادة مشاركة المرأة في الاقتصاد النقدي إلى خلق دائرة تغذية مرتدة إيجابية من حيث إيجاد فرص العمل.

٨٩ - وينبغي للدول أن تسن أو تراجع وأن تعزز وتنفذ قوانين لمكافحة التمييز ضد المرأة في مكان العمل بما يضمن للمرأة نفس الفرص المتاحة للرجل في الحصول على وظائف رسمية مأمونة، بأجر متساو عن عمل متساو. ويؤدي ضمان المساواة في فرص التوظيف للمرأة والرجل إلى النهوض بالمساواة، كما أنه مفيد للنمو الاقتصادي. ويمكن

E. Bardasi and Q. Wodon, "Working long hours and having no choice: time poverty in Guinea", (٥٥) *Feminist Economics*, vol. 16, No. 3 (2010), pp.45-78

S. Gammage, "Time pressed and time poor, unpaid household work in Guatemala". *Feminist Economics*, vol. 16, No. 3 (2010), pp.79-112

أن تؤدي المساواة بين الجنسين في التعليم، وتنمية المهارات، والمساواة في فرص دخول جميع قطاعات العمل إلى تحقيق مكاسب في الإنتاجية وزيادة الربحية؛ وتحسين رفاه المرأة وأسرتها؛ وإيجاد مؤسسات وخيارات في مجال السياسة العامة أكثر شمولاً^(٥٧).

٩٠ - وفي الغالب، تجد الشركات التي تستثمر في عمل المرأة أن ذلك يفيد في تحقيق أرباح صافية لها من خلال تحسين الاحتفاظ بالموظفين، والقدرة على الابتكار، والاستفادة من المواهب، والدخول إلى أسواق جديدة^(٥٨). وتفيد تقديرات وردت في تقرير صدر مؤخراً عن صندوق النقد الدولي أن سد الفجوة بين الجنسين في سوق العمل من شأنه أن يزيد الناتج المحلي الإجمالي في الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة ٥ في المائة، وفي الإمارات العربية المتحدة بنسبة ١٢ في المائة، وفي مصر بنسبة ٣٤ في المائة^(٥٩)، وأن المنافع الاقتصادية للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة مرتفعة للغاية في المجتمعات التي تشيخ بسرعة، حيث يمكن أن تساعد مشاركة المرأة في القوة العاملة في التعويض عن الآثار الناجمة عن تقلص القوة العاملة.

٩١ - وفيما يتعلق بمسألة تعزيز قدرة المرأة على إدرار الدخل، أفاد ٨٥ في المائة من كافة البلدان أن لديها سياسات وبرامج في الميزانية لمعالجة مسألة "زيادة مشاركة المرأة في الاقتصاد الرسمي وغير الرسمي"؛ ولا تختلف النسبة باختلاف ثروات البلدان. كما أفاد ٨٥ في المائة من البلدان أن لديها قانوناً (به أحكام إنفاذ) يحظر التمييز على أساس نوع الجنس في العمل، سواء في التوظيف أو الأجور أو الاستحقاقات.

(ب) تقديم الدعم للوالدين العاملين

٩٢ - شجع برنامج العمل بالبلدان على إيجاد سياسات وبرامج لدعم التوازن بين العمل والحياة، وتمكين الوالدين من المشاركة في القوة العاملة دون الإضرار برفاه الأطفال والأسر المعيشية عن طريق تمكين المرأة، من خلال القوانين والأنظمة وغيرها من التدابير الملائمة، من الجمع بين أدوار الحمل والرضاعة الطبيعية ورعاية الأطفال والمشاركة في القوة العاملة.

(٥٧) منظمة العمل الدولية، الاتجاهات العالمية لعمالة المرأة لعام ٢٠١٢. والبنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم لعام ٢٠١٢. المساواة بين الجنسين والتنمية (واشنطن العاصمة، ٢٠١١)؛ ومؤسسة التمويل الدولية/الاستثمار في عمالة المرأة: أمر مفيد للأعمال التجارية ومفيد للتنمية (واشنطن العاصمة، ٢٠١٣).

(٥٨) مؤسسة التمويل الدولية، الاستثمار في عمالة المرأة، IFC, *Investing in Women's Employment*.

(٥٩) K. Elborgh-Woytek and others, "Women, work and the economy: macroeconomic gains from gender equity", (IMF Staff Discussion Note, No. SDN/13/10 (Washington, D.C., International Monetary Fund, 2013).

٩٣ - وأفاد ٩٠ في المائة من البلدان المشاركة في الدراسة الاستقصائية العالمية أن لديها قانوناً، به أحكام إنفاذ، يتعلق بإجازة الأمومة المدفوعة الأجر (لأي مدة)؛ غير أن ٥٤ في المائة فقط من البلدان هي التي تملك مثل هذا الصك فيما يتعلق بإجازة الأبوة المدفوعة الأجر، وهو ما يشكل عائقاً رئيسياً أمام مشاركة الرجل في تربية الأطفال. وتحظى منطقة أوروبا بأعلى نسبة من البلدان التي لديها قانون يضمن الاستحقاقات ذات الصلة بالأبوة (٨١ في المائة)، تليها الأمريكتان (٥٣ في المائة)، وأفريقيا (٥٢ في المائة)، وآسيا (٤٣ في المائة) وأوقيانوسيا (٢٩ في المائة).

٩٤ - وأفاد أقل من نصف البلدان المحيية بأنها قامت بإنفاذ قوانين تضمن توفير مراكز ومرافق رعاية نهارية للأمهات المرضعات في القطاع العام (٤١ في المائة) أو القطاع الخاص (٣٩ في المائة). وهذه القيود يمكن أن تجعل من المستحيل التحاق المرأة من جديد بسوق العمل بعد الولادة، أو الإرضاع بعد القيام بذلك، مع ما ينطوي عليه ذلك من آثار سلبية على إنتاجية المرأة وصحة الأطفال على السواء. وفي الواقع، لا يملك سوى رُبع بلدان أفريقيا - وهي المنطقة التي سيحدث فيها معظم النمو السكاني في العقود المقبلة - قوانين تكفل التوفيق بين مسؤوليات الأمومة ومسؤوليات العمل (٢٥ في المائة بالنسبة لكل من القطاعين العام والخاص).

٩٥ - وإذا ما تم استحداث مؤشر مركب للمسائل الخمس المبينة آنفا المتعلقة بالتوازن بين مهام الأسرة وأعباء العمل (إصدار وإنفاذ قوانين لمكافحة التمييز ضد المرأة في مكان العمل؛ وتيسير التوافق بين المشاركة في القوة العاملة والمسؤوليات التي تقع على الوالدين؛ وإصدار وإنفاذ القوانين التي تمكن من الحصول على إجازة الأمومة؛ وإصدار وإنفاذ القوانين التي تمكن من الحصول على إجازة الأبوة؛ وإصدار وإنفاذ القوانين التي تيسر الرضاعة الطبيعية في مكان العمل)، فمن بين ١١٣ بلداً تمتلك معلومات كاملة لم تعالج سوى ٢٦ منها، أي ١٩ في المائة، جميع الأبعاد الخمسة.

٩٦ - وينبغي للدول أن تكفل تعميم الحصول على الإجازة الوالدية المدفوعة الأجر للأمهات والآباء على حد سواء، بما في ذلك الآباء بالتبني، وعلى الخدمات العالية الجودة في مجال رعاية الرضع والأطفال للوالدين العاملين، بما في ذلك توسيع نطاق الرعاية بعد المدرسة؛ ووضع وإنفاذ قوانين تقضي بتبليية أماكن العمل في القطاعين العام والخاص لاحتياجات الأمهات المرضعات.

(ج) تقاسم المسؤولية

٩٧ - ما زالت المرأة تتحمل معظم المسؤوليات في البيت وتتولى رعاية الأطفال وغيرهم من أفراد الأسرة المعيشية المعالين، وتقوم بإعداد وجبات الطعام وأعمال التنظيف أو غير ذلك من الأعمال المنزلية. وتشير التقديرات إلى أن النساء يقضين، في جميع المناطق، ما لا يقل عن ضعف ما يقضيه الرجال من وقت في أعمال منزلية غير مدفوعة الأجر؛ وعندما يتم الجمع بين العمل بأجر والعمل بدون أجر، يكون مجموع ساعات عمل المرأة أكبر من مجموع ساعات عمل الرجل. وتفرض الموازنة بين مسؤوليات العمل والأسرة تحديات كبيرة على الوالدين العاملين من ذوي الأطفال الصغار، وكثيرا ما تكون المرأة هي التي تنقطع عن العمل أو تعمل في وظائف لبعض الوقت بينما يتفرغ شريكها لعمل بدوام كامل^(٦٠).

٩٨ - وأقر برنامج العمل بأن المشاركة الكاملة للمرأة والرجل والشراكة فيما بينهما أمر ضروري في الحياة الإنتاجية والإنجابية، بما في ذلك تقاسم مسؤوليات رعاية الأطفال وتنشئتهم وإعالة الأسرة المعيشية.

٩٩ - وتتطلب المساواة بين الجنسين في المنزل وفي مكان العمل تغييرات في مشاركة الرجال والفتيان في الأدوار الإنجابية والأعمال المنزلية؛ وبدون هذا التحول في المهام، تتحمل المرأة عبئا مزدوجا ثقيلًا، ويستبعد أن تحقق مشاركتها الكاملة والعادلة في الحياة الإنتاجية والإنجابية وأن تتمتع بمركز متساو في المجتمع.

١٠٠ - وفي حين أحرز العديد من البلدان تقدما كبيرا في تعزيز مشاركة المرأة في القوة العاملة منذ عام ١٩٩٤، لم يحظ التصدي للتفاوت بين الجنسين في التوازن بين العمل والحياة الأسرية بنفس مستوى الدعم. فعلى سبيل المثال، فإن أقل من ثلثي البلدان (٦٤ في المائة) المشاركة في الدراسة الاستقصائية العالمية عاجلت مسألة "تيسير التوفيق بين المشاركة في القوة العاملة والمسؤوليات الوالدية"، بما يسهل على المرأة الجمع بين تربية الأطفال والمشاركة في القوة العاملة. وأعطى عدد أقل من البلدان في الأمريكتين (٥٣ في المائة) وفي أفريقيا (٥٥ في المائة) الأولوية لهذه المسألة بالمقارنة مع بلدان آسيا (٧٤ في المائة) أو أوروبا (٩٢ في المائة). وفي الواقع، عاجلت نسبة أعلى من البلدان الأغنى والبلدان التي تتسم ببطء النمو السكاني هذه المسائل بالمقارنة مع البلدان الأفقر والبلدان التي تتسم بتسارع وتيرة النمو السكاني.

(٦٠) المرأة في العالم، ٢٠١٠: اتجاهات وإحصاءات (انظر الحاشية ١١ أعلاه).

١٠١ - وقام ثلث البلدان المشاركة في الدراسة الاستقصائية العالمية بإشراك الرجال والفتيان في تعزيز مشاركة الذكور والمساواة في تقاسم المسؤوليات من قبيل أعمال الرعاية خلال السنوات الخمس الماضية (٦٣ في المائة). وبالرغم من عدم ملاحظة تباينات إقليمية رئيسية، فإن تصنيف البلدان في فئات على أساس الدخل يبين أن هذا الأمر شاغل أكبر بالنسبة للبلدان ذات الدخل المرتفع الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (٨١ في المائة) في حين أن نسبة البلدان التي تعالج هذه المسألة في فئات الدخل الأربعة الأخرى تزيد أو تنقص قليلا عن المتوسط العالمي (البلدان ذات الدخل المنخفض: ٦٩ في المائة؛ بلدان الشريحة الدنيا من فئة الدخل المتوسط: ٥٨ في المائة؛ بلدان الشريحة العليا من فئة الدخل المتوسط: ٥٧ في المائة؛ البلدان ذات الدخل المرتفع غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي: ٦٧ في المائة).

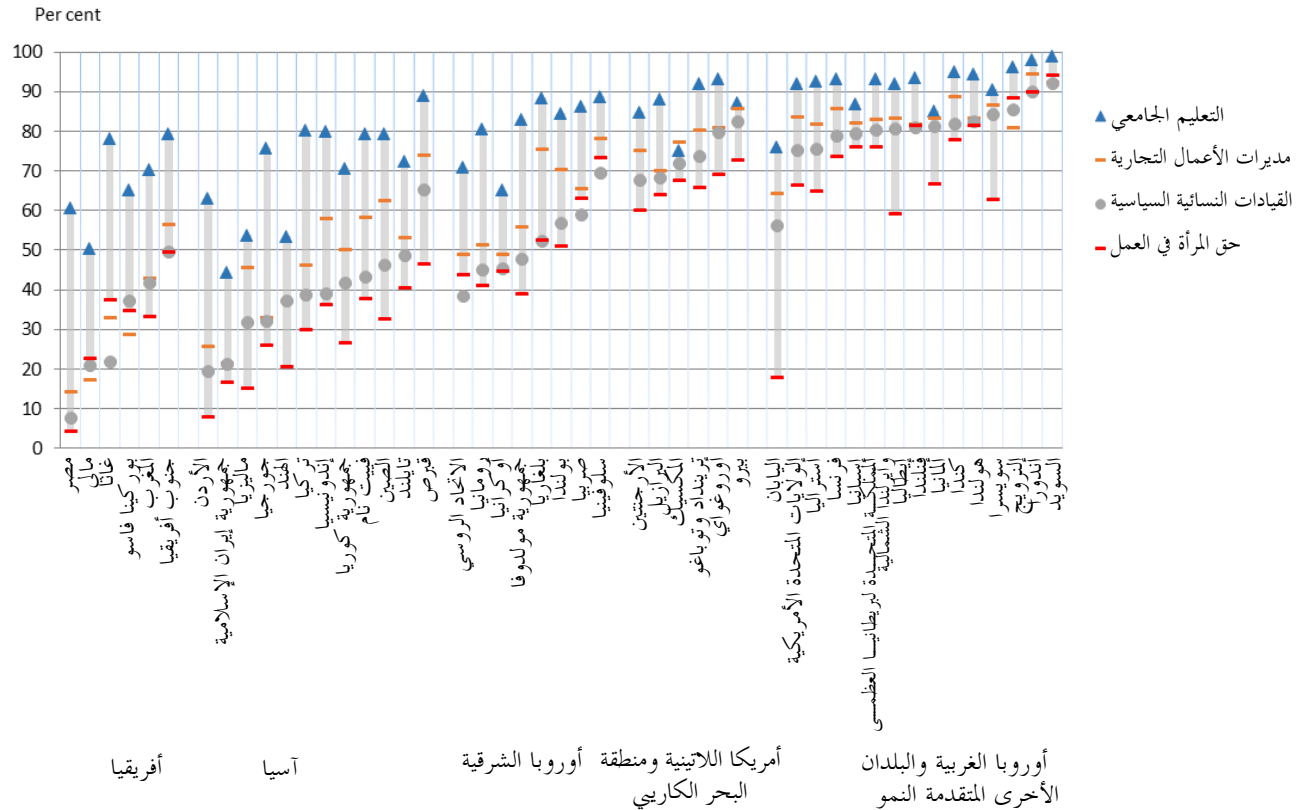
٢ - التقدم المتفاوت في المواقف إزاء المساواة بين الجنسين

١٠٢ - تؤيد غالبية الناس تمكين المرأة والمساواة بين الجنسين في معظم البلدان التي توجد بيانات بشأنها، غير أن حجم التأييد يتوقف على القيمة الجنسانية المحددة قيد النظر. وتقدم أحدث جولة من الدراسة الاستقصائية للقيم العالمية أجريت في ٤٧ بلدا أدلة على أن القيم العامة تنطوي على قدر كبير من المساواة بين الجنسين فيما يتعلق بالحصول على التعليم العالي، وتباين تباينا كبيرا فيما يتعلق بحصول الرجل والمرأة على الوظائف على قدم المساواة، وتزيد اعتدالا باستمرار فيما يتعلق بفعالية النساء (بالنسبة إلى فعالية الرجال) باعتبارهن قائدات في مجال الأعمال التجارية أو في حقل السياسة (انظر الشكل ٥). وفي الوقت الراهن يوجد قدر كبير من التوافق في الآراء بخصوص أهمية التعليم العالي للفتيات والفتيان على حد سواء؛ ولم يعد أغلب الناس في معظم البلدان يعتقدون أن التعليم الجامعي يحسن حياة البنين فقط. ومع ذلك، ففيما يتعلق بمجالات عامة أخرى، ما زالت أدوار الجنسين المتمايزة التي تعطي الأفضلية للرجل تلقى تقديرا في بلدان أفريقيا وآسيا وفي بعض بلدان أوروبا الشرقية. وعلى سبيل المثال، يعتبر ٥٠ في المائة أو أكثر من الأشخاص في نصف البلدان المشمولة بالدراسة الاستقصائية تقريبا أن الرجال قادة تجاريون وسياسيون أفضل، مع الشعور بأن الذكور متفوقون في القيادة السياسية بدرجة أعلى منه في الأعمال التجارية.

١٠٣ - وتشير البيانات إلى أن قيم المساواة بين الجنسين في معظم البلدان ما فتئت تتجه إلى الصعود منذ منتصف تسعينيات القرن الماضي (انظر الشكل ٥)، باستثناء القيمة التي مؤداها أنه "عندما تندر فرص العمل، يكون الرجال أولى بالحصول على فرص العمل من النساء" وهي قيمة تتفاوت تفاوتا كبيرا من بلد إلى آخر وعبر الزمن.

الشكل ٥

تأييد المساواة بين الجنسين في التعليم الجامعي، ومديرات الأعمال التجارية والقيادات النسائية السياسية ولحق المرأة في العمل على قدم المساواة مع الرجل، حسب المنطقة، ٢٠٠٩-٢٠٠٤



المصدر: بيانات الدراسات الاستقصائية للقيم العالمية للفترة ٢٠٠٩-٢٠٠٤ (التي تم تزييلها وتحليلها في ٢٠ آب/أغسطس ٢٠١٣).

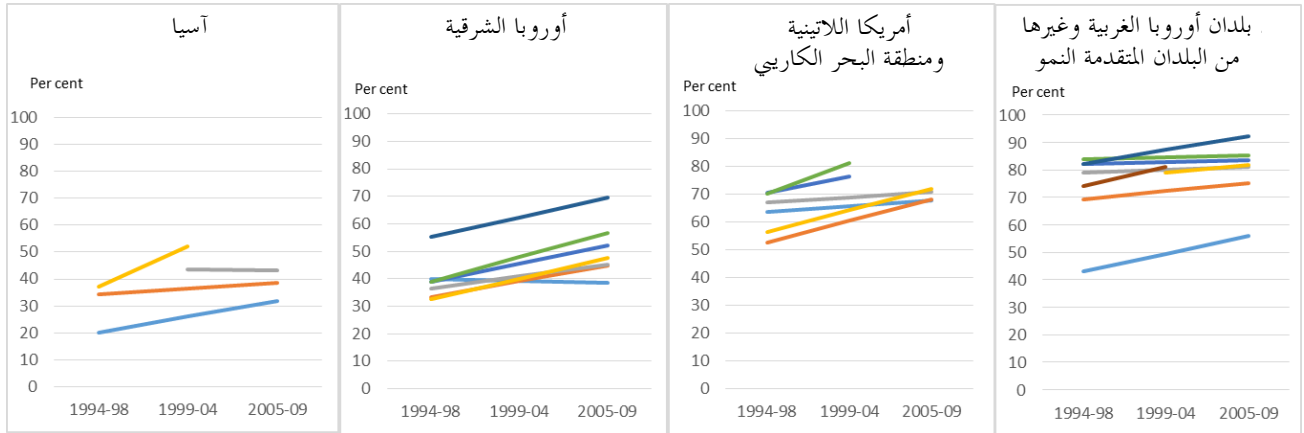
ملاحظة: يقاس تأييد المساواة بين الجنسين باعتبار نسبة المحييين الذين لا يتفقون مع الإقرارات التالية: (أ) "التعليم الجامعي أكثر أهمية للفتيان منه للفتيات"؛ و (ب) "على الإجمال، يكون الرجال أفضل من النساء في إدارة الأعمال التجارية"؛ و (ج) "على الإجمال، يكون الرجال أفضل من النساء في القيادة السياسية"؛ و (د) "عندما تندر فرص العمل، يكون الرجال أولى بالحصول على فرص العمل من النساء".

١٠٤ - وما فتئت الفجوات الإقليمية والإقليمية على صعيد القيم الجنسانية تتضاءل إذ إن بلدانا في أوروبا الغربية والبلدان الغنية غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي وصلت بالفعل إلى درجة عالية من التوافق الاجتماعي، بينما توجد بلدان في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، إضافة إلى بلدان في أوروبا الشرقية، تسعى إلى اللحاق بالركب.

١٠٥ - ولم يُظهر بعض البلدان أي تغيير هام في تأييد قيم المساواة بين الجنسين. وتوجد هذه البلدان في جميع المناطق، وتتفاوت في تأييدها حسب المسألة قيد النظر. ولم يُلاحظ إحراز أي تقدم في ثمن البلدان (٣ من أصل ٢٥ بلدا تتوفر بشأنها بيانات) فيما يتعلق بالتعليم العالي؛ وفي رُبع البلدان (٦ من أصل ٢٥ بلدا) فيما يتعلق بالقيادة السياسية؛ وفي ثلث البلدان (٨ من أصل ٢٥ بلدا) فيما يتعلق بالحصول على عمل.

الشكل ٥ - أ

تأييد تقلد المرأة مناصب في القيادة السياسية حسب المنطقة، ٢٠٠٩-٢٠٠٤

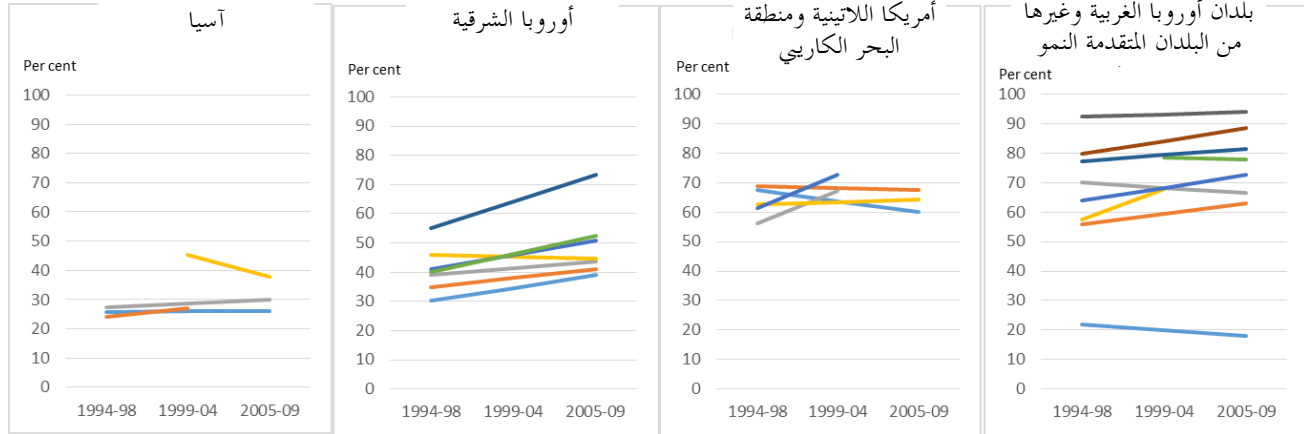


المصدر: بيانات الدراسات الاستقصائية للقيم العالمية للفترة ٢٠٠٩-٢٠٠٤.

ملاحظة: يقاس التأييد باعتبار نسبة المحييين الذين لا يتفقون مع الإقرار التالي: "على الإجمال، يكون الرجال أفضل من النساء في القيادة السياسية".

الشكل ٥ - ب

تأييد المساواة بين الجنسين في الحصول على فرص العمل حسب المنطقة، ٢٠٠٩-٢٠٠٤

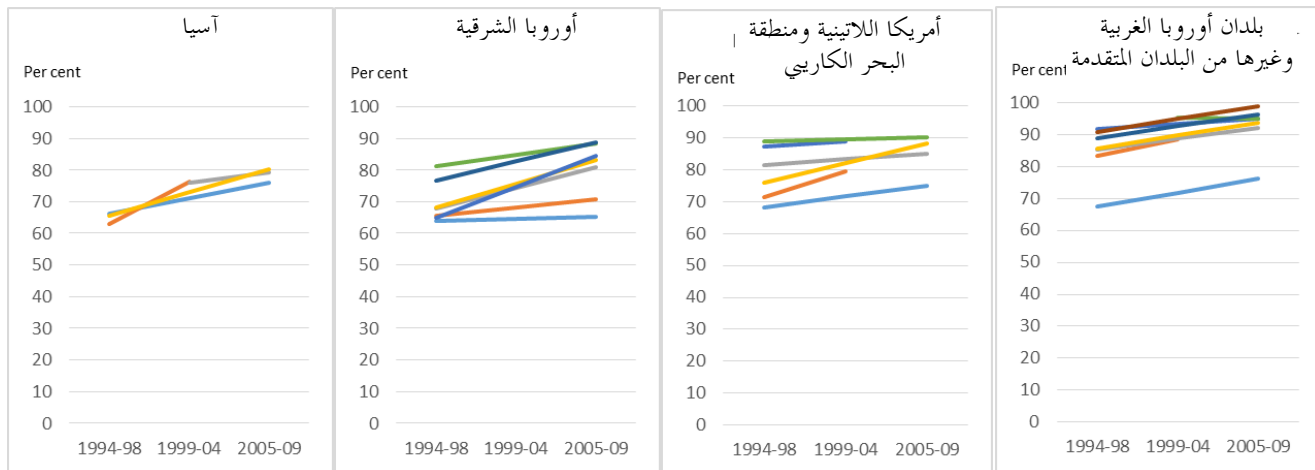


المصدر: بيانات الدراسات الاستقصائية للقيم العالمية للفترة ٢٠٠٩-٢٠٠٤.

ملاحظة: يقاس التأييد باعتبار نسبة المجيبين الذين لا يتفقون مع الإقرار التالي: "عندما تندر فرص العمل، يكون الرجال أولى بالحصول على فرص العمل من النساء".

الشكل ٥ - ج

تأييد المساواة بين الجنسين في الحصول على التعليم الجامعي حسب المنطقة، ٢٠٠٩-٢٠٠٤



المصدر: بيانات الدراسات الاستقصائية للقيم العالمية للفترة ٢٠٠٩-٢٠٠٤ (التي تم ترتيبها وتحليلها في ٢٠ آب/أغسطس ٢٠١٣).

ملاحظة: يقاس التأييد باعتبار نسبة المجيبين الذين لا يتفقون مع الإقرار التالي: "التعليم الجامعي أكثر أهمية للفتيان منه للفتيات".

١٠٦ - ويفوق التأييد الذي تبديه النساء للمساواة بين الجنسين ما يبديه الرجال. وهذا هو الحال فيما يتعلق بجميع المسائل الأربع التي جرى بحثها، وفي غالبية البلدان. والفجوة بين الجنسين ليست هامشية، وتتسع في البلدان التي يقل فيها التأييد العام للمساواة بين الجنسين. وبوجه عام، تضيق الفجوة بين الجنسين فيما يتعلق بمسألة الحصول على التعليم العالي/الجامعي، وتتسع فيما يتعلق بتفضيل حصول الرجال على فرص العمل وبخصوص القيادة النسائية في مجالي السياسة والأعمال التجارية. وبالنسبة للمسائل الأربع، تقل الفجوة إلى أدنى حد في بلدان أوروبا الغربية وغيرها من البلدان المتقدمة النمو، حيث يرجح أن يقر الرجال مثل النساء بالمساواة بين الجنسين أو أن يكونوا دون النساء بقدر ضئيل في الإقرار بها.

١٠٧ - وبالرغم من أن النساء يفقن الرجال تأييدا للمساواة بين الجنسين، حدثت تغيرات إيجابية في المواقف والقيم الجنسانية في أوساط النساء والرجال على حد سواء. وازدادت الفروق بوجه عام في القيم والمواقف الجنسانية بين النساء والرجال في بعض البلدان، فمثلا ازدادت هذه الفروق بشأن القيم المتعلقة بتقلد المرأة مناصب القيادة السياسية في أوكرانيا، وجمهورية مولدوفا، والأرجنتين، وبشأن القيم المتصلة بالتعليم في الاتحاد الروسي. وفي هذه الحالات، زادت نسبة النساء اللاتي يؤيدن المساواة بين الجنسين بدرجة كبيرة، بينما ظلت نسبة الرجال في نفس المستويات الدنيا التي كانت عليها في الدراسات الاستقصائية السابقة. وعلى النقيض من ذلك، شهدت بلدان أخرى تقدم الرجال بوتيرة أسرع من النساء، كما هو الحال فيما يتعلق بالقيم المتصلة بالتعليم العالي في تركيا والبرازيل، على سبيل المثال. وبالرغم من أن النساء ما زلن أكثر تأييدا للمساواة بين الجنسين، ففي بعض الحالات يقترب الرجال من أعلى مستوى من التأييد تبديه النساء.

١٠٨ - وتميل الأجيال الأصغر سنا أيضا إلى أن تكون أكثر إيجابية من الفئات الأكبر سنا تجاه تحقيق المساواة بين الجنسين، رغم أن الفجوة بين الأجيال ليست كبيرة إلا في عدد قليل من البلدان. ففي نحو نصف البلدان التي شملتها الدراسة الاستقصائية في عام ٢٠٠٥ أظهرت الأجيال الشابة تأييدا أقوى بكثير لتحقيق المساواة بين الجنسين في مجالي القيادة السياسية والإدارية والتعليم العالي. وفيما يتعلق بالحق في العمل، أيد الشباب بقوة المساواة بين الجنسين في حوالي ثلاثة أرباع البلدان.

١٠٩ - وتتمتع بلدان أوروبا الغربية بأعلى درجة من توافق الآراء بين الأجيال فيما يتعلق بالسياسة، في حين أن بلدان أوروبا الشرقية وأفريقيا لديها أعلى قدر من توافق الآراء بين الأجيال فيما يتعلق بالحق في العمل.

١١٠ - وتشير النتائج إلى حدوث التغييرات في المواقف والقيم بخصوص المسائل الجنسانية في مجتمعات بأسرها على مر الزمن، وليس فقط لدى الأجيال الشابة. وفي بعض البلدان التي توجد لديها بيانات عن الاتجاهات السائدة، كانت الفروق بين عدة قطاعات على مدى عشر سنوات أوسع من الفروق بين فئات أكبر سنا تزيد فيها الأعمار عن ٥٠ عاما و فئات أصغر سنا تتراوح فيها الأعمار بين ١٥ و ٢٩ عاما. وهذا هو الحال في بعض بلدان أوروبا الشرقية وأوروبا الغربية. ففيما يتعلق بالمواقف التي سادت في عام ٢٠٠٥ إزاء تقلد المرأة والرجل مناصب في مجال القيادة السياسية مثلا، لم تكن هناك فروق كبيرة بين فئتي المسنين والشباب في بلغاريا أو رومانيا أو أوكرانيا أو فنلندا أو السويد في حين أن جميع هذه البلدان قد أظهرت زيادة في تأييد المساواة بين الجنسين في الفترة ما بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٥.

١١١ - وينبغي للدول أن تكفل تكافؤ الفرص أمام النساء حتى يساهمن في المجتمع بوصفهن قائدات ومديرات، وصانعات قرار، وأن تمنحنهن فرص الوصول إلى مواقع سلطة على قدم المساواة مع الرجال في جميع قطاعات الحياة العامة. وفي إطار هذه الجهود، فمن المهم تناول الآراء والقيم العامة بشأن التحيز الجنساني أو غيره من أشكال التمييز، بوسائل من بينها التواصل الخلاق وحملات التثقيف، ورصد هذه المؤشرات بانتظام باعتبارها مؤشرات للتنمية الاجتماعية.

٣ - العنف الجنساني

١١٢ - تشير التقديرات إلى تبليغ واحدة من كل ثلاث نساء في العالم عن تعرضها للاعتداء الجسدي و/أو الجنسي، على يد العشير في أغلب الأحيان، مما يجعل هذا الشكل من العنف ضد النساء والفتيات أحد أكثر أشكال انتهاكات حقوق الإنسان انتشارا في العالم^(٦١).

١١٣ - ووجدت الدراسة المتعددة الأقطار الأولى (٢٠٠٥) المخصصة لتقدير مدى انتشار العنف العائلي المرتكب ضد المرأة أن نسبة النساء البالغات اللائي عانين في أي وقت مضى من العنف البدني على يد شريك تختلف اختلافا كبيرا بين البلدان العشرة التي شملتها الدراسة، إذ تتراوح ما بين ١٣ و ٦١ في المائة^(٦٢). وتراوحت نسبة النساء اللائي تعرضن للعنف البدني الشديد على يد شريك، والذي يعرف بأنه "التعرض للكم، أو الركل، أو الجرح، أو التهديد بسلاح أو العنف الممارس باستخدام سلاح ضد المرأة"، ما بين

(٦١) WHO, *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence* (Geneva, 2013).

(٦٢) C. Garcia-Moreno and others, *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women* (انظر الحاشية ١٢ أعلاه).

٤ و ٤٩ في المائة، وتراوح النسب المسجلة في معظم البلدان ما بين ١٣ و ٢٦ في المائة^(٦٣). وبيّنت التقديرات الأولى للانتشار العالمي والإقليمي (٢٠١٣) للعنف الجنسي والبدني الممارس من العشير والعنف الجنسي الممارس من غير الشريك أن ٣٠ في المائة من النساء في جميع أنحاء العالم، البالغات من السن ١٥ سنة فما فوق واللائي كان لهن شريك في وقت من الأوقات، تعرضن لشكل من أشكال عنف العشير، وتعرض ما يصل إلى ٣٨ في المائة من النساء في بعض المناطق لهذا العنف^(٦٤).

١١٤ - والمقاييس المستخدمة لقياس العنف الجنسي الممارس من غير الشريك محددة تحديداً أقل وضوحاً، مما يؤكد افتقاراً عاماً إلى بيانات بشأن هذا الشكل من العنف. بيد أن التقديرات الحالية على الصعيد العالمي تشير إلى أن ٧ في المائة من النساء تعرضن للعنف الجنسي على يد شخص آخر غير العشير. وتبيّن التقديرات المجمّعة أن ٣٦ في المائة من النساء في العالم تعرضن إما لعنف العشير أو لعنف غير العشير أو لشكلي العنف الجنساني معاً^(٦٥).

١١٥ - ووجدت دراسة متعددة الأقطار قامت بها الأمم المتحدة مؤخراً (٢٠١٣) بشأن الرجال والعنف في آسيا والمحيط الهادئ أن ما يقرب من نصف الرجال الذين أُحرّيت معهم مقابلات، وعددهم ١٠.٠٠٠ رجل، أفادوا باستخدامهم العنف البدني و/أو الجنسي ضد شريكة، وتراوحت نسب الرجال المستخدمين للعنف المسجلة في مختلف المواقع ما بين ٢٦ و ٨٠ في المائة^(٦٦). وأبلغ زهاء ربع عدد الرجال الذين أُحرّيت معهم المقابلات عن ارتكاب الاغتصاب ضد امرأة أو فتاة، وتتراوح النسب المسجلة في مختلف المواقع ما بين ١٠ و ٦٢ في المائة. ويبدأ الرجال في ارتكاب العنف في سن مبكرة، إذ أفاد نصف أولئك الذين اعترفوا بارتكاب الاغتصاب بأنهم اقترفوا الفعل أول مرة لما كانوا مراهقين، وبعضهم قاموا به لما كان عمرهم أقل حتى من ١٤ سنة. ولم تتعرض الغالبية العظمى (٧٢-٩٧ في المائة في معظم المواقع) من أولئك الرجال الذين اعترفوا بارتكاب الاغتصاب لتبعات قانونية، مما يؤكد أن الإفلات من العقاب لا يزال يمثل مشكلة خطيرة في المنطقة. وكان الدافع الأكثر شيوعاً في جميع المواقع، من بين ما ذكره الرجال من دوافع الاغتصاب، هو الاستحقاق الجنسي، أي الاعتقاد بأن للرجل الحق في ممارسة الجنس مع المرأة بصرف

(٦٣) المرجع نفسه.

(٦٤) WHO, *Global and Regional Estimates of Violence against Women*

(٦٥) المرجع نفسه.

(٦٦) E. Fulu and others, *Why Do Some Men Use Violence against Women and How Can We Prevent It? Quantitative Findings from the United Nations Multi-Country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific* (Bangkok, UNDP, UNFPA, UN-Women and UNV, 2013)

النظر عن موافقتها أو لا؛ وقدم هذا الرد أكثر من ٨٠ في المائة من الرجال الذين اعترفوا بارتكاب الاغتصاب في مواقع توجد في المناطق الريفية في بلدين. وعموماً، قال ٤ في المائة من جميع المجيبين إنهم شاركوا في اغتصاب جماعي لامرأة أو فتاة، وتراوحت النسب ما بين ١ و ١٤ في المائة في مختلف المواقع. وهذه هي البيانات الأولى المستقاة من عينة كبيرة من الرجال كهذه عن ارتكاب الاغتصاب الجماعي^(٦٧).

١١٦ - والآثار الصحية لعنف العشير حسيمة وتساهم بطريقة مباشرة وغير مباشرة في العديد من النتائج الصحية السلبية لدى النساء وأطفالهن. إذ يرتكب العشاء ٣٨ في المائة من مجموع عمليات قتل النساء في العالم. وإضافة إلى الإصابات القاتلة وغير القاتلة، يتم الربط بين تعرض المرأة لعنف العشير وزيادة خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. وعلاوة على ذلك، تسجل لدى النساء اللاتي تعرضن لعنف العشير الجنسي أو البدني نسب أعلى من الإجهاض المتعمد، والولادات السيئة، بما في ذلك تدني وزن المواليد والولادة قبل الأوان. وتترتب على العنف الجنساني أيضاً تكاليف اجتماعية واقتصادية كبيرة تكبدها المجتمعات في الأجلين القصير والطويل، بما فيها التكاليف المباشرة المتكبدة من خلال النفقات الصحية، والتكاليف الاقتصادية غير المباشرة المتعلقة بالمشاركة في القوة العاملة، وأيام الغياب عن العمل، والدخل مدى العمر؛ فضلاً عن التكاليف غير المباشرة على المدى الطويل المتعلقة بصحة ورفاه الأطفال وغيرهم من الأشخاص الذين يعيشون في أسر يمارس فيها العنف^(٦٨).

١١٧ - وجمع برنامج الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية بيانات في ١٢ بلداً بشأن المواقف تجاه "ضرب الزوجة" في ما لا يقل عن فترتين زمنييتين، لتحديد النسبة المئوية للرجال والنساء المتراوحة أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ سنة الذين يوافقون على أن الزوج/الشريك محق في ضرب زوجته/شريكته أو ضربها على نحو متكرر على الأقل لسبب من الأسباب التالية: إذا تسببت في احتراق الطعام، أو جادلته، أو خرجت دون إخباره،

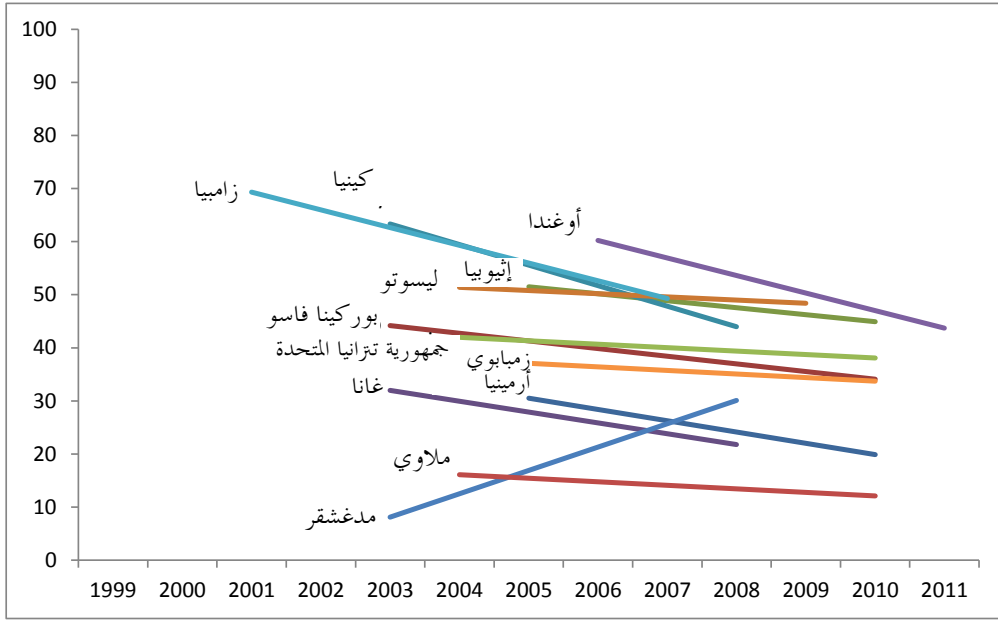
(٦٧) المرجع نفسه.

(٦٨) R. K. Jewkes and others, "Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: A cohort study.", *The Lancet*, Vol. 376, No. 9734, pp. 41-48; A. R. Morrison and M. B. Orlando "The costs and impacts of gender-based violence in developing countries: methodological considerations and new evidence", Working Paper No. 36151 H. A. Weiss and others, "Spousal sexual violence and poverty"; (Washington, D.C., World Bank, 2004) are risk factors for sexually transmitted infections in women: a longitudinal study of women in Goa, WHO, *Global and India*, *Sexually Transmitted Infections*, vol. 84, No. 2 (2008), pp. 133-139. *Regional Estimates of Violence against Women*

أو أهملت الأطفال أو رفضت العلاقات الجنسية. وكما يظهر في الشكل ٦، حدث انخفاض ملموس في نسبة الذكور الذين يؤيدون أيًا من هذه المسوغات المقدمة لتبرير هذا الشكل المحدد من العنف البدني الذي يمارسه العشير. ومع أن هذه الاتجاهات توحي بتغير إيجابي في احترام الرجال لكرامة النساء، لا بد من الإشارة إلى أنه، في خمسة بلدان، لا يزال أكثر من ٤٠ في المائة من المحييين يؤيدون مسوغات تبرر العنف العائلي^(٦٩).

الشكل ٦

الاتجاهات في مواقف الرجال إزاء "ضرب الزوجة"



المصادر: الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، جميع البلدان التي لديها بيانات متاحة عن فترتين زمنيةتين على الأقل، متاح على الموقع الشبكي www.measuredhs.com (تم الاطلاع عليه في ١٥ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣).

١١٨ - وتلاحظ اتجاهات مماثلة في مواقف المرأة، مع حدوث انخفاض عام بين الفترتين الزمنيةتين لجمع البيانات في إطار الدراسات الاستقصائية. ولكن على الرغم من هذه

(٦٩) البلدان الـ ١٢ التي تتوفر لديها بيانات هي إثيوبيا، وأرمينيا، وأوغندا، وبوركينا فاسو، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وزامبيا، وزيمبابوي، وغانا، وكينيا، وليسوتو، وملاوي، ومدغشقر. انظر بيانات الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية (www.measuredhs.com/) وقاعدة بيانات منظمة الأمم المتحدة للطفولة المشتملة على معلومات عن الأطفال Childinfo (www.childinfo.org/attitudes.html).

الاتجاهات الإيجابية، فإن ما يصل إلى ٧٠ في المائة من النساء اللائي شملتهن الدراسات الاستقصائية في بعض البلدان ما زلن يوافقن على أن ضرب الزوجة مبرر في ظل ظروف معينة^(٧٠).

١١٩ - وتكتسي مساءلة الحكومات والسياسات المدعومة من المجتمعات المحلية الرامية إلى تعزيز تمكين المرأة والمساواة بين الجنسين أهمية بالغة في منع العنف الجنساني والتصدي له، إلى جانب التدخلات الاجتماعية والاقتصادية التي تتحدى الأعراف الاجتماعية وتعزز حقوق المرأة الاقتصادية وتمكينها^(٧١). واعتمدت لجنة وضع المرأة في دورتها السابعة والخمسين استنتاجات متفق عليها بشأن القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء ومنعها (انظر E/2013/27، الفصل الأول، الفرع ألف) تحت فيها الحكومات على تعزيز الأطر القانونية والسياساتية والرصد وكفالة المساءلة، وعلى التصدي في الوقت نفسه للأسباب الهيكلية للعنف وتعزيز تدابير المواجهة المتعددة القطاعات.

١٢٠ - وتحت المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية على تعزيز حملة النظم الصحية المتعددة الجوانب للتصدي لعنف العشير والعنف الجنسي، وتحسين فرص الحصول على خدمات العلاج البالغة الأهمية كتوفير الوسائل العاجلة لمنع الحمل، والإجهاض في حالات الحمل الناتج عن الاغتصاب، والعلاج الوقائي الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، والدعم الخاص بالصحة العقلية^(٧٢).

١٢١ - واعترف مجلس الأمن في عدد من القرارات بمدى انتشار العنف ضد النساء والفتيات وتصدي له، ومن هذه القرارات القرار ٢١٢٢ (٢٠١٣) الذي أقر فيه المجلس بأهمية المعونة الإنسانية التي تشمل كافة الخدمات الصحية للمتضررات من النزاع، بمن فيهن النساء اللائي يصبحن حوامل نتيجة للاغتصاب؛ والقرار ١٣٢٥ (٢٠٠٠) بشأن أثر النزاع في المرأة ودورها في حل النزاعات وبناء السلام؛ والقرار ١٨٢٠ (٢٠٠٨) الذي لاحظ فيه المجلس أن العنف الجنسي المرتكب ضد المرأة في حالات النزاع يمكن أن يشكل جريمة حرب؛

(٧٠) المرجع نفسه.

(٧١) (G. Sen. *Sexual and reproductive health and rights in the post 2015 development framework*)، "الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في إطار التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، ورقة مناقشة مؤقتة مُعدة من أجل المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان الداخل في إطار المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤، والمعقود في هولندا في الفترة من ٧ إلى ١٠ تموز/يوليه ٢٠١٣؛ WHO, *Global and regional estimates of violence against women* (انظر الحاشية ٦١ أعلاه).

(٧٢) منظمة الصحة العالمية، *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines* (Geneva, 2013).

والقرار ١٨٨٨ (٢٠٠٩) الذي كلف فيه المجلس صراحة بعثات حفظ السلام بمهمة حماية النساء والأطفال من العنف الجنسي في حالات النزاع.

١٢٢ - ويتخذ العنف ضد الأطفال أشكالاً عديدة، ويرتكبه الكبار البالغون والأقران على السواء، ويمكن أن يؤدي إلى زيادة خطر الانتحار، والاكتئاب، وغير ذلك من الأمراض العقلية، وتعاطي المخدرات، وتقلص القدرة على تفادي العلاقات الأخرى المتسمة بالعنف، وقد يزيد بالنسبة للبعض إمكانية ارتكابهم هم أنفسهم للعنف^(٧٣). ولئن كانت الفتيات عُرضة بوجه خاص للعنف والاعتداء الجنسيين، توجه البيانات الجديدة المستمدة من بلدان متعددة^(٧٤) الانتباه إلى تعرض الفتيان للعنف في مرحلة الطفولة، الأمر الذي يعتبر في كثير من الأحيان عادياً بالنسبة للفتيان، ولكن قد تكون له آثار بعيدة المدى لا تقل عن الآثار في الفتيات من حيث الصدمة النفسية.

١٢٣ - وتؤكد البيانات التي تم الحصول عليها مؤخراً من ستة بلدان^(٧٥) الملاحظة التي طالما أبدت بأنه من الأرجح أن يستخدم الرجال العنف ضد النساء والأطفال إذا لم تكن لديهم مواقف تساند المساواة بين الجنسين، أو إذا شهدوا العنف العائلي أو عانوا أنفسهم منه خلال مرحلة الطفولة، أو إذا كانوا يعيشون تحت ضغط اقتصادي حاد، أو يعانون من اضطرابات نتيجة التشريد أو النزاع^(٧٦).

١٢٤ - ويرى أخصائيو نفسيون أن الخوف الشديد، كذلك الذي يسود في حالة الحرب أو النزاع، قد يتبدد مؤقتاً عند بعض الناس بارتكاب عدوان على أشخاص آخرين. وقد يؤدي رد الفعل هذا أيضاً إلى زيادة العنف غير القتالي. ويُستخدم الاعتصاب وغيره من

(٧٣) انظر، من بين مراجع أخرى، تقرير الخبير المستقل المعني بإجراء دراسة الأمم المتحدة عن العنف ضد الأطفال، ٢٠٠٦ (انظر A/61/299)؛ ومنظمة الصحة العالمية والجمعية الدولية لمنع إساءة معاملة وإهمال الأطفال، الوقاية من إساءة معاملة الطفل: دليل اتخاذ الإجراءات العملية وتوليد البيانات (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦).

(٧٤) تمثل دراسات استقصائية أجريت في البرازيل، ورواندا، وشيلي، وكرواتيا، والمكسيك، والهند، نتائج مستخلصة من الدراسة الاستقصائية الدولية بشأن الرجال والمساواة بين الجنسين، قدمها الدكتور غاري باركر في الحوار بشأن الرجال والفتيان، والذكورة والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الذي نظمه صندوق الأمم المتحدة للسكان في نيويورك، يوم ٢٣ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣.

(٧٥) G. Barker and others, *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)* (Washington, D.C., International Center for Research on Women; Rio de Janeiro, Instituto Promundo, January 2011).

(٧٦) المرجع نفسه.

أشكال العنف الجنسي كأساليب حرب، ولكن يزداد وقوعها أيضا بين السكان غير المقاتلين خلال فترة عدم الاستقرار المرتبط بالحرب والتراع^(٧٧).

١٢٥ - وتكشف بيانات تم الحصول عليها مؤخرا من شرق جمهورية الكونغو الديمقراطية، الذي يعاني من العنف الداخلي المستمر لمدة تزيد عن العقد، أن ما يقرب من نصف (٤٨ في المائة) الذكور غير المحاربين أبلغوا عن استخدام العنف البدني ضد نساء، واعترف ١٢ في المائة منهم باغتصاب شريكاتهم، وأفاد ٣٤ في المائة منهم بارتكاب ضرب من ضروب العنف الجنسي. وإضافة إلى ذلك، فمن بين الرجال والنساء الذين شملتهم الدراسة، وقع ٩ في المائة من الرجال البالغين ضحايا للعنف الجنسي، وأجبر ١٦ في المائة من الرجال و ٢٦ في المائة من النساء على مشاهدة العنف الجنسي^(٧٨). وتشير جميع الأدلة المتاحة إلى أن عواقب هذا النوع من العنف قد تكون حسيمة وطويلة الأجل^(٧٩)، وتبذل حاليا عدة جهود صغيرة النطاق في شرق جمهورية الكونغو الديمقراطية لمحاولة معالجة الصدمات العاطفية للضحايا وأسرههم، فضلا عن الندوب الجسدية^(٨٠).

١٢٦ - ومن بين جميع القضايا المتصلة ببرنامج العمل المذكورة في الدراسة الاستقصائية العالمية، كان "القضاء على العنف الجنساني" إحدى المسائل التي عالجتها أعلى نسبة من الحكومات (٨٨ في المائة). وعلى الصعيد الإقليمي، عالجت هذه المسألة نسبة ٩٤ في المائة

(٧٧) عرض قدمه إرنستو موخيككا في الحوار بشأن الرجال والفتيان، والذكورة والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الذي نظمه صندوق الأمم المتحدة للسكان في نيويورك، يوم ٢٣ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣.

(٧٨) H. Slegh and others, *Gender Relations, Sexual Violence and the Effects of Conflict on Women and Men in North Kivu, Eastern Democratic Republic of Congo: Preliminary Results of the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)* (Cape Town, Sonke Gender Justice Network; Washington, D.C., Promundo-US, 2012).

(٧٩) E. Kinyanda and others, "War related sexual violence and its medical and psychological consequences as seen in Kitgum, Northern Uganda: a cross-sectional study", *BMC International Health and Human J. Ward and M. Marsh, "Sexual violence against women and girls in war and its aftermath: realities, responses and required resources"* and *Rights 2010*, vol. 10, November 2010: ورقة إحاطة إعلامية مُعدة من أجل الندوة بشأن العنف الجنسي في حالات النزاع وما بعده، المعقودة في بروكسل في الفترة من ٢١ إلى ٢٣ حزيران/يونيه ٢٠٠٦؛ و A. O. Longombe, K. M. Claude and J. Ruminjo, "Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: case studies", I. Joachim, "Sexualised violence and reproductive health matters", vol. 16, No. 31 (2008), pp. 132-141 in war and its consequences", in Medica Mondiale, ed., *Violence against Women in War: Handbook for Professionals Working with Traumatized Women* (Frankfurt, Mabuse, 2005), pp. 63-110.

(٨٠) Panzi Hospital, *Annual Activity Report Panzi Hospital 2012*. متاح على الموقع الشبكي التالي: www.panzihospital.org/wp-content/uploads/2013/03/0823-Panzi_ENG_v9.pdf

من الحكومات في أفريقيا، و ٨٧ في المائة في الأمريكتين، و ٩٠ في المائة في آسيا، و ٨٢ في المائة في أوروبا، و ٧٧ في المائة في أوقيانوسيا.

١٢٧ - وفي ما يتعلق بالأطر القانونية الرامية إلى منع إساءة المعاملة والإهمال والعنف والتصدي لها، أفادت نسبة ٨٧ في المائة فقط من البلدان في الدراسة الاستقصائية العالمية بأنها قامت بإصدار وإنفاذ قوانين تجرم الاغتصاب وغيره من أشكال الاستغلال الجنسي، ولم تُنفذ سوى نسبة ٥٣ في المائة من البلدان بإصدار وإنفاذ قوانين تجرم الاغتصاب الزوجي (أفريقيا: ٣٩ في المائة؛ والأمريكتان: ٥٧ في المائة؛ وآسيا: ٤٨ في المائة؛ وأوروبا: ٧٥ في المائة؛ وأوقيانوسيا: ٦٢ في المائة).

١٢٨ - وقامت نسبة ٧٣ في المائة من البلدان بإصدار وإنفاذ قوانين تجرم عنف العشير، وهي مسألة أعطيت لها الأولوية في الأمريكتين (٨٨ في المائة)، وأوروبا (٨٤ في المائة) على نقيض آسيا (٦١ في المائة)، وأفريقيا (٦٨ في المائة) وأوقيانوسيا (٧١ في المائة).

١٢٩ - وفي ما يتعلق بتجريم الاستغلال الجنسي للشباب، وخاصة منهم الفتيات، أفادت نسبة ٨٣ في المائة من البلدان بأنها أصدرت قوانين في هذا المجال وأنفذتها، وأبلغت نسبة ٧٧ في المائة منها بإصدار وإنفاذ قوانين تمنع استغلال الأطفال في إنتاج المواد الإباحية.

١٣٠ - وإذا حُسب مؤشر مركب للأبعاد القانونية الستة المذكورة أعلاه، تبين النتائج أن نسبة ٢٨ في المائة من البلدان فقط قامت بإصدار وإنفاذ قوانين في جميع الحالات. وقام ما يقرب من نصف البلدان الأوروبية (٤٨ في المائة) والأوقيانوسية (٤٦ في المائة) بذلك، ولكن نسبة أصغر من البلدان الأفريقية (٢٦ في المائة) والبلدان الآسيوية (١٥ في المائة) وبلدان الأمريكتين (١٤ في المائة) قامت بالشئ نفسه. وينبغي للدول أن تعتمد وتنفذ تشريعات وسياسات وتدابير ترمي إلى منع العنف الجنساني داخل الأسرة وخارجها، وكذلك في حالات النزاع وما بعده، والمعاقبة على ارتكاب هذا العنف والقضاء عليه. وينبغي مراجعة القوانين التي تعفي مرتكبي العنف ضد النساء والفتيات، بما في ذلك الأحكام التي تتيح لهم الإفلات من العقاب إذا تزوجوا الضحية، أو إذا كانوا شركاء الضحايا أو أزواجهم. وينبغي أيضا إسقاط العنف الجنسي من أحكام العفو في مرحلة ما بعد النزاع في إطار تعزيز التشريع والإنفاذ الراميين إلى إنهاء الإفلات من العقاب.

١٣١ - وينبغي للدول أن تعزز قدرتها على التعرف على العنف وعلى منعه، وكفالة تقديم الخدمات التي يمكن أن تخفف من الآثار المترتبة على العنف وتتيح التأهيل الكامل للأشخاص المتعرضين له. وعلاوة على ذلك، ينبغي للدول تعزيز الرصد الروتيني، وتوسيع نطاق البحوث في المسائل الهامة التي لم تُدرس من قبيل عدد الأشخاص الذين

يعيشون في ظروف الخوف المستمر؛ والعنف داخل المدارس والسجون والجيش؛ وأسباب العنف وعواقبه؛ وفعالية التدخلات والقوانين والنظم المتعلقة بحماية الضحايا و/أو الناجين وتعافيهم.

١٣٢ - ويتعين على جميع الدول أن تضمن كذلك حصول جميع ضحايا العنف الجنساني والناجين منه، فوراً، على الخدمات ذات الأهمية الحاسمة، بما في ذلك توفير خطوط اتصال مباشر على مدار الساعة؛ وتقديم دعم الصحة النفسية - الاجتماعية والعقلية؛ ومعالجة الإصابات؛ وتوفير الرعاية في فترة ما بعد الاغتصاب، بما في ذلك الوسائل العاجلة لمنع الحمل، والعلاج الوقائي الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية من أجل الوقاية منه، وسبل الاستفادة من خدمات الإجهاض المأمون في جميع حالات العنف والاعتصاب وسفاح المحارم؛ وضمان حماية الشرطة، والسكن والمأوى الآمنين؛ وتوثيق الحالات، وتوفير خدمات الطب الشرعي والمعونة القانونية؛ وتأمين الإحالات الطبية والدعم الطويل الأجل.

أولويات منظمات المجتمع المدني فيما يتعلق بالعنف الجنساني

١٣٣ - وجد استقصاء أُجري مؤخراً (٢٠١٣) وغطى ٢٠٨ منظمات من المجتمع المدني^(٨١) في ثلاث مناطق (الأمريكتان وأفريقيا وأوروبا) تعمل في مجال مكافحة العنف الجنساني أن ٢٣ في المائة من منظمات المجتمع المدني في أفريقيا ذكرت "المعايير الجنسانية وإشراك الذكور" بوصفها مسألة ذات أولوية عليا في السياسات العامة خلال السنوات الخمس إلى العشر المقبلة. وفي الأمريكتين وأوروبا، حدّد ٣١ في المائة و ٢١ في المائة من منظمات المجتمع المدني على التوالي كأولوية مسألة "إعداد برامج وسياسيات واستراتيجيات وقوانين وإنشاء مؤسسات للقضاء على العنف الجنساني". وأخيراً، تشير منظمات المجتمع المدني على نسق واحد في جميع المناطق إلى "القضاء على جميع أشكال العنف"، بما في ذلك العنف الجنسي والاعتصاب والعنف العائلي وقتل الإناث، باعتباره إحدى المسائل ذات الأولوية العليا في السياسات العامة خلال السنوات الخمس إلى العشر المقبلة (أفريقيا: ٢٠ في المائة؛ الأمريكتان: ٢٢ في المائة؛ أوروبا: ٢٦ في المائة).

(٨١) لم يُسمح سوى لممثل واحد عن كل منظمة من منظمات المجتمع المدني بالرد على هذا الاستقصاء، بغض النظر عن حجم المنظمة ونطاق تغطيتها. ويتمتع العديد من منظمات المجتمع المدني التي ردت على الاستقصاء بنطاق وطني و/أو إقليمي و/أو عالمي يشمل فئات سكانية مستفيدة واسعة.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٣

العنف الجنساني

الصكوك الملزمة: في السنوات التالية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ظهر العنف الجنساني كمسألة بارزة من مسائل حقوق الإنسان، خصوصا في صكوك ملزمة إقليميا مثل: اتفاقية البلدان الأمريكية لمنع العنف ضد المرأة والمعاقبة عليه والقضاء عليه (١٩٩٤) التي صدق عليها أغلب الدول الأعضاء في منظمة الدول الأمريكية؛ والبروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب المتعلق بحقوق المرأة في أفريقيا (١٩٩٥)؛ واتفاقية مجلس أوروبا بشأن منع ومكافحة العنف ضد المرأة والعنف العائلي (٢٠١١)، التي سيبدأ نفاذها متى صدقت عليها ١٠ دول.

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان: اعتمد مجلس حقوق الإنسان سلسلة من القرارات بشأن تكثيف الجهود الرامية إلى القضاء على جميع أشكال العنف ضد المرأة، بما في ذلك القرار ١٢/١٤ المتعلق بالتعجيل بالجهود الرامية إلى القضاء على جميع أشكال العنف ضد المرأة: ضمان بذل العناية الواجبة في مجال المنع (٢٠١٠). الصكوك القانونية غير الملزمة الأخرى: تقضي الملاحظات الختامية الصادرة عن مختلف هيئات رصد المعاهدات باتخاذ الدول لتدابير ترمي إلى منع العنف الجنسي، وتوفير سبل تأهيل ضحايا العنف الجنسي وإنصافهم، وملاحقة الجناة^(٨٢).

٤ - تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث

١٣٤ - يشير تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث إلى جميع الممارسات التي تشمل "إزالة الأعضاء التناسلية الخارجية للإناث بصورة كاملة أو جزئية، أو غير ذلك من أشكال الإضرار بالأعضاء التناسلية للإناث لأسباب غير طبية"^(٨٣). ويمكن أن يؤدي تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث إلى عواقب ومخاطر صحية على المدى القصير والطويل تزيد حسب مدى قسوة الإجراء المتبع. ولا يعود تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث بأي فوائد صحية معروفة على النساء والفتيات^(٨٤).

(٨٢) انظر الملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل التي صدرت بعد نظر اللجنة في التقرير الدوري الثالث للبنان (CRC/C/42/3)، الفقرة ٤٢٩ (د)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة التي صدرت بعد نظر اللجنة في التقرير الجامع للتقارير الدورية الرابع والخامس والسادس لجمهورية ترانيبا المتحدة (A/63/38)، الجزء الثاني، الفصل رابعا - باء، الفقرة ١٢٠؛ والملاحظات الختامية للجنة مناهضة التعذيب التي صدرت بعد نظر اللجنة في التقرير الدوري الثاني لكوستاريكا (A/63/44)، الفقرة ٤٠ (١٩).

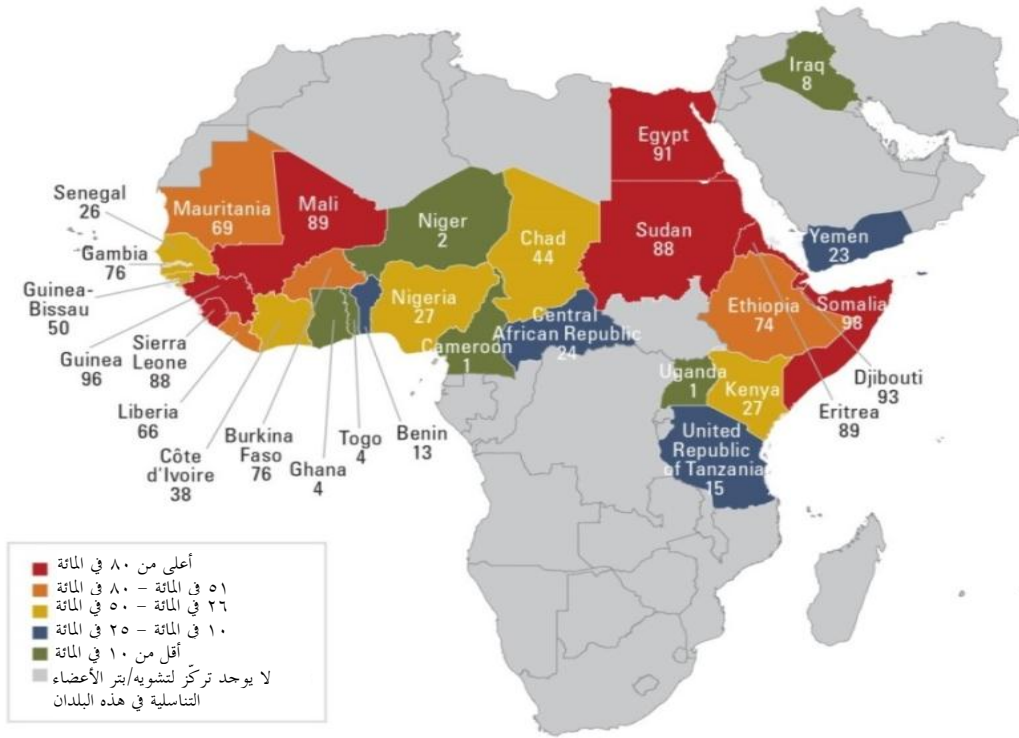
(٨٣) WHO، "Female genital mutilation"، Fact sheet No. 241. (February 2014).
التالي: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/WHO_Eliminating_Female_Genital_Mutilation_An
Interagency Statement (Geneva, 2008)، متاح على العنوان الإلكتروني التالي:
www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf

(٨٤) WHO، *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement*

١٣٥ - ويُقدَّر أن ١٢٥ مليون امرأة وفتاة في العالم يعانين عواقب تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث، بينما يواجه زهاء ٣ ملايين فتاة، أغلبهن دون سن ١٥ عاماً، خطر التعرض لهذا الإجراء في كل سنة. وهو يمارَس على نطاق واسع في أكثر من ٢٩ بلداً، أغلبها في المناطق الغربية والشرقية والشمالية الشرقية من أفريقيا، وفي بعض الدول العربية (انظر الشكل ٧) (٨٥).

الشكل ٧

النسبة المئوية للفتيات والنساء بين سن ١٥ و ٤٩ عاماً اللاتي خضعن لعملية تشويه/بتر الأعضاء التناسلية، حسب البلد



المصدر: UNICEF, Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change, (New York, 2013).

United Nations Children's Fund (UNICEF), *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change*, (New York, 2013); UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: *Accelerating Change - Annual Report 2012* (New York, 2013); WHO, *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement* (2008).

١٣٦ - وتؤثر عوامل اجتماعية اقتصادية مثل مستوى التعليم ودخل الأسرة في مدى انتشار ممارسة تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث والمواقف تجاهها داخل البلدان، في حين أن زيادة المهجرة جعلت مدى انتشار هذه الممارسة في صفوف النساء والفتيات اللائي يعشن خارج بلدانهن في تزايد^(٨٦).

١٣٧ - ومنذ صدور البيان المشترك بين الوكالات الموقع من قبل اليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية في عام ١٩٩٧^(٨٧)، بُذلت جهود كبيرة من أجل القضاء على ممارسة تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث، وشهدت العقود الماضية بالفعل المزيد من العناية الدولية والموارد المكرسة لإنهاء هذه الممارسة. وينص العديد من الصكوك الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان على حماية حقوق النساء والفتيات، وتدعو هذه الصكوك إلى قطع دابر تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث. فهو إجراء يمثل انتهاكا لحقوق الطفلة؛ ولحقوق جميع الأشخاص في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة؛ وللحق في عدم التعرض للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية؛ وهو أيضا شكل من أشكال عدم المساواة بين الجنسين والتمييز ضد المرأة^(٨٨). ومع ذلك، فاستمرار العملية ونطاق انتشارها، مع وجود إسقاطات إحصائية تُظهر أن من المرجح، بحلول عام ٢٠٣٠، أن تتعرض ٢٠,٧ مليون فتاة من المولودات بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٥ لشكل من أشكال تشويه/بتر الأعضاء التناسلية^(٨٩)، إنما يبرز أكثر الضرورة الملحة لتكثيف وتوسيع وتعزيز الجهود الرامية إلى تسريع معدل الانخفاض السنوي لحالات تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث والقضاء على هذه الممارسة في أقل من جيل. ويدعو البيان الجديد المشترك بين الوكالات الصادر عن مجموعة أوسع من وكالات الأمم المتحدة في عام ٢٠٠٨ إلى زيادة الدعم والموارد وأنشطة الدعوة من أجل القضاء على ممارسة تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث على مستوى المجتمعات المحلية وعلى المستويين الوطني والدولي^(٨٨).

١٣٨ - وكشفت الدراسة الاستقصائية العالمية أن ٤٦ في المائة من البلدان قامت بإصدار وإنفاذ قوانين تحمي الطفلات من الممارسات الضارة، بما في ذلك تشويه/بتر الأعضاء

(٨٦) UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change*; WHO, *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement* (2008); P. S. Yoder, N. Abderrahim and A. Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7 (Calverton, Maryland, United States of America, ORC Macro, 2004).

(٨٧) WHO, *Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement* (Geneva, 1997).

(٨٨) WHO, *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement* (2008).

(٨٩) انظر صندوق الأمم المتحدة للسكان (www.devinfo.org/mdg5b/).

التناسلية للإناث، حيث أقدم على ذلك ٦٦ في المائة من البلدان في أفريقيا و ٢٦ في المائة فقط من البلدان في آسيا.

١٣٩ - وليس من المرجح أن تنجح القوانين العقابية التي تجرم تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث لوحدها، فيجب أن تكون مقرونة بمحملات توعية عامة ودعوة مراعية للاعتبارات الثقافية تؤدي إلى إحداث تغيير مستمر في المواقف الثقافية والاجتماعية. وستكون للنهج التي تقودها المجتمعات المحلية المؤيدة من جانب القادة الوطنيين والمحليين أهمية بالغة في إحداث التغيير السلوكي المستمر الضروري لحماية حقوق النساء والفتيات عن طريق إنهاء هذه الممارسة^(٨٨). والواقع أن المجتمعات المحلية التي اعتمدت النهج الجماعي والتشاركي في عملية اتخاذ القرار استطاعت التخلص عن الممارسة^(٩٠).

١٤٠ - وينبغي للدول وضع استراتيجيات شاملة ومتكاملة للقضاء على ممارسة تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث، ودعمها وتنفيذها، بما في ذلك تدريب الأخصائيين الاجتماعيين والعاملين في المجال الطبي وقادة المجتمعات المحلية والزعماء الدينيين والمتخصصين المعنيين وكفالة قيامهم بكفاءة بتقديم خدمات الدعم والرعاية للنساء والفتيات المعرضات لخطر تشويه أعضائهن التناسلية أو بترها أو اللاتي تعرضن لذلك، ووضع آليات رسمية لإبلاغ السلطات المختصة عن الحالات التي تعتقد أن النساء أو الفتيات عرضة فيها للخطر، وكفالة قدرة الأخصائيين الصحيين على التعرف على المضاعفات الصحية الناجمة عن الممارسة ومعالجتها.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٤

تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث

الصكوك الملزمة: ينص البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب المتعلق بحقوق المرأة في أفريقيا (١٩٩٥؛ بدء السريان: ٢٠٠٥) على أن تحظر الدول الأطراف وتدين جميع أشكال الممارسات الضارة التي تترتب عليها آثار سلبية على حقوق الإنسان للمرأة... وأن تتخذ جميع التدابير التشريعية وغيرها من التدابير الضرورية للقضاء على هذه الممارسات، بما في ذلك: ... اتخاذ التدابير التشريعية المدعومة بجزاءات التي تحظر جميع أشكال تشويه الأعضاء التناسلية للإناث؛

وتنص المادة ٣٨ من اتفاقية مجلس أوروبا بشأن منع ومكافحة العنف ضد المرأة والعنف العائلي (٢٠١١، ليست سارية) على أن تتخذ الأطراف التدابير التشريعية أو غيرها من التدابير الضرورية لضمان تجريم أنماط السلوك العمدي التالية: (أ) الختان، أو الختان التخيطي، أو أي تشويه آخر كلي أو جزئي للشفرين الكبيرين، أو الشفرين الصغيرين، أو البظر؛ (ب) إكراه امرأة على الخضوع لأي من الأعمال المدرجة في النقطة (أ) أو توفير الوسائل لها لذلك؛ (ج) حث فتاة أو إكراهها على الخضوع لأي من الأعمال المدرجة في النقطة (أ) أو توفير الوسائل لها لذلك.

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان: اتخذت الجمعية العامة عدة قرارات بشأن القضاء على الممارسات الضارة، بما فيها تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث، ويندرج ضمنها القرار التاريخي ١٤٦/٦٧ المتعلق بتكثيف الجهود العالمية من أجل القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (٢٠١٢).

٥ - أولويات الحكومات: المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

التمكين الاقتصادي والعمالة	٧١ في المائة من الحكومات
التمكين السياسي والمشاركة	٥٩ في المائة من الحكومات
القضاء على جميع أشكال العنف	٥٦ في المائة من الحكومات
المعايير الجنسانية وإشراك الذكور	٢٢ في المائة من الحكومات
التوازن بين العمل والحياة الخاصة	٦ في المائة من الحكومات

١٤١ - كان تعزيز وتيسير "التمكين الاقتصادي" للمرأة الأولوية التي ورد ذكرها أكثر في إجابات ثلثي البلدان على الأقل في أربع من المناطق الخمس: أفريقيا (٦٧ في المائة)، وآسيا (٧٨ في المائة)، وأوروبا (٧٩ في المائة)، وأوقيانوسيا (٧١ في المائة). وفي الأمريكتين، كان هذا العنصر ثاني أكثر الأولويات ذكرا (٥٩ في المائة من الحكومات)، يليه "القضاء على جميع أشكال العنف". وهذه الأعداد تنسجم مع الإقرار الواسع النطاق بأن مشاركة النساء في مكان العمل تدفع قدما عجلة النمو والتنمية الاقتصاديين؛ وهي ظاهرة أسهمت في النمو الاقتصادي الذي تحقق مؤخرا في الكثير من البلدان الآسيوية.

١٤٢ - وكان "التمكين السياسي والمشاركة" أولوية لثلثي الحكومات في جميع أنحاء أفريقيا (٦٣ في المائة)، وآسيا (٦٦ في المائة)، وأوقيانوسيا (٦٤ في المائة)؛ وفي أوروبا والأمريكيتين، مثلت المسألة أولوية لدى ٤٢ في المائة و ٥٣ في المائة من الحكومات على التوالي. ومن

الجدير بالإشارة بوجه خاص أن عنصر "التمكين السياسي ومشاركة المرأة" حاز على الأولوية لدى ٤٥ في المائة فقط من حكومات البلدان غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ذات الدخل المرتفع، و ٤١ في المائة من حكومات البلدان الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ذات الدخل المرتفع. ومثل أولوية عليا لدى بلدان من فئات الدخل الأخرى؛ ففي بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا وبلدان الشريحة العليا من فئة الدخل المتوسط، حاز هذا العنصر الأولوية لدى ٦٢ في المائة و ٦٧ في المائة و ٦٢ في المائة من الحكومات على التوالي.

١٤٣ - وربما يأتي انخفاض مستوى دعم التمكين السياسي للمرأة في البلدان الثرية غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والبلدان الثرية الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي كانعكاس لقيم أساسية مختلفة في الحالتين. فالبلدان الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ذات الدخل المرتفع تعرف أعلى نسبة للمقاعد البرلمانية التي تشغلها نساء، الأمر الذي يشير إلى أن المشاركة السياسية للنساء متقدمة جدا وقد لا يُنظر إليها على أنها تقتضي تدخلا حكوميا. وفي المقابل، توجد أدنى نسبة للمقاعد في البلدان غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ذات الدخل المرتفع، الأمر الذي يشير إلى تأييد أقل نسبيا للقيادة السياسية للمرأة، وهو ما قد يعكس بدوره كون هذه البلدان شهدت تنمية اقتصادية بوتيرة سريعة جدا تفوق وتيرة التغيير الاجتماعي والسياسي.

١٤٤ - وتمثلت ثالث أكثر الأولويات ذكرا في مجال المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة على الصعيد العالمي، بنسبة ٥٦ في المائة من البلدان، في "القضاء على جميع أشكال العنف"^(٩١). وكانت هذه الأولوية أكثر ورودا في إجابات بلدان الأمريكيتين، بنسبة ٦٩ في المائة من الحكومات، وهو ما يزيد كثيرا عن المتوسط العالمي. وتفيد منظمة الصحة العالمية أن معدل حدوث العنف البدني والجنسي على يد الشريك وغير الشريك على مدى العمر أعلى ما يكون في أفريقيا إلا أن نسبة أقل من بلدان المنطقة أعطت الأولوية لهذه المسألة (٤٩ في المائة) مقارنة بالأمريكيتين (٦٩ في المائة) وأوروبا (٦٩ في المائة) وأوقيانوسيا (٥٧ في المائة).

١٤٥ - وحازت "المعايير الجنسانية وإشراك الذكور" الأولوية لدى ٢٢ في المائة فقط من الحكومات عالميا، وذكر هذا العنصر أكثر في إجابات الحكومات في أوروبا

(٩١) تشمل هذه الأولوية جميع الأولويات التي تعنى بالقضاء على جميع أشكال العنف ضد الأشخاص جميعا؛ بما في ذلك العنف الجنساني، والعنف الجنسي (الاغتصاب)، والعنف العائلي، والاتجار، وقتل الإناث، والاسترقاق، والتعقيم القسري.

(٣٤ في المائة). ولم تحظ هذه المسألة بالأولوية لدى معظم البلدان المنخفضة الدخل، حيث لم يُشر إليها سوى ١٥ في المائة من الحكومات وأغلب بلدان الشريحة الدنيا من فئة الدخل المتوسط حيث لم يُشر إليها سوى ١٤ في المائة من الحكومات. وحازت مسألة "تفضيل الأبناء" الأولوية في إجابات ثلاثة بلدان فقط (أرمينيا والصين والهند)، وهي بلدان لديها اختلال كبير في النسبة بين الجنسين.

١٤٦ - وفي مقابل الأولوية العالمية المشتركة المتمثلة في تعزيز المشاركة الاقتصادية للنساء، لم يذكر "التوازن بين العمل والحياة الخاصة"^(٩٢) كأولوية سوى ٧ في المائة من البلدان على نطاق العالم، أغلبها في أوروبا. وعالميا، يبدو أن ثمة إقرارا بإدماج النساء في مكان العمل كخطوة بديهية إلى الأمام؛ بيد أنه يتعين وضع سياسات شمولية تتضمن الإجازة الوالدية (الأمومة والأبوة) وجودة رعاية الطفل من أجل كفالة رفاه الأطفال وأسراهم وتجنّب إقبال كاهل النساء.

١٤٧ - وينبغي للدول أن تستهل حملات وطنية، بطرق منها قنوات الإعلام ومناهج التعليم، وأن تعزز قدرة النظام التعليمي، الرسمي وغير الرسمي، ومجموعات المجتمع المحلي، في سبيل القضاء على التحيز الجنسي، بما في ذلك العنف ضد النساء والفتيات، وأن تشجع مشاركة الرجال والأولاد والمساواة في تقاسم المسؤوليات، بوسائل منها إنشاء مدارس خاصة للرجال والأولاد ومؤسسات مجتمعية أخرى من أجل تيسير التوعية والكشف وتغيير السلوك.

جيم - المراهقون والشباب

١ - الأهمية الديمغرافية للشباب

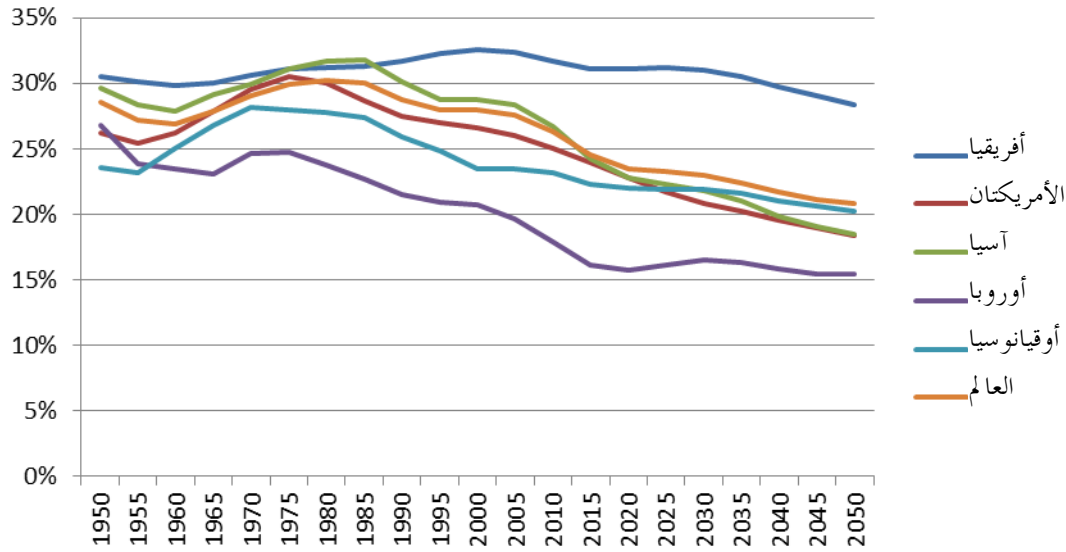
١٤٨ - أفرزت التغيرات الديمغرافية في العقود الماضية أكبر جيل من الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ٢٤ سنة) في العالم اليوم، وهو جيل يشمل المراهقين (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ١٩ سنة) والشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة). وفي عام ٢٠١٠، كان ٢٨ في المائة من سكان العالم تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ٢٤ سنة، وهي نسبة أعلى قليلا من نسبتهم في آسيا، وينتمي إلى هذه الشريحة أكثر من ٣١ في المائة من سكان أفريقيا (انظر الشكل ٨). وبينما ستتخف هذه النسبة في أغلب المناطق خلال السنوات الخمس والعشرين المقبلة، فإنها ستظل أعلى من ٢٠ في المائة في جميع المناطق عدا أوروبا حتى عام ٢٠٣٥، وأعلى من ٣٠ في المائة في أفريقيا حتى عام ٢٠٣٥^(٩٣).

(٩٢) تشمل هذه الأولوية جميع الأولويات التي تعنى بتيسير وكفالة التوازن في دور النساء في المنزل ومكان العمل، والحفاظ على الأسرة.

(٩٣) التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢ (انظر الحاشية ٧ أعلاه).

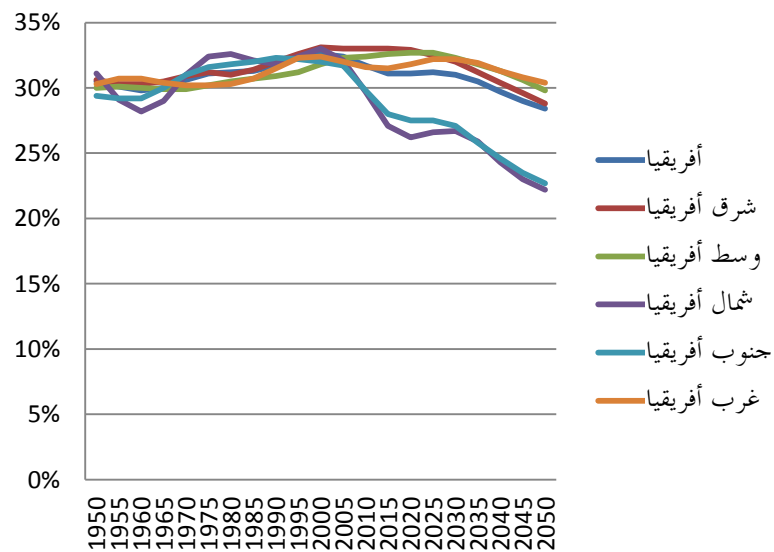
الشكل ٨

الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة الشباب (١٠ أعوام - ٢٤ عاما)، على الصعيد العالمي وحسب المناطق، ١٩٥٠-٢٠٥٠



الشكل ٨-أ

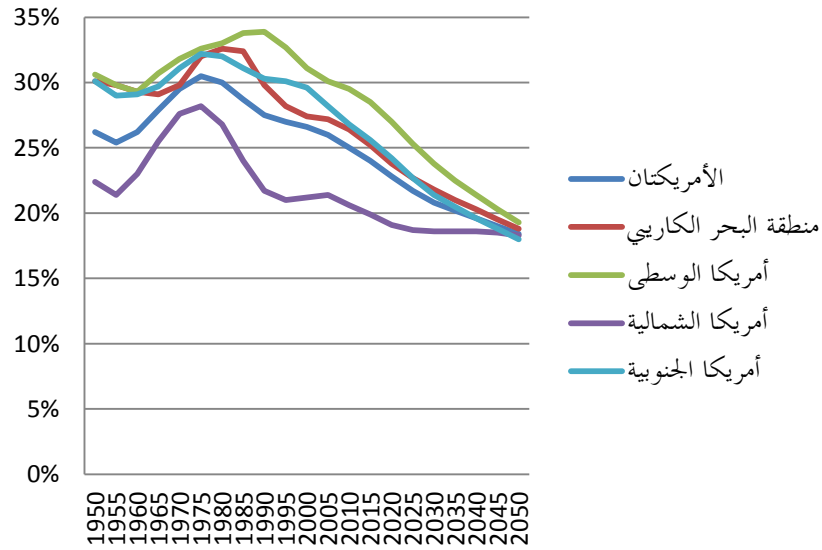
الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة الشباب (١٠ أعوام - ٢٤ عاما) في أفريقيا، حسب المناطق دون الإقليمية، ١٩٥٠-٢٠٥٠ (معامل الخصوبة المتوسط)



الشكل ٨-ب

الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة الشباب (١٠ أعوام - ٢٤ عاما) في الأمريكتين،
حسب المناطق دون الإقليمية، ١٩٥٠-٢٠٥٠

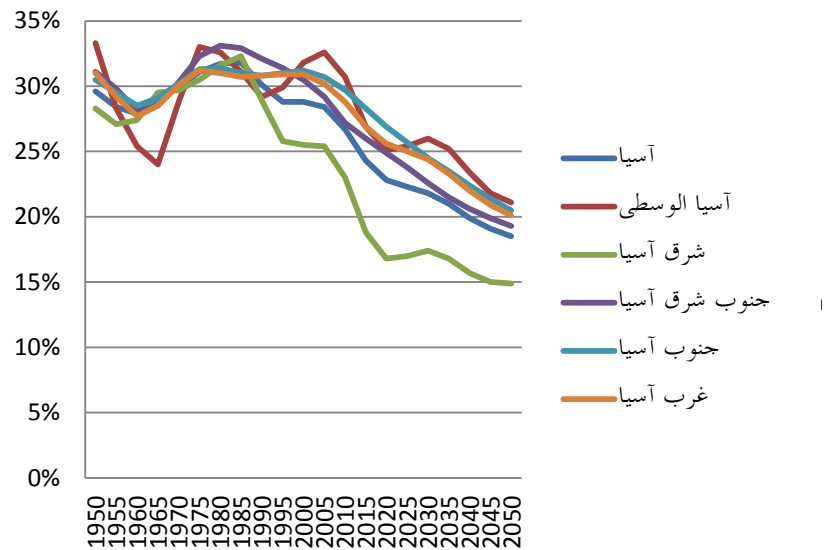
(معامل الخصوبة المتوسط)



الشكل ٨-ج

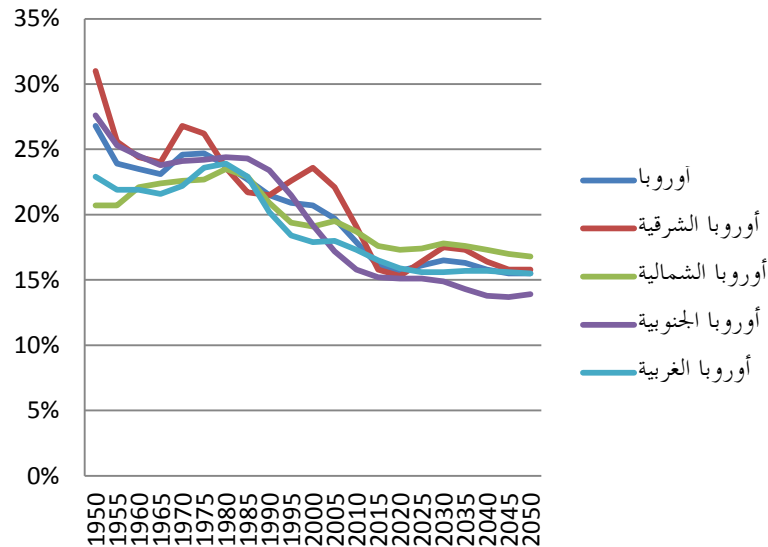
الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة الشباب (١٠ أعوام - ٢٤ عاما) في آسيا، حسب
المناطق دون الإقليمية، ١٩٥٠-٢٠٥٠

(معامل الخصوبة المتوسط)



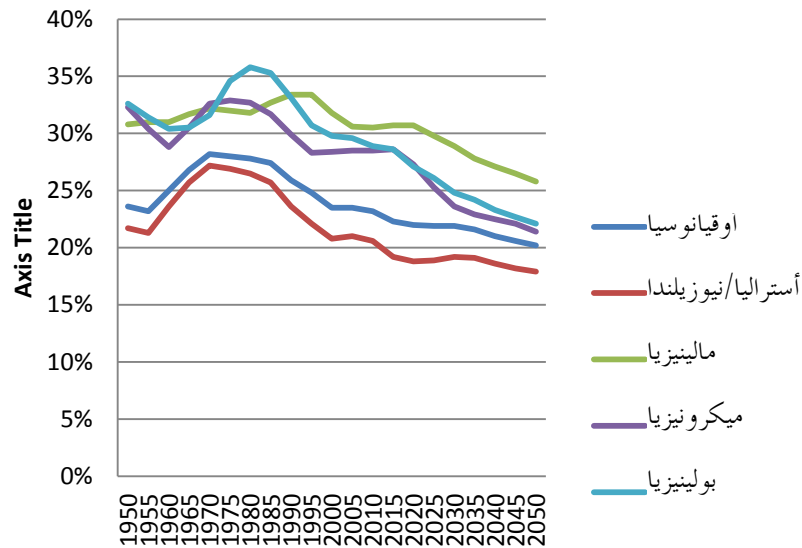
الشكل ٨-د

الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة الشباب (١٠ أعوام - ٢٤ عاما) في أوروبا،
حسب المناطق دون الإقليمية، ١٩٥٠-٢٠٥٠
(معامل الخصوبة المتوسط)



الشكل ٨-هـ

الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة الشباب (١٠ أعوام - ٢٤ عاما) في أوقيانوسيا،
حسب المناطق دون الإقليمية، ١٩٥٠-٢٠٥٠
(معامل الخصوبة المتوسط)



المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢، تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣ (ST/ESA/SER.A/336).

١٤٩ - بيد أن الأهمية المحورية للمراهقين والشباب في خطة التنمية خلال العقدين المقبلين لا تعود إلى أعدادهم بالقيم المطلقة^(٩٤)، وإنما تعود إلى أربعة ظروف حاسمة:

(أ) يستتبع انخفاض الخصوبة بعد ميلادهم أنه سيكون عليهم أن يعيلوا أنفسهم ويزدهروا، إذ لن توجد فئة شابة واسعة لإعالتهم حينما يشيخون، كما أن من المتوقع لهم أن يعيشوا حتى عمر متقدم بالنظر إلى ارتفاع العمر المتوقع؛

(ب) سيكون عليهم أيضا إعالة السكان الحاليين والمتزايدين من كبار السن؛

(ج) تنمو هذه الفئة السكانية في غالبيتها في بلدان فقيرة، حيث تتسم نظم التعليم والصحة بضعف الجودة، ولا يُكفل خيار الإنجاب ولا تتوفر شروط الصحة الإنجابية، ولا توجد وفرة في الوظائف اللائقة، وتُقيّد الهجرة؛

(د) لديهم تطلعات - أعلى من الأجيال السابقة عليهم - تتعلق بالاعتداد بالنفس والحرية والفرص. وقد علمهم عصر المعلومات حقوق الإنسان الواجبة لهم وأعطاهم رؤية أوسع لما يمكن أن تكون عليه حياتهم.

١٥٠ - وتتيح معدلات الخصوبة المتناقصة نافذة أمل أيضا لبلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط لأن نسبة السكان الشباب في سن العمل عالية تاريخيا، ويمكن لهذه الفئات من السكان، إذا ما أُتيحت لها فرص التعلم والعمل، أن تحرك عجلة النمو والتنمية على الصعيد الاقتصادي. ولذا، فكما أقرت لجنة السكان والتنمية في قرارها ١/٢٠١٢ بشأن المراهقين والشباب، يتوقف رفاه فئة المراهقين والشباب هذه ومشاركتها الاجتماعية الإيجابية على صدور التزامات عن الحكومات بحماية حقوق الإنسان الواجبة لهم، وتطوير قدراتهم، وتأمين صحتهم وحقوقهم الجنسية والإنجابية، وإعدادهم للأنشطة المنتجة والمبتكرة، ومكافأهم على عملهم. وتكتسي الاستثمارات في التنمية البشرية التي تستهدف المراهقين والشباب أهمية بالغة لكفالة تمتعهم بالقدرات والفرص التي تسمح لهم بتحديد مستقبلهم، ودفع الابتكارات الضرورية للمستقبل المستدام.

١٥١ - وتبرز اتجاهات المناطق دون الإقليمية النسبة العالية للشباب في مناطق أفريقيا دون الإقليمية، مع تراجع في نسبتهم في شمال أفريقيا وجنوبها فقط. وفي آسيا، بدأ التراجع في نسبة الشباب في وقت سابق وحدث بوتيرة أسرع في شرق آسيا منها في سائر المنطقة. وبالمثل، انخفضت نسبة الشباب بسرعة في الثمانينيات من القرن الماضي في أمريكا الشمالية،

(٩٤) كل فئة أكبر منهم سنا هي الأوسع ضمن نفس الفئة العمرية تاريخيا، أي أن العالم يضم حاليا أكبر فئة ممن تبلغ أعمارهم ٤٠ عاما و ٥٠ عاما و ٦٠ عاما، وهلم جرا.

والمناطق دون الإقليمية الأخرى في الأمريكتين آخذة حاليًا في اللحاق بالشمال في هذا الاتجاه التراجعي. ولدى كافة مناطق أوروبا دون الإقليمية نسب منخفضة من الشباب، بينما تكشف أوقيانوسيا عن تباينات كبيرة بين مناطقها دون الإقليمية، حيث توجد أعلى نسب الشباب في ميلانيزيا.

١٥٢ - وبالنسبة للشباب ككل، تولى الحكومات التي شاركت في الدراسة الاستقصائية العالمية الأولوية للتمكين الاقتصادي والعمالة (٧٠ في المائة)، والإدماج الاجتماعي والتعليم (٥٦ في المائة لكليهما). وتؤكد هذه الأولويات التقاطعات بين الحق في العمالة المنتجة والعمل اللائق والتعليم، والتدريب، والإدماج الاجتماعي، والتنقل، في مراعاة للمساواة بين الجنسين، على النحو المنصوص عليه في القرار ١/٢٠١٢ للجنة السكان والتنمية. وإضافة إلى ذلك، يبرز عدد من محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية، بما في ذلك برنامج العمل العالمي للشباب حتى سنة ٢٠٠٠ وما بعدها، والقرار ١/٢٠١٢ المذكور، ونتائج الاستعراض الإقليمي، إضافة إلى إعلان أصحاب المصلحة المتعددين المعتمد في المنتدى العالمي للشباب، المعقود في بالي، إندونيسيا، أهمية مشاركة الشباب بصورة كاملة وفعالة، وكذلك أهمية الاستثمار في الشباب بوصفهم عوامل رئيسية للتنمية والتغير الاجتماعي.

١٥٣ - وعلى مدى السنوات الخمس الأخيرة، عاجلت البلدان التي ستضم خلال العقد المقبلين فئة شباب واسعة احتياجات سكانها من المراهقين والشباب، لا سيما فيما يتعلق بإيجاد فرص العمل وإمكانية الحصول على خدمة الصحة الجنسية والإنجابية ("إيجاد فرص العمل للشباب"، ٩٤ في المائة؛ "كفالة المساواة في الحقوق وإمكانية الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية"، ٩٤ في المائة (انظر الفرع ثالثاً - دال من هذا التقرير بشأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وكفالة صحة الشباب مدى الحياة). وعاجلت نسبة عالية من البلدان أيضاً "العنف والاستغلال والإساءة" (٨١ في المائة)، و"أنشأت إجراءات وآليات ملموسة للمشاركة" (٨١ في المائة). أما "معالجة الآثار الضارة للفقر على المراهقين والشباب" فهي المسألة التي عاجلتها أصغر نسبة من البلدان (٧٥ في المائة)، لكن هذه النسبة تبقى أعلى من تلك المرصودة بشأن أي مسألة تتعلق بالشيخوخة.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٥

المراهقون والشباب

الصكوك الملزمة: صدرت منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية موثيق إقليمية بشأن الشباب، منها الاتفاقية الإيبيرية - الأمريكية المتعلقة بحقوق الشباب (٢٠٠٥)؛ بدء السريان: (٢٠٠٨) وميثاق الشباب الأفريقي (٢٠٠٦)؛ بدء السريان: (٢٠٠٩)، تعزز طائفة واسعة من الحقوق للشباب. ويوفر ميثاق الشباب الأفريقي إطاراً لتمكين الشباب، وتقوية مشاركة الشباب وشراكتهم في التنمية. وتؤكد مواد محددة في الميثاق الحقوق المتعلقة بجملة أمور منها عدم التمييز؛ وحرية التنقل والتعبير والفكر وتكوين الجمعيات؛ والتنمية والمشاركة؛ والتعليم وتنمية المهارات؛ والعمالة؛ والصحة؛ والسلام والأمن. وتقر الاتفاقية الإيبيرية - الأمريكية بحق جميع الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة في الأعمال التامة لحقوقهم المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وتعترف بالشباب كفاعلين رئيسيين في التنمية. وتقر الاتفاقية بحقوق الشباب المتعلقة بجملة أمور منها السلام، وعدم التمييز، والمساواة بين الجنسين، والأسرة، والحياة، والسلامة الشخصية، والمشاركة، والتعليم، والتربية الجنسية، والصحة، والعمل وظروف العمل، والإسكان، والبيئة الصحية. وعلى الصعيد الدولي، تلتزم الدول الأطراف، في إطار البروتوكول الاختياري الملحق باتفاقية حقوق الطفل بشأن بيع الأطفال واستغلال الأطفال في البغاء وفي المواد الإباحية (٢٠٠٠)؛ بدء السريان: (٢٠٠٢)، بكفالة "أن تغطي، كحد أدنى، [تلك الأفعال والأنشطة] تغطية كاملة بموجب قانونها الجنائي أو قانون العقوبات فيها سواء أكانت هذه الجرائم ترتكب محلياً أو دولياً أو كانت ترتكب على أساس فردي أو منظم".

٢ - زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج بالإكراه

١٥٤ - يمثل إنكار حقوق الإنسان للطفل من خلال ممارسة زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج بالإكراه انتهاكاً يظل شائعاً في الكثير من البلدان وفي معظم مناطق العالم، حتى حينما يحظر القانون هذا الانتهاك. ويرتبط التعرض لخطر زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج بالإكراه بالفقر المدقع، وتدني مكانة المرأة، وضعف المجتمع المحلي، قدر ارتباطه بالأعراف الثقافية. وإذا استمرت الاتجاهات الراهنة، فبحلول عام ٢٠٢٠، ستتزوج ١٤٢ مليون فتاة إضافية قبل بلوغهن الثامنة عشرة من العمر^(٩٥).

(٩٥) UNFPA, *Marrying too Young: End Child Marriage* (انظر الحاشية ٥ أعلاه).

١٥٥ - وتميل الفتيات من سكان المناطق الريفية في العالم النامي للزواج أو الاقتران بضعف المعدل السائد لدى نظيراتهن في المناطق الحضرية (٤٤ في المائة و ٢٢ في المائة على التوالي). والفتيات الحاصلات على تعليم ابتدائي أكثر عرضة بمقدار الضعف للزواج أو الاقتران مقارنة بالحاصلات على التعليم الثانوي أو العالي. أما الفتيات غير الحاصلات على أي مستوى من التعليم فهن أكثر عرضة بمقدار ثلاثة أضعاف للزواج أو الاقتران قبل بلوغهن الثامنة عشرة من العمر مقارنة بالحاصلات على التعليم الثانوي أو العالي. ويضاف إلى ذلك أن أكثر من نصف (٥٤ في المائة) الفتيات في أفقر خمس سكاني يندرجن ضمن فئة الطفلات العرائس، مقابل ١٦ في المائة فقط من الفتيات في أغنى خمس^(٩٥).

١٥٦ - وفي عام ٢٠١٠، بلغ عدد البلدان التي حددت السن القانونية للزواج في ١٨ عاما ١٥٨ بلدا. ومع ذلك، ففي الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١١، يُقدَّر أن ٣٤ في المائة من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة في المناطق النامية تزوجن أو اقترن قبل بلوغهن الثامنة عشرة من العمر؛ كما يُقدَّر أن ١٢ في المائة تزوجن أو اقترن قبل بلوغهن الخامسة عشرة من العمر^(٩٥).

١٥٧ - وتبين الدراسة الاستقصائية العالمية أن ٥١ في المائة فقط من البلدان "عالجت زواج الأطفال/الزواج بالإكراه" خلال السنوات الخمس الماضية، ما يعكس، ربما أن هذه الممارسة لا تمثل مشكلة على صعيد العالم. وحينما اقتصر التحليل على البلدان ذات الأولوية البالغ عددها ٤١ بلدا التي يشمل فيها الزواج قبل بلوغ الثامنة عشرة من العمر أكثر من ٣٠ في المائة من الفتيات، فقد تبين أن ٩٠ في المائة من البلدان المبلغة قد عالجت هذه المسألة. إلا أن ثلاثة من أفقر البلدان ذات المعدلات المرتفعة لزواج الأطفال (حيث يشمل الزواج ما بين ٣٩ و ٧٥ في المائة من الفتيات) لم تعالج المسألة، وهناك ١١ بلدا من البلدان ذات الأولوية المذكورة لم تقدم ردا على هذا السؤال.

١٥٨ - وينبغي للدول الحفاظ على كرامة وحقوق النساء والفتيات عن طريق القضاء على جميع الممارسات الضارة، بما فيها زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج بالإكراه، انطلاقا من استراتيجيات متكاملة متعددة القطاعات، تشمل الاعتماد والإنفاذ العالمي للقوانين التي تحرم الزواج قبل سن الثامنة عشرة، وتنظيم الحملات الواسعة النطاق للتوعية بالعواقب الصحية والحياتية الضارة للزواج المبكر، ودعم الأهداف والحوافز الوطنية الرامية إلى القضاء على هذه الممارسة خلال جيل واحد.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٦

زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج بالإكراه

الصكوك الملزمة: تعزيزاً للالتزامات ما قبل عام ١٩٩٤ المكفولة في القانون الدولي لحقوق الإنسان، تشمل الصكوك الإقليمية البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب المتعلقة بحقوق المرأة في أفريقيا (١٩٩٥؛ بدء السريان: ٢٠٠٥) الذي يلزم الدول الموقعة بكفالة كون السن الدنيا لزواج النساء ١٨ عاماً. وتُلزم اتفاقية مجلس أوروبا المتعلقة بمنع ومكافحة العنف ضد المرأة والعنف العائلي (٢٠١١)، ليست سارية) الدول بأن تتخذ التدابير التشريعية أو غيرها من التدابير الضرورية لكفالة تجريم السلوك العمدي المتمثل في إكراه شخص بالغ أو طفل على الزواج.

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان: اتخذ مجلس حقوق الإنسان قراره التاريخي ٢٣/٢٤ المتعلق بتعزيز الجهود الرامية إلى منع ممارسة تزويج الأطفال والزواج المبكر والزواج القسري والقضاء على هذه الممارسة: التحديات والإنجازات وأفضل الممارسات وثغرات التنفيذ (٢٠١٣).

الصكوك القانونية غير الملزمة الأخرى: من خلال التعليقات العامة والتوصيات، وافقت هيئات رصد المعاهدات أن الثامنة عشرة من العمر هي الحد الأدنى المناسب لسن الزواج، وأنه ينبغي للدول سن تشريعات لزيادة الحد الأدنى لسن الزواج إلى ١٨ عاماً، بموافقة أو عدم موافقة الأبوين^(٩٦).

٣ - ولادات المراهقات والدور الوسيط لتعليم الإناث

١٥٩ - هناك عالمياً أكثر من ١٥ مليون فتاة بين سن ١٥ و ١٩ سنة يلدن كل عام^(٩٧)، حيث يجبل نحو ١٩ في المائة من الفتيات في البلدان النامية قبل بلوغهن الثامنة عشرة من العمر^(٩٨) ومرد نسبة كبيرة من حالات حمل المراهقات إلى ممارسة الجنس دون تراضٍ، وتقع

(٩٦) لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم ٢١ المتعلقة بالمساواة في الزواج والعلاقات الأسرية (انظر A/49/38، الفصل الأول، الفرع ألف)؛ ولجنة حقوق الطفل، التعليق العام رقم ٤ (٢٠٠٣) المتعلق بصحة المراهقين ونموهم في إطار اتفاقية حقوق الطفل (انظر A/59/41، المرفق العاشر).

(٩٧) تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١٣ (انظر الحاشية ٤ أعلاه).

(٩٨) *State of World Population 2013: Motherhood in Childhood—Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy* (United Nations publication, Sales No. E.13.III.H.1).

أغلب هذه الحالات في سياق الزواج المبكر^(٩٩). وتنطوي حالات الحمل في سن مبكرة على مخاطر صحية أكبر للأم والطفل، والكثير من الفتيات اللائي يحملن يتسربن من المدارس أو يفصلن منها، الأمر الذي يحد بشدة من فرصهن ودخولهن في المستقبل، ويلحق الضرر الجسيم بصحتهن وصحة أطفالهن^(١٠٠). وعلى الصعيد العالمي، توجد أعلى معدلات ولادات المراهقات في البلدان الفقيرة، وتنتشر هذه الولادات في جميع البلدان في صفوف أفقر قطاعات السكان، الأمر الذي يزيد من خطر ضعف النتائج الولادية بالنسبة للأم والطفل^(١٠١).

١٦٠ - وتراجعت معدلات ولادات المراهقات بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٠ عبر مختلف البلدان في جميع فئات الدخل والمناطق. ويقترن ارتفاع معدل الالتحاق بالمدارس الثانوية في صفوف الفتيات اللائي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة بانخفاض معدلات ولادات المراهقات (انظر الشكل ٩). وبينما تقترن زيادة الإلمام بالقراءة والكتابة لدى النساء الشابات بانخفاض معدلات الولادة في جميع المناطق، فإن هذا النمط أقل وضوحاً في بلدان الأمريكتين، حيث تسجل معدلات خصوبة مرتفعة لدى المراهقات بالرغم من ارتفاع معدلات الالتحاق بالدراسة. بل إن أمريكا اللاتينية تشهد ثاني أعلى معدل لخصوبة المراهقات في العالم بعد أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ولا يؤثر الالتحاق بالمدارس الثانوية في خصوبة الشابات في أمريكا اللاتينية بنفس قدر تأثيره على خصوبة الشابات في المناطق الأخرى.

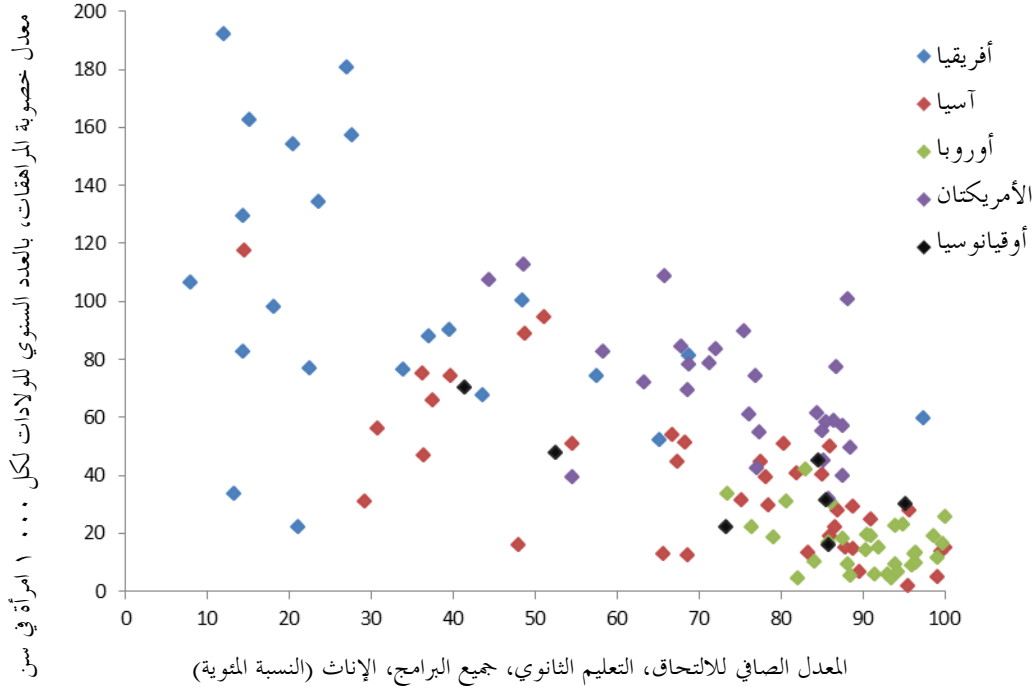
(٩٩) K.G. Santhya, "Early marriage and sexual and reproductive health vulnerabilities of young women: a synthesis of recent evidence from developing countries", Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, vol 23, No. 5 (2011), pp. 334-339

(١٠٠) C. B. Lloyd and B. Mensch, "Marriage and childbirth as factors in dropping out of school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa", *Population Studies*, vol. 62, No. 1 (2008), pp. 1-13; K. G. Santhya and others, "Associations between early marriage and young women's marital and reproductive health outcomes: evidence from India", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 36, No. 3 (2010), pp. 132-139

(١٠١) *Health? A Review of the Evidence* (New York, 2010) Reproductive UNFPA, *How Universal is Access to*

الشكل ٩

معدل خصوبة المراهقات والمعدل الصافي للتحاق الإناث بمدارس التعليم الثانوي حسب المنطقة، ٢٠٠٥-٢٠١٠



المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢، تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣ (ST/ESA/SER.A/336)؛ ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، معهد الإحصاء، مركز البيانات، الجدول المعد متاح على العنوان الإلكتروني التالي:
http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=136&IF_Language=eng&BR_Topic=0

ملاحظة: معدلات خصوبة المراهقات هي تقديرات للفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠. وتعكس المعدلات الصافية للتحاق الإناث بمدارس التعليم الثانوي أحدث تقديرات متاحة للفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠.

١٦١ - ويزيد تعليم جميع الأطفال قدرتهم على المشاركة اجتماعيا واقتصاديا وسياسيا، لكن تعليم الفتيات يؤدي إلى منافع خاصة للفتيات أنفسهن وأسرهن ومجتمعاتهن المحلية. فتعليم الفتيات يقلل من احتمال تزويجهن ويؤخر الإنجاب، الأمر الذي يؤدي إلى ولادات صحية أكثر. ويقترن تعليم الإناث باستمرار بالمزيد من استخدام أساليب تنظيم الأسرة، والمزيد من

التواصل بين الأزواج حول مسألة تنظيم الأسرة، وانخفاض المعدلات العامة للخصوبة^(١٠٢). وأظهر تحليل أجري مؤخرا في شرق أفريقيا أن اتجاهات الخصوبة الزمنية في جميع الاستقصاءات الديمغرافية والصحية اقترنت بالتغيرات في التحصيل التعليمي للإناث، وأن ثمة ارتباطا بين نسبة الإناث من غير الحاصلات على أي مستوى من التعليم وتوقف انخفاض الخصوبة في كينيا وجمهورية تنزانيا المتحدة وأوغندا وزيمبابوي^(١٠٣).

١٦٢ - وعرض الباحثون نظريات وبراهين لتفسير لماذا تفضي زيادة تعليم الإناث إلى خصوبة أقل، وبينوا أن التعليم يؤثر على الفتيات في مجالات هامة عديدة تؤثر كلها في الخصوبة^(١٠٤). ويزيد التعليم فرص العمل خارج المنزل والتطلع إليه، ويعزز المكانة الاجتماعية للفتيات، ويغير من أنواع الرجال الذين يتزوجون^(١٠٥)، ويزيد من قوتهن التفاوضية في إطار الزواج^(١٠٦)، ويزيد استفادتهن من الخدمات الصحية، ويحسن صحة أطفالهن وإمكانية بقائهم على قيد الحياة^(١٠٧). ويؤدي أيضا الوصول إلى مستويات تعليمية أعلى إلى تشكيل مواقف

T. Castro Martin, "Women's education and fertility: results from 26 demographic and health surveys", (١٠٢) *Studies in Family Planning*, vol. 26, No. 4 (1995), pp. 187-202; S. J. Jeejeebhoy, *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries* (Oxford, Clarendon Press, 1995).

A. C. Ezeh, B. U. Mberu and J. O. Emina, "Stall in fertility decline in Eastern African countries: (١٠٣) regional analysis of patterns, determinants and implications", *Philosophical Transactions of The Royal Society, Biological Sciences*, vol. 364, No. 1532 (September 2009)

I. Diamond, M. Newby and S. Varle, "Female education and fertility: examining the links", in *Critical (١٠٤) Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, C. Bledsoe and others, eds. (Washington, D.C., National Academies Press, 1999), pp. 23-48

A. M. Basu, "Women's education, marriage and fertility in South Asia: do men really not matter?", in (١٠٥) *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, C. Bledsoe and others, eds. (Washington, D.C., National Academies Press), pp 267-286

S. Kishor and L. Subaiya, *Understanding Women's Empowerment: A Comparative Analysis of (١٠٦) Demographic and Health Surveys (DHS) Data*. DHS Comparative Reports No. 20 (Calverton, Maryland, Macro International, 2008).

See, for example, D. M. Cutler and A. Lleras-Muney, "Education and health: evaluating theories and (١٠٧) evidence", in *Making Americans Healthier: Social and Economic Policy as Health Policy*, R. F. Schoeni and others, eds. (New York, Russell Sage Foundation, 2008), pp. 29-60; E. Gakidou and others, "Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis", *The Lancet*, vol. 376, No. 9745 (18 September 2010), pp. 959-974; S. Desai and S. Alva, "Maternal education and child health: is there a strong causal relationship?", *Demography*, vol. 35, No. 1 (1998), pp. 71-81

الفتيات والفتيان تجاه المساواة بين الجنسين، أي قيمهم الجنسانية، حيث تفضي زيادة التعليم إلى مواقف أكثر إيجابية تجاه المساواة بين الجنسين لدى الذكور والإناث معا^(١٠٨).

١٦٣ - وثمة اعتراف بالتربية الجنسية الشاملة، كجزء من التعليم في المدارس وخارجها، بوصفها استراتيجية هامة تمكّن الشباب من اتخاذ قرارات مسؤولة ومستقلة بشأن حياتهم الجنسية وصحتهم الجنسية والإنجابية. وتشير الأدلة أيضا إلى أن البرامج المتعلقة بالتربية الجنسية الشاملة، القائمة على الحقوق والمراعية للنواحي الجنسانية، من شأنها أن تفضي إلى المزيد من المساواة بين الجنسين. وعلى سبيل المثال، دعت لجنة السكان والتنمية في قرارها ١/٢٠٠٩ و ١/٢٠١٢ الحكومات إلى كفالة التثقيف الشامل للشباب بشأن الحياة الجنسية للإنسان والصحة الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين، بما يمكنهم من التعاطي بإيجابية ومسؤولية مع حياتهم الجنسية.

١٦٤ - ولم يُعالج سوى ٤٠ في المائة من جميع البلدان مسألة "تيسير إكمال الفتيات الحوامل للدراسة". ومنطقة الأمريكتين هي المنطقة الوحيدة التي أبلغت فيها نسبة عالية من الحكومات (٦٧ في المائة) عن سياسات وميزانيات وتدابير تنفيذية في هذا المجال؛ أما أوروبا وآسيا، فلم يبلغ عن معالجة هذه المسألة سوى ٢٩ في المائة و ٢١ في المائة من البلدان، على التوالي. وتظل النسب جد متماثلة إذا ما صُنفت البلدان حسب مستوى الدخل. ويؤكد تأييد هذه المسألة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي المعدل المرتفع نسبيا لخصوبة المراهقات في المنطقة.

١٦٥ - وينبغي للدول تنفيذ التزاماتها بتعزيز وحماية حقوق الفتيات بسن وتنفيذ سياسات وبرامج محددة الهدف ومنسقة تعالج معالجة ملموسة ما يلي: (أ) كفالة التكافؤ بين الجنسين في الحصول على التعليم المدرسي؛ (ب) كفالة التربية الجنسية الشاملة؛ (ج) الحد من حمل المراهقات؛ (د) إتاحة إعادة إدماج الفتيات الحوامل والأمهات الشابات في النظام التعليمي على جميع المستويات، بغرض تمكين الطفلات والشابات من بلوغ أقصى إمكاناتهن؛ (هـ) القضاء على الممارسات التقليدية الضارة مثل زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج بالإكراه وتشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث.

R. Inglehart and P. Norris, *Rising Tide: Gender Equality and Cultural Change around the World* (١٠٨) (Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press, 2003), p. 226; M. van Egmond and others, "A stalled revolution? Gender role attitudes in Australia, 1986-2005", *Journal of Population Research*, .vol. 27, No. 3 (2010), pp. 147-168

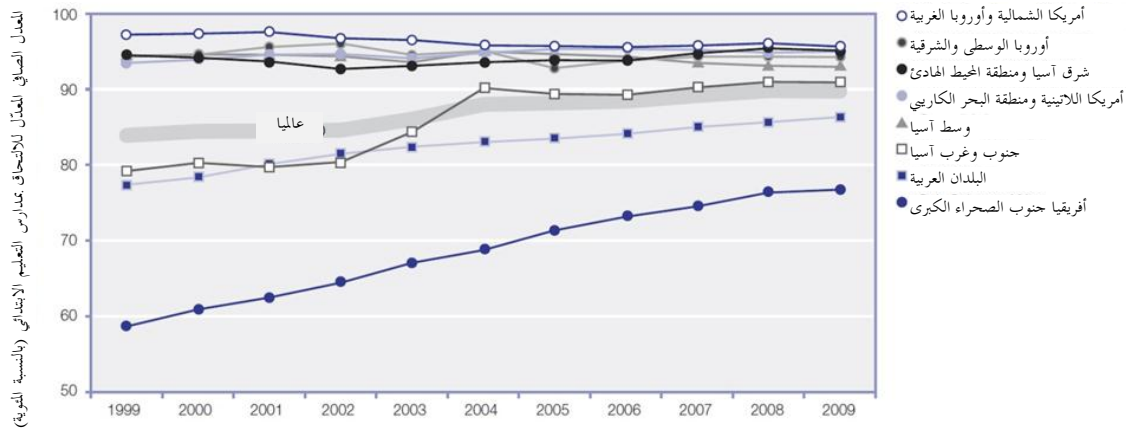
٤ - إحرار تقدم متفاوت في مجال التعليم

١٦٦ - خلال السنوات الخمس عشرة الماضية، زاد عدد الأطفال الذين يدرسون في المدارس الابتدائية في العالم بدرجة فائقة، وبات معدل الالتحاق بالمدارس على الصعيد العالمي يبلغ حاليا ٩٠ في المائة. إلا أن تحقيق تعميم التعليم الابتدائي بحلول عام ٢٠١٥ ما زال أمرا غير أكيد، ولا تزال هناك تباينات جغرافية كبيرة. وسُجّلت أكبر زيادة في معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية في غرب وجنوب آسيا والدول العربية وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، لكن نظرا لانخفاض المستويات المسجلة من البداية في أفريقيا (نحو ٦٠ في المائة) في مطلع الألفية، لا يزال ما يقرب من واحد من كل أربعة أطفال في سن الالتحاق بالمدرسة الابتدائية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى غير مسجل في المدرسة (انظر الشكل ١٠).

الشكل ١٠

المعدل الصافي المعدل للالتحاق بمدارس التعليم الابتدائي حسب المنطقة،

١٩٩٩-٢٠٠٩



المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، الموجز التعليمي العالمي لعام ٢٠١١: مقارنة إحصاءات التعليم في مختلف أنحاء العالم، الشكل ١، حيث يشار إلى قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء والجدول الإحصائي ٣. ويمكن الاطلاع عليه في العنوان الإلكتروني التالي: http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/global_education_digest_2011_en.pdf.

ملاحظة: فيما يتعلق بشرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ وجنوب وغرب آسيا، تستند تقديرات معهد اليونسكو للإحصاء إلى بيانات محدودة في نطاق شمولها للسنة المرجعية، وأعدت لأغراض تحليلية محددة.

١٦٧ - وعلى الصعيد العالمي، صاحب ارتفاع معدلات الالتحاق المسجلة عموما ارتفاع في معدلات إتمام مرحلة التعليم الابتدائي، إذ بلغ المعدل العالمي ٨٨ في المائة في عام ٢٠٠٩، وتراوح المعدل بين ٦٧ في المائة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى و ١٠٠ في المائة في

أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وسُجلت أكبر الزيادات خلال العقد الماضي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وجنوب وغرب آسيا، والدول العربية^(١٠٩).

١٦٨ - غير أن العديد من أوجه التفاوت لا تزال قائمة فيما يتعلق بنوع الجنس، ومكان الإقامة (المناطق الريفية مقابل المناطق الحضرية)، وثراء الأسرة المعيشية. وعلى الرغم من استفادة البنات بشكل رئيسي من اتجاه نسب الالتحاق الإجمالية بالتعليم نحو الارتفاع^(١١٠)، مع زيادة معدلات تسجيلهن بالمدارس بوتيرة أسرع من معدلات تسجيل البنين، وإفادة ما يناهز ثلثي البلدان (١٢٨ بلداً من أصل ١٩٣ بلداً) في عام ٢٠١٢ بتحقيق التكافؤ بين الجنسين في المدارس الابتدائية، لا يزال البنون يستفيدون من فرص أكبر في الالتحاق بالمدارس، كما أفاد بذلك ٥٧ من أصل ٦٥ بلداً لم تحقق التكافؤ بين الجنسين في مجال التعليم الابتدائي^(١١١).

١٦٩ - وخلصت الدراسة الاستقصائية العالمية إلى أن ٨٢ في المائة من البلدان عاجلت مسألة "تأمين تكافؤ فرص حصول الفتيات على التعليم بجميع مراحلها" خلال السنوات الخمس الماضية، وأن ٨١ في المائة من البلدان عاجلت مسألة "إبقاء المزيد من الفتيات والمراهقات في المدارس الثانوية". وإذا صُنِّفت البلدان بحسب الدخل، لا توجد فوارق كبيرة في نسب البلدان التي عاجلت مسألة تأمين تكافؤ الفرص، في حين أن إبقاء الفتيات في المدارس الثانوية يشكل سياسة عامة ترصد لها نسبة أعلى من البلدان الفقيرة ميزانية وتنفيذها.

١٧٠ - ولا تزال أوجه التفاوت بين الريف والحضر قائمة في المواظبة على الدراسة. ولا شك أن انخفاض معدل المواظبة عموماً يعزى إلى انخفاض هذا المعدل في المناطق الريفية، ويسجل أكبر نقص في أفريقيا وآسيا. وتشهد غالبية البلدان فوارق بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية تقترب من نسبة التكافؤ أو تتراوح بين نسبة التكافؤ ونسبة ١,٥، غير أن مجموعة صغيرة من البلدان تشهد فوارق أشد بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية تقترب بتسجيل معدلات مواظبة صافية تبلغ ٦٠ في المائة أو تقل عن ذلك.

(١٠٩) UNESCO, *World Atlas of Gender Equality in Education*, pp. 48-49 and 54 (انظر الحاشية ٥ أعلاه).

(١١٠) نسبة الالتحاق الإجمالية هي مجموع الملحقين بمستوى معين من مستويات التعليم بغض النظر عن السن، الذي يعبر عنه بنسبة مئوية من عدد البالغين لسن الدراسة الرسمية والمستوفين لشروط ذلك المستوى التعليمي في سنة دراسية معينة. ويمكن أن تزيد نسبة الالتحاق الإجمالية عن ١٠٠ في المائة إذا تسجلت في المدارس الابتدائية أعداد كبيرة من الأطفال الذين لم يبلغوا السن المحددة أو تجاوزوها (انظر: UNESCO Institute of Statistics, *Education Indicators: Technical Guidelines* (November 2009), p. 9 و *World Atlas of Gender Equality in Education*).

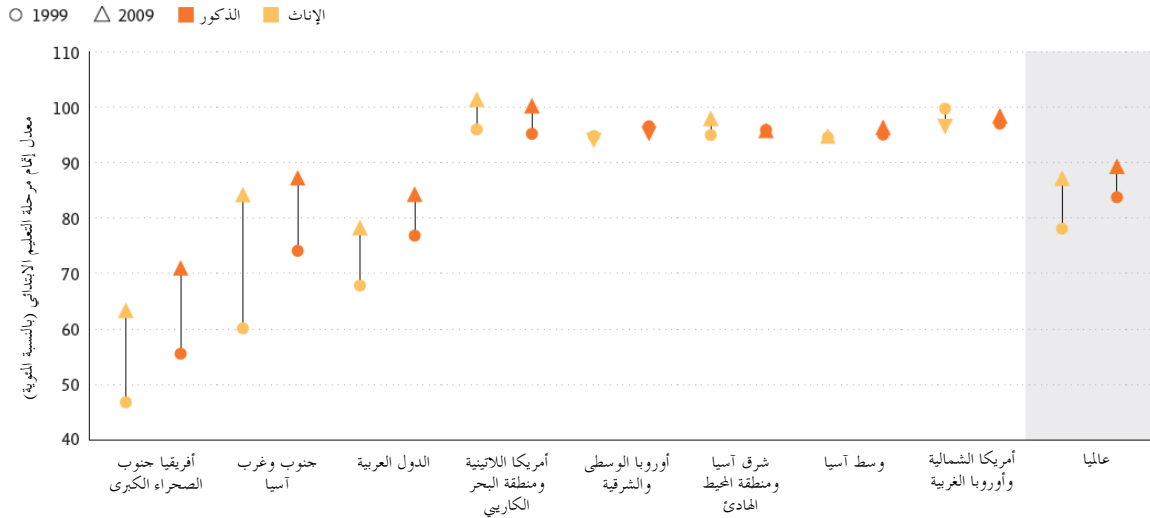
(١١١) UNESCO, *World Atlas of Gender Equality in Education* (١١١)

١٧١ - ومعدل المواظبة في المدارس الابتدائية في البلدان التي تتوفر بيانات بشأنها، وعددها ٨١ بلداً، أعلى في المناطق الريفية عنه في المناطق الحضرية في ١٢ بلداً فقط في الأمريكتين وآسيا وأوروبا. غير أن الفارق بين المناطق الحضرية والمناطق هو فارق بسيط في جميع تلك الحالات (أقل من ٥ في المائة)، ويسجل معظم البلدان بالفعل معدلات مواظبة صافية بالمدارس الابتدائية تزيد عن ٩٠ في المائة، باستثناء أوكرانيا (٧٣ في المائة) وبنغلاديش (٨٦ في المائة).

١٧٢ - وفي زهاء نصف البلدان ذات البيانات المماثلة، وعددها ١٦٢ بلداً، لا يتمتع البنون والبنات بفرص متكافئة في إتمام الدراسة الابتدائية. فالبنات لا يواكبن عموماً البنين، وإن كان ذلك لا ينطبق على جميع البلدان. وكما ذكر بصدد الالتحاق، لوحظ تسجيل أكبر الزيادات في إتمام الدراسة الابتدائية في الفترة ما بين عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٩ في أوساط البنات (انظر الشكل ١١، الوارد أدناه)، غير أن معدلات إتمامهن للدراسة في هذه المرحلة من التعليم لا تزال متدنية بوجه عام. وارتفعت معدلات إتمام مرحلة التعليم الابتدائي إلى نسبة ٨٧ في المائة لدى البنات إجمالاً في الفترة نفسها، وهي نسبة قريبة من النسبة المسجلة لدى البنين والتي تبلغ ٩٠ في المائة. أما على الصعيد الإقليمي، فشهد جنوب وغرب آسيا أكبر زيادة في معدل إتمام البنات لهذه المرحلة الدراسية بالقياس إلى البنين^(١١١).

الشكل ١١

معدلات إتمام مرحلة التعليم الابتدائي حسب المنطقة ونوع الجنس، ١٩٩٩-٢٠٠٩



المصدر: *UNESCO World Atlas of Gender Equality in Education*, (Paris 2012), figure 3.6.1, citing *UNESCO Institute for Statistics*. وهو متاح على العنوان الإلكتروني التالي: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002155/215522e.pdf>

ملاحظة: تشير بيانات عام ٢٠٠٩ لشرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ إلى عام ٢٠٠٧.

١٧٣ - وفيما يتعلق بسنوات الدراسة المرتقبة^(١١٢)، ارتفع أيضا، في الفترة ما بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٩، متوسط عدد السنوات الدراسية الذي يتوقع أن يقضيها الأطفال المتتحقون بالنظام التعليمي من ٨,٣ سنوات إلى ١١ سنة للإناث ومن ٩,٦ سنوات إلى ١١,٤ سنة للذكور. وفي اتساق مع التقدم المحرز في مجال إتمام مرحلة التعليم الابتدائي، تحقق أكبر قدر من التقدم في تضيق الهوة بين الجنسين في عدد سنوات الدراسة المرتقبة في جنوب وغرب آسيا حيث يتوقع أن تتلقى الفتيات اللواتي بدأن الدراسة في عام ٢٠٠٩ التدريس لمدة ٩,٥ سنوات، مقابل عدد متوقع قدره ٦ سنوات في عام ١٩٩٠. ورغم ذلك، ما زال الفتيان متفوقين، إذ إن متوسط عدد سنوات الدراسة المرتقبة لهم هو ١٠,٥ سنوات. وعلى غرار ذلك، يتوقع أن تتلقى الفتيات اللواتي بدأن دراستهن في عام ٢٠٠٩ التدريس، في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى لمدة ٨ سنوات وفي الدول العربية لمدة ١٠ سنوات، في حين ما زال الفتيان في هاتين المنطقتين متفوقين بنسبة لا تقل عن سنة إضافية. وفي شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ، لم يرتفع عدد سنوات الدراسة المرتقبة للفتيات بنسبة ٣٨ في المائة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٩ فحسب، بل يمكن توقع أن تقضي الفتيات المسجلات في التعليم الابتدائي نحو ١٢ سنة بالمدرسة، وهذا عدد يفوق بقليل العدد المتوسط المسجل بالنسبة للذكور. وعلى نحو مماثل، يتوقع أن تتلقى الفتيات اللواتي يبدأن تعليمهن الابتدائي في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي الدراسة لمدة تقرب من ١٤ سنة، مقابل ١٣,٣ سنة بالنسبة للفتيان^(١١٣).

١٧٤ - وعلى الرغم من أن الزيادات المسجلة في مرحلة التعليم الثانوي لم تتحقق بالسرعة التي تحققت بها الزيادات في مرحلة التعليم الابتدائي، فإن البلدان في جميع أنحاء العالم أخذت في إحراز تقدم نحو زيادة فرص الالتحاق بالتعليم الثانوي. ومن بين البلدان التي تتوافر بيانات بشأنها والبالغ عددها ١٨٧ بلدا، سجل ربع البلدان (٢٧ في المائة) نسب التحاق إجمالية تبلغ ٩٨ في المائة أو أكثر، وهي نسب تقترب بها من تعميم الالتحاق بالتعليم الثانوي؛ إلا أن معدل الالتحاق في ٤٣ في المائة من البلدان يقل عن ٨٠ في المائة^(١١٣).

١٧٥ - ولا يزال الالتحاق بالتعليم الثانوي يشكل تحديا للفتيات في العديد من المناطق، ولا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وفي جنوب وغرب آسيا. والنسب العالية لحرمان الفتيات من التعليم ليست أعلى فحسب في المرحلة الثانوية مقارنة بالمرحلة الابتدائية،

(١١٢) عدد سنوات الدراسة المرتقبة هو مجموع عدد السنوات التي يتوقع لطفل ما في سن معينة قضاؤها في التعليم مستقبلا، على افتراض أن احتمالات التحاقه بالتعليم في سن ما تعادل نسبة الالتحاق الراهنة بالنسبة لتلك السن (انظر UNESCO Institute of Statistics, *Education Indicators, Technical Guidelines*, November 2009).

(١١٣) UNESCO, *World Atlas of Gender Equality in Education* (١١٣)

بل إنها تزداد ارتفاعاً من مستويات المرحلة الثانوية الدنيا إلى العليا. وقد يُعزى ذلك لعدة عوامل تتجلى في التمييز بين الجنسين سواء داخل المدارس أو خارجها، ومن ذلك الضغوط الأسرية والاجتماعية التي تفرض على الفتيات تخصيص المزيد من الوقت للعمل المتري، والزواج المبكر، واحتمال تزايد تعرض الفتيات لأخطار عاطفية وجسدية مع كبرهن في السن ومواجهتهن لمخاطر التحرش والاعتداء الجنسيين، والافتقار إلى المراهيض، وعدم رغبة الأسر في دفع الرسوم المدرسية للفتيات، واحتمال ألا تكون رحلة ذهاب الفتيات والنساء اليافعات يومياً إلى المدارس مأمونة^(١١٣).

١٧٦ - أما فيما يتعلق ببرامج التعليم المهني، فيرجح على الصعيد العالمي أن يتسجل الذكور من الشباب بهذه البرامج بنسب أكبر من الإناث، وإن كانت هناك استثناءات ملحوظة، مثل ما هو عليه الأمر في إثيوبيا وبوركينا فاسو حيث يفوق عدد الإناث المسجلات في هذه البرامج عدد الذكور^(١١٣).

١٧٧ - وتخفي الزيادات في معدلات الالتحاق بالمدارس أوجه تفاوت هامة أخرى، ولا سيما في جودة التعليم. ففرص حصول الفقراء على تعليم جيد محدودة بوجه خاص. إذ أن المدارس التي تقدم خدماتها للأطفال الفقراء تتسم بوجود معلمين يتحملون عبء عمل يفوق طاقتهم ولا يخضعون للإشراف ويتلقون أجوراً زهيدة، إضافة إلى اكتظاظ الفصول الدراسية، وعدم توفر المواد التعليمية الملائمة، ومن ثم فهي تحرز نتائج سيئة، حتى وإن كانت توجد في بلدان غنية^(١١٤). وتُبرز مقارنة أجريت مؤخراً بين نسب التلاميذ لكل معلم في المرحلة الابتدائية بالبلدان الآسيوية تفاوتاً كبيراً بين البلدان، حيث تتراوح النسب بين ١٦ تلميذاً لكل معلم في إندونيسيا وتايلند و ١٧ تلميذاً لكل معلم في الصين، وترتفع لتبلغ ٤٠ تلميذاً في الهند و ٤١ تلميذاً في باكستان و ٤٣ تلميذاً في بنغلاديش^(١١٥).

١٧٨ - ويشمل التعليم الجيد الحصول على المعارف المتعلقة بالبيولوجيا البشرية والتربية الجنسية الشاملة، التي لا تزال تعاني من نقص الموارد وعدم اكتمالها في العديد من المدارس في جميع أنحاء العالم، سواء في البلدان الغنية أو الفقيرة.

(١١٤) انظر على سبيل المثال: J. Douglas Willms, *Learning Divides: Ten Policy Questions about the Performance and Equity of Schools and Schooling Systems*, UNESCO Institute for Statistics Working Paper No. 5 (Montreal, 2006).

(١١٥) J. Dreze and A. Sen, *An Uncertain Glory, India and its Contradictions* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013).

١٧٩ - وأخيراً، فرغم أن فرص الحصول على التعليم العالي لا تزال محدودة في العديد من البلدان، شهدت العقود الأخيرة توسيع نطاق هذا التعليم بدرجة كبيرة في كل منطقة من مناطق العالم، وكان أكبر مستفيد من ذلك هو المرأة. وعلى الصعيد العالمي، بلغت نسبة الالتحاق الإجمالية بالتعليم العالي ٢٨ في المائة للإناث، مقابل ٢٦ في المائة للذكور، في عام ٢٠٠٩. أما على الصعيد الإقليمي، فقد فاق عدد النساء عدد الرجال في الالتحاق بمؤسسات التعليم العالي في أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية وأوروبا الوسطى والشرقية وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وشرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ، في حين أن نسب الالتحاق الإجمالية كانت لصالح الرجال في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وفي جنوب وغرب آسيا^(١١٦).

١٨٠ - وتُبرز أولويات الحكومات في مجال التعليم للسنوات الخمس إلى العشر المقبلة اهتمامها بالمساواة في الحصول على التعليم، وجودة التعليم، وأهمية الربط بين التعليم وفرص العمل اللائق. وفي إطار تنفيذ هذه الأولويات، سيكون من المهم معالجة مسألة النقص في المعلمين. فوفقاً للتوقعات العالمية الحديثة الصادرة عن معهد اليونسكو للإحصاء، سيكون العالم بحاجة إلى عدد إضافي من المعلمين في فصول المدارس الابتدائية قدره ٣,٣ ملايين معلم وإلى عدد إضافي من المدرسين في فصول المدارس الثانوية الدنيا قدره ٥,١ ملايين مدرس بحلول عام ٢٠٣٠ حتى يتسنى توفير التعليم الأساسي لجميع الأطفال^(١١٧).

١٨١ - وينبغي أن تلتزم الدول بإتاحة التعلم المبكر والتعلم مدى الحياة وأن تدعمهما، بما في ذلك التعليم قبل الابتدائي، لكي تكفل لكل طفل، بغض النظر عن ظروفه، إتمام تعليمه الابتدائي واكتساب القدرة على القراءة والكتابة والحساب، وحلّ المشاكل بصورة خلاقة، وممارسة حرياته بروح من المسؤولية. وينبغي للدول أيضاً أن تكفل حصول الجميع على التعليم الثانوي وأن توسّع نطاق فرص الالتحاق بالتعليم بعد الثانوي؛ وأن تمكن من اكتساب المهارات والمعارف الجديدة في جميع الأعمار؛ وأن تعزز التعليم والتدريب المهنيين، والتعليم الموجه نحو العمل في ارتباط بالاقتصادات الجديدة والناشئة.

(١١٦) UNESCO, *World Atlas of Gender Equality in Education*

(١١٧) UNESCO Institute for Statistics, "A teacher for every child: Projecting Global Teacher Needs from 2015 to 2030", UIS Fact sheet No. 27 (October 2013)

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٧

التعليم

الصكوك الملزمة - تتضمن النظم الإقليمية لحقوق الإنسان تدابير محددة لحماية حقوق الشباب في التعليم. ويعيد الميثاق الاجتماعي الأوروبي المنقح الصادر عن مجلس أوروبا (١٩٩٦؛ بدء السريان: ١٩٩٩) تأكيد حق الشباب في تلقي "تعليم ابتدائي و ثانوي بالمجان، إلى جانب التشجيع على المواظبة في المدارس". وتقر الاتفاقية الإيبيرية الأمريكية لحقوق الشباب (٢٠٠٥؛ بدء السريان: ٢٠٠٨) بأن "للشباب الحق في التعليم" وتنص على أن "الدول الأطراف تقرر بالتزامها بكفالة تعليم عالي الجودة شامل ومستمر وملائم". وينص ميثاق الشباب الأفريقي (٢٠٠٦؛ بدء السريان: ٢٠٠٩) على أن "لكل شاب الحق في تلقي تعليم جيد"، ويقر "أهمية أشكال التعليم المتعددة، ومنها التعليم النظامي وغير النظامي وغير الرسمي والتعلم عن بعد والتعلم مدى الحياة، لتلبية الاحتياجات المتنوعة للشباب".

الصكوك القانونية غير الملزمة الأخرى - يقر التعليق العام رقم ١٣ المتعلق بالحق في التعليم، الذي اعتمده لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (١٩٩٩) بأن "التعليم حق من حقوق الإنسان في حد ذاته، وهو في نفس الوقت وسيلة لا غنى عنها لإعمال حقوق الإنسان الأخرى. والتعليم، بوصفه حقاً تمكينياً، هو الأداة الرئيسية التي يمكن بها للكبار والأطفال المهمشين اقتصادياً واجتماعياً أن ينهضوا بأنفسهم من الفقر وأن يحصلوا على وسيلة المشاركة كلياً في مجتمعاتهم. وللتعليم دور حيوي في تمكين المرأة، وحماية الأطفال من العمل الاستغلالي والذي ينطوي على مخاطر، وكذلك من الاستغلال الجنسي، وفي تشجيع حقوق الإنسان والديمقراطية، وحماية البيئة، ومراقبة نمو السكان. العقل المثقف والمستنير والنشط القادر على أن يسرح بحرية وإلى أبعد الحدود هو عقل ينعم بمسرات الوجود ومكافآته".

تحسين معايير جودة التعليم، بما في ذلك المناهج الدراسية	٦١ في المائة من الحكومات
تحقيق أقصى قدر ممكن من الإدماج الاجتماعي، والتكافؤ في الحصول على التعليم والحقوق في التعليم	٥٤ في المائة من الحكومات
تعزيز القدرات (الموارد البشرية في مجال التعليم)	٤٣ في المائة من الحكومات
وضع برامج وسياسات واستراتيجيات وقوانين للتعليم وإنشاء المؤسسات	٤٣ في المائة من الحكومات
تعزيز القدرات (بناء المدارس وتوسيعها وتجهيزها)	٣٦ في المائة من الحكومات

١٨٢ - حين طُلب من الحكومات تحديد أولويات السياسات العامة في مجال التعليم على مدى الخمس إلى العشر سنوات المقبلة، أكد ما يزيد عن نصفها على أهمية "تحسين معايير جودة التعليم، بما في ذلك المناهج الدراسية" (٦١ في المائة) و "تحقيق أقصى قدر ممكن من الإدماج الاجتماعي والتكافؤ في الحصول على التعليم والحقوق" (٥٤ في المائة). وفي واقع الأمر، شكل تحسين جودة التعليم ومدى شموله أعلى أولويتين حددتهما الحكومات في جميع المناطق، وإن كانت أفريقيا هي المنطقة الوحيدة التي أشارت حكوماتها إلى أولوية شمول التعليم بنسبة أعلى (٦١ في المائة) من إشارتها إلى أولوية جودة التعليم (٥٥ في المائة)، ما يشير إلى عدم الانتهاء من إنجاز خطة تعميم الالتحاق بالتعليم.

١٨٣ - وحازت أولويتان أخريان ترتبطان بالاستثمار في العمالة بالنظام التعليمي وبنيته التحتية الرتبة التالية من حيث التأييد، وأشار إليهما أكثر من ثلث الحكومات، وهما: "تعزيز القدرات (الموارد البشرية في مجال التعليم)" (٤٣ في المائة) و "تعزيز القدرات (بناء المدارس وتوسيعها وتجهيزها)" (٣٥ في المائة). ويبين تصنيف بحسب المناطق أن نسبة بلدان أفريقيا التي حددت كلتا الأولويتين هي نسبة أعلى من المتوسط العالمي (الموارد البشرية: ٥٥ في المائة؛ البنية التحتية: ٤٥ في المائة)؛ في حين كانت نسبة بلدان أوروبا التي حددتهما أدنى من ذلك المتوسط (الموارد البشرية: ٣١ في المائة؛ البنية التحتية: ٢٣ في المائة).

١٨٤ - وفي حين أن ثلث بلدان العالم ذكرت كأولوية لها "التدريب على العمل/ربط التعليم بالعمل" (٣٣ في المائة)، فإن هذه المسألة تكتسي أهمية خاصة لنسبة أكبر من بلدان أوروبا (٥٨ في المائة) وأوقيانوسيا (٤٦ في المائة)، ما يبين الحاجة إلى تحسين التعليم ليلائم بشكل أفضل سوق العمل.

١٨٥ - ويمثل تيسير الحصول على "التعليم قبل المدرسي" وتحسين جودته أولوية لكل بلد من بين أربعة بلدان في الأمريكتين (٢٥ في المائة)، ما يبرهن على أن إنماء الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة أمر أساسي لتعزيز قدراتهم في السنوات الأولى من حياتهم. وفي جميع المناطق الأخرى، حددت نسبة لا تزيد عن ١٥ في المائة من الحكومات هذه المسألة بوصفها أولوية من أولوياتها.

١٨٦ - وأخيراً، حُددت مسألة "التكافؤ بين الجنسين"، التي تستوعب جميع الأولويات المتعلقة بكفالة المساواة بين الذكور والإناث في معدلات الالتحاق بالمدارس وإتمام الدراسة، بوصفها أولوية من قبل ما يقرب من خمس حكومات بلدان آسيا (٢٠ في المائة) وأفريقيا (١٨ في المائة)، في حين يقل الاهتمام بهذه المسألة من لدن حكومات بلدان الأمريكتين (٩ في المائة) وأوقيانوسيا (٨ في المائة) وأوروبا (٤ في المائة).

٦ - عمالة الشباب

١٨٧ - يعدّ توفير العمل اللائق للشباب أمراً بالغ الأهمية لإحراز تقدم في إرساء اقتصادات أكثر ثراءً ومجتمعات أكثر عدالة وتعزيز الديمقراطية. ويشمل العمل اللائق فرص العمل الحزري الذي يدرّ دخلاً مناسباً؛ ويوفر الأمن في مكان العمل ويكفل الحماية الاجتماعية للعاملين وأسره؛ ويفتح آفاقاً أفضل للتطور الشخصي، ويمكن الناس بمنحهم حرية التعبير عن اهتماماتهم وإمكانية التنظيم والمشاركة في اتخاذ القرارات التي تؤثر في حياتهم^(١١٨).

١٨٨ - وتهتم البلدان الصناعية والبلدان النامية على حد سواء بالتحدي الذي يشكله توفير العمل اللائق للشباب. فقد تراوحت سنّ نسبة تقرب من ٤٠ في المائة من العدد التقديري للعاطلين عن العمل في عام ٢٠١٢، والبالغ ١٩٧ مليون عاطل، بين ١٥ و ٢٤ سنة^(١١٩). وتستدعي الضرورة أن يوفر الاقتصاد ٦٠٠ مليون فرصة عمل مجز خلال العقد المقبل حتى يتسنى استيعاب مستويات البطالة الحالية وتوفير فرص العمل للملتحقين بسوق العمل البالغ عددهم ٤٠ مليون ملتحق في كل سنة على مدى العقد المقبل^(١٢٠).

ILO, "Promoting youth transitions to decent work: empowering young people through employment", (١١٨) .paper prepared for the Global Youth Forum, Bali, Indonesia, 4 – 6 December 2012

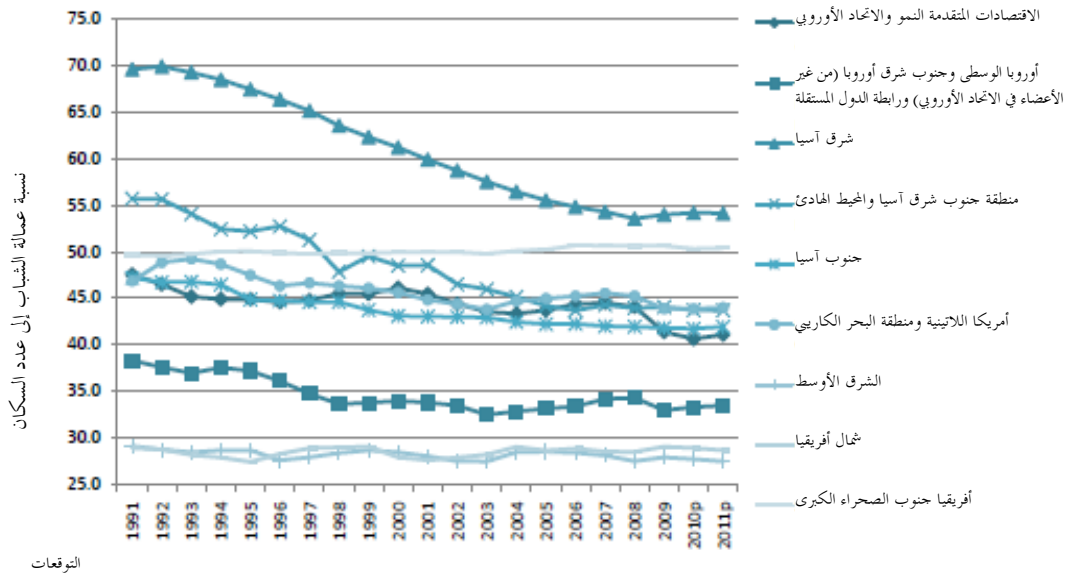
ILO, *Global Employment Trends for Youth 2013: A Generation Risk* (Geneva, International Labour Office, 2013).

ILO, *Global employment trends 2012: Preventing a Deeper Jobs Crisis* (Geneva, International Labour Office, 2012).

١٨٩ - يبين الشكل ١٢ الانخفاض العام في نسب عمالة الشباب إلى عدد السكان، ويبرز أن فرص العمل لم تواكب تزايد عدد الشباب ولا تنامي معدلات الالتحاق بالمدارس. وانخفضت نسبة عمالة الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة) إلى عدد السكان لدى الذكور والإناث في جميع مناطق العالم منذ عام ٢٠٠٠. ولا يزال معدل تشغيل الشباب الذكور (٤٩ في المائة) مرتفعا عن معدل تشغيل الإناث (٣٥ في المائة)، ما يعكس توجه العديد من النساء الشابات إلى الزواج المبكر والإنجاب عند أو قبل بلوغ هذه السن، ومن ثم إلى العمل غير المدفوع الأجر داخل الأسرة المعيشية.

الشكل ١٢

نسبة عمالة الشباب إلى عدد السكان حسب المنطقة، ١٩٩١-٢٠١١



المصدر: منظمة العمل الدولية، الاتجاهات العالمية لعمالة الشباب (جنيف، ٢٠١٠)، الشكل ٤.

١٩٠ - وبالرغم من أن جميع المناطق تواجه أزمة في تشغيل الشباب، توجد فروق كبيرة من بلد إلى آخر ومن منطقة إلى أخرى. فعلى سبيل المثال، كان معدل البطالة لدى الشباب أعلى في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حيث بلغ ٢٨ في المائة و ٢٤ في المائة، على التوالي، وأدى في شرق آسيا (١٠ في المائة) وجنوب آسيا (٩ في المائة). وقد مر معدل بطالة الشباب في الاقتصادات المتقدمة النمو والاتحاد الأوروبي في عام ٢٠١٢ بنحو ١٨ في المائة، وهو أعلى مستوى من البطالة بلغته هذه المجموعة من البلدان في العتدين الماضيين^(١١٩).

١٩١ - والفوارق بين الجنسين في معدلات بطالة الشباب صغيرة على الصعيد العالمي وفي معظم المناطق. وتسجل معدلات بطالة منخفضة لدى النساء الشابات في الاقتصادات المتقدمة وشرق آسيا. في حين توجد فجوات كبيرة واضحة بين معدلات بطالة الإناث والذكور في بعض المناطق مثل شمال أفريقيا والشرق الأوسط، وبدرجة أقل، في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وهذا ليس في صالح النساء الشابات. وتوفر ثروة الأسر المعيشية والاستثمار في التعليم والأصول الحضرية مزايا هامة للشباب الذين يمرون بطور الانتقال من التعليم إلى سوق العمل، وفي البلدان التي تتوفر فيها هذه البيانات، يرجح أن يستكمل الذكور من الشباب عملية الانتقال إلى عمالة مستقرة و/أو مرضية أكثر من الإناث^(١١٩).

١٩٢ - ومما يزيد من تفاقم سيناريو البطالة في العديد من البلدان وجود أعداد كبيرة من الشباب الذين يمارسون أعمالاً رديئة وزهيدة الأجر في ظل ترتيبات عمل متقطعة وغير مأمونة في قطاعات منها قطاع الاقتصاد غير الرسمي. وتصل نسبة الشباب في المناطق النامية ممن ليس لديهم عمل، ولا يتابعون دراستهم، أو ممن هم منخرطون في عمالة غير منتظمة، والذين لا يحققون بالتالي كامل إمكاناتهم الاقتصادية، إلى ٦٠ في المائة^(١١٩). ووفقاً لمنظمة العمل الدولية، يمثل الشباب ٢٤ في المائة من مجموع العمال الفقراء، مقابل ١٩ في المائة من العمال غير الفقراء في البلدان الـ ٥٢ التي تتوفر فيها بيانات^(١١٨). ويتركز الكثير من العمال الشباب الفقراء في البلدان والمناطق التي تنخفض معدلات البطالة فيها نسبياً، مثل جنوب آسيا وشرق آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى^(١١٩). وبالإضافة إلى ذلك، فحيثما توافرت بيانات مصنفة حسب السن بشأن نمط العمل غير الرسمي فإنها تؤكد أنه يرجح أن يشتغل العمال الشباب في القطاع غير الرسمي أكثر من نظرائهم من البالغين^(١١٩).

١٩٣ - ويظهر استعراض لأطر سياسات عدة بلدان أن هناك التزاماً متزايداً من جانب البلدان منذ منتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين بإعطاء الأولوية في أطر السياسة الوطنية لعمالة الشباب، على النحو المبين في استراتيجيات الحد من الفقر في البلدان المنخفضة الدخل^(١٢١). وبالمقارنة مع الجيل الأول من استراتيجيات الحد من الفقر، التي لم تتناول عمالة الشباب، يعطي زهاء نصف استراتيجيات الجيل الثاني الأولوية لعمالة الشباب. وتلاحظ نتائج مماثلة في استراتيجيات التنمية الوطنية للبلدان التي ليس لديها

(١٢١) للاطلاع على استعراض للسياسات والبرامج المتعلقة بتشغيل الشباب انظر منظمة العمل الدولية، أزمة عمالة الشباب: حان وقت العمل (جنيف، ٢٠١٢، مكتب العمل الدولي، ٢٠١٢).

استراتيجيات للحد من الفقر. ويعد زيادة الاهتمام بعمالة الشباب أمراً ضرورياً لكفالة فعالية انتقال الشباب من الإطار المدرسي إلى إطار العمل اللائق، ولكن التحدي المتمثل في إيجاد فرص العمل هو تحدٍ بالغ الصعوبة بالنسبة للبلدان التي توجد بها شرائح كبيرة من الشباب على أعتاب حياتهم الإنتاجية. وتواجه البلدان الأفقر الـ ٤٩ تحدياً ديمغرافياً صارخاً، إذ يتوقع أن يتضاعف مجموع سكانها، الذين تقل أعمارهم عن ٦٠ في المائة منهم عن ٢٥ عاماً، ليصل إلى ١,٧ بليون نسمة بحلول عام ٢٠٥٠. وخلال السنوات العشر القادمة، يتعين على هذه البلدان إيجاد نحو ٩٥ مليون فرصة عمل لاستيعاب الوافدين الجدد إلى سوق العمل، و ١٦٠ مليون فرصة عمل أخرى في العشرينيات من القرن الحادي والعشرين^(١٢٢).

١٩٤ - وينبغي للدول أن تستثمر في بناء قدرات الشباب وتزويدهم بالمهارات اللازمة لتلبية الطلب على اليد العاملة في الاقتصادات الحالية والناشئة، ووضع سياسات وبرامج في مجال حماية اليد العاملة ترمي إلى تأمين فرص عمل تتميز بالسلامة والأمن وعدم التمييز، وتوفر أجراً لائقاً وتتيح فرص التطور المهني. ويجب أن تشمل الجهود أيضاً التركيز على الاستثمار المنتج في التكنولوجيات والآليات والهيكل الأساسية والاستغلال المستدام للموارد الطبيعية من أجل إيجاد فرص عمل للشباب.

٧ - أولويات الحكومات: المراهقون والشباب

التمكين الاقتصادي والعمالة	٧٠ في المائة من الحكومات
تحقيق أقصى قدر من الإدماج الاجتماعي وتكافؤ الفرص والحقوق	٤٦ في المائة من الحكومات
التعليم	٤٦ في المائة من الحكومات
توفير المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية	
للشباب، بما في ذلك ما يتصل منها بفيروس نقص المناعة البشرية	٣٨ في المائة من الحكومات
التدريب على العمل	٣٦ في المائة من الحكومات

١٩٥ - وأعربت الحكومات التي ردت على أسئلة الدراسة الاستقصائية العالمية بخصوص أولوياتها المتعلقة بالمراهقين والشباب في السنوات الخمس إلى العشر المقبلة عن تأييدها القوي لتمكينهم اقتصادياً، وإعدادهم للمشاركة الكاملة في سوق العمل، وأيدت بشدة أيضاً أهمية توفير الحماية الاجتماعية لهم وكفالة تمتعهم بالحقوق. وأشارت بوجه خاص إلى مسألة "التمكين الاقتصادي والعمالة" حكومات بلدان أفقر: ٦٩ من ٨٥ من الحكومات الواقعة

(١٢٢) تقرير أقل البلدان نمواً لعام ٢٠١٣: النمو وفرص العمل لخدمة التنمية الشاملة للجميع والمستدامة (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.13.II.D.1).

في أدنى فئتي دخل حددهما البنك الدولي مقابل ١٦ من ٣٣ حكومة في أعلى فئتي دخل حددهما البنك. وتتسع شرائح الشباب في البلدان الأدنى في سُلم الدخل نتيجة زيادة الخصوبة في السنوات الأخيرة، ويكون توفير فرص العمل، لا سيما فرص العمل الذي يؤدي إلى الخروج من دائرة الفقر، أمرا صعبا جدا. وأصبحت بطالة الشباب مسألة جسيمة في بلدان أكثر ثراء أيضا، لا سيما منذ وقوع الأزمة الاقتصادية العالمية في عام ٢٠٠٨، ما يؤكد الأولوية التي توليها الحكومات لهذه المسألة.

١٩٦ - ويتضح أن مسألة "تحقيق أقصى قدر من الإدماج الاجتماعي وتكافؤ الفرص والحقوق" تمثل أولوية عالمية في أن غالبية البلدان في أوروبا (٦٣ في المائة من الحكومات) والأمريكتين (٥٦ في المائة) أشارت إليها؛ وألقى الضوء عليها ما يقارب ٤٠ في المائة من الحكومات في أفريقيا وآسيا. وأقر برنامج العمل بالدور الحاسم الذي يؤديه الشباب وبال الحاجة إلى إدماجهم في المجتمع. وشملت المجالات ذات الأولوية في إطار "الإدماج الاجتماعي وتكافؤ الفرص والحقوق" معالجة الإهمال والتمييز وكفالة تدابير حماية حقوق الإنسان، وهي مجالات التركيز الهامة في الإعلان الذي اعتمده المنتدى العالمي للشباب في بالي.

١٩٧ - وكثير ورود الإشارة إلى ثلاث أولويات أخرى في إجابات الحكومات. وتمثلت أولاها في مسألة "توفير المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للشباب، بما في ذلك ما يتصل منها بفيروس نقص المناعة البشرية" التي ذكرتها باعتبارها أولوية ٣٨ في المائة من الحكومات على الصعيد العالمي ولكنها شكلت أولوية عالية لنصف مجموع البلدان في أفريقيا وآسيا، ونصف حكومات البلدان المنخفضة الدخل والشريجة الأدنى من البلدان المتوسطة الدخل و ٤٠ في المائة من حكومات الشريجة الأعلى من البلدان المتوسطة الدخل. في حين أن بلدا واحدا فقط من البلدان الـ ٣٣ الأكثر ثراء أدرج مسألة الصحة الجنسية والإنجابية ضمن أولوياته الخمس الرئيسية للشباب، ما قد يعكس وجود إمكانية أفضل للحصول على خدمات الرعاية الصحية في معظم البلدان الأكثر ثراء.

١٩٨ - وأبرز ٣٨ في المائة من الحكومات مسألة "التمكين السياسي والمشاركة"، وهي موزعة توزيعا متساويا حسب المنطقة ومستوى الدخل. ويوفر ذلك عنصرا مكملا قويا للإدماج الاجتماعي وكفالة التمتع بالحقوق والتمكين الاقتصادي وآلية لتحقيق ذلك، ويلقي الضوء على قوة الشباب الصاعدة في التأثير على النظم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. وأخيرا، أدرج مسألة "التدريب على العمل" ٣٦ في المائة من الحكومات على الصعيد العالمي، ويشمل ذلك ٥٢ في المائة من الحكومات الأفريقية و ٥٦ في المائة من حكومات البلدان ذات الدخل المنخفض.

١٩٩ - وفي المحمل، تدعم هذه المجموعة من الأولويات - التمكين الاقتصادي؛ والتعليم، سواء التعليم عموماً أو التعليم الموجه نحو العمل؛ والصحة الجنسية والإنجابية؛ والتمكين السياسي - تركيز الحكومات على تعزيز قدرات الشباب.

دال - كبار السن

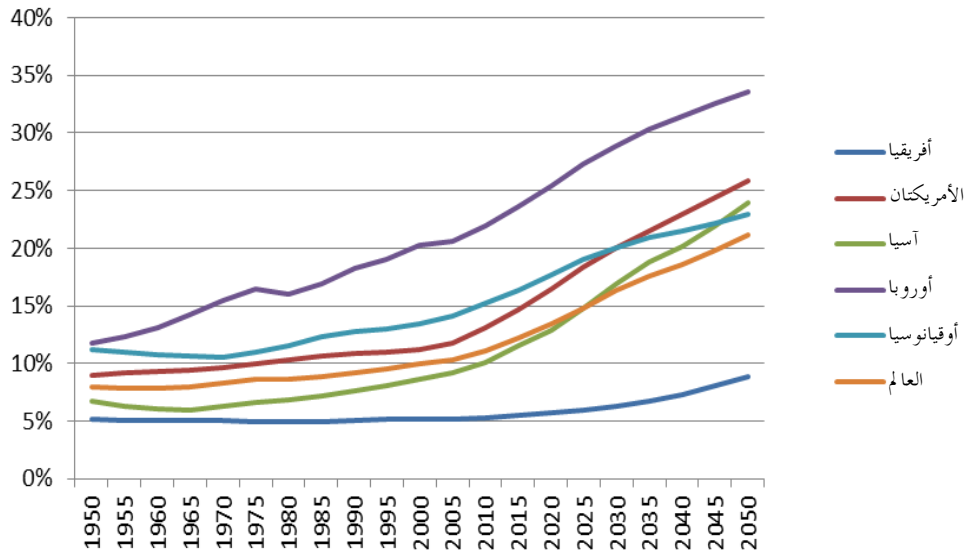
١ - الأهمية الديمغرافية لشيخوخة السكان

٢٠٠ - شيخوخة السكان هي نتيجة حتمية للتغيرات الديمغرافية الناجمة عن انخفاض الخصوبة وزيادة طول العمر. ويتمثل أحد أعظم إنجازات البشرية في أن الناس يعيشون حياة أطول وأوفر صحة، مع تزايد عدد المسنين البالغين من العمر ٦٠ سنة أو أكثر ونسبتهم في جميع البلدان. وتطرح شيخوخة السكان تحديات اجتماعية واقتصادية وثقافية على الأفراد والأسر والمجتمعات، لكنها أيضاً تتيح فرصاً لإثراء الأسر المعيشية والمجتمع ككل. وفي الفترة من عام ١٩٩٠ إلى عام ٢٠١٠، ازداد عدد السكان الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر في جميع المناطق، إذ أضيف إلى سكان آسيا أكبر عدد من كبار السن، وهو ١٧١ مليون مسن. وفي الفترة من عام ٢٠٠٥ إلى عام ٢٠١٠، كان معدل النمو السنوي للسكان الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر هو ٣ في المائة، في حين كان معدل النمو السنوي لمجموع السكان هو ١ في المائة. وفي العقود المقبلة، من المتوقع أن تتسع هذه الفجوة^(١٢٣).

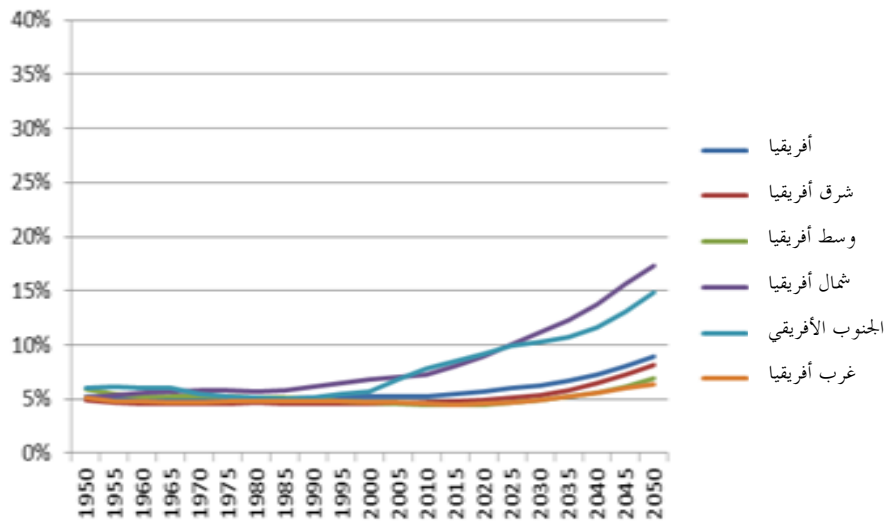
٢٠١ - وسجلت في السنوات العشرين الماضية على صعيد العالم زيادة في عدد كبار السن الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاماً أو أكثر بنسبة ٥٦ في المائة، إذ ارتفع عددهم من ٤٩٠ مليون شخص في عام ١٩٩٠ إلى ٧٦٥ مليون شخص في عام ٢٠١٠. وخلال هذه الفترة، كانت الزيادة في عدد كبار السن في البلدان النامية أكثر من ضعف الزيادة المسجلة في البلدان المتقدمة النمو (٣٣ في المائة). ويزداد عدد ونسبة كبار السن في جميع البلدان تقريباً، ويقدر وفق الإسقاطات أن أكثر من ٢٠ في المائة من سكان العالم سيكونون في سن الستين فما فوق بحلول عام ٢٠٥٠ (انظر الشكل ١٣). ويشكل الأشخاص البالغون من العمر ستين سنة وما فوقها بالفعل أكثر من ٢٠ في المائة من سكان أوروبا و ١٥ في المائة من سكان أوقيانوسيا، ويتوقع أن يشكلوا نسبة ١٥ في المائة من سكان الأمريكتين بحلول عام ٢٠١٥. وإذا صحت الإسقاطات التي تشير إلى تسارع النمو في عدد كبار السن فإن عددهم سيتجاوز عدد الأطفال بحلول عام ٢٠٤٧. ويواجه العديد من البلدان المتقدمة النمو بالفعل انخفاضاً شديداً في نسب دعم كبار السن^(١٢٣).

(١٢٣) التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢ (انظر الحاشية ٧ أعلاه).

الشكل ١٣
الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة كبار السن (فوق ٦٠ سنة)، على الصعيد العالمي
وحسب المناطق، ١٩٥٠-٢٠٥٠
(معامل الخصوبة المتوسط)



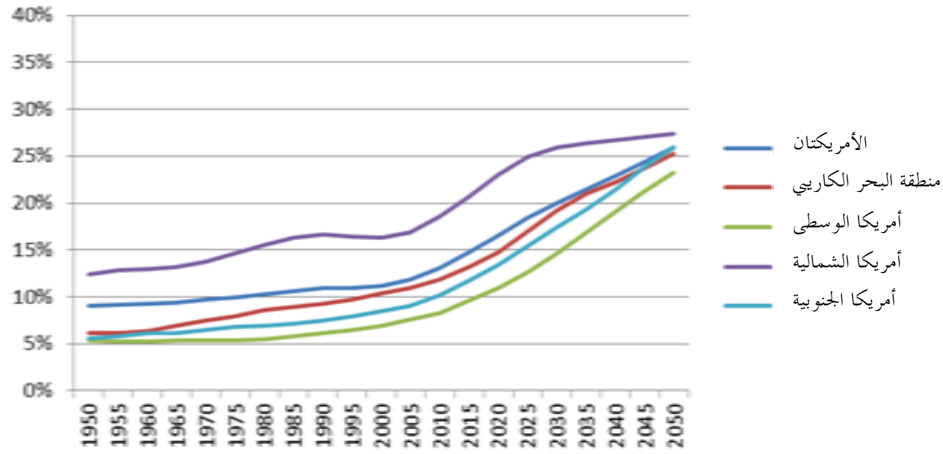
الشكل ١٣-أ
الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة كبار السن (فوق ٦٠ سنة) في أفريقيا، حسب
المنطقة دون الإقليمية، ١٩٥٠-٢٠٥٠
(معامل الخصوبة المتوسط)



الشكل ١٣-ب

الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة كبار السن (فوق ٦٠ سنة) في الأمريكتين، حسب المنطقة دون الإقليمية، ١٩٥٠-٢٠٥٠

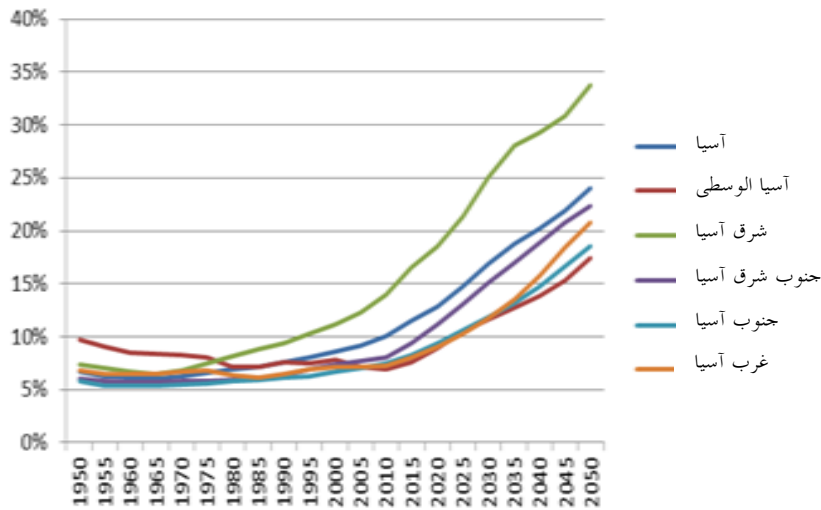
(معامل الخصوبة المتوسط)



الشكل ١٣-ج

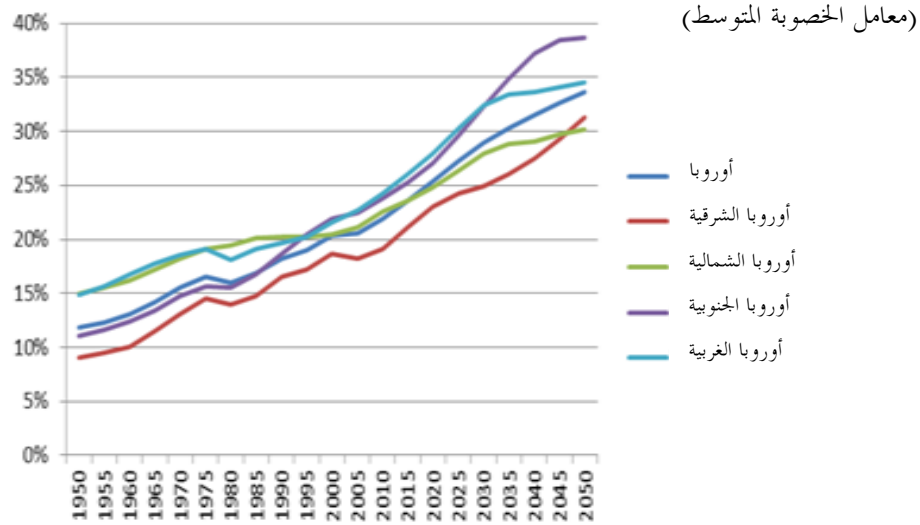
الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة كبار السن (فوق ٦٠ سنة) في آسيا، حسب المنطقة دون الإقليمية، ١٩٥٠-٢٠٥٠

(معامل الخصوبة المتوسط)



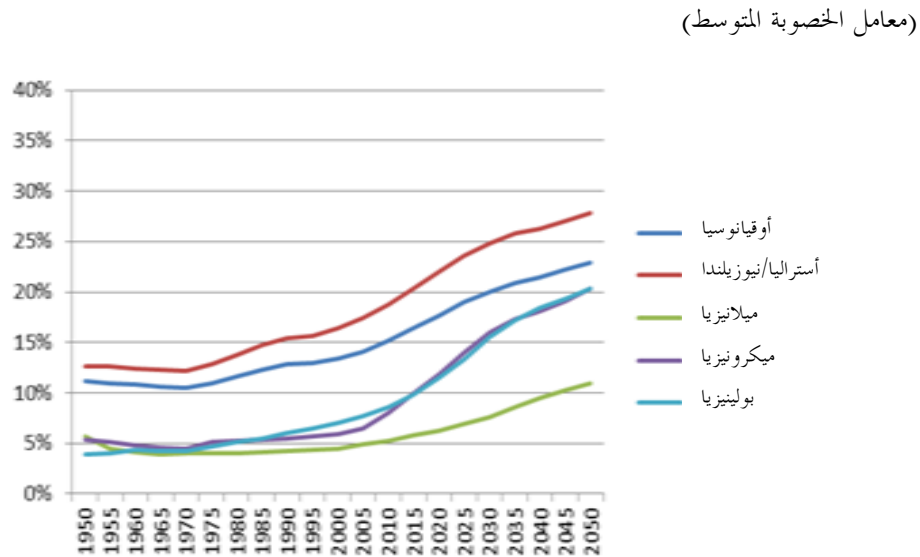
الشكل ١٣-د

الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة كبار السن (فوق ٦٠ سنة) في أوروبا، حسب المنطقة دون الإقليمية، ١٩٥٠-٢٠٥٠



الشكل ١٣-هـ

الاتجاهات والإسقاطات المتعلقة بنسبة كبار السن (فوق ٦٠ سنة) في أوقيانوسيا، حسب المنطقة دون الإقليمية، ١٩٥٠-٢٠٥٠



المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢، تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣
(ST/ESA/SER.A/336).

٢٠٢ - وتبرز الاتجاهات دون الإقليمية انخفاضاً في نسبة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاماً في أفريقيا، لكنها تبرز أيضاً زيادة في نسبتهم في الجنوب الأفريقي وشمال أفريقيا بالقياس إلى المناطق دون الإقليمية الأخرى. ويشيخ السكان بسرعة في جميع المناطق دون الإقليمية بالأمريكتين وتأتي أمريكا الشمالية في المقدمة. أما في أوروبا فكانت أوروبا الشرقية هي المنطقة الوحيدة التي قلت فيها نسبة كبار السن الذين تفوق أعمارهم ٦٠ سنة عن ٢٠ في المائة من السكان في عام ٢٠١٠ ولكنها ستتجاوز هذه النسبة قريباً. وفي آسيا كانت شرق آسيا هي المنطقة الوحيدة التي تزيد أعمار أكثر من ١٠ في المائة من سكانها عن ٦٠ سنة، بينما يشيخ سكان جميع المناطق دون الإقليمية بسرعة. وما زالت أوقيانوسيا تتسم بالتنوع، مع اقتراب أستراليا ونيوزيلندا من النسب الأوروبية.

٢٠٣ - ونظراً لارتفاع العمر المتوقع لدى النساء عن العمر المتوقع لدى الرجال في سن الشيخوخة، يفوق عدد المسنين في معظم المجتمعات. وفي عام ٢٠١٢، كان هناك على الصعيد العالمي ٨٤ رجلاً لكل ١٠٠ امرأة في فئة ٦٠ سنة فما فوق و ٦١ رجلاً لكل ١٠٠ امرأة في فئة ٨٠ سنة فما فوق^(١٢٣). لذا من المهم إدماج المنظور الجنساني في السياسات وتقديم الدعم لكبار السن في مجالات منها الصحة، وأشكال الرعاية الأخرى، والدعم الأسري والعمالة.

٢٠٤ - ويرجح أن يعيش كبار السن في البلدان المتقدمة النمو مستقلين أكثر من نظرائهم في البلدان النامية. وعلى الصعيد العالمي، يعيش ٤٠ في المائة من كبار السن الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر بمفردهم أو مع أزواجهم فقط، ويرجح أن يكون المسنون الذين يعيشون بمفردهم من النساء بالنظر إلى أن عمرهن المتوقع أطول من عمر الرجال. ولكن الترتيبات المعيشية لكبار السن تختلف اختلافاً كبيراً حسب مستوى التنمية. إذ يعيش نحو ثلاثة أرباع كبار السن في البلدان المتقدمة النمو مستقلين، مقابل ربع واحد من المسنين فقط في البلدان النامية وثمان المسنين فقط في أقل البلدان نمواً^(١٢٤). وتتطلب شيخوخة السكان إيلاء الاهتمام بالهياكل الأساسية المادية من أجل كفالة السكن الآمن والتنقل ووسائل المشاركة الهادفة لكبار السن. وينبغي للدول تعديل التشريعات، والمبادئ التوجيهية للتصميم والتخطيط، والهياكل الأساسية للتأكد من أن العدد المتزايد من المسنين الذين يعيشون بمفردهم يمكنهم الحصول على ما يلزمهم من سكن ونقل وترفيه وشتى أسباب الراحة في الحياة المجتمعية.

(١٢٤) الأمم المتحدة، "شيخوخة السكان والتنمية: عشر سنوات بعد مدريد"، نشرة حقائق السكان، ٤/٢٠١٢، كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢؛ شيخوخة السكان والتنمية عام ٢٠١٢ (لوحة بيانية جدارية) منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.12.XIII.6.

٢٠٥ - وغالبا ما يتم تجاهل الصحة الجنسية لكبار السن سواء في الخطاب الأكاديمي أو في تدابير السياسة العامة للتصدي لشيخوخة السكان السريعة، ربما لأن الحياة الجنسية لكبار السن لا تزال إلى حد كبير من المحرمات في العديد من الثقافات. ومع ذلك فقد كشفت دراسة كبيرة أجريت مؤخرا عن البالغين الأكبر سنا في الولايات المتحدة الأمريكية، استخدم فيها تعريف واسع للأداء الجنسي أن النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين ٥٧ و ٧٤ عاما لم يظهرن أي تراجع في النشاط الجنسي^(١٢٥). ولوحظ أن الأداء الجنسي أكثر ارتباطا بالصحة البدنية المقيمة ذاتيا من ارتباطه بالعمر. وينبغي للدول تكييف سياساتها وبرامجها بشأن الصحة الجنسية بحيث تستجيب بصورة أفضل للاحتياجات الجنسية المتغيرة لكبار السن.

٢٠٦ - وفي ظل تزايد أعمار الأشخاص، هناك شواغل متزايدة بشأن استدامة الاستحقاقات، مثل استحقاقات المعاشات التقاعدية والرعاية الصحية ودعم الشيخوخة، التي ينبغي أن تدفع على مدى فترات أطول. وهناك أيضا شواغل بشأن استمرارية نظم الدعم الاجتماعي على المدى الطويل بين الأجيال، وهو ما يعتبر أمرا حيويا لرفاه كل من أجيال كبار السن وأجيال الشباب. وتشتد هذه الشواغل أكثر في المجتمعات التي تتزايد فيها صعوبة توفير الرعاية داخل الأسرة في ظل تقلص حجمها، وعمل المرأة خارج المنزل، وهي التي تتولى عادة توفير الرعاية الرئيسية. وقد تؤدي الزيادة في طول العمر أيضا إلى ارتفاع التكاليف الطبية وزيادة الطلب على الخدمات الصحية لأن كبار السن عادة ما يكونون أكثر عرضة للأمراض المزمنة^(١٢٦).

٢٠٧ - وينبغي للدول كفالة الحماية الاجتماعية لكبار السن وضمان الدخل لهم، مع إيلاء اهتمام خاص للمسنات ولمن يعشن في عزلة ومن يقدمن الرعاية بلا أجر، من خلال توسيع نظم المعاشات التقاعدية والبدلات غير القائمة على دفع اشتراكات، ومن خلال تعزيز التضامن بين الأجيال، وعن طريق ضمان إدماج كبار السن ومشاركتهم على قدم المساواة مع الآخرين في وضع وتنفيذ السياسات والبرامج والخطط التي تؤثر في حياتهم.

M. Lusti-Narasimhan and J. R. Beard, "Sexual health in older women", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, No. 9 (2013), pp. 707-709.

(١٢٦) الوضع الراهن فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية لكبار السن ورفاههم ومشاركتهم في التنمية وحقوقهم في جميع أنحاء العالم (ST/ESA/339) الأمم المتحدة، "شيخوخة السكان والتنمية: عشر سنوات بعد مدريد"؛ الأمم المتحدة، "شيخوخة السكان والأمراض غير المعدية"، نشرة حقائق السكان رقم ١/٢٠١٢، نيسان/أبريل ٢٠١٢.

٢٠٨ - وفي الوقت نفسه، يستمر كثير من الأشخاص في المساهمة في أسرهم ومجتمعاتهم حتى سن متقدمة جدا. ولا يحتاج جميع كبار السن إلى دعم، كما لا يوفر جميع الأشخاص ممن هم في سن العمل دعما مباشرا أو غير مباشر لكبار السن. والواقع أن كبار السن في العديد من المجتمعات غالبا ما يوفر دوما لأولادهم وأحفادهم البالغين^(١٢٧). وبالإضافة إلى ذلك، فبالرغم من أن الإنفاق على الرعاية الصحية وغيرها من القطاعات التي تقدم الخدمات للمسنين قد يشكل تحديا، فإنه أيضا يعد استثمارا. فتوسيع نطاق هذه القطاعات يؤدي إلى إيجاد فرص عمل هامة في قطاعي الرعاية الصحية العام والخاص على حد سواء^(١٢٨). وينبغي للدول تعزيز نظم الصحة والرعاية عن طريق تشجيع استفادة الجميع من سلسلة متكاملة ومتوازنة من خدمات الرعاية حتى مرحلة الشيخوخة، بما في ذلك الرعاية المستمرة للمصابين بالأمراض المزمنة والرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التيسيرية.

٢٠٩ - وفي عام ٢٠٠٢، التقى المجتمع الدولي في مدريد بمناسبة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة لمناقشة التحديات المتزايدة التي تطرحها شيخوخة السكان. وكان من الواضح حينئذ أن الشيخوخة لم تعد شاغلا يشغل بال البلدان المتقدمة النمو فحسب، بل هي مشكلة تؤثر أو بدأت تؤثر في عدد متزايد من البلدان المتقدمة النمو والنامية على السواء، ولم يعد من الممكن تجاهل ما يترتب عليها من عواقب اجتماعية واقتصادية وسياسية. ولم يعد من الممكن اعتبار ظاهرة شيخوخة السكان مسألة مستقلة بذاتها أو أمرا ثانويا. وقد كانت الجمعية العالمية الثانية ووثيقتها الختامية، خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، ٢٠٠٢ (انظر A/CONF.197/9، الفصل الأول). بمثابة المناسبة الأولى التي اتفقت فيها الحكومات على ربط قضايا الشيخوخة بالأطر الأخرى للتنمية الاجتماعية والاقتصادية وحقوق الإنسان المتفق عليها في المؤتمرات ومؤتمرات القمة السابقة التي عقدها الأمم المتحدة.

٢ - التعليم مدى الحياة والمشاركة الاقتصادية والاجتماعية

٢١٠ - أوصى برنامج العمل بأن تقوم الحكومات بتعزيز وتشجيع اعتماد كبار السن على أنفسهم وتعزيز نوعية حياتهم وقدرتهم على العمل أطول فترة ممكنة ما دامت لديهم الرغبة

(١٢٧) Lee and A. Mason, 2011, *Population Ageing and the Global Economy: A global Perspective* (Cheltenham, United Kingdom, Edward Elgar, 2011)، والأمم المتحدة، "شيخوخة السكان والتنمية: عشر سنوات بعد مدريد"؛ والوضع الراهن فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية لكبار السن ورفاههم ومشاركتهم في التنمية وحقوقهم في جميع أنحاء العالم.

(١٢٨) F. Colombo and others, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies (Paris, OECD Publishing, 2011), p. 336; Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators* (Paris, OECD Publishing, 2012).

في العمل، وتمكينهم من المشاركة المستمرة باستخدام مهاراتهم وقدراتهم بصورة كاملة لفائدة المجتمع. ويواصل العديد من كبار السن العمل في كثير من الأحيان وغالبا يكفي دخلهم لإعالة الأسرة المعيشية بالكامل. وقد يرغب كبار السن أيضا في أن يحيا حياة مهنية مرضية. وتمثل العمالة المرنة وتوفير فرص التعلم مدى الحياة وإعادة التدريب أمورا لها أهمية حاسمة في تمكين وتشجيع كبار السن على البقاء في سوق العمل، من أجل مصلحتهم، ومصلحة أسرهم، وباعتبارهم موردا أساسيا للاقتصادات الناجحة التي لا يسعها أن تضيع فرصة الاستفادة من خبراتهم ودرايتهم الفنية.

٢١١ - وفي السنوات التي أعقبت انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أكد كل من إعلان هامبورغ بشأن تعلم الكبار، المعتمد في المؤتمر الدولي الخامس لتعليم الكبار (١٩٩٧)، وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، ٢٠٠٢، على أهمية التعليم بالنسبة لكبار السن^(١٢٩). وتوفير التعليم مدى الحياة يمكّن الأشخاص بجميع أعمارهم من تعزيز وزيادة إلمامهم بالقراءة والكتابة وما يتصل بهما من مهارات، والتكيف مع فرص العمل المتغيرة، والمشاركة الكاملة في تغيير الظروف الاقتصادية والشخصية، بما يعود بالنفع عليهم وعلى أسرهم ومجتمعاتهم المحلية، والمجتمع ككل. ولا يقتصر التعلم مدى الحياة على كبار السن؛ ولكن يشمل أيضا العمال الشباب أو متوسطي العمر الذين هم بصدد فقد وظيفتهم أو تغييرها، أو الذين ربما فاتتهم في وقت سابق فرص الحصول على التعليم بسبب الفقر أو الدخول المبكر إلى سوق العمل أو الإنجاب في سن مبكر، أو التنقل الطوعي أو القسري. وبالإضافة إلى ذلك، ثمة شبكة عالمية من جامعات كبار السن تركز على التعليم من أجل تحسين نوعية الحياة للمتقاعدين. وقد توسع نطاق العضوية في هذه الشبكة استجابة للطلبات المتزايدة من الأشخاص غير المتقاعدين للحصول على تعليم غير نظامي^(١٣٠).

(١٢٩) انظر UNESCO, *Fifth International Conference on Adult Education: Final Report*, Hamburg, Germany, 14-18 July 1997; available from www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/finreng.pdf (accessed 7 October 2013); Du Peng, "The third age: opportunity for learning and teaching", *Population Ageing and the Millennium Development Goals* (New York, United Nations Population Fund, 2009), p. 157; United Nations, *The Madrid International Plan of Action on Ageing: Guiding Framework and Toolkit for Practitioners and Policy Makers* (March 2008); available from www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf (accessed 27 September 2013).

(١٣٠) توجد في الصين ٦٩٧ ٣٢ جامعة لكبار السن يدرس فيها ٠٩٣ ٣٣٥ ٣ طالبا؛ ويوجد في المملكة المتحدة ٩٠٣ جامعات يدرس فيها ١٨٥ ٣١٩ طالبا؛ (انظر Du Peng, "The third age", p. 159).

.University of the Third Age, United Kingdom (<http://www.u3a.org.uk/u3a-movement.html>)

٢١٢ - ويبدو أن ٩٢ في المائة من الحكومات تتبع سياسة ما بشأن تعليم الكبار، تستهدف في الغالب تنمية المهارات والتدريب من أجل سوق العمل، وهو أولوية كثيرا ما يشير إليها وزراء التعليم في البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على حد سواء^(١٣١). ومنذ عام ٢٠٠٠، اعتمدت حكومات أو أقاليم عديدة، منها الاتحاد الروسي وبليز وبورتوريكو والدانمرك والسلفادور والسويد وصربيا والصين وكندا والمكسيك وهنغاريا واليابان، سياسات ومبادرات تركز على إعادة تدريب كبار السن^(١٣٢).

٢١٣ - وبالرغم من السياسات الوطنية بشأن التعليم مدى الحياة وإعادة التدريب، ما زالت أمية الكبار مرتفعة، إذ يبلغ عدد الأميين وظيفيا من الكبار البالغين من العمر ٢٥ سنة فأكثر ٦٥١ مليون شخص (حسب بيانات عام ٢٠١١)، غالبيتهم من النساء (٦٤ في المائة)^(١٣٣). ومن بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما أو أكثر، يبلغ معدل الأمية الكلي في العالم ٢٦ في المائة، ويتراوح بين ٢٥ في المائة في أمريكا اللاتينية و ٦٨ في المائة في أفريقيا، مع تجاوز هذه المعدلات لدى النساء باستمرار معدلاتها لدى الرجال. كما أن معدلات أمية الكبار أعلى في المناطق الريفية ومناطق النزاع ولدى الأشخاص ذوي الإعاقة والأقليات الإثنية^(١٣٤).

٢١٤ - وتحبس الأمية الكثيرين في دوامة من الفقر، حيث تكون فرص العمل أو توليد الدخل محدودة وتزداد احتمالات سوء الصحة^(١٣٥). وللأمية و/أو عدم إتمام التعليم و/أو رداءة نوعيته (انظر الفرع ثانيا - جيم - ٤ أعلاه بشأن تفاوت التقدم المحرز في مجال

(١٣١) انظر UNESCO, *Second Global Report on Adult Learning and Education: Rethinking Literacy* (Hamburg, Germany, UNESCO Institute for Lifelong Learning, 2013), table 2.2.

(١٣٢) UNFPA and HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge* (New York and London, 2012), p. 190.

(١٣٣) انظر UNESCO, *Second Global Report on Adult Learning and Education: Rethinking Literacy* (Hamburg, Germany, UNESCO Institute for Lifelong Learning, 2013).

(١٣٤) المرجع نفسه، p. 19؛ انظر أيضا N. E. Groce and P. Bakshi, "Illiteracy among adults with disabilities in the developing world: an unexplored area of concern", Working Paper Series No. 09 (University College London, Leonard Cheshire Centre for Disability and Inclusive Development, August 2009).

(١٣٥) انظر World Bank, "Defining welfare measures" (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPA/0,,contentMDK:20242876~isCURL:Y~menuPK:492130~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430367~isCURL:Y,00.html>; accessed 27 September 2013); A. Cree, A. Kay and J. Steward, "The economic and social cost of illiteracy: a snapshot of illiteracy in a global context" (World Literacy Foundation, April 2012), p. 2, available from www.worldliteracyfoundation.org/The_Economic_&_Social_Cost_of_Illiteracy.pdf (accessed 29 September 2013).

التعليم) آثاراً تبقى مدى الحياة، وتترتب عليها نتائج سلبية، وخصوصاً بالنسبة للبالغين والمسنين في البلدان التي لا يوجد بها نظم ضمان اجتماعي، والذين قد يجبرون على العمل في سن متقدمة في قطاع العمل غير النظامي المرهق بدنياً وبأجور هزيلة^(١٣٦).

٢١٥ - وفي عام ٢٠٠٢، أفادت ٨٨ في المائة من الحكومات عن وجود قانون أو سياسة عامة لديها بشأن محو أمية الكبار^(١٣٧). وفي كمبوديا، حيث لا يستطيع ٧٠ في المائة من النساء اللائي تزيد أعمارهن عن ٦٥ عاماً القراءة أو الكتابة، أدت دروس محو أمية الكبار التي تم تنظيمها بمساعدة مدرسين متطوعين (من معلمي المدارس المتقاعدتين والرهبان) إلى تحسين قدرة النساء المسنات بشكل ملحوظ على القراءة والحساب، مما مكّنهن من القيام بإنشاء متاجر وأعمال تجارية صغيرة^(١٣٨). وينبغي للدول تعزيز فرص التعلم مدى الحياة ومحو أمية الكبار التي تتيح لجميع الأشخاص بغض النظر عن السن الحصول على مهارات جديدة تتناسب مع اقتصاد آخذ في التغير، والسعي إلى تحسين فرص العمل والدخل، أو - ببساطة - استكشاف إمكانية تطوير المواهب والطموحات الشخصية.

٢١٦ - وعلى الصعيد العالمي، توجد في أفريقيا أعلى نسبة لمشاركة المسنين في القوة العاملة، حيث يمارس أكثر من ٤٠ في المائة من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٦٥ عاماً نشاطاً اقتصادياً، تليها آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي بنسبة تقارب ٢٥ في المائة (انظر الشكل ١٤).

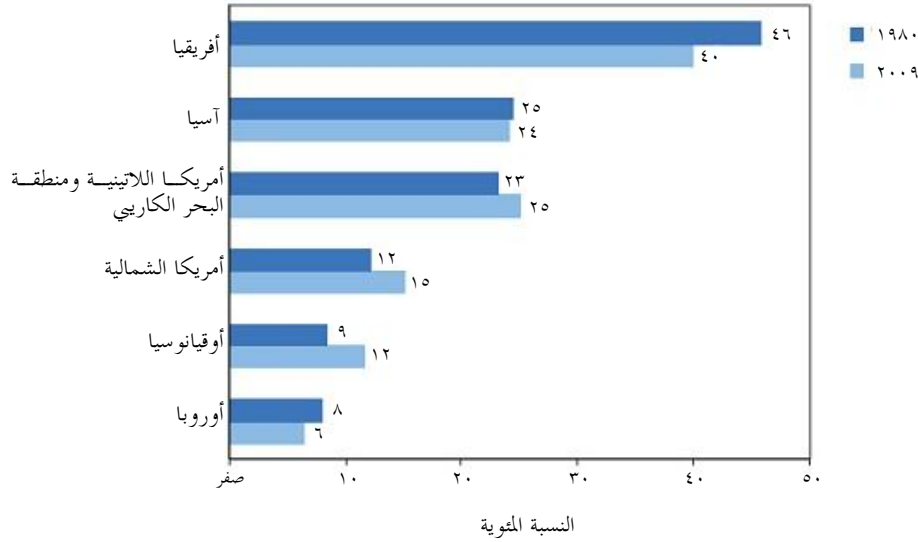
UNFPA and HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A* (١٣٦) *Challenge*, p. 55.

UNESCO, *Second Global Report on Adult Learning and Education: Rethinking Literacy*, table 2.3 انظر (١٣٧).

J. Pugh, "Changing lives through literacy", cited in *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration* (١٣٨) *and A Challenge*, p. 59.

الشكل ١٤

مشاركة كبار السن في القوة العاملة كنسبة من مجموع السكان البالغين من العمر ٦٥ سنة فأكثر بحسب المنطقة، ١٩٨٠-٢٠٠٩

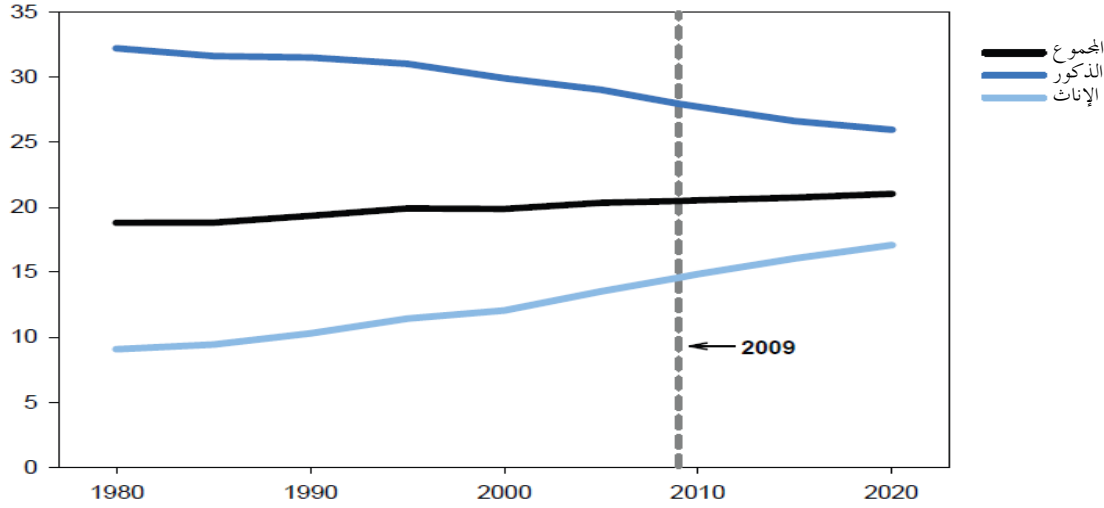


المصدر: United Nations, World Population Ageing, 2009 (ESA/P/WP/212)، الشكل ٣٨.

٢١٧ - بالنظر إلى طول العمر المتوقع للمرأة، فهي تمثل نسبة متزايدة من القوة العاملة الأكبر سنا وظل احتمال مشاركتها في القوة العاملة بعد سن ٦٥ عاما في تزايد منذ عدة عقود (انظر الشكل ١٥) حتى مع تراجع احتمال عمل الرجل بعد سن ٦٥ عاما. وتسهم زيادة مشاركة المرأة في القوة العاملة الأكبر سنا وزيادة معدلات الأمية لديها في استمرار أوجه عدم المساواة التي تواجهها المرأة العاملة، وزيادة احتمال مشاركتها في العمل غير النظامي غير المأمون والمنخفض الأجر (انظر الفرع ثانيا - باء - ١ أعلاه بشأن التغيير في أنماط الأدوار الإنتاجية والإنجابية). وينبغي للدول أن تقوم برصد جميع أشكال التمييز في العمل ضد كبار السن والقضاء عليها؛ ووضع سياسات وبرامج لحماية العمالة تكفل توفير العمل الآمن والمضمون والمدفوع مقابل أجر لائق.

الشكل ١٥

مشاركة كبار السن البالغين من العمر ٦٥ سنة فأكثر في القوى العاملة على مستوى العالم بحسب نوع الجنس، ١٩٨٠-٢٠٢٠



المصدر: United Nations, World Population Ageing, 2009 (ESA/P/WP/212)، الشكل ٣٦.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٨

كبار السن

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان: قررت الجمعية العامة في القرار ١٨٢/٦٥ بشأن متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة (٢٠١١) أن تنشئ فريقاً عاماً مفتوح باب العضوية يعنى بالشيخوخة من أجل تعزيز الاعتراف بحقوق الإنسان لكبار السن، وتقييم الثغرات، والنظر، حسب الاقتضاء، في جدوى تنفيذ المزيد من الصكوك واتخاذ تدابير جديدة. وقررت الجمعية العامة، في القرار ١٣٩/٦٧ المعنون "نحو وضع صك قانوني دولي شامل متكامل لتعزيز وحماية حقوق كبار السن وكرامتهم" (٢٠١٣) أن ينظر الفريق العامل المفتوح باب العضوية المعنى بالشيخوخة في "مقترحات لوضع صك قانوني دولي لتعزيز وحماية حقوق كبار السن وكرامتهم".

المحصلات الأخرى لأعمال الهيئات الحكومية الدولية: يقدم إعلان مدريد السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، ٢٠٠٢، اللذان اعتمدا في الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة برنامجا جديدا معنيا بالشيخوخة في القرن الحادي والعشرين يركز على: كبار السن والتنمية؛ والصحة والرفاه حتى كبر السن وأثناءه؛ وتهيئة بيئة حاضنة وداعمة.

الصكوك القانونية الأخرى غير الملزمة: أظهرت النظم الإقليمية أيضا زيادة الزخم نحو استحداث آليات لتعزيز وحماية وإعمال حقوق الإنسان لكبار السن. وقام كل من اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب، ومنظومة البلدان الأمريكية، واللجنة التوجيهية لحقوق الإنسان التابعة لمجلس أوروبا بإنشاء أفرقة عاملة بهدف وضع صك للنهوض بحقوق الإنسان لكبار السن.

٢١٨ - وتبين نتائج الدراسة الاستقصائية العالمية أن نسبة أكبر من البلدان التي توجد بها شرائح معتبرة من المسنين تعالج المسائل المتعلقة باحتياجات كبار السن. وهذه البلدان ترتفع فيها معدلات إعالة المسنين الحالية عن ١٢ شخصا تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما أو أكثر من بين كل مائة شخص في سن العمل (١٥-٦٤).

٢١٩ - وعلى الصعيد العالمي، كان معدل إعالة المسنين في عام ٢٠١٠ يتراوح بين ٦ و ١٢ في ٤٠ بلدا سيشيخ سكانها بشكل متسارع على مدى العقدين القادمين، ومنها إندونيسيا وإيران (جمهورية - الإسلامية) والبرازيل والصين وفيت نام والمكسيك والهند؛ وتشير التقديرات إلى أن هذه النسبة سترتفع إلى أكثر من ١٢ في عام ٢٠٣٠ (حسب التوقعات المتوسطة). وعالجت نسبة كبيرة من هذه البلدان مسائل تتعلق بـ "تقديم الخدمات الاجتماعية المشتملة على الرعاية الطويلة الأجل" (٩٤ في المائة)، و "توفير رعاية صحية معقولة التكلفة وكافية ويمكن الحصول عليها" (٩١ في المائة)، و "زيادة تغطية بدلات الشيخوخة أو تحسينها" (٨٨ في المائة)، و "تمكين كبار السن من العيش بصورة مستقلة لأطول فترة ممكنة" (٨٩ في المائة) و "جمع بيانات موزعة" (٨٨ في المائة).

٢٢٠ - وهذا التقدم في مجالات الحماية الاجتماعية، والرعاية الصحية، وجمع البيانات لم يواكبه تقدم في العمالة أو عدم التمييز أو المشاركة في المجتمع: إذ ذكرت نسبة أقل من البلدان أنها تقوم بـ "تناول قضايا إهمال كبار السن وإساءة معاملتهم والعنف ضدهم" (٧٤ في المائة)، و "تمكين كبار السن من الاستفادة الكاملة من مهاراتهم وقدراتهم" (٦٩ في المائة)، و "تقديم الدعم إلى الأسر التي ترعى كبار السن" (٦٧ في المائة)، و "وضع

إجراءات وآليات محددة للمشاركة“ (٦٣ في المائة)، و”منع التمييز ضد كبار السن، وخصوصا الأرامل (٥٨ في المائة)، و”تعزيز فرص العمل للعمال المسنين“ (٣٩ في المائة). وينبغي للدول أن تقوم برصد جميع أشكال الإساءة المباشرة وغير المباشرة والقضاء عليها، بما في ذلك جميع أشكال العنف، وتقديم جرعات مفرطة من الأدوية، وانخفاض مستوى الرعاية، والعزلة الاجتماعية.

٣ - الأولويات الحكومية: كبار السن

٥٤ في المائة من الحكومات	الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية
٥٤ في المائة من الحكومات	التمكين الاقتصادي والعمالة ومخططات المعاشات التقاعدية/الدعم
٣٩ في المائة من الحكومات	وضع البرامج والسياسات والاستراتيجيات وإنشاء القوانين والمؤسسات ذات الصلة بكبار السن
٣٧ في المائة من الحكومات	الإدماج الاجتماعي وحقوق كبار السن
٣٦ في المائة من الحكومات	رعاية المسنين

٢٢١ - وعندما طلب من البلدان تحديد أهم المسائل التي يتوقع أن تتصدر أولويات السياسة العامة المتصلة بكبار السن، كانت ”الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية“ محور تركيز خاص للبلدان في أفريقيا، حيث أدرجها ٦٨ في المائة منها بين أولوياتها الخمس الرئيسية؛ وأدرجها حوالي نصف البلدان في أوروبا وآسيا والأمريكتين، وحذت حذوها ثلاثة بلدان من ١٠ بلدان في أوقيانوسيا. وكان ”التمكين الاقتصادي وفرص العمل والمعاشات التقاعدية“ هو أكثر ما أدرجته البلدان الأوروبية والآسيوية (٦٢ في المائة و ٥٩ في المائة على التوالي). وفي هاتين المنطقتين، وكذلك في الأمريكتين، يسير تحديد المساهمات الاقتصادية ونظم دعم المسنين المستدامة بمحاذاة التسارع الكبير في الشيخوخة والحاجة إلى المحافظة على النمو الاقتصادي والرفاه الاجتماعي بالنظر إلى الانخفاض النسبي في السكان الذين هم في سن العمل بالمفهوم التقليدي.

٢٢٢ - وبالرغم من ارتفاع معدلات الفقر بين كبار السن في جميع أنحاء العالم وعلى اختلاف مجموعات الدخل القطرية، فإن ”التصدي للفقر“ بين كبار السن لم يظهر بوصفه أولوية إلا في بلدان أفريقية، أدرجته تسعة منها في قائمة الأولويات. ولم تذكره كأولوية إلا ثلاثة بلدان من المناطق الأخرى مجتمعة.

٢٢٣ - وتمشيا مع النقلة الكبيرة التي جسدها خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، فقد شكل "الإدماج الاجتماعي لكبار السن وحقوقهم" أولوية ثابتة لنحو ٤٠ في المائة من البلدان في أفريقيا والأمريكتين وأوروبا. ولكن لم تدرجه في قائمة أولوياتها سوى تسعة بلدان من بين ٤١ بلداً آسيوياً، وبلد واحد فقط في أوقيانوسيا. كما كان إعطاء الأولوية لـ "الإدماج الاجتماعي والحقوق" أكثر تواتراً على الطرف الأعلى من طيف الدخل: فقد أدرجه كأولوية أكثر من ٤٠ في المائة من الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل، والبلدان المرتفعة الدخل غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، والبلدان الأعضاء في تلك المنظمة، و ٣٠ في المائة من البلدان المنخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل.

٢٢٤ - وظهر "تعزيز القدرات" المتعلقة بالشيخوخة، ولا سيما في مجالات البيانات والبحوث، بصورة أكثر تواتراً بوصفه أحد الأولويات بين البلدان ذات الدخل المنخفض، حيث أدرجه ١٠ بلدان من ٣٢ بلداً بين أولوياتها الخمس الرئيسية. والبلدان المنخفضة الدخل هي الآن في بواكير مراحل انتقال سكانها إلى الشيخوخة، ولكنها تشترك مع البلدان الأخرى في الوعي بالحاجة إلى دعم كبار السن ويتطلع بعضها بوضوح إلى توسيع نطاق أساس الأدلة التي تستند إليها الإجراءات الحكومية.

هاء - الأشخاص ذوو الإعاقة

٢٢٥ - الإعاقة ظرف يعاني منه معظم الأشخاص في العالم في مرحلة ما من مراحل حياتهم، البعض منهم طوال حياته، والبعض الآخر يصاب بالإعاقة ويشفى منها. وتشير تقديرات متباينة إلى أن ما تتراوح نسبته بين ١٥ و ٢٠ في المائة^(١٣٩) من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ١٥ عاماً أو تزيد عنها في جميع أنحاء العالم يتعايشون حالياً مع عجز ما. ومن بين أولئك الأشخاص، يعاني ما تتراوح نسبته بين ٢ و ٤ في المائة من إعاقات شديدة. ووفقاً لمنشور تقرير الإعاقة في العالم الصادر عن منظمة الصحة العالمية، فإن ما يقرب من ٩٣ مليون طفل، أو ما نسبته ٥ في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الولادة و ١٤ عاماً يعانون من إعاقات^(١٤٠).

(١٣٩) يستند التقدير الأدنى إلى المسح الصحي العالمي *World Health Survey*، المنقول عنه في WHO and World Bank, *World Report on Disability* (Geneva, World Health Organization, 2011)؛ ويستند التقدير الأدنى إلى *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (Geneva, World Health Organization, 2008) المنقول عنه في المسح الصحي العالمي.

(١٤٠) WHO and World Bank, *World Report on Disability* (١٤٠).

٢٢٦ - وتباين معدلات الإصابة بالإعاقة فيما بين البلدان: فالبلدان التي يقل فيها نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي عن ٣ ٢٥٥ دولاراً من دولارات الولايات المتحدة يبلغ معدل إجمالي انتشار الإعاقة فيها ١٨ في المائة، مقارنة بـ ١٢ في المائة فقط في البلدان التي يزيد فيها نصيب الفرد عن ذلك. والنساء أيضاً أكثر عرضة للإعاقة بدرجة كبيرة من الرجال؛ حيث تبلغ نسبة النساء المصابات بعجز ٢٢ في المائة في البلدان المنخفضة الدخل و ١٤ في المائة في البلدان المرتفعة الدخل^(١٤٠).

٢٢٧ - ويزداد احتمال الإصابة بالعجز ازدياداً كبيراً مع تقدم السن، حيث يعاني ما تزيد نسبته على ٤٦ في المائة من جميع الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٦٠ عاماً من إعاقة متوسطة الشدة أو شديدة مقارنة بنسبة ١٥ في المائة من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ سنة. وعدد الأشخاص ذوي الإعاقة آخذ في الازدياد نتيجة لشيخوخة السكان بوجه عام ولانتشار الأمراض غير السارية المرتبطة بالإعاقة، مثل السكري وأمراض القلب والأمراض العقلية^(١٤٠).

٢٢٨ - وتوجد صلة ضمنية، لكنها غير مدروسة دراسة كافية، بين الفقر والإعاقة، سواء بوصفه عاملاً مساعداً على الإصابة بالإعاقة أو نتيجة لها^(١٤١). والعلاقة السببية بين الإعاقة والفقر ليست مثبتة تماماً نظراً لمحدودية توافر البيانات الطولية، ولأن الفقر كثيراً ما يقاس على مستوى الأسرة المعيشية. وقد أظهرت دراسات أُجريت في بلدان متقدمة النمو وفي بلدان نامية أيضاً أن الإعاقة تحول بين ذوي الإعاقة وبين التحصيل التعليمي وتحد من مشاركتهم في سوق العمل^(١٤٢). وينبغي للحكومات رصد جميع أشكال التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل والقضاء عليها، ووضع سياسات وبرامج تمكينية تكفل توفير عمالة مضمونة ومأمونة تُوفّر الأجر اللائق.

٢٢٩ - والأشخاص الذين يعانون من الإعاقة هم أكثر عرضة من غير المعوقين "لانتهاك كرامتهم"^(١٤٢)، بما في ذلك الإقصاء الاجتماعي والعنف والتحاميل. وتتجاوز الآثار المترتبة على الإعاقة، بما في ذلك الحاجة إلى الدعم الاجتماعي، الفرد إلى الأسر المعيشية والعائلات المتأثرة بالإعاقة، بسبب الكلفة الإضافية من الموارد التي تُنفق على الرعاية الصحية، وفقدان الدخل والوصم، والحاجة إلى نظم لدعم مقدمي الرعاية. وينبغي للدول رصد جميع أشكال التمييز المباشر وغير المباشر ضد الأشخاص ذوي الإعاقة والقضاء عليها، بما في ذلك جميع

(١٤١) J. Braithwaite and D. Mont, "Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications", *European Journal of Disability Research*, vol. 3, No. 3 (2009), pp. 219-232.

(١٤٢) WHO and World Bank, *World Report on Disability*

أشكال العنف فيما بين الأشخاص، والجرعات المفرطة من الأدوية، والرعاية التي تكون دون المستوى المطلوب، وعزلتهم الاجتماعية، وذلك من خلال البرامج الوطنية، ولا سيما البرامج في مجالات التعليم، والعمالة، وإعادة التأهيل، والإسكان، والنقل، والترفيه، والحياة المجتمعية، فضلا عن مساندة مقدمي الرعاية الأسرية.

٢٣٠ - وقد أقر برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين (١٩٨٢)، وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٤)، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (٢٠٠٦)، والوثيقة الختامية لاجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً بما يعود بالنفع على الأشخاص ذوي الإعاقة: سبل المضي قدماً - وضع خطة للتنمية تشمل المسائل المتصلة بالإعاقة حتى عام ٢٠١٥ وما بعده (قرار الجمعية العامة ٣/٦٨ المؤرخ ٢٣ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣)، أقرت جميعها بأن الأشخاص ذوي الإعاقة يشكلون نسبة كبيرة من السكان على الصعيد الوطني والعالمي. واعتبرت هذه الصكوك أن من الأهداف المنشودة إعمال حقوق الإنسان، والمشاركة، وتكافؤ الفرص، وإعطاء القدرات ما تستحقه من قيمة في مجال التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وحفظ كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة وتمكينهم من الاعتماد على الذات. وينبغي للدول اتخاذ تدابير ملموسة من أجل الوفاء بالتزاماتها المتعلقة بتعزيز إمكانية الوصول والتنمية الشاملة وتمكين الجميع، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، من المشاركة الكاملة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

٢٣١ - وهناك أيضا مشاكل كبيرة تكتنف صحة البيانات الوطنية والعالمية المتعلقة بالإعاقة وقابليتها للمقارنة، مما يؤدي إلى حدوث تباين شديد في التقديرات، فضلا عن النقص المتواتر للعد الذي يرجع جزئياً إلى الوصم المرتبط بالمصطلح. ويجرز فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة، الذي يعزز التعاون الدولي في مجال الإحصاءات الصحية من خلال التركيز على مقاييس الإعاقة الصالحة للتعدادات والدراسات الاستقصائية الوطنية، تقدماً مستمرا في قياس الإعاقة. ويشكل تعزيز التعاريف ونظم البيانات اللازمة لرصد الإعاقة ومعالجتها متطلباً لا غنى عنه لتحديد ورصد التقدم المحرز نحو تحقيق الرفاه والمشاركة. ويكتسب تمتين أو اصر التعاون الدولي من أجل تحقيق هذه الغاية أهمية أكبر من أي وقت مضى.

٢٣٢ - واستناداً إلى ما ورد من ردود على الدراسة الاستقصائية العالمية، فإن المسألة الرئيسية التي تثير الاهتمام والمتصلة بالأشخاص ذوي الإعاقة والتي تقوم البلدان بالتصدي لها تتمثل في "كفالة وجود نظام للتعليم العام لا يستبعد الأطفال على أساس الإعاقة". وتجدر الإشارة إلى أن ما نسبته ٨٢ في المائة من البلدان، أي جميعها ما عدا ٢٨ بلداً (١٣ بلداً في

أفريقيا، و ٦ بلدان في آسيا، و ٦ في الأمريكتين، وبلدان في أوروبا، وبلد واحد في أوقيانوسيا) قد التزمت بتنفيذ هذه المسألة. وقد تناسب مستوى الاهتمام بهذه المسألة تناسبا عكسيا مع مستوى النمو السكاني للبلدان وتناسبا طرديا مع مستوى دخلها.

٢٣٣ - ثانيا، أبدى ما نسبته ٧٨ في المائة من البلدان الحاجة إلى "تعزيز التأهيل الشامل وبخدمات وبرامج إعادة التأهيل"، من دون وجود فوارق كبيرة على الصعيد الإقليمي. وأبلغ ما نسبته ٧٧ في المائة من البلدان عن أنها تقوم بـ "إيجاد فرص عمل للأشخاص ذوي الإعاقة". أما البلدان التي لا تعالج المسألة فأعدادها ونسبها المثوية قليلة في أوروبا (٨ في المائة) وآسيا (١٠ في المائة) والأمريكتين (١٩ في المائة)، ولكنها أكبر في أوقيانوسيا (٥٤ في المائة) وأفريقيا (٣٨ في المائة). وقد يدل هذا على أن النسبة المثوية للبلدان التي أخذت على عاتقها معالجة هذه المسألة خلال السنوات الخمس الماضية أعلى في البلدان الأكثر ثراء منها في البلدان الأكثر فقرا.

٢٣٤ - وبخصوص المسائل المتعلقة بـ "تطوير البنى التحتية من أجل كفالة الوصول على قدم المساواة مع الآخرين" (٦٨ في المائة)، و "ضمان المساواة في الحقوق وفي إمكانية الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية" (٦٥ في المائة)، و "ضمان توفير حماية قانونية متساوية وفعالة ضد التمييز" (٦٠ في المائة)، فيعالجها نحو ٦ من كل ١٠ بلدان على الصعيد العالمي، وهذه النسبة أقل من المتوسط العالمي في بلدان أوقيانوسيا وأفريقيا. وينبغي للدول أن تضمن للأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما الشباب منهم، الحق في الرعاية الصحية، بما في ذلك حقوقهم في الصحة الجنسية والإنجابية، فضلا عن الحق في الحصول على أعلى مستوى من الرعاية، وضمان إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في وضع البرامج وتنفيذها، وفي رسم السياسات ورصدها وتقييمها، مع الأخذ في الاعتبار العوامل الهيكلية التي تعوق ممارسة هذه الحقوق.

٢٣٥ - ويعالج ما نسبته ٦١ في المائة من البلدان مسألة "تقديم الدعم إلى الأسر التي ترعى أفرادا ذوي إعاقة"، ومرة أخرى نجد أن مستوى الاهتمام يتناسب تناسبا طرديا مع مستوى دخل البلدان وتناسبا عكسيا مع مستوى النمو السكاني لتلك البلدان. وعلى الرغم من أن ٥٩ بلدا لم تعالج هذه المسألة خلال السنوات الخمس الماضية، فقد لوحظ وجود فروق كبيرة على الصعيد الإقليمي. وفيما أبلغ ما نسبته ٨٨ في المائة من البلدان الأوروبية عن معالجتها لهذه المسألة، فإن ٣٩ في المائة فقط من بلدان أوقيانوسيا، و ٣٩ في المائة من بلدان أفريقيا (الأغلبية) قد عالجتها.

٢٣٦ - وأخيراً، فإن المسألة التي حظيت بأقل قدر من التزام البلدان هي مسألة "تعزيز المساواة عن طريق اتخاذ جميع الخطوات اللازمة للتقيّن من اتّخاذ ترتيبات تيسيرية معقولة في كافّة جوانب الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية"، التي لم تشكّل مسألة ذات أولوية لما نسبته ٤٧,٩ في المائة من البلدان، معظمها في أفريقيا (٢٣)، وآسيا (٢٣)، وأوقيانوسيا (١٠)، ومعظمها بلدان أفقر وسريعة النمو.

٢٣٧ - وتقع مسألة زيادة "إمكانية الوصول والتنقل" للأشخاص ذوي الإعاقة بين الأولويات الخمس العليا لدى ما يصل أو يزيد عن نصف عدد بلدان الشريحة الدنيا والمتوسطة لطيف الدخل (البلدان المنخفضة الدخل: ٥٠ في المائة؛ الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل: ٥٩ في المائة؛ والشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل: ٦٦ في المائة). وبالنظر إلى الأهمية المحورية للتيسير على ذوي الإعاقة في بناء مجتمعات احتوائية وفي تحقيق التنمية المستدامة والمنصفة للجميع، فإن هذا يشكّل مجالاً ينبغي أن ينال مزيداً من الاهتمام وأن يُمنح الأولوية حتى عام ٢٠١٤ وما بعده وبعد عام ٢٠١٥. وسيسهّم النجاح في هذا المجال إسهاماً كبيراً في تحقيق المشاركة الاقتصادية والاجتماعية الكاملة للأشخاص ذوي الإعاقة، الذين يعيش قسم كبير منهم في بلدان نامية ويواجهون تحديات في مجال إمكانية الوصول والتنقل في حياتهم اليومية.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٩

الأشخاص ذوو الإعاقة

الصكوك الملزمة: تُشكّل اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي يُعترف بها على أنها أحد الصكوك الدولية الأساسية المتعلقة بحقوق الإنسان، (٢٠٠٦)؛ تاريخ بدء النفاذ عام ٢٠٠٨) خطوة عظيمة نحو الأمام في تعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وتُحدد الاتفاقية فئة الأشخاص ذوي الإعاقة بأنها تشمل الأفراد الذين "يعانون من عاهات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية"، حيث تتفاعل حالات الإعاقة تلك مع معوقات إضافية مما يحول دون مشاركتهم بصورة فعالة مع بقية الأفراد في المجتمع على قدم المساواة. والغرض من هذه الاتفاقية هو "تعزيز وحماية وكفالة تمتع جميع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً على قدم المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، وتعزيز احترام كرامتهم المتأصلة". ويوفّر البروتوكول الاختياري الملحق باتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة للأفراد آلية تواصل لمعالجة حالات لم تُحترم فيها حقوق الإنسان. وعلى

الصعيد الإقليمي، فإن اتفاقية البلدان الأمريكية للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة (١٩٩٩؛ تاريخ بدء النفاذ ٢٠٠١) تؤكد أن الأشخاص ذوي الإعاقة يملكون الحق في أن يتمتعوا تمتعا كاملا بحقوق الإنسان والحريات الأساسية المحمية عن طريق القانون الدولي. محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان: اعتمد مجلس حقوق الإنسان مجموعة من القرارات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة، أحدثها القرار ٣/٢٢ بشأن عمل الأشخاص ذوي الإعاقة وفرص توظيفهم. وقد أسهبت النظم الإقليمية في بيان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الوثائق والصكوك الإقليمية المتعلقة بحقوق الإنسان^(١٤٣).

الأولويات الحكومية: الأشخاص ذوو الإعاقة

٦٥ في المائة من الحكومات	التمكين الاقتصادي والعمالة
٥٧ في المائة من الحكومات	إمكانية الوصول والتنقل
٥٥ في المائة من الحكومات	التعليم
٣٧ في المائة من الحكومات	الإدماج الاجتماعي والحقوق
٢٨ في المائة من الحكومات	وضع البرامج والسياسات والاستراتيجيات والقوانين، وإنشاء المؤسسات ذات الصلة بالأشخاص ذوي الإعاقة

٢٣٨ - عندما طُلب إلى الحكومات تحديد أهم المسائل التي يُتوقع أن تحظى بالأولوية في السياسات العامة المتصلة بالأشخاص ذوي الإعاقة، فإن الأولويات الثلاث الرئيسية في ٤ مناطق من أصل ٥، ركزت، وبهامش كبير، على التمكين الاقتصادي، وعلى إمكانية الوصول والتنقل، والتعليم. وكذلك فقد أدرج ١٠ بلدان أفريقية من أصل ٤٨ بلدا، أو ما نسبته ٢١ في المائة، مسألة "التدريب من أجل الحصول على عمل^(١٤٤)" ضمن خمس أولويات رئيسية في المنطقة علاوة على الدعم القائم بذاته لمسألة "التمكين الاقتصادي والعمالة"، مما يؤكد على أهمية ضم الأفراد ذوي الإعاقة إلى القوى العاملة في المنطقة.

(١٤٣) لمزيد من المعلومات عن النظم الإقليمية لحقوق الإنسان والقواعد والمعايير المتصلة بالإعاقة، انظر www.un.org/esa/socdev/enable/comp300.htm.

(١٤٤) يتألف ذلك من جميع الأولويات المتصلة بتزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بالتدريب النظامي وغير النظامي وإكسابهم المهارات لدعم انتقالهم بنجاح إلى سوق العمل.

٢٣٩ - وشكّل تكافؤ الفرص في الحصول على "التعليم" للأشخاص ذوي الإعاقة أولوية ثابتة للحكومات في جميع أنحاء العالم، ولا سيما البلدان المنخفضة الدخل (٦٣ في المائة). ويشكّل التمييز الذي يواجهه الأشخاص ذوو الإعاقة في الوصول إلى نظام التعليم العام، فضلا عن الافتقار إلى نظام تعليم ملائم لاحتياجاتهم، عائقين خطيرين أمام الاعتماد على الذات وتكافؤ الفرص.

٢٤٠ - وأخيرا، هناك عدد من الأولويات الأخرى تم إدراجها بكثرة. فعلى سبيل المثال، أدرج أكثر من نصف عدد حكومات البلدان المنخفضة الدخل (٥٣ في المائة) والبلدان المرتفعة الدخل في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (٥٢ في المائة) مسألة "الإدماج الاجتماعي والحقوق^(١٤٥)" كأولوية رئيسية. وكانت مسألة "التأهيل وإعادة التأهيل^(١٤٦)" واحدة من الأولويات الخمس العليا عند أكثر من ثلث عدد الحكومات الآسيوية (٣٥ في المائة)، في حين أن "الاستقلالية^(١٤٧)" حظيت بالأولوية لدى ما نسبته ٢١ في المائة من الحكومات الأوروبية.

واو - الشعوب الأصلية

٢٤١ - يقدر عدد أفراد الشعوب الأصلية في جميع أنحاء العالم بـ ٣٧٠ مليون نسمة. ومن الناحية التاريخية، لطالما تعرضت الشعوب الأصلية، ولا تزال تتعرض، للتمييز الاجتماعي والسياسي الذي قوّض إمكانية وصولها إلى التنمية. وكثيرا ما حُرمت تلك الشعوب من فرصة الحفاظ على تراثها الثقافي ومن الفرص التي تمكنها من الاندماج الاجتماعي والسياسي والاقتصادي الكامل في النظام السياسي السائد^(١٤٨).

٢٤٢ - وفيما يخص الكثير من الشعوب الأصلية، يشمل التمييز الهيكلي عنف التشريد القسري وفقدان الوطن والممتلكات، وتشتيت شمل الأسر، والفقدان القسري للغة والثقافة، وتسليع ثقافتها، والأعباء غير المتناسبة للآثار المترتبة على تغير المناخ والتدهور البيئي. وتتفاقم

(١٤٥) يتألف ذلك من جميع الأولويات ذات الصلة بتحقيق أكبر قدر ممكن من الإدماج الاجتماعي والتمكين، وتحقيق تكافؤ الفرص لجميع فئات الأشخاص ذوي الإعاقة، دون تمييز من أي نوع كان، وتدخّل فيه جميع الأولويات ذات الصلة بمعالجة العنف والإهمال والإيذاء والتمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، فضلا عن أشكال غير محددة من حماية حقوق الإنسان.

(١٤٦) يتألف ذلك من جميع الأولويات ذات الصلة بتعزيز وتوسيع نطاق خدمات وبرامج التأهيل وإعادة التأهيل الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة.

(١٤٧) يتألف ذلك من جميع الأولويات ذات الصلة بتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من العيش باستقلالية، أي الحد من حاجتهم إلى الاعتماد على الآخرين وإلى الرعاية.

(١٤٨) *State of the World's Indigenous Peoples* (United Nations publication, Sales No. 09.VI.13)

أوضاع الفقر بالنسبة لبعض الفئات بفعل المسافة الجغرافية والبعد الجغرافي لأراضي الشعوب الأصلية، والذي يمثل في حد ذاته نتيجة للتشريد القسري التاريخي^(١٤٨).

٢٤٣ - وقد أكد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حقوق الإنسان للشعوب الأصلية في عام ١٩٩٤. وفي وقت متأخر من السنة ذاتها، أُطلق العقد الدولي الأول للشعوب الأصلية، تلاه في عام ٢٠٠٥ إطلاق العقد الدولي الثاني للشعوب الأصلية في العالم. وقد شهد العقدان الماضيان نموا ملحوظا في الإجراءات الدولية الرامية إلى حماية وتعزيز وإعمال حقوق الشعوب الأصلية. فقد أُنشئ منتدى الأمم المتحدة الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية في عام ٢٠٠٠. وفي عام ٢٠٠١، قررت لجنة حقوق الإنسان تعيين مقررٍ خاص معني بحقوق الشعوب الأصلية، جدّد مجلس حقوق الإنسان ولايته في مرّات كان آخرها في عام ٢٠٠٧. وفي السنة ذاتها، اعتمدت الجمعية العامة إعلان الأمم المتحدة المتعلق بحقوق الشعوب الأصلية وأنشأ مجلس حقوق الإنسان آلية الخبراء المعنية بحقوق الشعوب الأصلية (القرار ٣٦/٦).

٢٤٤ - وعلى الرغم من التوسع في هذه الجهود المتضافرة الرامية إلى تلبية احتياجات الشعوب الأصلية، فلا تزال توجد تفاوتات كبيرة، حيث تعاني الشعوب الأصلية من معدلات أعلى بكثير لانتشار السل، والأمراض غير السارية، وسوء الصحة العقلية، وقصر العمر المتوقع مقارنة بالشعوب غير الأصلية من مواطني نفس البلد. وعلى سبيل المثال، فإن ما تزيد نسبته على ٥٠ في المائة من أفراد الشعوب الأصلية البالغين الذين تزيد أعمارهم على الثلاثين عاما يعانون من النمط الثاني من السكري على الصعيد العالمي. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، يزيد خطر الإصابة بالسل بين سكان أمريكا الأصليين بـ ٦٠٠ مرة عن عامة سكان الولايات المتحدة. وفي إكوادور، يزيد خطر إصابة أبناء الشعوب الأصلية بسرطان الحنجرة بـ ٣٠ مرة عن المواطنين الآخرين. وتبلغ الفجوة في العمر المتوقع بين أطفال الشعوب الأصلية وأطفال غير الشعوب الأصلية في نيبال أو أستراليا ٢٠ سنة، و ١٣ سنة في غواتيمالا، و ١١ سنة في نيوزيلندا^(١٤٨).

٢٤٥ - وأظهرت دراسة أجراها البنك الدولي في عام ٢٠٠٥ بشأن الشعوب الأصلية في أمريكا اللاتينية، التي يقدر عدد أفرادها بـ ٢٨ مليون نسمة، إلى أنه "على الرغم من التغييرات الهامة التي طرأت على الفقر بصفة عامة، فإن نسبة الشعوب الأصلية التي تعاني من الفقر في المنطقة، والتي تبلغ حوالي ٨٠ في المائة، لم تتغير كثيرا من أوائل تسعينيات القرن

الماضي إلى أوائل العقد الأخير من القرن الماضي^(١٤٩)، حيث كانت معدلات الفقر أعلى بـ ٧,٩ مرات، و ٥,٩ مرات، و ٣,٣ مرات بين أفراد الشعوب الأصلية قياساً إلى الشعوب غير الأصلية في باراغواي، وبنما، والمكسيك، على التوالي^(١٥٠).

٢٤٦ - وينبغي للدول أن تضمن حق الشعوب الأصلية في الصحة، بما في ذلك صحتها وحقوقها الجنسية والإنجابية، وكذلك حقها في الحصول على أعلى مستوى من الرعاية، واستيعاب طبها التقليدي وممارستها الصحية، على الوجه اللائق، ولا سيما فيما يتعلق بالحد من وفيات الأمومة ووفيات الأطفال، مراعاةً لخصوصياتها والاجتماعية - الإقليمية والثقافية، فضلاً عن العوامل الهيكلية التي تعوق ممارسة هذه الحقوق.

٢٤٧ - ودعا برنامج العمل فيما تضمنه من إجراءات وأهداف الحكومات إلى تلبية الاحتياجات المحددة للشعوب الأصلية، بما في ذلك ضمان حصول تلك الشعوب على الخدمات، وتحقيق المشاركة الكاملة، وحماية وتعزيز وإعمال حقها في التنمية، بما في ذلك إدماجها في التعدادات الوطنية.

٢٤٨ - ومن بين المستطلعين في الدراسة الاستقصائية العالمية، لم تُبلغ سوى نسبة صغيرة من البلدان بمعالجة شواغل الشعوب الأصلية خلال السنوات الخمس الماضية؛ وتساوت في ذلك جميع المناطق. ولم يؤكد أكثر من ثلثي عدد البلدان المبلّغة وجود سياسات أو ميزانيات أو تدابير تنفيذ حكومية ترمي إلى تلبية احتياجات الشعوب الأصلية، ولم يزد عدد البلدان التي أجابت على هذه المسألة في الأغلب على نصف جميع بلدان كل منطقة. ويعكس انخفاض معدل الاستجابة هذا على الأرجح عدم اعتراف العديد من البلدان بوجود "شعوب أصلية" تعيش داخل حدودها الوطنية.

٢٤٩ - وكانت الاستجابة الأكثر إيجابية هي الاستجابة المتعلقة بالتعليم. فقد ذكر ما نسبته ٦٧ في المائة من الحكومات أن لديها سياسات وميزانيات وتدابير تنفيذ ترمي إلى كفالة وصول الشعوب الأصلية إلى "جميع مستويات وأشكال التعليم العام دون تمييز"، ولكن لم يكن لدى سوى ٥٩ في المائة سياسات لتوفير فرص للحصول على التعليم "بلغه الفرد

H. A. Patrinos and E. Skoufias, *Economic Opportunities for Indigenous Peoples in Latin America* (١٤٩) (Washington, D.C., World Bank, 2007).

(١٥٠) اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، استناداً إلى J. L. Machinea and M. Hopenhayn, "La esquividad en el desarrollo latinoamericano: una visión estructural, una aproximación multifacético" (United Nations publication, Sales No. S.05.II.G.158), cited in *Social Panorama of Latin America* (United Nations publication, Sales No. E.06.II.G.133), p. 150.

الأصلية وعلى نحو يحترم ثقافته“. ولم يُبلغ سوى أقل بقليل من نصف عدد الحكومات (٤٩ في المائة) بمعالجة مسألة ”خلق فرص عمل مناسبة خاصة بالشعوب الأصلية دون تمييز“ خلال السنوات الخمس الماضية. وعالج ما يزيد قليلا عن نصف عدد البلدان المبلغة (٥٩ في المائة) مسألة توفير ”رعاية للصحة الجنسية والإنجابية“ مناسبة ثقافيا ”بما في ذلك خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية“ للشعوب الأصلية.

٢٥٠ - وفيما يخص مسائل شؤون الحكم، فإن ما نسبته ٥٨ في المائة من البلدان أشارت إلى وجود سياسات وميزانيات وتدابير تنفيذ ترمي إلى ”وضع إجراءات وآليات محددة لمشاركة“ الشعوب الأصلية، وأفادت نسبة ٥٢ في المائة أنها عاجلت مسألة ”حماية وإصلاح النظم الإيكولوجية الطبيعية التي تعتمد عليها مجتمعات الشعوب الأصلية“، وكان لدى النصف (٥٠ في المائة) سياسات وميزانيات وتدابير تنفيذ تعالج مسألة ”تمكين الشعوب الأصلية من حيازة الأراضي وإدارة أراضيها“. والمسألة التي عاجلتها أصغر نسبة من البلدان (٣١ في المائة) هي مسألة ”الحصول على الموافقة الحرة والمسبقة والمستنيرة للشعوب الأصلية في الاتفاقات التجارية [و] اتفاقات الاستثمار المباشر الأجنبي“ التي لها تأثير على الشعوب الأصلية.

٢٥١ - وينبغي للدول احترام وضمّان حقوق الشعوب الأصلية المتصلة بالأراضي، بما في ذلك الشعوب التي تعيش في عزلة طوعية، والشعوب التي لا تزال في المرحلة الأولية من مراحل الاتصال، مع إيلاء اهتمام خاص للتحديات الناشئة عن الصناعات الاستخراجية وغيرها من الاستثمارات العالمية، وعن التنقل وعمليات التشريد القسري، وتصميم السياسات التي تحترم مبدأ الموافقة الحرة والمسبقة والمستنيرة بشأن المسائل التي تؤثر على هذه الشعوب، عملا بأحكام إعلان الأمم المتحدة المتعلقة بحقوق الشعوب الأصلية.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ١٠

الشعوب الأصلية

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان: في أعقاب المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، تناول عدد من الصكوك الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان حقوق الشعوب الأصلية. وينص إعلان الأمم المتحدة التاريخي بشأن حقوق الشعوب الأصلية (٢٠٠٧) على أن ”للشعوب الأصلية الحق في التمتع الكامل، جماعات أو أفراداً، بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية المعترف بها في ميثاق الأمم المتحدة والإعلان العالمي لحقوق الإنسان والقانون الدولي لحقوق الإنسان“.

الأولويات الحكومية: الشعوب الأصلية

التعليم	٥٥ في المائة من الحكومات
التمكين الاقتصادي والعمالة	٣٦ في المائة من الحكومات
التمكين السياسي والمشاركة السياسية	٣٣ في المائة من الحكومات
اللغة والثقافة والهوية	٣٢ في المائة من الحكومات
الأراضي والأقاليم	٣٠ في المائة من الحكومات
الحماية الاجتماعية	٣٠ في المائة من الحكومات

٢٥٢ - على الصعيد العالمي، أجابت ٦٩ حكومة من أصل ١٧٦ من الحكومات التي ردت على الدراسة الاستقصائية العالمية على السؤال المتعلق بالأولويات فيما يتعلق بالشعوب الأصلية، وكان بينها كالتالي: ٢٣ حكومة من الأمريكتين، و ١٨ حكومة من آسيا، و ١٥ حكومة من أفريقيا، و ٧ حكومات من أوروبا، و ٦ حكومات من أوقيانوسيا.

٢٥٣ - وفي الأمريكتين، وبعد "التعليم" الذي اعتبرته أولويةً ١٤ حكومة من أصل ٢٣ حكومة ردت على الدراسة الاستقصائية، ذُكرت الأولويتان التاليتان أكثر من غيرهما: "التمكين السياسي والمشاركة السياسية" (١٢ حكومة) و "الأراضي والأقاليم" (١٠ حكومات). وجاءت بعد هذه الأولويات "الحماية الاجتماعية" (٩ حكومات)، و "الرعاية الصحية" (بخلاف رعاية الصحة الجنسية والإنجابية)^(١٥١) (٩ حكومات)، و "وضع السياسات والبرامج والاستراتيجيات والقوانين/إنشاء المؤسسات"^(١٥٢) (٨ حكومات). وبالتالي، فإن بؤر التركيز الرئيسية لدى المنطقة تتمثل في القدرات والأمن، بما في ذلك التعليم والرعاية الصحية، والأراضي وسبل الحصول عليها، ولا سيما من خلال المشاركة السياسية.

٢٥٤ - وفي آسيا، كان "التعليم" بالنسبة للشعوب الأصلية هو أيضا أعلى الأولويات المدرجة (١١ حكومة من أصل ١٨ حكومة) يليها "التمكين الاقتصادي والعمالة" (٩ حكومات)، مما يشير إلى أهمية أن تكون الأنشطة المدرة للدخل في متناول أفراد الشعوب الأصلية. وأدرجت مسائل "التمكين السياسي والمشاركة السياسية"، و "اللغات والثقافة

(١٥١) يتألف ذلك من جميع الأولويات ذات الصلة بتحسين تقديم خدمات الرعاية الصحية للشعوب الأصلية، باستثناء رعاية الصحة الجنسية والإنجابية ورعاية المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وتدخل في ذلك تدابير من قبيل توفير الرعاية الصحية الجيدة السهل الوصول إليها والمعقولة التكلفة والمناسبة ثقافيا من أجل الوفاء باحتياجات الشعوب الأصلية.

(١٥٢) يتألف ذلك من جميع الأولويات التي تعالج ما هو مذكور أعلاه، حينما لا تحدد الأولوية قطاعا بعينه.

والهوية“ و”الرعاية الصحية (بخلاف رعاية الصحة الجنسية والإنجابية)“ كأولويات من جانب عدد أقل من الحكومات وحصلت جميعها على نفس مستوى الدعم (٥ حكومات).

٢٥٥ - وفي أفريقيا، وعلى عكس الاتجاهات العالمية والإقليمية، كان”التمكين الاقتصادي وتوفير فرص العمل“ هو الأولوية التي ذكرت أكثر من غيرها (٨ حكومات من أصل ١٥ حكومة مستجيبة) وكانت الأولوية الوحيدة التي ذكرتها أكثر من نصف الحكومات. وكان”التعليم“ (لدى ٧ حكومات) و”اللغات والثقافة والهوية“ (لدى ٦ حكومات) ثاني وثالث أهم الأولويات في المنطقة.

٢٥٦ - وينبغي للدول أن تتخذ، بالاتفاق مع الشعوب الأصلية، التدابير اللازمة لكفالة تمتع جميع الأشخاص من الشعوب الأصلية بالحماية من جميع أشكال التمييز والعنف، وحصولهم على كافة الضمانات ضدها، واتخاذ التدابير اللازمة لكفالة احترام حقوق الإنسان الخاصة بهم وحمايتهم وإعمالها.

٢٥٧ - وينبغي للدول احترام وتنفيذ أحكام إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية، وكذلك اتفاقية منظمة العمل الدولية (رقم ١٦٩) بشأن الشعوب الأصلية والقبلية لعام ١٩٨٩، وينبغي للبلدان التي لم توقع وتصدق عليها بعد أن تقوم بذلك، وأن تقوم بتكييف الأطر القانونية وصياغة السياسات اللازمة لتنفيذها، بمشاركة كاملة من هذه الشعوب، بما في ذلك الشعوب الأصلية التي تعيش في المدن.

زاي - انطباق عدم التمييز على الجميع

٢٥٨ - أكد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية مبادئ حقوق الإنسان المتعلقة بالمساواة وعدم التمييز المنصوص عليها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (١٩٤٨) والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (١٩٦٦) والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (١٩٦٦)، والمفصلة في صكوك دولية أخرى لحقوق الإنسان من قبيل الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (١٩٦٥) وإعلان حقوق الأشخاص المنتمين إلى أقليات قومية وإثنية وإلى أقليات دينية ولغوية (١٩٩٢). إلا أن العديد من الناس في جميع أنحاء العالم لا يزالون يعانون من التمييز، وهو أمر تم تأكيده في الاجتماعات الإقليمية المعنية ببرنامج العمل لما بعد عام ٢٠١٤.

٢٥٩ - ويبين الاستعراض العملي أن الأشخاص ذوي الميول الجنسية والهوية الجنسانية المختلفة في بعض أنحاء العالم يعانون من مخاطر التحرش والعنف الجسدي. وقد عززت نتائج الاستعراضات الإقليمية أهمية مبدأي الحرية والمساواة في الكرامة والحقوق وكذلك عدم

التمييز. ويؤدي العنف البنيوي في صورة الموقف السلبي من المثلية إلى تهميش ذوي الميول الجنسية والهوية الجنسية المختلفة والانتقاص من آدميتهم، مما يعوق قدرتهم على المساهمة بشكل كامل في المجتمع، ويجرمهم من الحقوق المدنية التي عادة ما تكون متاحة للأشخاص الآخرين^(١٥٣) ولا يمكن أن يتعايش الالتزام برفاه الأفراد مع التسامح مع جرائم الكراهية أو أي شكل آخر من أشكال التمييز ضد أي شخص.

W. B. Bostwick and others, "Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety (١٥٣) disorders in the United States", *American Journal of Public Health*, vol. 100, No. 3 (2010), pp. 468-475; S. D. Cochran and others, "Mental health and substance use disorders in Latino and Asian American lesbian, gay and bisexual adults", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 75, No. 5 (2007), pp. 785-794; S. D. Cochran, V. M. Mays and J. G. Sullivan, "Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay and bisexual adults in the United States", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, No. 1 (2003), pp. 53-61; R. de Graaf, T. G. Sandfort and M. Have, "Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands", *Archives of Sexual Behavior*, vol. 35, No. 3 (2006), pp. 253-262; R. H. DuRant, D. P. Krowchuk and S. H. Sinal, "Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behaviour", *Journal of Pediatrics*, vol. 133, No. 1 (1998), pp. 113-118; A. H. Faulkner and K. Cranston, "Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students", *American Journal of Public Health*, vol. 88, No. 2 (1998), pp. 262-266; R. Garofalo and others, "The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents", *Pediatrics*, vol. 101, No. 5 (1998), pp. 895-902; R. Garofalo and others, "Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 153, No. 5 (1999), pp. 487-493; D. M. Fergusson, L. J. Horwood and A. L. Beautrais, "Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?", *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, No. 10 (1999), pp. 876-880; A. P. Haas and others, "Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations", *Journal of Homosexuality*, vol. 58, No. 1 (2011), pp. 10-51; M. King and others, "A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay, and bisexual people", *BMC Psychiatry*, vol. 8 (August 2008); R. M. Mathy, "Suicidality and sexual orientation in five continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South America", *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, vol. 7, Nos. 2-3 (2002), pp. 215-225; G. Remafedi, "Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men", *Journal of Adolescent Health*, vol. 31, No. 4 (2002), pp. 305-310; S. T. Russell and K. Joyner, "Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study", *American Journal of Public Health*, vol. 91, No. 8 (2001), pp. 1276-1281; J. P. Paul and others, "Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents", *American Journal of Public Health*, vol. 92, No. 8 (2002), pp. 1338-1345

٢٦٠ - وقد ذكرت المفوضة السامية لحقوق الإنسان في تقريرها إلى مجلس حقوق الإنسان (A/HRC/19/41)، أن نظم حقوق الإنسان في كل من البلدان الأمريكية والأفريقية أفادت بحدوث زيادات سريعة في العنف الموجه ضد الأقليات الجنسية، وأن مجلس أوروبا خلص إلى أنه يتم ارتكاب أعمال عنف بدوافع الكراهية ضد المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية، وذلك في جميع الدول الأعضاء في المجلس. ويشير التقرير إلى أن "الشباب [من المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية] والأشخاص من جميع الأعمار الذين ينظر إليهم على أنهم ينتهكون القواعد الاجتماعية معرضون لخطر العنف العائلي والمجتمعي". ويتفاهم التمييز بفعل استمرار أكثر من ٧٦ بلدا على مستوى العالم في تجريم العلاقات فيما بين الأشخاص من نفس الجنس القائمة على التراضي^(١٥٤)، وتؤكد بحوث جديدة على وجود علاقة بين القوانين المقيدة للحقوق المدنية للأشخاص ذوي الميول الجنسية والهويات الجنسية المختلفة، وصحتهم العقلية ورفاههم^(١٥٥). وينبغي أن تعرب الدول والمجتمع الدولي عن بالغ القلق إزاء أعمال العنف والتمييز وجرائم الكراهية المرتكبة ضد الأفراد على أساس ميلهم الجنسي وهويتهم الجنسية. وينبغي أن يدافع القادة الوطنيون عن حقوق جميع الأشخاص، دون تمييز من أي نوع.

٢٦١ - ولا يزال الكثير من الأفراد والجماعات يتعرضون بكثرة للسلوك التمييزي، بما في ذلك الوصم أو المعاملة الجائرة أو الإقصاء الاجتماعي، وذلك بسبب أبعاد تتصل بهويتهم أو ظروفهم. وقد يتفاهم التمييز بفعل القوانين التي تجرم سلوكهم؛ أو القوانين التي تلتزم الصمت إزاء حاجتهم إلى الحماية الاجتماعية. وقد يكون استمرار القوانين التمييزية، أو التطبيق الجحف والتمييزي للقانون، انعكاسا لوصم تمارسه قطاعات مؤثرة من المجتمع و/أو حالة لامبالاة عامة من قبل الجمهور و/أو ضعف النفوذ السياسي لمن يعانون من التمييز^(١٥٦).

٢٦٢ - وتسلط الدراسة الاستقصائية العالمية والاستعراضات والمحصّلات الإقليمية الضوء على الثغرات المستمرة في الوفاء بمبدأ حقوق الإنسان المتمثل في عدم التمييز الذي جرى

L. P. Itaborahy and J. Zhu, *State-sponsored Homophobia: A World Survey of Laws: Criminalisation, Protection and Recognition of Same-Sex Love*, 8th ed. (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, May 2013) يمكن الاطلاع عليها في http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2013.pdf.

M. L. Hatzenbuehler and others, "The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study", *American Journal of Public Health*, vol. 100, No. 3 (2010), pp. 452-459.

(١٥٦) تقرير المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان المعقود في إطار المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ هولندا في الفترة من ٧ إلى ١٠ تموز/يوليه ٢٠١٣ (يصدر قريبا).

التأكيد عليه في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وذلك في جميع الحالات التي يظل الأفراد أو الجماعات عرضة للضرر، على نحو يُلحق آثارا مباشرة بصحتهم، بما في ذلك خطر فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، وعرضة للعنف، بما في ذلك العنف الجنسي. وتتضمن محصلات الاستعراضات الإقليمية التزامات شتى لمعالجة هذه الثغرات، توجب على الدول حماية حقوق الإنسان لجميع الأفراد، بما في ذلك الحق في العمالة المدرة للدخل، وفي الإقامة، وإمكانية الحصول على الخدمات، والمساواة أمام القانون.

٢٦٣ - وينبغي للدول أن تضمن المساواة أمام القانون وعدم التمييز، من خلال اعتماد قوانين وسياسات لحماية جميع الأفراد، دون تمييز من أي نوع، وهم يمارسون حقوقهم الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والمدنية والسياسية. وينبغي للدول أيضا أن تقوم بسن قوانين لمنع أي نوع من جرائم الكراهية أو العنف والمعاقبة عليه، في حالة عدم وجود قوانين من هذه القبيل، وبنفاذها، واتخاذ خطوات فعالة لحماية جميع الأشخاص من التمييز والوصم والعنف، دون تفرقة من أي نوع.

٢٦٤ - ويتضمن القانون الدولي لحقوق الإنسان التزامات عالمية بوضع حد للتمييز ضد الأقليات العرقية والإثنية. (انظر الإطار ١١ بشأن عدم التمييز). إلا أن الأقليات العرقية والإثنية، أو في بعض الحالات مجموعات محددة تشكل أغلبيات، لا تزال تواجه في جميع أنحاء العالم تمييزا وتهميشا يؤثران سلبا على صحة أفرادها وحرياتهم وإمكانية حصولهم على التعليم وفرص العمل والأراضي والموارد الطبيعية^(١٥٧).

٢٦٥ - ويتطلب وضع خريطة عالمية للتنوع العرقي والإثني معالجة تحدٍ معقد يتمثل في تحديد وتصنيف ما يشكل مجموعة "إثنية أو عرقية" قائمة بذاتها، وهي فئات لا تكون طيّعة على الدوام لتعاريف متسقة. ويمكن تعريف الانتماء الإثني والانتماء العرقي من خلال تحديد الأشخاص لهويتهم بأنفسهم أو عن طريق فئات التعداد التي تحددها الدولة، أو قد يعكسان انتماءات ثقافية أو سياسية أو لغوية أو ظاهرية phenotypical أو دينية، وكثير منها ليس به تناظر يُذكر، إن وجد، مع التمايزات الوراثية، إذ يكون وجودها في معظم الأحيان كفئات اجتماعية.

٢٦٦ - وقد وثقت تقديرات التنوع الإثني على الصعيد العالمي، على سبيل المثال، ٨٢٢ مجموعة إثنية في ١٦٠ بلدا. وتستأثر منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، التي تضم

B. Walker, ed., *State of the World's Minorities and Indigenous Peoples 2012: Events of 2011 —Focus on* (١٥٧)
.Land Rights and Natural Resources (London, Minority Rights Group International, 2012)

حوالي ربع عدد بلدان العالم، بنسبة لافتة من المجموعات الإثنية المحددة ثقافيا في العالم قدرها ٤٣ في المائة، إذ توجد بها ٣٥١ مجموعة إثنية^(١٥٨).

٢٦٧ - ومع أن الأعمال البحثية والتتبعية للأقليات أو الأغليات المسلموبة النفوذ محدودة وتستند إلى تصنيفات غير معترف بها عالميا، فإن الأدلة المتوافرة تشير إلى تعرض نحو ١٨٣ مجموعة من مجموعات الأقليات لتمييز سياسي؛ منها ٤٥ مجموعة معرضة أكثر من غيرها لخطر هذا التمييز بسبب سياسات قمعية تستبعد أفرادها من المشاركة في الحياة السياسية^(١٥٩).

٢٦٨ - وفي كثير من الأحيان، يمكن أن يؤدي التمييز الموروث والمستمر إلى دورات من الفقر والحرمان المتعاقبين بين الأجيال. على سبيل المثال، فالسكان المنحدرون من أصل أفريقي في منطقة البحر الكاريبي وأمريكا اللاتينية يواجهون ظروفًا مستمرة من الفقر والإقصاء الاجتماعي، إلى جانب الاستغلال المستمر من خلال مشاريع التنمية الكبيرة الحجم التي تعرض للخطر وصولهم إلى الأراضي والموارد الطبيعية. وفي طائفة واسعة من البلدان، توضح بيانات الصحة العامة استمرار أوجه التفاوت في معدلات الاعتلال والوفيات بين مجموعات الأقليات العرقية والإثنية، مما يعكس الأثر الجماعي للعديد من أوجه التمييز المتداخلة في مجالات مثل فرص الحصول على الرعاية الصحية والتعليم والعمل بأجر والتغذية والسكن؛ والفوارق الاجتماعية والاقتصادية والتباين في الثروة؛ ومحدودية فرص التقدم طوال فترة الحياة^(١٦٠).

٢٦٩ - وينبغي للدول ضمان المشاركة الكاملة والمتساوية للأقليات العرقية والإثنية في الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية؛ وضمان المشاركة في خطط الإسكان بحرية وأمان؛ وقيادة حوار مفتوح حول المصالحة العامة المتفق عليها و/أو التعويض عن أخطاء الماضي؛ والعمل بنشاط على تعزيز علاقات الاحترام المتبادل التي تشكل العمود الفقري

(١٥٨) انظر J. D. Fearon, "Ethnic and cultural diversity by country", *Journal of Economic Growth*, vol. 8, No. 2 (١٩٨٨), pp. 195-222 (2003).

(١٥٩) المرجع نفسه.

(١٦٠) B. Walker, ed., *State of the World's Minorities and Indigenous Peoples 2012: Events of 2011*; D.R. Williams and C. Collins, "U.S. socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations", *Annual Review of Sociology*, vol. 21 (1995), pp. 349-386; WHO, *WHO's Contribution to the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance: Health and Freedom from Discrimination, Health and Human Rights Publication Series*, No. 2. يمكن الاطلاع عليه في www.who.int/hhr/activities/q_and_a/en/Health_and_Freedom_from_Discrimination_English_699KB.pdf

للحياة المدنية المتنوعة، على نحو يؤدي إلى أن يتوصل الرجال والنساء المتمون إلى مختلف الخلفيات، بعضهم مع بعض، إلى تحقيق إنسانيتهم.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ١١

عدم التمييز

الصكوك الملزمة: اعتمدت الدول البروتوكول الاختياري للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (٢٠٠٨؛ تاريخ بدء النفاذ ٢٠١٣) الذي جاء فيه أنها "تلاحظ أن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان يعلن أن جميع الناس يولدون أحراراً ومتساوين في الكرامة والحقوق وأن لكل إنسان حق التمتع بكافة الحقوق والحريات الواردة في الإعلان، دون أي تمييز من أي نوع، كالتمييز بسبب العنصر، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي أو غير السياسي، أو الأصل الوطني أو الاجتماعي، أو الثروة، أو المولد، أو أي وضع آخر". وأنشأ البروتوكول الاختياري آلية للشكاوى والتحقيق للأشخاص الذين يعتقدون أن حقوقهم الاقتصادية والاجتماعية والثقافية قد انتهكت، للنهوض بمبادئ حقوق الإنسان المتعلقة بعدم التمييز ولتوفير آلية للأفراد لتسجيل انتهاكات الحقوق.

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان: يلقي عدم التمييز تركيزاً خاصاً من مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان. وقد جرى تناول الحقوق المتصلة بعدم التمييز بالتفصيل في العديد من الصكوك، ويقوم مجلس حقوق الإنسان برصدها من خلال المقررين الخاصين والخبراء المستقلين والأفرقة العاملة واللجان والمنتديات التي تسعى إلى مكافحة التمييز وضمان تطبيق حقوق الإنسان على حالات و/أو مسائل معينة^(١٦١). وتشمل القرارات ذات الصلة قرار المجلس ١٩/١٧ بشأن حقوق الإنسان والميول الجنسية والهوية الجنسية (٢٠١١)، وهو قرار الأمم المتحدة الأول بشأن الميول الجنسية، الذي أعرب فيه المجلس عن القلق البالغ إزاء العنف والتمييز على أساس الميول الجنسية والهوية الجنسية. واتخذت لجنة حقوق الإنسان القرار ٨٥/٢٠٠٥ بشأن حماية حقوق الإنسان في سياق فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

(١٦١) لمزيد من المعلومات عن أنشطة الأمم المتحدة المتعلقة بحقوق الإنسان وعدم التمييز، انظر

www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/discrimination.aspx

المحصلات الأخرى لأعمال الهيئات الحكومية الدولية: كان إعلان وبرنامج عمل ديربان (٢٠٠١) الصادرين عن المؤتمر العالمي لمكافحة العنصرية والتمييز العنصري وكره الأجانب وما يتصل بذلك من تعصب، قد أقر وأكد أن "المكافحة العالمية للعنصرية والتمييز العنصري وكره الأجانب وما يتصل بذلك من تعصب، وجميع أشكال ذلك ومظاهره المقيتة والمتطورة، مسألة ذات أولوية بالنسبة للمجتمع الدولي" و "أن من حق كل إنسان التمتع بنظام اجتماعي ودولي يمكن أن تتحقق فيه تماما حقوق الإنسان للجميع دون أي تمييز".

٢٧٠ - وقد أصبحت تدفقات الهجرة أكثر وضوحا وأكثر تنوعا من أي وقت مضى، وباتت لها آثار اجتماعية واقتصادية عميقة في البلدان المهاجر إليها والبلدان المهاجر منها على حد سواء. ولكن المهاجرين يوصمون في كثير من الأحيان وما زال خطر تعرضهم للتمييز الاجتماعي مرتفعا. كما أن التصديق على اتفاقيات حقوق المهاجرين كان محدودا ومتفاوتا. ولكن البروتوكولات الدولية لمكافحة الاتجار بالبشر وتهريب الأشخاص، التي تركز أساسا على تجريم الاتجار وقمع الجريمة المنظمة وتيسير الهجرة المنظمة، حصلت على دعم واسع النطاق. وفي المقابل، فإن اتفاقيات منظمة العمل الدولية التي تسعى إلى تعزيز المعايير الدنيا للعمال المهاجرين حصلت على تأييد أضعف انتشارا. أما الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم (١٩٩٠؛ تاريخ بدء النفاذ ٢٠٠٣) فقد صدقت عليها ٤٧ دولة فقط حتى الآن، كما أن عدد الموقعين عليها منخفض بوجه خاص بين البلدان التي بها معدلات أعلى للهجرة إليها أو منها^(١٦٢). وينبغي للدول أن تكفل تمكن المهاجرين من التمتع بحقوق الإنسان الأساسية المتمثلة في الحرية، والأمن الشخصي، وحرية الاعتقاد، والحماية من العمل القسري والاتجار، وكامل الحقوق في مكان العمل، بما في ذلك المساواة في الأجر عن العمل المتساوي، وظروف العمل اللائقة، وكذلك إمكانية الوصول إلى الخدمات الأساسية على قدم المساواة، لا سيما المساواة في الحصول على التعليم، والصحة، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، ودعم إدماج الأطفال المهاجرين.

٢٧١ - ومع أن الآثار السلبية للهجرة تعد عموما ضئيلة، فإن المواقف العامة السلبية تجاه المهاجرين ربما تعكس، رغم ذلك، الخوف من المزاحمة في العمل أو تخفيض الأجور، وزيادة

(١٦٢) International Organization for Migration (IOM), *World Migration Report 2011: Communicating Effectively about Migration* (Geneva, 2011); *Human Development Report 2009: Overcoming Barriers - Human Mobility and Development* (United Nations publication, Sales No. E.09.III.B.1)

مخاطر الجريمة، والعبء الإضافي على الخدمات العامة المحلية^(١٦٣). وكما لوحظ من تحليل المسح العالمي للقيم، فإن المواقف تجاه المهاجرين والعمال الأجانب تتباين تباينا كبيرا بين المناطق وداحل كل منها (الشكل ١٧) مما يشير إلى مجموعة متنوعة من العوامل السياقية الهامة التي لا تشمل تدفقات الهجرة فقط، ولكن أيضا المناقشات السياسية والخطاب الإعلامي ومجمل البيئة الاقتصادية والثقافية. ففي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وُجد أن نسبة السكان الذين لديهم مواقف متعصبة تجاه المهاجرين والعمال الأجانب تقل عن ١٠ في المائة، وهي أدنى منها في أي منطقة أخرى. ويلاحظ وجود نسب منخفضة أيضا في معظم بلدان أوروبا الغربية؛ ولكن نطاقها واسع، إذ يتراوح بين ٢ في المائة في السويد و ٣٧ في المائة في فرنسا. وفي أوروبا الشرقية وُجد أن نسبة السكان الذين لديهم مواقف متعصبة تتراوح بين ١٤ في المائة في بولندا و ٣٢ في المائة في الاتحاد الروسي؛ في حين أنها في آسيا تتراوح بين ٢٠ في المائة في الصين و ٦٦ في المائة في الأردن^(١٦٤).

٢٧٢ - وكانت التغيرات في المواقف تجاه المهاجرين والعمال الأجانب على مدى فترة السنوات الخمس إلى العشر الماضية ليست على وتيرة واحدة في جميع المناطق. فمن بين ٢٤ بلدا تتوفر بيانات الاتجاهات فيها، لوحظت مواقف أكثر تسامحا مع مرور الوقت في ٨ بلدان، ومواقف أقل تسامحا في ٩ بلدان، أما البلدان السبعة المتبقية فلم تظهر بها أي تغيرات ذات دلالة إحصائية في غضون العقد الماضي^(١٦٤). وهناك حاجة إلى بذل المزيد من الجهود الفعالة، بما في ذلك من خلال تدريب الموظفين المكلفين بإنفاذ القوانين ذات الصلة، لمكافحة التمييز والحد من سوء فهم الهجرة في الخطاب العام والسياسي ومعالجة التوترات الاجتماعية ومنع العنف ضد المهاجرين.

٢٧٣ - وتشكل وصمة العار المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية عائقا يحول دون الوقاية والفحص والإفصاح والعلاج والرعاية^(١٦٥). وأظهر مؤشر وصم الأشخاص المصابين بفيروس

(١٦٣) Human Development Report 2009: Overcoming Barriers - Human Mobility and Development.

(١٦٤) البيانات مستمدة من المسوح العالمية للقيم (www.worldvaluessurvey.org) وقد جرى تزييلها وتحليلها في ٢٠ آب/أغسطس ٢٠١٣.

(١٦٥) Q. A. Karim and others, "The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa", *Global Public Health*, vol. 3, No. 4 (2008), pp. 351-365; H. Brou and others, "When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan", *PLoS Medicine*, vol. 4, No. 12 (2007); L. D. Bwirire and others, "Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in rural Malawi", *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 102, No. 12 (2008), pp. 1195-1200.

نقص المناعة البشرية أن الأشخاص المصابين بالفيروس في عدد من البلدان أفادوا بجرماتهم من الحصول على الخدمات الصحية وفرص العمل بسبب إصابتهم بهذا الفيروس^(١٦٦). وتتضح وصمة العار في أشكال كثيرة، بما في ذلك وصمة العار المادية والاجتماعية والمؤسسية، مما يساهم في عزلة الشخص عن أسرته وعن المجتمع؛ والتعرض للعنف؛ وانخفاض المشاركة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية؛ وتدني مستويات الصحة البدنية والعقلية^(١٦٧). واضطهاد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك من خلال القوانين التي تحرم عدم الإفصاح عن فيروس نقص المناعة البشرية و/أو والتعرض له و/أو نقله^(١٦٨)، يخلق مناخا من الخوف يقوض حقوق الإنسان والجهود المبذولة لتشجيع الناس على التماس الوقاية من الفيروس وفحص الإصابة به وعلاجه والمساندة الاجتماعية المتصلة به^(١٦٩). وينبغي للدول احترام وحماية وتعزيز حقوق الإنسان لجميع الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، وسن قوانين للحماية تيسر الحصول على الخدمات الصحية والاجتماعية لضمان تمكن جميع الأشخاص المصابين بالفيروس والمعرضين لخطره من أن يعيشوا في مأمن من الوصم والتمييز.

٢٧٤ - ووفقا لأحدث البيانات المتاحة من المسوح العالمية للقيم والتي تغطي ٤٨ بلدا، كانت نسبة السكان الذين عبروا عن مواقف متعصبة ضد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز أعلى من نسبة الذين عبروا عن مواقف متعصبة ضد المهاجرين أو العمال الأجانب، أو ضد الأشخاص المنتمين إلى عرق مختلف (انظر الشكل ١٦). واتضحت مواقف أكثر تسامحا في البلدان المرتفعة الدخل وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وفي بلدان مختارة من أفريقيا وآسيا. وفي أكثر من ربع البلدان، ويقع معظمها في آسيا وأوروبا الشرقية، أعرب أكثر من ٥٠ في المائة من المجيبين عن مواقف متعصبة.

(١٦٦) تم تحليل الدراسات الاستقصائية باستخدام مؤشر وصم الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية www.stigmindex.org المبين في UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013* (Geneva, 2013).

J. Ogden J and L. Nyblade, *Common at Its Core: HIV-Related Stigma across Contexts* (Washington, D.C., International Center for Research on Women, 2005); UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013*.

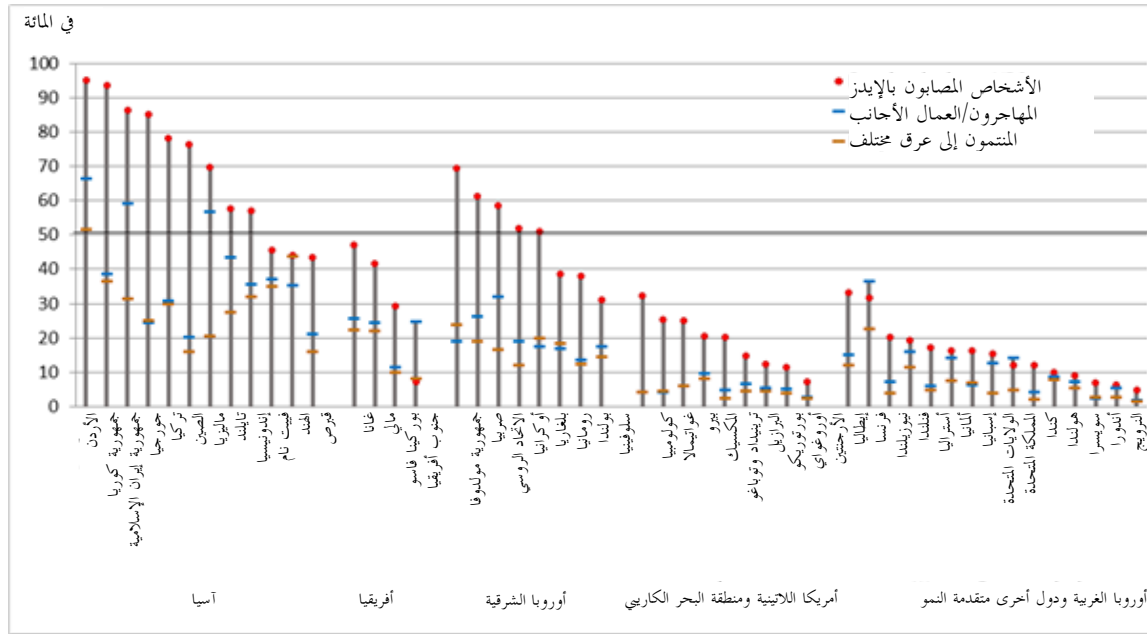
UNAIDS, "Criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and current landscape"، ورقة معلومات أساسية منقحة معدة لاجتماع الخبراء المعني بعلم وقانون تجريم عدم الإفصاح عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والتعرض له ونقله، المعقود في جنيف في الفترة من ٣١ آب/أغسطس إلى ٢ أيلول/سبتمبر ٢٠٠١.

(١٦٩) UNAIDS and UNDP, "Criminalization of HIV transmission"، UNAIDS Policy Brief (Geneva, August 2008).

كما سجلت بلدان عدة من هذه البلدان نسبة عالية في التعصب تجاه الفئات السكانية الأخرى، مما يوحي بأن المواقف المتعصبة تميل إلى التكتل ضد أنواع متعددة من "الاختلافات" (١٦٤).

الشكل ١٦

التعصب العام تجاه فئات سكانية مختارة، حسب المنطقة، ٢٠٠٩-٢٠٠٤



المصدر: المسوح العالمية للقيم (بيانات جرى تزييلها وتحليلها في ٢٠ آب/أغسطس ٢٠١٣).

ملاحظة: يقاس التعصب في المسوح العالمية للقيم بوصفه نسبة المييين الذين ذكروا مجموعات سكانية معينة، عندما سئلوا السؤال التالي: "في هذه القائمة مجموعات مختلفة من الناس. هل يمكنك من فضلك أن تذكر أيًا منهم لا ترغب في أن يكونوا جيرانًا لك؟". وشملت القائمة ما يلي: أصحاب السوابق؛ والأشخاص المنتمين إلى عرق مختلف، والسكريين، والأشخاص غير المستقرين عاطفياً، والمهاجرين/العمال الأجانب، والأشخاص المصابين بمرض الإيدز، ومدمني المخدرات، والمثليين. واستخدمت هذه القائمة نفسها بالنسبة لمعظم البلدان التي شملها المسح العالمي للقيم، ولكن بلدانا مختارة أضافت إلى القائمة مجموعات سكانية خاصة بسياقات بلدانهم.

٢٧٥ - وعلى مدى العقدين الماضيين كان المشتغلون بالجنس^(١٧٠) محورا للعديد من مبادرات الصحة العامة المعنية بانتشار فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، ولكن نادرا ما كان يتم الاعتراف بحقوقهم في الصحة، ولا حقوقهم في الحماية الاجتماعية سواء من الفقر أو العنف^(١٧١). وحيث أن ١١٦ بلدا تحرم بعض جوانب الاشتغال بالجنس^(١٧٢)، يواجه المشتغلون بالجنس وصمة عار عميقة الجذور، وكذلك تمييزا مؤسسيا من خلال البيئات القانونية والسياساتية التي تعزز وتفاقم أوجه ضعفهم. ويعيش المشتغلون بالجنس في ظروف تتسم في أغلب الأحيان بفقر هيكلية مدقع وهم عرضة بشكل كبير لعنفٍ كثيرا ما يكون وحشيا، بما في ذلك العنف الجنسي، دون سبل انتصاف أو حماية^(١٧٣). ويرتبط العنف بنقاط ضعف صحية أخرى، إذ أن المشتغلات بالجنس أكثر عرضة بمقدار ١٣,٥ مرة للعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة على الصعيد العالمي^(١٧٤). ويحد تجريم الاشتغال بالجنس من صوqم السياسي وتمثيلهم الجماعي^(١٧٤)، مما يقلل فرصهم في تحسين معيشتهم وظروف عملهم، وفي الحصول على الأمان المالي، وحماية صحتهم بشكل ملائم، وتوسيع نطاق الفرص المتاحة لهم ولأسرهم^(١٧٥). وينبغي للدول إزالة تجريم اشتغال البالغين بالجنس الطوعي، من أجل الاعتراف بحق المشتغلين بالجنس في العمل دون إكراه أو عنف أو تعرض للاعتقال؛ وتوفير حماية اجتماعية وفرص عمل بديلة مجدية وفرص للتمكين الاقتصادي، لكي يتمكن الأفراد الذين يرغبون في ترك الاشتغال بالجنس من القيام بذلك؛ وإشراك المشتغلين بالجنس في تصميم وتنفيذ السياسات والبرامج المقرر أن يكونوا هم المستفيدين بها.

(١٧٠) يشمل المشتغلون بالجنس "الراشدين والشباب الإناث والذكور ومغايري الهوية الجنسانية [الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٢٤ سنة] الذين يحصلون على أموال أو سلع مقابل خدمات جنسية" (انظر UNAIDS, "Sex work and HIV/AIDS", UNAIDS Technical Update (Geneva, June 2002)).

D. Kerrigan and others, *The Global HIV Epidemics among Sex Workers* (Washington, D. C., World Bank, 2013).

Global Commission on HIV and the Law, *HIV and the Law: Risks, Rights and Health* (New York, United Nations Development Programme, 2012).

WHO, "Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections – violence against sex workers and HIV prevention", Information Bulletin Series, No. 3 (2005); UNAIDS, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work* (Geneva, 2012).

.Open Society Foundations, "10 reasons to decriminalize sex work: a reference brief" (New York 2012) (١٧٤).
UNAIDS, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work* (١٧٥).

حاء - التكلفة الاجتماعية للتمييز

٢٧٦ - شهدت السنوات العشر الماضية قفزات هائلة في مجال الفهم العلمي لكيفية تأثير التمييز ووصمة العار على كل من الصحة البدنية والعقلية، وعلى الأداء البشري. وتؤكد هذه البحوث الدرجة والكيفية اللتين تؤدي بهما بيئة يسودها التمييز إلى الحد من رفاه وإنتاجية الأشخاص والأمم^(١٧٦).

٢٧٧ - وهناك مجموعة متزايدة من البحوث من مختلف أنحاء العالم تؤكد أن الصحة البدنية والصحة العقلية والإنتاجية لا تقوضها المضايقات الجسدية أو التسلط أو العنف فحسب؛ بل إن هناك آثاراً مماثلة تنجم عن القوالب النمطية السلبية السائدة والتعرض لوصمة العار والخوف من التمييز^(١٧٧). وينبغي أن يهتم القادة السياسيون بالتكاليف التي يتحملها المجتمع جراء النضال المستمر الذي تخوضه نسب كبيرة من المواطنين من أجل الكرامة والحقوق الأساسية، نظراً لما يتكبده من خسائر في مجالات الصحة والرفاه والإنتاجية، واحتمال ازدياد عدم الاستقرار الاجتماعي إذا لم تعالج المعاناة البشرية. ويقدر التفكير الجديد حول "تكاليف التقاعس" العواقب الكبيرة، الذي غالباً ما تكون خفية، المترتبة على عدم اتخاذ الإجراءات المناسبة لمعالجة أوجه الظلم وعدم المساواة، ويشدد على ما يخلفه هذا التقاعس في المجتمعات من خسائر كبيرة، على النحو المبين أدناه^(١٧٨).

N. Krieger, "Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination", *International Journal of Health Services*, vol. 29, No. 2 (1999), pp. 295-352; E. A. Pascoe and L. Smart Richman, "Perceived discrimination and health: a meta-analytic review", *Psychological Bulletin*, vol. 135, No. 4 (2009), pp. 531-554; D.R. Williams, H. W. Neighbors and J. S. Jackson, "Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies", *American Journal of Public Health*, vol. 93, No.2 (2003), pp. 200-208; D. R. Williams and S. A. Mohammed, "Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research", *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 32, No. 1 (2009), pp. 20-47

Williams and Jackson, "Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies"; (١٧٧) S. J. Spencer, C. M. Steele and D. M. Quinn, "Stereotype threat and women's math performance", *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 35, No. 1 (1999), pp. 4-28; J. I. Smith and P. H. White, "An examination of implicitly activated, explicitly activated, and nullified stereotypes on mathematical performance: it's not just a women's issue", *Sex Roles*, vol. 47, Nos. 3-4 (2002), pp. 179-191

(١٧٨) طبق مفهوم تكلفة التقاعس، أو العواقب السلبية التي تلحق بالأسر والمجتمعات المحلية والمجتمع عموماً من جراء عدم اتخاذ إجراءات مناسبة للتصدي لأوجه الظلم وعدم المساواة، على تغير المناخ والقضايا البيئية ورفاه الأطفال. وطبق المفهوم على رفاه الأطفال عن طريق المبادرة المتعلقة بتكلفة التقاعس التي تم إطلاقها في مركز فرانسوا - خافيير باغنو للصحة وحقوق الإنسان في جامعة هارفارد في عام ٢٠٠٨ (انظر S. Anand and others, *The Cost of Inaction: Case Studies from Rwanda and Angola* (Boston, Harvard University Press, 2012) وقد استكشف صندوق الأمم المتحدة لسكان تكلفة التقاعس بشكلها المطبق على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وعدم المساواة بين الجنسين في اجتماع لفريق خبراء حول تكلفة التقاعس في مجال الحقوق الإنجابية: الربط بين التنمية المستدامة وحقوق الإنسان والصحة الجنسية والإنجابية، عقد في نيويورك في ٧ و ٨ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٣.

٢٧٨ - وفي مجال صحة المرأة، يعترف على نحو متزايد بأن الصحة عقب الولادة تتأثر بالضغوط النفسية الناجمة عن التمييز ضد الأم^(١٧٩). وأجري مؤخرا استقصاء توضيحي لبعض الأمهات في كاليفورنيا قورنت فيه نتائج الولادة قبل الهجمات الإرهابية في ١١ أيلول/سبتمبر ٢٠٠١ وبعدها. وكانت الأمهات ذوات الأسماء التي تبدو أنها عربية أكثر تعرضا بكثير لخطر الوضع قبل الأوان وانخفاض وزن المواليد خلال فترة ستة أشهر عقب الهجمات، مقارنة بنفس الفترة من العام السابق، فيما كان احتمال ضعف الصحة عند الولادة هو الأكبر لدى الأمهات ذوات الأسماء المميزة عرقيا. ولم يلاحظ أي تغيير مماثل في الصحة عند الولادة قبل ١١ أيلول/سبتمبر وبعده لدى الأمهات اللواتي لا تبدو أسماؤهن عربية، مما يوفر دليلا قويا على أن الضغوط النفسية الناجمة عن المشاعر المعادية للعرب في فترة ما بعد ١١ أيلول/سبتمبر قد أضرت بالنتائج المنتظرة للولادة لدى الأمهات ذوات الأسماء العربية^(١٨٠).

٢٧٩ - والأدلة على أثر التمييز في الأداء والإنتاجية لا تقل قوة. فعندما طلب من أولاد في مدارس إعدادية في الهند فك لغز المتاهة، لم يكن هناك فرق في الأداء بين الأولاد المنتمين إلى جميع الطوائف؛ لكن عندما تم إعلان اسم العائلة والطائفة قبل الجولة الثانية من التجارب، حدث فرق كبير وهام في الأداء حسب الطائفة، حيث انخفض أداء الأولاد المنتمين إلى الطوائف الدنيا. وكان للإعلان عن الطائفة أمام الأولاد الآخرين أثر موهن على أداء أولاد الطوائف الدنيا^(١٨١).

C. G. Colen and others, . “Maternal upward socioeconomic mobility and black-white disparities in (١٧٩) infant birthweight”, *American Journal of Public Health*, vol. 96, No. 11 (2006), pp. 2032-2039; J. W. Collins Jr. and others, “Very low birthweight in African American infants: the role of maternal exposure to interpersonal racial discrimination”, *American Journal of Public Health*, vol. 94, No. 12 (2004), pp. 2132-2138; S. Mustillo and others, “Self-reported experiences of racial discrimination and black-white differences in preterm and low-birthweight deliveries: the CARDIA study”, *American Journal of Public Health*, vol. 94, No. 12 (2004), pp. 2125-2131

D. S. Lauderdale, “Birth outcomes for Arabic-named women in California before and after September 11”, (١٨٠) *Demography*, vol. 43, No. 1 (2006), pp. 185-201

K. Hoff. and P. Pandey, “Belief systems and durable inequalities: an experimental investigation of Indian (١٨١) caste”, *World Bank Policy Research Working Paper No. 3351* (Washington, D.C., June 2004; K. Hoff and P. Pandey, “Making up people: the effect of identity on preferences and performance in a modernizing society”, *World Bank Policy Research Working Paper No. 6223* (Washington, D.C., .October 2012)

٢٨٠ - والنضال اليومي من أجل الكرامة وضد التمييز تجربة يعيشها ملايين من الناس في جميع أنحاء العالم. والدعم الحكومي في هذا النضال يتجلى بوضوح فيما تبليغ عنه الحكومات من سياسات وميزانيات وبرامج لحماية فئات معينة من السكان من سوء المعاملة والإهمال والعنف، وكذلك في القوانين التي تكفل احترام وحماية وضمن حقوق الإنسان لهؤلاء السكان. وتشير الأدلة المستقاة من الدراسة الاستقصائية العالمية إلى وجود عالم تعترف فيه معظم البلدان بمواطنيها وتحميهم، ولكن ذلك لا يشمل جميع البلدان ولا كل المجموعات السكانية.

٢٨١ - وتفيد الأغلبية الساحقة من البلدان (٨٧ في المائة) بأنها عاجلت مسألة "منع الاعتداء على الأطفال وإهمالهم [وقدمت] المساعدة لـ [الأطفال] المتضررين من سوء المعاملة أو الإهمال أو التخلي عنهم، بما في ذلك الأيتام" خلال السنوات الخمس الماضية. ولم تحظ حماية الأطفال أثناء حضورهم المدرسة بقدر مماثل من الدعم، حيث أفادت ٥٩ في المائة من البلدان بأنها قد عاجلت مسألة "تحسين سلامة التلاميذ، لا سيما الفتيات، في المدرسة وفي طريقهم إليها". وعاجلت هذه المسألة نسبة أكبر في آسيا (٦٦ في المائة) وأفريقيا (٦٣ في المائة) من النسبة التي عاجلتها في أوقيانوسيا (٥٥ في المائة) والأمريكتين (٥٤ في المائة) وأوروبا (٤٨ في المائة). وبالمثل، تناولت ثلثا البلدان تقريبا تدابير لمعالجة مسألة "التصدي للعنف الجنساني والتسلط في المدارس" وقامت بإدراجها في ميزانياتها وتنفيذها (٦٣ في المائة)؛ ولكن البلدان التي فعلت ذلك تشكل نسبة أكبر في الأمريكتين (٨٣ في المائة) منها في أفريقيا (٦٢ في المائة) وأوروبا (٦١ في المائة) وآسيا (٥٣ في المائة) وأوقيانوسيا (٥٠ في المائة).

٢٨٢ - وفيما يتعلق بالمعالجة الصريحة لمسألة التمييز الذي يتعرض له الأشخاص الآخرون غير الأطفال، فإن نسبة البلدان التي وضعت سياسات وميزانيات وتدابير تنفيذية غير مشجعة (حوالي ٦٠ في المائة أو أقل)، حسب الفئات السكانية التي تناولتها. فعلى سبيل المثال، تناولت ٥٧ في المائة من البلدان مسألة "منع التمييز ضد كبار السن، وخاصة الأرامل"، وتناولت ٦٠ في المائة مسألة "ضمن حماية قانونية متساوية وفعالة للأشخاص ذوي الإعاقة من التمييز لأي سبب من الأسباب".

٢٨٣ - وتناولت نفس النسبة من البلدان (٦٠ في المائة) مسألة "حماية المهاجرين من انتهاكات حقوق الإنسان والعنصرية والتعصب الإثني وكرهية الأجانب" وأدرجتها في ميزانياتها ونفذتها. وعلى الصعيد الإقليمي، تناولت هذه المسألة نسبة أكبر من البلدان في آسيا (٧١ في المائة) والأمريكتين (٧٠ في المائة) منها في أوروبا (٥٩ في المائة) وأفريقيا (٥٦ في المائة) وأوقيانوسيا (٢٠ في المائة). وفيما يتعلق بالقيود القانونية والعملية المفروضة على تنقل

الأشخاص داخل البلدان، التي تشمل أموراً منها ضرورة الحصول على تصريح عمل، أو إثبات الهوية، أو دليل العمل أو عنوان رسمي في مكان المقصد، وضرورة حصول المرأة على إذن زوجها أو وصيها/وليها القانوني، والقيود المفروضة بناء على الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، فلم تفد سوى أربعة بلدان بفرض قيود قانونية (اثنان في آسيا واثنان في أفريقيا)، وأفادت أربعة بلدان أخرى بوجود قيود عملية (اثنان في آسيا واثنان في أفريقيا)، وأبلغت تسعة بلدان عن قيود قانونية وعملية على حد سواء (ثلاثة في أفريقيا، وثلاثة في آسيا، واثنان في الأمريكتين، وبلد واحد في أوقيانوسيا).

٢٨٤ - وللأسف، لم تعالج إلا ٤٠ في المائة من البلدان مسألة "تسهيل إتمام الدراسة للفتيات الحوامل" خلال السنوات الخمس الماضية، وهو شكل من التمييز يكلف المجتمع ثمناً باهظاً نظراً لسن الشابات المعنيات، وأهمية تعليمهن ليس بالنسبة لمستقبلهن على الأجل الطويل، بل بالنسبة لرفاه أطفالهن أيضاً. وتنخفض هذه النسبة إلى ٢٩ في المائة لدى البلدان في أوروبا و ٢١ في المائة في آسيا، في حين ترتفع إلى ٦٧ في المائة في الأمريكتين. ولعل ذلك يرتبط بأن أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تشهد ثاني أكبر معدل لحمل المراهقات في العالم.

الشكل ١٧

النسبة المئوية للحكومات التي تتصدى للتمييز ضد المهاجرين والمعوقين وكبار السن والفتيات الحوامل



المصدر: الدراسة الاستقصائية العالمية بشأن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤.

ملاحظة: لا تعكس الالتزامات التي أبلغت عنها الحكومات في الدراسة الاستقصائية العالمية بالضرورة مدى التقيد بالقوانين ذات الصلة أو إنفاذها.

٢٨٥ - ويلزم اتخاذ تدابير شاملة لضمان عدم التمييز، والمساواة، وتحقيق الإمكانات البشرية لجميع فئات السكان. وينبغي للدول أن تتصدى للأشكال المتعددة والمتداخلة لعدم المساواة وسلب القدرات والتمييز، من خلال الالتزام بالمساواة وعدم التمييز لجميع الأشخاص، دون تمييز من أي نوع، في ممارسة حقوقهم الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والمدنية والسياسية، بما في ذلك الحق في العمل بأجر والإقامة والحصول على الخدمات، فضلا عن ضرورة إصدار وإنفاذ قوانين تتخذ خطوات فعالة لحماية الناس من التمييز والوصم والعنف.

٢٨٦ - وينبغي للدول أن تقوم بتكليف الأطر القانونية اللازمة وصياغة السياسات، بمشاركة كاملة من الأشخاص الذين يتعرضون للتمييز، بمن فيهم النساء والمراهقون وكبار السن والأشخاص ذوو الإعاقة والسكان الأصليون والأقليات الإثنية والعرقية والمهاجرون والأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية والأشخاص ذوو الميول الجنسية والهويات الجنسية المختلفة، والمشتغلون بالجنس، وبمشاركة المجتمع المدني في جميع مراحل عملية تصميم تلك السياسات وتنفيذها وتقييمها.

طاء - الكرامة وحقوق الإنسان: المجالات الرئيسية للعمل في المستقبل

١ - على الرغم من المكاسب الكبيرة التي تحققت في مجالي الحد من الفقر وتحقيق النمو الاقتصادي منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ما برحت أوجه عدم المساواة الاقتصادية تتزايد، وهي تهدد إمكانية إحراز مزيد من التقدم نحو التنمية المستدامة. وتتطلب معالجة هذه القضايا بذل المزيد من الجهود للقضاء على الفقر والتشجيع على توافر فرص عادلة لكسب العيش.

٢٨٧ - تم الحد من الفقر بشكل كبير خلال العقدين الماضيين، ولكن لا يزال ١,٢ بليون شخص يعيشون في فقر مدقع، ويفتقرون إلى تلبية الاحتياجات الأساسية والعمل المجدي والحصول على الحماية الاجتماعية أو الخدمات العامة في مجال الصحة أو التعليم. ولا يمكن تحمل الحالة الراهنة للتفاوت في الثروة، الذي يتجلى في أن ٧٠ في المائة تقريبا من البالغين لا يمتلكون سوى ٣ في المائة من ثروة العالم، لأنها حالة تهدد النمو الاقتصادي في المستقبل وتماسك المجتمعات وأمنها وقدرة الناس على التكيف والابتكار في مواجهة الظروف البيئية المتغيرة. والرسالة الرئيسية للمؤتمر الدولي، وهي أن أعمال الحقوق والقدرات الفردية هو أساس التنمية المستدامة، هي رسالة أكثر أهمية اليوم، حيث توجد أدلة وافرة على أن الاستثمار في المساواة الفعلية لجميع الأشخاص يفضي إلى التنمية الطويلة الأجل ورفاه السكان.

٢ - لم يتحقق بعد تمكين النساء والفتيات والمساواة بين الجنسين، مما يتطلب اتخاذ المزيد من الإجراءات لكفالة اضطلاع المرأة بدور قيادي في ميادين العمل العام والمساواة أمام القانون وفي الممارسة العملية والقضاء على جميع أشكال العنف وتمكين المرأة في ممارسة حقوقها الجنسية وحقوقها الصحية الإنجابية.

٢٨٨ - والتمييز ضد المرأة واضح بجلاء في كل المجتمعات، ولا تزال المرأة أقل امتلاكاً من الرجل لفرص تحديد اتجاهات حياتها وممارسة ما لها من حقوق الإنسان وتوسيع قدراتها وتحديد ما تختار أن تسهم به في المجتمع. وعلى الرغم من التقدم في التشريعات، لا تزال الممارسات الضارة، مثل زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج القسري وتشويه/بتر الأعضاء التناسلية للأثني، سائدة في كثير من البلدان. ورغم المكاسب المحققة في التعليم الابتدائي للجميع المتاح لكلا الجنسين، تستبعد المراهقات بشكل جائر من التعليم الإعدادي والثانوي. وفي سوق العمل، ما زالت النساء يتقاضين أجوراً أقل من أجور الرجال مقابل نفس العمل، ويزيد عددهن إلى حد كبير على عدد الرجال في العمالة الهشة وغير الرسمية التي تكون فيها الوظائف مضمونة بشكل أقل وذات مزايا أقل. وتحمل النساء والفتيات نصيباً جائراً من العمل المتزلي غير مدفوع الأجر. كما أن النساء ما زلن أقل عدداً من الرجال بكثير في مناصب السلطة واتخاذ القرار في الحياة السياسية والأعمال التجارية والحياة العامة.

٢٨٩ - ولا يزال العنف ضد النساء والفتيات واحداً من أكثر أشكال انتهاكات حقوق الإنسان انتشاراً في جميع أنحاء العالم، حيث يولد حالة قصوى من انعدام الأمن تؤدي إلى عواقب فادحة تستمر مدى الحياة. وقد حققت وكالات الأمم المتحدة والباحثون نجاحات حاسمة في قياس العنف خلال العقد الماضي، حيث كشفوا النقاب عن الدرجة المذهلة التي يحدث بها العنف الجنسي والمتزلي، الذي يبدأ مبكراً ويؤثر على واحدة من كل ثلاث نساء. وتستحق هذه الجهود كل الدعم الممكن داخل البلدان وفيما بينها، لتعزيز الرصد الاعتيادي؛ وتوسيع نطاق البحوث في القضايا الهامة التي لم تعالج مثل عدد الأشخاص الذين يعيشون في ظروف من الخوف المستمر؛ والعنف داخل المدارس والسجون والجيش؛ وأسباب العنف؛ وفعالية التدخلات وفعالية قوانين ونظم حماية الضحايا و/أو الناجين ورد العافية إليهم.

٣ - هناك حاجة إلى استثمارات كبيرة في قدرات الأطفال والمراهقين والشباب، مع ضمان حصول كل طفل وشاب، بغض النظر عن الظروف، على تعليم جيد في مراحل ما قبل الابتدائية والابتدائية والإعدادية والثانوية وعلى تثقيف جنسي شامل يتم تحديده على نحو كلي ويتمشى مع تطور قدراتهم، وضمان انتقاهم بطريقة سريعة ومأمونة ومنتجة من المدرسة إلى الحياة العملية وإلى مرحلة البلوغ.

٢٩٠ - المراهقون والشباب هم محور خطة التنمية للعقددين القادمين في البلدان النامية، لأن نسبة السكان الذين يدخلون السنوات الإنتاجية والإنجابية مرتفعة بشكل لم يسبق له مثيل إذ تزيد على ربع مجموع السكان. وبإمكان هؤلاء، إذا ما أتيح لهم التعليم الجيد وفرص رسم مستقبلهم وتأمين صحتهم وحقوقهم الجنسية والإنجابية وتأخير تكوين أسرهم، تحريك عجلة النمو الاقتصادي بسرعة وتحفيز الابتكارات اللازمة لتحقيق مستقبل مستدام. ويستحق صون حقوق الشباب واستثمار رأسمالهم البشري في التنمية اهتماما عاجلا، بما في ذلك الحصول على التعليم والتدريب الجيدين المرتبطين بقطاعات الاقتصاد الآخذة في التوسع؛ والمعلومات المتصلة بالصحة الجنسية والصحة الإنجابية، والتعليم والخدمات؛ والمشاركة في تصميم وتقييم البرامج التي يشكّلون هم المستفيدين منها.

٤ - يلزم بذل جهود فعالة للقضاء على التمييز والتهميش، وتعزيز ثقافة الاحترام للجميع.

٢٩١ - لا يزال العديد من الأفراد والجماعات يتعرضون للتمييز بسبب أبعاد هويتهم أو ظروفهم. والتكلفة الاجتماعية للتمييز باهظة، حيث تزايد الأدلة على أن الوصم والتمييز يؤثران سلبا على كل جانب من جوانب حياة الأشخاص المتأثرين بهما، بما في ذلك الصحة العقلية والجسدية، والإنجاب، والإنتاجية. وتشكل بحوث الرأي العام أداة قوية للدعوة، إذ إنها تحدد المجالات التي قد يكون فيها الوصم والتمييز أرسخ، وبالتالي قد يكون فيها الأفراد أكثر تعرضا لهما. وفيما يتعلق بالتمييز العنصري ضد المرأة والتعصب تجاه الأقليات العرقية والإثنية والمهاجرين والعمال الأجانب، وإزاء المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، يبرز التقرير الحالي اختلافات بين البلدان في مجال الوصم، والمجالات التي تتحسن فيها الاتجاهات. وقد أكد فريق عمل منظومة الأمم المتحدة المعني بخطة التنمية للأمم المتحدة لما بعد عام ٢٠١٥ على أهمية بيانات الرأي العام بشأن المواقف؛ ويُستحسن الرصد المنتظم، ضمن الإحصاءات الوطنية، للقيم العامة فيما يتعلق بالتحيز لأحد الجنسين والتحيز ضد المسنين والعنصرية وغير ذلك من أشكال التمييز. وحماية حقوق الإنسان لجميع الأفراد أمر بالغ الأهمية، وتتطلب بيئة مواتية حيث يمكن للناس ممارسة الاستقلال الذاتي وحرية الاختيار، مع

تمكين جميع الأفراد، لا سيما النساء والمراهقين والأشخاص المنتمين إلى الفئات المهمشة الأخرى، من المطالبة بما لهم من حقوق الإنسان.

ثالثا - الصحة

”تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلا في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقا دوليا في الآراء. وتستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحقوق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضا بالحقوق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية. كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان“.

(برنامج العمل، الفقرة ٧-٣)

”تمثل الأهداف [في مجال الرعاية الصحية الأولية وقطاع الرعاية الصحية] فيما يلي: (أ) زيادة إمكانية الوصول إلى خدمات ومرافق الرعاية الصحية، وتوافرها، ومقبوليتها، ورخص تكلفتها بالنسبة لجميع الأشخاص وفقا للالتزامات الوطنية بتوفير إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الأساسية للجميع؛ (ب) زيادة فترة الحياة الصحية وتحسين نوعية الحياة لجميع الأشخاص، وتقليل التفاوتات في متوسط العمر المتوقع بين البلدان وفي داخل البلدان ذاتها“.

(برنامج العمل، الفقرة ٨-٣)

”يجب أن يكون أداء العناصر الأساسية لبرنامج العمل وثيق الارتباط بهدف زيادة تعزيز النظم الصحية بوجه عام“.

الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (قرار الجمعية العامة د إ-٢١/٢، المرفق، الفقرة ٨٥)

٢٩٢ - إن التغييرات التي حدثت في صحة السكان على الصعيد العالمي خلال العقدين الماضيين تلفت النظر من وجهين: أحدها حدوث تحول إجمالي مثير في مكونات العبء الصحي العالمي نحو الأمراض غير المعدية والإصابات، بما فيها تلك الناجمة عن تقدم سكان العالم في السن واستمرار الاضطرابات المعدية والمرتبطة بالأمومة والتغذية واضطرابات حديثي

الولادة (أي أمراض الفقر) في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا. وأدت الجهود الرامية إلى تحسين نوعية الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وتيسير الحصول عليها منذ عام ١٩٩٤ إلى تحسينات هامة في العديد من مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية، تصاحبها أدلة على التزامات أقوى من جانب الحكومات فيما يتعلق بالسياسة العامة والميزنة والبرامج بالنسبة للعديد من أشد الأهداف إلحاحا في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. إلا أن التحسينات الإجمالية تخفي تفاوتات كبيرة بين البلدان ودخلها على حد سواء، حيث يبدي عدد كبير جدا من البلدان تقدما لدى الخمس الأعلى امتلاكاً للثروة بين الأسر المعيشية، في حين أن التقدم ثابت أو هامشي لدى الأسر المعيشية الفقيرة. واستمرار ضعف النتائج المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية لدى الفقراء، لا سيما في أفريقيا وجنوب آسيا، يؤكد أنه يكاد يستحيل إحراز مزيد من التقدم في تحقيق الصحة لجميع الأشخاص دون الاهتمام المتواصل بتعزيز نطاق تغطية النظم الصحية وشموليتها وجودتها. وعدد العاملين الصحيين المهرة وتوزيعهم ووجود قطاع معرفي حيوي ونظم للمساءلة العامة، هي من الشروط الأساسية لنظام صحي قائم على الحقوق، ولها أهمية محورية في تحقيق مكاسب مستدامة في المستقبل في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. ويشيد هذا الفرع من التقرير بالتقدم المحرز في العديد من مجالات الصحة الجنسية والإنجابية منذ انعقاد مؤتمر السكان والتنمية، ولكنه يؤكد استمرار هشاشة النظم الصحية للفقراء، وعدم إعمال الحق في الصحة الجنسية والإنجابية.

ألف - نهج قائم على حقوق الإنسان في مجال الصحة

٢٩٣ - عرّفت العديد من وكالات الأمم المتحدة ووكالات التنمية الثنائية النهج القائم على حقوق الإنسان في مجال الصحة بأنه ذلك الذي يستهدف إعمال الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه على أساس "إطار مفاهيمي... يقوم معياريا على القواعد الدولية لحقوق الإنسان ويوجّه عمليا نحو تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها"^(١٨٢).

٢٩٤ - واقترحت منظمة الصحة العالمية أن يستند النهج القائم على حقوق الإنسان في مجال الصحة إلى سبعة مبادئ أساسية هي: توافر مرافق وخدمات الرعاية الصحية، وسهولة الوصول إليها، ومقبوليتها، وجودتها، والمشاركة، والمساواة، وعدم التمييز، والمساءلة^(١٨٣).

Concept of a human rights-based approach adopted by the United Nations Population Fund (see (١٨٢) UNFPA, *A Human-Rights Based Approach to Programming: Practical Implementation Manual and Training Materials* (2010).

F. Bustreo and others, *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (Geneva, (١٨٣) World Health Organization, 2013), p. 13

كذلك، سلم مجلس حقوق الإنسان في قراره ٢/١٨ بشأن وفيات وأمراض الأمومة التي يمكن الوقاية منها بأن "نهجاً قائماً على أساس حقوق الإنسان للتخلص من وفيات وأمراض الأمومة التي يمكن الوقاية منها، هو نهج يستند إلى مجموعة من المبادئ، من بينها المساواة والمشاركة والشفافية والتمكين والاستدامة وعدم التمييز والتعاون الدولي". وبما أن هذه المبادئ تم تأكيدها ضمن برنامج العمل، فقد أتاح الاستعراض العملي فرصة لتناول مسألة ما إذا كانت الإنجازات الصحية منذ عام ١٩٩٤، لا سيما توفير الخدمات والمحددات الاجتماعية الأساسية التي تؤثر على الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات، تعكس توسيع وتعزيز النهج القائم على حقوق الإنسان في مجال الصحة.

باء - بقاء الطفل

٢٩٥ - لقد تحسن معدل بقاء الأطفال على قيد الحياة إلى حد كبير منذ عام ١٩٩٠. وتراجع معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الصعيد العالمي من ٩٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٠ إلى ٤٨ حالة في عام ٢٠١٢. وأحرزت جميع المناطق الإقليمية تقدماً كبيراً، بلغ نسبة ٥٠ نقطة مئوية أو أكثر بالنسبة للعديد منها. ويوجد في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أعلى معدل لوفيات الأطفال (٩٨ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في عام ٢٠١٢)، ويتركز فيها على نحو متزايد القسط الأكبر من وفيات الأطفال دون سن الخامسة (ما يقرب من نصف عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الصعيد العالمي). ولا تزال جنوب آسيا أيضاً تتسم بكل من ارتفاع معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (٥٨ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي) وارتفاع عدد الوفيات إجمالاً (ما يقرب من ثلث وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الصعيد العالمي)^(١٨٤).

٢٩٦ - وأحرزت البلدان على اختلاف المناطق التي تنتمي إليها وعلى اختلاف مستويات دخلها تقدماً في إنقاذ حياة الأطفال. وفي حين تنحو البلدان المنخفضة الدخل إلى تسجيل أعلى معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة، لوحظ انخفاض كبير في معدل وفيات الأطفال في الآونة الأخيرة بالنسبة للعديد من البلدان المنخفضة الدخل، بما فيها إثيوبيا وإريتريا وأوغندا وبنغلاديش وجمهورية تنزانيا المتحدة ورواندا وغينيا وكمبوديا وليبيريا ومدغشقر وملاوي وموزامبيق ونيبال والنيجر^(١٨٥).

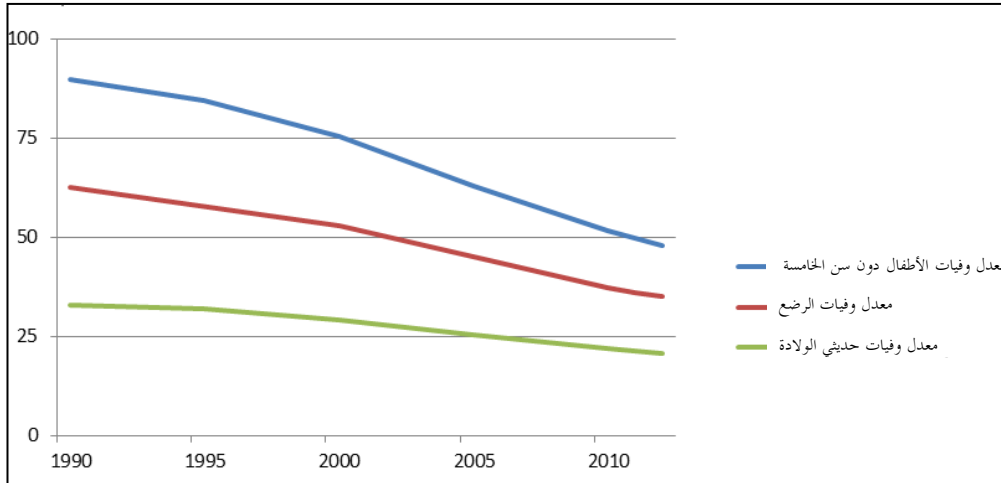
(١٨٤) United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013 — Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation* (New York, United Nations Children's Fund, 2013).

(١٨٥) UNICEF, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed — Progress Report 2013* (New York, 2013).

٢٩٧ - وما فتئت نسبة وفيات حديثي الولادة من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة تشهد تزايدا بسبب تباطؤ وتيرة انخفاض الوفيات بين حديثي الولادة بالمقارنة مع وفيات الأطفال الأكبر سنا في جميع المناطق (انظر الشكل ١٨)^(١٨٤). ويتوقف بقاء حديثي الولادة على قيد الحياة بدرجة كبيرة على الصحة العامة واستمرارية الرعاية السريرية المقدمة للأمهات في الفترة السابقة للحمل وأثناء الحمل وأثناء الولادة وفي الفترة اللاحقة للولادة. ولتحسين معدل بقاء حديثي الولادة، تحتاج النساء إلى الحصول على تغذية جيدة قبل الحمل وأثناءه وبعده؛ والوقاية من الملاريا وعلاجها أثناء الحمل؛ وكشف الإصابة بمرض الزهري وعلاجها؛ ومعالجة مضاعفات الولادة؛ وتقديم العلاج المناسب لإصابات حديثي الولادة؛ وتقديم الدعم الاعتيادي طيلة فترة حداثه الولادة^(١٨٦). وفي عام ٢٠١٢، نتجت نسبة ٣٤ في المائة من وفيات حديثي الولادة عن مضاعفات الولادة السابقة لأوانها، ونتج ربع هذه الوفيات عن تسمم الدم والتهاب السحايا (١٢ في المائة)، والالتهاب الرئوي (١٠ في المائة) أو الإسهال (٢ في المائة)^(١٨٤).

الشكل ١٨

معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة والرُّضْع وحديثي الولادة للفترة ١٩٩٠-٢٠١٠ (لكل ١٠٠٠ مولود حي)



المصدر: قاعدة البيانات ChildInfo. متاحة في الموقع التالي: www.childinfo.org/mortality_tables.php (تم الدخول إليه في ٢٥ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٣).

United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013*; UNICEF, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*; Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical Data, Policy and Programmatic Support for Newborn Care in Africa* (World Health Organization, 2006)

٢٩٨ - وفي عام ٢٠١٢، مثلت وفيات حديثي الولادة نسبة ٤٤ في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الصعيد العالمي^(١٨٤). وتحتفظ أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بأعلى معدل لوفيات حديثي الولادة (٣٢ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي)، وتستأثر بنسبة ٣٨ في المائة من وفيات حديثي الولادة على الصعيد العالمي^(١٨٤)، كما أن المنطقة هي صاحبة أعلى معدل لوفيات الأمومة (٥٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي)، مما يؤكد الصلة الوثيقة بين بقاء الأمهات وبقاء حديثي الولادة^(١٨٧). وتمثل وفيات حديثي الولادة في المنطقة حصة أدنى من مجموع وفيات الأطفال، وهي نسبة ٣٤ في المائة، وذلك بسبب وفيات الأطفال الأكبر سناً التي لا تزال مرتفعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى^(١٨٤).

٢٩٩ - وتعزى نسبة كبيرة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة لأسباب يمكن تفاديها ولأمراض يمكن علاجها^(١٨٤). وعلى الرغم من تراجع الأمراض والحالات المرضية المعدية، فإنها لا تزال تتسبب في ما يقرب من ثلثي مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الصعيد العالمي. وتظل الإصابة بالالتهاب الرئوي والإسهال، ثم الملاريا، تشكل الأسباب الرئيسية لوفاة الأطفال، وهي تمثل نسبة ١٧ في المائة و ٩ في المائة و ٧ في المائة، على التوالي، من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة^(١٨٨).

٣٠٠ - ويكون الأطفال أكثر عرضة لخطر الوفاة قبل سن الخامسة عندما يولدون في المناطق الريفية أو في أسر معيشية فقيرة أو عندما يولدون لأم لم تحصل على التعليم الأساسي^(١٨٥). وتشير التقديرات إلى أن نقص التغذية كان في عام ٢٠١٢ من العوامل المساهمة في ما يقرب من ٤٥ في المائة من الوفيات دون سن الخامسة على الصعيد العالمي^(١٨٤).

٣٠١ - ومع ذلك، تشهد بعض هذه التفاوتات تراجعاً. فعلى سبيل المثال، تشير الأدلة المستمدة من مجموعة مختارة من بلدان أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى وآسيا وأمريكا اللاتينية إلى أن وفيات حديثي الولادة والمواليد المتقدمي العمر والأطفال النحفضت في الفترة بين التسعينات من القرن الماضي ومطلع العقد الأول من القرن الحالي في المناطق الريفية والحضرية على حد سواء، بما في ذلك الأحياء الحضرية الفقيرة، وقد لوحظت أكبر نسبة من هذا الانخفاض في المناطق الريفية. وانخفضت أيضاً معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في أكثر الأسر المعيشية فقراً وأكثرها ثراءً على حد سواء، وتراجعت أوجه التفاوت في وفيات الأطفال دون سن الخامسة بين أغنى الأسر المعيشية وأفقرها في معظم مناطق العالم. وتُستثنى من ذلك أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث شهدت فيها أوجه التفاوت في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بحسب التقسيم الخمسي لمستويات ثراء الأسر المعيشية ارتفاعاً طفيفاً^(١٨٥).

(١٨٧) WHO and others, *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010* (انظر الحاشية ٦ أعلاه).

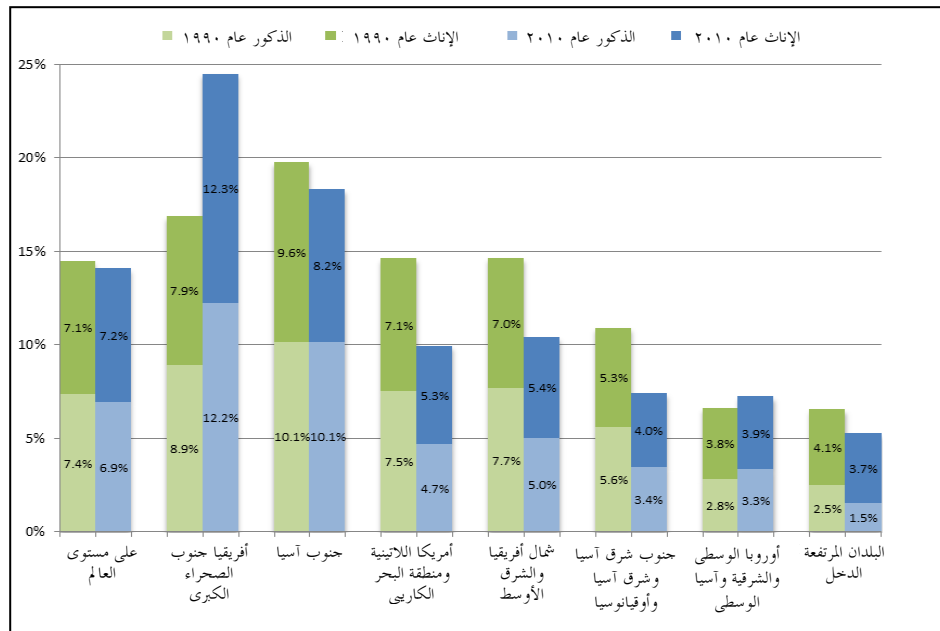
(١٨٨) انظر UNICEF, Childinfo database (www.childinfo.org/mortality_underfive.php).

جيم - الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية

٣٠٢ - في عام ١٩٩٠، مثلت الصحة الجنسية والإنجابية نسبة ١٤,٤ في المائة من عبء الأمراض على الصعيد العالمي، وهو ما يمثل نسبة ١٤ في المائة من مجموع ما ضاع من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة، وهي نسبة ظلت دون تغيير تقريبا في عام ٢٠١٠^(١٨٩). وانخفض هذا العبء في معظم المناطق - لكنه زاد زيادة كبيرة في أفريقيا (الشكل ٢٠)، بما يعكس إلى حد كبير العبء الإضافي لفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز منذ عام ١٩٩٠. ولا يزال هذا العبء يسجل أعلى مستوياته في أفريقيا وجنوب آسيا، وازدادت درجة تأخر هاتين المنطقتين عن المناطق الأخرى في تحمل عبء الظروف الصحية الجنسية والإنجابية في عام ٢٠١٠ عما كانت عليه في عام ١٩٩٠.

الشكل ١٩

مجموع عدد سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة التي تعزى إلى الظروف الصحية الجنسية والإنجابية في صفوف الذكور والإناث (من جميع الأعمار)، في جميع أنحاء العالم وحسب المنطقة، في الفترة ١٩٩٠-٢٠١٠



المصدر: منظمة الصحة العالمية، قاعدة بيانات عبء الأمراض على الصعيد العالمي، عام ٢٠١٣.

(١٨٩) ما زالت سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة هي المقياس الوحيد الذي يتيح لنا فرصة أن نقدر - بقدر معقول من الثقة - العبء النسبي للصحة الجنسية والإنجابية كنسبة من عبء الأمراض إجمالاً على الصعيد العالمي بحسب نوع الجنس والمنطقة.

٣٠٣ - وشهدت مكونات عبء الصحة الجنسية والإنجابية تغيرا كبيرا على مدى العشرين سنة الفاصلة بين التاريخين، حيث انخفض عدد سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة الضائعة بسبب الحالات المرضية في الفترة المحيطة بالولادة والزهري ووفيات الأمومة منذ عام ١٩٩٠، وقابل ذلك زيادة عدد سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة الضائعة بسبب الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في عام ٢٠١٠.

٣٠٤ - وتعكس المكاسب التي تحققت في مجال صحة الأم والأبعاد الأخرى للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية خلال السنوات العشرين الماضية أوجه التقدم المحرز في العديد من مختلف أهداف برنامج العمل - على سبيل المثال، التطورات التقنية المتصلة بالولادة، وفرص الحصول على وسائل منع الحمل لتفادي حالات الحمل غير المرغوب فيه، والعوامل المباشرة من قبيل المكاسب التي تحققت في مجال تعليم المرأة وتمكينها من الناحية الاجتماعية والقانونية والسياسية. وفي حين أن العديد من الحقوق المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية لم يتم إعمالها بعد، فإن المكاسب التي تحققت تبرز مع ذلك عملية إعادة توجيه برامج التنمية على نطاق هائل التي وقعت أثناء المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

١ - تاريخ مضطرب

٣٠٥ - كانت نسبة كبيرة من الاستثمار المتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية في العقدين السابقين لعام ١٩٩٤ تركز على الابتكارات في مجال تنظيم السكان ووسائل منع الحمل، وقد أسفرت تلك الاستثمارات عن توسيع نطاق منتجات منع الحمل الجديدة على نحو لم يسبق له مثيل، وتشكل حاليا صيغ معدلة لهذه المنتجات جزءا من سوق وسائل منع الحمل الحديثة: حُصن ديبو - بروفيرو وسيكلوفام وميسيجينا لمنع الحمل؛ وحبوب منع الحمل المركبة والمنخفضة الجرعة وحبوبات البروجسترون؛ والصبيغة المحسنة للأجهزة التي توضع داخل الرحم التي تطلق مادة النحاس والسترويد؛ ونظام جديد تماما للإيصال عن طريق الطعوم؛ والواقيات الأثنوية. وكانت الحقن المركبة للرجال قيد مرحلة مبكرة من التطوير في عام ١٩٩٤، وواجه لقاح لمنع الحمل عقبات علمية ومقاومة من جانب الجماعات النسائية بنفس القدر تقريبا.

٣٠٦ - وكانت البيئة السياسية في عام ١٩٩٤ تتسم بانعدام الثقة إلى حد كبير من جانب الجماعات النسائية إزاء الوكالات والشركات الخاصة والحكومات التي تقوم بتطوير وتقييم هذه الطرق الجديدة لمنع الحمل، وتلك التي تقوم بإيصال وسائل منع الحمل والخدمات ذات الصلة إلى النساء. وزاد خضوع العديد من المنتجات الجديدة لسيطرة الجهات المقدمة لهذه المنتجات من احتمال الإكراه وتحديد النسل بصورة غير طوعية، وصارت المجموعات النسائية متمرسة بشكل متزايد في تبادل المعلومات على الصعيد العالمي عن حالات مثل هذه

الانتهاكات لحقوق الإنسان، التي كانت تحدث بشكل منهجي وعلى الصعيد الوطني. وخلال العقد السابق لانعقاد المؤتمر الدولي، أوحى تصاعد الحوادث التي انتهكت فيها حقوق المرأة من جانب برامج تنظيم الأسرة بأن صحة المرأة وما لها من حقوق الإنسان صارا حاضرين، على نطاق القطاع كله، لضرورات تنظيم السكان^(١٩٠).

٣٠٧ - وتشكل الخلافات التي وقعت حول العقاقير نوربلانت، ودييو أسيتات ميدروكسي بروجسترون (ويطلق عليه تسمية ديو - بروفيرا)، وكيناكرين أمثلة توضيحية لذلك. ففي عام ١٩٨٧، شرعت وزارة الصحة بأحد البلدان في حملة للترويج لعقار نوربلانت، وقد شكلت هذه الحملة أكبر برنامج في العالم يتعلق بطُعم منع الحمل. وفي السنة الأولى، بلغ عدد المستعملات الجديداً ٨٢٦ ١٤٥ امرأة، وارتفع عدد عمليات تركيب هذا الجهاز إلى ٣٩٨ ٠٥٩ عملية في الفترة ١٩٨٩-١٩٩٠. وبحلول عام ١٩٩٧، قامت حوالي أربعة ملايين امرأة في البلد بتركيب طُعم نوربلانت ذو العيدان الستة، وأجريت نسبة ٦٢ في المائة من عمليات تركيب هذه الطُعم في عيادات متنقلة. بيد أن هذا البرنامج الطموح ركز على عمليات التركيب أكثر منه على المتابعة، فلم يأخذ في الحسبان الملاك الوظيفي والتدريب اللازمين لإزالة هذه الطُعم. وفي كثير من الأحيان، اضطرت النساء إلى تقديم طلبات عديدة لإزالة الطُعم قبل أن يُجبن إلى طبيهن، والعديد من النساء اللاتي كن يعانين من آثار جانبية لم يكن قد تلقين أي إرشادات بشأنها دفعن رسوما لقاء إزالة الطُعم في وقت مبكر، في الوقت الذي كانت فيه عمليات تركيب الطُعم مجانية أو مدعومة إلى حد كبير^(١٩١).

٣٠٨ - ويعكس طول مدة تأخير موافقة إدارة الأغذية والعقاقير في الولايات المتحدة على حقن ديو - بروفيرا لمنع الحمل لمدة ثلاثة أشهر حالة أخرى من حالات عدم اكتراث المؤسسات على نطاق واسع لصحة النساء الفقيرات وسلامتهن وحقوقهن الإنجابية، ويتعلق

B. Hartmann, *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control* (Boston, South End Press, 1995), chap. 6; C. Garcia-Moreno and A. Claro, "Challenges from the women's health movement: women's rights versus population control", in *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, G. Sen, A. Germaine and L. C. Chen, eds. (Cambridge, Harvard University Press, 1994), pp. 47-62.

Ninuk Widyantora, "The story of Norplant® implants in Indonesia", *Reproductive Health Matters*, vol. 2, (١٩١) No. 3 (May 1994), pp. 20-28; J. Tuladhar, P. J. Donaldson and J. Noble, "The introduction and use of Norplant® implants in Indonesia", *Studies in Family Planning*, vol. 29, No. 3 (September 1998), pp. 291-299; J. Bereiter, "Controversial contraception" (book review), *Canadian Family Physician*, vol. 41 (November 1995), pp. 1967-1969; A. A. Fisher and others, "An assessment of Norplant® removal in Indonesia", *Studies in Family Planning*, vol. 28, No. 4 (December 1997), pp. 308-316.

الأمر في هذه الحالة بالتجارب السريرية لمادة ديو - بروفيرا في مركز غراي الطبي في أتلانتا، جورجيا في الفترة بين عامي ١٩٦٨ و ١٩٧٩. وفي الوقت الذي كان يجري فيه إقرار تلك المادة في عدد متزايد من البلدان في جميع أنحاء العالم، كانت الاختبارات التي أجرتها إدارة الأغذية والعقاقير في الولايات المتحدة تستند إلى البيانات السريرية المستمدة من دراسة حالة ١٤ ٠٠٠ امرأة، معظمهن من نساء الأرياف الأمريكيات من أصل أفريقي من ذوات الدخل المنخفض^(١٩٢). وعندما استعرضت الإدارة بيانات الاختبار، أظهرت هذه البيانات سوء سلوك شنيعا من جانب أخصائيي الطب السريري المشرفين، بما في ذلك حالات تسجيل بدون موافقة واعية، وتسجيل نساء لديهن موانع طبية (مثل السرطان، والسكري من النوع الثاني، والسمنة، وارتفاع ضغط الدم)؛ وعدم اتساق عملية جمع البيانات حيث لم تخضع أكثر من نصف النساء للمتابعة. ورفضت الإدارة الموافقة على تلك المادة ثلاث مرات (في الأعوام ١٩٦٧ و ١٩٧٨ و ١٩٨٣). وفي عام ١٩٩١، أنجزت منظمة الصحة العالمية دراسة استجابت فيها لشواغل متبقية فيما يتعلق بالسلامة، وفي عام ١٩٩٢، أقرت إدارة الأغذية والعقاقير مادة ديو - بروفيرا^(١٩٣).

٣٠٩ - وفي حالة الكيناكرين، كانت الخلافات عابرة للحدود الوطنية. ففكرت هيدروكلورايد الكيناكرين التي يتم إدخالها في المهبل تذوب وتسبب حرقا وندوبا في قناتي فالوب، مما يؤدي إلى عقم دائم. وعلى الرغم من أن المنظمات الكبرى والوكالات الحكومية المختصة في مجال تنظيم الأسرة، بما في ذلك منظمة الصحة العالمية، عارضت استخدام الكيناكرين لغرض التعقيم، أجريت هذه العملية على أزيد من ٤١٠ ١٠٤ من النساء بحلول عام ٢٠٠١، وذلك من خلال شبكة قام بتعبئتها طبيبان. وكان هذا العقار يفتقر إلى اختبار

A. L. Nelson, "DMPA: battered and bruised but still needed and used in the USA", *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, vol. 5, No. 6 (2010), pp. 673-686; K. Hawkins and J. Elliott, "Seeking approval", *Albion Monitor*, 5 May 1996; P. F. Harrison and A. Rosenfield, eds., *Contraceptive Research and Development: Looking to the Future* (Washington, D.C., National Academy Press, 1996), p. 297; Committee on Women, Population and the Environment, "Depo-Provera fact sheet", 6 January 2007; available from <http://cwpe.org/node/185> (accessed 14 August 2013); T. W. Volscho, "Racism and disparities in women's use of the Depo-Provera injection in the contemporary USA", *Critical Sociology*, vol. 37, No. 5 (2011), pp. 673-688

Hawkins and Elliott, "Seeking approval" (١٩٣)

الآثار الجانبية في الأجل الطويل أو الآثار المحتملة على الأجنة. وأمرت الولايات المتحدة بوقف إنتاجه وتصديره في عام ١٩٩٨، وهو محظور في الهند وشيلي^(١٩٤).

٣١٠ - وكانت التعبئة السياسية للجماعات المعنية بحقوق المرأة استجابة لهذه الحالات حافظا على المطالبة بأن تكون حقوق الإنسان قاعدة تركز عليها الصحة ومنجزات المؤتمر الدولي في هذا الصدد، وأدت إلى تغيير المعايير التي تقيّم على أساسها الابتكارات التكنولوجية والمتعلقة بالخدمات وتوجيه الاستثمارات إليها. وقام العديد من الوكالات المعنية بالسكان والتنمية، بما في ذلك منظمة الصحة العالمية، والبرنامج الخاص للبحث والتطوير والتدريب على الأبحاث في مجال التناسل البشري (إدارة أبحاث الصحة الإنجابية حاليا)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان بإنشاء أفرقة استشارية للشؤون الجنسانية أو لشؤون المرأة لضمان تركيز الأولويات والاستثمارات في المستقبل على المرأة، واستيفائها معايير أكثر صرامة فيما يتعلق بالآثار الجانبية، ومدى تحكم المستعملين، والمعكوسة. وواصلت منظمة الصحة العالمية إجراء حوارات إقليمية استنادا إلى "أرضية مشتركة" جمعت بين مناصري الصحة الإنجابية للمرأة والناشطين والعلماء ووزراء الحكومات وقادة تنظيم الأسرة بغرض التوصل إلى اتفاق تعاوني بشأن أولويات برنامج تنظيم الأسرة. وقامت المنظمة أيضا بإنشاء "فرقة عمل استهلاكية" من أجل دعم عملية تتسم بقدر أكبر من المشاركة في اختيار المزاوجة بين طرق منع الحمل داخل البلدان^(١٩٥).

٣١١ - وهذه الآليات الجديدة لمشاركة الجهات المناصرة لقضية صحة المرأة وغيرها من منظمات المجتمع المدني في إدارة تنظيم الأسرة على الصعيدين الوطني والعالمي أدت في نهاية المطاف إلى إعادة تشكيل حافظات مشاريع البحث والتطوير بطرق ملحوظة، وأسهمت في

J. A. M. Scully, "Maternal mortality, population control, and the war in women's wombs: a bioethical (١٩٤) analysis of quinacrine sterilizations", *Wisconsin International Law Journal*, vol. 19, No. 2 (2001); C. Pies, M. Potts and B. Young, "Quinacrine pellets: an examination of nonsurgical sterilization", *International Family Planning Perspectives*, vol. 20, No. 4 (1994); R. Bhatia and A. Hendrixson, "Quinacrine .controversy", *Women's Health Activist Newsletter*, May/June 1999

"Creating common ground in the Eastern Mediterranean region: women's needs and gender perspectives in reproductive health in the Eastern Mediterranean region", report of an intercountry meeting between women's health advocates, researchers, service providers and policymakers, held at Casablanca from 10 to 13 November 1997 (World Health Organization, document WHO/FRH/WOM/98.2); "Creating common ground in Asia: women's perspectives on the selection and introduction of fertility regulation technologies", report of a meeting between women's health advocates, researchers, providers and policymakers, held at Manila from 5 to 8 October 1992 (World Health Organization, document .WHO/HRP/WOM/94.1)

زيادة الاستثمار في التكنولوجيات التي تركز على المرأة وفي وضع مبادئ توجيهية لذلك، وأسهمت كذلك في خسارة الاستثمار في التكنولوجيات التي كان يُنظر إليها على أنها قد تشكل خطراً على صحة المرأة ومدى تحكم المستعملين، مثل اللقاح المستخدم لمنع الحمل.

٢ - حقوق الإنجاب

٣١٢ - إن هذا التاريخ المضطرب من انتهاكات حقوق الإنسان الذي سبق انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية هو الذي تشكّل من خلاله التركيز الأساسي على حقوق الإنجاب في برنامج العمل.

٣١٣ - ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي، أحرزت البلدان تقدماً في إصدار وإنفاذ قوانين وطنية تستجيب للمجالات ذات الأولوية المتصلة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية التي جرى تحديدها في المؤتمر الدولي. وعلى الرغم من أنه لا تزال توجد ثغرات في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وفي مساءلة الحكومات، بما في ذلك في ما يتعلق باللجوء إلى العدالة، فإن هذه الصكوك القانونية تشكل الأساس لاحترام الحقوق الإنجابية وحمايتها وضماها.

٣١٤ - وفي مجال الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، قام أقل من ثلثي البلدان (٦٣ في المائة) بإصدار وإنفاذ قانون يحمي الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية (آسيا: ٦٦ في المائة؛ أوقيانوسيا: ٦٢ في المائة؛ الأمريكتان: ٥٨ في المائة؛ أفريقيا: ٥٥ في المائة)، وترتفع هذه النسبة إلى ٨٠ في المائة في أوروبا.

٣١٥ - وتسمح الأغلبية الساحقة للحكومات بالإجهاض عند الطلب، أو لإنقاذ حياة المرأة ولسبب واحد آخر على الأقل مثل تشوه الجنين، أو لحماية صحة المرأة. وعلى نحو ما جرى الإقرار به في الإجراءات الرئيسية لمواصلة تنفيذ برنامج العمل، فإن الإجهاض يجب أن يكون مأموناً في جميع الحالات التي لا يكون فيها مخالفاً للقانون. بيد أن منظمة الصحة العالمية ذكرت أنه: "كلما كانت التشريعات المتعلقة بالإجهاض أكثر تقييداً، ازداد احتمال ألا يكون الإجهاض مأموناً وأن يؤدي إلى الوفاة"^(١٩٦). وحقوق الإنسان الأساسية في الحياة وفي الأمان على شخصه، فضلاً عن التحرر من المعاملة القاسية واللاإنسانية، ومن التمييز، من بين أمور أخرى، معناها أنه ينبغي إزالة القيود المفروضة على الإجهاض بلا داع وأن على

(١٩٦) الجلسة التي عقدتها اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في ٢٦ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٠، تعليقات منظمة الصحة العالمية (E/C.12/2010/SR.49، الفقرة ٥٥).

الحكومات أن توفر إمكانية الحصول على خدمات الإجهاض المأمون، سواء للحفاظ على حياة النساء والفتيات و باعتبارها مسألة تتعلق باحترام حقوق الإنسان وحمايتها وإعمالها، بما في ذلك الحق في الصحة^(١٩٧).

٣١٦ - وعلى الصعيد العالمي، قامت ٧٣ في المائة من البلدان بإصدار وإنفاذ قوانين تكفل عدم التمييز في الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة، بما في ذلك الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، وقامت نسبة مماثلة (٧٠ في المائة) من البلدان بإصدار وإنفاذ قانون وطني لحماية حقوق الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وفي هذه الحالة الأخيرة، قامت بذلك من بلدان الأمريكتين نسبة أعلى (٧٦ في المائة) من نسبة البلدان التي قامت به في أفريقيا (٧٢ في المائة) وأوروبا (٦٩ في المائة) وآسيا (٦٧ في المائة) وأوقيانوسيا (٥٧ في المائة).

٣١٧ - وقامت ٦٠ في المائة من البلدان فقط بإصدار وإنفاذ قانون وطني للحماية من الإكراه، بما في ذلك التعقيم القسري والزواج القسري؛ وهذه النسبة هي الأدنى في الأمريكتين (٤٥ في المائة).

٣١٨ - وإذا تم حساب مؤشر مركب لأبعاد الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية الخمسة المذكورة أعلاه، يتضح أن ٣٢ في المائة فقط من البلدان قامت بإصدار وإنفاذ قوانين في جميع الحالات، على الرغم من أن هذه النسبة ترتفع إلى ٥٤ في المائة في أوروبا.

٣١٩ - وقد أدت الجهود الرامية إلى تحسين نوعية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وإمكانية الحصول عليها منذ عام ١٩٩٤ إلى تحسينات كبيرة في العديد من المؤشرات الصحية الجنسية والإنجابية، مع توافر أدلة على اتخاذ إجراءات حكومية في شكل سياسات وميزانيات وتدابير تنفيذية تستهدف بعضاً من أشد مواطن الضعف؛ ومع ذلك فإن التقدم المحرز كان محدوداً نسبياً في مجالات أخرى. ويلقي الفرع التالي الضوء على مجالات التقدم والتحديات المستمرة في تحقيق الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

(١٩٧) Center for Reproductive Rights, "Whose right to life: women's rights and prenatal protections under human rights and comparative law", 2012؛ والملاحظات الختامية للجنة مناهضة التعذيب عقب نظر اللجنة في التقرير الأولي لنيكاراغوا (CAT/C/NIC/CO/1)؛ وتقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه (A/66/254).

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ١٢

حقوق الإنجاب

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان: أقر مجلس حقوق الإنسان بالدور الهام للصحة الجنسية والإنجابية الذي يتضمنه الحق في الصحة. فقد شجع المجلس، في قراره ٢٩/٦ بشأن حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية (٢٠٠٧) المقرر الخاص على "مواصلة إيلاء الاهتمام للصحة الجنسية والإنجابية بوصفها جزءاً لا يتجزأ من حق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية".

الصكوك القانونية الأخرى غير الملزمة: يوضح التعليق العام رقم ١٤ بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن بلوغه من الصحة (٢٠٠٠) الذي اعتمده اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المضمون الضابط للحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، إذ يرد فيه أن: "الحق في الصحة يشمل حريات وحقوقاً على حد سواء. أما الحريات فتتضمن حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده، بما في ذلك حريته الجنسية والإنجابية، والحق في أن يكون في مأمن من التدخل، مثل الحق في أن يكون في مأمن من التعذيب، ومن معالجته طبيياً أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه". بالإضافة إلى ذلك فإن التوصية العامة رقم ٢٤ بشأن المرأة والصحة (١٩٩٩) التي اعتمدها اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة تناقش التدابير التي ينبغي اتخاذها لكفالة المساواة لصالح جميع النساء في أعمال الحق في الصحة، "إذ تؤكد أن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية، بما فيها الصحة الإنجابية، هي حق أساسي بموجب اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة".

دال - الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والصحة للشباب مدى الحياة

٣٢٠ - يدلف حالياً إلى الحياة الجنسية والإنجابية أكبر جيل من المراهقين في التاريخ. واستطاعتهم الحصول على المعلومات الصحية الجنسية والإنجابية والتعليم والرعاية الصحية وخدمات ومواد تنظيم الأسرة أمر جوهري لتحقيق الأهداف المحددة في برنامج العمل. إذ يوجب برنامج العمل أن تكفل البلدان أن لا يقيّد مقدمو الرعاية الصحية إمكانية حصول المراهقين على الخدمات والمعلومات، وأن "على هذه الخدمات أن تحافظ على حقوق المراهقين في الخصوصية والسرية والاحترام والرضا الواعي، مع احترام القيم الثقافية والمعتقدات الدينية" (الفقرة ٧-٤٥). وينبغي للدول أن تستعرض جميع هذه السياسات

وأن تزيل العوائق القانونية والتنظيمية والاجتماعية أمام المعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية وتقديم الرعاية للمراهقين.

٣٢١ - وينطوي الحمل على عواقب كبرى على صحة الفتاة. إذ تموت حوالي ٧٠ ٠٠٠ مراهقة في البلدان النامية سنويا من أسباب تتصل بالحمل والولادة. وتحدث تسع ولادات من أصل عشرة للفتيات دون سن الثامنة عشرة ضمن الزواج المبكر. ووجد الباحثون أن الفتيات اللاتي يحملن قبل سن ١٥ عاما في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل يتعرضن لخطر الوفاة الناجمة عن مضاعفات الحمل والولادة وناسور الولادة ضعف ما تتعرض له النساء الأكبر سنا (بمن فيهن المراهقات الأكبر سنا)، ولا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا. كما توجد مخاطر صحية كبيرة على الأطفال الرضع والأمهات المراهقات: إذ إن نسبة المواليد المتوتري ووفيات حديثي الولادة بين الأطفال الرضع الذين تنجبهم الأمهات المراهقات أعلى بنسبة ٥٠ في المائة منها لدى الأمهات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٩ سنة. ولا يكمل حوالي مليون طفل تنجبهم أمهات مراهقات عامهم الأول^(١٩٨).

٣٢٢ - وعلى الرغم من أنه لم يتم بصورة جيدة توثيق إلى أي مدى يحصل الشباب على الخدمات الجيدة النوعية، فإن سوء صحتهم يشير إلى وجود ثغرات كبيرة في التغطية، فعلى سبيل المثال، بلغ عدد حالات الإجهاض سنوياً ٨,٧ ملايين حالة بين المراهقات والشابات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ عاما في عام ٢٠٠٨^(١٩٩)، وارتفاع معدلات الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. ويؤكد استعراض البيانات الدولية المتاحة لعام ٢٠١٢ بشأن الصحة الجنسية والإنجابية للشباب (حتى سن ٢٤)، وجود هذه الثغرات الكثيرة^(٢٠٠). ويؤكد الاستعراض العملي أيضا على شح البيانات القابلة للمقارنة بشأن صحة المراهقين، حتى في المجالات ذات التركيز الأكبر على السياسات (مثل فيروس نقص المناعة البشرية ووفيات الأمومة)^(٢٠١).

٣٢٣ - واستنادا إلى الأدلة المتاحة، فإن أسوأ الحالات الصحية بين المراهقين هي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، بما في ذلك أعلى معدلات الوفيات الناجمة عن أسباب متصلة

(١٩٨) *State of World Population, Motherhood in Childhood* (انظر الحاشية ٩٨ أعلاه).

(١٩٩) Shah and Ahman, "Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region" (انظر الحاشية ١٥ أعلاه).

(٢٠٠) G. C. Patton and others, "Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data", *The Lancet*, vol. 379, No. 9826 (28 April 2012), pp. 1665-1675.

(٢٠١) المرجع نفسه، p. 1665.

٣٢٤ - وبالنسبة للإناث، تقتزن المراهقة وسنوات الفتوة بالاحتياجات الملحة للخدمات الصحية الجنسية والإنجابية. ويرتبط الإنجاب في سن مبكرة (قبل سن ١٨) ارتباطاً وثيقاً بالزواج في سن مبكرة. والنيجر هي صاحبة أعلى معدل للزواج المبكر (قبل سن ١٨) إذ يبلغ هذا المعدل ٧٥ في المائة؛ ومعدلات هذا الزواج مرتفعة في كل بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وبنغلاديش هي صاحبة أعلى معدل لهذا الزواج في جنوب آسيا، حيث تبلغ نسبته ٦٦ في المائة^(٢٠٣). وتلد ١٦ مليون مراهقة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة، ومليوناً فتاة دون سن الخامسة عشرة كل سنة^(٢٠٤).

٣٢٥ - ويزيد احتمال وفاة الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة لأسباب متصلة بالأمومة بمقدار خمسة أضعاف عن احتمال وفاة الفتيات اللاتي تزيد أعمارهن على ٢٠ سنة. والحمل والولادة هما السببان الرئيسيان لوفاة النساء اللاتي في سن الإنجاب في أفريقيا وجنوب آسيا^(٢٠٥).

٣٢٦ - وفي الفترة من عام ٢٠٠١ إلى عام ٢٠١٢ انخفض انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب على الصعيد العالمي للإناث والذكور على حد سواء^(٢٠٦). وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، أكثر مناطق انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، انخفض معدل انتشاره بنسبة ٤٢ في المائة. ولوحظ انخفاض كبير في جميع البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. إلا أن التفاوت كبير، إذ لوحظت زيادة في انتشار الفيروس بين الشباب الذكور في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى؛ ولوحظت زيادات لكل من الذكور، وإلى درجة أقل، الإناث في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا^(٢٠٦).

٣٢٧ - علاوة على ذلك، في المناطق التي يكون الفيروس متوطناً فيها مثل أفريقيا - التي يعيش فيها قرابة ثلاثة أرباع الأشخاص المصابين به، ترتفع معدلات الفتيات الشابات المصابات بالفيروس عن الذكور^(٢٠٦)، ولا سيما في الفئات العمرية الأصغر سناً، ولا توجد للذكور مستويات إصابة مشابهة في العديد من البلدان الأفريقية حتى سن الثلاثين أو أكثر. وتنعكس هذه الأنماط في المناطق التي ينتقل فيها الفيروس في الأعم الأغلب عن طريق الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال أو بواسطة تعاطي المخدرات عن طريق الحقن، حيث يكون الذكور الشباب أكثر عرضة للإصابة من الشابات^(٢٠٦).

^(٢٠٣) المرجع نفسه، p. 1670.

^(٢٠٤) WHO, "Adolescent pregnancy", Fact sheet No. 364 (May 2012).

^(٢٠٥) UNFPA, "Giving birth should not be a matter of life and death" (انظر الحاشية ١٤ أعلاه).

^(٢٠٦) UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013*, pp. 16-17 (انظر الحاشية ١٦ أعلاه).

٣٢٨ - ورغم ما أحرز من تقدم، بلغت نسبة إصابات الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة في عام ٢٠٠٩ حوالي ٤١ في المائة من الإصابات الجديدة بالفيروس في جميع أنحاء العالم^(٢٠٧)، مما يؤكد الحاجة الملحة إلى تجديد الجهود لكفالة توافر معلومات وتثقيف وخدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية تستهدف الشباب تحديدا لإبقائهم على اطلاع بالمخاطر التي يتعرضون لها وتوفير الواقيات الذكرية لهم وإجراء فحوص للكشف عن إصابتهم بأمراض منقولة بالاتصال الجنسي ومداوتهم منها، فضلا عن فحوص الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والرعاية المتصلة به. وفيما يتعلق بتغطية البيانات، تقوم ٢٩ بلدا، يوجد بها ٢٩ في المائة فقط من المراهقين على الصعيد العالمي، بجمع بيانات عن انتشار الفيروس بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عاما، حيث تُجمع البيانات في الغالب من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأجزاء من وسط وجنوب آسيا وفئة مختارة من البلدان الغنية التي تنخفض فيها معدلات الإصابة بالفيروس نسبياً^(٢٠٨). وبيانات الفيروس المتوافرة عن شباب المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٤ سنة محدودة للغاية مما يعيق التقدم نحو الوقاية من وقوع إصابات جديدة في هذه الفئة^(٢٠٩).

٣٢٩ - وقد أورد أيضا تقرير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام ٢٠١٣ عن وباء الإيدز أنه توجد بيانات محدودة عن معدلات المعرفة الشاملة بانتقال عدوى الفيروس، حيث تتوافر بيانات لما نسبته ٣٥ في المائة من المراهقين فقط على الصعيد العالمي^(٢١٠). كما أن مستويات المعرفة منخفضة في العديد من البلدان التي يشيع فيها الوباء، إذ تنخفض عموما مستوياتها إلى أقل من ٥٠ في المائة من المراهقين، ولم يظهر أي بلد وجود معلومات شاملة عن الفيروس لدى أكثر من ٦٥ في المائة من المراهقين من سكانها. ومستويات المعرفة لدى الإناث في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى أدنى بكثير مما هي لدى الذكور، وهو أمر مثير للقلق نظراً لارتفاع خطر إصابة الشابات بالفيروس.

٣٣٠ - وتظهر بيانات الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية المستقاة من البلدان التي أجرت ما لا يقل عن ثلاث دراسات استقصائية منذ عام ١٩٩٤ أن استخدام الرفالات

Unpublished estimates from *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*, cited (٢٠٧) in UNAIDS, *Securing the Future Today: Synthesis of Strategic Information on HIV and Young People* (Geneva, 2011).

Patton and others, "Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data", p. (٢٠٨) 1667.

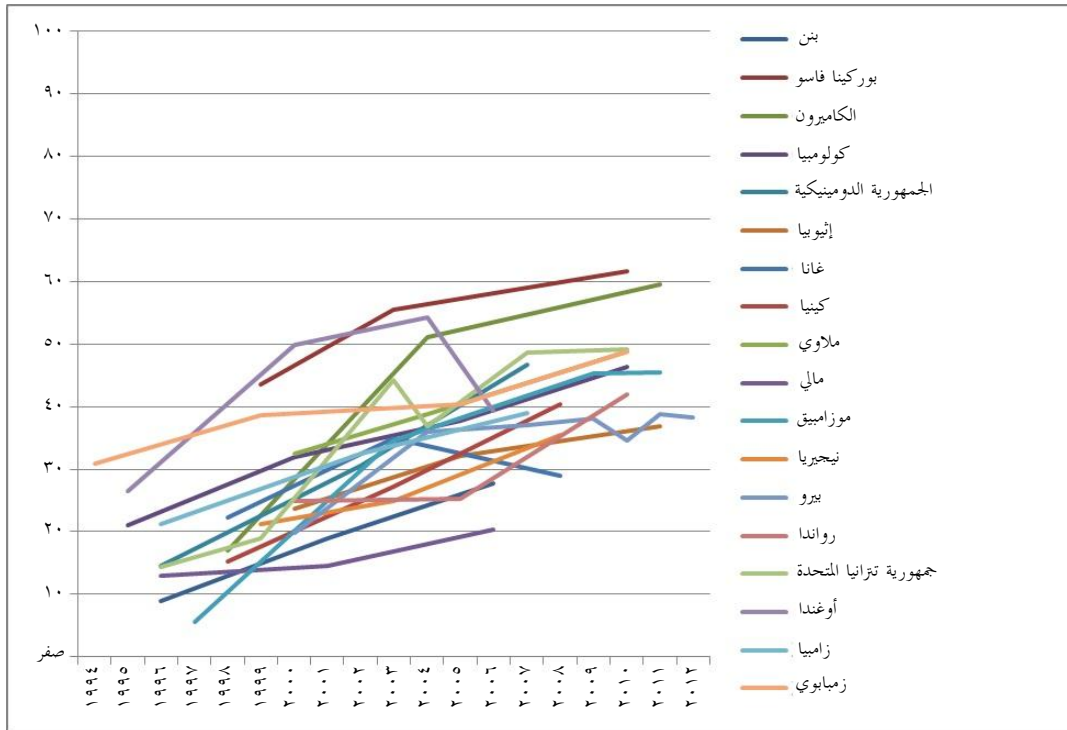
UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013*, p. 18. (٢٠٩)

Patton and others, "Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally (٢١٠) المرجع نفسه؛ comparable data", p. 1671.

في آخر جماع لدى الشباب من الرجال والنساء الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عاما أخذ في التزايد في معظم البلدان منذ عام ١٩٩٤؛ إلا أن استخدام الرفالات من قبل الإناث هو أقل باستمرار من استخدامه من قبل الذكور (انظر الشكلين ٢١ و ٢٢). ويمكن أن يتفاوت استخدام الرفالات المبلغ عنه ذاتياً حسب نوع الجنس بسبب تباينات الممارسة الجنسية في علاقات حميمة متعددة والميل إلى الإبلاغ عن أنماط السلوك المرغوبة، أي أن هناك انحيازاً بدافع الاستصواب الاجتماعي. وهذه الاتجاهات في استخدام الرفالات تسهم على الأرجح في انخفاض حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عاما الذي لوحظ خلال العقد الماضي.

الشكل ٢١

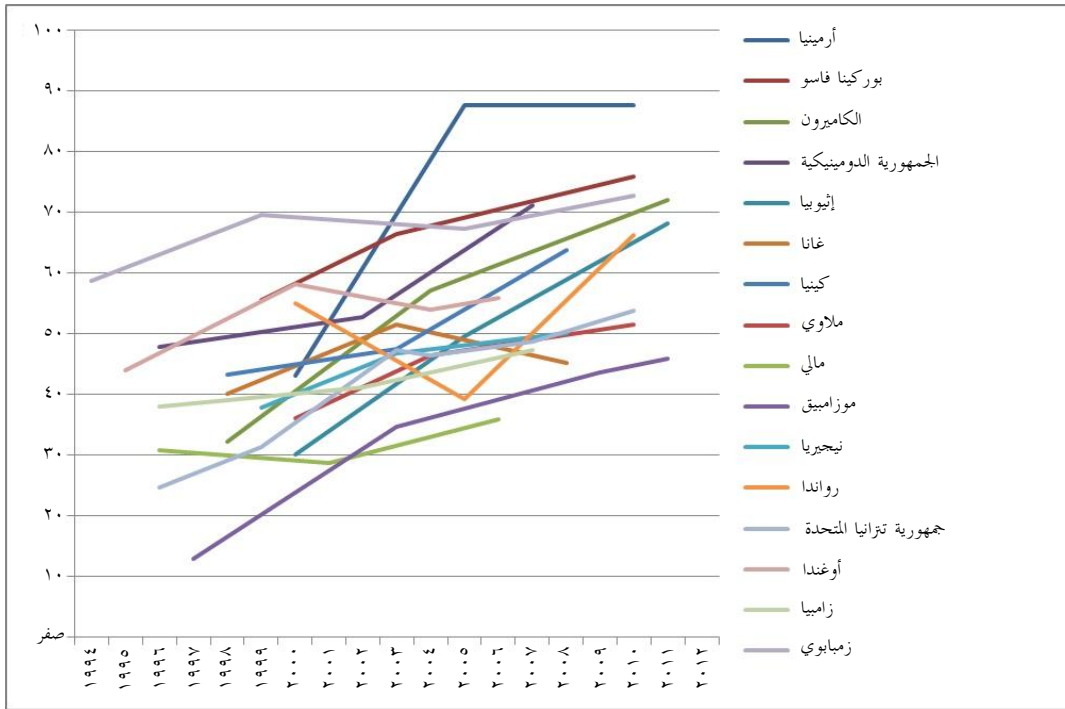
الاتجاهات في النسبة المئوية للنساء اللاتي استخدمن رفالا في آخر جماع ممن لم يسبق لهن الزواج قط وتتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ عاما (البلدان التي أجريت فيها ما لا يقل عن ثلاث دراسات استقصائية ديمغرافية وصحية أو دراسة استقصائية عن مؤشرات الإيدز منذ عام ١٩٩٤)



المصدر: الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية والدراسة الاستقصائية عن مؤشرات الإيدز في ٢٨ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٣، يمكن الاطلاع عليها في الموقع: www.measuredhs.com. ملاحظة: جميع البلدان التي تتوفر بشأنها بيانات لما يقل عن نقطتين زمنيتين.

الشكل ٢٣

الاتجاهات في النسبة المئوية للرجال الذين استخدموا واقيا ذكريا في آخر جماع من لم يسبق لهم الزواج قط وتتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عاما (البلدان التي أجريت فيها ما لا يقل عن ثلاث دراسات استقصائية ديمغرافية وصحية أو دراسات استقصائية عن مؤشرات الإيدز منذ عام ١٩٩٤)



المصدر: الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية والدراسة الاستقصائية عن مؤشرات الإيدز في ٢٨ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٣، يمكن الاطلاع عليها في الموقع: www.measuredhs.com.
ملاحظة: جميع البلدان التي تتوفر بشأنها بيانات لما يقل عن نقطتين زمنيتين.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ١٣

صحة المراهقين والشباب

الصكوك الملزمة: يتضمن كل من الاتفاقية الأيبيرية - الأمريكية المتعلقة بحقوق الشباب (٢٠٠٥؛ دخلت حيز النفاذ في عام ٢٠٠٨) وميثاق الشباب الأفريقي (٢٠٠٦؛ دخل حيز النفاذ في عام ٢٠٠٩) مواد تشرح حق الشباب في الصحة. فميثاق الشباب الأفريقي يشجّع على مشاركة الشباب في مجال الصحة، إذ يُلزم الدول "بضمان المشاركة الكاملة للشباب في تحديد احتياجاتهم في مجال الصحة الإنجابية". ويلزم الميثاق الدول "بتوفير فرص الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية الملائمة للشباب بما في ذلك وسائل منع الحمل والخدمات الخاصة بفترة ما قبل الولادة وبعدها"، و "وضع برامج شاملة ... لمنع حالات الإجهاض غير الآمنة" و "اتخاذ الخطوات لتوفير فرص وصول متساوٍ إلى خدمات الرعاية الصحية والتغذية للبنات والشابات". ويكرّس الميثاق أيضاً اهتماماً خاصاً بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، إذ يُلزم الدول بأن تضع برامج للتصدي للفيروس ولجائحة الإيدز، تحقيقاً لأغراض منها "زيادة المتوافر من الاستشارات والفحوص الطوعية السريّة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز" والتشجيع عليها، و "توفير فرص الحصول على العلاج في الوقت المناسب للشباب المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز". وتقرّ الاتفاقية الأيبيرية - الأمريكية المتعلقة بحقوق الشباب "بحق الشباب في التمتع بصحة شاملة وذات نوعية عالية". بما في ذلك "الرعاية الصحية المتخصصة ... وتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية".

الصكوك القانونية الأخرى غير الملزمة: سلّمت الهيئات المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان، من خلال تعليقات وتوصيات عامة، بقدرات المراهقين الآخذة في التطور على اتخاذ قرارات ذات صلة بصحتهم الجنسية والإنجابية، وحثت الدول على وضع برامج تكفل تقديم هذه الخدمات للمراهقين^(٢١١). فلجنة حقوق الطفل توضح في تعليقها العام رقم ١٥ (٢٠١٣) بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه الذي اعتمده المضمون الضابط لحق الأطفال والمراهقين في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية، وكذلك التعهدات الملزمة

(٢١١) لجنة حقوق الطفل، التعليق العام رقم ٤ (٢٠٠٣) المتعلق بصحة المراهقين ونمائهم في سياق اتفاقية حقوق الطفل (انظر A/59/41، المرفق العاشر، الفقرتين ١ و ٣١).

للدول الأطراف في الاتفاقية باحترام حقوق الطفل في الصحة وحمائيتها وتعزيزها وإعمالها. وحثّت الدول على أن تكفل سبل التثقيف بالحياة الجنسية والحصول على معلومات عنها، لا أن تحدّ من أسباب الوصول إليها، على أساس موافقة طرف ثالث (أي سلطة الوالدين أو هيئة صحية)^(٢١٢)، وإلغاء القوانين التي تمثل عوائق تحول دون الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية^(٢١٣). وشددت الهيئات المنشأة بموجب معاهدات أيضا على أنه ينبغي أن تتاح لجميع الشباب فرص الحصول على خدمات سرّية ومراعية لظروف الأطفال^(٢١٤)، وأن يكون بمقدور المراهقات اللائي يصبحن حوامل مواصلة الدراسة والعودة إليها^(٢١٥).

١ - برامج الشباب المحددة الأهداف

٣٣١ - إن لأوجه عدم الاعتراف بالمراهقين وبصحتهم الجنسية والإنجابية وعدم إعطاء ذلك الأولوية والاستثمار فيه عواقب مهلكة هي: ارتفاع معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية الذي يمكن أن يؤدي إلى الوفاة المبكرة؛ وحالات الحمل المبكر العرضي وغير المرغوب فيه، الذي يقترن باشتداد مخاطر تعرّض الأمهات للوفاة والمرض أثناء الحمل والنفاس، من قبيل إصابتهن بناسور الولادة؛ وزيادة معدلات وفيات الرضع والأطفال عما كانت عليه^(٢١٦). وعلاوة على ذلك، لا تمتلك المراهقات سوى مهارات حياتية وعملية

(٢١٢) اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة ٢٤ المتعلقة بالمادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة بشأن المرأة والصحة، والتي اعتمدها اللجنة في دورتها العشرين (انظر [A/54/38/Rev.1](#)، الجزء الأول، الفصل الأول، الفرع ألف).

(٢١٣) انظر على سبيل المثال الملاحظات الختامية التي أبدتها اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عقب نظرها في التقرير الجامع للتقارير الدورية الثاني والثالث والرابع المقدمة من بيرو E/C.12/PER/CO/2-4، الفقرة ٢١).

(٢١٤) انظر الملاحظات الختامية التي أبدتها لجنة حقوق الطفل عقب نظرها في التقرير الدوري الثاني المقدم من عُمان (CRC/C/OMN/CO/2) والتقرير الدوري الثاني المقدم من باراغواي (CRC/C/15/Add.166)، الفقرة ٤٢).

(٢١٥) انظر على سبيل المثال الملاحظات الختامية التي أبدتها لجنة حقوق الطفل عقب نظرها في التقرير الدوري الثاني المقدم من السنغال (CRC/C/SEN/CO/2)، الفقرتان ٥٤ و ٥٥.

(٢١٦) E. Loaiza and M. Liang, *Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence* (New York, United Nations Population Fund, 2013); Save the Children, *State of the World's Mothers 2004: Children Having Children* (2004); WHO, *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*, WHO Discussion Papers on Adolescence (Geneva, 2004); UNFPA, *UNFPA Framework for Action on Adolescents and Youth: Opening Doors with Young People — 4 Keys* (New York, 2007), p. 21

محدودة لرعاية أطفالهن بل إن المدارس أو الظروف كثيراً ما تضطرهن إلى ترك التعليم. ولذلك فالوالدية المبكرة يمكن أن تشدد من خطر الفقر^(٢١٧). وقد باتت الحاجة إلى زيادة الاستثمارات في خدمات التربية والصحة الجنسية والإنجابية المراعية لاحتياجات الشباب والخدمات الصحية المصممة خصيصاً للمراهقين مسألة حيوية. فالشباب قد تملكهم خشية أو فزع من البيئات المخيفة، بما في ذلك أوقات العمل المفتقرة للمرونة، أو تكلفة الخدمات، أو تصلب مقدمي الرعاية الصحية أو عدم تجاوبهم، وطول المسافة إلى العيادات الطبية، أو عدم الارتياح لطلب المساعدة أو الموارد؛ وقد لا يعلمون أيضاً ماهية الخدمات المقدمة^(٢١٨).

٣٣٢ - وعلى الصعيد العالمي، فإن عدد برامج الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين المؤتقة في ما صدر من الكتابات عدد كبير، وهي ذات تصاميم مختلفة، لكن عدد ما له نطاق وطني أو يخضع لتقييم دوري موثوق به منها قليل نسبياً^(٢١٩). ولئن كانت تلك البرامج قد تستفيد من عملية تكييفها محلياً، فإنه ينبغي إيلاء قدر من الاهتمام أكبر بكثير للتدخلات المنهجية وتقييم الآثار.

٣٣٣ - وفي عام ٢٠٠٦، أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة رجعية النطاق شملت ١٦ تدخلاً ترمي إلى زيادة استفادة الشباب من الخدمات الصحية وفعاليتها^(٢٢٠). وقد قاست

(٢١٧) *State of World Population 2013: Motherhood in Childhood*, pp. iv-vi and 17-31

(٢١٨) V. Chandra-Mouli, P. and J. Feguson, "The World Health Organization's work on adolescent sexual and reproductive health", *Bundesgesundheitsblatt — Gesundheitsforschung — Gesundheitsschutz*, vol. 56, No. 2 (February 2013), pp. 256-261; UNFPA, *UNFPA Strategy on Adolescents and Youth: Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth* (New York, 2013); WHO, *Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent-Friendly Health Services* (Geneva, 2012); Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation (IPPF), "Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world", April 2010, available from <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf>; UNFPA, *Framework for Action on Adolescents and Youth: Opening Doors with Young People — 4 Keys*; A. Tylee and others, "Youth-friendly primary care services: how are we doing and what more needs to be done?", *The Lancet*, vol. 369, No. 9572 (2007).

(٢١٩) N. Haberland and D. Rogow, "Comprehensive sexuality education", background paper prepared for an expert group meeting on adolescent sexual and reproductive health, held at Greentree, New York, in February 2013

(٢٢٠) B. Dick and others, "Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries", in *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the*

الدراسة هذه التدخلات مقابل الغايات الصريحة التي حددتها الجمعية العامة في قرارها د إ-٢٦/٢، الذي اتخذته في دورتها الاستثنائية المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز في عام ٢٠٠١، ومنها الوصول بنسبة الشباب من الفئة العمرية ١٥-٢٤ المتاحة لهم فرص الحصول على الخدمات اللازمة لتقليص تعرضهم للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، إلى ٩٠ في المائة بحلول عام ٢٠٠٥ وإلى ٩٥ في المائة بحلول عام ٢٠١٠^(٢٢١).

٣٣٤ - وخلص الاستعراض إلى وجود أدلة على فعالية عناصر هذه التدخلات تكفي للتوصية بتنفيذ التدخلات على نطاق واسع، بما في ذلك توفير التدريب لمقدمي الخدمات وإدخال تحسينات على العيادات لجعلها أنسب للشباب وتنفيذ أنشطة مجتمعية لتوليد الطلب، مع القيام برصد دقيق لنوعية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وآثارها ونطاقها^(٢٢٢).

٣٣٥ - وأقر الاستعراض الذي أجرته منظمة الصحة العالمية بأن الاستفادة من الخدمات الصحية قد زادت نتيجة لهذه التدخلات، لكن الأدلة المستخدمة لتقييم آثارها كانت ضعيفة أو متضاربة؛ وأن الإبلاغ عن ذلك افتقر إلى بيانات مفصلة في بعض الحالات؛ وأن تفسير البيانات قد اصطدم بصعوبات، مما حدّ من التوصل إلى استنتاجات أو تقديم توصيات. ولذلك دعا الاستعراض إلى إجراء بحث وتقييم أدق، ولا سيما بهدف تحديد مدى فعالية إشراك قطاعات أخرى في تلك التدخلات^(٢٢٣).

Evidence from Developing Countries, D. A. Ross, B. Dick and J. Ferguson, eds., WHO Technical Report Series No. 938 (Geneva, World Health Organization, 2006), pp. 151-204.

(٢٢١) المرجع نفسه، P.152.

WHO and Pathfinder International, *Evolution of the National Adolescent-Friendly Clinic Initiative in South Africa*, Analytic Case Studies: Initiatives to Increase the Use of Health Services by Adolescents (Geneva, World Health Organization, 2009), pp. 6-7; Analytic case studies: initiatives to increase the use of health services by adolescents, "Evolution of the National Adolescent-Friendly Clinic Initiative in South Africa", 2009, p. 6-7.; Dick and others, B, Ferguson, J, Chandra-Mouli, V, Brabi, L, Chatterjee, S, Ross, D.A, "Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries". وفي عام ٢٠٠٩، نشرت منظمة الصحة العالمية، بناءً على طلب من مقرري السياسات ومديري البرامج في البلدان، الاستنتاجات التفصيلية لذلك التقييم في سلسلة إصداراتها المعنونة *Analytic Case Studies: Initiatives to Increase the Use of Health Services by Adolescents*، بهدف مساعدة الحكومات والمنظمات غير الحكومية على إعمال الخدمات الصحية الملائمة للمراهقين والتوسع فيها، ومساعدة الأخصائيين الصحيين عن طريق تزويدهم بالدعم التقني والمالي اللازم.

Dick and others, "Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries", 2009, p. 6-7.

٣٣٦ - وفي عام ٢٠٠٧، خلص تقييم عالمي لخدمات الرعاية الأولية الملائمة للشباب استهدف فحص مدى ما ينطوي عليه الوصول إلى الخدمات والمرافق الصحية الملائمة للشباب من فعالية وفوائد على النتائج الصحية، إلى استنتاجات أخرى بشأن الحاجة إلى إجراء بحث أقوى وتقييم أمتن. فالحوافز الموثقة توثيقاً جيداً والتي تحول دون حصول الشباب على الخدمات لم تُعالج على نحو شامل، وأما الأدلة على فعالية المبادرات الملائمة للشباب فلم تُقَسَّ قياساً كافياً مقابل النتائج الصحية للشباب. ومع أن الاستفادة من تلك الخدمات قد زادت في كثير من الأحيان، لا يوجد إلا القليل من الأدلة الواضحة على أن جعل الخدمات ملائمة للشباب وضمن الاستثمارات اللازمة للقيام بذلك، قد أسهما في تحسين النتائج الصحية. ودعت الدراسة إلى القيام بتدخلات منهجية المنحى ومصممة تصميمياً جيداً، ومقرنة بتقييمات منتظمة، وإلى تدخلات تهدف إلى إدماج الغايات والمبادئ في عملية تصميمها وتقييم استراتيجياتها استناداً إلى تلك الغايات، بما فيها الغايات المدرجة في الإطار الخاص بتطوير الخدمات الملائمة للشباب الصادر عن منظمة الصحة العالمية^(٢٢٤).

٣٣٧ - وينبغي للدول، بالشراكة مع الشباب ومقدمي خدمات الرعاية الصحية، أن تموّل وتضع السياسات والقوانين والبرامج التي تعترف بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للشباب وتمتعهم بالصحة مدى الحياة وتشجّعها وتحميها. وينبغي أن تقدم جميع البرامج التي تخدم المراهقين والشباب، سواء في المدرسة أو خارجها، خدمات الإحالة إلى استشارات وخدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية موثوق بها وجيدة النوعية.

٣٣٨ - وينبغي أن تزيل الدول الحواجز القانونية والتنظيمية والسياساتية التي تحول دون حصول المراهقين والشباب على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وأن تكفل فرص الحصول على المعلومات وتكنولوجيات منع الحمل؛ والوقاية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية وتشخيصها وعلاجها، بما في ذلك لقاح فيروس الورم الحليمي البشري؛ وخدمات الإحالة إلى الخدمات التي تتعامل مع غير ذلك من الشواغل الصحية من قبيل مشاكل الصحة العقلية.

٢ - التثقيف الشامل بشأن الحياة الجنسية

٣٣٩ - دعا برنامج العمل الحكومات إلى تثقيف الشباب بالحياة الجنسية وكفالة أن تعالج هذه البرامج مواضيع محددة، منها العلاقات والمساواة بين الجنسين، والعنف ضد المراهقين،

(٢٢٤) Tylee and others, "Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done?"

والسلوك الجنسي المسؤول، ومنع الحمل، والحياة الأسرية، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، والوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز (الفقرات ٤-٢٩ و ٣٧-٧ و ٤١-٧ و ٤٧-٧)^(٢٢٥).

(أ) النتائج المستخلصة مؤخرا من تقييمات برامج التثقيف الجنسي الشامل ٣٤٠ - أُجريت منذ عام ١٩٩٤ استعراضات عديدة لدراسات تقييم التثقيف الجنسي. وقد عُنت هذه التقييمات بالبرامج المقدمة في المجتمعات المحلية والمدارس في كل من البلدان النامية والبلدان المتقدمة النمو. وتشير الأدلة المستمدة من هذه الاستعراضات إلى عدة نتائج ودروس، على النحو التالي:

(أ) التدخلات الشاملة الرامية إلى الحد من المخاطر الجنسية لا تؤدي إلى تبكير الاتصال الجنسي أو زيادة تواتره^(٢٢٦)؛

(ب) معظم برامج التثقيف الجنسي تبين حدوث زيادة في المعرفة ويبين ما يقرب من ثلثها وجود بعض الآثار الإيجابية على السلوك^(٢٢٧)؛

(ج) من بين برامج التثقيف الجنسي الشامل التي تتبع النتائج الصحية بغية قياس الأثر، لا يكاد يوجد أثر قابل للقياس على معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والحمل غير المرغوب؛

(٢٢٥) انظر أيضا قرار لجنة السكان والتنمية ١/٢٠١١ (E/2011/25)، الفصل الأول - باء).

(٢٢٦) S. M. Napierala Mavedzenge, A. M. Goyle and D. A. Ross, "HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review", *Journal of Adolescent Health*, vol. 49, No. 6 (2011), pp. 568-586; D. Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases* (Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2007); K. Michielsen and others, "Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials", *AIDS*, vol. 24, No. 8 (2012), pp. 1193-1202; H. B. Chin and others, "The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the guide to community preventive services", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 42, No. 3 (2012), pp. 272-294.

(٢٢٧) Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*.

(د) وُجد أن الجهود الرامية إلى ربط نتائج البرامج بخصائص برنامجية محددة تفتقر إلى الاتساق أو توافق الآراء^(٢٢٨).

إلا أن عدة استعراضات حددت عنصرين متصلين بطرق التدريس هما: أن البرامج الفعالة غالباً ما تتضمن بناء المهارات، لا سيما مهارات استخدام الواقيات الذكرية والأنثوية، وأن الأنشطة التفاعلية تساعد الطلاب على ربط المعلومات بحياتهم الشخصية^(٢٢٩).

٣٤١ - وأوصى القائمون بالاستعراض باستخدام نتائج الصحة البيولوجية باعتبارها مقياساً لكفاءة البرامج يفوق السلوك الجنسي المبلغ ذاتياً موثوقاً وموضوعية^(٢٣٠). وخلص استعراض أجري مؤخراً اقتصر على الدراسات التي تستخدم النتائج الصحية كمقياس للأثر إلى أن احتمالات انخفاض معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي و/أو حدوث حمل غير مرغوب تكون في حالة استخدام مناهج التثقيف الجنسي الشامل التي تؤكد على نوع الجنس والتمكين أرجح بشكل ملحوظ منها في حالة استخدام المناهج الدراسية التي تتجاهل نوع الجنس^(٢٣١). وتتشابه هذه النتيجة مع أدلة أخرى بشأن قيمة معالجة الأعراف المتعلقة بنوع الجنس وديناميكية العلاقات في إطار التثقيف الجنسي الشامل. وعلى سبيل المثال، خلصت الدراسات إلى أن النساء والرجال الذين تتسم توجهاتهم بقدر أكبر من الإنصاف فيما يتعلق بنوع الجنس يرجح بدرجة أكبر بكثير أن يستخدموا وسائل منع الحمل و/أو واقيات^(٢٣٢) وأن يحصلوا على رعاية في مرحلة ما قبل الولادة وأن تلد النساء في مرفق

(٢٢٨) المرجع نفسه. Napierala Mavedzenge, Goyle and Ross, "HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review"; M. Jukes, S. Simmons and D. Bundy, "Education and vulnerability: the role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa", *AIDS*, vol. 22, No. 4 (2008), pp. S41-S56.

(٢٢٩) V. A. Paul-Ebhohimhen, A. Poobalan and E. R. van Teijlingen, "A systematic review of school-based sexual health interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa", *BMC Public Health*, vol. 8, No. 4 (2008).

(٢٣٠) Napierala Mavedzenge, Goyle and Ross, "HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review"; Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*; Michielsen and others, "Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials"; A. Harrison and others, "HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence", *BMC Public Health*, vol. 10 (February 2010).

(٢٣١) .Haberland and Rogow, "Comprehensive sexuality education"

(٢٣٢) A. M. Karim and others, "Reproductive health risk and protective factors among unmarried youth in Ghana", *International Family Planning Perspectives*, vol. 29, No. 1 (2003), pp. 14-24; R. Stephenson, D.

للأمومة^(٢٣٣). وفي خمسة من البلدان التي ترتفع فيها معدلات الخصوبة في شرق أفريقيا، كانت لدى الرجال الذين يؤيدون عدم المساواة بين الجنسين تطلعات أعلى من حيث الخصوبة بغض النظر عن التعليم أو الدخل أو الدين^(٢٣٤).

٣٤٢ - وامتلاك مهارات في مجال العلاقات ضروري لكثير من الشباب، لأنه ليس كل الأطفال تربوا على معاملة الآخرين بكرامة واحترام ودون تمييز؛ ويمكن أن توفر المدارس نوعا من التعليم المستند إلى القيم يكون من شأنه تحسين العلاقات الإنسانية. وينبغي أن تضمن الدول للصبية والفتيات والمراهقين والشباب الفرص والتوجيه والمهارات اللازمة لبناء علاقات اجتماعية سليمة، والتعايش بانسجام، والتمتع بحياة خالية من العنف، من خلال الاستراتيجيات المتعددة القطاعات والتعليم الذي يشرك جماعات الأقران والأسر، ويشجع التسامح وتقدير التنوع والمساواة بين الجنسين واحترام الذات وحل النزاعات والسلام.

٣٤٣ - والقادة الوطنيون على أرفع المستويات، وقادة المجتمعات المحلية، والمؤسسات الدينية، وقادة الفكر الآخرون، مدعوون للقيام بصورة مبدعة وعلنية، وبالتعاون مع الشباب، بإنشاء وسائط إعلامية واتصالات تعالج الآثار الاجتماعية السلبية للقوالب النمطية الجنسانية، وتعزز القيم والممارسات المتعلقة بالمساواة بين الجنسين، وتكبر الذكورة التي تنبذ العنف.

٣٤٤ - ويشير استعراض للمناهج الدراسية أجري في عام ٢٠١٢ في ١٠ بلدان في جنوب وشرق أفريقيا إلى أن التفكير النقدي بشأن نوع الجنس والحقوق لا يزال غير مدرج بالقدر الكافي في برامج التنقيف الجنسي الشامل والتنقيف في مجال فيروس نقص المناعة البشرية^(٢٣٥).

٣٤٥ - وبينت الدراسة الاستقصائية العالمية وجود تباين شديد في الدعم المقدم من الحكومات لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية للشباب. ففي أفريقيا تقتصر نسبة البلدان التي

Bartel and M. Rubardt, "Constructs of power and equity and their association with contraceptive use among men and women in rural Ethiopia and Kenya", *Global Public Health*, vol. 7, No. 6 (2012), pp. 618-634

Y. Cui and others, "Effect of married women's beliefs about gender equity on their use of prenatal and delivery care in rural China", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 111, No. 2 (2010), pp. 148-151

R. Snow, R. A. Winter and S. D. Harlow, "Gender attitudes and fertility aspirations among young men in five high fertility East African countries", *Studies in Family Planning*, vol. 44, No. 1 (2013), pp. 1-24

Population Council, *Sexuality Education: A Ten-Country Review of School Curricula in East and Southern Africa* (Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; New York, United Nations Population Fund, 2012)

تصدت لمسألة كفالة حصول المراهقين والشباب على المعلومات والخدمات المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية التي تضمن وتحترم الخصوصية والسرية والموافقة المستنيرة على ٥٤ في المائة، مقارنة بنسبة ٩٦ في المائة للبلدان الأمريكيتين و ٩٠ في المائة لأوروبا و ٨٠ في المائة لآسيا.

٣٤٦ - ومع تزايد الأدلة بشأن حدوث تحول نمطي باتجاه البرامج التي تؤكد على التفكير النقدي بشأن النوع الجنساني والقوة، ينشأ سؤال عن مدى تنفيذ ذلك في الوقت الحالي. وفي الدراسة الاستقصائية العالمية، أفادت ٧٠ في المائة من الحكومات بأنه يجري حالياً معالجة مسألة "تنقيح محتويات المناهج الدراسية لزيادة مراعاة المنظور الجنساني"، إلا أنه لم تكن هناك أسئلة بشأن آثار ذلك الجهود أو مدى شموله. وقد شددت الاستعراضات والنتائج الإقليمية على أهمية تصميم وتنفيذ برامج فعالة للتثقيف الجنسي الشامل تعالج العناصر الرئيسية التي تربط الركائز المواضيعية الخمس للاستعراض العملي.

٣٤٧ - وينبغي أن تدرك الدول أن التثقيف الجنسي الشامل، المتسق مع تطور قدرات الشباب في المدرسة وخارجها، ضروري لتمكينهم من حماية أنفسهم من الحمل غير المرغوب والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي؛ ولتعزيز قيم التسامح والاحترام المتبادل ونبذ العنف في العلاقات؛ ولتخطيط حياتهم. وينبغي أن تقوم الدول بوضع وتنفيذ برامج للتثقيف الجنسي الشامل تراعي الاعتبارات الجنسانية وتستند إلى المهارات الحياتية وتوفر معلومات دقيقة، تأخذ في اعتبارها البيانات والأدلة العلمية بشأن الجوانب الجنسية للإنسان، بما في ذلك النمو والتطور والتشريح ووظائف الأعضاء؛ والتناسل والحمل والولادة؛ ومنع الحمل؛ وفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي؛ والحياة الأسرية والعلاقات الشخصية؛ والثقافة والحياة الجنسية؛ وحماية حقوق الإنسان وإعمالها وتمكينها؛ وعدم التمييز والمساواة وأدوار الجنسين؛ والسلوك الجنسي؛ والانتهاك الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس والممارسات الضارة؛ إلى جانب وضع برامج مناسبة للشباب تهدف إلى تقصي القيم والمواقف والأعراف المتعلقة بالعلاقات الجنسية والاجتماعية؛ وتعزيز اكتساب المهارات وتشجيع الشباب على تحمل مسؤولية سلوكهم الخاص بهم واحترام حقوق الآخرين؛ وتزويد الشباب بالمعارف والمهارات والكفاءة اللازمة لاتخاذ قرارات مستنيرة بشأن حياتهم الجنسية.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ١٤

التثقيف الجنسي الشامل

الصكوك الملزمة: تقرر الاتفاقية الإيبورو - أمريكية بشأن حقوق الشباب (٢٠٠٥)؛
بدأ نفاذها في عام ٢٠٠٨) بأن "الحق في التعليم يتضمن أيضا الحق في التثقيف الجنسي"
وبضرورة "تدريس برامج التثقيف الجنسي في جميع مراحل التعليم".

الصكوك القانونية الأخرى غير الملزمة: أقرت هيئات معاهدات حقوق الإنسان
بأن الحق في الصحة يشمل "المقومات الأساسية للصحة، مثل... الحصول على التوعية
والمعلومات فيما يتصل بالصحة، بما في ذلك ما يتصل منها بالصحة الجنسية والإنجابية"،
وكذلك الحق في التماس المعلومات الصحية والحصول عليها ونقلها^(٢٣٦). وأكدت أيضاً
هيئات رصد تنفيذ المعاهدات على أنه ينبغي للدول أن تكفل حصول جميع المراهقين
على معلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية، سواء في المدرسة أو في أماكن أخرى
للمراهقين غير المتحقين بالمدارس^(٢٣٧).

(٢٣٦) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠) بشأن الحق
في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية (المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص
بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية) (E/2001/22، المرفق الرابع)، الفقرتان ١١ و ١٢ (ب) '٤'.

(٢٣٧) لجنة حقوق الطفل، التعليق العام رقم ٤ (٢٠٠٣) بشأن صحة المراهقين ونمائهم في إطار اتفاقية حقوق
الطفل (انظر A/59/41، المرفق العاشر، الفقرتان ٢٦ و ٢٨)؛ والملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل
بعد نظر اللجنة في التقرير الدوري الرابع المقدم من أستراليا (CRC/C/AUS/CO/4، الفقرة ٦٧)؛
والملاحظات الختامية للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بعد نظر اللجنة في التقرير
الدوري الخامس المقدم من الاتحاد الروسي (E/C.12/RUS/CO/5، الفقرة ٣٠)؛ واللجنة المعنية بالقضاء على
التمييز ضد المرأة، التوصية العامة ٢٤ بشأن المادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد
المرأة بشأن المرأة والصحة، التي اعتمدها اللجنة في دورتها العشرين (انظر A/54/38/Rev.1، الجزء الأول،
الفصل الأول، الفرع ألف، الفقرة ٢٣)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة
بعد نظر اللجنة في التقرير الجامع للتقريرين الأولي والدوري الثاني لتركمانستان (CEDAW/TKM/CO/2،
الفقرتان ٣٠ و ٣١)؛ والملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل بعد نظر اللجنة في التقرير الدوري الثاني
المقدم من أوروغواي (CRC/C/URY/CO/2، الفقرة ٥٢)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بالحقوق
الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بعد نظر اللجنة في التقرير الجامع للتقريرين الدوريين الرابع والخامس
لهولندا (E/C.12/NL/CO/4-5، الفقرة ٢٧).

٣ - الخصوبة ووسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة

٣٤٨ - انخفضت معدلات الخصوبة على مستوى العالم بنسبة ٢٣ في المائة في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٠^(٢٣٨). ويُعزى انخفاض الخصوبة بدرجة كبيرة إلى الرغبة في تكوين أسر صغيرة، إلى جانب تحسن إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل. وتتأثر التطلعات بتكوين أسر صغيرة بكثير من العوامل، من بينها تحسن فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة وتوسع الفرص أمام النساء، لا سيما فيما يتعلق بالتعليم. وفي أفريقيا ككل، ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بوجه خاص، انخفضت معدلات الخصوبة بوتيرة أبطأ من المناطق الأخرى، ولا تزال أعلى من أي منطقة أخرى في العالم^(٢٣٩).

٣٤٩ - وارتفع على مستوى العالم انتشار وسائل منع الحمل للنساء المتزوجات أو المعاشرات بدون زواج اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ٤٩ سنة ويستخدمن في الوقت الراهن أي وسيلة من وسائل منع الحمل، من ٥٨,٤ في المائة في عام ١٩٩٤ إلى ٦٣,٦ في المائة في عام ٢٠١٢، وهي زيادة تمثل نحو ١٠ في المائة^(٢٤٠). وفي حين زاد استخدام وسائل منع الحمل بوتيرة أسرع على مدى تلك الفترة في البلدان النامية (عدا الصين) (من ٤٠ إلى ٥٤ في المائة)، فقد ظل استخدامها في البلدان النامية أقل بكثير منه في البلدان المتقدمة النمو، حيث يستخدم ما يقرب من ٧٢ في المائة من النساء المتزوجات أو المعاشرات بدون زواج وسائل منع الحمل. وقد زاد استخدام وسائل منع الحمل بوتيرة أسرع في التسعينات مقارنة بالعقد الأخير، وظل معدل استخدامها في عدد من البلدان الفقيرة للغاية أقل من ١٠ في المائة^(٢٤١).

(٢٣٨) يُحسب انخفاض معدل الخصوبة الكلي العالمي باستخدام تقديرات النقاط للعامين ١٩٩٠ و ٢٠١٠ من التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ٢٠١٢ (ST/ESA/SER.A/336).

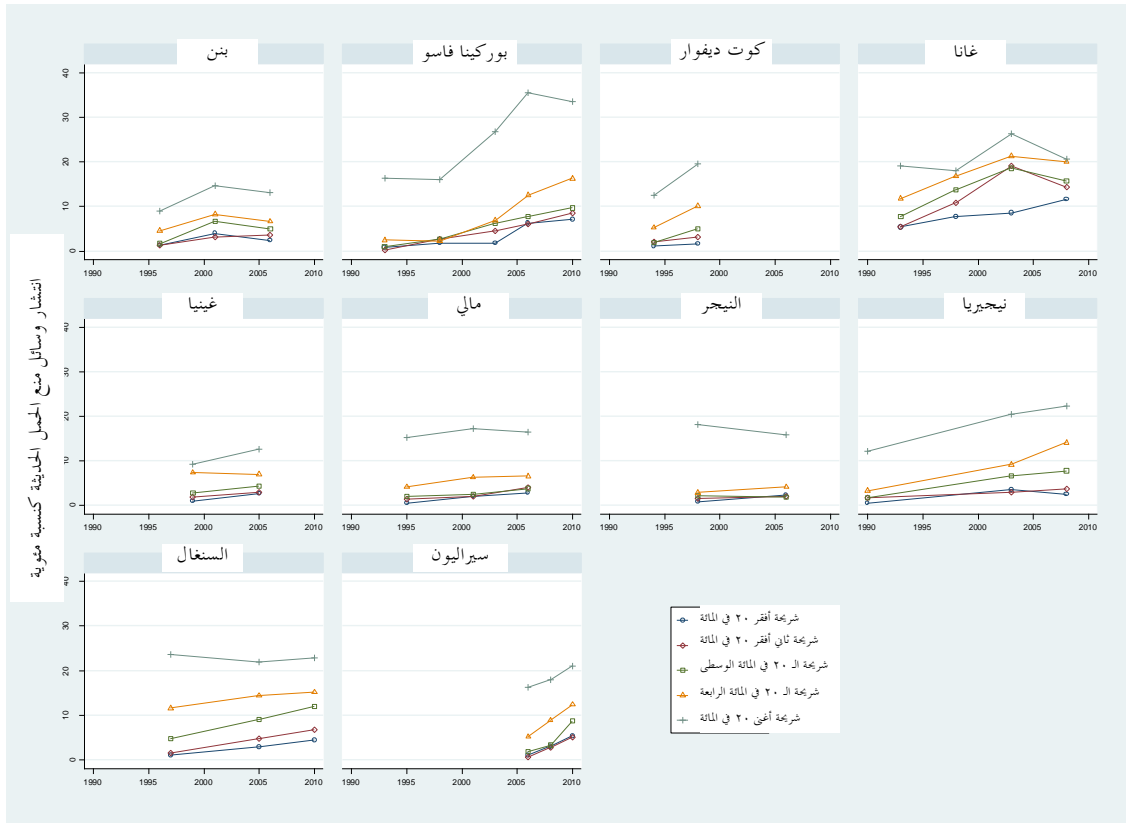
(٢٣٩) J. G. Cleland, R. P. Ndugwa and E. M. Zulu, "Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation?", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 89, No. 2011 (2010), pp. 137-143.

(٢٤٠) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Contraceptive Use 2012* (POP/DB/CP/Rev2012); available from www.unpopulation.org

(٢٤١) N. Ortayli and S. Malarcher, "Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs", *Studies in Family Planning*, vol. 41, No. 2 (2010), pp. 101-108; L. Alkema and others, "National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis", *The Lancet*, vol. 381, No. 9878 (2013), pp. 1642-1652.

الشكل ٢٣

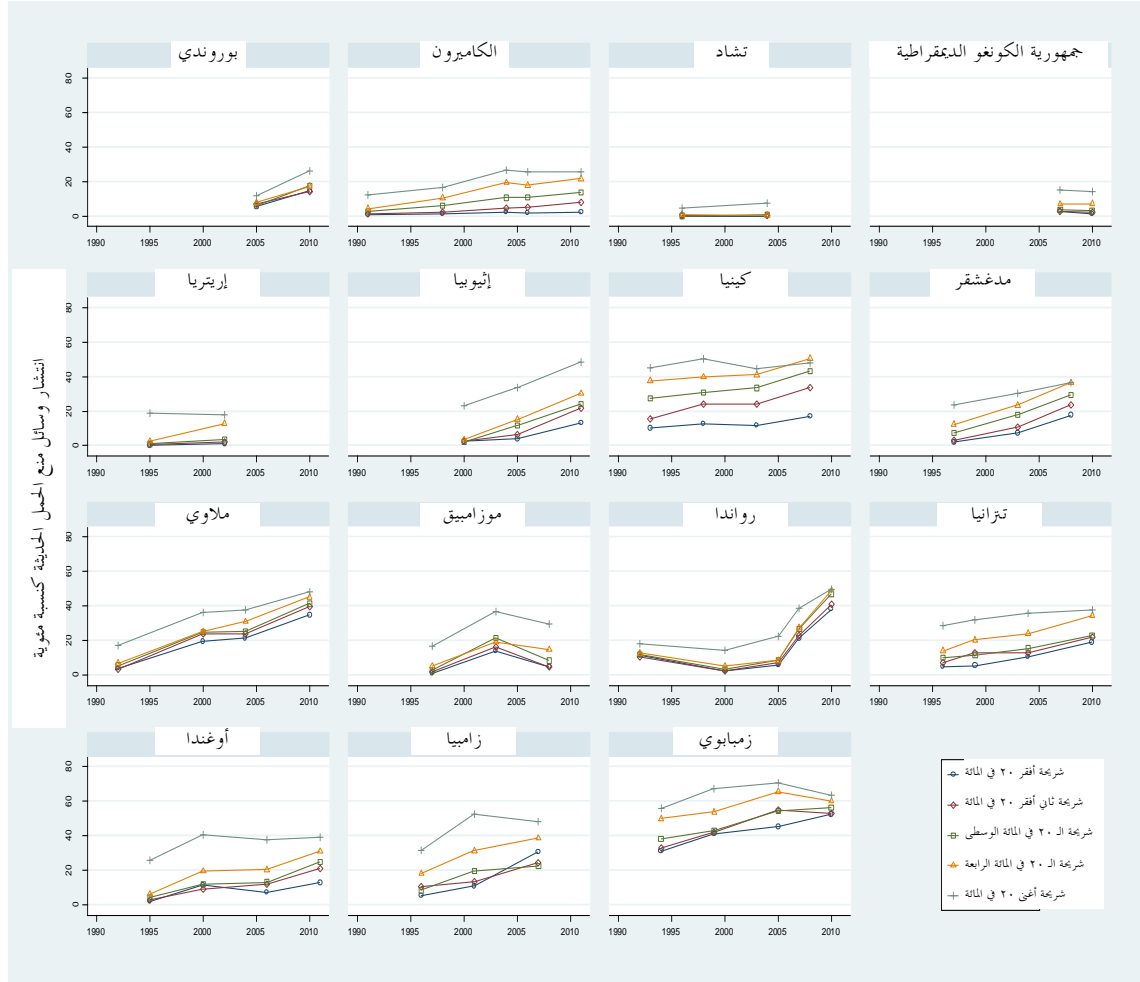
اتجاهات في معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة في شمال وغرب أفريقيا حسب الشريحة الخمسية لثراء الأسر المعيشية



المصدر: الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية Demographic and Health Surveys، المتاحة بالموقع www.measuredhs.com (تم الدخول إليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣)؛ والدراسات الاستقصائية لمجموعات المؤشرات المتعددة Multiple Indicator Cluster Surveys المتاحة بالموقع http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html (تم الدخول إليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣)، جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات لمدة نقطتين زمنيتين على الأقل.

الشكل ٢٤

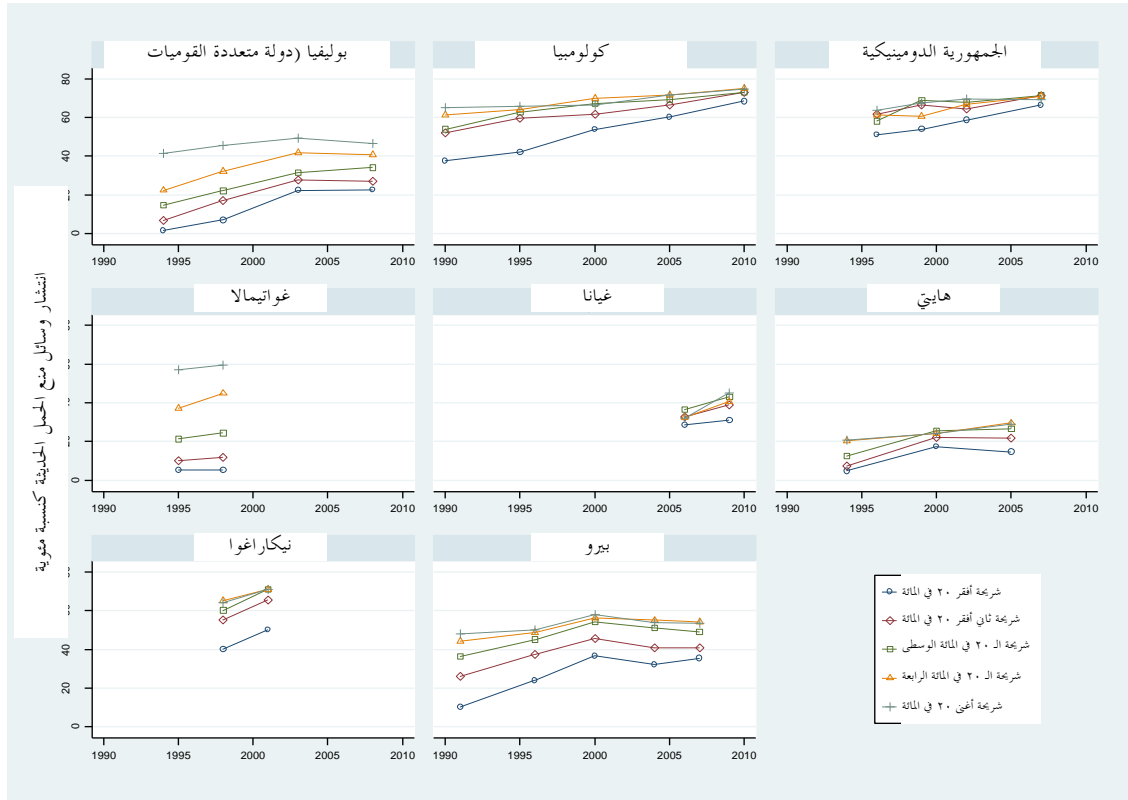
اتجاهات في معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة في شرق وجنوب ووسط أفريقيا
حسب الشريحة الخمسية لثراء الأسر المعيشية



المصدر: الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية Demographic and Health Surveys، المتاحة بالموقع www.measuredhs.com (تم الدخول إليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣)؛ والدراسات الاستقصائية لمجموعات المؤشرات المتعددة Multiple Indicator Cluster Surveys المتاحة بالموقع http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html (تم الدخول إليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣)، جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات لمدة نقطتين زمنيتين على الأقل.

الشكل ٢٥

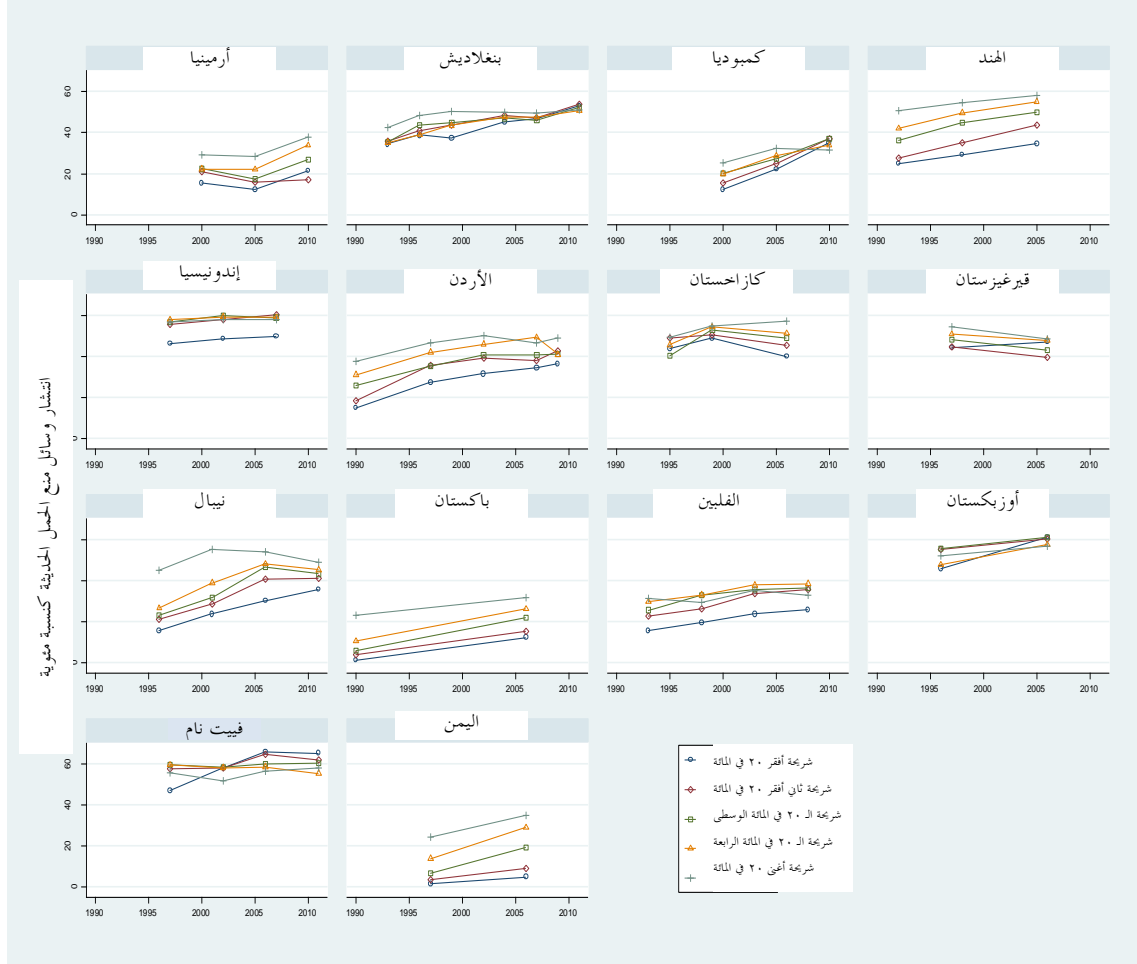
اتجاهات في معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة في الأمريكتين حسب الشريحة
الخامسة لثراء الأسر المعيشية



المصدر: الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية Demographic and Health Surveys، المتاحة بالموقع www.measuredhs.com (تم الدخول إليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣)؛ والدراسات الاستقصائية لمجموعات المؤشرات المتعددة Multiple Indicator Cluster Surveys المتاحة بالموقع http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html (تم الدخول إليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣)، جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات لمدة نقطتين زمنيتين على الأقل.

الشكل ٢٦

اتجاهات في معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة في آسيا حسب الشريحة الخمسية
لثراء الأسر المعيشية



المصدر: الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية Demographic and Health Surveys، المتاحة بالموقع www.measuredhs.com (تم الدخول إليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣)؛ والدراسات الاستقصائية لمجموعات المؤشرات المتعددة Multiple Indicator Cluster Surveys المتاحة بالموقع http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html (تم الدخول إليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣)، جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات لمدة نقطتين زمنيتين على الأقل.

٣٥٠ - وتراجع الاحتياج غير الملبى من الوسائل الحديثة لمنع الحمل على الصعيد العالمي بصورة طفيفة من ٢٠,٧ في المائة في عام ١٩٩٤ إلى ١٨,٥ في المائة في عام ٢٠١٢^(٢٤٢). ويعيش حاليا ٩٠ في المائة من النساء اللاتي لديهن احتياجات غير ملباة من وسائل منع الحمل في بلدان نامية، ويكون هذا الاحتياج أكبر ما يكون بالنسبة للنساء والرجال في أفريقيا. وفي ٢٨ بلدا في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، بما في ذلك جميع بلدان غرب أفريقيا، إلا بلدا واحدا، تبلغ نسبة النساء في عمر الإنجاب اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل أقل من ٢٥ في المائة، مع بلوغ الاحتياجات غير الملباة نسبة لا تقل عن ٣٦ في المائة^(٢٤٣).

٣٥١ - وتشير نتائج الدراسة الاستقصائية العالمية إلى أن نحو ٨ من ١٠ بلدان تصدت لمسألة زيادة إمكانية حصول المرأة على المعلومات والمشورة بشأن الصحة الجنسية والإنجابية (٨٤ في المائة) ومسألة زيادة إمكانية حصول الرجل على معلومات ومشورة وخدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (٧٨ في المائة) خلال السنوات الخمس الماضية. وبالمثل، أفادت ٨ من ١٠ بلدان أنها عاجلت مسألة زيادة إمكانية حصول النساء (٨٢ في المائة) والمراهقين (٧٨ في المائة) على خدمات شاملة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. إلا أن هذه النسبة المتوقعة تتناقض في حالة توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة (٥٥ في المائة) وأبناء الشعوب الأصلية والأقليات الثقافية (٦٢ في المائة).

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
الإطار ١٥

المعلومات والخدمات المتعلقة بمنع الحمل
الصكوك القانونية الأخرى غير الملزمة: تنص المادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة؛ (١٩٧٩؛ بدأ نفاذها في ١٩٨١) على أن "تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية من أجل أن تضمن لها، على أساس تساوي الرجل والمرأة، الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المتعلقة [بتنظيم] الأسرة". إضافة إلى ذلك، تنص المادة ١٦ (١) (هـ) على حماية حق المرأة في "أن تقرر بحرية وبشعور من المسؤولية

.United Nations, Department of Economic and Social Affairs, *World Contraceptive Use 2012* (٢٤٢)

J. Cleland and I. Shah, "The contraceptive revolution: focused efforts are still needed", *The Lancet*, vol. (٢٤٣) 381, No. 9878 (2013), pp. 1604-1606; Alkema and others, "National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015"

عدد أطفالها والفترة بين إنجاب طفل وآخر، وفي الحصول على المعلومات والتثقيف والوسائل الكفيلة بتمكينها من ممارسة“ هذا الحق. واستناداً إلى هذه المعايير، ومع التسليم بالعلاقة المتبادلة بين الاحتياجات غير الملباة في مجال وسائل منع الحمل، وارتفاع معدلات الحمل بين المراهقات، والإجهاض، ووفيات الأمومة، وبأن الحواجز التي تحول دون الحصول على وسائل منع الحمل تؤثر بشكل جائر على فئات سكانية معينة، حثت هيئات رصد المعاهدات منذ عام ١٩٩٤ الدول على كفالة إتاحة الأدوية الواردة في قائمة الأدوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية، بما في ذلك وسائل منع الحمل الهرمونية والعاجلة. وفي تفصيل التزامات الدول بموجب المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، حثت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في التعليق العام رقم ١٤ بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة (٢٠٠٠) الدول على ”أن تمتنع عن تقييد الوصول إلى وسائل منع الحمل وغيرها من وسائل الحفاظ على الصحة الجنسية والإنجابية، وعن ممارسة الرقابة على المعلومات المتعلقة بالصحة، بما في ذلك التثقيف الجنسي والمعلومات الجنسية، أو حجب تلك المعلومات أو تحريفها عمداً، وكذلك الحيلولة دون مشاركة الناس في المسائل ذات الصلة بالصحة“. وعلاوةً على ذلك، ينص التعليق العام رقم ١٥ بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة (٢٠١٣) الذي اعتمده لجنة حقوق الطفل، على أنه ”ينبغي توفير وسائل منع الحمل القصيرة الأجل بسهولة ويسر للمراهقين النشطين جنسياً، مثل الرفالات والوسائل الهرمونية والوسائل العاجلة لمنع الحمل. وينبغي أيضاً توفير وسائل لمنع الحمل طويلة الأجل ودائمة“.

(أ) مزيج وسائل منع الحمل

٣٥٢ - على مدى السنوات العشرين الماضية، شهد التنوع في مزيج وسائل منع الحمل الحديثة زيادة لا بأس بها، واتجهت الابتكارات في المنتجات نحو الابتكارات التي تيسر التركيب (والإزالة)، وتقلل الجرعات، وتخفف الآثار الجانبية^(٢٤٤). إلا أن التشكيلة الحالية من منتجات منع الحمل لا تخلو من مخاطر الإخفاق في منع الحمل ومن الآثار الجانبية التي يكون بعضها خطيراً، وتوجد لدى كثرة من النساء موانع إكلينيكية تحول دون استعمالهن وسائل معينة. ونظراً لأن العملاء يختلفون من حيث الوسيلة التي يفضلونها ومن جهة احتياجاتهم الإكلينيكية، بما في ذلك على مدار حياتهم هم ذاتهم، فإن وجود مجموعة من أنواع وسائل منع الحمل المتميزة من السمات الدالة على توافر السلامة والجودة في خدمات تنظيم الأسرة القائمة على حقوق الإنسان، كما أن توافر خيارات إضافية في الوسائل المتاحة يفضي عادة إلى زيادة انتشار استعمالها بوجه عام.

٣٥٣ - وفي عام ١٩٩٤، غلبت وسيلتا تعقيم الإناث واللولب على مزيج وسائل منع الحمل العالمي، إذ شكلتا نسبة ٣١ و ٢٤ في المائة، على التوالي، من إجمالي وسائل منع الحمل المستخدمة، وتلتهما أقراص منع الحمل بنسبة ١٤ في المائة من الاستخدام العالمي^(٢٤٥). وبعد مضي عشرين عاماً، ما زالت هذه الوسائل الثلاث سائدة، إنما صاحبها قدر أكبر من التنوع في الوسائل الأثوية، يشمل زيادة في استخدام الوسائل التي تؤخذ بالحقن أو التي تزرع تحت الجلد، وزيادة في استخدام الرفالات الذكرية. وما زالت الوسائل الوحيدة التي كانت هي

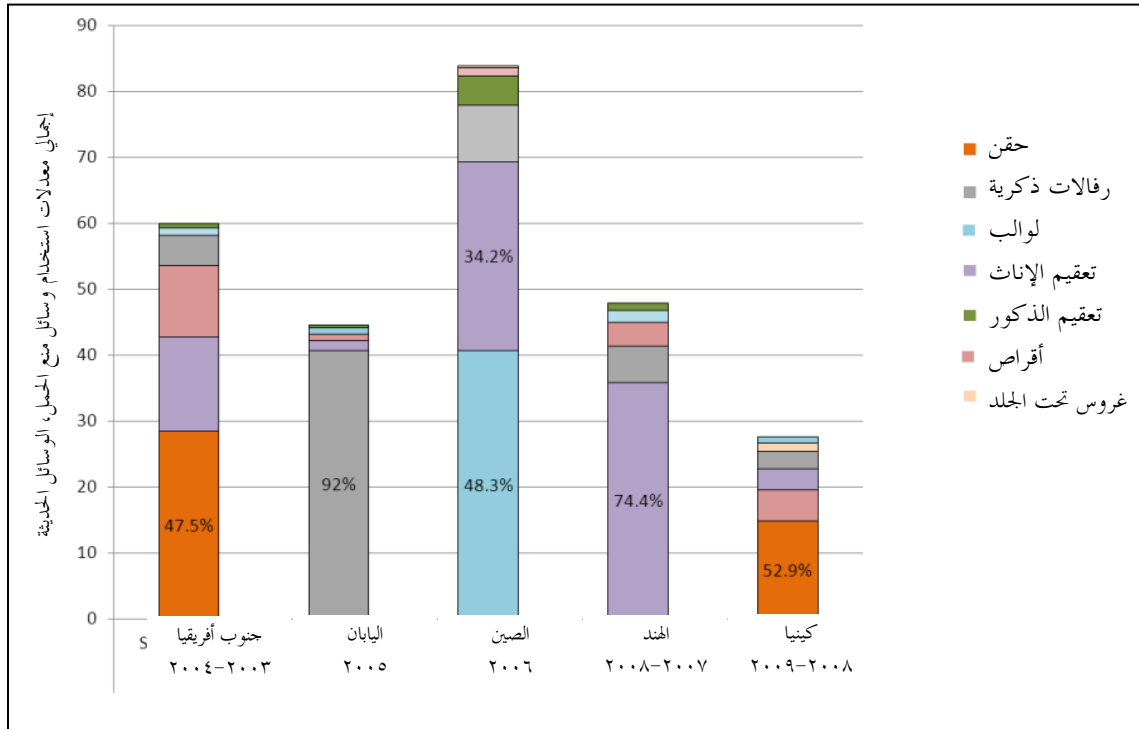
V. Brache and A. Faundes, "Contraceptive vaginal rings: a review", *Contraception* 2010, (٢٤٤) vol. 82, No. 5 (2010), pp. 418-427; Reproductive Health Supplies Coalition, "Caucus on new and underused reproductive health technologies: contraceptive implants", July 2013, available from http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/rhsc-brief-contraceptive-implants_A4.pdf; L. Bahamondes, "Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods of preventing pregnancy", RHL commentary, in *The WHO Reproductive Health Library* (Geneva, World Health Organization, last revised 1 December 2008); available from http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamondesl_com/en/; A. Nelson, "New low-dose extended-cycle pills with levonorgestrel and ethinyl estradiol: an evolutionary step in birth control", *International Journal of Women's Health*, vol. 2 (2010), pp. 99-106

A. Biddlecom and V. Kantorova, "Global trends in contraceptive method mix and implications for (٢٤٥) meeting the demand for family planning", ورقة مقدمة إلى الدورة الثانية والعشرين للمؤتمر العالمي للسكان التابع للاتحاد الدولي للدراسة العلمية للسكان، آب/أغسطس ٢٠١٣؛ وتستند التقديرات النمذجة إلى مصادر منها Alkema and others, "National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015" مزيج وسائل منع الحمل بالاستناد إلى *World Contraceptive Use 2012*

السائدة في بلدان مختارة في تسعينيات القرن الماضي سائدة أيضا في الوقت الحاضر (انظر الشكل ٢٧)، مما يشير إلى محدودية المنتجات المتاحة للاختيار من بينها و/أو محدودية قدرات مقدمي الخدمات في هذه البلدان^(٢٤٦).

الشكل ٢٧

توزيع النسبة المئوية للنساء من الفئة العمرية ١٥ إلى ٤٩ سنة، بحسب وسيلة منع الحمل المستخدمة، مع إبراز وسائل منع الحمل الوحيدة السائدة في بلدان مختارة



المصدر: جنوب أفريقيا، الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، التقرير النهائي، ٢٠٠٣-٢٠٠٤؛ كينيا، الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، التقرير النهائي، ٢٠٠٨-٢٠٠٩؛ اليابان، الاستقصاء الوطني الثالث عشر للخصوبة، ٢٠٠٥؛ الصين، الاستقصاء الوطني لتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، ٢٠٠٦؛ الهند، استقصاء الأسر المعيشية والمرافق على مستوى المقاطعات، ٢٠٠٧-٢٠٠٨؛ نُقل عنها في منشور الأمم المتحدة *World Contraceptive Use 2011* الذي يمكن الاطلاع عليه في الموقع: www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm (جرى تنزيل البيانات وتحليلها في ٥ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣).

(٢٤٦) جنوب أفريقيا، الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، التقرير النهائي، ٢٠٠٣-٢٠٠٤؛ كينيا، قياسات الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، التقرير النهائي، ٢٠٠٨-٢٠٠٩؛ اليابان، الاستقصاء الوطني الثالث عشر للخصوبة، ٢٠٠٥؛ الصين، الاستقصاء الوطني لتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، ٢٠٠٦؛ الهند، استقصاء الأسر المعيشية والمرافق على مستوى المقاطعات (DLHS-3)، ٢٠٠٧-٢٠٠٨؛ نُقل عنها في *World Contraceptive Use 2011* (جرى تنزيله وتحليله في ٥ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣).

٣٥٤ - وقد تعكس البرامج التي تغلب عليها وسيلة وحيدة لمنع الحمل إرث سياسات تنظيم الأسرة التي تفرضها الدولة، ويستمر استخدامها لأسباب اختيار الجمهور لها و/أو توافرها كسلعة منتظمة أو انحياز الموردين لها أو توفير تدريب فني بشأنها^(٢٤٧). وبغض النظر عن سبب وجود البرامج التي يغلب عليها استخدام وسيلة وحيدة لمنع الحمل، فإن هذه البرامج غير قادرة على تلبية الاحتياجات المختلفة للنساء فيما يتعلق بتأجيل الإنجاب والمباعدة بين الحمل والآخر والتوقف عن الإنجاب؛ أو الاحتياجات المتنوعة للنساء من تكنولوجيات منع الحمل المختلفة لأسباب صحية؛ أو تفضيلات المستعملين من خواص فنية مميزة لكل وسيلة في مختلف مراحل حياتهم، من قبيل استعمال الوسائل التي يتحكم فيها المستعمل، والوسائل التي يمكن عكس مفعولها، ضمن وسائل أخرى.

٣٥٥ - ومن معايير برامج تنظيم الأسرة العالية الجودة أن تتوفر مجموعة من الوسائل التي تتسم بسمات إكلينيكية متميزة يمكن توفيرها بأمان للعملاء بأسعار في المتناول. أما الهيمنة المستمرة لوسيلة وحيدة داخل البلدان فتبرز المفاضلة التي تجريها البرامج القطرية بين توفير وسيلة مألوفة على نطاق واسع، مقابل ضخ استثمارات في المنظومة الصحية بهدف تنويع السلع الأساسية وضمان توافر الخبرة اللازمة لدى الموردين لإيصال الوسائل بشكل آمن وكفالة توافر المشورة المستنيرة بشأن مجموعة من الوسائل.

(ب) الوسائل العاجلة لمنع الحمل

٣٥٦ - أُدرجت الوسائل العاجلة لمنع الحمل باعتبارها جزءاً من قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية^(٢٤٨) منذ عام ١٩٩٥؛ وهي مدرجة في المعايير والبروتوكولات والمبادئ التوجيهية الصادرة عن الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد؛ ومسجلة في غالبية البلدان المتقدمة والبلدان النامية، ومسجلة كمنتج يمكن صرفه بدون أمر الطبيب في أكثر من

E. E. Seiber, J. T. Betrand and T. M. Sullivan, "Changes in contraceptive method mix in developing (٢٤٧) countries", *International Family Planning Perspectives*, vol. 33, No. 3 (2007); J. J. Brown, L. Bohua and S. S. Padmadas, "A multilevel analysis of the effects of a reproductive health programme that encouraged informed choice of contraceptive method rather than use of officially preferred methods, "Changing China's (٢٤٨) China 2003-2005", *Population Studies*, vol. 62, No. 2 (2010) contraceptive policy", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 36, No. 4 (December 2010); D. R. Mishell, Jr., "Intrauterine contraception: an under-utilized method of family planning", *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 12, No. 1 (March 2007).

(٢٤٨) WHO, WHO Model List of Essential Medicines, 18th ed. (Geneva, April 2013) يمكن الاطلاع عليها في http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf.

٥٠ بلداً^(٢٤٩). ومع ذلك، فإن عدم كفاية المعارف والمعلومات المتوافرة عن الوسائل العاجلة لمنع الحمل يشكل عوائق تحول دون استخدامها في غالبية البلدان. وتوصلت إحدى اللجان مؤخراً (٢٠١٢) إلى أنه حيثما تكون الوسائل العاجلة لمنع الحمل غير مسجلة، يكون ذلك عموماً بسبب سياسات تقرن الوسائل العاجلة لمنع الحمل بالإجهاض، وبسبب معارضة منع الحمل بوجه عام^(٢٥٠). وأشارت إلى أن تقييد إمكانية الحصول عليها كثيراً ما يعود إلى اشتراطات لا داع لها بصرفها بأمر طبيب أو بسبب عدم توافرها في القطاع العام، وما زالت الوسائل العاجلة لمنع الحمل غير معروفة جيداً لدى مقدمي الرعاية الصحية.

(ج) تعقيم الذكور

٣٥٧ - بالرغم من أن عدد الرجال الذين يستخدمون الرفالات يزداد حيثما تكون الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية مصدراً للقلق، فإن مشاركة الذكور في جهود تنظيم الأسرة الحديثة تقدمت تقدماً ضئيلاً منذ عام ١٩٩٤، ولم تُبلغ إلا قلة قليلة من البلدان عن زيادات في تعقيم الذكور على مدى العشرين عاماً الماضية.

٣٥٨ - ومن أصل ٩٢ بلداً لديه نقطتا قياس للنسبة التي تشكلها وسيلة تعقيم الذكور من إجمالي وسائل منع الحمل المستخدمة^(٢٥١)، ولديه نقطة قياس واحدة على الأقل مسجلة منذ عام ٢٠٠٥ أو خلاله، أبلغ ٣٨ بلداً (٤١ في المائة) بعدم استخدام وسيلة تعقيم للذكور، ولم يكن تعقيم الذكور يسهم بنسبة تزيد على ١٠ في المائة من وسائل منع الحمل السائدة إلا في أربعة بلدان (المملكة المتحدة (٢١ في المائة)، وجمهورية كوريا (١٧ في المائة)، والولايات المتحدة الأمريكية (١٤ في المائة)، وبوتان (١٣ في المائة)). وشهد ٢٧ بلداً (٢٩ في المائة) انخفاضاً في الاستخدام النسبي لتعقيم الذكور منذ عام ١٩٩٤ منها سري لانكا (-٤ في المائة)، والهند (-٢ في المائة)، وتايلند (-٢ في المائة)، وميانمار (-١,٤ في المائة)،

(٢٤٩) International Consortium for Emergency Contraception, Emergency Contraception in National Essential Medicines Lists (December 2013) www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/01/ICEC_EC-in-EMLs_Dec-2013.pdf

(٢٥٠) دراسة حالة إفرادية أعدت من أجل لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية المنقذة لأرواح النساء والأطفال، يمكن الاطلاع عليها في www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities/life-saving-commodities/emergency-contraception

(٢٥١) انظر *World Contraceptive Use 2012* (الحاشية ٢٤٠ أعلاه). نقطة القياس الأولى أقرب إلى عام ١٩٩٤ ونقطة القياس الأخرى أقرب إلى عام ٢٠١٢، مع استخدام عام ٢٠٠٥ كنقطة انتهاء. وكان عدد البلدان في الأصل ١٩٤. واستبعد منها ٢٦ بلداً لنقص البيانات؛ واستبعد ٣٣ بلداً لأنه لم يكن لديه إلا نقطة قياس واحدة؛ واستبعد ٤٣ بلداً لأن آخر نقطة قياس بالنسبة له كانت قبل عام ٢٠٠٥.

والولايات المتحدة الأمريكية (-0,5 في المائة)، مما يشير إلى إما حدوث انخفاض مطلق في استخدام تعقيم الذكور أو إلى زيادة الاعتماد على وسائل أخرى لمنع الحمل (أنثوية إلى حد كبير)^(٢٥٢).

٣٥٩ - وفي عام ٢٠٠٢، اعتمدت ١٨٠ مليون امرأة على وسيلة تعقيم الإناث، مقارنة بـ ٤٣ مليون رجل اعتمدوا على تعقيم الذكور^(٢٥٣). ويعد هذا التفاوت ملفتاً بصفة خاصة بالنظر إلى أن تعقيم الإناث أكثر كلفة وينطوي على مخاطر صحية أكبر ولا يمكن الرجوع فيه، بعكس الإجراء المتبع مع الذكور الآمن نسبياً الذي يمكن الرجوع عنه. وما زال التقدم بطيئاً في مجال البحوث المتعلقة بوسائل منع الحمل الهرمونية للذكور^(٢٥٤).

٣٦٠ - ويجب على الدول، على سبيل الاستعجال، أن توفر على نطاق واسع معلومات وإرشادات عالية الجودة عن فوائده ومخاطر مجموعة كاملة من وسائل منع الحمل عالية الجودة التي يسهل الحصول عليها بأسعار في المتناول، مع إيلاء اهتمام خاص لإمكانية استخدام وسيلتين من رفات الإناث أو الذكور بالنظر إلى استمرار خطر الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية، ويجب عليها كذلك أن تكفل إمكانية الحصول على المعارف المتعلقة بوسائل منع الحمل وعلى الوسائل نفسها، بصرف النظر عن الحالة الزوجية.

٤ - الإجهاض

٣٦١ - يعكس اللجوء إلى الإجهاض ظروفاً عديدة قد يصعب على المرأة أن تحول دون حدوثها، مثل إخفاق الوسيلة في منع الحمل، والجهل بمسألة فترة الخصوبة أو بسبل استخدام وسائل منع الحمل، وصعوبة الحصول على وسائل منع الحمل أو عدم ميسورتها، أو تغير التطلعات الإنجابية، والاختلاف على الرغبة في الحمل بين امرأة ما ومُعاشرها، والخوف من طلب استخدام وسيلة لمنع الحمل إلى المُعاشِر، وممارسة الجنس دون تخطيط مسبق أو قسراً^(٢٥٥). وتختلف معدلات الإجهاض بين البلدان اختلافاً كبيراً (انظر الجدول ١)^(٢٥٦)

J. E. Darroch, "Male fertility control: where are the men?", *Contraception*, vol. 78, No. 4 (2008), (٢٥٢) .pp. S7-S17

.EngenderHealth, *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends* (New York, 2002), chap. 2 (٢٥٣)

J. K. Amory and W. J. Bremner, "Newer agents for hormonal contraception in the male", *Trends in Endocrinology and Metabolism*, vol. 11, No. 2 (2000), pp. 61-66 (٢٥٤)

Gilda Sedgh and others, "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*, vol. 379, No. 9816 (18 February 2012), pp. 625-632 (٢٥٥)

وتشير التقديرات الأخيرة إلى حدوث انخفاض في معدلات الإجهاض وفي حالات الوفاة المتصلة بالإجهاض، وتبين الاتجاهات التالية:

(أ) يتناقص حالياً على الصعيدين العالمي والإقليمي خطر الوفاة بسبب مضاعفات الإجهاض غير المأمون^(٢٥٧). ويعزى هذا التحسن بقدر كبير إلى تحسين التكنولوجيات، وزيادة تطبيق مبادئ منظمة الصحة العالمية التوجيهية المتعلقة بالإجهاض المأمون والرعاية بعد الإجهاض، وزيادة القدرة على إجراء إجهاض مأمون؛

(ب) ما زالت معدلات الوفاة الناجمة عن الإجهاض مرتفعة ارتفاعاً مذهلاً في أفريقيا وآسيا حيث بلغت ٤٦٠ و ١٦٠ وفاة، على التوالي، لكل ١٠٠ ٠٠٠ عملية إجهاض غير مأمونة^(٢٥٧)؛

(ج) انخفض المعدل الإجمالي لحالات الإجهاض على الصعيد العالمي من ٣٥ حالة إجهاض لكل ١ ٠٠٠ امرأة يتراوح عمرها بين ١٥ و ٤٤ سنة في عام ١٩٩٥، إلى ٢٨ في الألف في عام ٢٠٠٣، ثم ظل ثابتاً عند نسبة ٢٩ في الألف في عام ٢٠٠٨^(٢٥٥)؛

(د) انخفضت الأرقام المطلقة لعمليات الإجهاض المقدر من ٤٥,٦ مليون في عام ١٩٩٥ إلى ٤١,٦ مليون في عام ٢٠٠٣^(٢٥٥)، وارتفعت إلى ٤٣,٨ مليون في عام ٢٠٠٨. وتعزى هذه الزيادة إلى جمود معدلات الإجهاض في الفترة من عام ٢٠٠٣ إلى عام ٢٠٠٨، مقترنة بالنمو السكاني مع مرور الوقت؛

(هـ) كانت توجد أعلى معدلات للإجهاض على الصعيد دون الإقليمي في شرق أوروبا (٤٣ لكل ١ ٠٠٠ امرأة)، ومنطقة البحر الكاريبي (٣٩)، وشرق أفريقيا (٣٨)، وجنوب شرق آسيا (٣٦)؛ وكانت توجد أدنى معدلات الإجهاض على الصعيد دون الإقليمي في أوروبا الغربية (١٢)^(٢٥٥)؛

(و) جرت نسبة تقدر بـ ٨٦ في المائة من مجموع حالات الإجهاض في العالم النامي في عام ٢٠٠٨، وهو آخر عام له تقديرات متاحة للاطلاع عليها.

٣٦٢ - وقد التزمت الحكومات في برنامج العمل وفي الإجراءات الأساسية المقررة لمواصلة تنفيذه بإعطاء أولوية قصوى لمنع حالات الحمل غير المرغوب فيه، ومن ثم التزمت ببذل

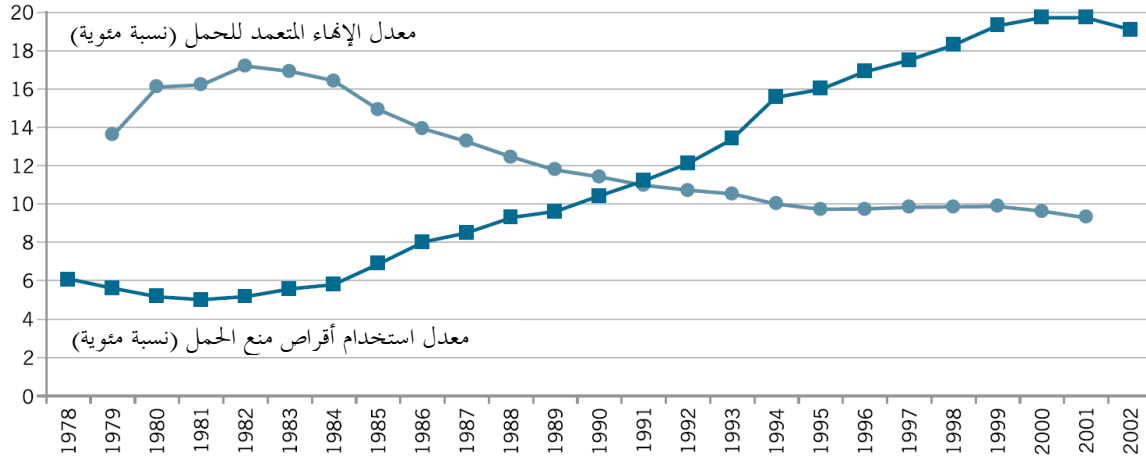
(٢٥٦) جمعت البيانات من Gilda Sedgh and others, "Legal abortion worldwide: incidence and recent trends", *International Family Planning Perspectives*, vol. 33, No. 3 (September 2007), pp. 106-116.

(٢٥٧) WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6th ed. (Geneva, 2011).

”كافة الجهود للقضاء على الحاجة إلى اللجوء إلى الإجهاض“. وتمثل المتطلبات الرئيسية للوفاء بذلك الالتزام في كفاءة توافر المعارف العامة السليمة فيما يتعلق بمخاطر الحمل، وإرساء معايير قوية للمساواة بين الجنسين، وتيسير الحصول على مجموعة من وسائل منع الحمل المأمونة وذات الخصائص المختلفة بأسعار ميسورة. بما يمكن غالبية النساء والرجال من إيجاد وسيلة تتوافق مع احتياجاتهم ومع ما لديهم من موانع للاستعمال. وقد يترافق مع الزيادة في استخدام وسائل منع الحمل أحياناً انخفاضاً مباشراً في معدلات الإجهاض، كما لوحظ في إيطاليا على مدار فترة ٢٠ عاماً (انظر الشكل ٢٨)^(٢٥٨). ورغم أن التفاعل بين معدل الإجهاض واستخدام وسائل منع الحمل الحديثة يتأثر بعوامل أخرى، مثل التطورات الإنجابية، عندما تثبت معدلات الخصوبة على مر الوقت، فإن الزيادة في استخدام وسائل منع الحمل الحديثة الفعالة يقابلها انخفاض في معدلات الإجهاض^(٢٥٩).

الشكل ٢٨

معدلات الإنهاء المتعمد للحمل واستخدام أقراص منع الحمل بين النساء في سن الإنجاب، إيطاليا، الفترة ١٩٧٨-٢٠٠٢



المصدر: منظمة الصحة العالمية، *Women and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (Geneva, 2013)، figure 2D.4. يمكن الاطلاع عليه في http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420_eng.pdf.

Bustreo and others, *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (see (٢٥٨) footnote 183 above); G. Benagiano, C. Bastianelli and M. Farris, "Contraception: a social revolution", *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 12, No. 1 (2007), pp. 3-12

C. Marston and J. Cleland, "Relationships between contraception and abortion: a review of the (٢٥٩) evidence", *International Family Planning Perspectives*, vol. 29, No. 1 (2003), pp. 6-13

٣٦٣ - ويمكن أن تؤثر المساواة بين الجنسين على مخاطر الإجهاض بسبل متنوعة، على سبيل المثال، عن طريق تغيير الطبائع الاجتماعية نحو زيادة المحادثات بين الأزواج بشأن منع الحمل^(٢٦٠)، وعن طريق إلغاء القوانين التمييزية من قبيل قانون إخطار الزوج أو استئذانه، أو من خلال اعتماد قوانين أكثر صرامة تحدّ من مخاطر التعرض للعنف من جانب الشريك الحميم^(٢٦١).

٣٦٤ - وبالرغم مما شهد من انخفاض في معدلات الإجهاض في جميع مناطق العالم في الفترة بين عامي ١٩٩٦ و ٢٠٠٣، فإن أكبر انخفاض حدث في أوروبا^(٢٥٥) (انظر الشكل ٢٩)، مما يعكس معدلات إجهاض مرتفعة نسبياً في أوروبا الشرقية في عام ١٩٩٦، وانخفاضاً حاداً في تلك المعدلات بحلول عام ٢٠٠٣. وكانت معدلات الإجهاض أقل كثيراً ومستقرة نسبياً على مر الزمن في أوروبا الغربية.

٣٦٥ - ويعكس انخفاض معدلات الإجهاض في أوروبا الغربية انتشار سبل الحصول على المعارف المتعلقة بوسائل منع الحمل وعلى الوسائل نفسها، بما يشمل التثقيف الجنسي الشامل للشباب، وارتفاع مستوى المساواة بين الجنسين. وقد هيأت هذه العوامل بيئة مواتية لاستخدام وسائل منع الحمل، ولتراجع معدلات الإجهاض.

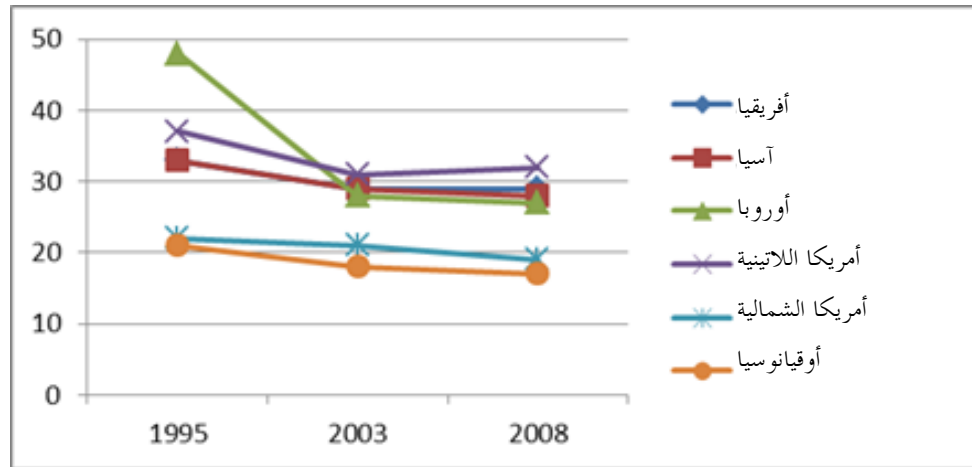
M. Do and N. Kurimoto, "Women's empowerment and choice of contraceptive methods in selected (٢٦٠) African countries", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 38, No. 1 (2012), pp. 23-33; I. H. Moshia and R. Ruben, "Communication, knowledge, social network and family planning utilization among couples in Mwanza, Tanzania", *African Journal of Reproductive Health*, vol. 17, No. 3 (2013), pp. 57-69; A. A. Bawah, "Spousal communication and family planning behavior in Navrongo: a longitudinal assessment", *Studies in Family Planning*, vol. 33, No. 2 (2002), pp. 185-194; W. I. De Silva, "Husband-wife communication and contraceptive behaviour .in Sri Lanka", *Journal of Family Welfare*, vol. 40, No. 2 (1994), pp. 1-13

G. E. Ely and M. D. Otis, "An examination of intimate partner violence and psychological stressors in adult (٢٦١) abortion patients", *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 26, No. 16 (2011), p. 3248; D. K. Kaye and others, "Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 11, No. 1 (2006), pp. 90-101; T. W. Leung and others, "A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 77, No. 1 (2002), pp. 47-54; D. Kaye, "Domestic violence among women seeking post-abortion care", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, No. 3 (2001), pp. 323-325; IPAS, "Youth perspectives reveal abortion stigma and gender inequity are barriers to education on safe abortion", available from www.ipas.org/en/News/2013/October/Youth-perspectives-reveal-abortion-stigma-and-gender-inequity-are-barriers-to-education-on.aspx

٣٦٦ - وعلى الدول أن تسعى جاهدة للقضاء على دواعي الإجهاض عن طريق إتاحة حصول الجميع على الثقافة الجنسية الشاملة ابتداءً من سن المراهقة، وعلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك وسائل منع الحمل الحديثة، وتوفيرها لجميع الأشخاص الذين يحتاجون إليها؛ وعن طريق إتاحة الحصول على الواقيات الذكرية والأنثوية بأسعار ميسورة على نطاق واسع، وإتاحة الحصول على وسائل منع الحمل العاجلة سرا وفي الوقت المناسب؛ وعن طريق تنفيذ برامج مدرسية وإعلامية تعزز القيم التي تساوي بين الجنسين وتشجع التفاوض بين الأزواج بشأن المسائل المتعلقة بالعلاقات الجنسية ومنع الحمل؛ وباحترام حقوق الإنسان وحمايتها وتعزيزها، من خلال إنفاذ القوانين التي تتيح للنساء والفتيات العيش دون التعرض للعنف القائم على نوع الجنس.

الشكل ٢٩

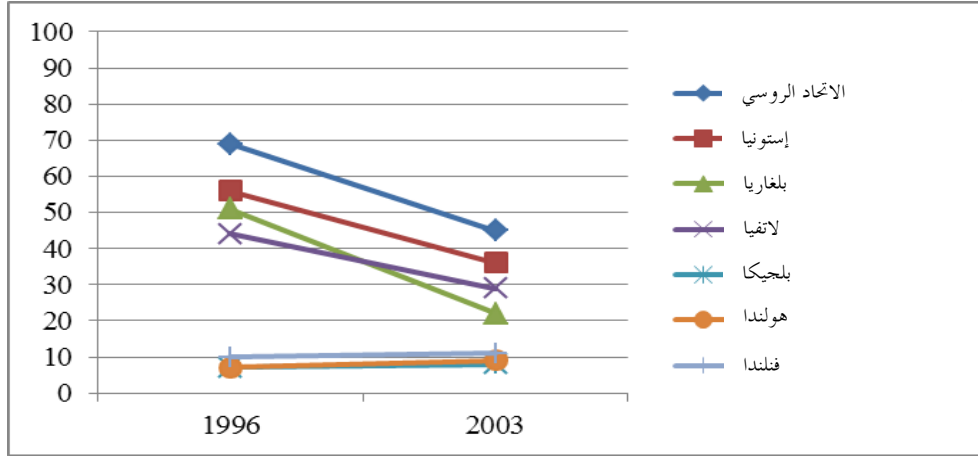
حالات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة يتراوح عمرها بين ١٥ و ٤٤ عاماً، التقديرات الإقليمية المرجحة للأعوام ١٩٩٥ و ٢٠٠٣ و ٢٠٠٨



المصدر: تستند الأرقام إلى البيانات الواردة في G. Sedgh and others, "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", The Lancet, vol. 379, No. 9816 (18 February 2012).

الشكل ٣٠

عدد حالات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٤ سنة، في مجموعة مختارة من البلدان الأوروبية حيث الإجهاض متاح قانوناً، للفترة الممتدة بين عامي ١٩٩٦ و ٢٠٠٣



المصدر: يستند الشكل على البيانات الواردة في مقالة Gilda Sedgh and others "Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995-2008; The Lancet vol. 379, No 9816 (18 February 2012).

الجدول ١

عدد حالات الإجهاض القانوني في البلدان التي يُبلَّغ فيها عن كل الحالات تقريباً، للفترة ٢٠٠١-٢٠٠٦

البلد/الإقليم	عام آخر تقدير متاح	عدد حالات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٤ سنة	عدد حالات الإجهاض لكل ١٠٠ مولود حي
كوبا	٢٠٠٤	٥٧	١٠٩
الاتحاد الروسي	٢٠٠٣	٤٥	١٠٤
إستونيا	٢٠٠٣	٣٦	٨٢
بيلاروس	٢٠٠٣	٣٥	٩١
لاتفيا	٢٠٠٣	٢٩	٦٩
هنغاريا	٢٠٠٣	٢٦	٥٧
بلغاريا	٢٠٠٣	٢٢	٥٢
الولايات المتحدة الأمريكية	٢٠٠٣	٢١	٣١
نيوزيلندا	٢٠٠٣	٢١	٣٣

البلد/الإقليم	عام آخر تقدير متاح	أعمارهن بين ١٥ و ٤٤ سنة	عدد حالات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح لكل ١٠٠ مولود حي
أستراليا	٢٠٠٣	٢٠	٣٤
السويد	٢٠٠٣	٢٠	٣٤
بورتوريكو	٢٠٠١	١٨	٢٨
إنكلترا وويلز	٢٠٠٣	١٧	٢٩
فرنسا	٢٠٠٣	١٧	٢٦
سلوفينيا	٢٠٠٣	١٦	٤٠
ليتوانيا	٢٠٠٣	١٥	٣٨
الدانمرك	٢٠٠٣	١٥	٢٤
النرويج	٢٠٠٣	١٥	٢٥
كندا	٢٠٠٣	١٥	٣١
سنغافورة	٢٠٠٣	١٥	٣١
إسرائيل	٢٠٠٣	١٤	١٤
الجمهورية التشيكية	٢٠٠٣	١٣	٢٩
سلوفاكيا	٢٠٠٣	١٣	٣١
اسكتلندا	٢٠٠٣	١٢	٢٣
إيطاليا	٢٠٠٣	١١	٢٥
فنلندا	٢٠٠٣	١١	١٩
هولندا	٢٠٠٣	٩	١٤
ألمانيا	٢٠٠٣	٨	١٨
بلجيكا	٢٠٠٣	٨	١٤
سويسرا	٢٠٠٣	٧	١٥
تونس	٢٠٠٠	٧	٩
جنوب أفريقيا	٢٠٠٣	٦	٦
نيبال	٢٠٠٦	٥	٤

المصدر: البيانات مجمعة من مقالة G. Sedgh and others, "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", The Lancet, vol. 379, No. 9816 (18 February 2012).

٣٦٧ - يبيّن الانخفاض في معدلات الإجهاض في أوروبا الشرقية زيادة توافر واستخدام الخدمات والسلع الأساسية الحديثة المرتبطة بتنظيم الأسرة بعد تفكك الاتحاد السوفياتي. ومع ذلك، فإن استمرار الارتفاع النسبي في معدلات الإجهاض المقدّرة للفترة ٢٠٠١-٢٠٠٦

٢٠٠٥ الاتحاد الروسي (٤٥ لكل ١٠٠٠ امرأة)، وإستونيا (٣٦)، وبيلاروس (٣٥)، وبلغاريا (٢٦)، ولاتفيا (٢٩)^(٢٥٦)، المتزامن مع معدلات لاستخدام وسائل منع الحمل الحديثة شبيهة بتلك السائدة في أوروبا الغربية (معدلات انتشار وسائل منع الحمل لأي سنة متاحة، للفترة من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠٠٦ هي كما يلي: الاتحاد الروسي (٦٤,٦ في المائة من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة)، وإستونيا (٥٧,٩ في المائة)، وبيلاروس (٥٦ في المائة)، وبلغاريا (٤٠,١ في المائة)، ولاتفيا (٥٥,٥ في المائة)^(٢٦٢)، توحى بتأخر ممكن في استخدام وسائل منع الحمل استخداما فعالا أو فشل تلك الوسائل. وثمة تباين مماثل واضح في كوبا، حيث معدّل الإجهاض هو من أعلى المعدلات في العالم (٥٧ حالة لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٤ سنة)^(٢٥٦) على الرغم من تشابه المعدلات العالية المبلغ عنها لاستخدام وسائل منع الحمل الحديثة؛ حيث بلغ معدل انتشار وسائل منع الحمل بما ٧٢,١ في المائة في عام ٢٠٠٠، و ٧١,٦ في المائة في عام ٢٠٠٦^(٢٦٢). وتؤكد هذه الحالات على أن الحصول على وسائل منع الحمل أمر ضروري، إلا أنه قد لا يكون كافيا للحد من حالات الإجهاض، وأن سلوكيات ثقافية أخرى قد تتطلب تفهّما وتدخّلا، بما في ذلك المغزى الاجتماعي والرمزي لاستخدام وسائل منع الحمل في بعض العلاقات، وقواعد التواصل بين الشركاء، والتوقعات الاجتماعية للممارسات الجنسية، والمفهوم المحلي المرتبط بالإجهاض، وخطر الجنس القسري.

٣٦٨ - وقد تحققت مكاسب هامة في مجال الحد من الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون منذ عام ١٩٩٤، ولا سيما في البلدان التي أجرت تغييرات شاملة وتكاملية في قوانينها وممارساتها للتعامل مع الإجهاض بوصفه شاغلا صحيا عاما (انظر دراسة حالة الأوروغواي أدناه). ومع ذلك، ظلّ عدد الوفيات المتصلة بالإجهاض ثابتا في الأعوام الأخيرة، حتى مع استمرار التراجع في الوفيات النفاسية عموما. وحتى عام ٢٠٠٨، تسبّب الإجهاض غير المأمون بزهاء ٤٧٠٠٠ حالة وفاة نفاسية، بانخفاض عن عام ١٩٩٠ حينما قارب عدد الوفيات ٦٩٠٠٠ حالة^(٢٦٣). ولكن بما أن عدد الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون قد انخفض ببطء أكبر من عدد الوفيات النفاسية الإجمالي، يبدو أن عمليات

(٢٦٢) استمدت البيانات عن معدل انتشار وسائل منع الحمل من قاعدة بيانات مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية المتاحة على الرابط التالي: mdgs.un.org/unsd/mdg/data.aspx.

(٢٦٣) Ahman, E and Shah, I, New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality, International Journal of Gynecology and Obstetrics, vol. 115, No. 2 (2011), pp. 121-126.

الإجهاض غير المأمون هي سبب وجود نسبة متزايدة من الوفيات النفاسية على الصعيد العالمي^(٢٦٤).

دراسة حالة إفرادية: القضاء على الوفيات النفاسية الناجمة عن الإجهاض غير المأمون الأوروغواي

منذ عام ٢٠٠١، حققت الأوروغواي تقدماً هاماً في الحد من الوفيات النفاسية الناجمة عن الإجهاض غير المأمون من خلال تنفيذ نموذج الأوروغواي للوقاية من المخاطر والأضرار *Modelo Uruguayo de Prevención de Riesgo y Daño*. ويقوم هذا النموذج على التزامات لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٤). ويهدف إلى الحد من المخاطر والأمراض الناجمة عن الإجهاض غير المأمون، التي عُزيت إليها نسبة ٤٢ في المائة من الوفيات النفاسية في عام ٢٠٠١، و ٢٨ في المائة في عام ٢٠٠٢، و ٥٥ في المائة في عام ٢٠٠٣.

ويستند النموذج إلى ثلاث ركائز، هي: احترام قرار المرأة؛ وتوحي السرية والممارسة المهنية الطبية الملتزمة؛ واعتبار حالات الإجهاض قضية من قضايا الصحة العامة لا قضية قانونية أو جنائية. وتحظى جميع النساء، بمن فيهن المراهقات، بإمكانية الوصول إلى فريق متعدد التخصصات من أطباء أمراض النساء والقابلات والأخصائيين النفسيين والمرضات والأخصائيين الاجتماعيين الذين يقدمون المعلومات لمرحلي ما قبل الإجهاض وما بعده، بالإضافة إلى المشورة والرعاية، بما في ذلك معلومات عن بدائل الإجهاض، وأساليب الإجهاض المتاحة ومخاطرها، في إطار نهج رعاية صحية شامل يتضمّن أيضاً معالجة المضاعفات، وإعادة التأهيل، وتوفير إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل. ومفتاح نجاح النموذج هو أن جميع المهنيين في مجال الصحة الجنسية والإنجابية يخضعون للتدريب لتقديم المشورة لما قبل الإجهاض وما بعده.

وقد لوحظت نتائج مشجعة بعد وقت قصير من تنفيذ النموذج. وفي الفترة من عام ٢٠٠٤ إلى عام ٢٠٠٧، لم يتعدّ عدد الوفيات النفاسية من الإجهاض غير المأمون في الأوروغواي حالتين، ومن عام ٢٠٠٨ إلى عام ٢٠١١ لم تتوفّر أي امرأة بسبب الإجهاض غير المأمون. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يمكن تكييف هذا النموذج وتكراره في بلدان أخرى.

وفي عام ٢٠١٢، أصبحت الأوروغواي ثالث بلد في أمريكا اللاتينية بعد كوبا وغيانا يلغي تجريم الإجهاض من خلال سن قانون الإهلاء الطوعي للحمل الذي يكفل

(٢٦٤) انظر وثيقة المعلومات الأساسية المقدّمة إلى استعراض عمل البرنامج لما بعد عام ٢٠١٤ (حزيران/يونيه ٢٠١٣) "Sexual and Reproductive Health and Rights Thematic Report" Ringheim K.

حق المرأة في الإجهاض المأمون خلال الأسابيع الاثني عشر الأولى من الحمل، وخلال الأربعة عشر أسبوعاً في حالة الاغتصاب. وتدخّل المراهقات في إطار هذا القانون من خلال مفهوم "الاستقلال الذاتي التدريجي"، استناداً إلى المادة ٨ من قانون الأطفال والمراهقين الذي يشير إلى عملية تنمية القدرات المتطورة لكل فرد حتى يتمكن من التمتع بكامل حقوقه.

وهذه المبادرات، جنباً إلى جنب مع القانون المتعلق بحماية الحق في الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية (٢٠٠٨)، الذي يقتضي من مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص تقديم الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة، بما في ذلك تقديم المشورة الخاصة والسرية، وإمكانية الحصول مجاناً على وسائل منع الحمل الجيدة النوعية في الخدمات العامة، وقانون التثقيف الجنسي (٢٠٠٩)، الذي يضمن طابعاً مؤسسياً على التثقيف الجنسي في جميع مستويات التعليم النظامي، من رياض الأطفال إلى تدريب المعلمين، قد ساهمت في تحقيق أوروغواي أدنى معدل وفيات نفاسية في أمريكا اللاتينية وثالث أدنى معدّل في الأمريكتين. وفي عام ٢٠١٢، وهو آخر عام توفرت فيه البيانات، بلغ معدل الوفيات النفاسية في الأوروغواي ٣،١٠ لكل ١٠٠ مولود حي.

٣٦٩ - وفي أفريقيا كلها (٩٧ في المائة) (باستثناء أفريقيا الجنوبية)، وكذلك في أمريكا الوسطى والجنوبية، لا تزال جميع حالات الإجهاض تقريباً غير مأمونة^(٢٥٥). ولكن هذا الرقم يخفي اختلافات هائلة بين المناطق في خطر الوفاة بسبب الإجهاض، الذي تزيد نسبته خمس عشرة مرة في أفريقيا عن أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي^(٢٦٣). وكذلك، أفريقيا هي المنطقة التي شهدت أقل انخفاضاً في عدد الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون منذ عام ١٩٩٠^(٢٦٥). ففي أمريكا اللاتينية فإن الانخفاض التقديري في الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون كان من ٨٠ إلى ٣٠ في المائة لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة إجهاض، في حين تراجع عدد الوفيات في أفريقيا من العدد الهائل البالغ ٦٨٠ حالة وفاة إلى ٤٦٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة إجهاض (وإلى ٥٢٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ حالة إجهاض في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى)^(٢٦٥).

٣٧٠ - واعترف برنامج العمل بأن الإجهاض غير المأمون هو مشكلة صحية عامة رئيسية، وأن الحكومات تتحمل مسؤولية توفير الرعاية والإرشاد في مرحلة ما بعد الإجهاض.

(٢٦٥) منظمة الصحة العالمية World Health Organization, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd ed. (Geneva, 2012).

وفي عام ١٩٩٥، وضعت منظمة الصحة العالمية توصيات تقنية لتحسين نوعية الخدمات المتعلقة بالإجهاض حيثما يكون تقديم تلك الخدمات قانونياً، ولتحسين خدمات الرعاية العاجلة للنساء اللواتي يصلن إلى المراكز الصحية ويعانين مضاعفات ما بعد الإجهاض، ويكتسي هذا الأمر الأخير أهمية خاصة في البلدان التي يكون فيها الإجهاض غير قانوني^(٢٦٦). وفي عام ١٩٩٩، عند استعراض الخمس سنوات لبرنامج العمل، بدأت منظمة الصحة العالمية سلسلة من المشاورات أدت إلى إصدار منشور: *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (الإجهاض المأمون: إرشادات تقنية وسياساتية للنظم الصحية)، وتمت الموافقة على هذا المنشور في تموز/يوليه ٢٠٠٣ وأصدر باللغات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية ولغات عديدة غير رسمية. ويعزو العديد من الوكالات الانخفاض الذي حدث مؤخراً في الوفيات المرتبطة بالإجهاض إلى استخدام الإرشادات الواردة في هذا المنشور.

٣٧١ - وينبغي للدول أن تتخذ تدابير ملموسة للإسراع بالحد من المضاعفات والوفيات المتصلة بالإجهاض عبر زيادة فرص الحصول على الرعاية بعد الإجهاض، من دون تمييز، لجميع النساء اللاتي يعانين مضاعفات الإجهاض غير المأمون، وضمان أن تنفذ كافة الجهات المقدمة للرعاية الإرشادات الواردة في منشور منظمة الصحة العالمية *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (الإجهاض المأمون: إرشادات تقنية وسياساتية للنظم الصحية)، لتقديم رعاية جيدة، وإزالة العقبات القانونية أمام تقديم الخدمات. وينبغي للدول أن تزيل العوائق القانونية التي تمنع النساء والفتيات من الحصول على الإجهاض المأمون، بما في ذلك تنقيح القيود المنصوص عليها في قوانين الإجهاض السارية، لحماية حياة النساء والفتيات، وحيثما يكون الإجهاض قانونياً، كفالة إمكانية حصول جميع النساء على خدمات إجهاض جيدة النوعية.

٣٧٢ - ووجدت الدراسة الاستقصائية العالمية أن ٥٠ في المائة من البلدان فحسب عاجلت مسألة "توفير الوصول إلى خدمات الإجهاض المأمون إلى الحد الذي يسمح به القانون" في السنوات الخمس الماضية. ولكن نسبة أكبر من البلدان (٦٥ في المائة)، عاجلت مسألة "منع الإجهاض غير المأمون وإدارة الآثار المترتبة عليه". وكانت نسبة الحكومات التي عاجلت هذه المسألة متناسبة عكسياً مع ثراء البلدان. وبالتالي، في حين عاجلت ٦٩ في المائة من البلدان ذات الدخل الأدنى هذه المسألة عن طريق وضع السياسات العامة وتخصيص أموال من الميزانية واتخاذ إجراءات ملموسة، لم تقم بالأمر نفسه إلا نسبة ٢٩ في المائة من البلدان

Paul F. A. Van Look, Jane Cottingham, "WHO's Safe Abortion Guidance Document," *American Journal of Public Health*, April 2013 (103)(4), pp. 593-6

الأغنى. وقد يعكس هذا ارتفاع معدل انتشار حالات الإجهاض غير المأمون في البلدان ذات الدخل المنخفض.

٣٧٣ - وتتفاوت إمكانية الحصول على الإجهاض المأمون والخدمات المرتبطة به وإدارة مضاعفاته اختلافا كبيرا عبر البلدان والمناطق وداخلها. وفي ما يتعلق بإدارة مضاعفات الإجهاض، تؤكد الأدلة القائمة على بيانات الرقم القياسي لجهود برنامج الأمومة والمواليد على أنه في معظم البلدان النامية تكون الفرص المتاحة أمام النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية للحصول على هذه الخدمات أقل بكثير من غيرهن^(٢٦٧).

٣٧٤ - وعند تصنيف البلدان حسب قوانين الإجهاض السارية فيها (البلدان الأكثر تقييدا، والتي تقل فيها القيود بقدر ما، وأقل الأقل تقييدا)^(٢٦٨)، فإن نسبة البلدان التي تعالج مسألة "منع الإجهاض غير المأمون وإدارة الآثار المترتبة عليه" كانت الأدنى (٧٢ في المائة) بين البلدان المصنفة بأن لديها القوانين الأكثر تقييدا. وبالمثل، فإن ٤٨ في المائة فقط من بلدان هذه الفئة قد عالجت مسألة "توفير الوصول إلى خدمات الإجهاض المأمون إلى الحد الذي يسمح به القانون".

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ١٦

الإجهاض

صكوك قانونية غير ملزمة أخرى: تطورت معايير حقوق الإنسان منذ عام ١٩٩٤ فعززت التزامات الدول في ما يتعلق بالإجهاض ووسّعت نطاقها. وفي سلسلة من الملاحظات الختامية، سلّطت هيئات رصد المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان الضوء على العلاقة بين قوانين الإجهاض التقييدية، ووفيات الأمهات أثناء النفاس، والإجهاض غير المأمون^(٢٦٩)؛ وأدانت المنع المطلق للإجهاض^(٢٧٠)؛ وحثّت الدول على إزالة التدابير

(٢٦٧) تحليل يستند إلى بيانات الرقم القياسي لجهود برنامج الأمومة والمواليد المتاح على الرابط التالي: <http://www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm>.

(٢٦٨) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Abortion Policies 2013*؛ متاح على الرابط التالي: www.unpopulation.org.

(٢٦٩) الملاحظات الختامية للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري السادس لباراغواي (الفقرة ٣١ أ) من الوثيقة CEDAW/C/PRY/CO/6؛ والتقرير الدوري الرابع لشيلي، (الفقرة ٢٠ من الوثيقة CEDAW/C/CHI/CO/4)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الثالث المقدم من الفلبين (الفقرة ٣١ من الوثيقة E/C.12/PHL/CO/4)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بحقوق الإنسان، عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الثالث المقدم من زامبيا (الفقرة ١٨ من الوثيقة CCPR/C/ZMB/CO/3).

ضد النساء والفتيات اللاتي يجربن عمليات إجهاض ومقدمي الرعاية الصحية الذين يقدمون خدمات الإجهاض^(٢٧١). وبالإضافة إلى ذلك، أكدت هيئات رصد المعاهدات أنه ينبغي للدول، كحد أدنى، إلغاء تجريم الإجهاض وكفالة إمكانية الحصول على الإجهاض عندما يشكّل الحمل خطراً على حياة المرأة أو صحتها، وعند تشوّه الجنين تشوّهاً حاداً، وعندما يكون الحمل نتيجة اغتصاب أو سفاح المحارم^(٢٧٢). ومع ذلك، فإن اللجنة المعنية بحقوق الإنسان أشارت إلى أن هذه الاستثناءات قد لا تكون كافية لكفالة حقوق الإنسان للمرأة، وأنه في البلدان التي تميز قوانينها الإجهاض، يجب أن تتاح خدمات الإجهاض وأن يسهل الحصول عليها وأن تكون مقبولة وأن تكون جيدة النوعية^(٢٧٣). وبغض النظر عن الوضع القانوني، أبرزت هيئات رصد المعاهدات ضرورة أن تكفل الدول سرية الإجهاض والرعاية الملائمة بعده^(٢٧٤).

(٢٧٠) الملاحظات الختامية للجنة مناهضة التعذيب، عقب نظر اللجنة في التقرير الأولي المقدم من نيكاراغوا (الفقرة ١٦ من الوثيقة CAT/C/NIC/CO/1)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بحقوق الإنسان، عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري السادس المقدم من السلفادور (الفقرة ١٠ من الوثيقة CCPR/C/SLC/CO/6)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الثالث لشيلى (الفقرتان ٢٦ و ٥٣ من الوثيقة E/C.12/1/Add.105).

(٢٧١) اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة ٢٤ بشأن المادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة المتعلقة بالمرأة والصحة، التي اعتمدها اللجنة في دورتها العشرين (انظر A/54/38/Rev.1، الجزء الأول، الفصل الأول، الجزء ألف)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بحقوق الإنسان عقب نظر اللجنة في التقرير الرابع المقدم من كوستاريكا (الفقرة ١١ من الوثيقة CCPR/C/79/Add.107)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بحقوق الطفل عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الرابع المقدم من نيكاراغوا (الفقرة ٥٩ (باء) من الوثيقة CRC/C/NIC/CO/4).

(٢٧٢) الملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل عقب نظر اللجنة في التقرير الأولي لتشاد، (الفقرة ٣٠، من الوثيقة CRC/C/15/Add.107)؛ والتقرير الدوري الثالث لشيلى، (الفقرة ٥٦، من الوثيقة CRC/C/CHL/CO/3)؛ والتقرير الدوري الرابع لكوستاريكا (الفقرة ٦٤ (حيم) من الوثيقة CRC/C/CRI/CO/4)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بحقوق الإنسان، عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الثالث لغواتيمالا (الفقرة ٢٠ من الوثيقة CCRP/C/GTM/CO/3)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وفي أعقاب نظر اللجنة في التقرير الدوري الخامس للجمهورية الدومينيكية (الفقرة ٢٩ من الوثيقة E/C.12/DOM/CO/3)؛ والتقرير الدوري الثالث لشيلى (الفقرة ٥٣ من الوثيقة E/C.12/1/Add.105).

(٢٧٣) الملاحظات الختامية للجنة المعنية بحقوق الإنسان عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الخامس لبولندا (الفقرة ٨ من الوثيقة CCPR/CO/82/POL).

(٢٧٤) الملاحظات الختامية للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الثاني لسيلوفاكيا (الفقرة ٢٤ من الوثيقة E/C.12/SVK/CO/2)؛ والملاحظات الختامية للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الرابع لشيلى (الفقرة ٢٠ من الوثيقة CEDAW/C/CHI/CO/4).

حالات الإجهاض بين الشباب

٣٧٥ - في عام ٢٠٠٨، بلغت نسبة الشباب اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ سنة في البلدان النامية والسلافي أجرين إجهاضا غير مأمون ٤١ في المائة من مجموع حالات الإجهاض غير المأمون (٨,٧ ملايين حالة)، ومن هذا العدد جرت ٣,٢ مليون حالة إجهاض لفتيات تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة^(٢٧٥). وتتعرض المراهقات الصغيرات أكثر من غيرهن لخطر مضاعفات الإجهاض غير المأمون، وقرابة نصف الوفيات الناجمة عن الإجهاض تحدث للنساء دون سن الخامسة والعشرين^(٢٧٦). وتشير الدلائل إلى أن المراهقات أكثر عرضة للتأخر في السعي للحصول على خدمات الإجهاض، وحتى في البلدان التي قد يكون الإجهاض قانوني فيها، فإنهن يلجأن إلى مقدمي خدمات الإجهاض غير المأمون بسبب الخوف والافتقار إلى المعرفة والموارد المالية الكافية^(٢٧٥).

دراسة حالة إفرادية: الاستراتيجيات الفعالة لتنظيم الأسرة تؤدي إلى معدلات إجهاض منخفضة جدا

هولندا

تقدم هولندا مثالا ممتازا على بلد أدى فيه اتباع نهج عملي وشامل في مجال تنظيم الأسرة، لا سيما بين الشباب، إلى أحد أدنى معدلات الإجهاض في جميع أنحاء العالم. ويقدم أطباء الأسرة في هولندا خدمات تنظيم الأسرة منذ أواخر ستينات القرن الماضي. وفي عام ١٩٧١، دخل تنظيم الأسرة في نظام التأمين الصحي العام الوطني، وبذلك توفرت وسائل منع الحمل مجانا. والتثقيف الجنسي متاح للجميع وشامل، واستنادا إلى المؤشرات المشتركة للأمم المتحدة، قد بلغ تمكين المرأة مبلغا لم يصل إليه في أي بلد في العالم^(٢٧٦). ويعدّ معدل استخدام وسائل منع الحمل من قبل الشباب الناشطين جنسيا من أعلى المعدلات بين فئات السكان الشباب كلّها، ونتيجة لذلك، يتراوح معدل حالات الإجهاض في هولندا بين ٥ و ٩ حالات لكل ١٠٠٠ امرأة بين عمري ١٥ و ٤٤ سنة، وهو أحد أدنى المعدلات في العالم. والإجهاض في هولندا قانوني ومأمون ويسهل الوصول إليه ونادر الحدوث^(٢٧٧).

Shah I., Ahman E, Unsafe abortion Differentials in 2008 by age and developing country region: High (٢٧٥) burden among young women: *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):169-173

.*The World's Women 2010: Trends and Statistics* (United Nations publication, Sales No. E.10.XVII.11) (٢٧٦)

Sexual and Reproductive Health: The Netherlands in International Perspective. (2009) (٢٧٧)
الرابط التالي: <http://www.rutgerswpf.org/sites/default/files/Sexual-and-reproductive-health.pdf>

٣٧٦ - والتزمت الحكومات في برنامج العمل بإيلاء الأولوية القصوى لمنع حالات الحمل غير المرغوب فيه، مما يعني بالتالي "بذل كل جهد ... لإزالة دواعي الإجهاد". وقد توفّر دراسة معمّقة للسياسات العامة وممارسات الإجهاد في البلدان التي تنخفض فيها معدلات الإجهاد مثل هولندا دروساً قيّمة للحد من حالات الحمل غير المرغوب فيه في البلدان الأخرى.

٥ - الوفيات النفاسية

٣٧٧ - من بين كل مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية، تحقق الكسب الأكبر منذ عام ١٩٩٤ في معدل الوفيات النفاسية. ففي عام ١٩٩٤، كان أكثر من نصف مليون امرأة يمتن كل عام من أسباب مرتبطة بالحمل والولادة يمكن اتقاؤها إلى حد كبير، وبحلول عام ٢٠١٠، انخفض معدل الوفيات النفاسية بنسبة ٤٧ في المائة، من ٤٠٠ حالة وفاة نفاسية لكل ١٠٠ ٠٠٠ من المواليد الأحياء عام ١٩٩٠ إلى ٢١٠ حالة^(٢٧٨).

٣٧٨ - ومع ذلك، فإن زهاء ٨٠٠ امرأة في العالم ما زلن يمتن يوميا بسبب المضاعفات المتصلة بالحمل أو الولادة، ولا يزال الفرق حادا بين المناطق المتقدمة النمو والمناطق النامية. وفي عام ٢٠١٠، بلغ نصيب البلدان النامية ٩٩ في المائة من مجموع الوفيات النفاسية على الصعيد العالمي^(٢٧٨). ففي العالم المتقدم النمو، يبلغ خطر تعرّض المرأة للموت من أسباب مرتبطة بالحمل والولادة على مدى عمرها ١ من ٣ ٨٠٠، أما في المناطق النامية فيبلغ هذا الخطر ١ من ١٥٠، وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فإن المعدل هو ١ من ٣٩^(٢٧٨). وفي حين لم تنجز بعد عالميا الغاية ألف من الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية، والمتمثلة في "تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع"، إلا أن ١٠ بلدان حققت تلك الغاية بحلول عام ٢٠١٠، وهناك ٩ بلدان أخرى تسعى إلى تحقيقها بحلول عام ٢٠١٥^(٢٧٩). ولكن ثمة ٢٦ بلدا شهدت زيادة في الوفيات النفاسية منذ عام ١٩٩٠، ويُعزى ذلك في جزء كبير منه إلى الوفيات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية، وفي أفريقيا

WHO and others, *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010* – WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank (٢٧٨)
Estimates (World Health Organization, Geneva, 2012)

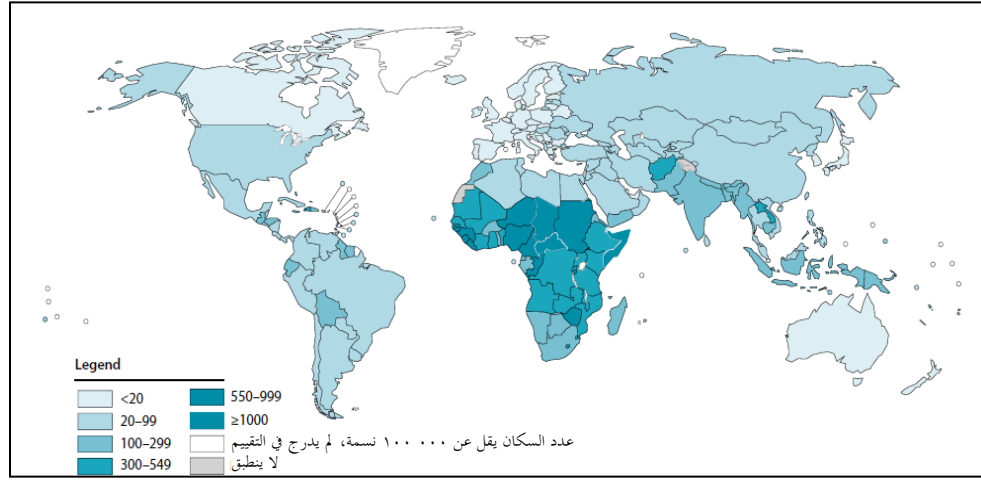
(٢٧٩) إريتريا، وبنغلاديش، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، والصين، وغينيا الاستوائية، وفيت نام، وكمبوديا، ومصر، ونيبال. WHO, *Every Woman, Every Child: From Commitments to Action—The First Report of the Independent Expert Review Group* on Information and Accountability for Women's and Children's Health (Geneva, 2012).

جنوب الصحراء الكبرى، يعد فيروس نقص المناعة البشرية والأسباب المرتبطة بالحمل والولادة العاملين الغالبين ضمن أسباب الوفاة المبكرة للمرأة^(٢٧٨).

الشكل ٣١

معدّل الوفيات النفاسية حسب البلدان، ٢٠١٠

(حالات الوفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي)



المصدر: Trends in Maternal Mortality 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank .Estimates (Geneva, WHO, 2012)

ملاحظة: كان معدل الوفيات النفاسية مرتفعاً في ٤٠ بلداً عام ٢٠١٠. ومن بين هذه البلدان، كان المعدل مرتفعاً جداً في تشاد والصومال فقط، حيث بلغ ١١٠ حالة وفاة و ١٠٠٠ حالة وفاة على التوالي. أما أعلى ثمانية بلدان تالية فهي: جمهورية أفريقيا الوسطى (٨٩٠)، وسيراليون (٨٩٠)، وبوروندي (٨٠٠)، وغينيا - بيساو (٧٩٠)، وليبيريا (٧٧٠)، والسودان (٧٣٠)، والكاميرون (٦٣٠)، ونيجيريا (٦٣٠). وعلى الرغم من أن معدل الوفيات النفاسية كان مرتفعاً في معظم البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى، إلا أنه قد انخفض في كل من موريشيوس (٦٠)، وسان تومي وبرينسيبي (٧٠)، والرأس الأخضر (٧٩)، فيما كان هذا المعدل متوسطاً في بوتسوانا (١٦٠)، وجيبوتي (٢٠٠)، وناميبيا (٢٠٠)، وغابون (٢٣٠)، وغينيا الاستوائية (٢٤٠)، وإريتريا (٢٤٠)، ومدغشقر (٢٤٠). ولم يكن معدل الوفيات النفاسية مرتفعاً إلا في أربعة بلدان خارج منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى هي جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية (٤٧٠)، وأفغانستان (٤٦٠)، وهاييتي (٣٥٠)، وتيمور - ليشتي (٣٠٠).

٣٧٩ - ولا تزال البلدان ذات معدلات الوفيات النفاسية المرتفعة بشكل غير مقبول تتركز في المناطق النامية، معظمها في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث تجتمع عوامل عديدة، بما في ذلك الفقر والنظم الصحية الهشة، لتديم ارتفاع معدلات الوفيات النفاسية^(٢٧٨).

٣٨٠ - ومن بين الأسباب الرئيسية للوفيات النفاسية الترف التالي للولادة، وتسمم النفاس، والولادة المتعسرة، ومضاعفات الإجهاض غير المأمون، وارتفاع ضغط الدم، وكلها أسباب يمكن الوقاية منها^(٢٨٠). وداخل البلدان ثمة تفاوتات جمة، تشمل تفاوتات مكانية وفي الثروة، وفي فرص حصول النساء على الرعاية التوليدية المناسبة في حالات الطوارئ للتعامل مع هذه الحالات، مما يبيّن عدم كفاية فرص وصول العديد من النساء الفقيرات، ولا سيما في المناطق الريفية أو النائية، إلى مقدّمي الخدمات المهرة والخدمات الصحية الجيدة.

٣٨١ - ويمكن أن تُعزى المكاسب التي تحققت على مدى العشرين عاما الماضية في مجال بقاء الأمهات على قيد الحياة بعد الولادة، في جانب منها، إلى أوجه التقدم المحرز في استخدام الرعاية السابقة للولادة، والعناية الماهرة أثناء الولادة، ورعاية حالات الولادة الطارئة، وتنظيم الأسرة بين مجموعة مختارة من قطاعات المجتمع، ومع ذلك فإن معظم البلدان النامية ليست على المسار المؤدي إلى تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية (تحسين الصحة النفاسية) الذي تتضمن غايته تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع والوصول إلى تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥؛ وما من منطقة تبرز فيها هذه الهوة أمام بلوغ هذا الهدف مثلما تبرز في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى^(٢٨١).

٣٨٢ - وينبغي للدول القضاء على الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها في أسرع وقت ممكن بتعزيز النظم الصحية، وبالتالي ضمان تعميم الحصول على الرعاية الجيدة قبل الولادة، وخدمات القابلات الماهرات عند الولادة، ورعاية التوليد في حالات الطوارئ، وتوفير الرعاية بعد الولادة لجميع النساء، بمن فيهن اللائي يعشن في المناطق الريفية والنائية.

(٢٨٠) Patton, C, Coffey, C, Sawyer, S, Viner, R, Haller D, Bose, Vos, T, Ferguson, J and Mathers, C, Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881-892

(٢٨١) Ahman, E and Shah, I, New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality, (انظر الحاشية رقم ٢٦٣ أعلاه)؛ و World Health Organization and others, *Trends in Maternal Mortality* (انظر الحاشية رقم ٢٧٨ أعلاه).

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ١٧

معدل الوفيات النفاسية

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية في مجال حقوق الإنسان: صدر مجلس حقوق الإنسان قرارات متعددة أعلن فيها أن الوفيات النفاسية تنتهك حقوق الإنسان، ومن بينها القرار ٢/١٨ بشأن الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها وحقوق الإنسان (٢٠١١)، الذي يسلم فيه المجلس بأن هجاً قائماً على أساس حقوق الإنسان للقضاء على الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها هو نهج يستند إلى مجموعة من المبادئ، من بينها المساءلة والمشاركة والشفافية والتمكين والاستدامة وعدم التمييز والتعاون الدولي“ يشجع فيه ”لدول وسائر الجهات المعنية صاحبة المصلحة، بما في ذلك المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان والمنظمات غير الحكومية، على اتخاذ ما يلزم من إجراءات على جميع المستويات لمعالجة الأسباب الجذرية المترابطة لوفيات وأمراض الأمومة، مثل الفقر وسوء التغذية والممارسات الضارة وعدم توفر خدمات ملائمة وسهلة المنال في مجال الرعاية الصحية ونقص المعلومات والتعليم وعدم المساواة بين الجنسين، كما يشجعها على إيلاء اهتمام خاص للقضاء على جميع أشكال العنف المسلط على النساء والبنات“.

(أ) اعتلال الأمهات وسرطانات الجهاز التناسلي

٣٨٣ - في مقابل كل امرأة تموت لأسباب مرتبطة بالحمل، يعاني ما يقدر بنحو ٢٠ امرأة أخريات من الاعتلال النفاسي^(٢٨٢)، بما في ذلك مضاعفات خطيرة وطويلة الأمد. والأسباب الكامنة وراء الاعتلال النفاسي هي نفس الأسباب الكامنة وراء الوفيات النفاسية^(٢٨٣)، ومن بينها الفقر وانعدام الرعاية الماهرة. ومعظم هذه الأسباب، بما في ذلك ناسور الولادة، يمكن الوقاية منها تماماً بالرعاية الماهرة عند الولادة، والرعاية التوليدية الطارئة عند الحاجة.

٣٨٤ - ويعد ناسور الولادة ظاهرة تمثل فشل المجتمع العالمي في حماية الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات وحقوقهن، وتحقيق الإنصاف في توزيع الخدمات الشاملة في مجال

(٢٨٢) UNFPA Surviving childbirth but enduring chronic ill health؛ يمكن الاطلاع عليه في الموقع التالي:

www.unfpa.org/public/mothers/pid/4388

(٢٨٣) انظر www.who.int/topics/maternal_health/en، WHO، Maternal health، تم الاطلاع عليه في ٢٢ نيسان/

أبريل ٢٠١٣.

الصحة الجنسية والإنجابية، والوصول إليها. ويوجد حوالي مليوني إلى ٣,٥ ملايين امرأة مصابات بناسور الولادة في العالم النامي، ومعظمهن في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وآسيا، حيث تبلغ معدلات ولادة المراهقات أقصاها، وحيث تنخفض إمكانية الحصول على الرعاية التوليدية الطارئة، ويستجد ما بين ٥٠.٠٠٠ و ١٠٠.٠٠٠ حالة كل عام. يكاد يكون قد جرى القضاء على ناسور الولادة تماما في العالم المتقدم، ولكنه ما زال يؤثر على أفقر الفقراء: النساء والفتيات اللاتي يعشن في بعض المناطق التي تعاني أشد نقص للموارد في العالم^(٢٨٤). وينبغي للدول أن تنفذ تدابير لضمان القضاء على ناسور الولادة من خلال توفير الرعاية الصحية النفاسية عالية الجودة لجميع النساء، وتوفير التأهيل وإعادة إدماج اللاتي سُفِن من الناسور في مجتمعاتهن المحلية.

٣٨٥ - وينبغي استخدام الاعتلال النفاسي كمؤشر على جودة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والإعمال التدريجي لحق المرأة في الصحة.

٣٨٦ - وقد تضمن برنامج العمل التزامات بمعالجة العقم وسرطانات الجهاز التناسلي. ولا يشكل العقم محنة شخصية كبيرة لكثير من النساء والأزواج وحسب، ولكن عدم قدرة المرأة على أن تصبح حاملا يعد في أجزاء كثيرة من العالم مدعاة للإقصاء الاجتماعي بل والطلاق أحيانا. ودعا برنامج العمل إلى الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، وهي سبب رئيسي من أسباب العقم الثانوي، وكذلك إلى علاج العقم حيثما كان ذلك ممكنا. ولا يتمكن حوالي اثنين في المائة من النساء في العالم من الحمل (العقم الأوّلي)، ولا يتمكن ما يقرب من ١١ في المائة من الحمل بطفل آخر بعد إنجاب طفل واحد على الأقل (العقم الثانوي). وفي البلدان ذات الدخل المنخفض، غالبا ما يحدث العقم بسبب أنواع العدوى المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، ومضاعفات الإجهاض غير المأمون^(٢٨٥). ويبلغ العقم أعلى معدلاته في بعض بلدان جنوب آسيا (إذ يصل إلى ٢٨ في المائة) وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (إذ يصل إلى ٣٠ في المائة)، ولكن العقم الأوّلي انخفض في جنوب آسيا، وانخفض كل من نوعي العقم في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

L. Wall and others, "The obstetric vesicovaginal fistula in the developing world", *Obstetrical and Gynecological Survey*, vol. 60, No 7 (2005), pp. S1-S51; S. Bernstein and D. Hansen, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (New York, Millennium Project, 2006); Campaign to end fistula (www.endfistula.org); B. Osoimehin, "Obstetric fistula: ending the health and human rights tragedy", *The Lancet*, vol. 381, No. 9879 (18 May 2013), pp. 1702-1703.

WHO, *Women and Health, Today's Evidence, Tomorrow's Agenda* (Geneva, 2009). WHO, Women and Health, Today's Evidence, Tomorrow's Agenda (Geneva, 2009).

وبسبب النمو السكاني، ارتفع عدد الأزواج المصابين بالعقم على مستوى العالم من ٤٢ مليون في عام ١٩٩٠ إلى ٤٨,٥ مليون في عام ٢٠١٠.^(٢٨٦)

٣٨٧ - ويصاب أكثر من نصف مليون امرأة سنويا بسرطان عنق الرحم، وهو ثاني أكثر أنواع السرطان شيوعا بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٤ عاما في جميع أنحاء العالم. ويموت ما يربو على ٢٧٥ ٠٠٠ امرأة بهذا المرض كل عام، والغالبية العظمى منهن (٢٤٢ ٠٠٠) في المناطق النامية، وخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وحيث أن الدراسة الاستقصائية العالمية قد نُفذت قبل إدراك تأثير لقاح فيروس الورم الحليمي البشري على نطاق واسع، وبالتالي فإنها لم تتضمن أسئلة حول هذا الموضوع، فإن هذه التكنولوجيا المتقدمة تنطوي على أمل كبير في الحد من الإصابة بسرطان عنق الرحم.^(٢٨٧)

٣٨٨ - وكان سرطان الثدي، وما يزال، أكثر أنواع السرطان شيوعا بين النساء في البلدان ذات الدخل المرتفع، وهو يصيب حاليا ٧٠ من كل ١٠٠ ٠٠٠ امرأة. ويبلغ معدل الإصابة به أقل من النصف في البلدان ذات الدخل المنخفض، ولكن بسبب قلة فرص الحصول على التشخيص والعلاج، فإن معدل الوفيات في العالم النامي مماثل لمعدلهما في البلدان المتقدمة النمو.^(٢٨٥)

٣٨٩ - وينبغي للدول أن تعترف بالعبء المتزايد من سرطانات الجهاز التناسلي المرتبطة بارتفاع متوسط العمر المتوقع، وخصوصا سرطان الثدي وعنق الرحم، وأن تواجهه، عن طريق الاستثمار في الفحص الروتيني في مرافق الرعاية الصحية الأولية، والإحالة إلى مقدمي الرعاية المهرة في علاج السرطان في مستويات الرعاية الأعلى.

(ب) الرعاية السابقة للولادة

٣٩٠ - شهدت نسبة النساء الحوامل اللاتي قمن بزيارة واحدة على الأقل للرعاية السابقة للولادة زيادة على الصعيد العالمي، من ٦٣ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ٨٠ في المائة في عام ٢٠١٠، مما يمثل تحسنا عاما بنسبة تقرب من ٣٠ في المائة. ومرة أخرى، فإن هذه الإنجازات تخفي الفوارق الإقليمية: إذ حققت جنوب أفريقيا تغطية بنسبة ٩٤ بالرعاية السابقة للولادة

M. N. Mascarenhas and others, "National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys", *PLoS Medicine*, vol. 9, No. 12 (2012)

WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer, *Human Papillomavirus and Related Cancers in World: Summary Report 2010*, updated 15 November 2010; available from www.hpvcentre.net/; and International Agency for Research on Cancer www.Globocan.iarc.fr (www.iarc.fr).

بحلول عام ٢٠١٠، بينما في غرب أفريقيا قامت ٦٧ في المائة فقط من النساء الحوامل بزيارة واحدة على الأقل للرعاية السابقة للولادة. وفي أمريكا اللاتينية، فإن جميع النساء الآن يقمن بزيارة واحدة على الأقل للرعاية السابقة للولادة (٩٦ في المائة) و ٨٨ في المائة يقمن بأربع زيارات على الأقل^(٢٨٨).

٣٩١ - ووفقا للدراسة الاستقصائية العالمية، تناولت ٨٨ في المائة من البلدان مسألة "فرص الحصول على الرعاية السابقة للولادة" في السنوات الخمس الماضية. وفي المتوسط، فإن البلدان التي تتصدى لهذه المسألة ترتفع بها مستويات الوفيات النفاسية عما في البلدان التي لم تبلغ بتصديها لتلك المسألة، مما يشير إلى توجيه الاهتمام من قبل الحكومات التي تشهد ارتفاعا في مستويات معدل الوفيات النفاسية في وقت إجراء الدراسة الاستقصائية. وعلاوة على ذلك، يمكننا الربط بين ازدياد اهتمام الحكومات وحدوث انخفاض حاد في معدل الوفيات النفاسية، كما يبدو على نحو أكثر وضوحا بين البلدان ذات الدخل المنخفض.

٣٩٢ - وعلى الرغم من الإبلاغ عن نسبة مرتفعة من الدول التي تتصدى لمسألة الرعاية السابقة للولادة، فإن نسبة منخفضة من البلدان قد اعتمدت سياسات وميزانيات وتدابير تنفيذ لـ "توفير الغذاء والتغذية الكافيين للنساء الحوامل" (٧١ في المائة) خلال السنوات الخمس الماضية، وتبلغ نسبة أقل من ذلك عن التصدي لمسألة "توفير الحماية الاجتماعية والدعم الطبي للمراهقات الحوامل" (٦٥ في المائة).

(ج) خدمات القابلات الماهرات

٣٩٣ - ارتفعت نسبة الولادات التي يشرف عليها عاملون صحيون مؤهلون في البلدان النامية من ٥٦ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ٦٧ في المائة في عام ٢٠١١. وعلى الرغم من الاتجاهات الإيجابية، فإن الحصول على الرعاية الصحية النفاسية الجيدة ما زال متفاوتا للغاية فيما بين المناطق، وفي داخل البلدان فيما بين النساء الفقيرات والأكثر ثراء. ويظهر أكبر قدر من التفاوت في خدمات القابلات الماهرات عند الولادة وفقا للثروة، كما يتضح من التقدم المتباين داخل البلدان عند ترتيبها في مصفوفة حسب نُحُميسات الثروة (الأشكال من ٣٢ حتى ٣٥).

(٢٨٨) International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, *Eliminating Health Inequities: Every Women and Every Child Counts* (Geneva, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2011) تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١٢ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.12.I.4)

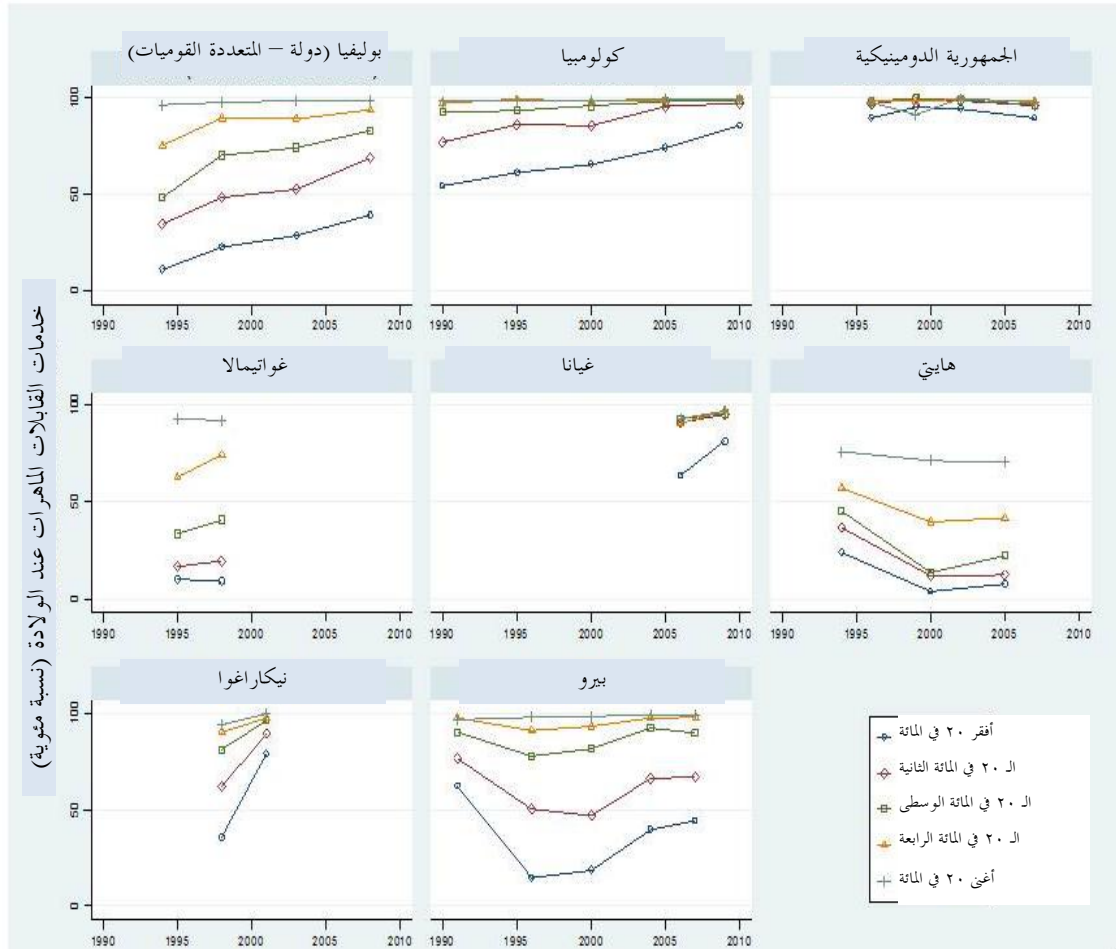
٣٩٤ - وتكشف مقارنة الأشكال من ٣٢ حتى ٣٦ بالأشكال من ٢٤ حتى ٢٧ أن توزيع معدل شيوع وسائل منع الحمل حسب خُميسات الثروة يعد أكثر إنصافاً من توزيع القابلات الماهرات، حيث يصل منها قدر أكبر إلى الفقراء. وفي الواقع، فإن توفير منع الحمل يعد عملياً أسهل بكثير في النظم الصحية الضعيفة من توفير القابلات الماهرات، إذ أن توزيع حبوب منع الحمل أو الواقي الذكري لا يعتمد على توافر العاملين الصحيين المهرة للاستجابة على وجه السرعة لامرأة بحاجة إلى الرعاية، ويمكن جعلها متاحة تلقائياً قبل وقت طويل من الحاجة الفعلية إليها. ويسلط التفاوت في خدمات القابلات الماهرات الضوء على القدرات المحدودة لكثير من النظم الصحية القائمة على توفير الرعاية الأساسية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للنساء الفقيرات.

٣٩٥ - وتعد الفروق في الوصول بين النساء في المناطق الحضرية والريفية أيضاً غير منصفة على نحو لافت للنظر، حيث أن احتمال وجود قابلات ماهرات أثناء الولادة يقل بكثير لدى المرأة الريفية عن المرأة في المناطق الحضرية. ويعد السبب في ذلك جزئياً هو النقص الشديد للعاملين الصحيين في ٥٨ بلداً تحدث فيها نسبة ٩١ في المائة من الوفيات النفاسية. وإجمالاً، تحقق تقدم ضئيل في وجود قابلات ماهرات في أفريقيا جنوب الصحراء كمنطقة، حيث يتم ما يقل عن نصف مجموع الولادات على أيدي أفراد مدربين^(٢٨٩).

(٢٨٩) UNFPA, *The State of the World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives* (New York, 2011).

الشكل ٣٢

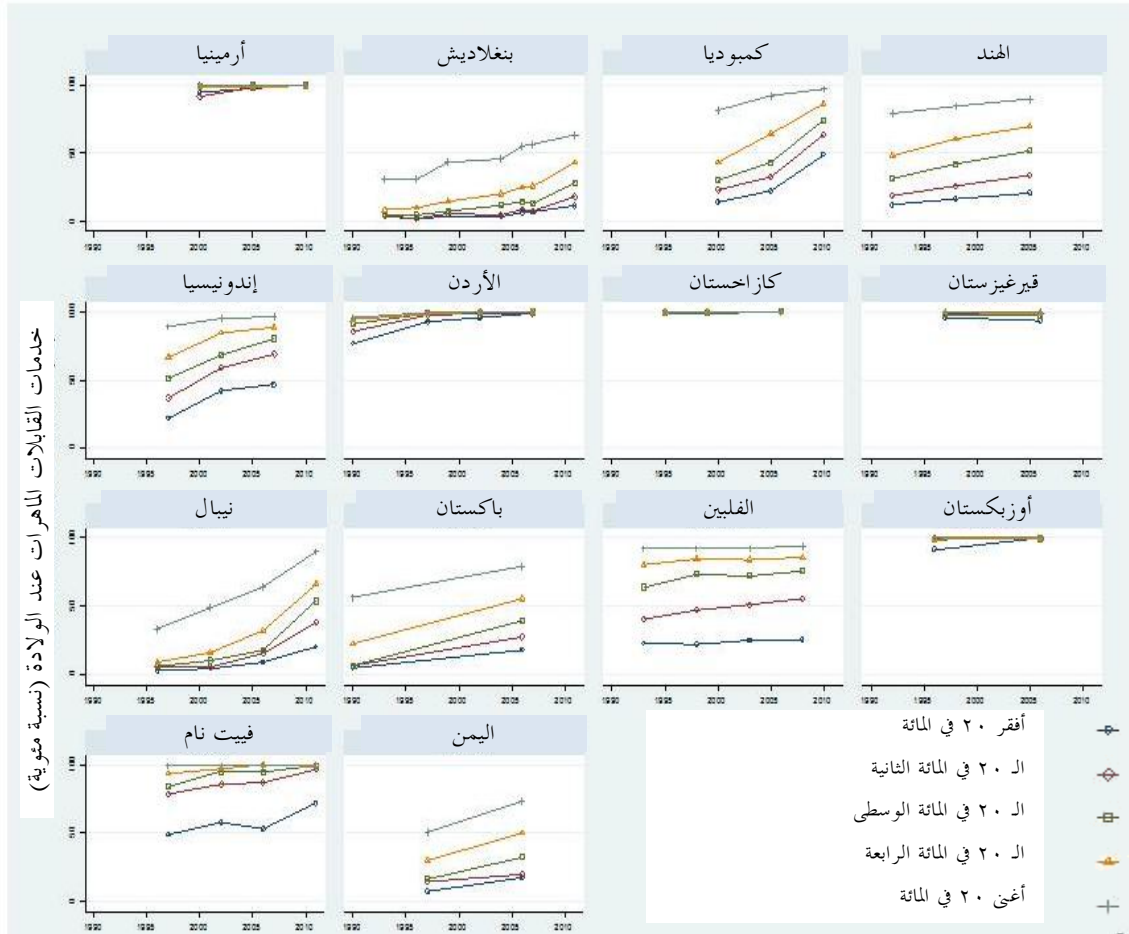
الاتجاهات في خدمات القابلات الماهرات عند الولادة في الأمريكتين حسب خميسات الثروة



المصدر: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، جميع البلدان التي لها بيانات متاحة لما لا يقل عن نقطتين زمنيتين، مستمدة من www.measuredhs.com (تم الاطلاع عليه في ١٥ حزيران/يونيه عام ٢٠١٣)؛ الدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، مستمدة من http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html (تم الاطلاع عليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣).

الشكل ٣٣

الاتجاهات في خدمات القابلات الماهرات عند الولادة في آسيا حسب خميسات الثروة



المصدر: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، جميع البلدان التي لها بيانات متاحة لما لا يقل عن نقطتين زمنييتين، مستمدة من www.measuredhs.com (تم الاطلاع عليه في ١٥ حزيران/يونيه عام ٢٠١٣)؛ الدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، مستمدة من http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html (تم الاطلاع عليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣).

الشكل ٣٤

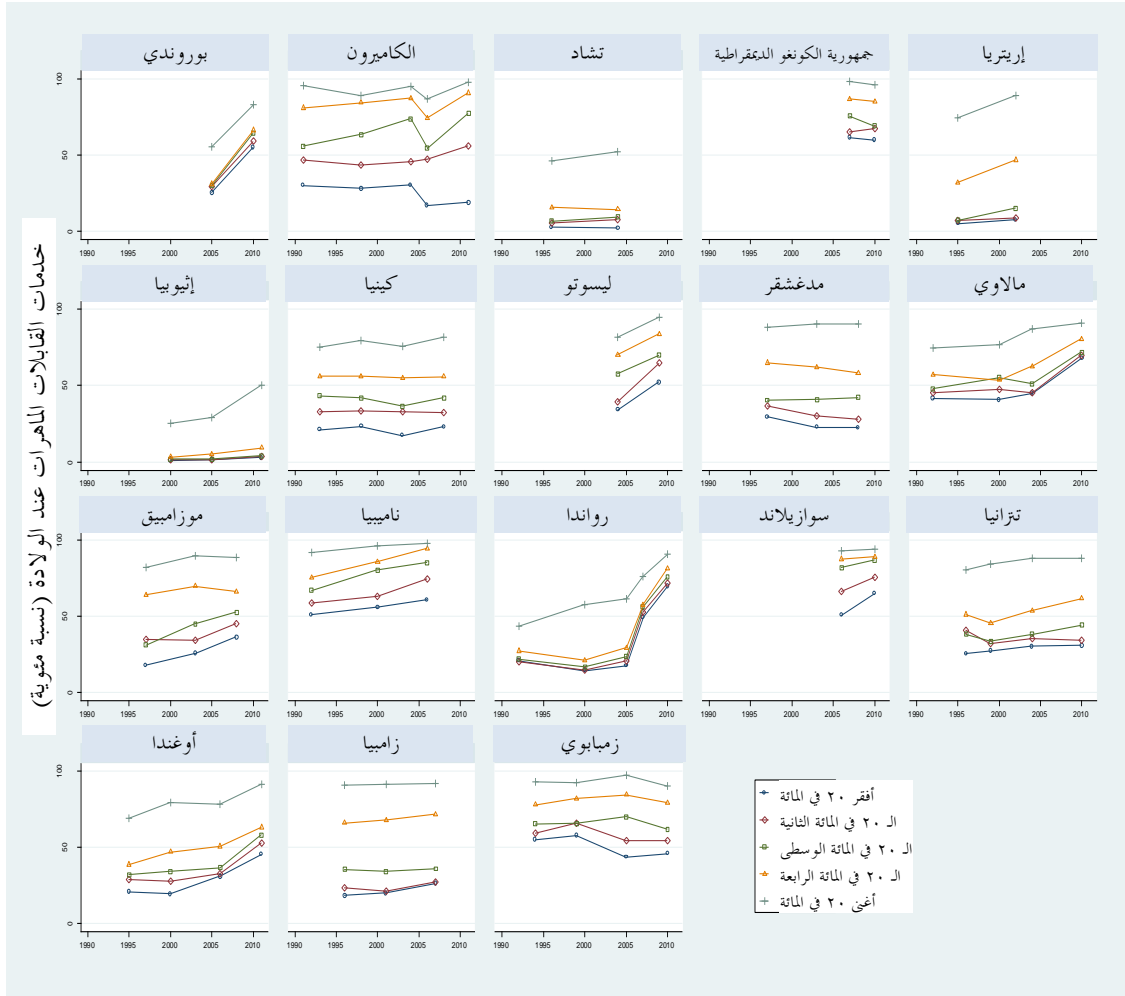
الاتجاهات في خدمات القابلات الماهرات عند الولادة في شمال وغرب أفريقيا حسب خميسات الثروة



المصدر: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، جميع البلدان التي لها بيانات متاحة لما لا يقل عن نقطتين زمنيتين، مستمدة من www.measuredhs.com (تم الاطلاع عليه في ١٥ حزيران/يونيه عام ٢٠١٣)؛ الدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، مستمدة من http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html (تم الاطلاع عليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣).

الشكل ٣٥

الاتجاهات في خدمات القابلات الماهرات عند الولادة في شرق ووسط أفريقيا وفي أفريقيا الجنوبية حسب خميسات الثروة للأسر المعيشية



المصدر: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، جميع البلدان التي لها بيانات متاحة لما لا يقل عن نقطتين زمنيتين، مستمدة من www.measuredhs.com (تم الاطلاع عليه في ١٥ حزيران/يونيه عام ٢٠١٣)؛ الدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، مستمدة من http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html (تم الاطلاع عليه في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠١٣).

٣٩٦ - ويضمن توافر خدمات القابلات الماهرات عند الولادة المقدمة من العاملين في مجال الرعاية الصحية المدربين تدريباً كافياً، وسهولة الحصول عليها، ولادة طبيعية آمنة لكل امرأة، والحد بشكل كبير من مخاطر مضاعفات الولادة، وبالتالي من الحاجة إلى الرعاية التوليدية الطارئة. ولهذا السبب، فإن استخدام خدمات القابلات الماهرات عند الولادة ليس فعالاً من حيث التكلفة فقط، ولكنه أيضاً مؤشر قيم لنضج وتطور النظام الصحي، مما يشير إلى إمكانية الحصول على خدمات النظام الصحي وقدرة النظام على الاستجابة للجميع، ولا سيما الفقراء.

(د) الرعاية التوليدية في حالات الطوارئ

٣٩٧ - حتى في سياق إشراف القابلات الماهرات عند الولادة، تنشأ مضاعفات الولادة في ما يقرب من ١٥ في المائة من جميع حالات الحمل، ويمكن معالجة أغلبيتها إذا كانت الرعاية التوليدية الطارئة الجيدة متاحة ويمكن لجميع النساء الوصول إليها بسرعة^(٢٩٠). غير أنه في عام ٢٠١٠ توفيت حوالي ٢٨٧ ٠٠٠ امرأة بسبب مضاعفات الحمل^(٢٩١) وأصيب الملايين من النساء بحالات مرضية مزمنة - مما يشهد على عدم وجود تكافؤ في فرص الحصول على الرعاية الصحية الطارئة للنساء^(٢٩٢).

٣٩٨ - والأسباب الرئيسية الخمسة للوفيات النفاسية جميعها - وهي نزف ما بعد الولادة، وتعفن الدم، والإجهاض غير المأمون، واضطرابات ارتفاع ضغط الدم، والولادة المتعسرة - يمكن معالجتها عندما يتوافر الموظفون المدربون تدريباً جيداً والمزودون بالمعدات الكافية لتقديم الرعاية التوليدية الطارئة الضرورية^(٢٩٣). وتشمل الخدمات الأساسية للرعاية التوليدية الطارئة القدرة على ما يلي: حقن المضادات الحيوية الوريدية والأدوية القابضة للرحم، ومضادات التقلص المعطاة بالحقن لمرحلة ما قبل تسمم النفاس وتسمم النفاس؛ وإزالة المشيمة وما يتخلف عن الولادة في الرحم، وتوفير المساعدة على الولادة المهبلية، والإنعاش الأساسي للوليد. وتشمل الخدمات الشاملة للرعاية التوليدية الطارئة أيضاً المهارات الجراحية لإجراء العمليات القيصرية وعمليات نقل الدم. ويوصى بما لا يقل عن خمسة مرافق للرعاية التوليدية

(٢٩٠) انظر UNFPA, "Emergency obstetric care checklist for planners"; available from www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/150_filename_checklist_MMU.pdf

(٢٩١) Millennium Development and Beyond, Fact sheet on target 5.A (www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml)

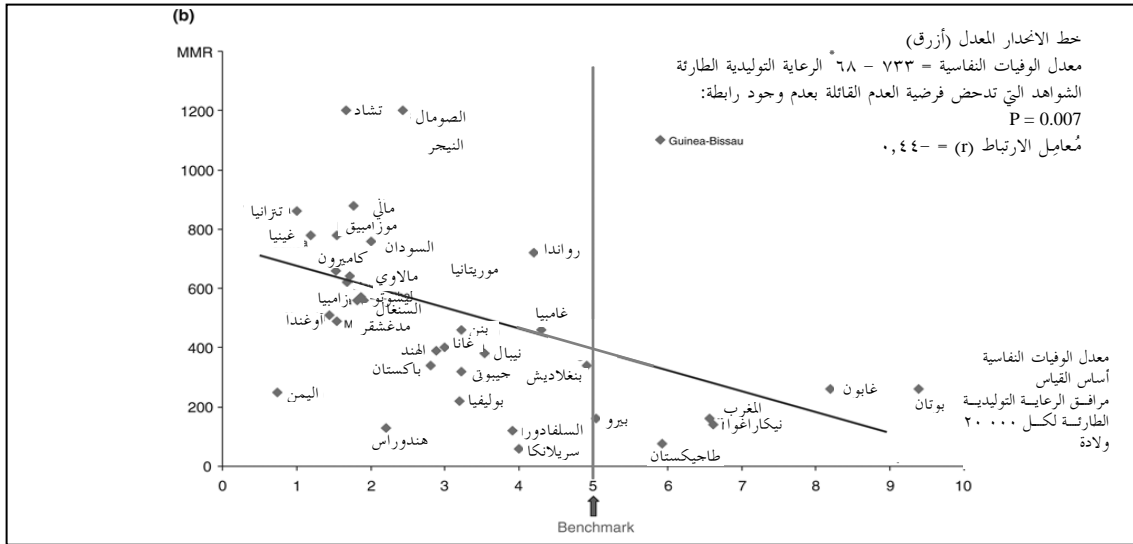
(٢٩٢) UNFPA, "Setting standards for emergency obstetric and newborn care" (see www.unfpa.org/public/home/mothers/pid/4385 accessed 12 December 2013)

الطارئة، مما في ذلك مرفق واحد على الأقل للرعاية التوليدية الطارئة الشاملة، لكل ٥٠٠ ٠٠٠ من السكان، لتوفير تغطية كافية^(٢٩٣).

٣٩٩ - ومنذ عام ١٩٩٤ أصبحت الرعاية التوليدية الطارئة عنصرا رئيسيا في المبادرات العالمية للحد من الوفيات النفاسية. ولكن، في البلدان النامية ما زالت التغطية بالرعاية التوليدية الطارئة غير كافية، إذ لا يوجد عدد كاف من مرافق الرعاية التوليدية الطارئة الأساسية في البلدان التي بها مستويات عالية ومتوسطة من الوفيات النفاسية. وعلاوة على ذلك، غالبية المنشآت التي تقدم خدمات رعاية الأمومة غير قادرة على توفير جميع الخدمات اللازمة لتصنيفها كمرفق للرعاية التوليدية الطارئة.

الشكل ٣٦

العلاقة بين كثافة مرافق الرعاية التوليدية الطارئة لكل ٢٠ ٠٠٠ مولود ومعدل الوفيات النفاسية



المصدر: Gabrysch S, Zanger P, Campbell OMR. (2012). Emergency contraceptive care availability: A critical assessment of the current indicator. *Tropical Medicine and International Health*, 17(1): 2-8

ملاحظة: وضع المؤلفون هذا الشكل باستخدام بيانات من *Trends in Maternal Mortality 1990 to 2010: WHO, UNICEF*، ومعدل الوفيات النفاسية مستمد من ذلك المنشور؛ *UNFPA and The World Bank Estimates* (Geneva, WHO, 2012) وتحسب تقديرات مرفق الرعاية التوليدية الطارئة استنادا إلى *UNICEF, Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 Report* and A. Paxton and others, "Global patterns in availability of emergency obstetric care", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 93 (2006) الوطنية من نظام UNdata (<http://data.un.org>). وأساس القياس، وهو خمس مرافق للرعاية التوليدية الطارئة لكل ٢٠ ٠٠٠ ولادة، ممثل بخط عمودي.

WHO and others, *Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook* (Geneva, World Health Organization, 2009)

٤٠٠ - ويسلط الشكل ٣٦ الضوء على العلاقات بين الوفيات النفاسية وكثافة مرافق الرعاية التوليدية الطارئة عند قياسها لكل ٢٠٠٠٠ ولادة. ويروج واضعو هذا التحليل لقيمة هذا المقياس لكثافة الرعاية التوليدية الطارئة.

٤٠١ - وفي حين أن الرعاية التوليدية الطارئة غير متوفرة لكثير من النساء، فيبدو أن العمليات القيصرية التي ربما لا تكون ضرورية طبيًا تستغرق حصة غير متناسبة من الموارد الاقتصادية على الصعيد العالمي، وللعمليات القيصرية "الزائدة" آثار سلبية هامة على الإنصاف في المجال الصحي داخل البلدان وفيما بينها على حد سواء. ووجدت دراسة قامت بها منظمة الصحة العالمية عن عدد العمليات القيصرية التي أجريت في ١٣٧ بلداً، تمثل حوالي ٩٥ في المائة من الولادات على الصعيد العالمي لهذا العام، أن ما مجموعه ٥٤ بلداً شهدت نقصاً في إجراء العمليات القيصرية (معدلات أقل من ١٠ في المائة)، في حين شهدت ٦٩ بلداً استخداماً زائداً (معدلات فوق ١٥ في المائة)، بينما تقع بقية الدول بين هذين الحدين. وقدرت الدراسة أنه في عام ٢٠٠٨، كانت هناك حاجة إلى ٣,١ ملايين عملية قيصرية إضافية، بينما في نفس الوقت أجريت ٦,٢ ملايين عملية قيصرية لا لزوم لها. وقدرت تكلفة العمليات القيصرية "الزائدة" على الصعيد العالمي بنحو ٢,٣ بليون دولار من تكاليف الرعاية الصحية، في حين أن تكلفة العمليات القيصرية "اللازمة" على الصعيد العالمي بلغت نحو ٤٣٢ مليون دولار^(٢٩٤).

٤٠٢ - وحيثما تتوافر مرافق الرعاية التوليدية الطارئة، فإن العوامل الاجتماعية والثقافية، وسهولة الوصول إلى الرعاية من الناحيتين الجغرافية والمالية، والمسائل المتعلقة بنوعية الخدمة ما زالت تمثل عوائق للرعاية التوليدية الطارئة^(٢٩٢). ويؤدي التوزيع غير المتكافئ لمرافق الرعاية التوليدية الطارئة بين المناطق الريفية والحضرية إلى تفاقم الفوارق التي تعاني منها النساء الريفيات اللاتي من المرجح أن يلدن في المنزل وأن يضطررن إلى قطع مسافات طويلة وتحمل سوء حالة الطرق إذا حدثت لهن مضاعفات^(٢٩٥). ويمكن استخدام البيانات عن نسبة النساء اللاتي أتاحت لهن خدمات معالجة نرف ما بعد الولادة في عام ٢٠٠٥ لتسليط الضوء على

L. Gibbons and others, "The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary (٢٩٤) Caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage", background paper No. 30, prepared for *The World Health Report* (World Health Organization, 2010)

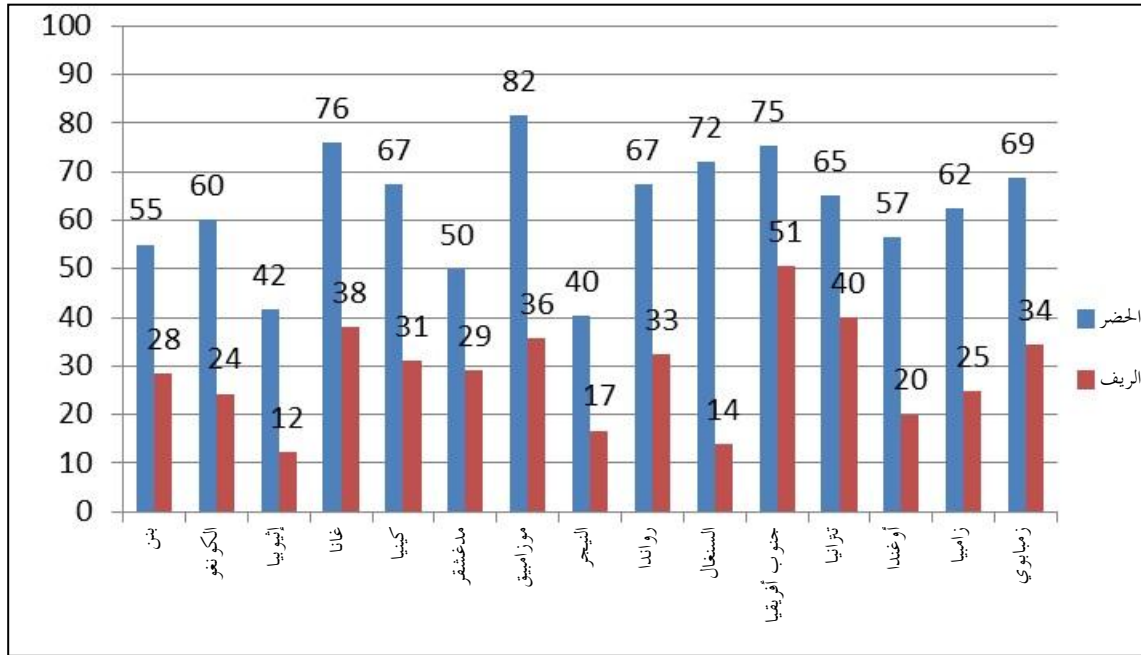
UNFPA, "Urgent response: providing emergency obstetric and newborn care"; available from (٢٩٥) www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/EN-SRH%20fact%20sheet-Urgent.pdf

هذه الفوارق في الوصول بين المرأة الريفية والحضرية (انظر الأشكال من الشكل ٣٧ حتى الشكل ٣٩) وعلى التباين المرتفع بين البلدان^(٢٩٦).

٤٠٣ - وتبين هذه العقبات الكأداء والثغرات في التغطية حجم الاستثمارات المطلوبة لتوفير الرعاية الصحية الإنجابية التي تنقذ حياة النساء في العديد من البلدان النامية بغية تقديم الرعاية الماهرة وخدمات التوليد في حالات الطوارئ للنساء المحتاجات.

الشكل ٣٧

تغطية تقديرية للنساء اللاتي بإمكانهن الوصول إلى خدمات وقف التزيف بعد الولادة، في المناطق الحضرية والريفية، في بلدان مختارة من أفريقيا لعام ٢٠٠٥

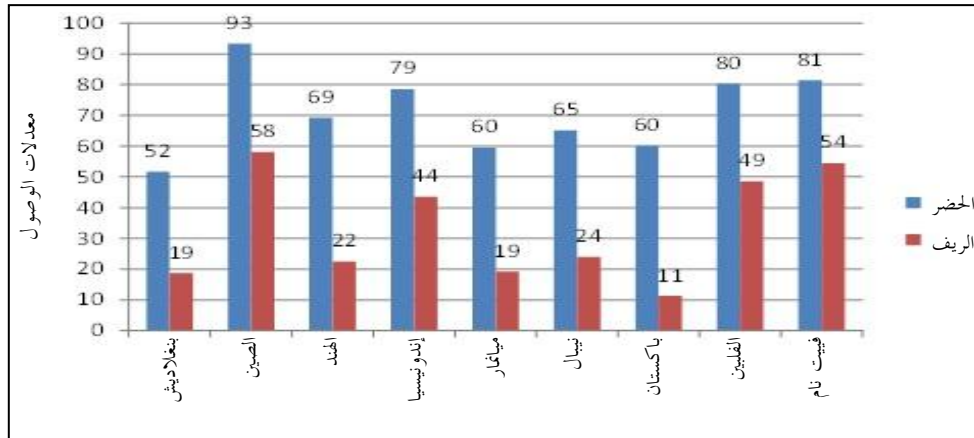


المصدر: تحليل قائم على بيانات مستقاة من مؤشر الجهود المبذولة في إطار البرامج المعنية بالأأم والأطفال حديثي الولادة، ومتاحة في الموقع التالي: <http://www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm>.

(٢٩٦) الرقم القياسي لجهود برنامج الأمومة والمواليد (MNPI) مقياس وضعته مجموعة المستقبل الدولية، يوفر بيانات من نحو ٥٠ بلدا ناميا عن ٨١ مؤشرا للخدمة الصحية للأمهات والمواليد، من أجل إجراء تقييم مقارنة لجوانب الخدمات الصحية للأمهات والمواليد، ومن بينها: قدرة المراكز الصحية ومستشفيات المناطق على توفير الخدمات الصحية النفاسية؛ وإمكانية الوصول إلى الخدمات في المناطق الريفية والحضرية؛ والرعاية الصحية التي حصلت عليها الأمهات والمواليد؛ وتوفير خدمات تنظيم الأسرة؛ والسياسات وخدمات الدعم.

الشكل ٣٨

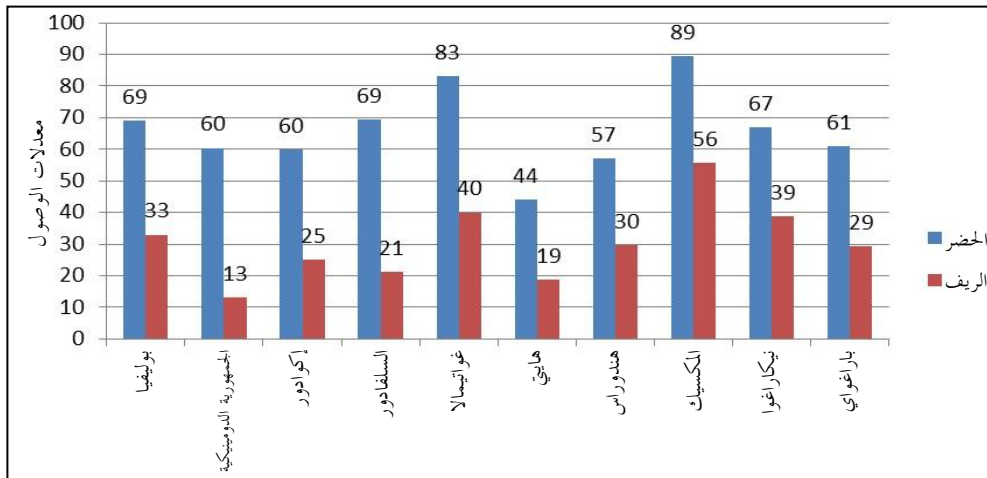
تغطية تقديرية للنساء اللاتي بإمكانهن الوصول إلى خدمات وقف التزيف بعد الولادة، في المناطق الحضرية والريفية، في بلدان مختارة من آسيا لعام ٢٠٠٥



المصدر: تحليل قائم على بيانات مستقاة من مؤشر الجهود المبذولة في إطار البرامج المعنية بالأمن والأطفال حديثي الولادة، ومتاحة في الموقع التالي: www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm.

الشكل ٣٩

تغطية تقديرية للنساء اللاتي بإمكانهن الوصول إلى خدمات وقف التزيف بعد الولادة، في المناطق الحضرية والريفية، في بلدان مختارة من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي لعام ٢٠٠٥



المصدر: تحليل قائم على بيانات مستقاة من مؤشر الجهود المبذولة في إطار البرامج المعنية بالأمن والأطفال حديثي الولادة، ومتاحة في الموقع التالي: www.policyproject.com/pubs/mnpi/getmnpi.cfm.

٤٠٤ - على الرغم من أن نسبة ٧٩ في المائة من البلدان أبلغت في الدراسة الاستقصائية العالمية عن معالجة مسألة "تقديم خدمات الإحالة إلى مرافق الرعاية التوليدية الأساسية وفي حالات الطوارئ"، تظل النسبة المثوية للبلدان المبلغة عن وجود ما يكفي من مرافق الرعاية التوليدية في حالات الطوارئ حسب التوزيع الجغرافي تتراوح ما بين ٤٠ في المائة في أفريقيا و ٩٧ في المائة في أوروبا. وبالتالي، تظل الإجراءات غير كافية في النظم الصحية الأكثر هشاشة، وفي البلدان التي تكون فيها أعداد الموظفين المهرة غير كافية أو غير موزعة على نحو جيد.

٤٠٥ - ويرتبط توزيع خدمات الرعاية الصحية ارتباطا وثيقا بمعدلات الوفيات النفاسية، حيث تفيد التقارير الواردة في إطار الدراسة الاستقصائية العالمية بأن ٩٦ في المائة من البلدان التي توجد فيها أدنى معدلات للوفيات النفاسية لديها ما يكفي من مرافق الرعاية التوليدية في حالات الطوارئ الموزعة توزيعا جغرافيا جيدا، لكن هذه النسبة تنخفض إلى ٢٩ في المائة في حالة البلدان ذات المعدلات الأعلى للوفيات النفاسية.

٦ - الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي

٤٠٦ - شهدت الإصابات الجديدة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي زيادة كبير منذ عام ١٩٩٤، الأمر الذي يعود جزئيا إلى النمو السكاني في أوساط الشباب في مناطق انتشار الإصابة بهذه الأمراض، بما في ذلك مناطق الأمريكتين وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وتوجد أعلى معدلات للإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي عادة بين الرجال والنساء في المرحلة العمرية الأعلى نشاطا من الناحية الجنسية الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٣٥ سنة ويعيشون في المناطق الحضرية^(٢٩٧).

٤٠٧ - وفي عام ١٩٩٥، قدرت منظمة الصحة العالمية وجود ٣٣٣ مليون حالة إصابة بالأمراض الأربعة الرئيسية المنقولة بالاتصال الجنسي والتي يمكن الشفاء منها في الفئة العمرية من ١٥ إلى ٤٩ عاما: وهي الزهري والسيلان والكلاميديا والالتهاب الاحليلي غير المحدد. وبحلول عام ٢٠٠٨، ارتفع هذا الرقم إلى ما يقرب من نصف البليون حالة (٤٩٩ مليون حالة)، الأمر الذي يرجع بدرجة كبيرة إلى حدوث زيادة ضخمة في حالات الإصابة بالالتهاب الاحليلي غير المحدد من ١٦٧ إلى ٢٧٦,٤ مليون حالة (زيادة بنسبة ٦٥ في

(٢٩٧) WHO, "Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates", document WHO/HIV_AIDS/2001.02; WHO, *Prevalence and Incidence of Selected Sexually Transmitted Infections: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis — Methods and Results used by WHO to Generate 2005 Estimates* (Geneva, 2011)

المائة)، وزيادة حالات الإصابة بالزهري من ٦٢ إلى ١٠٦ ملايين حالة (زيادة بنسبة ٧١ في المائة). وقد تزامنت هذه الزيادات مع انخفاض بنسبة ١٢ في المائة في حالات الإصابة بالزهري من ١٢ إلى ١٠,٦ مليون حالة^(٢٩٧).

٤٠٨ - ورغم حدوث انخفاض ملحوظ في حالات الإصابة بالزهري، لا تزال الـ ١٠ ملايين حالة المتبقية تشكل عبئا كبيرا على الصحة الإنجابية؛ ففي حالة إصابة الحوامل بمرض الزهري وتركه بدون علاج (كما حدث في ما يقدر بـ ١,٣ مليون حالة في عام ٢٠٠٨) تؤدي الإصابة في ٢١ في المائة من الحالات إلى ولادة أطفال ميتين، وفي ٩ في المائة إلى وفاة الأطفال حديثي الولادة^(٢٩٨). وتؤدي الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي في العديد من الحالات إلى انعدام خصوبة كل من المرأة والرجل، ويمكن أن تؤدي الإصابة بالسيلان والكلاميديا إذا تركت دون علاج إلى إصابة حديثي الولادة بأمراض خطيرة من بينها العمى. بالإضافة إلى ذلك، فإن الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي (بما في ذلك السيلان والكلاميديا والزهري، وفيروس الحلاّ البسيط) تزيد من قابلية الإصابة في الوقت نفسه بفيروس نقص المناعة البشرية، وتزيد بالمثل من قابلية الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية لنقل العدوى. وفيروس الورم الحليمي البشري هو السبب الأساسي للإصابة بسرطان عنق الرحم الذي يتسبب سنويا في وفاة حوالي ٢٦٦ ٠٠٠ امرأة، تعيش نسبة ٨٥ في المائة منهن في بلدان تفتقر إلى الموارد^(٢٩٩). ويرتبط فيروس الورم الحليمي البشري أيضا بالإصابة بسرطانات الشرج والفم والحنجرة^(٣٠٠).

٤٠٩ - لم تحقق جميع الاستثمارات التي نُفذت لتلبية الاحتياجات الصحية الجنسية والإنجابية نجاحا. وشكلت التدخلات المنخفضة التكلفة لتشخيص الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي لدى النساء مبادرة تم الترويج لها على نطاق واسع بيد أنهما حققت نجاحا محدودا، إلا في ما يتعلق بالزهري. وكذلك تبين عدم إمكانية الاعتماد على عملية الترويج الواسع النطاق لمجموعة الأعراض اللازمة لتشخيص الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بين النساء اللاتي يعانين من إفرازات مهبلية، والتي أدت بدلا من ذلك إلى إفراط في العلاج، بيد أن هذه

(٢٩٨) WHO, *Prevalence and Incidence of Selected Sexually Transmitted Infections*

(٢٩٩) GAVI Alliance, Human Papillomavirus factsheet; available from [www.gavialliance.org/library/publications/gavi-fact-sheets/factsheet--hpv-\(human-papillomavirus\)](http://www.gavialliance.org/library/publications/gavi-fact-sheets/factsheet--hpv-(human-papillomavirus))

(٣٠٠) انظر مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها (www.cdc.gov/hpv/cancer.html) (تم الاطلاع على الموقع في ٢٠ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٣).

الوسائل كانت أنجح بكثير مع الرجال^(٣٠١). وبصفة عامة، ونظرا لأن أعراض الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي تكون أكثر وضوحا لدى الرجال، فإن الفحص التشخيصي والعلاج يصبح وسيلة أكثر فعالية من حيث التكلفة لمحاربة تلك الأمراض بالنسبة للذكور، الأمر الذي يستحق المزيد من الاستثمار^(٣٠٢).

٤١٠ - وأدت تكنولوجيات التفاعل البوليميري المتسلسل إلى تحسين القدرة على تشخيص الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بدرجة كبيرة، لكن تكلفتها حدت من استخدامها على نطاق واسع. ويمكن أن تساعد الاختبارات التشخيصية السريعة والدقيقة والمنخفضة التكلفة في حالة ضعف الموارد، لكن الاختبارات التشخيصية السريعة لم تتوفر بعد على نطاق واسع في حالة مرض الزهري ولا تزال الاختبارات الخاصة بمرض كلاميديا قيد التطوير^(٣٠٣). وتشكل أنظمة المختبرات المجهزة تجهيزا جيدا مكونا أساسيا من مكونات النظم الصحية في مرحلة الإحالة، ولها قيمتها في حالة الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، وبمجموعة أخرى من الحالات الطبية، لذا تحتاج إلى مزيد من الاستثمارات. وقد ثبت أن لقاح فيروس الورم الحليمي البشري على درجة عالية من الفعالية، وينطوي على إمكانات كبيرة للحد من بعض سلالات الفيروس.

٤١١ - وتبذل منظمة الصحة العالمية جهودا عالمية لجمع أفضل البيانات المتاحة عن الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي من مختلف البلدان، لكن البيانات تعكس ضعفا واسعا النطاق في عمليات المراقبة خارج مجموعة معينة من البلدان الغنية، ومن ثم يجب توخي الحذر عند تفسير البيانات العالمية الموجزة.

WHO, "Sexually transmitted infections", Factsheet No. 110 (November 2013); available from (٣٠١) www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/; R. Snow and K. P. Bista, "International consultative workshop on STI case management in South Asia, Kathmandu, Nepal, July 2001", meeting report (National Centre for AIDS and STD Control of Nepal and University of Heidelberg STI/HIV Control Project).

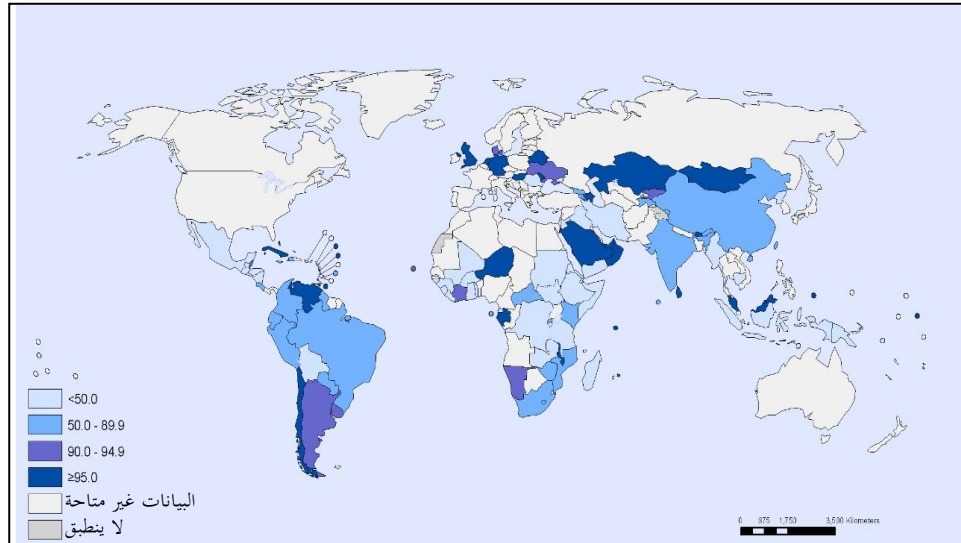
K. L. Dehne, R. Snow and K. R. O'Reilly, "Integration of prevention and care of sexually transmitted (٣٠٢) infections with family planning services: what is the evidence for public health benefits?", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, No. 5 (2000).

WHO, *Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections: (٣٠٣) 2006-2015 — Breaking the Chain of Transmission* (Geneva, 2007); WHO, "Sexually transmitted infections", Factsheet No. 110 (November 2013).

٤١٢ - وقد أكدت منظمة الصحة العالمية في استعراضين أجرتهما مؤخرًا^(٣٠٤) على ضعف البيانات المتعلقة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وعلى نطاقها المحدود. ولا توجد نظم لمراقبة عمليات جمع البيانات عن الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي على الصعيد العالمي. حيث يتم جمع البيانات عن الزهري وبدرجة أقل عن السيلان المقاوم للأدوية في التقرير العالمي عن التقدم في مكافحة الإيدز، وهو ثمرة جهد تعاوني بين منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المعني بالإيدز واليونيسيف. ويبين الشكل ٤٠ ندرة البيانات المتاحة عن الفحوص التي تجري للحوامل للكشف عن الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، باعتبارها خطوة أولى ضرورية لتحديد حالات الإصابة ومعالجتها، وفي الوقت نفسه تسلط البيانات الضوء، في حالة توافرها، على انخفاض معدلات الفحص عند الزيارة الأولى السابقة للولادة في بلدان عدة في أفريقيا وأمريكا الجنوبية والشرق الأوسط ومناطق من الصين. ويمكن أن يعكس ذلك عدم كفاية الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية في بعض من هذه المناطق؛ وتجدر الإشارة إلى أن بعض بلدان أمريكا الشمالية وأوروبا لديها نظم مراقبة مستقلة وأكثر تعقيداً لا تنعكس في هذه البيانات.

الشكل ٤٠

النسبة المئوية لمتلقيات الرعاية السابقة للولادة الذين تجرى لهن فحوص للكشف عن الإصابة بالزهري في الزيارة الأولى، أحدث البيانات المتاحة منذ عام ٢٠٠٥



المصدر: WHO, Global Health Observatory map gallery، من الموقع الشبكي www.who.int/gho/map_gallery/en/index.html.

WHO, *Baseline Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance 2012* (Geneva, 2013); (٣٠٤) .available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85376/1/9789241505895_eng.pdf

٤١٣ - وفي ضوء الاحتياجات الراهنة، تدعو منظمة الصحة العالمية والوكالات الشريكة لها إلى تضافر الجهود العالمية التي تلمس الحاجة إليها من أجل وضع نظام لمراقبة الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بما في ذلك إجراء الفحوص والمعالجة الفعالة للحالات. والتعجيل بتنفيذ مثل هذا المقترح أمر ضروري إذا ما أردنا تعزيز نظم الصحة العامة عن طريق تحسين البيانات التقديرية عن الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، وفي نهاية المطاف خفض انتشار الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والحد من الأعراض الناجمة عنها^(٣٠٥).

٤١٤ - ويتعين على الدول والشركاء في مجال الصحة العالمية الالتزام بتعزيز مراقبة حالات الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ومعدلات انتشارها على كل من الصعيدين الوطني والعالمي، ودعم تطوير وتوسيع نطاق استخدام الاختبارات الدقيقة والميسورة من حيث التكلفة لتشخيص الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، وتشجيع حصول المزيد من الأشخاص على مستوى جيد من التشخيص والعلاج للأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بما يشمل الرجال والفتيان.

٧ - الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية

٤١٥ - انخفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بنسبة ٣٣ في المائة على الصعيد العالمي، من ٣,٤ ملايين حالة في عام ٢٠٠١ إلى ٢,٣ مليون حالة في عام ٢٠١٢. وانخفض عدد الإصابات الجديدة بالفيروس في ٢٦ بلدا من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل بنسبة تزيد على ٥٠ في المائة بين عامي ٢٠٠١ و ٢٠١٢. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، التي تشهد ٧٠ في المائة من مجموع الإصابات الجديدة، انخفض عدد الإصابات الجديدة بالفيروس بين البالغين بنسبة ٣٤ في المائة منذ عام ٢٠٠١. ومع ذلك ارتفع عدد الإصابات الجديدة في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى في السنوات الأخيرة، رغم حدوث انخفاض في أوكرانيا، واستمر عدد الإصابات الجديدة في الارتفاع في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا^(٣٠٦).

٤١٦ - ويعكس انخفاض عدد الإصابات الجديدة بالفيروس بين البالغين إلى حد كبير تراجعاً في انتقال الفيروس جنسياً. بيد أن الإنجازات التي تحققت في مجال مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية على الصعيد الإقليمي تخفي تفاوتات هامة داخل البلدان وفيما بينها. فعلى

WHO, "Sexually transmitted infections (STIs)", document WHO/RHR/13.02; available from (٣٠٥) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf

(٣٠٦) UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013* (انظر الحاشية ١٦ أعلاه).

سبيل المثال، تحدث إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية، في جميع أنحاء أفريقيا الجنوبية، رغم انتشار المعارف بشأن المرض على نطاق واسع وإمكانية الحصول بسهولة على الواقي الذكري. وفي جنوب أفريقيا، وهو البلد الذي يوجد به أكبر عدد على الإطلاق من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، انخفض العدد السنوي للإصابات الجديدة بسرعة بعد أن وصل إلى ذروته في عام ١٩٩٨، لكن وتيرة الانخفاض تباطأت في الفترة بين عامي ٢٠٠٤-٢٠١١، ويظل معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية مرتفعا حتى بعد الانخفاض الكبير في الفترة من عام ٢٠١١ إلى عام ٢٠١٢^(٣٠٧).

٤١٧ - وفي حين "تقدر نسبة الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن بنسبة تتراوح بين ٠,٢ و ٠,٥ في المائة من سكان العالم، فإنهم يشكلون تقريبا نسبة ٥ إلى ١٠ في المائة من جميع المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية"^(٣٠٦). وفي أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، تمثل وقاية متعاطي المخدرات عن طريق الحقن وشركائهم في الاتصالات الجنسية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أولوية رئيسية، حيث تصل نسبة الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن إلى أكثر من ٤٠ في المائة من الإصابات الجديدة في بعض البلدان. وفي البلدان التي ترتبط فيها معدلات الإصابة ارتباطا وثيقا بتعاطي المخدرات بالحقن الوريدية، لا يزال يتعين على الحكومات أن تبدي التزاما سياسيا قويا في هذا الصدد كما أنها تفتقر إلى نظم كافية لرصد تفشي الأوبئة^(٣٠٦).

٤١٨ - وعلى الصعيد العالمي، فإن المشتغلين بالجنس من الإناث والذكور ومغايري الهوية الجنسانية معرضون أكثر من غيرهم لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وتزايد فرص إصابة النساء المشتغلات بالجنس ١٣,٥ مرة عن النساء الأخريات. ومع ذلك يظل تمويل جهود وقاية المشتغلين بالجنس منخفضا بشكل غير متناسب مع الخطر الذي يجيق بهم. ويتعرض الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال أيضا بصورة متزايدة لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، ولا يتناسب عدد الإصابات الجديدة بينهم مع الإصابات الجديدة في صفوف الفئات الأخرى في الأمريكتين وآسيا، ويواجه الرجال المشردون والشباب منهم بالتحديد أعلى المخاطر في أوساط الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، وما زال المشتغلون بالجنس والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والفئات الرئيسية الأخرى المعرضة بصورة متزايدة لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية يواجهون الوصم بالعار والتمييز، وفي العديد من الحالات يقعون تحت طائلة القوانين العقابية التي تفاقم من ضعفهم وتشكل عائقا أمام جهود الوقاية والعلاج والرعاية والدعم الضرورية^(٣٠٦).

(٣٠٧) UNAIDS, AIDSinfo Online Database (www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/Home.aspx)

٤١٩ - وفي تقرير عن الدراسة الاستقصائية العالمية، أفاد اثنان وتسعون في المائة من الحكومات المشاركة في الدراسة بمعالجة مسألة "زيادة فرص الحصول على خدمات الوقاية والعلاج والرعاية الصحية المتعلقة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي/فيروس نقص المناعة البشرية للفئات الضعيفة من السكان والسكان المعرضين للخطر" خلال السنوات الخمس الماضية، لكن بدرجات متفاوتة من النجاح.

٤٢٠ - وإلى حد كبير يتوقف منع الإصابات الجديدة بالفيروس على تغيير السلوكيات. وقد تفاوتت فعالية النهج المتبعة في إحداث هذا التغيير من منطقة إلى أخرى. ففي عدد من بلدان أفريقيا، ازدادت السلوكيات الجنسية الخطيرة في الفترة من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠١٢، مع وجود دلائل على حدوث زيادات كبيرة في عدد الشركاء الجنسيين المتضررين (في كل من إثيوبيا، وأوغندا، وبوركينا فاسو، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وجنوب أفريقيا، ورواندا، وزمبابوي، وغابون، وغيانا، وكوت ديفوار، والكونغو)، وعلى انخفاض عدد مستخدمي الواقي الذكري (في كل من أوغندا، والسنغال، وكوت ديفوار، والنيجر)^(٣٠٦). إن فهم ومعالجة استمرار التعرض للمخاطر الجنسية مقابل تزايد المعرفة وإمكانية الحصول على الواقي الذكري على نطاق واسع وما لذلك من صلات بالمعايير الجنسانية وعدم المساواة الهيكلية هو من التحديات الرئيسية التي تواجه الصحة العامة خلال العقد القادم.

٤٢١ - وثمة حاجة إلى أن تعقد الأمم المتحدة اجتماعا كبيرا للحكومات والخبراء ومنظمات المجتمع المدني لمعالجة هذا التفاوت في النجاح، والإخفاق في تغيير السلوكيات في بعض أنحاء العالم، حيث تشير الدلائل إلى تراجع السلوكيات الوقائية في العديد من البلدان المعرضة لخطر كبير.

٤٢٢ - ويتعين على الدول والشركاء في مجال الصحة العالمية معالجة التباينات الحادة في نجاح جهود الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في مختلف أنحاء العالم، وفيما بين الشرائح السكانية المختلفة؛ وإجراء بحوث لفهم الأسباب الكامنة وراء التباينات هذه؛ وتبادل الدروس المستفادة بشأن السياسات التي أثبتت جدواها من أجل الحد من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين شرائح السكان المعرضة أكثر من غيرها لخطر الإصابة به.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ١٨

فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

ما خلصت إليه الهيئات الحكومية الدولية فيما يتعلق بحقوق الإنسان - جرت منذ عام ١٩٩٤ مناقشات كثيرة تتعلق بحماية حقوق الإنسان من حيث صلتها بالأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز. وأصدرت الجمعية العامة ثلاثة إعلانات عن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، بما فيها الإعلان السياسي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز: تكثيف جهودنا من أجل القضاء على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، المرفق بالقرار ٢٧٧/٥٥ (٢٠١١)، والذي أكدت فيه الجمعية من جديد أن "الإعمال الكامل لحقوق الإنسان والحريات الأساسية للجميع عنصر أساسي في التصدي العالمي لوباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز". واتخذت لجنة حقوق الإنسان سلسلة من القرارات بشأن حماية حقوق الإنسان للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. بما في ذلك القرار ٨٤/٢٠٠٥ بشأن حماية حقوق الإنسان في سياق فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) (٢٠٠٥).

الصكوك القانونية الأخرى غير الملزمة - في عام ١٩٩٧، وفرت المبادئ التوجيهية الدولية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز وحقوق الإنسان إطار عمل لتعزيز حقوق الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز. ومنذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أصبحت الهيئات المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان تتناول على نحو متزايد حقوق الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك تناولها في التعليقات العامة والملاحظات الختامية. وخلصت الهيئات المنشأة بموجب معاهدات إلى أنه يتعين على الدول أن تكفل المساواة في تمتع الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بحقوق الإنسان الخاصة بهم^(٣٠٨)، وأن يكون العلاج المضاد للفيروسات العكوسة متاحا وبتكلفة معقولة ويسهل الحصول عليه^(٣٠٩). مع اتخاذ إجراءات من جانب الدول

(٣٠٨) الملاحظات الختامية للجنة القضاء على التمييز ضد المرأة عقب نظر اللجنة في تقرير إثيوبيا الشامل للتقرير الأولي والتقريين الدوريين الثاني والثالث (A/51/38)، الفصل الرابع، الفرع باء - ٢، الفقرة ١٦١.

(٣٠٩) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠) بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة (المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية) (الوثيقة E/2001/22، المرفق الرابع)؛ والملاحظات الختامية للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الرابع للمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، والأقاليم التابعة للتاج والأقاليم التابعة فيما وراء البحار (الوثيقة E/C.12/1/Add.79، الفقرة ٤٠؛ والملاحظات الختامية للجنة حقوق الإنسان عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الثاني لكينيا (الوثيقة CCPR/CO/83/KEN، الفقرة ١٥).

لإزالة الحواجز التي تحول دون الحصول عليه^(٣١٠). ويجب تخصيص موارد كافية لبرامج فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز^(٣١١)، ومراقبة فعاليتها^(٣١٢). والدول مدعوة أيضا إلى اتخاذ إجراءات من أجل مكافحة الوصم بالعار والتمييز المتصلين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز^(٣١٣). وينبغي للدول أن تكفل تمكن الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية من اتخاذ قرارات طوعية ومستنيرة بشأن الإنجاب^(٣١٤). وأشارت هيئات رصد تنفيذ المعاهدات أيضا على الدول بأن تتوجه إلى شرائح معينة من السكان مثل الشباب، وسكان المناطق الريفية، والأقليات العرقية، وكبار السن، وغيرها من الجماعات التي تعاني من أوجه ضعف^(٣١٥).

٨ - أوجه العلاج والرعاية والدعم ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

٤٢٣ - لم يكن ملامح فيروس نقص المناعة البشرية الذي سرعان ما تحول إلى وباء قد اتضحت تماما وقت انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤. ففي عام ١٩٩٣،

(٣١٠) الملاحظات الختامية للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عقب نظر اللجنة في التقرير الأولي لهندوراس (الوثيقة E/C.12/1/Add.57، الفقرتان ٢٦ و ٤٧)؛ والتقرير الأولي لزامبيا (الوثيقة E/C.12/1/Add.106، الفقرة ٣٠).

(٣١١) لجنة حقوق الطفل، التعليق العام رقم ٣ (٢٠٠٣) بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وحقوق الطفل (انظر الوثيقة A/59/41، المرفق التاسع).

(٣١٢) الملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل عقب نظر اللجنة في التقرير الأولي لزامبيا (الوثيقة CRC/C/15/Add.206، الفقرة ٥١(د)).

(٣١٣) الملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الثاني لبوتان (الوثيقة CRC/C/BTN/CO/2، الفقرة ٥٩(د))؛ وتقرير كازاخستان الشامل للتقريرين الدوريين الثاني والثالث (الوثيقة CRC/C/KAZ/CO/3، الفقرة ٥٤(د)).

(٣١٤) لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم ٢٤ بشأن المادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة المتعلقة بالمرأة والصحة، التي اعتمدها اللجنة في دورتها العشرين (انظر الوثيقة A/54/38/Rev.1، الفصل الأول، الفرع ألف).

(٣١٥) الملاحظات الختامية للجنة القضاء على التمييز ضد المرأة عقب نظر اللجنة في التقرير الشامل للتقريرين الدوريين الثاني والثالث لجمهورية مولدوفا (الوثيقة CEDAW/C/MDN/CO/3، الفقرة ٣١)؛ والتقرير الأولي لميانمار (الوثيقة A/55/38، الفصل الرابع، الفرع باء، الفقرة ٩٦)؛ الملاحظات الختامية للجنة حقوق الإنسان عقب نظر اللجنة في التقرير الدوري الثاني للبتوانيا (CCPR/CO/80/LTU، الفقرة ١٢)؛ والملاحظات الختامية للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، عقب نظر اللجنة في التقرير الأولي للصين (بما في ذلك هونغ كونغ وماكاو) (E/C.12/1/Add.107، الفقرة ٦٠)؛ والملاحظات الختامية للجنة القضاء على التمييز ضد المرأة عقب نظر اللجنة في التقرير الشامل لتقريرين الدوريين الخامس والسادس لزامبيا (الوثيقة CEDAW/C/ZMB/CO/5-6، الفقرة ٣٦(أ))؛ والتقرير الشامل للتقارير من الرابع إلى السابع لأوغندا (الوثيقة CEDAW/C/UGA/CO/7، الفقرة ٤٦).

كان ما يقدر بـ ١٤ مليون شخص قد أصيبوا بفيروس نقص المناعة البشرية. لكن الوباء لم يتفش إلا في أعقاب المؤتمر. وفي غضون عقد من الزمان (حتى عام ٢٠٠٣)، كان ما يقدر بنحو ٣١,٧ ملايين شخص قد أصيبوا بالفيروس، حيث يقيم ثلاثة أرباعهم في أفريقيا^(٣١٦). وتوات بعد ذلك استجابة الحكومات ومؤسسات المعونة، لكن ذلك لم يحدث إلا بعد أن بلغت الوفيات من الإيدز ذروتها بعدد وصل إلى ٢,٣ مليون حالة وفاة سنويا في عام ٢٠٠٥^(٣١٦). وفي ما يتعلق بالعبء العالمي للمرض، انتقل الفيروس من المرتبة الثالثة والثلاثين بين الأسباب التي تؤدي إلى ضياع سنوات العمر بسبب الإعاقة في سنة ١٩٩٠ إلى المرتبة الخامسة في سنة ٢٠١٠. ورغم تراجع أعداد الوفيات بسبب الإيدز تراجعاً شديداً لتصل إلى ١,٦ مليون حالة وفاة في عام ٢٠١٢^(٣١٦). يظل الإيدز يشكل السبب الرئيسي للوفيات بين النساء في سن الإنجاب (١٥ إلى ٤٩ عاماً) في جميع أنحاء العالم^(٣١٧). وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، تشكل حالات الوفاة بسبب الإيدز وحالات الوفاة الناتجة عن مشاكل نفسية الأسباب الرئيسية لوفاة النساء في سن الإنجاب^(٣١٨).

٤٢٤ - وفي إطار المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية المنقحة حديثاً في عام ٢٠١٣، يمثل الـ ٩,٧ ملايين شخص الذين تلقوا العلاج المضاد للفيروسات العكوسة في عام ٢٠١٢ نسبة ٣٤ في المائة فقط من الأشخاص المؤهلين لتلقي العلاج^(٣١٦). وقد أجريت تغييرات في المبادئ التوجيهية للعلاج بناء على ورود أدلة جديدة على مزايا بدء العلاج بمضادات الفيروسات العكوسة في وقت مبكر من التاريخ الطبيعي للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وبناء على ذلك، وعلى الرغم من زيادة فرص الحصول على العلاج بمضادات الفيروسات العكوسة، ما زالت نسبة الأشخاص المستحقين للعلاج أقل بكثير مما نصت عليه الغاية السادسة من الأهداف الإنمائية للألفية بشأن حصول الجميع على العلاج المضاد للفيروسات العكوسة بحلول عام ٢٠١٥^(٣١٦). وفي حين نجح تنفيذ برامج العلاج في العديد من البلدان، لا يزال توصيل العلاج يشكل تحدياً في المناطق التي تعاني من ضعف النظم الصحية وقلة عدد موظفيها، وحيثما يشكل الوصم عقبة أمام إجراء الفحص وتلقي الرعاية. والملاحظ أن نطاق تغطية العلاج المضاد للفيروسات العكوسة شمل عدداً أقل من الأطفال

(٣١٦) برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. قاعدة بيانات AIDSInfo على الإنترنت. (<http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/Home.aspx>). تم تنزيل البيانات في ٥ كانون الثاني/ديسمبر ٢٠١٣.

WHO, "Women's health", Factsheet No. 334 (September 2013); available from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/ (٣١٧)

(٣١٨) WHO and others, *Trends in Maternal Mortality* (٢٧٨ أعلاه).

الموهلين لتلقي العلاج بالمقارنة مع البالغين على الصعيد العالمي، وتواصل كفة الميزان الميل لصالح البالغين^(٣٠٦).

٤٢٥ - وقد ارتفعت النسبة المئوية للنساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية اللاقي يحصلن على العلاج بمضادات الفيروسات العكوسة بشكل ملحوظ بسبب الزيادة المستمرة في برامج منع الانتقال الرأسي للفيروس، حيث بلغ نطاق التغطية ٦٣ في المائة على الصعيد العالمي في عام ٢٠١٢. ومع ذلك، هناك تباين كبير في نطاق تغطية منع انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل فيما بين مناطق العالم، حيث تجاوز نطاق التغطية ٩٠ في المائة في أوروبا الوسطى والشرقية ومنطقة البحر الكاريبي، وإن كان لا يزال أقل من ٢٠ في المائة في منطقة المحيط الهادئ والشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ومن بين البلدان التي ينتشر فيها الوباء بشكل عام، أتاح ١٣ بلدا العلاج بمضادات الفيروسات العكوسة لأقل من ٥٠ في المائة من النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، في حين بلغ نطاق تغطية منع انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل في ١٣ بلدا ٨٠ في المائة^(٣٠٦). ويبدو أن التفاوتات في نطاق منع انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل في البلدان التي ينتشر بها الوباء لا تعكس الاختلافات في الاسباب الكامنة وراء تفشي فيروس نقص المناعة البشرية على الصعيد الوطني (انظر المرفق الأول، الشكل ١٢)^(٣١٩).

٤٢٦ - وفي حين أدت جهود الوقاية من انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل إلى زيادة فرص الحصول على العلاج في صفوف النساء الحوامل، لا تزال النساء من هذه الفئة يتلقين العلاج بمضادات الفيروسات العكوسة حفاظا على صحتهم في مستويات أدنى من عامة السكان^(٣٠٦). بالإضافة إلى ذلك، لا تزال هناك فروق بين الجنسين في الوصول إلى خدمات الفحص والمشورة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية^(٣٢٠)، فضلا

(٣١٩) برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز قاعدة بيانات AIDSInfo على الإنترنت؛ ويمكن الاطلاع عليها في الموقع: www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/aspx/Home.aspx.

(٣٢٠) P. Glick and D. Sahn, "Changes in HIV/AIDS knowledge and testing behavior in Africa: how much and for whom?", *Journal of Population and Economics*, vol. 20, No. 2 (2007), pp. 383-422; S. Mitchell and others, "Equity in HIV testing: evidence from a cross-sectional study in ten Southern African countries", *BMC International Health and Human Rights*, vol. 10, No. 23 (2010); R. C. Snow, M. Madalane and M. Poulsen, "Are men testing? Sex differentials in HIV testing in Mpumalanga Province, South Africa", *AIDS Care*, vol. 22, No. 9 (2010), pp. 1060-1065; A. E. Yawson, P. Dako-Gyeke and R. Snow, "Sex differences in HIV testing in Ghana, and policy implications", *AIDS Care*, vol. 24, No. 9 (2012), pp. 1181-1185

عن العلاج منه^(٣٢١). وقد ترجمت المكاسب الناتجة عن اتساع نطاق التغطية بمنع انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل في صورة انخفاض في معدلات انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأمهات إلى الأطفال. وفي عام ٢٠١٢، بلغ عدد الإصابات الجديدة بين الأطفال ٢٦٠ ٠٠٠ إصابة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، وهو ما يمثل انخفاضا بنسبة ٣٥ في المائة منذ عام ٢٠٠٩.

٤٢٧ - وينبغي للدول أن تكفل حصول الجميع على خدمات المعلومات والتثقيف والمشورة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك خدمات الفحص السرية والطوعية المتعلقة بالفيروس مع التركيز بشكل خاص على الشباب والأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية؛ وأن تلتزم، في أقرب وقت ممكن، بتوفير فرص الحصول على العلاج المضاد للفيروسات العكوسة للجميع بهدف الحيلولة دون انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل، وكفالة متابعة الرضع المعرضين لفيروس نقص المناعة البشرية، وتحسين نوعية الحياة والعمر المتوقع للأمهات وجميع الأشخاص المصابين بالإيدز، وحماية جميع الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية من الوصم والتمييز والعنف.

٤٢٨ - وفي ما يتعلق "بالحيلولة دون انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل وتلقي العلاج من أجل إطالة العمر المتوقع للأمهات المصابات بالفيروس"، تشير الدراسة الاستقصائية العالمية إلى أن نسبة ٨٦ في المائة من البلدان أفادت بأنها عاجلت هذه المسألة خلال السنوات الخمس الماضية؛ ومن أصل ٣٨ بلدا حددها برنامج الأمم المتحدة المعني بالإيدز على اعتبار أنها تعاني من "معدلات عالية للإصابة" بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، أفادت ٩٧ في المائة منها بمعالجة هذه المسألة خلال الفترة الزمنية نفسها. وعلى الرغم من أن الأهداف لم تتحقق بعد، تشير الأرقام إلى تركيز أكبر للجهود المبذولة في البلدان الأشد احتياجا.

(٣٢١) P. Braitstein and others, "Gender and the use of antiretroviral treatment in resource-constrained settings: findings from a multicenter collaboration", *Journal of Women's Health*, vol. 17, No. 1 (2008), pp. 47-55; P. Dako-Gyeke, R. Snow and A. E. Yawson, "Who is utilizing anti-retroviral therapy in Ghana: an analysis of ART service utilization", *International Journal for Equity in Health*, vol. 11, No. 62 (2012); A. S. Muula and others, "Gender distribution of adult patients on highly active antiretroviral therapy (HAART) in Southern Africa: a systematic review", *BMC Public Health*, vol. 7, April 2007.

هاء - الأمراض غير المعدية

٤٢٩ - منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أصبحت أهمية الأمراض غير المعدية بالنسبة إلى عبء المرض في العالم النامي أكثر بروزاً. وعلى الصعيد العالمي، حدثت زيادة بنسبة ٣٠ في المائة في عدد الوفيات المتصلة بالأمراض غير المعدية (وأبرزها أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، والأمراض التنفسية المزمنة، والسكري) في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٠^(٣٢٢). وفي جميع المناطق باستثناء أفريقيا، يتجاوز عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية تلك التي تسببها الاضطرابات التنفسية والمخاضية والأمراض المعدية والاضطرابات التغذوية مجتمعة^(٣٢٣). ومعدلات وفيات بسبب الأمراض غير المعدية أكبر في المناطق الأكثر نمواً، خاصة في أوروبا الشرقية، حيث يمثل كبار السن نسبة أكبر من السكان. غير أن المعدلات المعيارية حسب السن للوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية تظهر أن الأشخاص الذين يعيشون في أفريقيا أكثر تعرضاً لخطر الموت بسبب الأمراض غير المعدية منه في أي منطقة أخرى^(٣٢٤). ومن المتوقع أن يزداد عدد الوفيات بسبب الأمراض غير المعدية بنسبة ٤٤ في المائة بين عامي ٢٠٠٨ و ٢٠٣٠ في جميع أنحاء العالم، حيث يصل عبء المرض أعلى مستوى له لدى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي ترتفع بها معدلات النمو السكاني ويزداد طول العمر^(٣٢٣).

٤٣٠ - ويمكن أن يعزى حوالي نصف جميع الأمراض غير المعدية إلى ارتفاع ضغط الدم (١٣ في المائة من الوفيات في العالم)، واستخدام التبغ (٩-١٠ في المائة)، وارتفاع مستويات الكوليسترول والغلوكوز (٦ في المائة)، والحمول البدني (٦-٧ في المائة)، والبدانة (٥-٧ في المائة)^(٣٢٥). ولذلك من المهم التواصل مع الشباب في وقت مبكر من الحياة عن طريق تثقيف المراهقين والشباب والآباء والأمهات بشأن أهمية اتباع نظام غذائي صحي وممارسة التمارين الرياضية، ومخاطر تعاطي الكحول الضار والتدخين.

R. Lozano and others, "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", *The Lancet*, vol. 380, No. 9859 (15 December 2012), pp. 2095-2128

.WHO, *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010* (Geneva, 2011) (٣٢٣)

United Nations, "Population ageing and the non-communicable diseases" Population Facts, (٣٢٤) .No. 2012/1.

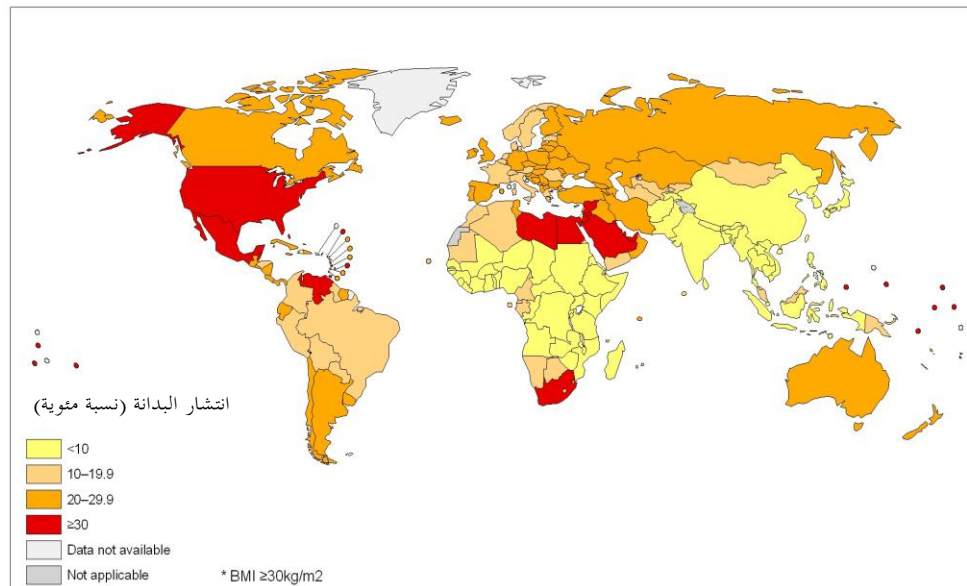
S. Sawyer and others, "Adolescence: a foundation for future health", *The Lancet*, vol. 379, (٣٢٥) .No. 9826 (2012), pp. 1630-1640; WHO, *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*

١ - الأمراض غير المعدية وعدم الإنصاف

٤٣١ - لئن كانت السلوكيات المتصلة بالأمراض غير المعدية وعوامل الخطر ترتبط عادة بالأشخاص الذين يعيشون في البلدان المرتفعة الدخل، تحري "عولمة أنماط الحياة غير الصحية" (٣٢٦). فعلى سبيل المثال، تضاعف انتشار السمنة على نطاق العالم تقريبا بين عامي ١٩٨٠ و ٢٠٠٨، وهو مرتفع في البلدان المتقدمة والمناطق الأقل نمواً على حد سواء (انظر الشكل ٤١).

الشكل ٤١

انتشار البدانة، لدى البالغين من العمر ٢٠ عاماً وما فوق، المعدلات المعيارية حسب السن، كلا الجنسين، في عام ٢٠٠٨



المصدر: WHO, Global Health Observatory map gallery, available from www.who.int/gho/map_gallery/en/index.html (accessed 25 October 2013)

٤٣٢ - ويرجح انتشار السمنة بين النساء أكثر من الرجال في جميع المناطق (٣٢٧). وازدادت السمنة لدى الأطفال الصغار في جميع المناطق، ولكنها تزداد بسرعة أكبر في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث يُتوقع أن تبلغ بحلول عام ٢٠١٥ ضعف مستواها في عام

D. Bloom and others, *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases* (Geneva, World Economic Forum, 2011) (٣٢٦)

.WHO, *World Health Statistics 2012* (Geneva, 2012) (٣٢٧)

١٩٩٠^(٣٢٨). وقد يكون الفقراء أكثر عرضة للأمراض غير المعدية الناجمة عن عوامل مثل انخفاض الوزن عند الولادة، وسوء التغذية أثناء الطفولة، والتعرض لدخان التبغ غير المباشر. والأمراض غير المعدية هي أمراض مزمنة إلى حد كبير تؤثر في المواظبة على العمل، وتؤدي إلى سحب الشخص من القوة العاملة، وتكلف عبئا اقتصاديا من حيث فقدان الإنتاجية الاقتصادية وكذلك من حيث تكاليف الرعاية الصحية.

٤٣٣ - وفي العالم النامي، يحدث المرض والوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية في سن مبكرة أكثر، ويؤثر ذلك على البالغين في أكثر سنوات حياتهم المدرة للدخل نشاطا^(٣٢٩). وتحدث نسبة أكبر بكثير من الوفيات المرتبطة بالأمراض غير المعدية لدى الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ٦٠ سنة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (٢٩ في المائة) مقارنة بالدول ذات الدخل المرتفع (١٣ في المائة)، والفقراء أكثر عرضة للموت قبل الأوان ممن هم أحسن حالا^(٣٢٣).

٢ - المرض العقلي

٤٣٤ - المرض العقلي هو أحد الأمراض غير المعدية الرئيسية التي تصيب مئات الملايين من الناس في العالم، وهو السبب الرئيسي لسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة المفقودة جراء الأمراض غير المعدية^(٣٢٦). وتمثل اضطرابات الاكتئاب نحو ثلث هذه الخسائر، وتصيب ١٥٤ مليون شخص على مستوى العالم، وهي أكثر شيوعا لدى النساء، وخاصة الشابات بشكل يمكن قياسه. وتفيد المنظمة الدولية للأزهايمر بأن هناك ٤٤ مليون شخص من المصابين بالمرض حاليا، وسيرتفع هذا العدد إلى ١٣٥ مليون شخص بحلول عام ٢٠٥٠. وإضافة إلى ذلك، بحلول عام ٢٠٥٠، ستكون ٧١ في المائة من الحالات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل^(٣٣٠).

٤٣٥ - ويعزز المرض النفسي والفقير بعضهما بعضا: فظروف الفقر تزيد من التعرض للإجهاد وسوء التغذية والعنف والاستبعاد الاجتماعي، في حين أن المرض النفسي يزيد من

(٣٢٨) WHO, *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*, p. 24.

W. Baldwin and L. Amato, "Global burden of noncommunicable diseases", Factsheet (Washington, (٣٢٩) D.C., Population Reference Bureau, July 2012).

Alzheimer's Disease International, "Policy brief for Heads of Government: the global impact of dementia (٣٣٠) 2013-2050" (London, December 2013); available from www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief

احتمال افتقار المرء أو بقاءه فقيراً^(٣٣١). وتمثل حالات الصحة النفسية، إلى جانب أمراض القلب والأوعية الدموية، ٧٠ في المائة من أسباب ضياع الناتج الاقتصادي، ومن المتوقع أن يتضاعف العبء الاقتصادي العالمي الناجم عن الأمراض غير المعدية في الفترة بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠٣٠^(٣٣٢). وعلى الرغم من أن أكبر الخسائر الاقتصادية ستحدث في البلدان المرتفعة الدخل، يجب أن يكون تحسين الصحة النفسية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من أولويات التنمية^(٣٣٣).

٣ - الوقاية من الأمراض غير المعدية: البدء في مرحلة المراهقة

٤٣٦ - يرتبط معظم الأمراض غير المعدية وحوالي ٧٠ في المائة من الوفيات المبكرة لدى البالغين ارتباطاً وثيقاً بأربعة من أشكال السلوك تبدأ أو تتعزز في مرحلة المراهقة، ألا وهي: التدخين وتعاطي الكحول الضار، والحمول، والإفراط في تناول الطعام أو سوء التغذية^(٣٣٣). فعلى سبيل المثال، يبدأ التدخين عادة في مرحلة المراهقة، وتنجم عنه واحدة من أصل كل ست وفيات مرتبطة بالأمراض غير المعدية^(٣٣٤). ومن شأن خفض كل من العرض والطلب على التبغ تفادي نحو ٥,٥ ملايين وفاة خلال ١٠ سنوات في ٢٣ بلداً من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تنوء بعبء فادح من الأمراض غير المعدية^(٣٣٤). وعلاوة على ذلك، تشير الأدلة المستمدة من أوروبا والبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل إلى ارتفاع استهلاك الكحول لدى الشباب، ابتداءً من سن مبكرة^(٣٣٥).

٤٣٧ - ويجب أن يبدأ التثقيف الصحي الذي يدوم مدى الحياة بالشباب، ضمن المناهج الدراسية وبالتزامن مع تثقيف جنسي شامل على السواء، حيث إن العديد من عادات الحياة المتعلقة بالصحة على المدى الطويل تبدأ وتتكون في الصغر، وهي تتشابك مع جوانب تشكيل الهوية والتطلعات في مرحلة البلوغ.

C. Lund and others, "Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries", *The Lancet*, vol. 378, No. 9801 (2011), pp. 1502-1514

. "Mental health care: the economic imperative", *The Lancet*, vol. 378, No. 9801 (2011), p. 1440 (٣٣٢)

M. D. Resnick and others, "Seizing the opportunities of adolescent health", *The Lancet*, vol. 376, No. 9826 (2012), pp. 1564-1567 (٣٣٣)

R. Beaglehole and others, "Priority actions for the non-communicable disease crisis", *The Lancet*, vol. 377, No. 9775 (2011), pp. 1438-1447 (٣٣٤)

R. Beaglehole and others, "Measuring progress on the NCDs: one goal and five targets", *The Lancet*, vol. 380, No. 9850 (2012), pp. 1283-1285 (٣٣٥)

٤٣٨ - وينبغي للدول أن تعمل على الحد من عوامل التعرض للأمراض غير المعدية عن طريق تعزيز أشكال السلوك الصحية لدى الأطفال والمراهقين من خلال البرامج المدرسية، ووسائل الإعلام، وفي إطار تثقيف جنسي شامل، بما يشمل المهارات اللازمة لمقاومة تعاطي التبغ وتعاطي المخدرات الأخرى، وتناول الطعام الصحي والتغذية الصحية، والحركة وممارسة التمارين الرياضية، والسيطرة على الإجهاد العصبي، وتوفير الرعاية الصحية العقلية.

واو - تغيير أنماط العمر المتوقع

٤٣٩ - على المستوى العالمي، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة لكلا الجنسين من ٦٤,٨ سنة في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥ إلى ٧٠ سنة بحلول الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥، وهي زيادة قدرها ٥,٢ سنوات مما يعكس التغيرات الطارئة على العمر المتوقع للإناث عند الميلاد من ٦٧,١ إلى ٧٢,٣ سنة، ومن ٦٢,٥ إلى ٦٧,٨ سنة خلال الفترة نفسها بالنسبة للرجال^(٣٣٦).

٤٤٠ - وشهدت جميع مناطق العالم مكاسب في متوسط العمر المتوقع وكان التقدم مطردا في جميعها تقريبا، ما عدا أفريقيا وأوروبا. ففي أفريقيا، كان ازدياد متوسط العمر المتوقع بطيئا في التسعينات، حيث ارتفع معدل الوفيات في عدة بلدان ارتفاعا كبيرا بسبب فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتزاع، ولكنه استعاد زخمه في السنوات الأولى من هذه الألفية. ولذلك كسبت أفريقيا، خلال العقدين الماضيين، ٦,٥ سنوات في متوسط العمر المتوقع. وفي أوروبا كذلك، كانت الزيادة في متوسط العمر المتوقع بطيئة خلال التسعينات، ويرجع ذلك إلى ارتفاع معدل الوفيات في عدد من الدول التي خلفت الاتحاد السوفياتي السابق، ولكنها تسارعت من جديد أيضا في السنوات الأولى من القرن الحادي والعشرين. وفي الوقت الراهن، تشهد أفريقيا جنوب الصحراء أدنى متوسط للعمر المتوقع وهو ٥٦ عاما، أي أقل من المتوسط العالمي بمقدار ١٤ عاما. وفي الواقع، فإن جميع بلدان العالم التي يقل فيها متوسط العمر المتوقع عن ٦٠ عاما (أي ما مجموعه ٣٠ بلدا) تقع في أفريقيا، من بينها ستة بلدان تقل مستواها عن ٥٠ عاما وهي: سيراليون وبوتسوانا وسوازيلاند وليسوتو وجمهورية الكونغو الديمقراطية وجمهورية أفريقيا الوسطى^(٣٣٦).

٤٤١ - ورغم أن التحليل الكلي يبرز الرأي المشهور الذي مفاده أن المرأة تعيش أطول من الرجال في المتوسط، يتبين من التحليلات على الصعيدين الوطني ودون الوطني ومن تحليل

(٣٣٦) World Population Prospects: The 2012 Revision (ST/ESA/SER.A/336)

الاتجاهات أن هذا النمط ليس ثابتا إلا فيما ندر، مع تفاوت الفجوة بين الجنسين تفاوتاً كبيراً بين السكان، وأنها ما انفكت تتغير مع مرور الزمن^(٣٣٧). وتشهد البلدان في المراحل المبكرة من تحولاتها الديمغرافية والوبائية فروقا في العمر المتوقع لصالح المرأة بحوالي ٢-٣ سنوات. وفي هذه السياقات، تتسبب المياه غير النقية والالتهابات وعدم كفاية التغذية وعدم الحصول على الرعاية الصحية والظروف الهيكلية الأخرى، في ارتفاع معدل الوفيات لدى جميع الفئات العمرية، وخاصة خلال مرحلة الطفولة. وهذه الظروف نفسها تعرض النساء للخطر أثناء الحمل والولادة، وتؤدي إلى ارتفاع معدلات الخصوبة كوسيلة للحماية من ارتفاع معدل وفيات الرضع والأطفال، مما يزيد بدوره من خطر تعرض المرأة للوفاة النفاسية على مدى العمر^(٣٣٧).

٤٤٢ - وأدى الانتشار المتزايد لوباء فيروس نقص المناعة البشرية إلى عكس المكاسب التي شهدتها العديد من البلدان الأفريقية في متوسط العمر المتوقع خلال السبعينات^(٣٣٨)، مع حدوث تأثير أكبر على النساء. ويرجع ذلك جزئياً إلى ارتفاع معدل وفيات النساء المرتبطة بالإيدز، مما يعكس ارتفاع خطر إصابة المرأة بالفيروس عن طريق الاتصال الجنسي بسبب ارتفاع المخاطر البيولوجية لديها، فضلاً عن ضعفها الاجتماعي في العلاقات الجنسية^(٣٣٩). وفي بعض بلدان أفريقيا، يزيد متوسط العمر المتوقع عند الرجال على ما هو عليه لدى النساء^(٣٣٧).

٤٤٣ - وللمرأة ميزة ملحوظة على الرجال في متوسط العمر المتوقع (١٠ سنوات أو أكثر) في جمهوريات الاتحاد السوفييتي السابق، حيث تعززت تلك الميزة مع تراجع العمر المتوقع للذكور في أواخر الثمانينات وبداية التسعينات^(٣٤٠). وازداد متوسط العمر المتوقع لدى الذكور ازدياداً طفيفاً، ولكنه ظل على ما هو عليه منذ ذلك الحين. وأسباب تناقص متوسط

A. T. Geronimus and R. C. Snow, "The mutability of women's health with age: the sometimes rapid and often enduring, health consequences of injustice", in *Women and Health*, 2nd ed., M. B. Goldman, R. Troisi and K. M. Rexrode, eds. (London, Academic Press, 2013)

J. Adetunji and E. R. Bos, "Levels and trends in mortality in sub-Saharan Africa: an overview", in *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*, 2nd ed., D. T. Jamison and others, eds. (Washington, D.C., World Bank, 2006)

J. A. Higgins, S. Hoffman and S. L. Dworkin, "Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS", *American Journal of Public Health*, vol. 100, No. 3 (2010), pp. 435-445

V. Shkolnikov, M. McKee and D. A. Leon, "Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s", *The Lancet*, vol. 357, No. 9260 (2001), pp. 917-921; D. A. Leon and others, "Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol or what?", *The Lancet*, vol. 350, No. 9075 (1997), pp. 383-388

العمر المتوقع لدى الرجال قابلة للنقاش، ولكنه يعزى جزئياً إلى تزايد الإجهاد العصبي، وأمراض القلب، وأسباب الوفاة المرتبطة بتعاطي الكحول ذات الصلة بالاضطرابات السياسية. وتوضح هذه التغيرات في متوسط العمر المتوقع تأثير السياق الاجتماعي والسياسي على الصحة وطول العمر^(٣٣٧).

٤٤٤ - ومتوسط العمر المتوقع للمرأة في البلدان المرتفعة الدخل والبلدان الصناعية (٤-٧ سنوات) أكبر من متوسط الرجل. وبلغت هذه الفوارق بين الجنسين ذروتها في السبعينات، ويرجع ذلك بدرجة كبيرة إلى ارتفاع معدلات التدخين لدى الرجال في العقود السابقة. ويعزى تقلص الفجوة بين الجنسين الذي شهدته السنوات الأخيرة، جزئياً، إلى انخفاض التدخين لدى الذكور خلال السنوات العشرين الماضية^(٣٤١).

٤٤٥ - والتفاوتات في متوسط العمر المتوقع غير ثابتة، فهي تتغير مع مرور الوقت داخل الفئات السكانية وفيما بينها، مما يعكس تغير السياقات السياسية والاقتصادية والوبائية. ولأن أحد الالتزامات الرئيسية للدولة هو احترام وتعزيز وحماية حقوق الإنسان لشعبها، يشكل العمر المتوقع مؤشراً إجمالياً لمدى وفاء الدول بهذا الالتزام، واستثمارها على نحو كافٍ في قدرات مواطنيها وصحتهم وحمائيتهم الاجتماعية وقدرتهم على التحمل.

زاي - عدم اكتمال خطة تعزيز النظم الصحية

٤٤٦ - رغم مرور عقود من أوجه التقدم الطبي والابتكارات في مجال الرعاية الصحية التي لم يسبق لها مثيل، لا تزال توجد تفاوتات صارخة في إمكانية الاستفادة من النظم الصحية ونوعيتها بين البلدان وداخلها. فلا تزال توجد في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وبدرجة أقل في وجنوب آسيا، بعض من النظم الصحية الأقل قدرة على إتاحة الخدمات والأكثر هشاشة، مقيسة بمؤشرات مثل كثافة العاملين الصحيين، ومدى التغطية بالخدمات البالغة الأهمية، ونفاد مخزون السلع الأساسية، وحفظ السجلات، أو حسب النتائج الصحية المحققة. وتوجد داخل بلدان مختارة من البلدان المتوسطة الدخل والمرتفعة الدخل جيوب كثيرة من التغطية الضعيفة والسيئة بالنظم الصحية لمناطق مختارة أو سكان معينين، مثل

F. C. Pampel, "Cigarette use and the narrowing sex differential in mortality", *Population and Development Review*, vol. 28, No. 1 (2002), pp. 77-104; "Sex differentials in life expectancy and mortality in developed countries: an analysis by age group and causes of death from recent and historical data", *Population Bulletin of the United Nations*, No. 25 (United Nations publication, Sales No. E.88.XIII.6); Geronimus and Snow, "The mutability of women's health with age: the sometimes rapid and often enduring, health consequences of injustice"

الشعوب الأصلية، والأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية، والفئات التي لا تتمتع بتأمين صحي أو التي تقيم بصفة غير قانونية.

١ - تأثير فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز على النظم الصحية

٤٤٧ - تم توجيه المساعدة الدولية في مجال مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية إلى حد كبير نحو وضع برامج عمودية محددة معنية بالفيروس بدلا من إدراج الخدمات في النظم الصحية القائمة. وكان القصد من هذا النهج السماح بالتعميم السريع لخدمات مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية الذي تمس الحاجة إليه، مع التسبب بشكل مثالي في تداعيات من شأنها تعزيز النظم الصحية على نطاق أوسع. إلا أن ما يعيب الهياكل العمودية التي لم تدمج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز ضمن النظم الصحية الأوسع نطاقا هو تحويل الموارد، ومزاحمة غيرها الخدمات الأخرى من النظام الصحي، والمساس بتعزيز النظم الصحية الشاملة لصالح نهج قوامه مكافحة مرض واحد^(٣٤٢). ورغم أن الطوارئ الصحية الملحة التي يرحح أن تتسبب في وفيات تتطلب اتخاذ إجراءات ذات أولوية وتعبئة الموارد، هناك حاجة إلى تحقيق أكبر قدر من المنافع وتعزيز النظم الصحية لتوفير الوقاية والرعاية الصحية على الأجل الطويل وعلى نطاق واسع طيلة العمر.

٤٤٨ - ويرتبط فيروس نقص المناعة البشرية والصحة الجنسية والإنجابية ارتباطا وثيقا، حيث تحدث نسبة ٨٠ في المائة من حالات الإصابة بالفيروس عن طريق الاتصال الجنسي و ١٠ في المائة من حالات الإصابة أثناء الحمل أو الولادة أو الرضاعة الطبيعية^(٣٤٣). ولكن

D. Yu and others, "Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?", *Globalization and Health*, vol. 4, No. 8 (2008); Columbia University, International Center for AIDS Care and Treatment Programs, "Leveraging HIV scale-up to strengthen health systems in Africa", report of a conference held in Bellagio, Italy, September 2008 (2009); W. M. El-Sadr and E. J. Abrams, "Scale-up of HIV care and treatment: can it transform healthcare services in resource-limited settings?", *AIDS*, vol. 21 (October 2007), pp. S65-S70; K. A. Grépin, "HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa", *Health Affairs*, vol. 31, No. 7 (2012), pp. 1406-1414; A. Buvé, S. Kalibala and J. McIntyre, "Stronger health systems for more effective HIV/AIDS prevention and care", *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 18, No. 1 (2003), pp. S41-S51

I. Askew and M. Berer, "The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: a review", *Reproductive Health Matters*, vol. 11, No. 22 (2003), pp. 51-73; N. Duce and A. Nolan, "Seizing the big missed opportunity: linking HIV and maternity care services in sub-Saharan Africa", *Reproductive Health Matters*, vol. 15, No. 30 (2007), pp. 190-201

في السنوات التي أعقبت مؤتمر السكان والتنمية، ظل تمويل الصحة الجنسية والإنجابية في حالة ركود في كثير من البلدان، في حين ازدادت المساعدة الخاصة بمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية بشكل كبير^(٣٤٤).

٤٤٩ - وثمة نقاش كثير رغم قلة الأدلة الحاسمة التي تشير إلى ما إذا كانت آثار زيادة التمويل لبرامج مكافحة الفيروس وتوسيع نطاقها تمتد إلى تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. غير أنه استُخدمت في تحليل اقتصادي أجري مؤخرا بيانات مستمدة من استقصاءات ديمغرافية وصحية ونظام منظمة التعاون للتنمية في الميدان الاقتصادي للإبلاغ عن الدائنين لدراسة تأثير نصيب الفرد من المساعدة التي تقدمها الجهات المانحة لمكافحة الفيروس على تقديم الخدمات الصحية للأمهات في جميع أنحاء أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في الفترة من عام ٢٠٠٣ إلى عام ٢٠١٠. وبمقارنة النتائج الصحية السنوية مع مدفوعات المساعدة لمكافحة الفيروس في العام السابق، أوضحت الدراسة أن المساعدة الإنمائية المخصصة لمكافحة الفيروس لم يكن لها أثر يذكر على معدلات توفير الخدمات الصحية للأمهات (الأمهات اللواتي يبلغن عن القيام بزيارات للرعاية السابقة للولادة وتلقي خدمات القابلات الماهرات). بيد أن تمويل مكافحة الفيروس كان أقوى أثرا على بناء خدمات صحة الأم في المناطق التي يقل فيها العاملون الصحيون وينخفض فيها انتشار الفيروس، مما يوحي بأن الأموال المخصصة لمكافحة الإيدز لها تأثير مضاعف على النظم الصحية التي تعاني من نقص الموارد أكثر من سواها، خصوصا عندما يكون الفيروس والإيدز أقل حدة^(٣٤٥).

٤٥٠ - وينبغي للدول أن تحقق الإدماج الكامل للخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى من خلال إجراء توسيع كبير في فرص الحصول على خدمات جيدة النوعية لتشخيص وعلاج الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك اختبار الفيروس؛ وإدماج الإرشاد بشأن الفيروس ضمن مشورة أفضل بشأن الصحة الجنسية والإنجابية لجميع الناس، بما في ذلك بالنسبة للمراهقين والشباب، وتعزيز استمرار الرعاية من مرحلة ما قبل الحمل وقبل الولادة وبعد الولادة وصحة الطفل لجميع النساء والأطفال، بغض النظر عن الإصابة أو عدم الإصابة

(٣٤٤) Yu and others, "Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?"; J. Shiffman, "Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?", *Health Policy and Planning*, vol. 23, No. 2 (2008), pp. 95-100; Grépin, "HIV donor .funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in sub-Saharan Africa"

Grépin, "HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV services in (٣٤٥) .sub-Saharan Africa"

بالفيروس؛ وتلبية احتياجات جميع الأشخاص من وسائل منع الحمل، بما يشمل الأشخاص المصابين بالفيروس.

٢ - الموارد البشرية في مجال الصحة

٤٥١ - وفقا لأحدث الأرقام الواردة في منشور منظمة الصحة العالمية والتحالف العالمي للقوى العاملة الصحية بعنوان "حقيقة عالمية: لا صحة بدون قوة عاملة"، فإن النقص في القوة العاملة في مجال الصحة في العالم بلغ ٧,٢ ملايين في عام ٢٠١٣، ويقدر بأن يصل ذلك الرقم إلى ١٢,٩ مليون بحلول عام ٢٠٣٥^(٣٤٦). ويشكل ذلك زيادة ملحوظة من نقص القوة العاملة المقدرة بحوالي ٤,٣ ملايين عامل في عام ٢٠٠٦ في جميع البلدان الـ ٥٧ التي تعاني من نقص حاد^(٣٤٧). وفي ذلك الوقت، كان النقص في عدد العاملين في مجال الصحة شديداً في ٣٦ بلداً في أفريقيا وفي جنوب شرق آسيا، حيث بلغ أعلى مستوى له في احتياجات كل من بنغلاديش والهند وإندونيسيا (انظر الجدول ٢). وقد تغيرت منذ ذلك الحين تشكيلة البلدان المصنفة بأن لديها موارد بشرية منخفضة إزاء الكثافة الصحية و/أو التي ينخفض فيها تقديم الخدمات الصحية. ومن بين البلدان التي تواجه نقصا حادا في الأصل البالغ عددها ٥٧ بلداً، تتوفر لدى ٤٦ منها بيانات تظهر زيادة في عدد الأطباء والمرضات والقابلات. غير أن هذه المكاسب الصافية تخطاها النمو السكاني مع مرور الوقت، مما يزيد من تفاقم النقص في العاملين في مجال الصحة^(٣٤٦).

الجدول ٢

تقديرات النقص الحاد في الأطباء والمرضات والقابلات حسب المنطقة، ٢٠٠٦

في البلدان التي تعاني من النقص		عدد البلدان		منطقة منظمة الصحة العالمية	
الزيادة المطلوبة بالنسبة المئوية	النقص المقدر	المجموع	تعاني من نقص المجموع		
١٣٩	٨١٧ ٩٩٢	٥٩٠ ١٩٨	٣٦	٤٦	أفريقيا
٤٠	٣٧ ٨٨٦	٩٣ ٦٠٣	٥	٣٥	الأمريكتان
٥٠	١ ١٦٤ ٠٠١	٢ ٣٣٢ ٠٥٤	٦	١١	جنوب شرق آسيا

Global Health Workforce Alliance and WHO, *A Universal Truth: No Health without a Workforce*, (٣٤٦) (executive summary (Geneva, World Health Organization, 2013).

WHO, *The World Health Report 2006: Working Together for Health* (Geneva, 2006), chap. 1; available (٣٤٧) from www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf

في البلدان التي تعاني من النقص		عدد البلدان		منطقة منظمة الصحة العالمية
الزيادة المطلوبة بالنسبة المثوية	النقص المقدر	المجموع	تعاني من نقص	
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	صفر	أوروبا
٩٨	٣٠٦٠٣١	٣١٢٦١٣	٧	شرق البحر الأبيض المتوسط
١١٩	٣٢٥٦٠	٢٧٢٦٠	٣	غرب المحيط الهادئ
٧٠	٢٣٥٨٤٧٠	٣٣٥٥٧٢٨	٥٧	العالم

المصدر: WHO, The World Health Report 2006: Working Together for Health, table 1.3, available from www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1

٤٥٢ - وباستخدام العتبات التقديرية المحددة بـ ٢٢,٨ و ٣٤,٥ و ٥٩,٤ من الأخصائيين الصحيين المهرة (أطباء وقابلات وممرضات) لكل ١٠ ٠٠٠ نسمة، والتي وضعت لإظهار أنماط توافرهم في العالم، فإن تقرير منظمة الصحة العالمية المشار إليه أعلاه يكشف النتائج التالية^(٣٤٦):

(أ) "يقع ٨٣ بلداً دون العتبة ٢٢,٨ المحددة للأخصائيين الصحيين المهرة لكل ١٠ ٠٠٠ نسمة"؛ ويمثل ذلك أدنى عدد من الأطباء والممرضات والقابلات اللازمين لتوفير الخدمات الصحية الأساسية؛

(ب) "يقع ١٠٠ بلد دون العتبة ٣٤,٥ المحددة للأخصائيين الصحيين المهرة لكل ١٠ ٠٠٠ نسمة"؛

(ج) "يقع ١١٨ بلداً دون العتبة ٥٩,٤ المحددة للأخصائيين الصحيين المهرة لكل ١٠ ٠٠٠ نسمة"؛

(د) "يتجاوز ٦٨ بلداً العتبة ٥٩,٤ المحددة للأخصائيين الصحيين المهرة لكل ١٠ ٠٠٠ نسمة".

وتبرز هذه النتائج استمرار عدم التوازن في توزيع العاملين في مجال الصحة في البلدان؛ علاوة على ذلك فإن أقصى درجات النقص في العاملين في مجال الصحة لا تزال قائمة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأجزاء من آسيا^(٣٤٦).

٤٥٣ - إن توزيع العاملين في مجال الصحة في العالم يتمثل في أن البلدان التي هي في أمس الحاجة وتعاني من أعلى قدر من أعباء المرض توجد فيها أدنى أعداد العاملين بالقيم المطلقة في مجال الصحة وكثافة العاملين في مجال الصحة (أي العاملين في مجال الصحة لكل وحدة من

السكان) ففي أوروبا تبلغ كثافة العاملين في مجال الصحة ١٨,٩ لكل ١٠٠٠ نسمة، وهي نسبة تعادل تقريبا ثمانية أضعافها في أفريقيا حيث تبلغ كثافة العاملين في مجال الصحة ٢,٣ في الألف^(٣٤٧). وتحمل الأمريكيتان نسبة ١٠ في المائة تقريبا من العبء العالمي للأمراض وبها نسبة ٣٧ في المائة من القوة العاملة في مجال الصحة عالميا، في حين تتحمل أفريقيا أكثر من ٢٤ في المائة من العبء العالمي للأمراض، ولديها ٣ في المائة من القوى العاملة في العالم. ومن بين الـ ٤٩ بلدا التي توجد فيها أدنى مستويات من نصيب الفرد من الدخل (حسبما أورده البنك الدولي)، تليها ٥ منها فقط الحد الأدنى من العتبة التي حددتها منظمة الصحة العالمية وهي ٢٣ طبيبا وممرضة وقابلة لكل ١٠٠٠ نسمة^(٣٤٧).

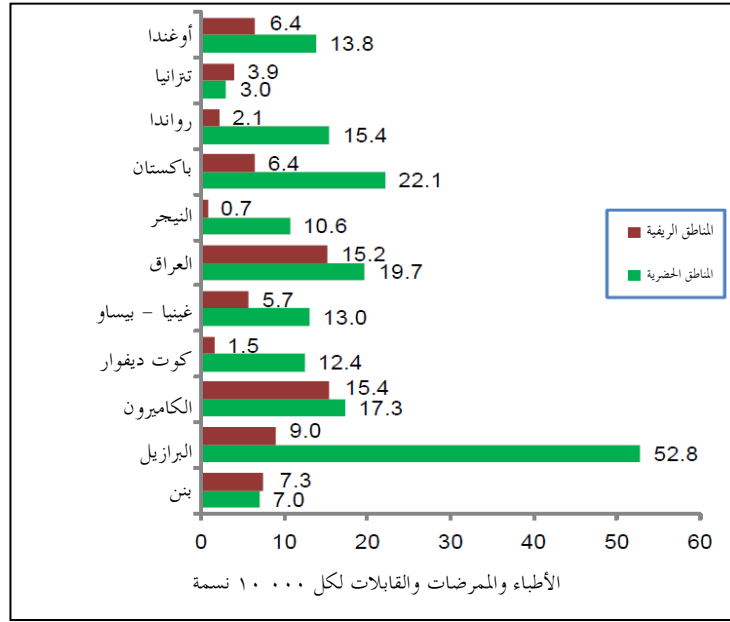
٤٥٤ - وبالإضافة إلى النقص الإجمالي في أعداد العاملين في مجال الصحة في العديد من البلدان، فإن النقص يتفاقم حسب سوء التوزيع المكاني داخل البلدان، حيث تتركز نسبة أكبر من العاملين في مجال الصحة، وخاصة ذوي المهارات العالية، في المراكز الحضرية^(٣٤٨). وتوجد لدى العديد من البلدان، الغنية منها والفقيرة، برامج تحفيزية لمعالجة سوء التوزيع، بدرجات متفاوتة من النجاح. ومثلاً تقوم الهند حاليا باختبار برنامج للخدمات الريفية يكافأ بموجبه الأطباء بتقديم فرص تدريبية لهم من أجل الدراسات العليا بعد الخدمة في المناطق الريفية أو النائية^(٣٤٩).

L. Chen and others, "Human resources for health: overcoming the crisis", *The Lancet*, vol. 364, No. (٣٤٨) 9449 (2004), pp. 1984-1990; WHO, "Achieving the health related MDGs: it takes a workforce" .(http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/index.html)

"Monitoring the geographical distribution of the health workforce in rural and underserved areas", (٣٤٩) *Spotlight on Health Workforce Statistics*, No. 8 (October 2009); available from www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_en.pdf; N. Dreesch and others, "An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals", *Health Policy and Planning*, vol. 20, No. 5 (2005), pp. 267-276.

الشكل ٤٢

كثافة الأطباء والمرضات والقابلات، المناطق الحضرية والريفية، في بلدان مختارة،
عام ٢٠٠٥



المصدر : WHO, Department of Human Resources for Health, "Monitoring the geographical distribution of the health workforce in rural and underserved areas", Spotlight on Health Workforce Statistics, Issue 8 (October 2009), available from www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_en.pdf

٤٥٥ - وقد فرض وباء فيروس نقص المناعة البشرية عبئاً ضخماً على النظم الصحية الضعيفة، وأبرز النقص الحاد في عدد العاملين في مجال الصحة وأدى إلى تفاقمه في الوقت الذي توجد فيه حاجة ماسة إلى الموارد البشرية. فقد زاد وباء فيروس نقص المناعة البشرية الحاجة إلى العاملين في مجال الصحة لرفع مستوى العلاج بسرعة، وتشير أعلى التقديرات إلى أنه يلزم قرابة ١٢٠ ٠٠٠ من العاملين في مجال الصحة لتحقيق الهدف الذي حددته منظمة الصحة العالمية بتوفير العلاج بمضادات الفيروسات العكوسة لثلاثة ملايين شخص بحلول عام ٢٠٠٥^(٣٠٠). وفي الوقت نفسه، أوجدت ظروف العمل السيئة مخاطر لانتقال العدوى بسبب المهنة، وساهمت عوامل زيادة عبء العمل وانخفاض التعويضات والقصور الشديد في إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية في تدني الروح المعنوية وارتفاع معدلات التناقص الطبيعي للعاملين. وانتقل بعض العاملين في مجال الصحة إلى القطاع الخاص، وجادل البعض

L. R. Hirschhorn and others, "Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-^(٣٠٠) (limited settings)", *Human Resources for Health*, vol. 4 (2006).

بأن ذلك قد استترف الموارد البشرية الأساسية وأبعدها عن برامج القطاع العام^(٣٥١). بيد أن أزمة الموارد البشرية أسفرت عن نشأة إرادة سياسية لتدريب العاملين في مجال الصحة والاحتفاظ بهم، وأدت إلى تنفيذ استراتيجيات ترمي إلى التخفيف من الضغوط المتعلقة بالقوى العاملة في القطاع الصحي، من قبيل تحويل المهام وتوسيع نطاق برامج العاملين في مجال الصحة في المجتمعات المحلية^(٣٥٢).

٤٥٦ - وتظهر الدلائل وجود ترابط قوي بين انخفاض كثافة العاملين في مجال الصحة والنتائج الصحية السيئة، بما في ذلك عدم القدرة على تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية^(٣٥٣). وفي حين شهدت معظم المناطق أوجه تقدم كبيرة في إضفاء الطابع المهني على تقديم الرعاية في مجال الولادة منذ عام ٢٠٠٠، فقد كان أدنى تقدم تم إحرازه في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (انظر الشكل ٤٣)، حيث يقوم أشخاص غير مختصين وقابلات تقليديات بمعظم عمليات التوليد. ففي أفريقيا، تبلغ النساء اللاتي يلدن على يد قابلات ماهرات أقل من ٥٥ في المائة، مقابل أكثر من ٨٠ في المائة من النساء في المناطق الأخرى^(٣٥٤)، حيث تخلت أفريقيا كثيراً عن الوفاء بالأهداف المحددة لنسبة الولادات بمساعدة قابلات ماهرات التي اعتمدت ضمن الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٩)^(٣٥٥). وتوصلت دراسة أجريت على ٥٨ بلداً تقع فيها ٩١ في المائة من مجموع وفيات الأمهات إلى وجود نقص حاد في العاملين في مجال الصحة، وأن هناك تسعة بلدان تحتاج إلى زيادة قوتها العاملة من القابلات بمعدل ٦-١٥ ضعفاً من أجل تحقيق الغاية

B. Samb and others, "Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic", *New England Journal of Medicine*, vol. 357, No. 24 (2007), pp. 2510-2514; Yu and others, "Investment in HIV/AIDS programs: does it strengthen health systems in developing countries?"

F. Rasschaert and others, "Positive spill-over effects of ART scale up on wider health systems development: evidence from Ethiopia and Malawi", *Journal of the International AIDS Society*, vol. 14, No. 1 (2001), p. S3

N. Speybroeck and others, "Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes", background paper prepared for the *World Health Report 2006* (World Health Organization, 2006)

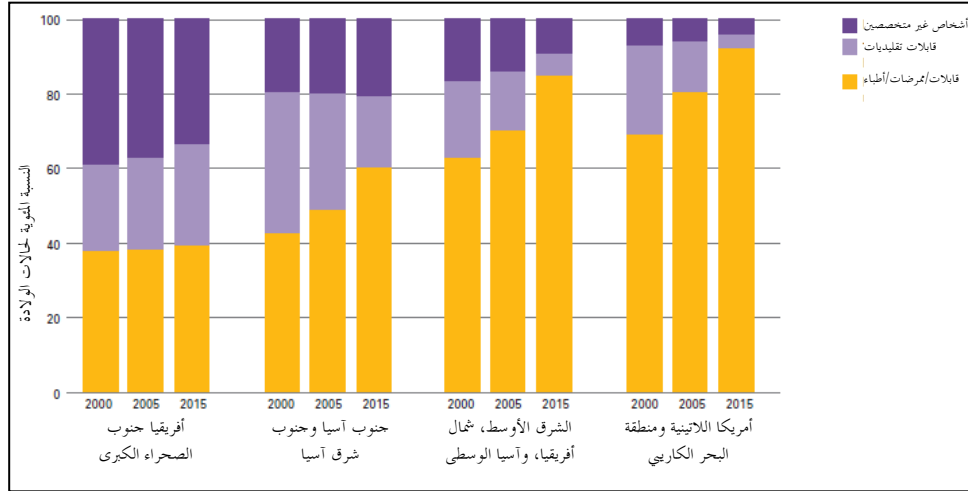
.UNFPA, *The State of the World's Midwifery 2011* (see footnote 289 above) (٣٥٤)

Under the key actions for the further implementation of the Programme of action, "countries should use the proportion of births assisted by skilled attendants as a benchmark indicator. By 2005, where the maternal mortality rate is very high, at least 40 per cent of all births should be assisted by skilled attendants; by 2010 this figure should be at least 50 per cent and by 2015, at least 60 per cent. All countries should continue their efforts so that globally, by 2005, 80 per cent of all births should be assisted by skilled attendants, by 2010, 85 per cent, and by 2015, 90 per cent" (General Assembly resolution S/21-2, annex. para. 64)

المحددة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية. وإذا تضاعف عدد القابلات المدربات في هذه البلدان الـ ٥٨، فإنه يمكن تجنب ما يقدر بنحو ٢٠ في المائة من الوفيات النفاسية^(٣٥٤).

الشكل ٤٣

النسبة المئوية للولادات التي تتم تحت إشراف أشخاص متخصصين، مناطق مختارة، للعامين ٢٠٠٠ و ٢٠٠٥، ولعام ٢٠١٥ (نسبة متوقعة)



المصدر: مقتبس من WHO, The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count, in UNFPA, The State of the World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives, figure 1.2، تم الحصول عليه من الموقع التالي: www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf.

٤٥٧ - وقد استجاب العديد من البلدان الفقيرة إلى نقص العاملين في مجال الصحة باللجوء إلى "تحويل المهام"، أي تدريب عاملين من مستويات أدنى لتولي مهام أعلى^(٣٥٦). ويدرك المحللون أيضاً على نحو متزايد بأن كفاية أي قوة عاملة وطنية في مجال الصحة هي تراث ذو ديناميات راسخة، تشمل القدرة والتقاليد والقدرة على التكيف مع مؤسسات التدريب، والحوافز المهنية ولوائح الترخيص التي يمكن تكون قد أصبحت عتيقة، والشراكات بين البلدان التي قد تيسر نزوح الأدمغة، والثقافة المؤسسية للعاملين في الحقل الصحي.

WHO, "Taking stock; task shifting to tackle health worker shortages", document WHO/HSS/2007.03, available (٣٥٦) from www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf; K. Sherr and other, "The role of nonphysician clinicians in the rapid expansion of HIV care in Mozambique", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 52, No. 1 (November 2009), pp. S20-S23.

٤٥٨ - وثبت قيمة التقييمات المتعمقة والمقارنة للموارد البشرية في مجال الصحة، وتنم عنها الأعمال التي قام بها مؤخرا كل من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وهي كيانات تعمل في هذا المجال في بلدان مختارة مثقلة بالأعباء. وتضطلع مبادرة H4+ المتعلقة بالبلدان المثقلة بالأعباء بسلسلة من التقييمات في ٨ بلدان لتحليل القوة العاملة في مجال القبالة، حيث تهدف في نهاية الأمر إلى تعزيز إمكانية الحصول على خدمات القبالات وتحسين نوعية تلك الخدمات على مستوى المجتمع المحلي في محاولة للإسراع بوتيرة التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وتحقيق استدامة النظم الصحية^(٣٥٧).

٤٥٩ - وهناك حاجة ماسة إلى إجراء تقييمات للعاملين في مجال الصحة، حسب البلدان، من أجل توفير موارد بشرية لتشخيص السياسات الصحية وإتاحة الفرصة لتحسين نطاق التخطيط ومعالجة أوجه نقص العاملين في مجال الصحة، وتحسين التوزيع العادل للرعاية.

٤٦٠ - وينبغي للدول الشروع على الفور بإجراء استثمارات طويلة الأجل في مجال التدريب والتوظيف ومكافأة العاملين في مجال الرعاية الصحية لزيادة أعدادهم وتعزيز قدراتهم، مع التركيز على التأكد من توفر الموارد البشرية لتقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الجيدة النوعية للجميع، بما في ذلك عن طريق إجراء تقييمات وطنية، وعند الاقتضاء تعزيز مؤسسات التدريب الصحي للتصدي لكامل نطاق الحاجة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية؛ وتحسين قدرات العاملين في مجال الصحة والاحتفاظ بهم والإشراف عليهم؛ والاستثمار في مهارات الكوادر من المستوى المتوسط في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، مثل القبالات؛ وتحسين التعويضات والحوافز الوظيفية لمعالجة سوء توزيع العاملين في المجال الصحي.

٣ - نظم معلومات الإدارة الصحية

٤٦١ - هناك نقص مستمر آخر في النظم الصحية في البلدان الفقيرة يتمثل في نظم المعلومات الإدارية التي تحتفظ بسجلات المرضى والإحصاءات الصحية والبيانات العملية بشأن معدلات شغل الغرف، وطلب المرضى الخارجيين، وتدفق المواد وتعبئتها، وتمكين المديرين من تقييم التدخلات وأداء مقدمي الخدمات، ووضع قاعدة أدلة في نهاية المطاف من أجل تخطيط وإدارة وتحسين النظام الصحي^(٣٥٨).

(٣٥٧) H4+ High Burden Countries Initiative (HBCI): operational guidance and assessment framework (April 2012)

(٣٥٨) C. Allen and D. Jazayeri, "Experience in implementing the OpenMRS medical record system to support HIV treatment in Rwanda", in *MEDINFO 2007: Proceedings of the 12th World Congress on Health (Medical) Informatics Studies in Health Technology and Informatics—Building Sustainable Health Systems*, vol. 129, part 1, K. A. Kuhn, J. R. Warren and T-Y. Leong, eds., Studies in Health Technology and Informatics (Amsterdam, IOS Press, 2007), pp. 382-386

٤٦٢ - وبينما أحرزت البلدان الأكثر ثراء التي تمتلك شبكة حاسوبية واسعة تقدماً من نظم إدارة المعلومات الورقية أو الإلكترونية، فإن معظم البلدان الفقيرة تعتمد على نظم المعلومات القائمة على الورق، مما يعرقل استمرارية رعاية المرضى، ويجد من استخدام البيانات على نحو يتسم بالكفاءة. ومن بين التغييرات الملحوظة في النظم الصحية منذ عام ١٩٩٤، ولا سيما في العقد الماضي، التطور السريع في قدرة شبكة الإنترنت، الأمر الذي أتاح إمكانية إجراء تحول رئيسي من نظم السجلات الطبية الورقية إلى النظم الإلكترونية، أو نظام المعلومات المتعلقة بإدارة شؤون الصحة الذي بدأ يصبح مجدداً أكثر^(٣٥٩).

٤٦٣ - وقد حفز فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز على العديد من الاستثمارات الأخيرة في السجلات الطبية الإلكترونية في البلدان الفقيرة. وقد أظهر العدد الكبير من المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الذين لا يمكن تعقبهم الضعف الشديد في نظم المعلومات الصحية والسجلات الطبية في بلدان عديدة. وتوصلت دراسة لبرامج منع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل أجريت في ١٨ بلداً إلى أنه تم تحديد ٩ في المائة فقط من الأطفال الرضع المولودين لأمهات مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية في زيارتهم الأولى لتحسينهم^(٣٦٠). وبما أن المجتمع العالمي قد زاد من جهوده الرامية إلى توسيع نطاق توفير العلاج بمضادات الفيروسات العكوسة في المقاطعات الفقيرة، فقد تلقت برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز استثمارات مستهدفة من أجل تتبع هؤلاء الأشخاص المسجلين في برامج المعالجة بغية كفاءة الالتزام^(٣٦١). وبالتالي، فإن رصد الامتثال والمراقبة المتخصصة لفيروس نقص المناعة البشرية يساهم في توسيع نظم السجلات الطبية الإلكترونية في أفريقيا، لكن لا تزال الأدلة محدودة في ما إذا كانت تجري ترجمة هذه التطورات عبر القطاع الصحي كله^(٣٦٢). وينبغي للدول أن تعيد توجيه النظام الصحي للتمكين من استمرارية الرعاية الصحية من خلال تطوير نظم معلومات للإدارة الصحية تيسر حركة

C. AbouZhar and T. Boerma, "Health information systems: the foundations of public health", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, No. 8 (2005), pp. 578-583 (٣٥٩)

A. S. Ginsburg and others, "Provision of care following prevention of mother-to-child HIV transmission services in resource-limited settings", *AIDS*, vol. 21, No. 18 (2007), pp.: 2529-2532 (٣٦٠)

M. Forster and others, "Electronic medical records systems, data quality and loss to follow-up: survey of antiretroviral therapy programmes in resource-limited settings", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, No. 12 (2008), pp. 939-947 (٣٦١)

Yu and others, "Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?" (see footnote 342 above) (٣٦٢)

السجلات الصحية، وإدماج الرعاية الأولية والإحالة المجتمعية، على نحو موثوق، مع إيلاء الاعتبار الكافي للحفاظ على السرية والخصوصية.

٤٦٤ - ومع التسليم بنجاعة السجلات الطبية الإلكترونية في القطاع الصحي على نطاق أوسع، تعكف بعض البلدان المختارة على إدماج هذه النظم بما يتجاوز نطاق رصد فيروس نقص المناعة البشرية، لكن التحديات تشمل الافتقار إلى الموظفين التقنيين المؤهلين، وتغطية شبكة الإنترنت المستمرة، وحالات انقطاع التيار الكهربائي.

٤٦٥ - ويمكن أن تكون هناك قيمة كبيرة لنظم المعلومات المتعلقة بإدارة شؤون الصحة الورقية والتي لا تعتمد على الإنترنت، على الرغم من كونها أقل كفاءة في العديد من الحالات، من أجل إدخال تحسينات على نظام الصحة والمساءلة. فعلى سبيل المثال، ترتبط مراقبة وفيات الأمهات والتصدي بنظم معلومات صحية من خلال جهود لتحسين النوعية. ويعتمد تنفيذ مراقبة وفيات الأمهات والتصدي لها إلى حد كبير على وجود نظام فعال للمعلومات الإدارية، ولكن ذلك له القدرة على الحد من الوفيات النفاسية بصرف النظر عن الشكل الذي تجمع من خلاله نظم المعلومات هذه أو يتم تلخيصها^(٣٦٣).

٤٦٦ - وقد أحرزت أوجه تقدم سريعة في التكنولوجيا المتنقلة منذ عام ١٩٩٤ شملت تغطية عالمية للهواتف الخليوية بنسبة ٨٥,٥ في المائة في عام ٢٠١١^(٣٦٤) ومن شأن نشوء فرص جديدة لإدماج نظم المعلومات الصحية المتنقلة الربط بين شبكات تقديم الرعاية في الأماكن النائية وتحسينها. وبوجود ٧٠ في المائة من جميع مستخدمي الهواتف النقالة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، هناك إمكانية مبشرة للوصول إلى غالبية المناطق النائية والريفية في العالم عن طريق الأجهزة الصحية المتنقلة. ويجري تنفيذ مبادرات متعددة تتراوح من تقديم تقارير أسبوعية عن الوفيات النفاسية في كمبوديا بواسطة نظم المعلومات الصحية المتنقلة لرصد نفاذ السلع الأساسية الإنجابية، واستخدام الهواتف النقالة لإجراء عمليات تشريح لفظية في البلدان ذات الوفيات النفاسية العالية. ولا تزال هناك حاجة كبيرة إلى توحيد المقاييس وإرساء مبادئ توجيهية لتعزيز إمكانية التشغيل المتبادل بين النظم الصحية الإلكترونية، لكن النمو في مجال التكنولوجيا يتيح إمكانية حقيقية للنظم الصحية لإحراز

WHO and others, *Maternal Death Surveillance and Response: Technical Guidance—Information for Action to Prevent Maternal Death* (Geneva, World Health Organization, 2013); available from www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal_death_surveillance/en/index.html

.See www.itu.int/ict/statistics (٣٦٤)

أوجه تقدم رئيسية في كل من العمليات والاستفادة من نظام معلومات إدارة الشؤون الصحية في العقد المقبل^(٣٦٥).

٤ - أمن سلع الصحة الإنجابية

٤٦٧ - في الواقع فإن النظم التشغيلية السيئة لنظام المعلومات المتعلقة بإدارة الشؤون الصحية والقصور الإداري الشامل تسبب عقبات روتينية تحد من فرص تقديم الخدمات الصحية الجيدة سواء من أجل الصحة الجنسية والإنجابية أو للاحتياجات الصحية الأخرى. وتفترض الالتزامات المتعلقة بتنظيم الأسرة والكشف عن الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وصحة الأم أثناء النفاس توفر اللوازم والتكنولوجيات الضرورية، لكن في ظل ظروف قلة الموارد، وعدم كفاءة نظام المعلومات المتعلقة بإدارة الشؤون الصحية، وضعف إدارة البرامج، فإن العديد من البلدان والنظم الصحية يفتقر إلى التمويل المنتظم لتوفير الإمدادات ويشهد ضعفا في التخطيط يؤدي إلى نفاذ سلع الصحة الإنجابية^(٣٦٦).

٤٦٨ - وفي منتصف التسعينات من القرن الماضي، أقرت وكالات الأمم المتحدة والوزارات والجهات المانحة بالحاجة إلى اتباع نهج إنمائي لسلسلة إمدادات وتأمين سلع الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، وأضفت الطابع المؤسسي على اهتمامها المشترك من أجل أمن سلع الصحة الإنجابية. ويتحقق ذلك عندما يستطيع جميع الأفراد أن يحصلوا على ما يختارونه من سلع الصحة الإنجابية الجيدة النوعية بأسعار معقولة ويستخدمونها، كلما احتاجوا إليها. وأطلقت مجموعة من المبادرات المحددة الأهداف، شملت مبادرة الإمداد لعام ٢٠٠١، وإنشاء تحالف إمداد الصحة الإنجابية وتوسيعه في ٢٠٠٤، والصندوق المواضيعي لعام ٢٠٠٤ التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان لأمن سلع الصحة الإنجابية، والبرنامج العالمي التابع للصندوق لتعزيز أمن سلع الصحة الإنجابية لعام ٢٠٠٧^(٣٦٧). بالإضافة إلى ذلك، ستواصل لجنة الأمم

(٣٦٥) WHO, *mHealth: New Horizons for Health through Mobile Phone Technologies: Second Global Survey on eHealth*, Global Observatory for eHealth series, vol. 3 (Geneva, World Health Organization, 2011)

(٣٦٦) UNFPA, *The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security: Annual Report* (New York, 2010); available from www.unfpa.org/public/home/publications/pid/6437

(٣٦٧) J. Solo, "Reproductive health commodity security: leading from behind to forge a global movement" (Reproductive Health Supplies Coalition, 2011); available from www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/Access/JulieSolo.pdf

المتحدة المعنية بالسلع المنقذة لأرواح النساء والأطفال^(٣٦٨)، ومبادرة تنظيم الأسرة بحلول عام ٢٠٢٠^(٣٦٩) معالجة مسائل أمن سلع الصحة الإنجابية بطريقة منسقة ومتناغمة.

٤٦٩ - وينصب التركيز الرئيسي لجهود أمن السلع الأساسية على جانب العرض الذي يشمل التنبؤ والمشتريات ويتوسع ليشمل الهياكل الأساسية، بما في ذلك المركبات والأفراد المدربين والمتحمسين. وعلى الرغم من الاعتراف المتزايد بالحاجة إلى زيادة حفز الطلب على السلع الأساسية وتحسين المؤشرات، فإنه لا يزال يتعين تنفيذ استراتيجية واضحة.

٥ - التغطية الصحية للجميع

٤٧٠ - يعاني ما يقدر بنحو ١٥٠ مليون من البشر من كوارث مالية ويقع ١٠٠ مليون شخص آخر تحت خط الفقر كل عام نتيجة ما ينفقونه من مالهم الخاص على الرعاية الصحية. والأسوأ من ذلك أن ارتفاع معدلات الوفيات النفاسية ووفيات الرضع، وكذلك الوفيات والإعاقات الأخرى الناجمة عن أسباب يمكن تجنبها، لا يزال قائما لأن الناس غير قادرين على الحصول على الرعاية الصحية^(٣٧٠).

٤٧١ - وقد حظيت التغطية الصحية للجميع بدعم دولي متزايد في السنوات الأخيرة. ففي عام ٢٠٠٥، اتخذت جمعية الصحة العالمية قرارا يشجع البلدان على الانتقال إلى نظام التغطية الصحية للجميع. وركز التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ٢٠١٠ على إيجاد حلول بديلة لتمويل تحقيقا للتغطية الصحية للجميع، وفي عام ٢٠١٣، تم أيضا تسليط الضوء على البحوث بشأن التغطية الصحية للجميع. فمعظم البلدان المتقدمة النمو (باستثناء الولايات المتحدة الأمريكية على الأخص)، نظام للتغطية الصحية للجميع، إلا أن رفع تحدي تمويل نظم التغطية الصحية للجميع على نحو مستدام في البلدان النامية التي تتحمل أعباء ضخمة لتوفير الرعاية الصحية يبدو أمرا شاقا^(٣٧١).

٤٧٢ - وتزداد المناقشة إلحاحا بشأن ما سيشكل مجموعة متكاملة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي يتعين تغطيتها في مناطق مختارة بالنظر إلى الاهتمام السياسي الناشئ

(٣٦٨) See www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities

(٣٦٩) See www.familyplanning2020.org/images/content/FP2020_ICFP_Release_13-Nov-2013_FINAL.pdf

(٣٧٠) K. Xu and others, "Protecting households from catastrophic health spending", Health Affairs, vol. 26, (٣٧٠) No. 4 (2007), pp. 972-983

(٣٧١) WHO, The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage (Geneva, 2013) P. Ingun and others, "The role of information systems in achieving universal health care", Technical Brief Series No.10 World Health Organization, 2010

على الصعيد العالمي بالتغطية الصحية للجميع. ومن الضروري تحديد العناصر الأساسية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية القائمة على الحقوق الأساسية، سواء في مجموعها أم ما يمكن إدراجه في مراحل، عن طريق تحقيق نظام للتغطية الصحية للجميع تدريجياً، على النحو الذي أكده اجتماع الخبراء بشأن صحة المرأة، في إطار استعراض المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤، الذي جرى في عام ٢٠١٣ بمدينة المكسيك.

٤٧٣ - وثمة اعتقاد سائد مفاده أن الاستفادة من الموارد الصحية تكون أكبر عندما تولى كل من آليات التمويل وتقديم الخدمات أولوية للوقاية والرعاية الأولية. وبالنظر إلى أن أفضل موضع لتحقيق قدر كبير من الصحة الجنسية والإنجابية يقع ضمن الوقاية والرعاية الأولية، أي التربية الجنسية الشاملة، ومنع الحمل، والرعاية قبل الولادة، والتوليد تحت إشراف أخصائيين مهرة، من بين وسائل أخرى، فإن احتمالات إدراج التغطية الصحية للجميع وتعزيزها جيدة في الحصول على العناصر الرئيسية للصحة الجنسية والإنجابية. بيد أن دور المنظمات غير الحكومية التي تقدم الخدمات قد يكتسي أهمية بالغة من أجل توفير التغطية للجميع في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وذلك لضمان توفير الخدمات الأساسية مثل الإجهاض. وعلى هذا النحو، سيكون من المهم كفاية أن تتاح تقييمات قائمة على الأدلة للفعالية والتكاليف والجدوى بالنسبة لجميع أبعاد الرعاية المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية، ولا سيما في طائفة متنوعة من السياقات^(٣٧٢).

٤٧٤ - وتشمل بعض إنجازات مخططات التغطية الصحية الشاملة للجميع في البلدان الفقيرة إرساء مخطط تعاضديات التأمين الصحي المجتمعية في رواندا^(٣٧٣). وأدت الاستفادة من ترتيبات التمويل من القاعدة إلى القمة ومن القمة إلى القاعدة المصممة وفقاً للاحتياجات المحددة للبلد إلى تحسينات ملحوظة في التغطية بالتأمين الصحي، بالتزامن مع خفض نسبة ٥٠ في المائة في وفيات الأطفال دون سن الخامسة وحدوث زيادة في استخدام وسائل منع الحمل الحديثة من نسبة ١٠ في المائة إلى نسبة ٤٥ في المائة^(٣٧٤). وتشير أمثلة مشابهة إلى

(٣٧٢) منظمة الصحة العالمية. التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٣: بحوث التغطية الصحية الشاملة.

(٣٧٣) C. Lu and others, "Towards universal health coverage: an evaluation of Rwanda Mutuelles in its first eight years", Plos One, vol. 7, No. 6 (18 June 2012).

(٣٧٤) WHO, "Success stories: building from the bottom, steering and planning from the top - Rwanda" (2011).

تحسن الاستفادة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بعد إلغاء الرسوم المفروضة على المستعملين في بوروندي وغانا ونيجيريا والمكسيك^(٣٧٥).

٤٧٥ - وعند إنشاء مخططات للتغطية الصحية الشاملة ينبغي أن تكفل الدول قيام آليات لما يلي: (أ) المشاركة المنصفة والميسورة من حيث التكلفة لجميع المستفيدين المحتملين في بلدانها؛ (ب) إدماج خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأساسية في مجموعات التغطية الصحية الشاملة للجميع، وتحقيق الرعاية الشاملة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، ولا سيما للشباب والفقراء؛ (ج) ضمان الإنصاف والمساواة عن طريق مشاركة المجتمع المدني والهيئات المستقلة ومجموعات الدعوة في الرقابة على الإجراءات المسموح بها ومقدمي الخدمات والمبالغ المستردة.

٤٧٦ - وعلى الرغم من أن التحديات لا تزال قائمة، فإن الدروس المفيدة المستخلصة من التطبيقات القطرية الجديدة للتغطية الصحية للجميع تشمل ضرورة ضمان أن تصمم مجموعات الخدمات محلياً، وأن تستهدف الفقراء مع رصد حالة الجميع، وإيلاء اهتمام وثيق لطلبات الرعاية بحسب الأمكنة، وتشمل التوقعات المتصلة بالاحتياجات من الموارد البشرية والهياكل الأساسية والسلع الأساسية والمتعلقة بعدم المساواة بين الجنسين وغير ذلك من أشكال التمييز. وليس من المبالغة التأكيد على أهمية الربط الوثيق بين الأدلة السليمة بشأن الديناميات السكانية، بما في ذلك البيانات الصحية عن السكان والعوامل التي تحد من إمكانية الحصول على الرعاية الصحية، والتخطيط للتغطية الصحية للجميع^(٣٧٥).

٦ - ضمان الجودة

٤٧٧ - على الصعيد العالمي، هناك المزيد من الاعتراف بالصلات القائمة بين نوعية الخدمات الصحية ومعدلات الاستخدام والنائج الصحية، وكذلك العائدات الاقتصادية من تحسين الجودة^(٣٧٦). وفي حين أن التفاوتات في جودة الرعاية الصحية موجودة داخل المناطق الجغرافية وفيما بينها، فإن أسوأ مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية نسبياً في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل تؤكد على الحاجة الملحة إلى التركيز على الجودة في هذه المناطق.

D. Varatharajan, S. D'Almeida and J. Kirigia, "Ghana's approach to social health protection", (٣٧٥) background paper No. 2, prepared for The World Health Report 2010 (World Health Organization, 2010); available from www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/GhanaNo2Final.pdf

WHO, Quality of Care in the Provision of Sexual and Reproductive Health Services: Evidence from a (٣٧٦) .World Health Organization Research Initiative (Geneva, 2011)

٤٧٨ - وتتولى نظم ضمان الجودة قياس جميع عناصر النظام الصحي ورصدها ومراقبتها وتحديدتها إلى الحد الأمثل وتعديلها (عند الضرورة) على جميع مستويات تقديم الخدمات. ويُعدّ ضمان الجودة أيضا عنصرا أساسيا في استراتيجية منظمة الصحة العالمية "الصحة للجميع". فقبل عام ١٩٩٤، اقترح بروس^(٣٧٧) سبعة عناصر للجودة في برامج تنظيم الأسرة، مبرزًا الحاجة الملحة إلى تقديم المشورة والخدمات التي تركز على المستفيدين في الوقت الذي لا تزال فيه العديد من برامج تنظيم الأسرة مهيكلة حول تحقيق هدف منع الحمل. وتمخض عن عقدين من الزمن منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية العديد من الأطر التي استفاد الكثير منها من اقتراح بروس، والتي يمكن عن طريقها وضع تصور لجودة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وقياسها ورصدها^(٣٧٨). فعلى سبيل المثال، تقوم شبكات مقدمي الخدمات والمستفيدين بإجراء استعراضات شبيهة باستعراضات الأقران للمرافق الأخرى المماثلة في مستوى الرعاية التي تقدمها، في كثير من الأحيان بنتائج ممتازة وبتكلفة منخفضة، وتحسينات قابلة للقياس في تحفيز العاملين في مجال الصحة، وهو ما يشكل عاملا هاما من عوامل جودة الرعاية^(٣٧٩). وركز برنامج العمل على النحو الواجب على مشاركة المجتمع المدني بشكل رسمي في نظم المساءلة التي يمكن أن يتسع نطاقها بحيث تشمل ضمان الجودة.

٤٧٩ - وتجربة المريض حين يتلقى الرعاية تعتبر مؤشرا هاما عن استعمال هذه الخدمات في المستقبل، وتؤثر في سلوك أفراد أسرته ومجتمع المحلي الآخرين عند سعيهم للحصول على الرعاية^(٣٧٦). ويفيد العديد من الدراسات التي أجريت بشأن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بأن المرأة تولي أهمية أكبر للشعور بالارتياح والاحترام على جوانب أخرى، مثل الرعاية أو الملاءمة أو فترات الانتظار^(٣٨٠). وترتبط خصائص العملاء، بما في ذلك الاختلافات في الوضع الاجتماعي والاقتصادي، بمستويات رضا العملاء؛ فعلى سبيل المثال، أفادت

J. Bruce, "Fundamental elements of quality of care: a simple framework", *Studies in Family Planning*, vol. (٣٧٧) .21, No. 2 (1990), pp. 61-91

A. Germain, "Meeting human rights norms for the quality of sexual and reproductive health information (٣٧٨) and services", background paper prepared for the expert meeting on women's health, rights, empowerment .and social determinants, Mexico City, 30 September to 2 October 2013

L. Creel, J. Sass and N. Yinger, "Overview of quality of care in reproductive health: definitions and (٣٧٩) measurements of quality", *New Perspectives on Quality of Care*, No. 1 (Population Council and .Population Reference Bureau, 2002)

J. M. Turan and others, "The quality of hospital-based antenatal care in Istanbul", *Studies in Family (٣٨٠) Planning*, vol. 37, No. 1 (2006), pp. 49-60

دراسة أجريت في الأرجنتين بوجود تفاوت كبير في معدلات الرضاء لدى السكان الأصليين والمهاجرين في جميع العيادات التي شملتها الدراسة الاستقصائية^(٣٨١).

٤٨٠ - وكثيرا ما يعزى انخفاض نوعية الرعاية في البلدان الأكثر فقرا إلى الافتقار إلى الموارد، ومع ذلك تبين البحوث أن بالإمكان تقديم رعاية ذات مستوى عالي الجودة في البيئات المحدودة الموارد. وعزت بالخصوص دراسة أجريت في إندونيسيا ما نسبته ٣٧ في المائة فقط من الوفيات في فترة ما حول الولادة إلى انخفاض الموارد وأكثر من ٦٠ في المائة إلى ضعف عملية تقديم الخدمات، في حين كشفت دراسة أخرى أجريت في جامايكا أن التحسينات في العملية وحدها، دون زيادة التمويل، ترتبط إلى حد كبير، بحدوث زيادة في الوزن عند الميلاد^(٣٨٢).

٤٨١ - ويؤكد العديد من الدراسات على ضرورة وضع نظم لضمان الجودة تتسم بالفعالية والاستمرارية، ولا سيما حيثما تزيد القيود المفروضة على الموارد والنقص في العاملين الصحيين وأوجه القصور في الهياكل الأساسية من حدة الضغط على النظم الصحية. ويمكن أن يؤدي اعتماد استراتيجية تستفيد من الموارد إلى أقصى حد مع ضمان الجودة بشكل منهجي إلى مستويات أداء جديدة في جودة الصحة وإدارتها.

٤٨٢ - ويبدو أنه لا توجد "عصا سحرية" لكفالة الإنصاف والجودة في تقديم الخدمات. فمن أجل تحقيق تحسينات متواصلة ومستدامة، ولا سيما في المناطق من العالم التي تسجل أسوأ النتائج الصحية، يُحتاج إلى استثمارات من شأنها إحداث تغييرات في النهج المتخذة على مستوى النظم. ويجب أن تُعزز النظم الصحية على نحو شامل وأن تقوم على الحق في الرعاية الجيدة النوعية.

٤٨٣ - وينبغي أن تولي الدول أولوية قصوى لتعزيز هيكل النظم الصحية وتنظيمها وإدارتها، بما في ذلك تطوير الهياكل الأساسية اللازمة وصيانتها من قبيل الطرق والكهرباء والمياه النظيفة والمرافق والمعدات والسلع الأساسية، بغية كفالة الإنصاف وتكافؤ فرص الجميع في الحصول على الرعاية الصحية الأولية الشاملة والمتكاملة والجيدة النوعية، ويشمل ذلك الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، والقرب من مراكز الإحالة ذات الخبرة

M. Cerrutti and B. Freidin, "Analyzing quality of family planning services in Buenos Aires: (٣٨١) (convergence and discrepancy between users' and experts' views) unpublished report, 2004

J. Peabody and others, "Improving the quality of care in developing countries", in Disease Control (٣٨٢) Priorities in Developing Countries, 2nd ed., D. T. Jamison and others, eds. (Washington, D. C., World Bank, 2006), chap. 70

الرفيعة من أجل تقديم مستويات أعلى من الرعاية، مع الالتزام بتوفير خدمات الرعاية الصحية الجيدة النوعية والشاملة لجميع الفئات السكانية الريفية والنائية والفقيرة والشعوب الأصلية وجميع الأشخاص الذين يفتقرون اليوم إلى الرعاية الصحية الكافية.

٧ - الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية وحقوق اللاجئين والمشردين داخليا

٤٨٤ - في عام ١٩٩٤، اضطلعت لجنة المرأة المعنية باللاجئين من النساء والأطفال^(٣٨٣) بنشر تقرير يوثق الافتقار إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للاجئين وغيرهم من المتضررين من الأزمات. وفي العام نفسه تم الإقرار بالاحتياجات الخاصة المتعلقة بالصحة الإنجابية للاجئين والمشردين داخليا في برنامج العمل، وتم تشكيل الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية أثناء الأزمات من أجل تعزيز إمكانية الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الجيدة النوعية للأشخاص المتضررين من الأزمات الإنسانية، من قبيل النزاعات، وشمل ذلك بصورة متزايدة الكوارث الطبيعية^(٣٨٤).

٤٨٥ - وخلص الاستعراض الذي أجراه الفريق العامل في الفترة ٢٠٠٢-٢٠٠٤ إلى حدوث تقدم كبير في التوعية بالصحة الجنسية والإنجابية والنهوض بها لدى السكان المتأثرين بالنزاعات، ولا سيما في بيئات مخيمات اللاجئين المستقرة. بيد أنه لوحظت فجوات حاسمة الأهمية، ولا سيما الافتقار بشدة للخدمات المتصلة بالعنف القائم على نوع الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمشردين داخليا.

٤٨٦ - وتوفر الأدوات الموحدة الآن مبادئ توجيهية قياسية لوضع برامج الصحة الجنسية والإنجابية في الأزمات، بما في ذلك الدليل الميداني المشترك بين الوكالات بشأن الصحة الإنجابية في الأوضاع الإنسانية^(٣٨٥)؛ ومجموعة الخدمات الأولية الدنيا للصحة الإنجابية التي أُدمجت في دائرة المعايير لعامي ٢٠٠٤ و ٢٠١١ والتي توفر الحد الأدنى من المعايير العالمية للاستجابة الإنسانية. ومجموعة الخدمات الأولية الدنيا هي الآن جزء من العديد من وثائق

(٣٨٣) الآن اللجنة المعنية باللاجئين.

(٣٨٤) تنامي الفريق العامل اليوم بحيث أصبح يضم قاعدة واسعة من الأعضاء تربو على ٤٥٠ من الوكالات، تشمل حوالي ١٥٠٠ شخص من وكالات الأمم المتحدة والحكومات والمنظمات غير الحكومية والجامعات والمنظمات المانحة.

(٣٨٥) Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and Women's Refugee Commission, "Refocusing family planning in refugee settings: findings and recommendations from a multi-country baseline study" (November 2011).

السياسة العامة الرفيعة المستوى والمبادئ التوجيهية المتعلقة بحالات الأزمات^(٣٨٦)، ويشير تقييم مجموعة الخدمات الأولية الدنيا في عام ٢٠١٣ في مخيم الزعتري للاجئين ومدينة إربد في الأردن إلى أن خدمات الصحة الإنجابية ذات الأولوية تندرج ضمن الاستجابة للأزمة في الجمهورية العربية السورية^(٣٨٧).

٤٨٧ - ولم تخف حدة الاحتياجات. فبسبب النزاع تم هناك حالياً ما يقدر بنحو ٤٤ مليون شخص مشرد في جميع أنحاء العالم، إضافة إلى ٣٢ مليون شخص تسببت الكوارث الطبيعية في تشريدتهم. واليوم، فإن أكثر من نصف اللاجئين الذين يتلقون خدمات من مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين يعيشون في المناطق الحضرية، وليس في المخيمات، وفي كثير من الأحيان يعيش المشردون داخلياً في مجتمعات محلية مضيقة، أو ينتشرون على امتداد مناطق جغرافية شاسعة. وتثير مثل هذه التغييرات في التوزيع المكاني للمشردين داخلياً تحديات جديدة في توفير الخدمات، مما دفع مؤخرًا إلى إجراء استعراض بغرض إسداء المشورة بشأن البرمجة في المستقبل.

٤٨٨ - ويظل انعدام إدماج الصحة الجنسية والإنجابية وتعميمها في حالات الاستجابة للطوارئ الشديدة يمثلان تحدياً. ففي حالات الطوارئ المعقدة كثيراً ما يتم تجاهل الصحة الجنسية والإنجابية، فتتأثر بذلك جودة هذه الخدمات ونطاقها. ورغم أن الاستعراض الأخير الذي أجراه الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية أثناء الأزمات يرى أن الخدمات متاحة اليوم بشكل أكبر من عشر أو عشرين سنة خلت، إلا أنها ليست في كثير من الأحيان شاملة، وتنفذ عناصر مختارة من مجموعة الخدمات الأولية الدنيا بدلاً من المجموعة الشاملة. وتوجد إذن ثغرات في توفر وسائل منع الحمل مع عدم وجود أساليب طويلة الأجل أو دائمة أو أي خدمات في مجال وسائل منع الحمل للمراهقين أو لغير المتزوجين، فيما تظل الخدمات التي تعالج العنف القائم على نوع الجنس والرعاية الخاصة بالإجهاض المأمون والرعاية بعد الإجهاض والإصابات المنقولة بالاتصال الجنسي والصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين محدودة.

(٣٨٦) Including the Inter-Agency Standing Committee Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings and Gender Handbook in Humanitarian Action; Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-level Implementation of the Health Cluster (World Health Organization, 2009).

(٣٨٧) UNHCR, Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, Reproductive Health Services for Syrian refugees in Zaatri Refugee Camp and Irbid City, Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Service Package – March 17-22 2013 (2013).

٤٨٩ - ومن الضروري بذل جهود على الصعيد العالمي للتأكد من أن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المقدمة للاجئين والمشردين داخليا تكفل الاستجابة بصورة شاملة للثغرات التي تم تحديدها، بما في ذلك تقديم خدمات بغرض التصدي للعنف القائم على نوع الجنس، وزيادة الفرص أمام غير المتزوجين والشباب، وتوفير أنواع متعددة من وسائل منع الحمل.

٤٩٠ - وتدعو الحاجة إلى قاعدة أدلة أقوى. وبالإضافة إلى ذلك، تدعو الحاجة إلى زيادة عمليات الرصد وتحسينها لتوثيق نتائج البرامج القائمة وآثارها. وخلصت النتائج الأولية من دراسة حديثة أجراها برنامج الأبحاث الصحية في الأزمت الإنسانية بتمويل من المملكة المتحدة (إدارة التنمية الدولية) ومؤسسة ولكم الاستمائية، إلى أن الأدلة القائمة بشأن الاحتياجات الصحية والخدمات في حالات الأزمت ضعيفة بشكل عام، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

٨ - الأولويات الحكومية: الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق

الأولويات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية على الصعيد العالمي	
٥٦ في المائة من الحكومات	خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب
٥١ في المائة من الحكومات	صحة الأم والطفل
٤٣ في المائة من الحكومات	خدمات ذات صلة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي
٣٨ في المائة من الحكومات	خدمات تنظيم الأسرة
٣٦ في المائة من الحكومات	شتى أمراض سرطان الجهاز التناسلي
	المنطقة الأفريقية - أولويات الصحة الجنسية والإنجابية
٧١ في المائة من الحكومات	صحة الأم والطفل
٥٦ في المائة من الحكومات	خدمات ذات صلة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي
٥٦ في المائة من الحكومات	خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب
٤٦ في المائة من الحكومات	خدمات تنظيم الأسرة
٤٢ في المائة من الحكومات	شتى أمراض سرطان الجهاز التناسلي
	منطقة الأمريكتين - أولويات الصحة الجنسية والإنجابية
٧٤ في المائة من الحكومات	خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب
٤٢ في المائة من الحكومات	صحة الأم والطفل

٤٢ في المائة من الحكومات	خدمات ذات صلة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي
٤٢ في المائة من الحكومات	تحقيق أقصى قدر من الإدماج الاجتماعي والمساواة في الحصول على الخدمات والحق في الصحة الجنسية والإنجابية
٣٢ في المائة من الحكومات	خدمات تنظيم الأسرة المنطقة الآسيوية - أولويات الصحة الجنسية والإنجابية
٥٦ في المائة من الحكومات	خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب
٥٤ في المائة من الحكومات	صحة الأم والطفل
٤٦ في المائة من الحكومات	خدمات تنظيم الأسرة
٣٧ في المائة من الحكومات	شتى أمراض سرطان الجهاز التناسلي
٢٧ في المائة من الحكومات	تحقيق أقصى قدر من الإدماج الاجتماعي والمساواة في الحصول على الخدمات والحق في الصحة الجنسية والإنجابية
٢٧ في المائة من الحكومات	خدمات ذات صلة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي المنطقة الأوروبية - أولويات الصحة الجنسية والإنجابية
٥٥ في المائة من الحكومات	خدمات ذات صلة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي
٤٨ في المائة من الحكومات	تحقيق أقصى قدر من الإدماج الاجتماعي والمساواة في الحصول على الخدمات والحق في الصحة الجنسية والإنجابية
٤٥ في المائة من الحكومات	خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب
٣٩ في المائة من الحكومات	صحة الأم والطفل
٣٥ في المائة من الحكومات	شتى أمراض سرطان الجهاز التناسلي منطقة أوقيانوسيا - أولويات الصحة الجنسية والإنجابية
٥٨ في المائة من الحكومات	خدمات تنظيم الأسرة
٤٢ في المائة من الحكومات	خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب
٣٣ في المائة من الحكومات	العنف
٣٣ في المائة من الحكومات	تحقيق أقصى قدر من الإدماج الاجتماعي والمساواة في الحصول على الخدمات والحق في الصحة الجنسية والإنجابية
٣٣ في المائة من الحكومات	وضع القوانين والسياسات والبرامج المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية

٤٩١ - وعلى وجه الخصوص، كانت أولوية الصحة الجنسية والإنجابية التي تكرر ذكرها أكثر من غيرها (والتي ذكرها ما نسبته ٥٧ في المائة من الحكومات من جميع أنحاء العالم) هي

”تقدم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب“. وبالنظر إلى أن فئة الشباب اليوم تتجاوز بكثير فئات الشباب في الأجيال السابقة، فمن الأهمية بمكان تلبية احتياجاتهم، ولا سيما احتياجاتهم المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. أما الأولوية الثانية التي ذكرت بشكل متكرر وهي ”صحة الأم والطفل“، فقد دفعتها إلى حد كبير أعداد البلدان الأفريقية والآسيوية حيث لا تزال الوفيات النفاسية منتشرة بشكل ملحوظ وتشكل عوامل قلق صحي كبيرة. ومن المثير للاهتمام أن ”سنتي أمراض سرطان الجهاز التناسلي“ التي تشمل أورام الثدي وعنق الرحم الخبيثة، والتي ترد في المرتبة الخامسة على الصعيد العالمي، سلطت عليها الضوء البلدان المرتفعة الدخل نسبيًا من غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (نسبة ٥٠ في المائة) والبلدان ذات الدخل المنخفض (نسبة ٤١ في المائة) أكثر من البلدان المنتمة إلى مجموعات الإيرادات الأخرى.

٤٩٢ - وعندما تصنف البلدان بحسب الدخل تذكر حكومات البلدان المنخفضة الدخل والبلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى على نحو أكثر تكراراً ”الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب“ و ”صحة الأم والطفل“ و ”تنظيم الأسرة“ بوصفها من الأولويات، على الرغم من أن ”الإدماج الاجتماعي والمساواة في الحصول على الخدمات والحقوق“ و ”الخدمات ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي“، تمثل أولوية قصوى لدى البلدان المرتفعة الدخل الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي التي أشارت إليها ما نسبته ٥٨ في المائة من حكومات تلك البلدان.

٤٩٣ - وتؤكد الأنماط المذكورة أعلاه على الروابط التي لا تنفصم بين الصحة والثروة. فالبلدان النامية لا تزال تفتقر إلى لبنات البناء الأساسية لإنشاء نظم صحية قوية، اللازمة لتوفير الخدمات في مجال صحة الأم والطفل. ويتجلى ذلك في ارتفاع مستويات الوفيات النفاسية ووفيات الرضع ومعدلات الاعتلال المسجلة في هذه البلدان. وتبرز نتائج الدراسة الاستقصائية ضرورة إقرار الحكومات بضرورة إعطاء أولوية لتلك الأبعاد من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي تمس الحاجة إليها.

أولويات منظمات المجتمع المدني المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية تبين دراسة استقصائية أجريت مؤخرا (في عام ٢٠١٣) على ١٩٨ منظمة من منظمات المجتمع المدني في ثلاث مناطق تعمل في مجال الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية أن نسبة ٢٦ في المائة من منظمات المجتمع المدني في أفريقيا تشير إلى أن "وضع البرامج والسياسات والاستراتيجيات وسن القوانين وإنشاء المؤسسات" تمثل مسألة ذات أولوية قصوى للسياسات العامة خلال السنوات الخمس إلى العشر القادمة. وفي المقابل، تذكر منظمات المجتمع المدني في الأمريكتين (٢٩ في المائة) وأوروبا (٢٥ في المائة) مسألة "الإجهاد" أكثر من غيرها. وفي أوروبا، تشير نسبة ٢٠ في المائة من منظمات المجتمع المدني إلى مسألة "خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي تستهدف المراهقين والشباب"، أي المعلومات والمشورة والخدمات، بوصفها مسألة ذات أولوية قصوى للسياسات العامة في المستقبل القريب.

حاء - الصحة: المجالات الرئيسية للعمل في المستقبل

١ - التعجيل بإحراز تقدم صوب تحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وإعمال الحقوق الجنسية والإنجابية

٤٩٤ - لا تزال شريحة هائلة من السكان تعيش دون الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، ولا سيما الفقراء. فالنمو الاقتصادي، في حد ذاته، لا يكفي لكفالة تعميم التغطية العادلة، وبالتالي، يجب على البلدان أن تخصص الموارد اللازمة للتأكد من حصول جميع الأشخاص على الرعاية المسورة التكلفة وذات الجودة. وتولي المناقشات الحالية أهمية أكبر "للتغطية الصحية للجميع" باعتبارها وسيلة لكفالة حصول جميع الأشخاص على الرعاية الصحية دون مشقة مالية.

٤٩٥ - وينبغي إيلاء الأولوية القصوى لتعزيز نظم الرعاية الصحية الأولية من أجل تقديم خدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية تتسم بالتكامل والشمولية والجودة، مع توفير ما يكفي من الإحالات، وأن تكون متاحة في الأماكن التي يعيش فيها الناس، وبخاصة في المناطق الريفية والنائية والسكان ذوي الموارد المحدودة، بما في ذلك فقراء المناطق الحضرية. وينبغي أن تكفل هذه الجهود توفير أوسع طائفة من التكنولوجيات والسلع الأساسية، وكذلك تعزيز الإدارة الصحية ونظم المعلومات.

٤٩٦ - وينبغي توجيه اهتمام خاص لكفالة أن تكون الموارد البشرية متاحة ويمكن الوصول إليها، من أجل توفير خدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية شاملة وجيدة النوعية، بسبل منها الاستثمار في قدرات العاملين في مجال الصحة، ولا سيما في الرتب الفنية المتوسطة مثل القابلات، والتصدي لسوء التوزيع وتعزيز مؤسسات التدريب في الحقل الصحي.

٤٩٧ - ويجب أن يقترن تحسين إتاحة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وإمكانية الحصول عليها بتحسين جودتها لدعم كل فرد بطريقة شاملة ومتكاملة، وحماية حقوق الإنسان لجميع الأشخاص، وكفالة خصوصية الخدمات والمعلومات المتعلقة بحقوق المرضى وسريتها.

٢ - حماية وإعمال حقوق المراهقين والشباب في الحصول على المعلومات الصحيحة والتثقيف الجنسي الشامل والخدمات الصحية من أجل صحتهم الجنسية والإنجابية ولكي يتمتعوا بالعافية مدى الحياة

٤٩٨ - تظهر معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والوفيات المرتبطة بالإيدز والوفيات المتصلة بالإجهاض والوفيات النفاسية في أوساط الشباب الحاجة الماسة إلى معالجة عدم كفاية فرص الحصول على المعلومات والخدمات الذي يواجهه في الوقت الراهن أكبر جيل في التاريخ من المراهقين والشباب.

٤٩٩ - ويجب الاستثمار أكثر في المعلومات والخدمات بحيث يتمكن المراهقون والشباب من الوصول إليها وتكون مقبولة بالنسبة لهم. وينبغي أن يتضمن رصد وتقييم البرامج تقييم صريحاً لمدى الوصول إلى المراهقين ونوعية التدخلات التي تعود بأكبر قدر من المنافع طويلة الأمد على صحة الشباب ورفاههم.

٥٠٠ - وتتطلب الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقات إنهاء عدم المساواة بين الجنسين في التعليم، واعتماد الحد الأدنى لسن الزواج القانونية ببلوغ ١٨ سنة وإنفاذه قانونياً، والقضاء على تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث وغيره من الممارسات الضارة، والقضاء على جميع أشكال التمييز والعنف التي ترتكب في حق الفتيات. وتوفير أشكال الحماية هذه للمراهقين والشباب أمر ضروري للغاية من أجل تهيئة مجتمع يتمكنون فيه من بناء قدراتهم وتوسيع نطاق مؤهلاتهم العلمية، ويتمتعون بحرية الدخول في الزواج وإنجاب الأطفال.

٥٠١ - وللوصول إلى حقوق الصحة الجنسية والإنجابية ينبغي أن يحصل المراهقون والشباب، سواء كانوا ملتحقين بالمدارس أو غير ملتحقين بها، على التثقيف الجنسي الذي يركز على المساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان، بما في ذلك إيلاء الاهتمام إلى المعايير الجنسانية، والقوة، والقيم الاجتماعية المتمثلة في المساواة وعدم التمييز وحل الخلافات دون اللجوء إلى

العنف. ومن شأن هذه البرامج أيضا أن تمكّن الشباب من اعتماد سلوكيات صحية، تستمر فوائدها مدى الحياة بالنسبة لهم وللمجتمع ككل.

٥٠٢ - ويجب أن تقدم جميع البرامج التي تخدم المراهقين والشباب، الملتحقين بالمدارس وغير الملتحقين بها، الإحالة إلى مشورة وخدمات موثوقة وذات نوعية جيدة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وكذلك إلى الخدمات الصحية الأخرى، بما فيها خدمات الصحة العقلية. وينبغي إزالة العوائق القانونية والتنظيمية والسياساتية التي تحد من إمكانية حصول الناس على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

٣ - تعزيز خدمات محددة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية

منع الحمل

٥٠٣ - يعتبر توفر أوسع نطاق ممكن من وسائل منع الحمل وإمكانية الحصول عليها، بما في ذلك الوسائل العاجلة لمنع الحمل، مع تقديم المشورة والمعلومات التقنية الكافية بشأنها، لتلبية احتياجات منع الحمل للأفراد والأزواج والوسائل المفضلة لديهم خلال فترات حياتهم، من الأمور الأساسية للصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية. ولكن بعض البلدان لا توفر سوى القليل من الوسائل، أو لا تتيح على نطاق واسع الخيارات والمعلومات التي تمكّن الأفراد من ممارسة اختيار حر ومستنير، ولا سيما عندما تكون النظم الصحية ضعيفة، كما في المناطق الريفية على سبيل المثال. ويجب أن تُضبط القرارات المتعلقة بتشكيلة وسائل منع الحمل التي يتم توفيرها بحيث تتناسب مع قدرات مقدمي الخدمات الصحية، بينما يتم في الوقت نفسه بناء النظام الصحي وقدرات العاملين في مجال الصحة لتقديم مجموعة متنوعة من الوسائل لتلبية احتياجات وتفضيلات الجميع خلال مختلف مراحل الحياة.

الإجهاض

٥٠٤ - مع ازدياد فرص الحصول على الإجهاض المأمون والرعاية بعد الإجهاض، تناقصت على الصعيد العالمي معدلات الإجهاض وكذلك معدلات الوفيات المتصلة بالإجهاض، مع وجود تفاوت كبير بين المناطق. ولكن التقدم المحرز غير كاف، لأن معدلات الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون لا تزال مرتفعة بشكل غير مقبول في أفريقيا وجنوب آسيا، ويحدث أكثر من نصف هذه الوفيات بين الشبابات دون سن ٢٥ عاما. ولا بد من اتخاذ تدابير فعلية لتحقيق ما يلي:

(أ) تخفيض أعداد حالات الحمل غير المخطط لها بزيادة إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل وإعمال حقوق النساء والفتيات في إبقائهن بعيدات عن القسر والإكراه على ممارسة الجنس وغير ذلك من أشكال العنف الجنساني؛

(ب) كفالة الحصول على الرعاية بعد الإجهاض لجميع من يعانون من مضاعفات الإجهاض غير المأمون؛

(ج) اتخاذ إجراءات لإزالة العقوبات القانونية التي تحول دون الحصول على الخدمات، على النحو الوارد في منشور منظمة الصحة العالمية المعنون الإجهاض المأمون: توجيهات تقنية وسياساتية للنظم الصحية؛

(د) كفالة حصول جميع النساء بسهولة على خدمات إجهاض مأمونة وذات نوعية جيدة.

رعاية الأمومة

٥٠٥ - يمكن تجنب ٩٠ في المائة من الوفيات النفاسية، ويتطلب اتقاء جميع الوفيات التي يمكن تجنبها وجود نظام رعاية صحية أولية حسن الأداء ومتكامل على مقربة من أماكن إقامة النساء؛ ووجود آليات إحالة فعّالة للاستجابة لمضاعفات الحمل والولادة؛ ووجود الرعاية الأساسية والرعاية الشاملة المخصصة لحالات الطوارئ في مجال التوليد وفعاليتها وسهولة الحصول عليهما. ويتطلب تعميم إتاحة نوعية جيدة من رعاية الأمومة وسهولة الحصول عليها، تعزيزا للنظام الصحي، ولا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا.

٥٠٦ - وكل امرأة تتوفى نتيجة لمضاعفات تتعلق بالحمل، يقابلها عدد يقدر بحوالي ٢٠ امرأة يصبن بأمراض خطيرة نتيجة لتلك المضاعفات كثيرا ما تستمر مدى الحياة من قبيل ناسور الولادة، أو انقلاب الرحم، أو سلس البول، أو فقر الدم الحاد. وينبغي استخدام اعتلال الأمهات ومعدلات وفيات المصابات على نحو متزايد كمؤشرات على نوعية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الأعمال التدريجية لحق المرأة في الصحة.

الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية
٥٠٧ - تشير الأدلة إلى زيادة بنسبة ٤٠ في المائة في العدد السنوي لحالات الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، غير أن البيانات تعكس ضعفا واسعا النطاق في الرقابة. وعلى الرغم من أن الأمراض المنقولة

بالاتصال الجنسي لها عواقب خطيرة على صحة المرأة وخصوبتها، وأنها تساهم في الإجهاد وانخفاض أوزان المواليد، ويمكن أن تسبب الأمراض الوراثية، لا تزال هذه الأمراض هي الأسوأ حظاً من حيث المراقبة والتشخيص والعلاج بين الحالات الصحية الجنسية والإنجابية في جميع أنحاء العالم. وتشتد الحاجة إلى التزام عالمي من أجل تعزيز مراقبة الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وزيادة فرص جميع الأشخاص ولا سيما الشباب في الحصول على وسائل فعّالة للوقاية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وتشخيصها وعلاجها.

٥٠٨ - ويلزم أيضاً تواصل الاستثمار لتحقيق حصول الجميع على الوقاية والعلاج والرعاية في ما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية، والإسراع بالإدماج الكامل لخدمات الوقاية من هذا الفيروس وعلاجه ورعاية المصابين به ضمن الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية الأخرى بأسلوب يعزز النظم الصحية على نحو كلي. وبالإضافة إلى ذلك، من الضروري التدقيق والتصدي للظروف الهيكلية التي قد تكون مساهمة في استمرار حدوث إصابات جديدة بالفيروس في الجنوب الأفريقي.

الأمراض غير المعدية، بما في ذلك سرطانات الجهاز التناسلي

٥٠٩ - إن انتشار سرطانات الجهاز التناسلي، وما يصاحب ذلك من حالات الوفيات والاعتلال الناجمة عنها يسلط مزيداً من الضوء على عدم الكفاية وعدم المساواة في الحصول على المعلومات والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية على الصعيد العالمي.

٥١٠ - وفي كل عام يصاب أكثر من نصف مليون امرأة بسرطان عنق الرحم، الذي يسبب وفاة أكثر من نصف هذا العدد من النساء، معظمهن في البلدان النامية، وهو مرض يمكن الوقاية منه بالفحص وباللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري. وعلى الرغم من انخفاض عدد حالات الإصابة بسرطان الثدي في البلدان النامية، فمعدلات الوفيات الناتجة عنه أعلى بسبب الافتقار إلى إمكانية الوصول إلى الفحص والعلاج.

٥١١ - وفي جميع مناطق العالم باستثناء أفريقيا، التي تعاني عبئاً مزدوجاً، تتجاوز الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية تلك التي تسببها الأمراض النفسية، وأمراض الفترة المحيطة بالولادة، والأمراض المعدية، واضطرابات التغذية مجتمعة، وتقع الوفيات المتعلقة بها في أعمار أصغر في البلدان النامية. وتنتج الغالبية العظمى من وفيات الأمراض غير المعدية عن أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، والسكري، والاكتئاب، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة. ويعكس هذا التغير في عبء المرض التغيرات الهامة في استخدام التبغ، والتعاطي الضار للكحول، والنشاط البدني غير الكافي، وأنماط التغذية غير الصحية/السمنة.

٥١٢ - ومن الأهمية بمكان معالجة زيادة عبء سرطانات الجهاز التناسلي، بما في ذلك سرطان الثدي وعنق الرحم والبروستاتا، وذلك عن طريق الاستثمار في استراتيجيات الوقاية منها، التي تشمل اللقاحات ضد فيروس الورم الحليمي البشري، والفحص الروتيني، والعلاج المبكر على مستوى الرعاية الصحية الأولية، والإحالات الموثوقة إلى مستويات أعلى من الرعاية.

٥١٣ - ومن الضروري أيضا التقليل من عوامل الخطر المتصلة بالأمراض غير المعدية عن طريق تعزيز السلوكيات الصحية والخيارات السليمة في نمط الحياة، لا سيما بين الأطفال والمراهقين والشباب.

رابعاً - المكان والتنقل

”[للشخص] الحق في التمتع بمستوى معيشي لائق لهم ولأسرهم، بما في ذلك ما يكفي من الغذاء والملبس والسكن والماء والصرف الصحي“.

(برنامج العمل، المبدأ ٢)

”ينبغي أن تضمن البلدان توفير حقوق الإنسان الأساسية لجميع المهاجرين، على النحو الوارد في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان“.

(برنامج العمل، المبدأ ١٢)

”ينبغي أن تحسن الحكومات أعمال إدارة الخدمات وتقديمها للتجمعات الحضرية المتنامية وتضع الصكوك التشريعية والإدارية التي تقوم بالتمكين، والموارد المالية الكافية لتلبية احتياجات جميع المواطنين، ولا سيما الفقراء في المناطق الحضرية والمهاجرين داخليا والمسنين والمعاقين“.

(الأعمال والإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج العمل، الفقرة ٣١).

٥١٤ - تلتقي أهمية المكان بالنسبة للأمن البشري مع الأدلة الكبيرة على علاقتنا البشرية بالبحر مع الهجرة. فنحن بطبيعتنا لسنا مهاجرين ولا مقيمين؛ ولا نغيّر بشكل روتيني أو فطري سكننا مع تقلب المواسم، ولكننا نحمل في داخلنا القدرة البشرية الفريدة للتعلق بالمكان إلى جانب الدافع الذي يحثنا على البحث عن أماكن جديدة أفضل لنجعلها موطننا لنا. ولذلك من الضروري أن تستوعب سياساتنا العامة الاحتياجات الإنسانية للمكان الآمن والتنقل على حد سواء.

٥١٥ - والمكان مفهوم اجتماعي ومرتبطة بالمساحة في الوقت نفسه^(٣٨٨). وهو يشمل أسرنا، وأسرنا المعيشية، ومجتمعنا المحلي، التي تمثل أشياء توفر لنا النسيج الاجتماعي القابل للنقل الذي يربطنا ببعضنا البعض. ويشمل المكان عناصر القرية والبلدية والولاية والبلد التي ننتمي إليها، الأمر الذي يغرسنا ضمن حيز بيئي مشترك وهيكل سياسي.

٥١٦ - ويعتبر المكان الآمن أمرا لا غنى عنه لتحقيق التنمية البشرية، بالنظر إلى أن الأمن البشري - وهو التحرر من الجوع والخوف والعنف والتمييز - شرط مسبق لازم لنماء الأطفال وللنمو الإبداعي للجميع. وتحمي الصكوك الأساسية المتعلقة بحقوق الإنسان الحقوق المتصلة بالأمن البشري من خلال "حق كل إنسان في التمتع بمستوى معيشي لائق [...] بما في ذلك ما يكفي من الغذاء والملبس والسكن اللائق، وحقه في مواصلة تحسين ظروفه المعيشية"، فضلا عن الحق في التنقل بما في ذلك حق الشخص "في حرية التنقل والإقامة في مكان ما حسب اختياره" وحرية "في أن يغادر أي بلد"^(٣٨٩).

٥١٧ - وتنقل أعداد متزايدة من الناس في جميع أنحاء العالم، سواء داخل الحدود الوطنية أو على النطاق الدولي. ومن الضروري كفالة مكان آمن للأشخاص المتنقلين، الأمر الذي يبرز أهمية التخطيط للمدن المتنامية بسرعة والتي يمكنها إدماج المهاجرين من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية وكذلك فقراء المناطق الحضرية وتقديم الدعم لهم.

٥١٨ - ولكن الأعداد الكبيرة من السكان، الذين يعيشون على ما تجود به الأيام دون مسكن آمن أو موثوق، تؤكد على الحاجة الملحة إلى تعزيز الاهتمام العالمي بالأمن البشري. وفي نهاية عام ٢٠١٢، كان هناك ١٥,٤ مليون لاجئ على الأقل^(٣٩٠)، و ٢٨,٨ مليون شخص من النازحين^(٣٩١)، وعدد يقدر بـ ٨٦٣ مليون شخص يعيشون في الأحياء الفقيرة^(٣٩٢)، بالإضافة إلى عدد كبير ولكنه في نهاية الأمر غير معروف من السكان الذين يعيشون بلا مأوى على الإطلاق. وتتطلب هذه التحديات شراكات تعاونية بين الحكومات من أجل التخطيط لاستخدام الأراضي على نحو شامل للجميع، وربطها بين النظم الصحية في المناطق الحضرية والريفية، والتزاما بتلبية الحاجة إلى سكن آمن ويتمتع بالسلامة.

^(٣٨٨) T. Gieryn, "A space for place in sociology", Annual Review of Sociology, vol. 26 (2000), pp. 463-496.

^(٣٨٩) انظر المادتين ١١ و ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (قرار الجمعية العامة ٢٢٠٠ ألف (د-٢١)، المرفق).

^(٣٩٠) UNHCR, "Displacement, the new 21st century challenge", Global Trends 2012 (Geneva, 2013).

^(٣٩١) Internal Displacement Monitoring Centre and Norwegian Refugee Council, Global Overview 2012: People Internally Displaced by Conflict and Violence (Geneva, 2013).

^(٣٩٢) United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat), State of the World's Cities 2012/2013: Prosperity of Cities (Nairobi, 2012).

٥١٩ - ويستعرض هذا الفرع التغيرات الناشئة في هيكل الأسر المعيشية، وهي المكان الأقرب للأفراد. ويوجه الاهتمام إلى التنقل الداخلي والدولي لكونهما يحددان الآفاق المستقبلية للأشخاص، وكذلك إلى التوسع الحضري باعتباره الانتقال المكاني السائد الذي يجري حاليا في كثير من أنحاء العالم. ويسلط الضوء على بعض أهم الأخطار التي تهدد المكان، من قبيل التشرد، والتزوح، وانعدام إمكانية الحصول على الأراضي.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ١٩

حرية التنقل

القوانين الأخرى غير الملزمة. ينص التعليق العام رقم ٢٧ بشأن حرية التنقل (١٩٩٩) الذي اعتمده لجنة حقوق الإنسان على أن "حرية التنقل تمثل شرطا لا بد منه لتحقيق النماء الحر لأي شخص". ويوضح التعليق العام الحقوق المتعلقة بحرية التنقل؛ وحرية اختيار مكان الإقامة؛ وحق المرء في مغادرة أي بلد بما في ذلك بلده؛ وحقه في دخول بلده؛ والظروف الاستثنائية التي تمكن الدولة من تقييد هذه الحقوق، مع ملاحظة أن "تطبيق القيود المسموح بها بموجب الفقرة ٣ من المادة ١٢، [من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية]، ينبغي أن يكون متسقا مع الحقوق الأخرى التي يضمنها العهد ومع المبادئ الأساسية للمساواة وعدم التمييز".

ألف - الهيكل المتغير للأسر المعيشية

٥٢٠ - دعا برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الدول إلى وضع السياسات الرامية إلى تحسين الدعم الاجتماعي والاقتصادي المقدم إلى الأسر، والاعتراف بتزايد تكاليف تنشئة الأطفال، وتقديم المساعدة إلى العدد المتزايد من الأسر المعيشية الوحيدة الوالد. واعترف برنامج العمل بأن الأسرة قد تتخذ أشكالا مختلفة. ولكنه لم يذكر سوى القليل عن الاتجاهات السائدة في هياكل الأسر أو الأسر المعيشية في ذلك الوقت، في ما عدا الإشارة المذكورة إلى ازدياد عدد الأسر المعيشية الوحيدة الوالد. ولم يتوقع ازدياد عدم استقرار الروابط الزوجية في العديد من المجتمعات، أو ازدياد تباين هياكل الأسر المعيشية وترتيبات السكن، بما في ذلك الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد، والأسر المعيشية التي يترأسها أحد الوالدين، أو طفل أو جد، وهي سمات أسر كثيرة هذه الأيام.

٥٢١ - ومن هنا، ينبغي التأكيد مجدداً في عام ٢٠١٤ على الأهداف الرئيسية لبرنامج العمل - وهي كفالة المنازل الآمنة للأسر والأسر المعيشية وضمان أن الآباء تتاح لهم فرصة إيلاء الاهتمام الواجب لرفاه أسرهم المعيشية، ولا سيما أطفالهم - وذلك بالنظر إلى ازدياد تنوع هياكل الأسر المعيشية، وأن عدداً متزايداً من الأشخاص يعيشون بمفردهم، وأن الأطفال في جميع أنحاء العالمين ينشأون على الأرجح تحت رعاية أحد الوالدين^(٣٩٣).

١ - ازدياد عدد الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد

٥٢٢ - خلال العقدين اللذين مضيا منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أدى تضافر العديد من التوجهات الاجتماعية من قبيل ازدياد سن الزواج، وارتفاع معدلات الطلاق، ونسبة الأشخاص الذين لا يتزوجون على الإطلاق، بالإضافة إلى الابتكارات الطبية، إلى زيادات في عدد الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد، ولا سيما في أوروبا، والبلدان الأخرى المتقدمة النمو^(٣٩٤)، وفي طائفة واسعة من بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وفي مجموعة مختارة من البلدان في آسيا، أبرزها جمهورية كوريا، والفلبين، وسنغافورة، وإندونيسيا، وتاييلند، وفييت نام (انظر الشكل ٤٤). وليس هناك سوى أدلة ضئيلة على حدوث ارتفاع ملموس فهي عدد الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد في البلدان الأفريقية، ما عدا كينيا. ولارتفاع أعداد الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد آثار بعيدة المدى في أنماط الاستهلاك والإسكان والرعاية طويلة الأجل للمسنين والدعم المتبادل بين الأجيال، وبالتالي على المطالب الملقاة على عاتق الدولة.

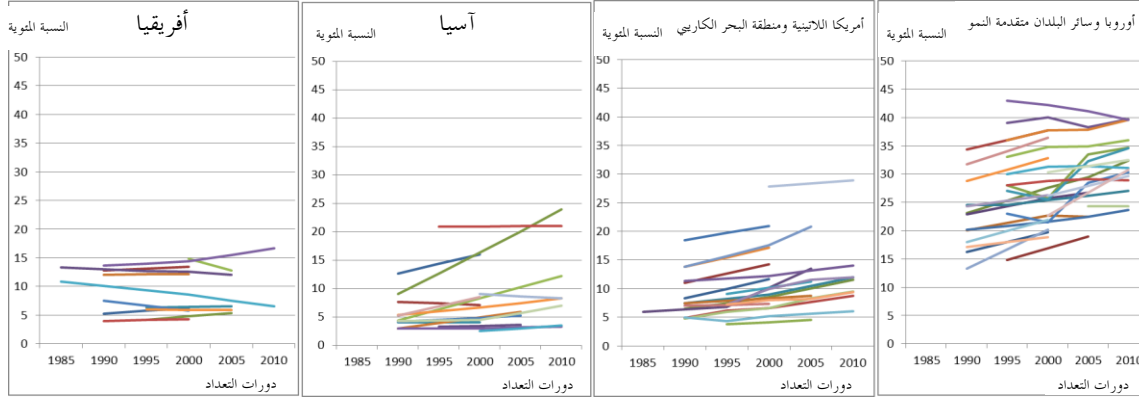
OECD, The Future of Families to 2030: A Synthesis Report (Paris, OECD Publishing, 2011); National (٣٩٣) Health and Family Planning Commission of China, "The People's Republic of China country report on population and development" (September 3013); J. C. Olmstead, "Norms, economic conditions and household formation: a case study of the Arab world", The History of the Family, vol. 16, No. 4 (2011), pp. 401-415; A. Esteve and others, "The 'Second Demographic Transition' features in Latin America: (the 2010 update)" (2012).

J. C. - Olmstead, "Norms, economic conditions and household formation: a case study of the Arab world", The History of the Family, vol. 16, No. 4 (2011), pp. 401-415P; A. Esteve and others, "The 'Second Demographic Transition' features in Latin America: the 2010 update" (2012).

OECD, The Future of Families to 2030: A Synthesis Report (٣٩٤)

الشكل ٤٤

توجهات نسبة الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد، حسب المنطقة



المصدر: United Nations, Demographic Yearbook, table 2, Households by type of household, age and sex of head of household or other reference member, 1995-2013 وهي متاحة على الرابط التالي: http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb_Household/dyb_household.htm (جرى الاطلاع عليه في ٢٦ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣)؛ United Nations Statistics Division, special data request/interagency communication, June 2013; Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.2 [Machine-readable database], University of Minnesota, 2013 (data retrieved on 23 September 2013); Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean (Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (Argentina) and World Bank), 2013, table, Household structure, in "Statistics by gender" urostat, 2013, Statistics on Income and <http://sedlac.econo.unlp.edu.ar/eng/statistics-by-gender.php>؛ Living Conditions Database, table, Income and living conditions /private households /distribution of households by household type, 1997-2001 and 2003-2011، يمكن الاطلاع عليه على الرابط التالي: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>.

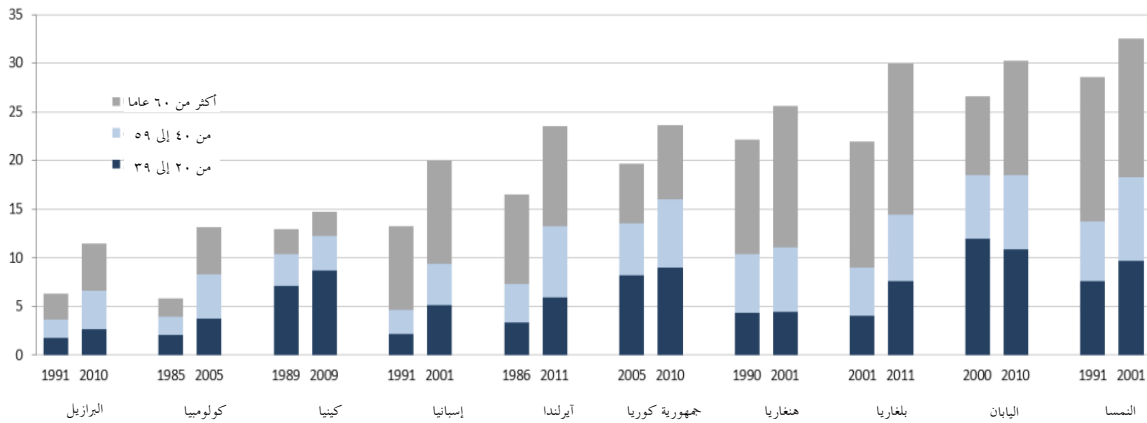
ملاحظة: البيانات المستمدة من التعدادات السكانية تنظم بتقسيمها إلى فترات زمنية مركزها دورات التعداد (نحو عامين زيادة أو نقصاناً حول الأعوام ١٩٨٥، ١٩٩٠، ١٩٩٥، ٢٠٠٠، ٢٠٠٥، ٢٠١٠)؛ ويحسب متوسط البيانات الناتجة عن المسوحات ضمن كل فترة من الفترات الزمنية.

٥٢٣ - يعكس الارتفاع في عدد الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد التغيرات الاجتماعية خلال مراحل الحياة، سواء بالنسبة للشباب أو الأشخاص الأكبر سناً، والتي تؤثر بدرجات أقل أو أكثر في تشكيل الزيادة في عدد الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد في مناطق مختلفة. ويبين الشكل ٤٥ أنه في إسبانيا وهنغاريا وبلغاريا يمثل الأشخاص الأكبر سناً (فوق سن ٦٠ سنة) نسبة أعلى نسبياً في الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد (كنسبة من مجموع عدد الأسر المعيشية)، الأمر الذي قد يدل على التمتع بالصحة والاستقلال للأجل الطويل، بل من المحتمل أن يشير أيضاً إلى الحاجة المستقبلية إلى المعونة المعيشية. وعلى النقيض من ذلك، فإن نسبة الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد في جمهورية كوريا، وكينيا،

والنمسا، واليابان، تكون أعلى نسبيا بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ و ٣٩ عاما، الأمر الذي يشير إلى تأخر سن الزواج، أو انتشار العزوبية، ويصاحبه ازدياد الطلب على الوحدات السكنية المخصصة لشخص واحد وكذلك فرص الترفيه والسلع الاستهلاكية الموجهة إلى العزاب.

الشكل ٤٥

توجهات نسبة الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد، حسب الفئة العمرية



المصدر: United Nations, Demographic Yearbook, table 2, Households by type of household, age and sex of head of household or other reference member, 1995-2013. يمكن الاطلاع عليه على الرابط التالي: http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb_Household/dyb_household.htm (جرى الاطلاع عليه في ٢٦ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣)؛ United Nations Statistics Division, special data request/interagency communication, June 2013; Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.2 [Machine-readable database]. University of Minnesota, 2013 (جرى الوصول إلى البيانات في ٢٣ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣).

٥٢٤ - ويكون احتمال الإقامة في أسر معيشية مؤلفة من شخص واحد أكبر لدى الإناث من الرجال في أوروبا والبلدان الأخرى المتقدمة النمو، في حين يكون عكس ذلك صحيحا في البلدان الواقعة في أفريقيا وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وتمثل النساء غالبية الأشخاص الذين يعيشون في أسر معيشية مؤلفة من شخص واحد بين كبار السن والأرامل. ومن ناحية أخرى، يشكل الرجال في معظم البلدان غالبية الأشخاص الذين لم يسبق لهم الزواج ويعيشون بمفردهم. ولا يزال تمثل النساء ضعيفا في صفوف الشبان الذين يعيشون بمفردهم، ولا سيما في المناطق الأقل نموا. ولم تلاحظ سوى زيادة طفيفة في النسبة للبلدان الواقعة في المناطق المتقدمة النمو والأقل نموا على حد سواء.

٥٢٥ - وتمتلك مجموعة من ٢١ بلدا بيانات عن الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد حسب مكان الإقامة (الحضر/الريف) وعضو الأسرة المعيشية. وبين البلدان الأفريقية السبعة، كانت الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد أكثر شيوعا في المناطق الحضرية، ولا سيما بين الأسر المؤلفة من الشباب (في سن ٢٠ إلى ٣٩ عاما). وبالنسبة للبلدان الواقعة في أمريكا اللاتينية وآسيا والبلدان الأوروبية الثلاثة، كان النمط مختلطا من حيث إذا كانت غالبية الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد تقع في المناطق الريفية أو المناطق الحضرية، ولكن، كما هو الحال في أفريقيا، كانت هذه الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد التي يشكلها الشباب أكثر شيوعا في المناطق الحضرية. وفي الأرجنتين فقط يتساوى احتمال إقامة مثل هذه الأسر المعيشية التي يشكلها الشباب بين المناطق الحضرية أو الريفية. وبالمقابل، تكون مثل هذه الأسر المعيشية التي يشكلها أشخاص أكبر سنا أكثر شيوعا في المناطق الريفية منها في المناطق الحضرية في معظم البلدان.

٢ - تأخر سن الزواج

٥٢٦ - إن ازدياد الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد بين الشباب يعكس جزئيا تواصل ارتفاع سن الزواج الأول على الصعيد العالمي. (انظر الشكل ٤٦). وقد ازداد متوسط السن عند الزواج للمرأة والرجل في المناطق المتقدمة النمو والمناطق الأقل تقدما طوال السنوات الخمسين الماضية، ولكنه ازداد بشكل أكبر في المناطق المتقدمة النمو^(٣٩٥). وحين يقترن ذلك مع الجماعة السكانية الكبيرة بشكل خاص من الشباب (١٥-٢٤ عاما) في آسيا والأمريكتين (التي تبلغ نسبتها ١٨,٣ في المائة و ١٨ في المائة من مجموع السكان فيهما، على التوالي)^(٣٩٦)، تسهم هذه الزيادة في ارتفاع عام في عدد الأسر المعيشية المؤلفة من شخص الواحد بين الشباب. وعلى الرغم من أن فئات الشباب تمثل نسبة أقل من العدد الإجمالي للسكان في أوروبا (١٢,٨ في المائة في عام ٢٠١٠)^(٣٩٦)، فقد ظهر هناك أيضا ازدياد ملموس في احتمال تشكيل الشباب قبل الزواج لأسر معيشية مستقلة أو مشتركة بين أقران^(٣٩٧)، على الرغم من أن كثيرا منهم يختار البقاء في منزل الوالدين^(٣٩٨).

(٣٩٥) World Fertility Report 2009 (ST/ESA/SER.A/304)

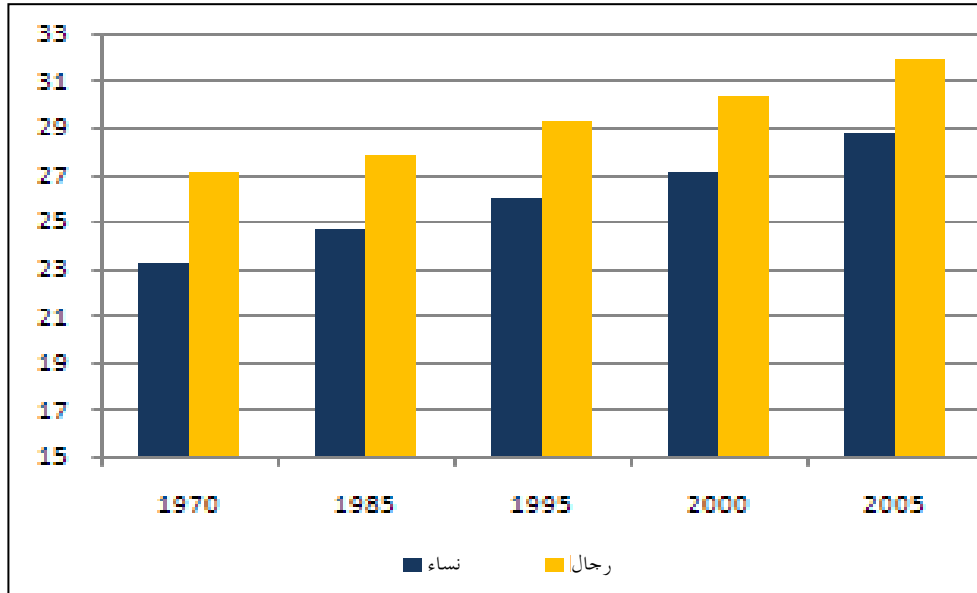
(٣٩٦) World Population Prospects: The 2012 Revision، (انظر الحاشية ٣٣٦ أعلاه).

(٣٩٧) S. Heath, "Young, free and single? The rise of independent living", in Handbook of Youth and Young Adulthood: New Perspectives and Agendas, A. Furlong, ed. (Milton Park, Abingdon, Oxon, Routledge, 2009).

٥٢٧ - تمثل الفئات الأصغر سنا من البالغين (٢٠-٣٩ عاما) المجموعة السائدة بين الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد في البلدان الأقل نموا. وفي الواقع، فإن سبب الزيادة الطفيفة في نسبة الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد في كينيا هو ازدياد الأسر المعيشية المؤلفة من شخص الواحد بين الشباب. ولكن زيادة الأسر المعيشية المؤلفة من شخص واحد تعكس أيضا ثلاثة اتجاهات اجتماعية أخرى على الأقل هي: انخفاض نسبة الأشخاص الذين سبق لهم الزواج، وازدياد حدوث الطلاق في جميع المناطق، وارتفاع العمر المتوقع مما يزيد احتمال أن يعيش المسنون والنساء المسنات على وجه الخصوص عددا أكبر من السنوات بمفردهم، سواء بعد الطلاق أو الترميل.

الشكل ٤٦

متوسط السن عند الزواج حسب نوع الجنس، ١٩٧٠-٢٠٠٥



المصدر: (United Nations, World Marriage Data 2012 (POP/DB/Marr/Rev2012)، ويمكن الاطلاع عليها على الرابط التالي: www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/marriage/wmd2012/MainFrame.html

M. Iacovou, "Leaving home: independence, togetherness and income in Europe", Expert Paper No (٣٩٨) 2011/10, prepared for the Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development, New York, Eurostat database، جرى تنزيل البيانات في ١١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٣.

٣ - الارتفاع في نسبة السكان الذين لم يتزوجوا أبدا

٥٢٨ - تاريخيا، لوحظ حدوث ارتفاع في نسبة الأشخاص الذين لم يتزوجوا أبدا بين مجموعات من يبلغون سن الرشد في زمن الحرب، وذلك بسبب قلة عدد شركاء الزواج المحتملين^(٣٩٩). وعندما ننظر فقط في نسبة النساء في الفئة العمرية ٤٥ إلى ٤٩ سنة اللاتي لم يسبق لهن الزواج، فإن الاتجاهات القائمة على التعداد في السنوات الأربعين الماضية تشير إلى ارتفاع مستمر في أغلبية بلدان أوروبا وأفريقيا وأوقيانوسيا والأمريكتين^(٤٠٠)، ومعظمها لم تكن تعاني من حرب أو صراع مستمر. وفي آسيا فقط هناك انخفاض متواصل بشكل منتظم في معدل النساء في منتصف العمر ممن لم يسبق لهن الزواج. وقد تعكس الإحصاءات المتعلقة بعدم الزواج ارتفاع المنافسة المتمثل في أشكال الاقتران الأقل رسمية مثل التعايش، والتي تبدو إلى حد كبير مثل الزواج (بما في ذلك الارتباط طوال العمر؛ وتكوين الأسرة)، مما يشير إلى حدوث تغيرات في النسيج الاجتماعي أكبر مما يحدث في الواقع. ومع ذلك، فإن تلك الاتجاهات جديدة بالملاحظة، وهي تساهم، جزئيا، في الزيادة الكبيرة في الأسر المعيشية المكونة من شخص واحد.

٥٢٩ - وفي أفريقيا، يبين تحليل لـ ٩ دول، استقى بيانات الاتجاهات من التعدادات، أن نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٤٥ و ٤٩ سنة ولم يسبق لهن الزواج ما زالت منخفضة (أقل من ١٠ في المائة)، ولكنها ازدادت بشكل ملحوظ في العقدين الأخيرين في ٦ بلدان - هي السودان وليبيريا وليبيا وليسوتو وموزامبيق والنيجر، ولكنها لم تزد في ٣ بلدان، هي إثيوبيا وبوركينا فاسو ومصر^(٤٠١).

٥٣٠ - وفي الأمريكتين، فإن نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٤٥ و ٤٩ سنة ولم يسبق لهن الزواج تتجاوز ١٠ في المائة في جميع البلدان الـ ١٢ التي توفرت بيانات الاتجاهات بها، على الرغم من أنها ظلت ثابتة في معظم البلدان خلال العقدين أو العقود الثلاثة الماضية.

R. Abramitzky, A. Delavande and L. Vasconcelos, "Marrying up: the role of sex ratio in assortative matching", *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 3, No. 3 (2011), pp. 124-157; E. Brainerd, "Uncounted costs of World War II: the effect of changing sex ratios on marriage and fertility of Russian women" (October 2007), available from <http://web.williams.edu/Economics/faculty/brainerd-rfwomen.pdf>.

UNFPA, secondary analysis of *World Marriage Data 2012* www.un.org/esa/population/publications/WMD2012/MainFrame.html (٤٠٠).

World Marriage Data 2012 (٤٠١).

٥٣١ - وفي آسيا، فإن نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهم بين ٤٥ و ٤٩ سنة ولم يسبق لهن الزواج تنحو إلى أن تكون أقل (حوالي ٥ في المائة)، مع وجود استثناءات قليلة في دول مثل سنغافورة وقطر والكويت، حيث أنها تتجاوز ١٠ في المائة، وقد شهدت زيادات حادة خلال السنوات العشرين الماضية.

٥٣٢ - وفي البلدان الأوروبية الـ ٢٥ التي توفرت بيانات الاتجاهات بها، فإن ما يقرب من ٢٠ في المائة أو يربو على ذلك من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٤٥ و ٤٩ سنة ولم يسبق لهن الزواج في ألمانيا وأيرلندا والدانمرك والسويد وفرنسا وفنلندا والنرويج وهولندا؛ وقد زادت هذه النسبة باطراد منذ الثمانينات والتسعينات من القرن الماضي. وقد ظلت نسبة النساء اللاتي لم يسبق لهن الزواج تزيد لمدة ٢٠ عاما في أيسلندا وبلجيكا وسويسرا ولاتفيا والنمسا، وهي تتراوح الآن بين ١٠ و ٢٠ في المائة. وتتراوح النسبة بين ٥ و ١٠ في المائة في الاتحاد الروسي وألبانيا وبيلاروس وهنغاريا، وقد ظلت ثابتة نسبيا على مدى العقود الثلاثة الماضية.

٥٣٣ - وأخيرا، في أوقيانوسيا (أستراليا وبالاو وتونغا ونيوزيلندا)، زادت نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٤٥ و ٤٩ سنة ولم يسبق لهن الزواج بسرعة خلال السنوات الثلاثين الماضية، ووصلت الآن إلى ما يقرب من ١٠ في المائة.

٤ - ارتفاع نسب الطلاق

٥٣٤ - ارتفعت أيضا نسبة الأشخاص المطلقين أو المنفصلين في العقد الماضيين^(٤٠١)، وهي تتضح في جميع المناطق بدرجات متفاوتة. وتصل نسبة النساء والرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٥ و ٤٩ سنة المطلقين أو المنفصلين حاليا أقصاها في البلدان الأوروبية وغيرها من البلدان ذات الدخل المرتفع، وقد زادت أكبر زيادة في السنوات العشرين الماضية. ونسبة البلدان التي لا تقل نسبة المطلقين أو المنفصلين عن ١٠ في المائة من السكان في كل منها ممن تتراوح أعمارهم بين ٤٥ و ٤٩ سنة (الذكور والإناث) هي ٦٧ في المائة في أوروبا (٢٩ بلدا من أصل ٤٣ بلدا)؛ و ٤٥ في المائة في الأمريكتين (١٩ بلدا من ٤٢ بلدا)؛ و ٤١ في المائة في أفريقيا (١٩ بلدا من ٤٦ بلدا)، و ١١ في المائة فقط في آسيا (٥ بلدان من ٤٣ بلدا). وحتى في العديد من البلدان التي توجد بها نسب منخفضة (تقتصر على أقل من ٥ في المائة من الأشخاص في منتصف العمر)، فإن اتجاهات تصاعدية قد طرأت في الآونة الأخيرة، وهي اتجاهات حادة. وعلى سبيل المثال، في حين أن ٢,١ في المائة فقط من الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٥ و ٤٩ سنة في الصين مطلقون أو منفصلون؛ فإن ذلك يمثل زيادة قدرها خمسة أمثال خلال السنوات العشرين الماضية. وتشير الزيادات المماثلة في شرق

أوروبا وجنوب آسيا إلى تخفيف حديث نسبيا للقيود التاريخية (القانونية أو الاجتماعية) بشأن الطلاق، مع زيادات سريعة من الصفر أو ما يقارب الصفر خلال فترة العشر سنوات إلى العشرين سنة الماضية.

٥٣٥ - وباختصار، فإن الزيادة التي لوحظت في الأسر المعيشية المكونة من شخص واحد على الصعيد العالمي تعكس العديد من التغييرات الاجتماعية، التي تشمل الزواج المتأخر وعدم الزواج والطلاق والترمل. وعموما، شهد مزيد من البلدان زيادة في نسبة الأسر المكونة من شخص واحد، بسبب ارتفاع نسبة الأشخاص الذين لم يسبق لهم الزواج، شبابا وكبارا (٢٣ بلدا من أصل ٥٢ بلدا التي تتوفر بشأنها بيانات، من المناطق المتقدمة النمو والأقل نموا). وقد شهد عدد من البلدان يقل كثيرا عما سبق زيادة في الأسر المعيشية المكونة من شخص واحد بسبب الطلاق أو الانفصال (١٤ بلدا، معظمها من المناطق المتقدمة النمو). وشهد عدد أقل من البلدان (٧ بلدان، ٥ منها من أمريكا اللاتينية وآسيا) زيادة في نسبة الأسر المعيشية المكونة من شخص واحد، بسبب الترمل. وهناك نسبة صغيرة جدا من الأسر المعيشية المكونة من شخص واحد، تتألف من أفراد متزوجين أو أفراد مقترنين (مما يشير إلى انفصال مستمر، ربما يُعزى إلى العمالة المهاجرة)، وقد زادت مع ذلك تلك النسبة في كل من السنغال وكولومبيا وشيلي وبوليفيا (دولة - المتعددة القوميات) وجمهورية كوريا وبلغاريا وسويسرا.

٥ - الأسر المعيشية التي بها والد وحيد

٥٣٦ - تمثل الأسر المعيشية التي بها والد وحيد لديه أطفال نسبة كبيرة من مجموع الأسر في بلدان من جميع المناطق. وتوجد أعلى نسبة انتشار لها في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. ومن بين البلدان ذات البيانات المتاحة، تمثل الأسر المعيشية التي بها والد وحيد مع أطفال ما يربو على ١٠ في المائة في ٧ بلدان من ١٢ بلدا في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، و ٥ بلدان من ١٧ بلدا في أوروبا، و ٣ بلدان من ١١ بلدا في أفريقيا. ومع ذلك، فمن المرجح أن هذه النسب تقديرات تقل عن الواقع، لأنها لا تشمل الأسر التي بها والد وحيد مع أطفال والتي قد تشترك في السكن مع غيرها من الأقارب أو من غير الأقارب في أسر معيشية غير نووية (في أسر معيشية ممتدة أو مركبة).

٥٣٧ - وكانت الاتجاهات مختلطة في نسبة الأسر التي بها أحد الوالدين فقط. ففي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، شهد جميع البلدان تقريبا زيادة، كان أكبرها في كولومبيا وإكوادور والسلفادور. وقد لوحظت زيادات أيضا في بعض الدول الأوروبية (الاتحاد الروسي وأيرلندا)، وفي بعض البلدان الأفريقية (الكامبيون ورواندا وجمهورية

تترازانيا المتحدة). وقد لوحظت انخفاضات في نسبة الأسر المعيشية التي بها والد وحيد في بعض البلدان من مختلف المناطق، وكان أعلاها في كمبوديا وجمهورية التشيك وملاوي وجنوب أفريقيا وفييت نام.

٥٣٨ - وتبين معظم البيانات الأخيرة المتاحة أن غالبية الوالدين الوحيدين الذين يعيشون مع أطفالهم هم من النساء، بنسب تتراوح بين ما يقل قليلا عن ثلاثة أرباع في الفلبين (٢٠٠٠)، وبرمودا (٢٠١٠)، وجمهورية كوريا (٢٠١٠)، وتركيا (٢٠٠٠)، واليابان (٢٠١٠)، إلى ما يربو على ٩٠ في المائة في رواندا (٢٠٠٢) وملاوي (٢٠٠٨)^(٤٠٢).

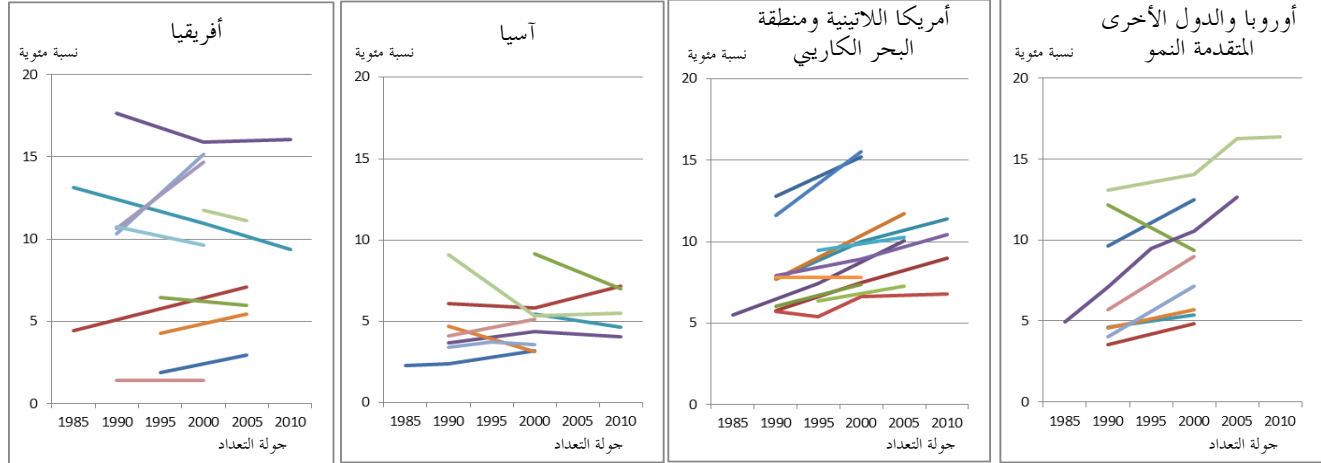
٥٣٩ - وتعد نسبة الأسر المعيشية التي بها والد وحيد أعلى في المناطق الحضرية عما هي في المناطق الريفية، في حوالي نصف البلدان التي توافرت بيانات بشأنها، ويقع معظمها في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وفي أوروبا، في حين أنها أعلى في المناطق الريفية في نحو خمس دول، يقع معظمها في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى^(٤٠٢). وتُعزى الزيادات التي لوحظت في بعض البلدان في نسبة الأسر المعيشية التي بها والد وحيد إلى التغيرات في كل من المناطق الحضرية والريفية، ولكنها في المناطق الحضرية أساسا.

٥٤٠ - وقد يواجه الأطفال الذين يعيشون في الأسر التي بها والد وحيد في كثير من الأحيان فقرا اقتصاديا ومحدودية فرص الحصول على الخدمات الأساسية في مجالي التعليم والصحة. وفي العقدين الماضيين، زادت نسبة الأطفال من سن حديث الولادة إلى ١٤ سنة ممن يعيشون في أسر معيشية بها والد وحيد في معظم بلدان أوروبا وغيرها من المناطق الأكثر نمواً، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (انظر الشكل ٤٧). ومن بين الدول التي بها أعلى القيم الحالية (ما يربو على ١٠ في المائة) النمسا وأيرلندا والولايات المتحدة الأمريكية، ودولة بوليفيا المتعددة القوميات وكولومبيا وإكوادور والسلفادور وجامايكا وبنما وبيرو. وفي أفريقيا، كانت الاتجاهات مختلطة. فعلى سبيل المثال، في رواندا وجمهورية تنزانيا المتحدة، زادت نسبة الأطفال الذين يعيشون في أسر معيشية بها والد وحيد، لتصل إلى نحو ١٥ في المائة حالياً. ومن ناحية أخرى، انخفضت تلك النسبة لكنها ما زالت عالية في كينيا وملاوي، إذ بلغت ١٦ في المائة و ٩ في المائة، على التوالي. وفي البلدان الآسيوية، شهدت نسبة الأطفال في الأسر المعيشية التي بها والد وحيد أقل تغير، وبقيت أدنى مما سواها.

UNFPA, analysis of data from Integrated Public Use of Microdata Series and United Nations, (٤٠٢)
 .Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division

الشكل ٤٧

الاتجاهات في نسبة الأطفال (من صفر إلى ١٤ سنة) ممن يعيشون في أسر معيشية بها والد وحيد، حسب المنطقة



المصدر: Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.2 [Machine-readable database], University of Minnesota, 2013 (accessed on 23 September 2013).

ملاحظة: تشير البيانات إلى بيانات التعداد وهي منظمة في فترات زمنية تتركز على جولات التعداد (زائد/ناقص سنتين حول الأعوام ١٩٨٥ و ١٩٩٠ و ١٩٩٥ و ٢٠٠٠ و ٢٠٠٥ و ٢٠١٠).

٥٤١ - وحيث أن العالم يشهد زيادة مطردة في نسبة سكان المناطق الحضرية، وأن نسبة كبار السن في سكان العالم تزيد، فمن المرجح أن تستمر الزيادة المناظرة في الأسر المعيشية المكونة من شخص واحد. وبالمثل، فحيث أن الاتجاهات في الطلاق تصاعدي في العديد من البلدان الكبيرة سكانيا (الهند والصين)، وأن القبول الاجتماعي لإنجاب غير المتزوجات يبدو في تزايد، فمن الصعب أن نتوقع انخفاضاً مقبلاً في نسبة الأسر التي بها والد وحيد.

٥٤٢ - وينبغي للدول أن تأخذ في الاعتبار، بوسائل منها البلديات المحلية، التنوع المتزايد في هياكل الأسر المعيشية وترتيبات المعيشة، والاحتياجات المناظرة لذلك إلى السكن والمساحات الاجتماعية المجتمعية للأسر المعيشية المكونة من شخص واحد، لكل من الشباب وكبار السن على السواء، وذلك للحد من العزلة الاجتماعية.

٥٤٣ - وقد أوضحت الدراسة الاستقصائية العالمية أن ما يقرب من ٨٠ في المائة من البلدان قد تصدت لثلاثة جوانب لنظم الحماية الاجتماعية ذات الصلة برفاه الأسر والأسر المعيشية في السنوات الخمس الماضية: زيادة الجهود المبذولة لضمان توفير خدمات الصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية (٨٥ في المائة)؛ ودعم ومساعدة الأسر الضعيفة (٨٤ في المائة)؛ وتقديم المساعدة الفعالة للأسر والأفراد (٨٢ في المائة). وتختلف هذه النسب إذا دُرست حسب

المنطقة أو الدخل. وبالمثل، فإن مساعدة الأسر التي ترعى أفراد الأسرة ذوي الإعاقة، وأفراد الأسرة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، قد تصدت لها ٧٩ في المائة من الحكومات في السنوات الخمس الماضية، حسب ما أفادت به التقارير، وإن كان ذلك بدرجة أقل في منطقة أوقيانوسيا (٣٣ في المائة).

٥٤٤ - ومع ذلك، أشارت الدراسة الاستقصائية العالمية إلى أن توفير نظم الحماية المالية والاجتماعية للأسر المعيشية التي بها والد وحيد كان أقل احتمالاً لأن تتصدى له الحكومات في السنوات الخمس الماضية (٦١ في المائة)، على الرغم من ارتفاع نسبة هذه الأسر المعيشية.

باء - الهجرة الداخلية والتوسع الحضري

١ - الهجرة الداخلية

٥٤٥ - سواء كان الناس يتحركون داخل الحدود الدولية أو يعبرونها، وسواء كان ذلك بشكل دائم أو مؤقت أو دوري، فإن الدوافع الكامنة وراء ذلك هي نفسها: تحسين رفاههم وظروف حياتهم؛ والبحث عن عمل؛ وتكوين أسرة أو الإنفاق عليها. ويعد التنقل والسلامة والأمن أثناء الهجرة الداخلية أمورا مهمة لإتاحة الفرصة للناس للحصول على القدرات والأعمال وسبل العيش الجديدة، وتحسين ما لديهم منها.

٥٤٦ - وفي حين أن الحصول على تقديرات الهجرة الداخلية صعب للغاية، يشير التحليل إلى أن ٧٤٠ مليون شخص في جميع أنحاء العالم يعيشون في بلدهم الأصلي ولكن خارج المنطقة التي وُلِدوا بها^(٤٠٣)، وهذا نطاق يفوق بدرجة كبيرة الهجرة الدولية (٢٣٢ مليوناً)^(٤٠٤)، رغم أن الغالبية العظمى من الاهتمام العالمي بالتنقل تتجه إلى البعد الدولي.

٥٤٧ - وتهاجر النساء على نحو متزايد بمفردهن أو كربات أسر ومسؤولات بالدرجة الأولى عن كسب العيش^(٤٠٥). وعلاوة على ذلك، ولأن الهجرة تتطلب مجموعة من الموارد، فإن

(٤٠٣) Bell and S. Muhidin, *Cross-National Comparison of Internal Migration*, Human Development Research (٤٠٣) Paper No. 2009/30 (United Nations Development Programme, 2009).

(٤٠٤) United Nations, "The number of international migrants worldwide reaches 232 million", *Population* (٤٠٤) Facts, No. 2013/2 (September 2013).

(٤٠٥) *State of World Population 2007: Unleashing the Potential of Urban Growth* (United Nations publication, Sales No. E.07.III.H.1); C. S. Camlin, R. C. Snow and V. Hosegood, "Gendered patterns of migration in rural South Africa", *Population, Space and Place* (30 May 2013).

المهاجرين لا يأتون عادة من الطبقات الفقيرة للمجتمع الريفي^(٤٠٦)، إلا في التحركات القسرية بسبب عوامل طرد شديدة مثل المجاعات أو الحروب أو الكوارث الطبيعية.

٥٤٨ - ويحدث التنقل في نطاق متصل يمتد من الهجرة الطوعية إلى التزوح القسري. ويبين تاريخ الأزمات البيئية الحادة أن أي تنقل مقترن بها غالبا ما يكون قصير الأجل ومحليا^(٤٠٧)، في حين أن التزوح بسبب الأزمات السياسية أو النزاعات قد يكون مستديما وعابرا للحدود الوطنية، بل ودائما^(٤٠٨). والتحركات قصيرة الأجل أو طويلة الأجل، سواء كانت طوعية أم لا، تحتاج إلى موارد، مما يجعل الفقراء أكثر عرضة لأن يُتركوا دون موارد للانتقال من موقعهم^(٤٠٦)، أو في ظروف تهجير قسري، أو مرغمين على البقاء في مواقع للاجئين دون موارد للعودة إلى ديارهم. وينبغي للدول أن تدعم حق الناس في التنقل داخليا كوسيلة لتحسين حياتهم، والتكيف مع تغير الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية، وتجنب التشريد القسري، وينبغي لها تعزيز وحماية جميع المهاجرين الداخليين، وأن تتيح لهم الفرص المتكافئة وإمكانية الوصول إلى الحماية الاجتماعية.

٥٤٩ - ويعد التوسع الحضري هو الاتجاه الأكثر إلحاحا في الهجرة الداخلية، وهو يشمل الحركات الدائرية والدائمة على حد سواء، من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية الكبيرة والصغيرة. وفي الواقع، من المتوقع أن تستوعب المناطق الحضرية كل النمو السكاني على مدى السنوات الأربعين المقبلة (انظر الجدول ٣)، مما يجعل هذا الاتجاه أكثر الاتجاهات السكانية المكانية أهمية في العقود المقبلة. وإلى جانب الهجرة من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، فإن الزيادة الطبيعية (الفرق بين المواليد والوفيات) في المناطق الحضرية ذاتها، هي المصدر الرئيسي الآخر للنمو الحضري^(٤٠٩). وتختلف المساهمة النسبية لكل عامل اختلافا كبيرا باختلاف الوقت والمكان، نظرا للمستويات المتفاوتة من الخصوبة ومعدلات التوسع الحضري. والعامل الوحيد الذي يجمع بينها هو أن زيادة مستويات التوسع الحضري ترتبط

(٤٠٦) Foresight, *Migration and Global Environmental Change: Future Challenges and Opportunities* — *Final Project Report* (London, Government Office for Science, 2011)

(٤٠٧) C. Tacoli, "Crisis or adaptation? Migration and climate change in a context of high mobility", in *Population Dynamics and Climate Change*, J. M. Guzmán and others, eds. (United Nations publication, Sales No. E.09.III.H.4)

(٤٠٨) International Committee of the Red Cross (ICRC), *Internal Displacement in Armed Conflict: Facing up to the Challenge* (Geneva, 2009)

(٤٠٩) يمكن أيضا لإعادة تصنيف المناطق الريفية بوصفها مناطق حضرية في تعريف "الحضر" أن يشكل سببا في نسبة ضئيلة على نحو متغير في النمو الحضري.

بارتفاع مساهمة الزيادة الطبيعية في النمو الحضري، إذ أن التوسع الحضري يقلل من عدد المهاجرين المحتملين من الريف إلى الحضر، بينما يزيد نسبة الأطفال الذين يولدون في المدن - على الرغم من انخفاض الخصوبة بشكل عام في المناطق الحضرية.

الجدول ٣

الاتجاهات والتوقعات في عدد السكان في المناطق الحضرية والريفية حسب فئات التنمية، الفترة ١٩٥٠-٢٠٥٠

فئة التنمية	السكان (بليون نسمة)					متوسط المعدل السنوي للتغير (نسبة مئوية)			
	١٩٥٠	١٩٧٠	٢٠١١	٢٠٣٠	٢٠٥٠	-١٩٥٠	-١٩٧٠	-٢٠١١	-٢٠٣٠
إجمالي عدد السكان	٢,٥٣	٣,٧	٦,٩٧	٨,٣٢	٩,٣١	١,٨٩	١,٥٥	٠,٩٣	٠,٥٦
العالم	٠,٨١	١,٠١	١,٢٤	١,٣	١,٣١	١,٠٨	٠,٥١	٠,٢٣	٠,٠٦
المناطق الأكثر نموا	١,٧٢	٢,٦٩	٥,٧٣	٧,٠٣	٧,٩٩	٢,٢٣	١,٨٥	١,٠٧	٠,٦٥
المناطق الأقل نموا	٠,٧٥	١,٣٥	٣,٦٣	٤,٩٨	٦,٢٥	٢,٩٨	٢,٤١	١,٦٦	١,١٣
سكان المدن	٠,٤٤	٠,٦٧	٠,٩٦	١,٠٦	١,١٣	٢,٠٩	٠,٨٩	٠,٥٢	٠,٢٩
العالم	٠,٣	٠,٦٨	٢,٦٧	٣,٩٢	٥,١٢	٤,٠٤	٣,٣٣	٢,٠٢	١,٣٤
المناطق الأكثر نموا	١,٧٩	٢,٣٤	٣,٣٤	٣,٣٤	٣,٠٥	١,٣٦	٠,٨٧	٠,٠١	٠,٤٤
المناطق الأقل نموا	٠,٣٧	٠,٣٤	٠,٢٨	٠,٢٣	٠,١٨	٠,٤٨	٠,٤٨	٠,٩٢	١,١٤
سكان الريف	١,٤٢	٢,٠١	٣,٠٧	٣,١١	٢,٨٧	١,٧٤	١,٠٣	٠,٠٧	٠,٤
العالم	١,٧٩	٢,٣٤	٣,٣٤	٣,٣٤	٣,٠٥	١,٣٦	٠,٨٧	٠,٠١	٠,٤٤
المناطق الأكثر نموا	٠,٣٧	٠,٣٤	٠,٢٨	٠,٢٣	٠,١٨	٠,٤٨	٠,٤٨	٠,٩٢	١,١٤
المناطق الأقل نموا	١,٤٢	٢,٠١	٣,٠٧	٣,١١	٢,٨٧	١,٧٤	١,٠٣	٠,٠٧	٠,٤

المصدر: United Nations, *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision (ST/ESA/SER.A/322)*, table 1, available from http://esa.un.org/unup/pdf/FINAL-FINAL_REPORT%20WUP2011_Annextables_01Aug2012_Final.pdf

٢ - حجم التوسع الحضري ووتيرته

٥٥٠ - في عام ٢٠٠٨، ولأول مرة، أصبح ما يربو على نصف سكان العالم قاطنين في المناطق الحضرية. وفي الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٠، حدث ٩٠ في المائة من نمو سكان الحضر في البلدان النامية، حيث ازداد عدد سكان المناطق الحضرية من ٣٥ في المائة إلى ٤٦ في المائة. وخلال هذه الفترة، زاد عدد السكان في المناطق الحضرية في البلدان الأقل نمواً إلى أكثر من الضعف، من ١٠٧ ملايين إلى ٢٣٤ مليوناً. وعلى الرغم من أن البلدان

المتقدمة شهدت هذا التحول قبل غيرها، فإن أمريكا اللاتينية شهدت تحولا حضريا سريعا ومبكرا على نحو مدهش^(٤١٠).

٥٥١ - ومن المتوقع أن تزيد المناطق الحضرية (البلدات والمدن) في العالم بمقدار ٢,٦ مليار نسمة بحلول منتصف القرن، من ٣,٦٣ بليون في عام ٢٠١١ إلى ٦,٢٥ بليون في عام ٢٠٥٠ (انظر الجدول ٣). ومع ذلك، ففي حين أن حجم هذا النمو هائل، فإن المعدل ينخفض في الواقع. ففي الفترة بين عامي ١٩٥٠ و ٢٠١١، نما سكان الحضر في العالم بمعدل ٢,٦ في المائة سنويا، وزادوا بما يقرب من خمسة أضعاف. وفي المقابل، خلال الفترة ٢٠١١-٢٠٣٠، من المتوقع أن ينمو سكان الحضر في العالم بمعدل سنوي متوسط قدره ١,٧ في المائة^(٤١٠).

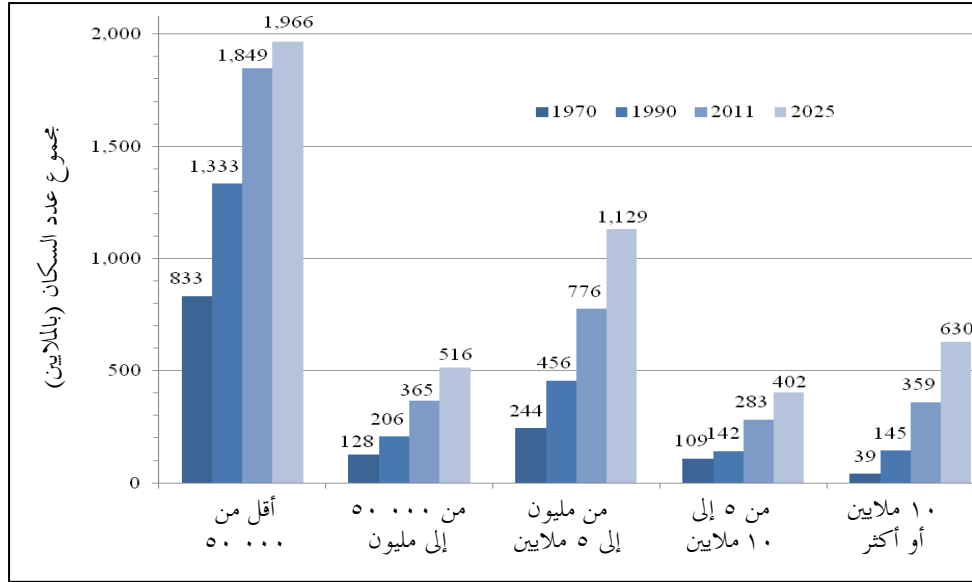
٥٥٢ - وفي الوقت نفسه، من المتوقع أن يبدأ سكان الريف في العالم في التناقص في غضون عقد من الزمن تقريبا، إذ يُتوقع أن يقل عدد سكان الريف بمقدار ٣٠٠ مليون نسمة في عام ٢٠٥٠ عما هو عليه اليوم. وسوف يتركز معظم النمو السكاني المتوقع في المناطق الحضرية في المدن والبلدات في المناطق الأقل نموا، حيث من المتوقع أن تحدث زيادة في عدد سكان الحضر في آسيا بمقدار ١,٤ بليون، وفي أفريقيا بمقدار ٩٠٠ مليون، وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي بمقدار ٢٠٠ مليون. والحجم الهائل لسكان الحضر الجدد في العقود المقبلة ليس له مثيل في التاريخ البشري، مما يؤذن بفرص وتحديات غير مسبوقة، تتطلب استجابات جديدة وذات نظرة تطلعية^(٤١٠).

٥٥٣ - ويتوزع سكان الحضر اليوم وعددهم ٣,٦ بلايين على نحو غير متساو بين مستوطنات حضرية ذات أحجام مختلفة. وكما يتبين من الشكل ٤٨، فإن أكثر من نصف سكان المناطق الحضرية في العالم (٥١ في المائة) وعددهم ٣,٦ بلايين نسمة لا يزالون يعيشون في مدن أو بلدات تضم أقل من نصف مليون نسمة. وحتى الآن، كان النمو المطلق لهذه المدن الصغيرة أكبر بكثير من المدن الأكبر حجما.

(٤١٠) World Urbanization Prospects: The 2011 Revision (ST/ESA/SER.A/322)

الشكل ٤٨

توزيع سكان الحضر في العالم حسب فئة حجم المدينة، الفترة ١٩٧٠-٢٠٢٥



المصدر: United Nations, *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision (ST/ESA/SER.A/322)*, figure II, available from http://esa.un.org/unup/pdf/FINAL-FINAL_REPORT%20WUP.2011_Annextables_01Aug2012_Final.pdf

٥٥٤ - في عام ٢٠١١، وُصفت ٢٣ من التجمعات الحضرية بأنها مدن ضخمة، نظرا لكون كل منها تضم عشرة ملايين نسمة على الأقل. وتمثل المدن الضخمة نسبة صغيرة ولكنها متزايدة، على الرغم من بروزها وحيويتها، من سكان الحضر في العالم: ٩,٩ في المائة فقط في عام ٢٠١١، ويُتوقع لها أن تصل إلى ١٣,٦ في المائة في عام ٢٠٢٥. وعلاوة على ذلك، تشهد المدن الضخمة معدلات متفاوتة من النمو، إذ تنمو بمعدلات أعلى في أفريقيا وجنوب آسيا (مثل لاغوس ودكا وكراتشي)، وبتباطء أكبر في أمريكا اللاتينية.

٣ - التحضر وتوفير الفرص للجميع

٥٥٥ - اعترف برنامج العمل بدور المدن في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، كما يسهم فيها العديد من الأشخاص الذين ينتقلون إلى المناطق الحضرية بحثا عن الفرص. ويساهم الشباب البالغ بنسبة كبيرة في النمو الحضري. وتسلب البحوث عن التوسع الحضري في

الصين وبنغلاديش^(٤١١) الضوء على ما تمثله السياقات الحضرية من عنصر جذب للشباب، ولا سيما الشباب، اللائي يعتبرن الانتقال إلى المناطق الحضرية فرصة للإفلات من السلطة الذكورية التقليدية واكتساب حريات جديدة^(٤١٢). وحتى عندما لا يرقى الإسكان وفرص العمل في البيئات الحضرية إلى مستوى التوقعات، وتعود الشباب في نهاية المطاف إلى الحياة الريفية من أجل الزواج، تتحدث الكثيرات منهن عن خبراتهن في العمل في المناطق الحضرية باعتبارها فترة هامة من الحرية والاستقلال الذاتي^(٤١٣).

٥٥٦ - ويلاحظ وجود ارتباط قوي بين مستوى التحضر والنمو الاقتصادي^(٤١٤). وبينما يتزايد الفقر في المناطق الحضرية في بعض البلدان، ولا سيما مع وفود المهاجرين من المناطق الريفية، مازال الفقر في المناطق الريفية أعلى على الصعيد العالمي^(٤١٥). وتعتبر البلدات والمدن مسؤولة عن أكثر من ٨٠ في المائة من الناتج القومي الإجمالي على نطاق العالم، ويرجع ذلك إلى مزايا القرب المكاني والتركيز ووفورات الحجم وزيادة إمكانية الحصول على الخدمات وتكنولوجيا المعلومات، مما يؤدي إلى خلق فرص للعمل والقيام بمشاريع حرة. كما توفر البلدات والمدن الروابط الأساسية بين الأسواق الريفية والإقليمية والعالمية في مجالات النقل، والتجارة والمعلومات. وبالإضافة إلى ذلك، يساعد التركيز الديمغرافي على الحد من نصيب الفرد من الطلب على الطاقة، ويجعل توفير الرعاية الصحية الأساسية، والرفاه، والتعليم أيسر وأقل تكلفة بالنسبة للدولة^(٤١٦).

A. M. Gaetano and T. Jacka, eds., *On the Move: Women in Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (New York, Columbia University Press, 2004); N. Kabeer, "Women, wages and intra-household power relations in urban Bangladesh", *Development and Change*, vol. 28, No. 2 (2002), pp. 261-302.

.Kabeer, "Women, wages and intra-household power relations in urban Bangladesh" (٤١٢)

L. Beynon, "Dilemmas of the heart: rural working women and their hopes for the future", in *On the Move: Women in Rural-to-Urban Migration in Contemporary China* (see footnote 411 above)

.UN-Habitat, *State of the World's Cities 2010/2011: Bridging the Urban Divide* (London, Earthscan, 2010) (٤١٤)

M. Ravallion, S. Chen and P. Sangraula, "New evidence on the urbanization of global poverty", Policy Research Working Paper No. 4199 (Washington, D.C., World Bank, 2007) (٤١٥)

United Nations Environment Programme (UNEP), *Towards a Green Economy: Pathways to Sustainable Development and Poverty Eradication — A Synthesis for Policy Makers* (Nairobi, 2011); United States Agency for International Development, *Sustainable Service Delivery in an Increasingly Urbanized World* (Washington, D.C., October 2013)، متاح على الموقع التالي: www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/USAIDSustainableUrbanServicesPolicy.pdf (٤١٦)

٥٥٧ - وتوفر المدن أيضا المزيد من الاستقلال الذاتي في المناطق الحضرية، مع توفر المزيد من الفرص للمشاركة الاجتماعية والسياسية ومسارات جديدة للتمكين، على النحو الذي يدل عليه تزايد الحركات النسائية وجماعات الشباب والجمعيات السياسية والأهلية والمنظمات المعنية بفقراء المناطق الحضرية في مدن العالم النامي^(٤١٧).

٥٥٨ - وتساهم الظروف في المناطق الحضرية - بما في ذلك زيادة فرص الحصول على التعليم، وارتفاع سقف التطلعات المتعلقة بالأطفال، وانخفاض الحيز المكاني للمعيشة، وغيرها من العوامل المواتية للأسر الأصغر حجما - في تخفيض معدلات الخصوبة المرغوبة. وبالاقتران مع زيادة فرص الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، كانت النتيجة انخفاضاً كبيراً في معدلات الخصوبة، مما أدى إلى تغيير مسار النمو السكاني الإجمالي في المناطق الحضرية في جميع البلدان التي تمر بهذا التحول الحضري^(٤١٨).

٥٥٩ - ويؤثر شكل النمو الحضري في جميع أبعاد الاستدامة. وأدى ارتفاع انعدام المساواة في الحضر إلى زيادة الإقصاء والتهميش الاجتماعيين في المدن، وتفاقم التمدد الحضري العشوائي. وإضافة إلى تردي أوضاع الهياكل الأساسية للنقل العام، فقد أدى التمدد الحضري العشوائي إلى تقويض كفاءة المعيشة في المناطق الحضرية فضلا عن زيادة تهميش الفقراء في المناطق النائية من المدن أو الواقعة على أطرافها، الذين يعيشون غالبا في مستوطنات عشوائية مكتظة تندر أو تنعدم فيها الأماكن المفتوحة أو العامة^(٤١٩). وغالبا لا تستطيع النساء الأشد فقرا في المناطق الحضرية الحصول على الخدمات، وقد يعيشن في مناطق حضرية منغلقة ثقافيا تقترب فيها حياتهن الزوجية والإنجابية، ومعدلات خصوبتهن، من حياة المرأة الريفية^(٤٢٠).

(٤١٧) L. Mora, "Women's empowerment and gender equality in urban settings: new vulnerabilities and opportunities", in *The New Global Frontier: Urbanization, Poverty and Environment in the 21st Century*, G. Martine and others, eds. (London, Earthscan, 2008)

(٤١٨) M. White and others, "Urbanization and fertility: an event-history analysis of coastal Ghana", *Demography*, vol. 45. No. 4 (2008), pp. 803-816; S. Goldstein and A. Goldstein, *Migration and Fertility in Peninsular Malaysia: An Analysis Using Life History Data*, Rand Note, No. N-1860-AID (Santa Monica, California, 1983); M. Brouckerhoff, "Migration and the fertility transition in African cities", in *Migration, Urbanization, and Development: New Directions and Issues*, R. E. Bilborrow, ed. (Norwell, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, 1998), pp. 357-390; D. Shapiro and B. O. Tambashe, "Fertility transition in urban and rural sub-Saharan Africa: preliminary evidence of a three-stage process", *Journal of African Policy Studies*, vol. 8, Nos. 2-3 (2002), pp. 103-127

(٤١٩) UN-Habitat, "The relevance of street patterns and public space in urban areas", working paper (April 2013)

(٤٢٠) *State of World Population 2007: Unleashing the Potential of Urban Growth* (see footnote 405 above); C. Tacoli, *Urbanization, Gender and Urban Poverty: Paid Work and Unpaid Carework in the City*,

ومعدلات خصوبتها. ولذا فإن الكيفية التي يمكن بها أن يلي التوسع الحضري احتياجات وتطلعات سكان العالم الآخذ في التحضر، ولا سيما الفقراء، اعتمادا كبيرا على الخيارات التي تتبناها الحكومات فيما يتعلق بالنمو السكاني، والأرض والسكن والهياكل الأساسية في المناطق الحضرية.

٥٦٠ - ورغم أن الحكومات في عام ١٩٩٤ أدركت أهمية التحضر والمدن، فقد ارتأى نصفها أن التوزيع المكاني في بلدانها لا يبعث على الرضا، وفي حاجة إلى التعديل، ولا سيما من أجل التصدي للتحضر السريع والتركيز المفرط للسكان في المدن الكبرى. وما زال العديد من الحكومات تساوره هذه الشواغل اليوم^(٤٢١).

٥٦١ - وفي الدراسة الاستقصائية العالمية، عندما سُئلت الحكومات عن مسائل التحضر التي تصدت لها من حيث السياسات والميزانيات والتنفيذ في السنوات الخمس الماضية، أشارت أعلى نسبة من البلدان إلى اللامركزية (٧٤ في المائة). وهذه المسألة ذات أهمية خاصة بالنسبة للبلدان الأفريقية التي التزم ٨٥ في المائة منها بتنفيذ سياسات اللامركزية، وكذلك بالنسبة للبلدان في آسيا (٩ في المائة) و الأمريكتين (٧٣ في المائة). واللامركزية يمكن أن تكون لها جوانب مكانية ومالية و/أو إدارية؛ وكل من هذه الجوانب يمكن أن يكون مناسباً في السياق الصحيح، بالرغم من أن الجانبين الأخيرين يمكن اعتبارهما عادة ركنين أساسيين من أركان الحكم الرشيد. وبالنسبة للكثير من المدن يمكن أن تقطع لامركزية صنع القرار والميزة شوطاً طويلاً صوب حل الخلل الوظيفي في المناطق الحضرية وتزويد سكان الحضر بصوت أقوى في الحكم المحلي. ومع ذلك، يمكن أن تضع اللامركزية أيضاً مسؤوليات إدارية مضافة هامة في أيدي المدن المتوسطة والصغيرة الحجم، التي تعد موطناً للغالبية العظمى من سكان المناطق الحضرية على الصعيد العالمي ولكنها كثيراً ما تفتقر إلى القدرات والموارد والأوعية الضريبية المحلية المتوفرة في المدن الرئيسية أو المدن الضخمة. وحددت الحكومات ذلك في ردودها على الدراسة الاستقصائية العالمية، إذ تناولت نسبة ٧١ في المائة منها في تقاريرها نمو المراكز الحضرية الصغيرة أو المتوسطة الحجم.

٥٦٢ - وفيما بين أكثر البلدان تحضراً كانت الحكومات أشد ميلاً لتناول مسألة "أرض فقراء المناطق الحضرية وسكنهم وخدماتهم وسبل معيشتهم" (٧١ في المائة) والإبلاغ بأنهما ما فتئت تتناول مسألة "الإدارة البيئية للتجمعات الحضرية" (٦٧ في المائة) في السنوات

Urbanization and Emerging Population Issues, Working Paper No. 7 (International Institute for Environment and Development and United Nations Population Fund, 2012)

^(٤٢١) World Population Policies 2011 (United Nations publication, Sales No. E.13.XIII.2), table VII-3, pp. 98-99

الخمسة الماضية. ولم يتصد لمعالجة هذه المسائل سوى ٤٠ في المائة فقط من البلدان الأقل تحضراً، بالرغم من أن العديد من بلدان العالم أخذ في التحضر بسرعة كبيرة جداً الآن (بنسبة ٢ في المائة أو أكثر سنوياً).

٥٦٣ - ويعتبر "التخطيط الاستباقي للنمو السكاني في المناطق الحضرية" مسألة تناولها أكثر من نصف البلدان (٥٧,٨ في المائة)، مع ارتفاع معدلاته في البلدان السريعة النمو والأقل تحضراً. وتتناقض هذه المعلومة مع بيانات أخرى تبين حدوث زيادة مطردة في عدد البلدان النامية التي تسعى إلى الحد من النمو الحضري. كما أنها تتناقض مع مسألة "إدماج المهاجرين من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية" التي لم يبلغ عنها سوى ٢٣ في المائة من البلدان. ويعد الالتزام بهذه المسألة أمراً بالغ الأهمية، لأن عدم إدماج المهاجرين في المدينة قد أشير إليه باعتباره أحد العوامل الرئيسية الكامنة وراء النمو السريع للأحياء العشوائية.

٤ - التحدي الذي تمثله العشوائيات

٥٦٤ - في ظل النمو الحضري واسع النطاق، يواجه العديد من الحكومات شواغل هامة تتعلق بالإدارة الحضرية، بما في ذلك الثغرات في توفير الخدمات، واكتظاظ حركة المرور، وسوء إدارة الأراضي والتمدد الحضري العشوائي، والتدهور البيئي. وفي حين أن هذه التحديات قد تؤثر على جميع سكان مدينة ما، فإنها تلقي بالعبء الأكبر على كاهل الفقراء في المناطق الحضرية، الذين يواجهون تحديات هائلة في العثور على أماكن السكن الآمن واستدامتها والحصول على فرص العمل أو الاستفادة من الموارد العامة وتحسين الظروف المعيشية، على نحو ما أقرته لجنة السكان والتنمية في دورتها السادسة والأربعين في عام ٢٠١٣، عندما اتخذت القرار ١/٢٠١٣ بشأن الاتجاهات الجديدة في الهجرة: الجوانب الديمغرافية.

٥٦٥ - وارتفع العدد التقديري لسكان العشوائيات على الصعيد العالمي من ما يزيد على ٦٥٠ مليون نسمة في عام ١٩٩٠ إلى حوالي ٨٢٠ مليون نسمة في عام ٢٠١٠^(٤٢٢). وكان ٦٢ في المائة تقريباً من سكان المناطق الحضرية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى يعيشون في مساكن صنف في عام ٢٠١٠ على أنها أحياء عشوائية، وهي أعلى نسبة بين كافة مناطق العالم بفارق كبير.

(٤٢٢) تقديرات موئل الأمم المتحدة العالمية للعشوائيات، ٢٠١٢، بما يشمل السكان الذين يعيشون في الأسر المعيشية التي تفتقر إلى المياه المحسنة، أو المرافق الصحية المحسنة، أو المساحة الكافية للإقامة (أكثر من ثلاثة أشخاص في الغرفة)، أو السكن الدائم.

٥٦٦ - ولكن لا ينبغي الخلط بين نمو العشوائيات والتحضر، نظرا لأن النمو السكاني الحضري ونمو العشوائيات في الحضر ظاهرتان منفصلتان. وتشير غالبية الأدلة إلى أن التوسع الحضري العالمي اتجه لا مفر منه، بالرغم من أنه يجري بمعدلات مختلفة في أماكن مختلفة. وانخفض عدد سكان العشوائيات من جهة أخرى، كنسبة من مجموع سكان الحضر، حتى في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث كان ٧٠ في المائة من السكان في المناطق الحضرية في عام ١٩٩٠ يعيشون في مساكن تصنف على أنها من العشوائيات. ويعتبر نمو العشوائيات، إلى حد بعيد، إحدى نتائج القرارات الإدارية المتعلقة بالحد من وصول الفقراء إلى المدن، عن طريق الحد من تقديم الخدمات للمستوطنات العشوائية أو القيام بعمليات الإجلاء القسري وإعادة توطين فقراء المناطق الحضرية في المناطق الواقعة على الأطراف أو المناطق التي تعاني من نقص الخدمات.

٥٦٧ - ويعكس ضعف الناس، ولا سيما النساء، في كثير من المناطق الحضرية اليوم غياب التخطيط الاستباقي الابتكاري من أجل توفير السكن الآمن، ونقص الخدمات الصحية المناسبة، وخدمات النقل الموثوقة إلى المركز الاقتصادي، والحماية من العنف، فضلا عن نظم الحماية الاجتماعية في المجتمعات المحلية. وينبغي للدول أن تفي بالحاجة إلى الإسكان العام، بوسائل تشمل المجالس البلدية المحلية؛ وأن تقوم بتوفير الإسكان الميسور التكلفة وتطوير الهياكل الأساسية التي تعطي الأولوية لتحسين أحوال العشوائيات وتحديد المناطق الحضرية؛ والالتزام بتحسين نوعية المستوطنات البشرية حتى يتسنى لجميع البشر الحصول على الخدمات الأساسية، والإسكان، والمياه والصرف الصحي، والنقل، مع إيلاء اهتمام خاص للأمن والسلامة، ولا سيما من أجل منع العنف الجنساني.

٥٦٨ - وبالرغم من الضغوط المتعددة داخل العشوائيات الحضرية، والتي من بينها ما يدل على تصاعد العنف والمخاطر المرتبطة بالمستوطنات العشوائية الحضرية^(٤٢٣)، ما زالت المراكز الحضرية تجتذب سكان الأرياف، ولا سيما الشباب البالغون في البلدان النامية الذين يبحثون عن فرص اقتصادية أكبر وعن الحرية الاجتماعية. ولهذا السبب، وبالرغم من السياسات الحضرية المناهضة للتوسع الحضري وإيلاء اهتمام واسع نطاق لخفض معدلات النمو الحضري في مختلف أنحاء العالم، مازال التوسع الحضري مستمرا.

R. Muggah, *Researching the Urban Dilemma: Urbanization, Poverty and Violence* (Ottawa, International Development Research Centre, 2012) (٤٢٣)

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢٠

المياه والصرف الصحي

ما خلصت إليه الهيئات الحكومية الدولية فيما يتعلق بحقوق الإنسان - في القرار ٢٩٢/٦٤ بشأن حق الإنسان في الحصول على المياه و الصرف الصحي (٢٠١٠)، أقرت الجمعية العامة بأن "الحق في الحصول على مياه شرب مأمونة ونقية و الصرف الصحي حق من حقوق الإنسان ولا بد منه للتمتع التام بالحياة وجميع حقوق الإنسان". وفي وقت لاحق، أكد مجلس حقوق الإنسان، في القرار ٩/١٥ بشأن حقوق الإنسان والحصول على مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي (٢٠١٠)، أن الحق في الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي ينبع من الحق في مستوى معيشي مناسب.

القوانين غير الملزمة الأخرى - في التعليق العام رقم ١٥ بشأن الحق في المياه (٢٠٠٢)، أوضحت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن الحق في المياه متضمن في المادتين ١١ و ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، اللتين تحميان الحق في مستوى معيشي لائق، والحق في الصحة. ويرمي مشروع المبادئ التوجيهية المتعلقة بإعمال الحق في الحصول على مياه الشرب وخدمات الإصحاح (٢٠٠٥) إلى "مساعدة واضعي السياسات في الحكومات والوكالات الدولية وأعضاء المجتمع المدني العاملين في قطاع المياه والإصحاح على إعمال الحق في الحصول على مياه الشرب وخدمات الإصحاح".

٥ - أهمية الصلات الحضرية - الريفية: تعزيز النظم الصحية

٥٦٩ - في أدنى مستويات الدخل، تعادل المؤشرات الصحية للفقراء من سكان الحضر في كثير من الأحيان المؤشرات الصحية لنظرائهم في الأرياف أو تكون أسوأ منها، وهي تقل بقدر كبير في الحالتين عن المؤشرات الصحية لأثرياء المدن. وخلص استعراض للرعاية الصحية للأمهات في المناطق الريفية والحضرية في ٢٣ بلدا أفريقيا في التسعينات من القرن الماضي إلى أنه بينما يحصل فقراء المناطق الحضرية في المتوسط على مستوى من الرعاية قبل الولادة وعند الولادة يفوق مستوى الرعاية التي يحصل عليها سكان المناطق الريفية، يزداد ما يعانيه الفقراء في المناطق الحضرية من حرمان وضوحا في البلدان التي تكون فيها الرعاية الصحية للأمهات أفضل نوعا ما^(٤٢٤). وبعبارة أخرى، حينما تكون فعالية القطاعات الصحية

M. Magadi, E. Zulu and M. Brockerhoff, "The inequality of maternal health care in urban sub-Saharan (٤٢٤)

.Africa in the 1990s", *Population Studies*, vol. 57, No. 3 (2003), pp. 347-366

في أقل مستوياتها تتردى الرعاية الصحية في المناطق الريفية والحضرية بنفس الدرجة، ولكن حيثما وجدت الرعاية ما يعززها من الموارد ترجح كفة الطبقتين الوسطى والعليا في الحضر بقدر كبير جدا.

٥٧٠ - وبالنسبة لفقراء المناطق الحضرية، تكتظ دوائر الخدمات الصحية بصورة روتينية وفي كثير من الأحيان ينوء موظفوها العاملون في مجال الصحة بأعباء تفوق طاقتهم. ومع ارتفاع عدد مقدمي الخدمات غير الخاضعين للتنظيم من القطاع الخاص في المناطق الحضرية قد يضطر سكان المناطق الحضرية الفقراء إلى دفع ثمن الخدمات التي تقدم مجاناً في مراكز الصحة العامة في المناطق الريفية. وبالنسبة لأولئك الذين يعيشون في العشوائيات، يمكن أن يتطلب التماس الرعاية الصحية السفر الطويل إلى المرافق الواقعة على أطراف العشوائيات، ويمكن أن يكون النقل والتكلفة كلاهما من العوائق التي تحول دون الحصول على الرعاية. ويحصل الفقراء في المناطق الحضرية في كثير من الأحيان على خدمات ذات جودة أقل في مرافق القطاعين العام والخاص بالمقارنة مع سكان المناطق الحضرية الأكثر ثراءً، كما يواجه فقراء المناطق الحضرية ظروفًا معيشية غير صحية ومحفوفة بالمخاطر في كثير من الأحيان يمكن أن تؤدي إلى عواقب صحية وخيمة. وفي نهاية المطاف، يخفي "تميز الرعاية الصحية في المناطق الحضرية" وراءه تفاوتات بين المناطق الأشد فقراً والأكثر ثراءً في المدن^(٤٢٥).

Z. Matthews and others, "Examining the 'urban advantage' in maternal health care in developing countries", *PLoS Medicine*, vol. 7, No. 9 (2010); J. C. Fotso, A. Ezeh and R. Oronje, "Provision and use of maternal health services among urban poor women in Kenya: what do we know and what can we do?", *Journal of Urban Health*, vol. 85, No. 3 (2008), pp. 428-442; M. R. Montgomery, "Urban poverty and health in developing countries", *Population Bulletin*, vol. 64, No. 2 (2009); J. C. Fotso and others, "What does access to maternal care mean among the urban poor? Factors associated with use of appropriate maternal health services in the slum settlements of Nairobi, Kenya", *Maternal and Child Health Journal*, vol. 13, No. 1 (2009), pp. 130-137; V. N. Salgado de Snyder and others, "Social conditions and urban health inequalities: realities, challenges and opportunities to transform the urban landscape through research and action", *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 88, No. 6 (2011); K. Ghei and others, "Association between child immunization and availability of health infrastructure in slums in India", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 164, No. 3 (2010), pp. 243-249; L. Hulton, Z. Matthews and R. W. Stones, "Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India", *Social Science and Medicine*, vol. 64, No. 10 (2007), pp. 2083-2095; J. Das and J. Hammer, "Money for nothing: the dire straits of medical practice in Delhi, India", *Journal of Development Economics*, vol. 83, No. 1 (2007), pp. 1-36; J. Das and J. Hammer, "Location, location, location: residence, wealth and the quality of medical care in Delhi, India", *Health Affairs*, vol. 26, No. 3 (2007), pp. 338-351; J. C. Fotso, "Child health inequities in developing countries: differences across urban and rural areas", *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, No. 9 (2006)

٥٧١ - وفي معظم البلدان يتركز العاملون في المجال الصحي بالفعل في المناطق الحضرية^(٤٢٦)، بشكل غير متناسب، وإن كان ذلك لا يعني بالضرورة أنهم يقومون على خدمة فقراء المناطق الحضرية^(٤٢٧). ولتفادي إهمال المناطق الريفية فلا بد من أفكار مبتكرة لكفالة استفادة المناطق الريفية أيضا من الاستثمارات الحضرية، من خلال تناوب العاملين في مجال الصحة على سبيل المثال ومن خلال الاستخدامات الجديدة للتكنولوجيات المحمولة وغيرها من الروابط بين النظامين الصحيين في الريف والحضر^(٤٢٨). ومن الضروري أيضا أن تتجاوز هذه الابتكارات الحدود التقليدية للنظام الصحي، وأن تستحدث روابط بين المناطق الريفية والحضرية على صعيد النقل والموارد والتمويل تيسر الاتصالات وتحد من أوجه عدم المساواة عبر الفجوة المكانية. ومن بين التحديات الرئيسية في العقود القادمة إنشاء وتقييم هذه الهياكل المبتكرة للنظم الصحية، بحيث تستجيب للنمو الحضري بطريقة تؤدي أيضا إلى تشجيع الاستثمارات في خدمات الرعاية في المناطق الريفية.

٥٧٢ - وينبغي للدول تشجيع التنمية التي من شأنها تعزيز وتيسير الروابط بين المناطق الحضرية والريفية، اعترافا منها باعتماد بعضها على البعض الآخر في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، بما في ذلك إنشاء مراكز امتياز فرعية ومحورية في مجالات الصحة، والتعليم والأعمال التجارية، والنقل، والاتصالات وتوزيعها توزيعا منصفًا، لتشجيع التنقل وإيجاد الفرص والنمو الاقتصادي لفائدة أولئك الذي يقطنون المراكز الحضرية والبلدات الصغيرة والمتوسطة الحجم والمناطق الريفية على حد سواء.

٥٧٣ - وبالنظر إلى النمو الحضري المتوقع في العقود المقبلة، بالإضافة إلى الاعتماد الكبير على المناطق الحضرية من أجل الحد من الفقر والنمو الاقتصادي والاستدامة البيئية، تزايد الحاجة إلى القيادة المتعددة القطاعات في التخطيط الحضري، على الصعيدين الوطني والعالمي.

L. Chen and others, "Human resources for health: overcoming the crisis", *The Lancet*, vol. 364, No. 9449 (٤٢٦) (2004), pp. 1984-1990; WHO, "Achieving the health related MDGs: it takes a workforce" (www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/index.html); G. Dussault and M. C. Franceschini, "Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce", *Human Resources for Health*, vol. 4, No. 2 (2006)

Matthews and others, "Examining the 'urban advantage' in maternal health care in developing countries"; (٤٢٧) Montgomery, "Urban poverty and health in developing countries" (انظر الحاشية ٤٢٥ أعلاه).

V. Govindarajan and R. Ramamurti, "Delivering world-class health care, affordably", *Harvard Business Review*, November 2013; S. B. Syed and others, "Developed-developing country partnerships: benefits to developed countries?", *Globalization and Health*, vol. 8, 2012; J. A. Effken and P. Abbott, "Health IT-enabled care for underserved rural populations: the role of nursing", *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 16, No. 4 (2009), pp. 439-445

٥٧٤ - ويعد تأمين الحصول على الأرض والسكن بتكلفة ميسورة من الأمور الهامة للغاية لكفالة الأمن السكني لفقراء المدن في سياقات النمو الحضري السريع؛ ذلك أنه في ظل ازدياد توافد الناس على المناطق الحضرية، تتجه تكاليف المعيشة إلى الارتفاع بوتيرة متسارعة نتيجة ضيق الحيز المكاني وعدم المساواة في توزيع الأراضي مع استيلاء النخبة على أفضل الأراضي التي يزداد عليها الطلب ويسهل الوصول إليها^(٤٢٩).

٥٧٥ - ويعتبر أهم التحديات في مجال السياسة العامة في سياق التوسع الحضري عدم تغيير مسار التحضر، وإنما الوقوف على السبل الكفيلة بتوسيع كامل نطاق الفوائد المرجوة من الحياة الحضرية بحيث يشمل جميع سكان الحضر الحاليين والمستقبليين، والقيام بذلك بطرق تمكن أيضا من الربط بين التنمية الحضرية والريفية. وتقدم دراسات الحالات الإفرادية التالية في مجال التخطيط الحضري وإدارة المناطق الحضرية نماذج مبتكرة للطرق التي تتبعها الحكومات وشركاؤها في بناء التحضر المستدام.

دراسة حالة إفرادية - التوسع الحضري المستدام في إكوادور

الإعداد للتوسع الحضري: حصول الفقراء في المناطق الحضرية على الأراضي السكنية^(٤٣٠)

ليست مدن إكوادور بمستثناء من التوسع الحضري، وهناك حاليا أراض لم تطلها التهيئة العمرانية متاحة لإقامة المشاريع الإسكانية لكن ثمة نقص هائل في الأراضي الحضرية المجهزة بالخدمات لإسكان ذوي الدخل المنخفض في إطار القطاع الرسمي. وقد أدى هذا الأمر إلى قدر كبير من تجزئة الأراضي وبيعها في إطار القطاع غير الرسمي، سواء عن طريق وضع اليد على الأراضي أو تجزئتها بشكل غير رسمي بما لا يمثل اللوائح المعمول بها في مجال تحديد المناطق وتجزئة الأراضي. وبالمقارنة مع بلدان أخرى، تعيش نسبة مئوية عالية جدا من الأسر المعيشية الحضرية في إكوادور في تجمعات سكنية غير مرخص لها، دون امتلاك صكوك الملكية القانونية.

وحتى يتسنى للبلديات أن تكفل استمرار حصول الفقراء في المناطق الحضرية على الأراضي السكنية بتكلفة معقولة، لا بد لتلك البلديات أن تضمن خلال السنوات المقبلة

(٤٢٩) UN-Habitat, "Land in support of sustainable urbanization", backgrounder prepared for the Third African Ministerial Conference on Housing and Urban Development, Bamako, 22-24 November 2010.

(٤٣٠) Based on S. Angel, "Preparing for urban expansion: a proposed strategy for intermediate cities in Ecuador", in *The New Global Frontier: Urbanization, Poverty and Environment in the 21st Century*, G. Martine and others, eds. (London, Earthscan, 2008).

بقاء الأراضي الحضرية الميسرة معروضة في السوق عرضا كافيا، بحيث لا تخضع تلك الأراضي للزيادات في الأسعار من جراء المضاربة العقارية.

ولهذا الغرض، شرعت سبع من البلديات المتوسطة الحجم في إكوادور، ممن تشهد حاليا نموا حضريا سريعا، في تعيين حدود مناطق توسع جديدة استنادا إلى توقعات أولية تتعلق بالسكان والمساحة المبنية، ووضع تصاميم شبكات الطرق الرئيسية في مناطق التوسع الجديدة، وتنقيح الأدوات القانونية المخولة لاكتساب حقوق المرور إلى شبكات الطرق الرئيسية، وتحديد الميزانيات التقديرية اللازمة للتنفيذ. وهذه الاستراتيجية، إن هي نُفذت في وقت مبكر كاف، ستضمن حجم استثمار منخفض نسبيا كما ستتيح إمكانية ترتيب نسبة عائدات مرتفعة من حيث الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والديمقراطية والبيئية.

الاستفادة من التوسع الحضري^(٤٣١)

الخطوة الأولى: تقبل التوسع الحضري بوصفه جزءا من عملية التنمية

- لا تُؤثر المعارضة السياسية للنمو الحضري فتبطئه إلا قليلا لكنها تنتهك الحقوق الفردية، وقد تفاقم الفقر في المناطق الحضرية والريفية على السواء. وعندما يختار المهاجرون الداخليون الانتقال إلى المدن، فهم يقومون باختيار عقلايين من أجل تحسين مستوى عيشهم ونقص درجة ضعفهم.
- بمجرد أن يقبل صناع السياسات بجمالية التوسع الحضري، فإنهم يكونون في موقع يمكنهم من النهوض بمدنهم وتحسين مستوى عيش سكان أحيائهم في الحاضر والمستقبل.

الخطوة الثانية: خطة توسيع المدن في سياق ربط المناطق الحضرية بالمناطق الريفية

- إن القضايا الرئيسية التي تؤثر على المدن في كل أنحاء العالم، أي السكن والنقل والبيئة والمياه والصرف الصحي والطاقة وغير ذلك من المسائل، تحتاج جميعها إلى اتباع نهج محلي منسق يخترق الحدود الفاصلة بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية لا تتعارضان الحضري والريفي معا. فتتمة المناطق الحضرية وتنمية المناطق الريفية لا تتعارضان

(٤٣١) استنادا إلى *State of World Population 2007: Unleashing the Potential of Urban Growth* (انظر الحاشية ٤٠٥ أعلاه).

بل تدعم كل منهما الأخرى، ولا سيما بالنظر إلى أن العديد من الناس يقيمون في كلا النوعين من المناطق.

الخطوة الثالثة: تعزيز استخدام الحيز المكاني استخداما مستداما

- العمل بشكل منفتح وشفاف مع المجتمعات المحلية والقطاع الخاص على وضع رؤية تشاركية بشأن تحديد أين تتوسع المدن وكيف يتم ذلك.
- تعزيز النمو الحضري في إطار المراعاة المنهجية للقيم البيئية.
- تقليص محنة الحواضر من حيث حجمها والأثر الناجم عنها إلى الحد الأقصى، وذلك بوضع سياسات تروم الحد من التوسع العشوائي.
- استبقاء أراض لاستخدامها كحيز عام.
- تعزيز الاقتصاد في استهلاك الطاقة والنقل العام المُدمج إدماجا سليما.
- تعزيز الكثافة السكانية والتكتل السكاني وتحقيق الربط الفعال بين التجمعات السكنية.

الخطوة الرابعة: النهوض باستخدام الحيز المكاني بشكل يراعي الاعتبارات الاجتماعية

- تحسين الأحياء العشوائية في مواقعها، مع التركيز على البناء لاستخدامات شتى والحلول الإسكانية التي يمكن أن تتطور مع مرور الوقت حسب ازدياد الأسر المعيشية حجما.
- تحسين طريقة أداء أسواق العقار وإعادة استثمار ما يُحصَل من الضرائب المفروضة على أرباح رأس المال المتأتية من المضاربة في الأراضي العقارية، وذلك في المصارف العقارية وعلى سبيل الاستثمار للمستقبل.
- تطوير وسائل لدعم الأراضي والإسكان والخدمات لصالح الفقراء في المناطق الحضرية؛ فاندماجهم وآفاق تمتعهم بالكرامة وحوصلهم على سبل العيش أمور حاسمة بالنسبة لنجاح المدن نجاحا متواصلا.

٦ - الأولويات الحكومية: الهجرة الداخلية والتوسع الحضري

تحسين نوعية الحياة في المناطق الحضرية	٥١ في المائة من الحكومات
تطوير برامج التخطيط الحضري والسياسات والقوانين والمؤسسات الحضرية	٤٨ في المائة من الحكومات
إنشاء المراكز الحضرية الصغيرة والمتوسطة وتعزيزها	٣٢ في المائة من الحكومات
الحماية الاجتماعية	٣٢ في المائة من الحكومات
إدارة البيئة	٢٣ في المائة من الحكومات

٥٧٦ - يمكن فهم الأولويات الوطنية في مجال توزيع الحيز المكاني والتنقل الداخلي والتوسع الحضري انطلاقاً من بعدين حاسمين متعلقين بطبيعة نمو الحواضر وتداخل هذه الطبيعة مع التنمية الحضرية والتنمية الريفية على حد سواء. ويركز البعد الأول على مدى إيلاء الحكومات لاهتمام أكبر لتحسين المراكز الحضرية، أو المناطق الحضرية الصغيرة والمتوسطة، أو المناطق الريفية. وفيما يتعلق ببعض هذه الأولويات، تتجه الحكومات المحيية على الدراسة الاستقصائية العالمية أكثر بكثير إلى إعطاء الأولوية لـ "تحسين نوعية الحياة في المناطق الحضرية" (حيث ذكرت ٥١ في المائة من الحكومات هذه الأولوية من بين أولوياتها الخمس القصوى)، بينما ذكر عدد أقل منها "إنشاء المراكز الحضرية الصغيرة والمتوسطة، وتعزيزها" (٣٢ في المائة)، أو "التنمية الريفية" (٣٢ في المائة). وحدد ما يناهز ٣٠ في المائة من البلدان الآسيوية التنمية الريفية بوصفها أولوية، لكن حكومتين فقط من بين ٣٠ حكومة من الأمريكتين (حيث اكتمل التحول الحضري في معظم الأحيان) قد اعتبرتها كذلك.

٥٧٧ - أما البعد الثاني فيتعلق بما إذا كانت الحكومات تعطي الأولوية للاعتراف بـ "الديناميات السكانية المرتبطة بالتوسع الحضري"، أي النمو السكاني في المناطق الحضرية، والزحف الحضري العشوائي أو التركيز السكاني، والهجرة الداخلية من المناطق الريفية أو إلى المناطق الحضرية (١٤ في المائة من الحكومات)، أو ما إذا كانت تعطي الأولوية "للجهود الرامية إلى التأثير على التوزيع المحلي للسكان أو منع التوسع الحضري" (٢١ في المائة من

(٤٣٢) تحيل إلى جميع الأولويات المتعلقة بالتنمية الريفية، بما في ذلك معالجة التباينات بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية، لكن مع استثناء الأولويات التي يكون هدفها المعلن استبقاء السكان في المناطق الريفية.

الحكومات). وهذه جهود حددها كأولوية جزء أكبر نسبيا من الحكومات في أفريقيا (٢٧ في المائة) وآسيا (٢٩ في المائة) اللتين تشهدان حاليا توسعا حضريا سريعا.

٥٧٨ - وتعطي الحكومات، بشكل متساوق، الأولوية "لوضع سياسات التخطيط الحضري وبرامجه واستراتيجياته و سن القوانين وإنشاء المؤسسات" فيما يتصل بالتوسع الحضري (٤٨ في المائة)، علاوة على "الحماية الاجتماعية" (٣٢ في المائة) و "إدارة البيئة" (٢٣ في المائة). وفي الغالب، فالحكومات الآسيوية منشغلة بإدارة البيئة المرتبطة بالمناطق الحضرية، حيث حددت نسبة ٣٤ في المائة منها هذه المسألة بوصفها أولوية. أما الحماية الاجتماعية فجاءت في المرتبة الثالثة من بين الأولويات التي حُددت أكثر في الأمريكتين، إذ ذكرتها نسبة ٤٠ في المائة من الحكومات.

٥٧٩ - وينبغي أن تستفيد الحكومات من الفرص التي يتيحها التوسع الحضري لتحقيق التنمية المستدامة والقيام بعملية التخطيط التشاركي الاستباقي من أجل جني فوائد ارتفاع الكثافة السكانية في المناطق الحضرية، مع الاعتراف بالأثر البارز الذي يترتب عليه ازدياد تدفقات الهجرة الداخلية على التوزيع والتركيز السكانيين في المدن، ولا سيما زيادة الكفاءة في استخدام الطاقة في مجالي النقل والإسكان، علاوة على إتاحة خدمات الصحة والاتصالات وغيرها من الخدمات الأساسية المقدمة للفرد الواحد بأسعار أرخص.

جيم - الهجرة الدولية

٥٨٠ - ازداد العدد الإجمالي المقدّر للمهاجرين الدوليين في العالم^(٤٣٣) من ١٥٤ مليون مهاجر في عام ١٩٩٠ إلى ٢٣٢ مليون مهاجر في عام ٢٠١٣، ويُتوقع أن يستمر ارتفاعه في المستقبل المنظور. ورغم أن هذا الأمر يمثل زيادة في عدد المهاجرين، فالنسبة المئوية للمهاجرين الدوليين من السكان على الصعيد العالمي لم تتغير إلا قليلا خلال مدة ٢٣ عاما، أي من ٢,٩ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ٣,٢ في المائة في عام ٢٠١٣. وازدادت النسبة المئوية لجميع المهاجرين الدوليين الذين يعيشون في البلدان المتقدمة النمو من ٥٣ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ٥٩ في المائة في عام ٢٠١٣، وهي السنة التي شكل فيها المهاجرون الدوليون

(٤٣٣) تشير البيانات المعروضة هنا إلى أعداد المهاجرين الدوليين المحددة بوصفها العدد المقدّر في منتصف العام للسكان الذين يعيشون في بلد أو منطقة غير البلد أو المنطقة حيث ولدوا أو، في غياب مثل هذه البيانات، إلى عدد الناس الحاملين لجنسية أجنبية. وجرى الحصول على أغلب الإحصاءات المستخدمة لتقدير أعداد المهاجرين الدوليين من التعدادات الوطنية وسجلات السكان والاستقصاءات التمثيلية للأسر المعيشية على الصعيد الوطني. وأعدت تقديرات أعداد المهاجرين شعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمانة العامة للأمم المتحدة.

١٠,٨ في المائة من مجموع السكان في البلدان المتقدمة النمو مقارنة بـ ١,٦ في المائة من مجموعهم في البلدان النامية^(٤٣٤).

٥٨١ - وتتسم الأنماط المعاصرة لحركة الأشخاص على الصعيد الدولي بتعقيد أكبر بكثير مما كان عليه الأمر في الماضي، ليس فقط بسبب الأعداد الهائلة للمهاجرين الدوليين بل أيضاً بسبب اتساع التدفقات حالياً بطابع عالمي حقاً. ويعني ازدياد أنماط الهجرة وتنوعها بأن عدداً مطرداً من البلدان يلحقها تأثير الهجرة وأن أغلب البلدان هي الآن بلدان منشأ وبلدان مقصد وبلدان عبور في آن واحد. ففي عام ٢٠١٠، ومن أصل ٤٣ بلداً مستضيفاً لمليون مهاجر على الأقل، شكل ٢٤ بلداً المنشأ لأكثر من مليون مهاجر نازح. أما البلدان التي شهدت ازدياداً كبيراً في أعداد المهاجرين الداخليين في الفترة بين عامي ١٩٩٩ و ٢٠١٠، مثل تايلند وماليزيا ونيجيريا، فقد عرفت أيضاً ازدياداً كبيراً في عدد مواطنيها الذين يعيشون في الخارج^(٤٣٥).

٥٨٢ - وبالإضافة إلى ذلك، تتغير تركيبة تدفقات المهاجرين بطرق عدة. فالمهاجرون اليوم ينحدرون من خلفيات اقتصادية واجتماعية وثقافية عديدة ومتنوعة عما كان عليه الأمر من قبل. ففي صفوف المهاجرين الدوليين في جميع أنحاء العالم اليوم، حوالي النصف هم من النساء (٤٨ في المائة)، ٥٢ في المائة في البلدان المتقدمة النمو و ٤٣ في المائة في البلدان النامية^(٤٣٤). وبما أن النساء غالباً ما يعشن لمدة أطول مقارنة بالرجال، فإن أعدادهن تنحو بتجاوز أعداد الرجال في فئة المهاجرين كبار السن. وقد هيمن الذكور على برامج العمال الوافدين في أوروبا في حقبة الخمسينات والستينات وأوائل حقبة السبعينات من القرن الماضي^(٤٣٦). وقد بدأت تطراً تغيرات في اتجاه النساء إلى الهجرة في حقبة الثمانينات والتسعينات مع تطور العمالة في قطاع الخدمات، ولا سيما مع ازدياد الحاجة إلى الممرضات والمعلمات والخدامات^(٤٣٧). ومن المرجح أن النساء يهاجرن الآن بمفردهن أو كرتبات أسر^(٤٣٨).

(٤٣٤) الأمم المتحدة، "يبلغ عدد المهاجرين الدوليين في جميع أنحاء العالم ٢٣٢ مليوناً" (انظر الحاشية ٤٠٤ أعلاه).

(٤٣٥) تقرير الأمين العام عن الاتجاهات الجديدة في مجال الهجرة: الجوانب الديمغرافية (E/CN.9/2013/3).

(٤٣٦) P. Martin, "Managing labor migration: temporary worker programmes for the 21st century", paper prepared for the International Symposium on International Migration and Development, held in Turin, Italy, from 28 to 30 June 2006.

(٤٣٧) منظمة العمل الدولية، "العاملات والعمال المهاجرين: السير باتجاه الحقوق والفرص المتساوية" (٢٠٠٨)؛ متاح على الموقع التالي:

٥٨٣ - ويقدر متوسط العمر للمهاجرين الدوليين بـ ٣٨,٤ سنة، مقارنة بـ ٢٩,٢ سنة بالنسبة لمجموع السكان. ويسجل لدى المهاجرين الدوليين اتجاه إلى أن يكونوا أكبر سناً من نظرائهم غير المهاجرين، والسبب الرئيسي في ذلك هو أن أولاد الأشخاص المولودين في الخارج يُدرجون ضمن السكان المولودين في البلد^(٤٣٩). ومع ذلك، تشير تدفقات المهاجرين إلى بلدان أوروبية منتقاة (ألمانيا، وإيطاليا، والدانمرك، وسلوفينيا، والسويد، والنرويج، وهولندا) في عامي ٢٠٠٨ و ٢٠٠٩ بأن جزءاً كبيراً من الأجانب الذين يدخلون أحد البلدان كمهاجرين في أي سنة من السنوات يندرجون بالأساس في الفئات العمرية للبالغين الأصغر سناً^(٤٤٠). وفي هذه البلدان، يتراوح متوسط عمر كل مهاجرين اثنين من كل خمسة مهاجرين وافدين جدد بين ١٨ و ٢٩ سنة.

١ - التباينات الإقليمية في مجال الهجرة الدولية

٥٨٤ - في عام ٢٠١٣، سُجّلت نسبة هجرة دولية فيما بين البلدان النامية مماثلة لنسبة الهجرة الدولية من البلدان النامية إلى البلدان المتقدمة النمو. وفي العام ذاته، كان حوالي ثلث المهاجرين على الصعيد العالمي (٨٢,٣ مليون مهاجر أو ما يعادل نسبة ٣٦ في المائة) قد نشأ في بلد نام ويعيش في بلد نام آخر. وكان ثلث آخر من مجموع عدد المهاجرين على الصعيد العالمي (٨١,٩ مليون مهاجر أو ما يعادل ٣٥ في المائة) قد ولد في بلد نام لكن يقيم في أحد البلدان المتقدمة النمو. وعلاوة على ذلك، كان ما يناهز الربع من جميع المهاجرين الدوليين في العالم (٥٣,٧ مليون مهاجر أو ما يعادل ٢٣ في المائة) قد ولد ويعيش في بلد نام. أما النسبة المئوية للمهاجرين الدوليين الذين ولدوا في أحد البلدان المتقدمة النمو ويعيشون حالياً في أحد البلدان النامية، فقد استقر في معدل لا يتجاوز ٦ في المائة (١٣,٧ مليون مهاجر)^(٤٤١).

٥٨٥ - والهجرة من البلدان النامية إلى البلدان المتقدمة النمو هي المحفز الرئيسي لاتجاهات الهجرة على الصعيد العالمي، حيث تضاعفت من ٤٠ مليون مهاجر في عام ١٩٩٠ إلى

www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms_101118.pdf

(٤٣٨) "State of World Population 2007: Unleashing the Potential of Urban Growth" (انظر الحاشية ٤٠٥ أعلاه).

United Nations, "International migration 2013: age and sex distribution", *Population Facts*, (٤٣٩) .No. 2013/4 (September 2013)

United Nations, Population Division, "International migration in a globalizing world: the role of youth", (٤٤٠) .Technical Paper No. 2011/1 (New York, 2011)

United Nations, "International migration 2013: migrants by origin and destination", *Population Facts*, (٤٤١) .No. 2013/3 (September 2013)

٨١,٩ مليون مهاجر في عام ٢٠١٣ وازدادت بوتيرة بلغت ضعف سرعة ازدياد المجموع العالمي، لكن الهجرة فيما بين البلدان النامية تظل هي الصنف المهيمن من أصناف حركة المهاجرين، إذ شملت ٨٢,٣ مليون مهاجر^(٤٤١).

٥٨٦ - وتمثل المناطق الرئيسية في العالم نسباً مختلفة من المهاجرين (انظر الشكل ٤٩). فعلى سبيل المثال، في عام ٢٠١٣، كانت أوروبا بلداً مضيفاً لـ ٣١ في المائة من المهاجرين بينما كانت هي منطقة المنشأ لـ ٢٥ في المائة من جميع المهاجرين (ومنهم ٦٥ في المائة يعيشون أيضاً داخل أوروبا). وبالمقارنة مع ذلك، كانت آسيا منطقة مضيضة لـ ٣١ في المائة من العدد الإجمالي للمهاجرين ومنطقة منشأ لـ ٤٠ في المائة منهم، وأمريكا الشمالية منطقة مضيضة لـ ٢٣ في المائة من جميع المهاجرين ومنطقة منشأ لـ ٢ في المائة منهم. وعلاوة على ذلك، كان أغلب المهاجرين الدوليين القادمين من أوروبا (٦٥ في المائة)، وآسيا (٥٨ في المائة) وأوقيانوسيا (٥٨ في المائة) يعيشون في بلد داخل المنطقة التي ولدوا بها (٥٨ في المائة بالنسبة للحالتين معاً)، بينما كان أغلب المهاجرين الدوليين المولودين في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (٨٥ في المائة) وأمريكا الشمالية (٧٢ في المائة) وأفريقيا (٥١ في المائة) يقيمون في بلد خارج البلدان التي ولدوا بها^(٤٤١).

الشكل ٤٩

المهاجرون الدوليون حسب مناطق المنشأ ومناطق المقصد الرئيسية، لعام ٢٠١٣
(بالملايين)

النسبة المئوية لمناطق المقصد	مناطق المنشأ								
	المجموع	مناطق مختلفة	أوقيانوسيا	أمريكا الشمالية	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	أوروبا	آسيا	أفريقيا	أفريقيا
٨٢	١٨,٦	١,٤	٠,٠	٠,١	٠,٠	٠,٨	١,١	١٥,٣	أفريقيا
٧٦	٨,٧٠	٤,٣	١,٠	٦,٠	٧,٠	٦,٧	٨,٥٣	٤,٦	آسيا
٥٢	٤,٧٢	٣,١	٣,٠	٩,٠	٥,٤	٨,٣٧	٦,١٨	٩,٨	أوروبا أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
٦٤	٥,٨	٢,٠	٠,٠	٣,١	٤,٥	٢,١	٣,٠	٠,٠	أمريكا الشمالية
٢	١,٥٣	٠,٠	٣,٠	٢,١	٩,٢٥	٩,٧	٧,١٥	٠,٢	أفريقيا
١٤	٩,٧	١,٠	١,١	٢,٠	١,٠	١,٣	٩,٢	٥,٠	أوقيانوسيا
	٥,٢٣١	٤,٦	٩,١	٣,٤	٧,٣٦	٤,٥٨	٥,٩٢	٣,٣١	المجموع
			٥٨	٢٨	١٥	٦٥	٥٨	٤٩	النسبة المئوية لمناطق المنشأ

المصدر: الأمم المتحدة، نشرة حقائق بشأن السكان رقم ٣/٢٠١٣، "الهجرة الدولية عام ٢٠١٣"، الجدول ١.

٥٨٧ - وازدادت تدفقات الهجرة الدولية تنوعاً خلال فترة العشرين عاماً الماضية، حيث أن بلدانا من قبيل المكسيك والصين والهند والاتحاد الروسي تبرز كأماكن منشأ ووجهة مهمة. ويقوم ملايين من المهاجرين الدوليين في الهند، في حين، في عام ٢٠١٣، كان حوالي ٢,٩ مليون مهاجر دولي من الهند يقيمون في الإمارات العربية المتحدة و ١,٨ في المملكة العربية السعودية. وعلى النحو ذاته، شكلت الولايات المتحدة الأمريكية بلداً مضيفاً لقرابة ١٣ مليون شخص ولدوا في المكسيك و ٢,٢ مليون ولدوا في الصين و ٢,١ مليون من الهند ومليونين من الفلبين. وفي نهاية المطاف، فالتدفقات الثنائية من المهاجرين الدوليين كبيرة جداً في كازاخستان والاتحاد الروسي وأوكرانيا^(٤١).

٥٨٨ - ومن النتائج المترتبة عن انخفاض معدلات الخصوبة وشيخوخة السكان النقص في العمالة في جميع مستويات المهارة، وستزداد الحاجة إلى خدمات الرعاية الماهرة في المجتمعات التي تشهد شيخوخة السكان في العقود المقبلة^(٤٢). وهذه اتجاهات يسهل بالفعل تحديدها في عدة بلدان متقدمة النمو كما يمكن توقعها في العديد من البلدان النامية، ولا سيما تلك التي قد شهدت معدلات غير مسبوقه من النمو الاقتصادي خلال العقود الأخيرة^(٤٣). وفي الوقت ذاته، ما زالت عدة بلدان نامية تشهد عدم تطابق بين عدد الشباب والأشخاص الذين هم في سن العمل وقدرات كل سوق عمل من أسواقها على استيعاب العمالة^(٤٤). ونتيجة لذلك، تنجم تدفقات الهجرة (ولا سيما هجرة العمالة) أساساً عن الظروف والفوارق الاقتصادية لكن يمكن أيضاً تفسير تلك التدفقات بالاختلافات الديمغرافية التي من مظاهرها أوجه الفائض والعجز في القوى العاملة. وتسهم الهجرة بالفعل في نمو السكان في بلدان عديدة، غير أن النتيجة المترتبة عنها في الأمد الطويل ستتباين بحسب تركيبة السكان المهاجرين

F. Mullan, S. Frehywot and L. J. Jolley, "Aging, primary care, and self-sufficiency: health care workforce challenges ahead", *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 36, No. 4 (2008), pp. 703-708; B. Rechel and others, "How can health systems respond to population ageing?", *Policy Brief*, No. 10 (Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009); University at Albany, Center for Health Workforce Studies, "The impact of the aging population on the health workforce in the United States: summary of key findings" (March 2006), available from www.albany.edu/news/pdf_files/impact_of_aging_excerpt.pdf

D. E. Bloom, D. Canning and G. Fink, "Implications of population aging for economic growth", (٤٤٣) Program on the Global Demography of Aging, Working Paper No. 64 (Harvard School of Public Health, January 2001), available from http://diseaseriskindex.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2011/PGDA_WP_64.pdf

ILO, *Global Employment Trends for Youth 2013: A Generation at Risk* (Geneva, International Labour Office, 2013) (٤٤٤)

وطبيعة حركتهم، التي تكون إما مؤقتة أو طويلة المدى أو دائمة؛ وبحسب اقتران الهجرة بالحمل أو تنشئة الأولاد في بلد المقصد؛ وكذلك بحسب الفرص المتاحة لمنح الجنسية لأولاد المهاجرين وتبنيهم للبلد الجديد بوصفه وطنا لهم^(٤٤٥).

٥٨٩ - إن الهجرة عامل تمكيني في التنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلدان الأصلية وبلدان المقصد^(٤٤٦). وهي أيضا أداة هامة في التنمية البشرية للمهاجرين وأسرهم، إذ أنها توسع من نطاق قدراتهم والفرص والخيارات المتاحة لهم التي يمكن أن تحسن حياتهم وحيات أفراد أسرهم. وينبغي للدول أن تتقبل إسهامات الهجرة في النسيج السياسي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي سواء في البلدان الأصلية أو بلدان المقصد، وكذلك في المجتمع العالمي، وينبغي أن تنشئ نظما أفضل لرصد ما تسفر عنه الهجرة من فوائد على صعيد التنمية.

٥٩٠ - وتفوق التحويلات المالية التي تكون في شكل حوالات يرسلها المهاجرون إلى بلدانهم ومجموعاتهم الأصلية حجم المساعدة الإنمائية الرسمية، وتشكل بحد ذاتها أكبر مصدر للتدفقات المالية إلى بعض البلدان النامية، وتفوق أحيانا تدفقات الاستثمار الأجنبي المباشر. ومن شأن هذه التحويلات، التي بلغت قيمتها ٤٠١ بليون دولار في عام ٢٠١٢ (باستثناء التدفقات من خلال القنوات غير الرسمية)^(٤٤٧)، أن تسفر عن آثار إيجابية على صعيد التنمية في بلدان المنشأ. فهي تكمل دخل الأسرة، وتحسن بذلك بصورة مباشرة نوعية الحياة، وتنتشل الأسر من الفقر، وتزيد من فرص الحصول على الخدمات التعليمية والصحية؛ كما يمكن أن تكون، من خلال آثارها المضاعفة، مصدرا لإدراج الدخل وإنشاء فرص العمل على مستوى الاقتصاد ككل.

٥٩١ - ويقوم المهاجرون أيضا بدور مهم في نقل "التحويلات الاجتماعية" إلى بلدانهم الأصلية^(٤٤٨)، بما في ذلك الأفكار والمنتجات والمعلومات والتكنولوجيات الجديدة، ويقوم

(٤٤٥) IOM, "Economic cycles, demographic change and migration", background paper prepared for the International Dialogue on Migration 2011; available from www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/economic-cycles-demographic-change/Background-Paper-EN.pdf.

(٤٤٦) انظر E/CN.9/2013/3 (انظر الحاشية ٤٣٥ أعلاه).

(٤٤٧) World Bank, *Migration and Development Brief*, No. 20 (19 April 2013).

(٤٤٨) P. Levitt and D. Lamba-Nieves, "Social remittances reconsidered", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 37, No. 1 (2011), pp. 1-22.

المغتربون بدور هام في إقامة شبكات أكاديمية وشبكات أعمال تجارية بين البلدان الأصلية وبلدان المقصد.

٥٩٢ - والهجرة مكلفة اجتماعيا أيضا، ومن ذلك، الأطفال وكبار السن الذين يمكنون في البلد الأصلي، إضافة إلى مشكلة هجرة المهنيين المهرة من البلدان النامية ("هجرة الأدمغة"). ففي هجرة حريجي الجامعات وذوي المهارات العالية خسارة للبلدان الأصل لهذه المواهب التي هي في أشد الحاجة إليها، كما أنها تعيق تنفيذ الاستراتيجيات الإنمائية الوطنية. وفي عام ٢٠٠٦، بلغت تقديرات النقص في العاملين في المجال الصحي على الصعيد العالمي ٤,٣ ملايين عامل، ومنهم ٢,٤ مليون من الأطباء والمرضى والقابلات. من أصل ٥٧ بلدا يعاني نقصا حادا في الأطباء والمرضى يوجد ٣٦ بلدا في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وقامت عدة بلدان بتطبيق مدونات للممارسة الطوعية للحد من استقدام العاملين في المجال الصحي من البلدان التي تعاني نقصا حادا في الأطباء والمرضى. وفي عام ٢٠١٠، اعتمدت جمعية الصحة العالمية مدونة عالمية للممارسات لإرشاد الدول الأعضاء في استقدام العاملين في المجال الصحي. ومع أن المدونة تؤكد على حق العاملين في المجال الصحي في البحث عن فرص عمل في بلدان أخرى، فإنها لا تشجع الدول الأعضاء على أن تعمل على نحو حثيث على استقدام عاملين في المجال الصحي من البلدان النامية التي تعاني نقصا حادا في هؤلاء العاملين، وتشجع المدونة التعاون الدولي في مجال التطوير الوظيفي للعاملين في المجال الصحي على الصعيد الوطني^(٤٤٩).

٥٩٣ - وشكل برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية علامة بارزة بالنسبة للهجرة الدولية، حيث أوصى بزيادة الاتساق فيما بين السياسات، ودعا حكومات البلدان الأصلية وبلدان المقصد إلى العمل على جعل خيار بقاء المواطنين في بلدانهم الأصلية خيارا يصلح للجميع. وفي مؤتمر قمة الألفية للأمم المتحدة، اتفق قادة العالم على عدة أمور من بينها كفالة احترام حقوق الإنسان للمهاجرين والعمال المهاجرين وأسرتهم، وحماية تلك الحقوق.

٥٩٤ - وفي الدراسة الاستقصائية العالمية، كانت مسألة "الاتجار بالبشر و/أو تهريب المهاجرين" المسألة التي أشارت الحكومات مرارا وتكرارا في تقاريرها إلى معالجتها خلال السنوات الخمس أكثر من غيرها من مسائل الهجرة الدولية (٦٥ في المائة). وعلى الصعيد الإقليمي، عالجت هذه المسألة باستمرار نسبة كبيرة من البلدان في أوروبا (٧١,٤ في المائة)، وفي الأمريكتين (٧٠ في المائة) وفي آسيا (٦٩,٧ في المائة) وفي أفريقيا (٦٥,١ في المائة)،

United Nations, "Health workers, international migration and development", *Population Facts*, No. (٤٤٩) 2010/2/E/Rev (August 2010).

إلا أن قلة من البلدان فعلت ذلك في أوقيانوسيا (١١ في المائة). وأفادت نحو ٦٠ في المائة من البلدان بأنها "حمت المهاجرين من انتهاكات حقوق الإنسان، والعنصرية، والتعصب العرقي، وكره الأجانب" (٤, ٦٠ في المائة). وعالجت هذه المسألة نسبة أكبر من البلدان في الأمريكتين (٧٠ في المائة) وفي آسيا (٦, ٧٠ في المائة) مقابل (٥, ٥٦ في المائة) في أفريقيا و (٦, ٥٨ في المائة) في أوروبا و (٢٠ في المائة) في أوقيانوسيا.

٥٩٥ - ومع تواصل ارتفاع عدد المهاجرين الدوليين، تواجه بلدان المقصد صعوبة في تعزيز إدماج المهاجرين اجتماعيا وسياسيا واقتصاديا. ويتحقق الإدماج على أفضل وجه في أغلب الوقت في سن مبكرة، مما يؤكد أهمية التعليم وتقديم الخدمات وإتاحة امكانية المشاركة الكاملة للمهاجرين الشباب^(٥٠). فالعنصرية وكره الأجانب، اللذان أجمعتهم الأزمات الاقتصادية العالمية، أديا إلى توتر العلاقات بين المهاجرين وغير المهاجرين في عدد من البلدان.

٥٩٦ - وينبغي بذل مزيد من الجهود لتعزيز وحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية للمهاجرين الدوليين بصرف النظر عن وضعهم كمهاجرين، ولا سيما النساء والشباب والأطفال منهم، وتوفير الحماية الاجتماعية لجميع المهاجرين، بما في ذلك حمايتهم من الأعمال غير القانونية أو أعمال العنف، ومنها أعمال التمييز والجرائم المرتكبة استناداً لأي أساس، وحماية سلامتهم البدنية وكرامتهم وعقائدهم الدينية وقيمهم الثقافية.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢١

الهجرة الدولية

الصكوك الملزمة: تكفل الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم (١٩٩٠) التي دخلت حيز النفاذ في عام ٢٠٠٣، مبادئ وأوجه حماية لحقوق الإنسان الأساسية للعمال المهاجرين وأسرهم. وينص بروتوكول مكافحة تهريب المهاجرين عن طريق البر والبحر والجو، المكمل لاتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة عبر الوطنية (٢٠٠٠؛ دخل حيز النفاذ في عام ٢٠٠٤) على "منع ومكافحة تهريب المهاجرين ... مع حماية حقوق المهاجرين المهريين".

القوانين الأخرى غير الملزمة: يركز التعليق العام رقم ١ بشأن العمال المتزولين المهاجرين (٢٠١١)، الذي اعتمده اللجنة المعنية بحماية حقوق جميع العمال

(٤٥٠) انظر تقرير لجنة السكان والتنمية عن أعمال دورتها السادسة والأربعين (E/2013/25).

المهاجرين وأفراد أسرهم، على مواطن الضعف المتعددة الأوجه التي يعاني منها المهاجرون والمزليون والمخاطر التي يواجهونها في جميع مراحل دورة الهجرة. وإضافة إلى ذلك، يركز التعليق العام رقم ٢ بشأن حقوق العمال المهاجرين الذين هم في وضع غير قانوني وأفراد أسرهم (٢٠١٣) على مواطن الضعف التي ينفرد بها المهاجرون الدوليون الذين هم في وضع غير قانوني وأفراد أسرهم، ويوضح الإطار المعياري لحماية حقوقهم بموجب الاتفاقية الدولية.

٥٩٧ - وأفاد ما يزيد عن ٦٩ في المائة من البلدان بأنها عاجلت "المسائل ذات الصلة بالهجرة الدولية والتنمية" عن طريق استحداث مؤسسات وبرامج و/أو سياسات و/أو استراتيجيات. وتنخفض هذه النسبة المئوية لتصل إلى ٣٩ في المائة في أوقيانوسيا، و ٦١ في المائة في أوروبا، إلا أنها تفوق ٨١ في المائة في آسيا. وفي الأمريكتين، عالج ٧٥ في المائة من البلدان هذه المسائل، بينما فعل ذلك ٧٠ في المائة من البلدان في أفريقيا.

٥٩٨ - وعاجلت نسبة أقل من البلدان مسألة "تعزيز الحوار والتعاون فيما بين البلدان الأصلية وبلدان العبور وبلدان المقصد" (٥٤ في المائة). ورغم عدم وجود اختلافات كبيرة بحسب المناطق أو النمو السكاني، عاجلت هذه المسألة نسبة أعلى من البلدان الأكثر ثراء. وركزت نسبة مماثلة من البلدان جهودها على "تعزيز الدعم للأنشطة الدولية الرامية إلى حماية اللاجئين والنازحين ومساعدتهم" (٥٦ في المائة). ورغم أن هذه المسألة تزداد أهمية أيضا مع ارتفاع مستوى التنمية في البلدان، توجد اختلافات كبيرة فيما بين البلدان المرتفعة الدخل الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (٩١ في المائة) والبلدان المرتفعة الدخل من غير البلدان الأعضاء في المنظمة (١١ في المائة). ولم تعالج نحو ثلث بلدان أوروبا هذه المسألة، بينما ارتفعت هذه النسبة في أفريقيا والأمريكيتين وآسيا إلى ما بين ٤٢ و ٥٠ في المائة. وفي أوقيانوسيا، لم تعالج المسألة ٨ بلدان من أصل ١٣ بلدا، أو ٦٧ في المائة من البلدان.

٥٩٩ - وينبغي أن تعالج الدول مسألة الهجرة الدولية عن طريق زيادة التعاون والحوار وتقاسم المسؤولية على الصعيد الدولي أو الإقليمي أو الثنائي، باتباع نهج شامل متوازن لكفالة أن تتم عمليات الهجرة بصورة منظمة وقانونية وآمنة، ومع الإقرار بالأدوار والمسؤوليات التي تقع على عاتق البلدان الأصلية وبلدان العبور وبلدان المقصد، وتشجيع السياسات التي تعزز إدماج المهاجرين وإعادة إدماجهم وتكفل إمكانية نقل المزايا المكتسبة من العمل في الخارج ومن الهجرة.

٦٠٠ - وأفاد أقل من نصف البلدان التي رددت على الاستقصاء أنها عاجلت "الأسباب الجذرية للهجرة و [جعل] خيار بقاء المواطنين في بلدانهم الأصلية خيارا يصلح للجميع" (٣٥ في المائة)، أو سّرت "تدفق الحوالات واستخدامها لدعم التنمية" (٤٢ في المائة). وفيما يتعلق بالمسألة الأخيرة، فإن أفريقيا هي المنطقة الوحيدة التي عاجل نصف بلدها هذه المسألة (٥٢ في المائة)، في حين انخفضت النسبة في الأمريكتين (٤٥ في المائة)، وفي آسيا (٤٣ في المائة)، وأوروبا (٢٧ في المائة)، وأوقيانوسيا (٢٥ في المائة). ويوضح تحليل مفصّل دون إقليمي الفوارق بين المناطق دون الإقليمية الأمريكية (منطقة البحر الكاريبي: ٣٣ في المائة؛ أمريكا الوسطى: ٥٧ في المائة؛ أمريكا الجنوبية: ٥٠ في المائة)، وكذلك بين المناطق دون الإقليمية الأوروبية (أوروبا الغربية: ١٠٠ في المائة؛ جنوب أوروبا: ١٠ في المائة؛ شمال أوروبا: ٢٠ في المائة؛ أوروبا الشرقية: ١٤ في المائة). ويبرز تحليل للدخل والنمو السكاني أن نسبة أعلى من البلدان الفقيرة والسريعة النمو عاجلت هذه المسألة.

٦٠١ - وأخيرا، عاجلت ٢٣ في المائة فقط من البلدان "العوامل التي تسهم في التزوح القسري"، إلا أنه ربما يكون عدد المرات على الصعيد العالمي والإقليمي غير دقيق. بما أن البلدان التي لا تنطبق عليها هذه المسألة أجابت بـ "لا" (لا يتضمن الاستقصاء خيار الردّ بعبارة "لا ينطبق"). وتقع معظم البلدان التي عاجلت هذه المسألة في أفريقيا (١٢) وآسيا (١٠) وأوروبا (٦).

٢ - الأولويات الحكومية: الهجرة الدولية

استحداث برامج وسياسات وقوانين ومؤسسات تُعنى بالهجرة	٤٦ في المائة من الحكومات
تعزيز قدرات نظم البحوث والبيانات	٣٥ في المائة من الحكومات
تحقيق أقصى قدر ممكن من الإدماج الاجتماعي للمهاجرين وإعمال حقوقهم	٣٢ في المائة من الحكومات
التعاون الدولي	٢٨ في المائة من الحكومات
الاتجار بالبشر	٢٣ في المائة

٦٠٢ - وعندما طُلب إلى الحكومات تحديد الأولويات في مجال السياسات العامة ذات الصلة بالهجرة الدولية للسنوات الخمس القادمة، كانت المسائل الأكثر ورودا متسقة بصورة وثيقة مع أهم جوانب سياسات الهجرة المتعلقة بالتنمية ودعم المهاجرين، بما في ذلك استحداث برامج وسياسات وقوانين ومؤسسات تُعنى بالهجرة؛ وتعزيز قدرات نظم البحوث والبيانات؛

وتحقيق أقصى ما يمكن من الإدماج الاجتماعي للمهاجرين وإعمال حقوقهم؛ والتعاون الدولي فيما بين حكومات البلدان الأصلية وبلدان العبور وبلدان المقصد؛ والاتجار بالبشر.

٦٠٣ - وهناك نسبة كبيرة من عمليات الهجرة الدولية لا تقدر الحكومات على تتبعها أو التأثير فيها. وينطبق ذلك على الهجرة غير القانونية (التي شكلت، إلى جانب مراقبة الحدود، أولوية في ٢٣ في المائة من الحكومات)، وعلى الهجرة القانونية التي يمكن أن تتسرب نظمُ المراقبة غير الدقيقة وغير الكافية. وعدم توفر البيانات الكافية المتعلقة بالهجرة من التحديات المعترف بها في جميع أنحاء العالم، وهي مصنفة كمسألة ذات أولوية في ثلث مجموع الحكومات (٣٥ في المائة).

٦٠٤ - ولعله نتيجة لهذه التعقيدات، حظي إنشاء وظائف للحكومة الوطنية مرتبطة بالهجرة الدولية بالأولوية فيما يقرب من نصف مجموع الحكومات (٤٦ في المائة) في جميع المناطق، وضمن أربع فئات من أصل خمس فئات للدخل (باستثناء البلدان المرتفعة الدخل غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي). وفيما يتعلق بالتعاون الدولي، لا تزال الآليات الرسمية للحكومة الدولية المتعلقة بالهجرة جديدة نسبياً، إلا أن ٢٨ في المائة من البلدان اعتبرت هذه التفاعلات الدولية أولوية ذات أهمية في الاستعداد لتدفقات المهاجرين وإدارتها.

٦٠٥ - وتشمل مسألة الإدماج الاجتماعي والحقوق إدماج المهاجرين الدوليين ومعاملتهم على قدم المساواة وتمكينهم وإعمال حقوقهم في المجتمع. وكانت هذه المسألة ضمن أولويات بلدان الأمريكتين (٤٠ في المائة) وأوروبا (٤٣ في المائة)، وأيضاً ضمن أولويات حكومات البلدان المرتفعة الدخل الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، حيث أدرجتها ١١ حكومة من أصل ١٩ حكومة كأولوية. أما مسألة الاتجار بالبشر التي كثيراً ما أشير إلى أنه جرت معالجتها خلال السنوات الخمس الماضية، فلم تدرجها كأولوية في المستقبل سوى ٢٣ في المائة من الحكومات؛ وكانت النسب متوازنة نسبياً في جميع المناطق.

٦٠٦ - وعلى الرغم من التركيز المعتاد على الهجرة الدولية بوصفها مسألة من مسائل سوق العمل، أدرجت الحوالات بوصفها الأولوية الحادية عشرة ليس إلا على الصعيد العالمي^(٤٥١)، رغم أن نسبة أكبر من حكومات البلدان الأفريقية (٢٧ في المائة) أشارت إليها. وأعطت الحكومات الأفريقية في كثير من الأحيان الأولوية أيضاً لتعزيز الاستثمار في أوساط

(٤٥١) بينما تكتسي الحوالات أهمية حيوية بالنسبة لبعض البلدان، فإن أهميتها تقل بالنسبة لبلدان أخرى، مما يعني أن هذه الأولوية تحديداً لا تصلح لأغراض التحليل على الصعيد العالمي أو الإقليمي.

المغتربين (٤١ في المائة)، والحد من الهجرة عن طريق تهيئة ظروف مواتية ومنع نزوح الأدمغة (٢٥ في المائة)، بينما قوبلت هذه المسائل باهتمام أقل بكثير في المناطق الأخرى.

٦٠٧ - وهناك مسألة بالغة الأهمية بالنسبة للهجرة الدولية، لا سيما فيما يتعلق بعدد قليل من البلدان المحددة المهتدة بالزوال، وهذه المسألة هي صلة الهجرة بالآثار المترتبة عن تغير المناخ. وأدرجت كيريباس ضمن أولوياتها الجهود التي تبذلها للحصول على عون من المجتمع الدولي في استقدام عاملين من كيريباس في إطار استراتيجيتها للتكيف مع تغير المناخ؛ وسألت عما إذا كانت الحكومات الأخرى ستستقدم عاملين من كيريباس إذا ما كانوا مدرّبين ومعدّين للعمل وفقا للمعايير الدولية. وأبرزت كيريباس أن القانون الدولي لا يعترف بالأشخاص النازحين نتيجة لتغير المناخ على أنهم لاجئون، وأفادت أنها بصدد البحث عن حلول إذا ما وصل تغير المناخ في البلد إلى درجة تُرغم المواطنين على البحث عن مواطن بديلة.

دال - انعدام الأمن المكاني

٦٠٨ - من أهم الاحتياجات الأساسية تأمين الأرض والمسكن الذي هو ركن من أركان الأمن البشري. ويخلد أعداد كبيرة من الناس في جميع أنحاء العالم إلى النوم كل ليلة دون مسكن يأويهم أو دون أن يكونوا متأكدين من أن مكانا سيأويهم في اليوم التالي. ويُفاقم عدم تأمين الأرض والمسكن عدم تأمين الاحتياجات المتعددة الأخرى، وتشمل الدخل، والغذاء، والوضع القانوني، والسلامة و/أو الصحة، وهو ما يشكل تهديدا خطيرا لكرامة الفرد، والاعتبار الشخصي للفرد في نظر الدولة، وللتماسك المجتمعي.

٦٠٩ - وأقرّ برنامج العمل بأسباب التزوح بدءا من التدهور البيئي ووصولاً إلى الكوارث الطبيعية والتزاعات الداخلية التي تدمر المستوطنات البشرية وتجبر الأشخاص على الفرار من منطقة في بلد ما إلى منطقة أخرى. وركز برنامج العمل على تزايد إمكانية تعرض النساء لخطر العنف في حالات التزوح، إلى جانب زيادة احتمال نزوح الشعوب الأصلية. وكان الحق في العودة الطوعية والأمنة من النقاط الرئيسية التي ركّز عليها البرنامج، إضافة إلى إتاحة الخدمات الأساسية، ومنها خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، خلال فترة التزوح.

٦١٠ - وفي نطاق عدم تأمين الأرض والمسكن، يشكل الغياب عن أنظار الدولة تحديا شائعا بسبب النقص الشديد في البيانات، وهو ما يعيق تقدير أعداد الأشخاص المتأثرين وتنفيذ التدابير الفعالة لمساعدتهم. ومن بين تحديات الفترة المقبلة الممتدة من ٥ إلى ١٠ سنوات الوقوف على أعداد وخصائص الفئات السكانية التي تعاني من أوجه الضعف هذه، وصياغة برامج دعم أكثر إنسانية.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢٢

السكن

القوانين الأخرى غير الملزمة: الحق في السكن اللائق هو حق منصوص عليه في المادة ١١ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (١٩٦٦؛ دخل حيز النفاذ في عام ١٩٦٧)، ويتعرض إليه بمزيد من التفصيل التعليق العام رقم ٤ بشأن الحق في السكن اللائق (١٩٩١) الذي اعتمدته لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وعُيّن أول مقرر خاص معني بالسكن اللائق كعنصر من عناصر الحق في مستوى معيشي من قبل لجنة حقوق الإنسان في القرار ٩/٢٠٠٠. وعرف المقرر الخاص "حق الإنسان في السكن اللائق [على أنه] حق كل امرأة ورجل وشاب وطفل في الحصول على بيت آمن يأويه ومجتمع محلي ينتمي إليه ويعيش فيه بسلم وكرامة" (E/CN.4/2001/51، الفقرة ٨). وأكدت العديد من الصكوك الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان التي اعتمدت بعد عام ١٩٩٣، إضافة إلى التعليقات العامة والتوصيات الصادرة عن هيئات رصد المعاهدات، على الحق في السكن والترابط الموجود بين السكن وغيره من حقوق الإنسان الأساسية^(٤٥٢).

١ - حصول المرأة على الأرض

٦١١ - إن عدم تمتع المرأة بحقوق الملكية هو من أكثر أشكال انعدام أمن حيازة الأرض انتشاراً. وفي حين أن معظم البلدان، تسمح بجيازة الممتلكات على نطاق واسع، ولا يفرق الكثير منها بين الرجل والمرأة من الناحية القانونية بوصفهما من أصحاب الممتلكات، إلا أن أعداداً هائلة من النساء محرومة عملياً من الحق في ملكية الأراضي^(٤٥٣). وسواء تعلق الأمر

(٤٥٢) انظر، على سبيل المثال، المادة ٢٨ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ٢٥١٥، الرقم ٤٤٩١٠)، والتعليقات العامة رقم ٧ (١٩٩٧) ورقم ١٤ (٢٠٠٠) ورقم ١٥ (٢٠٠٢) للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (انظر E/1998/22 و E/2001/22 و E/2003/22).

(٤٥٣) منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، *Gender, Property Rights and Livelihoods in the Era of AIDS* (الفوارق بين الجنسين وحقوق الملكية وسبل العيشة في عصر الإيدز) المشاورات التقنية لمنظمة الأغذية والزراعة، روما من ٢٨ إلى ٣٠ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٧. النص متاح على الرابط التالي: <http://ftp.fao.org/docrep/fao/010/ai521e/ai521e00.pdf>.

بالمناطق الريفية من البلدان النامية حيث تُنتج النساء غالبية الأغذية ولكنهن لا يملكن سوى القليل من الأراضي أو يكدن لا يملكن شيئاً منها، أو في المناطق الحضرية حيث تشيع رئاسة المرأة للأسر المعيشية وتندر ملكية الأرض الرسمية، ولا سيما بالنسبة للفقراء^(٤٥٤)، فإن أعداداً كبيرة من النساء يفتقرن إلى الأمن السكني وأمن أسباب المعيشة المرتبطين ارتباطاً حيوياً بحيازة الأرض وحق الملكية.

٦١٢ - والتزمت الحكومات في برنامج العمل بأن تكفل أن بإمكان المرأة شراء الممتلكات والأراضي وحيازتها وبيعها على قدم المساواة مع الرجل؛ والحصول على القروض والتفاوض بشأن العقود باسمها وبالأصالة عن نفسها؛ وممارسة حقوقها القانونية في الميراث.

٦١٣ - وأشارت نتائج الدراسة الاستقصائية العالمية إلى أن ٧٦ في المائة من الحكومات أنفذت قوانين تضمن للمرأة حق الملكية، بما في ذلك الحق في حيازة الممتلكات أو الأصول الأخرى وشرائها وبيعها على قدم المساواة مع الرجل، وترتفع هذه النسبة إلى ٨٦ في المائة في آسيا. وفي حين أفادت ٦٥ في المائة من الحكومات عن إنفاذ قوانين تكفل للمرأة حقوقاً متساوية في الميراث، أفادت ٧٢ في المائة منها عن إنفاذ قوانين تحمي ملكية المرأة من خلال مواءمة القوانين المتعلقة بالزواج والطلاق والتركات والإرث. وفي كلتا الحالتين، كانت النسب الإقليمية قريبة من المتوسط العالمي باستثناء أوقيانوسيا، حيث انخفضت النسبتان إلى ٥٠ في المائة و ٤٣ في المائة على التوالي.

٦١٤ - وعلى الرغم من أوجه التقدم هذه، تُمثّل قوانين ملكية وميراث أو ممارسات تمييزية قائمة في العديد من البلدان. وحتى في الحالات التي بدأ العمل فيها بقوانين مدنية لضمان المساواة في حقوق الميراث والملكية، فإنها لا تنفّذ أو تُحترم بالضرورة على الصعيد المحلي بسبب المعايير الاجتماعية التمييزية المستمرة، وتطبيق القوانين العرفية أو الدينية.

٦١٥ - ويُظهر تحليل البيانات المستمدة من مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية الذي تُصدره منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، أنه بالنسبة إلى البلدان التي تتوافر عنها بيانات، لا تحوز المرأة إلا ١٥ في المائة من مجموع سندات ملكية الأرض^(٤٥٥). أما في الحالات التي لا تكون المرأة قادرة فيها على ممارسة حقها في حيازة الأراضي، فإنها تتعرض لخطر الطرد بعد وفاة زوجها. وعلاوة على ذلك، يجد المقترضون الذين لا يملكون ما يكفي من

C. S. Rabenhorst and A. Bean, "Gender and property rights: a critical issue in urban economic (٤٥٤) development" (Washington, D.C., International Housing Coalition and Urban Institute, 2011)

OECD, 2012 SIGI: Social Institutions and Gender Index: Understanding the Drivers of Gender (٤٥٥) Inequality

الأراضي أنفسهم في وضع غير مؤات نظراً إلى أن إمكانية الحصول على القروض الرسمية تتوقف إلى حد كبير على الإقراض القائم على الأصول، وتؤكد البيانات على أن قدرة المرأة المحدودة في الحصول على الأرض تُحدِّد من إمكانية حصولها على القروض، وتقلل بالتالي من فرصها الاقتصادية^(٤٥٦).

٦١٦ - وعلاوة على ذلك، إن فقر المرأة، مقروناً بنقص بدائل السكن، يجعل من الصعب عليها الابتعاد عن أوضاع العنف داخل الأسرة. ولعمليات إعادة الإسكان قسراً والإحلاء القسري من المنزل والأرض أثرٌ أكثر حدّةً على المرأة منه على الرجل. وفي كثير من الأحيان، يحول غياب حقوق الملكية دون عودة المرأة بعد ترحيلها أو قد يدفع بها إلى البقاء في الأرض حتى وإن واجهت مخاطر كبيرة. ويؤثر التمييز الجنساني والعنف ضد المرأة بصورة حادة على مساواة المرأة في ملكية الأرض وإمكانية حيازتها والسيطرة عليها، ومساواتها في حقوق التملك والسكن اللائق، وخاصة أثناء حالات الطوارئ المعقدة والتعمير والإصلاح^(٤٥٧).

٦١٧ - وينبغي للدول أن تُصلح القوانين وتتصدى للعادات والتقاليد التي تميّز ضد المرأة وتحرمها من أمن حيازة الأراضي والمساواة في ملكية الأرض وإمكانية حيازتها والتصرف فيها ومساواتها في حقوق الملكية والسكن اللائق. وعلى الدول أن تضمن حق مساواة المرأة بالرجل في الأرض والإصلاح الزراعي وفي مخططات الاستيطان في الأراضي، والحق في الملكية بما في ذلك ضمان الحق في الميراث، والقيام بالإصلاحات الإدارية واتخاذ التدابير الأخرى الضرورية لإعطاء المرأة حقوق الرجل ذاتها في الحصول على القروض ورأس المال والتكنولوجيا الملائمة، والوصول إلى الأسواق والمعلومات.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢٣

حصول المرأة على الأرض

ما خلصت إليه الهيئات الحكومية الدولية فيما يتعلق بحقوق الإنسان - أصدرت لجنة حقوق الإنسان سلسلة من القرارات المتعلقة بالمرأة والإسكان والأراضي، بما في ذلك القرار ٢٥/٢٠٠٥ بشأن مساواة المرأة في ملكية الأرض وإمكانية حيازتها

N. Almodóvar-Regueis, K. Kushnir and T. Meiland, "Mapping the legal gender gap in using property (٤٥٦) and building credit", Women, Business and the Law (World Bank, 2012)

(٤٥٧) انظر تقرير المقررة الخاصة المعنية بمسألة العنف ضد المرأة وأسبابه وعواقبه (E/CN.4/2000/68/Add.5).

والتصرف فيها، ومساواتها في حقوق التملك والسكن اللائق (٢٠٠٥)، وقد أكدت فيه اللجنة من جديد على "حق المرأة في مستوى معيشي لائق، بما في ذلك السكن اللائق على النحو المنصوص عليه في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وفي العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية"، وأكدت على أن "التمييز ضد المرأة في القانون والممارسة، فيما يتعلق بإمكانية حيازة الأرض والممتلكات والمساكن واقتنائها والتصرف فيها، وفيما يتعلق بالتمويل اللازم للأرض والممتلكات والمساكن، يشكل انتهاكاً لحق المرأة الإنساني في الحماية من التمييز وقد يؤثر على أعمال حقوق الإنسان الأخرى".

٢ - التشرّد

٦١٨ - عدد المشرّدين في العالم كبيرٌ ولكنه غير معروف، والمشرّدون هم الذين يفترشون الأرصفة أو ينامون في مبان مهجورة أو في أماكن مؤقتة، أو في المتزهات أو في ماوي المشرّدين^(٤٥٨)، إن أمكن.

٦١٩ - وغالبا ما يعتبر التشرّد مشكلة خاصة بالمناطق الحضرية، ولكنه يؤثر في الناس الذين يعيشون في المناطق الريفية أيضاً. وفي وقت انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الريفية، تراوحت تقديرات نسبة المشرّدين في الأرياف في بلد واحد ما بين ٧ و ١٥ في المائة، وتجاوزت ٢٠ في المائة في المناطق التي أتلقتها الأنهار^(٤٥٩). ولا تزال الكوارث الطبيعية والتشرّد الداخلي يتسببان في التشرّد في المناطق الريفية في البلدان النامية^(٤٦٠). وليس التشرّد مشكلة يعاني منها الفقراء في البلدان الفقيرة فحسب، وإنما تتضافر طائفة واسعة من العوامل

M. G. Haber and P. A. Toro, "Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspective", *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 7, No. 3 (2004); P. A. Toro, "Towards an international understanding of homelessness", *Journal of Social Issues*, vol. 63, No. 3 (2007), pp. 461-481.

T. Rahman, *The Rural Homeless in Bangladesh* (Dhaka, United Nations Children's Fund, 1993) (٤٥٩)

United Kingdom, University of Newcastle upon Tyne, Centre for Architectural Research and Development Overseas (CARD), "The nature and extent of homelessness in developing countries", DFID Project No. 7905; available from <http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/HumanSecurity/R7905.pdf>

من بينها غياب نظم الحماية الاجتماعية، ومحدودية الإسكان العام، وانخفاض الدخل والبطالة لتؤدي إلى التشرّد في المجتمعات المتقدمة النمو^(٤٦١).

٦٢٠ - ومن الصعب جداً تحديد عدد المشرّدين في جميع أنحاء العالم لأن العديد من البلدان يفتقر إلى نظام لإحصائهم. فالمشرّدون، ولا سيما الشباب والأسر، يقيمون في المساكن ويتركونها بين فترة وأخرى باستمرار، أما وضع تعريف للتشرّد فهو مسألة معقّدة. ويعيش العديد من الأشخاص في ظروف صعبة وغير ملائمة أو هم معرضون لخطر التشرّد الوشيك، وليسوا مدرجين في تقديرات أعداد المشرّدين. ويصعب جداً تقدير أعداد المشرّدين في المجتمعات الأفقر، والبحوث التي أجرتها عنهم البلدان النامية محدودة على الرغم من تزايد الاعتراف بواقع فئات المشرّدين شديدة التأثير، بما في ذلك أطفال الشوارع^(٤٦٢).

٦٢١ - ويحظى المشرّدون باهتمام متزايد في أوروبا (وخاصة فرنسا وألمانيا والمملكة المتحدة والجمهورية التشيكية) وفي الولايات المتحدة الأمريكية، واليابان، وأستراليا. وقد حددت النتائج التي توصلت إليها هذه البلدان السمات المشتركة بين المشرّدين، من ذلك أن عدد الرجال يفوق عدد النساء من المشرّدين البالغين؛ وارتفاع معدلات الاكتئاب واستخدام المواد المخدرة؛ ووجود نسبة عالية من فئات السكان الذين عانوا عادة من التمييز (على سبيل المثال، الأمريكيون من أصل أفريقي في الولايات المتحدة والسكان الأصليون في أستراليا؛ والمهاجرون الجدد من أفريقيا وآسيا وأمريكا الجنوبية والشرق الأوسط، وأوروبا الشرقية وأوروبا الغربية)^(٤٦٣).

(٤٦١) انظر على سبيل المثال، European Federation of National Organisations Working with the Homeless, *European Report: The Role of Housing in Pathways Into and Out of Homelessness — Annual Theme 2008: Housing and Homelessness*; available from <http://www.feantsa.org/spip.php?article156&lang=en>

(٤٦٢) CARDO, "The nature and extent of homelessness in developing countries"; R. Carr-Hill, "Missing millions and measuring development progress", *World Development*, vol. 46 (2013), pp.30-44; UNICEF, *The State of the World's Children 2006: Excluded and Invisible* (New York, 2005); T. Peressini, L. McDonald and D. J. Hulchanski, "Towards a strategy for counting the homeless", in *Finding Home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada*, D. J. Hulchanski and others, eds., (Toronto, University of Toronto, Cities Centre, 2009); G. Tiple and S. Speak, *The Hidden Millions: Homelessness in Developing Countries* (Abingdon, Oxon, Routledge, 2009)

(٤٦٣) Toro, "Towards an international understanding of homelessness"; European Federation of National Organisations Working with the Homeless, "Immigration and homelessness in the European Union: analysis and overview of the impact of immigration on homeless services in the European Union" (2002) Australia, Australian Institute of Health and Welfare, *A Profile of Homelessness for Aboriginal*

٦٢٢ - ومن المهم عند وضع تعريف للتشرّد التمييز بين الأفراد البالغين المشرّدين، والأسر المشرّدة، والشباب المشرّدين، لأن كثيراً ما تختلف هذه الفئات الفرعية عن بعضها في أبعاد متعدّدة^(٤٦٤). فالأسر المشرّدة تشمل أسرٌ بأكملها (وحتى أسرٌ ممتدّة) تشرّدت من جرّاء النزاعات أو الأزمات البيئية؛ أما عندما يكون سبب التشرّد هو الفقر المدقع أو الإخلاء، فمن الأرجح أن تتألّف هذه الأسر من أمّ وحيدة برفقة أطفالها الصغار، الذين قد يكونوا فرّوا من العنف المتزلي أيضاً^(٤٦٥). ويزداد التشرّد بين الأسر في الاتحاد الأوروبي وفي البلدان المتاخمة للمناطق التي تعيش نزاعات أو في فقر مدقع^(٤٦٦).

٦٢٣ - أما المشرّدون الشباب فيختلفون عن المشرّدين البالغين بسبب سنّهم (لأنهم عادة ما يقل عمرهم عن ٢١ سنة) وكذلك عن الأطفال المشرّدين (ضمن الأسر) لأنهم تشرّدوا وحدهم. وقد استخدمت مجموعة متنوعة من المصطلحات في وصف الشباب المشرّدين، بما في ذلك، المنبوذين والهاربين وشباب الشوارع، الذين يمكن أن يكونوا قد نشأوا في الشوارع. ولا تستبعد هذه الفئات إحداها الأخرى. ولقد خلصت معظم الأبحاث إلى أن أعداد الفتيات والفتيان المشرّدين المراهقين متساوية تقريباً، بينما يزيد عدد الذكور على الإناث في الفئة الأكبر سنّاً من شباب الشوارع^(٤٦٧).

and Torres Strait Islander People (Canberra, 2001); *European Journal of Homelessness*, vol. 4 (December 2010).

Haber and Toro, "Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspective" (٤٦٤).

M. Shinn and B. Weitzman, "Homeless families are different", in *Homelessness in America*, J. Baumohl, ed. (Phoenix, Arizona, Oryx Press, 1996); A. Masten and others, "Children in homeless families: risks to mental health and development", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, No. 2 (1993), pp. 335-343; D. J. Rog and J. C. Buckner, "Homeless families and children", paper prepared for the 2007 National Symposium on Homelessness Research, available from <http://www.huduser.org/publications/pdf/p5.pdf>; J. C. Buckner and others, "Homelessness and its relation to the mental health and behavior of low-income school-age children", *Developmental Psychology*, vol. 35, No. 1 (1999), pp. 246-257.

European Federation of National Organisations Working with the Homeless, "Changing faces: homelessness among children, families and young people" (2010), and Immigration and homelessness in the European Union: analysis and overview of the impact of immigration on homeless services in the European Union" (2002).

Haber and Toro, "Homelessness among families, children and adolescents: an ecological-development perspective"; P. A. Toro, A. Dworsky and P. J. Fowler, "Homeless youth in the United States: recent research findings and intervention approaches", paper prepared for the 2007 National Symposium on

٦٢٤ - والأفراد البالغون المشردون فغالبيتهم من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٥٠ سنة، ومن النادر وجود أشخاص تزيد أعمارهم عن ٦٠ سنة (أقل من ٥ في المائة؛ علمًا أن أعمار بعض المشردين تبدو أكبر مما هي في واقع الأمر، وثمة دلائل على أن مجموع المشردين أكبر سنًا إجمالاً مما كانوا عليه قبل عقد من الزمن)^(٤٦٨). وفي البلدان التي تتوفر فيها بعض البيانات الاجتماعية، وإن كانت غير مكتملة، يتسم تشرد البالغين بمحددات اجتماعية معترف بها، منها العدد غير المتناسب من الأشخاص الذين نشأوا أيتامًا أو في دور الحضانة أو أولئك الذين نشأوا في مساكن غير مستقرة في مرحلة الطفولة المبكرة؛ أو الذين تعرّضوا للعنف مؤخرًا أو في مرحلة الطفولة المبكرة أو اعتادوا على المواد المخدرة؛ أو الذين عانوا التمييز العنصري أو العرقي؛ أو المحاربون القدامى؛ أو الذين هم من ذوي الإعاقة العقلية أو العاطفية أو الإعاقات الأخرى التي تمنعهم من العمل^(٤٦٩).

٦٢٥ - والدول مدعوة إلى دعم بحوث جديدة عن الديمغرافية وضعف المشردين وتصميم برامج للتصدّي لمحددات التشرد وتعزيز الأمن السكني للجميع.

٣ - عمليات الإخلاء القسري

٦٢٦ - الإخلاء القسري هو قيام الدولة، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، بترحيل الناس من أراضيهم أو منازلهم، ولا يشمل ذلك حالات الإخلاء التي تُنفذ وفقًا للقانون وبما يتفق مع أحكام المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان^(٤٧٠). وتعد عمليات الإخلاء القسري إمكانية

Homelessness Research, available from <http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/toro/>;
M. J. Robertson and P. A. Toro, "Homeless youth: research, intervention, and policy", in *Practical Lessons: The 1998 National Symposium on Homelessness Research*, L. B. Fosburg and D. L. Dennis, eds. (Washington, D.C., Department of Housing and Urban Development and Department of Health and Human Services, 1999); B. Feitel and others, "Psychosocial background and behavioral and emotional disorders of homeless and runaway youth", *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, No. 2 (1992), pp. 155-159; M. J. Robertson, P. Koegel and L. Ferguson, "Alcohol use and abuse among homeless adolescents in Hollywood", *Contemporary Drug Problems*, Fall 1989, pp. 415-452

T. Meschede, B. Sokol and J. Raymond, "Hard numbers, hard times: homeless individuals in (٤٦٨) Massachusetts emergency shelters, 1999-2003" (Boston, Center for Social Policy, 2004); available from http://scholarworks.umb.edu/csp_pubs/29

C. L. Caton, C. Wilkins and J. Anderson, "People who experience long-term homelessness: (٤٦٩) characteristics and interventions", paper prepared for the 2007 National Symposium on Homelessness Research; available from <http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/caton/index.htm>

(٤٧٠) المبادئ الأساسية والمبادئ التوجيهية المتعلقة بعمليات الإخلاء والترحيل بدواعي التنمية، التي وضعت في حلقة عمل دولية بشأن عمليات الإخلاء القسري المعقودة في برلين في حزيران/يونيه ٢٠٠٥، والتي

عودة الأشخاص المرحلين، وهو ما ينص عليه تعريف الإخلاء القسري، بغض النظر عما إذا كانوا قد حصلوا على مساعدة لإعادة توطينهم في مناطق أخرى^(٤٧١).

٦٢٧ - وعادة ما تشمل أسباب الإخلاء القسري التنمية الحضرية والمشاريع الإنمائية الواسعة النطاق في المناطق الريفية (مثل السدود)، والتهديدات بحدوث كوارث طبيعية أو تغيرات مناخية، والأحداث الكبرى (من قبيل الألعاب الأولمبية أو كأس العالم)، والأسباب الاقتصادية والأزمة المالية العالمية والتمييز أو معاقبة فئة سكانية معينة^(٤٧٢).

٦٢٨ - وقد بذلت جهود شتى لوضع نظم لرصد عمليات الإخلاء القسري، ولكن البيانات محدودة للغاية، إذ لأن من مصلحة منقذ عمليات الإخلاء التستر عنها. وبناء على ذلك، تختلف تقديرات عدد عمليات الإخلاء اختلافاً كبيراً. ففي عام ١٩٩٤، أشارت تقديرات البنك الدولي إلى إخلاء حوالي ١٠ ملايين شخص من منازلهم سنوياً بسبب مشاريع القطاع العام وحده. وفي الوقت الحالي، تتراوح تقديرات الأشخاص الذين شملتهم عمليات الإخلاء القسري للأسباب الرئيسية الستة ما بين ٢,٥ مليون شخص في السنة استناداً إلى الحالات المبلغ عنها وأكثر من ١٥ مليون شخص في السنة^(٤٧٣).

٦٢٩ - ويعمل برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (ممثل الأمم المتحدة) على وضع نهج لقياس أمن الحيازة، الذي يعرفه بأنه مزيج من "درجة الثقة بأن مستخدمي الأراضي لن يُحرموا تعسفاً من الحقوق التي يتمتعون بها في الأراضي والفوائد الاقتصادية التي يجنونها منها؛ والتيقن من اعتراف الآخرين بحقوق الفرد في الأراضي وحمايتهم لهذه الحقوق في مواجهة تحديات محدّدة أو بصورة أدق، حق جميع الأفراد والجماعات في حماية حكومية فعالة في مواجهة عمليات الإخلاء القسري"^(٤٧٤). وينبغي للدول وقف عمليات الإخلاء القسري

شاركت في تنظيمها المقررة الخاصة المعنية بالسكن اللائق كعنصر من عناصر الحق في مستوى معيشي لائق (المرفق الأول من الوثيقة A/HRC/4/18).

(٤٧١) مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، حالات الإخلاء القسري وحقوق الإنسان، صحيفة وقائع حقوق الإنسان رقم ٢٥ (أيار/مايو ١٩٩٦).

(٤٧٢) UN-Habitat, *Forced Evictions: Global Challenges, Global Solutions* (2011).

(٤٧٣) M. M. Cernea and H. M. Mathur, eds., *Can Compensation Prevent Impoverishment? Reforming (Resettlement through Investments and Benefit-Sharing* (New Delhi, Oxford University Press, 2008
Centre on Housing Rights and Evictions, "Global survey 11: forced evictions, violations of human rights: 2007-2008" (Geneva, 2009).

(٤٧٤) UN-Habitat, *Secure Land Rights for All* (Nairobi, 2008).

التي تنتهك القانون الوطني وحقوق الإنسان وإنشاء آليات لرصد حدوثها وأثرها على السكان المتضررين.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢٤

عمليات الإخلاء القسري

ما خلصت إليه الهيئات الحكومية الدولية فيما يتعلق بحقوق الإنسان: اعتبرت لجنة حقوق الإنسان الإخلاء القسري انتهاكا جسيما لحقوق الإنسان من خلال سلسلة من القرارات، بما فيها القرار ٢٨/٢٠٠٤ بشأن حظر عمليات الإخلاء القسري (٢٠٠٤)، والذي أكدت فيه اللجنة على أن "عمليات الإخلاء القسري المخالفة للقوانين التي تتفق ومعايير حقوق الإنسان الدولية تشكل انتهاكا جسيما لمجموعة كبيرة من حقوق الإنسان، وخاصة الحق في السكن اللائق".

القوانين غير الملزمة الأخرى: تناولت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عمليات الإخلاء القسري في التعليق العام رقم ٧: "الحق في السكن الملائم: الإخلاء القسري" (١٩٩٧). "المبادئ الأساسية والمبادئ التوجيهية المتعلقة بعمليات الإخلاء والترحيل بدواعي التنمية" (٢٠٠٧) التي وضعتها المقررة الخاصة المعنية بالسكن اللائق كعنصر من عناصر الحق في مستوى معيشي لائق "التصدي للآثار المترتبة في حقوق الإنسان لعمليات الإخلاء وما يتصل بها من عمليات ترحيل بدواعي التنمية في المناطق الحضرية و/أو الريفية". (الفقرة ٣ من المرفق الأول من الوثيقة A/HRC/4/18).

٤ - المشردون داخليا

٦٣٠ - ينطوي التشرد الداخلي على ضعف مزدوج إزاء كل من سبب التشرد وهشاشة الرفاه والأمن في نقاط المقصد. وهناك سببان رئيسيان للتشرد الداخلي، هما: النزاعات المسلحة والعنف بوجه عام أو انتهاكات حقوق الإنسان؛ والكوارث الطبيعية.

٦٣١ - ويصعب بوجه خاص الحصول على إحصاءات دقيقة عن المشردين داخليا، لأن هؤلاء الأشخاص يعيشون غالبا في المناطق الحضرية والمجتمعات المحلية الأخرى، وليس في مخيمات اللاجئين، أو يكونون مشتتين جغرافيا، مما يجعل من المرجح تقدير عدد الأشخاص المشردين داخليا بأقل مما هو عليه. وفي الوقت نفسه، فمن الصعب تحديث الإحصاءات التي تشير إلى أن بعض المشردين داخليا يمكن أن يكونوا قد عادوا إلى ديارهم، مما قد يؤدي إلى المبالغة في

التقديرات في بعض الحالات. وعلاوة على ذلك، نادرا ما تكون البيانات مصنفة: ذلك لأن ١١ بلدا فقط يجمع بيانات عن المشردين داخليا مصنفة حسب نوع الجنس والسن والموقع^(٤٧٥).

٦٣٢ - وفي نهاية عام ٢٠١٢، بلغ عدد المشردين في العالم ٢٨,٨ مليون مشرد بسبب النزاع المسلح والعنف عموما أو انتهاكات حقوق الإنسان^(٤٧٦). وفي وقت انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ارتفع العدد الإجمالي للمشردين ارتفاعا حادا بسبب الحرب أو النزاع (انظر الشكل ٥١). وفي أعقاب انخفاض خلال أواخر التسعينات، ازداد عدد المشردين داخليا زيادة مطردة بسبب النزاعات، حيث تتجاوز التقديرات الأخيرة لعام ٢٠١٣ الأرقام القياسية المسجلة سابقا في عام ١٩٩٤. وعلى النقيض من اللاجئين، لا يعبر المشردون داخليا بسبب النزاعات الحدود الدولية، وبالتالي فإنهم يظلون تحت حماية حكوماتهم، حتى عندما تكون تلك الحكومات هي السبب في التشرّد. وكان أكبر عدد من المشردين داخليا البالغ ١٠,٤ مليون شخص (بعد أن بلغ ٧,٩ ملايين مشرد في عام ٢٠١١) موجودا في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى^(٤٧٦). وخلال عام ٢٠١٢، أفادت التقارير بأن نحو ٢,١ مليون من المشردين داخليا قد عادوا إلى مناطقهم الأصلية، بما في ذلك في ليبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية. وفي جمهورية الكونغو الديمقراطية، أفادت التقارير بأن ٤٥٠.٠٠٠ شخص قد عادوا إلى مناطقهم الأصلية، ولكن نظم الرصد محدودة للغاية مما يجعل من المستحيل تحديد مدى دقة هذا العدد.

Internal Displacement Monitoring Centre and Norwegian Refugee Council, *Global Overview 2012*: (٤٧٥)
.People Internally Displaced by Conflict and Violence (Geneva, 2013)

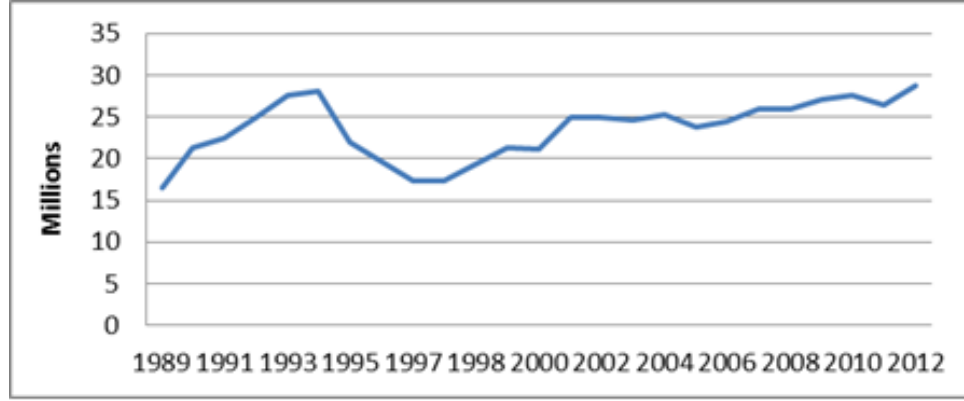
Internal Displacement Monitoring Centre and Norwegian Refugee Council, *Global Estimates 2012*: (٤٧٦)
.People Displaced by Disasters (Geneva, 2013)

الشكل ٥٠

المشردون داخليا بسبب النزاع المسلح أو العنف أو انتهاكات حقوق الإنسان،

الفترة ١٩٨٩-٢٠١١

(بالملايين)



المصدر: مركز رصد التشرّد الداخلي، التقديرات العالمية للمشردين داخليا (١٩٩٠-٢٠١١)، يمكن الاطلاع عليه في الموقع: [http://www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/\(httpPages\).10C43F54DA2C34A7C12573A1004EF9FF?OpenDocument](http://www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/(httpPages).10C43F54DA2C34A7C12573A1004EF9FF?OpenDocument)

٦٣٣ - وتشير التقديرات العالمية لمركز رصد التشرّد الداخلي إلى أن ٣٢,٤ مليون شخص X قد أُجبروا على الفرار من ديارهم في عام ٢٠١٢ بسبب كوارث طبيعية من قبيل الفيضانات والعواصف والزلازل. وفي ذلك العام، كانت جميع حالات التشرّد تقريبا المتعلقة بالكوارث الطبيعية مرتبطة بتغير المناخ والظواهر الجوية. وكان ٤١ في المائة من مجموع المشردين ناشئا عن الفيضانات التي اجتاحت الهند ونيجيريا، وأدت إلى تشرّد ٦,٩ ملايين شخص و ٦,١ ملايين شخص على التوالي، العالمي^(٤٧٦).

٦٣٤ - وفي البلدان الأكثر تقدما، تشرّد ١,٣ مليون شخص آخر، لا سيما داخل الولايات المتحدة الأمريكية. ويتعين تتبع التشرّد بدقة على مر الزمن، حيث يتوقف التشرّد من جراء الكوارث الطبيعية جزئيا على ما إذا كانت الكوارث تحدث في أي سنة من السنوات؛ فمن المرجح أن تكون التغيرات من سنة إلى أخرى ناجمة عن التقلبات في حدوث الكوارث الطبيعية، وليس بسبب وجود اتجاه معين فيما يتعلق بالتشرّد. ومع ذلك، فإن العوامل الاجتماعية تعادل في الأهمية المخاطر نفسها: سواء كان ذلك نتيجة للزلازل الذي وقع في هايتي (٢٠١٠) أو إعصار كاترينا في الولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٥)، فالفقراء

والمهمشون والمحرومون هم الأقل استعدادا لمواجهة العواقب الناجمة عن التشرّد. وبالإضافة إلى ذلك، فمن المتوقع أن يؤدي تغيير المناخ إلى تغيير في وتيرة أحوال الطقس والأحوال المناخية القاسية ومدى شدتها وحيّزها المكاني ومدتها وتوقيتها^(٤٧٧)، ومن الممكن أن يؤدي ذلك إلى زيادة التشرّد في المستقبل القريب.

٦٣٥ - ويشترك المشردون سواء بسبب النزاعات أو الكوارث الطبيعية في أوجه ضعف هامة. ومن الشائع حدوث حالات تشرّد ثانوية، أي أن المشردين داخليا الحاليين أجبروا على إخلاء الأماكن التي يسكنون فيها بسبب التمييز أو الأوضاع المحفوفة بالمخاطر. وفي عام ٢٠١١، حدث ذلك في ١٨ بلدا من البلدان التي يرصدها مركز رصد التشرّد الداخلي. ومعدل البطالة في أوساط المشردين داخليا أعلى بوجه عام^(٤٧٨). وفي كثير من الأحيان يفتقر المشردون داخليا، بسبب تشرّدهم، إلى الوثائق وتصريجات العمل، وفي كثير جدا من الأحيان، فإن خيارات توليد الدخل المتاحة للمشردات داخليا تكون أقل، ويلجأن هن وأطفالهن في الغالب الأعم إلى قبول أعمال محفوفة بالمخاطر ومنخفضة الأجر في القطاع غير الرسمي وإلى استراتيجيات أخرى^(٤٧٩). وعموما يتساوى المشردون من الإناث والذكور من حيث العدد، إلا أن عوامل التمزق الاجتماعي والإسكان المؤقت، وندرة الموارد، وانعدام الأمن يمكن أن تجعل أوضاع المشردات من النساء والفتيات غير مأمونة بشكل خاص، مما يؤدي إلى العنف الجنساني^(٤٨٠).

“Summary for policy makers”, in *Managing the Risks of Extreme Events and Disasters to Advance Climate Change Adaptation: Special Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, C. B. Field and others, eds. (Cambridge, Cambridge University Press, 2012) (٤٧٧)

Internal Displacement Monitoring Centre, “Employment rate of IDPs”; available from www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/%28httpEnvelopes%29/C3D334B77955EA84C12579C70E6CA?OpenDocument; and “Barriers to Employment of IDPs”; available from www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/%28httpEnvelopes%29/7D4A873BE935B1BBC12577ED005DDE12?OpenDocument (٤٧٨)

A. Fielden, “Ignored displaced persons: the plight of IDPs in urban areas”, New Issues in Refugee Research Paper No. 161 (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, July 2008), pp. 9 and 12, available from www.unhcr.org/487b4c6c2.pdf; UNHCR, “IDP Working Group: internally displaced persons in Iraq — update” (June 2008), pp. 1 and 17, available from www.unhcr.org/g/491956e32.pdf (٤٧٩)

Internal Displacement Monitoring Centre, “Gender-based violence”; available from www.internal-displacement.org/thematic/women (٤٨٠)

٦٣٦ - وفقا لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، بلغ عدد اللاجئين في جميع أنحاء العالم ذروته في عام ١٩٩٢ حيث وصل إلى ١٧,٨ مليون شخص. وبلغ في عام ٢٠١٢ نحو ١٥,٤ مليون لاجئ كانت أكبر مجموعة منهم من الأفغان (٢,٧ مليون لاجئ)، لتصبح بذلك باكستان وإيران البلدين اللذين لديهما أكبر تجمعات للاجئين داخل حدودهما. وكانت الأربعة بلدان الأخرى التي لديها أكبر عدد من اللاجئين هي الصومال والعراق والجمهورية العربية السورية والسودان. وقد تأثرت الأردن بشكل خاص بتدفق السوريين مؤخرا، بعد أن استوعبت موجات من اللاجئين العراقيين والفلسطينيين في السابق. وتوجد الأغلبية الساحقة من اللاجئين في العالم في المنطقة العربية. وبالإضافة إلى الأرقام المطلقة، فقد أعدت الأمم المتحدة تقييمات لأثر اللاجئين من خلال النظر إلى اللاجئين فيما يتعلق بالقدرة الاقتصادية. وباستخدام هذا المقياس، كانت باكستان البلد الأكثر تأثرا بتدفقات اللاجئين في عام ٢٠١٢، تليها إثيوبيا وكينيا^(٤٨١).

٦٣٧ - ويعاني اللاجئون من الكثير من مواطن الضعف نفسها التي يعاني منها المشردون داخليا، بما في ذلك الضعف المزدوج، التشرّد وفقدان سبل العيش والرفاه في نقاط الاستيطان. ونظرا لأن اللاجئين يتعرضون للاضطهاد في دولتهم ويفتقرون لحمايتهم، فإن بلدان المقصد تمثل حلا مجديا لحماية وتعزيز وضمان حقوقهم وكرامتهم الإنسانية. وينبغي أن تعزز الدول سبل الحماية والمساعدة المقدمة للمشردين داخليا واللاجئين، من خلال توفير الغذاء والمأوى والرعاية الصحية والتعليم والخدمات الاجتماعية في الأجل القصير، وتيسير إدماجهم في المجتمعات المحلية، أو عودتهم الطوعية، أو في حالة اللاجئين توطينهم في بلد ثالث في الأجل الطويل.

شروح حقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢٥

المشردون داخليا واللاجئون

الصكوك الملزمة: في عام ٢٠٠٩، اعتمد الاتحاد الأفريقي اتفاقية حماية ومساعدة المشردين داخليا في أفريقيا من أجل "إرساء إطار قانوني لمنع التشريد الداخلي، وتوفير الحماية والمساعدة للمشردين داخليا في أفريقيا".

ما خلصت إليه الهيئات الحكومية الدولية فيما يتعلق بحقوق الإنسان: اتخذ

(٤٨١) "Displacement, the new 21st century challenge". UNHCR. (انظر الحاشية ٣٩٠ أعلاه)

مجلس حقوق الإنسان قرارات سنوية بشأن حقوق الإنسان للمشردين داخلها، بما في ذلك القرار ٩/٢٠ بشأن حقوق الإنسان للمشردين داخلها (٢٠١٢) والقرارات بشأن "حقوق الإنسان والتزوح الجماعي" فيما يتعلق بكل من المشردين داخلها واللاجئين. واتخذت الجمعية العامة أيضا قرارات بشأن الأشخاص المشردين داخلها والتزوح الجماعي.

الصكوك القانونية غير الملزمة الأخرى: تتضمن المبادئ التوجيهية بشأن التشرد الداخلي (١٩٩٨) المجموعة الأكثر شمولاً من سبل حماية حقوق الإنسان الممنوحة للمشردين داخلها حتى الآن. وتتناول المبادئ احتياجات المشردين داخلها، وتحدد الحقوق ذات الصلة بحماية الأشخاص من التشريد القسري وتؤكد على "حمايتهم وتقديم المساعدة لهم خلال التشرد وكذلك أثناء العودة أو إعادة التوطين وإعادة الإدماج". وتتضمن مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بإعادة المساكن والممتلكات للاجئين والمشردين ("مبادئ بينهرو") (٢٠٠٥) المعايير المتعلقة بحقوق إعادة المساكن والأراضي والممتلكات إلى اللاجئين والمشردين. وعلى الصعيد الإقليمي يدعو قرار الجمعية العامة لمنظمة الدول الأمريكية ٢٢٢٩ (٢٠٠٦) الدول إلى التصدي لأسباب التشرد الداخلي، وتقديم المساعدة إلى المشردين داخلها تمثيلاً مع المبادئ التوجيهية. وبالمثل، فإن التوصية 6(2006) Rec الصادرة عن لجنة الوزراء في مجلس أوروبا تدعو إلى تطبيق المبادئ التوجيهية والصكوك الأخرى ذات الصلة على المشردين داخلها.

هاء - المكان والتنقل: المجالات الرئيسية للإجراءات في المستقبل

١ - وجوب تسليم الجهود الإنمائية بالتنوع المتزايد في الأسر المعيشية والترتيبات المعيشية ومراعاة ذلك

٦٣٨ - طرأت في السنوات العشرين الماضية تغيرات كبيرة على أنماط الزواج والطرق التي يتبعها الناس في تنظيم أنفسهم في أسر معيشية، مما أدى إلى ظهور أنواع من الأسر المعيشية أكثر تنوعاً، بما في ذلك ارتفاع ملحوظ في نسبة الأشخاص الذين يعيشون بمفردهم أو الذين يتزوجون متأخراً أو لا يتزوجون على الإطلاق، وازدادت امكانية اللجوء إلى الطلاق، وصار الأطفال يعيشون مع أحد الوالدين فقط. وتسفر هذه التغييرات عن تغير أساسي في كيفية تحقيق أهداف ضمان السكن اللائم والأمن، ورفاه الأسر المعيشية والأطفال، والدعم

الأسري، وتوفير الرعاية الطويلة الأجل للمسنين، والحماية الاجتماعية على نطاق أوسع، والاستهلاك المستدام واستخدام الطاقة. ولا تزال العديد من المجتمعات والنظم القانونية التقليدية موجهة نحو الهياكل الأسرية التي يعيّلها رجل على الرغم من هذه التغييرات الأساسية. وتعاني المرأة في جميع أنحاء العالم من القيود على حقوقها المتعلقة بالملكية بما في ذلك ملكية الأرض، الأمر الذي يؤدي ارتفاع نسبة الفقر في الأسر المعيشية التي تعيّلها امرأة، فضلا عن الحرمان من الإرث في العديد من البلدان، و/أو الاضطرار إلى الاعتماد على الأقارب في حالة الترمّل أو الطلاق.

٢ - وجوب تخطيط وبناء مدن مستدامة في العالم

٦٣٩ - يتزايد عدد سكان الحضر في العالم حاليا بمعدل يزيد عن ١,٣ مليون شخص كل أسبوع، وهذا النمو الذي لم يسبق له مثيل يعبر عن تطلعات الأشخاص لما هو أفضل، ويمثل فرصة بالغة الأهمية لتحقيق التنمية المستدامة، إذا ما وضعت السياسات المناسبة لذلك. وبفضل ميزات قرب السكان وتركيزهم وحجمهم في المناطق الحضرية يصبح من الأيسر على الدولة توفير الخدمات الصحية الأساسية وخدمات الرعاية والتعليم بتكلفة أقل، مع تحقيق الحد الأقصى من الكفاءة في الوقت نفسه في استخدام الطاقة والموارد. وتتيح المدن مزايا اقتصادية كبرى للعمل وتنظيم المشاريع، ومزايا مماثلة من أجل المشاركة والتمكين في المجالين الاجتماعي والسياسي. ومع ذلك، فإن تزايد عدم المساواة في المناطق الحضرية قد أدى إلى زيادة التهميش في المدن، بما في ذلك من خلال نمو الأحياء الحضرية الفقيرة، وإلى تفاقم التمدد العمراني والحد من قدرة الحكومة على كفالة سلامة سكان المدن. ومع نمو المدن، يتزايد الضغط على إدارة المناطق الحضرية، بما في ذلك إدارة حركة المرور، وتقديم الخدمات، والإسكان، مما يؤدي حتما إلى تأثر أفقر السكان أكثر من غيرهم. وليس التحدي الأكبر فيما يتعلق بالتوسع الحضري هو إبطاؤه، وهو ما ثبت فشله باستمرار، وإنما هو إتاحة جميع الفوائد المحتمل جنيها من للحياة الحضرية لجميع السكان، حاضرا ومستقبلا.

٣ - ينبغي أن يجعل المجتمع الدولي الهجرة تخدم التنمية ويكفل حقوق المهاجرين وأمنهم

٦٤٠ - ازداد العدد التقديري لمجموع المهاجرين الدوليين في العالم منذ عام ١٩٩٠، ولكن زيادة تنوع أنماط الهجرة كانت هي الأشد تأثرا، وهو ما يعني أن عددا متزايدا من البلدان أصبح متأثر بالهجرة. ويفوق حجم التحويلات الرسمية من المهاجرين كثيرا حجم المساعدة الإنمائية الرسمية، وهي تمثل جزءا حيويا من عملية التنمية. وينتمي المهاجرون اليوم إلى طائفة من الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية أوسع نطاقا من أي وقت مضى، وأصبح نصفهم تقريبا حاليا من النساء. وفي حين يستفيد الكثير من المهاجرين من الفرص الجديدة،

فإن آخرين، ولا سيما النساء المهاجرات، يقعون ضحايا الاتجار بالبشر، والاستغلال، والتمييز، والانتهاكات الأخرى. ولا تزال دعوة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى زيادة التعاون الدولي والإقليمي أو الثنائي هامة، وتتطلب بذل جهود حثيثة من أجل حماية واحترام وإعمال حقوق الإنسان للمهاجرين وتحقيق رفاههم، وخفض تكاليف الهجرة وتعزيز قاعدة المعارف المتعلقة بالمهاجرين والتصدي للمواقف والقيم التي تؤدي لوصم المهاجرين وتعيق المساهمات التي يقدمونها إلى البلدان الأصلية وبلدان العبور وبلدان المقصد.

٤ - انعدام الأمن المكاني خطر على الكرامة

٦٤١ - يجب إيلاء قدر أكبر من الاهتمام السياسي والديمقراطي للمحرومين من الأمن المكاني، بما في ذلك المشردون بسبب النزاع أو الكوارث الطبيعية، أو الذين هم في حالة لجوء، أو الذين يعيشون في مناطق النزاع، أو المقيمون في مساكن مؤقتة أو غير آمنة، والأشخاص الذين هم بدون مأوى. ويمثل انعدام الأمن المكاني خطراً على الكرامة، ويؤدي إلى التعرض على نحو غير متناسب لخطر العنف والفقر وتردي الحالة الصحية. والأشخاص الذين يعيشون في أماكن ينعدم فيها الأمن غالباً ما لا يتم احتسابهم، وبالتالي لا تعترف بهم الدولة، وذلك ما يزيد بوجه عام من هشاشة أوضاعهم المعيشية، بما في ذلك خطر استغلالهم وقيامهم بأعمال خطيرة. وتحسن تدريجياً تقديرات عدد الأشخاص الذين يعيشون في أماكن ينعدم فيها الأمن، ولكن يلزم زيادة تحسين الرصد واهتمام الديمغرافيين لتمكين الحكومات من توفير الحماية الاجتماعية والخدمات الصحية والأمن، وتحقيق الاندماج الاجتماعي الكامل في نهاية المطاف.

خامساً - الحوكمة والمساءلة

”ينبغي أن تعمل الحكومات ... على زيادة الوعي بمسائل السكان والتنمية وصوغ وتنفيذ وتقييم الاستراتيجيات والسياسات والخطط والبرامج والمشاريع الوطنية، التي تتناول مسائل السكان والتنمية، بما فيها الهجرة، وأن يكون ذلك جزءاً لا يتجزأ من عملية التخطيط والتنفيذ الإنمائية الشاملة القطاعية والمشاركة بين القطاعات. وينبغي عليها أيضاً أن تعزز وتعمل على ضمان توفير موارد بشرية كافية ومؤسسات مناسبة لتنسيق أنشطة السكان والتنمية وتنفيذها ورصدها وتقييمها والاضطلاع بها“.

(برنامج عمل المؤتمر، الفقرة ١٣-٥)

الإجراءات

٥-١٢ ينبغي للحكومات أن تعمل، بمشاركة فعالة من البرلمانيين، والهيئات المنتخبة محليا، والمجتمعات المحلية، والقطاع الخاص، والمنظمات غير الحكومية والمجموعات النسائية، على زيادة الوعي بمسائل السكان والتنمية وصوغ وتنفيذ وتقييم الاستراتيجيات والسياسات والخطط والبرامج والمشاريع الوطنية التي تتناول مسائل السكان والتنمية، بما فيها الهجرة، وأن يكون ذلك جزءاً لا يتجزأ من عملية التخطيط والتنفيذ الإنمائية الشاملة القطاعية والمشاركة بين القطاعات. وينبغي عليها أيضاً أن تعزز وتعمل على ضمان توفير موارد بشرية كافية ومؤسسات مناسبة لتنسيق أنشطة السكان والتنمية وتنفيذها ورصدها وتقييمها، والاضطلاع بها.

”ينبغي أن تعمل الحكومات والمجتمع المدني على الصعيد الوطني ومنظومة الأمم المتحدة من أجل تعزيز وتوطيد تآزرها وتعاونها، بهدف التشجيع على إيجاد بيئة مواتية للشراكات من أجل تنفيذ برنامج العمل. وينبغي للحكومات ومنظمات المجتمع المدني وضع نظم لزيادة الشفافية وتقاسم المعلومات بغية تحسين مساءلتها“.

(الإجراءات الرئيسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة ٧٨)

٧٨ - وينبغي للحكومات والمجتمع المدني على الصعيد الوطني ومنظومة الأمم المتحدة العمل من أجل تعزيز وتوطيد تآزرها وتعاونها بهدف التشجيع على إيجاد بيئة تمكينية مواتية للشراكات من أجل تنفيذ برنامج العمل. وينبغي للحكومات ومنظمات المجتمع المدني وضع نظم لزيادة الشفافية وتقاسم المعلومات بغية تحسين مساءلتها.

”ينبغي أن تقوم الحكومات ... بتعزيز قدرتها الوطنية على الاضطلاع ببرامج مستمرة وشاملة لجمع البيانات السكانية وتحليلها ونشرها واستخدامها“ (برنامج عمل المؤتمر، الفقرة ١٢-٣)

الإجراءات

٢٠٢ ينبغي لحكومات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، أن تقوم، بمساعدة مناسبة من خلال التعاون الثنائي والمنظمات الدولية، وعند الاقتضاء من خلال التعاون الأقليمي والإقليمي ودون الإقليمي، بتعزيز قدرتها الوطنية على الاضطلاع ببرامج مستمرة وشاملة لجمع البيانات السكانية والإنمائية وتحليلها ونشرها واستخدامها. وينبغي إيلاء اهتمام خاص لرصد الاتجاهات السكانية وإعداد الإسقاطات الديمغرافية ورصد التقدم المحرز في تحقيق أهداف الصحة والتثقيف والانصاف بين الجنسين والأعراق والفئات الاجتماعية، وسهولة الوصول الى الخدمات ونوعية الرعاية، على نحو ما هو مبين في برنامج العمل.

٦٤٢ - شهد العالم تحولات هامة في مجال توزيع السلطة والقيادة منذ عام ١٩٩٤، مع الاعتراف المتزايد بأهمية وقوة تعدد الجهات الفاعلة الإقليمية، والوطنية والمحلية، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص، وسائر الجهات الفاعلة من غير الدول. وقد تغيرت طريقة فهم الحكومة من التركيز أساساً على الدولة، إلى الاعتراف بالأهمية الحاسمة للشراكات لغرض

الحوكمة، وإلى أي مدى تدعم الشراكات بين أصحاب المصلحة التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية الأساسية، أهداف الكرامة الإنسانية وحقوق الإنسان والمساواة والاستدامة، أو تزيد ابتعادا عن تحقيقها^(٤٨٢).

٦٤٣ - والدول مسؤولة عن وضع وتنفيذ قوانين وسياسات وبرامج تتسم بالشفافية، وذات أهداف ونقاط مرجعية واضحة، وتخصيص اعتمادات كافية لها في الميزانية، فضلا عن تصميم نظم لرصدها وتقييمها. ومن الضروري أن يستند رصد وتقييم تنفيذ القوانين والسياسات والبرامج إلى معلومات وبيانات موثوقة وشاملة وشفافة ويمكن الوصول إليها. ولا تزال الكثير من البيانات القائمة تستخدم استخداما ناقصا، ولا سيما في العالم النامي، ولا يستعان بها على نحو ملائم في التخطيط والميزنة والتقييم لأغراض التنمية، بما يتطلب استثمارات جديدة في مجال تعزيز القدرات.

٦٤٤ - وتتطلب المساءلة، بوصفها حجر الزاوية للحوكمة، وجود قيادة وطنية، ومؤسسات حكومية فعالة وقوانين وسياسات ومؤسسات وإجراءات تطبيقية، من أجل مشاركة السكان مشاركة حرة ونشطة ومستنيرة ومجدية ودون تمييز. وتمثل المساءلة تحولا من الاحتياجات إلى الحقوق التي من حق جميع الأفراد التمتع بها، وهو ينطوي على إمكانية تحقيق تغير في علاقات القوة بين الرجل والمرأة، وبين مقدمي الخدمات والمستخدمين، وبين الحكومات والمواطنين. والدول ملزمة باحترام حقوق الإنسان وحمايتها وإعمالها. وعلاوة على ذلك، ينبغي أن تكون هناك آليات للجبر والانتصاف عندما تنتهك حقوق الأفراد أو تتعرض للانتهاك.

٦٤٥ - وحقق المؤتمر الدولي للسكان والتنمية زخما لإنشاء وتجديد مؤسسات تتولى معالجة مسألة السكان والتنمية المستدامة، وتلبية احتياجات المراهقين والشباب، وتمكين المرأة والمساواة بين الجنسين. وقد شهدت السنوات العشر الماضية زيادة قابلة للقياس في المشاركة الرسمية للمستفيدين المستهدفين في تخطيط وتقييم الاستثمارات ذات الصلة بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وذلك من خلال الاعتراف بالشبكات الواسعة للمجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية وإدماجها.

٦٤٦ - وقد شهدت الموارد المخصصة للتنمية تحولا جذريا، بسبب أزمة فيروس نقص المناعة البشرية، والتزامات المانحين إزاء الأهداف الإنمائية للألفية، والأزمة الاقتصادية لعام ٢٠٠٨، وظهور أشكال جديدة من الحكومات المانحة فضلا عن الجهات المانحة من الأفراد والمؤسسات ذات التأثير القوي. وتأثرت إلى حد كبير تدفقات الموارد لغرض تمويل الجهود المبذولة في إطار المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، كما تأثرت خطة التنمية بمصادر التمويل الجديدة.

Report of the Secretary-General entitled "A life of dignity for all: accelerating progress towards the Millennium Development Goals and advancing the United Nations development agenda beyond 2015" (٤٨٢) (A/68/202); report of the United Nations system task team on the post-2015 United Nations development agenda entitled "Realizing the future we want for all" (2012).

٦٤٧ - وهذه التغييرات - المتمثلة في التكامل المتزايد بين الديناميات السكانية في مجال التخطيط الإنمائي، وزيادة المشاركة والتعاون في السياسات الإنمائية، والتغير في تدفقات الموارد، وتزايد نظم المساءلة العالمية المتعلقة بحقوق الإنسان والتنمية - تتيح إمكانية جعل الحوكمة فيما بعد عام ٢٠١٤ أكثر استنادا إلى الأدلة وأكثر شفافية ومساءلة وفعالية.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢٦

الحكم الرشيد

الاتفاقات الحكومية الدولية: اتخذت لجنة حقوق الإنسان مجموعة من القرارات بشأن العلاقة بين الحوكمة وحقوق الإنسان، بما في ذلك القرار ٢٠٠٥/٢٨ بشأن دور الحوكمة الرشيدة في تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها (٢٠٠٥) الذي تحث فيه الدول على توفير "حكم يتسم بالشفافية والمسؤولية ويكون خاضعا للمساءلة وقائما على المشاركة، ويتسم بحسن الاستجابة لاحتياجات الشعب وتطلعاته، بما في ذلك أفراد الفئات الضعيفة والمهمشة، ويحترم ويحمي استقلال القضاة والمحامين من أجل تحقيق الأعمال الكاملة لحقوق الإنسان" وتعترف "بضرورة أن تكفل الحكومات تقديم الخدمات إلى جميع أفراد الجمهور بطريقة تتسم بالشفافية والمساءلة يجري تكييفها مع الاحتياجات الخاصة للسكان وتعزز حقوق الإنسان وتحميها".

الصكوك القانونية غير الملزمة الأخرى: في التعليق العام رقم ١٢ بشأن الحق في الغذاء الكافي (١٩٩٩)، أشارت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى أن "الحوكمة الرشيدة عامل أساسي لإعمال جميع حقوق الإنسان، بما في ذلك القضاء على الفقر وضمان سبل العيش المرضية للجميع" [الفقرة ٢٣]. ويسلط التعليق العام رقم ١٠ (١٩٩٨) للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الضوء على دور المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان في مجال حماية الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ويقدم التعليق العام رقم ٩ (١٩٩٨) للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بشأن التطبيق المحلي للعهد الدولي، شرحا أكثر استفاضة لنظم الحوكمة وآليات المساءلة اللازمة لكفالة الأعمال الفعال للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

ألف - إنشاء مؤسسات حكومية ذات صلة ببرنامج العمل

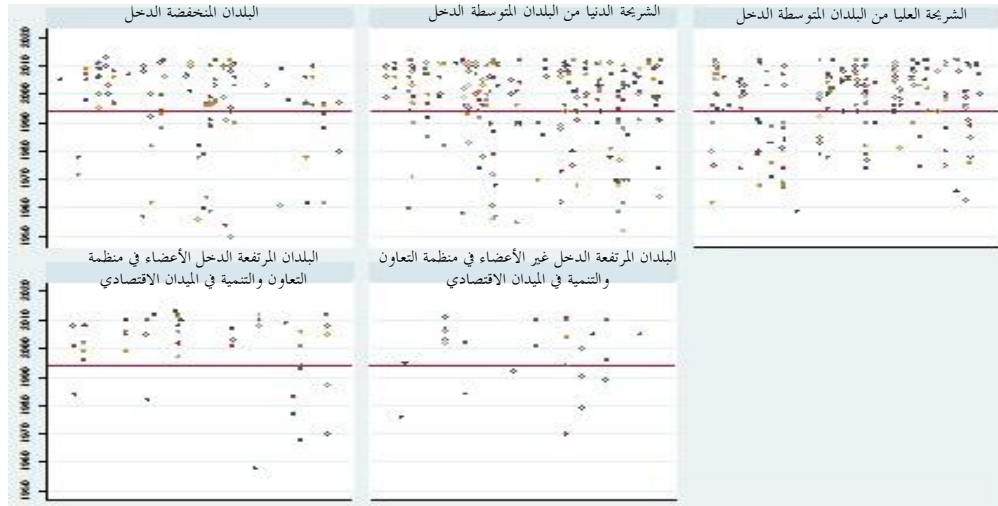
٦٤٨ - دعا برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الحكومات إلى كفالة المؤسسات الملائمة للاضطلاع بتخطيط الأنشطة السكانية والإئتمانية وتنفيذها ورصدها وتقييمها. وتضمنت الدراسة الاستقصائية العالمية أسئلة موجهة للحكومات لمعرفة ما إذا كانت قد "أنشأت كيانات مؤسسية لمعالجة القضايا ذات الصلة بالتفاعل بين السكان والتنمية". وأشار برنامج العمل إلى أحد عشر مجالاً، هي الديناميات السكانية والتنمية المستدامة؛ والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة؛ وكبار السن؛ والمراهقون والشباب؛ والأشخاص ذوو الإعاقة؛ والسكان الأصليون؛ والتحضر والهجرة الداخلية؛ والهجرة الدولية؛ والأسرة؛ والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية؛ والتعليم.

٦٤٩ - وطلب إلى البلدان تحديد السنة التي أنشئت فيها هذه المؤسسات. وفي أغلب الحالات، أبلغت الحكومات عن طائفة واسعة من المؤسسات، أنشئت على مدى الفترة الممتدة ما بين الـ ٣٠ والـ ٥٠ سنة الماضية، وأنشئ بعضها في وقت يعود تاريخه إلى ما قبل منتصف القرن الماضي.

٦٥٠ - وكان التوسع المؤسسي ملحوظاً في التسعينات من القرن الماضي بالنسبة لثلاثة من المواضيع الأحد عشر أي الديناميات السكانية والتنمية المستدامة؛ والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، والمراهقون والشباب، ويُفهم من ذلك أن مؤتمر عام ١٩٩٤ والمؤتمرات ذات الصلة مثل مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية (١٩٩٢)، والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة (١٩٩٥) قد نتج عنها توسيع المؤسسات ذات الصلة بالتنمية في البلدان أو إعادة هيكلتها. وتوضح الأشكال ٥٢ و ٥٣ و ٥٤ هذه الاتجاهات. وتم تجميع البلدان في فئات صنفها البنك الدولي بحسب الدخل، وبالنسبة لكل فئة دخل تمثل الدائرة الفارغة إحدى المؤسسات وتمثل قمة الدائرة العام الذي أنشئت فيه المؤسسة. وترد المؤسسات من نفس البلد متحاذاة رأسياً. ويشير الخط الأفقي إلى عام ١٩٩٤، اعترافاً بأن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لم يكن سوى واحد من عدة مؤتمرات دولية ركزت على التنمية خلال التسعينات من القرن الماضي. ويتعين الحكم على إنشاء المؤسسات أو إعادة تشكيلها حسب الظاهر، لأن البيانات لا تتضمن أية إشارة إلى ميزانية المؤسسة المدرجة في القائمة، أو قوتها العاملة أو ولايتها.

الشكل ٥١

المؤسسات المنشأة لمعالجة مسائل السكان، والنمو الاقتصادي المطرد، والتنمية المستدامة، حسب فئة الدخل التي تنتمي إليها البلدان، وسنة إنشائها



المصدر: الدراسة الاستقصائية العالمية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ (٢٠١٢).

الشكل ٥٢

المؤسسات المنشأة لتلبية احتياجات المراهقين والشباب، حسب فئة الدخل التي تنتمي إليها البلدان، وسنة إنشائها



المصدر: الدراسة الاستقصائية العالمية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ (٢٠١٢).

الشكل ٥٣

المؤسسات المنشأة لمعالجة مسألة المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، حسب فئة الدخل التي تنتمي إليها البلدان، وسنة إنشائها

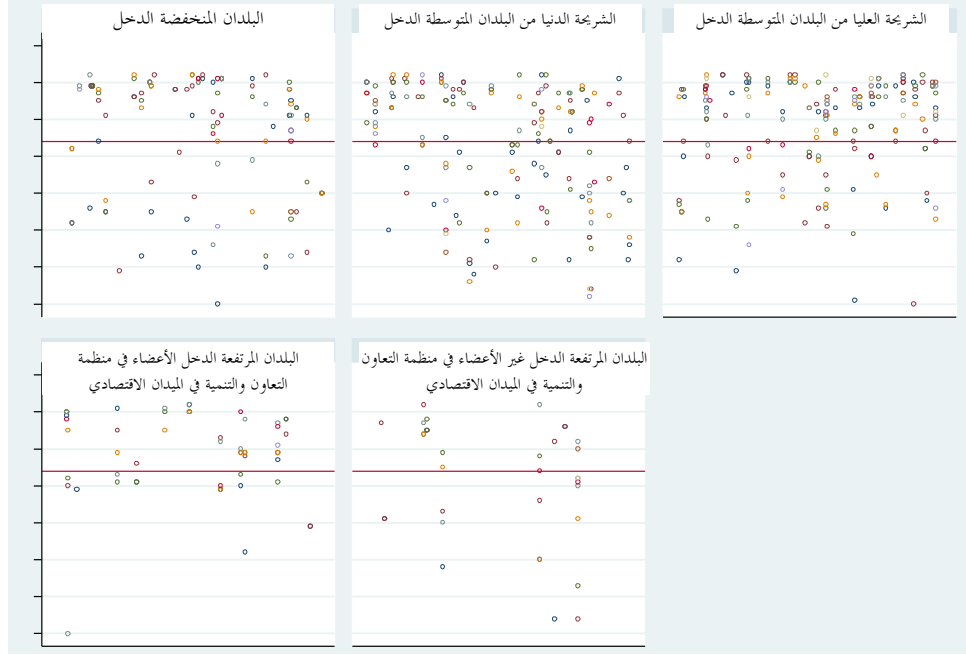


المصدر: الدراسة الاستقصائية العالمية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ (٢٠١٢).

٦٥١ - وبوجه عام، تشير الدلائل إلى تحقيق المزيد من النمو النسبي في المؤسسات الحكومية التي تعالج مسائل المساواة بين الجنسين والمراهقين والشباب، والسكان والتنمية المستدامة منذ التسعينات من القرن الماضي، بيد أن هذا التجميع للمؤسسات المنشأة حديثاً ليس واضحاً في حالة المواضيع الثمانية الأخرى. ويعد موضوع التعليم مثلاً على المواضيع التي ذكرت الحكومات إنشاء مؤسسات خاصة بها خلال النصف الثاني من القرن العشرين والعقد الأول من القرن الحادي والعشرين (انظر الشكل ٥٥ أدناه)، مع عدم وجود تجميع واضح منذ التسعينات من القرن الماضي.

الشكل ٥٤

المؤسسات المنشأة لمعالجة مسألة التعليم، حسب فئة الدخل التي تنتمي إليها البلدان،
وسنة إنشائها



المصدر: الدراسة الاستقصائية العالمية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ (٢٠١٢).

٦٥٢ - وتشير المخططات البيانية إلى أن البلدان النامية أضفت المزيد من الطابع المؤسسي على عملها، مقارنة بالبلدان الأكثر غنى، مما يدل على أن البلدان النامية ربما لم يكن لديها مؤسسات مكرسة للشباب أو تمكين المرأة أو استخدام التخطيط السكاني قبل التسعينات، في حين ربما تكون البلدان الأغنى قد أنشأت هذه المؤسسات من قبل (أو قامت بإدماجها). والمؤسسات مفيدة، ولكنها ليست كافية لتحقيق التنمية في المجالات الجديدة. وسوف لا يتطلب إحراز تقدم في إدماج الديناميات السكانية، في التخطيط الإنمائي على الصعيدين الوطني ودون الوطني على سبيل المثال، مجرد وجود مؤسسات مختصة، ولكنه سيتطلب أيضا توفير القدرات اللازمة من أجل تحقيق الفعالية في توليد البيانات السكانية واستخدامها في قطاعات متعددة.

٦٥٣ - وينبغي أن تقوم الدول بإنشاء وتعزيز المؤسسات من أجل كفاءة توفير القدرات اللازمة على الإدماج الفعلي للديناميات السكانية في التخطيط الإنمائي، على أساس

نهج قائم على حقوق الإنسان، فضلا عن الكفاءة والمساءلة، بما في ذلك كفالة التنسيق الفعال لجميع الهيئات الاجتماعية وهيئات التخطيط ذات الصلة.

باء - تعزيز قطاع المعارف ذات الصلة بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية

٦٥٤ - لا يمكن تحقيق التنمية المستدامة بدون الإدارة القائمة على الأدلة. وتتطلب الحوكمة الفعالة إحصاءات دقيقة لرصد التقدم المحرز، وإخضاع القادة للمساءلة عن الأنشطة التي يضطلعون بها وما يحققونه من إنجازات. وبفضل الاستثمار في القدرات الإحصائية في مجال علم السكان، أو الصحة العامة، أو حقوق الإنسان، أو الهجرة، أو النمو الاقتصادي، أو العمالة أو تغير المناخ يصبح من الممكن فهم الصلات بين هذه المجالات وتأثيرها على التنمية المستدامة، تحديد شكل عملية وضع السياسة العامة.

٦٥٥ - ولمعالجة تفاقم انعدام المساواة داخل البلدان، واستهداف الفئات السكانية الضعيفة على نحو أفضل، وكفالة تمتع الجميع بمنافع التنمية، تزداد الحاجة أكثر فأكثر إلى البيانات والإسقاطات على الصعيدين دون الوطني والمحلي. وتقع مسؤولية ذلك في المقام الأول على عاتق المكاتب الإحصائية الوطنية، المسؤولة عن مجموعة واسعة النطاق من البيانات التي تشمل التعدادات والدراسات الاستقصائية، وتسجيل الإحصاءات الحيوية، والنظم الإدارية التي يمكن على أساسها رصد المؤشرات الإنمائية. ولم يتحقق خلال العقد الماضي هدف برنامج العمل الذي ركز على إدماج البيانات السكانية في التخطيط الإنمائي (الفقرة ٣-٤)، وذلك بالرغم من الشرح الوافي له في برنامج العمل وأهميته في كفالة تحقيق التنمية دون أي تمييز. ولم تكن هناك حركة اجتماعية واضحة المعالم تساند هذه الخطة التي يغلب عليها الطابع التقني على مستوى النظم، وكان الزخم اللازم لإنشاء مراكز أكاديمية ومراكز فكرية ووزارات أو إدارات حكومية فعالة، غير منتظم في أحسن الأحوال. وهناك حاجة إلى تقوية الروابط بين المكاتب الإحصائية الوطنية والباحثين الأكاديميين، والوزارات (وزارات الصحة، والتخطيط، والمالية، والبيئة وغيرها). وبينما حققت المكاتب الإحصائية الوطنية أوجه تقدم كبيرة في جمع بيانات سكانية مصنفة خلال السنوات العشرين الماضية، يفتقر العديد من البلدان إلى قنوات لتوفير البيانات السكانية بصورة مباشرة للوزارات التنفيذية على أساس احتياجات محددة، كما لا توجد فيها بالتالي إمكانية لتحليلها أو شراكات قوية بين الباحثين الجامعيين والقادة الحكوميين.

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢٧

بناء قطاع المعارف

الصكوك الملزمة: تؤكد الصكوك الدولية لحقوق الإنسان على أهمية جمع البيانات والإحصاءات من أجل تخطيط البرامج القائمة على الأدلة. وعلى سبيل المثال، تنص المادة ٣١ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (٢٠٠٦)؛ دخلت حيز النفاذ في عام (٢٠٠٨) على أن "تقوم الدول الأطراف بجمع المعلومات المناسبة، بما في ذلك البيانات الإحصائية والبيانات المستخدمة في البحوث، لتمكينها من وضع وتنفيذ السياسات الكفيلة بإنفاذ هذه الاتفاقية وينبغي أن تمثل عملية جمع المعلومات والاحتفاظ بها للقواعد المقبولة دولياً لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية والمبادئ الأخلاقية في جمع الإحصاءات واستخدامها. وتصنف المعلومات التي يتم جمعها وفقاً لهذه المادة، حسب الاقتضاء".

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان: اعتمد مجلس حقوق الإنسان قرارات بشأن حرية التعبير، بما في ذلك حرية المعلومات. ففي القرار ١٦/١٢ بشأن حرية الرأي والتعبير (٢٠٠٩)، أكد المجلس أهمية الاحترام التام لحرية التماس المعلومات وتلقيها ونقلها للغير، بما في ذلك الأهمية الأساسية للوصول إلى المعلومات، والمشاركة الديمقراطية، والمساءلة، ومكافحة الفساد.

محصلات أخرى لأعمال الهيئات الحكومية الدولية: يدعو الهدف الاستراتيجي ٣- من منهاج عمل بيجين (١٩٩٥) إلى توليد ونشر المعلومات والبيانات المصنفة حسب نوع الجنس "في مجال التخطيط والتقييم" ويدعو الأمم المتحدة إلى "تعزيز وضع طرق للسعي إلى تحسين وسائل جمع وتصنيف وتحليل البيانات التي قد تكون متصلة بحقوق الإنسان للمرأة؛ بما في ذلك العنف ضد المرأة لتستخدمها، جميع هيئات الأمم المتحدة المعنية".

الصكوك القانونية الأخرى غير الملزمة: تسلط المبادئ التوجيهية المتعلقة بالفقر المدقع وحقوق الإنسان (٢٠١٢) الضوء على أنه "ينبغي أن تضمن الدول مراعاة البيانات الموبوءة والمعلومات المحدثة المتعلقة بالفقر في وضع وتنفيذ السياسات العامة، بما فيها التدابير المتعلقة بالميزانية والتدابير الضريبية".

١ - التسجيل المدني

٦٥٦ - التسجيل المدني وما ينجم عنه من إحصاءات حيوية من المنافع العامة الأساسية التي يستفيد منها الأفراد وتيسر إقامة الحكم الرشيد. والتسجيل المدني هو التسجيل الإلزامي والدائم والمتواصل والشامل لوقوع الأحداث الحيوية وخصائصها. ومن خلال التسجيل الرسمي للمواليد، والوفيات، والزواج، والطلاق والتبني، يزود التسجيل الرسمي للأفراد باعتراف موثق بهويتهم القانونية، وعلاقاتهم الأسرية، وجنسياتهم وما يترتب على كل ذلك من حقوق. وهذه السجلات في معظم البلدان هي أيضا مصدر للإحصاءات الحيوية، التي تُخدم احتياجات جميع القطاعات الإنمائية تقريبا من التخطيط والرصد، بما في ذلك قطاع الصحة.

٦٥٧ - وقد أدى اعتراف الجمعيات الدولية للتنمية وحقوق الإنسان بأهمية الهوية القانونية إلى زيادة أهمية تسجيل المواليد باعتباره مسألة من مسائل حقوق الإنسان. وفي حين حققت أكثر البلدان تقدما التغطية الشاملة لتسجيل المواليد لا يسجل في أقل البلدان نمواً، سوى ثلث المواليد تقريبا، بالرغم من زيادة التسجيلات بنسبة تقارب ٣٠ في المائة منذ عام ٢٠٠٠^(٤٨٣). ويبلغ تسجيل المواليد^(٤٨٤) أدنى مستوياته في جنوب آسيا (حيث لا يُسجل سوى ٣٩ في المائة من المواليد) وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (٤٤ في المائة) إذ تنخفض معدلات تسجيل المواليد إلى ما دون ١٠ في المائة في إثيوبيا، والصومال، وليبيريا^(٤٨٣). وفي البلدان التي تعاني من نقص في تسجيل المواليد فإن المناطق الريفية، فإن الأسر الفقيرة هي المتضرر الأكبر^(٤٨٣). وعلى سبيل المثال، يمكن أن يرتفع الفرق في تسجيل المواليد بين المناطق الحضرية والريفية إلى أكثر من ٤٠ نقطة مئوية في غينيا والنيجر، بينما يمكن أن يصل هذا الفرق إلى ما يزيد على ٥٠ نقطة مئوية بين أغنى خمس وأفقر خمس من السكان في جمهورية تنزانيا المتحدة، والسودان، وغينيا، وموريتانيا، ونيجيريا.

٦٥٨ - وغالبا ما تؤثر المشاكل المحيطة بالتسجيل المدني على نحو غير متناسب في المرأة. فعلى سبيل المثال، فإن المرأة، التي تواجه صعوبات في تسجيل مواليد أطفالهن بسبب عدم وجود قريب من الذكور يقوم بذلك، لا يستطيعن في كثير من الأحيان المطالبة بدعم مالي واجتماعي لأطفالهن فضلا عن المطالبة بالجنسية. وحددت البحوث التي أجريت بتكليف من

^(٤٨٣) UNICEF, *Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration* (New York, 2013), pp. 40-43.

^(٤٨٤) يُحسب تسجيل المواليد كنسبة مئوية من الأطفال دون سن الخامسة الذين كانوا مسجلين في وقت الدراسة الاستقصائية. ويشمل بسط كسر هذا المؤشر الأطفال الذين اطلع القوائم بالمقابلة على شهادة ميلادهم أو شهدت أمهاتهم أو القوائم على رعايتهم بأن مولدهم قد سُجل.

منظمة الخطة الدولية قوانين تمييزية تمنع المرأة من تسجيل طفلها وحدها و/أو منح جنسيتها لأنها أو ابنتها. وتبين الدراسة أيضا أن التمييز يحدث في الممارسة العملية، حتى عندما تكون التشريعات محايدة جنسانيا^(٤٨٥). وعلى سبيل المثال، ففي البرازيل، والجمهورية الدومينيكية، وإكوادور، والهند، ونيبال، وباكستان، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، والسودان، ينص القانون على أنه إذا حدثت الولادة في المنزل، فإن المسؤولية الرئيسية عن تسجيل الطفل تقع على عاتق رب الأسرة. وفي معظم الحالات، يكون رب الأسرة هو الزوج، أو الأب أو أحد الأقارب الذكور في حالة النساء غير المتزوجات، ونادرا ما تكون المرأة نفسها ربة الأسرة، وبالتالي فقد تواجه صعوبات في تسجيل طفلها. وأقر العديد من الدراسات أيضا بأهمية التسجيل المدني من أجل التمكن من الحصول على الخدمات في حالات النزاع أو الكوارث. وتواجه النساء والأطفال الباقون على قيد الحياة تحديات خاصة في إثبات هويتهم ما دام تحديد الهوية يتم في المقام الأول عن طريق أفراد الأسرة الذكور^(٤٨٦).

٦٥٩ - ونظم التسجيل المدني التي تتسم بالتغطية الشاملة والاستمرارية هي مصدر من مصادر الإحصاءات الحيوية لا تدانيه أساليب جمع البيانات الأخرى. ومع ذلك، فبيما يتعلق بعدد بلدان العالم التي تقدم إحصاءات دقيقة قائمة على التسجيل المدني الشامل، لم يتحقق سوى تحسن طفيف على مدى الثلاثين عاما الماضية^(٤٨٧). وحاليا فمن بين ١٩٣ دولة عضوا في الأمم المتحدة ليس هناك سوى ١٠٩ دول (٥٦ في المائة) لديها تغطية كاملة لتسجيل المواليد^(٤٨٨) (٩٠ في المائة أو أكثر) و ٩٩ دولة (٥١ في المائة) لديها تغطية

R. M. M. Wallace and others, *Mother to Child: How Discrimination Prevents Women Registering the Birth of their Child* (Plan International and Perth College, UHI Centre for Rural Childhood, 2009) (٤٨٥)

A. M. Azarian and M. Pelling, "Social resilience of post-earthquake Bam"; available from (٤٨٦) www.arber.com.tr/aesop2012.org/arkakapi/cache/absfilAbstractSubmissionFullContent1071.docx

P. W. Setel and others, "A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone", *The Lancet*, vol. 370, No. 9598 (2007), pp. 1569-1577; P. Mahapatra and others, "Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities", *The Lancet*, vol. 370, No. 9599 (2007), pp. 1653-1663 (٤٨٧)

(٤٨٨) يستند تقييم التغطية إلى تقارير الإبلاغ الذاتي عن جودة وتغطية الإحصاءات الحيوية المستمدة من التسجيل المدني في المكاتب الإحصائية الوطنية المقدمة إلى شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة، والمستكملة من خلال التقارير الذاتية أثناء حلقات العمل بشأن التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية التي تعقدتها شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة. وعند عدم توافر معلومات الإبلاغ الذاتي، تتم الاستعانة بمصادر إضافية، بما في ذلك مصادر المعهد الدولي لتسجيل وإحصاء الأحوال المدنية، واليونيسيف (الدراسة الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات)، وبرنامج الاستقصاءات الديمغرافية والصحية التابع لمؤسسة الخدمات الاستشارية و/أو منظمة الصحة العالمية.

كاملة لتسجيل الوفيات^(٤٨٩). وتفرد أوروبا باعتبارها المنطقة الوحيدة التي يتم فيها تسجيل المواليد والوفيات تسجيلًا كاملاً. وعلى النقيض من ذلك، ليس هناك سوى ١٠ بلدان في أفريقيا لديها تغطية كاملة للمواليد (١٩ في المائة من ٥٤ بلداً في المنطقة) و ٥ بلدان لديها تغطية كاملة للوفيات (٩ في المائة). وأما في باقي المناطق، فتتراوح نسبة البلدان التي تقوم بالتسجيل الكامل للمواليد والوفيات ما بين أقل من النصف إلى أقل من الثلثين.

٦٦٠ - وعلاوة على ذلك، يقل عدد بلدان العالم التي تقدم بيانات دقيقة عن أسباب الوفيات استناداً إلى نظام التسجيل المدني. وعلى سبيل المثال، يتبين من تحليل مدى توافر البيانات في الفترة بين عامي ١٩٩٦ و ٢٠٠٥^(٤٩٠) أن ١٣ في المائة فقط من بلدان العالم قادرة على توفير بيانات عالية الجودة عن أسباب الوفاة (تُعرف على أساس اكتمالها بنسبة تتراوح بين ٩٠ و ١٠٠ في المائة واستخدام التصنيف الدولي الأخير للأمراض، وأقل من ١٠ في المائة من المؤشرات غير المحددة تحديداً جيداً المتعلقة بسبب الوفاة). وعلى سبيل المقارنة، لم تبلغ ٧٢ في المائة من البلدان منظمة الصحة العالمية بالبيانات المتعلقة بأسباب الوفاة أو كانت البيانات المبلغة متدنية النوعية أو محدودة الفائدة. أما الـ ١٥ في المائة المتبقية من البلدان فتتوفر لديها بيانات متوسطة النوعية عن أسباب الوفاة.

٦٦١ - وفي البلدان التي لا يوجد بها نظم كافية للتسجيل المدني، تم ملء الثغرات في البيانات المتعلقة بالمواليد، والوفيات وأسباب الوفاة في السنوات العشرين الماضية عن طريق تقديرات أو استقرارات مستقاة من استقصاءات الأسر المعيشية، والتعدادات السكانية ومواقع الرصد الديمغرافي. وقد اعتبرت هذه النظم البديلة لجمع البيانات بدائل مؤقتة معقولة للتسجيل المدني، باستثناء تقييم أسباب الوفاة. ومع ذلك، فهي لا تصلح لأن تكون بديلاً على المدى الطويل عن وضع نظم وطنية للتسجيل المدني الكامل بإمكانها أن توفر، حاضراً ومستقبلاً، بيانات على أعلى مستوى من التصنيف لأغراض تسيير العمل الحكومي^(٤٩١).

(٤٨٩) يستند هذا التحليل إلى بيانات من شعبة الإحصاءات، ٢٠١٢. انظر الموقع http://unstats.un.org/unsd/demographic/CRVS/CR_coverage.htm

(٤٩٠) Mahapatra and others, "Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities"

(٤٩١) K. Hill and others, "Interim measures for meeting needs for health sector data: births, deaths, and causes of death", *The Lancet*, vol. 370, No. 9600, pp. 1726-1735; United Nations, Statistics

.Division, *Principles and Recommendations for a Vital Statistics System: Revision 3* (forthcoming)

٢ - التعدادات السكانية

٦٦٢ - التعداد السكاني هو المصدر الرئيسي للمعلومات الخاصة بحجم السكان في أي بلد من البلدان وتوزيعهم وخصائصهم، ويوفر أساساً لحساب التقديرات والتوقعات المرتبطة بمجموعة متنوعة من المؤشرات اللازمة لوضع السياسات والتخطيط والإدارة في جميع قطاعات التنمية. ويمكن أن يوفر التعداد السكاني البيانات على أصغر المستويات الجغرافية ويمكنه أيضاً، بجانب استقصاء الأسر المعيشية، أن يوفر إحصاءات عن الوقائع الحيوية في البلدان التي ليس بها نظم سجلّ مدني مكتملة^(٤٩٢).

٦٦٣ - ويغطي التعداد السكاني مجموعة متنوعة من المواضيع. ففي جولة تعداد عام ٢٠١٠، جمّعت بيانات عن الخصائص الديمغرافية الأساسية المتعلقة بالسن والجنس والحالة الزوجية والمشاركة في القوة العاملة والمهنة، في جميع البلدان التي تُجري تعدادات سكانية أو في غالبيتها العظمى^(٤٩٣). وغطت التعداد في غالبية البلدان الهجرة أيضاً، فقد ارتفعت نسبة البلدان التي أدرجت أسئلة بشأن الهجرة الدولية في مقابل البلدان التي سألت عن الهجرة الداخلية فحسب. وحظيت خصائص التعليم العالي بمكانة عالية في التغطية، حيث جمّعت غالبية البلدان في جميع المناطق بيانات عن الانتظام في الدراسة والتحصيل العلمي، وجمّعت غالبية البلدان في أفريقيا وأمريكا الجنوبية وآسيا بيانات عن محو الأمية. وباستثناء أوروبا، جمّعت غالبية البلدان في جميع المناطق بيانات عن حالة العجز.

٦٦٤ - وسجلت تغطية التعدادات لموضوعي الخصوبة والوفيات أدنى مستوى لها في أوروبا وأعلى مستوى لها في أفريقيا، مما يعكس الاختلافات بين المناطق في مدى إتاحة الإحصاءات عن الوقائع الحيوية من السجلّ المدني. فبالنسبة لمثلًا لموضوع البيانات المتعلقة بالوفيات في الأسر المعيشية خلال الأشهر الاثني عشر السابقة للتعداد، وهو موضوع مرتبط بالوفيات النفاسية، كانت التغطية في أفريقيا هي الأفضل (٧٤ في المائة من بلدانها) وتلتها آسيا

(٤٩٢) الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة الإحصاءات، ٢٠٠٨. المبادئ والتوصيات المتعلقة بتعدادات السكان والإسكان، التنقيح ٢. وورقات إحصائية المجموعة ميم، العدد ٧٦، التنقيح ٢ الأمم المتحدة: نيويورك عام ٢٠٠٨ ST/ESA/STAT/SER.M/67/Rev.2.

(٤٩٣) استند التقييم إلى التحليل الذي أجرته شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة لعدد ١٢٤ استبياناً من استبيانات التعداد (التي يغطي معظمها البلدان التي تُجري تعدادات تقليدية)، على النحو المبين في الأمم المتحدة، ٢٠١٣. تنفيذ توصيات الأمم المتحدة بشأن مواضيع التعدادات السكانية في جولة عام ٢٠١٠. ورقة عمل أعدتها شعبة الإحصاءات بالأمم المتحدة لاجتماع فريق خبراء الأمم المتحدة بشأن تنقيح المبادئ والتوصيات المتعلقة بتعدادات السكان والمساكن. نيويورك، من ٢٩ تشرين الأول/أكتوبر - ١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣. ESA/STAT/AC.277/4.

(٤٨ في المائة من بلدها)، بينما لم يحظ هذا الموضوع بأي تغطية في أوروبا^(٤٤). ورغم أن بعض البلدان قد أدرج بالفعل أسئلة حول الوفيات النفاسية في تعدادها السكاني لعام ٢٠٠٠، فقد ارتفع بشدة عدد البلدان التي أدرجتها في جولة تعداد عام ٢٠١٠.

٦٦٥ - وبالنسبة لبرنامج التعداد العالمي لعام ٢٠١٠، أفادت شعبة الإحصاءات بأن ٧ دول فقط، من بين الدول الأعضاء في الأمم المتحدة البالغ عددها ١٩٣ عضواً، هي التي لم تُجر تعداداً للسكان أو لم تقدم معلومات بشأن خططها لإجراء التعداد (حتى ١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٣)، بينما كان بلغ ذلك العدد ٢٥ بلداً في جولة تعداد عام ٢٠٠٠. ووفقاً لدراسة أجرتها شعبة الإحصاءات بالأمم المتحدة (حزيران/يونيه) ٢٠١٣^(٤٥)، فقد تزايد استخدام منهجيات التعداد البديلة والتكنولوجيات المتطورة من أجل خفض التكاليف وتحسين جودة البيانات ودقتها الزمنية. فبالنسبة للتكنولوجيات المتطورة، كان أوسعها استعمالاً هو نظام المعلومات الجغرافية الذي يفيد جداً في رسم الخرائط. وبفضل زيادة قدرات هذا النظام بصورة سريعة وتسهيل الوصول إلى الصور، وإحداثيات نظام تحديد المواقع العالمي، فقد حدث تحسن ملحوظ في جودة الخرائط المُعدّة لاستخدامها في التعداد. وتُظهر نتائج الاستطلاع أن ٧٥ بلداً (٦٤ في المائة) استخدم نظام المعلومات الجغرافية في جولة تعداد عام ٢٠١٠. ويعتبر استخدام هذا النوع من التكنولوجيا هو الأكثر شيوعاً، لا سيما في أفريقيا وأمريكا الشمالية وآسيا. وتزايد أيضاً استخدام التكنولوجيا التي تساعد على سرعة نشر بيانات التعداد، بما في ذلك تكنولوجيا الترميز بمساعدة الحاسوب (٤٩ في المائة من البلدان)، والإنترنت (٤٣ في المائة)، والتعرف الضوئي على الحروف (٤٢ في المائة)، والتعرف الضوئي على العلامات (٣٣ في المائة) ووسائل أخرى للتصوير والمسح الضوئي (٣٨ في المائة)^(٤٦).

٦٦٦ - وكانت مسألة نشر البيانات هي أهم نقاط الضعف في جولة تعداد عام ٢٠٠٠، رغم ما ترتب عليها من آثار هامة على مستوى صنع السياسات العامة وجهود إدماج

(٤٩٤) المرجع نفسه.

(٤٩٥) مكتب الولايات المتحدة للتعداد، ٢٠١٣. تقييم منتصف العقد لبرنامج الأمم المتحدة العالمي لتعدادات السكان والمساكن لعام ٢٠١٠. ورقة معدة لاجتماع فريق خبراء الأمم المتحدة بشأن تنقيح المبادئ والتوصيات المتعلقة بتعدادات السكان والمساكن. نيويورك، من ٢٩ تشرين الأول/أكتوبر - ١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣. ESA/STAT/AC.277/1.

(٤٩٦) شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة، ٢٠١٣. لمحة عامة عن التجارب الوطنية المتعلقة بجولة عام ٢٠١٠ من البرنامج العالمي لتعدادات السكان والمساكن. البرنامج العالمي لتعدادات السكان والمساكن لعام ٢٠١٠. ويمكن الاطلاع عليه على الرابط التالي:

[Http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010_PHC/default.htm](http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010_PHC/default.htm)

الديناميات السكانية في عمليات التخطيط الإنمائي. وقد نُشرت بيانات التعداد في وسائط إعلامية متنوعة، من بينها الأقراص المدججة/أقراص الفيديو الرقمية، والصفحات الشبكية الثابتة، وقواعد البيانات المتاحة على الإنترنت، وأدوات رسم الخرائط على الصفحات الشبكية باستخدام نظام المعلومات الجغرافية، غير أن عدة بلدان نامية لم تتمكن من نشر نتائج التعداد في المجال العام بشكل كامل. ولا تزال المنشورات الورقية هي الوسيلة الرئيسية لنشر نتائج التعداد (٥٢ في المائة من البلدان)، تليها الصفحات الشبكية الثابتة (٢٨ في المائة)، وقواعد البيانات التفاعلية (١٤ في المائة). ففي المنطقة الأفريقية، يعتبر استخدام المنشورات الورقية أكثر الوسائل شيوعاً في غالبية الدول (٨٩ في المائة) تليها الصفحات الشبكية الثابتة بنسبة ٨ في المائة. وفي أوروبا، كان الترتيب معكوساً، حيث احتلت الصفحات الشبكية الثابتة (٣٩ في المائة) وقواعد البيانات التفاعلية (٣٦ في المائة) المركزين الأول والثاني قبل المنشورات الورقية (٢٢ في المائة). وفي أمريكا الجنوبية، استُخدمت قواعد البيانات التفاعلية في النسبة الأكبر من البلدان (٤٣ في المائة) لنشر بيانات التعداد، وتلتها الصفحات الشبكية الثابتة (٢٩ في المائة) ثم المنشورات الورقية والأقراص المدججة/أقراص الفيديو الرقمية بنسبة ١٤ في المائة لكل منهما^(٤٩٧).

٦٦٧ - وقد أثرت شواغل بشأن انخفاض عدد خبراء التعداد والديموغرافيين الذين تستعين بهم المكاتب الإحصائية الوطنية في البلدان النامية لإجراء التعدادات وتحليل نتائجها، وهي شواغل تستدعي إخضاعها لمزيد من التحليل.

٦٦٨ - وينبغي أن تعزز الدول قدرتها الوطنية على إنتاج البيانات المتعلقة بالديناميات السكانية ونشرها وتوظيفها بطريقة فعالة، بما في ذلك البيانات التي توفرها سجلات المواليد والوفيات، وتعدادات السكان، والاستقصاءات التي تُجرى دورياً بطريقة العينة التمثيلية. وينبغي الاهتمام بإتاحة فرص التدريب والتطوير الوظيفي لشباب الديموغرافيين في البلدان النامية، لا سيما فرص التدريب على استخدام التكنولوجيات الجديدة.

٦٦٩ - وينبغي أن تعزز الدول والمؤسسات الدولية جهودها من أجل تحسين توافر البيانات وجودتها وسهولة الحصول عليها، وإتاحة المزيد من البيانات السكانية والصحية والتنمية في المجال العام من أجل تسهيل تبادل المعارف واستخدامها.

٣ - الاستقصاءات

٦٧٠ - منذ السبعينات، تجلت أهمية استقصاء الأسر المعيشية الذي يركز على جمع البيانات الديموغرافية والصحية باعتباره مصدراً قيماً في الميدان الإنمائي، بفضل ما يوفره من بيانات سكانية بالغة الأهمية للبلدان التي ليس لديها نظام تسجيل موثوق للوقائع الحيوية.

٦٧١ - وبحلول الثمانينات، كانت الاستقصاءات الديمغرافية واستقصاءات الأسر المعيشية (التي كان يُطلق عليها في البداية الاستقصاء العالمي للخصوبة) قد أصبحت في الثمانينات أحد أهم مصادر البيانات في العالم والمتعلقة بالخصوبة وصحة الأم والطفل والتي يمكن مقارنتها على المستوى الوطني. ثم اتسع نطاق هذه الاستقصاءات ليشمل جمع بيانات جديدة عن النواتج الجنسية والإنجابية والجنسانية، بما فيها البيانات بشأن تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث، والمعارف والسلوكيات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية وغير ذلك من البيانات، وأصبحت تتضمن في بعض البلدان بيانات بشأن الشباب والرجال والنساء غير المتزوجات، بل وحتى المؤشرات الحيوية الصحية. وبالمثل، فإن الاستقصاءات العنقودية متعددة المؤشرات توفر بيانات عن حالة الأطفال والنساء يمكن مقارنتها على المستوى الدولي، بحيث تتكامل تغطية الاستقصاءات الديمغرافية واستقصاءات الأسر المعيشية مع الاستقصاءات العنقودية متعددة المؤشرات في العديد من البلدان النامية، رغم عدم قابليتهما للمقارنة الكاملة في التنفيذ.

٦٧٢ - ورغم اتساع نطاق هذين النوعين من استقصاءات الأسر المعيشية ليشملا عدة مواضيع صحية وسكانية، فلا تزال هناك ثغرات أخرى في المواضيع المتعلقة مثلا بصحة المراهقين الأصغر سنا (١٠-١٤ سنة) وكبار السن، وسلوكيات الهجرة، وسلوكيات الأسر المعيشية من منظور الاستدامة البيئية، وغيرها من المواضيع. وكذلك، وبرغم أن البيانات تتيح تصنيف الأقاليم داخل البلد الواحد إلى طبقات موسعة وتبرز الاختلافات بين الريف والحضر، يصعب عموما تصنيف هذه البيانات بشكل أكثر تفصيلا داخل الإقليم الواحد لكي تبرز مثلا الاختلافات بين المناطق الريفية البحتة وتخوم المدن والمدن الصغيرة أو المتوسطة أو الكبرى.

٦٧٣ - ويتسم كل من الاستقصاءات الديمغرافية واستقصاءات الأسر المعيشية والاستقصاءات العنقودية متعددة المؤشرات بأهمية حاسمة في سبيل تحقيق أهداف بناء المعارف سهلة الاستخدام في المجال العام، إذ أن كليهما يكفل الاستفادة المجانية من بياناته، بما في ذلك من خلال برامج تجميع البيانات التي تسهل استفادة عموم الجمهور من هذه البيانات. وتحيط بعض الشكوك الهامة بالصيغة التمثيلية لاستقصاءات الأسر المعيشية، نظرا لأن أطر اختيار العينات تستند إلى أحدث تعداد، والذي قد تكون بياناته غير مواكبة لما يحدث من تغييرات. غير أن هذه الاستقصاءات لا تزال تحتفظ بفائدتها الجمة في إنتاج تقديرات البيانات السكانية والصحية والديموغرافية الرئيسية على مر الزمن في البلدان التي لولا هذه الاستقصاءات لعانت من غياب هذه البيانات أو ندرتها.

جوانب التحسّن في جمع بيانات الصحة الجنسية والإنجابية

من بين التحديات الاستثنائية الناشئة بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، كيفية تحسين الصحة الجنسية والإنجابية في غياب البيانات الموثوقة عن وبائيات الصحة الجنسية والإنجابية، بخاصة في البلدان النامية. ففي حين حدد برنامج العمل بشكل عام مجموعة أساسية من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، افتقرت بلدان عديدة إلى بيانات بشأن الاحتياجات المطلقة أو النسبية في تلك البلدان، وهي بيانات يتعين توفيرها لكي يتسنى تحديد الأولويات واستهداف المشاكل التي ينجم عنها العبء الأكثر حسامة، عبء اعتلال الصحة الجنسية أو الإنجابية. بل إن، البيانات الموثوقة قلت في الواقع إلى أدنى حد في المناطق التي يفترض أنها تعاني من العبء الأكبر لهذه الأمراض.

وأشارت دراسات أُجريت في أوائل التسعينات في المناطق الريفية في الهند^(٤٩٧) ومصر^(٤٩٨) إلى ارتفاع معدل انتشار الاعتلالات الإنجابية والجنسية غير المبلغ عنها في المجتمعات الفقيرة، في غياب الرصد المستمر للاعتلالات الإنجابية والجنسية على مستوى السكان في عام ١٩٩٤، باستثناء التقديرات الهامة للوفيات النفاسية المأخوذة من بيانات السجل المدني، والاستقصاءات الديمغرافية واستقصاءات الأسر المعيشية والدراسة الاستقصائية للوفيات في سن الإنجاب. وشهدت أفريقيا نقصا صارخا في بيانات الاعتلال الإنجابي في التسعينات، علما بأن ثمة دراسات صغيرة أشارت إلى أن معدلات الاعتلال النفاسي والوفيات النفاسية في القارة كانت من أعلى المعدلات على المستوى العالمي، وأنه كان من المعلوم أن امكانية حصول النساء على خدمات الرعاية الصحية كانت

R. A. Bang and others, "High prevalence of gynecological diseases in rural Indian women", *The Lancet*, (٤٩٧) vol. 333, No. 8629 (1989), pp. 85-88. [ارتفاع معدلات انتشار أمراض النساء بين الريفيات الهنديات].

(٤٩٨) انظر المراجع التالية: Zurayk H, Khattab H, Younis N, Kamal O, El-Helw M. Comparing Women's Reports with Medical Diagnoses of Reproductive Morbidity Conditions in Rural Egypt. *Studies in Family Planning*, Vol. 26, No. 1 (Jan. - Feb., 1995), pp. 14-21 [مقارنة تقارير النساء بالتشخيص الطبي لأوضاع اعتلال الصحة الإنجابية في المناطق الريفية بمصر. دراسة منشورة بمجلة دراسات تنظيم الأسرة]. وانظر Younis N, Khattab H, Zurayk H, El-Mouelhy M, Fadle Amin M, and Abdel-Moneim Farag. 1993. A community study of gynecological and related morbidities in rural Egypt. *Studies in Family Planning* 24,3:175-186 [دراسة مجتمعية لأمراض النساء والأمراض المتصلة بها في الريف المصري. دراسة منشورة بمجلة دراسات تنظيم الأسرة].

محدودة^(٤٩٩).

ومن أعظم الإنجازات التي تحققت منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، التحسن في نطاق ونوعية البيانات الوبائية والسلوكية المتوافرة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية في البلدان النامية، بما في ذلك توسيع وتحسين مقاييس النتائج في الاستقصاءات الديموغرافية واستقصاءات الأسر المعيشية والاستقصاءات العنقودية متعدد المؤشرات، والاستقصاءات الوطنية لصحة الأسرة، وتزايد مواقع المراقبة الديمغرافية، والاضطلاع بجهود كبيرة جديدة لرصد الأعباء المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، بما في ذلك زيادة البحوث المتعلقة بالسلوك الجنسي نتيجة جهود التدخل والحد من انتقال الأمراض عن طريق الاتصال الجنسي. ولم يكن يُبذل الجانب الأكبر من هذه الجهود بشكل منتظم على نطاق عالمي. ولا تزال هناك ثغرات في نطاق التغطية وجودتها، وخاصة فيما يخص بيانات الوقائع والنتائج الجالبة للعار مثل الإجهاض، والعنف بين الأشخاص، والعدوى المنقولة بالاتصال الجنسي، وناسور الولادة، والاعتلالات من قبيل سلس البول أو الغائط، والألم أثناء

(٤٩٩) انظر المراجع التالية: Boerma T. The magnitude of the maternal mortality problem in sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine*. 1987, 24(6):551-558 [حجم مشكلة الوفيات النفاسية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. دراسة منشورة. *مجلة العلوم الاجتماعية والطب*]. وانظر: Anosike JC, Onwuliri CO, Inyang RE, Akoh JI, Nwoke BE, Adeiyongo CM, Okoye SN, Akogun OB. 1993 Trichomoniasis amongst students of a higher institution in Nigeria. *Applied parasitology* 34(1):19-25 [داء المشعرات بين طالبات التعليم العالي في نيجيريا. دراسة منشورة. *مجلة علم الطفيليات التطبيقي*]. وانظر Harrison K (1985) Childbearing, health and social priorities: A survey of 22,774 consecutive hospital births in Zaria, Northern Nigeria. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 92(suppl 5):1-119. وانظر [الإنجاب والصحة والأولويات الاجتماعية: مسح لعدد ٢٢ ٧٧٤ خالة ولادة متتالية في المستشفيات في زاريا بشمال نيجيريا. دراسة منشورة في *المجلة البريطانية لأمراض النساء والتوليد*]. وانظر Cronin WA, Quansah MG, Larson E (1993), *Obstetric Infection Control in a Developing Country*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 22: 137-144 [مكافحة عدوى الولادة في بلد نام، وهي دراسة منشورة في *مجلة التوليد وأمراض النساء، وتمريض الأطفال حديثي الولادة*]. وانظر Bimal Kanti Paul, Maternal mortality in Africa: *Social Science & Medicine*, Volume 37, Issue 6, September 1993, Pages 745-752 [الوفيات النفاسية في أفريقيا من ١٩٨٠-١٩٨٧. دراسة منشورة. *مجلة العلوم الاجتماعية والطب*]. P. Thonneau, B. Touré, P. Cantrelle, T.M. Barry, E. Papiernik, Risk factors for maternal mortality: Results of a case-control study conducted in Conakry (Guinea), *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Volume 39, Issue 2, October 1992, Pages 87-92 [عوامل الخطر المرتبطة بالوفيات النفاسية: نتائج دراسة للحالات الفردية المقترنة بحالات ضابطة، أجريت في كوناكري (غينيا). دراسة منشورة في *المجلة الدولية لأمراض النساء والتوليد*]. Hunter M (2005) **Cultural politics of masculinities: Multiple partners in historical perspective in KwaZulu Natal**. Chapter 6, pp 139-60. In: *Men Behaving Differently*, Reid G, Walker L, eds. Cape Town: Double Storey Books [السياسة الثقافية للخصائص الذكورية: تعدد العشاء من منظور تاريخي في كوازولو ناتال. دراسة منشورة في كتاب الرجال يتصرفون بشكل مختلف].

الجماع، والقصور الجنسي، وغيرها. وفي ضوء الأدلة التي تشير إلى زيادة حالات الإصابة بهذه الأمراض منذ عام ١٩٩٤، تتجسد مساوئ الافتقار إلى المراقبة العالمية الكافية للأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. وإضافة إلى ذلك، ونظرا للتوسع الحضري، ربما لم تعد التقسيمات التقليدية للبيانات إلى طبقات ريفية وحضرية تقدم رؤية تحليلية كافية للفروق الصحية، وأصبحت تتطلب نماذج جديدة للتصنيفات المكانية، بما في ذلك المدن الكبرى والصغيرة والمتوسطة، والمناطق الريفية النائية، من بين نماذج أخرى.

٦٧٤ - وبينما يوفر كل من الاستقصاءات الديمغرافية واستقصاءات الأسر المعيشية والاستقصاءات العنقودية المتعددة المؤشرات البيانات الأساسية عن صحة السكان في أكبر عدد من البلدان النامية، هناك استقصاءات أخرى متعددة الجنسيات للأسر المعيشية، ومن ذلك على سبيل المثال دراسات البنك الدولي الاستقصائية لقياس مستويات المعيشة أنتجت بيانات تمثيلية على الصعيد الوطني بشأن مواضيع تكميلية مثل دخل الأسرة والنفقات والرفاه، وبالتالي أتاحت امكانية إجراء تحليل مقارنة بين البلدان.

٦٧٥ - وأصبحت عملية رصد بعض النتائج المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية شاملة لجميع البلدان منذ عام ٢٠٠٠ أو ٢٠٠٥ بعد إدراجها ضمن مؤشرات تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، غير أن ردود الفعل إزاء اختيار المؤشرات المقابلة لهذه النتائج كانت متباينة في أفضل الحالات، لا سيما من جانب خبراء التقييم.

٦٧٦ - وتستخدم استقصاءات الرأي العام كأداة يمكن أن تكون فعالة في رصد المواقف العامة تجاه العديد من الأبعاد التنموية الأساسية، مثل المواقف تجاه المساواة الجنسانية أو العرقية، والثقة في السلطات الحكومية أو الدينية، والإيمان بالمشاركة العامة والديمقراطية. ورغم أن العديد من استطلاعات الرأي العام الخاصة تكلف مبالغ طائلة لجمع مثل هذه البيانات، فإن المسح العالمي للتقييم يجري استقصاءات وطنية بنظام العينة التمثيلية لتقييم الشعوب ومعتقداتها تشمل العديد من الفئات السكانية والقيم المرتبطة بحقوق الإنسان. فعلى سبيل المثال، اشتملت آخر جولة من الاستقصاءات على وحدة أسئلة الغرض منها قياس المواقف تجاه المسنين وقيمتهم في المجتمع. وجرى تنفيذ المسح العالمي للتقييم في ١٠٠ بلد تقريبا، وتضمن استقصاءات متكررة في بعض البلدان. ولنتائج استقصاءات قياس المواقف أهمية خاصة لدى واضعي السياسات، إذ تساعدهم في تحديد الأماكن التي يترسخ فيها الوصم والتمييز أكثر من غيرها، ومن ثم يمكن أن يكون الأفراد فيها ضعفاء.

٦٧٧ - ينبغي أن تدمج الدول في إحصاءاتها الوطنية مسألة قياس القيم والمواقف العامة بشأن عدم المساواة بين الجنسين والتحيز ضد المسنين والعنصرية، وغيرها من أشكال التمييز. ويمكن أن توضح هذه البيانات الظروف والأماكن التي يبلغ فيها الوصم مستويات مرتفعة جدا، مما يسمح بتوفير الحماية الاجتماعية وتكريس الجهود لمقاومة التمييز.

٤ - استخدام البيانات في التخطيط الإنمائي

٦٧٨ - يمكن أن تُنتج الاستقصاءات لأغراض التخطيط الإنمائي مواد قوية في بناء المعارف العامة، ولكن فعالية النتائج تتوقف على مدى قدرة الحكومات والأكاديميين والمنظمات غير الحكومية المحلية على تحليل هذه البيانات واستخدامها لاتخاذ القرارات، وهو مجال يشكل تحديا مستمرا أمام البلدان النامية.

٦٧٩ - واستنادا إلى المسح العالمي، أبلغت نسبة عالية من البلدان (٨٨ في المائة) أنها أجرت خلال السنوات الخمس الماضية بحوثا بشأن الديناميات السكانية لاستخدام نتائجها في التخطيط (٩٤ في المائة في الأمريكتين و ٩٢ في المائة في أفريقيا و ٨٨ في المائة في أوروبا و ٨٥ في المائة في آسيا، و ٧١ في المائة في أوقيانوسيا)، ولكن ٤٩ في المائة فقط من البلدان أعدت تقارير على المستويين الوطني ودون الوطني.

٦٨٠ - ومن خلال تقييمات الوضع التي تجريها البلدان بشكل دوري في المجالات الرئيسية، يمكن لها أن تحدد احتياجاتها الحالية والمستقبلية في مختلف القطاعات والفئات السكانية، وتمثل هذه التقييمات أساسا لتحسين استهداف السياسات العامة. ورغم أن البلدان التي أجرت خلال السنوات الخمس الماضية تقييمات للوضع على أسس قطاعية أو سكانية تتباين نسبتها حسب المواضيع والمناطق التي تناولتها هذه التقييمات، لا تزال مسألة التغطية تثير الشواغل لأن عددا قليلا فقط من البلدان أجرى تقييمات على المستويين الوطني ودون الوطني (انظر الجدول ٤).

الجدول ٤

إجراء تقييمات الوضع، حسب الموضوع والمنطقة ونطاق التغطية

الموضوع/المنطقة	نسبة البلدان التي أجرت تقييما، سواء على المستوى الوطني أو المستوى دون الوطني أو على كليهما (في المائة)						
	العالم	أفريقيا	الأمريكتين	آسيا	أوروبا	أوقيانوسيا	العالم
احتياجات المراهقين والشباب	٨٣	٧٩	٩٤	٨٨	٨٦	٦٤	٣٥
احتياجات كبار السن	٦٦	٥٧	٧٢	٦٩	٩٠	٢٣	١٥
احتياجات ذوي الاحتياجات الخاصة	٧٥	٦٥	٦٩	٨٢	٩٤	٥٤	١٨
احتياجات السكان الأصليين	٦٠	٥٥	٨٨	٥٠	٤٤	٤٠	١٥
الهجرة الداخلية و/أو التوسع الحضري	٧٣	٥٤	٨٤	٨٠	٩٥	٦٢	٢٨
الهجرة الدولية والتنمية	٦٣	٥٩	٧٧	٧٢	٥٩	٢٣	١٥
الأسرة واحتياجاتها وتكوينها	٧٥	٦٤	٨٠	٨٠	٩٣	٥٤	٢٦
الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية	٨٣	٨٧	٧٨	٧٧	٨٥	٩٣	٣٥
الاحتياجات غير المستوفاة من خدمات تنظيم الأسرة	٦٧	٨٣	٦٣	٧٤	٣٩	٦٤	٢٧
المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	٨٦	٨٧	٩١	٨٨	٩٧	٤٦	٢٩
التعليم	٩٣	٩٢	٩٤	٩٨	٩٣	٨٦	٣٦

المصدر: المسح العالمي للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ (٢٠١٢).

٦٨١ - ونظرا للدور المحوري الذي تلعبه المساواة في تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، فقد انبثقت عن برنامج العمل توصية رئيسية مفادها أنه، من حيث المبدأ، ينبغي تصنيف كافة البيانات الاجتماعية والصحية ذات الصلة بهذه المسألة بشكل ملائم استنادا إلى العوامل المتصلة بها مثل العمر والجنس والأصل العرقي والمنطقة المحلية والثروة، من أجل تعميق فهم أوجه التفاوت في التنمية الاجتماعية، وتمكين واضعي السياسات من معالجة أوجه عدم المساواة. وحظيت هذه المسألة بتركيز كبير في الاستعراضات الإقليمية لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ وفي الوثائق الختامية لهذه الاستعراضات. وتسمح جميع استقصاءات الأسر المعيشية المذكورة أعلاه بإجراء مثل هذا التصنيفات بدرجات متفاوتة.

٦٨٢ - وتفتقر البلدان، لا سيما النامية منها، إلى الدراسات التي من شأنها تصنيف البيانات إلى مستويات صغرى تصل إلى مستوى الحي السكني وإلى الدراسات التي من شأنها مزج مختلف مصادر البيانات المتاحة على هذا المستوى لكي تستفيد منها هذه البلدان في التخطيط المحلي. وتندر كذلك الدراسات التي تحلل آثار الهجرة على كلا المستويين الوطني والمحلي. وربما تواجه الحكومات أيضا صعوبات في إجراء تقييمات واقعية للاتجاهات السكانية الناشئة. وقد تجلت هذه الصعوبات بشكل ملحوظ للغاية في ضعف القدرة على توقع وتيرة النمو الحضري والتخطيط في ضوئها.

٦٨٣ - ينبغي أن تكفل الدول التدابير الكافية التي تتيح رصد عدم المساواة في الحصول على الخدمات العامة والوصول إلى هياكل المساءلة والمعلومات، بما في ذلك اختيار العينات التي من شأنها إتاحة تقسيم البيانات إلى طبقات وعقد المقارنات على أساس الانتماء العرقي والإثني والفئة العمرية (بما في ذلك الشباب وكبار السن)، وعلى أساس ثروات الأسر المعيشية، مع زيادة الاهتمام بالظروف المكانية - وخاصة تلك التي تعكس انعدام الأمن في المكان، مثل الأحياء الفقيرة أو المستوطنات غير الرسمية، بين المهاجرين الجدد والمشردون داخليا.

٥ - تعزيز القدرات

٦٨٤ - يمكن أن يكون أهم جانب من جوانب النقص في القطاعات المعرفية بالبلدان النامية هو أن المعلومات، حتى عندما تكون متاحة، لا تأخذ طريقها إلى قرارات التخطيط. وقد بُذلت جهود دؤوبة خلال العقد الماضي لتحسين قدرة البلدان على إنتاج إحصاءات جيدة النوعية واستخدامها في التخطيط وصنع القرار. ويعود السبب، جزئيا، في بذل تلك الجهود إلى زيادة الطلبات على الإحصاءات المحسنة لرصد الأهداف الإنمائية للألفية، وإلى شيوع ثقافة ناشئة تتمثل في إدارة المعونة الدولية إدارة قائمة على النتائج^(٥٠٠). وقد أدت برامج الدراسات الاستقصائية الدولية، بما في ذلك الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، ومسوح دراسات قياس مستويات المعيشة، والدعم الدولي في تخطيط وتنفيذ تعدادات السكان في جولة عام ٢٠١٠، دورا بالغ الأهمية في تحسين توافر البيانات. وكانت الجهات المستفيدة الرئيسية من هذه البرامج هي البلدان المنخفضة الدخل التي تعاني من ضعف برامج الدراسات الاستقصائية

(٥٠٠) الشراكة في مجال الإحصاء من أجل التنمية في القرن الحادي والعشرين (شراكة الإحصاء ٢١)، ٢٠١١. "الإحصاءات المتعلقة بالشفافية والمساءلة والنتائج: خطة عمل بوسان للإحصاء" (تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١١).

للأسر المعيشية، وعدم كفاية نطاق تغطية التسجيل المدني. وفي بعض الحالات، لا تعكس هذه الاستثمارات بالضرورة التزامات الحكومة، مما يثير شواغل بشأن استدامة العمليات المتصلة بالبيانات من دون معونة دولية^(٥٠١).

٦٨٥ - وقد لوحظ إحراز تقدم في القدرة الإحصائية، حتى في البلدان الفقيرة^(٥٠٢). واستناداً إلى مؤشر للقدرة الإحصائية وضعه البنك الدولي، تحسنت نوعية الإحصاءات في العالم، إذ ارتفعت من ٥٢ في عام ١٩٩٩ إلى ٦٨ في عام ٢٠٠٩ (من حد أقصى مقداره ١٠٠)^(٥٠٣). فقد ازداد عدد البلدان التي تطبق استراتيجية وطنية لتطوير الإحصاءات^(٥٠٤). وبدأ تطوير الإحصاءات يحظى بأولوية أعلى في برامج التنمية الوطنية^(٥٠٥). وفي نهاية تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١، بلغ عدد البلدان المشاركة في النظام العام لنشر البيانات الخاص بصندوق النقد الدولي ١٠١ بلد^(٥٠٦). فقد ازدادت القدرة على توفير البيانات لغرض رصد الأهداف الإنمائية للألفية، على سبيل المثال، زيادة كبيرة، على الرغم من أن البيانات المتعلقة ببعض المؤشرات تستند إلى تقديرات وإلى نمذجة تجريبيها الوكالات الدولية وليس البلدان نفسها. وفي عام ٢٠٠٣، كان لدى ٤ بلدان فقط (٢ في المائة من ١٦٣ بلداً من البلدان التي توفرت معلومات بشأنها) نقطتا قياس لمؤشرات يتراوح عددها بين ١٦ و ٢٢ مؤشراً؛ وبحلول عام ٢٠٠٦، ارتفع عدد البلدان إلى ١٠٤ بلدان (٦٤ في المائة)؛ وإلى ١٢٢ بلداً (٧٥ في المائة) بحلول عام ٢٠١١^(٥٠٧).

٦٨٦ - ومع ذلك، فإن نوعية المعلومات الأساسية وشمولها، وهما مسألتان ركز عليهما برنامج العمل، لا تزالان مصدر انشغال. فعلى سبيل المثال، تم تقييم الإحصاءات الجنسانية بأنها غير كافية، وقياس الهجرة بأنه "الأقل كفاية". وبعد مرور عقدين من الزمن، ازداد توافر الإحصاءات الجنسانية، ولكن التقدم كان محدوداً^(٥٠٨)، ولا تزال البيانات تكاد تكون منعدمة فيما يتعلق بمواضيع من قبيل العنف الجنساني، واستخدام الوقت، وإمكانية الوصول إلى الأصول، والتمويل وتنظيم المشاريع^(٥٠٩). وما زال العديد من البلدان يفتقد القدرة على جمع البيانات، أو على إدماج البيانات المستقاة من مصادر مختلفة من أجل الحصول على

S. Chen and others, "Towards a post-2015 framework that counts: developing national statistical (٥٠١) capacity"; Discussion Paper No. 1 (Partnership in Statistics for Development in the 21st Century ((PARIS21), November 2013).

(٥٠٢) تقرير البنك الدولي عن الجهود المبذولة لوضع خطة عمل للتنمية الإحصائية (انظر E/CN.3/2012/16).

(٥٠٣) تقرير الأمين العام المتعلق بمؤشرات التنمية لرصد الأهداف الإنمائية للألفية (E/CN.3/2012/29 and Corr.1).

(٥٠٤) نساء العالم في عام ٢٠٠٥: التقدم المحرز في مجال الإحصاءات (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.05.XVII.7).

إحصاءات موثوق بها عن المهجرتين الداخلية والدولية. وفي سياق مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية، فإن أشد ما يُفتقر إليه هي البيانات المتعلقة بالنتائج الصحية^(٥٠١)، وذلك راجع أساساً إلى ضعف التسجيل المدني والمصادر الإدارية للبيانات. وفي كثير من الأحيان، لا تتوفر بيانات عن الفقر^(٥٠٢)، حيث إنه لم يقم سوى ١٧ بلداً من بلدان أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء بجمع البيانات اللازمة لقياس التغيرات في مجال الفقر في العقد الماضي^(٥٠٣). ويتبين من الاستعراض التنفيذي أنه بالإضافة إلى مجالات الاهتمام الحاسمة المذكورة هنا، فإن الأبعاد الأخرى للتنمية المستدامة هي إما مقيسة بشكل سيء أو غير مقيسة على الإطلاق في معظم البلدان، ومن هذه الجوانب انتشار الوصم أو التمييز، ونوعية التعليم، وإمكانية حصول المراهقين والشباب على الرعاية الصحية، ونوعية الرعاية الصحية، وأوجه التفاوت المكانية من غير الثنائيات البسيطة بين الحَضْرِيّ والريفِيّ.

٦٨٧ - ولا بد من أتباع نهج أوسع نطاقاً على مستوى المنظومة لتنمية القدرات، إلى جانب الاستجابة للطلبات الدولية المتعلقة بالحصول على البيانات، وذلك بهدف كفاءة إيجاد نظام وطني قائم على المعرفة ذي صلة بأولويات التنمية الوطنية. ويبرز في هذا الصدد، هدفان، أكدت عليهما خطة عمل بوسان للإحصاء. أولاً، من الضروري إتاحة إمكانية أفضل للحصول على الإحصاءات من أجل إقامة حكم يتسم بالشفافية والخضوع للمساءلة والفعالية؛ إلا أن الدعوة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى زيادة إمكانات الوصول إلى الإحصاءات لم يُعمل بها في العديد من البلدان. ثانياً، ينبغي معالجة إدماج الإحصاءات في مجالي رسم السياسات واتخاذ القرارات، الذي ما زال يعاني الضعف في جميع أنحاء العالم النامي، مع التركيز على القدرات الطويلة الأمد، بما في ذلك تحسين الروابط بين الوزارات وجامعات البحث داخل البلدان، والمهاكل الوظيفية من أجل الاحتفاظ بمحللي الجودة في الخدمة الحكومية، وتطوير مراكز التفوق المستقلة المحلية والاستثمار فيها. وهذه المراكز تعمل على ما يلي:

- (أ) تنسيق الجهود بين منتجي البيانات، ومستخدميها، ومقرري السياسات؛
- (ب) الدعوة إلى تحسين إنتاج واستخدام إحصاءات عالية الجودة وإصدارها في الوقت المناسب؛
- (ج) تصميم وتنفيذ ورصد الاستراتيجيات الوطنية من أجل تطوير العمل الإحصائي؛
- (د) توفير المعارف من خلال حفظ البيانات وتوثيقها.

٦٨٨ - وينبغي أن تعزز الدول القطاعات المعرفية داخل وزارات التخطيط التابعة لها. وينبغي أيضاً أن تدمج الديناميات السكانية في تخطيط وتنفيذ المبادرات التنموية في جميع القطاعات، وعلى الصعيدين الوطني ودون الوطني. وإذا كان لا بد أن تكون الاستثمارات الإنمائية قائمة على دليل الحاجة إليها، وعلى دليل أثرها، فإن الحكومات بحاجة إلى هيكل اجتماعي يعتمد الأدلة أساساً للمناقشات والسياسات العامة ويجعل المعرفة متاحة لجميع الأشخاص، في مختلف قطاعات المجتمع وفيما بينها جميعاً، دون استثناء.

جيم - هئية الظروف القانونية والسياسية الملائمة للمشاركة والمساءلة

١ - القوانين والسياسات

٦٨٩ - على الدول واجب سن القوانين وتنفيذ السياسات التي تسهم في إعمال حقوق الإنسان. ويشكل إنشاء إطار للقوانين والسياسات يهيئ بيئة مواتية ويراعي جميع حقوق الإنسان ويقضي على التمييز، جزءاً لا يتجزأ من كفالة تمكين أصحاب الحقوق من إسماع صوتهم ومساءلة الحكومات والأطراف المعنية الأخرى. وللقوانين التي تحمي حرية التعبير، وحرية تكوين الجمعيات، وإمكانية الحصول على المعلومات العامة، دور حاسم في كفالة الحق في المشاركة الحرة والنشطة والمهادفة، على النحو المبين في الإطار الدولي لحقوق الإنسان.

٦٩٠ - ونظراً لأن النظام الدستوري وأشكال الحكم الديمقراطي قد توسعت، فقد أصبح المشرعون جهات فاعلة رئيسية في تنفيذ برنامج العمل وتطويره. ولكن على الرغم من تعزيز الحوار فيما بين البرلمانيين من خلال إنشاء مجموعات برلمانية وطنية وإقليمية دعماً لبرنامج العمل، وللمؤتمرات الخمسة للبرلمانيين الدوليين المتعلقة بتنفيذ برنامج العمل والمعقودة على الصعيد العالمي منذ عام ٢٠٠٢، فإن العملية البرلمانية يمكن أن تكون أكثر فعالية في ضمان وضع إجراءات تنفيذية بشأن المسائل ذات الصلة أو في التأثير على الرأي العام دعماً لبرنامج العمل. ولم تُستغل، بشكل كاف، على مدى العقدين الماضيين، إمكانية استخدام أدوات الرقابة البرلمانية على مخصصات الميزانية أو الاعتراض عليها أو التحقيق فيها أو اتخاذ قرارات بشأنها أو مراقبتها من أجل ضمان تنفيذ برنامج العمل.

٢ - المشاركة الشاملة للجميع

٦٩١ - إن المشاركة التي تشمل أصحاب المصلحة، وتقوم على احترام الحريات الأساسية في التعبير والتجمع، هي أساس التنمية الشاملة للجميع، أي التنمية الأكثر استدامة. أما مشاركة

المستفيدين في تخطيط السياسات والإجراءات ورسمها وتنفيذها ورصدها وتقييمها فهي سمة مميزة للحكم الشامل والمستجيب والرشيد، في حد ذاته، ولكن يمكن أيضاً أن تحسن في المساءلة الحكومية وتوفير السلع والخدمات العامة. واعترف برنامج العمل بأنه لكي تكون "السياسات والخطط والبرامج والمشاريع ذات الصلة بالسكان، مستدامة، لا بد من إشراك المستفيدين المستهدفين فيها" (الفقرة ١٣-٢).

٦٩٢ - وكان توافق الآراء العام في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية نتيجةً لمشاوَرات واسعة النطاق في البلدان والمناطق، بمشاركة نشطة من المجتمع المدني. وخلال المؤتمر الدولي، لم يُعقد منتدى مستقل للمنظمات غير الحكومية فحسب، بل كانت المنظمات غير الحكومية ممثلة أيضاً في العديد من الوفود الوطنية. وقد تمكنت منظمات المجتمع المدني، بما في ذلك الجماعات النسائية والناشطات، من خلال وجودها الفاعل، من المطالبة بـمُجيز خاص بها، وأخذت آراؤها في الحسبان في المناقشات الرفيعة المستوى المتعلقة بالسياسات التي تناولت صحة المرأة ورفاهها.

٦٩٣ - وكان للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية دور ريادي في الإقرار بدور الشعوب الأساسي في ممارسة حقوق الإنسان، بما في ذلك الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وأكد برنامج العمل على ضرورة إشراك الأشخاص المتأثرين مباشرة، ولا سيما المهمشين منهم نتيجة التمييز أو الإكراه أو العنف، في وضع القوانين والسياسات والممارسات، بهدف تمكين الأفراد، ولا سيما النساء والفتيات، من ممارسة حقوق الإنسان الخاصة بهم على وجه أكمل. وفي هذا الصدد، تحقّق إنجاز كبير منذ عام ١٩٩٤، وهو زيادة تعبئة طائفة واسعة ومتنوعة من مختلف منظمات المجتمع المدني وغيرها من أصحاب المصلحة غير الحكوميين والحركات الاجتماعية حول برنامج العمل من أجل تشكيل أطر للقوانين والسياسات والمساءلة على الصعد العالمي والإقليمي والوطني بشأن المسائل ذات الصلة. وهذا التطور لا بد منه لضمان استمرار تحقيق نتائج المؤتمر الدولي وخطة للتنمية لما بعد عام ٢٠١٥ شاملة للجميع.

٦٩٤ - وبالنظر إلى الطبيعة الحساسة لبعض أجزاء ولاية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، فإن فهم الثقافات المحلية والعمل المتواصل مع حراس بوابات الثقافة قد مكّن المنظمات الشعبية وللمجتمع المحلي من الإمساك بزمام الأمور في مجال الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. وفي المقابل، فإن هذه التعبئة "من الداخل" قد أثبتت أنها يمكن أن تكون نقطة التحول في إنجاح الآليات التي تضع الحكومات في نهاية المطاف أمام مسؤوليتها عن إعمال هذه الحقوق. وتحقيقاً لهذه الغاية، فقد برهنت الجهات الفاعلة في المجتمع المدني (المنظمات غير الحكومية، والأوساط الأكاديمية، والشخصيات الثقافية البارزة، والمنظمات الدينية،

والزعماء الدينيين والتقليديون)، فضلا عن البرلمانين ووسائل الإعلام، على دورها الحاسم في إحراز تقدم في هذا المجال.

٦٩٥ - وبمخصوص مشاركة المراهقين والشباب، فقد ظهر نموذج جديد، يستند إلى الأهداف والغايات التي حددها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، يعترف بأن للمراهقين والشباب الحق في اتخاذ قرارات مستنيرة ومسؤولة بشأن المسائل التي تؤثر على حياتهم، بما في ذلك صحتهم وحقوقهم الجنسية والإنجابية. وحظي هذا الحق بالاعتراف على نطاق واسع في القرار ١/٢٠١٢ المتعلق بالشباب والمراهقين الذي اتخذته لجنة السكان والتنمية، والإعلان الذي أقره المنتدى العالمي للشباب الذي عُقد في بالي، إندونيسيا (٢٠١٢).

٦٩٦ - وتمثل تعبئة الأوساط المهتمة بفيروس نقص المناعة البشرية خير دليل على العمل الجماعي الفعال، فضلا عن أنها قوة دافعة لتنفيذ برنامج العمل. وقد أُقرَّ بفضل الشراكات مع المجتمع المدني لما لها من أهمية حاسمة في تلبية مطالبه الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والفئات السكانية الرئيسية الأخرى بحماية حقوقها في تلقي العلاج، وفي عدم التمييز، والمشاركة. وبرهنت قيادة منظمات المجتمع المدني على قدرة المجتمع المدني على تقديم مساهمات قوية لتحقيق تغيير تحوُّلي، وعلى أنه ينبغي تطبيقها لتعزيز مشاركة السكان وتمكينهم من أجل الاستمرار في إنجاز برنامج العمل.

٦٩٧ - وقطعت الشعوب الأصلية أيضا خطوات هامة لضمان إدماجها ومشاركتها الكاملة في المسائل التي تؤثر على حقوق الإنسان الخاصة بها. وكان لإنشاء منتدى الأمم المتحدة الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية في عام ٢٠٠٢ بمشاركة منظمات الشعوب الأصلية دور أساسي في اعتماد إعلان الأمم المتحدة المتعلق بحقوق الشعوب الأصلية (٢٠٠٧)؛ وقد أصدر المنتدى الدائم، منذ إنشائه، العديد من التوصيات للنهوض بحقوق الشعوب الأصلية.

٦٩٨ - ولا بد من إيلاء اهتمام خاص لتهيئة وضمان بيئة مواتية وآمنة للمدافعين عن حقوق الإنسان العاملين في ميادين حقوق الإنسان ذات الصلة ببرنامج العمل، بما في ذلك الهيئات الرقابية ومقدمو الخدمات، حتى يتسنى لهم العمل والتعبير عن آرائهم بحرية دون خوف من التعرض لأعمال انتقامية. وعلى سبيل المثال، ففيما يتعلق بالحقوق الجنسية والإنجابية، تحرم بعض البلدان الأشخاص الذين يجهرون بآرائهم لدى وقوع انتهاكات لهذه الحقوق من ممارسة حرية تكوين الجمعيات والتجمع والتعبير. وغالبا ما يكون المدافعون عن حقوق الإنسان أيضا في طليعة مقدمي الخدمات الذين يمكن أن يواجهوا عقبات كبيرة في مساعدة الأفراد على أعمال حقوقهم، وذلك على سبيل المثال بسبب القيود المفروضة على التمويل، المضايقات وأعمال العنف التي تمارسها الدول والجهات الفاعلة من غير الدول، وفي بعض الحالات، بسبب فرض عقوبات جنائية عليهم لتقديمهم خدمات منقذة للحياة.

٦٩٩ - وينبغي أن تقدم الدول والجهات المانحة الدولية ما يلزم من الدعم المالي وغيره من أشكال الدعم لغرض المساءلة الاجتماعية حفاظا على طائفة متنوعة من قدرات

المستفيدين والمواطنين ومنظمات المجتمع المدني على رصد مدى وفاء الدول بالتزاماتها في مجال حقوق الإنسان، والمشاركة في هذا الرصد، من خلال السياسات والميزانيات والبرامج الوطنية أو غيرها من التدابير، وأن تُطوّر قدراتها على العمل مع آليات حقوق الإنسان الدولية والإقليمية.

٧٠٠ - وينبغي أن تكفل الدول حماية المدافعين عن حقوق الإنسان فيما يقومون به من أعمال، وذلك بطرق منها تهيئة بيئة مواتية، بما يتسق مع ما ورد في الإعلان بشأن حق ومسؤولية الأفراد والجماعات وهيئات المجتمع فيما يتعلق بتعزيز وحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية المعترف بها عالمياً (الإعلان المتعلق بحماية المدافعين عن حقوق الإنسان).

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢٨

المشاركة

القوانين الأخرى غير الملزمة: في معرض شرح الحقوق ذات الصلة بالمشاركة، يوضح التعليق العام رقم ٢٥ المتعلق بالحق في المشاركة في الشؤون العامة وحقوق التصويت والحق في المساواة في الوصول إلى الخدمات العامة (١٩٩٦) الذي أقرته اللجنة المعنية بحقوق الإنسان "حقوق جميع المواطنين في المشاركة في تسيير الشؤون العامة" و "حق الأفراد في المشاركة في العمليات التي تشكّل تسيير الشؤون العامة." [الفقرتان ١ و ٢]. وتسلط المبادئ التوجيهية المتعلقة بالفقر المدقع وحقوق الإنسان (٢٠١٢) الضوء على أهمية وضع سياسات وبرامج تتماشى مع مبادئ حقوق الإنسان وتشجّع مشاركة الفئات السكانية الرئيسية في تصميم السياسات والبرامج ذات الصلة. و "ينبغي أن تقوم الدول بوضع واعتماد استراتيجية للحد من الفقر تستند إلى حقوق الإنسان وتُشرك بفعالية الأفراد والجماعات، ولا سيما الذين يعيشون في فقر، في تصميمها وتنفيذها. وينبغي أن تشمل مؤشرات محددة زمنياً وخطّة تنفيذ واضحة تأخذ في الاعتبار الآثار اللازمة المترتبة في الميزانية. وينبغي أن تُعيّن بوضوح السلطات والوكالات المسؤولة عن التنفيذ وتضع سبل انتصاف وآليات تظلم مناسبة في حالة عدم الامتثال" [الفقرة ٥٠].

٧٠١ - ويتفاوت الدعم الحكومي لإدماج الفئات السكانية الرئيسية في عمليات اتخاذ القرارات تفاوتاً كبيراً فيما بين مختلف المناطق، وفئات الدخل، وفيما بين فئات السكان نفسها، على النحو الوارد في المسح العالمي. وعلى سبيل المثال، فإن تحظى مسألة "إنشاء آليات وإجراءات محددة لمشاركة المراهقين والشباب" بأولوية كبرى، إذ زاد عدد البلدان

التي عاجلت هذه المسألة على ثلاثة أرباع عددها (٧٦ في المائة) خلال السنوات الخمس الماضية (انظر الجدول ٥). وعلى الرغم من عدم ملاحظة تفاوتات كبيرة بين جميع فئات الدخل، عاجلت نسبة عالية من بلدان الأمريكتين (٨٨ في المائة) هذه المسألة. وعلى العكس من ذلك، لم يتناول الهدف نفسه سوى ما يزيد قليلا عن ٤٧ في المائة من البلدان فيما يتعلق بفئات كبار السن، على الرغم من أن النسبة، في هذه الحالة الأخيرة، تظل في الأمريكتين (٦٣ في المائة) وأوروبا (٥٦ في المائة) أعلى من المتوسط العالمي؛ في حين تعالج هذه المسألة نسبة أكبر من البلدان الأكثر ثراء. وقد عالج مسألة "إنشاء إجراءات وآليات محددة لمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة" حوالي ٦ بلدان من كل ١٠ بلدان على الصعيد العالمي (٦١ في المائة)، ولكن هذه النسبة هي دائما أدنى من المتوسط العالمي في حالة بلدان أوقيانوسيا وأفريقيا. وبوجه عام، فإن نسبة البلدان الأكثر ثراء التي عاجلت هذه المسألة تفوق نسبة البلدان الأكثر فقرا.

٧٠٢ - وفي حالة وضع مؤشر مركب لفئات المستفيدين الثلاث هذه، فإن النتائج تُظهر أن ٣٩ بلدا فقط أو ٣٠ في المائة، عالج مسألة مشاركة الشباب وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك من أصل ١٢٩ بلدا قدّمت بيانات كاملة،. والحال، أن ١٥ بلدا، أو ١٢ في المائة من البلدان، لم يعالج مسألة مشاركة أي من هذه الفئات السكانية في تخطيط الأنشطة الإنمائية وتنفيذها وتقييمها.

الجدول ٥

النسبة المئوية من الحكومات التي تعالج مسألة المشاركة السياسية حسب الفئات السكانية

الفئات السكانية			
المؤشر/الفئة السكانية	المراهقون والشباب	كبار السن	الأشخاص ذوو الإعاقة الشعوب الأصلية
معالجة المشاركة السياسية، العالم	٧٦,٣ في المائة	٤٧,٢ في المائة	٦٠,٧ في المائة
			٥٧,٥ في المائة

المصدر: الدراسة الاستقصائية العالمية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤ (٢٠١٢).

٧٠٣ - وتناول قرابة نصف عدد جميع البلدان المبلّغة مسألة "إنشاء إجراءات وآليات محددة من أجل مشاركة الشعوب الأصلية" (٥٨ في المائة) (الجدول ٥). وقد يدل ذلك، جزئيا، على أن البلدان لا تُدرج جميعها "أفرادا من الشعوب الأصلية" متميزين عن أغلبية السكان. ومع ذلك، فإن أقل من نصف البلدان الأفريقية (٣٦ في المائة) قد عالج هذه المسألة خلال

السنوات الخمس الماضية، في حين قام بذلك ما يفوق أو ما يقارب ثلثي البلدان في الأمريكتين (٧٥ في المائة)، وآسيا (٧١ في المائة)، وأوقيانوسيا (٨٦ في المائة).

دراسة حالة افرادية: التحول الحضري عن طريق المشاركة
البرازيل^(٥٠٥)

سلم برنامج العمل بأهمية زيادة المشاركة في الحوكمة، وقد أدى الجمع بين اللامركزية ونشوء آليات قوية للمشاركة المباشرة في الحوكمة المحلية دوراً كبيراً في البرازيل في العقود اللاحقة؛ ومن أبرز الأمثلة العالمية الميزنة القائمة على المشاركة في البلديات، التي طُبقت أيضاً على الجهود المبذولة لتحسين أحوال الأحياء الفقيرة في البرازيل (favelas).

وفي عام ٢٠٠١، اعتمدت البرازيل النظام الأساسي للمدينة (Estatuto da Cidade)، وكان ذلك خطوة كبيرة في إضفاء الطابع الديمقراطي على التخطيط الحضري وإدارته. ويرتكز النظام الأساسي على عنصرين رئيسيين، وهما: تحديد أولويات الوظائف الاجتماعية للأراضي والمباني الحضرية مقابل مهامها التجارية، وإضفاء الطابع المؤسسي على إدارة المدن إدارة تشاركية وديمقراطية. ويشمل النظام الأساسي الميزنة القائمة على المشاركة، التي نشأت من القواعد الشعبية في بورتو أليغري في أواخر الثمانينات من القرن الماضي، وقد توسع نطاقها منذ ذلك الحين ليشمل أكثر من ٢٠٠ مدينة في البرازيل (بالإضافة إلى مدن في جميع أنحاء العالم). وتشمل العناصر الرئيسية مشاركة المجتمعات المحلية المتنوعة وإضفاء الطابع المؤسسي على النهج من خلال عقد الاجتماعات المقررة بين الحكومات المحلية والفئات المجتمعية، والتخصيص الفعال لجزء من ميزانية المدينة لنتائج العملية. وتشير البحوث التي أجريت مؤخراً والتي شملت مقارنة الأزواج المتناظرة للبلديات في البرازيل، نفذت أحدهما الميزنة القائمة على المشاركة ولم تنفذها الأخرى، إلى أنها قد كان لها أثر كبير في تعزيز المساواة^(٥٠٦).

G. Martine and G. McGranahan, "Brazil's early urban transition: what can it teach urbanizing countries?" (٥٠٥) .(International Institute for Environment and Development and United Nations Population Fund, 2010)

G. Baiocchi, P. Heller and M. K. Silva, *Bootstrapping Democracy: Transforming Local Governance and Civil Society in Brazil* (Stanford, California, Stanford University Press, 2011) (٥٠٦)

وقد تم توسيع نطاق هذه النهج ليشمل الجهود المبذولة للنهوض بالأحياء الفقيرة. ومبادرة الأحياء الفقيرة (Favelas-Bairro) هي برنامج للنهوض بالأحياء بدأ في عام ١٩٩٤ من أجل إعادة توحيد المدن المقسمة في البرازيل. وكان الهدف من ذلك الإدماج الاجتماعي والمادي لجميع الأحياء ذات الدخل المنخفض في النسيج الحضري الرسمي لريو دي جانيرو بحلول عام ٢٠٢٠. وكان الفرق الرئيسي في هذه الجهود المتعلقة بالسياسات التقليدية للحد من الفقر هو استخدام إصلاحات تشريعية فريدة. وشجع هذا على حوكمة المجتمعات المحلية من خلال دعم البرامج المجتمعية الحالية، والتي تنازلت، في ظل غياب قوانين حيازة الأراضي، عن "الحق في استخدام الأراضي دون امتلاكها". وحقق استخدام التصميمات كاستراتيجية أساسية للمشاريع من أجل الاندماج الاجتماعي والمادي نجاحا بشكل عام، إلا أن المشروع قد بيّن أيضاً أن التحسينات الهيكلية لا يمكن أن تُحدّ من الجريمة في حد ذاتها؛ وأن تحسين المرافق يؤدي إلى خطر الترقية الحضرية للأحياء الفقيرة، وأن الحوكمة أمر بالغ الأهمية، أو أن التمثيل القائم على الفساد يمكن أن يقوض العملية التشاركية.

٧٠٤ - وينبغي للدول أن تضمن مشاركة الجهات الفاعلة من غير الدول، بما في ذلك الجهات المستفيدة المعنية، وتيسر مشاركتها في وضع السياسات والبرامج وتنفيذها وتقييمها. وينبغي أن تولي الدول، في أثناء ذلك، اهتماما خاصا للمراهقين والشباب، الذين يمثلون جميع قطاعات المجتمع في مجالي التعليم والدخل، وضمان وتيسير مشاركتهم في وضع السياسات والبرامج وتنفيذها وتقييمها، ولا سيما في المسائل التي تؤثر عليها. وينبغي تعمّد توسيع نطاق ذلك ليشمل ممثلين للفقراء، والفئات التي كثيرا ما تعاني من التمييز، وغير ذلك من الجهات المعنية المستفيدة من التنمية.

٣ - سبل الانتصاف والجبر

٧٠٥ - لجميع ضحايا انتهاكات حقوق الإنسان الحق في الانتصاف الفعال والتعويضات. ولا يتطلب كفاءة المساءلة التصدي لانتهاكات حقوق الإنسان التي وقعت فحسب، ولكن أيضا تحديد أوجه القصور العامة والإجراءات التصحيحية اللازمة. ويجب أيضا إخضاع الدول للمساءلة عن الأفعال التي ترتكبها الجهات الفاعلة في القطاع الخاص إذا لم تقم الدولة

يمنع انتهاكات الحقوق أو التحقيق في الأعمال أو التقصير من جانب الجهات الفاعلة من غير الدول ومعاقبة مرتكبيها.

٧٠٦ - ويقع على عاتق المؤسسات الوطنية، مثل المحاكم وهيئات الاستعراض الإداري والبرلمانات، ضمن مؤسسات أخرى، التزامات مباشرة تنبع من القانون الدولي لحقوق الإنسان بوصفها جزءاً من الدولة التي هي طرف في معاهدات حقوق الإنسان. ويمكن أن تقوم السلطة القضائية، عندما يتوفر لها ما يكفي من موارد وتوعية، بدور حاسم في ضمان تحقيق العدالة فيما يتعلق بانتهاكات حقوق الإنسان. ومع ذلك، يتعذر على العديد من ضحايا انتهاكات حقوق الإنسان في أجزاء كثيرة من العالم اللجوء إلى هذه الآليات بسبب عوامل جغرافية واقتصادية واجتماعية.

٧٠٧ - وينبغي أن تكفل الدول إمكانية حصول ضحايا انتهاكات حقوق الإنسان على سبل الانتصاف والخير. ومن أجل كفالة الاستخدام الفعال لسبل الانتصاف، ينبغي أن تقوم الدول بتوعية المحامين والقضاة وعامة الجمهور بصفة منتظمة بانطباق المطالبات المتعلقة بحقوق الإنسان، وتوفير تمويل كاف لآليات المساءلة. وينبغي أن تكافح الدول الإفلات من العقاب عن طريق زيادة إمكانية الوصول إلى العدالة، حتى يتمكن الأفراد المتضررون من الوصول إلى سبل الانتصاف والتعويضات التي تشمل التعويض، وإعادة التأهيل، وتدابير الترضية وضمانات عدم التكرار، حيثما كان ذلك مناسباً. ومن الضروري وضع آليات محددة لضمان إمكانية وصول المجتمعات الريفية التي تعاني من نقص الخدمات، وكذلك الأفراد في حالات النزاع وما بعد النزاع والحالات الإنسانية والسياقات المشقة إلى سبل الانتصاف.

٧٠٨ - وعلى الصعيد الدولي فقد تعززت آليات المساءلة في السنوات العشرين الماضية بوصفها آليات للانتصاف. وقد أرست الدول والأمم المتحدة والمجتمع المدني، في جملة جهات فاعلة هامة أخرى، العديد من النماذج الإيجابية للعمل مع الآليات الدولية لحقوق الإنسان مثل الهيئات المنشأة بموجب معاهدات والإجراءات الخاصة لمجلس حقوق الإنسان، وقد زادت آراء الخبراء التابعين لتلك الهيئات من تعزيز الالتزامات بحقوق الإنسان المتعلقة ببرامج العمل. كما أن آلية الاستعراض الدوري الشامل التابعة لمجلس حقوق الإنسان، التي أنشئت في عام ٢٠٠٦، آلية هامة أيضاً لمساءلة الدول عن الوفاء بالتزاماتها في مجال حقوق الإنسان التي قطعتها في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وتتطلب المساءلة الدولية الإدماج المنهجي للمعلومات المتعلقة بحقوق الإنسان ذات الصلة ببرامج العمل في التقارير التي تقدم إلى هذه الآليات الدولية لحقوق الإنسان، بالإضافة إلى معلومات عن تنفيذ التوصيات الصادرة عن هذه الهيئات. وتسهم الحوارات المنتظمة بين اللجان والدول الأطراف،

وإجراءات الشكاوى الفردية في كل لجنة، تسهم في كفالة مساءلة الدول، بينما الملاحظات والتفسيرات التي تقدمها اللجان طبيعة ومدى التزامات الدول بضمن حقوق الإنسان من جهة أخرى.

٧٠٩ - وينبغي أن تصدق الدول على معاهدات حقوق الإنسان الدولية والإقليمية، وتسحب التحفظات على الأحكام التعاهدية، ذات الصلة بجميع أبعاد الكرامة، بما في ذلك المساواة بين الجنسين وعدم التمييز والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والأمن الماكني والتنقل والمشاركة السياسية. وينبغي أن توائم الدول القوانين الوطنية مع الصكوك الدولية، وترصد مدى احترام حقوق الإنسان وحمايتها وتعزيزها وإعمالها، وتكفل وجود آليات لحماية حقوق الإنسان. وينبغي أن يتضمن ذلك وضع تشريعات وممارسات إدارية لتنظيم الأعمال التي تقوم بها الجهات الفاعلة من غير الدول التي تنتهك حقوق الإنسان، ومراقبة تلك الأعمال والتحقيق فيها ومقاضات مرتكبيها.

دال - التعاون والشراكات والاتساق

٧١٠ - لقد ثبت أن التعاون الدولي كان ضروريا من أجل تنفيذ برنامج العمل خلال العقدين الماضيين. ويتخذ هذا التعاون أشكالا مختلفة، بما في ذلك التعاون المتعددة الأطراف والتعاون الثنائي والتعاون الإقليمي والتعاون بين الأقاليم والتعاون فيما بين بلدان الجنوب والتعاون الثلاثي. وقد لفتت الجهود الرامية إلى كفالة فعالية التنسيق بين الجهات المانحة في إطار الملكية الوطنية على الصعيد القطري الانتباه إلى الأثر السلبي للمشروطة، والحاجة إلى تحسين فعالية التنمية، والحد من تكاليف المعاملات، وذلك بعدة وسائل منها الاتساق بين المساعدة المقدمة من المانحين والأولويات الوطنية وتنمية القدرات واستراتيجيات الخروج من المعونة. ومنذ عام ١٩٩٤، زاد عدد الجهات المانحة المالية باطراد، وصار الحضور المتنامي للمنظمات غير الحكومية ومنظمات القطاع الخاص يؤثر بشكل متزايد في صورة مجتمع المانحين^(٥٠٧). وكما ذكر أعلاه، فقد أدت الشراكات مع الجهات الفاعلة في المجتمع المدني دورا هاما في المضي قدما بتنفيذ برنامج العمل على أرض الواقع، وذلك في ضوء بيئة المعونة المتزايدة التعقيد، مع أصحاب المصلحة الجدد والشراكات الجديدة من أجل التنمية، وسعي عدد من الآليات لتنسيق مساهمات الجهات المانحة في عمليات التخطيط القطاعي والوطني.

J. S. Singh, *Creating a New Consensus on Population: The Politics of Reproductive Health*, (٥٠٧) *Reproductive Rights and Women's Empowerment*, 2nd ed. (London, Earthscan, 2009)

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٢٩

التعاون والشراكات والاتساق

ما خلصت إليه الهيئات الحكومية الدولية فيما يتعلق بحقوق الإنسان: أكدت الجمعية العامة في قرارها ١٦٠/٦١ (٢٠٠٦) بشأن إقامة نظام دولي ديمقراطي ومنصف على أن "تكتيف التعاون الدولي من أجل تعزيز جميع حقوق الإنسان وحمايتها ينبغي أن يظل متسقاً تماماً مع مقاصد ومبادئ ميثاق الأمم المتحدة والقانون الدولي". واعتمد مجلس حقوق الإنسان في عام ٢٠٠٨ القرار ٨/٥ بشأن الموضوع نفسه وبصياغة مماثلة. وبناء على الاستعراض الشامل للسياسات الذي يجري كل ثلاث سنوات، اعتمدت الجمعية العامة دون تصويت القرار ٢٢٦/٦٧ (٢٠١٢) بشأن الاستعراض الشامل للسياسات الذي يجري كل أربع سنوات للأنشطة التنفيذية التي تضطلع بها منظومة الأمم المتحدة من أجل التنمية، الذي تدعو فيه الجمعية العامة إلى تعزيز التماسك على نطاق المنظومة الذي يسلم بقيمة تحسين الروابط بين الأنشطة التنفيذية والقواعد والمعايير، من قبيل الحرية، والسلام، والأمن، وحقوق الإنسان، وأهمية تعميم التنمية المستدامة في الولايات والبرامج والاستراتيجيات وعمليات صنع القرار في كيانات الأمم المتحدة.

١ - الاستجابة المتعددة الأطراف لبرنامج العمل

٧١١ - اعتمدت المؤسسات المتعددة الأطراف منذ عام ١٩٩٤ برنامج العمل كإطار؛ وقد أثر ذلك في مفهوم الأهداف الإنمائية للألفية. وبينما سعت الأجهزة والهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة إلى دمج برنامج العمل في القرارات والنواتج المتعلقة بالمسائل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، تعاونت كيانات منظومة الأمم المتحدة، بما في ذلك البنك الدولي، على تجسيد هذا الدمج من خلال الأفرقة المواضيعية، والأطر المواضيعية والأطر البرنامجية التابعة للأمم المتحدة على المستوى القطري وكذلك عن طريق التنسيق في إطار فريق الأمم المتحدة الإنمائي ومجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق. وقد تعزز إدماج برنامج عمل السكان والتنمية في مجالي التحليل والبرمجة لغرض المساعدة المتعددة الأطراف من خلال التحسينات العادية لاستعراض السياسات الشامل الذي تجريه الجمعية العامة كل ثلاث

سنوات، والذي صار يجري الآن كل أربع سنوات، ونُهج "توحيد الأداء" الناشئة، وكذلك البرمجة المشتركة وطرائق التمويل المتعددة المانحين. ورعت المفوضية الأوروبية، بوصفها عنصرا فاعلا في مجالي التمويل والسياسات قائما بذاته، تقديم الدعم من أجل تنفيذ برنامج العمل.

٧١٢ - وقد اضطلع صندوق الأمم المتحدة للسكان بدور تنظيمي في الدعوة لبرنامج العمل من خلال اعتماد برامج عالمية وإقليمية وقطرية تركز على الجوانب الرئيسية، مما أسفر عن سياسات وبرامج وخدمات في جميع المناطق. ومنذ عام ١٩٩٤، قُدِم التمويل المحدد الهدف للبرامج القطرية لصندوق الأمم المتحدة للسكان في أكثر من ١٣٠ بلدا في جميع المناطق من أجل تعزيز وتنفيذ السياسات والبرامج السكانية القائمة على حقوق الإنسان.

٧١٣ - واستجابة لبرنامج العمل، خفضت منظمة الصحة العالمية تركيزها في مجال البحوث على إيجاد وسائل لمنع الحمل جديدة تماما تشمل وضع برنامج بحوث أوسع نطاقا بشأن الظروف الصحية الجنسية والإنجابية، والتكنولوجيات، والقواعد والمعايير المتعلقة بتقديم الخدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية التي تركز على المرأة والقائمة على الحقوق.

٧١٤ - وتعمل مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان باستمرار على ضمان استفادة المعايير الدولية لحقوق الإنسان من برنامج العمل وتعزيزها له، وذلك من خلال عمل الهيئات المنشأة بموجب معاهدات وآليات الخبراء الأخرى.

٧١٥ - وقد اضطلعت شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة بدور نشط في الحوار الحكومي الدولي بشأن السكان والتنمية، وفي إعداد تقديرات وتوقعات ديمغرافية مستكملة بالنسبة لجميع البلدان، بما في ذلك البيانات الأساسية من أجل رصد التقدم المحرز في تنفيذ برنامج العمل، ووضع منهجيات جديدة ونشرها، وإعداد تقارير الدورات السنوية للجنة السكان والتنمية بالاشتراك مع صندوق الأمم المتحدة للسكان.

٧١٦ - وعلى الصعيد الإقليمي، تشجع اللجان الإقليمية التابعة للأمم المتحدة، لا سيما اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، برنامج العمل عن طريق تنشيط العناصر الاجتماعية ومراكز الامتياز من أجل معالجة المسائل السكانية الناشئة وتحسين قدرة الحكومات على الاستجابة لها من خلال السياسات الوطنية الرامية إلى تحقيق التنمية وإعمال حقوق الإنسان.

٧١٧ - وقدمت المؤسسات المالية المتعددة الأطراف، مثل البنك الدولي ومصرف التنمية الآسيوي ومصرف التنمية للبلدان الأمريكية، الدعم لبرامج من قبيل برامج التحويل النقدي المشروط وخدمات الاتصال المباشر للتبليغ عن العنف القائم على نوع الجنس والخدمات

الملائمة للشباب، بما في ذلك الخدمات الصحية للمرأة، تمثيا مع الأهداف والغايات التي حددها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وتعمل الأمم المتحدة في العديد من البلدان بالتعاون مع الجهات المانحة والمؤسسات المالية من أجل تمكين الحكومات من إجراء التعديلات السكانية، ومساعدة البلدان على إدماج الديناميات السكانية في خطط التنمية، مما يؤثر على طائفة واسعة من السياسات وعمليات اتخاذ القرارات في جميع المناطق.

٢ - المتابعة الحكومية الدولية

٧١٨ - أعاد المجتمع الدولي التأكيد على برنامج العمل، والإجراءات الرئيسية المتخذة لتنفيذه بعد مرور خمس سنوات، في المؤتمرات الرئيسية ومؤتمرات القمة التي تعقدها الأمم المتحدة، بما في ذلك المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة في عام ١٩٩٥، ومؤتمر قمة الأمم المتحدة للألفية في عام ٢٠٠٠، ومؤتمر القمة العالمي لعام ٢٠٠٥، والاجتماع العام الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الأهداف الإنمائية للألفية في عام ٢٠١٠، ومؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة في عام ٢٠١٢.

٧١٩ - ومنذ عام ١٩٩٤، اعتمدت الجمعية العامة والمجلس الاقتصادي والاجتماعي وهيئاته الفرعية، من قبيل لجنة السكان والتنمية ولجنة وضع المرأة ولجنة التنمية الاجتماعية ولجنة التنمية المستدامة، ومجلس الأمن، قرارات ونواتج أخرى متعلقة بجميع جوانب برنامج عمل السكان والتنمية. وقد عززت هذه النواتج الصلات بين حقوق الإنسان والتنمية؛ والمرأة والسلام والأمن؛ وعدم التسامح إطلاقا إزاء العنف القائم على نوع الجنس، بما في ذلك حقوق الإنسان للمرأة في التحكم بحرية ومسؤولية في المسائل المتصلة بنشاطها الجنسي واتخاذ قرارات بشأنها، دون إكراه أو تمييز أو عنف؛ وكذلك ضرورة حماية حقوق الإنسان للمراهقين والشباب في التحكم بحرية ومسؤولية في المسائل المتصلة بنشاطهم الجنسي، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، واتخاذ قرارات بشأنها بصرف النظر عن السن والحالة الاجتماعية، من بين أمور أخرى.

٧٢٠ - وقد حدثت تطورات هامة في مجلس حقوق الإنسان، الذي اعتمد قرارات بشأن الوفيات النفاسية واعتلال الأمهات وحقوق الإنسان في الفترة ٢٠٠٩-٢٠١٢^(٥٠٨)، والقرار ١٧/١٩ بشأن حقوق الإنسان والميل الجنسي والهوية الجنسية في عام ٢٠١١.

(٥٠٨) اعتمد مجلس حقوق الإنسان عدة قرارات بشأن الوفيات النفاسية وحقوق الإنسان، بما في ذلك القرار ٢/١٨ المؤرخ ٢٨ أيلول/سبتمبر ٢٠١١ بشأن الوفيات النفاسية واعتلال الأمهات التي يمكن الوقاية منها وحقوق الإنسان (انظر: A/66/53/Add.1، الفصل الثاني)، والذي يسلم فيه بأن نهجا قائما على حقوق

٣ - التعاون فيما بين بلدان الجنوب والتعاون الثلاثي

٧٢١ - يشير برنامج العمل إلى التعاون فيما بين بلدان الجنوب بوصفه أداة هامة من أدوات التنمية وهدفا مهما لتعبئة الموارد. وقد شكلت مؤتمرات القمة والمؤتمرات اللاحقة إطار العمل للتعاون فيما بين بلدان الجنوب، بما في ذلك مؤتمر قمة بلدان الجنوب المنعقد في هافانا في عام ٢٠٠٠، والمؤتمر الرفيع المستوى بشأن التعاون فيما بين بلدان الجنوب المنعقد في مراكش بالمغرب في عام ٢٠٠٣، ومؤتمر قمة الجنوب الثاني المنعقد في الدوحة في عام ٢٠٠٥، ومؤتمر الأمم المتحدة الرفيع المستوى بشأن التعاون فيما بين بلدان الجنوب المنعقد في نيروبي في عام ٢٠٠٩. ويسلط إطار المبادئ التوجيهية التنفيذية بشأن دعم الأمم المتحدة المقدم للتعاون فيما بين بلدان الجنوب والتعاون الثلاثي (SSC/17/3) الضوء على الدور الرئيسي الذي يمكن أن تضطلع به المنظمات التابعة للأمم المتحدة في تحسين تبادل المعارف فيما بين بلدان الجنوب وإقامة شبكات التواصل وتبادل المعلومات وأفضل الممارسات وتحليل السياسات والإجراءات المنسقة بشأن المسائل الرئيسية ذات الاهتمام.

٧٢٢ - وقد أصبح العديد من البلدان المتوسطة الدخل داعية نشطة للشراكات بين بلدان الجنوب. وقامت الاقتصادات الناشئة باستثمارات هامة في مجال التعاون فيما بين بلدان الجنوب. وقد أقرت الجهات المانحة التقليدية بقيمة التعاون فيما بين بلدان الجنوب كذلك. وقد عزز هذا الوضع التعاون فيما بين بلدان الجنوب بوصفه آلية للتعليم الأفقي كقنبلة بدفع عجلة تطوير القدرات الوطنية وكذلك تعزيز آليات التعاون الثلاثي التي تمول الشراكات فيما بين بلدان الجنوب بمساهمات من الحكومات المانحة^(٥٠٩).

٧٢٣ - ومن الأمثلة على مبادرة التعاون فيما بين بلدان الجنوب والتعاون الثلاثي الرامية إلى تمكين المؤسسات الوطنية من تعزيز التعاون الأفقي في المجالات المتصلة ببرنامج العمل، منظمة شركاء في مجال السكان والتنمية الحكومية الدولية، التي أنشئت من أجل تعزيز التعاون فيما بين بلدان الجنوب في ميدان الصحة الإنجابية والسكان والتنمية. وقد وفرت المؤتمرات السنوية

الإنسان للوقاية من الوفيات النفاسية واعتلال الأمهات هو نهج يستند إلى مجموعة من المبادئ، من بينها المساءلة والمشاركة والشفافية والتمكين والاستدامة وعدم التمييز والتعاون الدولي، ويشجع الدول وسائر أصحاب المصلحة ذوي الصلة، بما في ذلك المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان والمنظمات غير الحكومية، على اتخاذ إجراءات على جميع المستويات لمعالجة الأسباب الجذرية المترابطة الكامنة وراء الوفيات النفاسية واعتلال الأمهات، مثل الفقر وسوء التغذية والممارسات الضارة، وعدم توفر خدمات ملائمة وسهلة المنال في مجال الرعاية الصحية والمعلومات والتثقيف، وعدم المساواة بين الجنسين، وعلى إيلاء اهتمام خاص لمسألة القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات.

Report of the Third United Nations Conference on the Least Developed Countries, Brussels, 14-20 May (٥٠٩)

.2001 (A/CONF.191/13)

المشتركة بين الوزارات للمنظمة على مدى العقدين الماضيين آلية لاستعراض الأقران في البلدان الأعضاء بشأن جميع جوانب قضايا السكان والتنمية.

٤ - التغييرات في عبء الأمراض العالمي وما يقابل ذلك من معونة

٧٢٤ - منذ اعتماد برنامج العمل، حددت أيضا الاستجابة للأزمة العالمية في مجال مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز هيكل التعاون الإنمائي. وكان لهذه الاستجابة أثر كبير في الهيكل التشغيلي للمبادرات الجديدة للمانحين، من ذلك على سبيل المثال الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا؛ ونطاق دعم الجهات المانحة لحالة صحية واحدة، وإن كانت معقدة، على سبيل المثال خطة رئيس الولايات المتحدة الأمريكية الطارئة للإغاثة من الإيدز، التي طغى حجمها على كثير من الميزانيات الصحية الوطنية، والتركيز الشديد على الدعم الذي يقدمه المانحون إلى أفريقيا بسبب عبء فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز الكبير بشكل استثنائي في تلك المنطقة.

٧٢٥ - وقد زاد نطاق الوباء وما يقابله من تدفقات من الموارد المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز من حجم الالتزامات السياسية العالمية إزاء الصحة^(٥١٠) وأدى إلى زيادة كبيرة في قدرة البلدان المتلقية على تنفيذ برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، والعلاج المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز. وفي البلدان التي تتسق فيها المبادرات الصحية العالمية، الممول والرئيسي لبرامج مكافحة المرض الواحد، بشكل كامل مع الأولويات القطرية، ثبتت فعالية المعونة ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية في تعزيز النظام الصحي، والنهوض بالقيادة والدعوة من أجل مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، وأدت إلى إقامة شراكات غير عادية ومبتكرة في بعض الأحيان بين الإدارات الصحية والقطاعات الحكومية الأخرى المعنية بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، مثل قطاعات النقل والدفاع والتعليم^(٥١١).

٧٢٦ - ومع ذلك، أدى حجم المعونة ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى تفاقم المشاكل في البلدان التي فاقمت فيها المبادرات الصحية العالمية بيئة للمعونة المجزأة وغير

(٥١٠) Yu and others, "Investments in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?" (انظر الحاشية ٣٤٢ أعلاه).

(٥١١) N. Spicer and others, "National and subnational coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice?", *Globalization and Health*, vol. 63, No. 3 (2010); R. G. Biesma and others, "The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control", *Health Policy and Planning*, vol. 24, No. 24 (2009), pp. 239-252

المنسقة، والمنافسة بين الجهات المانحة. ولم تكن البلدان المتلقية للمعونة قادرة على التنبؤ بميزانيتها الصحية السنوية من سنة إلى أخرى، وكانت رهينة لمصالح الجهات المانحة والمشاريع ذات الأولوية التي تركز على فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز بدلا من الاستثمارات على نطاق القطاع الصحي^(٥١٢). وكثيرا ما تخضع البلدان للمساءلة عن أطر إبلاغ صارمة ومركزة تابعة للجهات المانحة فيما يتصل بفيروس نقص المناعة البشرية، حيث تنفق موارد قيّمة من أجل تتبع المؤشرات الإجمالية القائمة على التغطية، التي يمكن أن تخفي التفاوتات الصارخة في نوعية الرعاية المقدمة.

٧٢٧ - وأدى أيضا ارتفاع مستويات التمويل الرأسي لفيروس نقص المناعة البشرية إلى الانتشار السريع للمنظمات غير الحكومية التي تنفذ برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية في البلدان النامية، والتي كان بعضها عوامل تغيير فعالة للغاية، ولكن البعض منها لم يكن كذلك. وأدى عدم إخضاع المنظمات غير الحكومية للقواعد والإشراف، في بعض الحالات، إلى حدوث هجرة جماعية للعاملين في المجال الصحي من القطاع العام إلى المنظمات غير الحكومية، مما أدى إلى تحسين فرص العمل، ولكن أيضا تفويض قدرات النظام العام المحلي للصحة الأساسية^(٥١٣). وبالاتزان مع ضعف القطاع العام، دفعت الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية المعنية بمسألة واحدة بالمرضى إلى التعامل مع شبكة معقدة من الخدمات غير المنسقة، مما أدى في غالب الأحيان إلى حالات انقطاع في استمرارية توفير الرعاية والأمداد بالأدوية الأساسية، والحد من الرعاية العامة أو الشاملة للاحتياجات الصحية للمرضى^(٥١٤).

٧٢٨ - ومنذ عام ٢٠٠٠، أولي اهتمام متزايد لفعالية المعونة، نشأ جزئيا عن شعور البلدان النامية بالإحباط بسبب المشاكل الناجمة عن عدم تكافؤ شراكات المعونة، وعدم قدرتها على تخطيط عملية التنمية وتنسيقها وقيادتها على نحو فعال. والتزمت الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي في إعلان أبوجا لعام ٢٠٠١ بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص

M. Martínez Álvarez and A. Acharya, "Aid effectiveness in the health sector", Working Paper No. (٥١٢) 2012/69 (Helsinki, United Nations University, World Institute for Development Economics Research, 2012).

J. Pfeiffer and others, "Strengthening health systems in poor countries: a code of conduct for (٥١٣) nongovernmental organizations", *American Journal of Public Health*, vol. 98, No. 12 (2008), pp. 2134-2140.

Ibid.; J. Pfeiffer, "International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new (٥١٤) model of collaboration", *Social Science and Medicine*, vol. 56, No. 4 (2003), pp. 725-738.

المناعة المكتسب (الإيدز) والسل والأمراض المعدية الأخرى ذات الصلة بزيادة الإنفاق الصحي إلى ما لا يقل عن نسبة ١٥ في المائة من الميزانية الوطنية، ودعت البلدان المانحة إلى زيادة الدعم المقدم وفقا لذلك.

٧٢٩ - وقد عززت حصيلة المنتديات الرفيعة المستوى بشأن فعالية المعونة، إعلان باريس بشأن فعالية المعونة لعام ٢٠٠٥، وبرنامج عمل أكرام لعام ٢٠٠٨، وشراكة بوسان للتعاون الإنمائي الفعال لعام ٢٠١١، الالتزامات المتعلقة بتقديم المعونة بفعالية أكبر، مع التركيز على تنمية القدرات والملكية الوطنية والتنفيذ. وقد انعكست الأهمية المتزايدة لبرنامج عمل فعالية المعونة في وضع هياكل التنسيق بين الجهات المانحة، وزيادة الاعتراف بالقيادة القطرية والمساءلة المتبادلة في أوجه التعاون هذه. وخلصت دراسة تقييم متعددة البلدان مشتركة بين منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، بشأن الآثار^(٥١٥) المترتبة على التغييرات التي طرأت مؤخرا في مجال بيئة المعونة من أجل وضع السياسات والبرامج الصحية الجنسية والإنجابية، خلصت إلى أن مشاركة المنظمات على الصعيد القطري تتسم على نحو متزايد بالتركيز على النهج القطاعية الشاملة واستراتيجيات الحد من الفقر، وكذلك وضع الاستراتيجيات لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، ولا سيما الهدفان ٤ و ٥ (الغائتان ألف وباء). وقد اتضح أن هذه الاستراتيجيات قد أدت إلى زيادة الوعي بالمسائل المتعلقة بصحة الأمهات والمواليد الجدد، في حين تبين أن الجوانب الأخرى للصحة الجنسية والإنجابية كانت مهمشة، من حيث الأولويات القطرية ودعم الجهات المانحة.

٧٣٠ - وخلصت الدراسة أيضا إلى أن التمويل الآمن الذي يمكن التنبؤ به للصحة الجنسية والإنجابية لا يزال يطرح مشكلة، وأن الجزء الأكبر من تمويل الأنشطة ما زال يعتمد على الجهات المانحة. وتبين أن النهج المتعددة القطاعات في برامج الصحة الجنسية والإنجابية لا تزال متخلفة إلى حد كبير في البلدان التي شملتها دراسة التقييم. ومع ذلك، تم الإبلاغ عن أن التحول نحو تعزيز النظم الصحية والدعم المقدم من خلال الشراكة الصحية الدولية والمبادرات الأخرى ذات الصلة يوفر إطارا يمكن ضمنه معالجة المسائل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية بصورة أشمل.

WHO and UNFPA, "Strengthening country office capacity to support sexual and reproductive health in (٥١٥) the new aid environment: report of a technical consultation meeting: wrap-up assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO collaborative project", World Health Organization, document WHO/RHR/11.29

٥ - الشراكات العالمية الجديدة

٧٣١ - شهدت السنوات الأخيرة انتشاراً للمبادرات والشراكات وآليات التعاون الرسمي وغير الرسمي الجديدة بمشاركة وكالات الأمم المتحدة وغيرها من الهيئات، المنشأة بهدف الإسراع بوتيرة الجهود المتضافرة المبذولة لتنفيذ عناصر معينة من برنامج العمل.

٧٣٢ - وتشمل هذه المبادرات والشراكات والآليات، من بين أمور أخرى، مبادرة الأمم المتحدة لمكافحة العنف الجنسي في حالات النزاع، وهي مجموعة هيئات مشتركة بين الوكالات مؤلفة من ١٢ وكالة تابعة للأمم المتحدة، تقدم الدعم إلى حملة الأمين العام المعنونة "متحدون من أجل إنهاء العنف ضد المرأة". ويقدم البرنامج المشترك بين صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف بشأن تتر/تشويه الأعضاء التناسلية للإناث الدعم إلى بلدان بلغ عددها ١٧ بلداً، حتى عام ٢٠١٤، بهدف الحد من هذه الممارسة الضارة والقضاء عليها. وأنشئت فرقة عمل الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات والمعنية بالمراهقات لتنسيق العمل فيما بين الوكالات لتلبية احتياجات هذه الفئة المعينة من السكان، مع التركيز بوجه خاص على الفتيات المهمشات، بمن فيهن المعرضات لخطر زواج الأطفال. ويجري تنفيذ حملة القضاء على ناسور الولادة في البلدان لأغراض تقديم الدعم إلى جهود اتقاء هذا المرض الحاد وعلاج المصابات به وإعادة إدماجهن في المجتمع.

٧٣٣ - وأنشئ برنامج "الإجراء ٢" استجابةً لنداء وجهه الأمين العام إلى الأمم المتحدة للعمل المشترك من أجل تعزيز الإجراءات ذات الصلة بحقوق الإنسان على الصعيد القطري وتحسين الدعم المقدم لإنشاء وتدعيم نُظم وطنية لتعزيز حقوق الإنسان وحمايتها. بما يتفق مع المعايير والقواعد الدولية لحقوق الإنسان. وقد سعت تلك المبادرات إلى إدماج حقوق الإنسان في شتى أنحاء منظومة الأمم المتحدة في كل ما تضطلع به من أعمال في مجالات المساعدة الإنسانية والتنمية وحفظ السلام، وروّجت للأخذ بنهج يستند إلى حقوق الإنسان في إعداد البرامج. وفي عام ٢٠٠٩، وفي إطار تنفيذ قرار لجنة السياسات التابعة للأمين العام بشأن حقوق الإنسان والتنمية، أيدت مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية إنشاء آلية لتعميم مراعاة حقوق الإنسان بهدف تعزيز إنجازات برنامج "الإجراء ٢".

٧٣٤ - وفي مجال الصحة، تُكثف الشراكة الدولية من أجل الصحة جهودها من أجل تعزيز الأهداف الإنمائية للألفية المتصلة بالصحة. وتسهم الشراكة في تعزيز العمليات الوطنية في ٢١ بلداً في أفريقيا وآسيا مركزةً على تنشيط النظم الصحية. وتجسّد شراكة وكالات الأمم المتحدة الأربع المعنية بالصحة جهوداً مشتركة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وصندوق الأمم المتحدة

للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة) ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي. وتوفّر الشراكة العالمية لصحة الأم والوليد والطفل، التي انطلقت في عام ٢٠٠٥، منتدىً يتيح للأعضاء تجميع قواهم ووضع الحلول موضع التنفيذ.

٧٣٥ - وقد أنشئ تحالف إمدادات الصحة الإنجابية، وهو شراكة عالمية تضم منظمات متعددة وثنائية الأطراف ومؤسسات خاصة وحكومات وممثلين للمجتمع المدني وللقطاع الخاص، بهدف ضمان تمكين الناس كافة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، من الحصول على وسائل منع الحمل وغيرها من لوازم الصحة الإنجابية الميسورة التكلفة وذات النوعية العالية. وفي الآونة الأخيرة، واصلت مبادرة تنظيم الأسرة ٢٠٢٠ الاستفادة من الشراكات التي أُعلن عن انطلاقها في مؤتمر قمة لندن لتنظيم الأسرة الذي نظّمته حكومة المملكة المتحدة، ومؤسسة بيل وميليندا غيتس، بالشراكة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان؛ وهي تشمل الحكومات الوطنية والجهات المانحة والمجتمع المدني والقطاع الخاص وأوساط البحث والتطوير وآخرين من جميع أنحاء العالم من أجل تزويد عدد إضافي من النساء والفتيات يبلغ ١٢٠ مليون امرأة وفتاة في أفقر البلدان في العالم بسبل الحصول على المعلومات عن تنظيم الأسرة الطوعي ووسائل منع الحمل والخدمات بحلول عام ٢٠٢٠.

٧٣٦ - وفي مجال الهجرة الدولية، تعاونت وكالات الأمم المتحدة والمنظمة الدولية للهجرة ونسقت جهودها المبذولة في إطار المجموعة العالمية المعنية بالهجرة بهدف دعم تطبيق جميع الصكوك والمعايير الدولية والإقليمية ذات الصلة بالهجرة على نطاق أوسع، وتشجيع اعتماد نهج أكثر تماسكا وشمولا وأفضل تنسيقا إزاء مسألة الهجرة الدولية.

٧٣٧ - وقد أسس كل من الأمم المتحدة والاتحاد الأوروبي ولجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، وصندوق النقد الدولي، والبنك الدولي، الشراكة في مجال الإحصاء من أجل التنمية في القرن الحادي والعشرين في عام ١٩٩٩، استجابةً للحاجة المتصورة إلى معالجة مسألة الحد من الفقر وتحسين الحوكمة في البلدان النامية عن طريق تعزيز إدماج الإحصاءات والبيانات الموثوقة في عملية اتخاذ القرار. واعتمدت شراكة الإحصاء في القرن الحادي والعشرين، في خطتها الأخيرة المعتمدة في بوسان، جمهورية كوريا، في عام ٢٠١١، نهجا على نطاق المنظومة إزاء تنمية القدرات على دمج الأنشطة الإحصائية على الصعيد الوطني مع احتياجات التخطيط، والميزنة، والرصد والنتائج، واعترفت بأهمية أوجه التآزر بين البيانات القائمة على الدراسات الاستقصائية والتعدادات، والبيانات الإدارية وإحصاءات الحيوية. وأعربت خطة عمل بوسان أيضا عن

تأييدها الصريح لزيادة الشفافية وتشجيع استخدام أساليب وتكنولوجيات جديدة لتعزيز موثوقية الإحصاءات الرسمية وسبل الاطلاع عليها. وتُقرّ الخطة صراحةً بالأنشطة الإحصائية الضرورية لدعم الالتزامات العالمية الرئيسية بما في ذلك تلك المتعلقة بمبادرات مثل المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.

٧٣٨ - ومن الضروري التنسيق وإقامة الشراكات للتصدي للتحديات المعقدة في مجال التنمية المستدامة في عالم آخذ في العولمة. وتبشّر هذه الشراكات أيضا بممارسة المساءلة العامة على نطاق واسع، إذا لم يُسلّم "زمام إدارة" المبادرات والآليات إلى مجموعة معينة من الحكومات أو المؤسسات أو إلى موظفين مدنيين دوليين، ولضمان ألا تُبدد أموال التنمية الشحيحة بسبب التجزؤ وازدواجية الجهود.

هاء - تدفقات الموارد المالية

٧٣٩ - ورد في المسح العالمي لمؤتمر السكان أن ٨٨,٨ في المائة من البلدان أفادت بأنها خصصت موارد "لرصد الاتجاهات الديمغرافية وإعداد التوقعات/السيناريوهات السكانية" على مدى السنوات الخمس الماضية؛ وبلغت تلك النسبة في البلدان الأوروبية ١٠٠ في المائة. وأفاد أكثر من ٨٦ في المائة من البلدان بأنها خصصت موارد لاستكشاف "أوجه الترابط بين السكان والفقير".

١ - المعونة المقدمة من المانحين لعناصر مختارة من برنامج العمل

٧٤٠ - اتفق المجتمع الدولي، خلال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، على ضرورة توفير ١٧ بليون دولار في عام ٢٠٠٠ و ١٨,٥ بليون دولار في عام ٢٠٠٥ و ٢٠,٥ بليون دولار في عام ٢٠١٠ و ٢١,٧ بليون دولار في عام ٢٠١٥ لتمويل البرامج الأساسية الأربعة التالية في مجال السكان والتنمية: تنظيم الأسرة؛ والصحة الإنجابية الأساسية؛ والوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ والبرامج التي تتناول جمع البيانات السكانية وتحليلها ونشرها. ويتعين على البلدان النامية نفسها تعبئة ثلثي المبلغ المطلوب بينما يوفر المجتمع الدولي الثلث الآخر - ٥,٧ بلايين دولار في عام ٢٠٠٠، و ٦,١ بلايين دولار في عام ٢٠٠٥، و ٦,٨ بلايين دولار في عام ٢٠١٠، و ٧,٢ بلايين دولار في عام ٢٠١٥.

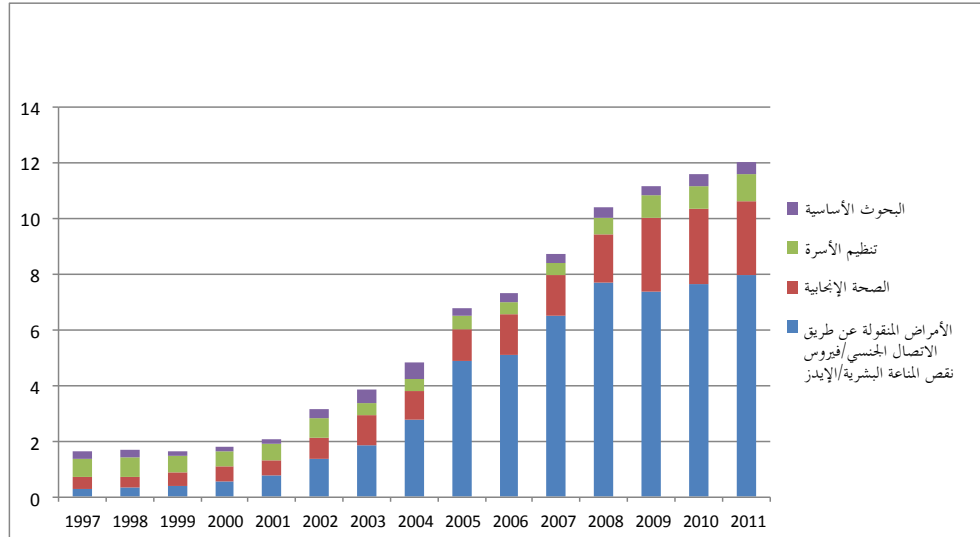
٧٤١ - وما فتئ الرصد المنتظم لتمويل عناصر برنامج العمل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية متواصلا على مرّ الزمن، ويتبين من ذلك تحقيق زيادة كبيرة في المساعدة التي وفّرتها الجهات المانحة منذ عام ٢٠٠٤ للأنشطة المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز.

وخصّص الجانب الأكبر من المساعدة السكانية - ٦٦ في المائة في عام ٢٠١١ - للأنشطة المتصلة بالوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي/فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، مع تخصيص معظمها لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (انظر الشكل ٥٦). وأنفق ما مجموعه ٨ في المائة من المساعدة السكانية على خدمات تنظيم الأسرة و ٢٢ في المائة على خدمات الصحة الإنجابية الأساسية و ٤ في المائة على البحوث الأساسية، وجمع البيانات، وتحليل والسياسات السكانية والإنمائية.

الشكل ٥٥

نفقات المانحين المتعلقة بأربعة عناصر من برنامج العمل، للفترة ١٩٩٧-٢٠١١

(ببلايين دولارات الولايات المتحدة)



المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، تدفقات الموارد المالية المخصصة للأنشطة السكانية في عام ٢٠١١ (نيويورك، ٢٠١٣) وقاعدة بيانات مشروع تدفقات الموارد.

٧٤٢ - ازداد حجم التمويل الخاص بأربعة مجالات بالقيمة المطلقة للدولار، ولكن حصلت الأنشطة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على زيادة تفوق قيمة التمويل المخصص لهذا العنصر في عام ١٩٩٧. بما قدره ٢٧ ضعفا. وزادت كذلك التدفقات المالية الموجهة للأنشطة المتعلقة بالصحة الإنجابية، وإن كانت أقل حجما. وبلغ مقدار الأموال المخصصة للصحة الإنجابية ٢٢ في المائة من مجموع المساعدة المقدمة لهذا النشاط في عام ٢٠١١. وما زالت أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث تقع غالبية أقل البلدان نمواً المستفيدة من المساعدة، المنطقة المتلقية لأكثر مبلغ من المعونة، إذ تحصل على نحو ثلثي هذه المساعدات التي

تؤول إلى خمس مناطق جغرافية^(٥١٦)؛ ويبيّن هذا ارتفاع مستوى الاحتياجات في المنطقة فيما يتعلق بجميع أبعاد الصحة الجنسية والإنجابية، ولا سيما الاحتياجات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على وجه الخصوص.

٧٤٣ - وعلى الرغم من أن تمويل الأنشطة السكانية آخذ في الارتفاع، فإنه لا يلي الاحتياجات المتزايدة للبلدان النامية. وضمانا لتوفير التمويل الكافي لتنفيذ عناصر برنامج العمل هذه (الفقرة ١٣-١٤)، استعرض صندوق الأمم المتحدة للسكان، في عام ٢٠٠٩، التقديرات الخاصة بالعناصر الأربعة ونقّحها لتعكس الاحتياجات والتكاليف الراهنة. وبلغت التقديرات المنقحة لجميع العناصر الأربعة ٦٤,٧ بليون دولار لعام ٢٠١٠، ومن المتوقع أن تصل إلى ٦٩,٨ بليون دولار بحلول عام ٢٠١٥^(٥١٧). وهذه التقديرات المنقحة هي أعلى بكثير من التقديرات المستهدفة الأصلية المتفق عليها في عام ١٩٩٤ لأنها تأخذ الاحتياجات والتكاليف الراهنة في الاعتبار، وتشمل أنشطة من قبيل توفير العلاج والرعاية للمصابين بالإيدز وإجراء فحوص للكشف عن سرطان الجهاز التناسلي وعلاجه، وهي أنشطة لم تكن مدرجة أصلا في مجموعة التدابير المحددة التكاليف. وتُعتبر التكاليف المنقحة تقديرات الحد الأدنى من الأموال اللازمة لتمويل الأنشطة الرامية إلى تلبية الاحتياجات التنامية في العناصر الأربعة. وقد يتطلب الأمر الآن إجراء المزيد من التنقيحات استنادا إلى نتائج الاستعراض العملي.

٧٤٤ - ولم يُنفذ الرصد المنتظم للمعونة المقدمة من المانحين لأغراض تنفيذ برنامج العمل بطريقة تشمل تحقيق أهدافها وإجرائها الكاملة والبعيدة المدى، مثل حقوق الإنسان، ومكافحة العنف، وتوفير الحماية الاجتماعية للمهاجرين، وإجراء البحوث المتعلقة بتغير المناخ، في جملة أهداف وإجراءات أخرى؛ وعلى أي حال، سيكون من الصعب وضع تقديرات لكل نشاط، لأنها من المرجح أن تمتد إلى شتى القطاعات الإنمائية المتعددة.

٢ - الدعم الثنائي الأطراف

٧٤٥ - أدت البلدان المانحة في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي/لجنة المساعدة الإنمائية دورا أساسيا في دعم تنفيذ برنامج العمل في جميع أنحاء العالم بتكملة الموارد المحلية، ولا سيما الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية في البلدان النامية، إذ شكّل تنظيم الأسرة،

(٥١٦) صندوق الأمم المتحدة للسكان، تدفقات الموارد المالية المخصصة للأنشطة السكانية في عام ٢٠١١ (نيويورك، ٢٠١٣).

(٥١٧) تقرير الأمين العام عن تدفق الموارد المالية للمساعدة في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (E/CN.9/2009/5)؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان، تقديرات منقحة لتكاليف تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: تقرير منهجي (نيويورك، ٢٠٠٩).

والأمومة المأمونة، وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز مجالات التمويل الرئيسية الثلاثة. ومع ذلك، فإن التمويل، حسبما أُنْفِق عليه في المؤتمر الدولي، لا يكفي لتلبية الاحتياجات على الصعيدين الوطني والإقليمي. وبوجه خاص، انزلقت مسألة توفير المعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة إلى مراتب متدنية من جدول أعمال السياسات العامة؛ ويعاني التمويل الخاص بمراقبة الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي من نقص حاد؛ وتحتاج نظم الرعاية الصحية الأولية إلى استثمارات ضخمة، وما تلك سوى أمثلة قليلة على الثغرات التي حددها الاستعراض العملي.

٧٤٦ - ولم تكن هياكل الدعم والتمويل المقدمين من المانحين موجهة دوماً بطبيعتها إلى دعم تقديم خدمات متكاملة أو شاملة. وما زالت البرامج والهياكل المؤسسية القائمة في مجال تنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل موضوع الالتزام القوي الذي قطعه المانحون على عاتقهم، لأنها كثيراً ما حظيت بدعمهم وتطويرهم لها على مدى سنوات عديدة. إلا أن هذه البرامج ما زالت تفتقر إلى المساءلة الرأسية، التي من شأنها أن تُدْمِج تدفق التمويل المخصص للبرامج، والإدارة، والسلع الأساسية، واللوجستيات، والإبلاغ، وما إلى ذلك. ويتعارض هذا النهج التمويلي الانعزالي والرأسي المنحى مع الأهداف التي حددتها الجهات المانحة والحكومات في مجال السياسات من أجل تقديم خدمات متكاملة وتعزيز القدرات في الأمد الطويل وتحقيق نمو قطاع الصحة، على النحو المتفق عليه في برنامج العمل. ورغم جميع النوايا الحسنة، فإن هذه النهج الرأسية قد تكون تفاقمت بسبب إنشاء آليات تمويل رأسية مثل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (٢٠٠٠).

٣ - النفقات المحلية

٧٤٧ - تشكل الموارد المالية المولدة محلياً، والتي تشمل النفقات الحكومية ونفقات المنظمات غير الحكومية الوطنية والنفقات من الأموال الخاصة، القسط الأكبر من التمويل المخصص لعناصر برنامج العمل المحددة التكاليف. وعلى الرغم من أنه من الصعب كثيراً قياس ذلك، يُقَدَّر أن البلدان النامية والبلدان التي تمر بمرحلة انتقالية تمكنت من تعبئة ٥٤,٧ بليون دولار خصصتها للأنشطة السكانية في عام ٢٠١١، وهو أكبر مبلغ سُجِّلَ حتى الآن. وتعزى هذه الزيادة الكبيرة مقارنة بالسنوات السابقة في جزء منها إلى النفقات الكبيرة المبلغ عنها فيما يتعلق بخدمات تنظيم الأسرة في الصين، إلا أن أحدث الأرقام قد لا تكون قابلة تماماً للمقارنة مع التقديرات السابقة بسبب إدراج بيانات جديدة واردة من منظمة الصحة العالمية عن النفقات من الأموال الخاصة (انظر الجدول ٦)^(٥١٦).

الجدول ٦

تقديرات النفقات الداخلية على الصعيد العالمي على أربعة عناصر من برنامج العمل، ٢٠١١

(بدولارات الولايات المتحدة)

المنطقة	الحكومات	المنظمات غير الحكومية	المستهلكون ^(أ)	مصدر الأموال	
				الاجموع	النسبة المئوية للإنفاق على الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي/فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
أفريقيا (جنوب الصحراء الكبرى)	٣ ٢٤٤ ٣٧٤	١١٩ ٩١٦	٣ ٥٦٧ ٤٩٠	٦ ٩٣١ ٧٨٠	٩٥ في المائة
آسيا والمحيط الهادئ	١١ ٢٤٩ ٧٠٠	١٥٧ ٩١٠	٢٧ ٩٤٤ ٢٥٤	٣٩ ٣٥١ ٨٦٤	١٠ في المائة
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٢ ١٩٠ ٢٦٢	٨٠ ٧٩٩	١ ١٣٣ ٦٥٤	٣ ٤٠٤ ٧١٥	٨٥ في المائة
غرب آسيا وشمال أفريقيا	٥٤٢ ٥١١	٦٠ ٠١٤	٣٤٩ ٩٢٠	٩٥٢ ٤٤٥	٣٦ في المائة
أوروبا الشرقية والجنوبية	٢ ٦٦٩ ٣٦٥	١٦ ٠٢٥	١ ٣٧٤ ٧٢٣	٤ ٠٦٠ ١١٣	٩٦ في المائة
الاجموع	١٩ ٨٩٦ ٢١٢	٤٣٤ ٦٦٤	٣٤ ٣٧٠ ٠٤٠	٥٤ ٧٠٠ ٩١٦	٣٢ في المائة

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، تدفقات الموارد المالية المخصصة للأنشطة السكانية في عام ٢٠١١ (نيويورك، ٢٠١٣). انظر أيضا Erik Beekink, Projections of Funds for Population and AIDS Activities, 2011-2013 (The Hague, Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute, 2013).

(أ) لا تغطي مبالغ إنفاق المستهلكين على الأنشطة السكانية سوى النفقات التي يتحملها الفرد من أمواله الخاصة، وتستند إلى المبلغ المتوسط المنفق لكل منطقة طبقاً لقياس منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالرعاية الصحية عموماً. وفي إطار كل منطقة، استُخدمت نسبة النفقات من الأموال الخاصة للمستهلك إلى نصيب الفرد من النفقات الحكومية، للوصول إلى إنفاق المستهلكين على الأنشطة السكانية.

٧٤٨ - وتموّل البلدان النامية ككل في الوقت الراهن أكثر من ثلاثة أرباع نفقات مجموعة التدابير السكانية المحددة التكاليف في إطار برنامج العمل. إلا أن معظم تدفقات الموارد المحلية تنشأ في عدد قليل من البلدان النامية الكبيرة. ولدى أغلبية البلدان النامية موارد مالية محدودة لاستخدامها في تمويل برامج السكان والصحة الإنجابية، ولا يمكنها توليد الأموال اللازمة لتنفيذ هذه البرامج، إذ تعتمد إلى حد كبير، بدلا من ذلك، على المساعدة المقدمة من المانحين. وعلاوة على ذلك، يمول المستهلكون من القطاع الخاص في البلدان النامية أكثر من نصف الموارد الداخلية من أموالهم الخاصة. وتترتب على ذلك آثار هامة تتعلق بالحصول على الخدمات، والوصول إلى أكثر الفئات تهميشا، وببطء التقدم نحو الأهداف المرجوة. وله أيضا آثار هامة تتعلق بمبادرات السياسات العامة الرامية إلى الحد من الفقر ومن عدم المساواة في الدخل في العالم النامي^(٥١٧).

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٣٠

تدفقات الموارد

ما خلصت إليه الهيئات الحكومية الدولية فيما يتعلق بحقوق الإنسان - يعكس توافق آراء مونثيري الصادر عن المؤتمر الدولي لتمويل التنمية التزاما بالتعاون الإنمائي الدولي. فوثيقة التوافق تنص على أن "الحكم الرشيد أمر أساسي لتحقيق التنمية المستدامة. فالسياسات الوطنية السليمة والمؤسسات الديمقراطية القوية المستجيبة لاحتياجات الناس والبنى التحتية المحسنة تشكل أساسا للنمو الاقتصادي المستدام، والقضاء على الفقر وتوفير فرص العمل. كما أن تحقيق الحرية، والسلام، والأمن، والاستقرار الداخلي واحترام حقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في التنمية، وسيادة القانون والمساواة بين الجنسين، والسياسات السوقية المنحى، والالتزام العام بإقامة مجتمعات عادلة وديمقراطية عوامل أساسية يعزز الواحد منها الآخر".

واو - إطار الرصد لما بعد عام ٢٠١٤

٧٤٩ - خلال العقدين الماضيين منذ عام ١٩٩٤، بُدلت جهود حمة لقياس مدى تطور نظم حماية حقوق الإنسان، ووضع مؤشرات جديدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وتقييم نوعية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وتحديد مؤشرات التنمية البشرية على الصعيدين الوطني والعالمي من قبيل المؤشرات التي وُضعت لقياس التقدم المحرز في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وقد كانت معظم هذه الجهود، ومنها مشروع إطار الأهداف الإنمائية للألفية، مثار انتقادات واسعة، ولكنها تشكل، بحكم أنها خضعت للاختبار والتقييم، أساسا لرصد الأهداف المتفق عليها لما بعد عام ٢٠١٤.

٧٥٠ - وسيتيح إطار الرصد لما بعد عام ٢٠١٤ أساسا للإبلاغ عن التقدم المحرز على الصعيدين الوطني والعالمي يمكن أن يعزز قيام الجمعية العامة والمجلس الاقتصادي والاجتماعي ولجنة السكان والتنمية باستعراض وتقييم عملية تنفيذ برنامج العمل. وسيتيح كل من "بطاقة التقييم" العالمي والتقرير العالمي مدخلات ميسرة لإجراء أي رصد في إطار خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥. وأما الإبلاغ بطريقة منفصلة أو مستقلة على أساس الالتزامات

المتصلة ببرنامج العمل في الهيئات المنشأة بموجب معاهدات أو في الهيئات الحكومية الدولية التابعة للأمم المتحدة، فسيكون إدماجه أيسر في عمليات لجنة السكان والتنمية.

زاي - الحوكمة والمساءلة: مجالان من مجالات العمل الرئيسية

١ - بيانات الديناميات السكانية وأهميتها الحاسمة في تخطيط التنمية

٧٥١ - يتعين عدم اعتبار الديناميات السكانية أرقاماً مجردة إنما بيانات أساسية عن التجربة الإنسانية، بما في ذلك كيفية تأثير خصوصيات الشعوب في إمكانات التنمية، وكيفية تفاعلها مع البيئة التي تعيش أو تتحرك فيها، وما إذا كانت في وضع جيد أم تعيش في أجواء من الخوف وانعدام للأمن، وما هي نظم الحماية الاجتماعية والخدمات العامة التي قد تحتاجها. وتعكس الديناميات السكانية اليوم تباينات ديموغرافية كبيرة واتجاهات متنوعة في العالم: ارتفاع أعداد كبار السن في جميع أنحاء العالم، ولا سيما في أوروبا ومناطق من أمريكا اللاتينية وآسيا؛ والمجموعات السكانية الشابة والارتفاع المتواصل لمعدل الخصوبة في أفريقيا؛ والطابع المتغير للأسر المعيشية في العديد من المناطق، مع ارتفاع نسب الأسر المعيشية المكونة من شخص واحد والتي يرعاها والد وحيد. ويجب أن تشكل القدرة على رصد وتحديد الديناميات السكانية المتغيرة استثماراً أساسياً للتنمية، تستنير به الحكومات في تحديد المكان والطريق المثلى لاستثمار الموارد الإنمائية وحماية حقوق الإنسان وصون كرامته.

٢ - ضرورة تعزيز قطاعات المعرفة

٧٥٢ - يبرز هذا الاستعراض العملي مواطن ضعف هامة في قطاع المعرفة في مجال السكان والتنمية في البلدان، بما في ذلك عدم اتساق التسجيل المدني والتعدادات، والاستخدام المحدود للابتكارات، ولا سيما في القدرة المحدودة عموماً على استخدام البيانات لغرض تخطيط التنمية وتنفيذها ورصدها وتقييمها. وهناك حاجة ملحة لتعزيز القدرات في مجالات الديموغرافيا، والصحة العامة، وحقوق الإنسان، والاقتصاد وما يتصل بها من علوم اجتماعية، ولتحسين الصلات الإنتاجية القائمة بين الباحثين وواضعي الخطط الإنمائية والوزارات، مما يتيح إمكانية استعمال البيانات المنتجة على المستوى الوطني لتعزيز الإدارة القائمة على المعرفة.

٧٥٣ - ويتعين تعزيز الدور القيادي في التخطيط العام لقطاع المعرفة، بما في ذلك تخصيص الموارد والقيام باستثمارات في الموارد البشرية. وتشمل الاحتياجات الملحة الزيادة في عدد الموارد البشرية ونوعيتها؛ وإدماج أساليب وتكنولوجيات حديثة؛ وتعزيز التسجيل المدني وغيره من مصادر البيانات الإدارية، بالإضافة إلى إحصاءات الهجرة؛ ونشر البيانات وإضفاء

الطابع الديمقراطي على استعمال البيانات؛ وضمان الاسترشاد بالبيانات السكانية عند اتخاذ القرارات في مجال السياسة العامة. وينبغي الانتقال من الاعتماد على بيانات الدراسات الاستقصائية إلى الاستخدام المتوازن لجميع مصادر البيانات ذات الصلة، بما فيها السجل المدني ومصادر البيانات الإدارية الأخرى.

٣ - زيادة المشاركة المنهجية والشاملة

٧٥٤ - في حين تواصل الدول الوفاء بالالتزام الرئيسي الذي يقضي بكفالة إعمال حقوق الإنسان، يتزايد التسليم بأن تحقيق حكم رشيد وتنمية جيدة مسؤولية تقع على عاتق مجموعة متنوعة من الجهات الفاعلة من غير الدول. ومن ثم، فإن تهيئة ظروف مواتية لتمكين جميع الجهات صاحبة المصلحة والحكومات والبرلمانات والمجتمع المدني والجهات الأخرى، والتي تمثل تنوعاً في الآراء والمصالح والمهارات من المشاركة مشاركة حرة وشاملة، وفقاً لما أقره برنامج العمل، ما زالت مسألة ذات أولوية. وقد أدخلت التحسينات والابتكارات، ولكن ما زال يتعين بذل المزيد من الجهود لتصحيح أوجه عدم الاتساق وتعزيز مشاركة جميع الفئات السكانية الرئيسية مشاركة شاملة وشفافة في القرارات التي تؤثر عليها، والتي تشمل المراهقين والشباب وذوي الإعاقات والمسنين والشعوب الأصلية.

٤ - من الضروري تحسين نظم المساءلة لغرض تنفيذ البرامج الوطنية والعالمية، وكذلك الشراكات الإنمائية ذات الطابع المعقد الجديد

٧٥٥ - توفر نظم المساءلة، بوصفها حجر الزاوية للحكومة الرشيدة، الأساس لبلوغ الأهداف الإنمائية القائمة على الحقوق، وتضمن إتاحة البيانات والمعارف الجيدة للجمهور ولجميع الجهات صانعة القرار؛ وهيئة بيئات مؤاتية تسمح بمشاركة المجتمع المدني، الممثلة والمستنيرة، من أجل مساءلة الحكومات والجهات الفاعلة الرئيسية الأخرى. وهناك حاجة إلى وضع قوانين وطنية ودولية واتباع ممارسات إدارية ووضع نظم حماية تكفل الاستفادة على قدم المساواة من البرامج ومن الخدمات ومنع التجاوزات ومعالجة الثغرات وحالات الفشل العامة وتوفير الفرص للتعويض والانتصاف. وآليات الاستعراض والإشراف، بما فيها نظم حماية حقوق الإنسان والمحاكم وهيئات المراجعة الإدارية والبرلمانات ومنتديات المشاركة المجتمعية عوامل حاسمة الأهمية في هذه العملية. ولا يقل عن ذلك أهمية أن يستند التعاون الفعال على كل من المستوى الدولي والمتعدد الأطراف والإقليمي والثلاثي فيما بين بلدان الجنوب إلى مبادئ الملكية الوطنية والاتساق على نطاق المنظومة والشفافية والمساءلة لضمان أن تستفيد الشراكات العالمية الجديدة من المعونة الإنمائية ومن إمكانات التنمية عوضاً عن زيادة تشتت الجهود أو ازدواجيتها.

سادسا - الاستدامة

”لا بد من إعمال الحق في التنمية حتى تلبى بإنصاف الحاجات السكانية والإنمائية والبيئية للأجيال الحالية والمقبلة“.

(المبدأ ٣، برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان)

”الهدف هو تحسين نوعية الحياة لجميع السكان عن طريق الأخذ بسياسات وبرامج سكانية وإنمائية مناسبة ترمي إلى اجتثاث الفقر وتحقيق النمو الاقتصادي المطرد في سياق التنمية المستدامة والأنماط المستدامة للاستهلاك والإنتاج وتنمية الموارد البشرية وضمان جميع حقوق الإنسان، بما فيها الحق في التنمية باعتباره حقاً عالمياً وغير قابل للتصرف وجزءاً لا يتجزأ من حقوق الإنسان الأساسية“.

(الفقرة ٣-١٦، برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان)

”تغيير الأنماط الاستهلاكية والإنتاجية غير المستدامة بالقيام متى لزم الأمر باتخاذ تدابير اقتصادية وتشريعية وإدارية ترمي إلى تعزيز الاستخدام المستدام للموارد ومنع التدهور البيئي“.

(الفقرة ٣-٢٩، برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية)

٧٥٦ - لقد أكد بشدة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي تقرر عقده بعد مرور سنتين فقط على مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية (مؤتمر القمة المعني بالأرض) على هدف ”التنمية المستدامة“. ولم يزد الاهتمام بالتنمية المستدامة إلا أثناء السنوات العشرين التي تلت ذلك، ولا سيما الآن، في الوقت الذي يعكف فيه العالم على وضع خطة جديدة للتنمية العالمية. وحدد الاستعراض جدول الأعمال غير المكتمل للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية في سياق بيئة إنمائية جديدة حددت معالمها الحاجة إلى التوفيق بين مستويات الاستهلاك المرتفعة والمخاطر التي تهدد البيئة وتنامي الثروة والتفاوت في الدخل، وضرورة تلبيتها. ومن أشد العضلات الأخلاقية في تاريخ البشرية هو أن يتحمل الفقراء وطأة الأعباء البيئية وأن يصبح النموذج المعتاد لتحسين مستويات المعيشة وتوسيع نطاق الفرص المتاحة وصون الكرامة وحقوق الإنسان نموذجاً غير مستدام. وفي هذه المرحلة الصعبة، فإن الرسالة الأساسية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية التي مفادها - أن الالتزام الأساسي بصون كرامة الفرد وحماية حقوق الإنسان الخاصة هو أساس لمستقبل مستدام يمتلك القدرة على المقاومة - يمكن أن تحدد مجموعة من السبل لمعالجة هذه المعضلة وتحقيق التنمية المستدامة للجميع.

ألف - تباين الديناميات السكانية

٧٥٧ - أثار النمو السكاني السريع في القرن العشرين شواغل واسعة النطاق ومسيئة إلى حد كبير إزاء الاكتظاظ السكاني واحتمال عدم تمكن العالم من إنتاج الغذاء الكافي أو الموارد الضرورية الأخرى لتغذية شعوبه^(٥١٨). وقد بينت الحاجة الملحة وبعد عقود من السياسات السكانية والإنمائية أدرجت تحديد النسل ضمن أولوياتها دون المبالاة بتطلعات الشعوب الإنجابية وصحتها أو صحة أطفالها، باتت الحاجة تمس إلى برنامج مناصرة الحقوق التابع للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وعكس برنامج عمل المؤتمر توافقاً كبيراً في الآراء بين مجموعة مختلفة من البلدان على أن زيادة إمكانية توفير الخدمات الصحية والتعليمية، وإعمال المزيد من حقوق الإنسان للمرأة، بما في ذلك حقوقها الصحية والإنجابية، سيضمن في نهاية المطاف مستقبلاً اجتماعياً واقتصادياً أفضل ويؤدي أيضاً إلى خفض معدل النمو السكاني - مقارنة بما حققته الجهود الرامية إلى تنظيم النسل. وتؤيد أدلة عام ٢٠١٤ إلى حد كبير دقة هذا التوافق في الآراء.

٧٥٨ - وبلغ عدد السكان في العالم ٥,٧ بلايين نسمة عندما عقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤. وقد وصل الآن عدد سكان العالم إلى ٧,١ بلايين نسمة، وما يزال ينمو بنحو ٨٢ مليون نسمة في السنة. غير أنه خلال هذه الفترة، أخذت المعدلات السنوية العالمية للنمو السكاني تتراجع بشكل ثابت، لتسجل انخفاضاً من ١,٥٢ في المائة أثناء الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥ إلى ١,١٥ في المائة أثناء الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥. وتراجعت أيضاً معدلات النمو السكاني في البلدان النامية من ١,٨ في المائة أثناء الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥ إلى ١,٣ في المائة أثناء الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥.

٧٥٩ - وينمو عدد سكان أفريقيا بأسرع وتيرة، مسجلاً نسبة ٢,٣ في المائة في السنة أثناء الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥، وهو معدل يزيد عن ضعف معدل النمو في آسيا (١ في المائة في السنة). ومع ذلك، ففي عام ٢٠١١، كان ٦٠ في المائة من سكان العالم يعيشون في آسيا و ١٥ في المائة فحسب في أفريقيا. ويبلغ عدد سكان آسيا حالياً ٤,٢ بلايين نسمة، بينما تجاوز عدد سكان أفريقيا بليون نسمة فقط في عام ٢٠٠٩. وبلغ عدد سكان المناطق الرئيسية الأخرى مجتمعة (الأمريكتان وأوروبا وأوقيانوسيا) إلى ١,٧ بليون نسمة في عام ٢٠١١^(٥١٩).

(٥١٨) انظر (P. R. Ehrlich, *The Population Bomb* (New York, Ballantine Books, 1968)

(٥١٩) التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٢ (انظر الحاشية ٣٣٦ أعلاه).

٧٦٠ - وتحجب الاتجاهات السكانية العالمية والإقليمية قدرا كبيرا ومتزايدا من تباين التجارب الديموغرافية في جميع أنحاء العالم. وقد نتجت عن هذا التحول الديموغرافي المرتبط بانخفاض معدلات الخصوبة والوفيات، إلى جانب التحول الحضري الذي أدى إلى تغيير تركيز النشاط الإنساني من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، تغييرات غير مسبوقه في عدد السكان وهيكلمهم العمري وتوزيعهم المكاني.

٧٦١ - ويتبين من المقارنة بين الفترتين ١٩٩٠-١٩٩٥ و ٢٠١٠-٢٠١٥ أنه في حين انخفض إجمالي معدلات الخصوبة في العالم بنسبة ١٦ في المائة^(٥٢٠)، تُلاحظ اختلافات جديرة بالذكر في معدلات الخصوبة بين البلدان والمناطق وفي داخلها^(٥١٩). وتشهد الآن بلدان متقدمة وبعض البلدان متوسطة الدخل معدلات خصوبة دون مستوى الإنجاب (أي عندما لا تلد المرأة عدداً من الأطفال يكفي لضمان أن تحل محل كل امرأة ابنة تعيش لغاية سن الإنجاب)، وانخفاضاً في معدلات النمو السكاني، وفي بعض الحالات، انخفاضاً في عدد السكان. وتشمل البلدان التي تسجل معدلات خصوبة منخفضة جميع البلدان في أوروبا و ٢٣ بلداً من أصل ٥١ بلداً في آسيا و ١٨ بلداً من أصل ٣٨ بلداً في الأمريكتين وبلدين في أفريقيا وبلد واحد في أوقيانوسيا^(٥١٩).

٧٦٢ - وفي الفترة ما بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٥، يُتوقع أن تظل معدلات الخصوبة الإجمالية مرتفعة، في مستوى أربعة أطفال أو أكثر لكل امرأة في ٤٥ بلداً من ضمنها ١٨ بلداً بلغ فيه المعدل الإجمالي للخصوبة خمسة أطفال أو أكثر لكل امرأة. وتتركز البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة في المقام الأول في أفريقيا (إذ يسجل ٣٨ بلداً من أصل ٥٧ بلداً في هذه القارة معدلات خصوبة مرتفعة)، ولكن يوجد خمسة منها في آسيا واثنان في أوقيانوسيا^(٥١٩).

٧٦٣ - وبتراجع معدل الخصوبة تتراجع معدلات إعالة الأطفال، وهذا ما يؤدي إلى زيادة نسبية في عدد الراشدين الذين بلغوا سن العمل (١٥-٥٩) وانخفاض في عدد المعالين الذين لم يبلغوا سن العمل. وفي البلدان المتقدمة، سجلت نسبة السكان في سن العمل زيادة مطردة من ٦١,٨ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ٦٢,٩ في المائة في عام ٢٠٠٥. ومنذ ذلك الحين، أخذت هذه النسبة تتراجع، وبلغت في عام ٢٠١٠ المعدل ذاته الذي بلغته في عام ١٩٩٠. وفي البلدان النامية، ازدادت نسبة السكان الذين بلغوا سن العمل زيادة كبيرة من ٥٦,٨ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ٦٢,٤ في المائة في عام ٢٠١٠، ومن المتوقع أن تنخفض إلى

(٥٢٠) تختلف تقديرات الفترة المتاحة هنا عن التقديرات السابقة الواردة في المقدمة، وهو ما يفسر الاختلاف في انخفاض معدل الخصوبة المعلن.

٥٨,٤ في المائة في عام ٢٠٥٠. وفي أقل البلدان نمواً، من المتوقع أن ترتفع نسبة السكان في سن العمل من ٥٣,٨ في المائة في عام ٢٠١٠ إلى ٥٩,٨ في المائة في عام ٢٠٥٠ ثم تنخفض بعد ذلك^(٥١٩).

٧٦٤ - ويدل التنوع في معدلات الخصوبة على تنوع أوسع نطاقاً في الاتجاهات الديموغرافية بين البلدان. وتواجه البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة فرصاً وتحديات متزايدة تتعلق بالشيخوخة بسبب عيش مواطنيها مدة أطول وتمتعهم بصحة أفضل. ويمكن للبلدان التي تشهد ارتفاعاً في معدلات الشباب والبالغين سن العمل بسبب انخفاض معدلات الخصوبة مؤخرًا، أن تستفيد من عائد ديموغرافي قصير الأجل إذا توفرت الظروف الاجتماعية والاقتصادية المناسبة. وما تزال البلدان التي ترتفع فيها معدلات الخصوبة تشهد نمواً سكانياً سريعاً، مما يطرح تحديات في بناء القدرات في مجالي التعليم والصحة وتوفير فرص عمل كافية. وفي حين ما فتئ معدل الوفيات ينخفض وأصبح الناس يعيشون حياة أطول في جميع بلدان العالم تقريباً، ما زالت معدلات الاعتلال والوفيات مرتفعة في عدد من البلدان النامية ومتوسط العمر المتوقع منخفضاً فيها بشكل غير مقبول.

٧٦٥ - ومع أن الهجرة الدولية لا تزداد بالضرورة حجماً، فقد تنوعت في عالم مترابط وقائم على الاعتماد المتبادل، حيث بات العديد من البلدان مصدراً للمهاجرين ومستقبلاً لهم وفي الوقت نفسه نقاط عبور لهم. وبلغت البلدان في جميع أرجاء العالم مراحل من التحضر مختلفة اختلافاً كبيراً، إذ أصبح عدد سكان المدن في أوروبا وأمريكا الشمالية ثابتاً، وتزامن ذلك مع نمو حضري سريع في آسيا وأفريقيا نشأ عنه انخفاض عدد سكان الريف.

٧٦٦ - وقد أثبت الاستعراض العملي أن الديناميات السكانية هامة بالنسبة للتنمية وتؤثر في الجوانب الحاسمة جوانب الكرامة والصحة والتنقل. وتعني الزيادة في التباين أن لكل سياق ديناميات سكانية خاصة به وأنها تتوقف على جوانب أخرى عديدة لمختلف مسارات التنمية التي تتبعها البلدان. ومع أن الديناميات السكانية، ولا سيما حجم السكان ونموهم، تعتبر في أغلب الأحيان ديناميات غير متباينة وعالمية في المناقشات بشأن ظواهر أخرى هي في واقع الأمر ظواهر عالمية. وتغير المناخ، الذي هو من أهم التحديات في مجال الاستدامة، عالمي في الأساس؛ ويتوقف مساره على العلاقة بين السكان ونماذج النمو الاقتصادي والإنتاج والاستهلاك وسيطلب استجابات عالمية. ومن ثم، فإن فهم هذه العلاقة ضروري لتحديد مسارات للتنمية المستدامة.

باء - العوامل الدافعة لتغير المناخ ومخاطره

٧٦٧ - يستند نموذج التنمية الحالي إلى نمط اجتماعي واقتصادي يشجع على إنتاج السلع والخدمات وتكديسها واستهلاكها بكميات متزايدة لا نهاية لها^(٥٢١). ومن الأهمية بمكان أن يزداد الاستهلاك من أجل تحسين رفاه الفقراء، إلا أن فوائد زيادة الاستهلاك، عند مستويات الدخل المرتفعة، لا تسفر عن أثر ملحوظ على الرفاه^(٥٢٢). ورغم أن النمو السكاني العالمي أخذ في التباطؤ، فإن مستويات الإنتاج والاستهلاك ازدادت، ويتوقع أن تزيد وتيرتها ما دامت الموارد الطبيعية اللازمة لاستمرار تلك المستويات متوافرة. وقد زاد الناتج المحلي الإجمالي العالمي بمقدار ٧٣ ضعفاً في الفترة بين عامي ١٨٢٠ و ٢٠٠٨، في حين لم يرتفع عدد السكان في العالم إلا سبعة أضعاف^(٥٢٣). وزاد متوسط نصيب الفرد من الاستهلاك بين عامي ١٩٦٠ و ٢٠٠٦ بما يقرب من ثلاثة أضعاف^(٥٢٤). وساعدت مثل هذه المكاسب الاقتصادية على انتشار مئات الملايين من البشر من الفقر المدقع، لا سيما ما تحقق من مكاسب في العقدين الأخيرين بوجه خاص. وانخفض عدد الأشخاص^(٥٢٥) الذين يقل دخلهم عن ١,٢٥ دولار من دولارات الولايات المتحدة في اليوم من أكثر من بليون شخص في عام ١٩٩٠ إلى أقل من ١,٤ بليون شخص في عام ٢٠٠٨ رغم زيادة عدد سكان العالم

T. Veblen, *The Theory of the Leisure Class: An Economic Study of Institutions* (New York, Macmillan, 1899; (٥٢١) 1915 edition available online); N. Georgescu-Roegen, "The entropy law and the economic problem", in *Valuing the Earth: Economics, Ecology and Ethics*, H. E. Daly and K. N. Townsend, eds. (Cambridge, MIT Press, 1993), pp. 75-88; N. Georgescu-Roegen, "Energy analysis and economic valuation", *Southern Economic Journal*, vol. 45, No. 4 (1979), pp. 1023-1058; H. E. Daly, *Steady-State Economics*, 2nd ed. (Washington, D.C., Island Press, 1991); N. Stern, *Stern Review on the Economics of Climate Change* (United Kingdom, H. M. Treasury, 2006); T. Jackson, *Prosperity Without Growth? The Transition to a Sustainable Economy* (Sustainable Development Commission, 2009); Worldwatch Institute, *State of the World 2010: Transforming Cultures — From Consumerism to Sustainability* (New York, Norton and Company, 2010); E. Assadourian, "The rise and fall of consumer cultures", in *State of the World 2010: Transforming Cultures — From Consumerism to Sustainability*, Worldwatch Institute (New York, Norton and Company, 2010)

E. Diener and M. E. P. Seligman, "Beyond money: toward an economy of well-being", *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1): vol. 5, No. 1 (2004), pp. 1-31 (٥٢٢)

A. Maddison, University of Groningen, "Statistics on world population, GDP and per capita GDP, 1-2008 (٥٢٣) AD", 2010; available from www.ggdc.net/maddison/oriindex.htm; and *World Population Prospects: The 2012 Revision* (انظر الحاشية ٣٣٦ أعلاه).

Worldwatch Institute, *State of the World 2010: Transforming Cultures — From Consumerism to Sustainability* (٥٢٤)

(٥٢٥) "تقرير الأهداف الإنمائية للألفية ٢٠١٢" (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.12.I.4).

بما يقرب من ١,٥ بليون نسمة، مما يبرز في الوقت نفسه التقدم الكبير المحرز والعدد الهائل من الناس الذين تخلفوا عن الاستفادة من هذا التقدم.

٧٦٨ - وقد تحقق التقدم الاقتصادي على حساب البيئة. وأصبحت مخاطر تجاهل حدود كوكبنا البيئية العالمية في سياق السعي إلى زيادة مستويات الإنتاج والاستهلاك إلى ما لا نهاية، أصبحت تتزايد باطراد. وتشير التقديرات إلى أن الأنشطة البشرية تجاوزت بالفعل أو ستتجاوز في القريب العاجل العتبات البيئية فيما يتعلق بنظم الأرض والدورات الطبيعية البالغة الأهمية. والمسائل الأكثر إلحاحاً هي التنوع البيولوجي، ودورة النيتروجين، وتغير المناخ، إلى جانب مشاكل خطيرة أخرى منها تدهور الأراضي والتربة، والإنتاج الزائد للفوسفور، واستنفاد طبقة الأوزون الستراتوسفيري، وتحمض المحيطات، والاستهلاك العالمي للمياه العذبة، والتغيرات في استخدام الأراضي لأغراض الزراعة، وتلوث الهواء، والتلوث الكيميائي^(٥٢٦).

٧٦٩ - وقد أجمعت المناقشات العلمية اليوم على أن النشاط البشري هو السبب الجذري لهذه الضغوط المختلفة. وفي حالة تغير المناخ، فإن أثر الكربون الذي نخلفه هو العامل الحاسم الأهمية. وما زال تركيز ثاني أكسيد الكربون وغيره من غازات الاحتباس الحراري في الغلاف الجوي آخذة في الزيادة - فقد تم تجاوز مستوى ٤٠٠ جزء في المليون للمرة الأولى منذ ثلاثة ملايين عام^(٥٢٧) - وأصبح التحدي المتمثل في إبقاء الارتفاع في متوسط درجات الحرارة العالمية دون العتبة الحرجة البالغة درجتين مئويتين فوق مستوى الحقبة قبل الصناعية يزداد صعوبة^(٥٢٨). وصارت المستويات المتزايدة لثاني أكسيد الكربون في الغلاف الجوي وغازات الاحتباس الحراري الأخرى تتسبب في زيادة درجات الحرارة على الصعيد العالمي وفي تغير المناخ وتحمض المحيطات^(٥٢٩). وسيؤدي الارتفاع في درجات الحرارة إلى التعجيل

(٥٢٦) برنامج الأمم المتحدة للبيئة، UNEP Yearbook 2012: Emerging Issues in our Global Environment (نبروي ٢٠١٢).

(٥٢٧) United States, Department of Commerce, National Oceanic and Atmospheric Administration, Earth System Research Laboratory, Global Monitoring Division, Up-to-date weekly average CO2 at Mauna Loa. Available from www.esrl.noaa.gov/gmd/ccgg/trends/weekly.html

(٥٢٨) otdam Institute for Climate Impact Research and Climate Analytics for the World Bank, *Turn Down the Heat: Why a 4° C Warmer World Must Be Avoided* (Washington, D.C., World Bank, November 2012) (قارن الحاشية ٣٥).

(٥٢٩) Intergovernmental Panel on Climate Change, "Summary for policymakers", in *Climate Change 2013: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Fifth Assessment Report of the*

بذوبان مستودعات الجليد والثلوج الدائمة مما قد يؤدي إلى تسريب غاز الميثان المظهور (CH₄)، وهو أقوى فعالية من ثاني أكسيد الكربون بـ ٣٠ ضعفاً، ولو إن نصف عمره أقصر بكثير. والاستخدام الكثيف والمتزايد لأنواع الوقود الأحفوري كمصادر للطاقة، بما في ذلك في المباني والنقل، هو المصدر الرئيسي لانبعاثات غازات الاحتباس الحراري^(٥٣٠). وكما طالبت المدة المستغرقة لتخفيض انبعاثات غازات الاحتباس الحراري، سواء عن طريق تحويلها إلى طاقة متجددة أو من خلال وسائل أخرى، كلما ازداد الاحتلال الاقتصادي حدة بسبب تغير المناخ وكلما تعطلت الجهود الرامية إلى التخفيف من آثاره^(٥٣١).

٧٧٠ - ويشكل تغير المناخ، وكذلك التدهور البيئي الأوسع نطاقاً، خطراً يتهدد سبل كسب العيش ورفاه جميع المجتمعات والأفراد. إلا أن الأرجح أن تكون الآثار المترتبة على تغير المناخ - الفوري منها والطويل الأجل على حد سواء - أشد وقعا على الفقراء والمهمشين، وهي فئة لم تسهم إلا قليلاً في انبعاثات غازات الاحتباس الحراري، وتفتقر في الوقت نفسه إلى الموارد والدعم المجتمعي اللازمين للتكيف بفعالية مع ما يطرأ من تغيرات في الحاضر والمستقبل^(٥٣٢). ومن ثم، فإن تغير المناخ يطرح أمام البشرية مشكلة تتطلب اتخاذ

Intergovernmental Panel on Climate Change, T. F. Stocker and others, eds. (Cambridge, Cambridge University Press, 2013)

(٥٣٠) رغم اختلاف التقديرات، ما زال الوقود الأحفوري يمثل أكثر من ٨٠ في المائة من احتياجات العالم من الطاقة. وكما أشار إلى ذلك ميرفي، يمثل الوقود الأحفوري هدية سخية قدمتها الأرض لمرة واحدة؛ وما من مصدر آخر للطاقة يمكنه أن يوفر نفس المنافع جميعها، ولكن مخزونات الوقود الأحفوري محدودة. انظر: T. W. Murphy, Jr., "Beyond fossil fuels: assessing energy alternatives", in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*, Worldwatch Institute (Washington, D.C., 2013); T. Princen, J. P. Manno and P. Martin, "Keep them in the ground: ending the fossil fuel era", in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*; and V. Smil, *Energy Transitions: History, Requirements, Prospects* (Santa Barbara, California, Praeger, 2010)

(٥٣١) National Research Council, *Hidden Costs of Energy: Unpriced Consequences of Energy Production and Use* (Washington, D.C., National Academies Press, 2010); E. Zencey, "Energy as master resource", in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*, Worldwatch Institute (Washington, D.C., Island Press, 2013); S. Makhijani and A. Ochs, "Renewable energy's natural resource impacts", in *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?*; C. A. S. Hall, S. Balogh and D. J. R. Murphy, "What is the minimum EROI that a sustainable society must have?", *Energies*, No. 2, No. 1 (2009), pp. 25-47; N. Stern, *The Economics of Climate Change: The Stern Review* (Cambridge, Cambridge University Press, 2006)

(٥٣٢) C. B. Field and others, eds., *Managing the Risks of Extreme Events and Disasters to Advance Climate Change Adaptation: Special Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (Cambridge, Cambridge University Press, 2012)

قرارات صعبة للغاية في مفترق الطرق بين التنمية والمساواة والاستدامة. وقد وضعت المفاوضات التي جرت في مؤتمر الأطراف في اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية المتعلقة بتغير المناخ هذه المسائل في مقدمة اهتماماتها، كما أن عدم إحراز تقدم حتى الآن - عجز العالم عن الحد من زيادة الانبعاثات، وعدم توفير التمويل اللازم للاستعداد لمواجهة الآثار الناجمة عن تغير المناخ أو التخفيف من حدتها - يؤكد مدى بُعْدنا عن تحقيق التحولات التي تمس إليها الحاجة لوقف احترار المناخ.

٧٧١ - وما برح العالم يعتمد عادةً على التكنولوجيا للتخفيف من حدة القيود المرتبطة بالموارد الطبيعية وتقليل الآثار البيئية من خلال فصل الاستهلاك والإنتاج، جزئياً على الأقل، عن استخدام الموارد والتلوث. فمن الممكن، بل وينبغي أن يسهم التقدم التكنولوجي في الجهود الرامية إلى التوفيق بين النمو الاقتصادي، والاستهلاك، والموارد البيئية. ورغم أن بعض التكنولوجيات أثبتت جدواها وتستخدم على نطاق واسع، فإن الابتكار بغرض تطوير تكنولوجيات جديدة لم تثبت جدواها بعد، يكتسي أهمية بالغة لتحقيق الانخفاض المنشود في الآثار البيئية الذي سيتعين تحقيقه في العقود المقبلة. وفي هذا الصدد، ينبغي إعطاء الأولوية لتطوير مجموعة متنوعة من مصادر الطاقة المتجددة وتكنولوجيات تخزين الطاقة للاستعاضة عن استخدام الوقود الأحفوري^(٥٣٣). وهناك أيضاً عدة مشاكل تقنية صعبة يتعين حلها، من ذلك على سبيل المثال، طاقة الرياح والطاقة الشمسية المتقطعة والمتغيرة، وإدماج توليد الطاقة المتجددة على نحو موثوق في شبكات الكهرباء القائمة، وتناقص العناصر الأرضية النادرة المستخدمة في التوربينات الهوائية والمركبات الكهربائية، وكذلك ندرة بعض الموارد الأخرى الأكثر شيوعاً^(٥٣٤).

٧٧٢ - ومن المهم للغاية إدخال تحسينات في مجال كفاءة استخدام الطاقة للحد من نطاق انتشار الطاقة المتجددة في نهاية المطاف. إلا أن زيادة الكفاءة يمكن أن تخفض من أسعار الطاقة، وتحمز بالتالي المزيد من الاستخدام (وهي ظاهرة معروفة باسم "مفارقة جيفونز" (Jevons Paradox)). ولذلك يلزم الاقتصاد في استهلاك الطاقة من أجل تحقيق مستقبل مستدام، حتى وإن تحول العالم إلى استخدام الطاقة المتجددة.

R. Costanza, J. Farley and I. Kubiszewski, "Adapting institutions for life in a full world" in *State of the World 2010: Transforming Cultures — From Consumerism to Sustainability*, Worldwatch Institute (New York, Norton and Company, 2010)

.Worldwatch Institute, *State of the World 2013: Is Sustainability Still Possible?* (٥٣٤)

٧٧٣ - وينبغي أن تدلل الدول جميع العقبات التي تحول دون تحقيق الاستدامة من خلال زيادة استخدام التكنولوجيا النظيفة والابتكار، وتشجيع أنماط الاستهلاك والإنتاج المستدامين وتطويرها من خلال البحوث والتعاون التقني فيما بين البلدان والمناطق، بما في ذلك الاتفاق فيما بينها على تبادل جميع التكنولوجيات ذات الصلة.

٧٧٤ - والخطأ الذي نقع فيه عادة عند مناقشة البيانات الديمغرافية وتغير المناخ هو ربط أي جماعة سكانية كبيرة بحجم أكبر من الانبعاثات، أي مساواة الشخص الواحد بوحدة واحدة من الاستهلاك. بيد أنه ليس هناك سوى ٢,٥ بليون نسمة، أي ما يزيد قليلاً على ثلث سكان العالم، يمكن اعتبار أن نمط استهلاكهم يسهم في تراكم الانبعاثات^(٥٣٥). ومن هذا المجموع، يؤثر بالفعل أقل من بليون نسمة تأثيراً كبيراً على الانبعاثات، وتتحمل أقلية أصغر المسؤولية عن نصيب هائل من الأضرار. فالمفروض أن يشترك جميع الناس في موارد الأرض، ولكن لو فعلوا ذلك بالطريقة والمعدل اللذين تتبعهما البلدان المتقدمة، لانهار نظام الدعم الإيكولوجي منذ وقت طويل.

٧٧٥ - وفي حين أن التثبيت الفوري لحجم السكان من شأنه أن يحسن بوضوح من الحالة في الأجل الطويل، فإنه لن يؤثر إلا قليلاً على حل مشكلتنا الإيكولوجية العالمية الراهنة. فالبلدان التي يبلغ فيها الاستهلاك مستويات أعلى، باستثناء حالات قليلة جداً، تنخفض فيها بالفعل مستويات الخصوبة أو هي دون مستوى الإحلال. ومن ثم، فإن النمو السكاني فيها يعزى إلى الهجرة الصافية إلى تلك البلدان أو إلى القصور الذاتي (أي أنه يعزى إلى مستويات الخصوبة في الأجيال السابقة، وبالتالي إلى عدد النساء ممن هن حالياً في سن الإنجاب)، وسوف لا تطرأ عليه تغييرات كبيرة عن طريق برامج تنظيم الأسرة. والواقع أن كثيراً من هذه البلدان تحاول فعلاً رفع معدل خصوبة سكانها.

٧٧٦ - ومن ناحية أخرى، عادة ما تكون البلدان ذات معدلات الخصوبة الأعلى غارقة في الفقر ومستويات الاستهلاك فيها منخفضة للغاية. وللبلدان الفقيرة وسكانها الحق في التنمية وفي تحسين مستويات معيشتهم، وهو هدف يستلزم في عالمنا الحاضر تحقيق مستويات أعلى من النمو الاقتصادي. وفي ظل هذا السيناريو، فإن أنماط استهلاكهم ستزيد بل وينبغي أن تزيد، وما لم يحدث ذلك بطريقة مختلفة جذرياً عن حالة البلدان الأكثر ثراء، فإنه سيسهم كذلك في تغير المناخ.

(٥٣٥) ما كيتري يُعرّف "المستهلكون" في التحليل الذي أجراه ما كيتري بأهم الأشخاص الذين لا يقل دخلهم عن عشرة دولارات في اليوم. ويتضح جلياً أن تحديد مستوى بهذه الدرجة من الانخفاض يُضخّم عدد الأشخاص الذين يسهمون بقدر كبير في الانبعاثات. إلا أنه يفيد في إثبات حقيقة مفادها أن أقلية من سكان العالم هي فعلاً مستهلكة/منتجة للانبعاثات.

٧٧٧ - وثمة جانب هام آخر من جوانب السكان والتنمية لا يلقي اهتماماً بوجه عام، وهو الصلة بين تغييرات الخصوبة والاستهلاك. فمع تطور أي مجتمع من المجتمعات، يميل الأفراد والأسر المعيشية إلى الحد من الإنجاب لأسباب تكملية متنوعة، من بينها انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع وزيادة التطلعات الاستهلاكية. ويرتبط الانخفاض في معدل الخصوبة بدوره بارتفاع نصيب الفرد من الدخل في وحدة الأسرة المعيشية، وبالتالي، بزيادة في القدرة على الاستهلاك. وتبعاً لذلك، فإذا كانت برامج تنظيم الأسرة ذات فعالية في خفض معدل الخصوبة، فإن النجاح في خفض الانبعاثات يتوقف إلى حد كبير على مدى الاستهلاك والنمو الاقتصادي وطبيعتهما.

جيم - الآثار السلبية المترتبة على عدم المساواة في تحقيق التنمية المستدامة

٧٧٨ - أسهم نموذج التنمية العالمية في انتشار الكثيرين من الفقراء. إلا أن عدم المساواة السائدة في الدخل، وفي مستويات المعيشة، وبشكل أعم، في الفرص، ما زالت هي السبب الأساسي في التجزؤ الاقتصادي والاجتماعي والبيئي والسياسي، حيث تتركز نسبة ٨٢ في المائة من الثروة العالمية في يد ٨ في المائة من سكان العالم، مما أدى إلى ازدياد عدم المساواة في الثروة بشدة خلال فترة السنوات العشرين الماضية.

٧٧٩ - وحين تحول عدم المساواة المتزايدة دون تمتع عدد كبير من الناس بالرفاه الإنساني، يؤثر ذلك في جميع أجزاء المجتمع. وعدم المساواة خطر يهدد التماسك الاجتماعي والمشاركة الوجدانية والمسؤولية المشتركة، لأنها تؤدي إلى تجزئة المجتمع وتفاقمها. وهذا الأمر صحيح من الناحية السياسية، حيث تحدد الموارد الاقتصادية إلى حد كبير مدى النفوذ والتأثير السياسي والنتائج السياسية، وكذلك من الناحية الاجتماعية، إذ أنها تقلل من احتمال أن يسكن أشخاص متفاوتون في الثروة والدخل في حيّ واحد، وأن يلتقوا في مدرسة واحدة، وتتاح لهم فرصة للتفاهم المشترك والتعاطف فيما بينهم. وهي تحد أيضاً من قدرة الناس على التنقل بين طبقات المجتمع، وبالتالي القدرة على الخروج من دائرة الفقر والحصول على سبل عيش أكثر أماناً^(٥٣٦).

J. S. Hellman and D. Kaufmann, "The inequality of influence", Social Science Research Network working paper, (٥٣٦) available from http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=386901; M. Corak, "Income inequality, equality of opportunity, and intergenerational mobility", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 27, No. 3 (2013), pp. 79-102; K. Bjorvatn and A. W. Cappelen, "Inequality, segregation, and redistribution", *Journal of Public Economics*, vol. 87, Nos. 7-8 (2003), pp. 1657-1679.

٧٨٠ - والهدف من التنمية هو توفير التعليم والصحة والأمن للسكان وتمكينهم على نطاق واسع، وهي عناصر ضرورية أيضاً لتحقيق النمو الاقتصادي الشامل للجميع. فالدول التي تعمل جادة على تعزيز قدرات شعوبها، وتوفير خدمات عامة للجميع، وتدير شؤون الحكم بفعالية وكفاءة، وتكافح التمييز، والقائمة على أساس المشاركة السياسية لشعوبها، دول قادرة على تحقيق التنمية القائمة على قدر أكبر من المساواة^(٥٣٧). ومع زيادة عدم المساواة، تندهور قدرة الحكومات وإرادتها على توفير أسس قوية مشتركة من القدرات لجميع أفراد شعوبها. وحين يعاني الناس من التمييز، بسبب الدخل ونوع الجنس والأصل الإثني أو العرقي، والإعاقة، والتوجه الجنسي والهوية الجنسية، أو غيرها من العوامل، تتأثر صحتهم وكرامتهم وقدرتهم على الاستفادة أقصى ما يمكن من إمكانياتهم وإسهاماتهم تأثراً شديداً، ويترتب على ذلك ثمن باهظ يتكبده المجتمع بأسره^(٥٣٨).

٧٨١ - ولا ينجم عن تدهور البيئة إلا تفاقم مستوى عدم المساواة وآثارها. ويتحمل أشد الناس فقراً العبء الأكبر من التكاليف البيئية للنفايات والمنتجات الثانوية، ويتضررون أشد الضرر من جراء تغير المناخ. وتفاقم عدم المساواة هو أيضاً خطراً آخر يهدد قدرة العالم على تلبية احتياجات الجميع. ويتطلب تكوين الثروة توافر الموارد الطبيعية؛ وعليه، فإن تحويل الغالبية العظمى من الثروات في العالم - وبالتالي مواردها المحدودة - إلى عدد صغير من السكان يحد من قاعدة الموارد المتوافرة للحد من الفقر وتوسيع نطاق التنمية القائمة على الحقوق للأجيال الحالية والمقبلة. وتبرز هذه التحديات الحاجة إلى تهيئة ظروف معيشية منصفة لجميع الأشخاص على مدى الحياة، وتوزيع المخاطر والآثار الصحية المترتبة على الصناعة توزيعاً عادلاً.

J. Dreze and A. Sen, *An Uncertain Glory: India and its Contradictions* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013) (٥٣٧).

Krieger, "Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination"; Pascoe and Smart Richman, "Perceived discrimination and health: a meta-analytic review"; Williams, Neighbors and Jackson, "Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies"; Williams and Mohammed, "Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research" (انظر الحاشية ١٧٦ أعلاه).

التناول التفصيلي لحقوق الإنسان منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الإطار ٣١

الحق في التنمية

محصلات أعمال الهيئات الحكومية الدولية بشأن حقوق الإنسان - إن مجلس حقوق الإنسان، إذ يعيد تأكيد إعلان الحق في التنمية (١٩٨٦)، و"إذ يؤكد الحاجة الملحة إلى جعل الحق في التنمية حقيقة واقعة بالنسبة إلى كل فرد"، اتخذ سلسلة من القرارات، من بينها القرار ٣٢/٢١ بشأن "الحق في التنمية" (٢٠١٢)، الذي أحاط فيه علماء بالأنشطة التي يضطلع بها الفريق العامل الحكومي الدولي المعني بالحق في التنمية وبعملية وضع المعايير والمعايير الفرعية المقابلة المتعلقة بإعمال الحق في التنمية.

القانونية غير الملزمة الأخرى - أقر مجلس حقوق الإنسان في القرار ٤/١٧ (٢٠١١)، المبادئ التوجيهية المتعلقة بالأعمال التجارية وحقوق الإنسان تنفيذ إطار الأمم المتحدة المعنون "الحماية والاحترام والانتصاف"، التي توفر معياراً عالمياً لمنع ومعالجة الآثار السلبية الناجمة عن الأنشطة التجارية على التمتع بحقوق الإنسان.

الأولويات الحكومية: التفاعل بين السكان والتنمية المستدامة

الاستدامة الاجتماعية، والحد من الفقر، والحقوق	٧٠ في المائة من الحكومات
الاستدامة البيئية	٥٢ في المائة من الحكومات
إدماج الديناميات السكانية في التنمية المستدامة	٤٣ في المائة من الحكومات
تطوير الهياكل الأساسية المادية	٤٠ في المائة من الحكومات
الصحة والتعليم	٣٥ في المائة من الحكومات

٧٨٢ - تشير ردود الحكومات على المسح إلى وجود اعتراف واسع النطاق بأن الاستدامة الاجتماعية والبيئية يجب أن تكون في صميم التنمية الشاملة للجميع، وأن النمو الاقتصادي هو الوسيلة لتحقيق الرفاه الاجتماعي، لا طريقة قياسه. وحين طُلب إلى الحكومات تحديد قضايا السكان والتنمية المستدامة المتوقع أن تُعطى الأولوية في السياسة العامة على مدى الفترة المقبلة المتراوحة بين خمس وعشر سنوات، كانت المسألة الأكثر وروداً هي "الاستدامة الاجتماعية والحد من الفقر وإعمال الحقوق"، حيث شكلت الأولوية لدى ٧٠ في المائة من

الحكومات. وتلا ذلك مسألة "الاستدامة البيئية" (٥٢ في المائة)، واعتبر ٢٥ في المائة من الحكومات فقط مسألة "النمو الاقتصادي" من الأولويات.

دال - المسارات المؤدية إلى الاستدامة: السكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤

٧٨٣ - لقد أشيد في الفروع السابقة من هذا التقرير بالتقدم الملحوظ المحرز، مع تسليط الضوء على النجاح المحوري للنموذج الذي اعتمده الدول الأعضاء في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية منذ ٢٠ عاماً، والذي يرى أن حماية حقوق الإنسان الفردية والنهوض بالمساواة بين الجنسين لن يؤدي إلى التعجيل بالتنمية الشاملة للجميع فحسب، بل إلى المساهمة في المزيد من تباطؤ النمو السكاني. وكانت الإنجازات التي تحققت منذ عام ١٩٩٤ كبيرة، مما أتاح مجالاً أوسع للتفكير في أهداف التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٤ التي لم يتم الوفاء بها، وفي إطار خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥.

٧٨٤ - ولقد تناولت بإسهاب التوصيات الواردة في كل من الفروع السابقة التغييرات التقنية والمؤسسية والسياسية اللازمة لإعمال حقوق الإنسان وتحسين الصحة والمعرفة العامة والمشاركة، وضمان المزيد من الخيارات المأمونة والمتاحة للتوصل إلى تسويات، وإنشاء نظم مساءلة أقوى. ومع أنه يمكن تناول كل توصية من هذه التوصيات الواردة في هذا الإطار بصورة منفصلة، فكل واحدة منها تُرجع صدى الأخرى وتكملها، وتوفر أساساً لتحقيق التنمية المستدامة، على النحو الموجز في المسارات السبعة التالية المؤدية إلى الاستدامة.

١ - تعزيز المساواة والكرامة والحقوق

٧٨٥ - خلال السنوات العشرين الماضية، استرشدت الجهود الرامية إلى توسيع نظم حماية حقوق الإنسان ووسائل المساءلة، ولا سيما من أجل إعمال الحقوق الإنجابية للمرأة والشباب وحمايتها، بالمبادئ التي حددتها الدول الأعضاء في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وهي أن "جميع الأشخاص يولدون أحراراً ومتساوون في الكرامة والحقوق". وفي نفس الوقت نفسه الذي يمكن الإشادة فيه بإحراز كثير من التقدم، يظل التمييز والافتقار إلى الفرص واقعاً يومياً بالنسبة إلى عدد كبير من النساء، والفتيات، والشباب، والمسنين، والمهاجرين، والأشخاص ذوي الإعاقة، والشعوب الأصلية، والأقليات الإثنية والعرقية، والأشخاص ذوي الميول الجنسية والهويات الجنسية المختلفة، والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، واللاجئين، والمشتغلين والمشتغلات بالجنس وغيرهم.

٧٨٦ - وانتهاكات حقوق الإنسان التي ترتكب بحق النساء والفتيات، بما في ذلك العنف الجنساني؛ والممارسات الضارة من قبيل زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج القسري

وبتر/قطع الأعضاء التناسلية للإناث، وعدم تكافؤ الفرص في حصول النساء والفتيات على التعليم؛ وعدم تكافؤ الفرص في حصول المرأة على عمل ووصولها إلى مناصب القيادة ومراكز صنع القرار، تشكل تهديدات رئيسية لكرامتها ورفاهها، ولكرامة ورفاه أسرهما ومجتمعها، فضلاً عن أنها تعيق تحقيق التنمية المستدامة للجميع. وبالتالي، لا بد من الأعمال التام للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.

٧٨٧ - وعلاوة على ذلك، تسلط الأدلة المستعرضة في هذا التقرير الضوء على مجموعة متزايدة من البحوث الاجتماعية التي تبين بأن لوصمة العار والتمييز والعنف، ومن ثم استبعاد الأشخاص من المشاركة الكاملة في المجتمع، تكاليف لا تظهر في الصحة البدنية والعقلية للأشخاص المتضررين فحسب إنما في الحد من إنتاجيتهم وإنجازاتهم. ولضمان الاستفادة من المنافع الهائلة في تنمية الإبداع والابتكار والمثابرة والإنتاجية لدى البشر، يلزم حشد قدر أكبر من الاستثمارات، الآن وفي المستقبل، لبناء مجتمعات أكثر إنصافاً قائمة على عدم التمييز وخالية من العنف.

٧٨٨ - ولا تزال خطة السكان والتنمية المحددة في عام ١٩٩٤ قوية غير أنه لم تُنجز بعد، وينبغي أن تقوم خطة ما بعد عام ٢٠١٤ على أساس الاعتراف بعالمية حقوق الإنسان والكرامة لجميع الأشخاص، في الأجيال الحالية والمقبلة. ومن الضروري كفالة وصول المنافع القطاعية المحددة في برنامج العمل إلى جميع الأشخاص من أجل وقف انتقال الفقر من جيل إلى آخر، وبناء مجتمعات مستدامة وقادرة على التكيف ومتماسكة.

٢ - الاستثمار في الصحة والتعليم مدى الحياة، لا سيما لصالح الشباب

٧٨٩ - يجب إعادة التأكيد على الحاجة من ناحية المبدأ على الصحة الجيدة والتعليم الجيد، بما في ذلك التثقيف الجنسي الشامل، وتوعية القطاعات الحكومية المتعددة واستثمارات القطاع الخاص بذلك. والافتقار إلى التعليم واعتلال الصحة من أكثر عوامل الخطر ومظاهر الفقر شيوعاً، فهما يكبحان النمو الاقتصادي والرفاه البشري ويعيقان الأفراد والمجتمعات عن الابتكار والنجاح في عالم متغير ولم تحظ تاريخياً بالاستثمارات في مجالي تعليم وصحة الفتيات والنساء بالاهتمام، ولكنها تعود على وجه الخصوص بفوائد حمة على المجتمعات كما يتضح ذلك من مساهمتها في التنمية العالمية في السنوات العشرين الماضية نتيجة زيادة تمكين المرأة وتعليمها والإعمال التدريجي لحقوقها الإنجابية.

٧٩٠ - وتوشك أكبر مجموعة ديمغرافية من الشباب في تاريخ البشرية على الانضمام إلى القوة العاملة، وسيحدّد نجاحها مسارات التنمية لا في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وآسيا الوسطى فحسب، حيث تمثل هذه المجموعة نسبة عالية من السكان، وإنما في العالم

بأسره، وذلك بالنظر إلى تزايد ترابط اقتصاداتنا وعولمتها. والفرصة سانحة أمامنا لإثراء حياة الشباب وتزويدهم بالقدرات التي سيحتاجونها لتوسيع نطاق خياراتهم الفردية ورسم مستقبل كوكبنا على نحو مبتكر ومستدام.

٧٩١ - وبتزايد شيخوخة المجتمعات، وهي ظاهرة تشهدها الآن بلدان عديدة وسيشدها عدد أكبر من البلدان في العقود القادمة، تستمر التراكبات التي يخلفها عدم كفاية التحصيل الدراسي، مما يؤكد ضرورة اتباع نهج التعليم مدى الحياة. وسيتيح هذا النهج لكبار السن امكانية المساهمة في الاقتصادات المتغيرة، الأمر الذي يوفر بالتالي عائداً ديمغرافياً ثانياً عن طريق قوة عاملة أكبر سناً ملتزمة وذات خبرة ومدربة جيداً.

٧٩٢ - وفي حين يبرز هذا التقرير التقدم الذي أحرزته بلدان عديدة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وفي تحسين امكانية الالتحاق بالمدارس وتحقيق التكافؤ بين الجنسين في ذلك ولم تصل هذه الإنجازات إلى الكثيرين ممن هم في أمس الحاجة إليها والذين كانوا يعانون من أشد أشكال الحرمان في عام ١٩٩٤. ولا تزال قدرات المواطنين الأشد فقراً في العالم، سواء في المناطق الحضرية أو الريفية، غير مستغلة بسبب تدني مستوى المدارس، وضعف النظم الصحية ونقص العاملين فيها، وتحويل الأرباح العامة بسبب الفساد، وإعطاء الأولوية للعائدات الاقتصادية القصيرة الأجل. وتفاوت درجات التقدم المحرز نحو تحقيق التنمية خلال السنوات العشرين الماضية في الدول التي أعادت الاستثمار في القدرات العامة مقابل الدول التي لم تمنح الأولوية لهذه الاستثمارات يسلط الضوء على الطابع الأساسي لهذه الاستثمارات التي تهدف إلى تحقيق النمو الاقتصادي والصحة العامة ورفاه السكان في المدى الطويل^(٥٣٧).

٣ - كفالة حصول الجميع على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية

٧٩٣ - كان نضال معظم نساء العالم والشابات منهن بشكل خاص في سبيل إعمال حقوق الإنسان الفردية وحرية اتخاذ القرار بشأن مستقبلهن الشخصي نضالاً تاريخياً ما زال الانتصار فيه بعيد المنال. ومن المظالم الكبيرة التي عرفها تاريخ البشرية تسامح المجتمعات إزاء استخدام القوة والعنف لترسيخ السيطرة الأبوية على المرأة، في مختلف البلدان وجميع فئات المجتمع، وإذا ما أريد للمرأة أن تسهم في إثراء المجتمع ونموه، وفي الابتكار والتنمية، يجب أن تتاح لها الفرصة لتحديد عدد الأطفال وتوقيت إنجابهم، والقيام بذلك بمنأى عن العنف أو الإكراه، تحذوها الثقة التامة في أنه بوسعها أن تحمل وتنجب دون أن تخشى كثيراً المرض أو العجز أو الوفاة، والثقة في بقاء أطفالها على قيد الحياة وبصحة جيدة.

٧٩٤ - والزواج المبكر ليس ضماناً للحماية الاجتماعية، وتترتب عليه العديد من المخاطر الصحية الناجمة عن الحمل المبكر كما أنه غالباً ما يضع حداً لتعليم الفتيات. ويوفر إرجاء الزواج المبكر والحمل الوقت للشابات من أجل تطوير قدرتهن، أو الخروج من نطاق الأسرة المعيشية، أو الهجرة إلى مكان جديد، ودخول سوق العمل والحصول على دخل، ثم خوض تجربة الزواج والأمومة بمزيد من الاستقلال الذاتي والدراية. ويسهم تأخير الزواج والولادة أيضاً في إنقاذ الأرواح: فالمضاعفات الناجمة عن الحمل والولادة معاً هي السبب الرئيسي لوفاة المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ عاماً في البلدان النامية^(٥٣٩).

٧٩٥ - ولا سبيل لتحقيق المساواة بين الجنسين ما لم تسنح لجميع الفتيات والنساء فرصة القيام بخيارات حرة ومستنيرة بشأن الجنس والإنجاب؛ ويتطلب ذلك استثمارات جديدة لضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الجيدة والتمتع بالحقوق الجنسية والإنجابية. ولقد أبرز الاستعراض استمرار أوجه عدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية وما يترتب على ذلك من تدهور الصحة الجنسية والإنجابية لدى الكثير من النساء، ولا سيما انتشار الوفيات والأمراض لدى النساء الفقيرات أثناء الحمل والولادة، بما في ذلك بسبب الإجهاد غير المأمون.

٧٩٦ - ويتطلب حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الجيدة والتمتع بالحقوق الجنسية والإنجابية حشد استثمارات جديدة عاجلة موجهة نحو تعزيز النظم الصحية على نحو شامل، وبالتالي توفير هذه الخدمات البالغة الأهمية حيث يعيش الناس. وينبغي أن يكون ذلك بعداً أساسياً للمقترحات المتعلقة بالتغطية الصحية للجميع. كما يجب معالجة أوجه عدم المساواة الهيكلية وغيرها من الحواجز التي تحول دون الحصول على هذه الخدمات والتمتع بتلك الحقوق، ومنها تلك الناجمة عن وصمة العار والتمييز، من أجل ضمان الإعمال الضروري للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للجميع.

٤ - كفالة أمن الأماكن والتنقل

٧٩٧ - الهجرة من السمات المتأصلة لعالم آخذ في العولمة، يزداد فيه حصول البشر على المعلومات وإمكانية وصولهم إلى أماكن مختلفة، سواء داخل الحدود الوطنية أو خارجها. وفي بعض الأماكن، يدفع الفقر أو انعدام الفرص أو انعدام الاستثمار في القدرات، بالناس، ولا سيما الشباب منهم، إلى الهجرة داخلياً أو إلى الخارج لضمان الحصول على أجور أفضل،

UNFPA, *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and* (٥٣٩)
Protecting Human Rights (New York, 2010)

وتوليد التحويلات المالية، وتوسيع نطاق الفرص المتاحة لهم من أجل تحسين حياتهم. وبالنسبة لبعض الشابات اللواتي يعشن في ظل سلطة أبوية متشددة، من المسلم به على نحو متزايد أن الهجرة سبيلٌ للبحث عن الحرية والاستقلال الذاتي الذي قد يبدو من المستحيل الحصول عليهما في مناطقهن الأصلية.

٧٩٨ - وبالتالي، ليست الهجرة بالنسبة للبعض خياراً بقدر ما هي ضرورة لبقاء الأسرة أو الفرد. والهجرة ظاهرة متصلة تتراوح بين الهجرة القسرية والهجرة الطوعية، وقلما يقرر المهاجرون هذا النوع من الهجرة أو ذلك دون الآخر^(٥٤٠)، وتحقيق الاستدامة من خلال توفير أمن التنقل والمكان يعني إنهاء الهجرة القسرية ودعم الناس الذين يريدون بالفعل الرحيل. ويعني ذلك بالنسبة لمن يريدون البقاء في أماكنهم، توفير خيارات معيشية أفضل وتهيئة الظروف الاجتماعية للعيش الكريم والمساواة بين الجنسين وإتاحة الفرص، من أجل الحد من عوامل الدفع التي أشار إليها برنامج العمل. وحتى في غياب هذه العوامل، يرغب الكثيرون في الهجرة لتحسين أحوالهم الاجتماعية أو الاقتصادية. وتعني حرية التنقل بالنسبة لمن يهاجرون بالفعل، إزالة العقبات التي يواجهها المهاجرون أو المهاجرون المحتملون، وقبول مساهماتهم في مجتمعات المقصد ومجتمعات المنشأ على حد سواء، وحماية المهاجرين وأفراد أسرهم من التمييز أو من أشكال الإقصاء الأخرى. ويتعين أن تكون الاستثمارات في مجتمعات المنشأ ومجتمعات المقصد مدعومة بتعزيز وحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية لجميع الأشخاص، بصرف النظر عن وضعهم كمهاجرين، ومكافحة جميع أشكال التمييز التي يواجهها المهاجرون، بما في ذلك أعمال العنف والاستغلال التي تمارس ضد النساء والفتيات.

٧٩٩ - وفي حين قد يحقق بعض المهاجرين داخلياً ودولياً أهدافهم، لا يستطيع غيرهم أن يغادروا أماكن إقامتهم الأصلية، بسبب افتقارهم للحرية أو الموارد اللازمة للانتقال، ولأنهم يعيشون في ظروف يتفاقم فيها انعدام الأمن والفقر المدقع والمهاشة. فقد بعضهم منازلهم وأراضيهم وأصبحوا بلا مأوى، فيما شرد بعضهم الآخر داخل بلدهم أو انتقلوا إلى بلد آخر بسبب النزاع. وينبغي أن تتاح لجميع الأشخاص، سواء كانوا مهاجرين داخلياً، أو مهاجرين دولياً، أو أشخاصاً بلا مأوى، أو مشردين داخلياً أو لاجئين، إمكانية الحصول على التعليم وخدمات الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية، وضمان سلامتهم وأمنهم، وتعزيز اندماجهم الاجتماعي.

G. Hugo, "Environmental concerns and international migration", *International Migration Review*, (٥٤٠) .vol. 30, No. 1 (1996), pp. 105-131

٥ - بناء مدن مستدامة شاملة للجميع

٨٠٠ - نظراً لأن مدن وبلدات العالم تنمو في الوقت الحاضر بوتيرة تفوق ١,٣ مليون شخص أسبوعياً، ينبغي أن يكون التخطيط للتوسع العمراني وبناء مدن مستدامة محور تركيز ذا أولوية للبلدان التي تشهد تحولا حضريا. والمدن التي تشهد نموا سكانيا وترتبط بالمناطق الريفية المحيطة بها وتقدم الخدمات إلى الفقراء هي جزء أساسي من التنمية المستدامة ومن النهوض الفعلي بالمناطق الريفية.

٨٠١ - وتتوقف النتائج البيئية في المستقبل إلى حد كبير على القرارات المتخذة بشأن مواقع وأنماط الاستيطان والنمو الحضريين. وتتسم المدن الكبيرة بمزايا محتملة كبيرة من حيث التوفيق بين الحقائق الجغرافية والديمقراطية للقرن الحادي والعشرين من ناحية ومتطلبات الاستدامة من ناحية أخرى، والتكيف مع الآثار الناجمة عن تغير المناخ. ومن المسلم به على نطاق واسع أن تركيز السكان في المدن، مع مراعاة مستوى الدخل، يحقق المزيد من الكفاءة في استخدام الموارد، ويتيح استغلال الأراضي على نحو أكثر استدامة بفضل ما يوفره من مزايا كبيرة. وعلاوة على ذلك، فإن حماية التنوع البيولوجي والنظم الإيكولوجية الطبيعية، بما في ذلك حفظ الغابات الطبيعية، يعتمد على استيعاب السكان في المناطق التي تتميز بالكثافة السكانية. ويمكن أن يؤدي التخطيط الحضري الاستباقي ذو التوجه البيئي، بما في ذلك تحسين الكفاءة في استخدام الطاقة، لا سيما في قطاعي النقل والإسكان، إلى تحويل المدن إلى جزء حيوي من حل مشكلة تغير المناخ والتحديات البيئية الأخرى^(٥٤١). ولذلك فإن التوسع العمراني الكبير الذي يشهده العالم حالياً، لا سيما في أفريقيا وآسيا، حيث ستركز جانب كبير من النمو السكاني في العالم، يتيح فرصة هائلة لتحقيق الاستدامة، إذا وضعت السياسات الصحيحة موضع تنفيذ.

٨٠٢ - ويجب أن تجمع هذه السياسات بين أهداف الكفاية في استخدام الطاقة وتقليل الأثر البيئي إلى الحد الأدنى مع كفاءة تصميم المدن لصالح الفقراء والمهمشين، وتوفير العيش لهم في كنف الكرامة والتمتع بحقوق الإنسان والاستفادة من الفرص، في المدينة وخارجها على حد سواء. ونتيجة لتقوية الروابط بين المدن والمناطق الريفية، بما يسهل الوصول إلى المدن وتدفق الأشخاص والموارد، يمكن أن تنشط الأسواق وتحسن سبل الحصول على الخدمات وتوفر الفرص. ومع انتقال السكان إلى المدن، من المهم للغاية لضمان أمن مكافهم، توفير ما يكفي من المساكن الميسورة التكلفة، نظراً لأن نمو المدن وكثافتها السكانية يؤديان

(٥٤١) دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم لعام ٢٠١٣: تحديات التنمية المستدامة (منشور الأمم المتحدة، رقم المبيع A.13.II.C.1).

عادة إلى رفع الأسعار وزيادة خطر إقصاء الفقراء. و”عمليات الإخلاء بدافع التنمية“^(٥٤٢) هي من أكثر الأسباب شيوعاً لتشرّد فقراء المدن. وغالباً ما تُبرّر هذه العمليات بأنها تخدم الصالح العام، ولكنها تنتهك عملياً حقوق الإنسان للفقراء وتقوّض كرامتهم والفرص المتاحة لهم. وفي مؤتمر القمة العالمي لعام ٢٠٠٥، التزم قادة العالم بمنع نشوء الأحياء الفقيرة وتحسينها من أجل القضاء على الممارسات الواسعة النطاق المتمثلة في إزالتها وإخلاء سكانها قسراً. وتحتاج نظم العدالة إلى سلطة إنفاذ هذه الالتزامات ولحماية ضمان حيّازة الأراضي، ولا سيما لفائدة النساء اللواتي غالباً ما يجرمن من الميراث، ولفائدة كل من النساء وجماعات السكان الأصليين، الذين كثيراً ما يجرمون عملياً، إن لم يكن قانونياً، من الحق في الملكية.

٨٠٣ - ويمكن أن تساعد المشاركة الواسعة النطاق في الحوكمة الحضرية على ضمان تلبية السياسات الحضرية لاحتياجات أكثر الفئات ضعفاً. وينبغي إضفاء طابع مؤسسي على هذه المشاركة، وذلك على سبيل المثال من خلال تخصيص الميزانيات وإشراك منظمات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية المهمشة، رسمياً، الأمر الذي قد يساعد في الحيلولة دون استيلاء النخبة على أنظمة الحكم وفي مشاركة الجميع في تنفيذ الحوكمة ومن أجل الجميع.

٦ - تغيير أنماط الاستهلاك

٨٠٤ - يلزم إحداث تغيير أساسي في أنماط الاستهلاك لإبطاء التبدد المحموم للموارد الطبيعية، وإعادة تركيز التطلعات الإنمائية على توفير الكرامة للجميع وإثراء إمكانات تحقيق الكرامة الإنسانية للأجيال المقبلة. وما لم تطرأ تغييرات ملحوظة في السلوكيات الاستهلاكية والتطلعات المادية والحوافز المشتركة، لا سيما لدى الأشخاص الموجودين في قمة منحنى الاستهلاك، المسؤولين عن قدر كبير من استنزاف الموارد، لن يكون بوسع التكنولوجيا الجديدة والتحسينات في مجال المشاريع التجارية وممارسات النقل سوى تأخير الكوارث الوشيكة.

(٥٤٢) تشمل عمليات الإخلاء بدافع التنمية عمليات إخلاء كثيراً ما تكون مخططاً لها أو تنفّذ بذريعة خدمة ”الصالح العام“ كتلك المرتبطة بمشاريع التنمية والبنى الأساسية (بما في ذلك بناء السدود الكبرى، والمشاريع الصناعية أو مشاريع إنتاج الطاقة الواسعة النطاق أو صناعة التعدين وغيرها من الصناعات الاستخراجية)؛ وتدابير حيّازة الأراضي المتصلة بتجديد المناطق الحضرية وبتحسين الأحياء الفقيرة وتجديد المساكن وتجميل المدن أو غير ذلك من برامج استخدام الأراضي (بما في ذلك لأغراض زراعية)؛ والتراعات المتعلقة بالأماكن والعقارات والأراضي؛ والمضاربة العقارية الجامحة والأحداث الدولية الكبرى، التجارية منها والرياضية؛ ولأغراض بيئية ظاهرية. ولزيد من المعلومات، انظر المبادئ الأساسية والخطوط التوجيهية المتعلقة بعمليات الإخلاء والترحيل بدافع التنمية (A/HRC/4/18، المرفق الأول).

٨٠٥ - ويبدأ التغيير في أنماط الاستهلاك على صعيد المجتمع. والمساهمات الأساسية في الاستهلاك، أي وسائل نقلنا وخياراتنا الإسكانية ومرافقنا العامة، تحددها إلى حد كبير طرق تنظيم المجتمعات التي نعيش فيها وهيكلها الأساسية. العامة. وفي ضوء ذلك، فإن إحدى أكثر وسائل التغيير رسوخاً ونجاعةً وإنصافاً التي يمكن للحكومات أن تعتمد عليها لتحقيق الكفاءة وكفالة إمكانية وصول الجميع على قدم المساواة إلى الفرص المادية والاجتماعية والاقتصادية واستفادتهم منها تتمثل في إنشاء وتعهد هياكل أساسية وخدمات عامة فعالة من حيث التكلفة. وتشمل الخدمات العامة الحيوية توفير المياه النقية؛ وشبكات الاتصالات؛ ونظم صحة عمومية تتسم بالقوة والفعالية؛ وتنظيم المرافق العامة؛ ونظم نقل عام موفّرة للطاقة. وتتيح هذه المنافع العامة التي تقع مسؤولية توفيرها على الحكومة في المقام الأول أدوات هامة للحد من استهلاك الفرد، وبالتالي، الاستهلاك إجمالاً، وفي الوقت نفسه، لتوفير العيش بكرامة وتهيئة الفرص.

٨٠٦ - وللاستثمار في الخدمات العامة أثر فوري وملمس على جميع الأفراد والمجتمعات ككل. وبالإضافة إلى ذلك، فإن العائدات من هذه الاستثمارات تنتقل في العديد من الحالات إلى الأجيال المقبلة التي يتوسع نطاق إمكانياتها نتيجة لذلك. ومن غير المرجح أن يشهد جيلنا الفوائد المترتبة على تغيير أنماطنا الاستهلاكية. ومع ذلك، فإن هذا التصور النظري لا يجب أن ينأى بنا عن تحمل مسؤوليتنا المشتركة من أجل تحسين الفرص المتاحة للأجيال المقبلة.

٨٠٧ - ويتحمل الأفراد أيضاً المسؤولية عن الاستهلاك المستدام. ففي حين تقل خيارات الأشخاص الموجودين في أسفل منحنى توزيع الدخل أو تنعدم فيما يتعلق بالاستهلاك، ويقل استهلاكهم في الواقع نسبياً، تتوفر لذوي المداخيل العالية خيارات كبيرة، وغالباً ما يختارون الاستهلاك بكثرة. وبما أن عدداً متزايداً من الناس يسلم بمخاطر تغير المناخ وغيرها من آثار الأنشطة البشرية على البيئة، فإن توفير الحوافز للحد من الاستهلاك، إلى جانب الحلول المبتكرة لاختراع وسائل دائمة لخفض الاستهلاك دون أن يتراجع مستوى الرفاه، سيساعد على أن تصبح مختلف الخيارات أمراً واقعاً.

٨٠٨ - وفيما أتاح المؤتمر الدولي للسكان والتنمية نقلة نوعية في عام ١٩٩٤ بشأن الكيفية التي يمكن أن يوازن بها للعالم بين حقوق الإنسان الفردية ومخاوف الاكتظاظ السكاني، تبرز الحاجة مرة أخرى إلى نقلة نوعية ثقافية تسلم بأن الرفاه لا يعتمد، ولا يجب أن يعتمد فقط، على تزايد الاستهلاك. وللحفاظ على المبادئ القائمة على الحقوق الفردية والتنمية الواردة في برنامج العمل، ينبغي إحداث تحوّل جماعي نحو تحقيق الرفاه الفردي يكون مستمداً من أنماط معيشية ومصادر رزق أكثر إنصافاً وأقل ضرراً للبيئة، مع تحويل التركيز جذرياً إلى الابتكار، واتخاذ اجراء جماعي أكثر فعالية فيما يتعلق بالتحديات العالمية.

٧ - تعزيز القيادة والمساءلة على الصعيد العالمي

٨٠٩ - لا بد من قيادة عالمية ومساءلة قائمة على المعرفة لإحراز تقدم في المجالات الستة المذكورة أعلاه، من خلال حشد الإرادة السياسية، والمشاركة المجتمعية على نطاق واسع، وتوليد المعارف واستغلالها لرصد الالتزامات المتعلقة بالتنمية المستدامة.

٨١٠ - ونظراً لطبيعة هذه المشاكل المتقاطعة وخطورتها أصبحت القيادة العالمية من الشواغل البالغة الأهمية في الوقت الذي تبدو فيه الحوكمة العالمية للأسف ضعيفة، لا سيما عندما يتعلق الأمر بتلبية الاحتياجات المتقاطعة إلى المساءلة بشأن حقوق الإنسان، والحد من الفقر، ومعالجة الاتجاهات الاقتصادية والديموغرافية الشديدة التباين في مختلف البلدان، والحاجة الماسة والطويلة الأجل إلى حماية البيئة.

٨١١ - ولقد طرحت التوقعات بشأن تحقيق توافق آراء عالمي قبل انعقاد الدورة الخامسة عشرة لمؤتمر الأطراف في اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ الذي عقد في كوبنهاغن في عام ٢٠٠٩. وكان هذا الاجتماع أبرز حدث في المفاوضات الموسعة المتعلقة بالتنمية المستدامة يقع منذ أوائل التسعينات من القرن الماضي، وبسبب عدم إحرازه تقدم كبير، خابت الآمال على نطاق واسع في المؤتمرات الدولية. فانخفض سقف التوقعات بشأن المؤتمرات اللاحقة للدول الأطراف، ومؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة الذي عقد في ريو دي جانيرو، البرازيل، في عام ٢٠١٢، ولم يتحقق تقدم يتجاوز تلك التوقعات^(٥٤٣). وبالنظر إلى تاريخ المحاولات السابقة الرامية إلى إنشاء مؤسسات الحوكمة العالمية^(٥٤٤)، فإن هذه الصعوبات ليست بمستغربة، وإن كان هناك اتفاق واسع النطاق على أن الأهداف المعلنة حديرة بالثناء.

٨١٢ - وقد يلزم إنشاء نظم جديدة للقيادة والمشاركة الديمقراطية تكفل المشاركة الديمقراطية لجميع الفئات السكانية في عمليات الحكم والمؤسسات العامة لضمان تنفيذ الاستثمارات التي تعزز الاستدامة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية. غير أن المشاركة والقيادة تتطلبان أيضاً الحصول على معلومات صحيحة يسهل الوصول إليها بشأن الديناميات السكانية وحقوق الإنسان، والاتجاهات الحالية والناشئة في مجال المساواة الاجتماعية والاقتصادية والأخطار التي تهدد البيئة، كأساس لوضع أولويات مشتركة ورسم السياسات والميزنة والمساءلة. ويفضل الثورة في مجال تكنولوجيا المعلومات يمكن أن تصبح هذه

I. Goldin, *Divided Nations: Why Global Governance is Failing, and What We Can Do About It* (٥٤٣) (Oxford University Press, 2013).

.M. Mazower, *Governing the World: The History of An Idea* (New York, Penguin Press, 2012) (٥٤٤)

المعلومات متاحة للناس في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك الشباب والفئات المهمشة والمحرومة، وبالتالي تهيئة الأساس لتوسيع نطاق المعارف والشفافية وإشراك الجميع.

هاء - ما بعد عام ٢٠١٤

٨١٣ - لقد شهدت السنوات العشرين الماضية تأييداً واسع النطاق في مختلف المجتمعات للاتفاقات المركزية التي تم التوصل إليها في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤، أي أن الاستثمار في حقوق الإنسان للفرد وقدراته وكرامته، في قطاعات متعددة وعلى مدى الحياة، هو أساس التنمية المستدامة. ويستدعي إطار الإجراءات التي تستند إلى الاستعراض العملي توخي نهج كلي تجاه التنمية المستدامة يسلم بأوجه الترابط القائمة بين حقوق الإنسان وعدم التمييز ومساواة المرأة والصحة الجنسية والإنجابية والديناميات السكانية، والتنمية والاستدامة، وبين التخطيط والتنفيذ والمساءلة عن النتائج.

٨١٤ - وفي ضوء عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية الحالية، والتهديدات التي يتعرض لها كوكب الأرض، والنتائج التي توصل إليها الاستعراض، يجب أن تُحدد الخيارات الإنمائية الحالية والمقبلة على أساس تنامي الشعور بالإنسانية المشتركة والاحترام الراسخ للمبادئ والأهداف المحددة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. فالشباب ينشأون وقد تنامي لديهم الوعي بأن الأنشطة البشرية تهدد البيئة. وهذه الحقيقة، إضافة إلى تزايد وصول الشباب إلى المعارف الجماعية والاتصالات، تغذي الأمل في أن الابتكارات ستنجح تحقيق مستقبل مستدام.

٨١٥ - وسيطلب العمل الجماعي الفعال في التصدي للتحديات العالمية المبنية في إطار الإجراءات، استناداً إلى نتائج الاستعراض، أن تضطلع قيادة الجمعية العامة والأمين العام، بالتعاون مع مجالس إدارة مؤسسات منظومة الأمم المتحدة، باستعراض الآليات المؤسسية وآليات الحوكمة القائمة من أجل معالجة القضايا العالمية بهدف كفاءة فعالية التنسيق والتكامل والاتساق على الصعد الوطني والإقليمي والعالمي، بما يتماشى مع نطاق الاستجابة الشاملة اللازمة لتحقيق التنمية المستدامة القائمة على الحقوق.

٨١٦ - وتتاح للجمعية العامة، في دورتها الاستثنائية المعنية بمتابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد عام ٢٠١٤، فرصة فريدة لاتخاذ إجراءات على أساس نتائج وتوصيات الاستعراض العملي لمواصلة تنفيذ برنامج العمل بعد عام ٢٠١٤، والجمعية مدعوة إلى النظر في سبل إدماج نتائج وتوصيات الاستعراض في النظر الأولي في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٤ وفي الأعمال التحضيرية للدورة الاستثنائية بغية توسيع كامل نطاق مبادئ المساواة والكرامة والحقوق ليشمل الأجيال المقبلة، وبغية كفاءة التنمية المستدامة.

إطار رصد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام

٢٠١٤

مصفوفة إطار الرصد

مؤشرات توضيحية		خطة العمل لما بعد عام ٢٠١٤	
النتائج/الآثار	الجهود/العمليات	المدخلات/الهيكلي	الأهداف ومجالات القياس
أولا - كفالة الكرامة وحقوق الإنسان وعدم التمييز للجميع			
نسبة السكان الذين يعيشون دون مستوى خط الفقر المحدد دولياً (الذي يعادل حالياً قوة شرائية قدرها ١,٢٥ دولار من دولارات الولايات المتحدة الأمريكية في اليوم)	النسبة المئوية من الفقراء الذين يحصلون على مساعدة نقدية أو أنواع أخرى من الدعم الدوري للدخل	تاريخ بدء نفاذ ونطاق القوانين الوطنية لتطبيق الحق في الحصول على الضمان الاجتماعي بما في ذلك في حالة المرض، والشيخوخة، والبطالة، وإصابات العمل، والأمومة أو الأبوة، والعجز أو الإعاقة، ولأسرة المتوفى، والأيتام	١ - القضاء على الفقر والتشجيع على توفير فرص متساوية لكسب الرزق
نسبة السكان الذين يعيشون دون مستوى خط الفقر الوطني	نسبة كبار السن (من تجاوزوا ٦٥ سنة) الذين يمكنهم الاستفادة من معاشات تقاعدية للمسنين، حسب نوع الجنس	العمالة الكاملة بوصفها هدفاً سياساتياً للمصارف المركزية (مذكوراً في أنظمتها الأساسية) والحكومات (مذكوراً في برامجها الانتخابية)	
حصة الخمس الأفقر من السكان من الاستهلاك الوطني	مؤشرات تراعي الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية* ومؤشر التعلم مدى الحياة*	تدابير دعم الفئات الأضعف بوسائل منها تشريعات كفالة الحد الأدنى من الأجور، وحرية تشكيل النقابات، والمشاركة في التفاوض الجماعي	
نسبة السكان الذين يعيشون دون معادل القوة الشرائية البالغ ١,٢٥ دولار من دولارات الولايات المتحدة في اليوم)	نسبة الأبطالين عن العمل المستفيدين من استحقاقات البطالة، حسب نوع الجنس	تاريخ بدء نفاذ ونطاق	

مؤشرات توضيحية		خطة العمل لما بعد عام ٢٠١٤ الأهداف ومجالات القياس
النتائج/الآثار	الجهود/العمليات	المدخلات/الهيكل
ناقصي الوزن نسبة العمالة إلى عدد السكان الذين هم في سن العمل، حسب نوع الجنس والفئة المستهدفة والمستوى التعليمي مؤشر للعمل المتري غير المدفوع الأجر أو أعمال الرعاية الأسرية* معدل البطالة، حسب نوع الجنس والعمر والموقع نسبة القوى العاملة المشاركة في نظام (نظم) الضمان الاجتماعي*	القوانين الوطنية من أجل تطبيق الحق في العمل، بما في ذلك الأنظمة الرامية إلى كفالة المساواة في الفرص للجميع والقضاء على التمييز في مجال العمل، فضلا عن التدابير الخاصة لفائدة الفئات المستهدفة (النساء والأطفال والمهاجرون والشعوب الأصلية)	
نسبة النساء في البرلمان نسبة النساء اللواتي يشغلن مناصب إدارية نسبة النساء والرجال العاملين بأجر نسبة الراشدين الذين يملكون الأراضي، حسب نوع الجنس نسبة النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ عاما واللائي تزوجن أو ارتبطن بقرين قبل أن يبلغن ١٨ عاما نسبة النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ عاما ممن تعرضن للعنف البدني أو الجنسي في الأشهر الـ ١٢ السابقة نسبة النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة اللائي شوهت/بُترت أعضائهن التناسلية	اتباع نظام الحصص المخصصة لكل من الحسنيين في الانتخابات (تخصيص مقاعد للمرأة في الجمعية التشريعية؛ ووضع تشريعات لتخصيص حصص للمرشحات في القوائم الانتخابية؛ وتخصيص حصص طوعية في الأحزاب السياسية) مؤشر بشأن الآليات الوطنية لرصد العنف الجنساني والحد منه* مؤشر بشأن الجهود المبذولة لتطبيق المساواة في الميراث و حقوق الملكية. مؤشر بشأن الجهود المبذولة لإنفاذ قوانين حظر زواج الأطفال* الفجوة في الأجر بين الجنسين	٢ - تمكين النساء والفتيات والحد من جميع أشكال العنف ضد المرأة وتحقيق المساواة بين الجنسين مدّة إجازة الأمومة والأبوة والإجازة الوالدية عدم التمييز ضد النساء والفتيات في القوانين السارية المتعلقة بالملكية والميراث وضع قوانين تحظر زواج الأطفال، بما في ذلك تشريعات تحدد السن الدنيا للزواج ب ١٨ عاما

مؤشرات توضيحية		خطة العمل لما بعد عام ٢٠١٤
النتائج/الآثار	الجهود/العمليات	الأهداف ومجالات القياس
	نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على الائتمان المؤسسي (باستثناء التمويل البالغ الصغر)، حسب نوع الجنس	
٣ - الاستثمار في قدرات الأطفال والمراهقين والشباب	نسبة معلمي المدارس الابتدائية والثانوية المؤهلين والمدربين بشكل كامل	الإطار الزمني للسياسات الوطنية لتوفير التعليم للجميع ونطاقها، بما في ذلك اتخاذ تدابير خاصة مؤقتة لصالح الفئات المستهدفة (الأطفال العاملون وأطفال الشوارع)
	معدل إتمام التعليم الابتدائي، حسب نوع الجنس	الحد الأدنى المنصوص عليه في القانون لسن التشغيل حسب أنواع المهن
	صافي النسبة المعدلة للتسجيل في التعليم الثانوي، حسب نوع الجنس**	السياسات الوطنية بشأن التعليم المهني وتطوير المهارات
	مخصصات الميزانية التي تنفقها الحكومات على برامج الانتقال من المدرسة إلى العمل	
	عدد الشباب غير المنخرطين في التعليم أو العمالة أو التدريب، حسب نوع الجنس	
	مؤشر نوعية التعليم*	
	نسبة الأطفال المنخرطين في أنشطة إنتاجية، حسب نوع الجنس	
	طول مدة الانتظار الفاصلة بين انتهاء الدراسة والعثور على أول عمل، حسب نوع الجنس والفئات المستهدفة	
٤ - القضاء على التمييز وتعزيز ثقافة احترام الجميع	مؤشر نوعية المناهج التي تعزز ثقافة احترام الجميع*	وضع قوانين تحظر التمييز ضد جميع الأشخاص
	انتشار/معدل الجرائم، بما في ذلك جرائم الكراهية، حسب الفئات المستهدفة*	ثقافة احترام الجميع
	نقص المناعة البشرية في أوساط العاملين في المرافق الصحية*	الإطار الزمني للسياسات الرامية إلى القضاء على السخرة، ونطاقها، بما في ذلك أسوأ أشكال عمل الأطفال، والعمل المهاجرين، والاتجار بالبشر
	نسبة المناصب ذات الصلة في القطاعات العام والخاص التي يشغلها أفراد ينتمون إلى الفئات السكانية المستهدفة	

مؤشرات توضيحية		خطة العمل لما بعد عام ٢٠١٤
النتائج/الآثار	الجهود/العمليات	المدخلات/الهيكلي
الإطار الزمني للسياسات الوطنية المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة، ونطاقها		
ثانياً - تعزيز النظم الصحية من أجل كفاءة استفادة الجميع من الصحة الجنسية والإنجابية		
١ - تعزيز نظم الرعاية الصحية من أجل تسريع التقدم نحو استفادة الجميع من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ذات الجودة العالية وإعمال الحقوق الجنسية والإنجابية	الإطار الزمني للسياسات الوطنية التي تشمل خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والنسبة المئوية للسكان الذين يعيشون على مسافة لا تزيد عن ساعتي سفر للوصول إلى مرافق صحية تقدم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية	مؤشر سياسات إدارة النظم الصحية (منظمة الصحة العالمية)
معدل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل	مجموع النفقات الحكومية	مؤشر نوعية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية*
مؤشر نوعية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية*	نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة	مؤشر استناد منظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية)
مؤشر الاستفادة من المرافق الصحية والأدوية الأساسية*	نسبة مرافق الرعاية الصحية الأولية التي تقدم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات تنظيم الأسرة	مؤشر أداء نظام معلومات الصحة (منظمة الصحة العالمية)
	مؤشر قياس نوعية معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية المقدمة للشباب*	مؤشرات الموارد البشرية المكرسة للصحة*
٢ - حماية وإعمال حقوق المراهقين والشباب في الحصول على المعلومات الدقيقة، والتثقيف الجنسي الشامل، إزالة العقوبات القانونية التي تمنع استفادة المراهقين والشباب من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك عدم الاتساق في إجراءات الحماية القانونية التي يمكن أن تنشأ عنها حواجز بسبب السن	مؤشر قياس نوعية معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية المقدمة للمراهقين والشباب* ونسبة المراهقين في المدارس وخارجها الذين تلقوا تثقيفاً شاملاً بشأن المسائل الجنسية ومعلومات بشأن الصحة	مؤشر إزالة العقوبات القانونية التي تمنع استفادة المراهقين والشباب من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك عدم الاتساق في إجراءات الحماية القانونية التي يمكن أن تنشأ عنها حواجز بسبب السن
معدل الولادات لدى المراهقات	نسبة النساء اللائي يتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ عاماً اللائي حملن قبل بلوغهن ١٨ عاماً	مؤشر إزالة العقوبات القانونية التي تمنع استفادة المراهقين والشباب من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك عدم الاتساق في إجراءات الحماية القانونية التي يمكن أن تنشأ عنها حواجز بسبب السن
نسبة النساء والرجال غير المتزوجين سابقاً الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عاماً الذين استعملوا	نسبة المراهقين في المدارس وخارجها الذين تلقوا تثقيفاً شاملاً بشأن المسائل الجنسية ومعلومات بشأن الصحة	مؤشر إزالة العقوبات القانونية التي تمنع استفادة المراهقين والشباب من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك عدم الاتساق في إجراءات الحماية القانونية التي يمكن أن تنشأ عنها حواجز بسبب السن

مؤشرات توضيحية		خطة العمل لما بعد عام ٢٠١٤
النتائج/الآثار	الجهود/العمليات	الأهداف ومجالات القياس
الرفالات في آخر مرة مارسوا فيها الجنس	الجنسية والإنجابية، والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان	والخدمات الصحية، للحفاظ على صحتهم الجنسية والإنجابية، والتعلم مدى الحياة
النسبة المئوية للشابات والشبان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عاما القادرين على أن يحددوا بشكل صحيح سبل الوقاية من العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية عبر الاتصال الجنسي وينفذون المفاهيم الخاطئة الرئيسية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في أوساط الشباب	بند خاص في الميزانية لتنظيم الأسرة	٣ - تعزيز الخدمات الخاصة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك: تنظيم الأسرة؛ والرعاية ما بعد الإجهاض؛ ورعاية الأمومة؛ والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية
معدل شيوع وسائل منع الحمل نطاق خدمات الرعاية قبل الولادة	بند خاص في الميزانية لشراء وسائل منع الحمل	
(بين زيارة وأربع زيارات) حسب الشرائح الخمسية المقسمة وفقاً لمستوى الثراء	مدى إدماج الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة في الخدمات في مرحلة ما بعد الولادة، وبعد الإجهاض، والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (على سبيل المثال، من خلال الإحالة الطبية، في نفس المرفق، أو الخدمات المدججة إدماجا كاملا في أثناء زيارة واحدة)	
معدل وفيات الأمومة وفيات المواليد	مؤشر الاختيار المستنير*	
مدى توفر الأدوية المضادة	تخصيص موارد جديدة أو إضافية لتوفير خدمات الصحة	

مؤشرات توضيحية		خطة العمل لما بعد عام ٢٠١٤ الأهداف ومجالات القياس
النتائج/الآثار	الجهود/العمليات	المدخلات/الهيكلي
للفيروسات العكوسة مؤشر انتشار الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي*	الجنسية والإنجابية في العامين السابقين حصلة الحكومة من إجمالي الإنفاق على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية*	
مؤشرات أمراض الأمومة، بما في ذلك:	النسبة المئوية للمرافق الموثوقة التي توفر مجموعة من وسائل منع الحمل تشمل ٤ فئات: وسائل منع الحمل لفترات محدودة؛ ووسائل منع الحمل ذات المفعول الطويل الأجل مع إمكانية الرجوع عنها؛ ووسائل منع الحمل الدائمة؛ ووسائل منع الحمل في الحالات الطارئة	
معدلات الإصابة بناسور الولادة، وهبوط الرحم، وفقر الدم الحاد.	النسبة المئوية للبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ عاما الذين أجروا فحصاً للكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في الأشهر الإثني عشر السابقة ويعرفون نتيجته	
	النسبة المئوية للمرافق التي تبلغ بأنها لم تواجه مشكلة نفاذ مخزونها من وسائل منع الحمل الحديثة في الأشهر الستة السابقة	
	النسبة المئوية لمرافق الرعاية الصحية الأولية التي تقدم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات تنظيم الأسرة	
	النسبة المئوية لمرافق الرعاية الصحية الأولية التي توفر إمكانية إجراء فحوص عاجلة لتشخيص الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي	
	وجود مراكز الإمداد الإقليمية وجهوزيتها (تقييم منظمة	

مؤشرات توضيحية		خطة العمل لما بعد عام ٢٠١٤ الأهداف ومجالات القياس
النتائج/الآثار	الجهود/العمليات	المدخلات/الهيكلي
	الصحة العالمية بشأن توفر الخدمات وجهوزيتها) كثافة خدمات الرعاية التوليدية الطارئة لكل ٢٠.٠٠٠ ولادة	
معدل الإصابات بسرطان عنق الرحم وسرطان الثدي، ومعدل انتشارهما، ومعدل الوفيات، معدل انتشار البدانة بين الراشدين، معدل انتشار مرض السكري، حسب نوع الجنس	مؤشر بشأن الجهود التي تبذلها الحكومات للتشجيع على التقيد بالسلوك الصحي في جميع الأعمار* مؤشر بشأن الجهود التي تبذلها الحكومات للتشجيع على التقيد بالسلوك الصحي لدى الأطفال والمراهقين من خلال البرامج المدرسية*	٤ - معالجة العبء المتزايد للأمراض غير المعدية، عن طريق التشجيع على الاعتبار دورة الحياة بأكملها التقيد بالسلوك الصحي منذ الطفولة والمراهقة، وتوفير الفحوص الروتينية والعلاج المبكر والإحالات إلى مستويات أرفع من الرعاية الطبية
معدل انتشار ظاهرة تناول المسكرات بإفراط من حين إلى آخر في صفوف الشباب والمراهقين، حسب نوع الجنس	التوفر الإجمالي لخدمات الفحص الروتيني على مستوى مرافق الرعاية الصحية الأولية (مؤشر منظمة الصحة العالمية)	
احتمالات الوفاة بين ٣٠ و ٧٠ عاما على وجه التحديد نتيجة لأمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، والسكري، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، حسب نوع الجنس	نسبة المرافق الصحية القادرة على الكشف عن الأمراض غير المعدية	
معدل الوفيات بسبب الأمراض غير المعدية ذات الأولوية، حسب نوع الجنس	معدل التدخين الحالي لأي من منتجات التبغ (المعدل المعياري حسب السن، ومعدل التدخين في أوساط الشباب)، حسب نوع الجنس	
انتشار الوفيات والإصابات والأمراض والإعاقات الناجمة عن البيئة الطبيعية أو المهنية التي تفتقر إلى مقومات الأمان		

مؤشرات توضيحية		خطة العمل لما بعد عام ٢٠١٤
النتائج/الآثار	الجهود/العمليات	الأهداف ومجالات القياس
ثالثا - كفاءة أمن المكان والتنقل الآمن		
نسبة الأسر المعيشية المكونة من شخص واحد والأسر المعيشية التي يرأسها والد وحيد التي تتلقى استحقاقات الحماية الاجتماعية، حسب نوع جنس رب الأسرة	الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية حسب البرامج وفئات السكان المستهدفين	١ - كفاءة إنتاج البيانات المتعلقة بالأسر المعيشية المكونة من شخص واحد أو الأسر المعيشية التي يرأسها والد وحيد الحضري، واستخدامها في السياسات لاحتياجات العامة، بما في ذلك التخطيط للأشخاص الذين الحضري يعيشون في الأسر المعيشية بشخصي أشكالها الناشئة
نسبة سكان المناطق الحضرية المقيمين في الأحياء الفقيرة	النسبة المئوية لميزانيات البلديات المخصصة للفئات المستبعدة/الضعيفة	٢ - توسيع نطاق الاستفادة من كامل مزايا الحياة الحضرية ليشمل جميع سكان المناطق الحضرية حاليا وفي المستقبل، مع مراعاة توقعات النمو السكاني في المناطق الحضرية
نسبة السكان المستفيدين من مصادر المياه المحسنة	النسبة المئوية لميزانيات البلديات المخصصة للأماكن العامة	تنفيذ سياسة وطنية غير تقييدية بشأن الحجرة الداخلية إنتاج واستخدام البيانات بشأن اتجاهات التوسع الحضري واستخدامها في السياسات العامة، بما في ذلك التخطيط الحضري
نسبة السكان المستفيدين من مرافق الصرف الصحي المحسنة	النسبة المئوية لميزانيات البلديات المخصصة لوسائل النقل العام	الإطار الزمني لسياسات أو استراتيجيات الإسكان الوطنية من أجل التنفيذ التدريجي للتدابير، ونطاقها، بما في ذلك التدابير الخاصة الموجهة للفئات المستهدفة فيما يتعلق بالحق في السكن اللائق
نسبة السكان المستفيدين من خدمات الكهرباء	نصيب كل ساكن من الفضاء العام المُقسَّم إلى مناطق على النحو المناسب	مؤشر الحوكمة الحضرية (موتل الأمم المتحدة)
نسبة السكان المستفيدين من الخدمات الأسبوعية لجمع النفايات الصلبة	نسبة الطاقة الحضرية المستخلصة من مصادر الطاقة منخفضة الكربون	مؤشر الحوكمة الحضرية (موتل الأمم المتحدة)
النسبة المئوية لسكان المناطق الحضرية الذين يستخدمون وسائل النقل العام	مؤشر التفاوت داخل المناطق الحضرية وفيما بينها* متوسط نسبة الدخل إلى الإيجار	مؤشر الحوكمة الحضرية (موتل الأمم المتحدة)
	نصيب كل ساكن من المساحات الخضراء الحضرية	

مؤشرات توضيحية		خطة العمل لما بعد عام ٢٠١٤
النتائج/الآثار	الجهود/العمليات	الأهداف ومجالات القياس
نسبة المهاجرين الدوليين المستفيدين من الخدمات الصحية	عدد البرامج المنفذة بقيادة الدول بهدف تيسير العودة المؤقتة أو الافتراضية أو الدائمة للمغتربين من ذوي المهارات والكفاءات	٣ - تعزيز المنافع الإغاثية للهجرة الدولية
نسبة المهاجرين الدوليين الذين يستطيعون الحصول على الخدمات المالية المصرفية والتحويلات المالية الرسمية	متوسط تكاليف إرسال التحويلات المالية بالنسبة الرسمية	على خدمات الصحة
مؤشر رفاه المهاجرين الدوليين* مؤشر الاتجار بالبشر*	للمرسل أو للمتلقي على حد سواء مؤشرات تكاليف توظيف المهاجرين* مؤشر تكلفة الهجرة الدولية*	عدد الاتفاقات الثنائية والإقليمية المتعلقة بالمنفعة بشأن إمكانية نقل استحقاقات الضمان الاجتماعي
نسبة الأشخاص المشردين داخليا نسبة اللاجئين نسبة الأشخاص الذين لا مأوى لهم*	اشتمال خطط التأهب لحالات الطوارئ على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية	٤ - تحسين الأحوال المعيشية وضممان الإدماج الاجتماعي الكامل للأشخاص الذين يفتقرون إلى مكان آمن
حالات "الإخلاء القسري" المبلغ عنها في الفترة المشمولة بالتقرير*	وضع تشريعات تكفل المساواة في الميراث ووضع تشريعات تحمي من الإخلاء القسري	وضع سياسات للحماية المؤقتة بما في ذلك توفير المأوى
رابعا - تعزيز القيادة والمساءلة على الصعيد العالمي		
توافر البيانات لرصد إطار الرصد لما بعد عام ٢٠١٤*	تخصيص بند في الميزانية لتعزيز القدرات الإحصائية الوطنية	١ - تعزيز النسبة التقديرية للولادات والوفيات والزيجات المسجلة على جمع ونشر البيانات المتعلقة بالتوقعات المتعلقة بالصحة الإنجابية، واستخدامها بشكل فعال في صياغة
مؤشرات لتحسين تتبع الموارد المخصصة لجميع فئات السكان الأربعة: خدمات تنظيم الأسرة، وخدمات الصحة الإنجابية	مؤشر بشأن الجهود المبذولة في سياسات وإجراءات تخطيط التمويل الوارد من الجهات المانحة بهدف تجنب الازدواجية وتحديد الثغرات في التمويل وكفالة استخدام الموارد بأقصى قدر ممكن من الفعالية والكفاءة* مؤشر بشأن الدور المتزايد	من خلال نظم تسجيل الأحوال المدنية
بالأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي/فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والبحوث		والتوقعات المتعلقة بالصحة الإنجابية، واستخدامها بشكل فعال في صياغة

مؤشرات توضيحية			خطة العمل لما بعد عام ٢٠١٤
النتائج/الآثار	الجهود/العمليات	المدخلات/الهيكلي	الأهداف ومجالات القياس
للقطاع الخاص في حشد الموارد الأساسية، والبيانات، وتحليل لأغراض السكان والتنمية* السياسات السكانية والإنمائية*	عدد المنظمات غير الحكومية	تاريخ بدء نطاق المحاكم المسجلة/النشطة (لكل ١٠٠٠٠٠ شخص) التي تشارك في رصد وتنفيذ التزامات الدول في مجالات محددة	استراتيجيات/سيا سات التنمية المستدامة.
مؤشر الشفافية والفساد* مؤشرات المشاركة الاجتماعية حسب الفئات المستهدفة* مؤشر التعاون الدولي والشراكات الدولية*	مؤشر الشفافية والفساد* مؤشرات المشاركة الاجتماعية حسب الفئات المستهدفة* مؤشر التعاون الدولي والشراكات الدولية*	تاريخ بدء نطاق المحاكم المسجلة/النشطة (لكل ١٠٠٠٠٠ شخص) التي تشارك في رصد وتنفيذ التزامات الدول في مجالات محددة	٢ - كفاءة تاريخ بدء نطاق المحاكم الإدارية أو آليات الجبر الميزنة ووضع القضائية السياسات، وإنشاء آليات لضمان الجودة لمعالجة أوجه القصور في خدمات كل من القطاعين العام والخاص

* بما في ذلك مجالات القياس التي تحتاج إلى تطوير/تحسين أو المؤشرات التي تتعلق ببيانات غير متوفرة إلا بشأن عدد محدود جدا من البلدان (انظر الفقرة ٨ أدناه).

رصد تنفيذ برنامج العمل لما بعد عام ٢٠١٤

١ - وُضع إطار الرصد بالاسترشاد بالإطار المفاهيمي لحقوق الإنسان، ولذا فإنه يركز على قياس الالتزامات الواقعة على عاتق الجهات المسؤولة بشأن تعهداتها والجهود التي تبذلها للوفاء بتلك الالتزامات. ويشمل الإطار أيضا مؤشرات بشأن الآثار/النتائج أو مدى الوفاء بحقوق المستفيدين.

٢ - ويؤكد الإطار مجددا الرسالة الأساسية الواردة في برنامج العمل، وهي أن الطريق إلى التنمية المستدامة يمر عبر توكي الإنصاف في تحقيق الكرامة وحقوق الإنسان، والصحة الجيدة، وأمن المكان والتنقل الآمن، والإنجازات المحققة عن طريق الحوكمة الرشيدة؛ وأن مسؤوليات الحوكمة تمتد لتشمل الترويج على الصعيدين الوطني والعالمي للاستدامة المتكاملة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية من أجل توفير الفرص وتحقيق الرفاه للأجيال المقبلة.

٣ - وجرى تحديد الأهداف البارزة والأهداف الفرعية لكل مجال مواضيعي رئيسي من مجالات الاستعراض التنفيذي لبرنامج العمل لما بعد عام ٢٠١٤، وذلك استنادا إلى المجالات الرئيسية للإجراءات الإضافية المطلوبة التي جرى تحديدها في الاستعراض التنفيذي. ونوقشت الأهداف الفرعية بحسب المواضيع واستعرضت معا في وقت لاحق لكفالة عدم تداخلها. وتم تحديد مجالات قياس توضيحية إلى جانب التعهدات/الجهود/النتائج لكل هدف من الأهداف الفرعية.

٤ - واستخدمت بضعة مبادئ لوضع إطار الرصد المقترح الوارد هنا؛ وينبغي أن يشمل هذا الإطار عددا قليلا من المؤشرات. وسيتيح ذلك تقليص عبء جمع البيانات في البلدان المنخفضة الدخل. وسييسر أيضا مساءلة البلدان عن التقدم المحرز. وينبغي تقييم القدرة الوطنية على جمع البيانات وتحليلها والنظر في بناء القدرات في سياق جهود الرصد. وفي هذا الصدد، تدعو إحدى التوصيات الرئيسية في هذا التقرير البلدان إلى أن تتخذ خطوات كبيرة لإنشاء/تحسين نظم لتسجيل الولادات والوفيات وأسباب الوفاة.

٥ - وينبغي أن يركز الإطار على المؤشرات المتعلقة بالجهود لأنها أكثر دقة في قياس التقدم المحرز. فعلى سبيل المثال، رغم أن النتائج الصحية المحسنة هي المطلوبة في نهاية المطاف في المجالات التي تحتاج إلى تغيير في إطار الأهداف الصحية، فإن مؤشرات الحالة الصحية لا تراعي نسبيا التغيير وتحتاج إلى وقت لإظهار التقدم المحرز. أما تتبّع الجهود/العمليات فكثيرا ما يكون أسهل منلا، ويشمل الإطار المؤشرات المتعلقة بالعمليات/الجهود والتي يمكن أن تكون أدوات لتعقب التغيرات في الحالة الصحية. ويُتوقع أن تكون هذه المؤشرات مرتبطة ارتباطا قويا بمؤشرات النتائج.

٦ - والمساواة وعدم التمييز هما جانبان رئيسيان لبرنامج العمل لما بعد عام ٢٠١٤، وينبغي معالجتهما على الوجه المطلوب في إطار الرصد. وينبغي أن يُيسر جمع البيانات تصنيفها حسب نوع الجنس، والعمر، والأقلية، وأغنى خمس. وينبغي الإشارة فيها إلى حالات الإعاقة والأحوال الصحية الأخرى التي تحد من إمكانية الحصول على الرعاية الصحية أو الخدمات الأخرى. وينبغي أيضا معالجة أوجه عدم المساواة من الناحية المكانية من خلال كفالة جمع البيانات من المناطق النائية والمناطق التي تعاني من نقص الخدمات. وينبغي أن تشمل عملية جمع البيانات معلومات تتيح إجراء تحليلات تنظر في الفروق والاتجاهات على الصعيدين الإقليمي ودون الوطني.

٧ - ومن أوجه النقص الرئيسية للمؤشرات التوضيحية لإطار الأهداف الإنمائية للألفية هو أنها حُدّت استنادا إلى آليات جمع البيانات الجاري بها العمل حاليا. ومن المتوقع الشروع في عمل إضافي لتعزيز إطار الرصد لما بعد عام ٢٠١٤ من خلال استكشاف أدوات رصد جديدة وتطويرها، ووضع واختبار مؤشرات جديدة للحصول على المعلومات بشأن المسائل

المستجدة والأولويات الجديدة التي تم تحديدها في إطار العمل من أجل متابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤.

٨ - وينبغي أن يشمل العمل المطلوب إنجازه عملية تقنية بشأن قابلية القياس بهدف استعراض المؤشرات المقترحة من حيث الصياغة (بسط الكسر/مقام الكسر؛ الوضوح؛ والتواتر؛ وقابلية المقارنة، والفعالية من حيث التكلفة) وخطوات موصى بها للتحقق من إمكانية قياس المؤشرات التي لا تُجمع بعدُ بصورة منهجية على الصعيد الدولي. وينبغي أن تشمل النتائج المتوقعة ما يلي:

(أ) قائمة نهائية متفق عليها تضم مؤشرات مختارة لإدراجها في إطار الرصد، بالإضافة إلى معلومات عن تعريفها العملي، ومعلومات هامة بشأن نطاقها ودورة تحديثها، والمنظمة/الوكالة التي استحدثتها.

(ب) توصيات تتعلق بالعمل في المستقبل وبرنامج بحثي واضح لوضع/تحسين المؤشرات و/أو آليات جمع البيانات إلى جانب ثلاثة أبعاد تراعي الفروق المتعلقة بوضوح التعريف، والتحقق من الصحة، وتوفر البيانات، وجدوى وسهولة جمع البيانات، وتحديد:

١' العمل المعياري: وضع تعاريف موحدة؛ وإنشاء أدوات للقياس والإبلاغ؛ وسيشمل ذلك تحديد وقياس مصادر بيانات بديلة لمؤشرات الجديدة؛

٢' الاختبار والتحقق من الصحة: تجربة المؤشرات في الميدان والتحقق من صحتها، وتحسين أدوات القياس والإبلاغ؛

٣' الدعوة والتواصل: التشجيع على استخدام بعض المؤشرات في إطار أدوات القياس والإبلاغ الحالية.

٩ - وينبغي أن تشمل العملية السعي للحصول على إسهامات من مختلف الشركاء/الجهات صاحبة المصلحة، وكفالة الارتباط بالجهود المبذولة على الصعيدين العالمي والإقليمي (لجنة المساءلة، والشراكة المعقودة في إطار منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بصحة الأم والوليد والطفل، وتنظيم الأسرة في عام ٢٠٢٠، إلخ) وتقديم مقترحات واضحة للاستفادة من أوجه التآزر، والاستفادة من الجهود التكميلية على الصعيدين القطري والعالمي.

١٠ - وسوف تتطلب أيضا عملية المتابعة تحويل إطار الرصد إلى خطة عمل تحدد الأهداف، والنهج الرئيسي، والإجراءات الخاصة بكل قطر والإجراءات العالمية، وأدوار ومسؤوليات الشركاء، وطرائق رصد التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل. وستتطلب الآلية العالمية للإبلاغ والرقابة والمساءلة في إطار خطة العمل أن يقوم الشركاء وأصحاب المصلحة الرئيسيون بتقديم تعليقات بشأنها.