الأمم المتحدة

E/CN.9/2004/3

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

Distr.: General
12 January 2004
Arabic
Original: English

لجنة السكان والتنمية

الدورة السابعة والثلاثون

٢٢-٢٦ آذار/مارس ٢٠٠٤

البند ٣ من جدول الأعمال المؤقت*

إجراءات متابعة توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

استعراض وتقييم التقدم المحرز في تحقيق أهداف ومقاصد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

تقرير الأمين العام

موجز

يوصي برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن تنظم الجمعية العامة استعراضا منتظما لتنفيذ برنامج العمل. وفي قرارها ١٢٨/٤٩ المؤرخ ١٩ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٤، كلفت الجمعية العامة لجنة السكان والتنمية بصفتها اللجنة المسؤولة عن رصد واستعراض وتقييم تنفيذ برنامج العمل. وقُدم تقرير الجمعية العامة عن أول استعراض وتقييم للتقدم المحرز في تحقيق أهداف ومقاصد برنامج العمل إلى اللجنة في عام ١٩٩٩ (E/CN.9/1999/PC/2). وفي مقرره ٢٢٩/٢٠٠٣ المؤرخ ٢١ تموز/يوليه ٢٠٠٣، وافق المجلس الاقتصادي والاجتماعي على إعداد تقرير ثان عن الاستعراض والتقييم الخمسي لتقديمه إلى الدورة السابعة والثلاثين للجنة في عام ٢٠٠٤. ووفقا لذلك المقرر، يقدم هذا التقرير نتائج الاستعراض والتقييم الخمسي الثاني للتقدم المحرز في تحقيق أهداف ومقاصد برنامج العمل.

* E/CN.9/2004/1.

170204 130204 04-20668 (A)

وينقسم هذا التقرير إلى مقدمة وسبعة أفرع. ويقدم الفرعان الأولان عرضا عاما للمعدلات والاتجاهات السكانية، والنمو السكاني، وهيكل السكان وتوزيعهم في العالم ومناطقه الرئيسية. ويلي هذين الفرعين أربعة أفرع تركز على مجموعات من المسائل: الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، والصحة ومعدل الوفيات، والهجرة الدولية، والبرامج السكانية. ويوجز الفرع الأخير الاستنتاجات الرئيسية للتقرير. وانعكست في المناقشات في جميع الأفرع، صراحة وضمنا، ثلاثة عوامل مترابطة تؤثر على تنفيذ جميع توصيات برنامج العمل، ولا سيما توافر الموارد المالية والبشرية، والقدرات المؤسسية، والشراكات فيما بين الحكومات، والمجتمع الدولي، والمنظمات غير الحكومية، والمجتمع المدني. ويتطلب التنفيذ الكامل لبرنامج العمل عملا متضافرا على هذه الجبهات الثلاث.

ويتمثل الاستنتاج الإجمالي لهذا التقرير في أن العقد الذي بدأ منذ اعتماد برنامج العمل كان عقدا للتقدم الملموس. ويبدأ العالم في رؤية نهاية النمو السكاني السريع، ويقترب الأزواج من تحقيق الحجم المرغوب لأسرهم والمباعدة بين الأطفال. ويتناقص معدل الوفيات في معظم البلدان وهناك دلائل على أن بلدانا عديدة تتخذ الخطوات اللازمة لمواجهة فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والأزمات المؤدية لزيادة الوفيات الأخرى، وتشرع الحكومات في الاضطلاع بعمليات لمعالجة الشواغل المتصلة بالهجرة الدولية.

وبينما جرى إحراز المزيد من التقدم في تنفيذ برنامج العمل خلال السنوات العشر الأخيرة، كانت هناك أيضا أوجه قصور خاصة وثغرات. ولم يكن التقدم عاما، واستنادا إلى الاتجاهات الراهنة، قد تفشل بلدان عديدة في تحقيق الأهداف المتفق عليها لبرنامج العمل. وبغية تحقيق أهداف ومقاصد برنامج العمل، هناك حاجة إلى جهود والتزامات مستمرة بغية تعبئة الموارد البشرية والمالية الكافية، وتعزيز القدرات المؤسسية، وتعزيز الشراكات فيما بين الحكومات، والمجتمع الدولي، والمنظمات غير الحكومية، والمجتمع المدني. ويمثل هذه الجهود والالتزامات، يمكن توقع أن يبين الاستعراض والتقييم المقبل إحراز تقدم أوسع نطاقا وأعمق في تحقيق أهداف ومقاصد برنامج العمل

المحتويات

	الفقرات	الصفحة
مقدمة	١-٣	٥
أولا - المعدلات والاتجاهات السكانية	٤-١٤	٥
ثانيا - النمو السكاني، وهيكل السكان وتوزيعهم	١٥-٣٣	١٢
ثالثا - الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية	٣٤-٥١	٢٠
رابعا - الصحة ومعدل الوفيات	٥٢-٦٨	٢٦
خامسا - الهجرة الدولية	٦٩-٨٧	٣٣
سادسا - البرامج السكانية	٨٨-١٠٦	٣٩
سابعا - الاستنتاجات	١٠٧-١١١	٤٥

الجداول

١ - توزيع السكان حسب المناطق الرئيسية في الأعوام ١٩٩٤ و ٢٠٠٤ و ٢٠١٥، ومتوسط المعدل السنوي للتغيير في الفترتين ١٩٩٤-٢٠٠٤ و ٢٠٠٤-٢٠١٥	٦
٢ - توزيع سكان العالم حسب المناطق الرئيسية في الأعوام ١٩٩٤ و ٢٠٠٤ و ٢٠١٥	٨
٣ - معدلات الخصوبة الإجمالية موزعة حسب المناطق الرئيسية في العالم، للفترات ١٩٩٠-١٩٩٥، و ٢٠٠٠-٢٠٠٥، و ٢٠١٠-٢٠١٥	٩
٤ - حجم عدد المهاجرين موزعا حسب المناطق الرئيسية، لسنة ٢٠٠٠	١١
٥ - السياسات الحكومية المتعلقة بمعدل نمو السكان، موزعة حسب المناطق الأكثر نموا، والمناطق الأقل نموا، وأقل البلدان نموا، للسنوات ١٩٩١، و ١٩٩٦، و ٢٠٠١	١٣
٦ - نسبة السكان الذين يعيشون في مناطق حضرية، موزعة حسب المناطق الرئيسية، للأعوام ١٩٩٤ و ٢٠٠٤ و ٢٠١٥	١٧
٧ - آراء الحكومات فيما يتعلق بالتوزيع المكاني حسب المناطق الأكثر نموا والمناطق الأقل نموا وأقل البلدان نموا والمناطق الرئيسية، ٢٠٠١	١٨
٨ - نسبة الأزواج الذين يستعملون وسائل منع الحمل موزعين حسب المنطقة الرئيسية لسنوات مختلفة	٢٣

٩ - العمر المتوقع عند الميلاد حسب المنطقة الرئيسية، في فترات ١٩٩٩-١٩٩٥، و ٢٠٠٠-٢٠٠٥، و ٢٠١٠-٢٠١٥ ..... ٢٧

١٠ - معدلات وفيات الرضع والأطفال بحسب المناطق الرئيسية، ١٩٩٠-١٩٩٥، ٢٠٠٠-٢٠٠٥ و ٢٠١٠-٢٠١٥ ..... ٣٠

١١ - عدد الحكومات المشاركة في عمليات تشاور إقليمية بشأن الهجرة الدولية ٣٥

مقدمة

١ - أوصى برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الأمم المتحدة، ١٩٩٥، الفصل الأول، القرار ١، المرفق) بأن تنظم الجمعية العامة استعراضا منتظما لتنفيذ برنامج العمل. وفي قرارها ١٢٨/٤٩ المؤرخ ١٩ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٤، كلفت الجمعية العامة لجنة السكان والتنمية بأن تكون الهيئة المسؤولة عن رصد واستعراض وتقييم تنفيذ برنامج العمل، وطلبت إلى المجلس الاقتصادي والاجتماعي أن يستعرض إجراءات وضع التقارير في إطار منظومة الأمم المتحدة فيما يتعلق بقضايا السكان والتنمية، بما في ذلك إجراء استعراض خمسي للتقدم المحرز في تحقيق أهداف ومقاصد برنامج العمل. وفي قراره ٥٥/١٩٩٥ المؤرخ ٢٨ تموز/يوليه ١٩٩٥، أيد المجلس إعداد التقرير المقترح للأمين العام الذي يتضمن هذا الاستعراض والتقييم الخمسي لتقديمه إلى اللجنة. وقُدم إلى اللجنة في عام ١٩٩٩ تقرير الأمين العام عن الاستعراض والتقييم الأول (E/CN.9/1999/PC/2).

٢ - وفي مقرره ٢٢٩/٢٠٠٣ المؤرخ ٢١ تموز/يوليه ٢٠٠٣، وافق المجلس الاقتصادي والاجتماعي على إعداد التقرير الثاني عن الاستعراض والتقييم الخمسي لتقديمه إلى الدورة السابعة والثلاثين للجنة في عام ٢٠٠٤. ووفقا لذلك المقرر، يقدم هذا التقرير نتائج الاستعراض والتقييم الخمسي الثاني للتقدم المحرز في تحقيق أهداف ومقاصد برنامج العمل.

٣ - وينقسم هذا التقرير إلى مقدمة وسبعة أفرع. ويقدم الفرعان الأولان عرضا عاما للمعدلات والاتجاهات السكانية، والنمو السكاني، وهيكل السكان وتوزيعهم في العالم وفي مناطقه الرئيسية. ويلي هذين الفرعين أربعة أفرع تركز على مجموعة من القضايا: الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، والصحة والوفيات، والهجرة الدولية، والبرامج السكانية. ويوجز الفرع الأخير الاستنتاجات الرئيسية للتقرير. وانعكست في المناقشات التي جرت في جميع الأفرع، صراحة وضمنا، ثلاثة عوامل مترابطة تؤثر على تنفيذ جميع توصيات برنامج العمل، ولا سيما توافر الموارد المالية والبشرية، والقدرات المؤسسية، والشراكات فيما بين الحكومات، والمجتمع الدولي، والمنظمات غير الحكومية، والمجتمع المدني. ويتطلب التنفيذ الكامل لبرنامج العمل عملا متضافرا على هذه الجبهات الثلاث.

أولا - المعدلات والاتجاهات السكانية

٤ - اعتبر برنامج العمل النمو السكاني عاملا هاما في عملية التنمية وشدد على أنه بغية تحقيق نوعية محسنة للحياة للأجيال الحالية والمقبلة، فإنه من المهم تيسير التحول إلى المعدلات المنخفضة للمواليد والوفيات، وبالتالي إلى النمو السكاني الأبطأ. وبحلول عام ٢٠٠٤، شهدت جميع بلدان العالم تقريبا بعض الانخفاض في الخصوبة، وهي المصدر الأول للنمو السكاني. غير أنه لا يزال هناك تزايد في سكان العالم، على الرغم من أنه يجري بمعدل

متناقص. وبالاضافة إلى ذلك، يتزايد التنوع الديمغرافي عبر المناطق والبلدان فيما يتعلق بمكونات النمو السكاني وسيواصل التأثير على التوزيع الإقليمي للسكان.

٥ - وفي عام ٢٠٠٤، يصل سكان العالم إلى ٦,٤ بليون نسمة (الجدول ١). وفي الفترة الواقعة بين عامي ١٩٩٤ و ٢٠٠٤، أضيف ٧٨٤ مليون نسمة إلى سكان العالم، مما ينطوي على معدل سنوي للنمو يبلغ في المتوسط ١,٣ في المائة سنويا. وتنمو المناطق الأقل نموا بمعدل أسرع من المناطق الأكثر نموا (بمعدلات سنوية تبلغ ١,٦ في المائة و ٠,٣ في المائة على التوالي). ويبقى معدل نمو أقل البلدان نموا مرتفعا للغاية إذ يصل إلى ٢,٤ في المائة سنويا. وبحلول عام ٢٠١٥، فإنه من المتوقع أن يبلغ سكان العالم ٧,٢ بليون نسمة، وهو ارتفاع يعادل معدل نمو سنوي يبلغ ١,١ في المائة خلال الفترة ٢٠٠٤-٢٠١٥. وخلال تلك الفترة، من المتوقع أن يحقق ١٠٤ بلدان، تضم ٤١ في المائة من سكان العالم معدلات للنمو أدنى من ١ في المائة سنويا. وعلى الرغم من استمرار توقع انخفاض الخصوبة، خلال الفترة ٢٠٠٤-٢٠١٥، فإنه لا يزال من المتوقع أن يحقق ٥٢ بلدا، تضم ١٤ في المائة من سكان العالم معدلات للنمو تفوق ٢ في المائة سنويا. ومن بينها، يوجد ٣١ بلدا من أقل البلدان نموا.

الجدول ١

توزيع السكان حسب المناطق الرئيسية في الأعوام ١٩٩٤ و ٢٠٠٤ و ٢٠١٥، ومتوسط المعدل السنوي للتغيير في الفترتين ١٩٩٤-٢٠٠٤ و ٢٠٠٤-٢٠١٥

	توزيع السكان حسب المناطق الرئيسية (بالملايين)			متوسط المعدل السنوي للتغيير (نسبة مئوية)	
	١٩٩٤	٢٠٠٤	٢٠١٥	١٩٩٤-٢٠٠٤	٢٠٠٤-٢٠١٥
العالم	٥ ٥٩٤	٦ ٣٧٨	٧ ١٩٧	١,٣١	١,١٠
المناطق الأكثر نموا	١ ١٧٠	١ ٢٠٦	١ ٢٣٠	٠,٣١	٠,١٨
المناطق الأقل نموا	٤ ٤٢٤	٥ ١٧٢	٥ ٩٦٧	١,٥٦	١,٣٠
أقل البلدان نموا	٥٧٦	٧٣٦	٩٤٢	٢,٤٤	٢,٢٥
أفريقيا	٦٩٠	٨٦٩	١ ٠٨٥	٢,٣١	٢.٠١
آسيا	٣ ٣٧٩	٣ ٨٧١	٤ ٣٧١	١,٣٦	١,١٠
أوروبا	٧٢٧	٧٢٦	٧١٣	-٠,٠٢	-٠,١٥
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٤٧٣	٥٥١	٦٢٨	١,٥٢	١,٢٠
أمريكا الشمالية	٢٩٦	٣٢٩	٣٦٤	١,٠٥	٠,٩٢
أوقيانوسيا	٢٨	٣٣	٣٧	١,٣٦	١,٠٤

المصدر: التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ٢٠٠٢، المجلد الأول؛ جداول شاملة (منشورات الأمم المتحدة رقم المبيع E.03.XIII.6).

٦ - وتحدث معظم الزيادة في سكان العالم في المناطق الأقل نموا. وفي الواقع، ساهمت البلدان النامية بـ ٧٤٧ مليون نسمة في زيادة سكان العالم التي بلغت ٧٨٤ مليونا خلال الفترة ١٩٩٤-٢٠٠٤. وتعتبر ستة بلدان نامية مسؤولة عن نصف النمو السنوي للسكان في العالم: الهند (٢١ في المائة)؛ والصين (١٣ في المائة)؛ وباكستان ونيجيريا وبنغلاديش وإندونيسيا (نحو ٤ في المائة لكل منها).

٧ - وكنتيجة للاختلافات في معدلات النمو بين معظم المناطق الأكثر نموا والأقل نموا، فإن توزيع سكان العالم يتحول نحو المناطق الأقل نموا. وفي عام ٢٠٠٤، كان نحو أربعة من كل خمسة أفراد في العالم يعيشون في المناطق الأقل نموا. والبلدان الخمسة الأكثر ازدحاما بالسكان هي الصين (١,٣ بليون)، والهند (١ بليون)، والولايات المتحدة الأمريكية (٢٩٧ مليونا)، وإندونيسيا (٢٢٣ مليونا)، والبرازيل (١٨١ مليونا). وأربعة من بينها تقع في المناطق الأقل نموا. غير أن معدلات نمو السكان تتفاوت أيضا بصورة كبيرة في العالم النامي. وتعتبر أفريقيا أسرع المناطق النامية الرئيسية، بمعدل يبلغ ٢,٣ في المائة سنويا، وتليها أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (١,٥ في المائة سنويا) وآسيا (١,٤ في المائة). وفي العالم المتقدم النمو، لا تزال أمريكا تنمو بمعدل نشط يبلغ ١ في المائة سنويا، بينما تشهد أوروبا انخفاضا في سكانها، بمعدل - ٠,٠٢ في المائة سنويا خلال الفترة ١٩٩٤-٢٠٠٤.

٨ - وزادت كل من أفريقيا وآسيا، وبدرجة أقل، أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي من حصتها في سكان العالم اعتبارا من عام ١٩٩٤ (الجدول ٢). وزادت حصة أفريقيا من ١٢ في المائة في عام ١٩٩٤ إلى ١٤ في المائة في عام ٢٠٠٤، وحصة آسيا من ٦٠ إلى ٦١ في المائة، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي من ٨ إلى ٩ في المائة. وظلت حصة كل من أمريكا الشمالية وأوقيانوسيا عند ٥ و ١ في المائة على التوالي. وعلى العكس، انخفضت حصة أوروبا من ١٣ إلى ١١ في المائة. وبحلول عام ٢٠١٥، ستكون حصة أوروبا قد زادت من انخفاضها بنحو ١٠ في المائة، بينما ستواصل حصتا أفريقيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي نموهما. وفي الفترة الواقعة بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠١٥، من المتوقع أن يشهد ٢٢ بلدا في أوروبا، و ٤ في آسيا، و ٤ في أفريقيا، و ٣ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي انخفاضا في حجم السكان. ويرجع انخفاض السكان في البلدان الأفريقية الأربعة إلى التأثير المدمر لوباء فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، بينما سيأتي في البلدان الأخرى كنتيجة لمعدلات الخصوبة المنخفضة.

الجدول ٢

توزيع سكان العالم حسب المناطق الرئيسية في الأعوام ١٩٩٤ و ٢٠٠٤ و ٢٠١٥

	توزيع السكان حسب المناطق الرئيسية (بالملايين)			التوزيع بالنسب المئوية		
	١٩٩٤	٢٠٠٤	٢٠١٥	١٩٩٤	٢٠٠٤	٢٠١٥
العالم	٥ ٥٩٤	٦ ٣٧٨	٧ ١٩٧	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
المناطق الأكثر نموا	١ ١٧٠	١ ٢٠٦	١ ٢٣٠	٢٠,٩	١٨,٩	١٧,١
المناطق الأقل نموا	٤ ٤٢٤	٥ ١٧٢	٥ ٩٦٧	٧٩,١	٨١,١	٨٢,٩
أقل البلدان نموا	٥٧٦	٧٣٦	٩٤٢	١٠,٣	١١,٥	١٣,١
أفريقيا	٦٩٠	٨٦٩	١ ٠٨٥	١٢,٣	١٣,٦	١٥,١
آسيا	٣ ٣٧٩	٣ ٨٧١	٤ ٣٧١	٦٠,٤	٦٠,٧	٦٠,٧
أوروبا	٧٢٧	٧٢٦	٧١٣	١٣,٠	١١,٤	٩,٩
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٤٧٣	٥٥١	٦٢٨	٨,٥	٨,٦	٨,٧
أمريكا الشمالية	٢٩٦	٣٢٩	٣٦٤	٥,٣	٥,٢	٥,١
أوقيانوسيا	٢٨	٣٣	٣٧	٠,٥	٠,٥	٠,٥

المصدر: التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ٢٠٠٢، المجلد الأول؛ جداول شاملة (منشورات الأمم المتحدة رقم المبيع E.03.XIII.6).

٩ - ويسكن نصف سكان العالم تقريبا في مناطق حضرية. وفي المناطق الأكثر نموا من العالم، يقيم ثلاثة من بين كل أربعة أفراد في المناطق الحضرية، في حين أنه في المناطق الأقل نموا من العالم، يقيم في المناطق الحضرية شخصان من بين كل خمسة أشخاص. وتتباين معدلات التحضر تباينا كبيرا فيما بين المناطق الرئيسية، إذ تبلغ نسبة الأشخاص المقيمين في المناطق الحضرية في أمريكا الشمالية وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وأوقيانوسيا، وأوروبا حوالي ثلاثة أشخاص من بين كل خمسة أشخاص، لكن هذه النسبة تقتصر في آسيا وأفريقيا على إقامة شخصين من بين كل خمسة أشخاص في المناطق الحضرية. وعلى الرغم من أن أعدادا متزايدة من سكان العالم يقيمون في الأماكن الحضرية، فإن ربع سكان العالم يقيمون في مدن صغيرة، يبلغ تعدادها أقل من ٥٠٠ ٠٠٠ نسمة.

١٠ - وقد تدنى معدل الخصوبة الإجمالي في العالم من عدد يربو على ثلاثة أطفال للمرأة الواحدة خلال الفترة من سنة ١٩٩٠ إلى ١٩٩٥، إلى حوالي ٢,٧ طفل حاليا (انظر الجدول ٣). ومنذ أوائل تسعينيات القرن الماضي، انخفض عدد البلدان التي يبلغ فيها متوسط معدل الخصوبة الإجمالي ما يزيد على خمسة أطفال للمرأة الواحدة من ٥٥ بلدا في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥ إلى ٣٤ بلدا في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥. ومن بين هذه البلدان الـ ٥٥،

هناك ٤١ بلدا تقع في أفريقيا، و ١١ بلدا تقع في آسيا، وبلدان في منطقة أوقيانوسيا، وبلد واحد في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. ومن بين الأربعة والثلاثين بلدا التي تظل فيها معدلات الخصوبة مرتفعة خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥، يوجد ٢٨ بلدا منها في أفريقيا، و ٦ بلدان في آسيا. وفي الطرف المقابل للتوزيع، فإن عدد البلدان ذات معدل الخصوبة الواقع دون مستوى الإحلال آخذ في التنامي، إذ ارتفع من ٥١ بلدا في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥ إلى ٦٢ بلدا في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥. وفي عام ١٩٩٣، كانت هناك عشرة بلدان فقط ذات معدل خصوبة دون مستوى الإحلال في المناطق الأقل نموا من العالم، بيد أن عدد البلدان النامية ذات معدل الخصوبة الواقع دون مستوى الإحلال قد تضاعف إلى ٢٠ بلدا بحلول سنة ٢٠٠٣.

الجدول ٣

معدلات الخصوبة الإجمالية موزعة حسب المناطق الرئيسية في العالم، للفترات ١٩٩٠-١٩٩٥، و ٢٠٠٠-٢٠٠٥، و ٢٠١٠-٢٠١٥

	معدل الخصوبة الإجمالي (عدد الأطفال للمرأة الواحدة)		
المنطقة الرئيسية	١٩٩٠-١٩٩٥	٢٠٠٠-٢٠٠٥	٢٠١٠-٢٠١٥
العالم	٣,٠٣	٢,٦٩	٢,٥٠
المناطق الأكثر نموا	١,٦٩	١,٥٦	١,٦٠
المناطق الأقل نموا	٣,٤٠	٢,٩٢	٢,٦٥
أقل البلدان نموا	٥,٧٧	٥,١٣	٤,٤٠
أفريقيا	٥,٦٣	٤,٩١	٤,١٩
آسيا	٢,٩٨	٢,٥٥	٢,٣٠
أوروبا	١,٥٨	١,٣٨	١,٤٠
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٣,٠١	٢,٥٣	٢,٢٣
أمريكا الشمالية	٢,٠٢	٢,٠٥	٢,٠٣
أوقيانوسيا	٢,٥٥	٢,٣٤	٢,١٦

المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٠، المجلد الأول، الجداول الشاملة (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع *(E.03.XIII.6)*

١١ - وخلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥، ينتظر للعمر المتوقع عند الولادة أن يصل إلى ٦٦ سنة، محققا بذلك ارتفاعا عن المعدل الذي كان متوقعا للفترة ١٩٩٠-١٩٩٥، وهو ٦٤ سنة. وقد تمكن ما يزيد على ١٠٠ بلد من تحقيق معدلات أعمار متوقعة تتجاوز ٧٠ سنة،

وهو ما يمثل نسبة ٤٧ في المائة من سكان العالم في سنة ٢٠٠٣. وعلى الرغم من تواصل إحراز تقدم كبير في سائر أنحاء العالم، فإن العقد الأخير للقرن العشرين شهد انتكاسات رئيسية، لا سيما للبلدان المتضررة من جراء وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وفي المناطق المتأثرة بالصراعات. ولا تزال معدلات العمر المتوقعة أقل من ٥٠ سنة في ٣٦ بلدا، توجد ٣٣ منها في بلدان أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، ومعظمها من البلدان المتضررة من جراء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز و/أو الصراعات. وفي البلدان الثلاثة والخمسين الأشد تضررا من جراء وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، تشير التقديرات إلى أن فيروس نقص المناعة البشرية هو السبب الكامن وراء ٢٠ مليون حالة وفاة من الوفيات الزائدة عن التوقعات للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥، وأن عدد حالات الوفاة الزائدة يتوقع له أن يرتفع إلى ٣٢ مليون حالة للفترة ٢٠١٠-٢٠١٥، حتى في ظل الافتراض بأن التدابير الرامية إلى التحكم في تزايد انتشار المرض ستحقق نجاحا معتدلا.

١٢ - ويقدر المعدل العالمي لوفيات الأطفال بـ ٥٦ حالة وفاة لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥، أي بنسبة ٨ وفيات لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء في المناطق الأكثر نموا و ٦١ حالة وفاة لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء في المناطق الأقل نموا. ويتوقع أن يحقق أكثر من ١٣٠ بلدا معدل وفيات أطفال دون الـ ٥٠ حالة للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥، وهو ما يدعو إليه برنامج العمل (الفقرة ٨-١٦). غير أن هناك ٦٢ بلدا (من بينها ٤١ بلدا من أقل البلدان نموا) لن تتمكن من بلوغ ذلك الهدف، وهي تمثل نسبة ٣٥ في المائة من بلدان العالم.

١٣ - وشهد عقد التسعينيات من القرن الماضي زيادات متواصلة في التحركات الدولية للسكان. وفي أواسط سنة ٢٠٠٠، بلغ عدد المهاجرين الدوليين ١٧٥ مليون شخص تقريبا، أي ما يمثل نسبة ٣ في المائة من سكان العالم، وذلك من عدد كان يبلغ ١٥٤ مليون شخصا في سنة ١٩٩٠ (الجدول ٤). وكانت نسبة ٤٨ في المائة من جميع المهاجرين الدوليين من الإناث. وفي سنة ٢٠٠٠، بلغ عدد المهاجرين الدوليين الذين يعيشون في المناطق الأكثر نموا ١٠٤ ملايين شخص، في حين كان العدد ٧١ مليون شخص في المناطق الأقل نموا، ويعني ذلك أن ثلاثة من كل خمسة مهاجرين دوليين يعيشون في بلدان متقدمة النمو، حيث يشكلون حوالي ٩ في المائة من إجمالي عدد السكان. وفي سنة ٢٠٠٠، شكل عدد المهاجرين الدوليين الذين يعيشون في آسيا وأوروبا وأمريكا الشمالية نسبة قدرها ٨٤ في المائة من جميع المهاجرين الدوليين. ونظرا لمعدلات الخصوبة البالغة الانخفاض المنتشرة في البلدان الواقعة في المناطق الأكثر نموا في العالم، أصبحت الهجرة الدولية عاملا مساهما رئيسيا في نمو السكان في هذه البلدان. وخلال الفترة ١٩٩٠-٢٠٠٠، كانت مساهمة الهجرة الدولية الصافية في زيادة

السكان في المناطق الأكثر نموا أعلى بقليل من الزيادة الطبيعية، ويتوقع، خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠١٠، أن تبلغ مساهمة الهجرة الدولية الصافية ثلاثة أضعاف النسبة الناجمة عن الزيادة الطبيعية في المناطق الأكثر نموا.

الجدول ٤

حجم عدد المهاجرين موزعا حسب المناطق الرئيسية، لسنة ٢٠٠٠

	إجمالي عدد السكان (بالملايين)	حجم المهاجرين	
		العدد (بالملايين)	النسبة المئوية من عدد السكان
المنطقة الرئيسية	٢٠٠٠		٢٠٠٠
العالم	٦ ٠٥٧	١٧٥	٢,٩
المناطق الأكثر نموا	١ ١٩١	١٠٤	٨,٧
المناطق الأقل نموا	٤ ٨٦٥	٧١	١,٥
أقل البلدان نموا	٦٦٨	١١	١,٦
أفريقيا	٧٩٤	١٦	٢,١
آسيا	٣ ٦٧٢	٥٠	١,٤
أوروبا	٧٢٧	٥٦	٧,٧
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٥١٩	٦	١,١
أمريكا الشمالية	٣١٤	٤١	١٣,٠
أوقيانوسيا	٣١	٦	١٩,١

المصدر: الهجرة الدولية، لسنة ٢٠٠٢، خارطة حائطية (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع: E.03.XIII.3).

١٤ - ويهدف برنامج العمل إلى دمج الشواغل السكانية بشكل كامل في استراتيجيات التنمية والاستراتيجيات البيئية، واستراتيجيات الحد من الفقر، مع النص على توفير الموارد الكافية على جميع المستويات. وقد أمكن إحراز تقدم جزئي فيما يخص الأهداف البيئية والاجتماعية والصحة والاقتصادية واسعة النطاق الواردة في إطار المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وبرنامج عمله، وفي إطار مؤتمرات عالمية أخرى. وبصفة عامة، وعلى الرغم من بعض الانتكاسات في بلدان معينة، أمكن تحقيق تقدم في خفض معدلات الفقر، وإن لم يتحقق الحد من عدد الفقراء بشكل مطلق. وعلى الرغم من الزيادات المضطردة في الإمدادات الغذائية على المستوى العالمي، فإن عدد الأشخاص الذين لا يجدون الغذاء الكافي قد ازداد منذ سنة ١٩٩٥، إذ أن حالة عدم توفر الأمن الغذائي قد ازدادت في العديد من البلدان الشديدة الفقر (منظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة، ٢٠٠٣). ولقد أتاح

مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة، الذي عقد في جوهانسبرغ، جنوب أفريقيا، في سنة ٢٠٠٢، فرصة لتحقيق خطوات ملموسة وتحديد أهداف قابلة للقياس لأجل التنفيذ المعزز لخطة عمل القرن ٢١ (الأمم المتحدة، ١٩٩٣، القرار ١، المرفق الثاني). وفضلا عن ذلك، فإن قادة ١٨٩ بلدا قد اجتمعوا في سنة ٢٠٠٠ في مؤتمر قمة الألفية واتفقوا على مجموعة من الأهداف الإنمائية للألفية التي من بين ما تتوخاه من غايات خفض حجم الفقر والجوع عالميا بمقدار النصف بحلول سنة ٢٠١٥، والحد من معدلات وفيات الأطفال والأمهات، والسيطرة على انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، والنهوض بالمساواة بين الجنسين، وتشجيع التنمية المستدامة بيئيا. وهذه الأهداف تكمل أهداف برنامج العمل وتعززها.

ثانيا – النمو السكاني، وهيكل السكان وتوزيعهم

١٥ – عبَّر برنامج العمل عن وجهة النظر القائلة بأن تحقيق استقرار في نمو سكان العالم بشكل مبكر سيمثل إسهاما مهما في تحقيق التنمية المستدامة، كما يمثل ذلك انعكاسا لوجهة نظر توافقت حولها الآراء مفادها أن النمو السكاني بشكل أبطأ يمكن أن يتيح وقتا أكبر للمجتمعات يمكّنها من مكافحة الفقر وحماية البيئة.

١٦ – ولا تزال المعدلات العالية لنمو السكان مسألة تندرج من بين شواغل وضع السياسات للعديد من الحكومات، لا سيما في المناطق الأقل نموا. وينظر أيضا إلى النمو السريع للسكان على المستوى الوطني باعتباره عاملا يفضي إلى تفاقم المشاكل المتعلقة بتوزيع السكان، لا سيما النمو السريع للمدن. وفي سنة ٢٠٠١، كان لدى ما يزيد على نصف البلدان في المناطق الأقل نموا سياسات تهدف إلى تخفيض معدلات نمو سكانها. ومن بين أقل البلدان نموا، التي كانت فيها معدلات نمو السكان هي الأعلى، كان لدى ثلثيها تقريبا سياسات وبرامج تهدف إلى الحد من معدلات نمو السكان (الجدول ٥)

الجدول ٥

السياسات الحكومية المتعلقة بمعدل نمو السكان، موزعة حسب المناطق الأكثر نموا، والمناطق الأقل نموا، وأقل البلدان نموا، للسنوات ١٩٩١، و ١٩٩٦، و ٢٠٠١

السنة	عدد البلدان					النسبة المئوية				
	زيادة	تغيير	انخفاض	عدم تدخل	المجموع	زيادة	تغيير	انخفاض	عدم تدخل	المجموع
العالم										
١٩٩١	٢١	١٥	٦٦	٦٦	١٦٨	١٢,٥	٨,٩	٣٩,٣	٣٩,٣	١٠٠,٠
١٩٩٦	٢٥	١٦	٧٠	٨٢	١٩٣	١٣,٠	٨,٣	٣٦,٣	٤٢,٥	١٠٠,٠
٢٠٠١	٢٢	١٨	٧٦	٧٧	١٩٣	١١.٤	٩,٣	٣٩,٤	٣٩,٤	١٠٠,٠
المناطق الأكثر نموا										
١٩٩١	٧	١٠	١	١٩	٣٧	١٨,٩	٢٧,٠	٢,٧	٥١,٤	١١٠,٠
١٩٩٦	١١	٦	١	٣٠	٤٨	٢٢,٩	١٢,٥	٢,١	٦٢,٥	١٠٠,٠
٢٠٠١	١٢	٧	١	٢٨	٤٨	٢٥,٠	١٤,٦	٢,١	٥٨,٣	١٠٠,٠
المناطق الأقل نموا										
١٩٩١	١٤	٥	٦٥	٤٧	١٣١	١٠,٧	٣,٨	٤٩,٦	٣٥,٩	١٠٠,٠
١٩٩٦	١٤	١٠	٦٩	٥٢	١٤٥	٩,٧	٦,٩	٤٧,٦	٣٥,٩	١٠٠,٠
٢٠٠١	١٠	١١	٧٥	٤٩	١٤٥	٦,٩	٧,٦	٥١,٧	٣٣,٨	١٠٠,٠
أقل البلدان نموا										
١٩٩١	٣	١	٢٠	٢٢	٤٦	٦,٥	٢,٢	٤٣,٥	٤٧,٨	١٠٠,٠
١٩٩٦	١	١	٢٦	٢١	٤٩	٢,٠	٢,٠	٥٣,١	٤٢,٩	١٠٠,٠
٢٠٠١	١	١	٣٢	١٥	٤٩	٢,٠	٢,٠	٦٥,٣	٣٠,٦	١٠٠,٠

المصدر: مصرف بيانات السياسات السكانية التابع لشعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة.

١٧ - وبينما تثير معدلات نمو السكان العالية قلق كثير من البلدان في المناطق الأقل نموا، فإن أعدادا متزايدة من البلدان في المناطق الأكثر تقدما، تعرب عن قلقها بشأن تدني معدلات نمو السكان. وشهدت الفترة من ١٩٩١ إلى ٢٠٠١ زيادة تفوق الضعف في معدلات نمو السكان، في البلدان التي لاحظت أن معدلات النمو فيها تعتبر شديدة الانخفاض، إذ ارتفعت هذه المعدلات من ١٦ إلى ٣٥ في المائة. وكانت لدى ٢٥ في المائة من البلدان في المناطق الأكثر نموا، سياسات ترمي إلى زيادة معدلات نمو السكان في عام ٢٠٠١، بحيث ترتفع كثيرا عن معدل ١٩٩١ البالغ ١٩ في المائة (الجدول ٥).

١٨ - واعتمدت الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، المعقودة في مدريد، في نيسان/أبريل ٢٠٠٢، إعلانا سياسيا (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ (ب)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق الأول)، يؤكد الأهداف المحددة في برنامج العمل. وأعاد الإعلان تأكيد التزام الحكومات بالتفاعل مع الفرص والتحديات الناجمة عن شيخوخة السكان في القرن الحادي والعشرين، وبالتشجيع على تنمية مجتمع ملائم لجميع الأعمار.

١٩ - وما زالت لدى معظم البلدان النامية أعداد كبيرة من الأطفال والشباب وسط سكانها، بسبب تدني معدلات الوفيات واستمرار ارتفاع مستويات الخصوبة. وتترتب على ما ينجم عن الزيادة السريعة في أعداد الشباب والمراهقين من ارتفاع في الطلب على خدمات الرعاية الصحية والتعليم والتوظيف، تحديات ومسؤوليات كبيرة أمام المجتمعات، وأعباء ثقيلة على المؤسسات، في البلدان النامية. وفي عام ٢٠٠٤، شكل الأطفال دون سن ١٥ سنة نسبة ٣١ في المائة من السكان في أقل المناطق نموا. وتبلغ هذه النسبة في أقل البلدان نموا ٤٣ في المائة. وبالرغم من تراجع معدلات النمو بين الأطفال، إلا أنهم يتكاثرون في أقل المناطق نموا.

٢٠ - ويهدف برنامج العمل إلى تعزيز الأحوال الصحية والرفاه والإمكانيات المستقبلية بالنسبة لجميع الأطفال والمراهقين والشباب، وفقا للالتزامات المعلنة في مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل واتفاقية حقوق الطفل (قرار الجمعية العامة ٢٥/٤٤، المرفق، الفقرة ٦-٧ (أ)). ويشجع برنامج العمل الأطفال والمراهقين والشباب، وبخاصة الشابات، على مواصلة تعليمهم، الذي تشمل آثاره المفيدة تخفيض حالات الزواج المبكر والأمومة المبكرة. ويدعو برنامج العمل أيضا إلى توسيع فرص التوظيف أمام الشباب. وبالنسبة للأشخاص الأكبر سنا، حدد برنامج العمل الأهداف التالية: تعزيز اعتماد كبار السن على أنفسهم، وتنمية أنظمة الرعاية الصحية وإعداد مشاريع للضمان الاجتماعي. ويدعو برنامج العمل إلى إيلاء اهتمام خاص إلى احتياجات المسنات، وزيادة قدرات الأسر على توفير الرعاية الأسرية للمسنين (الفقرة ٦-١٧).

٢١ - ويعتبر الاتجاه المتنامي إلى الالتحاق بالمدارس على جميع المستويات التعليمية، وتراجع معدلات الأمية، من الأشياء المفيدة بالنسبة للبنات والأولاد معا. وفي عام ١٩٩٠، كان ٨٠ في المائة من الأطفال في سن المدرسة الابتدائية إما منخرطين في التعليم أو ملتحقين بالمدارس (صافي معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي)، وازداد هذا العدد بنسبة ٢ في المائة فقط، ليبلغ ٨٢ في المائة بحلول عام ١٩٩٩. وانخفضت الفجوة بين الجنسين بمقدار النصف خلال تلك الفترة، لكنها لا تزال من الشواغل الجدية في المنطقة الواقعة جنوب الصحراء الكبرى الأفريقية، وجنوب وغرب آسيا، وشمال أفريقيا (اليونيسيف، ٢٠٠١). وازداد

المعدل العام للالتحاق بالمدارس الثانوية في جميع مناطق العالم، خلال الفترة من ١٩٩٠ إلى ١٩٩٩، فيما عدا البلدان ذات الاقتصادات التي تجتاز مرحلة تحول. وتقلصت الفجوة بين الجنسين أيضا في معدلات الالتحاق بالمدارس الثانوية، في جميع المناطق التي تقل فيها معدلات التحاق البنات عن معدلات الأولاد. إلا أنه يبقى الكثير الذي يجب إنجازه بغية تعزيز معدلات التحاق البنات بالمدارس الثانوية، لا سيما في جنوب آسيا وغربها وجنوب الصحراء الكبرى الأفريقية. وتشير تقديرات اليونسكو الحديثة (٢٠٠٢)، إلى أن معدلات أمية الشباب، التي تعكس نسبة الأمية وسط الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة، قد تراجعت خلال الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠٠٠ في جميع المناطق. بيد أن معدلات أمية الشابات لا تزال أعلى بكثير من معدلات أمية الشبان، وبخاصة في المناطق الأقل نموا، ولم يحرز سوى تقدم قليل تجاه تخفيض هذه الفجوة، منذ ١٩٩٠.

٢٢ - ولا يزال عدد المسنين وسط السكان يقل عن عدد الأطفال، لكن عدد المسنين يتزايد بمعدل أسرع كثيرا. ويقدر أن عدد الأشخاص البالغة أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر، قد ازداد من ٥٣٠ مليونا إلى ٦٥٤ مليونا، خلال الفترة من ١٩٩٤ إلى ٢٠٠٤. وتوجد بالفعل، في كثير من المجتمعات، لا سيما مجتمعات المناطق الأكثر تقدما، هياكل عمرية سكانية ترتفع فيها معدلات المسنين بشكل لم يسبق له مثيل. وفي واقع الأمر، يزيد عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر على عدد الأطفال دون سن ١٥ سنة، في المناطق الأكثر نموا (٢٤١ مليونا مقابل ٢٠٨ ملايين، في عام ٢٠٠٤).

٢٣ - وبينما كانت الشواغل المتعلقة بشيخوخة السكان مقتصرة على البلدان المتقدمة النمو في وقت ما، إلا أن القلق من النتائج المترتبة عليها قد انتقل إلى كثير من البلدان النامية. وفي الواقع، فإن وتيرة نمو الشيخوخة أصبحت أكثر تسارعا في المناطق الأقل نموا عنها في المناطق الأكثر نموا، بسبب تسارع انخفاض معدل الخصوبة. وعليه، يتوقع أن يتعدى معدل نمو السكان الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر في المناطق الأقل نموا، نسبة ٣ في المائة سنويا، خلال الفترة من ٢٠٠٤ إلى ٢٠١٥، وهو معدل يبلغ تقريبا ضعف معدله في المناطق الأكثر نموا. ولأنه يرجح أن تزداد صعوبة التكيف مع التغيرات السريعة في هياكل المجموعات العمرية، فإن البلدان النامية تواجه مصاعب تفوق ما تواجهه البلدان المتقدمة النمو حتى الآن في تدارك عملية شيخوخة السكان.

٢٤ - وسيكون لشيخوخة السكان تداعيات اقتصادية واجتماعية واسعة النطاق، بالنسبة للنمو الاقتصادي، والادخار والاستثمار، وعرض قوى العمل والتوظيف، وأنظمة التقاعد، والرعاية الصحية والطويلة الأجل، والمواريث، والضرائب، وتشكيل الأسرة، وترتيبات

الأحوال المعيشية. وبالنسبة للسكان الأكبر سنا، تتعلق المسائل الرئيسية بمراكزهم الاجتماعية والاقتصادية، وأعمارهم الإنتاجية، ونوعية حياتهم. وتتفوق البلدان المتقدمة النمو على البلدان النامية في إمكانية توفيرها لنطاق من السياسات والبرامج التي تستوفي احتياجات المسنين. فعلى سبيل المثال، توجد خدمات الرعاية الصحية المصممة خصيصا لاستيفاء احتياجات المسنين في كثير من البلدان المتقدمة، بينما لا توجد هذه الخدمات سوى في عدد قليل من البلدان النامية حتى الآن.

٢٥ - وبالرغم من أن جميع البلدان تقريبا تفيد بوجود أنظمة تقاعدية فيها، إلا أن الكثير منها لا يغطي الجميع. وبالرغم من أن المراكز الاجتماعية والاقتصادية للأشخاص الأكبر سنا قد تعززت بسبب التحسينات التي شهدتها الأنظمة التقاعدية، إلا أنه يرجح أن تكون المسنات أكثر فقرا من المسنين، بسبب ارتفاع احتمالات أن يصبحن أرامل، كما أن مساهمتهن في الأنظمة التقاعدية كانت أصغر بصفة عامة. وفي ضوء التحديات الحالية والمستقبلية المتعلقة بالضمان الاجتماعي، اعتمد مؤتمر العمل الدولي، في عام ٢٠٠١، قرارا وسلسلة من الاستنتاجات التي تدعو إلى تنظيم حملة لتوسيع نطاق تغطية الضمان الاجتماعي، ولكفالة أن تولي الحكومات أولوية أكثر تقدما لمسائل الضمان الاجتماعي (منظمة العمل الدولية، ٢٠٠١).

٢٦ - وتمثل أحد الاتجاهات الرئيسية في نهاية القرن العشرين، في نمو التجمعات الحضرية. وبحلول عام ٢٠٠٤، كانت نسبة ٤٩ في المائة من سكان العالم تعيش في مناطق حضرية (الجدول ٦). وحيث أن وتيرة نمو المناطق الحضرية تزيد على وتيرة نمو المناطق الريفية بثلاث أو أربع مرات، فإن توقعات الأمم المتحدة تشير إلى أن عدد سكان المناطق الحضرية قد يتجاوز عدد سكان المناطق الريفية بحلول عام ٢٠٠٧. وفي عام ٢٠٠٤، كان ثلاثة من أصل كل أربعة أشخاص في المناطق الأكثر نموا يعيشون في المناطق الحضرية، مقارنة باثنين من أصل خمسة أشخاص في المناطق الأقل نموا.

الجدول ٦

نسبة السكان الذين يعيشون في مناطق حضرية، موزعة حسب المناطق الرئيسية، للأعوام ١٩٩٤ و ٢٠٠٤ و ٢٠١٥

المناطق الرئيسية	نسبة السكان الذين يعيشون في المناطق الحضرية (نسبة مئوية)		
	١٩٩٤	٢٠٠٤	٢٠١٥
العالم	٤٤,٩	٤٨,٨	٥٣,٨
المناطق الأكثر نموا	٧٤,٤	٧٥,٧	٧٧,٦
المناطق الأقل نموا	٣٧,١	٤٢,٦	٤٨,٩
أقل البلدان نموا	٢٢,٦	٢٨,١	٣٥,٣
أفريقيا	٣٣,٩	٣٩,٦	٤٦,٤
آسيا	٣٤,٣	٣٩,٦	٤٥,٩
أوروبا	٧٢,٨	٧٣,٧	٧٥,٤
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٧٢.٧	٧٦,٨	٨٠,٨
أمريكا الشمالية	٧٥,٩	٧٧,٥	٧٩,٣
أوقيانوسيا	٧١,١	٧٣,٦	٧٥,٦

المصدر: توقعات التحضر العالمي: تنقيح ٢٠٠١ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.02.XIII.16).

٢٧ - وأصبحت المناطق الحضرية الكبيرة في العالم أكثر ضخامة وعددا. ففي عام ٢٠٠٠ كان هنالك ١٦ مدينة كبيرة لا يقل سكان كل منها عن عشرة ملايين نسمة ويتوقع زيادة عددها إلى ٢١ مدينة بحلول عام ٢٠١٥. إلا أنه وعلى مدى فترة التسعينات كانت المستوطنات الصغيرة التي لا يزيد عدد سكان الواحدة منها على ٥٠٠ ٠٠٠ نسمة وتلك التي تراوح عدد سكانها بين المليون والخمسة ملايين نسمة تمثل أكبر حصة في زيادة السكان الحضريين في العالم. ويتوقع حدوث نمط شبيه في الفترة ٢٠٠٠-٢٠١٥.

٢٨ - وهنالك قلق متزايد بشأن قدرة المدن على استيعاب النمو السكاني المتسارع. وأعربت الحكومات عن القلق من أن ارتفاع معدلات الهجرة من الريف إلى الحضر قد تعوق قدرة المدن على توفير المياه النظيفة والطاقة وإدارة النفايات لسكانها. ففي عام ٢٠٠١ رأت نسبة ٣٩ في المائة من الحكومات أن أنماط التوزيع السكاني لديها تحتاج لإجراء تغييرات كبيرة. وكانت نسبة ٨٧ في المائة من هذه الحكومات في المناطق الأقل نموا (الجدول ٧). وفي عام ٢٠٠١ ومن بين جميع المناطق الرئيسية كانت أكبر نسبة من الحكومات الراغبة في إدخال تغييرات كبيرة في توزيع المناطق تنتمي لأفريقيا (٦٤ في المائة). وبرزت قضايا توزيع

السكان بشكل مهيمن ليس فقط في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ولكن في مؤتمر الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (الموئل الثاني) المعقود في اسطنبول في حزيران/يونيه ١٩٩٦ كما برزت فيما يتعلق بالسكان الريفيين في المؤتمر العالمي للأغذية الذي انعقد في روما في تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٦.

٢٩ - وفي العديد من البلدان النامية تتماثل إلى حد كبير السياسات المتعلقة بتوزيع السكان وبالتدابير المطلوبة للحد من الهجرة من الريف إلى الحضر. وفي الواقع فقد كانت معظم السياسات الرامية إلى الحد من نمو المناطق الحضرية غير فعالة. وبالرغم من وجود توافق عريض في الآراء فيما بين الحكومات في بلدان العالم النامي بشأن استصواب تشجيع المدن الصغيرة والمتوسطة الحجم فإن الوسائل لتحقيق ذلك الهدف لا تزال غير واضحة.

الجدول ٧

آراء الحكومات فيما يتعلق بالتوزيع المكاني حسب المناطق الأكثر نموا والمناطق الأقل نموا وأقل البلدان نموا والمناطق الرئيسية، ٢٠٠١

	عدد البلدان				النسبة المئوية			
	مرض	أقل تغيير مطلوب	أكبر تغيير مطلوب	المجموع	مرض	أقل تغيير مطلوب	أكبر تغيير مطلوب	المجموع
العالم	٦٦	٥٢	٧٥	١٩٣	٣٤,٢	٢٦,٩	٣٨,٩	١٠٠,٠
المناطق الأكثر نموا	٢٦	١٢	١٠	٤٨	٥٤,٢	٢٥,٠	٢٠,٨	١٠٠,٠
المناطق الأقل نموا	٤٠	٤٠	٦٥	١٤٥	٢٧,٦	٢٧,٦	٤٤,٨	١٠٠,٠
أقل البلدان نموا	١١	١١	٢٧	٤٩	٢٢,٤	٢٢,٤	٥٥,١	١٠٠,٠
أفريقيا	٩	١٠	٣٤	٥٣	١٧,٠	١٨,٩	٦٤,٢	١٠٠,٠
آسيا	١٤	١٦	١٦	٤٦	٣٠,٤	٣٤,٨	٣٤,٨	١٠٠,٠
أوروبا	٢٢	١٢	٩	٤٣	٥١,٢	٢٧,٩	٢٠,٩	١٠٠,٠
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١١	١٢	١٠	٣٣	٣٣,٣	٣٦,٤	٣٠,٣	١٠٠,٠
أمريكا الشمالية	٢	صفر	صفر	٢	١٠٠,٠	٠,٠	٠,٠	١٠٠,٠
أوقيانوسيا	٨	٢	٦	١٦	٥٠,٠	١٢,٥	٣٧,٥	١٠٠,٠

المصدر: مصرف بيانات السياسات السكانية التابع لشعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة.

٣٠ - وفي عام ٢٠٠١ عقدت الجمعية العامة دورة استثنائية لاستعراض وتقييم تنفيذ جدول أعمال الموئل (الأمم المتحدة ١٩٩٦، الفصل الأول/القرار ١، المرفق الثاني) وتعزيز

الالتزام بالإجراءات المستقبلية واتخاذ مبادرات فيما يتعلق بجدول الأعمال. ونتيجة لذلك اعتمدت الجمعية إعلانا بشأن المدن والمستوطنات البشرية الأخرى في الألفية الجديدة على النحو الوارد في مرفق القرار دإ-٢/٢٥ المؤرخ ٩ حزيران/يونيه ٢٠٠١. وأكد الإعلان من جديد أن الإنسان هو محور التنمية المستدامة وأكد ضرورة الاستفادة القصوى من المساهمات والروابط التكاملية بين المناطق الريفية والحضرية وذلك بإيلاء الاهتمام اللازم للاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية لكل واحدة منها.

٣١ - ويقدر عدد السكان الأصليين بـ ٣٧٠ مليون نسمة يعيشون في أكثر من ٧٠ بلدا على نطاق العالم. والسكان الأصليون هم الورثة والممارسون للثقافات والسبل الفريدة في التواصل مع الشعوب الأخرى ومع البيئة. وفي عام ١٩٩٤ أعلنت الجمعية العامة العقد الدولي للسكان الأصليين (١٩٩٤-٢٠٠٤) لزيادة التزام الأمم المتحدة بتعزيز وحماية حقوق السكان الأصليين في جميع أنحاء العالم. وكجزء من العقد ظلت مؤسسات منظومة الأمم المتحدة تعمل مع السكان الأصليين في وضع وتنفيذ المشاريع في مجالات الصحة والتعليم والإسكان والعمل والتنمية والبيئة التي تعزز حماية السكان الأصليين وعاداتهم وقيمهم وممارساتهم التقليدية. وعملا بقرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي ٢٢/٢٠٠٠ المؤرخ ٢٨ تموز/يوليه ٢٠٠٠ أنشئ منتدى دائم لقضايا السكان الأصليين تشمل ولايته معالجة مجالات رئيسية ستة هي: التنمية الاقتصادية والاجتماعية، والثقافة، والبيئة، والتعليم، والصحة، وحقوق الإنسان.

٣٢ - وقدم برنامج العمل أيضا توصيات تتعلق بحقوق المعاقين ومشاركتهم. وفي ١٩ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠١ اعتمدت الجمعية العامة القرار ١٦٨/٥٦ الذي قررت فيه إنشاء لجنة مخصصة تضطلع بالنظر في مقترحات إعداد اتفاقية دولية شاملة متكاملة تستهدف تعزيز وحماية حقوق المعوقين وكرامتهم بالاستناد إلى النهج الكلي المتبع في الأعمال المنجزة في ميداني التنمية الاجتماعية وحقوق الإنسان وعدم التمييز مع مراعاة توصيات لجنة حقوق الإنسان ولجنة التنمية الاجتماعية.

٣٣ - وأخيرا، وكنتيجة للتدهور البيئي والكوارث الطبيعية والنزاعات المسلحة وإعادة التوطين القسري إلى حد كبير، أصبح المشردون داخليا يمثلون أسرع المجموعات نموا من المشردين في العالم. وأعرب برنامج العمل عن القلق إزاء حالة الأشخاص الذين أجبروا على ترك أماكن إقامتهم العادية، وأوصى بتوفير الحماية وتقديم المساعدة الملائمة للأشخاص في مثل هذه الظروف (الفقرة ٩-٢٠). وقدمت مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين حمايتها ومساعدتها لبعض فئات المشردين داخليا ممن لا تشملهم ولايتها الأصلية. وفي عام ٢٠٠٢، بلغ عدد المشردين داخليا والمنضوين تحت حماية المفوضية أو يتلقون مساعدة منها ٥,٣ مليون شخص.

ثالثا – الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية

٣٤ – يشدد برنامج العمل على أنه ينبغي لجميع البلدان أن تسعى جاهدة لكي توفر من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية الرعاية الصحية الإنجابية لجميع الأفراد في السن المناسبة في أسرع وقت ممكن وفي موعد لا يتجاوز عام ٢٠١٥ (الفقرة ٧-٦). والصحة الإنجابية هي حالة اكتمال الرفاه الجسدي والمعنوي والاجتماعي ولا تعني فقط انعدام المرض أو الإصابة وذلك في جميع ما يتعلق بالجهاز الإنجابي ووظائفه وعملياته. وعلى غرار التعريف السابق للصحة الإنجابية تعرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها مجموعة الوسائل والتقنيات والخدمات التي تساهم في تحقيق الصحة الإنجابية والرفاه وذلك بمنع مشاكل الصحة الإنجابية وحلها.

٣٥ – ودعت الدورة الاستثنائية الحادية والعشرون للجمعية العامة المعنية باستعراض وتقييم شامل لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى تحسين مجموعة واسعة من خدمات الصحة الإنجابية. وتتمثل خطوتان استراتيجيتان رئيسيتان ينبغي اتخاذهما باتجاه نهج الصحة الإنجابية في إدماج الخدمات القائمة وتوسيع الخدمات المتاحة.

٣٦ – وظل تنفيذ برامج الصحة الإنجابية يواجه المعوقات في كثير من البلدان بسبب الاختناقات التشغيلية ولا سيما الصعوبات في إدماج خدمات الصحة الإنجابية في نظم الرعاية الصحية الأساسية بطريقة تجعل من هذه الخدمات سهلة وميسورة للجميع. وتمثلت التحديات في المحافظة على فعالية عناصر الرعاية الصحية وتحسينها إذا أمكن مع تحقيق التعاون وتوفير الخدمات بطريقة فعالة للتكاليف. وتشمل القضايا المتعلقة بإدماج عناصر الخدمات تحديد الأولويات داخل نظام الرعاية الصحية الإنجابية وتوطيد العناصر الناجحة وتوسيع نطاقها بطريقة إضافية وضمان ملاءمة الخدمات من الناحية التقنية وقبولها للعملاء ومنح الأولوية للفئات ناقصة الخدمات. (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣ (أ)، ولش، ٢٠٠٢.

٣٧ – وفي كثير من البلدان ظل الهيكل التنظيمي الرأسي لنظم الرعاية الصحية يمثل الحاجز المؤسسي الرئيسي لاتباع نهج متكامل. وعلى مستوى تقديم الخدمات ظل التركيز منصبا على تعزيز صحة الأم وصحة الطفل وخدمات تنظيم الأسرة ومنع الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا ومعالجتها بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

٣٨ – وفي آسيا والمحيط الهادئ على سبيل المثال لاحظ مؤتمر السكان الخامس لآسيا والمحيط الهادئ الذي انعقد في بانكوك في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٢ أنه منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية استطاعت بعض البلدان أن تدمج تنظيم الأسرة بنجاح في العناصر الأخرى من خدمات الصحة الإنجابية. وتقدم جمهورية إيران الإسلامية وجمهورية كوريا

وسري لانكا وتايلاند خدمات متكاملة في حين تتولى منظمات حكومية عديدة المسؤولية عن عناصر الخدمات المختلفة في البلدان الأخرى كإندونيسيا وفييت نام (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ، ٢٠٠٢). وتحققت مشاركة المجتمع المحلي والقطاع الخاص وآليات التسويق الاجتماعي في توفير وسائل غير طبية لمنع الحمل في كل من بنغلاديش والفلبين وتايلاند وفييت نام. وكشفت دراسة استقصائية ميدانية أجريت في بلدان المنطقة أنه بالرغم من وجود رغبة واضحة في تقديم خدمات متكاملة للصحة الإنجابية فإن معوقات رئيسية مثل الترتيبات الإدارية والمعوقات المالية وتدريب مقدمي الخدمات والنظم السوقية تظل تعوق أي تقدم يحرز. وذكر عدد من البلدان النامية ذات الخصوبة العالية والتي يقل فيها انتشار موانع الحمل أن برامجها ليست جاهزة لإدماجها ورأت أن الانتقال إلى نهج الصحة الإنجابية سوف يقلل من جهودها لتنظيم الأسرة (الأمم المتحدة ٢٠٠٣).

٣٩ - ويولى اهتمام متزايد لقضايا نوعية الرعاية كاختيار العملاء للوسائل وتقديم المعلومات والمشورة للمستعملين والاختصاص التقني لمقدمي الرعاية والعلاقات الشخصية بين مقدمي الرعاية والعملاء (بالتركيز على قضايا مثل الخصوصية والسرية والاختيار المستنير والاهتمام والتعاطف والأمانة واللباقة والحساسية) وآليات المتابعة واستمرار الرعاية والتجميع الملائم للخدمات. وكان الدافع للتحول إلى نهج نوعية الرعاية هو انعدام المهارات لدى الموظفين وفهم احتياجات العملاء ولا سيما فيما يتعلق بتوضيح الخيارات المتاحة لهم.

٤٠ - وتتمثل أهداف برنامج العمل في مجال تنظيم الأسرة في مساعدة الأزواج والأفراد في تحقيق أهدافهم الإنجابية؛ ومنع حالات الحمل غير المرغوب فيه وتقليل حدوث حالات الحمل التي تنطوي على مخاطرة كبيرة؛ وجعل خدمات تنظيم الأسرة ذات النوعية الجيدة في المتناول ومقبولة مع تيسير الحصول عليها لجميع من يحتاجونها ويريدونها؛ وتحسين نوعية خدمات إسداء المشورة والمعلومات والتثقيف والاتصال والإرشاد في مجال تنظيم الأسرة؛ وزيادة مشاركة الرجل في الممارسة الفعلية لتنظيم الأسرة واقتسام المسؤولية عنها وتشجيع الرضاعة الطبيعية (الفقرة ٧-١٤). وذكر برنامج العمل أيضا أنه ينبغي لجميع البلدان أن تتخذ خطوات لتلبية حاجات سكانها فيما يتصل بتنظيم الأسرة في أقرب وقت ممكن وينبغي في جميع الحالات وفي موعد لا يتجاوز سنة ٢٠١٥ السعي إلى تمكين الجميع من الحصول على كل أنواع وسائل تنظيم الأسرة المأمونة والموثوق بها (الفقرة ٧-١٦). وفي عام ١٩٩٩، أوصت الدورة الاستثنائية الحادية والعشرون للجمعية العامة أيضا بأنه في حالة وجود تفاوت بين استعمال وسائل منع الحمل ونسبة الأشخاص الذين يبدون رغبتهم في المباعدة بين الولادات أو في تحديد حجم أسرهم ينبغي أن تحاول البلدان تقليص هذا التفاوت

بما لا يقل عن ٥٠ في المائة بحلول ٢٠٠٥ و ٧٥ في المائة بحلول عام ٢٠١٠ و ١٠٠ في المائة بحلول عام ٢٠١٥ (الفقرة ٥٨).

٤١ - وظل تنظيم الأسرة عنصرا مركزيا في سياسات وبرامج السكان وهو جزء لا يتجزأ من الصحة الإنجابية. وعلى الصعيد العالمي استخدم أكثر من ثلاثة أخماس النساء المتزوجات أو اللائي يعشن مع الرجال وسائل منع الحمل (الجدول ٨). ويوجد في أفريقيا أدنى مستوى لاستخدام وسائل منع الحمل في العالم ولا يزيد عدد الأزواج الذين يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة في المتوسط عن الربع. وفي البلدان النامية في آسيا يستخدم ثلثا الأزواج في المتوسط وسائل تنظيم الأسرة. بيد أن ارتفاع مستوى استخدام هذه الوسائل في الصين يؤثر في هذا الرقم. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وفي المناطق الأكثر نموا يستخدم سبعة من كل عشرة أزواج في المتوسط وسائل تنظيم الأسرة.

٤٢ - ويتبين في معظم البلدان النامية التي تتوفر عنها بيانات للاتجاهات على مدى العقد الماضي حدوث زيادة كبيرة في استخدام وسائل منع الحمل. وازداد الاستعمال بنسبة ١ في المائة على الأقل في السنة في ٦٨ في المائة من البلدان وبنسبة ٢ في المائة في السنة في ١٥ في المائة من البلدان. وتبين البيانات المتعلقة بالاتجاهات الزيادة في استخدام الرفائل في الغالبية العظمى من البلدان النامية في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وربما يكون ذلك نتيجة لحملات تشجيع استخدام الرفائل للوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وفي العالم النامي ارتفع استخدام الرفائل في أمريكا الشمالية ونيوزيلندا وبعض بلدان أوروبا الشرقية ولكنه انخفض في البلدان الأوروبية الأخرى (الولايات المتحدة، ٢٠٠٣ (أ)).

الجدول ٨

نسبة الأزواج الذين يستعملون وسائل منع الحمل[أ] موزعين حسب المنطقة الرئيسية لسنوات مختلفة[ب]

المنطقة الرئيسية	النسبة المئوية للمستعملين في الوقت الحالي		
	السنة	أي طريقة	الطرق الحديثة[ج]
العالم	١٩٩٨	٦٠,٩	٥٤,٠
المناطق الأكثر نموا	١٩٩٦	٦٨,٥	٥٥,٣
المناطق الأقل نموا	١٩٩٨	٥٩,٤	٥٣,٧
أفريقيا	١٩٩٩	٢٦,٨	١٩,٨
آسيا	١٩٩٨	٦٣,٥	٥٨,٤
أوروبا	١٩٩٥	٦٧,٠	٤٨,٩
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١٩٩٧	٧٠,٥	٦١,٧
أمريكا الشمالية	١٩٩٥	٧٦,٢	٧٠,٨
أوقيانوسيا	١٩٩٠	٦١,٧	٥٧,٢

المصدر: قاعدة بيانات الأمم المتحدة العالمية عن استخدام وسائل منع الحمل، ٢٠٠٣

(أ) المتزوجون أو الذين يتعايشون وفقا لرابطة توافقية مع نساء تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ عاما).

(ب) استنادا إلى آخر البيانات المتاحة في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٣.

(ج) تكون الوسائل أكثر فعالية لمنع الحمل وتشمل تعقيم الذكور والإناث وحبوب منع الحمل والوسائل الرحمية والرفال الذكري والوسائل التي تحقن والمزروعة وسبل العزل المهبلي.

٤٣ - والسياسات الحكومية بشأن إتاحة الحصول على وسائل منع الحمل مثلت عاملا حاسما في استخدام تنظيم الأسرة. والدعم المباشر يستتبع توفير خدمات تنظيم الأسرة عن طريق المرافق التي تديرها الحكومة، مثل المستشفيات، والمستوصفات، والمحطات الصحية، والمراكز الصحية، وعن طريق الموظفين الحكوميين العاملين في الميدان. والدعم الحكومي لوسائل منع الحمل ظل يتزايد بانتظام خلال الربع الأخير من القرن العشرين. وبحلول عام ٢٠٠١، فإن حكومات ٩٢ في المائة من جميع البلدان قدمت الدعم لبرامج تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل، سواء كان ذلك مباشرة عن طريق المرافق الحكومية (٧٥ في المائة) أو غير مباشرة عن طريق دعم أنشطة المنظمات غير الحكومية (١٧ في المائة)، مثل المرافق التي تشغلها اتحادات تنظيم الأسرة (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ (أ)).

٤٤ - وأغلب مستخدمي وسائل منع الحمل يعتمدون على الوسائل الحديثة التي تشكل ٩٠ في المائة من وسائل منع الحمل المستخدمة على نطاق العالم. وعلى وجه الخصوص، هناك ثلاث وسائل مخصصة للإناث هي الأوسع انتشارا، وهي: تعقيم الإناث، والأجهزة التي توضع داخل الرحم، والحبوب التي تؤخذ عن طريق الفم. وبالنسبة لاستخدام وسائل محددة، توجد فروق ملحوظة بين المناطق الأكثر نموا والأقل نموا: فاستخدام الوسائل التقليدية في المناطق الأكثر نموا يفوق استخدامها بمقدار الضعف في المناطق الأقل نموا. ومستخدمو وسائل منع الحمل في المناطق الأكثر نموا يعتمدون أكثر على الوسائل ذات الأثر المحدود زمنيا والوسائل التي يمكن عكس تأثيرها، في حين أن الأزواج في المناطق الأقل نموا ينحون إلى استخدام الوسائل ذات الأثر الأطول زمنيا والوسائل العلاجية ذات الفعالية العالية. والاعتماد على الوسائل المخصصة للذكور أكبر بكثير في المناطق الأكثر نموا عنه في المناطق الأقل نموا.

٤٥ - ورغم التزايد السريع الذي حدث مؤخرا في استخدام وسائل منع الحمل، تشير مجموعة متنوعة من المؤشرات إلى أن المشاكل المتعلقة بوجود خيارات محدودة بين الوسائل لا تزال واسعة الانتشار في البلدان النامية. وفيما يبلغ ثلث البلدان، فإن وسيلة وحيدة، تكون عادة التعقيم أو الحبوب، تشكل نسبة النصف على الأقل من الوسائل المستخدمة (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣ (أ)). وإحدى الدراسات التي عزت انتشار وسائل محددة إلى توافرها في ٤٧ بلدا خلصت إلى أن انتشار وسائل محددة لمنع الحمل يتصل بشكل وثيق بتوافر تلك الوسائل (روس وآخرون، ٢٠٠٢).

٤٦ - ويُعتقد بأن الطلب على خدمات تنظيم الأسرة يفوق العرض. وقدر أنه، حتى عام ٢٠٠٠، لم يكن الحصول على وسائل منع حمل مأمونة وفعالة ميسرا لنحو ١٢٣ مليون امرأة (روس ووينفري، ٢٠٠٢). ونسبة النساء المتزوجات حاليا اللاتي يحتجن إلى خدمات تنظيم الأسرة إلا أنهن لا يستخدمن أي وسيلة منع حمل تبلغ، في المتوسط، ٢٤ في المائة في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى و ١٨ في المائة تقريبا في شمال أفريقيا، وآسيا، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، هناك قطاعات كبيرة من النساء اللاتي يجهلن ببساطة أي شكل حديث لمنع الحمل (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣ (ب)).

٤٧ - وفيما يتعلق بالمراهقين، تتمثل أهداف برنامج العمل في معالجة مسائل الصحة الجنسية والصحة الإنجابية للمراهقين، بما فيها حالات الحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض غير المأمون، والأمراض التي تنتقل عدواها عن طريق الاتصال الجنسي، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وذلك من خلال تشجيع السلوك الإنجابي والجنسي المسؤول والسليم

صحيا، بما في ذلك العفة الطوعية، وتوفير الخدمات الملائمة والمشورة المناسبة لتلك الفئة العمرية على وجه التحديد؛ والحد بقدر كبير من جميع حالات الحمل غير المرغوب فيه بين المراهقات (الفقرة ٧-٤٤).

٤٨ - ويظهر استعراض أجرته الأمم المتحدة للسياسات السكانية أن خصوبة المراهقين تمثل شاغلا متناميا بالنسبة للحكومات، لا سيما في المناطق الأقل نموا (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢(أ)). وفي عام ١٩٩٦، فإن ٥٣ في المائة من البلدان في المناطق الأقل نموا و ٤٨ في المائة من حكومات أقل البلدان نموا اعتبرت خصوبة المراهقين من الشواغل الرئيسية. وبحلول عام ٢٠٠١، ازدادت النسبة إلى ٥٥ و ٦٢ في المائة على التوالي. وعلاوة على ذلك، فإن ٧٢ في المائة من البلدان في المناطق الأقل نموا و ٦٩ في المائة من أقل البلدان نموا أعلنت أن لديها سياسات وبرامج تتناول خصوبة المراهقين (المصدر نفسه).

٤٩ - وفي العديد من البلدان، في المناطق الأكثر نموا والأقل نموا على السواء، يصبح العديد من الشباب والشابات نشطين جنسيا قبل الزواج. وتظهر بيانات فترة أواخر التسعينات أنه، فيما بين الشابات اللاتي أصبحن نشطات جنسيا قبل بلوغ سن العشرين، فإن ٥١ في المائة منهن في أفريقيا و ٤٥ في المائة منهن في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي قد بدأن النشاط الجنسي قبل الزواج. وفي المقابل، كانت النسبة بين الذكور ٩٠ في المائة في أفريقيا و ٩٥ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي العديد من البلدان المتقدمة النمو، فإن بدء النشاط الجنسي يحدث بشكل عام قبل الزواج بالنسبة للرجال والنساء على السواء.

٥٠ - ويرجح استخدام المراهقات غير المتزوجات النشطات جنسيا لوسائل منع الحمل أكثر من المتزوجات. وفي أواخر التسعينات، فإن نسبة انتشار وسائل منع الحمل بين المراهقين غير المتزوجين النشطين جنسيا تجاوزت ٣٠ في المائة في بنن، وجنوب أفريقيا، والرأس الأخضر، وزامبيا، والكاميرون، وكينيا، ونيجيريا، في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، وأكثر من ٦٠ في المائة في البرازيل، وبوليفيا، وبيرو، والجمهورية الدومينيكية، وكوستاريكا، وكولومبيا، في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي؛ وهي نسبة تتجاوز كثيرا نسبة الاستخدام بين المتزوجين. وعلى وجه الخصوص، يرتفع معدل استخدام الواقي الذكري بقدر كبير في هذه البلدان بين المراهقين غير المتزوجين عن معدل استخدامه بين المتزوجين (الأمم المتحدة ٢٠٠٣(أ)).

٥١ - والمستويات الحالية لخصوبة المراهقين تختلف اختلافا كبيرا فيما بين البلدان. والبلدان الأفريقية بها أعلى مستوى لخصوبة المراهقين وأيضا أكبر تنوع في معدلات خصوبة المراهقين،

حيث تتراوح بين أقل من ٥٠ من المواليد وأكثر من ٢٠٠ من المواليد لكل ١ ٠٠٠ من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة. وفي العديد من بلدان آسيا، فإن الزيادات في سن الزواج وانخفاض حالات الإنجاب السابقة للزواج أدت إلى انخفاض مستويات الإنجاب وسط المراهقات. ومعدلات خصوبة المراهقين في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تظل مرتفعة نسبيا رغم أن معدل الخصوبة الإجمالي في غالبية البلدان بلغ مستويات منخفضة بحلول نهاية التسعينات. وفي غالبية البلدان المتقدمة النمو، فإن معدلات خصوبة المراهقين تقل عن ٢٠ من المواليد لكل ١ ٠٠٠ امرأة من اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة؛ وفي اليابان وعدد قليل من البلدان الأوروبية، تقل المعدلات لتصل إلى ٥ ولادات أو ما دون ذلك لكل ١ ٠٠٠ امرأة. إضافة إلى ذلك، شهدت دول بحر البلطيق وبلدان عديدة في أوروبا الشرقية انخفاضات سريعة في معدلات الإنجاب لدى المراهقات خلال التسعينات (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣(ب)).

رابعا - الصحة ومعدل الوفيات

٥٢ - يحث برنامج العمل البلدان على أن تنشد جعل متوسط العمر المتوقع عند الميلاد أكثر من ٧٠ سنة بحلول عام ٢٠٠٥ وأكثر من ٧٥ سنة بحلول عام ٢٠١٥ (الفقرة ٨-٥). وينبغي للبلدان التي توجد بها أعلى معدلات للوفيات أن تنشد جعل متوسط العمر المتوقع عند الميلاد أكثر من ٦٥ سنة بحلول عام ٢٠٠٥ وأكثر من ٧٠ سنة بحلول عام ٢٠١٥.

٥٣ - وخلال الفترتين ١٩٩٠-١٩٩٥ و ١٩٩٥-٢٠٠٠، ازداد متوسط العمر المتوقع عند الميلاد في جميع مناطق العالم عدا في أفريقيا الشرقية والجنوبية وأوروبا الشرقية (الجدول ٩). ووفقا لما أوردته الأمم المتحدة، فإن ١٠١ من البلدان أو المناطق الـ ١٩٢ في العالم والتي بلغ عدد سكانها ١٠٠ ٠٠٠ نسمة على الأقل في عام ٢٠٠٠ يُرجح أن يتجاوز متوسط العمر المتوقع عند الميلاد فيها ٧٠ سنة بنهاية الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥، مما يحقق الهدف الذي وضعه برنامج العمل لعام ٢٠٠٥. وهناك بلدان أخرى عددها ٢٨ بلدا بها معدلات وفيات عالية نسبيا يتوقع لها أن تحقق هدف جعل متوسط العمر المتوقع عند الميلاد يتجاوز ٦٥ سنة بحلول ذلك التاريخ. وفيما يتعلق بالأهداف الموضوعة لعام ٢٠١٥، يتوقع أن يحقق ٦٧ بلدا متوسط عمر متوقع عند الميلاد يتجاوز ٧٥ سنة بحلول الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥، وأن ٥٤ بلدا من البلدان ذات معدلات الوفيات العالية يتوقع لها أن تصل إلى متوسط عمر متوقع عند الميلاد يتراوح بين ٧٠ سنة و ٧٥ سنة في الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥. والغالبية العظمى من البلدان التي لا يتوقع لها أن تبلغ الأهداف التي حددها برنامج العمل توجد في أفريقيا، حيث أن ٥ بلدان فقط من بلدان القارة التي يبلغ عددها ٥٤ بلدا يتوقع لها

أن تحقق متوسط عمر متوقع عند الميلاد يتجاوز ٧٠ سنة بنهاية الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥ وهناك ٤ بلدان أخرى يتوقع لها أن تحقق متوسط عمر متوقع عند الميلاد يتراوح بين ٦٥ سنة و٧٠ سنة في تلك الفترة. وفي آسيا، فإن ١٤ بلدا من بلدان القارة التي يبلغ عددها ٥٠ بلدا لا يتوقع لها أن تحقق الهدف الموضوع لزيادة متوسط العمر المتوقع عند الميلاد.

٥٤ - والأهداف الرئيسية لبرنامج العمل في مجال الرعاية الصحية الأولية وقطاع الرعاية الصحية تتمثل في زيادة إمكانية الوصول إلى خدمات ومرافق الرعاية الصحية، وتوافرها، ومقبوليتها، ورخص تكلفتها بالنسبة لجميع الأشخاص، وفقا للالتزامات الوطنية بتوفير الحصول على الرعاية الصحية الأساسية للجميع؛ وزيادة فترة الحياة الصحية وتحسين نوعية الحياة لجميع الأشخاص، والحد من التفاوتات في العمر المتوقع عند الميلاد بين البلدان وداخلها (الفقرة ٨-٣).

الجدول ٩

العمر المتوقع عند الميلاد حسب المنطقة الرئيسية، في فترات ١٩٩٩-١٩٩٥، و ٢٠٠٠-٢٠٠٥، و ٢٠١٠-٢٠١٥

المنطقة الرئيسية	العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات)		
	١٩٩٥-١٩٩٠	٢٠٠٥-٢٠٠٠	٢٠١٥-٢٠١٠
العالم	٦٣,٨	٦٥,٤	٦٧,٢
المناطق الأكثر نموا	٧٤,٠	٧٥,٨	٧٧,٣
المناطق الأقل نموا	٦١,٥	٦٣,٤	٦٥,٣
أقل البلدان نموا	٤٨,٦	٤٩,٦	٥٢,٩
أفريقيا	٥١,١	٤٨,٩	٥١,٠
آسيا	٦٤,٠	٦٧,٢	٦٩,٤
أوروبا	٧٢,٦	٧٤,٢	٧٥,٧
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٦٨,٠	٧٠,٤	٧٢,٦
أمريكا الشمالية	٧٥,٢	٧٧,٤	٧٨,٥
أوقيانوسيا	٧١,٩	٧٤,١	٧٥,٩

المصدر: توقعات سكان العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢، المجلد الأول، الجداول الشاملة (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XIII.6).

٥٥ - وبالنسبة للعديد من البلدان المتدنية الدخل، فإن تكاليف توفير مجموعة الحد الأدنى من خدمات الصحة العامة والخدمات السريرية الفعالة من حيث التكلفة للسكان ككل تتجاوز المستويات الحالية من الإنفاق الحكومي على الصحة. وحوالي عام ٢٠٠٠،

لم يخصص سوى ٣ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، في المتوسط، للقطاع الصحي في البلدان النامية، وكانت النسبة أقل من ذلك في أقل البلدان نموا. ولا تزال النفقات تنحو إلى محاباة المستشفيات والمرافق الصحية في العاصمة ولم يحرز تقدم كبير صوب توزيع الموارد على نحو أكثر إنصافا على الصعيدين المحلي والإقليمي. وفي حين أن النسبة المئوية للنفقات الصحية الوطنية المخصصة للخدمات الصحية المحلية ظلت في ازدياد في البلدان الصناعية، اتسمت تلك النسبة بالركود في البلدان النامية، وقد انخفضت في أقل البلدان نموا.

٥٦ - وهناك تحديات جديدة تهدد بإضاعة المكاسب التي تحققت بصعوبة في الحالة الصحية. وبالإضافة إلى التحديات قديمة العهد التي تمثلها الأمراض المعدية لا بد من إيراد التحديات المرتبطة بالأمراض التي عادت إلى الظهور، مثل الملاريا، والسل، والكوليرا، وتهديد فيروس نقص المناعة البشرية والسلالات الجديدة المسببة للمرض التي تتسم بالقدرة على مقاومة المضادات الحيوية المتاحة حاليا.

٥٧ - والعقبات والتحديات المتنوعة تستدعي إعادة تقييم الأولويات والنُّهُج في قطاع الرعاية الصحية. وأحد الأهداف الرئيسية لإعادة توجيه الأولويات ينبغي أن يكون الحد من التفاوتات الحالية والناشئة في مجال الصحة ومعدل الوفيات بين البلدان وداخلها. ولبلوغ تلك الغاية، يجب بذل جهود وإجراء دراسات ذات صلة لتفهم أسس ركود معدلات الوفيات أو زيادتها حيثما حدث ذلك. ورغم أن أهمية الأمراض غير المعدية والمتنكِّسة آخذة في الازدياد في بلدان عديدة، لا تزال أسباب الوفاة التي يمكن منعها تسهم بقدر كبير في أعداد الوفيات في البلدان ذات معدلات الوفيات الأعلى. ومن ثم، من الضروري أن تظل الوقاية تمثل أحد مجالات التركيز الهامة في قطاع الرعاية الصحية.

٥٨ - وفيما يتعلق ببقاء الطفل وصحته، تتمثل الأهداف الرئيسية لبرنامج العمل في تحسين الحالة الغذائية والصحية للرضع والأطفال؛ وتعزيز الرضاعة الطبيعية بوصفها استراتيجية لبقاء الطفل؛ والحد من التفاوتات في معدلات بقاء الطفل بين البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية وداخل البلدان، مع إيلاء عناية خاصة للقضاء على ظاهرة الارتفاع المفرط في معدل الوفيات بين الإناث من الرضع والأطفال، تلك الظاهرة التي يمكن منعها (الفقرة ٨-١٥). إضافة إلى ذلك، حُثت البلدان على تقليل معدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلث، أو تقليل معدل وفيات الرضع إلى ٥٠ و٧٠ لكل ٠٠٠ ١ من المواليد الأحياء على التوالي، أيهما أقل، بحلول عام ٢٠٠٠ (الفقرة ٨-١٦). وبحلول عام ٢٠٠٥، ينبغي للبلدان ذات المستويات المتوسطة أن تسعى إلى إحراز معدل لوفيات الرضع دون ٥٠ وفاة لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء ومعدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة يكون أقل من ٦٠ لكل ٠٠٠ ١ من المواليد الأحياء. وبحلول عام ٢٠١٥، ينبغي لجميع البلدان أن

تهدف إلى تحقيق معدل لوفيات الرضع يكون أقل من ٣٥ لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء ومعدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة يكون أقل من ٤٥ لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء.

٥٩ - ما فتئت معدلات وفيات الرضع ووفيات الأطفال تنخفض في جميع أنحاء العالم تقريبا (الجدول ١٠). وفي العالم ككل، يقدر أن معدل وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات قد انخفض بنسبة ١٦ في المائة بين الفترة ١٩٨٥-١٩٩٠ وعام ٢٠٠٠؛ وحقق ٧٨ بلدا - منها ٢٦ بلدا في المناطق الأكثر نموا - هدف خفض معدلات الوفيات بنسبة الثلث ما بين ١٩٨٥-١٩٩٠ وعام ٢٠٠٠. بيد أن مخاطر وفيات الأطفال لا تزال مرتفعة في العديد من البلدان. ويصل عدد البلدان التي لم تحقق هدف ٧٠ حالة وفاة من الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء المحدد لعام ٢٠٠٠ إلى ٦٤ بلدا - ٤٥ منها في أفريقيا، و ١٥ في آسيا، و ٣ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وبلد واحد في أوقيانوسيا. ووفقا للوتيرة الحالية للانخفاض في وفيات الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، سوف لا يحقق ٦٤ بلدا هدف خفض معدل وفيات الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات إلى ما دون ٦٠ حالة وفاة لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء بحلول عام ٢٠٠٥ كما أن ٦٥ بلدا سوف لا يحقق هدف بلوغ نسبة تقل عن ٤٥ حالة وفاة للذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء بحلول عام ٢٠١٥.

٦٠ - وهناك عوامل عدة تكمن وراء تباطؤ وتيرة التحسن في مجال إبقاء الأطفال على قيد الحياة. وعلى الرغم من أن نسبة الأطفال الذين يعانون سوء التغذية قد انخفضت على الصعيد العالمي فيما يبدو منذ عام ١٩٩٠ تقريبا، لا يزال هناك ٢٧ في المائة تقريبا من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات دون الوزن المطلوب بالنسبة لأعمارهم. ولا يزال سوء التغذية يشكل تحديا بوجه خاص في جنوب آسيا وأفريقيا (اليونيسيف، ٢٠٠١). وفضلا عن ذلك، فقد تسبب وباء الإيدز في إضعاف المكاسب التي تحققت بمشقة في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، كما أنه يهدد منطقتي جنوب آسيا وجنوب شرقي آسيا. كذلك فإن الأزمات الاقتصادية المتواصلة وتفشي الفقر في العديد من البلدان عاملان يقوضان الجهود الرامية إلى تعزيز التدخلات من أجل النهوض بصحة الطفل وبقاء الطفل على قيد الحياة.

الجدول ١٠

معـــدلات وفيـات الرضـع والأطفـال بحسـب المنـاطق الرئيسـية، ١٩٩٠-١٩٩٥، ٢٠٠٠-٢٠٠٥ و ٢٠١٠-٢٠١٥

	معدل وفيات الرضع (لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء)			معدل وفيات الأطفال (لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء)		
المنطقة الرئيسية	١٩٩٠-١٩٩٥	٢٠٠٠-٢٠٠٥	٢٠١٠-٢٠١٥	١٩٩٠-١٩٩٥	٢٠٠٠-٢٠٠٥	٢٠١٠-٢٠١٥
العالم	٦٤,٢	٥٥,٦	٤٥,٨	٩٣,٦	٨٠,٩	٦٦,٢
المناطق الأكثر نموا	١٠,١	٧,٥	٦,٦	١٢,٩	٩,٥	٨,٧
المناطق الأقل نموا	٧٠,٨	٦٠,٩	٤٩,٩	١٠٣,٣	٨٨,٧	٧٢,٣
أقل البلدان نموا	١١١,٤	٩٧,٢	٨٢,٠	١٨٢,٨	١٦٠,٥	١٣٢,٨
أفريقيا	٩٩,٠	٨٨,٥	٧٤,٦	١٦٣,٦	١٤٨,٤	١٢٣,٥
آسيا	٦٤,٨	٥٣,٢	٤١,٩	٨٩,٤	٧٠,٦	٥٤,٥
أوروبا	١٢,٤	٨,٩	٧,٧	١٥,٨	١١,٣	١٠,٢
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٤٠,٤	٣١,٩	٢٥,٠	٥١,٤	٤٠,٦	٣٢,٢
أمريكا الشمالية	٧,٨	٦,٦	٥,٩	٩,٧	٨,٢	٧,٧
أوقيانوسيا	٣٠,٩	٢٥,٩	٢٠,٦	٤٢,٥	٣٤,٦	٢٦,٧

المصدر: توقعات السكان في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢، المجلد الأول، الجداول الشاملة (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع، E.03.XIII.6).

٦١ - وفيما يتعلق بصحة المرأة والأمومة الآمنة، يهدف برنامج العمل إلى تعزيز صحة المرأة والأمومة الآمنة؛ وتحقيق انخفاض سريع وكبير في معدلات اعتلال الأمهات ووفيات الأمهات، وتقليص الفروق الملحوظة بين البلدان النامية والبلدان المتقدمة النمو وداخل البلدان؛ وخفض عدد الوفيات والإصابات الناشئة عن عمليات الإجهاض غير الآمن انخفاضا كبيرا[(١)]، وتحسين الحالة الصحية والتغذوية للمرأة، لا سيما الحوامل والمرضعات. وفضلا عن ذلك، تم حث البلدان على تحقيق تخفيضات كبيرة في معدلات وفيات الأمهات بحلول عام ٢٠١٥، أي خفض مستويات عام ١٩٩٠ بنسبة النصف بحلول عام ٢٠٠٠ ثم خفضها مرة أخرى بنسبة النصف كذلك بحلول عام ٢٠١٥.

٦٢ - وحاليا تشكل التعقيدات المتعلقة بالحمل والولادة أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات في سن الإنجاب في العديد من مناطق العالم النامي. وتشير التقديرات الحديثة لمعدلات وفيات الأمهات أن ٥٢٩ ٠٠٠ امرأة تموت سنويا لأسباب تتعلق بالحمل، ٩٩ في المائة منهن في البلدان النامية (منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٣). والفجوة التي تفصل بين معدلات وفيات الأمهات في البلدان الأكثر نموا والبلدان الأقل نموا كبيرة: ففي عام ٢٠٠١، تراوحت التقديرات ما بين متوسط قدره ٤٤٠

حالة وفاة في صفوف الأمهات لكل ٠٠٠ ١٠٠ من المواليد الأحياء في المناطق الأقل نموا ونحو ٢١ حالة وفاة لكل ٠٠٠ ١٠٠ من المواليد الأحياء في المناطق الأكثر تقدما. ويعزى نحو ٨٠ في المائة من وفيات الأمهات إلى التعقيدات المتعلقة بالوضع.

٦٣ - والسبب المباشر للتعقيدات المتعلقة بالحمل، وسوء الحالة الصحية والوفيات هو الرعاية غير الكافية التي تحصل عليها الأم خلال فترة الحمل والولادة. وتحسنت نسبة الولادات بمساعدة القابلات الماهرات بين عام ١٩٨٥ وعام ٢٠٠٠. ففي أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى بلغ عدد الولادات بمساعدة قابلة متدربة في عام ١٩٨٥ الثلث فقط؛ وارتفعت هذه النسبة في عام ٢٠٠٠ إلى ٤١ في المائة. وفي عام ٢٠٠٠ أيضا، لم تزد نسبة الولادات بمساعدة مولد ماهر على نسبة ٣٥ في المائة في جنوب آسيا ولكنها بلغت ٨٠ في المائة في شرق آسيا وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي العالم النامي ككل، تحصل ٦٥ في المائة تقريبا من جميع الحوامل على بعض الرعاية على الأقل خلال فترة الحمل؛ وتتم ٤٠ في المائة من الولادات في مرافق صحية؛ ويساعد مولدون مهرة في أكثر من نصف الولادات تقريبا.

٦٤ - وفي دورة الجمعية العامة الاستثنائية الحادية والعشرين، المعقودة في عام ١٩٩٩، تم الاتفاق على أنه ينبغي أن تساعد قابلات ماهرات فيما لا يقل عن ٤٠ في المائة من جميع الولادات بحلول عام ٢٠٠٥ وذلك في الحالات التي يكون فيها معدل وفيات الأمهات مرتفعا جدا؛ وعلى أن يصل هذا الرقم بحلول عام ٢٠١٠ إلى ما لا يقل عن ٥٠ في المائة وإلى ٦٠ في المائة على الأقل بحلول عام ٢٠١٥. وتم أيضا الاتفاق على أن تواصل جميع البلدان جهودها من أجل أن تبلغ نسبة الولادات بمساعدة قابلات ماهرات ٨٠ في المائة على الصعيد العالمي بحلول عام ٢٠٠٥، و ٨٥ في المائة بحلول عام ٢٠١٠، و ٩٠ في المائة بحلول عام ٢٠١٥ (قرار الجمعية العامة د إ - ٢/٢١، المرفق، الفقرة ٦٤). وبناء على وتيرة التحسن الحالية سوف لا تتحقق هذه الأهداف إلا في عدد قليل من البلدان خارج أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

٦٥ - والأهداف الرئيسية لبرنامج العمل في مجال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز هي منع انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الحد منه والتقليل من أثره إلى أدنى حد ممكن؛ وإذكاء الوعي بالآثار المدمرة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وما يرتبط به من أمراض فتاكة على المستويات الفردية والمحلية والوطنية، وبأساليب منع الإصابة به؛ ومعالجة حالات عدم التكافؤ الاجتماعية والاقتصادية والجنسانية والعرقية التي تُفاقم خطر الإصابة بالمرض؛ وكفالة تقديم الرعاية الطبية الكافية للأفراد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وعدم التمييز ضدهم؛ وتقديم المشورة وأشكال الدعم الأخرى للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والتخفيف من معاناة مرضى الإيدز وأفراد أسرهم، لا سيما

اليتامى؛ وكفالة احترام حقوق الفرد والأسرار الشخصية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية؛ وكفالة معالجة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز في برامج الصحة الجنسية والإنجابية؛ وتكثيف البحوث بشأن طرائق مكافحة وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ والتوصل إلى علاج فعال لهذا المرض (الفقرة ٨-٢٩).

٦٦ - وفي نهاية عام ٢٠٠٣، بلغ عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، الفيروس الذي يسبب مرض الإيدز، ٤٠ مليون شخص تقريبا. وبلغ عدد الإصابات الجديدة خلال عام ٢٠٠٣ قرابة ٥ ملايين إصابة، أي بمعدل متوسط قدره ١٤ ٠٠٠ إصابة تقريبا في اليوم. وتبلغ نسبة النساء من الإصابات الجديدة نحو ٤٠ في المائة أما إصابات الأطفال فهي تناهز ٢٠ في المائة. وفي عام ٢٠٠٢، بلغ عدد ضحايا الإيدز ٣,١ ملايين حالة وفاة منهم ١,٣ مليون من الذكور البالغين و ١,٢ مليون من النساء البالغات، و ٦١٠ ٠٠٠ طفل دون سن الـ ١٥ سنة.

٦٧ - ويشكل عامل تغير السلوك عاملا أساسيا في برامج الوقاية. وتبين أن برامج الوقاية التي تشمل حملات وسائط الإعلام، وتثقيف الأقران، والحملات الرامية إلى إثراء المعلومات بشأن الإيدز وكيفية تفادي الإصابة به، وتوفير الروافل ومعدات الحقن النظيفة، ومساعدة الأشخاص على تحصيل المهارات التي يحتاجونها لحماية أنفسهم وأزواجهم، تبين أنها ناجحة في العديد من الحالات.

٦٨ - وكان إعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز الذي اعتمدته الحكومات في دورة الجمعية العامة الاستثنائية الحادية والعشرين بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في ٢٧ حزيران/يونيه ٢٠٠١ (قرار الجمعية العامة د إ - ٢/٢٦، المرفق) كان بداية جديدة واعدة في مجال مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وحدد الإعلان لأول مرة أهداف محددة زمنيا يمكن أن تحاسب عليها الحكومات والأمم المتحدة. وهناك بالفعل دليل مادي على إحراز تقدم، ذلك أن البلدان أصبحت تعترف بقيمة تجميع الموارد والخبرات والالتزامات عن طريق تعزيز المبادرات الإقليمية الرامية إلى مكافحة الوباء (برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)، اليونيسيف/وكالة التنمية الدولية للولايات المتحدة الأمريكية، ٢٠٠٢). وعلاوة على ذلك، يوفّر الصندوق العالمي المنشأ حديثا موارد إضافية لمكافحة الإيدز والسل والملاريا. بيد أن مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على الصعيد العالمي لا تزال دون المستوى المطلوب كما أن التقدم المحقق في هذا المجال تدريجيا. ولا يزال من الضروري القيام بالمزيد من العمل في مجالات الوقاية والعلاج وبرامج الرعاية (برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز التابع لمنظمة الصحة العالمية).

خامسا – الهجرة الدولية

٦٩ – منذ اعتماد برنامج العمل، ما فتئ الاعتراف يزداد بأن مسالة الهجرة الدولية والتنمية ذات أهمية رئيسية في جدول الأعمال العالمي. وعالج عدد من المحافل الدولية مختلف جوانب هذه المسألة وأكدت على الكيفية التي يمكن أن يتناولها بها المجتمع الدولي. لذلك، نظمت فرقة العمل التابعة للجنة التنسيق الإدارية التابعة للأمم المتحدة والمعنية بالخدمات الاجتماعية الأساسية للجميع الندوة التقنية بشأن الهجرة الدولية والتنمية التي عقدت في لاهاي في عام ١٩٩٨ كجزء من أنشطة متابعة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وسلط كل من المؤتمر العالمي الرابع المعقود في بيجين في عام ١٩٩٥، ودورة الجمعية العامة للأمم المتحدة الاستثنائية المعنونة: ''المرأة في عام ٢٠٠٠، المساواة بين الجنسين والتنمية والسلام في القرن الحادي والعشرين'' الأضواء على الاحتياجات الخاصة بالمرأة المهاجرة والأطفال، لا سيما ضحايا الاتجار. ومنذ عهد أقرب، جدد المؤتمر العالمي لمناهضة العنصرية والتمييز العنصري وكراهية الأجانب وما يتصل بذلك من تعصب، المعقود في دربان في عام ٢٠٠١، التأكيد على الحاجة الماسة إلى منع جميع أشكال التمييز الممارس ضد المهاجرين ومكافحتها والقضاء عليها، وذلك وفقا للأهداف الرئيسية لبرنامج العمل. ومنذ عام ١٩٩٥ والجمعية العامة تناقش إمكانية عقد مؤتمر للأمم المتحدة بشأن الهجرة والتنمية كل سنتين. بيد أن هذا المقترح لم يحظ بدعم غالبية الدول الأعضاء (للاطلاع على آراء الحكومات بشأن المسألة انظر A/58/98، الجزء الثالث – ألف).

٧٠ – وحظي أيضا موضوع الهجرة الدولية والتنمية بأهمية بارزة في المنظمات خارج منظومة الأمم المتحدة . ونظمت المنظمة الدولية للهجرة عددا من المؤتمرات وحلقات العمل وأجرت بحوثا بشأن ديناميات الهجرة الدولية في البلدان النامية. وتقوم منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي بصيانة نظام الإبلاغ المتواصل بشأن الهجرة بهدف إبلاغ الحكومات باتجاهات الهجرة الدولية وبالتالي المساعدة في تحسين إدارة الهجرة الدولية. ودفع الاعتراف المتزايد بوجود حاجة إلى تيسير التعاون بين الدول في مجال تخطيط وإدارة حركة السكان الإنسانية والمنظمة، بالحكومة السويسرية إلى أن تنفذ في عام ٢٠٠١ عملية تشاور عالمية، عرفت بمبادرة برن. وشارك فيها ما يزيد على ٨٠ حكومة من البلدان التي هي بلدان منشأ أو مقصد للمهاجرين الدوليين أو بلدان مرور عابر لهم فضلا عن منظمات حكومية دولية ومنظمات غير حكومية وأكاديميون.

٧١ – ويولي برنامج العمل أهمية خاصة للحقوق الأساسية للمهاجرين. ووضعت الأمم المتحدة عددا من الصكوك القانونية لصيانة حقوق الإنسان للمهاجرين وكرامتهم بصرف النظر عن مركزهم القانوني . ودخلت الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم (التي اعتمدتها الجمعية العامة في قرارها ١٨٥/٤٥ المؤرخ ١٨ كانون الأول/

ديسمبر ١٩٩٠) حيز النفاذ في ١ تموز/بولية ٢٠٠٣. وفي كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٣، بلغ عدد الدول المصدقة على الاتفاقية ٢٤ دولة. ونظرا لأن هناك توافقا في الآراء على أن الاتجار بالأشخاص جريمة يترتب عليها انتهاك لحقوق الإنسان، فقد تم اعتماد بروتوكولين في عام ٢٠٠٠ لاستكمال اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة العابرة للحدود الوطنية: (قرار الجمعية العامة ٥٥/ ٢٥، المرفق الأول): بروتوكول منع وقمع ومعاقبة الاتجار بالأشخاص، وبخاصة النساء والأطفال (المرجع نفسه، المرفق الثاني) وبروتوكول مكافحة تهريب المهاجرين عن طريق البر والبحر والجو، المكمل لاتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة العابرة للحدود الوطنية (المرجع نفسه، المرفق الثالث). وفي كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٣، بلغ عدد الدول المصدقة على البروتوكولين الأول والثاني على التوالي ٤٥ بلدا و٤٠ بلدا. ودخل بروتوكول منع وقمع ومعاقبة الاتجار بالأشخاص، وبخاصة النساء والأطفال حيز النفاذ في ٢٥ كانون الأول/ديسمبر٢٠٠٣ في حين دخل بروتوكول مكافحة تهريب المهاجرين عن طريق البر والبحر والجو حيز النفاذ في ٢٨ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٤.

٧٢ - ودخل حيز النفاذ منذ زمن طويل صكان رئيسيان وضعتهما منظمة العمل الدولية يتعلقان بحماية العمال المهاجرين، وهما الاتفاقية المتعلقة بالهجرة من أجل العمل (المنقحة في عام ١٩٤٩) (رقم ٩٧) والاتفاقية بشأن الهجرة في أوضاع تعسفية وتعزيز تكافؤ الفرص والمعاملة للعمال المهاجرين لعام ١٩٧٥ (رقم ١٤٣). بيد أنه لم تنضم بلدان أخرى لهاتين الاتفاقيتين منذ عام ١٩٩٤، لذلك ظل عدد البلدان التي صدقت عليهما ٤٢ بلدا بالنسبة للأولى و ١٨ بلدا بالنسبة للثانية.

٧٣ - ويشجع برنامج العمل على زيادة التعاون والحوار بين بلدان المنشأ وبلدان المقصد سعيا إلى زيادة فوائد الهجرة الدولية بحيث تبلغ الحد الأقصى (الفقرة ١٠-٢). وإدراكا بأنه كثيرا ما يكون من السهل التوصل إلى تفاهمات فيما بين الحكومات على المستوى الإقليمي، نشأ عدد من عمليات التشاور على الصعيدين الإقليمي ودون الإقليمي، وكثيرا ما كان ذلك ينبثق من المؤتمرات أو الحلقات الدراسية الدولية. وتضم كل عملية من تلك العمليات ممثلين للدول في منطقة معينة بالإضافة إلى المنظمات الدولية، وفي بعض الحالات منظمات غير حكومية أيضا. وتقدم المنظمات الدولية، من قبيل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والمنظمة الدولية للهجرة والمركز الدولي لتطوير سياسات الهجرة، دعما فنيا ولوجيستيا قيماً لتوليد ومواصلة قوة الدفع في عمليات التشاور هذه. ويبين الجدول ١١ أن عمليات التشاور توجد في كل مناطق العالم تقريبا.

٧٤ - وتهدف عملية بودابست، التي بدأت عام ١٩٩٣، إلى تعزيز التعاون فيما يتعلق بمراقبة الهجرة فيما بين بلدان وسط أوروبا وشرق أوروبا وأوروبا الغربية. وهي بمثابة منتدى للتشاور لأكثر من ٤٠ حكومة. ومنذ عام ١٩٩٤، تم تنظيم أكثر من ٨٠ دورة عمل بشأن

مختلف القضايا المتصلة بالهجرة. وفي رابطة الدول المستقلة والبلدان المجاورة لها، أسفر المؤتمر الإقليمي لمعالجة مشاكل اللاجئين والمشردين والأشكال الأخرى للتشريد القسري والعائدين في بلدان رابطة الدول المستقلة والبلدان المجاورة ذات الصلة، الذي اشتركت في تنظيمه مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والمنظمة الدولية للهجرة ومنظمة الأمن والتعاون في أوروبا، عن برنامج شامل للتعاون التقني يهدف إلى وضع وتحسين ومواءمة التشريعات والسياسات والهياكل الإدارية المتعلقة بالهجرة في رابطة الدول المستقلة.

الجدول ١١

عدد الحكومات المشاركة في عمليات تشاور إقليمية بشأن الهجرة الدولية

المنطقة/المنطقة الفرعية	مشاورات آسيا والمحيط الهادئ[أ]	مجموعة بودابست	عملية مؤتمر رابطة الدول المستقلة[ب]	عملية أوروبا وأمريكا الشمالية واستراليا[ج]	عملية إعلان ليما[د]	عملية مانيلا	حوار الهجرة في أفريقيا الجنوبية[هـ]	حوار الهجرة في غرب أفريقيا[و]	عملية بوييلا[ز]
أفريقيا							١٣	١٥	
آسيا	٢١[ح]	٣	٨			١٤[ح]			
أوروبا		٣٧	٤	١٣					
الأمريكتان		٢		٢	١٠				١١
أوقيانوسيا	١٠	١		١		٣			
المجموع	**٣١**[ح]	**٤٣**	**١٢**	**١٦**	**١٠**	**١٧**[ح]	**١٣**	**١٥**	**١١**

(أ) المشاورات الحكومية الدولية في آسيا ومنطقة المحيط الهادئ بشأن اللاجئين والمشردين والمهاجرين.

(ب) عملية مؤتمر رابطة الدول المستقلة والبلدان المجاورة ذات الصلة.

(ج) المشاورات الحكومية الدولية بشأن سياسات طلب اللجوء واللاجئين والهجرة في أوروبا وأمريكا الشمالية واستراليا.

(د) مؤتمر أمريكا الجنوبية للهجرة.

(هـ) حوار الهجرة في أفريقيا الجنوبية.

(و) حوار الهجرة في غرب أفريقيا (متابعة إعلان داكار).

(ز) المؤتمر الإقليمي للهجرة.

(ح) بما في ذلك حكومة هونغ كونغ، المنطقة الإدارية الخاصة التابعة للصين.

٧٥ - وفي أمريكا الوسطى وأمريكا الشمالية، تجري الحكومات مشاورات إقليمية منتظمة فيما أصبح يُعرف باسم عملية بوييلا. وفي آسيا، تركز عملية مانيلا، التي تطورت من حلقة دراسية إقليمية عُقدت عام ١٩٩٦، على تبادل المعلومات، أساسا عن الهجرة غير العادية

والاتجار في البشر. أما المشاورات الحكومية الدولية في آسيا ومنطقة المحيط الهادئ بشأن اللاجئين والمشردين والمهاجرين، التي أنشئت أيضا عام ١٩٩٦، فتتألف من سلسلة من الاجتماعات التي تضم بلدان آسيا وأوقيانوسيا. وفي عام ١٩٩٩، اجتمع ممثلون لبلدان أمريكا الجنوبية في ليما، وبدأوا تقليدا يقضي بعقد اجتماعات سنوية لتقاسم الآراء بشأن قضايا الهجرة والسعي وراء التعاون في المنطقة. وفي أفريقيا، توجد عمليتان منذ عام ٢٠٠٠، تشمل إحداهما بلدان شرق ووسط أفريقيا وأفريقيا الجنوبية، وتشمل الأخرى بلدان غرب أفريقيا. وتسعى العمليتان على حد سواء إلى تطوير نُهج إقليمية لتوسيع نطاق إدارة الهجرة ولتقدير الاحتياجات إلى التعاون التقني مستقبلا.

٧٦ - ويطور الاتحاد الأوروبي نُهجا إقليمية جديدة في إدارة الهجرة. ففي اجتماع خاص عقده مجلس أوروبا في تامبير، فنلندا، عام ١٩٩٩، دعا المجلس إلى اتباع سياسة موحدة للهجرة واللجوء، ووضع إطارا للوصول إلى تلك السياسة من خلاله. وكان السعي وراء بناء الشراكات مع البلدان الأخرى من العناصر الرئيسية التي تم تحديدها في تامبير.

٧٧ - وفي مبادرة عالمية، قامت مجموعة من البلدان من كل من المناطق الأكثر نموا والأقل نموا، تمثل البلدان التي ترسل اللاجئين والتي تستقبلهم على حد سواء، بتشكيل لجنة عالمية للهجرة الدولية. وكانت الولاية المسندة إلى اللجنة تتألف من ثلاثة مهام: (أ) وضع قضايا الهجرة الدولية على جدول الأعمال العالمي؛ (ب) تحليل الثغرات الموجودة في النُهج المتبعة حاليا في مسألة الهجرة ودراسة الارتباطات المتبادلة بينها وبين القضايا والمجالات الأخرى؛ (ج) تقديم توصيات حول كيفية تعزيز إدارة شؤون الهجرة الدولية على الصعيد الوطني والإقليمي والعالمي. ومن المقرر أن تقدم اللجنة تقريرها الختامي إلى الأمين العام للأمم المتحدة، وإلى أصحاب المصلحة الآخرين، في صيف عام ٢٠٠٥.

٧٨ - وقد شهد العقد المنصرم تغييرات ملحوظة في آراء وسياسات الحكومات فيما يتعلق بالهجرة الدولية نتيجة لتنامي القلق إزاء الآثار الديمغرافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية التي تترتب على الهجرة. وفي عام ٢٠٠١، كان لدى ٤٤ في المائة من مجموع البلدان المتقدمة النمو سياسات لخفض مستويات الهجرة، ومثلها في ذلك ٣٩ في المائة من البلدان النامية.

٧٩ - وقد أصبح منع ومراقبة الهجرة غير القانونية، وبخاصة عندما تنطوي على الاتجار في المهاجرين، من الأولويات الرئيسية لكثير من البلدان. وتشمل التدابير التي اتخذت للحد من الهجرة غير المأذون بها تنظيم الحملات الإعلامية لرفع مستوى الوعي بالمخاطر التي تترتب عليها، وتوقيع عقوبات على من يتورطون في الاتجار بالمهاجرين، وحماية ضحايا الاتجار.

٨٠ - وكان التقدم المحرز بطيئا في كفالة تمتع المهاجرين الذين يحملون وثائق قانونية بنفس نوعية المعاملة التي يتمتع بها المواطنون. ففي كثير من البلدان، لا يزال العمال المهاجرون يواجهون قيودا تفرض عليهم البقاء في وظائف أو مهن بعينها. ولا يزال المهاجرون الذين يحملون وثائق قانونية يواجهون كراهية الأجانب والتمييز في العمل وفي مجالات الحياة اليومية الأخرى.

٨١ - ويسلم برنامج العمل بالآثار الإيجابية التي تتركها الهجرة الدولية على كل من بلدان المنشأ وبلدان المقصد. ويدعو حكومات بلدان المقصد إلى النظر في استخدام أشكال معينة من الهجرة المؤقتة كوسيلة لتحسين مهارات مواطني بلدان المنشأ (الفقرة ١٠-٥). ورغم أن التدابير الفعالة التي تكفل تيسير عمل هذه الآليات لا تزال غير متطورة بما فيه الكفاية في معظم البلدان، فإن هناك، على سبيل المثال، نموذج ''التنمية المشتركة'' الفرنسي الذي يشجع تحرك المهاجرين بين بلدان المنشأ وبلدان المقصد، ويوفر مساعدات تقنية ومالية للمهاجرين الذين يقررون العودة إلى بلدان المنشأ التي جاءوا منها. وبرنامج ''نقل المعرفة من خلال المواطنين المهاجرين'' هو مبادرة يقودها متطوعو الأمم المتحدة لمساعدة المهنيين المؤهلين من البلدان النامية على العودة إلى بلدانهم الأصلية، ويقدم إليهم مساعدات تقنية في الأجل القصير.

٨٢ - ولا تزال تحويلات المهاجرين تشكل مصدرا رئيسيا للنقد الأجنبي وإضافة هامة إلى الناتج المحلي الإجمالي في كثير من البلدان. ويحث برنامج العمل حكومات بلدان المنشأ التي ترغب في تعزيز تدفق التحويلات المالية عليها أن تهيئ الأحوال اللازمة لزيادة المدخرات المحلية وتوجيهها إلى الاستثمار الإنتاجي (الفقرة ١٠-٤). غير أن وضع السياسات اللازمة لكفالة استقرار أسعار الصرف وتحويل أموال المهاجرين بصورة مأمونة وسريعة ظل عملية تتسم بالبطء؛ ويبين برنامج ''الأب الروحي'' المكسيكي أن من الممكن زيادة الأثر الذي تتركه تحويلات المهاجرين على التنمية إذا ما عملت الحكومة بصورة وثيقة مع المهاجرين لتيسير استثماراتهم الإنتاجية في مجتمعاتهم المحلية الأصلية (ودغرن ومارتن، ٢٠٠٢).

٨٣ - ويعكس برنامج العمل الشواغل الرئيسية التي تقلق المجتمع الدولي إزاء محنة من يُرغمون على الرحيل من المجتمعات المحلية التي يقيمون فيها. وكانت الزيادة في عدد اللاجئين وملتمسي اللجوء في أوائل التسعينات تشكل تحديا لكثير من البلدان التي كان عليها أن توفر الحماية الكافية للاجئين وملتمسي اللجوء في نفس الوقت الذي تدير فيه الهجرة الدولية وفقا لأولوياتها الوطنية. ويحث برنامج العمل الحكومات على تعزيز دعمها لأنشطة الحماية والمساعدة الدولية لصالح اللاجئين، بل ولصالح المشردين.

٨٤ - وفي البلدان النامية، فرض العبء المالي الناجم عن تزايد أعداد ملتمسي اللجوء واللاجئين ضغوطا على ممارسة منح اللجوء على أساس جماعي، وغيّر من روح الضيافة التي كانت سائدة حتى الثمانينات. وفي البلدان المتقدمة النمو، ازدادت الضغوط على نظام اللجوء مع ازدياد أعداد الأشخاص الذين يلتمسون الحماية، دون أن تتوفر فيهم في كثير من الحالات الشروط التي تؤهلهم للتمتع بمركز اللاجئين. ونتيجة لذلك، تبنى كثير من البلدان المتقدمة النمو قواعد أكثر صرامة، سواء في الوصول إلى نظام اللجوء أو في الحصول على مركز اللاجئ. وبالتالي، ففي عام ٢٠٠١، لم يحصل على مركز اللاجئ سوى ثلث العدد الإجمالي لملتمسي اللجوء الذين تم النظر في حالاتهم (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ٢٠٠٢).

٨٥ - ورغم أن الحكومات أصبحت أكثر عزوفاً عن منح مركز اللاجئ لمن يلتمسونه، فقد تطورت آليات جديدة لكفالة توفير المساعدة لأولئك الذين يحتاجون حقا إلى الحماية. وكانت إحدى هذه الاستراتيجيات تتمثل في منح طالب اللجوء حمايةً مؤقتةً، وبالتالي يكون من حقه البقاء في البلد المضيف إلى أن تسمح الأوضاع في بلده الأصلي بعودته إليه بصورة مأمونة. كما اتخذت تدابير لتلبية احتياجات المشردين داخليا، وذلك استجابة لأزمات بعينها.

٨٦ - وكان أحد الأهداف الرئيسية لبرنامج العمل يتمثل في إيجاد وتنفيذ حلول دائمة لمحنة اللاجئين والمشردين. وبوجه عام، كانت العودة إلى الوطن تعتبر الحل الدائم الأمثل لمحنة اللاجئين. وقد وصل عدد اللاجئين الذين تتحمل مفوضية شؤون اللاجئين مسؤوليتهم في العالم إلى الذروة عام ١٩٩٢، حيث بلغ ١٧,٨ مليون لاجئ، ثم انخفض بعد ذلك إلى ١٢ مليون لاجئ بحلول عام ٢٠٠١ (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ٢٠٠٢). وجاء هذا الانخفاض نتيجة لعمليات التدفق الكبرى لعودة اللاجئين إلى أوطانهم، وهي العمليات التي أمكن إنجازها بفضل حل صراعات قائمة منذ زمن طويل، مثلما هو الحال في أفغانستان، وأنغولا، والبوسنة والهرسك، وليبريا، وموزامبيق، ورواندا. وظلت المنظمات الإنسانية الدولية، مثل مفوضية شؤون اللاجئين، توسع من نطاق المهام التي تنهض بها للمساعدة في إعادة إدماج العائدين وفي إعادة بناء مجتمعاتهم المحلية الأصلية. وبالإضافة إلى ذلك، جرى التشديد بقوة على تشجيع اعتماد اللاجئين على أنفسهم في بلدان اللجوء.

٨٧ - ويحث برنامج العمل الحكومات أيضا على الالتزام بالقانون الدولي المتعلق باللاجئين، ويحث الدول التي لم تنضم بعد إلى الصكوك الدولية المتعلقة باللاجئين إلى النظر في الانضمام إليها (الفقرة ١٠-٢٧). وثمة صكان دوليان، هما اتفاقية عام ١٩٥١ المتعلقة بمركز اللاجئين

(الأمم المتحدة، ١٩٥٤) وبروتوكول عام ١٩٦٧ المتعلق بذلك (الأمم المتحدة، ١٩٦٧)، يحددان التعريف الأوسع قبولا ''اللاجئ''، والحقوق والمعايير المختلفة التي يمكن أن يستفيد منها اللاجئون. وفيما بين عامي ١٩٩٤ و٢٠٠٣، انضم ٢٢ بلدا جديدا إلى الاتفاقية، ليصل عدد الدول الأطراف فيها إلى ١٤٢ دولة؛ كما انضم ٢٠ بلدا جديدا إلى البروتوكول، ليصل عدد الدول الأطراف فيه إلى ١٤٠ دولة.

سادسا - البرامج السكانية

٨٨ - ينظر هذا الفرع في التقدم المحرز في تنفيذ البرامج الوطنية. ويعتمد الفرع على تقارير مختلفة، كما يعتمد على نتائج دراسة استقصائية ميدانية أجراها صندوق الأمم المتحدة للسكان عام ٢٠٠٣ فيما بين ١٦٥ من البلدان النامية، وكانت تغطي المواضيع الرئيسية الواردة في برنامج العمل. وبلغت نسبة الاستجابة في الدراسة ٩٢ في المائة.

٨٩ - وكان التقدم العام كبيرا في تنفيذ برنامج العمل والإجراءات الرئيسية لمواصلة تنفيذه، التي اعتمدت بعد خمس سنوات في دورة الجمعية العامة الاستثنائية الحادية والعشرين (قرار الجمعية العامة دإ-٢/٢١، المرفق). ويتضح التقدم على حد سواء في كل من التطورات البرنامجية المحددة وفي عدد البلدان التي تنفذ برامج بشأن الصحة الإنجابية، والوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي/فيروس نقص المناعة البشرية، والصحة الإنجابية للمراهقين والمراهقات، والمساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة، فضلا عن تحقيق التكامل بين الارتباطات السكانية والإنمائية. وبالمقارنة، كانت الزيادة أقل في عدد البلدان التي تعالج القضايا المتصلة بالشيخوخة، والهجرة الداخلية والدولية. وكان التقدم المحرز في الجوانب الأخرى أكثر تفاوتا: فقد كانت هناك تحسينات كبيرة في مجال بناء الشراكات؛ بينما لم يكن التقدم كافيا فيما يتعلق بتخصيص الموارد؛ فيما استمرت الضغوط المؤسسية، بما في ذلك ضعف القدرات.

٩٠ - وتم إحراز تقدم في تشجيع وتنفيذ نهج أكثر شمولا من أجل كفالة الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. وقد أبلغ ما يقارب من ٨٧ في المائة من البلدان في دراسة استقصائية ميدانية، أنها قد اتخذت تدابيرا في هذا الشأن. ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، كثفت الحكومات من جهودها من أجل إدراج خدمات تنظيم الأسرة والأمومة الآمنة وصحة المراهقين الإنجابية والوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في برامج الصحة الإنجابية. وأدرجت الكثير من البلدان الصحة الإنجابية في مخطط الرعاية الصحية الأولية، وهي تقوم بتحسين التنسيق والقدرات على مستوى المؤسسات. وتسعى بلدان أخرى إلى تقصي سبل المضي في استحداث هياكل

أساسية لزيادة الاطلاع على المعلومات والحصول على الخدمات. وتعمل الكثير من البلدان الآن مع القطاع الخاص من أجل تمويل خدمات الصحة الإنجابية وإمداداتها، وهي بصدد الدخول في شراكات مع منظمات غير حكومية من أجل المساعدة في توفير الخدمات وزيادة الوعي.

٩١ - ولقد جرى تعزيز توفير خدمات وإمدادات وسائل منع الحمل تعزيزا كبيرا في بلدان كثيرة، وتم توفير فرص أكبر للأفراد من أجل عملية الاختيار واتخاذ القرار. ومع ذلك، لا تزال العوامل الاجتماعية والثقافية تحول دون تمتع المرأة بالخدمات، ومن غير المرجح إلى حد كبير أن يستخدم أولئك الذي يعيشون في الأرياف، والذين يُعدون من ذوي الدخل المنخفض، وسائل منع الحمل. وبالتالي، لا يزال هناك احتياج كبير لم يلب بعد إلى الخدمات والمعلومات في مجال تنظيم الأسرة، على مستوى المباعدة بين الولادات والحد منها. ولم يتم التطرق على نحو كامل في الكثير من البلدان إلى المسائل المتعلقة بتوفر الخدمات وإمكانية الحصول عليها وتكلفتها المعقولة. وكذلك تسعى البلدان جاهدة إلى التقليل من وفيات النفاس، وذلك عن طريق تحسين مرافق العناية الصحية من أجل توفير العناية الأساسية، وتلك المتعلقة بالقبالة على نحو واسع النطاق، وتعزيز العناية أثناء فترة ما قبل الولادة، وتدريب القائمين على توفير الخدمات الصحية وتوفير المواصلات للنساء، وتعبئة المجتمعات المحلية من أجل استخدام هذه الخدمات استخداما تاما. ومع ذلك، تتم ٤٠ في المائة من الولادات في البلدان النامية بدون تواجد عاملين مهرة في المجال الصحي، مما يعرض حياة الأمهات والرضع للخطر.

٩٢ - ولقد استنتج الاستعراض الأخير في الجمعية العامة (٢٢ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٣) بشأن التقدم المحرز في تحقيق أهداف الوقاية الأساسية من متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، ورعاية مرضاه (انظر تقرير الأمين العام بشأن التقدم المحرز في تنفيذ إعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) (A/58/184) المقدم إلى الجمعية العامة في دورتها الثامنة والخمسين)، أن المكافحة الحالية لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، غير مناسبة في كثير من المجالات الرئيسية، وذلك رغم إحراز بعض التقدم على بعض الجبهات. ولقد وضع أكثر من ٩٠ في المائة من البلدان استراتيجيات وطنية شاملة معنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وهيئات وطنية لتنسيق مكافحة هذا الوباء، وعززت وعي الجمهور بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز عن طريق حملات وسائط الإعلام والتثقيف بالمدارس، بشأن الإيدز وبرامج التثقيف عن طريق الأقران. وهناك أيضا بعض التحسن في التمويل في مجال الإيدز في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ومع ذلك، فلا يتمتع إلا جزء من أولئك المعرضين حاليا للخطر، بإمكانية الحصول على خدمات

الوقاية الأساسية، مثل التثقيف القائم على المهارات الحياتية، والحد من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، والبرامج المتعلقة بمنع انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، فضلا عن البرامج التي تشجع الناس على العفة وعلى الإخلاص، وعلى استخدام الرفائل الذكرية. وكذلك لم يتم التطرق بشكل كامل بعد إلى المسائل المتعلقة بانحصار هذا المرض في النساء، ودعم الأطفال الذين تيتموا بسبب فيروس نقص المناعة البشرية الإيدز، وتوفير معلومات شاملة للشباب، بشأن الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، ومكافحة وصمة العار على المستوى الاجتماعي، والتمييز ضد أولئك المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الإيدز. وعندما يتعلق الأمر بالعلاج، فإن توفير العلاج المضاد للفيروسات منخفض بشدة في البلدان الأفقر. ولقد اعتبر ما يقارب من ٤٧ في المائة من البلدان في دراسة استقصائية ميدانية، فيروس نقص المناعة البشرية الإيدز كقضية ناشئة رئيسة في بلدانهم، مما يبعث على التشديد على الجوانب المتعلقة بالوقاية.

٩٣ - ويجري حاليا، بشكل ما تناول احتياجات المراهقين المتعلقة بالحقوق الإنجابية وبالصحة الإنجابية في أكثر من ٩٠ في المائة من البلدان. وتتناول الكثير من الحكومات الصحة الإنجابية والتنمية بطريقة شاملة بواسطة سياسات متعددة القطاعات من أجل الشباب، وتعزيز برامج التعليم الرسمي وغير الرسمي، والدعوة الخاصة بالمعلومات المتعلقة بالحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، وبالخدمات والاستشارات المعنية بالشباب، وزيادة الاهتمام بعمالة الشباب. ولقد أصبحت الشراكة مع المجتمع المدني، بمشاركة من الشباب، آلية هامة للاتصال بالمراهقين والشباب في الكثير من البلدان. ومع ذلك، يتعين زيادة هذه الإجراءات في كثير من البلدان الأخرى.

٩٤ - ولقد أبلغ ما يقرب من ٩٠ في المائة من الحكومات عن أنها تستخدم مجموعة متنوعة من الإعلام والتثقيف والاتصالات واستراتيجيات الدعوة، بغية المساعدة في تحقيق التغيير المرغوب على المستويات التشريعية أو السياسية أو البرنامجية. وتشمل الاستراتيجيات المستخدمة، ممارسة الضغوط من أجل التغيير التشريعي وسن قوانين جديدة، وصياغة نُهج وطنية وإقليمية، وتنفيذ سياسات وطنية، وإنشاء هيئات محلية معنية بالدعوة، واعتماد نماذج تثقيفية وطرائق لتوفير الخدمات، والإشراف على المبادرات المتعلقة بإنفاذ القانون. وعلاوة على ذلك، تقوم البلدان باستخدام مجموعة متنوعة من استراتيجيات تغيير السلوك بما في ذلك الحملات الإعلامية والتثقيف بواسطة الأقران والتعليم الرسمي، وإعادة توجيه العاملين في مجال الصحة بالمجتمعات المحلية، وتعبئة الفئات المجتمعية.

٩٥ - وعموما فإن التقدم المحرز في تنفيذ النهج الواسع النطاق المتعلق بالصحة الإنجابية أمر مشجع. ومع ذلك فإن الكثير من جوانب برامج الصحة الإنجابية تقتضي إدخال تحسينات عاجلة. وعلى سبيل المثال، فإن إمكانية التمتع بخدمات الصحة الإنجابية الجيدة بما في ذلك أساليب تنظيم الأسرة، وخدمات القبالة العاجلة، والوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والحد منها لا تزال محدودة. ولا تزال هناك احتياجات كبيرة لم تلب بعد في الأحوال العادية والطارئة على حد سواء، في مجال الصحة الإنجابية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة. وتعد الروابط بين تقديم الخدمات وحملات الإعلام والتثقيف والاتصال، وصلات الدعوة ضعيفة في الغالب. ولقد ازدادت الآليات المتعلقة بالتنسيق فيما بين القطاعات غير أنها لا تزال آليات ضعيفة. وتعد قدرات الإدارة قدرات غير مناسبة على المستويات دون الوطنية والمستويات المحلية الأخرى. وتعد مستويات الموارد المالية والبشرية المدربة المتوفرة حاليا غير مناسبة على نحو يبعث على الأسى.

٩٦ - ويبذل عدد متزايد من الحكومات جهودا من أجل حماية حقوق الإنسان المتعلقة بالنساء والفتيات ولدعم تمكين المرأة. ولقد أبلغ معظم البلدان في الدراسة الاستقصائية الميدانية (٩٩ في المائة) عن اتخاذ بعض التدابير بشأن هذه المسألة منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: إذ اعتمدت ٦٧ في المائة من هذه البلدان قوانين وتشريعات بشأن الحقوق، وأنشأت ٥٢ في المائة منها لجانا وطنية معنية بالجنسين وصدقت ٤٤ في المائة منها على اتفاقيات للأمم المتحدة، واعتمدت ٣٩ في المائة منها سياسات بشأن التمييز بين الجنسين، وقامت ٣١ في المائة منها بتعميم المسائل الجنسانية في السياسات والبرامج. وبالتالي فمن الواضح أنه يتعين على الكثير من البلدان اتخاذ تدابير محددة. وتشمل التدابير الرئيسية الجهود الرامية إلى زيادة مشاركة المرأة في الحكم، ووضع الخطط المعنية بدعم تمكين المرأة، واعتماد تشريعات وقوانين لدعم التمكين، وتمكين المرأة عن طريق إتاحة الفرص الاقتصادية والتعليم والتدريب. وأنشأت الكثير من البلدان جهات تنسيق في إطار وزارات الحكومة واستحدثت إرشادات وسبل لعملية التعميم من أجل استخدامها على المستويات المحلية والإقليمية. وتقوم بلدان كثيرة أخرى بزيادة التطرق إلى المسائل المتعلقة بحقوق المرأة، والتمييز في مجال العمل، وقضايا الملكية والحقوق المتعلقة بالأراضي، فضلا عن العنف الممارس ضد المرأة والاتجار بالنساء والفتيات. ويركز عدد كبير من البلدان على تعليم الفتيات. وتولي البلدان كذلك اهتماما متزايدا لدور الرجل ومسؤوليته، وخاصة في ضوء العنف الجنساني، وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، بما في ذلك الجهود التشريعية المتعلقة بالتوعية بشأن المسائل ذات الصلة. وبينما تبعث هذه التدابير بشأن المساواة بين الجنسين

وتمكين الجنسين على التشجيع، فلا تزال كثافة هذه التدابير وتركيزها متواضعة بالمقارنة مع جسامة المسألة وانتشارها والجذور الثقافية المتعلقة بها.

٩٧ - ولقد اتخذ أكثر من ٥٠ في المائة من البلدان، في دراسة استقصائية ميدانية، تدابير مشددة واتخذ ٤٤ في المائة من البلدان الأخرى بعض التدابير من أجل إدماج الشواغل السكانية في استراتيجيات التنمية، وشرع أكثر من ٩٠ في المائة من البلدان في مراعاة التفاعلات بين السكان والفقر بشكل ما في الاستراتيجيات الوطنية المعنية بتخفيف حدة الفقر. وأبلغ أكثر من ٩٠ في المائة من البلدان عن أنها تقوم باتخاذ بعض التدابير من أجل إدراج الروابط بين السكان والبيئة في خطط التنمية الوطنية و/أو القطاعية. وكذلك فقد أخذت مسألة الإدراج الصريح للعوامل المتعلقة بالسكان والشواغل الجنسانية ومسائل الصحة الإنجابية في خطتها عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية وفي ورقات استراتيجية تخفيف حدة الفقر وفي الإبلاغ عن الأهداف الإنمائية للألفية تزداد بشكل تدريجي (انظر صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٣؛ وثيقة بدون تاريخ محدد). وبالمثل فقد اعتمد ٤٠ بلدا سياسات محددة وسنّ ٢٢ بلدا قوانين وتشريعات، وذلك فيما يتعلق بالسكان والبيئة.

٩٨ - ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، شرعت بلدان نامية كثيرة في تناول مسألة شيخوخة السكان. وعلى سبيل المثال، فقد تم وضع خطط وبرامج بشأن الشيخوخة في ٥٨ بلدا، وبدأ توفير الحد الأدنى من سبل العيش للمسنين في ٥٠ بلدا، وتم اعتماد سياسات بشأن الشيخوخة في ٣٣ بلدا، وبدأ جمع البيانات بشأن احتياجات المسنين في ١٨ بلدا. ومع ذلك فإن حجم هذه المبادرات واستدامتها الإجمالية في تلبية احتياجات المسنين الذين يتزايد عددهم بشكل سريع هو حجم يبعث على شديد القلق.

٩٩ - وبدأت مسألة الهجرة الداخلية تحظى باهتمام متزايد. وأبلغ ما يقرب من ٦٦ في المائة من البلدان في دراسة استقصائية ميدانية أنها قد اتخذت تدابير تشمل اعتماد خطط للهجرة في ٤٩ بلدا ووضع خطط لإعادة توزيع الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية على المناطق الأخرى في ٤٧ بلدا. وكذلك شرع ١٥ بلدا في تنفيذ خطط من أجل توفير المساعدة أو الخدمات للمشردين داخليا. وعلاوة على ذلك، أبلغ ٦٧ بلدا عن التدابير المتخذة للتصدي بشكل صريح لاحتياجات الصحة الإنجابية لسكان الأحياء الفقيرة والمناطق العشوائية.

١٠٠ -وأبلغ كذلك أكثر من ٧٠ في المائة من البلدان في دراسة استقصائية ميدانية عن أنماط التدابير المتخذة لتناول الهجرة الدولية. وتشمل التدابير المحددة المتخذة تشريعات للتعامل مع الهجرة الدولية في ٣٨ بلد وخطط أو برامج بشأن الهجرة أو اللاجئين في ٤٣ بلد

وسياسات حكومية دولية بشأن الهجرة في ٣٤ بلدا. ولا تزال مسألة الهجرة الدولية مسألة حساسة في بلدان كثيرة.

١٠١ - وتعاني البلدان النامية بصفة عامة والبلدان الأقل نموا على وجه الخصوص من الافتقار إلى القدرات الوطنية لرصد التقدم المحرز في تنفيذ برنامج العمل، بما في ذلك جمع البيانات اللازمة وتحليلها وتعميمها واستخدامها، فضلا عن استحداث وإدارة قواعد البيانات والمؤشرات. ولا يعرقل هذا الأمر عرقلة شديدة صنع السياسات والتخطيط في قطاعات واسعة النطاق بالكثير من البلدان وحسب بل يعرقل أيضا قياس التقدم المحرز من أجل تحقيق الأهداف الإنمائية دون الوطنية والوطنية والدولية.

١٠٢ - ويدعو التقدم المحرز بشأن السكان والصحة الإنجابية إلى التفاؤل. وأبلغ ما يقرب من ٩٥ في المائة من الحكومات عن الاستراتيجيات التي اعتمدتها، والتي تشمل شراكات أجنبية بين لجان السكان الوطنية والمنظمات غير الحكومية، التي تتعاون في وضع برامج عن السكان وتنفيذها أو رصدها، وتتعاون في صياغة سياسات عامة عن السكان أو سنّ قوانين. وتشمل الإجراءات المحددة المتخذة إنشاء دوائر انتخابية برلمانية، وإنشاء منتديات وطنية للمنظمات غير الحكومية، ودعم المبادرات المتعلقة بالتدريب أو ببناء القدرات، والتشجيع على إقامة شبكات على المستوى المحلي والمجتمعي. وفي العديد من الحالات، أصبح تقديم الخدمات من قبل المنظمات غير الحكومية ومنظمات أخرى أمراً في غاية الأهمية. بيد أن الاستدامة المالية الطويلة الأجل للمنظمات غير الحكومية لا تزال تعتبر مسألة رئيسية. ولا يزال التعاون مع القطاع الخاص محدوداً.

١٠٣ - وبدأ العديد من البلدان يستفيد من تجارب البلدان الأخرى، من خلال الشراكات فيما بين بلدان الجنوب. وأُحرز كذلك تقدم بشأن الشراكات الإقليمية من خلال أنشطة اللجان الإقليمية، والمؤسسات والشبكات الإقليمية الأخرى، وبرامج التدريب الإقليمية والعالمية، والمبادرات البرلمانية، ومن خلال جهود صناديق وبرامج ومؤسسات الأمم المتحدة. وعلى الصعيد العالمي، هناك إدراك متزايد بين الوكالات المتعددة الأطراف للمزايا المحتملة لتعزيز الشراكات. وفي هذا السياق، أُحرز تقدم ملحوظ من خلال مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية وآليات أخرى بشأن مواءمة السياسات والإجراءات.

١٠٤ - وأوصى برنامج العمل بوضع أهداف محددة زمنياً بشأن حشد الموارد - ١٧ بليون دولار في عام ٢٠٠٠ و ١٨,٥ بليون دولار بحلول عام ٢٠٠٥ (الفقرة ١٣-١٥). ورغم حدوث زيادة مضطردة ولكن بطيئة في الموارد المخصصة للسكان في السنوات العشر الأخيرة، لم يتم بلوغ هدف تعبئة الـ ١٧ بليون دولار في عام ٢٠٠٠. وتشير التقديرات

الأولية إلى زيادة تدفقات الموارد المخصصة للسكان للعام ٢٠٠٣ من مساعدات الجهات المانحة ودعم الموارد المحلية. ومع ذلك، فلا يزال بلوغ هدف الـ ١٨,٥ بليون دولار بحلول عام ٢٠٠٥ يعتبر تحديا للمجتمع الدولي برمته.

١٠٥ - وتعتبر الفجوات في الموارد ضخمة وخاصة في البلدان الفقيرة، وتكاد أقل البلدان نموا تعتمد اعتمادا تاما على مساعدة الجهات المانحة. وقد أدى إدراج قضايا السكان والصحة الإنجابية ذات الأهمية الاستراتيجية في أطر العمل البرنامجية العديدة إلى تحسين فعالية وكفاءة الموارد المتاحة. إلا أنه ما لم تتم تعبئة موارد إضافية ومستدامة جديدة، فليس من المحتمل بلوغ معظم أهداف وغايات برنامج العمل. بل ستسوء أحوال السكان والصحة الإنجابية في العديد من البلدان الفقيرة. والحاجة ماسة الآن لبلوغ الهدف المتفق عليه دوليا والبالغ ٠,٧ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي.

١٠٦ - ويدعو التقدم المتعلق بتنفيذ برنامج العمل خلال العقد الأول إلى التفاؤل وقد تم تعلم الشيء الكثير من تنفيذ النهج المبتكر للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بما في ذلك تمويل نُهج ناجحة، والتوصل إلى فهم أفضل للعوائق التي تواجه تنفيذه. ومن الواضح أن الالتزام بمستوى إضافي من الموارد المالية والموارد البشرية الكافية يعد أمرا جوهرياً لزيادة التقدم نحو التنفيذ الفعال لبرنامج العمل ومدته ٢٠ سنة. وسيتوقف تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية على بلوغ أهداف برنامج العمل. وتؤكد خبرة البرنامج حتى الآن أنه من الممكن تحقيق هذه الأهداف عند توفر الإرادة السياسية والتزام جميع البلدان وجميع الشركاء.

سابعا - الاستنتاجات

١٠٧ - يوثق هذا التقرير عن استعراض وتقييم التقدم المحرز في تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، التغيرات التي طرأت على سكان العالم خلال العقد الذي أعقب اعتماد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وينظر كذلك في التغيرات التي طرأت على سياسات السكان ونُهج البرنامج.

١٠٨ - ويتمثل الاستنتاج الشامل لهذا التقرير في أن العقد الذي أعقب اعتماد برنامج العمل يعد تقدما هاما. فقد بدأ العالم يرى نهاية نمو سكاني سريع، وأصبح الأزواج على وشك بلوغ حجم الأسرة المرغوب والمباعدة بين الولادات، وبدأت الوفيات في التناقص في معظم البلدان وثمة دلائل على أن العديد من البلدان بدأت تتخذ الخطوات الضرورية لمواجهة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وأزمات أخرى تسبب الوفيات، وشرعت الحكومات في عمليات لمعالجة الشواغل المتعلقة بتحركات الهجرة الدولية. إلا أن السنوات العشر التي

انقضت على عقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية شهدت كذلك أوجه قصور وفجوات في تنفيذ برنامج العمل. وثمة تباينات في تحقيق أهداف وغايات برنامج العمل، سواء بين البلدان أو بين الفئات السكانية داخل البلدان.

١٠٩ - **وفيما يلي بعض السمات الرئيسية للتقدم المحرز في تحقيق أهداف وغايات برنامج العمل:**

- **وصل عدد السكان في العالم إلى ٦,٤ بليون نسمة في عام ٢٠٠٤. وتبلغ حاليا نسبة متوسط النمو السنوي للسكان ١,٣ في المائة، وهي نسبة تقل كثيرا عن نسبة ١,٧ في الفترة من عام ١٩٧٥ إلى عام ١٩٩٠. وفي المناطق الأقل نموا، يعتبر معدل النمو أعلى من المتوسط البالغ ١,٦ في المائة. وعلى العكس من ذلك، ففي المناطق الأكثر نموا يقل معدل النمو السنوي بكثير عن ٠,٣ في المائة. ونتيجة لذلك، فإن ما يقرب من ٩٥ في المائة من الزيادة السنوية في عدد السكان بين الأعوام ١٩٩٤ و ٢٠٠٤ (٧٥ مليون من أصل الـ ٧٨ مليون نسمة) حدثت في المناطق الأقل نمواً.**

- **ونجم التناقص في معدل النمو السكاني على الصعيد العالمي بسبب انخفاض الخصوبة التي تكاد تكون شاملة في التسعينات من القرن الماضي. فقد انخفض عدد البلدان التي تزداد فيها مستويات الخصوبة على ٥ أطفال للمرأة الواحدة، ومعظمها في أفريقيا، من ٥٥ بلدا في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥ إلى ٣٤ بلدا في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥. وخلال الفترة ذاتها، ازداد عدد البلدان التي يكون فيها معدل الخصوبة دون معدل الإحلال من ٥١ إلى ٦٢ بلدا. ورغم أن معظم هذه البلدان تقع في المناطق الأكثر نمواً، فإن عدد البلدان في المناطق الأقل نمواً والتي بها معدل خصوبة دون معدل للإحلال قد تضاعف إلى ٢٠ بلداً.**

- **ورغم وجود اتجاه لتزايد معدلات الوفيات الملحوظة في بعض البلدان، وخاصة البلدان المتأثرة كثيراً بوباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية، فإن متوسط العمر المتوقع عند الولادة في العالم ازداد بحوالي السنتين، من ٦٣,٨ في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥ إلى ٦٥,٥ في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥.**

- **ولا يزال توزع السكان يعد مصدر القلق للعديد من البلدان، ولا سيما في المناطق الأقل نموا. وفي الواقع، فإن حوالي ربع البلدان فقط في هذه المناطق تشعر بالرضى إزاء أنماط التوزيع المكاني فيها. وبحلول عام ٢٠٠٥، فإن ما يقرب من**

٥٠ في المائة من سكان العالم (٣,٢ بليون نسمة) سيقيمون في مناطق حضرية. وبين الأعوام ٢٠٠٥ و ٢٠١٥، فإن المناطق الحضرية في المناطق الأقل نمواً ستستوعب كل النمو السكاني تقريبا المتوقع على الصعيد العالمي. وقد تؤدي هذه الظاهرة إلى تفاقم المشاكل القائمة حالياً المتعلقة بالتحضر السريع.

- وأصبحت شيخوخة السكان أكثر وضوحا في أنحاء العالم. إذ أن تناقص الخصوبة مع إطالة العمر المتوقع لا يزال يعيد تشكيل البنية العمرية للسكان في جميع المناطق في العالم وذلك بنقل الثقل النوعي من الفئات الأصغر سنا إلى الفئات الأكبر سناً. وفي عام ١٩٩٥، بلغ عدد السكان الذين تزيد أعمارهم على ٦٠ عاما في العالم ٥٤٢ مليون نسمة يشكلون ما يقرب من ١٠ في المائة من سكان العالم. وبحلول عام ٢٠١٥، يتوقع أن يزداد هذا العدد ليبلغ ٨٨٦ مليون نسمة أو ١٢ في المائة من سكان العالم. وبالفعل، فقد تجاوز عدد السكان الأكبر سناً عدد السكان من الأطفال (الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين صفر–١٤) في المناطق الأكثر نموا.

- ورغم أن التفاعل بين السكان والتنمية الاقتصادية، بأي حال من الأحوال، بسيط ومباشر، وخاصة على المدى القصير، فإن الرأي السائد، على النحو المبين في برنامج العمل، هو أن معدلات نمو السكان الأبطأ يمكن أن تسمح بمزيد من الوقت لمكافحة الفقر وحماية البيئة وإصلاحها، وبناء القاعدة للتنمية المستدامة في المستقبل. ومنذ عام ١٩٩٤، فإن التحول الديمغرافي، الذي انخفضت فيه نسبة الوفيات والخصوبة من مستويات أعلى إلى مستويات أدنى أصبحت عملية شاملة. إلا أنه رغم حدوث انخفاض هام في معدلات نمو السكان، فإن نمو السكان السريع لا يزال يشكل قلقا لأكثر من نصف الحكومات في المناطق الأقل نمواً. وعلى عكس ذلك، ففي المناطق الأكثر نموا يعرب عدد متزايد من الحكومات عن قلقها بشأن انخفاض معدلات نمو السكان، وفي بعض البلدان عن حدوث انخفاض في عدد السكان. وفي العديد من الحالات، فإن القلق يتمثل بشكل رئيسي في نتائج شيخوخة السكان على التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

- وأقيمت برامج الصحة الإنجابية في العديد من البلدان، مع ارتفاع نسبة استخدام موانع الحمل بين الأزواج، مما يشير إلى الحصول على وسائل تنظيم الأسرة بصورة أكبر. وحسب آخر البيانات المتاحة (المتعلقة بالملاحظات حوالي عام ١٩٩٧)، فإن مستوى استخدام موانع الحمل من قبل الأزواج معا يقدر بنسبة

٧٠ في المائة في المناطق الأكثر نموا، وبنسبة ٦٠ في المائة في البلدان الأقل نموا. إلا أن العديد من الولادات لا يزال غير مرغوب فيها أو في غير حينها، ولا تزال وسائل تنظيم الأسرة الحديثة غير متاحة لعدد كبير من الأزواج. وقد أصبح السلوك الإنجابي عند المراهقين خاصة مصدر قلق ناشئ في أنحاء العالم.

- وقد ازداد الوعي بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بوصفها تهديدا رئيسيا للصحة العامة، ازديادا كبيرا في السنوات الأخيرة. إلا أن نسبة الإصابة بها لا تزال عالية، حيث بلغ عدد الحالات الجديدة ٣٤٠ مليون حالة في جميع أنحاء العالم في عام ١٩٩٠. ورغم ازدياد التهديد بالإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي في العديد من البلدان، منها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز فإن القدرة على الحصول على المعلومات والخدمات لا يزال محدوداً. والقيود كبيرة وخاصة على النساء والمراهقين، رغم ازدياد تعرضهم بيولوجيا لهذه الأنواع من الأمراض.

- وقد بلغ إجمالي الدول التي حققت هدف العمر المتوقع عند الولادة في برنامج العمل من ٧٠ سنة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥ الذي يزيد على ١٠٠ بلد من أصل ١٩٢ بلدا، تشكل ما نسبته ٤٧ في المائة من سكان العالم في عام ٢٠٠٣. إلا أن العمر المتوقع عند الولادة في ٣٦ بلدا، وخاصة في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، لا يزال أدنى من ٥٠ سنة. وفي حين أن متوسط العمر المتوقع آخذ في الازدياد في العالم، فإن التقدم ليس متماثلا بأي شكل من الأشكال، بعد أن شهد العديد من البلدان ركودا في تحسن معدل الوفيات، إن لم يحدث انخفاض في متوسط العمر المتوقع. وتعزى الأسباب إلى الصراعات السياسية، والتحولات الاجتماعية - الاقتصادية، وعودة ظهور أمراض كالملاريا والسل والكوليرا، وتأثير وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

- أما فيما يتعلق ببقاء الطفل، فقد انحصر معظم التقدم المحرز في مكافحة الأمراض التي يمكن الوقاية منها. إلا أن الافتقار إلى مرافق الصرف الصحي الأساسية، والمياه والطعام الآمنين لا يزال يسهم بشكل كبير في حدوث الوفيات والاعتلال بسبب أمراض الإسهال. ويقدر برنامج الأمم المتحدة للبيئة أن ٢,٤ بليون شخص يفتقرون إلى الحصول على مرافق صرف صحي كافية. ولا تزال توجد فروق ضخمة في معدل وفيات الأطفال الرضع. ويبلغ المعدل الحالي في المناطق الأقل نموا ٦١ حالة وفاة لكل ١ ٠٠٠ حالة من المواليد الأحياء، مقابل ٨

حالات وفاة لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء في المناطق الأكثر نموا. ويتوقع أن تحقق ١٣٠ بلدا من أصل ١٩٢ بلدا، تشكل ٦٥ في المائة من سكان العالم، هدف برنامج العمل بنسبة تقل عن ٥٠ حالة وفاة لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء خلال ٢٠٠٠-٢٠٠٥. إلا أن ٦٢ بلدا، تشكل ٣٥ في المائة من سكان العالم، لن تبلغ هذا الهدف.

- ودعا برنامج العمل إلى زيادة القدرات الوطنية على النهوض بالرعاية الصحية الأولية والشبكات المعنية بصحة الأمهات والأطفال بتوسيع التغطية لتشمل أكثر المجتمعات المحلية والأسر فقرا والنائية. وتظهر الدراسات أن عددا متزايدا من النساء الحوامل يطلبن بالفعل الرعاية ما قبل الولادة وفي بلدان العالم النامي ككل، تحصل ما يقرب من ٦٥ في المائة من جميع النساء الحوامل على شيء من الرعاية خلال فترة الحمل على الأقل؛ وتجري ٤٠ في المائة من الولادات في مرافق صحية؛ ويقدم عاملون مهرة المساعدة في أكثر من نصف إجمالي عدد الولادات بقليل.

- لا يزال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ينتشر في جميع أنحاء العالم مقوضا عقودا من التقدم الاجتماعي والاقتصادي ومؤثرا تأثيرا مدمرا على السكان بالنظر إلى ما يؤدي إليه من زيادة في معدلات الاعتلال والوفيات. ففي بعض البلدان، يترتب على الإيدز أثر ديمغرافي ضخم. إذ من المتوقع أن ينقص عدد سكان البلدان الـ ٥٣ الأكثر تأثرا بـ ١٢٩ مليون نسمة في عام ٢٠١٥ عن العدد الذي كان سيبلغه السكان لو لم يكن هذا المرض موجودا. وبنهاية عام ٢٠٠٢، أصيب حوالي ٤٢ مليون شخص بالفيروس وهلك ٢٢ مليون شخص في جميع أنحاء العالم من جراء هذا الداء. و في عام ٢٠٠٢، مات حوالي ٣,١ ملايين شخص بسبب الإيدز.

- واعتبارا من منتصف عام ٢٠٠٠، يوجد حوالي ١٧٥ مليون شخص يستقرون في بلد آخر غير مسقط رأسهم، ويعيش ثلاثة أخماس هؤلاء في المناطق الأكثر نموا. وقد أشار برنامج العمل إلى أن خيار البقاء في البلد ينبغي أن يكون ممكنا بالنسبة للجميع. ولكن انعدام الاستقرار السياسي واتساع الفوارق في الأجور وفرص العمل فيما بين البلدان زاد من احتمالات الهجرة الدولية عبر الحدود الوطنية بدوافع سياسية وكذا اقتصادية. وفي الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠٠٠، ازداد عدد المهاجرين الدوليين في العالم بـ ٢١ مليون شخص. ورغم أن الغالبية

العظمى من المهاجرين تساهم إسهاما كبيرا في تطور البلدان المضيفة، فإن الهجرة الدولية تنطوي على فقدان الموارد البشرية بالنسبة للعديد من بلدان المنشأ وقد تؤدي إلى نشوء توترات سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية في بلدان المقصد.

- **وفي السنوات القليلة الماضية، باتت الهجرة مسألة تثير قلقا بالغا في عدد متزايد من البلدان. وامتد تنفيذ السياسات الوطنية للتأثير في مستويات الهجرة الدولية وأنماطها إلى جميع مناطق العالم. وسرعان ما ارتفع عدد الحكومات التي تعتمد تدابير جديدة للتأثير على الهجرة. ففي عام ٢٠٠١ على سبيل المثال، كان ٤٠ في المائة من البلدان تطبق سياسات للحد من الهجرة. ولوحظ أيضا اتجاه عدد اللاجئين إلى الانخفاض. إذ انخفض عدد اللاجئين في العالم بنسبة ٢٤ في المائة في الفترة من ١٩٩٧ إلى ٢٠٠١ قياسا إلى السنوات الخمس التي سبقتها. ولم تستجب البلدان المتقدمة النمو إلا لنسبة ٣١ في المائة من طلبات اللجوء في عام ٢٠٠١. وزادت بعض البلدان من تشديد سياساتها إزاء المهاجرين واللاجئين وطالبي اللجوء في الآونة الأخيرة، في أعقاب أحداث ١١ أيلول/سبتمبر ٢٠٠١.**
- **وأسفرت البرامج الوطنية لتنفيذ برنامج العمل خلال عقده الأول عن نتائج مشجعة. فثمة استفادة كبيرة منها إيجاد النُهج الناجحة وتحسين فهم القيود التي تحول دون تنفيذ البرنامج على الصعيد الوطني. ولا شك أنه من الضروري تخصيص موارد مالية إضافية وموارد بشرية كافية للإسراع بخطى التقدم نحو تنفيذ برنامج العمل الذي تبلغ مدته ٢٠ عاما، تنفيذا كاملا.**

١١٠ - وحقق المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المعقود في القاهرة في عام ١٩٩٤ عددا كبيرا من الابتكارات فيما يتعلق بالقضايا والنُهج والأنشطة، وعلى وجه الخصوص في الطريقة التي تناول بها المسائل الإنجابية والجنسانية وتركيزه على تحقيق التنمية المستدامة، وإناطة دور هام بالتعليم، لا سيما تعليم الفتيات، في إحداث التغيير. واعترف برنامج العمل أيضا على نطاق واسع ونظامي بدور المنظمات غير الحكومية وقدم توصيات مفصلة بشأن الاحتياجات من الموارد والآليات المؤسسية الضرورية لتحقيق أهدافه ومقاصده.

١١١ - ووفقا لبرنامج العمل، أحرزت أوجه التقدم في القاهرة استنادا إلى الجهود الدولية المبذولة في العقدين السابقين لمعالجة قضايا السكان والتنمية. واستند برنامج العمل بوجه خاص إلى المؤتمرين السابقين المتعلقين بالسكان والتنمية وهما مؤتمر الأمم المتحدة العالمي للسكان المعقود في بوخارست في عام ١٩٧٤ والمؤتمر الدولي المعني بالسكان المعقود في مدينة مكسيكو في عام ١٩٨٤.

١١٢ - ورغم ما أحرز من تقدم كبير في تنفيذ برنامج العمل خلال السنوات العشر الماضية، كان هناك ثغرات وأوجه قصور. فالتقدم لم يكن شاملا، والاتجاهات الحالية تشير إلى أن العديد من البلدان لن تبلغ الأهداف المتفق عليها في برنامج العمل. ولتحقيق الأهداف والمقاصد، ينبغي أن تتواصل الجهود ويستمر الالتزام لحشد الموارد البشرية والمالية الكافية، وتعزيز القدرات المؤسسية، وتدعيم الشراكات بين الحكومات والمجتمع الدولي والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني. وبهذا، من الممكن أن يكشف الاستعراض والتقييم المقبلين تقدما أوسع وأكبر في تحقيق أهداف برنامج العمل ومقاصده.

الحواشي

(١) عرف الإجهاض غير الآمن باعتباره عملية لإنهاء الحمل غير المرغوب فيه تتم على أيدي أشخاص يفتقرون إلى المهارات الضرورية و/أو في بيئة تنعدم فيها الشروط الطبية الدنيا (استنادا إلى منظمة الصحة العالمية، ''The prevention and management of unsafe abortion: report of a Technical Working Group'' (WHO/MSM/92.5)؛ جنيف؛ نيسان/أبريل ١٩٩٢.

(٢) من بين هذه التقارير العديدة، انظر على وجه الخصوص، تقرير الأمين العام عن رصد البرامج السكانية التي تركز على الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، مع الإشارة بوجه خاص إلى فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) كما ورد في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (E/CN.9/2002/3) المقدم إلى لجنة السكان والتنمية في دورتها الخامسة والثلاثين، ١-٥ نيسان/أبريل ٢٠٠٢.

المراجع

منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو) (٢٠٠٣). حالة انعدام الأمن الغذائي في العالم ٢٠٠٣. روما: الفاو.

منظمة العمل الدولية (٢٠٠١). الأمن الاجتماعي: توافق آراء جديد. جنيف: مكتب العمل الدولي.

برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسيف ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (٢٠٠٢). الأطفال على شفا الهاوية، ٢٠٠٢: تقرير مشترك عن تقديرات اليتامى والاستراتيجيات البرنامجية، نيويورك: اليونيسيف؛ وواشنطن العاصمة:TvT Associates.

برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية (٢٠٠٣). آخر تطورات وباء الإيدز، ٢٠٠٣. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية الإيدز ومنظمة الصحة العالمية.

Lush, Louisiana (2002). Integrating HIV/STI and family planning services, service integration: an overview of policy developments. *International Family planning perspectives* (New York), vol. 28, No. 2 (June).

Ross, John, and others (2002). Contraceptive method choice in developing countries. *International Family planning Perspectives* (New York), vol. 28, No. 1 (March).

Ross, John, and William Winfrey (2002). Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union: an updated estimate. *International Family Planning perspectives* (New York), Vol. 28, No. 3 (September).

الأمم المتحدة (١٩٥٤). مجموعة المعاهدات، المجلد ١٨٩، الرقم ٢٥٤٥.

الأمم المتحدة (١٩٦٧). مجموعة المعاهدات، المجلد ٦٠٦، الرقم ٨٧٩١.

الأمم المتحدة (١٩٩٣). تقرير مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية، ريو دي جانيرو، ٣-١٤ حزيران/يونيه ١٩٩٢، المجلد الأول، القرارات التي اعتمدها المؤتمر. رقم المبيع A.93.I.8 والتصويب.

الأمم المتحدة (١٩٩٥). تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ٥-١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤، رقم المبيع A.95.XIII.18

الأمم المتحدة (١٩٩٦). تقرير مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالمستوطنات البشرية، الموئل الثاني، اسطنبول، ٣-١٤ حزيران/يونيه ١٩٩٦.

الأمم المتحدة (٢٠٠٢[أ]). السياسات السكانية الوطنية لعام ٢٠٠١. رقم المبيع A.02.XIII.12

الأمم المتحدة (٢٠٠٢[ب]). تقرير الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة؛ مدريد، ٨-١٢ نيسان/أبريل ٢٠٠٢.

الأمم المتحدة (٢٠٠٣[أ]). رصد سكان العالم في عام ٢٠٠٢: الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. جوانب مختارة، رقم المبيع E.02.XIII.14

الأمم المتحدة (٢٠٠٣[ب]). الخصوبة ومنع الحمل والسياسات السكانية. ESA/P/WP.182.

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ (٢٠٠٢). من بالي إلى بانكوك: تقييم للتقدم المحرز والتحديات المصادفة لدى تنفيذ إعلان بالي وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ورقة معدة لعرضها على المؤتمر الخامس للسكان في منطقة آسيا والمحيط الهادئ المعقود في بانكوك في الفترة من ١١ إلى ١٧ كانون الأول/ ديسمبر.

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) (٢٠٠١). التقدم المحرز منذ انعقاد مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل: استعراض إحصائي. رقم المبيع E.01.XX.20. نيويورك: اليونيسيف.

منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) (٢٠٠٢). تقرير الرصد العالمي: تقرير موجز. توفير التعليم للجميع: هل العالم سائر على الدرب الصحيح؟ باريس: اليونسكو.

مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (٢٠٠٢). الحولية الإحصائية لعام ٢٠٠١. جنيف: مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين.

صندوق الأمم المتحدة للسكان (٢٠٠٣). تغطية المواضيع السكانية والإنمائية في ورقات استراتيجية الحد من الفقر. الأعمال الجارية في فرع السكان والتنمية - شعبة الدعم التقني. ١٧ نيسان/أبريل.

صندوق الأمم المتحدة للسكان (٢٠٠٤). تقرير عن البحث الميداني في البلدان النامية.

صندوق الأمم المتحدة للسكان (التاريخ غير محدد). تغطية هدف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المتعلق بالصحة الإنجابية والروابط بين السكان والفقر في تقارير الأهداف الإنمائية للألفية. فرع السكان والتنمية؛ شعبة الدعم التقني.

منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان (٢٠٠٣). وفيات الأمهات في عام ٢٠٠٠: تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان. (http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal-mortality-2000/maternal-mortality-2000.pdf). وقد جرى الاطلاع عليه في ١٩ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٤.

Widgren, Jones, and Philip Martin (2002). Managing migration: the role of economic instruments. Expert working paper prepared for the Centre for Development Research study Migration-Development Links: Evidence and Policy Options.