

Distr.: General
16 January 2009
Arabic
Original: English

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لجنة السكان والتنمية

الدورة الثانية والأربعون

٣٠ آذار/مارس - ٣ نيسان/أبريل ٢٠٠٩

البند ٣ من جدول الأعمال المؤقت*

إجراءات متابعة توصيات المؤتمر الدولي
للسكان والتنمية

رصد السكان في العالم، مع التركيز على إسهام برنامج عمل المؤتمر
الدولي للسكان والتنمية في الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً، بما في
ذلك الأهداف الإنمائية للألفية

تقرير الأمين العام

موجز

قررت لجنة السكان والتنمية، في مقرها ١/٢٠٠٧، أن يكون الموضوع الخاص
لدورتها الثانية والأربعين هو إسهام برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في الأهداف
الإنمائية المتفق عليها دولياً، بما فيها الأهداف الإنمائية للألفية. ويقدم هذا التقرير الأساس
الذي ستستند إليه اللجنة في مداولاتها.

* E/CN.9/2009/1



ويوفر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية مجموعة شاملة من الأهداف والتوصيات لتحسين رفاه البشر وتعزيز التنمية المستدامة والنمو الاقتصادي المستدام. وتنسجم أهدافه وغاياته مع أهداف أخرى من بين الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً، وتدعم الإجراءات التي يوصي بها بلوغ تلك الأهداف دعماً كاملاً. ويشمل جوهر برنامج العمل مبادئ توجيهية بشأن السياسات والبرامج والتدابير التي تتصل اتصالاً مباشراً بالديناميات السكانية وتؤثر على نمو السكان وهياكلهم. ويركز هذا التقرير على كيفية إسهام تنفيذ تلك المبادئ التوجيهية الأساسية والإجراءات التي تستتبعها في تحقيق الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً، بما فيها الأهداف الإنمائية للألفية.

وتولى إعداد التقرير شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمانة العامة للأمم المتحدة.

المحتويات

الصفحة

٥	.....	أولا - مقدمة
٧	.....	ثانيا - القضاء على الفقر المدقع والجوع
٧	.....	ألف - القضاء على الفقر المدقع
١٢	.....	باء - القضاء على الفقر
١٤	.....	ثالثا - توفير التعليم للجميع
١٧	.....	رابعا - السكان والأهداف المتعلقة بالصحة
١٨	.....	ألف - الحد من وفيات الأطفال
٢١	.....	باء - مكافحة الملاريا
٢٢	.....	جيم - مكافحة وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
٢٤	.....	دال - الحد من الوفيات النفاسية
٢٧	.....	هاء - ضمان الصحة الإنجابية
٣٣	.....	خامسا - تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة
٣٥	.....	سادسا - كفاءة الاستدامة البيئية
٣٨	.....	سابعا - الشراكة العالمية من أجل التنمية
٤٠	.....	ثامنا - الاستنتاجات والتوصيات

الجداول

٦	.....	١ - عدد السكان وفقا لسيناريوهات مختلفة حسب المناطق الرئيسية: عام ٢٠٠٥
		٢ - المعدل السنوي للنمو السكاني والخصوبة الإجمالية ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي حسب المناطق الرئيسية، في عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٥
٨	.....	٣ - معدل النمو السكاني والخصوبة الإجمالية في الأعوام ٢٠٠٠-٢٠٠٥ بالنسبة للبلدان النامية حسب مستوى الفقر في عام ٢٠٠٥

- ٤ - معدل النمو السكاني في الأعوام ٢٠٠٠-٢٠٠٥ والنسبة المئوية للسكان دون سن ١٥ عاما في عام ٢٠٠٥ حسب مؤشرات تعليمية مختارة ١٥
- ٥ - وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب الفئة الإنمائية وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ١٩٩٠ و ٢٠٠٧ و ٢٠١٥ ١٨
- ٦ - الوفيات النفاسية حسب المناطق الرئيسية، ١٩٩٠-٢٠٠٥ ٢٥
- ٧ - اتجاهات الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة في المناطق النامية، ١٩٩٥ و ٢٠٠٥ ٣٠

الأشكال

- الأول - الإنفاق على التعليم لكل طفل مقابل الخصوبة الإجمالية، في بلدان مختارة ١٧
- الثاني - وفيات الأطفال دون سن الخامسة مقابل النسبة المئوية للمواليد في الفئات المعرضة للخطر، ١٩٨٥-٢٠٠٧ ٢١
- الثالث - الخصوبة الإجمالية مقابل شيوع وسائل منع الحمل في المناطق النامية، ١٩٨٥-٢٠٠٥ ٢٨
- الرابع - النسبة المئوية للنساء المتزوجات أو اللاتي يعشن مع شركاء ممن يستخدمن وسيلة لمنع الحمل وتتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة، في عام ٢٠٠٥ ٢٩
- الخامس - النسبة المئوية للنساء المتزوجات أو اللاتي يعشن مع شركاء ممن تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة ولديهن احتياجات غير ملباة في مجال وسائل تنظيم الأسرة ٣٣
- السادس - النسبة المئوية لتغير مساعدات الجهات المانحة لبرامج تنظيم الأسرة لكل امرأة يتراوح عمرها بين ١٥ و ٤٩ سنة، في الفترة من ١٩٩٦ إلى ٢٠٠٦ ٤٠

أولا - مقدمة

١ - يوفر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية^(١) مجموعة شاملة من الأهداف والتوصيات لتحسين رفاه البشر وتعزيز التنمية المستدامة والنمو الاقتصادي المستدام. وتنسجم أهدافه وغاياته مع أهداف أخرى من بين الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً، وتدعم الإجراءات التي يوصى بها بلوغ تلك الأهداف دعماً كاملاً، بما فيها الأهداف الإنمائية للألفية^(٢) ويشمل جوهر برنامج العمل مبادئ توجيهية بشأن السياسات والبرامج والتدابير التي تتصل اتصالاً مباشراً بالديناميات السكانية وتؤثر على نمو السكان وهياكلهم. ويركز هذا التقرير على كيفية إسهام تنفيذ تلك المبادئ التوجيهية الأساسية والإجراءات التي تستتبعها في تحقيق الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً، بما فيها الأهداف الإنمائية للألفية.

٢ - وتمثل إنجازان من بين الإنجازات الهامة في القرن العشرين في الحد من الوفيات على الصعيد العالمي وما أعقب ذلك من انخفاض للخصوبة. وفي عام ١٩٩٤، عندما انعقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية للنظر في أوجه الترابط بين الديناميات السكانية والتنمية المستدامة، لم يكن هناك شك في أن النمو السكاني لم يعد يشكل الخطر الذي كان يشكله عندما انعقد المؤتمر الحكومي الدولي الأول بشأن السكان، وهو المؤتمر العالمي للسكان، في عام ١٩٧٤. ففي عام ١٩٩٤، كانت الخصوبة آخذة في التراجع على مدى عقدين على الأقل في معظم بلدان آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وكانت قد بدأت تتراجع في العديد من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء. وكان معدل النمو السكاني السنوي قد انخفض بعد أن بلغ الذروة بنسبة ٢,٠٢ في المائة في الأعوام من ١٩٦٥ إلى ١٩٧٠ ليبلغ نسبة ١,٥٤ في المائة، وكان بالتأكيد آخذاً في التراجع. وكان يبدو أنه تم تفادي "انفجار سكاني".

٣ - وتفيد التقديرات بأن معدل النمو السكاني العالمي اليوم بلغ مستوى أدنى، يقدر بنسبة ١,١٧ في المائة سنوياً، ومن المسلم به على نطاق واسع أن تراجع ذلك المعدل لا يزال متواصلاً. غير أن وضع الانفجار السكاني الذي لم يقع في الاعتبار أمر مفيد للتأكيد على أنه لم يحن الوقت بعد للرضا عن النفس (انظر الجدول ١). فلو بقيت الخصوبة ثابتة في آسيا في المستوى الذي كانت عليه حوالي عام ١٩٧٠، لكان عدد سكانها سيبلغ ٦,١ بليون نسمة في عام ٢٠٠٥، أي ما يقترب من سكان العالم قاطبة في الوقت الحالي. وبسبب الانخفاضات السريعة للخصوبة التي حققها معظم البلدان في آسيا، ولا سيما أكثر البلدان اكتظاظاً

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

(٢) انظر E/CN.9/2005/6، الفرع الثالث.

بالسكان، فقد بلغ عدد سكان آسيا ٣,٩ بليون نسمة في عام ٢٠٠٥، وهو ما يمثل انخفاضا بنسبة ٥٤ في المائة عما كان الوضع سيكون عليه لو لم تنخفض الخصوبة. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، تتسم الأعداد المسجلة باعتدال أكبر. غير أنه بدون الانخفاض السريع في الخصوبة الذي حققته هذه المنطقة الرئيسية، كان عدد سكانها في عام ٢٠٠٥ سيكون أكبر بنسبة ٣٨ في المائة من العدد الذي حققته في الواقع (٧٦٩ مليون مقابل ٥٥٨ مليون نسمة). والاستنتاج الأهم في حالة أفريقيا هو أن الفرق بين عدد السكان الذي كان سيتحقق في حال عدم حدوث أي انخفاض في الخصوبة منذ عام ١٩٧٠ (٨٣٢ مليون نسمة) والعدد الذي تحقق في الواقع (٧٦٩ مليون نسمة) فرق صغير جدا، يبلغ نسبة ٨ في المائة فقط من العدد الحالي للسكان. وبالنسبة لأقل البلدان نموا، يسجل فرق أكبر، لكنه فرق صغير أيضا، يبلغ نسبة ١٥ في المائة فقط من عدد السكان في عام ٢٠٠٥. وتوحي هذه النتائج بأن الانفجار السكاني تم تفاديه على الصعيد العالمي لأن الخصوبة انخفضت بسرعة في آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، غير أن الانفجار وقع بدرجة كبيرة في أفريقيا وفي معظم أقل البلدان نموا. وعلى النحو الموثق في هذا التقرير، يرتبط النمو السكاني السريع بعدد من النتائج الاجتماعية والاقتصادية الضارة.

الجدول ١

عدد السكان وفقا لسيناريوهات مختلفة حسب المناطق الرئيسية: عام ٢٠٠٥

الفرق في النسبة المئوية	الفرق في عام ٢٠٠٥	خصوبة ثابتة منذ عام		التغير المتوسط	
		١٩٧٠	(بالملايين)		
٥٠	٢ ٦٣٧	٧ ٩٣٦	٥ ٢٩٩		المناطق الأقل نموا
١٥	١١٥	٨٨٢	٧٦٧		أقل البلدان نموا
٥٦	٢ ٥٢٢	٧ ٠٥٤	٤ ٥٣٢		بلدان أخرى أقل نموا
٥٤	٢ ١٤١	٦ ٠٧٩	٣ ٩٣٨		آسيا
٣٨	٢١١	٧٦٩	٥٥٨		أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٨	٦٢	٨٣٢	٧٦٩		أفريقيا

٤ - وقد أثبتت العقود الأربعة الأخيرة أن السياسات العامة للحكومات والتزامها قد تحدث فرقا هاما في تشكيل الديناميات السكانية. فلن يتحقق النجاح بدون التزام الحكومات أو المشاركة المستمرة من جانب المجتمع الدولي، كما تبلور في برنامج عمل المؤتمر الدولي

للسكان والتنمية. ومما يضطلع بدور حاسم في نجاح برنامج العمل تركيزه على العمل استنادا إلى الحقوق والمبادئ الأساسية. واعترافا بأن تحقيق التنمية يركز على احترام حقوق الإنسان، يضع برنامج العمل أهدافا ويقدم توصيات لا تجد مررها فحسب في أنها تؤدي إلى التنمية أو أن لها آثارا إيجابية على رفاه الناس، بل لأنها أيضا تعبير عن حقوق الفرد. ومن ثم، فإن التدابير التي يناصرها برنامج العمل من أجل النهوض بالمساواة والإنصاف بين الجنسين وتمكين المرأة هي مسألة حقوق بقدر ما هي مسألة تنمية. وأصبح التنفيذ الكامل لبرنامج العمل أمرا شديدا الإلحاح اليوم لأن الوقت اللازم لتحقيق أهدافه بدأ ينفد، وعلى النحو الموثق في هذا التقرير، فإن الفجوات في التنفيذ هي أمر شائع خصوصا في البلدان المنخفضة الدخل وفي أوساط الشرائح الأكثر فقرا من المجتمع. ولن يسهم التعجيل بتنفيذ برنامج العمل في تحقيق الأهداف الإنمائية المتفق عليها دوليا فحسب، بل من شأنه أن يكفل أيضا تمتع الجميع بما لهم من حقوق الإنسان بشكل كامل.

ثانيا - القضاء على الفقر المدقع والجوع

ألف - القضاء على الفقر المدقع

٥ - يعد القضاء على الفقر المدقع غاية بالغة الأهمية من غايات التنمية. ولتحقيق الهدف المتمثل في تخفيض نسبة الناس الذين يعيشون على أقل من دولار واحد في اليوم إلى النصف بحلول عام ٢٠١٥، من الضروري اعتماد سياسات تعالج بشكل مباشر القضايا الاقتصادية والاجتماعية التي تسبب الفقر أو تدبمه. غير أن السياسة السكانية يمكن أن تسهم أيضا بشكل كبير في القضاء على الفقر لأن هناك ترابطا وثيقا بين الديناميات السكانية والتغيير الاقتصادي والرفاه الاجتماعي. ويفرض النمو السكاني السريع متطلبات متزايدة على الموارد القائمة، كما يرتبط بتدني الدخل. ومن ثم، شهد أقل البلدان نموا في عام ٢٠٠٥ أدنى متوسط لدخل الفرد وأسرع معدل للنمو السكاني بين الفئات الإنمائية (انظر الجدول ٢). وفي المقابل، بلغ دخل الفرد في بقية البلدان النامية أربعة أمثال دخل الفرد في أقل البلدان نموا، وبلغ معدل نموها السكاني نصف المعدل المسجل في أقل البلدان نموا، غير أنه كان آخذا في التراجع بسرعة منذ السبعينات من القرن الماضي. وتميزت البلدان المتقدمة النمو كقوة بأكبر دخل للفرد وبمعدل منخفض جدا للنمو السكاني. ولأن معظم أقل البلدان نموا تقع في أفريقيا، فإن القارة شهدت أيضا دخلا منخفضا للفرد في عام ٢٠٠٥ ومعدلا سريعا للنمو السكاني.

الجدول ٢

المعدل السنوي للنمو السكاني والخصوبة الإجمالية ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي حسب المناطق الرئيسية، في عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٥

نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بدولارات الولايات المتحدة وبتعادلات القوة الشرائية)	الخصوبة الإجمالية (عدد الأطفال لكل امرأة)		معدل النمو السكاني (نسبة مئوية)		المنطقة الرئيسية	
	٢٠٠٥	١٩٩٠	٢٠١٠-٢٠٠٥	١٩٩٥-١٩٩٠		
٢٨ ٢٩٦	١٧ ١٥٩	١,٦٠	١,٦٨	٠,٢٨	٠,٤٥	المناطق الأكثر نمواً
٥ ١٨١	٢ ١١٩	٢,٧٥	٣,٤٢	١,٣٧	١,٨٣	المناطق الأقل نمواً
١ ٤٢١	١ ١١٥	٤,٦٣	٥,٦٨	٢,٣٧	٢,٦٩	أقل البلدان نمواً
٥ ٥٨٢	٢ ٢١٤	٢,٤٥	٣,١١	١,١٩	١,٧٠	بلدان أخرى أقل نمواً
٢ ٥٠٣	١ ٧٠٥	٤,٦٧	٥,٦٩	٢,٢٥	٢,٦١	أفريقيا
٦ ١٩٧	٣ ٢٧٤	٢,٣٤	٢,٩٧	١,١٣	١,٦٣	آسيا
٨ ٣٣٣	٧ ٤٨٥	٢,٣٧	٣,٠٣	١,٢٤	١,٧١	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٤٠ ٦٣١	٢٣ ٢٦٨	٢,٠٠	١,٩٩	٠,٢٥	١,٠٨	أمريكا الشمالية
٢١ ٩٩٨	١٤ ٠٤٢	١,٤٥	١,٥٨	٠,٠٢-	٠,٢٠	أوروبا
٢٥ ٢٩٦	٢٣ ٣١٠	٢,٣٠	٢,٤٨	١,٢١	١,٦٢	أوقيانوسيا

المصادر: بيانات الأمم المتحدة مباشرة، تم الاطلاع عليها في ٢١ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨، والتوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٦ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.07.XIII.2)

٦ - ومعظم البلدان النامية التي شهدت نمواً سكانياً سريعاً بعد عام ١٩٥٠، عندما تراجعت الوفيات قبل أن تبدأ خصوبتها في التراجع بفترة طويلة، عليها أن تتصدى اليوم للتحدي المتمثل في توفير عمل لائق لسكانها في سن العمل الذين يتزايد عددهم بسرعة. وفي عام ٢٠٠٨، كان نحو ٢٠٠ مليون شخص عاطلين عن العمل، وهو ما يمثل زيادة بنسبة ١٨ في المائة مقارنة بمستويات عام ١٩٩٥^(٣). وقد أقر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن ارتفاع النمو السكاني المتولد عن التفاوت بين تراجع الوفيات وتراجع الخصوبة من شأنه أن يزيد من التحديات التي تواجهها الحكومات في خلق فرص العمالة المنتجة (الفقرة ٣-١٥).

٧ - ويمكن لتراجع الخصوبة الذي يشكل جزءاً من التحول الديمغرافي أن يؤدي إلى ارتفاع المدخرات الوطنية والنمو الاقتصادي بالحد من نسبة الأطفال المعالين وزيادة نسبة

(٣) منظمة العمل الدولية، اتجاهات العمالة العالمية (جنيف، مكتب العمل الدولي، عام ٢٠٠٨).

الأشخاص في سن العمل، مولداً بذلك "عائداً ديمغرافياً"^(٤). وانخفاض نسب الإعالة الذي يقع عندما تنخفض الخصوبة يسهم في زيادة دخل الفرد والنمو الاقتصادي في بلدان مختلفة من قبيل أيرلندا والسويد والصين ومصر والولايات المتحدة الأمريكية واليابان^(٥). وفيما بين عامي ١٩٦٠ و١٩٩٥، كانت نسبة تناهز ٢٠ في المائة من نمو نصيب الفرد من الناتج ترجع إلى الآثار المتوسطة المدى لانخفاض الخصوبة على النمو الاقتصادي في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية^(٦).

٨ - وشهدت البلدان الحديثة العهد بالتصنيع في شرق وجنوب شرق آسيا، على وجه الخصوص، انخفاضاً سريعاً جداً في الخصوبة بعد عام ١٩٦٥، واستفادت من قوة النمو الاقتصادي^(٧) واضطلعت الاستثمارات العامة الواسعة في التعليم إلى جانب بيئة الاقتصاد الكلي المستقرة والنمو الاقتصادي الذي تركز على إيجاد فرص العمل والمؤسسات التي تشجع الادخار، بدور حاسم في تمكين تلك البلدان من تحقيق المنافع الكاملة المرتبطة بالعائد الديمغرافي. وخلال الثمانينات من القرن الماضي، كان ما يقارب ثلث الزيادة في دخل الفرد في بلدان شرق وجنوب شرق آسيا الحديثة العهد بالتصنيع يعزى إلى العائد الديمغرافي^(٨). وفي مقابل ذلك، لم يكن النمو الاقتصادي في مستوى إمكاناته الكاملة في معظم بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي التي شهدت أيضاً تراجعاً سريعاً في الخصوبة^(٩). وتبين هذه

(٤) Andrew Mason and Sang-Hyop Lee, "The demographic dividend and poverty reduction" in Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, United Nations, New York, 17-19 November 2004.

(٥) David E. Bloom and David Canning, "Global demographic change: Dimensions and economic significance", Population and Development Review, supplement to vol. 34, 2008; Bo Malmberg and Thomas Lindh, "Demographically based global income forecasts up to the year 2050", International Journal of Forecasting, vol. 23, No. 4, 2007.

(٦) Allen Kelley and Robert Schmidt, "Evolution of recent economic-demographic modeling: A synthesis". Journal of Population Economics, vol. 18, No. 2, June 2005.

(٧) Andrew Mason, editor, Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Sized, (Stanford University Press, 2001); David E. Bloom, David Canning and Jaypee Sevilla, The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences (of Population Change) (Santa Monica, California, Rand Press, 2002).

(٨) David E. Bloom and Jeffrey G. Williamson, "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia", World Bank Economic Review, vol.12, No.3, 1998.

(٩) Andrew Mason, "Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries", in: Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures, Mexico City, 31 August-2 September 2005; Casio Turra and Bernardo Queiroz, "Intergenerational transfers and socio-economic inequality in Brazil: a first look", Notas de Población, No. 80, October 2005.

الأمثلة أن الانخفاض في الخصوبة يمكن أن يعجل بالنمو الاقتصادي، ومع ذلك يتوقف تحقيق هذه الإمكانية على تطوير المؤسسات المناسبة واعتماد السياسات الاقتصادية والاجتماعية الملائمة، بما فيها تدابير بناء رأس المال البشري وإيجاد فرص العمل وتحسين توزيع الدخل.

٩ - وتتيح سرعة النمو الاقتصادي واستدامته للحكومات مجالاً أكبر لمكافحة الفقر. ويقترب ارتفاع مستويات الفقر باستمرار ارتفاع الخصوبة. وفي عام ٢٠٠٥، شهدت البلدان النامية التي يعيش ٤٠ في المائة على الأقل من سكانها على أقل من دولار واحد في اليوم متوسط خصوبة يبلغ ٥,٤ من الأطفال لكل امرأة، وهو ما يمثل أكثر من ضعف معدل الخصوبة في البلدان النامية التي تقل فيها مستويات الفقر عن نسبة ١٠ في المائة (انظر الجدول ٣). كما شهدت مجموعة البلدان الأكثر فقراً ارتفاعاً لمعدل النمو السكاني (٢,٥ في المائة)، وهو ما يمثل أكثر من ثلاثة أمثال معدل النمو السكاني في البلدان التي تنخفض فيها مستويات الفقر (٠,٧ في المائة في السنة). كما شهدت البلدان الأربعة الأكثر فقراً - بوروندي وجمهورية تنزانيا المتحدة ورواندا وليبيريا - التي يتجاوز مستوى الفقر في كل منها ٧٥ في المائة، خصوبة إجمالية تفوق ٦ أطفال لكل امرأة ومعدلات للنمو السكاني تتجاوز ٢,٥ في المائة.

الجدول ٣

معدل النمو السكاني والخصوبة الإجمالية في الأعوام ٢٠٠٥-٢٠٠٠ بالنسبة للبلدان النامية حسب مستوى الفقر في عام ٢٠٠٥

النسبة المئوية للناس الذين يعيشون على أقل من دولار في اليوم حوالي عام ٢٠٠٥ ^(أ)				
	أقل من ١٠	١٠ إلى ١٩,٩	٢٠ إلى ٣٩,٩	٤٠ أو أكثر
عدد البلدان	٤٤	١٣	٢٣	٣٣
معدل النمو السكاني السنوي (نسبة مئوية)	٠,٧	١,٣	١,٩	٢,٥
الخصوبة الإجمالية	٢,١	٣,٢	٣,٨	٥,٤

(أ) يتغير التاريخ المرجعي حسب البلدان، حيث يتراوح بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٧. وبالنسبة لـ ١٠٢ من أصل البلدان المشمولة بالدراسة البالغ عددها ١١٣، يحيل التقدير إلى عام ٢٠٠٠ أو ما بعد ذلك.

المصادر: الأداة الإلكترونية للبنك الدولي لتحليل الفقر (PovcalNet)، اطلع عليها في ١٤ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨؛ والتوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٦ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.07.XIII.2).

١٠ - وقد بينت تحليلات أثر تراجع الخصوبة على الحد من الفقر أن التحول الديمغرافي كان وحده نسبة ١٤ في المائة من الانخفاض في مستويات الفقر في العالم النامي خلال الأعوام ١٩٦٠-٢٠٠٠، وقد يؤدي إلى انخفاض إضافي بنسبة ١٤ في المائة خلال الأعوام ٢٠٠٠-٢٠١٥ إذا ما تسارعت وتيرة انخفاض الخصوبة في البلدان ذات الخصوبة العالية^(٤).

١١ - وتقترب الخصوبة العالية باستمرار الفقر داخل البلدان لأن الفئات المنخفضة الدخل تتسم عموماً بخصوبة أكبر بكثير مقارنة بالفئات المرتفعة الدخل. وأظهرت دراسات استقصائية أجريت في ٥٦ بلداً من البلدان النامية أن عدد أطفال النساء في أدنى خمس من حيث الثروة كان يزيد بمتوسط طفلين مقارنة بالنساء في أعلى خمس^(١٠). وفي أفريقيا، كان الفرق أعلى، حيث بلغ ٢,٨ من الأطفال، وبلغ أعلى مستوى له في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حيث وصل إلى ٣,٨ من الأطفال. وهناك فروق مشابهة عندما يكون تعليم المرأة هو العامل المميز، لأن المستوى التعليمي والثروة مترابطان بشكل كبير. وتشير بيانات عن ٤٣ بلداً من البلدان النامية في أواخر التسعينات من القرن الماضي إلى أن عدد أطفال النساء غير المتعلّقات يزيد بمتوسط ٢,٣ من الأطفال مقارنة بالنساء اللاتي تلقين تعليماً ثانوياً على الأقل^(١١).

١٢ - ونتيجة لذلك، يمكن لخفض الخصوبة في أوساط الأسر المعيشية الفقيرة أن يسهم في الحد من الفقر، بصورة مباشرة وغير مباشرة على حد سواء. وكلما ارتفعت الزيادة الطبيعية للسكان الفقراء، تسارعت وتيرة اتساع رقعة الفقر في أوساط السكان، فيزداد بذلك مستوى الفقر إجمالاً. ويمارس ارتفاع معدل الزيادة الطبيعية لأولئك الذين يعيشون على أقل من دولار في اليوم ضغطاً تصاعدياً على مستويات الفقر، يعادل نسبة تتراوح بين ١٠ و ٥٠ في المائة من معدل الحد من الفقر في العالم النامي بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠١^(١٢). ويبلغ هذا الأثر مداه في أفريقيا وجنوب آسيا.

(١٠) Davidson R. Gwatkin, Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff, and Agbessi Amouzou, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An Overview*, (Washington, D.C., The World Bank, 2007)

(١١) Shea Oscar Rutstein, *Fertility Levels, Trends and Differentials 1995-1999*. DHS Comparative Reports No.3 (Calverton, Maryland, ORC Macro, December 2002)

(١٢) Martin Ravallion, "On the contribution of demographic change to aggregate poverty measures for the developing world" *World Bank Policy Research Working Paper*, No. 3580, The World Bank, April 2005

١٣ - ويمكن للخصوبة المرتفعة في أوساط الفقراء أن تسهم في استمرارية الفقر عبر الأجيال. فكلما زاد عدد الأطفال في الأسرة المعيشية، ازدادت ندرة الموارد المتاحة لكل منهم وتضاءلت حظوظهم في الحصول على القدر الكافي من التعليم. وبإنجاب عدد أقل من الأطفال، تكون الأسر المعيشية الفقيرة قادرة على الاستثمار بصورة أكبر في مجال تغذية كل طفل على حدة وصحته وتعليمه. وعندما تكون الأسر المعيشية غير قادرة على تحقيق أهدافها الإنجابية بسبب غياب فرص استفادتها من تنظيم الأسرة، تكون السياسات الرامية إلى تحسين هذه الفرص عاملاً مساعداً مفيداً لتحقيق سياسات أخرى تهدف إلى الحد من الفقر.

١٤ - وعموماً، يساور حكومات البلدان التي تشهد ارتفاع معدلات النمو السكاني القلق إزاء الآثار المترتبة على هذا النمو^(١٣). ومن ثم، من بين البلدان الأحد عشر التي كان سكانها يشهدون نمواً بمعدل ٣ في المائة أو أكثر سنوياً خلال الأعوام ٢٠٠٥-٢٠١٠، رأت تسعة بلدان - الأردن، وإريتريا، وأوغندا، وبنين، وبوروندي، وتيمور - ليشتي، وليبيريا، ومالي، والنيجر - أن معدلات نمو سكانها أعلى من اللازم، واعتمدت جميعها ما عدا تيمور - ليشتي، سياسات للحد من النمو السكاني. واعتبر البلدان الآخرون، وهما أفغانستان وجمهورية الكونغو الديمقراطية، أن معدلات نمو سكانها مُرضية، ولم يكن لديها سياسات للتأثير عليها. ومن بين البلدان الستة والثلاثين التي تتراوح معدلات نموها السكاني بين ٢,٠ و ٣,٠ في المائة، اعتبرت نسبة ٧٢ في المائة هذه المعدلات على أنها أعلى من اللازم، واعتمدت نسبة ٦٧ في المائة منها سياسات لخفضها. وحتى البلدان البالغ عددها ٦٦ بلداً التي حققت معدلات نمو أكثر اعتدالاً، تتراوح بين ١,٠ و ٢,٠ في المائة، اعتبرت ٤٨ في المائة منها تلك المعدلات أعلى من اللازم، واعتمد معظمها سياسات لخفضها. إضافة إلى ذلك، فمن بين البلدان البالغ عددها ٨٢ بلداً التي كانت معدلات نموها دون ١,٠ في المائة سنوياً، أفاد ٣٢ في المائة فقط بأنها تدخلت لزيادة النمو السكاني.

باء - القضاء على الفقر

١٥ - هناك ترابط وثيق بين الفقر والجوع لأنه على الرغم من كفاية الغذاء لإطعام سكان الأرض البالغ عددهم ٦,٨ بليون نسمة، فإن الفقراء لا يقدرّون على تحمل أسعار الأغذية السائدة في الأسواق، وذلك لأنه بعد سنوات من الاستقرار النسبي، ارتفعت أسعار الأغذية الأساسية بشكل حاد بين عام ٢٠٠٦ والنصف الأول من عام ٢٠٠٨^(١٤). وبالتالي،

(١٣) السياسات السكانية في العالم لعام ٢٠٠٧ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.08XIII.8).

(١٤) في الفترة بين كانون الثاني/يناير ٢٠٠٦ وآذار/مارس ٢٠٠٨ ارتفعت أسعار الأغذية العالمية بنسبة ٦٨ في المائة. فقد تضاعفت أسعار القمح في الفترة بين نيسان/أبريل ٢٠٠٧ و آذار/مارس ٢٠٠٨، بينما بلغت أسعار الأرز ثلاثة أمثالها في الفترة بين كانون الثاني/يناير ونيسان/أبريل ٢٠٠٨ على نحو ما ورد في Quentin Wodon and Hassan Zaman, "Rising food prices in Sub-Saharan Africa: Poverty impact and policy responses", *World Bank Policy Research Working Paper No. 4738*, 2008.

من المقدر أن عدد الناس الذين يعانون نقص التغذية ارتفع بما قدره ٤٠ مليون شخص في عام ٢٠٠٨ فقط، ليبلغ ٩٦٣ مليون نسمة، مقارنة بـ ٩٢٣ مليون نسمة في عام ٢٠٠٧ و ٨٤٨ مليون نسمة في الفترة ٢٠٠٣-٢٠٠٥^(١٥)، وهو ما جعل من الصعب بلوغ الهدف المتمثل في تخفيض نسبة الناس الذين يعانون الجوع إلى النصف بحلول عام ٢٠١٥ (الهدف ١ من بين الأهداف الإنمائية للألفية). وعلى الرغم من أن أسعار الغذاء ما فتئت تتراجع في الآونة الأخيرة، فإن أزمة الغذاء في عام ٢٠٠٨ كشفت بجلاء مواطن ضعف الكثير من مجموعات السكان. وقد نتجت الأزمة عن زيادات في الطلب على الغذاء لم تقابلها زيادات في الإمدادات الغذائية. وينبثق الطلب المتزايد عن النمو السكاني فضلا عن ارتفاع الدخل وتغير أنماط التغذية في البلدان النامية، ولا سيما في الصين. ويعزى تباطؤ نمو الإمدادات الغذائية إلى عدة عوامل، منها الزيادات التي شهدتها مؤخرا تكلفة البذور والسماح مع تصاعد أسعار الطاقة، ونقص الاستثمارات الطويلة الأجل في الهياكل الأساسية الريفية والتنمية الزراعية في العديد من البلدان النامية، وتزايد القيود على إمكانية الحصول على الأراضي والمياه، وإعادة تخصيص الأراضي لإنتاج الوقود الإحيائي^(١٦).

١٦ - وعلى الصعيد العالمي، يمثل النمو السكاني عاملا محمدا رئيسيا للطلب على الغذاء. فحسب منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، يتوقع أن يزيد المتوسط العالمي للمستوعب سعري من ٢ ٨٠٣ ألف سعرة حرارية لكل شخص في اليوم الواحد في عام ١٩٩٩ إلى ٣ ٠٥٠ بحلول عام ٢٠٣٠^(١٧)، وهو ما يمثل زيادة بنسبة ٩ في المائة لكل شخص. وخلال تلك الفترة، يتوقع أن يرتفع عدد سكان العالم من ٦ بلايين إلى ٨,٣ بليون نسمة، وهو ما سيؤدي إلى زيادة عالمية بنسبة تناهز ٥٠ في المائة في الطلب السعري، وتعزى نسبة ٧٦ في المائة من هذا الطلب إلى الزيادات في أعداد الناس.

١٧ - وعلى الصعيد القطري، يمكن لارتفاع الزيادة الطبيعية في أوساط الفقراء أن يساهم في زيادة مستويات الجوع ونقص التغذية، كما يمكن أن يساهم في زيادة مستويات الفقر. وبما أن الأسر المعيشية المنخفضة الدخل تميل إلى أن يكون لديها معدلات خصوبة أعلى من خصوبة الأسر المعيشية المرتفعة الدخل، فإنها عادة ما تضطر إلى تخصيص نسبة أكبر

(١٥) منظمة الأغذية والزراعة، حالة انعدام الأمن الغذائي في العالم عام ٢٠٠٨، الموقع الشبكي <http://www.fao.org/docrep/011/i0291e/i0291e00.htm>، تم الاطلاع عليه في ٢٠ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٨؛ منظمة الأغذية والزراعة، لجنة الأمن الغذائي العالمي، تقييم حالة الأمن الغذائي والتغذية في العالم، الدورة الرابعة والثلاثون، ١٤ - ١٧ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨.

(١٦) Joachim von Braun and others, "High food prices: The what, who, and how of proposed policy actions" International Food Policy Research Institute Policy Brief, May 2008, <http://www.ifpri.org/PUBS/ib/FoodPricesPolicyAction.pdf>.

(١٧) World Agriculture: Towards 2015/2030, Summary Report, (Rome, FAO, 2002)

من دخلها للغذاء، ويطالها ضعف إزاء ارتفاع أسعار الغذاء أو تكاليف إنتاج الغذاء. ومن ثم، كان لارتفاع أسعار الغذاء آثار أكثر خطورة على البلدان النامية التي يتزايد عدد سكانها بسرعة والتي كانت نسبة الفقر فيها مرتفعة قبل الأزمة. وفي الفترة ما بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٠٧، أدى ارتفاع أسعار الغذاء إلى زيادة مستويات الفقر بحوالي ٤,٥ نقطة مئوية في البلدان المنخفضة الدخل، مما يعني أن عددا إضافيا من الناس بلغ ١٠٥ ملايين نسمة وقعوا في دائرة الفقر^(١٨).

١٨ - ونتج عن ارتفاع أسعار الغذاء نقص التغذية لدى عدد إضافي من الناس بلغ ٤١ مليون نسمة في آسيا و ٢٤ مليون نسمة في أفريقيا جنوب الصحراء في الفترة ٢٠٠٣-٢٠٠٥ وفي عام ٢٠٠٧، وهما المنطقتان اللتان استأثرتا في الفترة ٢٠٠٣-٢٠٠٥ بنسبة ٨٩ في المائة (٧٥٠ مليون) ممن يعانون الجوع في العالم^(١٩). ووقعت زيادات في نقص التغذية، وإن كانت أصغر مدى، في سائر المناطق النامية، وأدت في أمريكا اللاتينية إلى تبيد كل ما أحرز من تقدم منذ عام ١٩٩٥. ومن الواضح أن السياسات الرامية إلى معالجة آثار صدمات أسعار الغذاء ينبغي لها أن تولي الأولوية للحماية الفورية لأكثر الأسر المعيشية والأفراد ضعفا، بمن فيهم النساء والأطفال، من أجل تحقيق الهدف ١ من بين الأهداف الإنمائية للألفية. لكن الاستجابات الطويلة الأجل يجب أن تأخذ في الحسبان الطريقة التي يمكن بها للسياسات السكانية أن تكون جزءا من استجابة منسقة لتعزيز سبل العيش المستدامة ودعم احتمالات التنمية للجميع لمساعدة الأسر المعيشية على تفادي الوقوع في قبضة الفقر.

ثالثا - توفير التعليم للجميع

١٩ - يمثل تعميم التعليم الابتدائي للجميع بحلول عام ٢٠١٥ وتوفير التعليم للجميع، فتيانا وفتيات، في مستويي التعليم الثانوي والعالي هدفين من بين الأهداف التي حددها برنامج العمل (الفقرات ١١-٦ و ١١-٨ و ٤-١٨)، وهي الغايات التي تتجلى في الأهداف الإنمائية للألفية. وقد أحرز تقدم كبير صوب توفير التعليم الابتدائي للجميع (الهدف ٢ من بين الأهداف الإنمائية للألفية). وفي عام ٢٠٠٦، بلغت نسبة القيد في المدارس الابتدائية في البلدان النامية ٨٨ في المائة. ومع ذلك، لا تزال أوجه عدم المساواة في فرص الاستفادة من التعليم، التي تتصل في جانب منها بحجم الأسرة، تشكل تحديات لتحقيق ذلك الهدف. وعلى صعيد الأسر المعيشية والبلدان على حد سواء، يقل احتمال أن يكون الاستثمار في تعليم

(١٨) Maros Ivanic and Will Martin "Implications of higher global food prices for poverty in low-income countries". World Bank Policy Research Working Paper No. 4594, 2008.

(١٩) منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، لجنة الأمن الغذائي العالمي، تقييم حالة الأمن الغذائي والتغذية في العالم، الدورة الرابعة والثلاثون، ١٤-١٧ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨.

الأطفال كافياً عندما يكون عدد الأطفال كبيراً. ويؤدي استمرار ارتفاع الخصوبة إلى زيادة سريعة في أعداد الأطفال البالغين سن الدراسة، وهو ما يتجلى في تزايد الطلبات على نظم التعليم والأسر.

٢٠ - وتميل البلدان التي تنسم بأسوأ المؤشرات التعليمية إلى أن يكون لديها نسب عالية من الأطفال ومعدلات عالية من النمو السكاني. ومن ثم، فإنه في البلدان التسعة والعشرين التي كان فيها صافي معدلات القيد في المدارس الابتدائية دون نسبة ٨٠ في المائة، شكل الأطفال دون سن الخامسة عشرة نسبة ٤٢ في المائة من السكان في عام ٢٠٠٥، وبلغ معدل النمو السكاني في المتوسط ٢,٣ في المائة سنوياً (انظر الجدول ٤). وعلى نحو مشابه، فإنه في البلدان التسعة عشرة التي كان فيها أزيد من ٢٠ في المائة من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة أمياً في عام ٢٠٠٦، شكل الأطفال نسبة ٤٢ في المائة من السكان، وبلغ النمو السكاني ما متوسطه ٢,٤ في المائة. وفي المقابل، اتسمت البلدان السبعة والأربعون التي يفوق فيها صافي معدلات القيد في المدارس الابتدائية نسبة ٩٥ في المائة والبلدان الأربعة والسبعون التي لديها نسب مثوية متدنية من الشباب الأميين (أقل من ٥ في المائة) بنسب أقل من الأطفال (٢٥ في المائة من السكان) وبمعدلات للنمو السكاني يقل متوسطها عن ١ في المائة سنوياً، وهو مؤشر آخر على أن بطء النمو السكاني يجعل من السهل الاستثمار في التعليم.

الجدول ٤

معدل النمو السكاني في الأعوام ٢٠٠٠-٢٠٠٥ والنسبة المثوية للسكان دون سن ١٥ عاماً في عام ٢٠٠٥ حسب مؤشرات تعليمية مختارة

صافي معدل القيد في المدارس الابتدائية (نسبة مثوية)	النسبة المثوية للشباب الملمين بالقراءة والكتابة		
	أقل من ٨٠	بين ٨٠ و ٩٥	أكثر من ٩٥
٤٧	٦٣	٢٩	٧٤
٠,٨	١,٠	٢,٣	٠,٩
٢٣,٦	٢٧,٧	٤١,٥	٢٥,٩
			٣٨,٥
			٤١,٥

المصادر: معهد اليونسكو للإحصاء، مركز البيانات الإلكترونية (<http://stats.uis.unesco.org>)، تم الاطلاع عليه في ٧ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨؛ والتوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٦ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.07.XIII.2).

٢١ - وتشير حسابات تدفق الموارد الاقتصادية بين الأجيال إلى أن البلدان التي تتسم بخصوبة أقل تنفق موارد أكبر بكثير على صحة الأطفال وتعليمهم من البلدان التي تتسم بخصوبة أعلى (انظر الشكل الأول)، وفي المتوسط، تنفق البلدان التي تبلغ فيها الخصوبة الإجمالية ٣,٠ أطفال لكل امرأة قرابة ثلث ما ينفقه بلد تبلغ فيه الخصوبة الإجمالية ١,٠ طفل لكل امرأة، على كل طفل فيما يتصل بالدخل من العمل^(٢٠). وتبين الدراسات على مستوى الأسر المعيشية أن الأطفال الذين يولدون في أسر كبيرة لديهم في المتوسط فرص أقل للاستفادة من الدراسة من الأطفال الذين يولدون في أسر صغيرة، ولا سيما في البلدان التي يتحمل فيها الوالدان معظم تكاليف التعليم^(٢١).

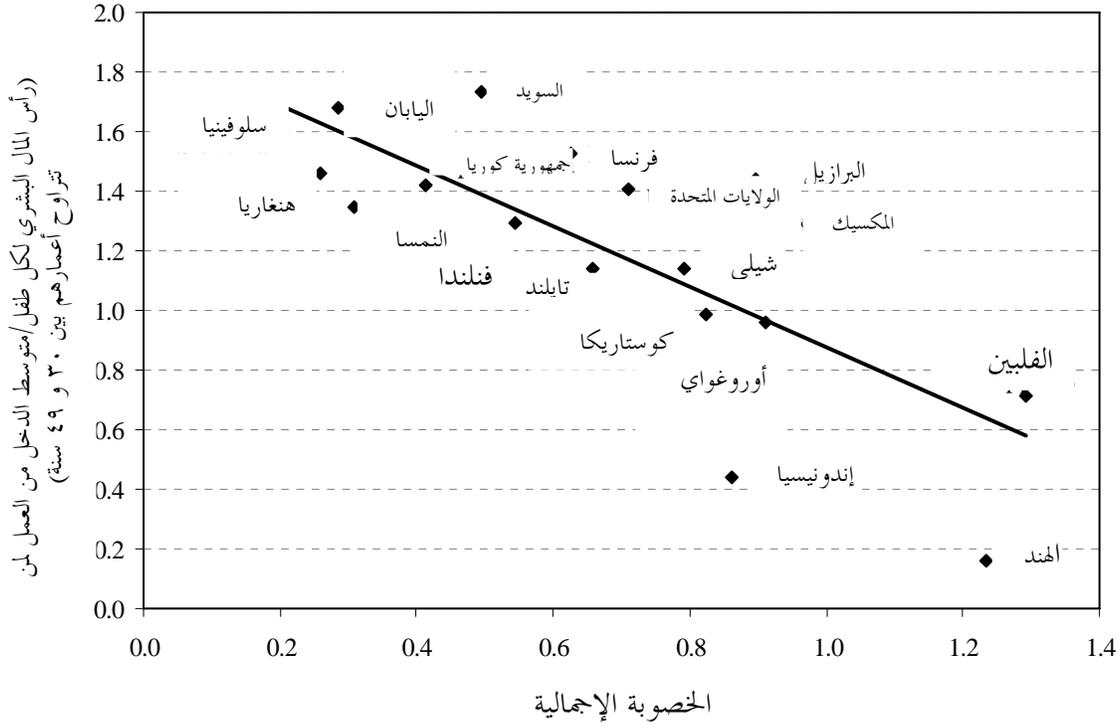
٢٢ - ويمثل مستوى تعليم المرأة عاملاً محددًا رئيسياً للسلوك في مجال الخصوبة: فالنساء الحاصلات على تعليم عال يرحح استعمالهن بدرجة أكبر لوسائل منع الحمل وإنجابهن لعدد أقل من الأطفال مقارنة بالنساء الحاصلات على عدد أقل من سنوات الدراسة. ويؤدي استمرار ارتفاع الخصوبة في أوساط النساء الفقيرات إلى حلقة مفرغة حيث تقل فرص حصول أطفالهن، وبخاصة الفتيات، على التعليم ويزيد احتمال إنجابهن لعدد أكبر من الأطفال أنفسهن. ويوفر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حجة قوية لتوفير التعليم للجميع لكفالة أن تعود الآثار المتأخرة لزيادة مستوى التعليم وصغر حجم الأسر بالفائدة على التنمية (الفصل الحادي عشر).

(٢٠) Ronald Lee and Andrew Mason, "Fertility, human capital and economic growth over the demographic transition", National Transfer Accounts Working Paper WP08-02, 2008.

(٢١) Cynthia Lloyd, "Investing in the next generation: the implications of high fertility at the level of the family", Population and Development: Old Debates and New Conclusions (New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers, 2004), pp. 181-202; Claudia Buchmann and Emily Hannum, "Education and stratification in developing countries: A review of theories and research", Annual Review of Sociology, vol. 27, 2001, pp. 77-102.

الشكل الأول

الإنفاق على التعليم لكل طفل مقابل الخصوبة الإجمالية، في بلدان مختارة

المصدر: مشتقة من بيانات حسابات التحويل القومية المنشورة في الموقع: <http://www.ntaccounts.org>

رابعاً - السكان والأهداف المتعلقة بالصحة

٢٣ - تمثل صحة السكان محددًا رئيسيًا من محددات النمو الاقتصادي. وتظهر الدراسات التجريبية^(٢٢) أن تحسّن الأحوال صحة يعطى دفعة قوية للنمو الاقتصادي في البلدان النامية، مما يفيد بأن الصحة، شأنها شأن التعليم، تشكل عنصراً أساسياً من عناصر رأس المال البشري. ويؤدي التمتع بصحة أفضل إلى تحقيق دخل أعلى والعكس بالعكس، وهو ما تنشأ معه علاقة نفع متبادلة يعزز بمقتضاها تحسّن الصحة وارتفاع الدخل بعضهما بعضاً. ويعترف برنامج العمل بهذه الحقيقة من خلال تحديد أهداف طموحة لتحسين الصحة. وإذ يؤكد

(٢٢) Gillem Lopez-Cassanovas and others, *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications* (2005)

(Boston, MA, MIT Press, 2005); David E. Bloom and David Canning, "The health and wealth of nations",

Science, vol. 287, No. 5456, 18 February 2000

على زيادة طول الأعمار البشرية منذ عام ١٩٥٠ باعتبار ذلك إنجازاً رئيسياً، فإنه يدعو إلى مواصلة زيادة فترة الحياة الصحية وتقليل التفاوتات في متوسط العمر المتوقع بين البلدان وفي داخل البلدان ذاتها (الفقرة ٨-٣ ب)) ويحدد كهدف له زيادة العمر المتوقع ليصل على ٧٥ سنة على الأقل بحلول عام ٢٠١٥ أو ٧٠ سنة على الأقل في البلدان التي كانت توجد بها أعلى مستويات للوفيات في عام ١٩٩٤ (الفقرة ٨).

ألف - الحد من وفيات الأطفال

٢٤ - يدعو برنامج العمل إلى الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى ما دون ٥٠ وفاة لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء بحلول عام ٢٠١٥ (الفقرة ٨-١٦)، وهو هدف أكثر طموحاً من الغاية الواردة في إطار الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية (الحد بمقدار الثلثين بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٥). ورغم أن وفيات الأطفال في البلدان النامية باتت في تراجع، حيث انخفضت من ١٠٣ وفيات إلى ٧٤ وفاة لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٧، فمن اللازم أن يزيد معدل انخفاضها بأكثر من خمسة أمثال ليبلغ الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية بحلول عام ٢٠١٥ (انظر الجدول ٥). وشهدت أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تباطؤاً في معدل انخفاض وفيات الأطفال دون سن الخامسة، مما سيتطلب انخفاضاً بثمانية أمثال من أجل بلوغ الهدف المقرر.

الجدول ٥

وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب الفئة الإنمائية وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ١٩٩٠ و ٢٠٠٧ و ٢٠١٥

معدل الانخفاض السنوي (النسبة المئوية)	وفيات الأطفال دون سن الخامسة (الوفيات لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء)			الفئة الإنمائية	
	المطلوب ٢٠١٥-٢٠٠٨	الحقق ٢٠٠٧-١٩٩٠	٢٠١٥		٢٠٠٧	١٩٩٠
٩,٨	١,٨	٣١	٦٨	٩٣	على الصعيد العالمي
٩,٦	١,٩	٣٤	٧٤	١٠٣	البلدان المتقدمة النمو
٩,٧	١,٩	٦٠	١٣٠	١٧٩	أقل البلدان نمواً
١٠,٩	١,٣	٦٢	١٤٨	١٨٦	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

المصدر: حالة الأطفال في العالم، ٢٠٠٩ (نيويورك، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ٢٠٠٨).

ملاحظة: أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تستثنى السودان.

٢٥ - وللحد من وفيات الأطفال، يدعو برنامج العمل إلى تعزيز النظم الصحية الأولية من أجل تقديم الرعاية قبل الولادة ورعاية المواليد الجدد والمساعدة في الولادة، وإلى تشجيع الاقتصار على الرضاعة الثديية لصغار الرضع، وتوفير مكملات من المغذيات الدقيقة فضلا عن التحصين ضد التيتانوس. ويشدد على أهمية مكافحة أمراض الطفولة الرئيسية، لا سيما الأمراض المعدية والأمراض الطفيلية، ووقاية الأطفال، لا سيما الفتيات، من سوء التغذية. وتشدد الإجراءات الأساسية لمواصلة^(٢٣) تنفيذ برنامج العمل على ضرورة توسيع نطاق التحصين وعلى أهمية استخدام العلاج بالإمهاة الفموية لمعالجة الإسهال.

٢٦ - وكشف استعراض للإجراءات الصحية في ٦٨ بلدا، تمثل ٩٧ في المائة من مجموع وفيات الأطفال، إحراز تقدم كبير في توسيع نطاق شمول التدخلات التي أُجريت عن طريق تنظيم إنجازها، مثل التحصين ومكملات فيتامين ألف والناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية^(٢٤). وأحرز تقدم أقل على صعيد تعزيز النظم الصحية، وبالتالي، فإن التدخلات التي تتطلب خدمات سريرية جيدة، بما في ذلك إدارة الاعتلال لدى المواليد الجدد والأطفال الأكبر سنا، لا تزال بعيدة عن تلبية الطلب. وعلاوة على ذلك، فإن مكافحة سوء التغذية لا يزال يشكل تحديا رئيسيا: ففي ٦٢ بلدا من البلدان الثمانية والستين التي تمت دراستها، يوجد ما لا يقل عن خمس الأطفال دون سن الخامسة متأخري النمو (أي أن قاماتهم أقل مما يناسب أعمارهم بسبب نقص التغذية المزمن).

٢٧ - ويشكل عدم كفاية فرص الحصول على وسائل تنظيم الأسرة عائقا إضافيا أمام زيادة بقاء الأطفال. فالولادات وحالات الحمل المتقاربة لدى المراهقات والنساء المتقدمات في العمر تعرض الأطفال لمخاطر أكبر بالوفاة. وإذا ما عرفنا الأطفال المعرضين للخطر الشديد بأهم الأطفال المولودون لأمهات دون سن ١٨ أو فوق سن ٣٤، والذين ولدوا بفارق لا يزيد عن ٢٤ شهرا عن ولادة سابقة، أو الذين ولدوا كإبنة مولود أو أكثر، فإن نسبة الأطفال المعرضين للخطر الشديد تتناسب بشكل كبير مع مستوى وفيات الأطفال دون سن الخامسة، على نحو ما تظهره البيانات المستقاة من ١٧٢ مسحا ديمغرافيا وصحيا أجريت خلال الفترة ١٩٨٥-٢٠٠٧ (انظر الشكل الثاني). ومن غير مراعاة للمتغيرات الأخرى، فإن نسبة المواليد من الفئات المعرضة للخطر الشديد تمثل ٤١ في المائة من التباين بين البلدان في وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وما دامت النساء تلدن مبكرا أو متأخرا

(٢٣) انظر قرار الجمعية العامة د/٢١/٢، المرفق.

(٢٤) Countdown Coverage Writing Group. "Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: The Countdown Coverage Writing Group. (2008). (2008) report on tracking (coverage of interventions." *The Lancet*, vol. 371 (2008).

في دورتهن الإنجابية، أو لا تباعدن بين مواعيد الولادات بسبب الافتقار إلى فرص الحصول على وسائل تنظيم الأسرة، فإن تحسين فرص الحصول على تلك الوسائل لتنظيم الأسرة سيخفف من مخاطر الوفاة في سن الطفولة.

٢٨ - وفواصل الحمل هي الفترات ما بين وضع مولود حي، أو أي وضع لحمل، وبدء الحمل المقبل. وتساعد فواصل الحمل التي تمتد أكثر من سنتين على الحد من وفيات الأطفال. وبين تحليل معدلات البقاء لدى ما يزيد على مليون مولود شملتهم المسوح الديمغرافية والصحية بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٥ أن فواصل الحمل التي تتراوح ما بين ٣٦ و ٤٧ شهرا علاقة ترتبط بانخفاض مخاطر الوفاة في سن الطفولة إلى أدنى حد^(٢٥). ولو انتظرت النساء ما يقل عن ٢٤ شهرا بعد وضع مولود حي قبل الحمل من جديد، لانخفضت وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة ١٣ في المائة، ولتراجعت بنسبة ٢٥ في المائة لو أنهن انتظرن ٣٦ هرا. وعليه، فقد أصدرت منظمة الصحة العالمية مبادئ توجيهية جديدة تنصح النساء بالانتظار ما لا يقل عن ٢٤ شهرا بعد وضع مولود حي قبل أن يسعين إلى الحمل مجددا^(٢٦).

٢٩ - ويساور حكومات البلدان النامية قلق خاص إزاء ارتفاع معدلات وفيات الرضع والأطفال: ويعتبر أكثر من ٨٠ في المائة منها أن مستويات معدلاتها باتت غير مقبولة. وتواجه البلدان ذات النسب العالية والمتزايدة من أعداد المواليد تحديات في النهوض بصحة الأطفال. وباستطاعة الجهود المبذولة لتلبية الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة أن تحد بشكل كبير من تكاليف ضمان صحة الطفل. وفي غانا، على سبيل المثال، يمكن لتلبية الاحتياجات غير الملباة أن تخفض عدد التحصينات اللازمة ضد الحصبة في الفترة بين عامي ٢٠٠٦ و ٢٠١٥ بمقدار ١,٤ مليون لقاحا^(٢٧). ولكي يتسنى التعجيل بالحد من وفيات الأطفال، لا سيما في البلدان المنخفضة الدخل ذات الخصوبة العالية، من الجوهرى توسيع نطاق شمول وسائل تنظيم الأسرة، إلى جانب تكثيف الجهود لتوسيع نطاق التدخلات الرامية إلى تحسين صحة الطفل، وذلك لكفالة بلوغ الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية.

(٢٥) Shea Oscar Rutstein, "Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the Demographic (nd Health Surveys". *DHS Working Papers*, No. 41 (Calverton, Maryland Macro International Inc., 2008)

(٢٦) منظمة الصحة العالمية، تقرير عن استشارة تقنية لمنظمة الصحة العالمية عن المباعدة بين الولادات (جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦).

(٢٧) Scott Moreland and Sandra Talbird, *Achieving the Millennium Development Goals: The contribution of (fulfilling the unmet need for family planning*. (Washington, DC, USAID, 2006)

الشكل الثاني

وفيات الأطفال دون سن الخامسة مقابل النسبة المئوية للمواليد في الفئات المعرضة للخطر، ١٩٨٥-٢٠٠٧



المصدر: MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>، تم التصفح في ١٤ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨.

باء - مكافحة الملاريا

٣٠ - تتسبب الملاريا سنويا في ٢٥٠ مليون نوبة مرضية و ٩٠٠ ٠٠٠ وفاة. ويجري بذل جهود من أجل تحقيق تغطية شاملة للتدخلات المناسبة بحلول عام ٢٠١٠، بما في ذلك توزيع ما يقدر بـ ٧٢٠ مليون ناموسية معالجة بمبيدات حشرية طويلة الأمد^(٢٨)، والرش الموضعي على فترات لمكافحة ناقلات الأمراض والعلاج الوقائي على فترات للنساء الحوامل في المناطق التي ترتفع فيها معدلات العدوى من أجل الحد من تفشي فقر الدم المتصل بالملاريا في صفوفهن، وما يترتب على ذلك من انخفاض في وزن أطفالهن عند الولادة. ورغم أن قاعدة توزيع الناموسيات قد اتسعت بشكل سريع، فإن المسوح التي أُجريت حوالي عام ٢٠٠٦

(٢٨) *The Global Malaria Action Plan* (Geneva, Roll Back Malaria Partnership, 2008).

في ١٨ بلدا أفريقيا تشير إلى أن ما لا يتجاوز ٢٣ في المائة من الأطفال و ٢٧ في المائة من الحوامل فقط ينامون تحت الناموسيات^(٢٩).

٣١ - وفي الوقت الراهن، لا تتلقى سوى ١٨ في المائة من الحوامل في المناطق التي ترتفع فيها معدلات العدوى علاجا وقائيا على فترات. ولتحقيق التغطية الشاملة، سيتطلب أن تتلقى العلاج سنويا ٢٥ مليون حامل في أفريقيا. وتؤدي مبادرات الوقاية من الملاريا وعلاجها أثناء فترة الحمل أكلها على أفضل وجه عندما تتوثق عرى التعاون بين برامج مكافحة الملاريا وبرامج الصحة الإنجابية على الصعيد الوطني، وعندما يكون علاج الملاريا جزءا من حزمة شاملة من تدابير الرعاية ما قبل الولادة. وبما أن أعدادا أكبر من الحوامل في الكثير من البلدان الأفريقية يتلقين الرعاية ما قبل الولادة أكثر من تلقيهن العلاج على فترات، فمن الممكن استغلال زيارات مراكز الرعاية ما قبل الولادة لتوسيع قاعدة العلاج المضاد للملاريا وتوزيع الناموسيات. وفي نهاية المطاف، فإن النهوض بجهود مكافحة الملاريا والوقاية منها يتطلب توسيع قاعدة النظم الصحية وتحسينها لدعم التدخلات الأخرى.

٣٢ - وباستطاعة الحد من النمو السكاني عن طريق تحسين فرص الحصول على وسائل تنظيم الأسرة أن يُخفّض تكاليف مكافحة الملاريا. ويمكن الحد من تكاليف توفير الناموسيات وصيانتها في ١٦ بلدا أفريقيا بنسبة تتراوح بين ٤ و ١٩ في المائة خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٥ لو تمت تلبية الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة^(٣٧).

جيم - مكافحة وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

٣٣ - كان برنامج العمل أحد الموائيق الأولى المتفق عليها دوليا التي تدعو إلى تضافر الجهود من أجل منع تفشي وباء الفيروس/الإيدز ودعم المتضررين من الداء (الفقرة ٨-٢٩ (ب)). ورغم إحراز تقدم كبير في تطوير العلاجات الناجعة للداء، فإن الوباء لا يزال واحدا من أكبر التحديات التي تواجه المجتمع الدولي. ولذلك، فإن حكومات ٨١ في المائة من البلدان المتقدمة النمو و ٩٣ في المائة من البلدان النامية تعتبر الفيروس/الإيدز شاغلا رئيسيا. ويجري اتباع استراتيجية متعددة الشعب لمكافحة الوباء، بالتركيز على الوقاية والرعاية والعلاج. والعناصر الرئيسية للاستراتيجية هي حماية الأشخاص المصابين بالفيروس من التمييز والوصم، وإنشاء هيئات تنسيق معنية بالفيروس والإيدز على الصعيد الوطني، ووضع استراتيجيات متعددة القطاعات، وإقامة شراكات مع المجتمع المدني، تشمل الأشخاص المصابين بالفيروس.

(٢٩) (World Malaria Report 2008 (Geneva, Sales No. WHO/HTM/GMP/2008.1

٣٤ - وفي عام ٢٠٠٨، كان ثمة ٣٣ مليون شخص مصابين بالفيروس، لكن الاتجاهات التقديرية تظهر إشارات تقدم مشجعة. وعلى الصعيد العالمي، استقرت النسبة المئوية للبالغين المصابين بالفيروس ابتداء من عام ٢٠٠٠، بينما تراجع عدد الإصابات الجديدة بالفيروس في العديد من البلدان. وفي ١٤ من بين ١٧ بلدا أفريقيا لديها بيانات مسحية كافية، تراجع النسبة المئوية للحوامل ما بين سن ١٥ و ٢٤ المصابات بالإيدز منذ الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠١، وفي ٧ بلدان، بلغت النسبة المئوية لتراجع الإصابات في صفوف النساء ما بين سن ١٥ و ٢٤ ما يعادل أو يزيد على نسبة ٢٥ في المائة التي دعا إليها إعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)^(٣٠).

٣٥ - وشددت الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج العمل^(٣٣) في الفقرة ٦٨ على أوجه التكامل الممكنة بين الوقاية من الفيروس والصحة الإنجابية بدعوتها الحكومات "أن تكفل إدماج الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا والإيدز والخدمات المرتبطة بها لتصبح جزءا لا يتجزأ من برامج الصحة التناسلية والجنسية على مستوى الرعاية الصحية الأولية". وأول تعامل لمعظم النساء في البلدان النامية مع النظام الصحي يكون بمناسبة التماسهن للرعاية ما قبل الولادة أو طلبهن لخدمات تنظيم الأسرة. وتتيح هذه المناسبة فرصة قيمة لتزويد النساء بالمعلومات والمشورة المتعلقين بكيفية الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. وبما أن منع انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل يشكل أولوية، فمن اللازم أن تتضمن الرعاية ما قبل الولادة خدمات الفحص والاستشارة الطوعيين لتحديد النساء اللائي يحتجن العلاج، وأن تتضمن كذلك وسائل توجيه النساء المصابات بالفيروس وأسرهن إلى الدوائر التي تقدم الرعاية والعلاج والدعم. ورغم إحراز تقدم كبير في توسيع قاعدة علاج الحوامل المصابات بالفيروس لمنع انتقال الفيروس من الأمهات إلى الأطفال، فلم يتلق العلاج الضروري بمضادات الفيروسات الرجعية في عام ٢٠٠٧، سوى ٣٣ في المائة من أولئك النساء. وكشفت دراسة شملت ٥١ بلدا من البلدان المتضررة من الوباء أن ٨ بلدان فقط هي البرازيل وبنين وبوتسوانا وبوركينا فاسو وجنوب أفريقيا ورواندا وسوازيلند وكينيا تسير على الطريق الصحيح لتحقيق تغطية بنسبة ٨٠ في المائة من الحوامل المصابات بالفيروس بحلول عام ٢٠١٠^(٣٤)، على نحو ما دعت إليه الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز عام ٢٠٠١.

٣٦ - ونظرا لدرجة التداخل الكبيرة بين السكان المعرضين لخطر الحمل غير المرغوب فيه والسكان المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس، بإمكان برامج تخطيط الأسرة أن تساهم في الحد

(٣٠) برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، تقرير عن انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) في العالم، ٢٠٠٨، (جنيف، ٢٠٠٨).

من خطر الإصابة. وعلاوة على ذلك، فعندما تكون النساء مصابات فعلا بالفيروس، فإن تنظيم الأسرة يمكن أن يساعدهن على تفادي الحمل غير المرغوب فيه. واستنتج تحليل للأثر المترتب على تنظيم الأسرة في منع الحمل غير المرغوب فيه في صفوف النساء المصابات بالفيروس أن تنظيم الأسرة وسيلة فعالة من حيث التكاليف في الحد من تفشي الإصابة بالفيروس بين الأطفال أكثر من تقديم العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية للحوامل المصابات بالفيروس^(٣١).

٣٧ - وتسارعت وتيرة توسيع نطاق شمول العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية، لكن، مع ذلك، لم يتلق العلاج في عام ٢٠٠٧، سوى ثلاثة ملايين شخص من أصل ٩,٧ ملايين شخص في البلدان النامية ممن يحتاجون إلى العلاج. وعلاوة على ذلك، لا يزال يتعين القيام بالكثير لمنع تفشي الفيروس. وفي البلدان التي أجرت المسوح الضرورية، فإن من يفهمون كيفية انتقال الفيروس وكيفية الوقاية من الإصابة لا يتجاوزون في أحسن الأحوال نسبة ٤٠ في المائة من الرجال و ٣٦ في المائة من النساء ما بين سن ١٥ و ٢٤ سنة، وهي مستويات تقل بكثير عن النسبة المتوخاة وهي ٩٥ في المائة. كذلك، فإن الفئات المعرضة بصفة خاصة للإصابة لا تزال تفتقر إلى الفرص الكافية للحصول على خدمات الوقاية من الفيروس.

دال - الحد من الوفيات النفاسية

٣٨ - يدعو برنامج العمل البلدان إلى تخفيض الوفيات النفاسية بمقدار النصف بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠، وتخفيضها بعد ذلك بمقدار النصف بحلول عام ٢٠١٥ (الفقرة ٨-٢١)، وهو ما يعني تخفيضا إجماليا بنسبة ٧٥ في المائة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٥، على نحو ما نص عليه الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية. ولتحقيق هذا الهدف، من اللازم وضع استراتيجية متعددة المحاور. ويمكن زيادة احتمال بقاء المرأة على طول حياتها الإنجابية عن طريق تخفيض عدد مرات الحمل. وينبغي اتخاذ تدابير للحد من مخاطر المضاعفات أثناء الحمل والولادة وتحسين فرص الحصول على خدمات رعاية التوليد، لضمان التقليل إلى أدنى حد من خطر الوفاة أثناء الولادة، في حالة ما إذا حدثت مضاعفات أثناء الوضع. وإضافة إلى ذلك، فمن اللازم أيضا توفير المساعدة الصحية التي يقدمها موظفون مدربون لإدارة المضاعفات في حالة الإجهاض وإتاحة المشورة والتنظيف ووسائل تنظيم الأسرة في مرحلة ما بعد الإجهاض، من أجل منع تكرار الإجهاض. وأخيرا، فإن تأخير سن الزواج ومنع الحمل في صفوف الشابات الصغيرات السن يقلل من خطر الوفيات النفاسية، شأنه شأن استراتيجيات الوقاية من تعرضهن لفيروس نقص المناعة البشرية.

(٣١) Heidi W. Reynolds et al., "The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 33, No. 6, 2006, pp.350-356.

٣٩ - وثمة نقص في البيانات الموثوقة لتقييم مستويات واتجاهات الوفيات النفاسية، لا سيما في البلدان النامية، حيث يرتفع معدل الوفيات النفاسية. وتشير التقديرات إلى أن ٥٣٦ ٠٠٠ امرأة قد توفيت في عام ٢٠٠٥ لأسباب تتعلق بالنفاس، بينهم ٩٩ في المائة توفين في البلدان النامية^(٣٢) وفي ١٤ بلدا، معظمها من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، كانت الوفيات النفاسية أعلى من ١ ٠٠٠ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي. وبينما كان متوسط الوفيات النفاسية في المناطق الأقل نموا يقدر بـ ٤٥٠ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في عام ٢٠٠٥، بلغ متوسط تلك الوفيات في المناطق الأكثر نموا ١١ وفاة (انظر الجدول ٦). وشهدت أفريقيا أعلى معدل للوفيات النفاسية، إذ بلغ ٨٢٠ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود.

الجدول ٦

الوفيات النفاسية حسب المناطق الرئيسية، ١٩٩٠-٢٠٠٥

المنطقة الرئيسية	الوفيات النفاسية (الوفيات لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي)		متوسط معدلات الانخفاض السنوية (النسبة المئوية)	
	١٩٩٠	٢٠٠٥	المحقق	المطلوب
	١٩٩٠	٢٠٠٥	١٩٩٠-٢٠٠٥	٢٠٠٥-٢٠١٥
على الصعيد العالمي	٤٣٠	٤٠٠	٠.٥	١٣.١
المناطق الأكثر نموا	١٧	١١	٢.٩	٩.٥
المناطق الأقل نموا	٤٨٠	٤٥٠	٠.٤	١٣.٢
أقل البلدان نموا	٩٠٠	٨٧٠	٠.٢	١٣.٥
بلدان أخرى أقل نموا	٣٨٠	٣١٠	١.٤	١١.٨
أفريقيا	٨٣٠	٨٢٠	٠.١	١٣.٧
آسيا	٤٠٠	٣٢٠	١.٥	١١.٦
أوروبا	٢٣	١٣	٣.٨	٨.٢
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١٨٠	١٣٠	٢.٢	١٠.٦
أمريكا الشمالية	٨	١٠	١.٥ -	١٦.١
أوقيانوسيا	٢١٠	١٨٠	١.٠	١٢.٣

المصدر: الوفيات النفاسية في عام ٢٠٠٥ (منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠٠٧).

ملاحظة: تقديرات عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٥ مبنية على نفس المنهجية. وتم حساب معدلات الانخفاض استنادا إلى تلك التقديرات.

(٣٢) الوفيات النفاسية في عام ٢٠٠٥: منظمة الصحة العالمية، واليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي، (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٧).

٤٠ - ولم يُحرز سوى تقدم ضئيل في الحد من الوفيات النفاسية في البلدان النامية. وبين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٥، تراجعت الوفيات النفاسية في المناطق الأقل نمواً بنسبة ٠,٤ في المائة سنوياً، وهو ما يقل بكثير عن النسبة المئوية ١٣ المطلوبة لتحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية. وفي أفريقيا، ظلت الوفيات النفاسية دون تغير تقريباً. وحتى في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حيث تراجعت الوفيات النفاسية بنسبة ٢,٢ في المائة سنوياً، لا يزال هذا المعدل بعيداً عن نسبة ١٠,٦ في المائة المطلوبة لبلوغ الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية. والسبب الرئيسي لهذه التراجعات هو أن منع الوفيات النفاسية يتطلب نظاماً صحياً جيدة وقادرة على تقديم الرعاية أثناء فترة ما قبل الولادة، وعند الولادة وما بعد الولادة، وقادرة على كفاءة الحصول على خدمات التوليد الطارئة عندما تحدث مضاعفات. وتحسن النظم الصحية، تصبح زيادة فرص الحصول على قابلات مدربات خطوة أولى لمنع الوفيات النفاسية^(٣٣).

٤١ - وبما أن مدى فترة خطر الوفيات النفاسية يتوقف على عدد مرات حمل المرأة، فإن الحصول على وسائل تنظيم الأسرة التي تسمح للنساء بتجنب حالات الحمل في الوقت الخطأ أو الحمل غير المطلوب، باستطاعته أن يحد من الوفيات النفاسية^(٣٤). وهكذا، فإن نسبة تتراوح بين ٢٥ و ٤٠ بالمائة من الوفيات النفاسية يمكن القضاء عليها لو تمت الوقاية من الحمل غير المخطط له وغير المرغوب^(٣٥). ويمكن تجنب ما يقارب ٥٢ مليون حالة حمل غير مطلوب سنوياً، لو تمت تلبية الاحتياجات غير الملباة من وسائل تنظيم الأسرة، وهو ما يفضي إلى منع ١٤٢ ٠٠٠ حالة وفاة نفاسية^(٣٦). وعلاوة على ذلك، فإن تجنب الحمل غير المطلوب عن طريق وسائل منع الحمل سيؤدي إلى لجوء عدد أقل من النساء إلى الإجهاض في ظروف غير مأمونة. ويتسبب الإجهاض غير المأمون سنوياً في حوالي ١٣ بالمائة من الوفيات النفاسية، وكلها تقريباً وفيات يمكن تجنبها^(٣٧).

(٣٣) جون رودل، وآخرون: "The 30 years after Alma-Ata: Has primary health care worked in countries?" *Lancet*, vol. 372, 2008.

(٣٤) Stan Bernstein and Charlotte Juul Hansen, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. (New York, United Nations Development Programme, 2006).

(٣٥) Oona M. R. Campbell and Wendy J. Graham, "Strategies for reducing maternal mortality: Getting on with what works", *Lancet* vol. 368, 2006.

(٣٦) Michael Vlassoff and others., "Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions", *Occasional Report No. 11*, Alan Guttmacher Institute, 2004.

(٣٧) منظمة الصحة العالمية، الإجهاض غير المأمون: التقديرات العالمية والإقليمية لحالات الإجهاض غير المأمون والوفيات المرتبطة بها في عام ٢٠٠٣ (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٧).

٤٢ - وعندما تقل حالات الحمل، تنخفض تكاليف توفير خدمات الأمومة السالمة بالنسبة للنساء اللاتي يضعن حملهن. ويمكن أن يفضي النجاح في منع الحمل غير المخطط له أو غير المطلوب، في ١٦ بلدا أفريقيا، إلى تحقيق وفورات تتراوح بين ٤ و ٢١ في المائة من التكاليف التراكمية لتنفيذ برنامج للأمومة السالمة بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٥^(٢٧). وعلاوة على ذلك، فإن الوفورات المحققة من رعاية الأمومة ستتجاوز عموما ما يتكلفه توسيع نطاق برامج تنظيم الأسرة.

هاء - ضمان الصحة الإنجابية

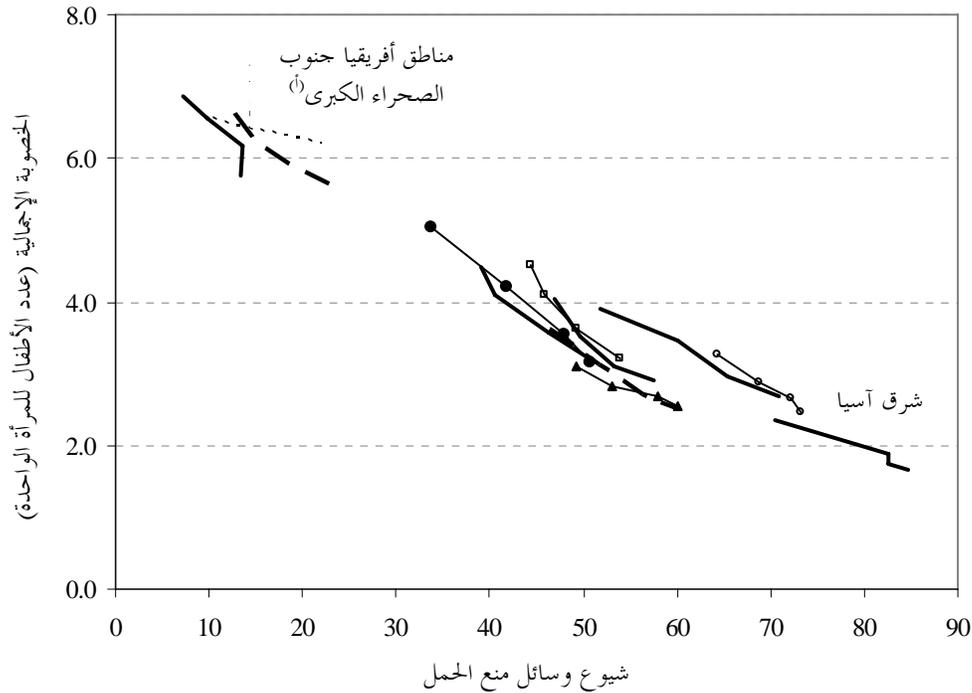
٤٣ - تعهد رؤساء الدول والحكومات أثناء مؤتمر القمة العالمي لعام ٢٠٠٥ بتحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥، معترفين بأن من شأن ذلك أن يساهم في الحد من الوفيات النفاسية، وتحسين صحة الأم، والحد من وفيات الأطفال، وتعزيز المساواة بين الجنسين، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والقضاء على الفقر. ويعرّف برنامج العمل الصحة الإنجابية بأنها حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير، ضمنا، على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة (الفقرة ٧-٢).

٤٤ - وعلى الصعيد العالمي، زادت النسبة المئوية للنساء المتزوجات أو اللاتي يعشن مع شركاء ممن يستخدمن وسائل منع الحمل وتتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و ٤٩ سنة من ٥٦ في المائة في عام ١٩٩٣ إلى ٦٣ في المائة في عام ٢٠٠٣، مما يعني أن ٧١٦ مليون امرأة استخدمن وسائل منع الحمل في عام ٢٠٠٣. كما أن مستوى شيوع وسائل منع الحمل مرتفع في كافة المناطق الرئيسية تقريبا: ٧٣ في المائة في أمريكا الشمالية و ٧١ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، و ٦٨ في المائة في آسيا وأوروبا و ٦٠ في المائة في شمال أفريقيا (باستثناء السودان). بيد أن مستويات الاستخدام متدنية جدا في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (٢٢ في المائة) والمناطق النامية في أوقيانوسيا (٢٧ في المائة). وأخفقت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، على وجه التحديد، في تحقيق مستويات منع الحمل المتوقعة في عام ١٩٩٤ (٣١ في المائة)، التي استرشدت بها توصيات برنامج العمل المتعلقة بالتمويل. وعلاوة على ذلك، فإن مستوى شيوع وسائل منع الحمل في ٦٠ في المائة من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى الـ ٤٧ التي لديها البيانات المطلوبة يظل دون ٢٥ في المائة. ويتسم مستوى شيوع وسائل منع الحمل بالانخفاض على نحو استثنائي

في شرق أفريقيا ووسط أفريقيا وغرب أفريقيا، حيث لا تزال الخصوبة أكثر بكثير من ٥ أطفال لكل امرأة (انظر الشكل الثالث). وبالفعل، فإن شيوع وسائل منع الحمل يتناسب طرذا مع الخصوبة الإجمالية، حيث شهدت معظم البلدان التي زادت فيها مستويات شيوع استخدام وسائل منع الحمل تراجعاً في الخصوبة.

الشكل الثالث

الخصوبة الإجمالية مقابل شيوع وسائل منع الحمل في المناطق النامية، ١٩٨٥-٢٠٠٥



المصدر: World Contraceptive Use 2007 (United Nations publication, Sales No. E.08.XIII.6)

(أ) شرق أفريقيا ووسط أفريقيا وغرب أفريقيا فقط.

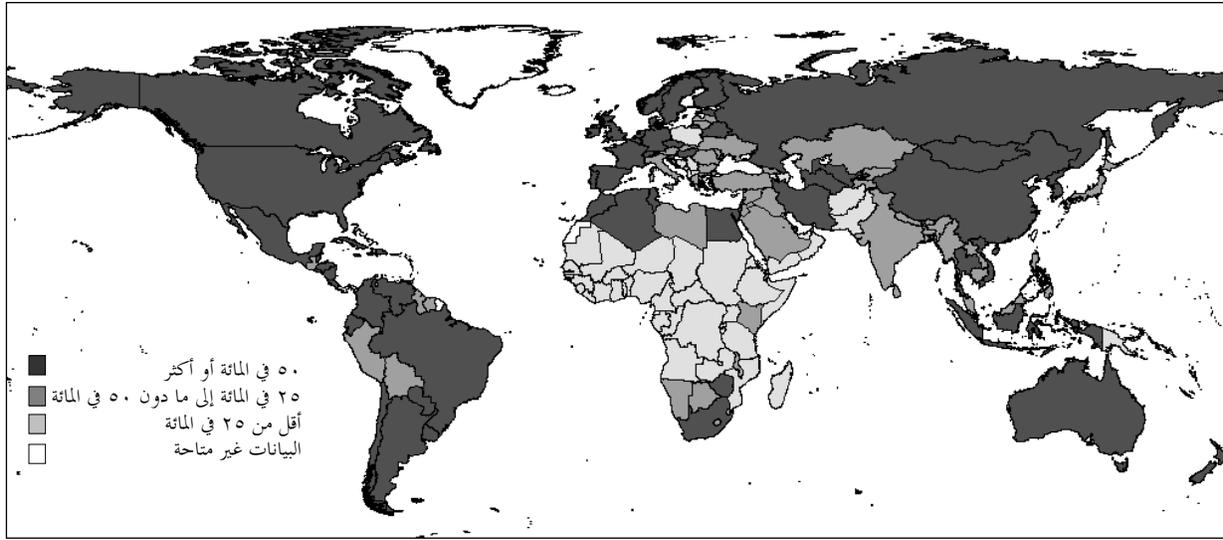
٤٥ - تشكل أساليب منع الحمل الحديثة^(٣٨) معظم وسائل منع الحمل المستخدمة على الصعيد العالمي. وفي عام ٢٠٠٣، اعتمدت نسبة ٥٦ في المائة من النساء المتزوجات أو المقترنات ممن تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة على أساليب منع الحمل الحديثة، وهو ما يمثل ارتفاعاً مقارناً بنسبة ٥٠ في المائة في عام ١٩٩٣. وتجاوزت نسبة استخدام

(٣٨) تشمل أساليب منع الحمل الحديثة تعقيم (الإناث أو الذكور)؛ والأقراص الهرمونية، الحقن أو المزروعة؛ والأجهزة المزروعة في الرحم؛ والرفالات والعوازل المهبلية.

أساليب منع الحمل الحديثة ٥٠ في المائة في معظم بلدان الأمريكيتين وآسيا وأوروبا (انظر الشكل الرابع)، لكنها كانت متدنية جدا إلى مستوى ١٥ في المائة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى و ٢١ في المائة في المناطق النامية في أوقيانوسيا. واستخدام أساليب منع الحمل التقليدية^(٣٩)، التي لا تنسم عادة بالفعالية في منع الحمل، مرتفع نسبيا في أوروبا الشرقية ووسط أفريقيا وغرب أفريقيا. ويقدر ارتفاع مستوى شيوع الأساليب التقليدية نتيجة لقيود تعيق الحصول على الأساليب الحديثة، فإن بذل جهود لتحسين فرص الحصول على الأساليب الحديثة وتيسير تكاليفها يظل أمرا ضروريا لكفالة حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية.

الشكل الرابع

النسبة المئوية للنساء المتزوجات أو اللاتي يعشن مع شركاء ممن يستخدمن وسيلة لمنع الحمل وتتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة، في عام ٢٠٠٥



المصدر: World Contraceptive Use 2007 (United Nations publication, Sales No. E.08.XIII.6).

٤٦ - رغم ما تحقق حتى الآن من معدل عال في مجال استخدام وسائل منع الحمل، فلا يزال ثمة ما يقدر بـ ١٠٦ ملايين امرأة متزوجة في البلدان النامية بحاجة إلى وسائل تنظيم

(٣٩) وتشمل الأساليب التقليدية الامتناع والعزل والرضاعة الثديية واستخدام الدش المهبلية ومختلف الطرق الشعبية.

الأسرة^(٤٠)، بينهن ٦٦ مليون امرأة في آسيا و ٣٠ مليون امرأة في أفريقيا، و ١٠ ملايين امرأة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي الهند وحدها، هناك ٢٧ مليون امرأة متزوجة بحاجة إلى وسائل منع الحمل. ومن بين البلدان الأخرى التي تشمل أعدادا مرتفعة من النساء المتزوجات اللاتي بحاجة إلى وسائل منع الحمل، هناك باكستان بأكثر من ٨ ملايين امرأة، وإثيوبيا وإندونيسيا وبنغلاديش ونيجيريا بما يزيد على ٣ ملايين امرأة في كل واحدة منها. ومن حيث الأعداد النسبية، فإن الاحتياجات غير الملباة تبلغ أعلى مستوى لها في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (انظر الجدول ٧) وفي أقل البلدان نموا. ولا يزال حوالي ربع بلدان أفريقيا التي تتوفر بيانات عنها لديها احتياجات غير ملباة تتجاوز نسبة ٣٠ في المائة، بينما تتراوح المستويات بين ٢٠ و ٣٠ في المائة في نصف البلدان الأفريقية. وعلى النقيض من ذلك، فقد سجلت غالبية بلدان آسيا وأوروبا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، التي تتوفر لديها البيانات المطلوبة، مستويات دون ٢٠ في المائة. والاستثناءات من ذلك الإنجاز محصورة أساسا في أقل البلدان نموا في تلك المناطق الرئيسية، ومنها جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وكمبوديا ونيبال وهايتي واليمن، التي سجلت كلها مستويات تزيد على ٢٥ في المائة، وأذربيجان وباكستان وبلغاريا وبليز وبوليفيا وغواتيمالا التي تتراوح نسب احتياجاتها غير الملباة بين ٢٠ و ٣٠ في المائة.

الجدول ٧

اتجاهات الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة في المناطق النامية، ١٩٩٥ و ٢٠٠٥

التراجع السنوي (النقاط المئوية)	الاحتياجات غير الملباة (النسبة المئوية)		
	٢٠٠٥	١٩٩٥	
٠,٥٩	١٠,٤	١٦,٣	شمال أفريقيا
٠,١٦	٢٤,١	٢٥,٧	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
٠,١٧	١١,١	١٢,٨	جنوب شرق آسيا
٠,٤٣	١٤,٨	١٩,١	جنوب آسيا
٠,٤٢	١٢,٢	١٦,٤	غربي آسيا
٠,١٩	١٠,٥	١٢,٤	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

المصدر: تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠٠٨ (نيويورك، الأمم المتحدة، ٢٠٠٨).
ملاحظة: هذه المناطق تتفق مع توزيع المناطق المستخدم للإبلاغ عن غايات الأهداف الإنمائية للألفية.

(٤٠) النساء المحتاجات إلى وسائل منع الحمل هن النساء القادرات على الإنجاب والنشاطات جنسياً اللاتي لا يستخدمن أية وسيلة لمنع الحمل، ويقُلن إنهن لا يردن إنجاب مزيد من الأطفال أو يرغبن بالأحرى في تأجيل الحمل المقبل. وقياس الاحتياجات غير الملباة هو مؤشر قوي للطلب الإضافي على موانع الحمل لأنه يعكس الفجوة بين النوايا الإنجابية وسلوك منع الحمل.

٤٧ - وقد اتسمت الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة بالتراجع عموماً منذ عام ١٩٩٠، ويعزى ذلك جزئياً إلى تضافر جهود الحكومات والمجتمع الدولي لإتاحة أساليب منع الحمل الحديثة على نطاق أوسع. وتحققت معدلات تراجع كبيرة في شمال أفريقيا وجنوب آسيا وغربي آسيا (انظر الجدول ٧). وكان متوسط معدلات التراجع السنوي أبطأ في جنوب شرق آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ويعزى ذلك في جانب منه لكون المنطقتين قد حققنا فعلاً مستويات احتياجات غير ملباة معتدلة بحلول عام ١٩٩٥. وسُجل أبطأ معدل تراجع في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث ظلت مستويات الاحتياجات غير الملباة مرتفعة. بل إن الاحتياجات غير الملباة قد زادت في أربعة بلدان من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، هي أوغندا وبنن وتشاد ومالي.

٤٨ - وبينما اتسمت الاحتياجات غير الملباة بالتراجع عموماً، زاد في معظم البلدان إجمالي الطلب على وسائل تنظيم الأسرة، وهو مجموع الاحتياجات غير الملباة زائداً المستويات الراهنة لاستخدام موانع الحمل. وتسارعت وتيرة الزيادة بوجه خاص في شرق آسيا وجنوب آسيا الوسطى، محققة في المتوسط نقطة مئوية واحدة في السنة. وبالمقارنة، فقد اتسمت الزيادة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بالاعتدال محققة ٠,٦ في المائة سنوياً، رغم تسجيل زيادات سريعة في الطلب في بلدان بعينها من بلدان المنطقة. وهكذا، فقد شهدت أوغندا وزامبيا وموزامبيق وناميبيا زيادة في الطلب بأكثر من ١,٥ في المائة سنوياً. ومع ذلك، فإن إجمالي الطلب على وسائل تنظيم الأسرة يظل متدنياً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، دون ٥٠ في المائة، لا سيما بالمقارنة بإجمالي الطلب المحقق في كل من شمال أفريقيا (٦٥ في المائة) وآسيا (٧٥ في المائة) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (٨٠ في المائة). وإضافة إلى ذلك، فإن ٥٩ في المائة أو أكثر من الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة في ٧٩ في المائة من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التي لديها البيانات المطلوبة وعددها ٣٦ بلداً، ناشئة عن رغبة النساء في تأخير الحمل التالي، وليس رغبتهن في عدم الإنجاب جملة وتفصيلاً. وعلى النقيض من ذلك، فإن غالبية الاحتياجات غير الملباة في البلدان النامية الأخرى وعددها ٤٤، مرتبطة برغبة النساء في عدم الإنجاب. ولا ترتبط نسبة ٥٥ في المائة أو أكثر من الاحتياجات غير الملباة برغبة النساء في تأجيل الحمل المقبل إلا في أربعة بلدان فقط خارج منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، هي ألبانيا وتيمور - ليشتي والجمهورية الدومينيكية وغواتيمالا.

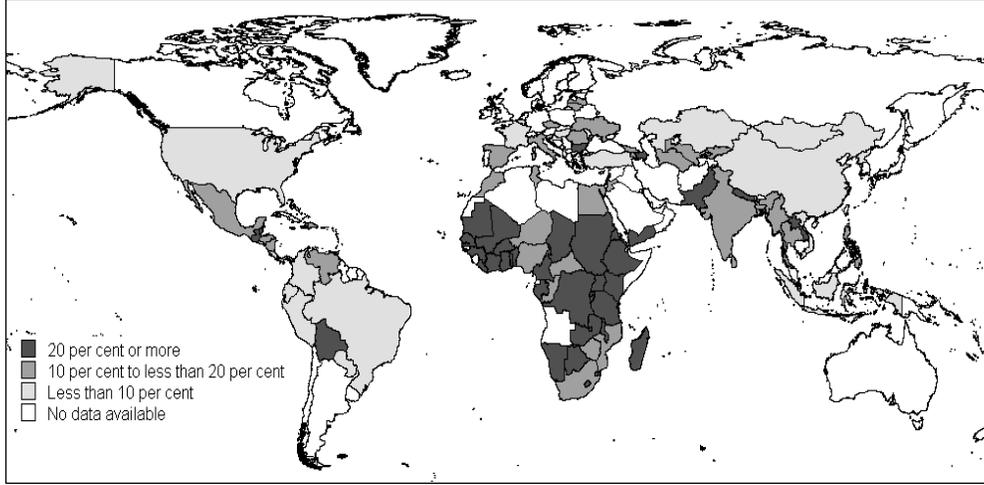
٤٩ - وخلال الانتقال من الخصوبة العالية إلى الخصوبة المنخفضة، تكون الاحتياجات غير الملباة في مجال وسائل تنظيم الأسرة منخفضة أولاً، عندما تكون الأسرة الكبيرة هي المعيار السائد، وتزيد كلما بدأت الخصوبة في التراجع، ثم تعود إلى الانخفاض عند تحقيق خصوبة متدنية. وبما أن الخصوبة قد بدأت في التراجع في معظم البلدان المتأخرة في المسيرة الانتقالية، فمن المرجح أن تكون مستويات الاحتياجات غير الملباة عالية في البلدان ذات الخصوبة المرتفعة. وتؤكد البيانات المتاحة هذا التوقع: من بين البلدان الـ ٢٨ التي لديها بيانات عن الاحتياجات غير الملباة لعام ٢٠٠٠ أو ما بعده وخصوبة إجمالية لا تقل عن ٤ أطفال لكل امرأة، سجلت ٨٢ في المائة منها مستويات احتياجات غير ملباة فوق ٢٠ بالمائة. ومن شأن تلبية الاحتياجات في مجال وسائل تنظيم الأسرة أن يُعجّل بالانتقال إلى خصوبة أدنى في هذه البلدان.

٥٠ - وتواجه النساء عراقل عديدة تعوق تلبية احتياجاتهن غير الملباة في مجال وسائل تنظيم الأسرة. وعلى سبيل المثال، ذكرت نسبة تتراوح بين ١٠ و ١٩ في المائة من النساء في إثيوبيا وأوغندا وبنن وبوركينا فاسو وبيرو ومالي وموزامبيق ونيبال أن الافتقار إلى الخدمات أو صعوبة الحصول عليها تشكل السبب الرئيسي لعدم استخدام موانع الحمل. وشكل نقص التوعية والمعلومات بشأن أساليب تنظيم الأسرة سببا آخر شائعا لعدم استخدامها، على نحو ما أفادت به نسبة تتراوح بين ١٠ و ١٥ في المائة من النساء اللاتي بحاجة إلى وسائل منع الحمل في سبعة بلدان أفريقية وفي بوليفيا. وأشارت نساء أيضا، وإن يكن بنسب أقل، إلى ارتفاع تكلفة وسائل منع الحمل (وسجلت بوركينا فاسو أعلى نسبة منهن، وهي ١٢ في المائة).

٥١ - وشكلت الجهود الحكومية المبذولة لإتاحة وسائل تنظيم الأسرة وأساليب منع الحمل الحديثة محّدا مهما من محددات السلوك الإنجابي. وشهدت جهود الدعم هاته ارتفاعا مطردا في البلدان النامية. وفي عام ٢٠٠٧، قدمت ٨٦ في المائة من البلدان النامية دعما مباشرا لوسائل تنظيم الأسرة، بعد أن كانت نسبة تلك البلدان ٨٢ في المائة في عام ١٩٩٦^(١٣). وينطوي الدعم المباشر على تقديم الخدمات عن طريق المرافق التي تديرها الحكومات، بما في ذلك المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية، أو عن طريق العاملين الميدانيين الموفدين من الحكومة. وفي البلدان المتقدمة النمو التي يشيع فيها القلق إزاء تدني مستوى الخصوبة، شهد الدعم المباشر لتيسير الحصول على أساليب منع الحمل الحديثة تراجعا. ففي عام ٢٠٠٧، قدمت نسبة ٣٩ في المائة من حكومات البلدان المتقدمة النمو مثل هذا الدعم، وهو تراجع مقارنة بنسبتها في عام ١٩٩٦، وهي ٥٨ في المائة.

الشكل الخامس

النسبة المئوية للنساء المتزوجات أو اللاتي يعشن مع شركاء ممن تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة ولديهن احتياجات غير ملبأة في مجال وسائل تنظيم الأسرة



المصدر: World Contraceptive Use 2007 (United Nations publication, Sales No. E.08.XIII.6)

خامسا - تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

٥٢ - يدعو كل من برنامج العمل وإعلان الألفية إلى تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، اعترافاً بأن المسألتين تمثلان مدخلا رئيسيا لمكافحة الفقر والجوع والمرض، وتحقيق التنمية المستدامة. ووضع برنامج العمل خطة واسعة للنهوض بوضع المرأة، مؤكداً على أهمية زيادة المشاركة المتكافئة للمرأة وتمثيلها المنصف على جميع مستويات العملية السياسية؛ وتحسين قدرة المرأة على الكسب من مهن مختلفة حتى تحقق الاعتماد على نفسها اقتصادياً، وكفالة إمكانية وصول المرأة على قدم المساواة إلى سوق العمالة ونظم الضمان الاجتماعي، وكفالة قدرة المرأة على شراء الممتلكات والأراضي وحيازتها وبيعها على قدم المساواة مع الرجل، والحصول على القروض والتفاوض بشأن العقود باسمها ونيابة عن نفسها وممارسة حقوقها في الميراث (الفقرتان ٤-٤ و ٤-٦).

٥٣ - ويشدد برنامج العمل أيضاً على أن التعليم هو وسيلة من أهم وسائل تمكين المرأة بإكسابها ما يلزم من معارف ومهارات للمشاركة على نحو كامل في عملية التنمية (الفقرة ٤-٢). ويحث الحكومات على كفالة حصول الفتيات والشابات على التعليم الثانوي والعالي والتعليم المهني والتدريب الفني على نطاق واسع وفي مرحلة مبكرة إلى أقصى حد ممكن، وذلك لسد الفجوة بين الجنسين في المرحلتين الأساسية والثانوية من التعليم بحلول

عام ٢٠٠٥ (الفقرة ١١-٨)، وهي أهداف تتماشى وغاية القضاء على التفاوت بين الجنسين في التعليم الأساسي والثانوي بحلول عام ٢٠١٥ في إطار الهدف ٣ من الأهداف الإنمائية للألفية. وتم إحراز تقدم مهم في سبيل سد تلك الفجوات. ففي الفترة بين ٢٠٠٠ و ٢٠٠٦، زاد مستوى قيد البنات بالمدارس الابتدائية أكثر من مستوى قيد البنين في كافة المناطق النامية، فيما حقق ثلثا البلدان المتقدمة النمو المساواة بين الجنسين في التعليم الابتدائي. بيد أن البنات لا يزلن يشكلن ٥٥ في المائة من الأطفال غير الملحقين بالمدارس في البلدان النامية، كما أن قيد البنات في المدارس الابتدائية في كل من شمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأوقيانوسيا وغربي آسيا لا يزال دون مستوى قيد البنين^(٤١) وتوسع أوجه التفاوت تلك بالنسبة لمستويات القيد في التعليم الثانوي: ففي تلك المناطق الأربع، تتفاوت نسبة قيد البنات في التعليم الثانوي إلى نسبة قيد البنين به ما بين ٨٠ و ٨٨ في المائة، أي أنها لا تزال تقل بكثير عن الهدف المتوخى وهو ١٠٠ في المائة.

٥٤ - ويكتسي تأخير الزواج وبدء الحمل أهمية بالنسبة لكفالة بقاء الفتيات والشابات في المدارس أطول مدة ممكنة لاكتساب المهارات اللازمة لتحسين فرصهن في سوق العمل. وهكذا، فقد أظهرت دراسة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي أنه سيكون من الممكن تحقيق زيادات مهمة في قيد المراهقات بالمدارس الثانوية لو تم تفادي الانقطاع عن الدراسة بسبب الحمل^(٤٢). ويشكل الحد من خصوبة المراهقين هدفا رئيسيا للحكومات: فمن بين ١٨٥ حكومة أبدت رأيها في المسألة، أعربت ٩١ حكومة عن القلق إزاء مستوى خصوبة المراهقين، وبينها كافة حكومات بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تقريبا ومعظم حكومات أفريقيا. وفضلا عن ذلك، فإن ٨٠ في المائة من الحكومات لديها سياسات وبرامج لمعالجة خصوبة المراهقين. ورغم هذا الالتزام، فإن مستويات تخفيض خصوبة المراهقين التي تحققت في البلدان النامية بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠ لم تتكرر في الفترة ما بعد عام ٢٠٠٠، وظلت خصوبة المراهقين مرتفعة في العديد من المناطق النامية، لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (١١٩ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة)، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (٧٣) وأوقيانوسيا (٦٣) و جنوب آسيا (٥٤) وغربي آسيا (٥٠). وهكذا، وحتى في المناطق التي ينخفض فيها إجمالي الخصوبة، لم تحقق خصوبة المراهقين أي تراجع يتناسب مع ذلك، مما يعزى في جانب منه إلى الزواج المبكر والمعوقات التي تحول دون حصول الشباب على وسائل تنظيم الأسرة.

(٤١) تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠٠٨ (نيويورك، الأمم المتحدة، ٢٠٠٨).

(٤٢) Parfait Eloundou-Enyegue and C. Shannon Stokes, "Teen pregnancy and gender inequality in education: A contextual hypothesis", *Demographic Research*, vol. 11, 2004.

٥٥ - ويُقر برنامج العمل بأهمية حصول جميع النساء على الرعاية الصحية الإنجابية بتكلفة ميسورة وبطريقة مقبولة ومرجحة من أجل التحكم في حياتهن الإنجابية ومواعيد حملهن لمواءمتها مع خططهن في مجالات الأسرة والتعليم والعمل. ومن ثم، فإن إعمال الحقوق الإنجابية للمرأة أمر جوهري بالنسبة لتمكينها. وهكذا، فإن برنامج العمل يشدد على ضمان "حصول النساء والرجال على ما يلزم من المعلومات والتثقيف والخدمات لبلوغ صحة جنسية جيدة وممارسة حقوقهم ومسؤولياتهم الإنجابية" (الفقرة ٧-٣٦ (ب)). ويؤكد كذلك على المسؤولية المشتركة للرجل وعلى تشجيعه على الاشتراك النشط في الأبوة المسؤولة؛ والسلوك المتعلق بالجنس والإنجاب؛ وصحة الأم والطفل في مراحل ما قبل الولادة؛ والوقاية من حالات الحمل غير المرغوب فيها وتلك التي تنطوي على مخاطر كبيرة؛ والوقاية من الأمراض التي تنقل بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية؛ والمشاركة في التصرف بدخل الأسرة والمساهمة فيه، وكذا تعليم الأطفال وصحتهم وتغذيتهم؛ والاعتراف بالقيمة المتساوية للأطفال من كلا الجنسين وتعزيز هذه القيمة (الفقرة ٤-٢٧). وعليه، فإنه يترتب على التنفيذ الكامل لبرنامج العمل تمكين المرأة في كافة مناحي الحياة وزيادة مشاركة النساء في ممارسة الحقوق والمسؤوليات الإنجابية على حد سواء.

٥٦ - ويتلزم مع هذه الأهداف مبدأ عدم التسامح مطلقاً مع العنف الجنساني الذي يعرض صحة النساء وحياتهن للخطر. والتكاليف الاجتماعية والاقتصادية التي ينطوي عليها العنف ضد المرأة باهظة. ويتفشى العنف الجنساني أكثر ما يتفشى في المجتمعات التي لديها معايير جنسانية تقيّد استقلال المرأة، وحيث تخضع المرأة لقوانين تقييدية بشأن الطلاق والملكية والميراث. ويتلزم العنف ضد المرأة بزيادة احتمال الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والتعرض للحمل غير المرغوب فيه والتأثر بمخاطر الحمل من قبيل إسقاط الحمل وموت الأجنة وانخفاض وزن المواليد. وتفقد النساء ضحايا الاعتداء ثقتهن بأنفسهن وتتقلص فرصهن في التعليم والعمالة. ولن يؤدي القضاء على العنف الجنساني إلى القضاء على عواقبه السيئة على صحة النساء والأطفال فحسب، بل سيفضي أيضاً إلى تحسين فرص تعليم النساء ومشاركتهن في القوة العاملة.

سادسا - كفاءة الاستدامة البيئية

٥٧ - زاد سكان العالم خلال القرن العشرين بأربعة أمثال، وزاد سكان المراكز الحضرية بثلاثة عشر مثلاً. وتزامن هذا النمو والتوزيع السريع للسكان مع زيادة إجمالي الإنتاج بأربعة عشر مثلاً، وكذا تضاعف الأراضي المزروعة وزيادة المناطق المروية بخمسة أمثال

وزيادة استخدام المياه بتسعة أمثال وزيادة استهلاك الطاقة بثلاثة عشر ضعفاً^(٤٣)، مما ترتبت عليه سوية آثار في البيئة، تسببت في تغير المناخ وتدهور التربة وخسارة التنوع البيولوجي^(٤٤). ورغم أن النمو السكاني ليس إلا أحد العوامل التي تسببت في التغييرات المشهودة، فإن تخفيف سرعة النمو السكاني قد يتيح وقتاً للتكيف مع هذه التغيرات، لا سيما في البلدان المنخفضة الدخل، ويحد من الجهود اللازمة للتخفيف من آثارها السلبية. ويشكل الحد من النمو السكاني أيضاً وسيلة لكفالة تلبية احتياجات الأجيال الحالية دون المساس بقدرة الأجيال المقبلة على تلبية احتياجاتها الخاصة ها، على نحو ما دعا إليه برنامج العمل (الفقرتان ٣-٣ و ٤-٣ (أ)).

٥٨ - واستغلال الموارد الطبيعية والحصول على الطاقة أمور جوهرية بالنسبة للتنمية، لكن مشتقاتها قد أثبتت أنها مضرّة بالبيئة. وقد استنتج الفريق الحكومي الدولي المعني بتغير المناخ أن انبعاثات غازات الدفيئة، ولا سيما ثاني أكسيد الكربون مسؤولة عن تغير المناخ. وإلى وقت قريب، كانت معظم انبعاثات ثاني أكسيد الكربون تصدر من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، لكن في حدود عام ٢٠٠٥، تجاوزت انبعاثات ثاني أكسيد الكربون من بلدان غير بلدان المنظمة ما كانت تطلقه بلدان تلك المنظمة، ومن المتوقع أن تستمر البلدان الجديدة في تجاوز كميات انبعاثات بلدان المنظمة، بسبب كل من سرعة النمو الاقتصادي للاقتصادات الناشئة وارتفاع النمو السكاني في غير بلدان المنظمة^(٤٥). ومع هذا، فإن العلاقة بين النمو السكاني وتزايد انبعاثات غازات الدفيئة ليست علاقة مباشرة، كما أن سيناريوهات اتجاهات الانبعاثات في المستقبل لا تسمح بتقييم آثار العوامل السكانية بمعزل عن التغيرات الاقتصادية والتكنولوجية. وعلاوة على ذلك، فإن تغير الهياكل العمرية للسكان، وزيادة التحول الحضري وتغير حجم الأسر المعيشية عوامل تتضافر مع بعضها للتأثير في مستوى الانبعاثات^(٤٦).

(٤٣) Peter Marcotullio, "Socio-ecological systems and urban environmental transitions in the Asia-Pacific region". ورقة مقدمة إلى اجتماع فريق الخبراء التابع للأمم المتحدة المعني بتوزيع السكان والتحضر والهجرة والتنمية، نيويورك، ٢١-٢٣ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٨.

(٤٤) برنامج الأمم المتحدة للبيئة، توقعات البيئة العالمية: البيئة من أجل التنمية (التوقعات البيئية العالمية-٤).

(٤٥) World Bank, *Development and Climate Change: A Strategic Framework for the World Bank Group*. Consultation Draft 2008.

(٤٦) Brian C. O'Neill, "The role of demographics in emissions scenarios", تقرير فريق الخبراء التابع للفريق الحكومي الدولي المعني بتغير المناخ عن سيناريوهات الانبعاثات، ١٢-١٤ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٥، واشنطن العاصمة.

٥٩ - وتشكل إتاحة فرص كافية لحصول الأعداد المتزايدة من السكان على المياه شاغلا رئيسيا. فاليوم، يعيش ٢,٨ بليون نسمة في أحواض الأنهار ويعانون بدرجة ما من شح المياه^(٤٦)، كما أن المناطق التي تندر فيها المياه موجودة في كل قارة من قارات العالم. وإضافة إلى ذلك، يعيش ١,٦ بليون نسمة في مناطق يؤدي فيها الافتقار إلى رأس المال البشري والمؤسسي أو المالي إلى الحد من فرص الحصول على المياه، لا سيما في معظم أنحاء جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ورغم أن ١,٦ بليون نسمة قد حصلوا على مياه الشرب المأمونة منذ عام ١٩٩٠، فلم تحصل على تلك الفرصة سوى نسبة لا تتعدى ٥٨ في المائة من السكان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ويشير التقدم البطيء الذي أحرز حتى الآن إلى أن تلك المنطقة لن تبلغ الهدف المتمثل في تخفيض نسبة السكان الذين لا يحصلون على مياه الشرب المأمونة بمقدار النصف بحلول عام ٢٠١٥ (الهدف ٧ من الأهداف الإنمائية للألفية). وتمكنت منطقة شرق آسيا من توسيع نطاق إمدادات مياه الشرب المحسنة لتشمل ٤٠٠ مليون شخص إضافي منذ عام ١٩٩٠، ومن المتوقع أن تبلغ كافة مناطق آسيا غاية الهدف ٧ من الأهداف الإنمائية للألفية. ومع هذا، فإن نصيب الفرد من المياه العذبة المتوافرة في آسيا قد تراجع بنسبة تتراوح بين ٤٠ و ٦٠ في المائة خلال الفترة ١٩٥٥-١٩٩٠، ومن المرجح أن تعاني معظم بلدان آسيا من حالات نقص حادة في المياه بحلول عام ٢٠٢٥^(٤٧). وبما أن النمو السكاني يزيد الطلب على المياه في كافة قطاعات الاقتصاد، بما فيها الزراعة، فإن تخفيف ذلك النمو من شأنه أن يُسهل حفظ المياه والقيام بالاستثمارات الضرورية لإتاحة فرص الحصول على المياه، ويمدّد الفترة الزمنية المتاحة للتكيف مع الظروف التي ستنشأ في المستقبل.

٦٠ - وفي عام ٢٠٠٨، تجاوز عدد من يعيشون في المراكز الحضرية عدد سكان الأرياف، وسيتركز النمو السكاني في المستقبل أساسا في المناطق الحضرية من البلدان النامية. وبما أن سكان الحضر في معظم البلدان النامية لديهم فرص أفضل للحصول على الخدمات من سكان الريف، فإن الهجرة من الريف إلى المراكز الحضرية باتت تشكل وسيلة للحصول على تلك الخدمات. ومع ذلك، فقد أدى النمو السريع للمستوطنات الحضرية في بعض البلدان إلى إجهاد قدرة حكوماتها على تقديم خدمات كافية لمجموع سكان الحضر، فيما ظل عدد سكان الأحياء الفقيرة في ارتفاع، حيث يبلغ ٨٤٠ مليون نسمة، أو نسبة ٣٧ في المائة من سكان الحضر في البلدان النامية^(٤٨). ويفتقر تسعة من بين كل عشرة سكان من سكان

(٤٧) الفريق الحكومي الدولي المعني بتغير المناخ، ورقة العمل التقنية السادسة، ٢٠٠٨.

(٤٨) E/CN.5/2008/3، الفقرة ٥٤.

الأحياء الفقيرة إلى المرافق الصحية أو يعيشون في ظروف اكتظاظ. وتحسين فرص الحصول على المرافق الصحية هو عملية منخفضة التكلفة يمكن أن تنهض بحياة الملايين من الناس وبصحتهم. ومنذ عام ١٩٩٠، حصل عدد إضافي من الناس يبلغ ١,١ بليون نسمة على المرافق الصحية المحسنة في البلدان النامية، لكن لا يزال يتعين توسيع نطاق الشمول ليضم ١,٦ بليون نسمة بحلول عام ٢٠١٥، من أجل تحقيق غاية خفض نسبة الأشخاص الذين لا يحصلون على خدمات الصرف الصحي بمقدار النصف (الهدف ٧ من الأهداف الإنمائية للألفية)^(٤١). وفي المناطق الحضرية، أخفقت تحسينات المرافق الصحية في مسايرة وتيرة نمو سكان الحضر، لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ومع ذلك، فإن نسبة ٧٠ في المائة ممن لا يحصلون على مرافق صحية محسنة في العالم يعيشون في المناطق الريفية. وبناء عليه، ووفقاً لما يوصي به برنامج العمل، ”ففي حين يستلزم الأمر إدخال تحسينات هائلة على الهياكل الأساسية الحضرية والاستراتيجيات البيئية في عدد كبير من البلدان النامية لتوفير بيئة صحية لسكان الحضر، ينبغي الاضطلاع أيضاً بأنشطة مماثلة في المناطق الريفية“ (الفقرة ٩-٤).

سابعاً - الشراكة العالمية من أجل التنمية

٦١ - تنبأ برنامج العمل بنشوء الحاجة إلى تعبئة موارد مالية إضافية من المصادر المحلية والجهات المانحة على حد سواء من أجل تنفيذ البرامج المتعلقة بالسكان التي من شأنها أن تستجيب لتوصياته الأساسية. وعلى وجه التحديد، سيلزم توافر التمويل لأربعة من مكونات برامج السكان التي تركز على ما يلي: (أ) خدمات تنظيم الأسرة؛ (ب) خدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأساسية لتحسين صحة الأم؛ (ج) الوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ (د) البحوث والبيانات الأساسية عن السكان والتنمية، بما في ذلك بناء القدرات (الفقرة ١٣-١٤). ووُضعت تقديرات لتكاليف تنفيذ هذه المكونات الأربعة في البلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية (الفقرة ١٣-١٥). وكان متوقفاً أن تغطي المصادر المحلية ثلثي التكاليف فيما تغطي المصادر الخارجية الثلث المتبقي.

٦٢ - وفي الآونة الأخيرة، زادت النفقات المحلية على الأنشطة السكانية في كافة المناطق، حيث بلغت ٢٣ بليون دولار في عام ٢٠٠٦. ويُخصص حوالي ٣٠ في المائة من مجموع النفقات المحلية للوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والفيروس والإيدز وعلاجها^(٤٩)، لكن نسبة ٨٨ في المائة من النفقات المحلية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

(٤٩) انظر E/CN.5/2008/5، الفقرة ٢٢.

موجهة لبرامج الفيروس والإيدز. وزادت المساعدة التي تقدمها الجهات المانحة للأنشطة السكانية زيادة كبيرة بعد عام ٢٠٠١، في أعقاب فترة امتدت منذ عام ١٩٩٥ واتسمت بانعدام النمو في تلك المساعدة. بيد أن زيادة التمويل الذي تقدمه الجهات المانحة نتجت أساساً عن زيادة المخصصات المرصودة لعلاج الإيدز، بينما تراجع الدعم الذي تقدمه الجهات المانحة لتنظيم الأسرة. وفي الفترة بين عامي ١٩٩٦ و ٢٠٠٥، سجل نصيب الفرد من المساعدة التي تقدمها الجهات المانحة لتنظيم الأسرة تراجعاً بنسبة ٨٠ في المائة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، و ٧٠ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وزهاء ٦٥ في المائة في شمال أفريقيا وغربي آسيا، و ٤٧ في المائة في آسيا والمحيط الهادئ (انظر الشكل السادس).

٦٣ - والراجح أن الاستثمار في تنظيم الأسرة بما يسمح للمرأة بتحديد عدد الأطفال ومباعدة الولادات وفق رغبتها سيؤدي إلى الحد من الخصوبة، وسيكون فعالاً من حيث التكاليف. وهكذا، فإن إتاحة مجموعة أساسية دُنياً من خدمات الصحة تكلف ٤٥ دولاراً للفرد سنوياً، وهو ما يفوق بكثير مستوى الإنفاق الصحي الحالي في معظم البلدان المنخفضة الدخل^(٥٠). ولو تسنى الحد من الخصوبة بحلول عام ٢٠١٥ إلى المستويات المتوقعة في الصيغة البديلة الدنيا لإسقاطات الأمم المتحدة، فسينخفض سكان أقل البلدان نمواً بنسبة ٢١ مليون نسمة في عام ٢٠١٥ عن العدد المتوقع في الصيغة البديلة الوسطى^(٥١)، مما يعني تحقيق وفورات سنوية تناهز ١ بليون دولار بحلول عام ٢٠١٥.

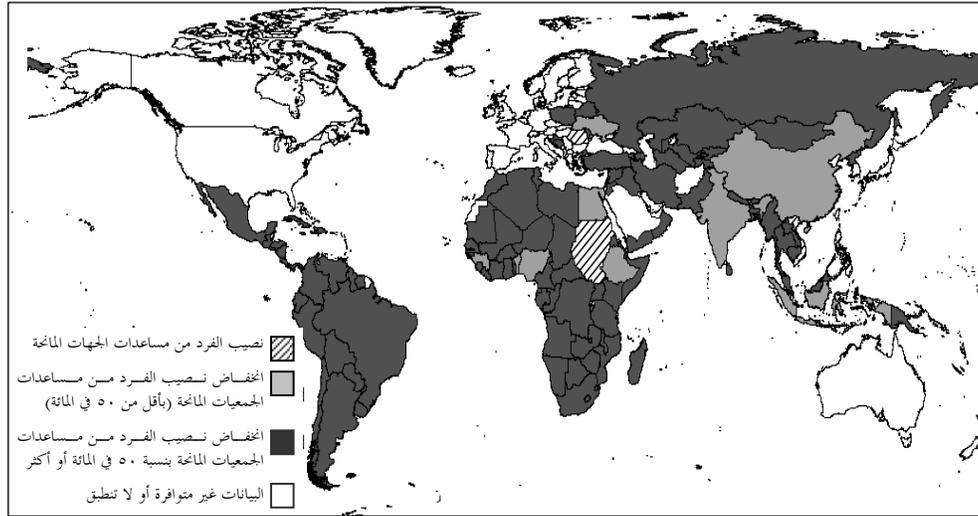
٦٤ - ورغم إعلان تعهدات جديدة بتمويل تنظيم الأسرة في الآونة الأخيرة، فإن التمويل لا يساير وتيرة ارتفاع الطلب، لا سيما في البلدان المنخفضة النمو، وهو ما لا يعرض للخطر تحقيق الصحة الإنجابية للجميع فحسب، بل أيضاً سائر الأهداف الأخرى المتعلقة بالصحة والقضايا الجنسانية والتعليم التي تتوقف كلها على بلوغ ذلك الهدف.

(٥٠) Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems, "Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health", *The Lancet*, vol. 371, 2008.

(٥١) لا تختلف الصيغتان البديلتان الوسطى والدنيا إلا في مستوى الخصوبة المتوقع. وفي عام ٢٠١٥، تبلغ الخصوبة المتوقعة بالنسبة لأقل البلدان نمواً ٣,٦٩ في المائة في إطار الصيغة البديلة الدنيا و ٤,١٥ في المائة في إطار الصيغة البديلة الدنيا، أي بفارق قدره ٠,٤٦ طفلاً لكل امرأة.

الشكل السادس

النسبة المئوية لتغير مساعدات الجهات المانحة لبرامج تنظيم الأسرة لكل امرأة يتراوح عمرها بين ١٥ و ٤٩ سنة، في الفترة من ١٩٩٦ إلى ٢٠٠٦



ثامنا - الاستنتاجات والتوصيات

٦٥ - إن من شأن التنفيذ الكامل لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أن يساهم بشكل كبير في تحقيق الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً. وبعد مرور خمس عشرة سنة على اعتماد برنامج العمل، لا تزال فجوات التنفيذ سائدة بوجه خاص في أقل البلدان نمواً ومعظم بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، مما أعاق التقدم في سبيل تحقيق الأهداف الإنمائية الجوهرية، ومنها الأهداف الإنمائية للألفية. وقد نجحت منذ السبعينيات السياسات العامة الحكومية التي يؤازرها دعم الجهات المانحة في الحؤول دون وقوع "انفجار سكاني" عالمي، لكن النمو السكاني يظل مرتفعاً في الكثير من البلدان المنخفضة الدخل. ويتسبب ارتفاع النمو السكاني بفعل استمرار ارتفاع معدلات الخصوبة في زيادة الطلب على الموارد القائمة، ويحدّ من قدرة الحكومات على التصدي للتحديات الجديدة.

٦٦ - ويُفضي تراجع الخصوبة إلى الحد من نسبة المعالين، مما يهيئ لفترة يمكن خلالها للتغير السكاني أن يُحفّز النمو الاقتصادي لو آزرته تدابير لبناء رأس المال البشري وخلق فرص العمل وزيادة الادخار وتحسين توزيع الدخل. ويمكن لتراجع مستوى الخصوبة أن يساهم أيضاً في الحد من الفقر والجوع، على الصعيد الوطني وعلى مستوى الأسر

المعيشية على حد سواء. وباستطاعة الأسر التي لديها عدد أقل من الأطفال أن تستثمر أكثر في صحة كل طفل وتغذيته وتعليمه. وتُبين حسابات تدفق الموارد الاقتصادية بين الأجيال أن البلدان التي لديها معدلات خصوبة منخفضة تُنفق على صحة الأطفال وتعليمهم أكثر بكثير من البلدان التي ترتفع فيها معدلات الخصوبة. ومن شأن تباطؤ النمو في عدد الأطفال أن يُسهّل تحقيق تعميم التعليم الابتدائي.

٦٧ - ويرتبط ارتفاع معدلات الخصوبة بوجود فقر مزمن في البلدان، نظراً لأن الفئات ذات الدخل المنخفض تكون لديها عادة زيادة طبيعية أعلى من الفئات ذات الدخل المرتفع. وبناء عليه، فإن خفض معدلات الخصوبة في الأسر المعيشية الفقيرة يمكن أن يساهم في الحد من الفقر بصورة مباشرة وغير مباشرة على حد سواء. وبالمقابل، فإن ارتفاع معدلات الخصوبة في الأوساط الفقيرة يمكن أن يسهم في توارث دوامة الفقر من جيل لآخر.

٦٨ - ويتعين على السياسات الرامية إلى معالجة الآثار المترتبة على صدمات أسعار الأغذية أن تعطي الأولوية للحماية المباشرة لأكثر فئات الناس ضعفاً، بما في ذلك النساء والأطفال. وينبغي أن تُدرج الاستجابات الطويلة الأجل للسياسات السكانية باعتبارها جزءاً من الاستجابة المنسقة للنهوض بأسباب الرزق المستدامة للجميع عن طريق مساعدة الأسر المعيشية على الحؤول دون توارث دوامة الفقر جيلاً بعد جيل.

٦٩ - ورغم إحراز تقدم في إتاحة فرص الحصول على أساليب منع الحمل الحديثة لمن يحتاجونها، فإن ١٠٦ ملايين امرأة في البلدان النامية لا تزال لديها احتياجات غير ملباة في مجال تنظيم الأسرة. ومن شأن تلبية الاحتياجات أن تساهم في الحد من الوفيات النفاسية، وتحسين صحة الأم، والحد من وفيات الأطفال، وتعزيز المساواة بين الجنسين، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والحد من الفقر. ومع هذا، فإن التمويل الموجه لتنظيم الأسرة لم يواكب وتيرة الزيادة في الطلب. ففي الفترة من ١٩٩٦ إلى ٢٠٠٥، تراجع في معظم المناطق نصيب الفرد من مساعدات الجهات المانحة الموجهة لتنظيم الأسرة. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، أدى استئراء الفيروس والإيدز إلى توجيه معظم الإنفاق المحلي على الصحة الإنجابية لعلاج الإيدز. ومن اللازم تحقيق زيادات كبيرة في كل من التمويلات المحلية والخارجية لتنظيم الأسرة إذا ما أُريد ضمان تحقيق الصحة الإنجابية للجميع بحلول عام ٢٠١٥.

٧٠ - وتؤدي الولادات وحالات الحمل المتقاربة لدى المراهقات والنساء المتقدمات في العمر إلى تعريض الأطفال لمخاطر أكبر بالوفاة. ولكي يتسنى التعجيل بالحد من وفيات

الأطفال، لا سيما في البلدان المنخفضة الدخل ذات الخصوبة العالية، من الجوهري توسيع نطاق شمول وسائل تنظيم الأسرة مع تكثيف الجهود لتوسيع نطاق التدخلات الرامية إلى تحسين صحة الطفل، وذلك لكفالة بلوغ الهدف ٤ من الأهداف الإنمائية للألفية.

٧١ - ويتوقف الحد من الوفيات النفاسية على كفالة حصول النساء على رعاية ما قبل الولادة أثناء فترة الحمل، وحصوهن على خدمات الولادة بإشراف عاملين صحيين مدربين، وعلى خدمات رعاية التوليد الطارئة في حالة حدوث مضاعفات في الولادة. ومن شأن إتاحة فرص الحصول على وسائل تنظيم الأسرة، بالسماح للنساء بتفادي الحمل في التوقيت الخطأ والحمل غير المطلوب، أن تحد من مخاطر الوفيات النفاسية التي يواجهنها في حياتهن. وعلاوة على ذلك، فإن التقليل من مرات الحمل يُخفّض إجمالي تكلفة إتاحة خدمات الأمومة السالمة للنساء اللاتي يلدن.

٧٢ - وينبغي أن تشمل خدمات رعاية ما قبل الولادة وتنظيم الأسرة إتاحة المعلومات والمشورة بشأن الفيروس والإيدز، فضلا عن الفحص الطوعي لتحديد النساء اللاتي يحتاجن للعلاج لمنع نقل الفيروس من الأم إلى الطفل. وباستطاعة وسائل تنظيم الأسرة أن تُمكن المرأة المصابة بالفيروس من تفادي حالات الحمل غير المطلوب، وأن تحدّ بالتالي من معدل تفشي الإصابة بالفيروس في صفوف الأطفال.

٧٣ - ويتعين، في البلدان التي تستوطنها الملاريا، أن تشمل رعاية ما قبل الولادة توفير العلاج المتقطع المضاد للملاريا للحوامل وتوزيع الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات. ومن شأن تحسين فرص الحصول على وسائل تنظيم الأسرة أن يحدّ، في الأجل المتوسط، من تكاليف مكافحة الملاريا عن طريق الحد من عدد الحوامل اللاتي بحاجة إلى علاج.

٧٤ - ولتحقيق المساواة والإنصاف بين الجنسين وتمكين المرأة أهميته في مكافحة الفقر والجوع والمرض وتحقيق التنمية المستدامة. والتعليم وسيلة جوهرية من وسائل تمكين المرأة بما يلزم من معارف ومهارات وثقة بالنفس كيما تشارك مشاركة كاملة في العملية الإنمائية. ويساعد تأخير الزواج وبدء الحمل على كفالة بقاء الفتيات والشابات في المدارس واكتسابهن المهارات اللازمة لتحسين فرصهن في سوق العمل. وستزيد نسبة قيد المراهقات في المدارس الثانوية زيادة أكبر لو تسنى تفادي الانقطاع عن المدرسة بسبب الحمل.

٧٥ - ومع أن العلاقة بين النمو السكاني وتزايد انبعاثات غازات الدفيئة ليست علاقة مباشرة، ورغم أنه من غير الممكن بعدُ تقييم آثار العوامل السكانية بمعزل عن التغيرات الاقتصادية والتكنولوجية، فإن الحد من النمو السكاني قد يتيح وقتا للتكيف مع تلك

التغيرات، لا سيما في البلدان المنخفضة الدخل، ويحد من الجهود اللازمة للتخفيف من آثارها السلبية.

٧٦ - ويتمثل أحد التحديات في إتاحة فرص كافية لحصول الأعداد المتزايدة من سكان العالم على المياه. وبما أن النمو السكاني يزيد الطلب على المياه في كافة قطاعات الاقتصاد، بما فيها الزراعة، فإن تخفيف ذلك النمو من شأنه أن يُسهل حفظ المياه والقيام بالاستثمارات الضرورية لإتاحة الفرص أمام أعداد أكبر من الناس في الحصول على المياه، وتوسيع نطاق شمول خدمات المرافق الصحية لتلبية الغايات المدرجة تحت الهدف ٧ من الأهداف الإنمائية للألفية.

٧٧ - ويبلغ تعداد سكان آسيا اليوم ما يزيد قليلا عن ٤ بلايين نسمة بدلا من أن يتجاوز عتبة ٦ بلايين نسمة حسبما كان متوقعا لو ظلت معدلات الخصوبة بالقارة في مستوياتها في السبعينيات، وذلك لأن ٦٨ في المائة من الآسيويات المتزوجات أو اللاتي يعشن مع شركاء ممن تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة يستعملن طريقة ما من طرائق منع الحمل. وعلى نقيض ذلك تماما، فإن معدلات انتشار موانع الحمل في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى لا تتجاوز ٢٢ في المائة، وقد فشلت في بلوغ المعدل المتواضع، ونسبته ٣١ في المائة، الذي كان متوقعا في عام ١٩٩٤، وتم استخدامه كأساس لتقدير مستوى التمويل اللازم لبلوغ الغايات والأهداف التي حددها برنامج العمل. وأوجه التفاوت هذه في التنفيذ تعوق تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وبما أنه لا يفصلنا عن موعد تحقيق تلك الأهداف سوى ست سنوات بالكاد، فمن اللازم أن تُمنح الأولوية للحد من فجوات التنفيذ تلك.