

Distr.: General  
19 December 2013  
Arabic  
Original: English

# المجلس الاقتصادي والاجتماعي



## لجنة وضع المرأة

الدورة الثامنة والخمسون

١٠-٢١ آذار/مارس ٢٠١٤

البند ٣ (ج) من جدول الأعمال المؤقت\*

متابعة نتائج المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة والدورة  
الاستثنائية الثالثة والعشرين للجمعية العامة، المعنونة  
"المرأة عام ٢٠٠٠: المساواة بين الجنسين والتنمية  
والسلام في القرن الحادي والعشرين"

الإجراءات المتخذة لتعزيز الصلات بين المساواة بين الجنسين وتمكين  
النساء والفتيات، والقضاء على حالات الوفيات والأمراض النفاسية  
التي يمكن اتقاؤها

تقرير الأمين العام

موجز

عملاً بالقرار ٣/٥٦ للجنة وضع المرأة، يستعرض هذا التقرير الإجراءات المتخذة  
لتعزيز الصلات فيما بين البرامج والمبادرات والأنشطة التي تنفذ على صعيد منظومة الأمم  
المتحدة في ما يتعلق بالمساواة بين الجنسين، وتمكين النساء والفتيات، وحماية جميع حقوق  
الإنسان الخاصة بهن، والقضاء على حالات الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن اتقاؤها.  
ويتضمن التقرير استنتاجات ومساهمات واردة من ١٥ دولة من الدول الأعضاء و ١٢ كياناً  
تابعاً للأمم المتحدة، وينتهي بتوصيات مقدمة إلى لجنة وضع المرأة للنظر فيها.

\* E/CN.6/2014/1



الرجاء إعادة استعمال الورق

240114 240114 13-62787 (A)



## أولاً - مقدمة

١ - تعرب لجنة وضع المرأة في قرارها ٣/٥٦ بشأن القضاء على حالات وفيات الأمراض النفاسية من خلال تمكين المرأة، عن بالغ قلقها من أن أكثر من ٣٥٠.٠٠٠ امرأة ومراهقة ما زلن يتوفين كل سنة بسبب مضاعفات متصلة بالحمل أو الولادة يسهل تجنب جزء كبير منها؛ وتعرب عن قلقها إزاء بطء وتيرة التقدم المحرز في تحسين صحة الأم والوليد والطفل وعدم كفاية الموارد المخصصة لصحتهم؛ وتلاحظ استمرار أوجه التفاوت داخل الدول الأعضاء وفيما بينها، واستمرار الحاجة إلى معالجة أوجه التفاوت بين الجنسين؛ وتحت الدول الأعضاء على تعزيز الإجراءات الرامية إلى الإسراع بخطى التقدم نحو تحقيق الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية. والغايات التي يشملها هدف عام ٢٠١٥ هي تخفيض معدل الوفيات النفاسية بنسبة ٧٥ في المائة وإتاحة خدمات الصحة الإنجابية للجميع. وبناء على ذلك، طلب إلى الأمين العام أن يقدم إلى اللجنة في دورتها الثامنة والخمسين، ومع مراعاة قرارات الأمم المتحدة ذات الصلة، تقريراً عن الإجراءات الرامية إلى تعزيز الترابط بين مختلف البرامج والمبادرات والأنشطة المنفذة على نطاق منظومة الأمم المتحدة من أجل تحقيق المساواة بين الجنسين، وتمكين النساء والفتيات، وحماية جميع حقوق الإنسان الخاصة بهن، والقضاء على حالات الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها.

٢ - وفي هذا التقرير، يأخذ الأمين العام في الاعتبار قرار مجلس حقوق الإنسان ٢/١٨ بشأن حالات الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها وحقوق الإنسان، الذي شجع فيه المجلس الدول وسائر الجهات صاحبة المصلحة المعنية على اتخاذ ما يلزم من إجراءات على جميع المستويات لمعالجة الأسباب الجذرية المترابطة للوفيات والأمراض النفاسية، مثل الفقر وسوء التغذية والممارسات الضارة وعدم توفر خدمات ملائمة وسهلة المنال في مجال الرعاية الصحية ونقص المعلومات والتعليم وعدم المساواة بين الجنسين وإيلاء اهتمام خاص للقضاء على جميع أشكال العنف المسلط على النساء والفتيات. ويؤكد التقرير أهمية التصدي للوفيات النفاسية باعتبارها مسألة تتعلق بالصحة والتنمية وحقوق الإنسان، ويلخص المبادرات والمعلومات الحالية المتعلقة بالتقدم المحرز في الإجراءات المتخذة على جميع المستويات من جانب الدول الأعضاء<sup>(١)</sup> وكيانات الأمم المتحدة ومنظمات المجتمع المدني<sup>(٢)</sup> خلال الفترة الممتدة من أيلول/سبتمبر ٢٠١٢ إلى تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣.

(١) تشمل الدول الأعضاء الأرجنتين، وإكوادور، وألمانيا، وبوركينا فاسو، وبولندا، وبيرو، وتركيا، وتوغو، والفلبين، وقطر، والكاميرون، وكولومبيا، ولاتفيا، والنرويج، وهولندا.

(٢) تشمل كيانات الأمم المتحدة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ، والاتحاد الدولي للاتصالات، ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، ومنظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية (اليونيدو)، ومعهد الأمم المتحدة

## ثانياً - الوضع العالمي للوفيات والأمراض النفاسية

٣ - تعرف الوفاة النفاسية بأنها وفاة المرأة أثناء الحمل أو في غضون ٤٢ يوماً من إنهاء الحمل، بصرف النظر عن مدة الحمل ومكانه، من جراء أي سبب متصل بالحمل أو تفاقم بسبب الحمل أو معالجته ولكنه ليس نتيجة حوادث أو عوامل خارجية<sup>(٣)</sup>. واعتلال الأمهات هو من المضاعفات أو الأمراض التي تنشأ أثناء الحمل أو الولادة أو فترة ما بعد الولادة، والتي تؤثر على سلامة المرأة وصحتها البدنية أو العقلية<sup>(٤)</sup>.

٤ - ويفيد تقرير عام ٢٠١٣ عن الأهداف الإنمائية للألفية بأن معدل الوفيات النفاسية قد انخفض عالمياً بنسبة ٤٧ في المائة، من ٤٠٠ من وفاة نفاسية لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٠ إلى ٢١٠ في ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في عام ٢٠١٠ (انظر الجدول أدناه). غير أنه ما تزال هناك أوجه تفاوت كبيرة في معدلات الوفيات النفاسية من بلد إلى آخر وداخل البلد الواحد. وتحدث معظم الوفيات النفاسية في البلدان النامية. وفي منشور الاتجاهات السائدة في الوفيات النفاسية: من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٠ - تقديرات منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي، تفيد منظمة الصحة العالمية بأن ما يزيد عن نصف الوفيات النفاسية السنوية (٢٤٠ ٠٠٠ وفاة) تحدث في أفريقيا جنوب الصحراء (٥٦ في المائة) وثلاثها في جنوب آسيا (٢٩ في المائة)، وهما منطقتان تمثلان معاً ٨٥ في المائة من العبء العالمي، يليهما أوقيانوسيا وجنوب شرق آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وشمال أفريقيا وغرب آسيا والقوقاز وآسيا الوسطى. ويفوق معدل الوفيات النفاسية في البلدان النامية معدلها في البلدان مرتفعة الدخل بمقدار ١٥ مرة. ومن أصل ٧٥ بلداً من البلدان التي لديها أعلى معدلات الوفيات النفاسية، يسجل بلدان ثلث الوفيات النفاسية في العالم، وهما: الهند بنسبة ١٩ في المائة (٥٦ ٠٠٠)، ونيجيريا بنسبة ١٤ في المائة (٤٠ ٠٠٠).

٥ - وفي المنشور ذاته، تفيد منظمة الصحة العالمية بأنه، على المستوى العالمي، حقق ٣٠ بلداً انخفاضاً بنسبة ٥٠ في المائة أو ما يزيد عن ذلك في معدل الوفيات النفاسية أثناء

لبحوث التنمية الاجتماعية، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظمة الصحة العالمية، وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.

(٣) منظمة الصحة العالمية. <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/> (تم الاطلاع عليه في ١٥ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣).

(٤) انظر: - Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 - Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, p. 19 (Geneva, World Health Organization, 2010)، متاح على العنوان الشبكي: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf)

الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٠، وبأن ثلاثة بلدان (غينيا الاستوائية ونيبال وفيت نام) حققت انخفاضات بنسبة لا تقل عن ٧٥ في المائة. وحقق ما يزيد عن ٥٠ بلداً انخفاضاً في عدد الوفيات النفاسية أثناء الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٠ بوتيرة أسرع من وتيرة العقد الماضي، مما يشير إلى أن وتيرة التقدم المحرز تشهد تحسناً. أما تسعة بلدان من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التي لديها نسبة مرتفعة من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وتعاني منذ أمد طويل من نزاع مسلح ومن عدم الاستقرار الاقتصادي، فسجلت زيادات في معدل وفياتها النفاسية في السنوات العشرين الماضية<sup>(٥)</sup>.

### تقديرات معدلات الوفيات النفاسية وعدد الوفيات النفاسية وخطر التعرض للوفاة النفاسية مدى الحياة بحسب المنطقة/المكان في عام ٢٠١٠

المنطقة/المكان	معدل الوفيات النفاسية <sup>(١)</sup>	عدد الوفيات النفاسية <sup>(٢)</sup>	خطر التعرض للوفاة النفاسية مدى الحياة (النسبة المئوية) <sup>(٣)</sup>
الصعيد العالمي	٢١٠	٢٨٧ ٠٠٠	١٨٠/١
المناطق المتقدمة <sup>(ب)</sup>	١٦	٢ ٢٠٠	٣٨٠٠/١
المناطق النامية	٢٤٠	٢٨٤ ٠٠٠	١٥٠/١
شمال أفريقيا <sup>(ج)</sup>	٧٨	٢ ٨٠٠	٤٧٠/١
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى <sup>(د)</sup>	٥٠٠	١٦٢ ٠٠٠	٣٩/١
شرق آسيا <sup>(هـ)</sup>	١٥٠	١٧ ٠٠٠	٢٩٠/١
جنوب آسيا <sup>(٦)</sup>	٢٢٠	٨٣ ٠٠٠	١٦٠/١
جنوب - شرق آسيا <sup>(٧)</sup>	١٥٠	١٧ ٠٠٠	٢٩٠/١
غرب آسيا <sup>(٨)</sup>	٧١	٣ ٥٠٠	٤٣٠/١
القوقاز ووسط آسيا <sup>(ط)</sup>	٤٦	٧٥٠	٨٥٠/١
أمريكا اللاتينية <sup>(٩)</sup>	٧٢	٧ ٤٠٠	٥٨٠/١
منطقة البحر الكاريبي <sup>(ك)</sup>	١٩٠	١ ٤٠٠	٢٢٠/١
أوقيانوسيا <sup>(ل)</sup>	٢٠٠	٥١٠	١٣٠/١

المصدر: الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير الوفيات النفاسية، الاتجاهات السائدة في الوفيات النفاسية: من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٠، تقديرات منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي (منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠١٢).

(٥) انظر: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival - Accountability for Maternal, Newborn and Child Survival: the 2013 Update* (Geneva 2013).

ملاحظة: تخضع التقديرات المستمدة من استقصاءات الأسر المعيشية لفترات ثقة واسعة النطاق والمعدلات فترات طويلة (غالباً ما تمتد لمدة ١٠ سنوات). ويجري إعداد التقديرات العالمية والإقليمية للوفيات النفاسية عن كل خمس سنوات باستخدام نموذج تراجمي.

(أ) جرى تقريب نسبة الوفيات النفاسية وعدد الوفيات النفاسية وخطر التعرض للوفاة النفاسية مدى الحياة وفقاً لما يلي: أقل من ١٠٠: لم يجر تقريبها؛ ١٠٠-٩٩٩: قُربت إلى أقرب ١٠؛ ١٠٠٠-٩٩٩٩: قُربت إلى أقرب ١٠٠؛ أكثر من ١٠٠٠: قُربت إلى أقرب ١٠٠٠.

(ب) الاتحاد الروسي، وإسبانيا، وأستراليا، وإستونيا، وإسرائيل، وألبانيا، وألمانيا، وأوكرانيا، وأيرلندا، وأيسلندا، وإيطاليا، والبرتغال، وبلجيكا، وبلغاريا، والبوسنة والهرسك، وبولندا، وبيلاروس، والجلب الأسود، والجمهورية التشيكية، وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً، وجمهورية مولدوفا، والدانمرك، ورومانيا، وسلوفاكيا، وسلوفينيا، والسويد، وسويسرا، وصربيا، وفرنسا، وفنلندا، وقبرص، وكرواتيا، وكندا، ولاتفيا، ولكسمبرغ، ولتوانيا، ومالطة، والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، والنرويج، والنمسا، ونيوزيلندا، وهنغاريا، وهولندا، والولايات المتحدة الأمريكية، واليابان، واليونان.

(ج) تونس، والجزائر، وليبيا، ومصر، والمغرب.

(د) إثيوبيا، وإريتريا، وأنغولا، وأوغندا، وبنن، وبوتسوانا، وبوركينا فاسو، وبوروندي، وتشاد، وتوغو، وجزر القمر، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وجنوب أفريقيا، وجيبوتي، ورواندا، وزامبيا، وزمبابوي، وسان تومي وبرينسيبي، والسنغال، وسوازيلند، والسودان، وسيراليون، وسيشيل، والصومال، وغابون، وغامبيا، وغانا، وغينيا، وغينيا الاستوائية، وغينيا - بيساو، وكابو فيردي، والكاميرون، وكوت ديفوار، والكونغو، وكينيا، وليبيريا، وليسوتو، ومالي، ومدغشقر، وملاوي، وموريتانيا، وموريشيوس، وموزامبيق، وناميبيا، والنيجر، ونيجيريا.

(هـ) جمهورية كوريا، وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، والصين، ومنغوليا.

(و) أفغانستان، وإيران (جمهورية - الإسلامية)، وباكستان، وبنغلاديش، وبتان، وسري لانكا، وملديف، ونيبال، والهند.

(ز) إندونيسيا، وتايلند، وتيمور - ليشتي، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وسنغافورة، والفلبين، وفيت نام، وكمبوديا، وماليزيا، وميانمار.

(ح) الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وتركيا، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وعمان، وقطر، والكويت، ولبنان، والمملكة العربية السعودية، واليمن، والصفة الغربية وقطاع غزة.

(ط) أذربيجان، وأرمينيا، وأوزبكستان، وتركمانستان، وجورجيا، وطاجيكستان، وقيرغيزستان، وكازاخستان.

(ي) الأرجنتين، وإكوادور، وأوروغواي، وباراغواي، والبرازيل، وبليز، وبنما، وبوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)، وبيرو، والسلفادور، وسورينام، وشيلي، وغواتيمالا، وغيانا، وفنزويلا (جمهورية - البوليفارية)، وكوستاريكا، وكولومبيا، والمكسيك، ونيكاراغوا، وهندوراس.

(ك) بربادوس، وترينيداد وتوباغو، وجامايكا، وجزر البهاما، والجمهورية الدومينيكية، وسانت فنسنت وجزر غرينادين، وسانت لوسيا، وغرينادا، وكوبا، وهاييتي، وبورتوريكو.

(ل) بابوا غينيا الجديدة، وتونغا، وجزر سليمان، وفانواتو، وفيجي، وميكرونيزيا (ولايات - الموحدة).

٦ - وعموماً، تشمل الأسباب الرئيسية للوفيات النفاسية التريف، والالتهاب/الإنتان، والإجهاض غير المأمون، وما قبل الشنج النفاسي والشنج النفاسي، والمخاض لفترة طويلة أو المخاض المعوق<sup>(٦)</sup> ويفيد تقرير عام ٢٠١٣ عن الأهداف الإنمائية للألفية بأن العديد من النساء الحوامل في البلدان النامية لا زلن لا يتلقين المستوى الأدنى المطلوب من الرعاية السابقة للولادة ولا يشرف عليهن عاملون طبيون أخصائيون أثناء الولادة. وفي عام ٢٠١١، أنجبت النساء بمفردهن أو برعاية غير مناسبة نحو ٤٨ مليون من أصل ١٣٥ مليون مولود حي في بلدان نامية. وحالة المرأة الحامل أصعب في المناطق النائية والريفية حيث ٥٣ في المائة فقط من نساء المجتمعات الريفية والشعوب الأصلية يحصلن على مساعدة يقدمها أخصائيون أثناء الوضع، مقارنة بنسبة ٤٨ في المائة في المناطق الحضرية.

٧ - وتفيد التقديرات بأن ما نسبته ١٣ في المائة من جميع الوفيات النفاسية تحدث نتيجة عمليات إجهاض غير مأمون<sup>(٧)</sup>. وما زال احتمال حدوث وفيات نفاسية بسبب الإجهاض غير المأمون مرتفعاً في أفريقيا وآسيا<sup>(٨)</sup>. يسلم برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن حالات الإجهاض غير المأمون تعد بمثابة شاغل رئيسي من شواغل الصحة العامة، وذلك بالنظر إلى المخاطر الجسيمة التي يمكن أن تواجهها المرأة في أعقاب عملية إجهاض غير مأمون. ويهدف ضمان حق المرأة في الصحة والحياة، في الحالات التي يكون فيها اللجوء إلى الإجهاض خاضعاً لقيود قانونية، من الحيوي توفير الرعاية اللاحقة للإجهاض من أجل منع تردي الحالة الصحية (انظر A/HRC/18/27).

٨ - وفي عدد من البلدان، ما تزال معدلات الخصوبة المرتفعة تفسر ارتفاع معدل الوفيات النفاسية. ومن أصل ٧٥ بلداً لديه معدلات مرتفعة من حيث الوفيات والأمراض النفاسية، سجل أكثر من النصف معدل خصوبة إجمالي يبلغ أو يزيد عن ٤,٠ أطفال لكل امرأة؛ ويقع ٣٥ بلداً من تلك البلدان في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، و ٢١ بلداً في غرب ووسط أفريقيا، و ١٤ بلداً في منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي. ويقابل هذا التركيز لمعدلات الخصوبة المرتفعة معدلات منخفضة على العموم من حيث استخدام وسائل منع الحمل<sup>(٩)</sup>

(٦) مساهمة صندوق الأمم المتحدة للسكان.

(٧) انظر: Lisa B. Haddad and Nawal M. Nour, "Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality", *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, vol. 2, No. 2 (Spring 2009), pp. 122-126.

(٨) انظر: منظمة الصحة العالمية، *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008* (Geneva, 2011).

(٩) انظر: *Countdown to 2015: 2013 Update* (انظر الحاشية ٥ أعلاه)، الصفحة ٢٢.

٩ - وتساهم إمكانية الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة في الحد من حالات الحمل غير المقصود والمعرض لخطر شديد ومن حالات الإجهاض غير المأمون، وبالتالي تقلل الوفيات النفاسية. ويشير تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١٣ إلى أن نسبة الأزواج الذي يستخدمون وسائل منع الحمل قد ازدادت في عدد من البلدان، بما في ذلك في البلدان النامية. غير أن الحاجة غير الملباة على الصعيد العالمي إلى تنظيم الأسرة - والمحددة بالنسبة المثوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩، المتزوجات منهن أو المرتبطات، واللاتي يبدن الرغبة في تأخير الحمل أو تجنبه دون أن يلجأن إلى أي شكل من أشكال منع الحمل - لم تسجل سوى انخفاض طفيف من ١٥ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ١٢ في المائة في عام ٢٠١١، وبالأرقام يمثل ذلك عدداً يزيد عن ١٤٠ مليون امرأة.

١٠ - وما يزال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا يشكلان سببين هاميين من الأسباب التي تسهم في الوفيات النفاسية، وتشكل الإصابة بأحدهما أو بهما معاً سبباً لحوالي ٢٠ في المائة من الوفيات النفاسية. وفي ١٥ بلداً تزيد فيها نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية عن ٥ في المائة، تتراوح نسبة الوفيات النفاسية التي تعزى بصورة غير مباشرة إلى الإصابة بالفيروس بين ٨ و ٦٧ في المائة<sup>(١٠)</sup>. وفي المجموع، تلقى في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢، ما يزيد عن ٩٠٠ ٠٠٠ امرأة حامل مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في العالم علاجاً وقائياً أو مضاداً للفيروسات العكوسة<sup>(١١)</sup>. وتختلف التغطية اختلافاً كبيراً على صعيد البلدان وداخل البلدان. والملاريا، التي تسبب سنوياً في نحو ١٠ ٠٠٠ وفاة نفاسية في العالم، مرض خطير يعرض الحوامل للإصابة بفقر الدم الشديد وللوفاة ويقترن بحالات انخفاض الوزن عند الولادة والمواليد غير الأحياء<sup>(١٢)</sup>. وفي المناطق التي تستوطن فيها الملاريا، يقدر أن نسبة لا تقل عن ٢٥ في المائة من النساء الحوامل مصابات بها. ويمكن لما يقدر بحوالي ٣٢ مليون امرأة حامل أن تستفيد كل عام من العلاج الوقائي من الملاريا. ويفيد تقرير عام ٢٠١٣ عن الملاريا في العالم أن نسبة ٦٤ في المائة من الحوامل في عام ٢٠١٢ تلقين جرعة واحدة من العلاج الوقائي المتقطع أثناء الحمل، بينما تلقت نسبة ٢٣ في المائة فحسب

(١٠) انظر: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival – Building a Future for Women and Children: The 2012 Report* (Geneva, 2012).

(١١) انظر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013* (Geneva, 2013), p. 38.

(١٢) انظر: Julianna Schantz-Dunn, and Nawal M. Nour, "Malaria and pregnancy: a global health perspective", *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, vol. 2, No. 3 (Summer 2009), p. 188.

الجرعات الثلاث التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، مما يدل على وجود مجال لتحقيق تحسن في توفير الحماية من الملاريا للنساء الحوامل.

### ثالثاً - الوفيات والأمراض النفاسية باعتبارها مسألة من مسائل حقوق الإنسان

١١ - تنص معاهدات دولية مثل العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ومنهاج عمل بيجين وبرنامج العمل للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة على حقوق محددة تتعلق بصحة المرأة، بما في ذلك الوقاية من الوفيات والأمراض النفاسية. وقد حدد مجلس حقوق الإنسان في قراره ٨/١١ مجموعة من حقوق الإنسان التي تتأثر مباشرة بالوفيات والأمراض النفاسية، ولا سيما الحق في الحياة، وفي المساواة في الكرامة، وفي التعليم، وفي حرية استقاء المعلومات وتلقيها ونقلها، وفي التمتع بفوائد التقدم العلمي، وفي عدم التعرض للتمييز، وفي التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، وفي السلامة من المعاملة القاسية واللاإنسانية والمهينة، والحق في الخصوصية، والحق في سبل انتصاف فعالة. ولا يمكن كفالة هذه الحقوق إلا في حالة التقييد بمبادئ المساواة بين الجنسين والمشاركة والشفافية والمساءلة.

١٢ - وقد بات هناك اعتراف متزايد بأن القصور في معالجة حالات الإعاقة والوفيات النفاسية التي يمكن الوقاية منها يمثل اليوم أحد أهم أوجه الإجحاف الاجتماعي وبأن مخاطر الصحة الإنجابية التي تتعرض لها المرأة هي أوجه ظلم يمكن للمجتمعات أن تعالجها وهي ملزمة بذلك. ولا ينظر بشكل متزايد إلى الحد من الوفيات والأمراض النفاسية بوصفه مسألة إنمائية فحسب، بل باعتباره مسألة من مسائل حقوق إنسان. وقد أعدت مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) توجيهات تقنية بشأن تطبيق نهج قائم على حقوق الإنسان إزاء السياسات والبرامج الرامية إلى الحد من الوفيات والأمراض النفاسية. وتبرز التوجيهات مجموعات محددة من النساء اللاتي يتعرضن لأشكال متعددة من التمييز، ونتيجة لارتفاع معدلات الوفيات والأمراض النفاسية، وتؤكد حق المرأة في المشاركة في عملية صنع القرارات التي تؤثر على صحتهم وحقوقهن الجنسية والإنجابية. وتؤكد كذلك الحاجة إلى مساءلة الدول وأن الدول ملزمة بضمان عدم تدخل أطراف ثالثة في التمتع بالحقوق الجنسية والإنجابية (انظر A/HRC/21/22).

## رابعاً - الأسباب الجذرية للوفيات والأمراض النفاسية

١٣ - تعترف لجنة وضع المرأة في قرارها ٣/٥٦ بأن الأسباب الجذرية للوفيات والأمراض النفاسية الممكن الوقاية منها تشمل مجموعة كبيرة من العوامل المترابطة المتصلة بالتنمية وحقوق الإنسان والصحة، ومن بينها الفقر، والأمية، والتمييز ضد النساء والفتيات، وعدم المشاركة في صنع القرارات، وتردي حالة البنية التحتية الصحية، وعدم حصول العاملين في القطاع الصحي على تدريب كاف.

١٤ - ويبين التثقيف، إلى جانب وجود قابلات ماهرات أثناء الولادة، وإمكانية الحصول على الموارد والنفقات الصحية، وجود صلات ثابتة مع نسب الوفيات النفاسية<sup>(١٣)</sup> ففي البلدان التي تشغل فيها المرأة نسبة مرتفعة من المقاعد في البرلمان وتكمل فيها نسبة عالية من الفتيات مرحلة التعليم الابتدائي تسجل معدلات منخفضة من للوفيات النفاسية<sup>(١٣)</sup>. ويشير ذلك إلى أن البيئات التي تمكن من تحقيق المساواة بين الجنسين ترتبط ارتباطاً وثيقاً بنتائج الصحة الإنجابية<sup>(١٣)</sup>. وبالإضافة إلى ذلك، تشير الأدلة إلى أن الأثر الناشئ عن توافر الخدمات الصحية، مثل حضور قابلات ماهرات أثناء الولادة، أكبر في أوساط النساء الحاصلات على تعليم ثانوي أو تعليم عالي مقارنة باللاتي لم يحصلن على تعليم<sup>(١٣)</sup> ويدل ذلك على أن التعليم أداة قوية في مجال تمكين النساء والفتيات، حيث يمكنهن من اتخاذ قرارات مستنيرة في ما يتعلق بصحتهن الإنجابية ومن السعي للحصول على الرعاية الصحية الملائمة.

١٥ - وللمعايير الجنسانية وأوجه اللامساواة بين الجنسين دور كبير في تشكيل أوجه الضعف والنتائج السلبية المرتبطة بصحة الأم. ففي حالات كثيرة، يمكن أن يعزى عجز المرأة، المتفاقم بسبب محدودية التعليم، إلى الأعراف الاجتماعية والطريقة التي تتبع لوضع النظام القانوني الرسمي والنظام العرفي وإدارتهما. أما القوانين التي تتطلب إخطار الوالدين و/أو التي تسمح للأزواج أو الشركاء بالاعتراض على استخدام وسائل منع الحمل والاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية فهي تقيّد إمكانية حصول الفتيات والنساء على وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة والإجهاض المأمون، عندما يكون قانونياً، وغير ذلك من خدمات الصحة الإنجابية الضرورية<sup>(١٤)</sup>.

(١٣) انظر: Karen A. Grépin and Jeni Klugman: "Investing in women's reproductive health: closing the deadly gap between what we know and what we do", World Bank Background Paper, Women Deliver 2013.

(١٤) انظر: R. C. Pacagnella and others, "The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework", *Reproductive Health Matters*, vol. 20, No. 39 (June 2012), pp. 155-163.

١٦ - وتعد ممارسات مثل زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج بالإكراه دوافع قوية تؤدي إلى الوفيات والأمراض التنفسية. وتفيد الإحصاءات بأن زواج الأطفال يرتبط بانخفاض استخدام وسائل منع الحمل، وارتفاع معدل الخصوبة، وتعدد حالات الحمل غير المرغوب فيه، والولادة دون إشراف شخص متخصص، وقصر الفترات الزمنية الفاصلة بين الولادات، وجميعها عوامل هامة تنطوي على خطر حدوث الوفيات والأمراض التنفسية<sup>(١٥)</sup>. وإضافة إلى ذلك، يؤثر زواج الأطفال على فرص التقدم التعليمي ويحد من احتمال تحقيق مكاسب اقتصادية. وتزوج كل عام ١٤ مليون فتاة دون سن الثامنة عشرة، وتبلغ النسبة العالمية لجميع الفتيات المتزوجات دون الثامنة عشرة ٣٦ في المائة<sup>(١٦)</sup>. وتصل معدلات الزواج في أوساط الفتيات دون سن الثامنة عشرة إلى ٤٥ في المائة في جنوب آسيا<sup>(١٥)</sup>. وبالإضافة إلى الزواج المبكر، لدى الشباب والمراهقات الناشطات جنسياً معرفة محدودة بالصحة الإنجابية وبخدماتها وسبل محدودة للحصول عليها وهن عرضة بشكل كبير لخطر الحمل (غير المرغوب فيه)، ولإجهاد غير المأمون والمضاعفات المتصلة بالولادة، ولا سيما حالات ناسور الولادة، التي تعد ضمن الأسباب الرئيسية للوفاة في أوساط الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ عاماً<sup>(١٧)</sup>.

١٧ - وكثيراً ما يُشار إلى العوائق المالية والمادية، والقيود الاجتماعية التي تحد من القدرة على الحركة، وعدم كفاية خيارات النقل، وتدني نوعية الخدمات الصحية والافتقار إلى معرفة المكان المناسب للولادة بوصفها أسباب لعدم طلب الرعاية<sup>(١٨)</sup>. وفي غياب آليات الحماية الاجتماعية، تقيّد التكاليف الباهظة للرعاية الصحية إمكانية حصول المرأة على الرعاية السابقة للولادة وفي أثنائها وبعدها وقد يكون لها أثر ضار على الرفاه الاقتصادي للأسر<sup>(١٩)</sup>.

(١٥) انظر: Minh Cong Nguyen and Quentin Wodon, "Global trends in child marriage", World Bank Working Paper, 2012.

(١٦) فريق الخبراء المستقل المعني بالاستعراض، *Every Woman, Every Child: Strengthening Equity and Dignity through Health: The Second Report of the Independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health* (Geneva, WHO, 2013) p.60

(١٧) انظر مثلاً: S. Gabrysch, V. Simushi and O. M. R. Campbell, "Availability and distribution of, and geographic access to emergency obstetric care in Zambia", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 114, No. 2 (August 2011), pp. 174-179

(١٨) انظر: V. Filippi and others, "Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action", *Lancet*, vol. 368, No. 9546 (October 2006), pp. 1535-1541

(١٩) انظر: S. Dzakpasu, T. Powell-Jackson and O. M. R. Campbell, "Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review", *Health Policy Plan* (January 2013).

وقد ثبت أن الاستعراضات المنهجية للبرامج الوطنية التي تحد من العوائق المالية، مثل توفير القسائم، والخدمات المجانية والتحويلات النقدية، تحسن النتائج الصحية بالفعل، بما في ذلك صحة الأمهات. وتبين أن النساء اللاتي أُطعن على برامج من هذا القبيل، ولا سيما الأمهات الشابات، على الأرجح أن يستفدن من الرعاية السابقة للولادة وأن يخترن مقدمي رعاية صحية أكثر مهارة من أجل الولادة<sup>(٢٠)</sup>.

١٨ - وتصبح إمكانية الحصول على خدمات الصحة الإنجابية أكثر تعقيداً أثناء الكوارث الطبيعية والتراعات المسلحة نظراً لتدمير مرافق الرعاية الصحية وانعدام الأمن العام، مما يحول دون التماس النساء الحوامل للرعاية الطبية<sup>(٢١)</sup>. وقد تسهم الصدمات والتعرض للعنف ورداءة النظافة الصحية في تفاقم النتائج المتعلقة بالوفيات والأمراض النفسانية خلال الأزمات. وقد تكون المرأة أيضاً أكثر عرضة للعنف الجنسي الذي يمكن أن يؤدي إلى حالات حمل غير مرغوب فيه وبالتالي إلى عمليات إجهاض غير مأمون.

## خامساً - الإجراءات التي اتخذتها الدول الأعضاء والكيانات التابعة للأمم المتحدة

١٩ - على مدى العام الماضي، اتخذت دول أعضاء وكيانات تابعة للأمم المتحدة إجراءات لتمكين النساء والفتيات وتعزيز حقوقهن والحد من الوفيات والأمراض النفسانية، وذلك بوضع أطر لحقوق الإنسان، وخطط واستراتيجيات وتمويل على الصعيد الوطني، وتوفير خدمات الصحة الإنجابية، وتعبئة الموارد، وآليات المساءلة وجمع البيانات، وإيلاء الاهتمام لتقييمات احتياجات التوليد في حالات الطوارئ واحتياجات حديثي الولادة، بالإضافة إلى رصد الوفيات النفسانية.

## ألف - وضع أطر لحقوق الإنسان

٢٠ - أكدت الدول الأعضاء التزاماتها باتباع النهج القائمة على حقوق الإنسان، وذلك من خلال دعوة إلى العمل على تنظيم الأسرة ووجهت خلال مؤتمر المرأة نبع الحياة لعام ٢٠١٣ والمشاورات الإقليمية التي أجريت في عام ٢٠١٢ (إثيوبيا وأوغندا وبنن وجنوب السودان والسنغال ونيجيريا). وفي البيانات التي أدلى بها في مناسبات دولية وإقليمية ووطنية رئيسية، شاركت مفوضية حقوق الإنسان بصورة فعالة في التشجيع على وضع إرشادات

(٢٠) انظر: James Price and Alok Bohara, "Maternal health care amid political unrest: the effect of armed (conflict on antenatal care utilization in Nepal)", *Health Policy Plan* (2012).

(٢١) منظمة الصحة العالمية، *The H4+ Partnership: Joint Country Support to Improve Women's and Children's Health* (Geneva, 2013), p. 14.

تقنية لتطبيق نهج قائم على حقوق الإنسان في السياسات والبرامج الرامية إلى الحد من الوفيات والأمراض النفاسية. وتنفذ في الوقت الراهن مبادرة مشتركة بين مفوضية حقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان وشراكة صحة الأم والوليد والطفل في مجموعة مختارة من البلدان وتهدف إلى تطبيق نهج قائمة على الحقوق إزاء الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والطفل. وتعاونت أيضاً مفوضية حقوق الإنسان وصندوق الأمم المتحدة للسكان مع مؤسسات وطنية لحقوق الإنسان في المؤتمر الدولي الحادي عشر للجنة التنسيق الدولية للمؤسسات الوطنية المعنية بتعزيز حقوق الإنسان وحمايتها، المعقد في عمان في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢، وذلك للتوعية بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والوفيات والأمراض النفاسية باعتبارها قضايا من قضايا حقوق الإنسان واعتمدا إعلان عمان.

## باء - الخطط والاستراتيجيات والتمويل على الصعيد الوطني

٢١ - قدمت دول أعضاء تقارير عن استراتيجيات رئيسية للتخطيط الوطني تشمل وضع أطر قانونية وسياساتية، وبرامج للحماية الاجتماعية، وتوفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، والتوعية والتربية الجنسية الشاملة. وإضافة إلى ذلك، تم الاضطلاع بمبادرات مركزة تستهدف مسائل محددة تتعلق بصحة الأمهات وفتات محددة من النساء وشرائح من السكان (الأرجنتين وإكوادور وبوركينا فاسو وبولندا وبيرو وتركيا وتوغو والفلبين وقطر والكاميرون ولافتيا). وقد شملت الابتكارات التي قدمت في الخطط الوطنية إنشاء دور موقعية لاستقبال الحوامل اللاتي ينتظرن الوضع من أجل كفالة الحصول على مساعدة من ذوي التخصص (بور كينا فاسو وبيرو).

٢٢ - ويمكن للرجل أن يضطلع بدور هام في القضاء على الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها. وعلى سبيل المثال، يمكن للزعماء الدينيين وقادة المجتمعات المحلية أن يصبحوا شركاء رئيسيين في تعزيز المساواة بين الجنسين وفي التصدي للعنف ضد المرأة وللممارسات الضارة والمعايير الثقافية التي تؤثر على صحة الأم. وقد أخذت دول أعضاء وكيانات تابعة للأمم المتحدة تعزز الجهود الرامية إلى إشراك الرجال من خلال مبادرات "مدرسة الأزواج"، التي تقدم المعلومات وتوفر التعليم وتتيح الفرص لمشاركة الأزواج في المجتمع المحلي من أجل التعلم في مجال صحة الأم والطفل (بور كينا فاسو وغينيا والنيجر)<sup>(٢٢)</sup>.

(٢٢) منظمة الصحة العالمية، *The H4+ Partnership: Joint Country Support to Improve Women's and Children's Health* (Geneva, 2013), p. 14

٢٣ - واتخذت مبادرات وطنية لتمويل وتتبع الرعاية الصحية تقوم برصد عملية توزيع الموارد على خدمات الصحة الإنجابية في دول أعضاء (هي أفغانستان وأوكرانيا وجمهورية ترازيا المتحدة ورواندا وليبيريا)، وذلك بدعم من وكالة التنمية الدولية في الولايات المتحدة. وتمكن حسابات الصحة على المستوى القومي الحكومات من رصد أداء قطاع الصحة، وذلك بتزويد الجهات المعنية بمعلومات عن تخصيص الموارد العامة.

٢٤ - وتكتسي الإرشادات الإقليمية والعالمية المتعلقة بوضع خطط العمل الوطنية أهمية بالغة. ولهذا الغرض، تتضمن خطة العمل المتعلقة بصحة الأم والطفل التي وضعتها مفوضية الاتحاد الأفريقي تقديم توجيهات من خلال الدعوة، والقيادة التقنية، وآليات المساءلة والحوكمة، ومن خلال معالجة جوانب رئيسية مثل تمويل الرعاية الصحية.

٢٥ - وفي إطار حركة "كل امرأة، كل طفل"، ومجموعة شراكة وكالات الأمم المتحدة الأربع المعنية بالصحة التي تضم منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، يدعم كل من هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة) والبنك الدولي الجهود التي تبذلها الدول في وضع خطط وطنية وتنفيذها، وذلك باتباع سبل منها اتخاذ مبادرات عالمية مختلفة ترمي إلى تحسين صحة الأم، وتوسيع نطاق خدمات تنظيم الأسرة، ووضع حد لانتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الجنين.

## جيم - خدمات الصحة الإنجابية

٢٦ - قامت الدول الأعضاء بتوسيع نطاق إمكانية الحصول على خدمات جيدة في مجال صحة الأم وصحة المواليد والأطفال عن طريق اعتماد نهج قطاعية شاملة والقيام بتدخلات محددة الأهداف.

٢٧ - وفي مجال الموارد البشرية المكترسة للصحة وتدريب الأخصائيين الصحيين، قامت دول (إثيوبيا، وأفغانستان، وبنغلاديش، وبنن، وبوركينا فاسو، وبوروندي، وتوغو، وجمهورية ترازيا المتحدة، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وجنوب السودان، وحبوتي، والسودان، وغانا، والكاميرون، وكوت ديفوار، ومالي، ومدغشقر، وموزامبيق، ونيجيريا، والهند) وكيانات تابعة للأمم المتحدة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية)، وشركاء آخرون، عن طريق الصندوق المواضيعي لصحة الأم، بالتعاون مع الاتحاد الدولي للقابلات، بتدريب أكثر من ١ ٥٠٠ مدرس من مدرّسي القابلات، وبناء مواقع جديدة للتدريب، وتعزيز قدرات أكثر من ١٧٥ مدرسة من مدارس القابلات، وتحسين

مهارات مقدمي الرعاية على معالجة ناسور الولادة، واستحداث أدوات متعددة الوسائط للتعلم الإلكتروني<sup>(٢٢)</sup>.

٢٨ - وكثفت الدول الأعضاء جهودها الرامية إلى توسيع نطاق توفير خدمات تنظيم الأسرة، بوسائل منها سن تشريعات تمكن النساء من الحصول على هذه الخدمات دون موافقة الزوج، واتخاذ تدابير لمساعدتهن على تحمل تكاليفها (إثيوبيا، وأوغندا، وبنن، وبوركينا فاسو، وجنوب السودان، والسنغال، وغينيا، والنيجر، ونيجيريا). وأثناء مؤتمر قمة لندن لتنظيم الأسرة الذي عُقد في عام ٢٠١٢، التزمت ٢٤ حكومة، دعماً لمبادرة "كل امرأة، كل طفل"، بزيادة الموارد من أجل توسيع نطاق خدمات تنظيم الأسرة لتستفيد منها ١٢٠ مليون امرأة في البلدان النامية بحلول عام ٢٠٢٠.

٢٩ - وأقامت كيانات الأمم المتحدة شراكات نشطة مع الدول من أجل تعزيز الخدمات الصحية كما تبرهن على ذلك البرامج الصحية التي تقوم بها وكالات الأمم المتحدة الأربع المعنية بالصحة إضافة إلى البنك الدولي. ومن أجل تحسين نوعية التدخلات في مجال الرعاية الصحية، أجرت اليونيسيف بالشراكة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان وجامعة كولومبيا (نيويورك)، عمليات تقييم للاحتياجات في ٣٠ بلداً. وتضمنت الاستراتيجيات الرئيسية التي حددت توليد الطلب ودعم المجتمعات المحلية للخدمات الصحية وزيادة الوعي، وإنشاء نظم سليمة لإحالة المرضى، والتواصل مع الفئات الضعيفة والفئات السكانية التي يصعب الوصول إليها، وإدخال تحسينات على الهياكل الأساسية للنقل وتقديم الدعم المالي<sup>(٢٣)</sup>. وتضمنت التدخلات الأخرى المتصلة بنوعية الرعاية تحديث الإرشادات المتعلقة بمعالجة الملاريا أثناء الحمل (منظمة الصحة العالمية) وإعداد منظمة "باثفايندر" الدولية مجموعة من الأدلة لمساعدة العاملين في مجال الرعاية الصحية على علاج التزيف بعد الولادة.

٣٠ - وتمكّن البرنامج العالمي لأمن سلع الصحة الإنجابية من حشد مبلغ يناهز ٥٦٥ مليون دولار منذ عام ٢٠٠٧ لضمان توفير سلع الصحة الإنجابية وبلورة نهج مستدامة في مجال المشتريات، استفاد منها أكثر من ٣٥ بلداً.

٣١ - ومن أجل تحسين الوضع الصحي للنساء الحوامل، دعمت برامج التغذية التي يقوم بها برنامج الأغذية العالمي ٣,٩ مليون من الحوامل والنساء المرضعات في العالم و ٢٥٠.٠٠٠ امرأة في النيجر وكينيا من أجل تفادي وقوع حالات سوء التغذية الحاد<sup>(٢٤)</sup>.

(٢٣) إسهام من اليونيسيف.

(٢٤) إسهام من برنامج الأغذية العالمي.

٣٢ - ومن أجل توفير خدمات الصحة النفاسية أثناء الأزمات الإنسانية، يقوم صندوق الأمم المتحدة للسكان بانتظام بشحن لوازم تنظيم الأسرة، والرعاية السابقة للولادة، وأدوات نظيفة للتوليد تفادياً لحدوث حالات عدوى مميتة، وذلك في غضون ساعات من الإعلان عن حالات الطوارئ<sup>(٢٥)</sup>.

#### دال - تحديد الأولويات وتعبئة الموارد لأغراض الصحة النفاسية

٣٣ - أدرجت كل من ألمانيا، والسويد، وكندا، والنرويج الصحة النفاسية في برامج التعاون الإنمائي التي تقوم بها. وعلى سبيل المثال استهلت ألمانيا مبادرة تقوم على احترام الحقوق في مجال تنظيم الأسرة والصحة النفاسية، وتوفير التعليم للقابات وبناء قدراتهن، والاستعانة بموظفين مدربين في المجال الطبي لتوفير مهارات طيبة أثناء الولادة. وترد في قائمة المستفيدين من هذا البرنامج دولٌ من بينها باكستان، وبنغلاديش، وبوروندي، ورواندا، وسري لانكا، وسيراليون، وطاجيكستان، وقيرغيزستان، والكاميرون، وكمبوديا، وكوت ديفوار، وملاوي، والنيجر، واليمن، بالإضافة إلى الجماعة الكاريبية، وجماعة شرق أفريقيا، والجماعة الاقتصادية لدول غرب أفريقيا، والجماعة الاقتصادية والنقدية لوسط أفريقيا.

٣٤ - وقدم الصندوق لمواضيعي لصحة الأم، الذي يديره صندوق الأمم المتحدة للسكان، المساعدة إلى ٤٣ بلداً على تدريب الموارد البشرية في مجال الصحة، ولا سيما القابات، وهي مسألة أساسية للحد من الوفيات والأمراض النفاسية. وقد قدمت حملة القضاء على ناسور الولادة الدعم إلى أكثر من ٥٠ بلداً في مجال الوقاية والعلاج وإعادة الإدماج الاجتماعي للنساء والفتيات اللاتي يعانين من ناسور الولادة أو اللاتي هنَّ في طور التعافي منه<sup>(٢٥)</sup>. وعلاوة على ذلك، تعهد البنك الدولي، واليونسيف، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، وحكومة النرويج، بالتبرع بمبالغ إضافية قدرها ١,١٥ بليون دولار من أجل تحسين صحة الأم والطفل. وستستخدم هذه الأموال خلال السنوات الثلاث المقبلة من أجل تسريع التقدم المحرز صوب تحقيق الهدفين ٤ و ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية وللتركيز على الدول النامية التي تسجل فيها أعلى نسب من الوفيات النفاسية ووفيات الأطفال.

#### هاء - المساءلة عن التقدم المحرز على مستوى الحد من الوفيات والأمراض النفاسية

٣٥ - استهلت الدول الأعضاء مبادرات رئيسية في مجال المساءلة تضمنت إنشاء لجان وطنية للتحقيق في حالات الوفيات النفاسية وتنسيق عمليات التحقيق في الوفيات في فترة ما حول الولادة (الأرجنتين)؛ وإجراء تحقيق سري بشأن الوفيات النفاسية (لاتفيا)؛ وإعداد

(٢٥) إسهام من صندوق الأمم المتحدة للسكان.

منهجيات لاستعراض الحالات التي كادت أن تقع فيها وفيات نفاسية (هولندا)؛ وإعداد توصيات موجهة للمؤسسات الطبية ورابطات الموظفين الطبيين وصانعي السياسات في المجال الطبي (الفلبين).

٣٦ - وتقدم اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل توصيات من أجل تحسين متابعة الالتزامات التي تم التعهد بها في إطار الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل، وأصدرت ١٠ توصيات تشكل أساساً يقوم عليه إطار المساءلة في مبادرة "كل امرأة، كل طفل". ووفقاً للاستراتيجية العالمية وتوصيات اللجنة، أنشئ فريق خبراء مستقل معني بالاستعراض من أجل رصد التحديات القائمة والتقدم المحرز والإبلاغ عنها، ولتقديم تحليلات على الصعيد القطري. وتضمنت التوصيات التي قدمها فريق الخبراء المستقل تعزيز الحوكمة العالمية وأطر الاستثمار، ووضع أدوات قائمة على احترام حقوق الإنسان، وتعزيز النظم الوطنية لجمع البيانات، وبناء قدرات هيئات التقييم على الصعيد الوطني<sup>(٢٦)</sup>. ويتضمن بعض التحديات المتبقية تعزيز مساهمة الدول، وإدماج خدمات الصحة الإنجابية والنفاسية وخدمات الرعاية الصحية المقدمة للوليد والطفل، وخدمات علاج فيروس نقص المناعة البشرية والملاريا، ومواءمة التمويل على مستوى مختلف المبادرات<sup>(٢٦)</sup>. وإضافة إلى ذلك، أعدت شراكة وكالات الأمم المتحدة الأربع المعنية بالصحة إضافة إلى البنك الدولي خطة عمل عالمية لمتابعة تنفيذ توصيات اللجنة.

٣٧ - ويمكن أن يوفر نظام لمراقبة وفيات الأمهات والتصدي لها، ينطوي على تحديد حالات الوفيات النفاسية والإبلاغ عنها واستعراضها والتصدي لها، المعلومات الأساسية اللازمة لحصر عدد الوفيات النفاسية وتوجيه الإجراءات المتخذة من أجل تفادي وقوع وفيات نفاسية في المستقبل، كما يمكن أن يعزز النظم الوطنية للتسجيل المدني والإحصاءات المدنية. والتوجيهات الجديدة التي أعدتها منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومراكز مراقبة الأمراض والوقاية منها وإدارة التنمية الدولية، تصنف الوفيات النفاسية على أنها أحداث يجب الإبلاغ عنها وتشجع على إنشاء لجان لاستعراض حالات الوفيات النفاسية. واستهلت اليونيسيف، بالتعاون مع إدارة التنمية الدولية، مبادرة للتحقيق في وفيات الأمهات أثناء فترة النفاس وفترة ما حول الولادة والتصدي لهذه الوفيات في الهند من أجل تحديد العوامل الشخصية، والعائلية، والاجتماعية والثقافية، والاقتصادية، والبيئية التي تسهم في الوفيات النفاسية. وقد أفضى تنفيذ هذا المشروع إلى إنشاء نظم للإحالة، وخطوط اتصال لطلب المساعدة، وإلى زيادة عدد المؤسسات التي يمكن أن تُجري عمليات توليد آمنة.

(٢٦) منظمة الصحة العالمية، مبادرة "كل امرأة، كل طفل" (انظر الحاشية ١٦ أعلاه)، الصفحة ٦٨.

## واو - البيانات والمعارف المتعلقة بالوفيات والأمراض النفاسية

٣٨ - يشكل الحصول على بيانات دقيقة عن الوفيات النفاسية تحدياً حتى عندما تكون هناك نظم موثوقة للتسجيل المدني والإحصاءات المدنية. وفي تلك الحالات، قد لا يشار إلى أن المرأة كانت حاملاً عند تصنيف سبب الوفاة ووضع رمز له، ولا سيما عندما يكون الحمل في بدايته أو في فترة ما بعد الولادة مباشرة. أما في البلدان التي تفتقر إلى نظم موثوقة وشاملة لتسجيل الأحوال المدنية، فتستخدم أساليب غير مباشرة لتقدير أعداد الوفيات النفاسية. وبصورة منتظمة، يقوم الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقديرات الوفيات النفاسية، وفريق استشاري تقني مستقل، بإعداد تقديرات بشأن الوفيات النفاسية وتحديث المعلومات المتصلة بها بالنسبة لجميع البلدان، وذلك بالاعتماد على البيانات المتاحة<sup>(٢٧)</sup>. لكن نظم تسجيل الأحوال المدنية، مدعومة بشهادات دقيقة عن أسباب الوفيات، يمكن أن تساهم بشكل كبير في تحسين نوعية البيانات المتاحة. ويوجد ثلاثة أرباع ما يربو على ١٠٠ بلد من البلدان التي تفتقر لنظم موثوقة لتسجيل الأحوال المدنية، في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب شرق آسيا، وهما منطقتان تشهدان نسباً مرتفعة للوفيات والأمراض النفاسية<sup>(٢٨)</sup>. وكان لدى بلد واحد فقط من البلدان الـ ٧٥ التي تسجّل فيها أعلى نسب للوفيات النفاسية، حسب ما حددته حركة "كل امرأة، كل طفل"، بيانات بشأن المؤشرات الأساسية الإحدى عشر المتعلقة بصحة الأم والطفل التي اعتمدها اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة عن صحة المرأة والطفل في إطار الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل، في حين أن الغالبية العظمى من البلدان ليس لديها إلا قدر ضئيل من البيانات المتاحة<sup>(٢٩)</sup>. وفي المنشور الذي أصدره فريق الخبراء المستقل المعني بالاستعراض في عام ٢٠١٣، دعا الفريق إلى تكثيف أنشطة الدعوة والاستثمارات في النظم الوطنية للتسجيل المدني والإحصاءات المدنية، ودعا الأمم المتحدة إلى عقد اجتماع لفريق عامل رفيع المستوى لمعالجة هذه المسألة.

(٢٧) يشمل الأعضاء منظمة الصحة العالمية، واليونسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وشعبة الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي.

(٢٨) التسجيل المدني والإحصاءات المدنية (Civil Registration and Vital Statistics)، متاح على العنوان الشبكي التالي: <http://portal.pmnch.org/downloads/high/KS17-high.pdf>، (تم الاطلاع عليه في ٣١ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٣).

(٢٩) فريق الخبراء المستقل المعني بالاستعراض، *Every Woman, Every Child: from Commitments to Action – The First Report of the Independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health* (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢).

٣٩ - وفي السنوات الأخيرة، أُحرز تقدم كبير على مستوى مؤشرات محددة بشأن تقديم الخدمات. ويواصل العديد من البلدان النامية المشاركة في جهود جمع البيانات عن طريق برنامج الاستقصاءات الديمغرافية والصحية (Measure Demographic and Health Surveys)، الذي يوفر كمًّا هائلاً من المعلومات بشأن مسائل مثل الرعاية أثناء الولادة وقبل الولادة. وبفضل هذه الجهود وغيرها، تحسنت البيانات المتعلقة بتقييم وجود قابلات مؤهلات وأصبحت متاحة فيما يتعلق بالسنوات الخمس الماضية بشأن ١٤٥ بلداً، مقارنة بأقل من ٨٠ بلداً خلال السنوات الخمس السابقة، وأقل من ١٠ بلدان في التسعينات من القرن الماضي<sup>(٣٠)</sup>. وقامت أوغندا بتعزيز نظام جمع البيانات الذي تستخدمه باستحداث نظام إلكتروني لتسجيل الأحوال المدنية، وذلك بدعم من شركة الاتصالات الأوغندية (Uganda Telecom) واليونيسيف.

٤٠ - وحدث تطوران رئيسيان في مجال جمع البيانات وتحليلها يتمثلان في إنشاء فريق الخبراء المشترك بين الوكالات المعني بالإحصاءات الجنسانية من أجل تقديم توجيهات بشأن إدراج مؤشرات وتحليلات مراعية للبعد الجنساني، وفي التوصية التي قدمتها اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة عن صحة المرأة والطفل من أجل إدماج الأبعاد المتعلقة بالتكافؤ مثل الثروة، والجنس، والسن، ومستوى تعليم الأمهات، والأصل العرقي، ومكان الإقامة سواء كان حضرياً أو ريفياً، في الاستراتيجيات الوطنية المتعلقة بجمع البيانات. وحسب الاتحاد الدولي للاتصالات، يتصل أحد الابتكارات الأخرى بتوسيع نطاق استخدام أداة إلكترونية متنقلة خاصة بالصحة لتسجيل الولادات والمعلومات المتعلقة بصحة الأم والطفل من جانب القابلات والعاملين في المجال الصحي.

## سادساً - المبادرات العالمية الرئيسية

٤١ - تكتسي المبادرات العالمية أهمية في تحفيز الجهات المعنية الرئيسية على التركيز على الأولويات الحاسمة في ما يتعلق بالوفيات والأمراض النفاسية، حيث تنشئ منابر لزيادة التمويل، وتضع استراتيجيات مبتكرة وتعممها.

٤٢ - وتشكل حركة "كل امرأة، كل طفل" محفّزاً رئيسياً لحشد وتكثيف الإجراءات الوطنية والدولية الهادفة إلى تحسين صحة النساء والأطفال على صعيد العالم، وتسعى إلى إنقاذ حياة ١٦ مليون شخص بحلول عام ٢٠١٥ في البلدان الأكثر فقراً البالغ عددها

(٣٠) انظر: World Bank and Women Deliver, "Closing the deadly gap between what we know and what we do: investing in women's reproductive health", p. 19

٤٩ بلدا. وتتيح هذه المبادرة تنفيذ الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل. ويتطلب تنفيذ هذه الاستراتيجية العالمية استثمارات تبلغ ٨٨ بليون دولار، إذ تشير التقديرات إلى أنه قد تم حشد مبلغ يتراوح بين ٤٠ بليون دولار و ٤٥ بليون دولار بحلول عام ٢٠١٠، منها تمويل جديد وإضافي يقدر بمبلغ يتراوح بين ١٨ بليون دولار و ٢٢ بليون دولار<sup>(٣١)</sup>. وحتى حزيران/يونيه ٢٠١٣، تعهدت ٢٩٣ جهة من الجهات المعنية بتقديم تبرعات للاستراتيجية العالمية، ودُفع مبلغ يناهز ٢٥ بليون دولار حتى الآن، وهو يفوق المبلغ المسجل في العام السابق. وعلى مدى السنتين الماضيتين، استقطبت تنظيم الأسرة أكبر عدد من إعلانات التبرع إلى الاستراتيجية العالمية<sup>(٣٢)</sup>.

٤٣ - ودعما لحركة "كل امرأة، كل طفل"، استُهل عدد من مبادرات الشراكة. ويقدم إطار الاستثمار العالمي من أجل صحة المرأة والطفل، الذي وضعته الشراكة من أجل صحة الأم والوليد والطفل ومنظمة الصحة العالمية، توجيهات بشأن تخصيص الموارد من أجل جني أكبر قدر ممكن من المنافع الاجتماعية والاقتصادية. ومن أجل توجيه الاهتمام العالمي إلى المجالات ذات الأهمية البالغة والتي يوجد فيها نقص في الموارد، استُهل في سنة ٢٠١٢ مبادرات من قبيل لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية لإنقاذ حياة النساء والأطفال، وبرنامج تنظيم الأسرة بحلول عام ٢٠٢٠، ومبادرة "تجديد الوعد".

٤٤ - وفي إطار حركة "كل امرأة، كل طفل"، تركز مبادرة شراكة وكالات الأمم المتحدة الأربع المعنية بالصحة على تعزيز الروابط بين التدخلات على الصعيدين القطري والدولي، حيث تحشد الالتزام السياسي القوي وتوفر إطارا متينا للرصد والتقييم. وتشارك كليات الأمم المتحدة في العمل من أجل دعم البلدان في وضع خطط صحية وطنية متسقة مع الأهداف الإنمائية للألفية، وتعبئة الموارد، وتلبية احتياجات العاملين في المجال الصحي، ومعالجة الأسباب الجذرية للوفيات النفاسية وعدم المساواة بين الجنسين، وتعزيز جمع البيانات. وقد أخذت هذه الشراكة تتحول إلى "مركز جامع" يمكن البلدان من الحصول على الدعم التقني والمالي اللازم لكافة جوانب الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل. والجهات المانحة، مثل السويد وفرنسا وكندا، تعتبر هذه الشراكة منبرا قيما لتفعيل الدعم الذي تقدمه.

(٣١) فريق الخبراء المستقل المعني بالاستعراض، "كل امرأة، كل طفل" انظر الحاشية ١٦ أعلاه، الصفحة ٢٧ (من النص الإنكليزي).

(٣٢) منظمة الصحة العالمية وشراكة صحة الأم والوليد والطفل، *The PMNCH 2013 Report. Analysing Progress on Commitments to the Global Strategy for Women and Children's Health*، متاح على الموقع التالي: [http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/pmnch\\_report13.pdf](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/pmnch_report13.pdf). (تم الاطلاع عليه في ١٥ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٣).

وعلى الصعيد القطري، نجحت الكيانات في تعبئة الموارد اللازمة لدعم تنفيذ الخطط الصحية المشتركة بين وكالات الأمم المتحدة الأربع المعنية بالصحة في ١٩ بلداً، دعماً للدول الأعضاء التي ستنفذ خططاً صحية وطنية متعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وصحة الطفل<sup>(٣٣)</sup>. وفي عام ٢٠١٢، استُهلّت المبادرة المعنية بالبلدان ذات الأعباء الكبيرة بغية توفير تقييم متعمق للقوة العاملة من القابلات في ثمانية بلدان ذات أولوية.

٤٥ - وتدعم مبادرة موسكوكا المعنية بصحة الأم والوليد والطفل دون سن الخامسة الجهود الوطنية الرامية إلى التصدي لتحديات صحة الأم والطفل، والإسراع بإحراز التقدم نحو تحقيق الهدفين ٤ و ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية. وتستفيد من هذه المبادرة إثيوبيا، وأفغانستان، وبنغلاديش، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وجنوب السودان، ومالي، وملاوي، وموزامبيق، ونيجيريا، وهايتي.

٤٦ - وقد مكن إطار التعجيل بإنجاز الأهداف الإنمائية للألفية من وضع خطط عمل في أكثر من ٥٠ بلداً من أجل تحليل الاختناقات، وتعزيز الجهود لإحداث أكبر أثر ممكن، وتنسيق مبادرات الشركاء. وكانت الخطط التي تركز على صحة الأم هي الأكثر شيوعاً نظراً لبطء التقدم المحرز في إطار الهدف<sup>(٣٤)</sup>.

٤٧ - وتسهم الخطة العالمية للقضاء على الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الأطفال بحلول عام ٢٠١٥ والحفاظ على حياة أمهاتهم للفترة ٢٠١١-٢٠١٥ في الحد من وفيات الأمهات. وقد وضعت هذه الخطة العالمية غايات محددة لعلاج الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية للتأكد من بقائهن على قيد الحياة في ٢٢ بلداً من البلدان ذات الأولوية التي لها أعلى التقديرات من حيث أعداد الحوامل المصابات بالفيروس. وتُمول الخطة العالمية عن طريق خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للإغاثة من الإيدز، ومؤسسة بيل وميليندا غيتس، وشركتي شيفرون وجونسون أند جونسون.

٤٨ - ويمثل فريق العمل المشترك بين وكالات الأمم المتحدة المعني بالوقاية من إصابة الحوامل والأمهات وأطفالهن بفيروس نقص المناعة البشرية الجهاز التنفيذي للخطة العالمية، إذ يركز على وضع الإطار الاستراتيجي للوقاية من الإصابة بالفيروس، واجتباب حالات الحمل غير المرغوب فيها، لمساعدة مقدمي الرعاية الصحية على التدخل لتحقيق الغاية المتمثلة

(٣٣) منظمة الصحة العالمية، شراكة وكالات الأمم المتحدة الأربع المعنية بالصحة (انظر الحاشية ٢٢ أعلاه)، الصفحة ٢٢.

(٣٤) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، "Accelerating progress, sustaining results: the MDGs to 2015 and beyond" (٢٠١٣).

في تخفيض الوفيات النفاسية المتصلة بالإيدز بنسبة ٥٠ في المائة في ٢٢ بلدا من البلدان ذات الأولوية.

٤٩ - وتقوم شراكة "إنقاذ الأمهات، منح الحياة"، وهي شراكة بين حكومتي الولايات المتحدة والنرويج ومنظمات من القطاع الخاص ومنظمات غير حكومية، بالاستثمار في صحة المرأة والقضاء على الوفيات النفاسية في ١٠ بلدان على مدى فترة خمس سنوات. وقد أنشأ برنامج صحة الرضيع والأم في أوغندا وزامبيا مرافق طبية، وقام بتدريب العاملين في مجال الصحة من أفراد المجتمعات المحلية، ونظم حملات توعية واسعة النطاق، مما أدى إلى تشجيع المزيد من النساء على اختيار الاستفادة من خدمات الرعاية السابقة للولادة والولادة المأمونة<sup>(٣٥)</sup>.

٥٠ - وقد أسهمت منظمات المجتمع المدني في وضع نُهج وبرامج قائمة على حقوق الإنسان. وقامت المبادرة الدولية المعنية بالوفيات النفاسية وحقوق الإنسان، ومركز حقوق الإنسان بجامعة إسيكس (المملكة المتحدة)، ومنتدى البرلمانين الآسيويين المعني بالسكان والتنمية، ومركز الحقوق الإنجابية بإصدار وثائق توجيهية وأدوات لتطوير التدخلات في مجال الصحة النفاسية استنادا إلى إطار حقوق الإنسان. وقد شاركت هذه المؤسسات في أنشطة الدعوة على الصعيد العالمي والوطني بهدف جعل الدول أكثر قدرة على الاستجابة لحالات الوفيات والأمراض النفاسية وأكثر خضوعا للمساءلة بشأنها.

٥١ - وبناء على الشراكات والالتزامات والشبكات التي أنشئت من خلال دورات مؤتمر "المرأة نبع الحياة"، يشجع المؤتمر على الاستثمار في مجال صحة المرأة، مع التركيز بوجه خاص على الحد من الوفيات النفاسية وتحسين ظروف حياة المرأة والفتاة بوجه عام. وخلال عام ٢٠١٢، أجرى مؤتمر "المرأة نبع الحياة" مشاورات إقليمية بشأن الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية والإطار الإنمائي لما بعد عام ٢٠١٥ مع القادة والخبراء في أفريقيا، وآسيا، وأمريكا اللاتينية، ومنطقة البحر الكاريبي.

## سابعاً - الاستنتاجات والتوصيات

٥٢ - اتخذت إجراءات من أجل تعزيز الروابط بين التدخلات المتعلقة بالمساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة والفتاة، والقضاء على الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها. والدليل على ذلك هو الأعمال التي تقوم بهافرادى الدول الأعضاء، وشراكة وكالات

(٣٥) انظر: Saving Mothers, Giving Life, "External evaluation of Saving Mothers, Giving Life", Final Report (٣٥) (October 2013).

الأمم المتحدة الأربع المعنية بالصحة، بالإضافة إلى الجهود التعاونية الأخرى التي تضطلع بها كيانات الأمم المتحدة وغيرها من الشركاء العالميين. وقد أدت هذه الجهود إلى تعبئة مزيد من الموارد المخصصة، وتعزيز التعاون والمساءلة عن التقدم المحرز، وزيادة التدخلات التي تتناول حقوق الإنسان للمرأة والأسباب الجذرية للوفيات النفاسية.

٥٣ - وقد زاد فهم أهمية النهج القائمة على حقوق الإنسان والأسباب الجذرية للوفيات والأمراض النفاسية والاعتراف بها على الصعيدين العالمي والوطني. ومع ذلك، لم تُقدّم إلا معلومات وتحليلات محدودة بشأن تنفيذ تدخلات معينة تتبع النهج القائم على حقوق الإنسان، وتعالج الأسباب الجذرية للوفيات والأمراض النفاسية، وبشأن فعالية تلك التدخلات، وتخصيص الموارد الكافية لتحقيق تلك الغاية.

٥٤ - وتدعو الحاجة إلى اتخاذ إجراءات متضافرة وفي الوقت المناسب للتعجيل بالقضاء على الوفيات والأمراض النفاسية، وتخصيص معدلات الوفيات النفاسية بنسبة ٧٥ في المائة، وتمكين الجميع من الحصول على خدمات الصحة الإنجابية. وعلى الرغم من التقدم الكبير الذي أُحرز، تظل معدلات الوفيات والأمراض النفاسية مرتفعة في العديد من البلدان والفتيات السكانية في جميع أنحاء العالم. ومع اقتراب حلول عام ٢٠١٥، وهو الموعد النهائي المحدد لبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية، تتعرض البلدان التي ترتفع فيها معدلات الوفيات والأمراض النفاسية لخطر عدم تحقيق الهدف. وينبغي أن تستمر الجهود لا فحسب من أجل تعزيز استجابة القطاع الصحي، بل أيضا للتأكد من أن المبادئ الرئيسية للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة تُدمج في الاستجابات على جميع المستويات.

٥٥ - وفي إطار المناقشات المتعلقة بخطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، توجد فرصة إضافية سانحة لإدراج النهج المراعية للمنظور الجنساني ومعالجة الأسباب الجذرية للوفيات والأمراض النفاسية ضمن الإطار الواسع الذي يعزز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.

٥٦ - وقد تود لجنة وضع المرأة تشجيع الدول الأعضاء على ما يلي:

(أ) القيام على وجه السرعة بتكثيف الجهود، بالتعاون مع جميع الجهات المعنية، من أجل مواصلة الحد من الوفيات والأمراض النفاسية في إطار المساواة بين الجنسين؛

(ب) القضاء على العوائق الهيكلية التي تحول دون التمتع بالصحة الإنجابية، بما في ذلك الأعراف الاجتماعية التمييزية، واستبعاد المرأة من عملية صنع القرار، وافتقار النساء والفتيات إلى الموارد؛

- (ج) معالجة الأسباب الجذرية للوفيات والأمراض النفسانية من خلال الأطر القانونية وأطر السياسات والبرامج في مجالات الفقر، وعدم المساواة، والعنف القائم على نوع الجنس، والتعليم، ومشاركة المرأة في صنع القرار، والتمكين الاقتصادي للمرأة؛
- (د) اعتماد وإنفاذ قوانين لحماية النساء والفتيات من العنف والممارسات الضارة، بما في ذلك زواج الأطفال والزواج المبكر والقسري؛
- (هـ) اعتماد وتنفيذ خطط عمل وطنية متعددة القطاعات وكاملة التمويل، تشمل أهدافا محددة وجداول زمنية وآليات للرصد والتقييم، فضلا عن أنشطة للحد من الوفيات والأمراض النفسانية، وتلبية الاحتياجات الخاصة للفئات الضعيفة من النساء؛
- (و) تعزيز تدابير المساءلة على الصعيد الوطني عن طريق إشراك منظمات المجتمع المدني، بما في ذلك الجماعات النسائية، بفعالية في تعزيز وحماية صحة المرأة والطفل؛
- (ز) اعتماد تدابير للحماية الاجتماعية تراعي المنظور الجنساني، من أجل دعم النساء والفتيات في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وغيرها؛
- (ح) زيادة إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الجيدة والميسورة التكلفة، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة، والرعاية المقدمة قبل الولادة وبعدها، وخدمات التوليد المقدمة من الأخصائيين والرعاية التوليدية في حالات الطوارئ، وإدماج التدخلات المتصلة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا ورعاية وعلاج المصابين بهما في هذه الخدمات، ولا سيما لفائدة الشباب والنساء غير المتزوجات، والفئات الضعيفة من النساء والفتيات، بما في ذلك أثناء الأزمات الإنسانية والتراعات المسلحة؛
- (ط) إنشاء نظم وطنية للمعلومات الصحية تؤدي وظائفها بالكامل، بما في ذلك نظم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية، فضلا عن إجراء عمليات تقييم للاحتياجات المتعلقة بالرعاية التوليدية في حالات الطوارئ، ونظم مراقبة الوفيات النفسانية والتصدي لها، وإدماج المؤشرات الصحية الأساسية المتعلقة بالوفيات والأمراض النفسانية في نظم المعلومات الصحية القائمة، على النحو الذي أوصت به اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل؛
- (ي) إشراك المجتمعات المحلية، والزعماء الدينيين والتقليديين، والرجال والفتيان، من خلال البرامج التعليمية وأنشطة التوعية، باعتبار ذلك وسيلة لتشجيع السلوك المسؤول في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وتقاسم المسؤولية عن القضاء على الوفيات والأمراض النفسانية من أجل تحقيق الهدف العام المتمثل في تعزيز المساواة بين الجنسين.

٥٧ - وتشجّع منظومة الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات الدولية والإقليمية على القيام بما يلي:

(أ) مواصلة تقديم الدعم للدول الأعضاء، بالتعاون مع الجهات المعنية الأخرى، في تحقيق ما يلي:

'١' التعجيل بتكثيف الإجراءات الرامية إلى الحد بشكل أكبر من الوفيات والأمراض النفسانية؛

'٢' اعتماد قوانين وسياساتٍ لمعالجة الأسباب الجذرية للوفيات والأمراض النفسانية؛

'٣' زيادة فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية؛

'٤' إنشاء نظم وطنية للمعلومات الصحية لرصد وتقييم القوانين والسياسات والبرامج التي تعالج حالات الوفيات والأمراض النفسانية؛

(ب) مواصلة العمل من خلال المبادرات التعاونية مع منظمات المجتمع المدني وغيرها من الجهات المعنية من أجل القضاء على الوفيات والأمراض النفسانية، وإنشاء منابر قوية للتنسيق والمساءلة والمعارف التقنية، بغية توسيع نطاق التدخلات المشتركة في مزيد من البلدان؛

(ج) مواصلة تقديم آراء وتحليلات مستنيرة بشأن ضرورة اعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان في معالجة حالات الوفيات والأمراض النفسانية.