

Distr.: General
16 April 2010
Arabic
Original: English



مجلس حقوق الإنسان

الدورة الرابعة عشرة

البندان 2 و3 من جدول الأعمال

التقرير السنوي لمفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان

وتقارير مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان والأمين العام

تعزيز وحماية جميع حقوق الإنسان، المدنية والسياسية والاقتصادية

والاجتماعية والثقافية، بما فيها الحق في التنمية

تقرير مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان عن حالات الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها، وحقوق الإنسان*

موجز

تقدم هذه الدراسة عملاً بقرار مجلس حقوق الإنسان 8/11. وهي تحدد أبعاد حقوق الإنسان في الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها في الإطار القانوني الدولي الحالي. وتشمل الدراسة أيضاً لمحة عامة عن المبادرات والأنشطة المضطلع بها داخل منظومة الأمم المتحدة للتصدي لأسباب الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها، وتحدد كيف يمكن للمجلس أن يضيف قيمة إلى المبادرات القائمة من خلال تحليل لحقوق الإنسان.

* تأخر تقديم هذه الوثيقة.

GE.10-12947 (EXT)

المحتويات

الصفحة	الفقرات	الفصل
3	3-1	أولاً- مقدمة
5	7-4	ثانياً- الوفيات والأمراض النفاسية: تعريفها ونطاقها.....
		ثالثاً- أبعاد حقوق الإنسان في الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها
7	44-8	والإطار القانوني الدولي القائم.....
11	21-14	ألف - المساواة وعدم التمييز
		باء - التركيز على الحقوق: الحق في الحياة والحق في الصحة والحق
15	31-22	في التعليم والمعلومات.....
		جيم - الأخذ بنهج قائم على حقوق الإنسان تجاه الوفيات
20	44-32	والأمراض النفاسية
		رابعاً- استعراض عام للمبادرات والأنشطة المضطلع بها داخل منظومة الأمم المتحدة وخارجها
24	57 - 45	للتصدي لجميع أسباب الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها
24	49-46	ألف - إعداد المعايير والسياسات
26	56-50	باء - الخدمات
28	57	جيم - المساءلة.....
29	65-58	خامساً- الاستنتاجات والتوصيات

أولاً - مقدمة

1- يقدم هذا التقرير إلى مجلس حقوق الإنسان عملاً بالقرار 8/11، الذي طلب فيه المجلس إلى مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان (المفوضية) إعداد دراسة موضوعية بشأن الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها وحقوق الإنسان، وذلك بالتشاور مع الدول، ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، والبنك الدولي وجميع الجهات المعنية الأخرى ذات الصلة. وبغرض إثراء مضمون التقرير، أرسلت مذكرة شفوية إلى الدول ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية في 1 تشرين الأول/أكتوبر 2009 التماساً للمعلومات والملاحظات. ووردت مساهمات كتابية من 28 دولة¹، ودولة مراقبة واحدة²، و9 كيانات تابعة للأمم المتحدة ووكالات حكومية دولية³، و22 من المنظمات غير الحكومية والائتلافات وغيرها من المجموعات⁴. ويمكن الاطلاع على جميع التقارير على موقع المفوضية من الإنترنت⁵.

¹ أذربيجان وإسبانيا وأستراليا وإستونيا وألمانيا وأوكرانيا وباكستان والبحرين وبلغاريا وبيلاروس والجمهورية العربية السورية والسلفادور وسلوفاكيا وسويسرا وشيلي وصربيا والفلبين وفنلندا وكازاخستان وكندا وكوستاريكا ولاتفيا ومدغشقر ومصر والمملكة العربية السعودية والنرويج ونيوزيلندا وهنغاريا.

² الكرسي الرسولي.

³ منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو)، والوكالة الدولية للطاقة الذرية، ومنظمة العمل الدولية، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظمة الصحة العالمية.

⁴ المنظمة الكندية للعمل من أجل السكان والتنمية؛ الرابطة الأمريكية لأطباء التوليد وأمراض النساء المناهضين للإجهاض؛ منظمة العفو الدولية؛ معهد الأسرة الكاثوليكية وحقوق الإنسان؛ مركز الحقوق الإنجابية؛ جمعية البحوث المتعلقة بحقوق الإنسان وواجباته؛ معهد الدوحة الدولي للدراسات الأسرية والتنمية؛ المبادرة المصرية للحقوق الشخصية؛ اتحاد المرأة وتنظيم الأسرة - بولندا؛ منظمة رصد حقوق الإنسان؛ لجنة الحقوقيين الدولية؛ التحالف الدولي للمعوقين ومنتداه الخاص باتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛ المبادرة الدولية بشأن وفيات الأمهات وحقوق الإنسان (تتألف من 13 منظمة من منظمات المجتمع المدني: برنامج تبادلي الوفيات والإعاقة النفسانية بجامعة كولومبيا (الولايات المتحدة الأمريكية)، ومنظمة "كبير" (عالمية)، ومركز العدالة والقانون الدولي (الولايات المتحدة وأمريكا اللاتينية)، ومركز الحقوق الإنجابية (الولايات المتحدة)، وشبكة Equinet الإقليمية المعنية بالمساواة في الصحة في الجنوب الأفريقي (جنوب أفريقيا)، والمنظمة الدولية لرعاية الأسرة (الولايات المتحدة)، وجمعية الإنصاف في المجال الصحي (تيرانيا)، ومركز حقوق الإنسان بجامعة إسكس (المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية)، والشراكة الدولية المعنية بالميزانية (المكسيك)، ومؤسسة كيفينا تيل كيفينا (السويد)، ومنظمة ليكهان (الفلبين)، و"منظمة" الأطباء المناهضين لحقوق الإنسان (الولايات المتحدة)، ومنظمة ساهايوغ (الهند)؛ الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة؛ آيباس؛ آيباس - البرازيل؛ شبكة التوعية العالمية لمواطني منيسوتا المهتمين بأمر الحياة؛ منظمة ريد الوطنية لصحة المرأة وحقوقها الجنسية والإنجابية؛ الشبكة الهولندية المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية ومرض الإيدز (شيرنت)؛ جمعية حماية الجنين؛ مركز مناهضة الإجهاض بكلية القانون بجامعة سانت توماس - منيسوتا؛ تحالف الشباب من أجل الحقوق الجنسية والإنجابية.

⁵ <http://www2.ohchr.org/english/issues/women/documentation.htm>

2- وفي الفصل الثاني من التقرير، تقدم المفوضية مدخلا قصيرا إلى تعريف الوفيات والأمراض النفسانية ومدaha. وفي الفصل الثالث، يجري تحديد أبعاد الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها المتعلقة بحقوق الإنسان، مع الإشارة إلى الإطار القانوني الدولي والإقليمي القائم ذي الصلة، بما في ذلك فقه القضاء، والتعليقات العامة والتوصيات، والملاحظات الختامية لهيئات رصد معاهدات حقوق الإنسان والهيئات القضائية وشبه القضائية. أما في الفصل الرابع، فتقدم المفوضية لمحة عامة عن المبادرات والأنشطة المضطلع بها داخل منظومة الأمم المتحدة لمعالجة المسائل المتعلقة بالوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها. وأخيرا، في الفصل الخامس، تحدد كيف يمكن للمجلس أن يضيف قيمة إلى المبادرات القائمة من خلال تحليل لحقوق الإنسان، بما في ذلك الجهود الرامية إلى تحقيق الهدف الإنمائي للألفية المتعلقة بتحسين صحة الأمهات، وتوصي ببعض الخيارات لمعالجة أبعاد الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها المتعلقة بحقوق الإنسان على نحو أفضل في جميع أرجاء منظومة الأمم المتحدة.

3- وتشير التقارير التي أعدت قبل الاستعراض المقبل الذي سيجري في الاجتماع العام الرفيع المستوى للجمعية العامة في أيلول/سبتمبر 2010 (مؤتمر قمة الأهداف الإنمائية للألفية) إلى أن الهدف 5 المتعلق بتحسين صحة الأمهات، وما يرتبط به من الغايات المتعلقة بخفض نسبة الوفيات النفسانية بمقدار ثلاثة أرباع بحلول عام 2015 وتوفير سبل الحصول على خدمات الصحة الإنجابية للجميع، هو أبعد هذه الأهداف جميعا عن التحقيق⁶. ومن ثم فإن قرار مجلس حقوق الإنسان 8/11 ما كان يمكن أن يصدر في وقت أنسب للإقرار بأن الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها هي مسألة تتعلق بحقوق الإنسان وتحتد يحتاج إلى مزيد من الاهتمام.

ثانيا - الوفيات والأمراض النفسانية: تعريفها ونطاقها

4- تعرّف منظمة الصحة العالمية الوفيات النفسانية على النحو التالي: "وفاة امرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوما من انتهائه... لأي سبب مرتبط بالحمل أو بإدارته أو يتفاقم

⁶ ثريا أحمد عبيد (اصندوق الأمم المتحدة للسكان)، "الاستراتيجيات الناجحة لصحة المرأة وحقوقها: تحقيق الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية"، الخطاب الرئيسي أمام الوكالة السويدية للتنمية الدولية، 22 أيار/مايو 2008 (Thoraya Ahmed Obaid (UNFPA), "Successful strategies for women's health and rights: achieving MDG 5"; مارغريت تشان (منظمة الصحة العالمية)، "ملاحظات افتتاحية في مؤتمر المائدة المستديرة مع القيادات النسائية بشأن الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية"، 25 أيلول/سبتمبر 2008 (Margaret Chan (WHO), "Opening remarks at the roundtable with women leaders on MDG 5", الموقع www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/speech/en/index.html. انظر أيضا تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2009 (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.09.I.12)، الصفحة 27 (The Millennium Development Goals Report 2009).

بسببهما، ولكن ليس لأسباب عارضة أو عرضية"⁷. ويعرّف المرض النفاسي، بدوره، بأنه "حالة خارج نطاق الحمل الطبيعي والمخاض والولادة، تؤثر سلباً على صحة المرأة خلال تلك الأوقات"⁸.

5- رغم وجود تعاريف موحدة للوفيات النفاسية وأسبابها، يصعب قياس مستويات الوفيات النفاسية بدقة لثلاثة أسباب رئيسية: (أ) من الصعب تحديد الوفيات النفاسية؛ (ب) قد لا تكون حالة المرأة من حيث الحمل معروفة؛ و (ج) في السياقات القطرية التي لا توجد بها شهادة طبية لسبب الوفاة، من الصعب وصف وفيات الإناث بدقة بأنها وفيات نفاسية⁹. ورغم أن تحديث الإحصاءات عملية تستغرق وقتاً طويلاً، يجري في الوقت الراهن إعداد إحصاءات عالمية جديدة في سياق مؤتمر قمة الأهداف الإنمائية للألفية المقبل لعام 2010 لقياس الجهود الدولية الرامية إلى تحقيق هذه الأهداف، بما في ذلك الهدف المتعلق بتحسين الصحة النفاسية. وإلى أن يتم ذلك، يبلغ عدد الوفيات النفاسية التي تحدث سنوياً، وفقاً لأحدث التقديرات الرسمية، أكثر من نصف مليون حالة وفاة على مستوى العالم. وهذا يترجم إلى خطر تعرض للوفاة النفاسية في حياة المرأة البالغة (احتمال أن تتوفى أنثى عمرها 15 عاماً في النهاية لسبب نفاسي) نسبته 1 إلى 92 بالنسبة للنساء على نطاق العالم¹⁰. وفي بعض البلدان، ترتفع نسبة خطر الوفاة النفاسية لتبلغ 1 من كل 7¹¹. وفي الوقت ذاته، تشير التقديرات إلى وجود 20 امرأة تعانين من إصابات أو عدوى أو أمراض مرتبطة بالحمل في مقابل كل وفاة نفاسية، أي ما يقرب من 10 ملايين امرأة. وفي بعض الحالات، يمكن أن تنجم عن ذلك إعاقات طويلة الأمد (مثل هبوط الرحم أو العقم أو ناسور الولادة أو سلس البول)¹². وينطوي الحمل والولادة، لعدة أسباب، على ارتفاع المخاطر بالنسبة لصغار

⁷ منظمة الصحة العالمية، التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة، التنقيح العاشر، المجلد 2، الدليل الإرشادي، الطبعة الثانية، (جنيف، 2004)، الصفحة 141. (WHO, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision).

⁸ س.أ. أورشان، التمريض المتعلق بالأمومة والوليد وصحة المرأة: العناية الشاملة مدى الحياة (فيلادلفيا، ليبينكوت وليامز وويلكتر، 2008)، الصفحة 15. (S.A. Orshan, Maternity, Newborn and Women's Health Nursing: Comprehensive Care across the Life Span (Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2008)).

⁹ منظمة الصحة العالمية، الوفيات النفاسية في عام 2005: تقديرات أعدتها منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي (جنيف، 2007)، الصفحة 5؛ انظر أيضاً الصفحتين 1-2. (WHO, Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank).

¹⁰ المرجع نفسه، الصفحة 16.

¹¹ المرجع نفسه، الصفحة 1.

¹² ج. ناندا وك. سويتليك وإ. لول، التعجيل بالتقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية من أجل تحسين الصحة النفاسية: مجموعة من النهج الواعدة (واشنطن العاصمة، البنك الدولي، 2005)، الصفحة 31. (G. Naanda, K. Switlick and E. Lule, Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health: A Collection of Promising Approaches).

المراهقات. وفي البلدان النامية، تمثل مضاعفات الحمل والولادة الأسباب الرئيسية للوفاة بين الفتيات والنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 عاما، وتقع نسبة 15 في المائة من مجموع الوفيات النفاسية في جميع أنحاء العالم بين صفوف المراهقات¹³.

6- وهناك خمسة أنواع من حالات الولادة الطارئة مسؤولة عن معظم الوفيات النفاسية: التزيف (25 في المائة)؛ العدوى/الإنتان (15 في المائة)؛ الإجهاض غير المأمون (13 في المائة)؛ والإصابة بتشنج الحمل أو بمقدماته (12 في المائة)؛ والولادة المطولة أو المتعسرة (8 في المائة)¹⁴. وغالبية الوفيات والإعاقات النفاسية، وفقا لإفادات منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والبنك الدولي والجهات المعنية الأخرى، يمكن اتقاؤها بالحصول على الرعاية الكافية خلال الحمل والولادة والتدخلات الفعالة. ويدعم هذا التأكيد ما يلاحظ من أنه تم القضاء على وفيات الأمهات في بعض البلدان تقريبا. ولا تحتاج إلى رعاية التوليد في الحالات الطارئة من جراء مضاعفات يصعب التنبؤ بها¹⁵ سوى 15 في المائة من حالات الحمل والولادة. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن نسبة تتراوح بين 88 و 98 في المائة من الوفيات النفاسية يمكن منعها¹⁶. وفي الآونة الأخيرة، أكدت اليونيسيف مجددا أنه يمكن تفادي قرابة 80 في المائة من الوفيات النفاسية إذا أتيحت للمرأة سبل الحصول على الخدمات الضرورية المتعلقة بالأمومة والخدمات الأساسية في مجال الرعاية الصحية¹⁷. وتبين تقديرات البنك الدولي أنه يمكن منع ما نسبته 74 في المائة من الوفيات النفاسية بزيادة نسبة التغطية بالتدخلات التي يقوم بها متخصصون، ولا سيما سبل الحصول على الرعاية الأساسية الخاصة بالتوليد، وسبل الحصول على خدمات الإجهاض المأمون، والرعاية النشطة بدلا من التوقعية في المرحلة الثالثة من الحمل، واستخدام مضادات الاختلاج في حالة النساء المصابات بمقدمات تشنج الحمل¹⁸. غير أن نسبة الوفيات النفاسية (عدد وفيات الأمهات لكل 100 000 مولود حي) انخفضت على الصعيد العالمي بمعدل يقل عن 1 في المائة سنويا بين عامي 1990 و

¹³ منظمة الصحة العالمية، النساء والصحة: دليل اليوم وجدول أعمال الغد (جنيف، 2009)، الصفحة 31. (WHO،)

(*Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*)

¹⁴ صندوق الأمم المتحدة للسكان، الرد على المذكرة الشفهية، الصفحة 2.

¹⁵ www.unicef.org/mdg/maternal.html

¹⁶ منظمة الصحة العالمية، "الوفيات النفاسية: مساعدة النساء على الخروج عن طريق الموت"، مجلة وقائع منظمة الصحة

العالمية، المجلد 40 (1986)، الصفحات 175-183. (WHO، "Maternal mortality: helping women off")

(*the road to death*"), *WHO Chronicle*, vol. 40 (1986)

¹⁷ اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2009: الصحة النفاسية وصحة المواليد الجدد (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع

E.09.XX.1)، الصفحة 2.

¹⁸ أ. واغستاف وم. كليسون، الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة: النهوض لمواجهة التحديات (واشنطن العاصمة،

البنك الدولي، 2004)، الصفحات xi و 6 و 51 و 52. (A. Wagstaff and M. Claeson, *The Millennium*)

(*Development Goals for Health: Rising to the Challenges*)

2005¹⁹. ولم يطرأ سوى انخفاض طفيف على العدد الإجمالي المقدر لوفيات النساء خلال الحمل أو الولادة في السنونة بين عامي 1990 و 2005 (من 576 000 و وفاة في عام 1990 إلى 536 000 وفاة في عام 2005)²⁰.

7- وثمة أوجه كبيرة للتباين في معدلات الوفيات النفاسية بين الدول وداخلها. ورغم أن غالبية هذه الوفيات تحدث في الدول النامية، ولا سيما في أفريقيا وجنوب آسيا²¹، عندما يجري تصنيف البيانات عن الوفيات والأمراض النفاسية في الدول المتقدمة نمواً، يتبين أن المعدلات تختلف اختلافاً كبيراً بين مختلف الطوائف العرقية والاجتماعية والاقتصادية. وتترتب على الحكومات في الدول المتقدمة نمواً واجبات ملزمة في مجال حقوق الإنسان باتخاذ التدابير لمعالجة هذا التمييز بحكم الأمر الواقع. ويعترف تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية بالفعل في عام 2001 بأن "عدم التصدي لما تتعرض له الأمهات من الإعاقة والوفاة اللتين يمكن تجنبهما يمثل واحداً من أشد أنواع الظلم الاجتماعي إجحافاً في عصرنا"²² وأن "المخاطر التي تتعرض لها المرأة في مجال الصحة الإنجابية ليست محض كوارث ومتاعب طبيعية من جراء الحمل لا سبيل إلى تجنبها، بل هي أوجه للظلم يمكن للمجتمعات أن تعالجها ومن واجبها ذلك"²³.

ثالثاً - أبعاد حقوق الإنسان في الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها والإطار القانوني الدولي القائم

8- من المفهوم بصفة متزايدة على الصعيدين الدولي والإقليمي أن الحد من الوفيات والأمراض النفاسية ليس مسألة تتعلق بالتنمية فحسب، وببل هو مسألة تتعلق بحقوق الإنسان²⁴. ويحدد مجلس حقوق الإنسان في قراره 8/11 (الفقرة 2)، طائفة من حقوق الإنسان التي لها صلة مباشرة بالوفيات والأمراض النفاسية، وهي "الحق في الحياة، وفي المساواة في الكرامة، وفي التعليم، وفي حرية استقاء المعلومات وتلقيها ونقلها، وفي التمتع بفوائد التقدم

¹⁹ منظمة الصحة العالمية، الوفيات النفاسية في 2005، الصفحة 2.

²⁰ المرجع نفسه، الصفحة 17.

²¹ المرجع نفسه، الصفحة 15.

²² ر.ج. كوك وب.م. ديكتر وآخرون، النهوض بالأمومة الآمنة عن طريق حقوق الإنسان (جنيف، منظمة الصحة العالمية،

2001)، الصفحة 5. (R.J. Cook, B.M. Dickens and others, *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*)

²³ المرجع نفسه، الصفحة 69.

²⁴ انظر على سبيل المثال اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب، (ACHPR/Res.135 (XXXXVIII))، قرار بشأن الوفيات النفاسية في أفريقيا (2008)؛ والبرلمان الأوروبي، قرار بشأن الوفيات النفاسية تمهيداً لانعقاد مؤتمر الأمم المتحدة الرفيع المستوى، 25 أيلول/سبتمبر - استعراض الأهداف الإنمائية للألفية (2008).

العلمي، وفي التحرر من التمييز، وفي التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية". وقد أقرت معاهدات حقوق الإنسان الدولية والتعليقات العامة والتوصيات والملاحظات الختامية لعدد من هيئات المعاهدات بأن الوفيات النفاسية تتصل بمجموعة أوسع من حقوق الإنسان وأوصت بأن تتخذ الدول الأطراف تدابير فعالة لخفض معدلات هذه الوفيات وتحسين صحة الأمهات²⁵، وذلك فيما يتعلق، في جملة أمور، بالحق في عدم التعرض للمعاملة القاسية واللاإنسانية والمهينة والحق في الخصوصية والحق في الانتصاف الفعال. وهذه الحقوق مكرسة في مختلف المعاهدات الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان، بما فيها العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

9- وتعزى الوفيات النفاسية بدرجة كبيرة إلى عدد من الأسباب المترابطة، أو حالات التأخير، التي تحول دون حصول النساء الحوامل في نهاية المطاف على الرعاية الصحية التي يحتجن إليها²⁶. والمفهوم أن حالات التأخير هذه، التي كثيرا ما يشار إليها باسم "المعوقات الثلاثة"، تشمل: (أ) التأخر في طلب المساعدة الطبية المناسبة في حالات الولادة الطارئة

²⁵ انظر على سبيل المثال: الملاحظات الختامية للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة: الجزائر (A/60/38)، الفقرة 131؛ الجمهورية التشيكية (A/57/38)، الفقرة 85، الهند (CEDAW/C/IND/CO/3)، الفقرة 40؛ سانت كيتس ونيفيس (A/57/38)، الفقرة 88؛ سري لانكا (A/57/38)، الفقرة 217؛ تركيا (CEDAW/C/TUR/CC/4-5)، الفقرة 38؛ الملاحظات الختامية للجنة المعنية بحقوق الإنسان: بوليفيا (CCPR/C/79/Add.74)، الفقرة 22؛ الجماهيرية العربية الليبية (CCPR/C/79/Add.101)، الفقرة 9؛ منغوليا (CCPR/C/79/Add.120)، الفقرة 8 (ب)؛ باراغواي (A/51/38)، الفقرة 123؛ السنغال (CCPR/C/79/Add.82)، الفقرة 12؛ الملاحظات الختامية للجنة القضاء على التمييز العنصري: بنن (E/C.12/BEN/CO/2)، الفقرة 25؛ البرازيل (E/C.12/1/Add.87)، الفقرة 27، الصين (E/C.12/1/Add.107)، الفقرة 36؛ جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية (E/C.12/1/Add.95)، الفقرة 23؛ المكسيك (E/C.12/MEX/CO/4)، الفقرة 25؛ المغرب (E/C.12/MAR/CO/3)، الفقرة 13 (و)؛ باراغواي (E/C.12/PRY/CO/3)، الفقرة 21؛ بولندا (E/C.12/1/Add.82)، الفقرة 29؛ السنغال (E/C.12/1/Add.62)، الفقرة 26؛ الملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل: الأرجنتين (CRC/C/15/Add.187)، الفقرة 46؛ أذربيجان (CRC/C/AZE/CO/2)، الفقرة 49 (ب)؛ بنن (CRC/C/BEN/CO/2)، الفقرة 51؛ بوتسوانا (CRC/C/15/Add.242)، الفقرة 48؛ كولومبيا (CRC/C/COL/CO/3)، الفقرة 68 (ب)؛ الفلبين (CRC/C/PHL/CO/3-4)، الفقرة 55؛ اليمن (CRC/C/15/Add.128)، الفقرة 55 (ج). وللاطلاع على استعراض شامل للملاحظات الختامية والتعليقات العامة والتوصيات الصادرة عن هيئات المعاهدات بشأن الوفيات النفاسية انظر: مركز الحقوق الإنجابية، "تفعيل الحقوق: منع الوفيات النفاسية وضمان الحمل الآمن" (2008). Center for Reproductive Rights, "Bringing rights to bear: preventing maternal mortality and ensuring safe pregnancy"

²⁶ د. مين، برامج الأمومة الآمنة: خيارات وقضايا (نيويورك، جامعة كولومبيا، 1991) (D. Maine, *Safe* Motherhood Programs: Options and Issues)، رد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المذكرة الشفوية، الصفحة 2؛ تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية (A/61/338)، الفقرة 21.

لأسباب تتعلق بالتكلفة، وعدم الاعتراف بوجود حالة الطوارئ، وضعف التعليم، والافتقار إلى سبل الوصول إلى المعلومات، وانعدام المساواة بين الجنسين؛ (ب) التأخر في الوصول إلى مرفق مناسب لأسباب تتعلق ببعد المسافة وطبيعة الهياكل الأساسية والنقل؛ (ج) التأخر في تلقي الرعاية الكافية بعد بلوغ المرفق نظرا للعجز في أعداد الموظفين، أو لعدم توافر الكهرباء أو الماء أو المستلزمات الطبية²⁷. وعند النظر في عناصر هذه المعوقات الثلاثة من منظور حقوق الإنسان، يتبين أن لها دخلا بالعديد من الحقوق، وبالتالي، قد تدخل فيها مجموعة من مسؤوليات الدول في مجال حقوق الإنسان.

10- فعندما تموت النساء خلال الحمل أو الولادة لأن الحكومة فشلت في استخدام مواردها المتاحة لاتخاذ التدابير اللازمة لمعالجة أسباب الوفيات النفاسية التي يمكن الوقاية منها ولضمان توافر الخدمات وسهولة الحصول عليها ومقبوليتها وجودة نوعها، قد تتعلق مسؤولية الدولة بانتهاك لحق المرأة في الحياة. وكذلك قد تستتبع الوفيات والإصابات النفاسية التي يمكن الوقاية منها أيضا انتهاكات للحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، وللحق في المساواة وعدم التمييز والحق في المعلومات، وفي التعليم والتمتع بفوائد التقدم العلمي. ولا يمكن التفكير في هذه الحقوق باعتبارها منفصلة تماما عن بعضها، بل باعتبارها "غير قابلة للتجزئة ومتراصة ومتشابكة، وعلى نفس القدر من الأهمية لكرامة الإنسان"²⁸.

11- والدول بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان ملزمة باحترام حقوق الإنسان وحمايتها وإعمالها فيما يتعلق بالبقاء على قيد الحياة بعد الحمل والولادة. وليست هذه الالتزامات في مجال حقوق الإنسان في حد ذاتها صحيحة فحسب، بل إن التحليل الذي تعززه أيضا يسهم في تحديد العوائق التي تحول دون زيادة فعالية التدخلات في مجال الصحة العامة من أجل القضاء على الوفيات والأمراض النفاسية.

12- وفي سياق الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن تجنبها، تقتضي هذه الالتزامات من الدول ما يلي: (أ) الامتناع عن اتخاذ إجراءات من شأنها عرقلة إمكانية حصول المرأة على خدمات الرعاية الصحية التي تحتاج إليها أو على المقومات الأساسية للصحة²⁹ (واجب الاحترام) و(ب) اتخاذ التدابير اللازمة لمنع وفاة النساء في أثناء الولادة والحمل (واجب الحماية) و(ج) اتخاذ الإجراءات التشريعية والإدارية والقضائية، بجملة أمور منها تخصيص أقصى قدر من الموارد المتاحة لمنع الوفيات والأمراض النفاسية (واجب الوفاء). وعليه، تشمل التزامات الدول في مجال حقوق الإنسان كلا من الالتزامات السلبية بالامتناع عن بعض

²⁷ صندوق الأمم المتحدة للسكان، الرد على المذكرة الشفوية، الصفحة 2؛ (A/61/338)، الفقرة 21.

²⁸ مبادئ ماستريخت التوجيهية بشأن انتهاكات الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1997)، الفقرة 4. انظر أيضا:

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان؛ إعلان وبرنامج عمل فيينا (1993)، الفقرة 5.

²⁹ فيما يتعلق بـ"المقومات الأساسية للصحة"، انظر A/61/338، الفقرة 18.

الأعمال، والالتزامات الإيجابية بالعمل بشكل إيجابي على منع الوفيات والأمراض النفاسية، ومن ذلك اتخاذ خطوات لضمان سبل حصول المرأة على الرعاية الصحية النفاسية وغيرها من الخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية.

13- وقد أوضحت معاهدات حقوق الإنسان الدولية وتفسيرها من قبل هيئات حقوق الإنسان أن العديد من الالتزامات التي يجب على الدول أن تضطلع بها لمنع الوفيات والأمراض النفاسية ذات أثر فوري. وفي حين أن العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية يقرّ بأن العديد من الحقوق التي يضمنها تخضع للإعمال التدريجي، ويتطلب من الدول اتخاذ الخطوات اللازمة لتحقيق تلك الحقوق في حدود أقصى قدر تسمح به مواردها المتاحة، فهو يفرض أيضا التزامات أساسية معينة ذات أثر فوري. وقد أكدت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أنه "لا يمكن لأي دولة طرف، أيا كانت الظروف، أن تبرر عدم وفائها بالالتزامات الأساسية... وهي التزامات لا يمكن الخروج عنها"³⁰. وذكرت اللجنة أن توفير الخدمات الصحية الخاصة بالأمومة مماثل للالتزام الأساسي، وأن على الدول التزاما مباشرا باتخاذ "خطوات مدروسة وملموسة وهادفة" نحو إعمال الحق في الصحة في سياق الحمل والولادة³¹. وكذلك تنص اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة على أن التزامات الدولة بمواجهة الوفيات والأمراض النفاسية لها أثر فوري. فهي تطلب من الدول الأطراف كفالة توفير الخدمات المتعلقة بصحة الأم والمساواة في سبل الوصول إلى الخدمات الصحية (المادة 12)، لأن من قبيل التمييز عدم توفير الخدمات التي لا تحتاجها سوى المرأة³². وعلاوة على ذلك، فإن الحق في الحياة وغيره من الحقوق المدنية والسياسية، والحق في عدم التمييز، لا تخضع للإعمال التدريجي³³.

ألف - المساواة وعدم التمييز

14- يعكس حجم الوفيات والأمراض النفاسية في أنحاء العالم حالة من عدم المساواة والتمييز³⁴ اللذين تعاني منهما النساء طوال حياتهن، وتديمهما القوانين الرسمية والسياسات والأعراف والممارسات الاجتماعية الضارة. ومن شأن الأخذ بنهج يطبق مبادئ حقوق الإنسان في المساواة وعدم التمييز إزاء الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها أن

³⁰ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة 12) (2000)، الفقرة 47.

³¹ المرجع نفسه، الفقرات 30 و43 و44(أ).

³² اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 24: المرأة والصحة (المادة 12) (1999)، الفقرة 11.

³³ اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 6: المادة 6 (الحق في الحياة) (1982) الفقرة 5؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20: عدم التمييز في الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (المادة 2)، الفقرة 2 (2009)، الفقرة 7.

³⁴ A/61/338، الفقرة 10؛ البرلمان الأوروبي، قرار بشأن الوفيات النفاسية.

يزود الجهات صاحبة المصلحة، بما في ذلك الدول والمنظمات الدولية، والأفراد في أوساط حقوق الإنسان والصحة العامة على حد سواء، بأداة حيوية في جهودها المستمرة لمعالجة هذه المشكلة. ويمكن لهذا النهج أن يسهل تحديد الفئات الشديدة التعرض للخطر، وأن يمكن من تحليل الفجوات المعقدة التي تواجهها في مجالات الحماية والمشاركة والمساءلة، وأن يشجع على تحديد الحلول الشاملة والمستدامة.

1- الالتزامات بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان

15- ينص القانون الدولي لحقوق الإنسان على أن جميع البشر يجب أن يكونوا قادرين على التمتع بحقوق الإنسان وممارستها على أساس المساواة بين المرأة والرجل³⁵، وأن يكونوا أحراراً من التمييز على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو غيره أو الأصل القومي أو الاجتماعي، أو الملكية، أو المولد أو أي وضع آخر³⁶. وتلزم هذه المتطلبات القانونية الأساسية الدول، في جملة أمور أخرى، بالامتناع عن الإجراءات التمييزية³⁷، وبتخاذ خطوات استباقية إيجابية لضمان المساواة³⁸ (وليس في مجال القانون فحسب، بل في السياسة والممارسة)³⁹، لضمان أن لا تنطوي التدابير والنهج التي تبدو محايدة على أثر تمييزي في الواقع⁴⁰، كما تلزمها بالاعتراف الفعلي بالاختلاف وأخذ بعين الاعتبار في سياقات معينة⁴¹.

³⁵ العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، المادة 3؛ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 3؛ اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المادتان 1 و2؛ اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 28؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 16: المساواة بين الرجل والمرأة في حق التمتع بجميع الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (المادة 3) (2005)؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20.

³⁶ العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، المادة 2، الفقرة 1؛ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 2، الفقرة 2؛ اتفاقية حقوق الطفل، المادة 2، الفقرة 1؛ اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 18: عدم التمييز (1989)؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20.

³⁷ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 16، الفقرة 18.

³⁸ المرجع نفسه، الفقرة 21؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20، الفقرة 8(ب)؛ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 25: التدابير الخاصة المؤقتة (المادة 4، الفقرة 1) (2004)، الفقرتان 7-8.

³⁹ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 16، الفقرات 6-8؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20، الفقرة 8؛ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 25، الفقرات 4-10.

⁴⁰ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 25، الفقرة 7؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 16، الفقرات 5، 12-13؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20، الفقرة 10.

⁴¹ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 25، الفقرة 8.

2 - التطبيق في سياق الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها

16- وهناك عدد من الطرق التي يمكن بها للالتزامات المرتبطة بعدم التمييز والمساواة أن تؤدي دورها في سياق الجهود المبذولة لمنع وفاة المرأة وإصابتها بالإعاقة لأسباب مرتبطة بالحمل.

كفالة المساواة بين الجنسين وعدم التمييز على أساس الجنس

17- تشير الأبحاث إلى أن معدل الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها يرتبط بعدم توفير الرعاية الصحية⁴² التي تحتاجها النساء وحدهن نظرا لأن الإنجاب يتم داخل أجسامهن، وعدم تحديد أولويات تلك الرعاية. وعلى الرغم من تأثر جميع البشر من نواح هامة بالوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها، لا جدال في أن حياة وصحة النساء والمراهقات هي التي تتأثر بها بشكل مباشر وفوري. ولكن في حين أن التدخلات والخدمات اللازمة لمكافحة وفيات الأمهات موجودة بالفعل، "لا يوجد سبب واحد للوفاة أو للإصابة بالعجز لدى الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة عشرة والرابعة والأربعين يقارب في فداحته فداحة حالات الوفاة والعجز النفاسية"⁴³. ولضمان المساواة بين الجنسين وعدم التمييز على أساس الجنس، يجب على الدول أن تعالج ذلك. والدول ملزمة، على وجه التحديد، بضمان أن تلي قوانينها وسياساتها وممارساتها على نحو مجدٍ الاحتياجات التي تقتصر تحديدا على المرأة بسبب قدرتها على الحمل والولادة⁴⁴. وهذا يشمل، في جملة أمور أخرى، الالتزام بكفالة وصول المرأة إلى الرعاية الخاصة بالتوليد في الحالات الطارئة وغير ذلك من المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، مثل تنظيم الأسرة⁴⁵.

18- وتقتضي الالتزامات المتعلقة بالمساواة وعدم التمييز على أساس الجنس أيضا من الدول صراحة أن تواجه عددا من العوامل الكامنة التي تسهم في حدوث الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها. وعلى سبيل المثال، ينبغي أن تتخذ الدول تدابير للحد بشكل فعال من العنف القائم على نوع الجنس وغيره من الممارسات الضارة ضد النساء والفتيات⁴⁶،

⁴² اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2009، الصفحة 2.

⁴³ A/61/338، الفقرة 9.

⁴⁴ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 12، الفقرة 2(أ)؛ اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المادة 12، الفقرة 2؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرات 14 و 21 و 44(أ)؛ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 24، الفقرتان 26-27.

⁴⁵ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 24، الفقرة 27؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 14.

⁴⁶ قرار الجمعية العامة 104/48 بشأن الإعلان المتعلق بالقضاء على العنف ضد المرأة، المادة 4(ج)؛ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 19: العنف ضد المرأة (1992)؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 21. انظر أيضا: اتفاقية البلدان الأمريكية لمنع العنف ضد المرأة والمعاقبة عليه والقضاء عليه (اتفاقية بيليم دو بارا)، المادة 7؛ محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان، قضية غونزاليس وآخرون

مما يتسبب في تفاقم مخاطر وفاة المرأة أو إصابتها بالعجز نتيجة لأسباب تتعلق بالحمل⁴⁷، ومن أجل القضاء على هذا العنف وهذه الممارسات في نهاية المطاف. ويتطلب الأمر أيضا العمل من أجل القضاء على الأشكال الأخرى من التمييز على أساس الجنس التي قد تحدث في الممارسة العملية على المستوى المحلي وفي المجال الخاص⁴⁸، وعلى سبيل المثال، القيود المفروضة على وصول المرأة إلى التغذية والغذاء والمياه النظيفة والصرف الصحي، والتعليم، وهي بدورها قيود يمكن أن تزيد من مخاطر الوفيات والأمراض التناسلية⁴⁹.

عدم التمييز لأسباب أخرى: التصدي للتمييز المتعدد الجوانب وأشكال التمييز المتعددة

19- تواجه فئات معينة من النساء مستويات أعلى من مخاطر الوفيات والأمراض التناسلية التي يمكن الوقاية منها. ويمكن لخطر الوفاة أو الإصابة نتيجة لأسباب مرتبطة بالحمل أن يتوقف على أسباب مختلفة، منها العرق أو اللون أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو غيره أو الأصل القومي أو الاجتماعي، أو الملكية، أو المولد أو أي وضع آخر⁵⁰. وحيثما يواجه الشخص التمييز على أساس أكثر من سبب واحد من الأسباب المحظورة (أي على أساس الجنس وسبب آخر)، فهو يواجه تمييزا تراكميا، أو متعدد الأشكال، أو متعدد الجوانب، الأمر الذي يمكن أن يكون له تأثير مضاعف على قدرته على ممارسة حقوق الإنسان والتمتع بها⁵¹.

(كامبو أليغونديرو) ضد المكسيك، 16 تشرين الثاني/نوفمبر 2009؛ المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، قضية أوبوز ضد تركيا، الحكم الصادر في 9 حزيران/يونيه 2009، الطلب رقم 02/33401.

47 مشروع الأمم المتحدة للألفية 2005، اتخاذ الإجراءات: تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (لندن، فرقة العمل المعنية بالتعليم والمساواة بين الجنسين، 2005)، الفصل 9 (UN Millennium Project 2005, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*). انظر أيضا: منظمة الصحة العالمية، القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للإناث: بيان مشترك بين الوكالات (مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، اللجنة الاقتصادية لأفريقيا، اليونيسكو، صندوق الأمم المتحدة للسكان، مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، اليونيسيف، صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، منظمة الصحة العالمية) (جنيف، 2008)، الصفحة 11 (*Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement*).

48 اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المادة 2 (د)؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20، الفقرة 11؛ اللجنة المعنية بحقوق الإنسان التعليق العام رقم 31: طبيعة الالتزام القانوني العام المفروض على الدول الأطراف في العهد (2004)، الفقرة 8.

49 مشروع الأمم المتحدة للألفية 2005، اتخاذ الإجراءات، الصفحة 56.

50 اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 18، الفقرة 1، والتعليق العام رقم 28، الفقرة 30؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 16، الفقرة 5، والتعليق العام رقم 20، الفقرات 18-35؛ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 24، الفقرة 26، والتوصية العامة رقم 25، الفقرة 12.

51 اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 25، الفقرة 12؛ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 16، الفقرة 5، والتعليق العام رقم 20، الفقرة 17؛ اللجنة المعنية بحقوق الإنسان التعليق

20- وارتفاع درجة الخطر الذي قد تواجهه المرأة بسبب أشكال التمييز المتعددة يرتبط في كثير من الأحيان بزيادة العجز عن الوصول إلى نظم الرعاية الصحية الملائمة والتدخلات والخدمات في الوقت المناسب، على الرغم من أن أسباب هذا العجز قد تختلف. فعلى سبيل المثال، قد تفرض القوانين أو الممارسات الاجتماعية حدوداً متعلقة بالسن، أو قيوداً متعلقة بالحالة العائلية، على سبيل الوصول إلى الرعاية والخدمات والمعلومات ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية. وفي الوقت نفسه، لأسباب تتعلق ببعد المسافة وارتفاع التكلفة ونقص المعلومات أو الافتقار للوعي الثقافي، قد لا تتمتع النساء المقيمات في المناطق الريفية أو نساء الشعوب الأصلية⁵² أو المشرديات أو اللاجئات أو الفتيات أو النساء اللواتي تعانين من انخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي، بإمكانية كافية للوصول إلى خدمات ما قبل الولادة والرعاية الخاصة بالتوليد في الحالات الطارئة والقابلات المدربات. كما أنه قد تحجمن عن الحصول على الرعاية الصحية بسبب الحواجز اللغوية أو عدم الاكتراث لممارسات وتقاليد الشعوب الأصلية. بل إن خطر الوفاة والعجز لأسباب تتعلق بالحمل يزيد عن ذلك في حالة النساء اللواتي ينتمين لأكثر من فئة واحدة من هذه الفئات.

21- وتقتضي متطلبات حقوق الإنسان في المساواة وعدم التمييز من الدول أن تتأكد من أن الخطوات التي تتخذها لتفعيل حقوق الإنسان للمرأة وتلبية احتياجاتها المحددة مجدية لجميع النساء في المجتمع. وتقتضي حقوق الإنسان هذه كذلك اتخاذ التدابير التي تمكن أصحاب المصلحة المعنيين من تحديد ومعالجة الأسباب الكامنة وراء زيادة عجز بعض النساء عن الوصول إلى تدخلات وخدمات الرعاية الصحية الملائمة وجيدة التوقيت. وتشمل هذه التدابير الرصد والتقييم على أساس بيانات مصنفة، وتقييم السياسات واستعراضها، والإصلاح القانوني، حسب الاقتضاء.

باء - التركيز على الحقوق: الحق في الحياة والحق في الصحة والحق في التعليم والمعلومات

1 - الحق في الحياة

العام رقم 28، الفقرة 30؛ لجنة القضاء على التمييز العنصري، التعليق العام رقم 25: أبعاد التمييز العنصري المتعلقة بنوع الجنس (2000)، الفقرة 1؛ إعلان (الديباجة، الفقرة 69) وبرنامج عمل ديربان (ال فقرات 18، 31، 50، 54(أ)، 176)، المعتمد في المؤتمر العالمي لمناهضة العنصرية والتمييز العنصري وكرهية الأجانب وما يتصل بذلك من تعصب، 2001.

⁵² تقرير المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة (A/59/422)، الفقرة 55؛ A/61/338، الفقرة 7؛ الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، 2006، الملحق رقم 23 (E/2006/43-E/C.19/2006/11)، الفقرتان 48-49.

22- تقتضي الضمانات الدولية والإقليمية للحق في الحياة من الدول أن تتخذ التدابير لحماية الأفراد من الحرمان التعسفي من الحياة الذي يمكن منعه⁵³. ويشير عدد الوفيات النفاسية التي يمكن الوقاية منها إلى إخفاق منهجي في توفير الخدمات التي تحتاج إليها المرأة للبقاء على قيد الحياة بعد الولادة، الأمر الذي قد يشكل انتهاكا للحق في الحياة. وقد اعترفت مختلف هيئات حقوق الإنسان بواجب الدول في حماية حق المرأة في الحياة في سياق الحمل والولادة، ووصفت اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، واللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة واللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب الوفيات النفاسية التي يمكن الوقاية منها بأنها انتهاك لحق المرأة في الحياة⁵⁴. وشددت عدة هيئات منشأة بموجب معاهدات بشكل أكثر تحديدا على الصلة بين الإجهاض غير المأمون وارتفاع معدلات الوفيات النفاسية وطلبت إلى الدول أن تكفل عدم اضطراب المرأة إلى الخضوع لعمليات الإجهاض السرية التي تهدد حياتها بالخطر⁵⁵.

23- وفي سياق الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها، يرتبط الحق في الحياة ارتباطا وثيقا بحقوق الإنسان في التعليم والصحة والمعلومات، والمساواة في ممارسة جميع حقوق الإنسان والتمتع بها. وتتوقف قدرة النساء على البقاء على قيد الحياة بعد الحمل والولادة على حصولهن على الرعاية جيدة النوعية في مجال الصحة الإنجابية والنفاسية، والتحرر من التمييز الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والقانوني، والاستقلالية في اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهن الإنجابية.

⁵³ اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 6، الفقرة 5. انظر أيضا اللجنة الأوروبية لحقوق الإنسان، *تافاريس ضد فرنسا*، الحكم الصادر في 12 أيلول/سبتمبر 1991، الطلب رقم 90/16593، وفيه وجدت اللجنة أن المادة 2 من الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان لا يقتصر معناها على وجوب أن تمتنع الدولة عن القتل العمد، ولكنها أيضا يجب أن تتخذ التدابير اللازمة لحماية الحياة.

⁵⁴ اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب، القرار المتعلق بوفيات الأمهات في أفريقيا؛ اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 28، الفقرة 10. انظر أيضا على سبيل المثال: الملاحظات الختامية للجنة المعنية بحقوق الإنسان: هنغاريا (CCPR/C/74/HUN)، الفقرة 11؛ مالي (CCPR/CO/77/MLI)، الفقرة 14؛ زامبيا، (CCPR/C/ZMB/CO/3)، الفقرة 18؛ الملاحظات الختامية للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة: مدغشقر (A/49/38)، الفقرة 244.

⁵⁵ انظر على سبيل المثال: الملاحظات الختامية للجنة المعنية بحقوق الإنسان: شيلي (CCPR/C/79/Add.104)، الفقرة 15؛ غواتيمالا (CCPR/CO/72/GTM)، الفقرة 19؛ أيرلندا (CCPR/C/IRL/CO/3)، الفقرة 13؛ مدغشقر (CCPR/C/MDG/CO/3)، الفقرة 14؛ مالي (CCPR/CO/77/MLI)، الفقرة 14؛ بيرو (CCPR/CO/70/PER)، الفقرة 20؛ بولندا (CCPR/C/79/Add.110)، الفقرة 11؛ زامبيا (CCPR/C/ZMB/CO/3)، الفقرة 18؛ الملاحظات الختامية للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة: بلير (الوثيقة A/54/38)، الفقرة 56؛ كولومبيا (الوثيقة A/54/38)، الفقرة 393؛ الجمهورية الدومينيكية (A/53/38)، الفقرة 337؛ ميانمار (A/55/38)، الفقرة 129؛ الملاحظات الختامية للجنة مناهضة التعذيب: شيلي (CAT/CR/32/5)، الفقرة 4(ح)؛ نيكاراغوا (CAT/C/NIC/CO/1)، الفقرة 16. انظر أيضا: بروتوكول الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب بشأن حقوق المرأة في أفريقيا (بروتوكول مابوتو)، المادة 14، الفقرة 2(ج)، التي اعتمدت في الدورة العادية الثانية لجمعية الاتحاد، 2003.

2 - الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية

- 24- ويشمل الحق في الصحة، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، كلا من حرية الشخص في التحكم في صحته وجسده والحق في التمتع بمجموعة متنوعة من المرافق والسلع والخدمات والظروف اللازمة لتحقيق أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.⁵⁶
- 25- ويتطلب الحق في الصحة، على وجه التحديد، اتخاذ تدابير معينة فيما يتعلق بالحمل والولادة، بما في ذلك توفير الرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية والنفاسية. وينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على "وجوب توفير حماية خاصة للأمهات خلال فترة معقولة قبل الوضع وبعده" (المادة 10، الفقرة 2)، و"اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة على أن "تكفل الدول الأطراف للمرأة خدمات مناسبة فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة، موفرة لها خدمات مجانية عند الاقتضاء، وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة" (المادة 12، الفقرة 2).⁵⁷ ويتطلب العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أيضا توفير الرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية والنفاسية (قبل الولادة وبعدها كذلك)⁵⁸. وتناولت صكوك وهيئات دولية وإقليمية أخرى عديدة لحقوق الإنسان بالتفصيل التزامات الدول فيما يتعلق بالحصول على خدمات تنظيم الأسرة، والرعاية قبل وبعد الولادة، والوضع بمساعدة متخصصة، والرعاية التوليدية الطارئة وإمكانية الوصول إلى الإجهاض الآمن والرعاية فيما بعد الإجهاض.⁵⁹
- 26- وتشير الأدلة إلى أن الحصول على خدمات تنظيم الأسرة الطوعي يمكن أن تقلل من وفيات الأمهات بنسبة تتراوح بين 25 و40 في المائة⁶⁰. فمنع الحمل، على سبيل المثال،

⁵⁶ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرتان 8 و12.

⁵⁷ انظر أيضا برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، (A/CON.17/13)، الفقرة 7-3.

⁵⁸ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 44(أ).

⁵⁹ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 14؛ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 24، الفقرة 27؛ بروتوكول مابوتو (المادة 14، الفقرة 2). انظر أيضا، على سبيل المثال: الملاحظات الختامية للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة: الرأس الأخضر (CEDAW/C/CPV/CO/6)، الفقرة 30؛ إندونيسيا (CEDAW/C/IDN/CO/5)، الفقرة 37؛ توغو (CEDAW/C/TOG/CO/5)، الفقرة 29؛ الملاحظات الختامية للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: كينيا (E/C.12/KEN/CO/1)، الفقرة 33؛ نيبال (E/C.12/NPL/CO/2)، الفقرة 46؛ الملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل: كمبوديا (CRC/C/15/Add.128)، الفقرة 52؛ كازاخستان (CRC/C/KAZ/CO/3)، الفقرة 52 (ب)؛ ملديف (CRC/C/15/Add.91)، الفقرة 19.

⁶⁰ البنك الدولي، "التقدم المحرز في العالم بشأن صحة الأم وتنظيم الأسرة ليس كافيا"، تموز/يوليه 2009 (World's "progress on maternal health and family planning is insufficient")، متاح في الموقع <http://go.worldbank.org/70P0CCPUF0>. انظر أيضا صندوق الأمم المتحدة للسكان في الموقع www.unfpa.org/public/mothers/pid/4382.

يساهم في خفض معدلات الحمل بين المراهقات⁶¹. وقد حثت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة الحكومات على اتخاذ التدابير لتوفير سبل الوصول إلى خدمات منع الحمل وتنظيم الأسرة⁶².

27- والإجهاض غير المأمون هو أحد الأسباب المباشرة الرئيسية الخمسة للوفيات النفاسية ويمكن أن يفضي إلى إصابات دائمة وإلى الوفاة بسبب المضاعفات⁶³. ويتسبب الإجهاض غير المأمون في نسبة 13 في المائة من الوفيات النفاسية، و20 في المائة من مجموع الوفيات وعبء العجز بسبب الحمل والولادة⁶⁴. وفي كل عام يقع عدد يتراوح بين 65 000 و70 000 حالة وفاة وتصاب قرابة 5 ملايين امرأة بإعاقة مؤقتة أو دائمة من جراء الإجهاض غير المأمون⁶⁵. وفقا لما تفيد به منظمة الصحة العالمية، تشترك درجة الوصول القانوني للإجهاض في تحديد وتيرة الوفيات ذات الصلة بالإجهاض غير المأمون. وتبين الأدلة أيضا أن النساء اللاتي يلتمسن الإجهاض سيطلبن بعض النظر عن القيود القانونية. ولو قل عدد القيود على توافر الإجهاض المأمون، لانخفضت الوفيات والأمراض انخفاضاً كبيراً⁶⁶. وقد أعربت هيئات المعاهدات عن قلقها إزاء تأثير الوفيات والإعاقات المتعلقة بالإجهاض غير المأمون ليس فقط على حق المرأة في الحياة ولكن أيضا على حقها في الصحة⁶⁷.

28- ويؤكد المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية حق المرأة في الحصول على خدمات ووسائل ومرافق تتصل بالرعاية الصحية الإنجابية وتتسم بما يلي: (أ) التوافر بأعداد كافية؛ (ب) إمكانية الحصول عليها فعليا

⁶¹ انظر على سبيل المثال رد نيوزيلندا على المذكرة الشفوية، الذي يشير إلى الخدمات الفنية لمكتب صندوق الأمم المتحدة للسكان لمنطقة المحيط الهادئ دون الإقليمية، الورقة رقم 2008/001، التي أفادت بأن معدلات الحمل بين المراهقات في كيريباتي وجزر مارشال وناورو وبابوا غينيا الجديدة وجزر سليمان وفانواتو هي من بين أعلى المعدلات في العالم.

⁶² اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 24، الفقرات 2، 17، 23، 28 و31 (ج)؛ الملاحظات الختامية للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة: بليز (الوثيقة A/54/38)، الفقرتان 56-57؛ الفلبين (CEDAW/C/PHI/CO/6)، الفقرة 27.

⁶³ انظر الفقرة 6 من هذه الدراسة.

⁶⁴ منظمة الصحة العالمية، الإجهاض غير المأمون: التقديرات العالمية والإقليمية لمعدلات الإجهاض غير المأمون والوفيات المرتبطة به في عام 2003، الطبعة الخامسة (جنيف، 2007)، الصفحة 5 (WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*).

⁶⁵ المرجع نفسه.

⁶⁶ منظمة الصحة العالمية، المرأة والصحة، الصفحتان 42-43.

⁶⁷ انظر على سبيل المثال: الملاحظات الختامية للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة: الكاميرون (CEDAW/C/CMR/CO/3)، الفقرة 40؛ الملاحظات الختامية للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: كينيا (E/C.12/KEN/CO/1)، الفقرة 33؛ ترينيداد وتوباغو (E/C.12/1/Add.80)، الفقرة 23؛ الملاحظات الختامية للجنة حقوق الطفل: الجمهورية الشعبية الديمقراطية الكورية (CRC/C/15/Add.239)، الفقرة 50؛ أوكرانيا (CRC/C/15/Add.151)، الفقرة 57.

واقتصاديا؛ (ج) إمكانية الحصول عليها بدون تمييز؛ (د) جودة النوعية⁶⁸. ومن المعايير الرئيسية الأخرى المقبولة وإمكانية الحصول على المعلومات⁶⁹. وضمان توافر الرعاية يستتبع زيادة وتحسين استراتيجيات الموارد البشرية، بما في ذلك زيادة عدد ونوعية العاملين في مجال الصحة. وإمكانية الوصول الفعلي إلى الخدمات الصحية وتكلفة هذه الخدمات يؤثران في كثير من الأحيان على مدى قدرة المرأة على التماس الرعاية. وقد يتطلب ضمان وصول المرأة إلى خدمات الصحة النفسية وغيرها من الخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية معالجة القوانين والسياسات والممارسات التمييزية وأشكال عدم المساواة بين الجنسين في مجال الرعاية الصحية وفي المجتمع. وللقوانين أو السياسات التي تقيد سبل حصول المرأة على المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية تأثير مباشر على الوفيات النفسية. ويشمل منع هذه الوفيات زيادة التدخلات التقنية وجعلها ميسورة التكلفة، ولكنه يشمل أيضا ضمان مراعاة الخدمات لحقوق النساء الحوامل وثقافتهن واحتياجاتهن، بما في ذلك اللواتي تنتمين منهن إلى الشعوب الأصلية والأقليات الأخرى. ويجب أن تكون خدمات الرعاية المتعلقة بالصحة النفسية مناسبة من الوجهة الطبية، لأن نوعية الرعاية كثيرا ما تؤثر على نتيجة التدخل، كما تؤثر على قرار المرأة بالتماس تلك الرعاية.

29- غير أن الحق في الصحة يتجاوز مجرد الحصول على الرعاية الصحية، ويتأثر معدل الوفيات والأمراض النفسية بعدد من المقومات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية للصحة ومن العوائق الهيكلية الكامنة⁷⁰. وتشمل هذه المقومات التغذية والمياه والصرف الصحي، والمعلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية، والاستبعاد والتمييز في المجال الاقتصادي، وعدم التمييز والمساواة بين الجنسين.

3 - الحق في التعليم والحق في المعلومات

30- وإعمال الحق في التعليم أمر أساسي لقدرة المرأة على التمتع بكامل حقوق الإنسان. والفهم الشامل للصحة الجنسية والإنجابية، علاوة على ذلك، أمر لا بد منه لضمان قدرة الأفراد على حماية صحتهم واتخاذ قرارات واعية بشأن الحياة الجنسية والانجاب. وترتبط المعدلات المنخفضة لقدرة المرأة على القراءة والكتابة ولحظها من التعليم في أنحاء العالم ارتباطا قويا بارتفاع معدلات الوفيات النفسية وارتباطا سلبيا ببعض المؤشرات الأخرى لصحة الأم، بما في ذلك معدل الخصوبة، والاستفادة من الرعاية السابقة للولادة، والحاجة الملّبة إلى وسائل منع الحمل، والسن المرتفع عند الولادة الأولى. ويؤثر نقص التعليم على صحة المرأة بالحد من

⁶⁸ A/61/338، الفقرة 17.

⁶⁹ ب. هنت وج. بوينو دي مسكيتا، الحد من الوفيات النفسية: مساهمة الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (جامعة إسكس، بدون تاريخ)، الصفحة 6 (P. Hunt and J. Bueno de Mesquita, *Reducing Maternal*).

(*Mortality: The Contribution of the Right to the Highest Attainable Standard of Health*).

⁷⁰ A/61/338، الفقرة 18.

معرفتها بشؤون التغذية، والمباعدة بين الولادات، ووسائل منع الحمل. وفي بعض البلدان، بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يكون التعليم أحد المقومات الرئيسية التي تحدد نوعية الرعاية، حيث تواجه النساء الأقل تعليماً أكبر قدر من التمييز داخل مرافق الرعاية الصحية.

31- والحق في الحصول على المعلومات والحق في الاستفادة. بمنافع التقدم العلمي لهما جذور راسخة بين حقوق الإنسان الأساسية، ومنها الحق في الحياة والصحة والتعليم وعدم التمييز. ويمثل الوصول إلى المعلومات جزءاً ضرورياً من قدرة المرأة على القيام باختيارات مستنيرة فيما يتعلق بجيائها الجنسية والإنجابية وبالوصول إلى الخدمات الصحية اللازمة لضمان صحة الحمل والوضع. وتحدد الفقرة 1(هـ) من المادة 16 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، أنه يجب على الدول توفير سبل الحصول على "المعلومات والتثقيف والوسائل" الكفيلة بتمكين المرأة من أن تقرر، بحرية وبإدراك للنتائج، عدد أطفالها والفاصل بين الطفل والذي يليه. وقد أكدت لجنة حقوق الطفل أنه ينبغي للدول "أن توفر للمراهقين فرص الوصول إلى المعلومات الجنسية والإنجابية، بما فيها المتعلقة بتنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل ومخاطر الحمل المبكر، والوقاية من متلازمة نقص المناعة البشرية/الإيدز والوقاية من العدوى بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وعلاجها"⁷¹. أما الحق في التمتع بفوائد التقدم العلمي، المعترف به صراحة في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (المادة 15، الفقرة 1)، فتبرز أهميته بصفة خاصة في سياق الوفيات والأمراض النفسانية، لأن العديد من التدخلات الصحية المنخفضة التكلفة، التي يحق للمرأة الحصول عليها، يمكن أن تقلل إلى حد كبير من الوفيات والإعاقات المتعلقة بالأمومة⁷².

جيم - الأخذ بنهج قائم على حقوق الإنسان تجاه الوفيات والأمراض النفسانية

32- وتنتج عن الآثار العملية التي تنطوي عليها قيم حقوق الإنسان من الكرامة وعدم التمييز مجموعة من مبادئ العمل التي تشكل الأساس لنهج يقوم على حقوق الإنسان. ولقد أوضحت هيئات المعاهدات وخبراء الأمم المتحدة أهمية سبعة من هذه المبادئ: المساءلة والمشاركة والشفافية والتمكين والاستدامة والتعاون الدولي وعدم التمييز⁷³. وتنطبق هذه المبادئ بصفة خاصة عند النظر في النهج القائم على حقوق الإنسان للتصدي للوفيات والأمراض النفسانية على النحو الذي يبحثه هذا الفرع.

1 - المساءلة

⁷¹ لجنة حقوق الطفل، التعليق العام رقم 4: صحة المراهقين ونموهم في سياق اتفاقية حقوق الطفل (2003)، الفقرة 28.

⁷² علاوة على ذلك، يعترف مجلس حقوق الإنسان في قراره 8/11 بأن الوفيات النفسانية التي يمكن الوقاية منها تتطلب فعالية تعزيز وحماية حقوق النساء والفتيات في التمتع بفوائد التقدم العلمي، في جملة الحقوق الأخرى.

⁷³ يعالج عدم التمييز في الفرع ألف من هذا الفصل؛ وسنكتفي لذلك بشرح المبادئ الستة الأخرى.

33- المساءلة هي في صميم التمتع بجميع حقوق الإنسان ولها عنصران رئيسيان هما: التصدي للمظالم الماضية وتصحيح الفشل المنهجي في درء الضرر في المستقبل. وتُفهم المساءلة أحياناً بمعنى ضيق هو اللوم والعقاب، في حين أن من الأدق اعتبارها عملية لتحديد ما يحقق الغرض (حتى يمكن تكراره) وما لا يحققه (حتى يمكن تعديله)⁷⁴.

34- وقد عبّرت اللجنة المعنية بحقوق الإنسان تفصيلاً عن التزامات الدولة فيما يتعلق بالمساءلة في سياق الحق في الحياة، التي تتخذ شكل التزام من الدولة بمنع الضرر الناجم عن أفعال الأفراد أو الكيانات⁷⁵ أو التحقيق فيه أو جبره. وفي هذا الصدد، أكدت اللجنة على الحاجة إلى وجود آليات إدارية لإنفاذ واجب التحقيق على وجه السرعة وبدقة وفعالية ونزاهة⁷⁶ في ادعاءات ارتكاب الانتهاكات.

35- وأوضحت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أنه يجب على الدول أن تنشئ الآليات والمؤسسات التي يمكن أن تعالج بفعالية كلا من الضرر ذا الطابع الفردي والضرر الهيكلي الناجم عن التمييز في التمتع بالحقوق⁷⁷. كما نصت اللجنة على أن تعزيز الهياكل المستقلة لحقوق الإنسان ومشاركة المناصرين لهذه الحقوق هما عنصران هامان في ضمان الحق في الصحة⁷⁸. ويعرّف المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة المساءلة بأنها "التأكد من تحسن النظم الصحية، ومن الأعمال التدريجي لحق التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة للجميع، بمن فيهم الأفراد والمجتمعات والسكان المحرومين"⁷⁹.

36- والرصد المنتظم للنظام الصحي والمقومات الأساسية المادية والاجتماعية والاقتصادية للصحة التي تؤثر على صحة المرأة وقدرتها على ممارسة حقوقها هو عنصر حاسم من عناصر المساءلة. فبدون الرصد، لا يمكن تصحيح فشل النظام في الحد من الوفيات والأمراض النفاسية. وعندما تقوم الدول باعتماد وتنفيذ استراتيجية وخطّة عمل وطنية للصحة العامة⁸⁰، ينبغي أن تضع أيضاً "مؤشرات مناسبة لرصد ما يحرز من تقدم، وإبراز الجوانب التي قد تحتاج إلى تعديلات في السياسات"⁸¹. والرصد يساعد الدول الأطراف على أن تفهم بشكل أفضل "المشاكل وجوانب القصور التي تواجه" في أعمال الحقوق، ويوفر لها "الإطار الذي يمكن أن يتم ضمنه وضع سياسات أنسب"⁸². وينبغي أن تصنف البيانات المبنية على

⁷⁴ تقرير المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة (A/HRC/4/28)، الفقرة 46.

⁷⁵ اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 31، الفقرة 8.

⁷⁶ المرجع نفسه، الفقرة 15.

⁷⁷ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20، الفقرة 40.

⁷⁸ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرات 59-62.

⁷⁹ تقرير المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة (A/63/263)، الفقرة 12.

⁸⁰ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 43 (و).

⁸¹ A/61/338، الفقرة 28 (ه).

⁸² لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 1: تقدم الدول الأطراف تقاريرها (1989)، الفقرة 8.

المؤشرات المناسبة حسب أسباب التمييز المحظورة لمراقبة القضاء على التمييز⁸³، وكذلك لضمان استفادة المجتمعات الضعيفة من مشاريع الرعاية الصحية.

37- وكتدبير للمساءلة بهدف خفض الوفيات النفاسية، أوصى المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة جميع الدول بشدة أن تستحدث، بصفة عاجلة، نظاما شاملا وفعالاً للتسجيل، فضلا عن نظام لمراجعة الوفيات النفاسية، من أجل معرفة السبب في حدوث تلك الوفيات. ويشير المقرر الخاص إلى أن عمليات مراجعة الوفيات النفاسية هذه، ينبغي أن تمثل استعراضا غير قضائي يتجاوز الأسباب الطبية إلى تحديد الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي أدت إلى الوفاة أو ساهمت في حدوثها⁸⁴.

38- ويرتبط مبدأ المساءلة ارتباطا وثيقا بحق الضحايا في الانتصاف بما فيه التعويض⁸⁵. وتسهم سبل الوصول الفعال إلى وسائل الانتصاف والتعويض في إيجاد إطار للمساءلة البناءة من خلال التركيز على أوجه إخفاق النظام والتشجيع على إصلاحه. وقد عُرضت مكونات سبل الانتصاف والتعويض من خلال المبادئ الأساسية والمبادئ التوجيهية بشأن الحق في الانتصاف والجبر لضحايا الانتهاكات الجسيمة للقانون الدولي لحقوق الإنسان والانتهاكات الخطيرة للقانون الإنساني الدولي التي أقرتها الجمعية العامة في عام 2005⁸⁶.

2- المشاركة

39- والمشاركة مبدأ تنفيذي من مبادئ النهج القائم على الحقوق أصبح معترفا به كحق في حد ذاته. وفي المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية في ألما آتا في عام 1978، اتفقت 134 حكومة و 67 منظمة دولية على أن "للأشخاص حق وعليهم واجب المشاركة فرديا وجماعيا في تخطيط وتنفيذ الرعاية الصحية الخاصة بهم"⁸⁷. والمشاركة في سياق الوفيات والأمراض النفاسية تعني إتاحة سبل الحصول على المعلومات ذات الصلة للمرأة وإشراكها في عمليات صنع القرارات التي تؤثر على الحمل والولادة. وقد لاحظ المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة، في سياق الحد من الوفيات والأمراض النفاسية، أن "الحق في الصحة [يشمل] الحق في المشاركة في صنع السياسات الصحية... [لأن هذا سوف يساعد] على وضع برامج أشد فعالية واستدامة، والحد من الاستبعاد، وتعزيز المساءلة"⁸⁸.

3- الشفافية

⁸³ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20، الفقرة 41.

⁸⁴ تقرير المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة (A/HRC/7/11/Add.4)، الفقرة 16.

⁸⁵ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 59.

⁸⁶ قرار الجمعية العامة رقم 147/60، المرفق.

⁸⁷ إعلان ألما آتا، الفقرة رابعا.

⁸⁸ A/61/338، الفقرة 28 (ج).

40- وفي غياب الشفافية لا يمكن أن تكون المساءلة أو المشاركة مجدية. والدولة ملزمة بتوفير عمليات المساءلة المتسمة بالشفافية لتمكين المواطنين من المشاركة الكاملة في استعراض وإعادة توجيه السياسات العامة⁸⁹. وقد بينت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أنه يلزم تصميم الاستراتيجيات وخطط العمل الصحية واستعراضها "في سياق من المشاركة والشفافية"⁹⁰. ويؤكد المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة أنه بالرغم من أن للدول بعض التقدير في اختيار آليات مناسبة للرصد والمساءلة، "يجب أن تكون جميع الآليات فعالة وسهلة المتناول وشفافة"⁹¹.

4- التمكين

41- وكما ورد في الفرع المتعلق بالمساواة وعدم التمييز أعلاه، ترتبط الوفيات والأمراض التي يمكن الوقاية منها ارتباطاً وثيقاً بعدم الإنصاف في الحصول على الموارد الصحية والمعلومات وحقوق الإنسان الأخرى. وعلى العكس من ذلك، تقوم المساواة بين الجنسين والتمكين بدور رئيسي في منع الوفيات النفاسية لأنهما يؤديان إلى زيادة الطلب من قبل النساء على خدمات تنظيم الأسرة والرعاية السابقة للولادة والتوليد المأمون⁹². وبالإضافة إلى ذلك، فإن فعالية آليات المساءلة، التي بدورها تزيد من فعالية السياسات الصحية، تتوقف على الاستفادة من هذه الآليات. ولذلك تدعو لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى توفير المساعدة القانونية، حيثما أمكن، لضحايا الانتهاكات المحتملة لحقوق الإنسان تحقيقاً لفعالية آليات المساءلة⁹³. وفي سياق الوفيات والأمراض النفاسية، يكتسي الوصول إلى المعلومات، والتثقيف اللازم للاستفادة من هذه المعلومات، أهمية بالغة الأهمية لقدرة النساء والفتيات على الاستفادة من الخطط الموجودة للحد من الوفيات. وبالتالي يصبح التمكين بادرة على فعالية السياسات.

5- الاستدامة

42- ويتطلب تخفيض معدل الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن تجنبها استثماراً طويلاً الأجل في السياسات والبرامج الصحية لزيادة تمكين النساء المعرضات للخطر بشكل خاص.

⁸⁹ انظر على سبيل المثال لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20، الفقرة 40.

⁹⁰ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 43 (و).

⁹¹ A/61/338، الفقرة 65.

⁹² هنت وويونو دي مسكيتا، الحد من الوفيات النفاسية، الصفحة 7.

⁹³ انظر على سبيل المثال لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 7: الحق في السكن الملائم (المادة

1-11): حالات إخلاء المساكن بالإكراه (1997)، الفقرة 15.

وقد سلط الضوء على هذه الاستدامة بوصفها عاملاً رئيسياً في المبادرات الناجحة لضمان كل من المقومات الأساسية للمادية للصحة، كالمياه، والوصول إلى الرعاية الصحية ذاته⁹⁴.

المساعدة الدولية

43- رغم أن الوقاية من الوفيات والأمراض النفسانية في بعض الحالات تتوقف على توفير تدخلات اقتصادية وبسيطة نسبياً، لا يمكن منع الوفيات بشكل كامل دون وجود نظام صحي فعال وهياكل أساسية مستقرة لنقل الأدوات والمرضى، فضلاً عن نظام للتعليم، وتوفير المعلومات، والمساءلة⁹⁵. وتعزيز هذه النظم مفيد لجميع المواطنين، وليس للنساء فقط. غير أنه أيضاً كثير التكلفة، ويبين بوضوح أوجه الترابط بين التنمية وحقوق الإنسان والصحة العامة.

44- وفي هذا الصدد، يؤكد المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة أنه: "يملئ الحق في الصحة على الدول المتقدمة مسؤولية تقديم المساعدة والتعاون على الصعيد الدولي لمساعدة الدول النامية على إعمال الحق في الصحة. وينبغي للدول المتقدمة أن تدعم جهود الدول النامية الساعية إلى الحد من الوفيات النفسانية. وهذه المسؤولية مجسدة في الهدف 8 من الأهداف الإنمائية للألفية، الذي يمثل التزاماً بإقامة شراكة عالمية من أجل التنمية"⁹⁶. وهكذا تقع على عاتق البلدان المانحة مسؤولية تقديم التعاون والمساعدة الدوليين.

رابعاً - استعراض عام للمبادرات والأنشطة المضطلع بها داخل منظومة الأمم المتحدة وخارجها للتصدي لجميع أسباب الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها

45- الاستعراض العام الشامل لجميع المبادرات الرئيسية والأنشطة القائمة الرامية إلى التصدي للوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها عمل أطول من أن يتسنى القيام به هنا. ويؤكد التحليل الأولي لأنواع هذه الأنشطة، بعد تصنيفها على نحو تقريبي إلى فئات إعداد المعايير والسياسات، وتقديم الخدمات، والمساءلة، وجود عدد كبير من المبادرات الحالية ولكنه يبرز أيضاً الحاجة إلى الاتساق وتعزيز العمل في مجالات محددة.

⁹⁴ A/61/338، وخاصة الفقرات 28(ج) و 84 و 95. انظر أيضاً لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق

العام رقم 15: الحق في الماء (المادتان 11 و 12) (2002)، الفقرة 11.

⁹⁵ A/61/338، الفقرة 19.

⁹⁶ المرجع نفسه، الفقرة 20.

ألف - إعداد المعايير والسياسات

46- إن استفاضة آليات حقوق الإنسان في تفصيل قانون حقوق الإنسان، التي أشير إليها على نطاق واسع في هذا التقرير، لا تجري في عزلة، ولكنها تجري جنباً إلى جنب مع الالتزامات التي قطعتها الدول على نفسها في المؤتمرات الدولية والمبادرات العالمية. ففي عام 1994 اعتمد مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية برنامجاً للعمل، حدد فيه كأهداف، في جملة أهداف أخرى، تعزيز صحة المرأة والأمومة الآمنة، وتحقيق خفض سريع وكبير في معدلات الاعتلال والوفيات بين الأمهات، والحد من الاختلافات الملحوظة بين البلدان المتقدمة الدخل والبلدان النامية وفي داخلها. وإدراكاً لأثر الإجهاد غير المأمون بوصفه "من الشواغل الرئيسية للصحة العامة"، يحد برنامج العمل الحكومات على ألا تدخر وسعاً في منع حالات الحمل والولادة المحفوفة بالمخاطر، ولا سيما بين صفوف المراهقات، وكذلك الحمل غير المرغوب فيه و"تقليل اللجوء إلى الإجهاض، وذلك من خلال التوسع في خدمات تنظيم الأسرة وتحسينها"⁹⁷. ويقرر برنامج العمل كذلك في الفقرة 8-25 أن: "في الحالات التي لا يكون فيها الإجهاض مخالفاً للقانون، يجب الحرص على أن يكون مأموناً. وينبغي في جميع الحالات تيسير حصول النساء على خدمات جيدة المستوى تعينهن على معالجة المضاعفات الناجمة عن الإجهاض". وفي الاستعراض الذي أجرته الأمم المتحدة لبرنامج العمل بعد انقضاء خمس سنوات، أُنْفِقَ على أنه "في الحالات التي لا يكون فيها الإجهاض مخالفاً للقانون، ينبغي للأظمة الصحية أن تقدم التدريب والتجهيزات اللازمة لمقدمي الخدمات الصحية، وأن تتخذ تدابير أخرى لكفالة أن يكون هذا الإجهاض مأموناً ومتاحاً"⁹⁸.

47- وفي إعلان ومنهاج عمل بيجين (1995)، قررت الدول تعزيز الخدمات الصحية وإعادة توجيهها بغية ضمان حصول المرأة والبنات على الصعيد العالمي على الخدمات الصحية الجيدة، والحد من مرض واعتلال الأمهات، والقيام على نطاق العالم بتحقيق الهدف المتفق عليه المتمثل في تخفيض وفيات الأمهات بنسبة 50 في المائة على الأقل عن مستوياتها في عام 1990 بحلول عام 2000، ثم تخفيضها بمقدار النصف بحلول عام 2015. وقُطِعَت التزامات بكفالة أن تكون الخدمات الضرورية متاحة على كل مستويات النظام الصحي، وإتاحة سبل الحصول على الرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية، وتمكين جميع الأفراد ذوي الأعمار المناسبة من الحصول، من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية، على رعاية الصحة الإنجابية (الفقرة 107(ط)). واعترف إعلان ومنهاج عمل بيجين كذلك بما للإجهاد غير المأمون من أثر على الصحة بوصفه أحد الاهتمامات الرئيسية في مجال الصحة العامة (الفقرة 107(ي))، مؤكداً الموقف المتخذ في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، واتفقت الحكومات

⁹⁷ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة 8-25.

⁹⁸ تقرير اللجنة المخصصة الجامعة، "الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية" (A/S-21/5/Add.1)، الفقرة 63 '3'.

على النظر في استعراض القوانين التي تنص على اتخاذ تدابير عقابية ضد المرأة التي تجرى إجهاضاً غير قانوني (الفقرة 107(ك)).

48- وفي مؤتمر قمة الألفية في عام 2000، قررت الدول خفض وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع بحلول عام 2015. ويتجسد هذا الالتزام في الأهداف الإنمائية للألفية، التي تنبع من التزامات مؤتمر القمة للألفية، والتي باتت تقوم بدور حاسم في جهود التنمية الدولية. ويتعلق الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية على وجه التحديد بتحسين صحة الأمهات وضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الإنجابية.

49- وقد أكدت جمعية الصحة العالمية وجود توافق عالمي في الآراء حول التدخلات الأساسية التالية: تنظيم الأسرة، والقابلات الماهرات، والتوليد في الحالات الطارئة، ورعاية الأطفال حديثي الولادة⁹⁹. وتعكف منظمة الصحة العالمية حالياً على تنقيح منشورها الإجهاض المأمون: توجيهه للأنظمة الصحية فيما يتعلق بالتقنية والسياسات العامة (Safe) جديدة في مجال الممارسة السريرية لمقدمي الخدمات الصحية من أجل مواصلة مساعدة البلدان في توفير الرعاية المتعلقة بالإجهاض المأمون.

باء - الخدمات

50- تضافرت جهود اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية في الآونة الأخيرة للتعجيل بإحراز تقدم في الحد من الوفيات والأمراض النفاسية، من منطلق أن الحق في الصحة مبدأ محوري، ومن خلال الأخذ بنهج يقوم على حقوق الإنسان في البرامج القطرية للأمم المتحدة. وتعرف هذه المبادرة المشتركة في مجموعها باسم "المبادرة الرباعية في مجال الصحة" أو "H4". وخلال السنة المقبلة، ستعزز الوكالات الأربع دعمها للبلدان التي توجد فيها أعلى معدلات الوفيات النفاسية، بدءاً بستة بلدان، ثم التوسع لتشمل 25 بلداً، ومن ثم التوسع إلى 60 بلداً¹⁰⁰. ومن خلال "المبادرة الرباعية"، تعمل هذه المنظمات في شراكة مع الجهات الأخرى صاحبة المصلحة، في جملة أمور، على ما يلي: حساب تكلفة الخطط الوطنية وتعبئة الموارد اللازمة بسرعة؛ والارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية لضمان تعميم سبل الحصول على خدمات الصحة الإنجابية، وخاصة فيما يتعلق بتنظيم الأسرة، وحضور القابلات المهرة أثناء الولادة، ورعاية التوليد في حالات الطوارئ ورعاية الأطفال حديثي الولادة؛ وضمان وجود روابط مع الوقاية والعلاج من فيروس نقص المناعة البشرية؛ وتلبية الحاجة الملحة إلى العاملين المدربين في المجال الصحي، ولا سيما القابلات.

⁹⁹ الرد المشترك لصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية على المذكرة الشفوية.

¹⁰⁰ رد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المذكرة الشفوية، الصفحة 12.

51- وتشمل المبادرات المشتركة الأخرى: مبادرة الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (شرق وجنوب شرق آسيا ومنطقة أوقيانوسيا) بعنوان "سرينت" التي تهدف إلى زيادة فرص الحصول على المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وتقديم الخدمات للفئات السكانية الناجية من الأزمات والتي تعاني حالات ما بعد انتهاء الأزمة¹⁰¹؛ والمبادرة المشتركة بين الاتحاد الدولي للقابات/البرنامج العالمي للقبالة التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان التي تعمل على النهوض بالكفاءة المهنية لممارسة القبالة في 12 بلدا أفريقيا، ودعم الجهود الوطنية لتحسين معايير القبالة الوطنية، ومساعدة البلدان على توسيع نطاق ممارسة القبالة في المجتمعات المحلية¹⁰².

52- وتواصل البرامج والوكالات التابعة للأمم المتحدة أيضا مساعدتها للبلدان في هذا المجال. ويدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية المبادرات المتعلقة بصحة الأم الخاضعة للسيطرة الوطنية في أكثر من 90 بلدا. وبناء على طلب من الحكومات، يقدم صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية الدعم لهذه البلدان في أخذ زمام المبادرة لتعزيز نظم الرعاية الصحية فيها وتكثيف جهودها المبذولة لتحقيق نتائج صحية أفضل، وخاصة بالنسبة للأشخاص الذين يعانون الفقر أو الذين في حالات تتسم بالضعف. ويعمل الصندوق ومنظمة الصحة العالمية بالتضامن مع البلدان لضمان الإدماج الكامل للصحة الجنسية والإنجابية وإيلائها الأولوية في الأطر والخطط الوطنية، وإتاحة الموارد المقابلة. ويدرج الصندوق ومنظمة الصحة العالمية صحة الأمهات كجزء من مجموعة للتدخلات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، إلى جانب تنظيم الأسرة. وفي عام 2008، أنشأ صندوق الأمم المتحدة للسكان الصندوق المواضيعي لصحة الأم الذي يرمي إلى زيادة التمويل المتاح لدعم قدرات النظم الصحية على تقديم مجموعة واسعة من خدمات الصحة النفاسية جيدة النوعية، والحد من التفاوتات الصحية، وتمكين المرأة من ممارسة حقها في الصحة النفاسية. وقد شملت المساعدة المقدمة في إطار هذه المبادرة تقديم الدعم التقني والمالي للبلدان ذات المعدلات المرتفعة للوفيات النفاسية بغية التعجيل بإحراز تقدم نحو تحقيق الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية.

53- وتستهدف المبادرات الأخرى ذات الصلة بالخدمة مباشرة عوامل الخطر، مثل الزواج المبكر أو تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للأنثى أو فيروس نقص المناعة البشرية. فبرنامج برهاني هيوان في منطقة أمهرا في إثيوبيا، حيث معدلات زواج الأطفال ومعدلات وفيات الأمهات من بين أعلى المعدلات في العالم، يتبع نمودجا للتحويل المشروط للنقدية عن طريق تشجيع الأسر على السماح لبناتها بالمشاركة في البرنامج بدلا من تزويجهن. وينمى لدى كل من

¹⁰¹ يُضطلع بمبادرة "سرينت" في شراكة مع حكومة استراليا وصندوق الأمم المتحدة للسكان والاتحاد الاسترالي للصحة الإنجابية وجامعة نيو ساوث ويلز.

¹⁰² رد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المذكرة الشفوية، الصفحة 13.

الفتيات المتزوجات وغير المتزوجات في البرنامج محو الأمية الوظيفية والمهارات الحياتية، ومهارات كسب الرزق، والتثقيف بشأن الصحة الإنجابية. وعند الانتهاء من البرنامج بنجاح، تتلقى الفتيات والأسر مكافآت متواضعة. وفي غواتيمالا، يعمل برنامج "فتح أبواب الفرص" برعاية الصندوق أيضا مع الفتيات من الفئات المهمشة المعرضات لخطر زواج الأطفال. وتكتسب الفتيات من خلال البرنامج صفات القيادة، والمهارات اللازمة لتنظيم المشاريع والحياة، فضلا عن المعلومات عن المساواة بين الجنسين والصحة الإنجابية.

54- وتعمل منظمة الصحة العالمية، في سياق برنامجها المعني بصحة ونماء الأطفال والمراهقين، على تعزيز الاستجابة للمراهقين من جانب برامج الصحة الإنجابية من أجل تطبيق مجموعة متكاملة من الإجراءات الرامية إلى منع الحمل المبكر وغير المرغوب فيه في كثير من الأحيان، والإجهاض غير المأمون والوفيات الناجمة عنه، والوفيات في أثناء الولادة وفترة ما بعد الولادة. وتحقيقا لهذه الغاية، تعكف المنظمة على إيجاد الأدلة، وتطوير الأساليب والأدوات، وبناء القدرات وتوافق الآراء، وتعزيز التعاون.

55- وفي عام 2007، أطلقت اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان برنامجا مشتركا بعنوان "تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للأنثى: التعجيل بخطا التغيير" يهدف إلى المساهمة في تخفيض هذه الممارسة بنسبة 40 في المائة بين صفوف الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين صفر و15 عاما، والإعلان عن خلو بلد واحد على الأقل من تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للأنثى بحلول عام 2012. وتعمل الوكالتان أيضا بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، ولا سيما من أجل وقف الاتجاه إلى إضفاء الطابع الطبي على هذه الممارسة الضارة¹⁰³. ويعمل البرنامج المشترك، من خلال نهج يراعي الاعتبارات الثقافية، على تنمية الشراكات مع السلطات الحكومية على كل من الصعيدين اللامركزي والوطني، والسلطات الدينية والقيادات الدينية المحلية، ووسائل الإعلام ومنظمات المجتمع المدني وقطاعي التعليم والصحة الإنجابية.

56- ويقوم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية وكيانات أخرى بتقديم الدعم التقني لزيادة نطاق الوقاية الشاملة من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية إبان الولادة، وهذا يشمل (أ) إدماج المشورة والفحص وغيرها من الخدمات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية مثل التوليد المأمون وتغذية الرضع في مؤسسات الرعاية الصحية للأمهات، و(ب) الدعوة لإعمال حقوق النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية وحقوقهن الإنجابية (كما في ذلك المعلومات عن حقهن في تحديد عدد أطفالهن والمباعدة بين

¹⁰³ يقوم البرنامج المشترك حاليا بتقديم الدعم لأعمال في 12 بلدا في أفريقيا هي: إثيوبيا وأوغندا وبوركينا فاسو وجيبوتي والسنغال والسودان والصومال وغامبيا وغينيا وغينيا-بيساو وكينيا ومصر. انظر رد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المذكرة الشفوية، الصفحة 13.

ولاداهم)، و(ج) إتاحة سبل الحصول على خدمات تنظيم الأسرة وغيرها من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية¹⁰⁴.

جيم - المساءلة

57- تشكل آليات حقوق الإنسان إطاراً متقدماً لضمان المساءلة على الصعيد الدولي، بطرق من بينها آليات تلقي الشكاوى المنشأة من خلال البروتوكولين الاختياريين لاتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وقد أعدت منظمة الصحة العالمية والبرنامج المعني بالصحة الدولية وحقوق الإنسان، بكلية الصحة العامة بجامعة هارفارد، في سياق قياس امتثال الدول لمعايير حقوق الإنسان الدولية والإقليمية والوطنية، أداة تتيح للبلدان طريقة للاستعانة بإطار قائم على حقوق الإنسان في تحديد ومعالجة العوائق المتعلقة بالقوانين والسياسات والأنظمة التي تحول دون إمكانية حصول الشعوب على خدمات صحة الأمومة واستخدامها، ودون توفير خدمات جيدة النوعية. وقد أجري الاختبار الميداني لهذه الأداة واستخدمت في ما يزيد على 10 بلدان¹⁰⁵.

خامساً - الاستنتاجات والتوصيات

58- يطلب مجلس حقوق الإنسان، في قراره 8/11، تحديداً تقديم توصيات بشأن الكيفية التي يمكن بها للمجلس أن يضيف قيمة للمبادرات القائمة عن طريق إجراء تحليل لها من زاوية حقوق الإنسان، بما في ذلك الجهود الرامية إلى تحقيق الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بتحسين الصحة النفاسية، والخيارات من أجل معالجة أفضل في منظومة الأمم المتحدة بأسرها لأبعاد حقوق الإنسان المتعلقة بالوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها. وبتخاذ هذا القرار، طلب مجلس حقوق الإنسان إلى الدول صراحة "مضاعفة الجهود التي تبذلها لضمان التنفيذ الكامل والفعال لالتزاماتها في مجال حقوق الإنسان" (الفقرة 3) في سياق القضاء على الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها. ورغم أن آليات حقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة، والجهات الفاعلة الدولية والإقليمية قد تناولت في أعمالها على نحو مطرد بالتفصيل أبعاد حقوق الإنسان المتعلقة بالوفيات النفاسية، وانتهاكات حقوق الإنسان التي يتعين التصدي لها أو منعها أو علاجها في هذا المجال، لا يمكن بحال المبالغة في قيمة الالتزام الجماعي بالأخذ بنهج قائم على حقوق الإنسان. ذلك أن وجود الوفيات والأمراض النفاسية مرتبط ارتباطاً أساسياً،

¹⁰⁴ رد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المذكرة الشفوية، الصفحة 11.

¹⁰⁵ هنت وويينو دي مسكيتا، الحد من الوفيات النفاسية، الصفحة 10.

على وجه الخصوص، بالانتهاكات لحقوق الإنسان في "الحياة، وفي المساواة في الكرامة، وفي التعليم، وفي حرية استقاء المعلومات وتلقيها ونقلها، وفي التمتع بفوائد التقدم العلمي، وفي التحرر من التمييز، وفي التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية"¹⁰⁶ و"يقتضي [...] تعزيز وحماية حقوق الإنسان للنساء والفتيات بصورة فعالة"¹⁰⁷ على النحو الذي تفصله هيئات المعاهدات وتوجزه هذه الدراسة.

59- ومن الواضح أن لحقوق الإنسان دورا هاما تؤديه في إعداد نُهج فعالة للتصدي لهذه المشكلة العالمية من خلال برامج الصحة العامة. وقد تم تحديد عدد من الخطوات الضرورية للتصدي بشكل فعال للوفيات والأمراض النفسانية في إطار معايير حقوق الإنسان، بما في ذلك إنشاء آليات سهلة التناول ومتسمة بالشفافية والفعالية للرصد والمساءلة ولضمان حقوق المرأة في المشاركة في عمليات صنع القرارات التي تؤثر على الحمل والولادة. وترتكز التزامات الدول ذات الصلة، ومن بينها أيضا الالتزامات الإجرائية، على عدة مبادئ محددة لحقوق الإنسان هي: المساءلة والمشاركة والشفافية والتمكين والاستدامة والتعاون الدولي وعدم التمييز. ويمثل تفعيل هذه المبادئ جوهر النهج القائم على حقوق الإنسان لاستئصال الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها. ومع أن الوفيات والأمراض النفسانية عالمية في طابعها، يلزم أيضا أن تستند الدول والجهات الفاعلة الأخرى التي تقدم المساعدة الإنسانية والتعاون التقني إلى منظور قائم على حقوق الإنسان في عملها المتعلق بمعالجة الوفيات والأمراض النفسانية.

60- وقد دعا المجلس إلى أن يدمج النظر في الأبعاد المتصلة بحقوق الإنسان من الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن منعها في آليات المجلس، ولا سيما الاستعراض الدوري الشامل والإجراءات الخاصة، وذلك بتشجيع الدول وغيرها من الجهات الفاعلة على إيلاء مزيد من الاهتمام لهذه المسألة في عملها مع نظام الأمم المتحدة لحقوق الإنسان¹⁰⁸. ويمكن أن تولي الدول الأعضاء والمراقبة في استجابتها لدعوة المجلس هذه مزيدا من الاهتمام لتناول أبعاد حقوق الإنسان المتعلقة بالوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها بصورة منهجية في تقاريرها المقدمة ضمن إطار عمليات الاستعراض الدوري الشامل، وللنظر في هذه المسألة لدى استعراضها الدول الأخرى. ويمكن أن ينظر المجلس أيضا في أن يطلب إلى الدول تقديم تقارير عن بعض جوانب حقوق الإنسان المتعلقة بمعالجة الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن منعها خلال الاستعراض الدوري الشامل. ويتمثل جزء هام آخر من هذا العمل في أن يدعو المجلس وكالات الأمم المتحدة

¹⁰⁶ قرار مجلس حقوق الإنسان 8/11، الفقرة 2.

¹⁰⁷ المرجع نفسه.

¹⁰⁸ المرجع نفسه، الفقرة 5.

وصناديقها وبرامجها التي تضطلع بمبادرات وأنشطة فيما يتصل بالوفيات والأمراض النفسانية إلى تقديم المعلومات بصفة منتظمة لكي يُنظر فيها خلال الاستعراض الدوري الشامل. فمسألة الوفيات والأمراض النفسانية، كما يتبين من المناقشة السابقة، لا ترتبط بالحق في الصحة وحده بل ترتبط بعدد من الحقوق والمسائل المواضيعية الخاصة بحقوق الإنسان. ومن ثم يمكن للمجلس أيضا أن يشجع الإجراءات الخاصة على أن تدمج في نطاق ولايات كل منها النظر في أبعاد حقوق الإنسان المتعلقة بالوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها.

61- وقد ورد عرض تفصيلي في أعمال هيئات المعاهدات والخبراء الدوليين والهيئات الإقليمية الأخرى لكيفية انطباق الإطار الموضوعي لحقوق الإنسان على سياق الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها. غير أن الجانب المفقود هو تنفيذ النهج القائم على حقوق الإنسان في تناول الوفيات والأمراض النفسانية. أي أن كثيرا من التساؤلات ما زالت بدون جواب، من قبيل التساؤلات التالية: ما الخطوات التي يمكن اتخاذها بالتحديد لتطبيق/اعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان للقضاء على الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها؟ كيف يمكن للدول أن تكفل تماشي آليات المساءلة البناءة التي يتم إعدادها مع مبادئ حقوق الإنسان؟ ما نطاق آليات المساءلة البناءة التي يمكن استخدامها لكفالة الحد بشكل فعال من الوفيات والأمراض النفسانية؟ ما الذي يلزم عمله لكفالة أن تكون آلية المساءلة البناءة تشاركية وفعالة ومتسمة بالشفافية؟

62- وهذا التنفيذ بطبيعته عملية كبيرة تقتضي تنظيما منهجيا وهي حاليا بدون قيادة واضحة داخل منظومة الأمم المتحدة. وتوجد، بدون شك، ممارسة جيدة كثيرة يمكن للدول والجهات الفاعلة الأخرى أن تشترك فيها على نحو مفيد، وأن تضمن ارتباط هذه الممارسة الجيدة تحديدا بتطبيق نهج قائم على حقوق الإنسان إزاء الوفيات والأمراض النفسانية. ومع أن الاستعراض الدوري الشامل هو أحد المنتديات لاشتراكها في ذلك، ثمة مجال واسع في الوقت الحالي لجمع الممارسات الجيدة على نحو منهجي وشامل. وتنفيذ هذا الإطار التفاعلي ورصده أمران ضروريان أيضا؛ غير أنهما ليسا بين الأولويات على الصعيد الدولي. ويمكن للمجلس أن يتصدر الجهود الرامية إلى إحراز تقدم بشأن أنشطة التنفيذ والرصد المذكورة.

63- والهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية، كما ذكر آنفا، هو أبعد هذه الأهداف عن التحقيق. وبالرغم من الجهود المبذولة للحد من الوفيات النفسانية على نطاق العالم، لم يحرز في الواقع سوى تقدم ضئيل في السنوات الـ20 الماضية. وبالنظر إلى هذا، من الواضح أن أمام المجلس مجال واسع لتقديم إسهامات بناءة وفعالة في الجهد العالمي الرامي للقضاء على الوفيات والأمراض النفسانية من خلال ولايته المتعلقة بتعزيز حقوق الإنسان وحمايتها. وثمة عدد من الخيارات التي يوصى المجلس بالنظر فيها فيما

يتعلق بالتشجيع على الأخذ بنهج قائم على حقوق الإنسان لتناول الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها. والخيارات المطروحة أدناه لا يستبعد أي منها الآخر، بل يعزز بعضها بعضاً. وعلى الأجل القصير، يمكن أن تشمل هذه الخطوات تقديم إسهام فيما يتصل بأبعاد حقوق الإنسان المتعلقة بالوفيات والأمراض النفاسية خلال الاجتماع العام الرفيع المستوى للجمعية العامة في أيلول/سبتمبر 2010 لاستعراض التقدم المحرز في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وإحالة هذه الدراسة إلى اهتمام جمعية الصحة العالمية في دورتها الرابعة والستين. ومن شأن هاتين الخطوتين أن تكون متماشية مع ولاية المجلس المتعلقة بتعميم حقوق الإنسان داخل منظومة الأمم المتحدة.

64- ومن الخطوات الإضافية التي يمكن للمجلس اتخاذها أن يواصل وضع النهج القائم على حقوق الإنسان موضع التنفيذ فيما يتعلق بالوفيات والأمراض النفاسية. ويمكن أن يشمل هذا، كخطوة مبدئية، جمع الممارسات الجيدة للتصدي للوفيات والأمراض النفاسية من منظور لحقوق الإنسان من الدول والجهات الفاعلة الأخرى. ويمكن أن يشكل هذا التجميع للممارسات الجيدة أو الفعالة إسهاماً أو أساساً هاماً وضرورياً لمشاركة خبرائها وتشترك في استضافتها وكالات الأمم المتحدة ذات الصلة، لدراسة الجوانب التنفيذية للنهج القائم على حقوق الإنسان إزاء الوفيات والأمراض النفاسية بمزيد من التفصيل. ويمكن عرض نتائج هذه المشاركة الواسعة النطاق على المجلس للنظر فيها.

65- وكخطوة أخيرة، مع أنه يوجد بالفعل حالياً كثير من الحوار والتعاون المشترك بين الوكالات داخل منظومة الأمم المتحدة (وبريتون وودز) فيما يتعلق بمسألة الوفيات والأمراض النفاسية، ثمة مجال واسع لتعزيز العمل بشأن أبعاد حقوق الإنسان المتعلقة بهذا الموضوع من خلال مشاركة مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان في هذا الحوار وهذا التعاون، وخاصة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي. ومن شأن هذه المشاركة أن تتيح للمفوضية أن تساعد في هذا التعاون بتقديم الخبرة في مجال حقوق الإنسان وأن تتيح في الوقت ذاته بناء قدرة المفوضية في هذا المجال من خلال التفاعل مع الوكالات ذات الخبرة التقنية المتخصصة الواسعة في مجال الوفيات والأمراض النفاسية.